



GESUNDHEITS WISSENSCHAFTEN dokument

45

Myokardinfarkt: Medizinische Versorgungskette und Gesundheitskompetenz

Eine sozialwissenschaftliche Studie zur PatientInnen­sicht bei Myokardinfarkt

F. Großschädl, N. Burkert, J. Muckenhuber, È. Rásky und W. Freidl

In Kooperation mit:



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger



Medizinische Universität Graz

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie



Medizinische Universität Graz

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie



Auftraggeber

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Projektteam

Dr.ⁱⁿ Franziska Großschädl BSc MSc, Medizinische Universität Graz

Univ.-Ass.ⁱⁿ Mag.^a Nathalie Burkert, Medizinische Universität Graz

Univ.-Ass.ⁱⁿ MMag.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Johanna Muckenhuber, Medizinische Universität Graz

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Éva Rásky, Medizinische Universität Graz

Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Freidl, Medizinische Universität Graz

Kooperationspartner

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse

Versicherungsanstalt für Eisenbahn und Bergbau

Pensionsversicherungsanstalt

Reviewer

Dr. Martin Sprenger, MPH, Medizinische Universität Graz

Kontakt

Dr.ⁱⁿ Franziska Großschädl, BSc MSc / Univ.-Ass.ⁱⁿ Mag.^a Nathalie Burkert

franziska.grossschaedl@medunigraz.at / nathalie.burkert@medunigraz.at

Tel.: +43/316/380-7765 // +43/316/380-7764

Medizinische Universität Graz

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie

Universitätsstrasse 6/1A-8010 Graz

Erhältlich bei

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse

Refaerat für Gesundheitsstrategie und Wissenschaftskooperation

E-Mail: sekretariat.dgw@ooegkk.at

Linz 2014

INHALTSVERZEICHNIS

Kurzzusammenfassung (Executive Summary).....	6
1 Myokardinfarkt	8
1.1. Definition	8
1.2. Risikofaktoren.....	9
1.3. Epidemiologie der KHK unter besonderer Berücksichtigung des Myokardinfarktes	10
1.4. Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation.....	15
2 Projektziele und Forschungsfragen.....	20
3 Methoden	22
3.1. Studiendesign.....	22
3.2. Stichprobe	22
3.3. Datenerhebung.....	23
3.4. Ethische Aspekte.....	24
3.5. Informierte Zustimmung	24
3.6. Messinstrument	24
3.7. Datenanalyse	25
4 Ergebnisse	27
4.1. Soziodemografische Charakteristika der Stichprobe.....	27
4.2. Versorgung und Zufriedenheit der PatientInnen vor dem Herzinfarkt.....	30
4.2.1. Versorgung durch den Hausarzt/ die Hausärztin	30
4.2.2. Ambulante Versorgungseinrichtungen und Behandlungshäufigkeiten ein halbes Jahr vor Eintritt des Herzinfarktes.....	31
4.2.3. PatientInnenzufriedenheit mit der Versorgung vor dem Herzinfarkt.....	37

4.2.4.	Beschwerden vor dem Herzinfarkt	39
4.2.5.	Risikofaktoren für einen Herzinfarkt und Umsetzung von Maßnahmen	40
4.3.	Versorgung und Zufriedenheit von PatientInnen in der Akutbehandlung ...	43
4.3.1.	Versorgung aufgrund der akuten Beschwerden	43
4.3.2.	Informationsübermittlung bezüglich der Behandlung	44
4.3.3.	PatientInnenzufriedenheit mit der Versorgung während der Akutbehandlung	48
4.3.4.	Umsetzung von Maßnahmen zur Risikoreduktion.....	50
4.4.	Versorgung und Zufriedenheit von PatientInnen nach dem Herzinfarkt in der Rehabilitation	53
4.4.1.	Wartezeit und Dauer der Rehabilitation	53
4.4.2.	Behandlungsempfehlungen und entsprechende Informationsübermittlung	54
4.4.3.	PatientInnenzufriedenheit mit der Versorgung nach dem Herzinfarkt in der Rehabilitation	59
4.4.4.	Umsetzung von Maßnahmen zur Risikoreduktion.....	61
4.5.	Gesundheitskompetenz und Gesundheitswissen von PatientInnen	63
4.5.1.	Gesundheitskompetenz	63
4.5.2.	Gesundheitswissen	66
4.6.	Subjektive Gesundheit und Einschätzung der Bedeutung unterschiedlicher Versorgungsaspekte	68
4.6.1.	Subjektives Wohlbefinden.....	68
4.6.2.	Bedeutung und Erwartungshaltung bezüglich verschiedener Versorgungsaspekte	69
4.7.	Korrelationsanalysen für ausgewählte Faktoren.....	72

4.7.1.	Zusammenhänge mit der Information/Aufklärung	72
4.7.2.	Zusammenhänge mit der PatientInnenzufriedenheit.....	74
4.7.3.	Zusammenhänge mit der Umsetzung von Maßnahmen	76
4.7.4.	Zusammenhänge mit der Gesundheitskompetenz.....	78
4.7.5.	Analyse weiterer Zusammenhänge.....	80
5	Zusammenfassung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen.....	81
5.1.	Informiertheit/Aufklärung	81
5.2.	PatientInnenzufriedenheit.....	89
5.3.	Umsetzung von Maßnahmen zur Risikoreduktion	93
5.4.	Subjektiver Gesundheitszustand.....	97
5.5.	Gesundheitskompetenz und Gesundheitswissen.....	98
5.6.	Zusammenhangsanalysen	101
5.7.	Weitere interessante Studienergebnisse.....	105
5.8.	Schlussbemerkungen und zusammenfassende Umsetzungs- empfehlungen.....	109
5.9.	Anmerkungen zu den Daten und zur Datenqualität.....	115
5.10.	Conclusio	116
6	Literaturverzeichnis	117

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Allgemeinmaßnahmen und Primärtherapie bei Vorliegen oder Verdacht auf ein akutes Koronarsyndrom (nach Hamm et al. 2005)	17
Tabelle 2: Für die Stichprobenauswahl eingeschlossene Diagnosen nach ICD-10 (BMG 2013).....	23
Tabelle 3: Informationsübermittlung bezüglich der Behandlung vor dem Herzinfarkt (Anzahl der PatientInnen in %)	34
Tabelle 4: Information über relevante Aspekte bezüglich Herzinfarkt vor Eintritt des Herzinfarktes (Anzahl der PatientInnen in %).....	37
Tabelle 5: PatientInnenzufriedenheit mit der Behandlung vor dem Herzinfarkt (Anzahl der PatientInnen in %)	39
Tabelle 6: Umsetzung von Maßnahmen zur Risikoreduktion vor dem Herzinfarkt (Anzahl der PatientInnen in %)	42
Tabelle 7: Informationsübermittlung bezüglich Behandlung in der Akutphase (Anzahl der PatientInnen in %)	45
Tabelle 8: Information über relevante Aspekte bezüglich Herzinfarkt in der Akutphase (Anzahl der PatientInnen in %)	48
Tabelle 9: PatientInnenzufriedenheit mit der Behandlung in der Akutphase (Anzahl der PatientInnen in %)	50
Tabelle 10: Umsetzung von Maßnahmen zur Risikoreduktion in der Akutphase (Anzahl der PatientInnen in %)	52
Tabelle 11: Informationsübermittlung bezüglich der Behandlung nach dem Herzinfarkt in der Rehabilitation (Anzahl der PatientInnen in %).....	55
Tabelle 12: Information über relevante Aspekte bezüglich Reinfarkt nach dem Herzinfarkt in der Rehabilitation (Anzahl der PatientInnen in %).....	58
Tabelle 13: PatientInnenzufriedenheit mit der Behandlung nach dem Herzinfarkt in der Rehabilitation (Anzahl der PatientInnen in %).....	60
Tabelle 14: Umsetzung von Maßnahmen zur Risikoreduktion nach dem Herzinfarkt in der Rehabilitation (Anzahl der PatientInnen in %).....	62
Tabelle 15: Fragen zur Gesundheitskompetenz (Anzahl der PatientInnen in %)	65
Tabelle 16: Fragen zu Gesundheitswissen (Mehrfachnennungen, Anzahl der PatientInnen in %).....	67
Tabelle 17: Bedeutung und Erwartungshaltung bezüglich verschiedener Aspekte (Anzahl der PatientInnen in %)	71
Tabelle 18: Zusammenhänge zwischen der Information/Aufklärung in den einzelnen Gliedern der Versorgungskette und soziodemografischen bzw. sozioökonomischen Variablen, der subjektiven Gesundheit bzw. Stärke der Einschränkungen durch den Herzinfarkt	73
Tabelle 19: Zusammenhänge zwischen der PatientInnenzufriedenheit in den einzelnen Gliedern der Versorgungskette und soziodemografischen bzw. sozioökonomischen Variablen, der subjektiven Gesundheit bzw. Stärke der Einschränkungen durch den Herzinfarkt	75
Tabelle 20: Zusammenhang zwischen den Angaben zur Zufriedenheit bzw. Aufklärung von PatientInnen mit der Umsetzung von Maßnahmen hinsichtlich Lebensstilmodifikation und Medikamenteneinnahme	77
Tabelle 21: Zusammenhänge zwischen der Gesundheitskompetenz der Befragten und soziodemografischen bzw. sozioökonomischen Variablen, subjektiver Gesundheit, Stärke der Einschränkungen durch den Herzinfarkt, der Informationsvermittlung bzw. PatientInnenzufriedenheit in den einzelnen Gliedern der Versorgungskette	79
Tabelle 22: Maßnahmen entsprechend dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag Gesundheit	109

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl der stationären Aufenthalte pro 1000 EinwohnerInnen aufgrund eines akuten Myokardinfarktes in Österreichs Fondskrankenhäusern zwischen 2001 und 2011	13
Abbildung 2: Anzahl der stationären Todesfälle pro 1000 EinwohnerInnen aufgrund eines akuten Myokardinfarktes in Österreichs Fondskrankenhäusern zwischen 2001 und 2011	14
Abbildung 3: Altersstandardisierte Mortalitätsrate für 100.000 ÖsterreicherInnen aufgrund eines akuten Myokardinfarktes (Datengrundlage: Statistik Austria, 2010)	15
Abbildung 4: Höchste abgeschlossene Schulbildung der PatientInnen (in %; N = 365).....	27
Abbildung 5: Familienstand der PatientInnen (in %; N = 365)	28
Abbildung 6: Monatliches Nettohaushaltseinkommen der PatientInnen (in %; N = 365).....	29
Abbildung 7: Versorgung durch den Hausarzt/die Hausärztin vor dem Herzinfarkt (in %; N = 132)	30
Abbildung 8: Behandlungsempfehlungen vor dem Herzinfarkt (in %; N = 89).....	33
Abbildung 9: Hauptinformationsquelle hinsichtlich Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten vor dem Herzinfarkt (in %; N = 89)	35
Abbildung 10: Zufriedenheit mit der Behandlung durch die ÄrztInnen insgesamt vor dem Herzinfarkt (in %; N = 132)	38
Abbildung 11: Vorliegen von Beschwerden bei den PatientInnen vor dem Herzinfarkt (in %; N = 365).....	40
Abbildung 12: Vorliegen von Risikofaktoren vor dem Herzinfarkt (in %; N = 365).....	41
Abbildung 13: Kontaktaufnahme mit entsprechenden Einrichtungen aufgrund der akuten Beschwerden beim Herzinfarkt (in %; N = 365)	43
Abbildung 14: Hauptinformationsquelle in der Akutphase beim Herzinfarkt (in %; N = 365).....	46
Abbildung 15: Zufriedenheit mit der Behandlung durch die ÄrztInnen in der Akutphase insgesamt (in %; N = 365).....	49
Abbildung 16: Wichtigkeit einer Rehabilitation nach Herzinfarkt (in %; N = 365)	53
Abbildung 17: Hauptinformationsquelle in der Rehabilitation nach dem Herzinfarkt (in %; N = 365) ...	56
Abbildung 18: Subjektiver Gesundheitszustand (in %; N = 365)	68
Abbildung 19: Beschwerdenverbesserung (in %; N = 365).....	69

KURZZUSAMMENFASSUNG (EXECUTIVE SUMMARY)

Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie ein Herzinfarkt zählen in Österreich nach wie vor zur häufigsten Todesursache. Die optimale Versorgung von PatientInnen mit Herzinfarkt ist entscheidend, um eine bestmögliche Behandlung zu erzielen und Folgeschäden zu verhindern. Im vorliegenden Bericht wird eine detaillierte Darstellung der Versorgungskette aus Sicht der PatientInnen zu Herzinfarkt gegeben. Ziel dieser Studie war es, die Informiertheit/Aufklärung sowie die Zufriedenheit betreffend die Versorgung von PatientInnen vor dem Herzinfarkt, in der Akutbehandlung und nach dem Eintritt des Akutereignisses in der stationären Rehabilitation zu untersuchen. Des Weiteren wurde die Gesundheitskompetenz von PatientInnen, deren subjektiver Gesundheitszustand und sozioökonomischer Hintergrund erhoben und im Hinblick auf Zusammenhänge mit der Informiertheit/Aufklärung sowie der Zufriedenheit analysiert.

Im Rahmen dieses Projektes wurde eine österreichweite quantitative Querschnittsstudie mit primär deskriptiver Ausrichtung durchgeführt. Eine Zufallsstichprobe von PatientInnen, die einen Myokardinfarkt erlitten und bei denen der Abschluss der Rehabilitation maximal 3 Monate zurücklag, erhielt einen Selbstausfüllerfragebogen. Die Daten wurden einerseits deskriptiv und andererseits mittels Korrelationsanalysen ausgewertet.

Insgesamt nahmen 365 PatientInnen an der Untersuchung teil (50,1% Frauen; Rücklaufquote 36,5%). Das Durchschnittsalter dieser PatientInnen lag bei 63,4 Jahren, wobei Frauen im Durchschnitt älter waren als Männer.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigten, dass der Anteil der PatientInnen, die äußerten, dass sie über ihre Behandlung ausreichend informiert wurden, insgesamt von der Behandlung vor dem Herzinfarkt bis zur Behandlung in der Rehabilitation zunahm. Korrelationsanalysen zwischen der Information/Aufklärung und soziodemographischen Variablen zeigten keinen Zusammenhang auf. Die Auswertungen in Bezug auf die Zufriedenheit der PatientInnen zeigten, dass die Zufriedenheit von der Behandlung im ambulanten Sektor über die Behandlung im Akutspital bis zur Rehabilitation sukzessive anstieg. Für die

PatientInnenzufriedenheit lag in der Rehabilitation ein signifikanter Zusammenhang mit dem Alter vor. Je älter die PatientInnen waren, desto zufriedener waren sie mit der Behandlung durch die ÄrztInnen. In der Zeit vor dem Herzinfarkt und in der Akutbehandlung konnte kein Zusammenhang zwischen PatientInnenzufriedenheit und soziodemografischen bzw. sozioökonomischen Variablen festgestellt werden. Der subjektive Gesundheitszustand war mit der erhaltenen Information sowie mit der Zufriedenheit im Akutspital und der Rehabilitation assoziiert. Je besser PatientInnen ihre Gesundheit beurteilten, desto mehr Aufklärung erhielten sie in der Akutbehandlung und der Rehabilitation und desto zufriedener waren sie mit der Behandlung.

Von den HerzinfarktpatientInnen beurteilten 11,9% ihren Gesundheitszustand als sehr gut und 44,5% als gut. Fast alle PatientInnen setzten die Maßnahmen hinsichtlich der Medikamenteneinnahme nach den ärztlichen Empfehlungen um und fast dreiviertel der PatientInnen führte in der Akutbehandlung und Rehabilitation eine RaucherInnenentwöhnung durch. Die empfohlene Ernährungsumstellung setzten weniger als die Hälfte der PatientInnen um und auch hinsichtlich der Bewegungsaktivierung scheint ein Optimierungsbedarf gegeben.

Der Anteil der PatientInnen, welche die Fragen zur Gesundheitskompetenz als schwierig oder sehr schwierig einschätzten war relativ hoch. Je schlechter PatientInnen ihren subjektiven Gesundheitszustand einschätzten und je mehr Einschränkungen sie aufgrund des Herzinfarktes hatten, desto niedriger war auch ihre Gesundheitskompetenz. Es zeigte sich weiters, dass eine höhere Gesundheitskompetenz mit mehr Informationsvermittlung und einer höheren Zufriedenheit einherging.

Anhand der Ergebnisse können entsprechende Maßnahmen zur Optimierung der medizinischen Versorgung der betroffenen PatientInnengruppe präziser geplant werden. Besondere Berücksichtigung für strukturierte Interventionen sollten vor allem folgende Themenbereiche finden: Bewusstsein schärfen im Hinblick auf Risikofaktoren für Herzerkrankungen, Information zu Verhaltensmodifikation und zur Umsetzung individueller und strukturierter Maßnahmen zur Verhaltensänderung, Stärkung der Gesundheitskompetenz und Ergreifen von Strukturmaßnahmen zur Sicherung der Partizipation von PatientInnen an Entscheidungsprozessen.

1 MYOKARDINFARKT

1.1. DEFINITION

Kardiovaskuläre Erkrankungen inklusive dem akuten Myokardinfarkt stehen in den westlichen Industriestaaten an erster Stelle der Todesursachenstatistik. Bei infarkttypischen Brustschmerzen, die über mindestens 20 Minuten hindurch andauern, wird zunächst die Diagnose eines akuten Koronarsyndroms gestellt, das die Möglichkeit eines Myokardinfarktes (Herzinfarktes) mit einschließt (Van de Werf et al. 2003).

Die Diagnose „Akutes Koronarsyndrom“ (ACS) umfasst die Herzerkrankungen „instabile Angina pectoris“, den „akuten Myokardinfarkt“ und den „plötzlichen Herztod“, all jene Zustände, die unmittelbar lebensbedrohlich sind (Hamm 2004). Die Übergänge der einzelnen Zustände können dabei oft fließend sein. Das Leitsymptom des ACS ist ein akuter Schmerz im Thorax (Hamm et al. 2005). Das akute Koronarsyndrom kann durch eine Plaqueruptur und nachfolgende Thrombusbildung sowie durch Vasospasmen und koronare Entzündungsprozesse verursacht werden. Als Folge kann es zu einer Reduktion des Blutflusses kommen und bei Verschluss des betroffenen Gefäßes zu einem akuten Myokardinfarkt. Bei rechtzeitiger Intervention kann ein Verschluss verhindert und die Funktionsfähigkeit des Herzens erhalten werden (Montalescot et al. 2013).

Dem akuten Geschehen geht eine koronare Herzkrankheit (KHK) voraus, bei der eine Atherosklerose der Herzkranzgefäße vorliegt. Die Atherosklerose wird durch Entzündungsprozesse ausgelöst, die zu instabilen Plaques, Verkalkungen und zu einer Stenose der Gefäße führen können, wodurch ein Missverhältnis zwischen myokardialem Sauerstoffangebot und -bedarf ausgelöst werden kann (Thygesen et al. 2012; Bundesärztekammer et al. 2013).

Neue Diagnostikmöglichkeiten (wie bildgebende Verfahren oder die Messung von biochemischen Markern) haben zu einer Neudefinition des Myokardinfarktes (MI) geführt, wobei eine allgemein gültige Definition nicht existiert. Aus pathologischer Sicht besteht beim Myokardinfarkt ein myokardialer Zelltod, der durch eine anhaltende Durchblutungsstörung (Ischämie) bedingt wird (Van de Werf et al. 2003; Thygesen et al. 2012).

1.2. RISIKOFAKTOREN

Das Risiko ein kardiovaskuläres Geschehen und damit einen Myokardinfarkt zu erleiden, hängt von modifizierbaren und nicht modifizierbaren Faktoren ab. Man kann keinen klaren Ursache-Wirkungs-Zusammenhang zwischen den verschiedenen Faktoren beschreiben, da meist das Zusammenspiel mehrerer Risikofaktoren für die Entstehung verantwortlich ist (Bundesärztekammer et al. 2013).

Im Folgenden werden die erfahrungswissenschaftlich gut untersuchten Differenzierungsfaktoren für KHK aufgelistet:

Individuelle (nicht beeinflussbare) Faktoren

- Geschlecht
- Alter
- Genetische Disposition

Psychosoziale (protektive und belastende) Faktoren

- Ökonomischer Status (aktuell und in früher Kindheit)
- Bildung, Berufsausbildung, Einkommen, etc.
- Berufliche Position (objektive, strukturelle und psychische Belastungsfaktoren)
- Wohnregion
- Psychische Konstellation (Kontrollambitionen, psychologische Funktion der Arbeit, Typ-A-Verhalten, Aggressionsregulation)
- Soziale und familiäre Situation (Qualität der sozialen Netzwerke, Partnerschaft, Kinderzahl, etc.)

Klassische (beeinflussbare) Risikofaktoren

- Rauchen
- Bluthochdruck
- Ernährung (Blutfettwerte)
- Alkoholkonsum
- Übergewicht
- Bewegungsmangel
- Stoffwechselstörungen (v. a. Diabetes)

1.3. EPIDEMIOLOGIE DER KHK UNTER BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG DES MYOKARDINFARKTES

Bezüglich der Prävalenz und Inzidenz der KHK bzw. eines Myokardinfarktes in Österreich liegen bislang kaum verlässlichen Daten vor. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat mittels eines Identifikationsmodelles auf Basis von Inanspruchnahmedaten (vorwiegend von Heilmittelverordnungen) auf epidemiologische Kennzahlen einer KHK in Österreich Rückschlüsse gezogen. Den Berechnungen zufolge waren im Jahr 2008 136.000 Männer (3,4%) und 106.000 Frauen (2,5%) von einer KHK betroffen (Frick & Rehm, 2011).

Seit den 1970er Jahren ist die Anzahl der infolge von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems inklusive dem akuten Myokardinfarkt Verstorbenen in den meisten westlichen Ländern gesunken. Dies ist auch in Österreich zu beobachten. Laut Statistik Austria (2012) verstarben in Österreich 1970 46.692 Personen und 2011 32.374 aufgrund von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (was 42,3% aller Todesfälle in diesem Jahr entspricht). Die Ursache für die Reduktion der spezifischen Mortalität wird vor allem durch die Reduktion der Risikofaktoren und erweiterte Therapiemöglichkeiten begründet (Ford et al. 2007).

Bei den Frauen lag die Mortalität im Jahr 2011 höher als bei Männern. Während 58,1% aller Todesfälle aufgrund von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems Frauen waren, waren 41,8% Männer (Statistik Austria 2012). Auch der Rückgang in der Zahl der Todesfälle ist bei Männern und Frauen sowie zwischen den Altersgruppen unterschiedlich (Montalescot et al. 2013). So zeigte sich in Österreich bei Männern ein deutlicher Rückgang der KHK-Mortalität, während bei Frauen eine Stagnation hinsichtlich der Mortalität von KHK registriert wurde (Statistik Austria 2012). Hingegen verzeichnet man in den höheren Altersgruppen, bei Frauen wie auch Männern, einen Anstieg der Sterblichkeit (Dorner et al. 2004; Rieder 2004; Dorner & Rieder 2005).

Die regionale Analyse der Sterblichkeit aufgrund einer kardiovaskulären Erkrankung inklusive dem akuten Myokardinfarkt in Österreich zeigt ein klares Ost-West-Gefälle (Stein et al. 2011; Burkert et al. 2013). Die höchste Mortalität wurde bei Personen in den Bundesländern Wien, Burgenland und Niederösterreich verzeichnet. Personen in Vorarlberg, Tirol und Salzburg hingegen liegen deutlich unter dem österreichischen

Durchschnitt (Burkert et al., 2013). Die Ergebnisse sind kongruent, mit einem deutlichen Ost-West-Unterschied hinsichtlich der Prävalenz kardiovaskulärer Risikofaktoren (Stein et al. 2011; Großschädl & Stronegger 2012; Burkert et al. 2013).

Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/07 (AT-HIS)

Laut den Daten der österreichischen Gesundheitsbefragung im Jahr 2006/07 (AT-HIS; Klimont et al. 2007) hatten 2,2% der österreichischen Bevölkerung jemals einen Herzinfarkt erlitten. Bei Analyse dieser Personen, die in der Vergangenheit einen Myokardinfarkt (MI) erlitten hatten, zeigt sich, dass

- 19,8% der Personen nach MI adipös waren im Vergleich zu 12,5% der Personen ohne MI
- Bei 60,3% der Personen nach MI eine Hypertonie vorliegt im Vergleich zu 21,7% der Personen ohne MI
- 28,2% der Personen nach MI an Diabetes litten im Vergleich zu 5,5% der Personen ohne MI
- 37,6% der Personen nach MI erhöhte Cholesterinwerte angaben im Vergleich zu 13,0% der Personen ohne MI
- 9,5% der Personen nach MI regelmäßig joggen oder eine ähnlich intensive körperliche Betätigung ausüben im Vergleich zu 26,4% der Personen ohne MI
- 14,9% der Personen nach MI eine Mischkost mit viel Fleisch konsumieren im Vergleich zu 26,0% der Personen ohne MI
- 12,1% der Personen nach MI zum Zeitpunkt der Befragung RaucherInnen waren im Vergleich zu 22,2% der Personen ohne MI

Ergebnisse basierend auf Auswertung von Daten vom Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat in einem Kooperationsprojekt mit der Medizinischen Universität Graz die stationären Aufenthalte, medizinische Leistungen, Heilmittelverordnungen sowie die Anzahl der stationären Todesfälle aufgrund einer KHK in Österreich im Jahr 2010 im Bundesländervergleich und für die politischen Bezirke Österreichs analysiert (Burkert et al. 2013). Die Ergebnisse dieses Projektes zeigten, dass sich die Anzahl der stationären Aufenthalte aufgrund einer akuten KHK (die die ICD-Diagnosen I20 Angina Pectoris, I21 Akuter Myokardinfarkt, I22 Rezidivierender Myokardinfarkt, I23 Bestimmte akute Komplikationen nach akutem Myokardinfarkt und I24 Sonstige akute ischämische Herzkrankheit umfasst) von 2007 bis 2009 von durchschnittlich 4,0 Aufenthalten auf 3,3 Aufenthalte reduzierte und danach von 2009 bis 2011 relativ konstant blieb. Die Anzahl der stationären Todesfälle aufgrund einer akuten KHK verringerte sich seit 2006 jährlich in Österreich mit dem geringsten Wert im Jahr 2011 (0,17 Todesfälle). Die Ergebnisse der Studie konnten auch zeigen, dass die Anzahl der stationären Aufenthalte wie auch die Anzahl der stationären Todesfälle aufgrund einer akuten KHK mit makroökonomischen Indikatoren (wie beispielsweise der Ausbildung auf politischer Bezirksebene) assoziiert ist (Burkert et al. 2013). Je höher beispielsweise die Ausbildung und die soziale Position in einer Region im Jahr 2010 waren, desto geringer war die Anzahl der stationären Aufenthalte. Je höher die Arbeitslosenquote in Bezirken war, desto mehr KHK-spezifische Medikamentenverordnungen wurden registriert. Auch zeigte sich, dass bei geringerer Ausbildung bzw. höherer Arbeitslosenquote mehr stationäre Todesfälle aufgrund einer akuten KHK verzeichnet wurden (Burkert et al. 2013).

Die Analyse der stationären Aufenthalte in Österreich aufgrund eines Myokardinfarktes (ICD-Diagnose I21 Akuter Myokardinfarkt) auf Basis von Daten aus der „Business Intelligence im Gesundheitswesen“- (BIG)-Datenbank DeltaInsight des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger ergab, dass die Anzahl der Krankenhausaufenthalte insgesamt für Frauen wie auch Männer zwischen 2001 und 2011 angestiegen ist (Abbildung 1). Insgesamt war in allen Jahren die Anzahl der stationären Aufenthalte für Männer höher als für Frauen. Die bundesländerspezifische Betrachtung zeigt, dass im Jahr 2011 in den

Bundesländern Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, der Steiermark und Vorarlberg eine über dem österreichischen Durchschnitt liegende Anzahl an stationären Aufenthalten verzeichnet wurde. Der höchste Anstieg in der Anzahl der stationären Aufenthalte zwischen 2001 und 2011 wurde im Bundesland Vorarlberg verzeichnet (2001: 1,26 Aufenthalte pro 1000 EinwohnerInnen; 2011: 3,00 Aufenthalte pro 1000 EinwohnerInnen).

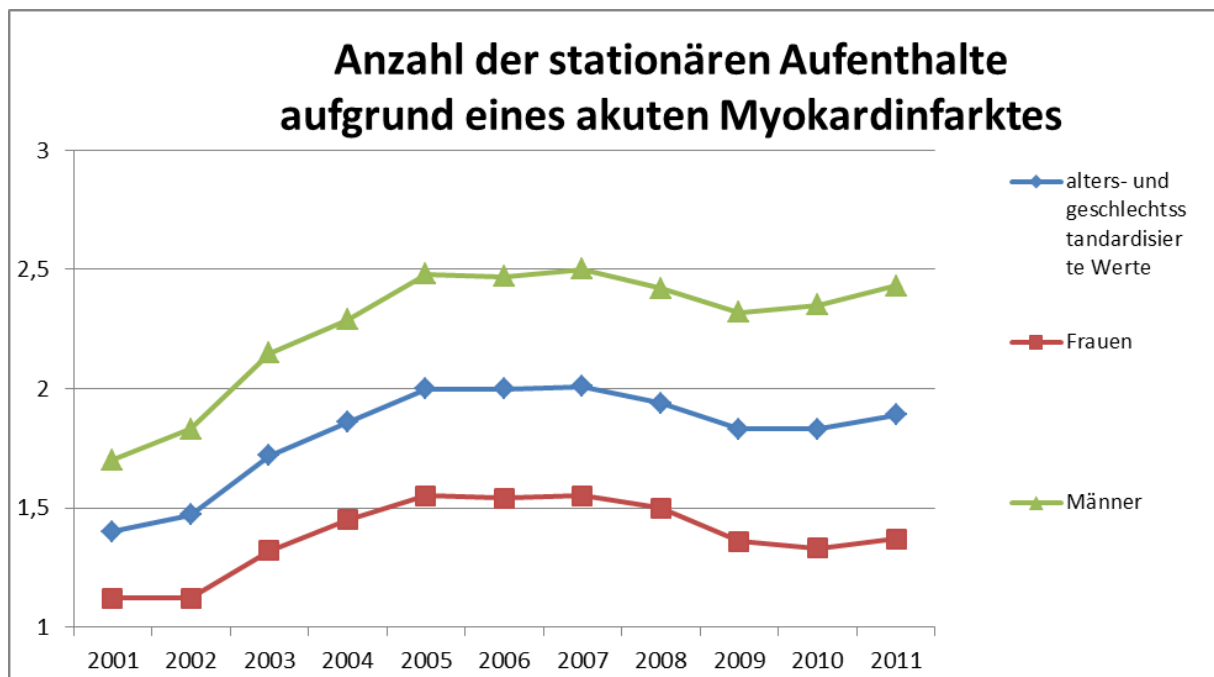


ABBILDUNG 1: ANZAHL DER STATIONÄREN AUFENTHALTE PRO 1000 EINWOHNERINNEN AUFGRUND EINES AKUTEN MYOKARDINFARKTES IN ÖSTERREICHS FONDSKRANKENHÄUSERN ZWISCHEN 2001 UND 2011

Die Analyse der stationären Todesfälle in Österreich aufgrund eines Myokardinfarktes (ICD-Diagnose I21 Akuter Myokardinfarkt) auf Basis der Daten aus der BIG-Datenbank DeltaInsight ergab, dass in der Anzahl der Todesfälle insgesamt für Frauen wie auch Männer zwischen 2001 und 2011 eine Reduktion verzeichnet wurde (Abbildung 2). Während im Jahr 2001 die Anzahl der im Krankenhaus Verstorbenen aufgrund eines akuten Myokardinfarktes für Frauen höher war als für Männer, drehte sich dieses Verhältnis im Jahr 2006 um. Die bundesländerspezifische Betrachtung zeigt, dass im Jahr 2011 in den Bundesländern Burgenland, Kärnten,

Nieder- und Oberösterreich eine über dem österreichischen Durchschnitt liegende Anzahl an stationären Todesfällen verzeichnet wurde.

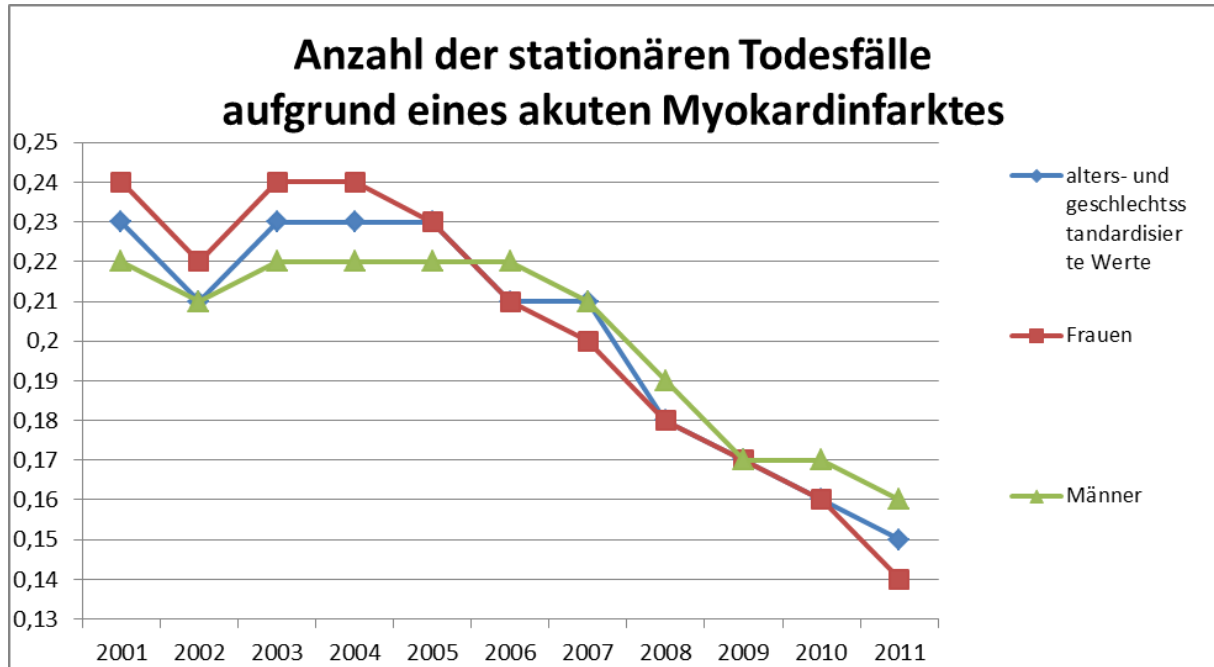


ABBILDUNG 2: ANZAHL DER STATIONÄREN TODESFÄLLE PRO 1000 EINWOHNERINNEN AUFGRUND EINES AKUTEN MYOKARDINFARKTES IN ÖSTERREICHS FONDSKRANKENHÄUSERN ZWISCHEN 2001 UND 2011

Ergebnisse basierend auf Auswertung von Daten von Statistik Austria

Von Statistik Austria wurden Daten zur Mortalität aufgrund eines akuten Myokardinfarktes für die Bundesländer Österreichs im Jahr 2010 zur Verfügung gestellt. Die standardisierte Sterbeziffer repräsentiert die gewogene Summe aller altersspezifischen Mortalitätsrisiken einer Region, die für eine gleichförmig strukturierte, international verwendete Standardbevölkerung (die europäische Standardbevölkerung der WHO) standardisiert wurden. Die Analysen der Daten zur Mortalität aufgrund eines akuten Myokardinfarktes ergaben, dass im Jahr 2010 die höchste Zahl an Todesfällen bei Männern in den Bundesländern Burgenland, Tirol, Ober- und Niederösterreich verzeichnet wurde. Bei Frauen wurde die höchste Mortalität im Burgenland, gefolgt von Ober- und Niederösterreich sowie Tirol registriert (Abbildung 3).

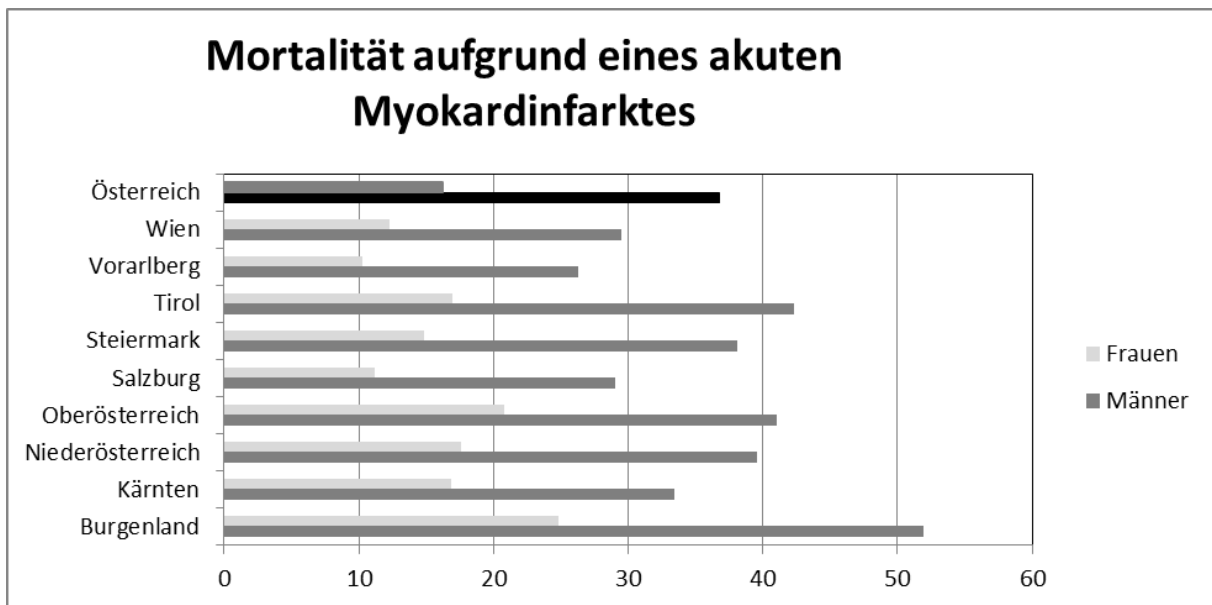


ABBILDUNG 3: ALTERSSTANDARDISIERTE MORTALITÄTSRATE FÜR 100.000 ÖSTERREICHERINNEN AUFGRUND EINES AKUTEN MYOKARDINFARKTES (DATENGRUNDLAGE: STATISTIK AUSTRIA, 2010)

Während in der BIG-Datenbank Angaben zur alters- und geschlechtsstandardisierten Mortalität vorhanden sind, wobei die Daten für die österreichische Gesamtpopulation standardisiert wurden, beziehen sich die Daten zur Mortalität von Statistik Austria auf geschlechtsspezifische altersstandardisierte Sterberaten pro 100.000 EinwohnerInnen, wobei die Daten für die europäische Standardbevölkerung der WHO standardisiert wurden. Dies hat zur Folge, dass seriöse Vergleiche zwischen den Ergebnissen der stationären Mortalität (BIG-Datenbank) mit den Mortalitätsdaten von Statistik Austria nicht möglich sind. Zusätzlich existiert das Problem der unterschiedlichen Kodierung der Todesursachen im ambulanten vs. stationären Bereich innerhalb der Todesursachenstatistik (Maier et al., 2009; Frick & Rehm, 2011).

1.4. PRÄVENTION, DIAGNOSTIK, THERAPIE UND REHABILITATION

Die KHK und damit auch der Myokardinfarkt wird zu etwa 90% als Folge von lebensstilassoziierten Risikofaktoren gewertet (Bundesärztekammer et al. 2013;

Montalescot et al. 2013). In der Prävention werden daher strukturierte Maßnahmen und spezifische Programme notwendig werden, um die Risikofaktoren weiter zu senken. Verhältnispräventive Interventionen sollten hier Maßnahmen zur individuellen Verhaltensmodifikation ergänzen.

Ziel der Sekundärprävention ist die Suche nach Risikofaktoren und bei deren Vorhandensein die Einleitung einer lebensstilmodifizierenden oder medikamentösen Intervention. Entsprechend der Einschätzung nach dem Risiko-Score wird bei entsprechendem Risikoprofil die Intervention eingeleitet. Therapeutisch werden im Zuge der medikamentösen Intervention Thrombozytenfunktionshemmer, Betarezeptorblocker, Nitrate und andere NO-Donatoren, Kalziumkanalblocker, ACE-Hemmer, Statine eingesetzt. Bei Bedarf wird eine Revaskularisation durchgeführt (Bundesärztekammer et al., 2013; Montalescot et al. 2013). Neben der Wirkung der medikamentösen Therapien hängt die Prognose für die PatientInnen auch von der Änderung ihres Lebensstils ab. Eine vermehrte Aufklärung und Betreuung durch ÄrztInnen/Health Professionals kann die KHK-Morbidität und -Mortalität senken (Labrunee et al. 2012).

Bei einem akuten Geschehen (wie beispielsweise einem akuten Myokardinfarkt) erfolgen zuerst eine stationäre Behandlung in einem Akutkrankenhaus und danach eine Rehabilitation in entsprechenden Einrichtungen.

Zur Diagnostik einer KHK werden folgende Verfahren eingesetzt: Anamneseerhebung, körperliche Untersuchung, Untersuchung des Herz- und Gefäßsystems (Herz- und Lungenauskultation, Gefäßstatus), Durchführen eines Ruhe-EKGs mit 12 Ableitungen, Erhebung spezifischer Laborparameter (Hämoglobin, Nüchternblutglukose, Lipide, GOT (Glutamat-Oxalacetat-Transaminase), CK-MB (Kreatinkinase –Muskel, Gehirn), Myoglobin, GPBB (Glykogenphosphorylase BB), Troponine...). Weiters werden Echokardiografie, Thoraxröntgen, Koronarangiografie, Belastungs-EKG, Stress-Echokardiografie, Myokardszintigrafie, Dobutamin-Stress-Magnetresonanztomografie und Myokard-Perfusions-MRT eingesetzt (Bundesärztekammer et al. 2013).

Bei Verdacht des Vorliegens eines Myokardinfarktes muss unverzüglich eine diagnostische Abklärung (in der Regel in einem Krankenhaus) erfolgen. Die allgemeinen Maßnahmen und die entsprechende Primärtherapie bei Vorliegen eines

akuten Koronarsyndroms bzw. eines akuten Myokardinfarktes sind in Tabelle 1 dargestellt.

TABELLE 1: ALLGEMEINMAßNAHMEN UND PRIMÄRTHERAPIE BEI VORLIEGEN ODER VERDACHT AUF EIN AKUTES KORONARSYNDROM (NACH HAMM ET AL. 2005)

Allgemeinmaßnahmen
<p>Lagerung mit 30° angehobenem Oberkörper</p> <p>Herz-Lungen-Auskultation</p> <p>Periphere Verweilkanüle</p> <p>Blutdruckmessung</p> <p>12-Ableitungs-EKG</p> <p>Rhythmusmonitoring</p>
Primärtherapie
<p>O₂ über Nasensonde/Maske (4-8l/min)</p> <p>Glyceroltrinitrat 0,4 – 0,8 mg s.l., evtl. wiederholt u.U. Infusion 1 – 6 mg/h bei schwerer Linksherzinsuffizienz (Cave RR < 90 mmHg und/oder höhergradiger AV Block)</p> <p>Morphin 5 – 5 mg i.v., ggf. wiederholt bei Schmerzfreiheit</p> <p>Bei vagaler Reaktion Atropin 0,5 mg i.v., ggf. wiederholt</p> <p>Bei Übelkeit/Erbrechen Antiemetika</p> <p>Bei Tachykardie (trotz Schmerzfreiheit und fehlenden Zeichen der Linksherzinsuffizienz) langsamwirkender Beta-Blocker</p> <p>Acetylsalicylsäure (≥250 mg i.v.)</p> <p>Heparin 70 U/kg i.v., max. 5.000 U, oder Enoxaparin 30 mg i.v. + 1 mg/kg s.c.</p>

Rehabilitation

„Die kardiologische Rehabilitation ist der Prozess, bei dem herzkranken PatientInnen mit Hilfe eines multidisziplinären Teams darin unterstützt werden, die individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit sowie soziale Integration wieder zu erlangen und langfristig aufrecht zu erhalten“ (Bundesärztekammer et al. 2013).

Die Rehabilitation bei Vorliegen einer KHK bzw. eines Myokardinfarktes gliedert sich in vier Phasen (Benzer et al. 2008):

1. Stationäre Akutbehandlung und Frühmobilisation im Krankenhaus
2. Hintanhalten von kardiovaskulären Risikofaktoren; körperliche Bewegungsaktivierung, um die Herzleistung der PatientInnen zu erhöhen
3. Rehabilitation in einer ambulanten Rehabilitationseinrichtung, wohnortnahe Nachsorge und Betreuung der PatientInnen durch niedergelassene ÄrztInnen und ambulante Einrichtungen
4. Langzeitsekundärprävention in Eigenverantwortlichkeit der PatientInnen

Eine Rehabilitation sollte u.a. nach Herzinfarkt, koronarer Bypass-Operation und in ausgewählten Fällen auch nach Herzkatheteruntersuchungen eingeleitet werden (Gesundheit Österreich GmbH 2012; Bundesärztekammer et al. 2013). Die kardiologische Rehabilitation sollte dabei folgende Dimensionen beinhalten (Bundesärztekammer et al. 2013):

1. Die somatischen Therapien nach Risikostratifizierung, medizinische Überwachung und Medikamenteneinstellung, Mobilisierung etc.
2. PatientInnenschulungen zur Verhaltensmodifikation mit Vermittlung von Grundlagen zum Verständnis eines Myokardinfarktes bzw. einer KHK, ihrer Folgen und Therapieinhalte sowie der Wirkung von Risikofaktoren und einer Verhaltensmodifikation, ferner Verhaltenstherapie
3. Psychologische Unterstützung und bei Bedarf Behandlung
4. Sicherung der sozialen Teilhabe und Wiedereingliederung in das Berufsleben durch bedarfsgerechte, individuelle soziale Beratung und Unterstützung der PatientInnen

In Österreich erfolgt die kardiale Rehabilitation vorwiegend im stationären Bereich. Es gibt 13 Einrichtungen zur Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Gesundheit Österreich GmbH 2014).

Die Häufigkeit der KHK bzw. eines Myokardinfarktes führt auch über deren gesundheitliche und soziale Folgen zu hohen gesundheitlichen, volkswirtschaftlichen Kosten und für die Betroffenen und deren Angehörige zu intangiblen Kosten. Ein wichtiges Ziel wäre daher, die Herz-Kreislauf-Gesundheit von Frauen und Männern zu verbessern. Sinnvoll wäre es, die Präventionsmaßnahmen und neuen Therapiemöglichkeiten zielgruppenspezifisch für Frauen und Männer sowie für unterschiedliche sozioökonomische Gruppen weiterzuentwickeln (Robert Koch Institut 2006).

Die KHK bzw. der Myokardinfarkt stellen nach wie vor eine Herausforderung für LeistungserbringerInnen im Gesundheitswesen dar. Als Lösungsansätze zur Reduktion der Zahl der PatientInnen werden effektive Präventionsprogramme diskutiert. Weiters sollen durch eine effiziente Fallsuche nach PatientInnen mit spezifischem Risiko, die Einleitung rascher Interventionen bei akutem Verschluss eines Koronargefäßes und eine zielführende Rehabilitation die Prävalenz senken (ÖGAM 2008; Bundesärztekammer et al., 2013; Mosca et al., 2013). Für die Versorgungsforschung wird ein transdisziplinärer Zugang als essentiell angesehen. Die Behandlung erfordert dementsprechend eine gut abgestimmte, qualitätsgesicherte und multiprofessionelle Zusammenarbeit zwischen allen LeistungserbringerInnen sowie die Mitwirkung der Betroffenen und deren Angehöriger.

2 PROJEKTZIELE UND FORSCHUNGSFRAGEN

Ziel dieser Studie war es, die Informiertheit/Aufklärung sowie die Zufriedenheit betreffend die Versorgung von PatientInnen nach Herzinfarkt in Österreich, in den verschiedenen Gliedern der Versorgungskette zu untersuchen. Ferner wurde die Gesundheitskompetenz von PatientInnen, deren subjektiver Gesundheitszustand und sozioökonomischer Hintergrund erhoben und im Hinblick auf Zusammenhänge mit der Informiertheit/Aufklärung sowie der Zufriedenheit analysiert.

Folgende Fragestellungen wurden in der Studie untersucht:

- Wie beurteilen PatientInnen nach Herzinfarkt ihre medizinische Versorgung, Information und Aufklärung in Österreich vor und nach dem Eintritt des Akutereignisses, inklusive der stationären Rehabilitation?
- Wie zufrieden sind PatientInnen nach Herzinfarkt jeweils mit den Gliedern der Versorgungskette (vor dem Myokardinfarkt, in der Akutphase und der Rehabilitation)?
- In wieweit wurden von PatientInnen nach Herzinfarkt Maßnahmen zur Risikoreduktion vor und nach dem Eintritt des Akutereignisses, inklusive der stationären Rehabilitation umgesetzt?
- Wie beurteilen PatientInnen nach Herzinfarkt ihren subjektiven Gesundheitszustand?
- Wie kompetent sind PatientInnen nach Herzinfarkt in kardialen Gesundheitsfragen?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Information/Aufklärung bzw. der Zufriedenheit von PatientInnen und soziodemografischen bzw. sozioökonomischen Variablen, der subjektiven Gesundheit und KHK-bedingten Einschränkungen?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Information/Aufklärung bzw. der Zufriedenheit von PatientInnen und der Umsetzung von empfohlenen Maßnahmen?

- Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz von PatientInnen und soziodemografischen bzw. sozioökonomischen Variablen, der subjektiven Gesundheit, KHK-bedingten Einschränkungen Information/Aufklärung bzw. Zufriedenheit?

3 METHODEN

3.1. STUDIENDESIGN

Im Rahmen dieses Projektes wurde eine quantitative Querschnittstudie mit primär deskriptiver Ausrichtung durchgeführt. Die Daten wurden zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Zielpopulation erhoben. Die Querschnitterhebung wird als angemessene Methode gesehen, um aktuell gültige Gegebenheiten und Meinungen zu beschreiben, Zusammenhänge aufzuzeigen und Hypothesen zu generieren. Mittels Deskription sollen problemrelevante Sachverhalte möglichst genau dargestellt werden (Bortz & Döring 2006).

3.2. STICHPROBE

Die Zielpopulation umfasste weibliche und männliche PatientInnen in Österreich nach einem Herzinfarkt, die bei der GKK versichert sind und deren Rehabilitation maximal drei Monate zurücklag. PatientInnen mit den in Tabelle 1 angeführten Diagnosen nach dem Diagnoseklassifikationssystem ICD-10 (BMG 2013) kamen für die Studie in Frage (Tabelle 2). Aus dieser Grundgesamtheit wurde eine Zufallsstichprobe gezogen, um eine möglichst hohe Repräsentativität zu gewährleisten. Bei der Auswahl erfolgte eine Schichtung nach Bundesländern. Der knappe Zeitraum von drei Monaten wurde gewählt, um genaue Informationen von den Betroffenen zu erhalten. Die Stichprobe wurde durch die österreichische Pensionsversicherungsanstalt gezogen.

Diese Stichprobe an GKK-versicherten PatientInnen nach einem Herzinfarkt erhielt eine schriftliche Einladung zur Befragung. Insgesamt wurden 1.000 betroffene Frauen und Männer mit den erwähnten Charakteristika angeschrieben.

TABELLE 2: FÜR DIE STICHPROBENAUSWAHL EINGESCHLOSSENE DIAGNOSEN NACH ICD-10 (BMG 2013)

Notation	Bezeichnung der Diagnose
I21.0	<i>Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand</i> Inkl.: Transmuraler Infarkt (akut): anterior o.n.A., anteroapikal, anterolateral, anteroseptal, Vorderwand o.n.A.;
I21.1	<i>Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand</i> Inkl.: Transmuraler Infarkt (akut): diaphragmal, Hinterwand o.n.A., inferior o.n.A., inferolateral, inferoposterior;
I21.2	<i>Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen</i> Inkl.: Transmuraler Infarkt (akut): apikolateral, basolateral, hochlateral, lateral o.n.A., posterior (strikt), posterobasal, posterolateral, posteroseptal, Seitenwand o.n.A., septal o.n.A.;
I21.3	<i>Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation</i> Inkl.: Transmuraler Myokardinfarkt o.n.A.
I21.4	<i>Akuter subendokardialer Myokardinfarkt</i> Inkl.: Innenschichtinfarkt o.n.A., nicht-ST-Hebungsinfarkt, nicht-transmuraler Myokardinfarkt;
I21.9	<i>Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet</i> Inkl.: Myokardinfarkt (akut) o.n.A.

3.3. DATENERHEBUNG

Die Daten für diese Studie wurden anhand eines selbst auszufüllenden Fragebogens erhoben. Die zufällig ausgewählten PatientInnen nach Herzinfarkt wurden hierfür von der österreichischen Pensionsversicherungsanstalt, als für die Rehabilitation zuständigem Träger, per Post angeschrieben. Die AdressatInnen wurden ersucht, den Fragebogen sorgfältig auszufüllen und mittels eines beiliegenden, an das Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie adressierten Antwortkuverts zu retournieren. Das Porto wurde beim Empfänger eingehoben, um bei den PatientInnen keine Kosten entstehen zu lassen und dadurch die Rücklaufquote zu erhöhen. Diese betrug 36,5%.

3.4. ETHISCHE ASPEKTE

Da es sich im Rahmen dieses Projektes um eine Fragebogenstudie handelt, war kein Risiko für die Befragten zu erwarten. Außerdem war die Teilnahme an der Erhebung völlig freiwillig und die Datenauswertung erfolgte anonym.

Ein positives Ethikvotum für dieses Forschungsprojekt wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz erteilt (EK-Nr.: 26-199 ex 13/14).

3.5. INFORMIERTE ZUSTIMMUNG

Gemeinsam mit dem Fragebogen wurde den ausgewählten PatientInnen nach Herzinfarkt ein Begleitschreiben übermittelt, in dem Ziel und Nutzen der Befragung sowie die Freiwilligkeit der Teilnahme, die vertrauliche Behandlung der Daten und die anonyme Durchführung der Erhebung genau erläutert wurden. Aufgrund der Freiwilligkeit konnten die angeschriebenen Personen selbst entscheiden, ob sie den Fragebogen ausfüllen und rücksenden möchten oder nicht.

3.6. MESSINSTRUMENT

Mithilfe eines selbstentwickelten Fragebogens wurden Daten zur Information/Aufklärung sowie zur Zufriedenheit mit der Versorgung und zur Gesundheitskompetenz von PatientInnen nach Herzinfarkt gesammelt. Als Basis diente der PatientInnenzufriedenheitsfragebogen der Steiermärkischen Krankenanstalten GmbH (Gasser-Steiner & Freidl 2004, 2005) und das Health Literacy (HLS-EU) Projekt (Maastricht University 2013). Der Fragebogen wurde sodann im Rahmen von Fragebogenkonferenzen von wissenschaftlichen MitarbeiterInnen des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie entwickelt. Ergänzt wurde dieser durch die Bearbeitung von Anregungen der MitarbeiterInnen des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger, der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau sowie der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse.

Nach Erstellung des Fragebogens wurde ein Pretest in einer Rehabilitationsklinik in der Steiermark durchgeführt und dann mit einigen Änderungen finalisiert. Der für diese Studie verwendete Fragebogen ist im Anhang dargestellt.

Der Fragebogen bildet detailliert die Versorgungskette für PatientInnen in der Zeit vor dem Herzinfarkt, in der Akutphase und nach dem Ereignis ab. Insgesamt besteht der Fragebogen aus fünf Blöcken. Die ersten drei Teile, die Hauptblöcke der Befragung, umfassen Fragen zur Information/Aufklärung und Zufriedenheit mit der Versorgung der PatientInnen bis zu einem halben Jahr vor dem Eintreten des Herzinfarktes (1), mit der Akutversorgung nach dem Herzinfarkt (2) sowie mit der Rehabilitation (3). Die ersten drei Fragebogenteile waren analog aufgebaut. In jedem Fragenblock wurden in etwa analoge Fragenanordnungen, bezogen auf das jeweilige Glied der Versorgungskette, gewählt. Einzelne Blöcke enthielten Zusatzfragen. Der vierte Block „Allgemeine Fragen“ (4) beinhaltete Variablen zur Messung der Gesundheitskompetenz. Fragen zur Person, etwa zum sozioökonomischen Status, wurden im letzten Teil des Fragebogens (5) erhoben (vgl. Anhang).

3.7. DATENANALYSE

Die zurückgesandten Fragebögen wurden vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie hinsichtlich ihrer Vollständigkeit und Korrektheit überprüft und in eine zuvor erstellte Datenmaske (EpiData Entry Client v1.03) eingegeben. Für die Analyse wurden die Daten in das Statistikprogramm IBM SPSS© Statistics 21 importiert.

Die Daten wurden deskriptiv statistisch analysiert und in Tabellen und Grafiken dargestellt. Berechnet wurden vorwiegend Häufigkeiten, Prozente und Mittelwerte. Bei Fragen, in denen Bewertungen seitens der befragten PatientInnen vorzunehmen waren, wurden die entsprechenden Kategorien (wie zum Beispiel: zufrieden, eher zufrieden, eher nicht zufrieden, nicht zufrieden) als 100%-Verteilung dargestellt. Fehlende Werte oder fehlende Beurteilungen dieser Fragen wurden nicht in die Verteilung miteinbezogen, um klare Ergebnisse zu erzielen und Verzerrungen zu vermeiden. Der prozentuelle Anteil der PatientInnen, die keine Angaben machten bzw. keine Beurteilung abgeben konnten, ist bei den einzelnen Ergebnissen zusätzlich angeführt.

Neben den deskriptiven Auswertungen wurden zusätzlich explorative Korrelationsanalysen berechnet. Es wurden Zusammenhänge zwischen den Variablen Alter, Bildung, Einkommen, dem subjektiven Gesundheitszustand bzw. den Einschränkungen durch Folgen des Herzinfarktes und Information/Aufklärung bzw. Zufriedenheit in den einzelnen Gliedern der Versorgungskette mit Spearman Rangkorrelationen berechnet. Geschlechtsunterschiede wurden mittels Mann-Whitney-U-Test analysiert. Dazu wurden Skalen zur Information und Zufriedenheit gebildet. Die Skala zur Information vor dem Herzinfarkt umfasste die Fragen 8, 9, 10, 13, 18, 20, 21 (vgl. Fragebogen im Anhang) und wies eine Reliabilität von 0,88 auf. Die Skala zur Information in der Akutbehandlung umfasste die Fragen 33, 34, 35, 38, 43, 45, 46 (vgl. Fragebogen im Anhang) und wies eine Reliabilität von 0,86 auf. Die Skala zur Information nach dem Herzinfarkt, in der Rehabilitation umfasste die Fragen 55, 56, 57, 60, 65, 67, 68 (vgl. Fragebogen im Anhang) und wies eine Reliabilität von 0,86 auf. Die Skala zur PatientInnenzufriedenheit vor dem Herzinfarkt umfasste die Fragen 22a, 22b, 22c (vgl. Fragebogen im Anhang) und wies eine Reliabilität von 0,78 auf. Die Skala zur PatientInnenzufriedenheit in der Akutbehandlung umfasste die Fragen 50a, 50b, 50c (vgl. Fragebogen im Anhang) und wies eine Reliabilität von 0,83 auf. Die Skala zur PatientInnenzufriedenheit nach dem Herzinfarkt in der Rehabilitation umfasste die Fragen 69a, 69b, 69c (vgl. Anhang) und wies eine Reliabilität von 0,81 auf.

Zusätzlich wurde eine Skala zur Gesundheitskompetenz, die den gesamten Fragenblock 80 umfasste, gebildet. Aufgrund der Unterschiede der einzelnen Items zum Health Literacy (HLS-EU) Projekt (Maastricht University 2013), wurde für die Auswertung dieser eigens eine Skala entwickelt. Diese Skala hatte eine Reliabilität von 0,90. Mittels Korrelationen nach Spearman wurden Zusammenhänge zwischen der Gesundheitskompetenz und den Variablen Alter, Bildung, Einkommen, subjektiver Gesundheitszustand bzw. Einschränkungen durch Folgen des Herzinfarktes, Information/Aufklärung bzw. Zufriedenheit in den einzelnen Gliedern der Versorgungskette berechnet. Geschlechtsunterschiede wurden mittels Mann-Whitney-U-Test analysiert. Alle weiteren explorativen Korrelationsanalysen wurden mittels Korrelationen nach Spearman berechnet. Das Signifikanzniveau wurde für alle Analysen bei einem p-Wert von $\leq 0,05$ festgelegt.

4 ERGEBNISSE

4.1. SOZIODEMOGRAFISCHE CHARAKTERISTIKA DER STICHPROBE

Insgesamt nahmen 365 PatientInnen an der Untersuchung teil (50,1% Frauen; Rücklaufquote 36,5%). Das Durchschnittsalter der PatientInnen lag bei 63,4 Jahren, wobei der/die Älteste 91 Jahre und der/die Jüngste 25 Jahre alt war. Das Durchschnittsalter der Patientinnen lag bei 66,0 Jahren (Minimum=25, Maximum=91), das der Patienten bei 60,7 Jahren (Minimum=36, Maximum=85).

Im Haushalt der/des Patientin/-en lebten durchschnittlich 2,2 Personen (inklusive des/der Patienten/-in; Minimum 1 Person, Maximum 7 Personen). Im Durchschnitt lebten gemeinsam mit dem/der Patienten/-in 0,3 versorgungsabhängige Personen (d.h. Kinder unter 14 Jahren, pflegebedürftige Personen etc.; Minimum=0, Maximum=4).

Von den Befragten hatten 24,4% der PatientInnen die Pflichtschule, 42,2% eine Lehre und 18,9% eine Fachschule ohne Matura abgeschlossen; 5,2% hatten die Matura, 0,5% eine Ausbildung nach der Matura und 6,6% ein Studium abgeschlossen. 2,2% der Patientinnen machten bezüglich der Frage nach der höchsten abgeschlossenen Schulbildung keine Angaben (Abbildung 4).

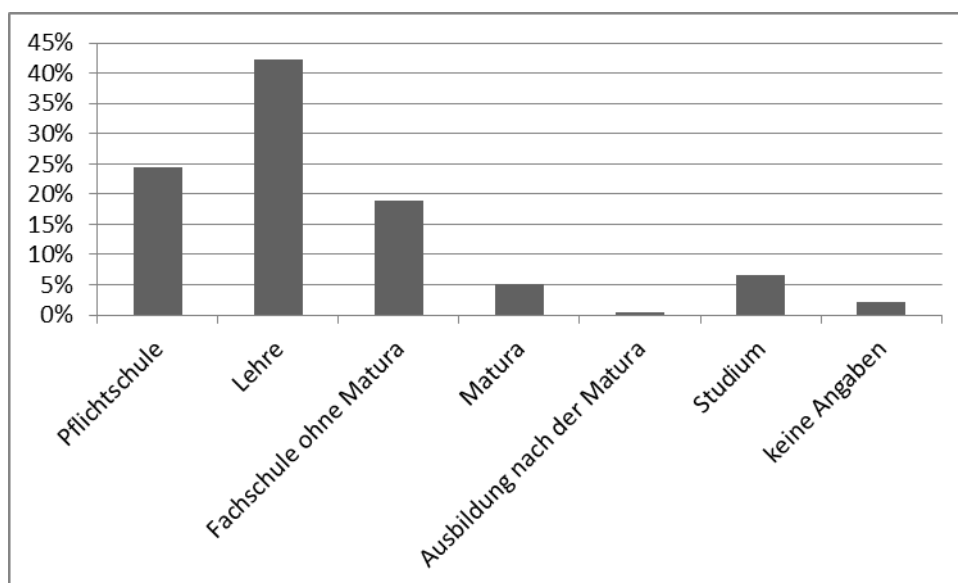


ABBILDUNG 4: HÖCHSTE ABGESCHLOSSENE SCHULBILDUNG DER PATIENTINNEN (IN %; N = 365)

Nach eigenen Angaben waren 9,3% der PatientInnen ledig/allein lebend (10,4% der Frauen und 8,4% der Männer), 5,5% lebten in einer Lebensgemeinschaft (5,5% der Frauen und 5,6% der Männer), und 60,8% waren verheiratet und lebten mit dem/der Partner/-in zusammen (50,3% der Frauen und 72,6% der Männer). 1,6% der PatientInnen waren verheiratet und lebten von dem/der Partner/-in getrennt (2,2% der Frauen und 1,1% der Männer), 7,4% waren geschieden (8,2% der Frauen und 6,7% der Männer) und 14,2% verwitwet (23,0% der Frauen und 5,6% der Männer). 1,1% der PatientInnen machten bezüglich ihres Familienstandes keine Angaben (Abbildung 5).

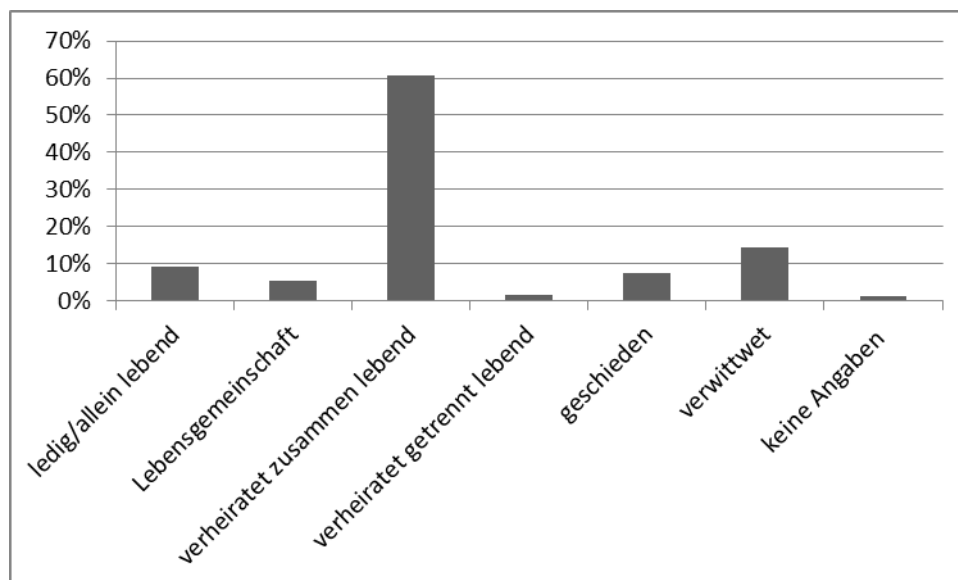


ABBILDUNG 5: FAMILIENSTAND DER PATIENTINNEN (IN %; N = 365)

86,6% aller PatientInnen waren in Österreich geboren. 12,1% stammten aus einem anderen Land, und 1,1% machten bezüglich ihrer Herkunft keine Angaben. Von den 12,1%, die nicht in Österreich geboren waren, stammten 29,5% aus Deutschland, 20,4% aus der Türkei, 18,2% aus dem ehemaligen Jugoslawien, 6,8% aus Rumänien, 4,6% aus Tschechien und 2,3% aus jeweils unterschiedlichen Ländern (d.h. jeweils eine Person aus der Tschechischen Republik, Venezuela, Italien, dem Iran, Kosovo, Polen, dem Sudetenland, Tunesien, UdSSR und China). Im Durchschnitt lebten diese Personen bereits 32,2 Jahre in Österreich. Die kürzeste Aufenthaltsdauer von nicht in Österreich geborenen PatientInnen betrug 5 Jahre, die längste 67 Jahre.

Der Mittelwert sowie der Median hinsichtlich des monatlichen Nettohaushaltseinkommens der PatientInnen (jenes Einkommen, das dem Haushalt pro Monat netto zur Verfügung steht) lag zwischen 1.501 und 1.800 Euro. 3,3% der PatientInnen gaben an, ein monatliches Nettohaushaltseinkommen von weniger als 600 Euro pro Monat zu haben, 3,8% berichteten, sie hätten monatlich mehr als 4000 Euro netto zur Verfügung, und 8,5% der PatientInnen gaben bezüglich ihres monatlichen Einkommens keine Auskunft. Rund 42% der PatientInnen gaben ein monatliches Nettohaushaltseinkommen zwischen 1.201 und 2.200 Euro an (Abbildung 6).

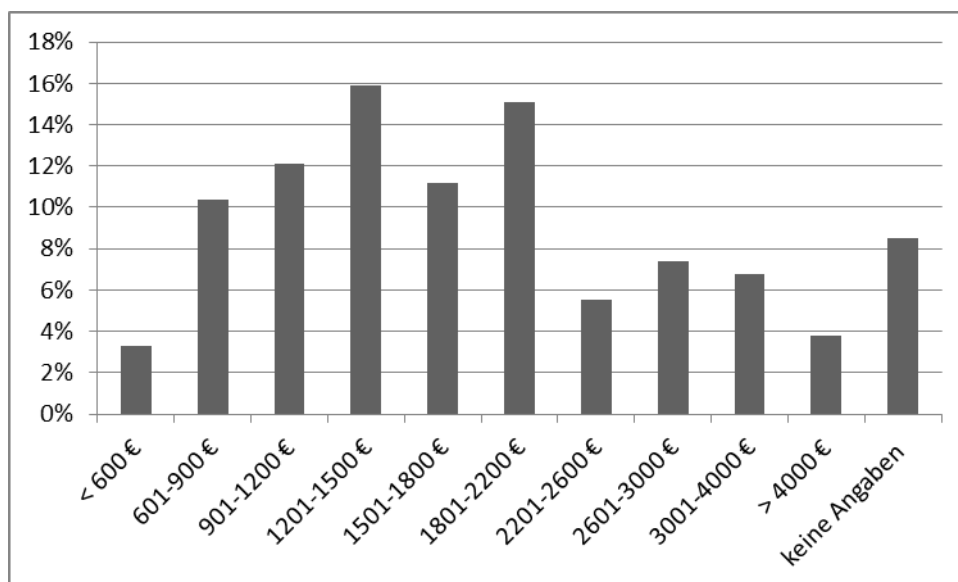


ABBILDUNG 6: MONATLICHES NETTOHAUSHALTSEINKOMMEN DER PATIENTINNEN (IN %; N = 365)

4.2. VERSORGUNG UND ZUFRIEDENHEIT DER PATIENTINNEN VOR DEM HERZINFARKT

Insgesamt waren 36,2% der PatientInnen (N=132) im letzten halben Jahr vor Eintritt des Herzinfarktes bei einem/-r Arzt/Ärztin oder in einer Gesundheitseinrichtung wegen kardialer Risikofaktoren oder Herz-Kreislauf-Beschwerden in Behandlung. Von 2,2% der Befragten gab es dazu keine Angaben.

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf jene 132 PatientInnen, die vor dem Herzinfarkt ärztlich versorgt wurden.

4.2.1. VERSORGUNG DURCH DEN HAUSARZT/DIE HAUSÄRZTIN

Von jenen Personen, die Angaben dazu machten, wie gut sie sich durch ihren Hausarzt/ihre Hausärztin versorgt fühlten, gaben 52,4% der PatientInnen an, dass sie sich hinsichtlich ihrer Herz-Kreislauf-Beschwerden gut versorgt fühlten. 32,5% fühlten sich eher gut versorgt, 10,3% eher schlecht und 4,8% schlecht versorgt (Abbildung 7).

0,5% der PatientInnen gaben an, dass sie keinen Hausarzt/keine Hausärztin hätten, und 3,0% machten bezüglich der Versorgung durch den Hausarzt/die Hausärztin keine Angaben.

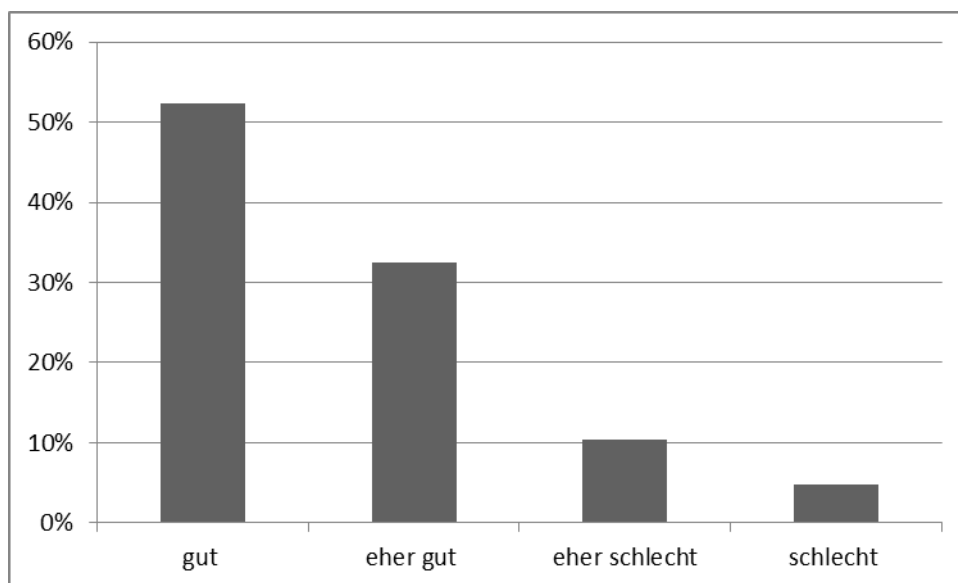


ABBILDUNG 7: VERSORGUNG DURCH DEN HAUSARZT/DIE HAUSÄRZTIN VOR DEM HERZINFARKT (IN %; N = 132)

4.2.2. AMBULANTE VERSORGUNGSEINRICHTUNGEN UND BEHANDLUNGSHÄUFIGKEITEN EIN HALBES JAHR VOR EINTRITT DES HERZINFARKTES

72,0% der PatientInnen waren im letzten halben Jahr vor Eintritt des Herzinfarktes aufgrund von kardialen Risikofaktoren oder von Herz-Kreislauf-Beschwerden bei ihrem/-r Hausarzt/Hausärztin in Behandlung. Diese PatientInnen wurden durchschnittlich 5,5 Mal von ihrem/-r Arzt/Ärztin versorgt (Minimum 1 Mal, Maximum 52 Mal).

59,8% der PatientInnen wurden im letzten halben Jahr vor Eintritt des Herzinfarktes von einem/-r Facharzt/-ärztin versorgt. Diese PatientInnen waren durchschnittlich 2,4 Mal bei ihrem/-r Arzt/Ärztin in Behandlung (Minimum 1 Mal, Maximum 24 Mal).

25,0% der PatientInnen gaben an, während dieses Zeitraums aus den genannten Gründen in einer Spitalsambulanz in Behandlung gewesen zu sein. Diese PatientInnen wurden durchschnittlich 2,0 Mal dort versorgt (Minimum 1 Mal, Maximum 10 Mal).

3,0% der PatientInnen (n = 4) gaben an, in Ambulatorien behandelt worden zu sein. Diese PatientInnen waren durchschnittlich 2,5 Mal in einem Ambulatorium in Behandlung (Minimum 1 Mal, Maximum 5 Mal).

10,6% der PatientInnen wurden von anderen ÄrztInnen oder in anderen Einrichtungen (Diagnostikzentrum, Gemeindearzt /-ärztin, Ambulanz oder stationärer Aufenthalt) versorgt. Diese PatientInnen waren dort durchschnittlich 3,3 Mal in Behandlung (Minimum 1 Mal, Maximum 12 Mal).

4.2.2.1. Wartezeit auf einen Termin

Die PatientInnen gaben an, im Mittel 0,8 Tage auf einen Termin bei ihrem Hausarzt/ihrer Hausärztin gewartet zu haben (Minimum 0 Tage, Maximum 28 Tage).

Die PatientInnen mussten im Mittel 21,9 Tage auf einen Termin beim Facharzt/bei der Fachärztin warten (Minimum 0 Tage, Maximum 180 Tage).

Die PatientInnen mussten im Mittel 5,3 Tage auf einen Termin in einer Spitalsambulanz warten (Minimum 0 Tage, Maximum 60 Tage).

Die PatientInnen mussten im Mittel 25,2 Tage auf einen Termin in einem Ambulatorium warten (Minimum 0 Tage, Maximum 60 Tage).

Die PatientInnen mussten im Mittel 15,0 Tage auf einen Termin bei anderen ÄrztInnen oder anderen Einrichtungen warten (Minimum 0 Tage, Maximum 50 Tage).

4.2.2.2. Wartezeit in der Ordination bzw. Gesundheitseinrichtung

Die PatientInnen gaben an, im Mittel 38 Minuten in der Ordination gewartet zu haben, bis sie mit ihrem Hausarzt/ihrer Hausärztin sprechen konnten (Minimum 0 Minuten, Maximum 120 Minuten).

Die PatientInnen mussten im Mittel 42 Minuten in der Ordination warten, bis sie mit ihrem Facharzt/ihrer Fachärztin sprechen konnten (Minimum 0 Minuten, Maximum 180 Minuten).

Die PatientInnen mussten im Mittel 51 Minuten in der Spitalsambulanz warten, bis sie mit einem/-r Arzt/Ärztin sprechen konnten (Minimum 0 Minuten, Maximum 210 Minuten).

Die PatientInnen mussten im Mittel 58 Minuten in einem Ambulatorium warten, bis sie mit einem/-r Arzt/Ärztin sprechen konnten (Minimum 0 Minuten, Maximum 240 Minuten).

Die PatientInnen mussten im Mittel 48 Minuten bei anderen ÄrztInnen oder anderen Gesundheitseinrichtungen warten, bis sie mit einem/-r Arzt/Ärztin sprechen konnten (Minimum 10 Minuten, Maximum 120 Minuten).

4.2.2.3. Behandlungsempfehlungen und entsprechende Informationsübermittlung

67,4% der 132 PatientInnen (N=89) gaben an, dass ihnen von ihrem Arzt/ ihrer Ärztin aufgrund ihrer Herz-Kreislauf-Beschwerden eine Behandlung empfohlen wurde. 15,2% machten bezüglich der Frage nach Behandlungsempfehlungen keine Angaben.

Bezüglich der Frage, welche Behandlung ihnen empfohlen wurde, nannten 89,9% eine medikamentöse Behandlung, 44,9% eine Lebensstiländerung, 12,4% einen operativen Eingriff und 11,2% andere Maßnahmen (wie beispielsweise Schonung, eine Kur oder weiterführende Untersuchungen; Abbildung 8)

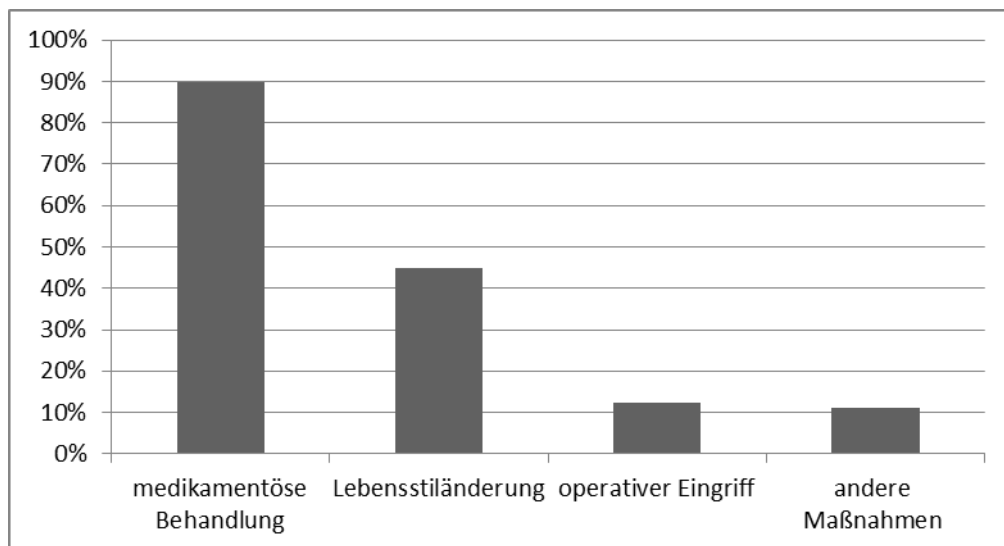


ABBILDUNG 8: BEHANDLUNGSEMPFEHLUNGEN VOR DEM HERZINFARKT (IN %; N = 89)

Alle folgenden Ergebnisse beziehen sich auf jene 89 PatientInnen, denen aufgrund ihrer Beschwerden von ihrem Arzt/ihrer Ärztin eine Behandlung empfohlen wurde.

58,0% der PatientInnen gaben an, dass sie über den Ablauf der Behandlung ihrer Herz-Kreislauf-Beschwerden informiert wurden. 28,4% äußerten, dass es eher zutrifft, dass sie darüber informiert wurden. 9,1% der PatientInnen meinten, dass es eher nicht zutrifft, dass sie darüber informiert wurden, während 4,5% angaben, dass sie nicht informiert wurden. 1,1% machten diesbezüglich keine Angaben (Tabelle 3).

Die PatientInnen gaben an, über die Notwendigkeit von Untersuchungen und das Ziel der Behandlung ähnlich gut informiert worden zu sein wie über den Ablauf. 69,0% bzw. 69,8% der PatientInnen äußerten, dass sie über die Untersuchungsergebnisse und die Verordnung von Medikamenten gut informiert wurden (Tabelle 3).

Etwa 45% der PatientInnen gaben an, dass sie über eventuelle Komplikationen der Behandlung aufgeklärt wurden und dass sie in die Entscheidungsfindung hinsichtlich ihrer Behandlung mit einbezogen wurden (Tabelle 3).

27,7% der PatientInnen gaben an, dass sie über eventuelle Nebenwirkungen der verordneten Medikamente aufgeklärt wurden. 20,5% äußerten, dass dies eher zutrifft. 24,1% der PatientInnen meinten, dass dies eher nicht zutrifft, und 27,7% gaben an, nicht aufgeklärt worden zu sein (Tabelle 3).

TABELLE 3: INFORMATIONÜBERMITTLUNG BEZÜGLICH DER BEHANDLUNG VOR DEM HERZINFARKT (ANZAHL DER PATIENTINNEN IN %)

	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Keine Verschreibung/Untersuchung	Keine Angabe
Wurden Sie über den Ablauf der Behandlung Ihrer Herz-Kreislauf-Beschwerden informiert?	58,0%	28,4%	9,1%	4,5%		1,1%
Wurden Sie darüber informiert, was das Ziel der Behandlung Ihrer Beschwerden war?	54,7%	27,9%	11,6%	5,8%		3,4%
Wurden Sie über eventuelle Komplikationen der Behandlung aufgeklärt?	47,7%	20,9%	18,6%	12,8%		3,4%
Wurden Sie darüber aufgeklärt, warum Sie für diese Behandlung bestimmte Medikamente benötigen?	69,0%	13,8%	11,5%	5,7%	2,2%	0,0%
Wurden Sie über eventuelle Nebenwirkungen der Medikamente aufgeklärt?	27,7%	20,5%	24,1%	27,7%	3,4%	3,4%
Wurden Sie in die Entscheidungsfindung hinsichtlich Ihrer Behandlung einbezogen?	46,1%	26,4%	14,9%	12,6%		2,2%
Wurden Sie über die Notwendigkeit von Untersuchungen Ihrer Beschwerden aufgeklärt?	61,6%	23,2%	10,5%	4,7%	2,2%	1,1%
Wurden Sie nach den Untersuchungen über die Ergebnisse informiert?	69,8%	17,4%	9,3%	3,5%	3,4%	0,0%

N = 89

4.2.2.4. Hauptinformationsquelle der PatientInnen im Hinblick auf Beratungs- und Behandlungsoptionen

Als Hauptinformationsquellen hinsichtlich Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten gaben 92,1% der PatientInnen ein Arzt/eine Ärztin an, 19,1% schriftliches Informationsmaterial vom Arzt/von der Ärztin oder vom Krankenhaus, 11,2% ein/-e Krankenpfleger/-schwester bzw. diplomiertes Pflegepersonal, 3,4% eine Sprechstundenhilfe, 6,7% das Internet und 2,2% eine andere Informationsquelle (beispielsweise Befunde oder ein Ambulatorium; Abbildung 9)

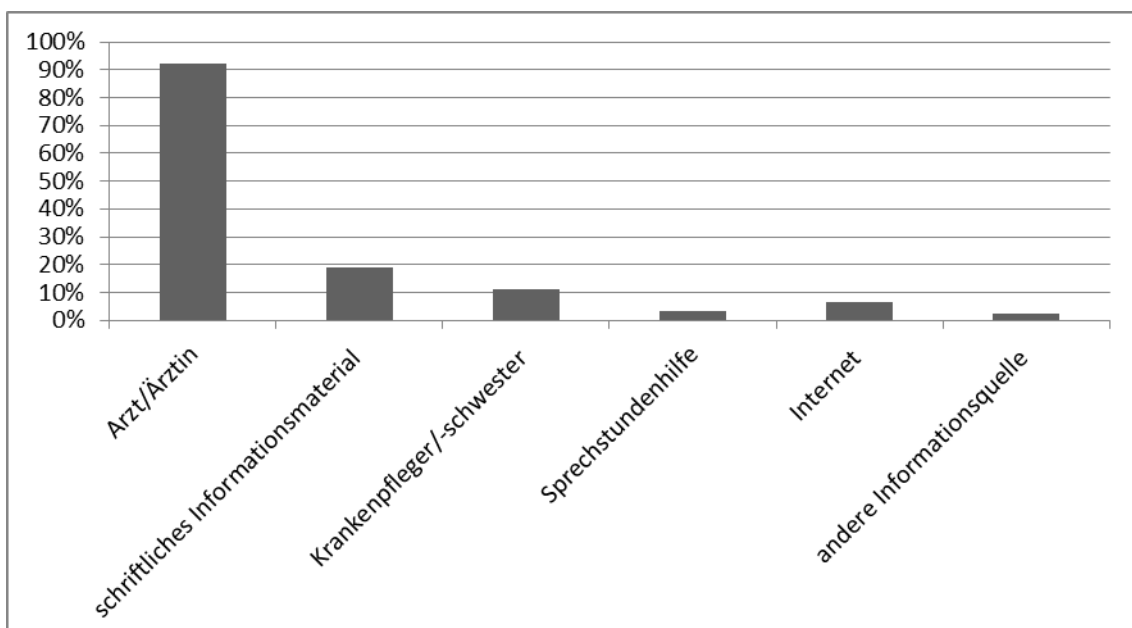


ABBILDUNG 9: HAUPTINFORMATIONSQUELLE HINSICHTLICH BERATUNGS- UND BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN VOR DEM HERZINFARKT (IN %; N = 89)

52,8% der PatientInnen gaben an, dass sie die Möglichkeit hatten, eine Beratung (wie Ernährungs- oder sportwissenschaftliche Beratung) in Anspruch zu nehmen. 30,3% äußerten, dass ihnen diese Möglichkeit nicht angeboten wurde. 15,7% meinten, dass eine Beratung nicht nötig gewesen sei, und 1,1% machten diesbezüglich keine Angaben.

4.2.2.5. Information über relevante Aspekte bezüglich Herzinfarkt

39,8% der PatientInnen gaben an, dass sie darüber aufgeklärt wurden, auf welche Symptome sie achten müssen, um zu erkennen, dass eine Verschlechterung ihrer Herz-Kreislauf-Beschwerden eingetreten ist oder ein Herzinfarkt bestehen könnte. 21,6% äußerten, dass dies eher zutrifft und 26,1% der PatientInnen meinten, dass dies eher nicht zutrifft. 12,5% gaben an, dass sie nicht aufgeklärt wurden (Tabelle 4).

Die PatientInnen wurden über Verhaltensweisen oder Tätigkeiten, die sie zu Hause ausführen oder unterlassen sollten, ähnlich gut informiert wie hinsichtlich der Symptome (Tabelle 4).

42,3% der PatientInnen wurden durch schriftliche Materialien/Informationen zum Thema Herz-Kreislauf-Beschwerden und Herzinfarkt informiert. 19,2% meinten, dass dies eher zutraf, während 16,7% angaben, dass es eher nicht zutraf. 21,8% gaben an, keine schriftlichen Informationen erhalten zu haben (Tabelle 4).

Bezüglich potenzieller Risikofaktoren für einen Herzinfarkt fühlten sich fast die Hälfte der PatientInnen gut informiert und ein Viertel der Personen eher gut informiert. 12,6% und 13,8% der PatientInnen gaben an, diesbezüglich eher nicht bzw. nicht aufgeklärt worden zu sein (Tabelle 4).

TABELLE 4: INFORMATION ÜBER RELEVANTE ASPEKTE BEZÜGLICH HERZINFARKT VOR EINTRITT DES HERZINFARKTES (ANZAHL DER PATIENTINNEN IN %)

	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Keine Verschreibung/ Untersuchung	Keine Angabe
Wurden Sie darüber aufgeklärt, auf welche Symptome Sie achten müssen, um zu erkennen, dass eine Verschlechterung Ihrer Herz- Kreislauf-Beschwerden oder ein Herzinfarkt eintritt?	39,8%	21,6%	26,1%	12,5%		1,1%
Wurden Sie durch schriftliche Materialien / Informationen zum Thema Herz- Kreislauf-Beschwerden und Herzinfarkt informiert?	42,3%	19,2%	16,7%	21,8%	11,2%	1,1%
Wurden Sie über Verhaltensweisen oder Tätigkeiten, die Sie zu Hause tun oder nicht tun sollten, informiert, die das Ziel hatten Ihre Herz- Kreislauf-Beschwerden zu reduzieren und das Risiko für einen Herzinfarkt zu senken?	39,3%	25,8%	18,0%	16,9%		0,0%
Wurden Sie über mögliche Risikofaktoren für einen Herzinfarkt aufgeklärt?	48,3%	25,3%	12,6%	13,8%		2,2%

N = 89

4.2.3. PATIENTINNENZUFRIEDENHEIT MIT DER VERSORGUNG VOR DEM HERZINFARKT

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf jene 132 PatientInnen, die vor dem Herzinfarkt ärztlich versorgt wurden.

59,0% der PatientInnen gaben an, dass sie mit der Fähigkeit der ÄrztInnen zuzuhören und auf ihre Probleme einzugehen, zufrieden gewesen seien. 29,1%

äußerten, dass sie diesbezüglich eher zufrieden waren. 7,7% der PatientInnen gaben an, dass sie diesbezüglich eher nicht zufrieden waren und 4,3%, dass sie nicht zufrieden waren. Die PatientInnen waren mit der zeitlichen Erreichbarkeit der ÄrztInnen, der medikamentösen Behandlung und der Behandlung durch die ÄrztInnen insgesamt (Abbildung 10) ähnlich zufrieden (Tabelle 5).

42,2% der PatientInnen gaben an, dass sie mit der Information/Aufklärung, die sie erhalten hatten, zufrieden waren. 11,2% waren diesbezüglich eher unzufrieden und 7,8% unzufrieden (Tabelle 5).

Fast die Hälfte der PatientInnen gab an, dass sie mit den Anleitungen zur Änderung ihres Lebensstils zufrieden gewesen seien. 36,1% waren eher zufrieden, 11,3% eher nicht zufrieden (Tabelle 5).

Mehr als 10% der 132 PatientInnen machten bezüglich der Zufriedenheit mit der Behandlung vor dem Herzinfarkt keine Angaben (Tabelle 5).

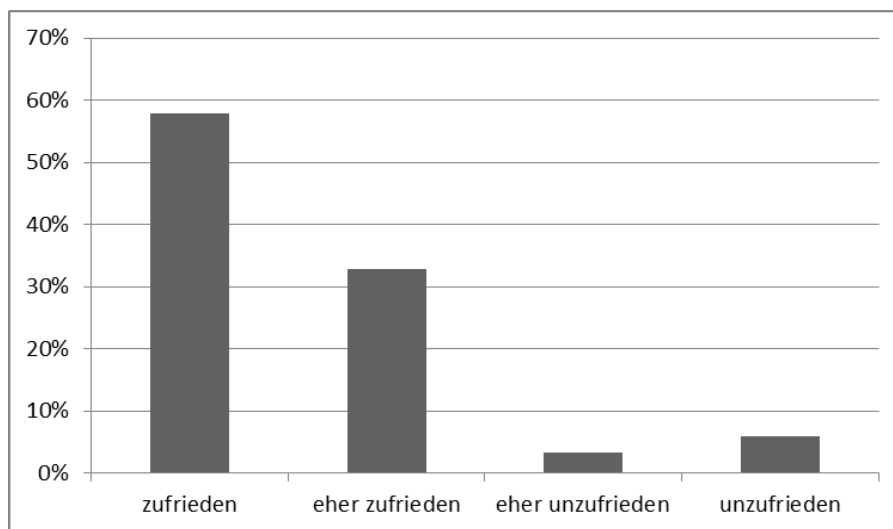


ABBILDUNG 10: ZUFRIEDENHEIT MIT DER BEHANDLUNG DURCH DIE ÄRZTINNEN INSGESAMT VOR DEM HERZINFARKT (IN %; N = 132)

TABELLE 5: PATIENTINNENZUFRIEDENHEIT MIT DER BEHANDLUNG VOR DEM HERZINFARKT
(ANZAHL DER PATIENTINNEN IN %)

	Zu- frieden	Eher zu- frieden	Eher unzu- frieden	Unzu- frieden	Nicht durch- geführt	Keine An- gaben
Wie zufrieden waren Sie mit der Fähigkeit der ÄrztInnen zuzuhören und auf Ihre Probleme einzugehen?	59,0%	29,0%	7,7%	4,3%		11,4%
Wie zufrieden waren Sie mit der Information / Aufklärung, die Sie erhalten haben?	42,2%	38,8%	11,2%	7,8%		12,1%
Wie zufrieden waren Sie mit der zeitlichen Erreichbarkeit der ÄrztInnen (Wartezeiten für Termine)?	55,9%	28,0%	11,0%	5,1%		10,6%
Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Behandlung durch die ÄrztInnen?	57,8%	32,8%	3,4%	6,0%		12,1%
Wie zufrieden waren Sie mit der medikamentösen Behandlung?	60,6%	27,5%	9,2%	2,8%	6,1%	11,4%
Wie zufrieden waren Sie mit Anleitungen zur Änderung Ihres Lebensstils?	49,5%	36,1%	11,3%	3,1%	13,6%	12,9%

N = 132

4.2.4. BESCHWERDEN VOR DEM HERZINFARKT

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf alle 365 PatientInnen, die an der Untersuchung teilgenommen haben.

Insgesamt gaben 30,1% der 365 PatientInnen an, dass sie im letzten halben Jahr vor Eintritt des Herzinfarktes Beschwerden (wie etwa Brustschmerzen, Herzbeschwerden, Angina pectoris, aber auch Stress, Übelkeit oder Schwächegefühl) verspürten. 62,2% gaben an, dass sie keine Beschwerden hatten, und 7,7% machten diesbezüglich keine Angaben.

In Abbildung 11 sind jene Beschwerden genannt, welche die PatientInnen mit dem Herzinfarkt in Verbindung brachten. Insgesamt gaben 39,7% der PatientInnen an, dass emotionale Belastungen bzw. Stress bei ihnen vorgelegen und 28,2% äußerten Schwächegefühl. Bei 24,7% der PatientInnen hatten Brustschmerzen bestanden, 15,3% litten unter Magenbeschwerden (saurem Aufstoßen), 14,0% unter

Herzbeschwerden, 8,8% unter einer Angina pectoris (Brustschmerz), 7,9% unter chronischer Bronchitis/einem Emphysem, 7,4% unter Übelkeit, 3,6% gaben einen erlittenen Herzinfarkt an und 2,7% hatten einen Schlaganfall oder eine Gehirnblutung.

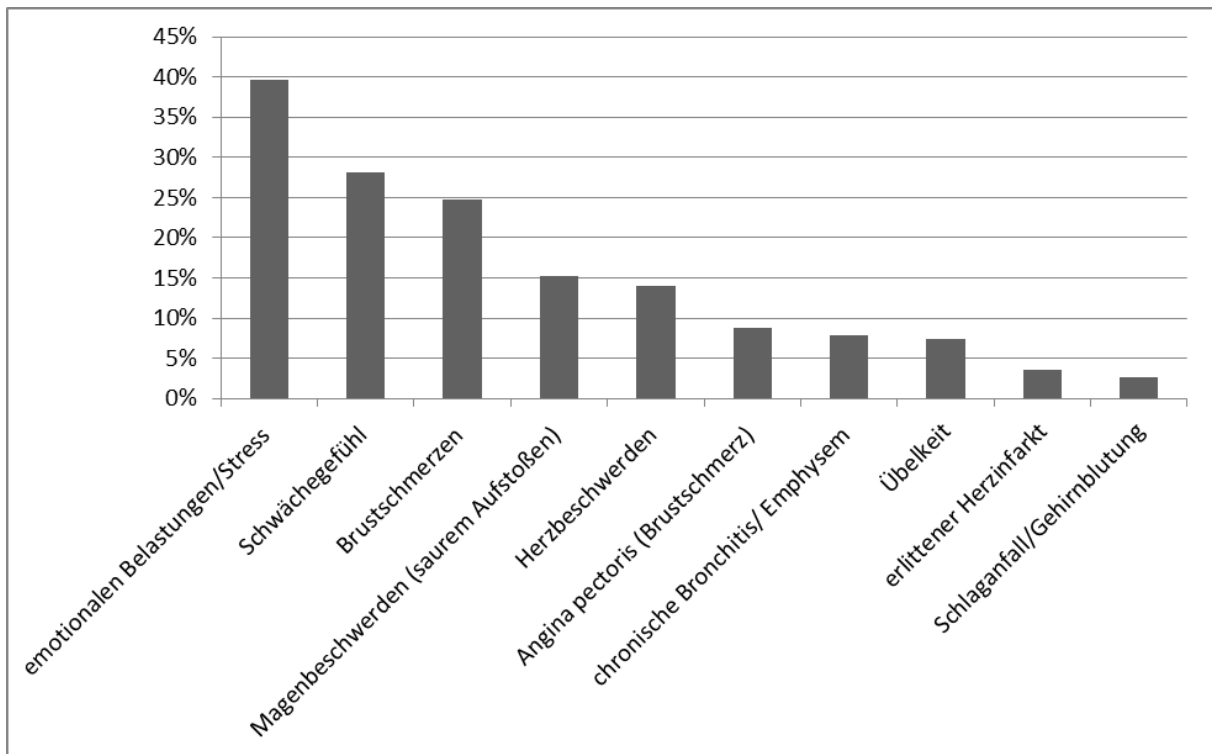


ABBILDUNG 11: VORLIEGEN VON BESCHWERDEN BEI DEN PATIENTINNEN VOR DEM HERZINFARKT (IN %; N = 365)

4.2.5. RISIKOFAKTOREN FÜR EINEN HERZINFARKT UND UMSETZUNG VON MAßNAHMEN

Die PatientInnen gaben an, folgende Risikofaktoren für einen Herzinfarkt zu haben: 52,9% der PatientInnen litten unter Bluthochdruck, 38,9% unter emotionalen Belastungen bzw. Stress, 37,0% hatten hohe Blutfettwerte (Hyperlipidemie), 33,2% Übergewicht, 29,6% eine genetische Vorbelastung, 23,3% waren RaucherInnen, 21,4% gaben Bewegungsmangel an und 15,9% litten an Zuckerkrankheit. Diese Ergebnisse sind in Abbildung 12 dargestellt.

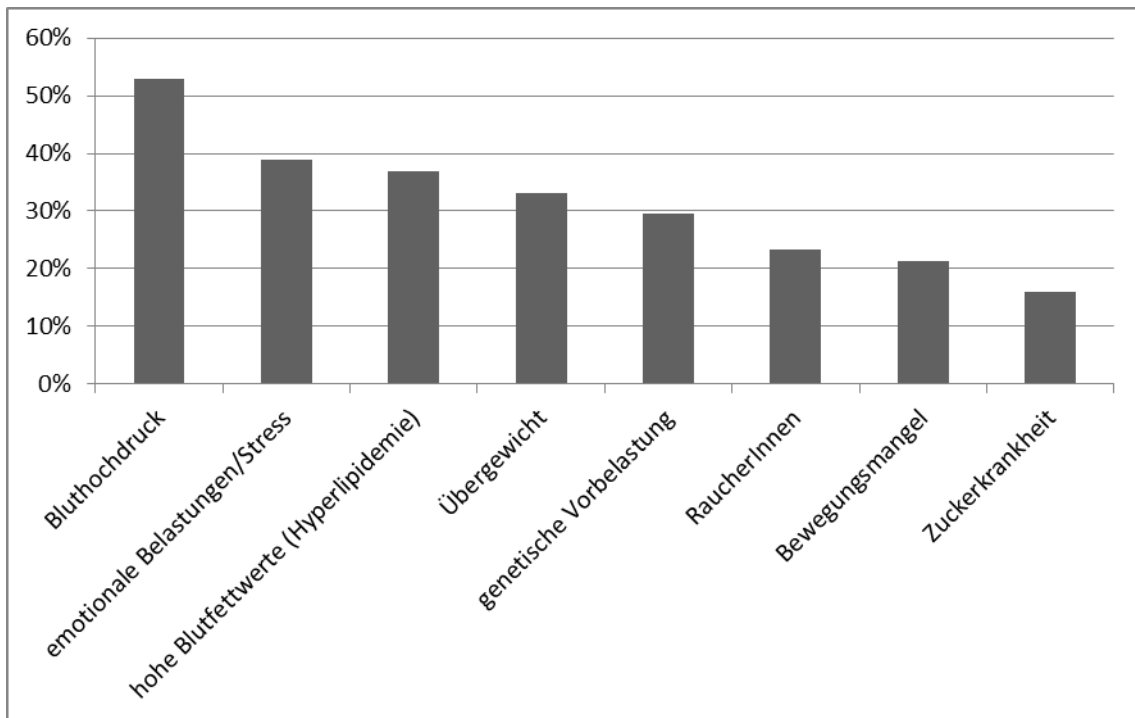


ABBILDUNG 12: VORLIEGEN VON RISIKOFAKTOREN VOR DEM HERZINFARKT (IN %; N = 365)

17,8% der PatientInnen äußerten, an einem der oben genannten Risikofaktoren, 22,2% an zwei, 22,5% an drei, 15,3% an vier, 7,1% an fünf, 3,3% an sechs und 0,8% an sieben Risikofaktoren gelitten zu haben. 11,0% der PatientInnen gaben keine Risikofaktoren an.

13,4% der befragten Personen äußerten, dass ihnen keine Medikamente empfohlen worden waren. Von jenen Befragten, welchen eine Medikamenteneinnahme empfohlen wurde, gaben 85,3% an, dass sie dieser Empfehlung gefolgt seien. 8,3% äußerten, dass sie dieser eher gefolgt seien. 3,0% der PatientInnen befolgten diese Empfehlung nach ihren Angaben eher nicht und 3,4% überhaupt nicht (Tabelle 6).

Mehr als 20% der befragten PatientInnen äußerten, dass ihnen keine Ernährungsumstellung empfohlen wurde. 16,7% der PatientInnen gaben an, dass sie keine Bewegungsempfehlungen erhielten. Etwas mehr als ein Drittel der PatientInnen, welche die Maßnahmen im Hinblick auf die Ernährungsumstellung und die Durchführung von bewegungsaktivierenden Interventionen beurteilten, gaben an, dass sie diese nach den ärztlichen Vorgaben umgesetzt hätten. 41,4% bzw. 41,9% dieser Befragten haben eine Ernährungsumstellung bzw. eine Bewegungsumstellung eher umgesetzt (Tabelle 6).

Im Hinblick auf die RaucherInnenentwöhnung meinten 21,6% der PatientInnen, dass ihnen diese nicht empfohlen wurde. Weitere 47,4% machten keine Angaben zu dieser Frage. 52,2% der Personen, welche die Maßnahmen hinsichtlich der RaucherInnenentwöhnung beurteilten, führten diese nach ärztlichen Vorgaben durch. 8,0% äußerten, dass sie diese eher umgesetzt hätten, während 18,6% meinten, sie hätten diese eher nicht umgesetzt. 21,2% gaben an, keine Maßnahmen zur RaucherInnenentwöhnung umgesetzt zu haben (Tabelle 6).

Etwa 12% der PatientInnen machten Angaben zur Umsetzung anderer Maßnahmen zur Risikoreduktion. 46,5% dieser PatientInnen gaben an, dass sie andere Maßnahmen (wie z.B. Reduktion des Alkoholkonsums, Stressreduktion, Gewichtsabnahme, weitere Lebensstiländerungen oder psychotherapeutische Behandlungen) nach ärztlichen Vorgaben umgesetzt hätten, während 23,3% meinten, dass sie diese eher umgesetzt hätten (Tabelle 6).

TABELLE 6: UMSETZUNG VON MAßNAHMEN ZUR RISIKOREDUKTION VOR DEM HERZINFARKT (ANZAHL DER PATIENTINNEN IN %)

	Umge- setzt	Eher umge- setzt	Eher nicht umge- setzt	Nicht umge- setzt	Nicht em- pfoh- len	Keine An- gaben
Medikamenteneinnahme	85,3%	8,3%	3,0%	3,4%	13,4%	14,0%
Ernährungsumstellung	36,6%	41,4%	15,0%	7,0%	22,5%	15,3%
Bewegungsempfehlungen	39,4%	41,9%	14,6%	4,1%	16,7%	15,9%
RaucherInnenentwöhnung ¹	52,2%	8,0%	18,6%	21,2%	21,6%	47,4%
Anderer Maßnahmen	46,5%	23,3%	7,0%	23,2%	15,3%	72,9%

N = 365; ¹diese Frage wurde sowohl von RaucherInnen als auch NichtraucherInnen beantwortet

4.3. VERSORGUNG UND ZUFRIEDENHEIT VON PATIENTINNEN IN DER AKUTBEHANDLUNG

4.3.1. VERSORGUNG AUFGRUND DER AKUTEN BESCHWERDEN

38,9% der befragten PatientInnen gaben an, dass sie die Rettung bzw. eine/n Notarzt/-ärztin aufgrund der akuten Beschwerden, die zur Diagnose Herzinfarkt führten, kontaktiert hatten. 28,8% kontaktierten ihre/-n Hausarzt/-ärztin, 18,4% eine Spitalsambulanz und 5,2% eine/n Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin bzw. eine/-n Kardiologin/-en. 1,1% der PatientInnen gaben an, dass sie andere Personen, wie ein Familienmitglied oder eine/n Freund/-in, kontaktierten, jeweils 0,3% ein Ambulatorium bzw. eine/-n andere/-n Ärztin/Arzt, und 7,1% machten diesbezüglich keine Angaben (Abbildung 13).

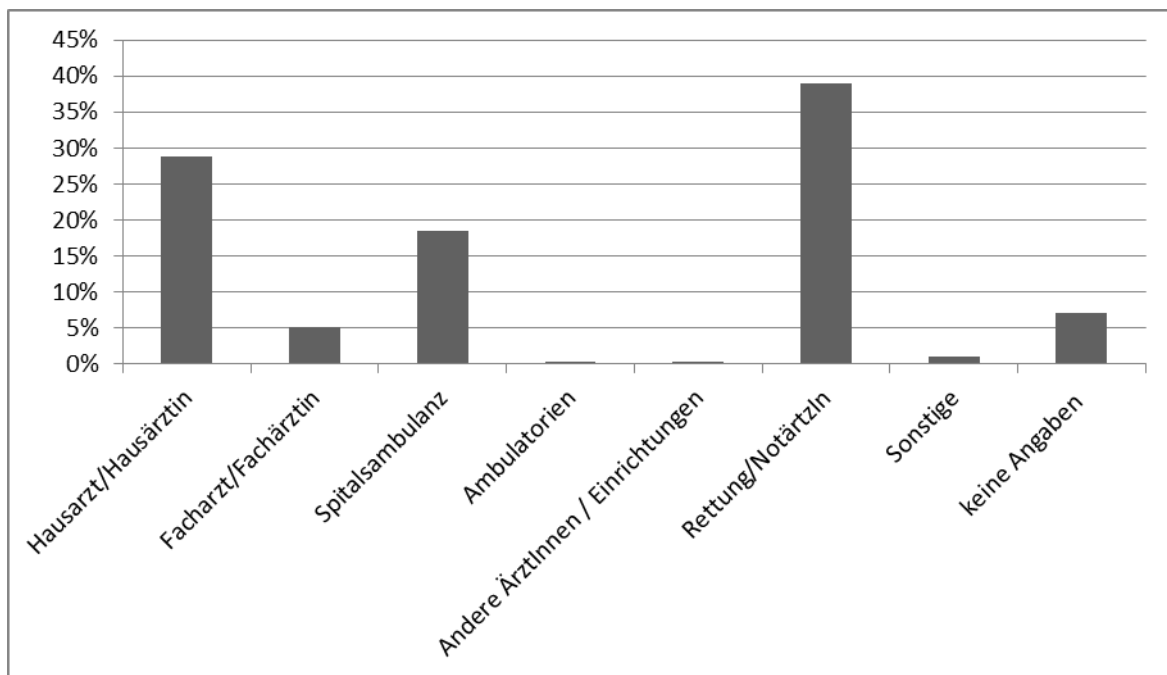


ABBILDUNG 13: KONTAKTAUFNAHME MIT ENTSPRECHENDEN EINRICHTUNGEN AUFGRUND DER AKUTEN BESCHWERDEN BEIM HERZINFARKT (IN %; N = 365)

Von jenen PatientInnen, die einen Arzt/eine Ärztin (Haus- oder Facharzt/-ärztin, Abbildung 6) kontaktiert hatten, wurden 53,7% sofort ins Krankenhaus überwiesen.

Auf die Frage, wie die PatientInnen ins Krankenhaus gekommen sind, sagten

- 54,0% mit Rettung und Notarzt/-ärztin
- 26,0%, dass sie selbstständig dorthin gekommen sind
- 14,2% mit Rettung ohne Notarzt/-ärztin
- 5,8% machten diesbezüglich keine Angaben

63,8% der PatientInnen gaben an, auf einer Intensivstation versorgt worden zu sein. Die PatientInnen lagen im Mittel 3,9 Tage auf der Intensivstation (Minimum 0 Tage, Maximum 81 Tage).

87,1% der PatientInnen gaben an, auf einer Station für Innere Medizin/Kardiologie versorgt worden zu sein. Die PatientInnen lagen im Mittel 7,4 Tage auf dieser Station (Minimum 1 Tag, Maximum 35 Tage).

4.3.2. INFORMATIONSÜBERMITTLUNG BEZÜGLICH DER BEHANDLUNG

77,5% der PatientInnen gaben an, dass sie über den Ablauf der Behandlung ihres Herzinfarktes informiert wurden. 12,7% äußerten, dass dies eher zutrifft, 7,2% der PatientInnen meinten, dass es eher nicht zutrifft, und 2,6% gaben an, dass sie nicht informiert wurden. 5,2% machten diesbezüglich keine Angaben (Tabelle 7).

Die PatientInnen wurden über das Ziel der Behandlung, die Verordnung von Medikamenten und die Untersuchungsergebnisse ähnlich gut informiert wie über den Ablauf der Behandlung (Tabelle 7).

Über die Notwendigkeit von Untersuchungen wurden 69,2% der PatientInnen aufgeklärt. 14,5% gaben an, dass sie eher darüber aufgeklärt wurden. 59,1% der PatientInnen gaben an, dass sie über eventuelle Komplikationen der Behandlung informiert wurden. 14,0% wurden eher informiert, während 10,8% der PatientInnen äußerten, diesbezüglich keine Informationen erhalten zu haben (Tabelle 7).

40,6% der PatientInnen äußerten, dass sie in die Entscheidungsfindung hinsichtlich ihrer Behandlung mit einbezogen wurden. 17,1% der Personen wurden eher miteinbezogen. 19,4% gaben an, dass dies nicht zutraf (Tabelle 7).

Weniger als ein Drittel der PatientInnen gaben an, dass sie über eventuelle Nebenwirkungen der Medikamente aufgeklärt wurden. 14,8% äußerten, dass es eher zutrifft, dass sie diesbezüglich aufgeklärt wurden. 27,6% der PatientInnen meinten, dass es eher nicht zutrifft, dass sie bezüglich Nebenwirkungen informiert wurden und 25,1% gaben an, dass sie nicht aufgeklärt wurden (Tabelle 7).

TABELLE 7: INFORMATIONSPRESENTATION BEZÜGLICH BEHANDLUNG IN DER AKUTPHASE (ANZAHL DER PATIENTINNEN IN %)

	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Keine Verschreibung / Untersuchung	Keine Angabe
Wurden Sie über den Ablauf der Behandlung Ihres Herzinfarktes informiert?	77,5%	12,7%	7,2%	2,6%		5,2%
Wurden Sie darüber informiert, was das Ziel der Behandlung Ihres Herzinfarktes war?	75,1%	13,2%	7,6%	4,1%		6,3%
Wurden Sie über eventuelle Komplikationen der Behandlung aufgeklärt?	59,1%	14,0%	16,1%	10,8%		6,3%
Wurden Sie darüber aufgeklärt, warum Sie für diese Behandlung bestimmte Medikamente benötigen?	73,7%	12,9%	9,0%	4,5%	0,5%	1,6%
Wurden Sie über eventuelle Nebenwirkungen der Medikamente aufgeklärt?	32,5%	14,8%	27,6%	25,1%	0,3%	3,6%
Wurden Sie in die Entscheidungsfindung hinsichtlich Ihrer Behandlung einbezogen?	40,6%	17,1%	22,9%	19,4%		5,5%
Wurden Sie über die Notwendigkeit von Untersuchungen Ihres Herzinfarktes aufgeklärt?	69,2%	14,5%	9,5%	6,8%	0,5%	3,3%
Wurden Sie nach den Untersuchungen über die Ergebnisse informiert?	75,6%	16,1%	5,4%	2,9%	1,1%	3,6%

N = 365

4.3.2.1. Hauptinformationsquellen der PatientInnen bezogen auf Beratungs- und Behandlungsoptionen

Bezüglich der Frage, wer bei der Informationsübermittlung die Hauptinformationsquelle war, nannten 85,5% der PatientInnen ein/e Arzt/Ärztin, 4,7% schriftliches Informationsmaterial vom Arzt/von der Ärztin oder vom Krankenhaus, 4,1% eine/n Krankenschester/-pfleger bzw. diplomiertes Pflegepersonal, 1,1% das Internet und 0,8% eine andere Informationsquelle (wie Bücher, Kontakte oder Bekannte; Abbildung 14).

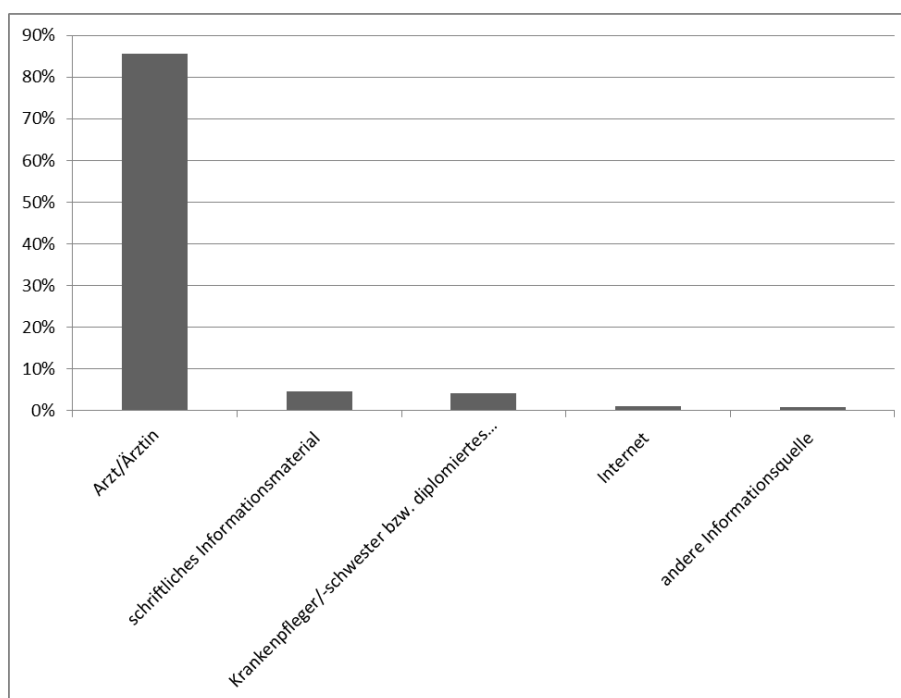


ABBILDUNG 14: HAUPTINFORMATIONSQLLE IN DER AKUTPHASE BEIM HERZINFARKT (IN %; N = 365)

61,6% der PatientInnen gaben an, dass sie die Möglichkeit hatten, eine Beratung (wie Ernährungs- oder sportwissenschaftliche Beratung) in Anspruch zu nehmen. 21,9% äußerten, dass ihnen diese Möglichkeit nicht angeboten wurde. 12,9%

sagten, dass eine Beratung nicht nötig gewesen sei, und 3,6% machten diesbezüglich keine Angaben.

4.3.2.2. Information über relevante Aspekte bezüglich Herzinfarkt

45,1% der PatientInnen gaben an, dass sie darüber aufgeklärt wurden, auf welche Symptome sie achten müssen, um zu erkennen, dass eine Verschlechterung ihrer Herz-Kreislauf-Beschwerden oder ein Reinfarkt eintritt. 19,7% äußerten, dass dies eher zutrifft, 21,4% der PatientInnen meinten, dass es eher nicht zutrifft und 13,8% meinten, dass sie nicht aufgeklärt wurden (Tabelle 8).

Die PatientInnen wurden durch schriftliche Materialien/Informationen zum Thema Herz-Kreislauf-Beschwerden und Reinfarkt ähnlich gut informiert wie hinsichtlich der Symptome (Tabelle 8).

52,2% der PatientInnen wurden über Verhaltensweisen oder Tätigkeiten, die sie zu Hause tun oder nicht tun sollten, informiert. 21,3% der Befragten wurden eher darüber informiert, während 12,8% angaben, nicht über entsprechende Verhaltensweisen informiert worden zu sein (Tabelle 8).

Bezüglich potenzieller Risikofaktoren für einen Reinfarkt fühlten sich 40,9% der PatientInnen gut und 21,5% der PatientInnen eher gut informiert. 18,2% der Befragten gaben an, diesbezüglich nicht aufgeklärt worden zu sein (Tabelle 8).

Beinahe 90% der PatientInnen äußerten, dass sie über die Möglichkeit einer Rehabilitation nach ihrem Spitalsaufenthalt informiert worden waren, und etwa zwei Drittel der PatientInnen gaben an, dass sie Informationen über den Tagesablauf auf der Station erhalten hatten (Tabelle 8).

TABELLE 8: INFORMATION ÜBER RELEVANTE ASPEKTE BEZÜGLICH HERZINFARKT IN DER AKUTPHASE (ANZAHL DER PATIENTINNEN IN %)

	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Keine Materialien	Keine Angabe
Wurden Sie darüber aufgeklärt, auf welche Symptome Sie achten müssen, um zu erkennen, dass eine Verschlechterung Ihrer Herz- Kreislauf-Beschwerden oder ein Herzinfarkt eintritt?	45,1%	19,7%	21,4%	13,8%		2,7%
Wurden Sie durch schriftliche Materialien / Informationen zum Thema Herz- Kreislauf-Beschwerden und Reinfarkt informiert?	48,5%	16,7%	19,0%	15,7%	7,9%	8,5%
Wurden Sie über Verhaltensweisen oder Tätigkeiten, die Sie zu Hause tun oder nicht tun sollten, informiert, die das Ziel hatten, Ihre Herz-Kreislauf-Beschwerden zu reduzieren und das Risiko für einen Reinfarkt zu senken?	52,2%	21,3%	13,7%	12,8%		6,0%
Wurden Sie über mögliche Risikofaktoren für einen Reinfarkt aufgeklärt?	40,9%	21,5%	19,4%	18,2%		11,0%
Wurden Sie über die Möglichkeit einer Rehabilitation nach Ihrem Spitalsaufenthalt informiert?	87,6%	8,1%	2,3%	2,0%		4,9%
Wurden Sie über den Tagesablauf auf der Station (Essenszeiten, Visiten, Besuchszeiten) informiert?	68,9%	13,2%	11,0%	6,9%		4,9%

N = 365

73,4% der PatientInnen äußerten, dass mit ihnen ein Entlassungsgespräch geführt wurde.

4.3.3. PATIENTINNENZUFRIEDENHEIT MIT DER VERSORGUNG WÄHREND DER AKUTBEHANDLUNG

69,0% der PatientInnen gaben an, dass sie mit der Fähigkeit der ÄrztInnen zuzuhören und auf ihre Probleme einzugehen zufrieden gewesen seien. 21,8%

äußerten, dass sie diesbezüglich eher zufrieden waren. 8,3% der PatientInnen gaben an, dass sie diesbezüglich eher nicht zufrieden waren und 0,9%, dass sie unzufrieden gewesen seien (Tabelle 9).

76,0% der PatientInnen waren mit der Behandlung durch die ÄrztInnen insgesamt zufrieden, während 19,6% eher zufrieden waren (Abbildung 15). Ähnlich zufrieden waren die PatientInnen mit der Behandlung durch die PhysiotherapeutInnen. 27,9% der PatientInnen gaben an, dass sie keine Behandlung durch PhysiotherapeutInnen erhalten hatten. Etwas höher lag die Zufriedenheit hinsichtlich der Behandlung durch das Pflegepersonal (82,0% zufrieden, 14,2% eher zufrieden). Mit der medikamentösen Behandlung waren 75,9% der PatientInnen zufrieden und 19,5% eher zufrieden. Mit der Behandlung durch die klinischen PsychologInnen/PsychotherapeutInnen waren 67,6% der PatientInnen zufrieden. 22,8% waren eher zufrieden. 33,4% der PatientInnen erhielten keine Behandlung durch klinische PsychologInnen/PsychotherapeutInnen (Tabelle 9).

Etwas mehr als 60% der PatientInnen äußerten, dass sie mit der zeitlichen Erreichbarkeit der ÄrztInnen und mit den Anleitungen zur Änderung ihres Lebensstils zufrieden gewesen seien. Etwa 28% waren damit eher zufrieden (Tabelle 9).

55,3% der PatientInnen waren mit der Information/Aufklärung, die sie erhalten hatten, zufrieden und 31,4% eher zufrieden (Tabelle 9).

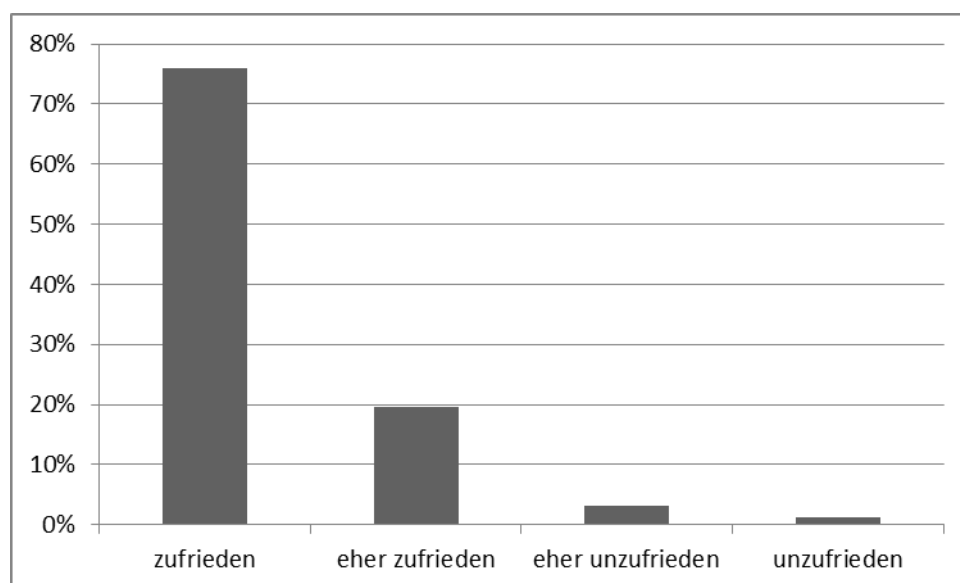


ABBILDUNG 15: ZUFRIEDENHEIT MIT DER BEHANDLUNG DURCH DIE ÄRZTINNEN IN DER AKUTPHASE INSGESAMT (IN %; N = 365)

TABELLE 9: PATIENTINNENZUFRIEDENHEIT MIT DER BEHANDLUNG IN DER AKUTPHASE
(ANZAHL DER PATIENTINNEN IN %)

	Zu- frieden	Eher zu- frieden	Eher un- zufrie- den	Un- zufrie- den	Nicht durch- geführt	Keine An- gabe
Wie zufrieden waren Sie mit der Fähigkeit der ÄrztInnen zuzuhören und auf Ihre Probleme einzugehen?	69,0%	21,8%	8,3%	0,9%		7,1%
Wie zufrieden waren Sie mit der Information / Aufklärung, die Sie erhalten haben?	55,3%	31,4%	11,5%	1,8%		7,4%
Wie zufrieden waren Sie mit der zeitlichen Erreichbarkeit der ÄrztInnen (Wartezeiten für Termine)	61,1%	28,1%	9,3%	1,5%		8,5%
Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Behandlung durch die ÄrztInnen?	76,0%	19,6%	3,2%	1,2%		6,6%
Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Behandlung durch das Pflegepersonal?	82,0%	14,2%	2,3%	1,5%		5,8%
Wie zufrieden waren Sie mit der medikamentösen Behandlung?	75,9%	19,5%	3,7%	0,9%	0,5%	3,8%
Wie zufrieden waren Sie mit Anleitungen zur Änderung Ihres Lebensstils?	61,8%	28,4%	8,2%	1,6%	10,4%	5,8%
Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Behandlung durch die PhysiotherapeutInnen?	75,8%	17,2%	4,5%	2,5%	27,9%	5,2%
Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Behandlung durch die klinischen PsychologInnen / PsychotherapeutInnen?	67,6%	22,8%	5,9%	3,7%	33,4%	6,6%

N = 365

4.3.4. UMSETZUNG VON MAßNAHMEN ZUR RISIKOREDUKTION

1,1% der PatientInnen äußerten, dass ihnen keine Medikamente empfohlen worden waren, und 2,2% machten keine Angaben im Hinblick auf die Umsetzung der Medikamenteneinnahme nach ärztlichen Vorgaben. 94,9% der PatientInnen, welche Angaben zur Umsetzung der Medikamenteneinnahme machten, meinten, dass sie die Maßnahmen hinsichtlich der Medikamenteneinnahme nach den ärztlichen Vorgaben umgesetzt hätten. 4,8% äußerten, dass sie diese eher umgesetzt hätten.

Keine/r der PatientInnen gab an, diese eher nicht umgesetzt zu haben, und 0,3% meinten, dass sie die Maßnahmen nicht umgesetzt hätten (Tabelle 10).

13,7% der Befragten gaben an, dass ihnen keine Ernährungsumstellung empfohlen wurde. 2,2% machten keine Angaben zu dieser Frage. 46,2% der PatientInnen setzten die empfohlene Ernährungsumstellung um, und 42,5% gaben an, dass sie diese eher umgesetzt hätten. 10,3% bzw. 1,0% berichteten, dass sie die empfohlene Umstellung der Ernährung eher nicht bzw. nicht umgesetzt hätten (Tabelle 10).

Bewegung zur Risikoreduktion wurde 7,4% der PatientInnen nicht empfohlen. 3,0% äußerten sich nicht bezüglich der Umsetzung dieser Maßnahme. Etwa die Hälfte der PatientInnen setzte die Maßnahmen hinsichtlich der Durchführung von Bewegungsempfehlungen nach den ärztlichen Vorgaben um. 37,0% gaben an, diese eher umgesetzt zu haben (Tabelle 10).

38,6% der PatientInnen machten hinsichtlich der Frage nach der Umsetzung einer RaucherInnenentwöhnung keine Angaben. 20,0% erhielten nach ihren Angaben keine Empfehlung zur RaucherInnenentwöhnung. 72,2% der PatientInnen, welche Angaben hinsichtlich der RaucherInnenentwöhnung machten, führten eine solche durch, 15,2% führten diese eher durch, und 8,0% der PatientInnen haben eine solche eher nicht umgesetzt. 4,6% haben eine solche nicht umgesetzt (Tabelle 10).

72,3% aller Befragten machten keine Angaben zur Umsetzung anderer Maßnahmen zur Risikoreduktion. 15,1% meinten, man hätte ihnen keine anderen als die genannten Maßnahmen empfohlen. Die Hälfte der PatientInnen, welche Angaben zur Umsetzung von anderen Maßnahmen machten, gaben an, andere Maßnahmen (wie z.B. Reduktion des Alkoholkonsums, Stressreduktion, Gewichtsabnahme, weitere, nicht angeführte Lebensstiländerungen und psychotherapeutische Interventionen) nach den ärztlichen Vorgaben umgesetzt zu haben, und 39,1% meinten, dass sie diese eher umgesetzt hätten (Tabelle 10).

TABELLE 10: UMSETZUNG VON MAßNAHMEN ZUR RISIKOREDUKTION IN DER AKTUPHASE
(ANZAHL DER PATIENTINNEN IN %)

	Umge- setzt	Eher umge- setzt	Eher nicht umge- setzt	Nicht umge- setzt	Nicht em- pfoh- len	Keine An- gabe
Medikamenteneinnahme	94,9%	4,8%	0%	0,3%	1,1%	2,2%
Ernährungsumstellung	46,2%	42,5%	10,3%	1,0%	13,7%	3,8%
Bewegungsempfehlung	54,7%	37,0%	6,8%	1,5%	7,4%	3,0%
RaucherInnenentwöhnung ¹	72,2%	15,2%	8,0%	4,6%	20,0%	38,6%
Andere Maßnahmen	50,0%	39,1%	4,4%	6,5%	15,1%	72,3%

N = 365; ¹diese Frage wurde sowohl von RaucherInnen als auch NichtraucherInnen beantwortet

4.4. VERSORGUNG UND ZUFRIEDENHEIT VON PATIENTINNEN NACH DEM HERZINFARKT IN DER REHABILITATION

Auf die Frage „Für wie wichtig halten Sie eine Rehabilitation nach dem Herzinfarkt?“ antwortete die Mehrheit aller Befragten (93,1%), dass diese wichtig wäre. 6,0% gaben an, dass eine Rehabilitation eher wichtig wäre, während die wenigsten diese als eher unwichtig (0,3%) bzw. unwichtig (0,6%) beurteilten. Diese Frage wurde von 0,8% der PatientInnen nicht beantwortet (Abbildung 16).

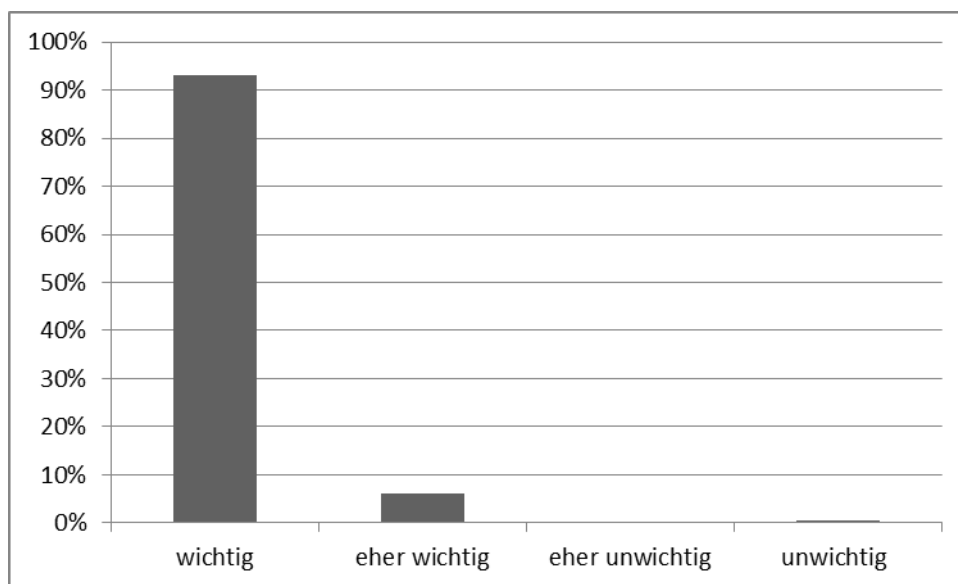


ABBILDUNG 16: WICHTIGKEIT EINER REHABILITATION NACH HERZINFARKT (IN %; N = 365)

4.4.1. WARTEZEIT UND DAUER DER REHABILITATION

Im Durchschnitt betrug die Wartezeit auf die Rehabilitation nach der Entlassung aus dem Krankenhaus 29,7 Tage (Minimum 0 Tage, Maximum 365 Tage). Die durchschnittliche Dauer der Rehabilitation lag bei 3,8 Wochen (Minimum 2 Wochen, Maximum 8 Wochen).

4.4.2. BEHANDLUNGSEMPFEHLUNGEN UND ENTSPRECHENDE INFORMATIONSÜBERMITTLUNG

80,1% der PatientInnen gaben an, dass sie über den Ablauf der Behandlung ihrer Herzbeschwerden informiert wurden. 14,3% meinten, es träfe eher zu, dass sie darüber informiert wurden. 5,0% der Befragten gaben an, es träfe eher nicht zu, während 0,6% angaben, dass sie über den Behandlungsablauf nicht informiert wurden (Tabelle 11).

Die PatientInnen wurden über das Ziel der Behandlung, die Einnahme bestimmter Medikamente und über die Untersuchungsergebnisse ähnlich gut informiert wie über den Ablauf der Behandlung (Tabelle 11).

Etwa die Hälfte der Personen wurde über Komplikationen der Behandlung aufgeklärt. 20,2% wurden eher aufgeklärt, während 17,6% eher nicht aufgeklärt wurden. 10,4% der PatientInnen gaben an, dass sie über mögliche Komplikationen nicht aufgeklärt wurden (Tabelle 11).

67,3% der Befragten berichteten, dass sie über die Notwendigkeit von Untersuchungen ihrer Herz-Kreislauf-Beschwerden aufgeklärt wurden. 21,1% der PatientInnen meinten, dass dies eher zugetroffen hätte. Ähnlich gut informiert wurden die PatientInnen im Hinblick auf die Behandlungsmöglichkeiten nach der Rehabilitation (Tabelle 11).

Die größte Zustimmung (89,1%) hinsichtlich der Informationsübermittlung gab es im Hinblick auf die Aufklärung über den Tagesablauf auf der jeweiligen Station. 7,3% gaben an, dass sie über den Tagesablauf auf der Station eher aufgeklärt wurden (Tabelle 11).

44,3% der Befragten gaben an, dass sie in die Entscheidungsfindung hinsichtlich ihrer Behandlung miteinbezogen wurden. 31,4% der Befragten meinten, dass dies eher zugetroffen hätte (Tabelle 11).

Ein Drittel der PatientInnen wurde über eventuelle Nebenwirkungen von Medikamenten informiert. 19,1% der PatientInnen gaben an, dass dies eher zugetroffen hätte, während 27,5% meinten, dass dies eher nicht zugetroffen hätte. Bei den Fragen zur Behandlungsempfehlung und entsprechenden Informationsübermittlung wurde eine fehlende Aufklärung zumeist im Hinblick auf die

Nebenwirkungen der Medikamente konstatiert. 20% der Personen berichteten, dass sie über Nebenwirkungen von Medikamenten nicht aufgeklärt wurden (Tabelle 11).

TABELLE 11: INFORMATIONSPRESENTATION BEZÜGLICH DER BEHANDLUNG NACH DEM HERZINFARKT IN DER REHABILITATION (ANZAHL DER PATIENTINNEN IN %)

	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Keine Verschreibung/Untersuchung	Keine Angabe
Wurden Sie über den Ablauf der Behandlung Ihrer Herz- Kreislauf-Beschwerden informiert?	80,1%	14,3%	5,0%	0,6%		6,3%
Wurden Sie darüber Informiert, was das Ziel der Behandlung Ihrer Herz-Kreislauf-Beschwerden war?	77,8%	14,9%	6,1%	1,2%		6,3%
Wurden Sie über eventuelle Komplikationen der Behandlung aufgeklärt?	51,8%	20,2%	17,6%	10,4%		7,9%
Wurden Sie darüber aufgeklärt, warum Sie für diese Behandlung bestimmte Medikamente benötigen?	73,2%	17,3%	5,7%	3,9%	1,4%	6,6%
Wurden Sie über eventuelle Nebenwirkungen der Medikamente aufgeklärt?	33,4%	19,1%	27,5%	20,0%	1,6%	6,6%
Wurden Sie in die Entscheidungsfindung hinsichtlich Ihrer Behandlung einbezogen?	44,3%	31,4%	15,3%	9,0%		8,5%
Wurden Sie über die Notwendigkeit von Untersuchungen Ihrer Herz-Kreislauf-Beschwerden aufgeklärt?	67,3%	21,1%	8,3%	3,3%	1,1%	6,8%
Wurden Sie nach den Untersuchungen über die Ergebnisse informiert?	78,2%	17,9%	2,5%	1,4%	0,3%	1,6%
Wurden Sie über den Tagesablauf auf der Station (Essenszeiten, Visiten, Besuchszeiten) informiert?	89,1%	7,3%	2,2%	1,4%		2,2%
Wurden Sie über die Behandlungsmöglichkeiten nach der Rehabilitation informiert?	65,9%	16,1%	11,9%	6,1%		1,1%

N = 365

4.4.2.1. Hauptinformationsquelle über Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten

Die Hauptinformationsquelle der PatientInnen im Hinblick auf ihre Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten war bei 87,4% der PatientInnen ein Arzt/eine Ärztin, 14,1% ein/-e Krankenpfleger/-schwester bzw. diplomiertes Pflegepersonal, 7,8% schriftliches Informationsmaterial vom Arzt/ von der Ärztin oder im Krankenhaus, 1,0% das Internet und bei 1,0% eine andere Informationsquelle (wie Vorträge bei der Rehabilitation; Abbildung 17).

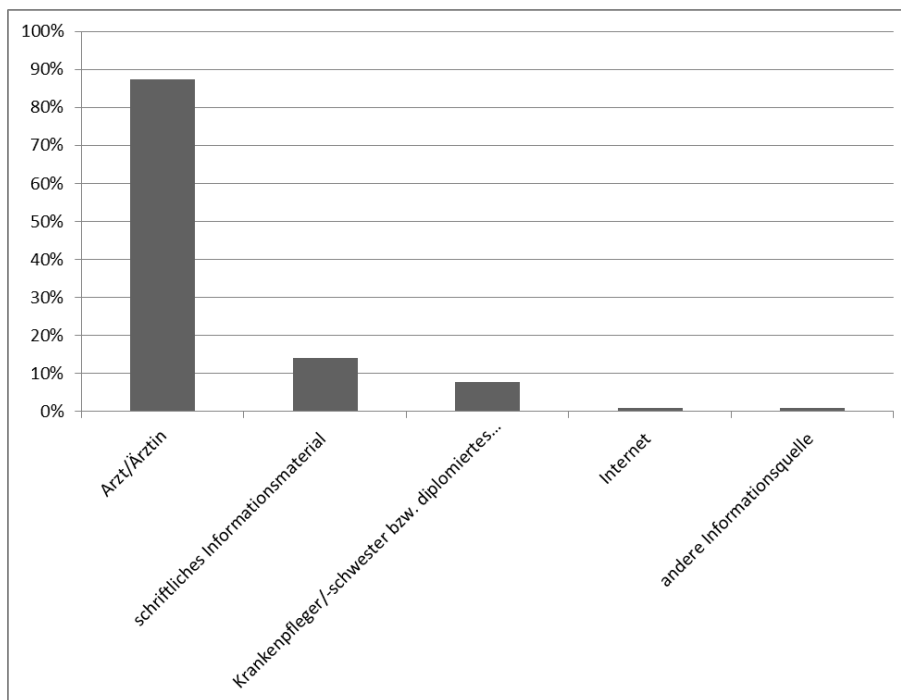


ABBILDUNG 17: HAUPTINFORMATIONSQUELLE IN DER REHABILITATION NACH DEM HERZINFARKT (IN %; N = 365)

86,0% der PatientInnen gaben an, dass sie in der Zeit der Rehabilitation die Möglichkeit hatten, eine Beratung (wie ernährungs- oder sportwissenschaftliche Beratung) in Anspruch zu nehmen. 7,1% äußerten, dass ihnen diese Möglichkeit nicht angeboten wurde. 5,3% waren der Meinung, dass eine Beratung nicht nötig gewesen sei, und 1,6% machten diesbezüglich keine Angaben.

4.4.2.2. Information über relevante Aspekte bezüglich Herzinfarkt

54,5% der PatientInnen gaben an, dass sie darüber aufgeklärt wurden, auf welche Symptome sie achten müssen, um zu erkennen, dass eine Verschlechterung ihrer Herz-Kreislauf-Beschwerden oder ein Reinfarkt eintritt. 17,6% meinten, dies träfe eher zu, 16,5% meinten, dies träfe eher nicht zu, und 11,4% wurden darüber nicht aufgeklärt (Tabelle 12).

Etwa zwei Drittel der PatientInnen wurden durch schriftliche Materialien/Informationen zum Thema Herz-Kreislauf-Beschwerden und Reinfarkt informiert und 17,1% eher informiert. 63,4% bzw. 18,7% der PatientInnen wurden über Verhaltensweisen oder Tätigkeiten, die sie zu Hause tun oder nicht tun sollten, informiert bzw. eher informiert (Tabelle 12).

Im Hinblick auf mögliche Risikofaktoren für einen Reinfarkt fühlte sich die Hälfte der PatientInnen gut aufgeklärt und 22,0% eher gut aufgeklärt. Insgesamt betrachtet, erfolgte eine Aufklärung hinsichtlich der Risikofaktoren bei den wenigsten PatientInnen. 15,5% gaben an, über Risikofaktoren hinsichtlich eines Reinfarktes eher nicht, und 12,5% nicht aufgeklärt worden zu sein (Tabelle 12).

TABELLE 12: INFORMATION ÜBER RELEVANTE ASPEKTE BEZÜGLICH REINFARKT NACH DEM HERZINFARKT IN DER REHABILITATION (ANZAHL DER PATIENTINNEN IN %)

	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Keine Verschreibung/ Untersuchung	Keine Angabe
Wurden Sie darüber aufgeklärt, auf welche Symptome Sie achten müssen, um zu erkennen, dass eine Verschlechterung Ihrer Herz-Kreislauf-Beschwerden oder ein Reinfarkt eintritt?	54,5%	17,6%	16,5%	11,4%		1,9%
Wurden Sie durch schriftliche Materialien / Informationen zum Thema Herz-Kreislauf-Beschwerden und Herzinfarkt informiert?	69,4%	17,1%	8,2%	5,3%	4,1%	2,7%
Wurden Sie über Verhaltensweisen oder Tätigkeiten, die Sie zu Hause tun oder nicht tun sollten, informiert, die das Ziel hatten Ihre Herz- Kreislauf-Beschwerden zu reduzieren und das Risiko für einen Reinfarkt zu senken?	63,4%	18,7%	9,2%	8,7%		1,9%
Wurden Sie über mögliche Risikofaktoren für einen Reinfarkt aufgeklärt?	50,0%	22,0%	15,5%	12,5%		3,0%

N = 365

Mit dem Großteil der PatientInnen (93,2%) wurde zum Abschluss der Rehabilitation ein Entlassungsgespräch geführt. 5,2% der Befragten gaben an, ein solches Gespräch nicht gehabt zu haben. Von 1,6% aller befragten Personen fehlten Angaben zu dieser Frage.

4.4.3. PATIENTINNENZUFRIEDENHEIT MIT DER VERSORGUNG NACH DEM HERZINFARKT IN DER REHABILITATION

82,2% der Befragten gaben an, dass sie mit der Fähigkeit der ÄrztInnen zuzuhören und auf ihre Probleme einzugehen zufrieden gewesen seien. 14,0% meinten, dass sie diesbezüglich eher zufrieden waren, während 3,8% eher unzufrieden waren. Keine Person gab an, dass sie mit der Fähigkeit der ÄrztInnen zuzuhören und auf ihre Probleme einzugehen unzufrieden gewesen sei (Tabelle 13).

Etwas weniger zufrieden waren die PatientInnen mit der Aufklärung seitens der ÄrztInnen sowie deren zeitlicher Erreichbarkeit. Etwa 75,0% gaben an, diesbezüglich zufrieden und etwa 20,0%, eher zufrieden gewesen zu sein (Tabelle 13).

Die größte Zufriedenheit gab es im Hinblick auf die Behandlung durch ÄrztInnen insgesamt sowie die Behandlung durch das Pflegepersonal. Etwa 85,0% der Befragten waren mit der Behandlung durch ÄrztInnen oder das Pflegepersonal zufrieden. 12,9% der Befragten berichteten, dass sie mit der Behandlung durch ÄrztInnen eher zufrieden waren, während 10,5% der PatientInnen angaben, mit der Behandlung durch das Pflegepersonal eher zufrieden gewesen zu sein. Mit der Behandlung durch ÄrztInnen oder das Pflegepersonal war keine/r der Befragten unzufrieden (Tabelle 13).

Etwas niedriger lag die Zufriedenheit hinsichtlich der Behandlung durch die PhysiotherapeutInnen. 78,8% der Befragten waren damit zufrieden und 17,6% eher zufrieden. Eher unzufrieden bzw. unzufrieden waren 2,3% bzw. 1,3%. 74,1% der PatientInnen gaben an, dass sie mit der Behandlung durch die klinischen PsychologInnen/PsychotherapeutInnen zufrieden gewesen seien. 19,8% waren eher zufrieden und 4,9% eher nicht zufrieden. 1,1% der PatientInnen waren damit unzufrieden (Tabelle 13).

Mit der medikamentösen Behandlung waren 78,2% der Befragten zufrieden und 17,6% eher zufrieden. Eher unzufrieden waren 3,5% der Befragten. Mit der Anleitung zur Änderung des Lebensstils waren 71,0% der PatientInnen zufrieden und 25,2% eher zufrieden. 3,5% der PatientInnen gaben an, dass sie eher unzufrieden waren (Tabelle 13).

In Tabelle 13 ist ersichtlich, dass keine/r der PatientInnen angab, in der Zeit der Rehabilitation mit der Fähigkeit der ÄrztInnen zuzuhören und auf ihre Probleme einzugehen, mit der Behandlung durch die ÄrztInnen insgesamt sowie mit der Behandlung durch das Pflegepersonal insgesamt unzufrieden gewesen zu sein.

TABELLE 13: PATIENTINNENZUFRIEDENHEIT MIT DER BEHANDLUNG NACH DEM HERZINFARKT IN DER REHABILITATION (ANZAHL DER PATIENTINNEN IN %)

	Zu- frieden	Eher zu- frieden	Eher unzu- frieden	Unzu- frieden	Nicht durch- geführt	Keine An- gaben
Wie zufrieden waren Sie mit der Fähigkeit der ÄrztInnen zuzuhören und auf Ihre Probleme einzugehen?	82,2%	14,0%	3,8%	0,0%		6,3%
Wie zufrieden waren Sie mit der Information / Aufklärung, die Sie erhalten haben?	74,6%	19,6%	5,2%	0,6%		6,3%
Wie zufrieden waren Sie mit der zeitlichen Erreichbarkeit der ÄrztInnen (Wartezeiten für Termine)?	76,8%	18,5%	4,1%	0,6%		6,6%
Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Behandlung durch die ÄrztInnen?	84,5%	12,9%	2,6%	0,0%		6,3%
Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Behandlung durch das Pflegepersonal?	88,3%	10,5%	1,2%	0,0%		6,3%
Wie zufrieden waren Sie mit der medikamentösen Behandlung?	78,2%	17,6%	3,6%	0,6%	0,3%	6,6%
Wie zufrieden waren Sie mit Anleitungen zur Änderung Ihres Lebensstils?	71,0%	25,2%	3,5%	0,3%	5,2%	7,9%
Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Behandlung durch die PhysiotherapeutInnen?	78,8%	17,6%	2,3%	1,3%	7,1%	8,8%
Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Behandlung durch die klinischen PsychologInnen / PsychotherapeutInnen?	74,1%	19,8%	4,9%	1,2%	16,7%	11,2%

N = 365

4.4.4. UMSETZUNG VON MAßNAHMEN ZUR RISIKOREDUKTION

Hinsichtlich der Frage zur Umsetzung der Medikamenteneinnahme nach ärztlichen Vorgaben äußerten 1,1% der PatientInnen, dass ihnen entsprechende Maßnahmen zur Risikoreduktion nicht empfohlen wurden. Weitere 1,1% der PatientInnen machten diesbezüglich keine Angaben. 95,8% der PatientInnen, welche Angaben zur Umsetzung der Medikamenteneinnahme machten, gaben an, dass sie diese nach den ärztlichen Vorgaben umgesetzt hätten. 3,4% äußerten, dass sie diese eher umgesetzt hätten. 0,6% der PatientInnen gaben an, dass sie diese eher nicht und 0,3%, dass sie die Maßnahmen nicht umgesetzt hätten (Tabelle 14).

12,3% der Befragten gaben an, dass ihnen keine Maßnahmen zur Ernährungsumstellung empfohlen wurden. 2,2% machten keine Angaben zu dieser Frage. 48,7% der PatientInnen haben Maßnahmen zur Ernährungsumstellung umgesetzt, und 43,3% haben solche eher umgesetzt (Tabelle 14).

3,6% der PatientInnen gaben an, dass sie keine Bewegungsempfehlung erhalten haben. 1,9% machten diesbezüglich keine Angaben. Von jenen PatientInnen, welche Angaben zur Umsetzung einer Bewegungsempfehlung machten, setzten 61,7% der Personen entsprechende Maßnahmen nach den ärztlichen Vorgaben um. 31,6% der Befragten setzten diese eher um (Tabelle 14).

36,2% aller befragten PatientInnen machten hinsichtlich der Frage nach der Umsetzung von Maßnahmen zur RaucherInnenentwöhnung keine Angaben. 21,1% der Befragten wurde eine RaucherInnenentwöhnung nicht empfohlen. 74,4% der PatientInnen, welche Angaben zur Umsetzung entsprechender Maßnahmen zur Risikoreduktion machten, führten diese nach ärztlichen Vorgaben durch. 14,7% gaben an, dass sie Maßnahmen zur RaucherInnenentwöhnung eher umgesetzt haben. 7,7% äußerten, entsprechende Maßnahmen eher nicht und 3,2% meinten, diese nicht umgesetzt zu haben (Tabelle 14).

71,2% aller befragten PatientInnen machten keine Angaben zur Umsetzung von anderen als den genannten Maßnahmen zur Risikoreduktion. 17,0% gaben an, dass ihnen andere Maßnahmen nicht empfohlen wurden. 76,7% der PatientInnen, welche die Umsetzung von anderen Maßnahmen beurteilten, gaben an, dass sie solche (wie

z.B. Reduktion des Alkoholkonsums, Stressreduktion, Gewichtsabnahme, andere Lebensstiländerungen oder psychotherapeutische Behandlungen) nach den ärztlichen Vorgaben umgesetzt hätten (Tabelle 14).

TABELLE 14: UMSETZUNG VON MAßNAHMEN ZUR RISIKOREDUKTION NACH DEM HERZINFARKT IN DER REHABILITATION (ANZAHL DER PATIENTINNEN IN %)

	Umge- setzt	Eher umge- setzt	Eher nicht umge- setzt	Nicht umge- setzt	Nicht em- pfoh- len	Keine An- gaben
Medikamenteneinnahme	95,8%	3,4%	0,6%	0,3%	1,1%	1,1%
Ernährungsumstellung	48,7%	43,3%	7,4%	0,6%	12,3%	2,2%
Bewegungsempfehlung	61,7%	31,6%	5,5%	1,2%	3,6%	1,9%
RaucherInnenentwöhnung ¹	74,4%	14,7%	7,7%	3,2%	21,1%	36,2%
Andere Maßnahmen	76,7%	14,0%	2,3%	7,0%	17,0%	71,2%

N = 365; ¹diese Frage wurde sowohl von RaucherInnen als auch NichtraucherInnen beantwortet

4.5. GESUNDHEITSKOMPETENZ UND GESUNDHEITSWISSEN VON PATIENTINNEN

4.5.1. GESUNDHEITSKOMPETENZ

Um die Gesundheitskompetenz der Befragten zu beurteilen, wurde ihnen eine Tabelle mit Fragen vorgelegt, die an den europäischen Health Literacy Survey (Maastricht University 2013) anknüpfen. Die PatientInnen sollten angeben, wie einfach es für sie sei, Gesundheitsinformationen zu ihrer spezifischen Erkrankung zu erlangen, zu verstehen, zu beurteilen und umzusetzen.

Die meisten der befragten PatientInnen beurteilten es als sehr einfach, im Notfall die Rettung zu verständigen (60,8%). 34,9% der PatientInnen gaben an, dass dies einfach für sie sei. Nur 0,6% meinten, dass dies sehr schwierig für sie sei. 0,3% der Befragten berichteten, nicht einschätzen zu können, wie schwierig es für sie sei, im Notfall die Rettung zu rufen und beantworteten diese Frage daher mit ‚weiß nicht‘ (Tabelle 15).

Weiters gaben viele der Befragten an, dass es sehr einfach sei (48,7%), die Anweisungen ihres Arztes/ihrer Ärztin oder ihres Apothekers/ihrer Apothekerin zu verstehen, wie ein rezeptpflichtiges Medikament einzunehmen ist, während 46,8% dies als einfach beurteilten (Tabelle 15).

Als sehr kompetent schätzten sich die PatientInnen auch bezüglich der Befolgung von Anweisungen ihres Arztes / ihrer Ärztin oder ihres Apothekers / ihrer Apothekerin ein. 48,3% bzw. 48,0% gaben an, dass es für sie sehr einfach bzw. einfach sei, die Anweisungen zu befolgen. Es gab keine Person, welche dies als sehr schwierig empfand (Tabelle 15).

Auch das Befolgen von Anweisungen Medikamente betreffend beurteilten viele der PatientInnen als sehr einfach (42,3%), während etwa die Hälfte der Befragten meinte, es wäre einfach (Tabelle 15).

Etwa ein Drittel der Personen gab an, dass es sehr einfach sei herauszufinden, wo es für ihre Krankheit professionelle Hilfe gibt sowie zu verstehen, was Ihnen ihr Arzt/ ihre Ärztin rät. Für ca. 50% ist dies einfach (Tabelle 15).

Die Informationsfindung betreffend der Symptome der Krankheit und betreffend der Behandlung der Krankheit bewertete etwa die Hälfte der PatientInnen als einfach. Etwa 18% gaben an, es sei sehr einfach. 26,3% bzw. 21,3% schätzten dies als schwierig ein. Je 2,9% meinten, sie wüssten nicht, wie einfach es für sie wäre, entsprechende Informationen zu finden (Tabelle 15).

Für 24,9% der befragten PatientInnen ist es sehr einfach herauszufinden, was im Notfall zu tun ist, während 52,3% dies als einfach einschätzten. 19,1% und 1,1% meinten, es sei schwierig bzw. sehr schwierig herauszufinden, was im Notfall zu unternehmen ist. 2,6% gaben an, dass sie es nicht wüssten. Ähnliche Ergebnisse finden sich im Hinblick auf die Beurteilung der Befragten, ob sie verstehen, was im Notfall zu tun ist, ob die Informationen ihres Arztes / ihrer Ärztin auf sie zutrifft und ob sie Informationen des Arztes / der Ärztin nutzen können, um Entscheidungen ihre Krankheit betreffend fällen zu können (Tabelle 15).

Im Hinblick auf die Beurteilung der Vor- und Nachteile unterschiedlicher Behandlungsmöglichkeiten meinten 13,1% der Befragten, dass dies für sie sehr einfach sei und 32,8%, dass es einfach sei. 45,4% gaben an, dass es schwierig wäre und 7,2%, dass es sehr schwierig wäre. 4,0% der PatientInnen antworteten, dass sie nicht wüssten, wie sie sich diesbezüglich einschätzen sollten (Tabelle 15).

Als sehr einfach schätzten 13,1% der Befragten ein, zu beurteilen, ob sie möglicherweise eine zweite Meinung eines weiteren Arztes/ einer weiteren Ärztin einholen sollen. 35,7% meinten, eine Beurteilung diesbezüglich wäre einfach für sie, während 37,5% angaben, es sei schwierig. Weitere 6,6% meinten, es wäre sehr schwierig. 7,1% beantworteten diese Frage mit ‚weiß nicht‘ (Tabelle 15).

Viele Personen gaben an, dass sie Probleme damit haben, zu verstehen, was in den Beipackzetteln ihrer Medikamente steht. 37,2% der Befragten sagten, dass dies schwierig sei. 12,7% der Befragten meinten, dass es sehr schwierig sei. Auch ist es für viele schwierig oder sehr schwierig zu beurteilen, ob die Information über Krankheiten in den Medien zuverlässig ist (43,7% und 10,0%). 12,6% der Befragten gaben an, dass sie nicht wissen, wie schwierig eine Beurteilung von Informationen über Krankheiten in den Medien hinsichtlich deren Zuverlässigkeit ist (Tabelle 15).

TABELLE 15: FRAGEN ZUR GESUNDHEITSKOMPETENZ (ANZAHL DER PATIENTINNEN IN %)

Wie einfach meinen Sie, ist es...	Sehr einfach	Einfach	Schwierig	Sehr schwierig	Weiß nicht	Keine Angabe
...Informationen betreffend der Symptome Ihrer Krankheit zu finden?	18,0%	50,3%	26,3%	2,5%	2,9%	4,1%
...Informationen betreffend der Behandlung Ihrer Krankheit zu finden?	18,7%	56,2%	21,3%	0,9%	2,9%	4,9%
...herauszufinden, was im Notfall zu tun ist?	24,9%	52,3%	19,1%	1,1%	2,6%	5,2%
...herauszufinden, wo Sie für Ihre Krankheit professionelle Hilfe erhalten?	33,5%	51,7%	12,2%	1,7%	0,9%	3,6%
...zu verstehen, was Ihnen Ihr Arzt / Ihre Ärztin sagt?	30,4%	53,4%	14,5%	1,4%	0,3%	3,6%
...zu verstehen, was in den Beipackzetteln Ihrer Medikamente steht?	13,9%	35,1%	37,2%	12,7%	1,1%	3,3%
...zu verstehen, was im Notfall zu tun ist?	27,7%	49,6%	20,0%	1,2%	1,5%	6,0%
...die Anweisungen Ihres Arztes / Ihrer Ärztin oder Ihres Apothekers / Ihrer Apothekerin zu verstehen, wie ein rezeptpflichtiges Medikament einzunehmen ist?	48,7%	46,8%	3,7%	0,8%	0,0%	2,7%
...zu beurteilen, ob die Information Ihres Arztes / Ihrer Ärztin auf Sie zutrifft?	26,4%	49,7%	20,2%	2,0%	1,7%	3,6%
...die Vor- und Nachteile unterschiedlicher Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen?	10,6%	32,8%	45,4%	7,2%	4,0%	4,7%
...zu beurteilen, ob Sie möglicherweise eine zweite Meinung eines anderen Arztes / einer anderen Ärztin brauchen?	13,1%	35,7%	37,5%	6,6%	7,1%	4,1%
...zu beurteilen, ob die Informationen über Krankheiten in den Medien zuverlässig sind?	10,0%	23,7%	43,7%	10,0%	12,6%	4,1%
...Informationen Ihres Arztes / Ihrer Ärztin zu nutzen, um Entscheidungen Ihre Krankheit betreffend zu treffen?	22,3%	53,3%	20,4%	2,0%	2,0%	5,5%
...Anweisungen Medikamente betreffend zu befolgen?	42,3%	50,3%	6,5%	0,9%	0,0%	4,1%
...im Notfall die Rettung zu verständigen?	60,8%	34,9%	3,4%	0,6%	0,3%	2,7%
...Anweisungen Ihres Arztes / Ihrer Ärztin oder Ihres Apothekers / Ihrer Apothekerin zu befolgen?	48,3%	48,0%	3,1%	0,0%	0,6%	3,0%

N = 365

Im Hinblick auf ihr Wissen über die Gestaltung eines Alltags, der gut für ihre Herz-Kreislauf-Gesundheit ist, schätzten sich die meisten der Befragten als gut ein (53,2%). 19,7% meinten, dass ihr Wissen darüber sehr gut sei, gefolgt von jenen, die es als mittelmäßig beurteilten (16,4%). Lediglich 3,3% der Befragten meinten, dass ihr Wissensstand dazu schlecht sei. Keine/r der PatientInnen gab an, dass sein/ihr Wissen darüber sehr schlecht wäre. 7,4% äußerten sich nicht zu dieser Frage.

4.5.2. GESUNDHEITSWISSEN

Das Gesundheitswissen der PatientInnen wurde anhand von ausgewählten Erkrankungen und deren Ursachen erfragt. In Tabelle 15 sind diese Ergebnisse dargestellt, indem der prozentuelle Anteil der Antworten sowie die korrekten Antworten aufgezeigt werden. Mehrfachnennungen waren bei dieser Frage zulässig. 9,3% der befragten PatientInnen machten keine Angaben zu diesen Fragen. Die Ergebnisse in Tabelle 16 beziehen sich daher auf die Antworten von 332 PatientInnen (90,7%).

Bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen war ein Großteil der Befragten der Meinung, dass diese durch einen Mangel an Bewegung (81,4%), gefolgt von Rauchen (73,4%), ungesunder Ernährung (61,1%) und übermäßigem Alkoholkonsum (51,8%), bedingt sind. Alle vier Verhaltensweisen werden mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen assoziiert. Der Großteil der PatientInnen wußte, dass es einen Zusammenhang zwischen Bewegungsmangel und Herz-Kreislauf-Erkrankungen gibt. Den wenigsten PatientInnen war bekannt, dass übermäßiger Alkoholkonsum mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen assoziiert werden kann (Tabelle 16).

Diabetes mellitus ist seitens der Befragten meist durch ungesunde Ernährung (68,5%) bedingt, was korrekt ist. 44,9% der Befragten meinten, dass Diabetes mellitus durch einen Mangel an Bewegung bedingt sei. Auch dies ist richtig. Die Ernährung hat insgesamt die größere Bedeutung in der Ätiologie von Diabetes mellitus Typ 2, dennoch spielt auch der Faktor Bewegung eine entscheidende Rolle. Diabetes mellitus ist jedoch nicht durch Rauchen oder starken Alkoholkonsum bedingt (Tabelle 16).

Einen Einfluss auf die Entstehung von Krebserkrankungen habe laut der befragten PatientInnen hauptsächlich das Rauchen (63,6%). Neben dem Rauchen werden aber ungesunde Ernährung sowie übermäßiger Alkoholkonsum mit der Entstehung von Krebserkrankungen in Zusammenhang gebracht. Darüber wusste nur ein geringer Anteil der befragten PatientInnen Bescheid (Tabelle 16).

TABELLE 16: FRAGEN ZU GESUNDHEITSWISSEN (MEHRFACHNENNUNGEN, ANZAHL DER PATIENTINNEN IN %)

	Bedingt durch Mangel an Bewegung		Bedingt durch ungesunde Ernährung		Bedingt durch Rauchen		Bedingt durch übermäßigen Alkoholkonsum	
	Antworten gesamt	Korrekte Antwort	Antworten gesamt	Korrekte Antwort	Antworten gesamt	Korrekte Antwort	Antworten gesamt	Korrekte Antwort
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	81,4%	X	64,1%	X	73,4%	X	51,8%	X
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	44,9%	X	68,5%	X	7,1%		27,7%	
Krebserkrankungen	6,6%		21,4%	X	63,6%	X	33,7%	X

N = 365

4.6. SUBJEKTIVE GESUNDHEIT UND EINSCHÄTZUNG DER BEDEUTUNG UNTERSCHIEDLICHER VERSORGUNGSASPEKTE

4.6.1. SUBJEKTIVES WOHLBEFINDEN

4.6.1.1. Gesundheitszustand

Von 5,8% aller Befragten fehlten Angaben zu ihrem Gesundheitszustand. Von jenen Personen, die Angaben dazu machten, sagte die Mehrheit der Befragten, nämlich 44,5%, dass ihr Gesundheitszustand allgemein gut sei. Etwas mehr als ein Drittel (38,7%) beurteilte diesen als mittelmäßig. 11,9% der PatientInnen schätzten sich gesundheitlich sehr gut ein, während 4,7% angaben, dass sie sich gesundheitlich schlecht fühlten. Nur eine Person (0,2%) äußerte einen sehr schlechten Gesundheitszustand (Abbildung 18).

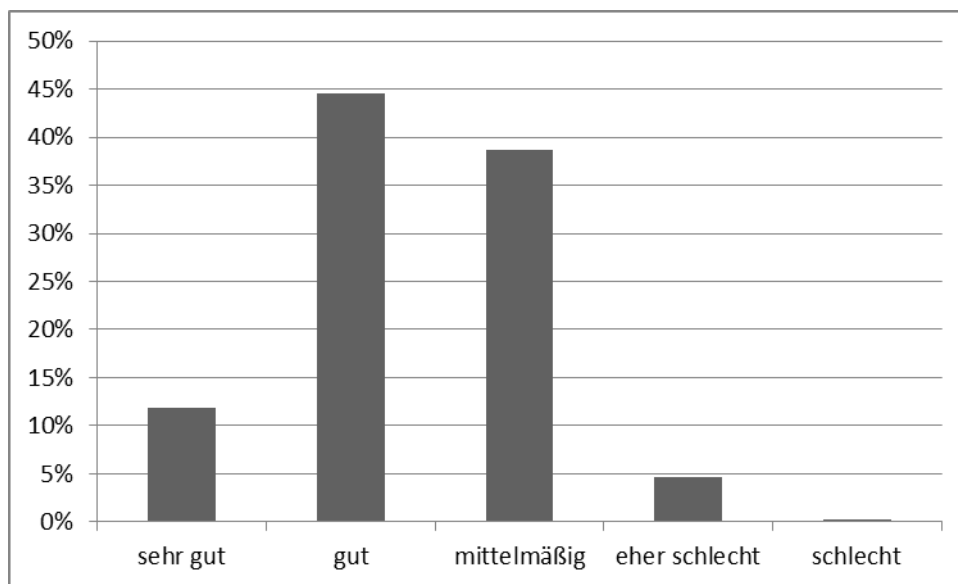


ABBILDUNG 18: SUBJEKTIVER GESUNDHEITZUSTAND (IN %; N = 365)

Die Einschränkung durch die Folgen des Herzinfarktes im täglichen Leben beurteilten die Befragten zumeist als mittelmäßig (43,6%), gefolgt von gering (27,5%) und stark (15,8%). 9,6% der PatientInnen gaben an, dass sie im täglichen Leben keine Einschränkungen durch die Folgen des Herzinfarktes hätten. Die wenigsten, nämlich

3,5%, fühlen sich hingegen sehr stark eingeschränkt. 6,3% aller befragten PatientInnen machten keine Angaben zu dieser Frage.

4.6.1.2. Besserung der Beschwerden durch die Rehabilitation

Eine Verbesserung der Beschwerden durch die Rehabilitation wurde von 62,9% der Befragten geäußert. Etwa ein Drittel der Personen (31,5%) gab an, dass sich die Beschwerden etwas verbessert hätten. Bei 5,3% gab es keine Verbesserung, während nur eine Person (0,3%) angab, die Beschwerden hätten sich verschlechtert. 6,8% aller PatientInnen beantworteten diese Frage nicht (Abbildung 19).

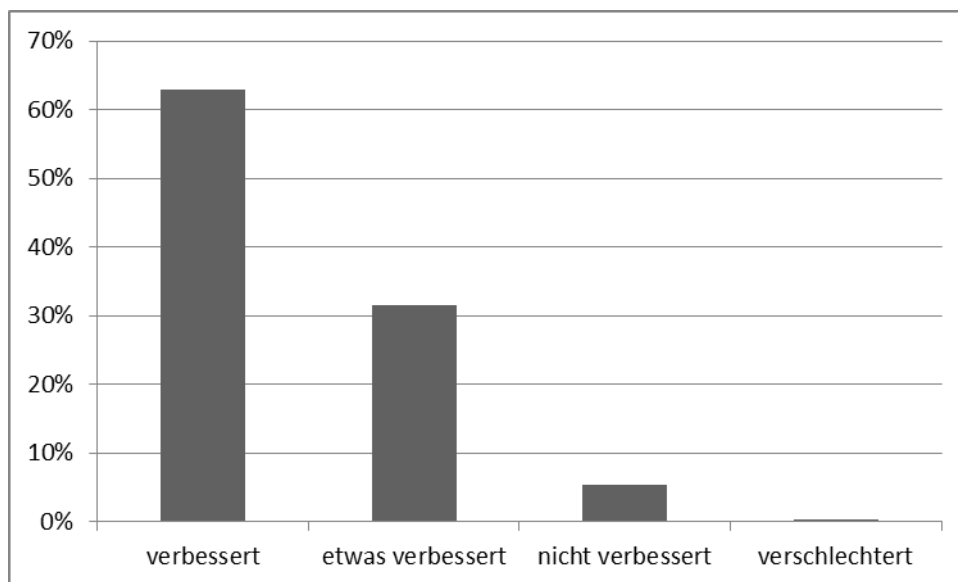


ABBILDUNG 19: BESCHWERDENVERBESSERUNG (IN %; N = 365)

4.6.2. BEDEUTUNG UND ERWARTUNGSHALTUNG BEZÜGLICH VERSCHIEDENER VERSORGUNGSASPEKTE

Die Fähigkeit der ÄrztInnen zuzuhören und auf Probleme einzugehen, wurde von allen Befragten als wichtig (95,3%) oder eher wichtig (4,7%) beurteilt. Die Erwartungen der PatientInnen im Hinblick auf diesen Aspekt wurden zu 67,2% erfüllt. 23,9% gaben an, dass diese eher erfüllt wurden (Tabelle 17).

Den Aspekt der Information oder Aufklärung schätzten 92,9% der Personen als wichtig und 6,8% als eher wichtig ein. Die diesbezüglichen Erwartungen der PatientInnen konnten zu 58,4% erfüllt bzw. 31,7% eher erfüllt werden. 8,5% gaben an, dass ihre Erwartungen in diesem Bereich eher nicht erfüllt wurden (Tabelle 17).

Die zeitliche Erreichbarkeit der ÄrztInnen (Wartezeiten für Termine) empfanden 80,7% der Befragten als wichtig und 18,1% als eher wichtig. 64,2% der PatientInnen gaben ab an, dass ihre Erwartungen im Hinblick auf diesen Aspekt erfüllt wurden und 26,3%, dass diese eher erfüllt wurden. 7,5% der PatientInnen meinten, dass ihre Erwartungen diesbezüglich eher nicht erfüllt wurden (Tabelle 17).

92,3% der Befragten gaben an, dass die medikamentöse Behandlung für sie wichtig sei. Von allen abgefragten Aspekten wurden ihre Erwartungen hier am häufigsten erfüllt. 79,3% und 16,0% der PatientInnen gaben an, dass ihre diesbezüglichen Erwartungen erfüllt bzw. eher erfüllt werden konnten. 3,1% meinten, dass ihre Erwartungen eher nicht erfüllt wurden, und 1,7% gaben an, dass diese nicht erfüllt wurden (Tabelle 17).

Die Anleitung zur Lebensstiländerung wurde von den PatientInnen als wichtig eingeschätzt (78,1% wichtig, 19,8% eher wichtig). Diese Erwartung wurde am wenigsten erfüllt. 6,5% und 3,1% der Befragten berichteten, dass ihre Erwartungen hinsichtlich der Anleitung zur Lebensstiländerung eher nicht oder nicht erfüllt werden konnten (Tabelle 17).

Als wichtig empfanden viele der Befragten die Qualität der Behandlung durch die ÄrztInnen (95,2%). 74,8% der PatientInnen berichteten, dass dieser Versorgungsaspekt während ihrer Behandlung erfüllt werden konnte, und 20,4% gaben an, dass dieser eher erfüllt werden konnte (Tabelle 17).

TABELLE 17: BEDEUTUNG UND ERWARTUNGSHALTUNG BEZÜGLICH VERSCHIEDENER ASPEKTE (ANZAHL DER PATIENTINNEN IN %)

	Bedeutung der Aspekte					Erfüllung der Erwartungen				
	Wichtig	Eher wichtig	Eher unwichtig	Unwichtig	Keine Angaben	Erfüllt	Eher erfüllt	Eher nicht erfüllt	Nicht erfüllt	Keine Angaben
Fähigkeit der ÄrztInnen zuzuhören und auf Probleme einzugehen	95,3%	4,7%	0,0%	0,0%	6,8%	67,2%	23,9%	6,9%	2,0%	19,7%
Information / Aufklärung.	92,9%	6,8%	0,3%	0,0%	7,1%	58,4%	31,7%	8,5%	1,4%	19,7%
Zeitliche Erreichbarkeit der ÄrztInnen (Wartezeiten für Termine)	80,7%	18,1%	0,9%	0,3%	7,7%	64,2%	26,3%	7,5%	2,0%	19,7%
Medikamentöse Behandlung	92,3%	6,8%	0,6%	0,3%	7,4%	79,3%	16,0%	3,1%	1,7%	19,5%
Anleitung zur Lebensstiländerung	78,1%	19,8%	1,2%	0,9%	8,5%	60,1%	30,2%	6,6%	3,1%	20,3%
Qualität der Behandlung durch die ÄrztInnen insgesamt	95,2%	4,2%	0,6%	0,0%	8,2%	74,8%	20,4%	3,4%	1,4%	19,5%

N = 365

4.7. KORRELATIONSANALYSEN FÜR AUSGEWÄHLTE FAKTOREN

4.7.1. ZUSAMMENHÄNGE MIT DER INFORMATION/AUFKLÄRUNG

Die Ergebnisse der Korrelationsanalysen zeigten einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem subjektiven Gesundheitszustand der PatientInnen und der Information/Aufklärung in den zwei Gliedern der Versorgungskette: in der akuten Behandlungsphase des Infarktes und nach dem Herzinfarkt, in der Rehabilitation. Je besser die PatientInnen ihren subjektiven Gesundheitszustand einschätzten, desto eher gaben sie an, Information und Aufklärung erhalten zu haben.

Kein Zusammenhang zeigte sich zwischen dem subjektiven Gesundheitszustand und der Information/Aufklärung vor dem Herzinfarkt. Es gab für kein Glied der Versorgungskette einen Zusammenhang zwischen der Information/Aufklärung und soziodemografischen bzw. sozioökonomischen Variablen sowie der Stärke der Einschränkungen durch den Herzinfarkt (Tabelle 18). Ebenfalls zeigte sich kein Geschlechtsunterschied hinsichtlich der Information/Aufklärung (vor dem Herzinfarkt: $U=812.5$, $p=.723$; in der Akutbehandlung: $U=10359.5$, $p=.103$; in der Rehabilitation: $U=12162.5$, $p=.496$).

TABELLE 18: ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN DER INFORMATION/AUFKLÄRUNG IN DEN EINZELNEN GLIEDERN DER VERSORGUNGSKETTE UND SOZIODEMOGRAFISCHEN BZW. SOZIOÖKONOMISCHEN VARIABLEN, DER SUBJEKTIVEN GESUNDHEIT BZW. STÄRKE DER EINSCHRÄNKUNGEN DURCH DEN HERZINFARKT

	Information / Aufklärung vor dem Herzinfarkt			Information / Aufklärung während der Akutbehandlung			Information / Aufklärung nach dem Herzinfarkt		
	N	r	p	N	r	p	N	r	p
Alter	82	.013	.911	302	-.050	.390	316	-.102	.071
Bildung	81	-.196	.080	301	-.101	.081	314	-.077	.175
Einkommen	77	-.086	.459	285	-.065	.273	294	.009	.878
Subjektive Gesundheit	81	.059	.598	303	.231	.000	315	.223	.000
Stärke der Einschränkungen durch den Herzinfarkt	82	.037	.741	302	-.062	.281	315	-.064	.260

Fett: statistisch signifikanter Zusammenhang $p < 0.05$; N = Anzahl der PatientInnen (365),
r = Korrelationskoeffizient nach Spearman, p = Signifikanzwert

4.7.2. ZUSAMMENHÄNGE MIT DER PATIENTINNENZUFRIEDENHEIT

Die Ergebnisse der Korrelationsanalysen zeigten einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Alter bzw. dem subjektiven Gesundheitszustand der PatientInnen und der PatientInnenzufriedenheit nach dem Ereignis in der Rehabilitation. Je älter die PatientInnen waren und je besser sie ihren subjektiven Gesundheitszustand einschätzten, desto zufriedener waren sie mit der Behandlung durch die ÄrztInnen. Ebenfalls zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem subjektiven Gesundheitszustand der PatientInnen und der PatientInnenzufriedenheit in der akuten Behandlungsphase des Herzinfarktes (Tabelle 19).

In der Phase vor dem Herzinfarkt konnte zwischen der PatientInnenzufriedenheit und soziodemografischen bzw. sozioökonomischen Variablen, dem subjektiven Gesundheitszustand bzw. der Stärke der Einschränkungen durch den Herzinfarkt kein Zusammenhang hergestellt werden. In der Akutbehandlung zeigte sich auch kein Zusammenhang zwischen der PatientInnenzufriedenheit und dem Einkommen. In der Rehabilitationsphase gab es keinen Zusammenhang zwischen PatientInnenzufriedenheit und Bildung, Einkommen bzw. der Stärke der Einschränkungen durch den Herzinfarkt (Tabelle 19). Ebenfalls zeigte sich kein Geschlechtsunterschied hinsichtlich der PatientInnenzufriedenheit (vor dem Herzinfarkt: $U=1601.5$, $p=.722$; in der Akutbehandlung: $U=12663.0$, $p=.289$; in der Rehabilitation: $U=16902.5$, $p=.696$).

TABELLE 19: ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN DER PATIENTINNENZUFRIEDENHEIT IN DEN EINZELNEN GLIEDERN DER VERSORGUNGSKETTE UND SOZIODEMOGRAFISCHEN BZW. SOZIOÖKONOMISCHEN VARIABLEN, DER SUBJEKTIVEN GESUNDHEIT BZW. STÄRKE DER EINSCHRÄNKUNGEN DURCH DEN HERZINFARKT

	Zufriedenheit vor dem Herzinfarkt			Zufriedenheit während der Akutbehandlung			Zufriedenheit nach dem Herzinfarkt		
	N	r	p	N	r	p	N	r	p
Alter	115	.081	.392	326	.105	.059	334	.123	.024
Bildung	113	-.134	.158	325	-.096	.083	333	-.010	.858
Einkommen	106	.126	.199	305	-.052	.367	311	.088	.120
Subjektive Gesundheit	114	.097	.303	325	.219	.000	333	.134	.015
Stärke der Einschränkungen durch den Herzinfarkt	114	.068	.469	324	-.105	.059	331	-.052	.342

Fett: statistisch signifikanter Zusammenhang $p < 0.05$; N = Anzahl der PatientInnen (365), r = Korrelationskoeffizient nach Spearman, p = Signifikanzwert.

4.7.3. ZUSAMMENHÄNGE MIT DER UMSETZUNG VON MAßNAHMEN

Die Ergebnisse der Korrelationsanalysen zeigten einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der medikamentösen Behandlung bzw. der Medikamentenaufklärung und der Umsetzung dieser Behandlung entsprechend den ärztlichen Vorgaben, in der Akutbehandlung und Rehabilitation (Tabelle 20).

Zwischen der Zufriedenheit der PatientInnen mit der Anleitung zur Lebensstiländerung und der Umsetzung der Ernährungsumstellung zeigte sich ein Zusammenhang in der akuten Behandlungsphase und auch nach dem Ereignis. Zwischen der Zufriedenheit mit der Anleitung zur Lebensstiländerung und der Umsetzung der Bewegungsempfehlungen zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang unabhängig vom Behandlungszeitpunkt. Auch zwischen der Zufriedenheit der PatientInnen mit der Anleitung zur Lebensstiländerung und der Umsetzung der RaucherInnenentwöhnung zeigte sich ein Zusammenhang vor Eintritt des Herzinfarktes und auch in der akuten Behandlungsphase (Tabelle 20).

Eine signifikant positive Assoziation wurde zwischen der Information über Verhaltensweisen zur Risikoreduktion und der Umsetzung einer Ernährungsumstellung sowie der Bewegungsempfehlungen in der akuten Behandlungsphase und nach dem Ereignis, in der Rehabilitation gefunden. Ferner zeigte sich ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen der Information über Verhaltensweisen zur Risikoreduktion und der Umsetzung der RaucherInnenentwöhnung vor Eintritt des Herzinfarktes (Tabelle 20).

Die Ergebnisse der Korrelationsanalysen zeigten einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der medikamentösen Behandlung und der Medikamentenaufklärung, unabhängig vom Behandlungszeitpunkt (vor dem Herzinfarkt: r nach Spearman=.253, p =.023; in der Akutbehandlung: r nach Spearman=.298, p = .000; in der Rehabilitation: r nach Spearman=.385, p =.000). Ein signifikant positiver Zusammenhang zeigte sich auch zwischen der Zufriedenheit mit der Anleitung zur Änderung des Lebensstils und der Information über Verhaltensweisen zur Risikoreduktion, sowohl vor Eintritt des Herzinfarktes (r nach Spearman=.673, p =.000) als auch in der akuten Behandlungsphase (r nach Spearman=.458, p =.000) und nach dem Ereignis, in der Rehabilitation (r nach Spearman=.419, p =.000; Tabelle 20).

TABELLE 20: ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DEN ANGABEN ZUR ZUFRIEDENHEIT BZW. AUFKLÄRUNG VON PATIENTINNEN MIT DER UMSETZUNG VON MAßNAHMEN HINSICHTLICH LEBENSSTILMODIFIKATION UND MEDIKAMENTENEINNAHME

	Vor dem Herzinfarkt			In der Akutbehandlung			Nach dem Herzinfarkt		
	N	r	p	N	r	p	N	r	p
	Zufriedenheit mit der medikamentösen Behandlung								
Medikamentöse Behandlung umgesetzt	100	.060	.556	343	.154	.004	333	.172	.002
	Medikamentenaufklärung								
Medikamentöse Behandlung umgesetzt	80	.112	.322	349	.139	.009	331	.154	.005
	Zufriedenheit mit der Anleitung zur Änderung des Lebensstils								
Ernährungsumstellung umgesetzt	86	.153	.158	274	.292	.000	284	.396	.000
Bewegungsempfehlungen umgesetzt	90	.308	.003	288	.395	.000	305	.329	.000
RaucherInnenentwöhnung umgesetzt	43	.420	.005	137	.250	.003	145	.117	.161
	Information über Verhaltensweisen zur Risikoreduktion								
Ernährungsumstellung umgesetzt	73	.224	.057	284	.262	.000	307	.304	.000
Bewegungsempfehlungen umgesetzt	77	.122	.291	310	.266	.000	340	.221	.000
RaucherInnenentwöhnung umgesetzt	33	.413	.017	146	.161	.053	156	.288	.117

Fett: statistisch signifikanter Zusammenhang $p < 0.05$; N = Anzahl der PatientInnen (365), r = Korrelationskoeffizient nach Spearman, p = Signifikanzwert.

4.7.4. ZUSAMMENHÄNGE MIT DER GESUNDHEITSKOMPETENZ

Die Ergebnisse der Korrelationsanalysen zeigten einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz der PatientInnen und ihrem subjektiven Gesundheitszustand sowie der Stärke der Einschränkungen durch den Herzinfarkt. Je schlechter die Befragten ihren subjektiven Gesundheitszustand einschätzten bzw. je stärker sie die Einschränkungen beurteilten, desto niedriger war ihre Gesundheitskompetenz (d.h. desto schwieriger schätzten die PatientInnen es ein, Informationen über die KHK zu erhalten, die richtige Behandlung zu finden, die Anweisungen der ÄrztInnen zu befolgen etc). Es zeigte sich hingegen kein Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz und soziodemografischen bzw. sozioökonomischen Variablen (Tabelle 21).

Die Ergebnisse der Korrelationsanalysen zeigten einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz von PatientInnen und der Information/Aufklärung sowie der PatientInnenzufriedenheit in allen Phasen der Versorgungskette. Je höher die Gesundheitskompetenz war, desto mehr Informationen erhielten die PatientInnen und umso zufriedener waren sie mit der Behandlung (Tabelle 21).

Es zeigte sich kein Geschlechtsunterschied hinsichtlich der Gesundheitskompetenz ($U=10539.5$, $p=.110$).

TABELLE 21: ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN DER GESUNDHEITSKOMPETENZ DER BEFRAGTEN UND SOZIODEMOGRAPHISCHEN BZW. SOZIOÖKONOMISCHEN VARIABLEN, SUBJEKTIVER GESUNDHEIT, STÄRKE DER EINSCHRÄNKUNGEN DURCH DEN HERZINFARKT, DER INFORMATIONSMITTLUNG BZW. PATIENTINNENZUFRIEDENHEIT IN DEN EINZELNEN GLIEDERN DER VERSORGUNGSKETTE

	Gesundheitskompetenz		
	N	r	p
Alter	305	.007	.926
Bildung	304	.093	.105
Einkommen	283	.078	.192
Subjektive Gesundheit	293	.190	.001
Stärke der Einschränkungen durch den Herzinfarkt	292	-.146	.012
Information/Aufklärung in der Phase vor dem Herzinfarkt	67	.357	.003
Information/Aufklärung in der Akutbehandlung	269	.343	.000
Information/Aufklärung in der Phase nach dem Herzinfarkt	277	.326	.000
PatientInnenzufriedenheit in der Phase vor dem Herzinfarkt	95	.308	.002
PatientInnenzufriedenheit in der Akutbehandlung	284	.357	.000
PatientInnenzufriedenheit in der Phase nach dem Herzinfarkt	288	.299	.000

Fett: statistisch signifikanter Zusammenhang $p < 0.05$; N = Anzahl der PatientInnen (365), r = Korrelationskoeffizient nach Spearman, p = Signifikanzwert.

4.7.5. ANALYSE WEITERER ZUSAMMENHÄNGE

Die Ergebnisse der Korrelationsanalysen zeigten einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Information/Aufklärung der PatientInnen und deren Zufriedenheit vor dem Herzinfarkt, in der Akutbehandlung und nach dem Ereignis in der Rehabilitation. Je mehr Informationen die PatientInnen erhielten, desto höher beurteilten sie ihre Zufriedenheit mit der Behandlung (vor dem Herzinfarkt: r nach Spearman=.599, p =.000; in der Akutbehandlung: r nach Spearman=.594, p =.000; in der Rehabilitation: r nach Spearman=.450, p =.000).

Die Ergebnisse der Korrelationsanalysen zwischen der Wartezeit auf einen Termin beim Arzt/bei der Ärztin und der Zufriedenheit im ambulanten Bereich zeigten keinen signifikanten Zusammenhang zwischen den beiden Variablen (Korrelation mit der Wartezeit auf einen Termin beim Hausarzt/bei der Hausärztin: r nach Spearman=-.032, p =.776; beim Facharzt/bei der Fachärztin: r nach Spearman=-.164, p =.165). Es zeigte sich jedoch ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Wartezeit in der Ordination beim Hausarzt/bei der Hausärztin (r nach Spearman=-.323, p =.002) oder beim Facharzt/bei der Fachärztin (r nach Spearman=-.290, p =.014) und der Zufriedenheit. Je kürzer die PatientInnen in der Ordination warten mussten, desto zufriedener waren sie mit der Behandlung im ambulanten Setting.

5. ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die Zusammenfassung, Diskussion und ableitende Empfehlungen der Ergebnisse werden entsprechend der eingangs formulierten Forschungsfragen gegliedert. Forschungsfragen, welche die Zusammenhänge von Variablen untersuchten, werden im Kapitel „Zusammenhangsanalysen“ behandelt. Über die Forschungsfragen hinaus interessante Ergebnisse werden in einem eigenen Unterkapitel diskutiert.

5.1. INFORMIERTHEIT/AUFKLÄRUNG

Behandlungsempfehlung

Mehr als zwei Drittel der PatientInnen, die vor dem Herzinfarkt bei einem Arzt/einer Ärztin waren, wurde eine Behandlung aufgrund ihrer Herz-Kreislauf-Beschwerden empfohlen. In fast 90% der Fälle wurde den PatientInnen eine medikamentöse Behandlung nahegelegt, in etwa 45% der Fälle auch eine Änderung des Lebensstils (wie Ernährungsumstellung oder Bewegungsempfehlungen). Wichtig wäre es, in der Öffentlichkeit noch mehr auf die Bedeutung der Risikowahrnehmung hinzuweisen und das Bewusstsein der Bevölkerung entsprechend zu schulen (Milligan 2013). Zudem wäre ein weiterer notwendiger Ansatz, Health Professionals zur Bedeutung der Lebensstilmodifikation zu informieren (Landesärztekammer Baden-Württemberg 2007; Deutsche Cardiohilfe 2014). Vorgegeben ist dies beispielsweise bereits für die Raucherentwöhnung im Rahmen der FCTC (Framework Convention on Tobacco Control, WHO 2005) oder im Bundes-Zielsteuerungsvertrag Gesundheit (<http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?&contentid=10008.564159&action=b&cacheability=PAGE>).

Hauptinformationsquelle

Die Hauptinformationsquelle der PatientInnen im Hinblick auf therapeutische Maßnahmen war nach ihren Angaben fast ausschließlich ein Arzt/eine Ärztin, sowohl

im ambulanten Setting (mehr als 90%), im Akutspital (86%) als auch in der Rehabilitation (87%). Diese herausragende Orientierung an ÄrztInnen kann von Vorteil sein, wenn diese sehr gut informiert sind und entsprechende Weiterbildungen besuchen gemäß dem Bundes-Zielsteuerungsvertrages Gesundheit Punkt 6.3 (<http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?&contentid=10008.564159&action=b&cacheability=PAGE>). Unsere Vermutung ist, dass ÄrztInnen mit geringer Weiterbildung hier möglicherweise zu wenig adäquate Information vermitteln könnten. Beispiele dafür wären mangelnde Informationen zu Risikofaktoren und Lebensstiländerung bei KHK, falsche Aufklärung über etwaige diagnostische und therapeutische Schritte oder generell lückenhafte Systemkenntnis seitens der behandelnden ÄrztInnen. Um diese Hypothese zu prüfen, müssten weiterführende Untersuchungen erfolgen.

Aufklärung über Komplikationen

Insgesamt gaben unabhängig vom Behandlungszeitpunkt (vor dem Herzinfarkt, in der Akutbehandlung bzw. nach dem Ereignis) mehr als 10% der PatientInnen an, dass sie nicht über eventuelle Komplikationen der Behandlung aufgeklärt wurden und zwischen 16% und 19%, dass sie eher nicht aufgeklärt wurden. Mit Ausnahme der Akutbehandlungsphase äußerten mehr als 20%, dass sie nur eher darüber informiert wurden, welche Komplikationen auftreten könnten. Im Vergleich zu einer Studie von Gasser-Steiner und Freidl (2004), in welcher die PatientInnenzufriedenheit in steirischen Krankenanstalten auf unterschiedlichen Abteilungen untersucht wurde, zeigte sich, dass PatientInnen in dieser Untersuchung häufiger über potenzielle Komplikationen aufgeklärt wurden (etwa 11% wurden hier nie und circa 10% manchmal über eventuelle Komplikationen aufgeklärt) als die HerzinfarktpatientInnen in unserer Untersuchung. In Bezug auf möglicherweise auftretende Komplikationen infolge von Behandlungen fühlen sich die Befragten insgesamt gesehen nicht gut informiert. Hier sollte in der Vor- und Nachinfarktphase zukünftig auf die Informationsübermittlung fokussiert werden (Keller et al. 2008; Boyde & Peters 2014).

Miteinbezug in die Entscheidungsfindung

Ebenfalls unabhängig vom Behandlungszeitpunkt gab weniger als die Hälfte der PatientInnen an, dass sie in die Entscheidungsfindung hinsichtlich der Behandlung mit einbezogen wurden. Vor dem Herzinfarkt wurden fast 13% nicht und weitere 15% eher nicht mit einbezogen, in der Akutbehandlung fast 20% nicht und weitere 23% eher nicht, sowie in der Rehabilitation 9% nicht und weitere 15% eher nicht. Gasser-Steiner und Freidl (2004) fragten den Miteinbezug in die Entscheidungsfindung unter steirischen PatientInnen mittels dichotomer Antwortmöglichkeit (ja/nein) ab. Immerhin 82% der PatientInnen beantworteten diese Frage mit ja und 18% wurden laut dieser Studie nicht in die Entscheidungsfindung mit einbezogen. Im Vergleich zeigt sich, dass HerzinfarktpatientInnen im Krankenhaus weniger in die Entscheidungsfindung miteinbezogen wurden als allgemeine KrankenhauspatientInnen.

Im Sinne eines „shared decision making“ bestehen also nach Angaben der Befragten hier sehr große Defizite. Etwa jede/r Zehnte gab an, in Entscheidungen nicht einbezogen worden zu sein. In diesem für die PatientInnensicherheit so wichtigen Bereich müsste die Allgemeinbevölkerung und im Besonderen PatientInnen und Health Professionals geschult werden. Die Schulung der Health Professionals in Bezug auf „shared decision making“ sollte schon an den Universitäten beginnen und Teil der professionellen Fort- und Weiterbildung sein. Dies bedürfte aber der Schaffung entsprechender struktureller Rahmenbedingungen (Ortendahl 2008; Burton et al. 2010; Head et al. 2013; Meyer et al. 2014).

Entlassungsgespräch

Interessanterweise gaben nur drei Viertel der Befragten an, dass im Akutspital mit ihnen ein Entlassungsgespräch geführt wurde. Im Vergleich mit einer Studie in welcher PatientInnen in Akutspitalern unterschiedlicher Abteilungen in der Steiermark befragt wurden, gaben hier 85% der Befragten an, dass mit ihnen ein Entlassungsgespräch geführt wurde (Gasser-Steiner & Freidl 2004). Im stationären Setting scheint damit bei HerzinfarktpatientInnen der Bedarf zu bestehen, vermehrt Entlassungsgespräche zu führen. In der Rehabilitation dagegen wurde dieses mit fast allen HerzinfarktpatientInnen geführt (93%). Obwohl die Befragten angaben, sie

seien gut informiert, zeigte sich doch, dass dies zumindest im Akutspital objektiv nicht zutrifft. Hier gab etwa jede/r vierte Patient/in ein fehlendes Entlassungsgespräch an. Ausgehend von den durchschnittlich vier Wochen Wartezeit bis zur Rehabilitation, kann davon ausgegangen werden, dass bei einzelnen PatientInnen möglicherweise doch ein Informationsdefizit bezüglich der Medikation und Verhaltensmodifikation vorlag.

Informiertheit über Untersuchungen und Ergebnisse

Über die Notwendigkeit von Untersuchungen und hinsichtlich der Mitteilung der Ergebnisse fühlte sich ein Großteil der PatientInnen gut informiert (über die Notwendigkeit von Untersuchungen abhängig vom Behandlungszeitpunkt zwischen 60% und 70% und über die Untersuchungsergebnisse zwischen 70% und fast 80%). Dennoch gaben mehr als 20% der PatientInnen für die Zeit vor dem Herzinfarkt und während der Rehabilitation an, bezüglich der Notwendigkeit von Untersuchungen nur eher informiert worden zu sein. Zwischen 8% und 11% der PatientInnen äußerten, diesbezüglich eher keine Informationen erhalten zu haben. Auch gaben mehr als 9% der PatientInnen an, vor dem Herzinfarkt eher keine Informationen über die Ergebnisse der Untersuchungen erhalten zu haben. Diese Ergebnisse zeigen, dass bei den Befragten, obwohl sich diese gut informiert fühlten, in Teilbereichen doch Defizite bestehen, nämlich im Bereich der Information über die Notwendigkeit von Untersuchungen. Etwa jede/r Fünfte gab hier einen Mangel an, und fast jede/r Zehnte meinte, in der Phase vor dem Herzinfarkt eher keine Information zu den Untersuchungsergebnissen erhalten zu haben. In diesem Bereich wäre eine Optimierung der Informationsweitergabe sinnvoll und wünschenswert (Shaw et al. 2014). Die Umsetzung der Maßnahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages Gesundheit, wie die Umsetzung von e-Health Projekten (Punkt 7.2) oder die regelmäßige Messung der Outcomes im Gesundheitssystem (Punkt 8.1) könnten dies gewährleisten (<http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?&contentid=10008.564159&action=b&cacheability=PAGE>).

Informiertheit über die Behandlung allgemein

Die Anzahl jener PatientInnen, die angaben, über ihre Behandlung informiert worden zu sein, nahm insgesamt von der Behandlung vor dem Herzinfarkt bis zur Behandlung in der Rehabilitation zu. Während weniger als 60% der PatientInnen, die vor dem Herzinfarkt aufgrund von Herz-Kreislauf-Beschwerden in Behandlung waren, angaben, über den Ablauf der Therapie informiert worden zu sein, waren es während der Akutbehandlung 77,5% und 80,1% in der Rehabilitation. Auch über das Ziel der Behandlung wurden vor dem Herzinfarkt weniger als 55% informiert, in der Akutbehandlung 75,1% und in der Rehabilitation ca. 78%. In der Studie von Gasser-Steiner und Freidl (2004) konnte festgestellt werden, dass 87% der KrankenhauspatientInnen über das Ziel der Behandlung informiert wurden und somit die Informiertheit hierfür etwas höher lag als in unserer Studie. Etwa 28% der PatientInnen gaben an, dass sie vor dem Herzinfarkt nur eher über die Behandlung und das Ziel der Behandlung informiert wurden (in der Akutbehandlung waren es ca. 13% und in der Rehabilitation fast 15%). Diese Zunahme an Information ist sicher auf die zwangsläufige Auseinandersetzung mit der Krankheit und auf die Kontakte zu Health Professionals zurückzuführen. Gleichzeitig zeigt dies auch die Bedeutung der Rehabilitation in Bezug auf Information, die in dieser Phase in besonderem Ausmaß bereitgestellt wird (Glatz, Muschalla & Karger 2014).

Informiertheit über die medikamentöse Behandlung

Während fast zwei Drittel der PatientInnen vor dem Herzinfarkt, in der Akutbehandlung und auch nach dem Ereignis gut über die medikamentöse Behandlung informiert wurden, gaben mehr als 20% der PatientInnen an, hinsichtlich der Nebenwirkungen von Medikamenten überhaupt keine Informationen erhalten zu haben und ein weiteres Viertel, eher nicht informiert worden zu sein. Lediglich ca. 28% der PatientInnen fühlten sich vor dem Herzinfarkt, und etwa 33% in der Akutbehandlung sowie nach dem Ereignis hinsichtlich der Nebenwirkungen von Medikamenten gut informiert. In einer Studie von Siegrist et al. (2002) gab es bei PatientInnen auch eine sehr geringe Zufriedenheit hinsichtlich der Aufklärung über potenzielle Nebenwirkungen. Unsere Ergebnisse weisen deutlich auf die Notwendigkeit von mehr Beratung seitens der Health Professionals im Hinblick auf

die Aufklärung von Nebenwirkungen der medikamentösen Behandlung hin (Arnetz & Zhdanova 2014; Shaw et al. 2014). Zusätzlich zu Informationen über Nebenwirkungen sollten die Betroffenen auch korrekte und verständliche Informationen über die Wirkung von (Dauer)-Medikamenten erhalten. Hier sollten die Maßnahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages Gesundheit, wie die sektorübergreifende Orientierung der Behandlungs- und Versorgungsprozesse inklusive der Versorgung mit Medikamenten am PatientInnenbedarf und am „Best Point of Service“ (Punkt 7.1) umgesetzt werden (<http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?&contentid=10008.564159&action=b&cacheability=PAGE>).

Informiertheit über die Rehabilitation

Während fast 90% der PatientInnen in der Akutbehandlung angaben, über die Möglichkeit einer Rehabilitation aufgeklärt worden zu sein, äußerten nur etwa zwei Drittel der PatientInnen, während der Rehabilitation Informationen über die Behandlungsmöglichkeiten danach erhalten zu haben. Fast 12% gaben an, dass sie eher keine und weitere 6%, dass sie keine Informationen über weitere Behandlungen erhielten. Zukünftig sollte man PatientInnen in der Rehabilitation mehr über Behandlungsmöglichkeiten informieren. Nachdem wissenschaftliche Studien zeigen, dass der verhaltensmodifizierende Effekt eines Rehabilitationsaufenthaltes wieder verloren geht, wäre hier die Sicherstellung eines nachhaltigen Effektes durch eine weiterführende wohnortnahe Nachsorge erstrebenswert (Achtien et al. 2013; Kraal et al. 2013; Taylor et al. 2014). Dies würde auch dem Rehabilitationsplan 2012 entsprechen (GÖG 2012).

Informiertheit über Tagesablauf

Etwa zwei Drittel der PatientInnen fühlten sich während der Akutbehandlung gut über den Tagesablauf auf der Station informiert. 11% der PatientInnen äußerten, eher keine und weitere 7% keine diesbezüglichen Informationen erhalten zu haben. Hinsichtlich des Tagesablaufs in der Rehabilitation fühlten sich dagegen fast 90% der Patientinnen gut informiert. Gasser-Steiner und Freidl (2004) stellten fest, dass etwa

72% der befragten KrankenhauspatientInnen in der Steiermark über den Tagesablauf im Krankenhaus informiert wurden. In diesem Bereich wäre es wünschenswert, die HerzinfarktpatientInnen in der Akutphase über die stationären Abläufe mehr zu informieren. Da unseres Erachtens Krankenhausaufenthalte eine hohe Belastung darstellen und die PatientInnen durch ihre Erkrankung verunsichert sind, nehmen wir an, dass diese Informationsübermittlung einen stabilisierenden Effekt hätte.

Informiertheit durch schriftliches Informationsmaterial

Während lediglich 42% der PatientInnen für die Phase vor dem Herzinfarkt angeben, schriftliche Informationen zum Thema Herz-Kreislauf-Beschwerden erhalten zu haben, erfolgte dies während der Akutbehandlung bei 49% und in der Rehabilitation bei 69%. Fast 22% der PatientInnen äußerten für die Phase vor dem Herzinfarkt, kein und weitere 17% eher kein schriftliches Informationsmaterial erhalten zu haben. Studien haben gezeigt, dass schriftliche Informationsmaterialien zu Herz-Kreislauf-Beschwerden die Gesundheitskompetenz von betroffenen PatientInnen steigern können (Vitry, Philips & Semple 2008; Veroff et al. 2012). Daher wäre die Bereitstellung entsprechender schriftlicher Informationen für alle PatientInnen in den unterschiedlichen Versorgungsphasen von Bedeutung um die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung entsprechend dem Bundes-Zielsteuerungsvertrages Gesundheit (Punkt 8.3) zu stärken (<http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?&contentid=10008.564159&action=b&cacheability=PAGE>).

Informiertheit bezüglich KHK-spezifischer Symptome und Risikofaktoren

Auch im Sinne der Informationsübermittlung bezüglich KHK-spezifischer Symptome liegt ein Defizit vor. Lediglich 40% der PatientInnen erhielten vor dem Herzinfarkt, 45% in der Akutbehandlung und 55% während der Rehabilitation Informationen zu Symptomen, auf die geachtet werden muss, um zu erkennen, ob eine Verschlechterung der Herz-Kreislauf-Beschwerden oder ein Herzinfarkt besteht. Mehr als 10% der PatientInnen gaben unabhängig vom Behandlungszeitpunkt an,

diesbezüglich gar nicht informiert worden zu sein. Weitere 26% äußerten, vor dem Herzinfarkt, 21% in der Akutbehandlung und 17% in der Rehabilitation eher keine Informationen dazu erhalten zu haben. Diesbezüglich ist eindeutig ein Optimierungsbedarf gegeben. Vorstellbar wäre, die Bevölkerung allgemein und KHK-PatientInnen gezielt über die Anzeichen zu informieren. Hierzu gab es bereits einige Medienkampagnen (Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW 1999; Universitätsklinikum Giessen und Marburg 2013). Durch eine solche gezielte Informationsweitergabe könnten PatientInnen auch realisieren, dass die Nutzung unterschiedlicher Informationskanäle möglicherweise auch einen Vorteil gegenüber der alleinigen Information durch ÄrztInnen bedeuten könnte.

Eine zu geringe Informationsübermittlung erfolgte auch hinsichtlich der Risikofaktoren für einen Reinfarkt. Nur zwischen 40% und 50% der PatientInnen fühlten sich hierzu informiert. 18% der PatientInnen gaben für die Phase im Akutspital und 13% für die Rehabilitation an, diesbezüglich gar keine Informationen erhalten zu haben und weitere 19% für die Zeit der Akutbehandlung bzw. 16% für die Zeit der Rehabilitation eher keine Informationen erhalten zu haben. Auch in diesem Bereich müsste in der Zukunft mehr Aufklärung in Form struktureller Maßnahmen in allen Bereichen erfolgen, um die Informationsweitergabe an die PatientInnen zu sichern (Boyde & Peters 2014), da auch die Ergebnisse der österreichischen Gesundheitsbefragung (AT-HIS 2006/07) zeigen, dass HerzinfarktpatientInnen vermehrt an Risikofaktoren leiden (laut Selbstangaben liegt bei 60,3% eine Hypertonie vor, 28,2% leiden an Diabetes und 37,6% haben erhöhte Cholesterinwerte).

Die Verhaltensmodifikation ist zentraler Bestandteil des therapeutischen Vorgehens im Sinne der Reduktion von Herzerkrankungen. Über Verhaltensweisen, die PatientInnen tun oder nicht tun sollten, um ihre Herz-Kreislauf-Beschwerden zu reduzieren und das Risiko eines Herzinfarktes zu senken, fühlten sich 39% vor dem Herzinfarkt, 52% im Akutspital und 63% in der Rehabilitation gut informiert. 17% der PatientInnen gaben jedoch für die Phase vor dem Herzinfarkt und 13% der PatientInnen für jene der Akutbehandlung an, dahingehend keinerlei Informationen zu erhalten zu haben, sowie 18% in der Zeit vor dem Herzinfarkt und 14% in der

Akutbehandlung eher nicht informiert worden zu sein. Hier wären weiterführende Maßnahmen zu setzen, um sicherzustellen, dass PatientInnen dieses Wissen auch umsetzen können, d.h. Health Professionals sollten hier genügend Kompetenzen haben, um PatientInnen durch diesen Veränderungsprozess zu begleiten (Harold et al. 2013). Unterstützend wären effektive Incentives für beide Gruppen anzudenken. Diese sollen gewährleisten, dass dieser Prozess so rasch wie möglich bewältigt werden kann.

Empfehlungen bezüglich Informationsvermittlung / Aufklärung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bewusstseinsbildung zu KHK-spezifischen Symptomen in der Bevölkerung durch unterstützende Medienkampagnen ▪ Erarbeiten gut verständlicher, unabhängiger Informationsmaterialien zu folgenden Themenbereichen: Risikofaktoren für KHK, Symptome eines Herzinfarkts, spezifische diagnostische Untersuchungsmethoden, spezifische Medikation sowie mögliche unerwünschte Wirkungen der Medikamente und zur Verhaltensmodifikation (z.B. durch Entwicklung von Disease Management Programmen DMPs) ▪ Erarbeiten gut verständlicher, unabhängiger Informationsmaterialien zur Versorgungskette sowie zu den Funktionen der Einrichtungen für die Zeit vor dem Herzinfarkt, in der Akutphase und nach dem Ereignis ▪ Information über Möglichkeiten der Inanspruchnahme und Finanzierung ▪ Schaffen struktureller Rahmenbedingungen zur Ermöglichung einer systematischen Weiterbildung der Health Professionals in den Bereichen Informationsweitergabe und des Konzeptes Shared Decision Making, Verhaltensmodifikation und Partizipation zur Ermöglichung des Aufbaus entsprechender Kompetenzen

5.2. PATIENTINNENZUFRIEDENHEIT

Zufriedenheit mit der Behandlung

Die Auswertungen in Bezug auf die Zufriedenheit der PatientInnen mit der Behandlung durch die ÄrztInnen zeigten, dass die Zufriedenheit von der Behandlung im ambulanten Sektor über die Behandlung im Akutspital bis zur Rehabilitation

sukzessive zunahm. Während 58% der PatientInnen vor dem Herzinfarkt mit der Behandlung durch die ÄrztInnen insgesamt zufrieden waren, waren es in der Akutbehandlung 76% und in der Rehabilitation 85%. 6% der PatientInnen waren in der Phase vor dem Herzinfarkt mit der Behandlung durch die ÄrztInnen unzufrieden und 3% eher unzufrieden. Mit der Akutbehandlung waren dagegen nur 1% unzufrieden und 3% eher unzufrieden. Für die Zeit der Rehabilitation äußerte kein/-e Patient/-in Unzufriedenheit, 3% waren damit eher unzufrieden. Eine potenzielle Erklärung für die relative Unzufriedenheit mit der Behandlung durch die ÄrztInnen vor dem Herzinfarkt könnte unseres Erachtens die mangelhafte Informationsvermittlung sein. Hier zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen. Je mehr Informationen die PatientInnen vor dem Herzinfarkt, in der Akutbehandlung und der Rehabilitation erhielten, desto höher beurteilten sie ihre Zufriedenheit mit der Behandlung. Studien belegen, dass ein stärkere Miteinbezug der PatientInnen in die Behandlung, positive Auswirkungen auf die PatientInnenzufriedenheit hat (Graf 2006; Nickel, Thiedermann & von dem Knesebeck 2010). Dieses Ergebnis deckt sich mit den Angaben zur Zufriedenheit mit der Information/Aufklärung, welche die PatientInnen erhielten. Im ambulanten Bereich waren diesbezüglich nur 40% der PatientInnen zufrieden, in der Akutbehandlung 55% und in der Rehabilitation jedoch fast 75%. Wir vermuten, dass hierbei insgesamt auch die Tatsache eine Rolle spielen dürfte, dass im Laufe der PatientInnenkarrieren durch die Beschäftigung mit der Krankheit und die Kontakte mit unterschiedlichen Health Professionals (nach den Angaben der Befragten waren ja v.a. die ÄrztInnen die Hauptinformationsquelle), ein Zugewinn an Information erfolgte, der zu einer immer höheren Zufriedenheit führte. Im Hinblick auf die recht niedrige Zufriedenheit bezüglich der Information/Aufklärung vor dem Herzinfarkt ist jedenfalls zu berücksichtigen, dass die Sichtweise auf die Situation vor dem Herzinfarkt sehr wahrscheinlich durch das später eingetretene Ereignis negativ beeinflusst wird. Unseres Erachtens könnte dies daher ein Hinweis darauf sein, dass die Zufriedenheit mit der Behandlung und Information unter den betroffenen PatientInnen vor dem Infarkt niedriger war. Deshalb sollte eine regelmäßige Messung der Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem, wie im Bundes-Zielsteuerungsvertrages Gesundheit Punkt 8.4 definiert, erfolgen (<http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?&contentid=10008.564159&action=b&cacheability=PAGE>).

Zufriedenheit mit der Versorgung durch HausärztInnen

Etwa die Hälfte aller PatientInnen fühlte sich von ihrem Hausarzt/ihrer Hausärztin gut versorgt, fast ein Drittel der Befragten gab jedoch an, von ihrem Hausarzt / ihrer Hausärztin nur eher gut versorgt zu werden. D.h. ein hoher Anteil der PatientInnen fühlte sich von ihren HausärztInnen sehr gut und gut versorgt. Bei Fragen, welche die PatientInnen in differenzierter Form zu beurteilen hatten, ist hier jedoch zu berücksichtigen, dass Einschätzungen, denen nur eher zugestimmt wird, bereits als Einschränkungen zu werten sind (Stangl 2014). In unserer Arbeit war es nicht möglich zu erfragen, nach welchen Kriterien die Befragten ihre Bewertungen für eine gute Versorgung abgaben und wie sie die unterschiedlichen Versorgungsaspekte gewichteten. Dies müsste vertiefend durch qualitative Befragungen erfolgen, von denen Ergebnisse bislang nur vereinzelt vorliegen (Clark et al. 2012). Möglicherweise wäre es auch sinnvoll, PatientInnen gute Praxismodelle vorzustellen, wonach sie anhand des hier verwendeten Messinstrumentes die Versorgung besser beurteilen könnten (Anagnostou et al. 2014).

Zufriedenheit mit der Fähigkeit der ÄrztInnen zuzuhören

Eine Zunahme der Zufriedenheit spiegelt sich auch in den Angaben zur Fähigkeit der ÄrztInnen zuzuhören und auf Probleme einzugehen wider. 59% der PatientInnen zeigten sich mit der diesbezüglichen Situation im ambulanten Bereich zufrieden, 69% entsprechend in der Akutbehandlung und 82% in der Rehabilitation. Ein ähnliches Ergebnis zur Zufriedenheit mit der Fähigkeit der ÄrztInnen zuzuhören (67%) konnte in einer PatientInnenbefragung in mehreren Krankenhausabteilungen von steirischen Spitälern festgestellt werden (Gasser-Steiner und Freidl 2004). Die Steigerung der Zufriedenheit in den drei Phasen ist aus unserer Sicht nicht ganz nachvollziehbar. Hier wäre es interessant zu eruieren, welche Kriterien PatientInnen für die Beurteilung dieser Fähigkeiten herangezogen haben.

Zufriedenheit mit der zeitlichen Erreichbarkeit der ÄrztInnen

Das gleiche Phänomen wie hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Fähigkeit der ÄrztInnen zuzuhören ist in den Ergebnissen hinsichtlich der Zufriedenheit mit der zeitlichen Erreichbarkeit der ÄrztInnen zu beobachten. Hier waren 56% der Patientinnen vor dem Herzinfarkt, 61% in der Akutbehandlung und 77% in der Rehabilitation zufrieden. Sieht man die Angaben dazu in Relation zu den z.T. langen Wartezeiten auf Termine und in den Praxen sowie Einrichtungen, dann wäre es interessant, woraus sich diese Zufriedenheit ergibt. Unsere Untersuchung zeigte keinen Zusammenhang zwischen der Wartezeit auf einen Termin beim Arzt/der Ärztin, jedoch mit der Wartezeit in der Ordination. Sicher ist hier noch Verbesserungsbedarf bezüglich einer besseren Terminorganisation gegeben.

Zufriedenheit mit den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen

Die Zufriedenheit mit dem Pflegepersonal war sowohl in der Akutbehandlung als auch in der Rehabilitation hoch. Mehr als vier Fünftel aller PatientInnen äußerten hier volle Zufriedenheit. Etwa drei Viertel der PatientInnen in der Akutbehandlung und der Rehabilitation waren mit der Behandlung durch die PhysiotherapeutInnen voll zufrieden, und auch die Zufriedenheit mit der Behandlung durch klinische PsychologInnen/PsychotherapeutInnen wurde hoch bewertet (68% in der Akutbehandlung und 74% in der Rehabilitation). Immerhin waren im Akutspital dennoch 5,9% der PatientInnen mit der Behandlung durch klinische PsychologInnen/PsychotherapeutInnen eher unzufrieden und 3,7% unzufrieden, gegenüber 4,9% eher unzufrieden und 1,2% unzufrieden in der Rehabilitation. Allgemein zeigen die Ergebnisse jedoch, dass die Zufriedenheit mit den MitarbeiterInnen in den Einrichtungen sehr hoch war, wobei sich diese Zufriedenheit unterschiedlich verteilte. Keine Angabe hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit der Behandlung machten mehr als 10% der PatientInnen für die Zeit vor dem Herzinfarkt und zwischen 5% und 9% für die Phase im Akutspital und in der Rehabilitation.

Empfehlungen bezüglich Zufriedenheit

- Zeitliche Erreichbarkeit von ÄrztInnen im ambulanten und stationären Bereich optimieren
- Eingehen auf den Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Zufriedenheit von PatientInnen im ambulanten Bereich
- Erweiterung der Weiterbildungsangebote für Health Professionals zur Verbesserung des Zeitmanagements und der Praxisorganisation

5.3. UMSETZUNG VON MAßNAHMEN ZUR RISIKOREDUKTION

Risikofaktoren

Fast ein Drittel der PatientInnen gab an, bereits vor dem Herzinfarkt an Beschwerden gelitten zu haben. Das deckt sich in etwa mit der Anzahl der PatientInnen, die bereits vor dem Herzinfarkt aufgrund von Herz-Kreislauf-Beschwerden bei einem Arzt/einer Ärztin in Behandlung waren. Der Großteil dieser PatientInnen äußerte, unter Stress und emotionalen Belastungen (40%) und unter Schwächegefühl (28%) gelitten zu haben. Ein Viertel der PatientInnen litt bereits vor dem Herzinfarkt unter Brustschmerzen, 14% unter Herzbeschwerden, 9% unter einer Angina pectoris und 4% erlitten einen Reinfarkt.

Nur knapp über 10% aller Befragten gaben an, dass bei ihnen keine Risikofaktoren für einen Herzinfarkt vorgelegen hätten. Die Hälfte aller PatientInnen litt unter einer Hypertonie, 37% unter einer Hyperlipidämie, ca. 16% litten unter Diabetes und fast ein Drittel gab eine genetische Vorbelastung an. Laut den Ergebnissen der österreichischen Gesundheitsbefragung (AT-HIS 2006/07) dagegen, gaben ca. 60% aller Personen, die einen Herzinfarkt erlitten hatten an, an einer Hypertonie zu leiden, 37% äußerten erhöhte Cholesterinwerte und etwa 28% hatten Diabetes. Auch der Anteil jener Personen, bei denen lebensstilassoziierte Risikofaktoren vorlagen, war in unserer Untersuchung relativ hoch: ein Drittel war übergewichtig, fast ein Viertel RaucherInnen und ein Fünftel äußerte, körperlich nicht aktiv zu sein. Die Ergebnisse der österreichischen Gesundheitsbefragung ergaben, dass fast 20% der Personen, die einen Herzinfarkt erlitten hatten, adipös waren und mehr als 50% übergewichtig.

Diese Personen waren weniger intensiv körperlich aktiv, rauchten jedoch weniger als Personen ohne Herzinfarkt und konsumierten weniger tierische Fette. Unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Durchführung entsprechender Informationskampagnen und Schulungsprogramme zur Bedeutung von Risikofaktoren für einen Herzinfarkt empfehlenswert wäre. Für PatientInnen, bei denen Risikofaktoren vorliegen, sollte eine längerfristige besondere Behandlung eingeleitet werden.

Maßnahmen zur Risikoreduktion

Ein großer Anteil der PatientInnen erhielt bereits eine entsprechende Beratung oder Behandlung, die aber insgesamt für diese Hochrisikogruppe wahrscheinlich nicht ausreichend ist. Nur ca. die Hälfte der PatientInnen äußerte, dass ihnen im ambulanten Setting die Möglichkeit einer Beratung angeboten wurde. Im Akutspital wurde diese Möglichkeit zumindest 62% der PatientInnen angeboten und in der Rehabilitation 86%.

Fast alle PatientInnen hielten sich ihren Angaben zufolge an die ärztlichen Verordnungen. 85% der PatientInnen vor dem Herzinfarkt sowie rund 95% der PatientInnen im Akutspital und in der Rehabilitation setzten die Maßnahmen hinsichtlich der Medikamenteneinnahme nach den ärztlichen Empfehlungen um. Nur 1,1% der PatientInnen gaben für die Zeit im Akutspital und der Rehabilitation an, keine Medikamente erhalten zu haben. Dies weist auf eine medikamentöse Einstellung beinahe der gesamten Risikogruppe hin. Entsprechend sollten die Maßnahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages Gesundheit bezüglich der Orientierung der Behandlungs- und Versorgungsprozesse inklusive der Versorgung mit Medikamenten sektorenübergreifend am PatientInnenbedarf und am „Best Point of Service“ (Punkt 7.1) umgesetzt werden (<http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?&contentid=10008.564159&action=b&cacheability=PAGE>).

Die empfohlene Ernährungsumstellung führten 37% der PatientInnen vor dem Herzinfarkt, 46% in der Phase der Akutbehandlung und 49% in der Rehabilitation durch. Zwischen 41% und 43% setzten diese Maßnahme eher um. Dies ist ein

Hinweis darauf, dass PatientInnen, sobald sie seitens der ÄrztInnen eine Aufforderung zur Verhaltensmodifikation erhalten, diese sehr häufig auch umsetzen.

Unsere Ergebnisse zeigten, dass die Angaben zur Ernährungsumstellung analog auch für die Bewegungsaktivierung gelten. Vor dem Herzinfarkt setzten 39% der PatientInnen die Bewegungsempfehlungen entsprechend den ärztlichen Vorgaben um, in der Akutbehandlung waren es 55% und in der Rehabilitation 62%. Auch hier scheint ein Optimierungsbedarf hinsichtlich der Schulung von PatientInnen, vor allem vor einem Herzinfarkt, bezüglich der Bedeutung von Bewegung für die Entstehung einer KHK zu bestehen.

Für den Risikofaktor Rauchen zeigten die Ergebnisse unserer Arbeit, dass in der Phase vor dem Herzinfarkt rund die Hälfte der PatientInnen eine RaucherInnenentwöhnung entsprechend den ärztlichen Vorgaben durchführte, und fast drei Viertel der PatientInnen während der Akutbehandlung und Rehabilitation. Analog zu den bereits angeführten Risikofaktoren zeigen die Ergebnisse, die Wichtigkeit des Ansprechens einer Lebensstilmodifikation.

Andere Maßnahmen, wie Stressreduktion, Reduzierung des Alkoholkonsums oder psychotherapeutische Behandlungen, wurden von 47% der PatientInnen vor dem Herzinfarkt, 50% in der Akutbehandlung und von 77% in der Rehabilitation entsprechend den ärztlichen Vorgaben umgesetzt.

Es war nicht überraschend, dass Maßnahmen der Medikamenteneinnahme nach den ärztlichen Empfehlungen von den PatientInnen größtenteils umgesetzt wurden. Die Umsetzung dieser Maßnahme setzt einfache, eher organisationsbezogene Fähigkeiten voraus, während die Umsetzung von Maßnahmen im Hinblick auf Ernährungsumstellung, Bewegungsempfehlungen oder RaucherInnenentwöhnung hochkomplexe psychologische Anforderungen stellt (Prochaska, Redding & Evers 2008).

Insgesamt zeigten die Ergebnisse unserer Untersuchung, dass der Anteil der PatientInnen, die die Maßnahmen entsprechend den ärztlichen Vorgaben umsetzten, vor dem Herzinfarkt geringer war als in der Akutbehandlungsphase und Rehabilitation. Dies deutet darauf hin, dass den PatientInnen die Bedeutung der Reduktion von Risikofaktoren für einen Herzinfarkt noch immer nicht bewusst zu sein

scheint. Dies sollte bei der Behandlung von PatientInnen durch die ÄrztInnen im niedergelassenen Bereich vermehrt berücksichtigt werden. Die Nachsorge nach einem Akutaufenthalt und einer Rehabilitation im Sinne einer nachhaltigen, lebenslangen Verhaltensmodifikation ist ebenfalls essentiell.

Eindeutiger Optimierungsbedarf scheint hinsichtlich der Zufriedenheit mit den Anleitungen zur Änderung des Lebensstils und der medikamentösen Behandlung zu bestehen. Nur 60% der PatientInnen gaben für die Zeit vor dem Herzinfarkt, 76% für die Akutbehandlung und 78% für die Rehabilitation an, mit diesen Aspekten zufrieden zu sein. Da hier ein signifikanter Zusammenhang zwischen diesem Zufriedenheitsaspekt und der Aufklärung über die medikamentöse Behandlung unabhängig vom Behandlungszeitpunkt besteht, sollten hier Maßnahmen gesetzt werden, um dies zu verbessern. Dies gilt nicht nur für die Information und Aufklärung über die Therapie, sondern auch für die Bedeutung der Einnahme von Medikamenten.

Empfehlungen bezüglich Risikoreduktion

- Unabhängige Information und Beratung in der Bevölkerung hinsichtlich der Bedeutung von Risikofaktoren sichern, um deren Reduzierung zu ermöglichen
- Schulungsprogramme für Health Professionals anbieten zur Kompetenzsteigerung hinsichtlich Aufklärung über Risikofaktoren für einen Herzinfarkt und der Unterstützung der PatientInnen zur Lebensstilmodifikation, um sie bei der Umsetzung von entsprechenden Maßnahmen zur Reduktion der Risikofaktoren besser unterstützen zu können
- Im Sinne der Verhältnisprävention Maßnahmen zu settingbezogenen Interventionen zur Verhaltensmodifikation setzen
- Strukturelle Sicherung von unabhängigen Informations- und Beratungsstellen zur Unterstützung von lebensstilassoziierten Faktoren
- Unterstützende Maßnahmen für sozioökonomisch unterschiedliche Bevölkerungsgruppen strukturell umsetzen

5.4. SUBJEKTIVER GESUNDHEITZUSTAND

11,9% der PatientInnen schätzten sich gesundheitlich sehr gut ein. 44,5% der PatientInnen gab an, dass ihr Gesundheitszustand allgemein gut sei. Etwas mehr als ein Drittel beurteilte diesen als mittelmäßig, während 4,7% meinten, dass sie sich gesundheitlich schlecht fühlten. Aus den Ergebnissen geht hervor, dass nur sehr wenige der PatientInnen Ihren Gesundheitszustand als schlecht bzw. sogar sehr schlecht einschätzen. Die nationale Gesundheitsbefragung aus dem Jahr 2006/07 hat gezeigt, dass insgesamt 37,5% aller Personen über 15 Jahre in Österreich ihren subjektiven Gesundheitszustand als sehr gut einschätzen. 38,1% meinten, dass ihr Gesundheitszustand gut sei. Fast jede fünfte Person (18,5%) entschied sich für die Antwortkategorie "mittelmäßig". In der Allgemeinbevölkerung ist der Anteil derer, welche ihren Gesundheitszustand als schlecht einschätzen ein wenig höher als in unserem PatientInnenkollektiv. 6% beurteilten in der Gesamtbevölkerung ihre Gesundheit als schlecht bzw. sehr schlecht (Statistik Austria 2007). Die Ergebnisse der österreichischen Gesundheitsbefragung zeigten weiters, dass von jenen Personen, die angaben bereits einen Herzinfarkt erlitten zu haben, nur 4,9% ihren Gesundheitszustand als sehr gut einstufen, 20,7% ihn als gut beurteilten, 49,1% als mittelmäßig, 21,7% als schlecht und 3,7% als sehr schlecht. In dieser Befragung war damit der Anteil der Personen nach einem Herzinfarkt, die ihren Gesundheitszustand als schlecht einschätzen deutlich höher als in unserem PatientInnenkollektiv.

Wie auch in der nationalen Gesundheitsbefragung (Statistik Austria 2007) und in anderen internationalen Arbeiten (Kivien et al. 2006) ist aus Studienergebnissen ersichtlich, dass Frauen ihre Gesundheit im Vergleich zu Männern etwas schlechter einstufen. So beurteilten 15,4% der Männer, aber nur 8,1% der Frauen ihre Gesundheit als sehr gut. Im späteren Alter vergrößern sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Hinblick auf den subjektiven Gesundheitszustand. Es wird angenommen, dass die höhere Lebenserwartung bei Frauen offensichtlich eher mit gesundheitlichen Beschwerden einhergeht als bei gleichaltrigen Männern.

5.5. GESUNDHEITSKOMPETENZ UND GESUNDHEITSWISSEN

Bei den Fragen zur Gesundheitskompetenz sollten die PatientInnen angeben, wie einfach es in unterschiedlichen „Gesundheitssituationen“ für sie ist, zu wissen, wie sie reagieren sollen. Auf einer Skala von ‚sehr einfach‘ bis ‚sehr schwierig‘ und einer Kategorie ‚weiß nicht‘ wurden die abgefragten Situationen am häufigsten als ‚einfach‘ eingeschätzt. Eine Ausnahme bildete die Situation, in welcher nach der Verständigung der Rettung im Notfall gefragt wurde. Diese Situation wurde von den meisten Befragten als ‚sehr einfach‘ (60,8%) beurteilt. Weitere 34,9% meinten, es sei einfach, im Notfall die Rettung zu verständigen. Bei diesem Item schätzten sich die meisten PatientInnen als sehr kompetent ein. Am wenigsten kompetent schätzten sich die Befragten bei der Beurteilung der Zuverlässigkeit von Informationen über Krankheiten in den Medien ein. 43,7% beurteilten dies als ‚schwierig‘ und 10,0% als ‚sehr schwierig‘. 12,6% beantworteten diese Frage mit ‚weiß nicht‘. Die Befragung ergab weiter, dass bei den PatientInnen wenig Kompetenz im Hinblick auf die Beurteilung der Vor- und Nachteile unterschiedlicher Behandlungsmöglichkeiten vorliegt. Die Ergebnisse dieser Untersuchung bestätigen teilweise die Resultate jener EU-weiten Studie zur Gesundheitskompetenz (Maastricht University 2013). Laut HLS-EU haben knapp ein Viertel der ÖsterreicherInnen Schwierigkeiten bei der Auffindung von Informationen zu empfohlenen Untersuchungen. Etwas mehr als die Hälfte der Bevölkerung hat Probleme die Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen. (Österreichische Ärztezeitung 2011; Bundesministerium für Gesundheit 2012).

Ferner zeigten unser Ergebnisse zur Gesundheitskompetenz, dass die Beipackzettel von Medikamenten oft nicht verstanden werden und viele PatientInnen damit Probleme haben, zu beurteilen, ob die Meinung eines zweiten Arztes / einer zweiten Ärztin notwendig wäre. Insgesamt zeigten unsere Ergebnisse einen relativ hohen Anteil an PatientInnen, welche die Fragen zur Gesundheitskompetenz mit ‚schwierig‘ oder ‚sehr schwierig‘ beantworteten. Die HLS-EU hat gezeigt, dass Österreich im internationalen Vergleich in den hinteren Rängen rangiert (Bundesministerium für Gesundheit 2012). Daraus lässt sich ableiten, dass die Gesundheitskompetenz insgesamt in der Bevölkerung und bei PatientInnen nach einem Herzinfarkt in Österreich gestärkt werden sollte.

Das Bundesministerium für Gesundheit (2013) hat auf bisherige Studienergebnisse zur Gesundheitskompetenz reagiert, indem in den beschlossenen nationalen Rahmengesundheitszielen auch die Stärkung der Gesundheitskompetenz als Rahmengesundheitsziel 3 und Rahmengesundheitsziel mit höchster Priorität definiert wurde. Eine Arbeitsgruppe bestehend aus nationalen ExpertInnen wurde gegründet. In Arbeitsgruppensitzungen wurden die folgenden drei Wirkungsziele für das Rahmengesundheitsziel 3 formuliert:

1. Das Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Beteiligten und Betroffenen gesundheitskompetenter machen.
2. Die persönliche Gesundheitskompetenz, unter Berücksichtigung von vulnerablen Gruppen stärken.
3. Die Gesundheitskompetenz im Dienstleistungs- und Produktionssektor verankern.

Für jedes Wirkungsziel wurden Maßnahmen erarbeitet. Zu den Maßnahmen zu Wirkungsziel 1 zählen zum Beispiel die „Einrichtung eines niederschweligen, bundesweit einheitlichen telefon- und webbasierten Erstkontakt- und Beratungsservices“ sowie die „Einbeziehung von Gesundheitskompetenz in die Umsetzung der österreichischen PatientInnensicherheitsstrategie“. Für das Wirkungsziel 2 wurden beispielsweise die „Aufnahme der Vermittlung von Gesundheitskompetenz als Auftrag für die Kindergärten als Bildungsinstitution in das geplante ‚Bundesrahmengesetz Kindergarten‘“ oder der „Ausbau außerschulischer Lernförderung für vulnerable Gruppen“ als Maßnahmen definiert. Das Wirkungsziel 3 umfasst beispielsweise die Maßnahme „Ausarbeitung einer Leitlinie für die Bewerbung und Vermarktung von Lebensmitteln und nicht-alkoholischen Getränken mit hohem Zucker-, Salz- und/oder Fettgehalt in audiovisuellen Medien bei Kindern unter Berücksichtigung der WHO Empfehlungen und darauf aufbauende Prüfung und Erstattung von Vorschlägen zur Effektivierung der Werberegulungen in audiovisuellen Medien, die der Stärkung der Gesundheit unter besonderer Berücksichtigung des Minderjährigenschutzes dienen“ (Bundesministerium für Gesundheit 2013).

Indikatoren pro Wirkungsziel bzw. Messgrößen pro Maßnahme werden von der Arbeitsgruppe erarbeitet, um schließlich die Beurteilung der Zielerreichung und des

Erfolgs der Maßnahmen möglich zu machen (Bundesministerium für Gesundheit 2013).

Insgesamt ist im Hinblick auf die Selbsteinschätzung der Gesundheitskompetenz zu erwähnen, dass bei der Darstellung dieser das Problem darin besteht, dass Personen dazu neigen sich entsprechend der sozialen Erwünschtheit darzustellen. Eine objektive Überprüfung der Gesundheitskompetenz war im Rahmen dieser Studie nicht möglich.

Das Gesundheitswissen wurde im Rahmen dieser Studie dadurch überprüft, dass ausgewählte Erkrankungen aufgezeigt wurden und nach den ursächlichen Verhaltensweisen gefragt wurde (Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung, Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum). Etwa die Hälfte der PatientInnen wusste über die Verhaltensweisen Bescheid, welche als Auslöser für Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Frage kommen. Obwohl es sich bei den Befragten um betroffene PatientInnen handelte, die ihre Rehabilitation bereits abgeschlossen hatten, war der Anteil derjenigen, die die Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen richtig einschätzten, relativ gering. Demnach besteht unseres Erachtens jedenfalls Bedarf daran, KHK-PatientInnen vor, während der Akutbehandlung und nach der Behandlung des Erkrankungsbildes in ausreichendem Maße darüber aufzuklären, welche Verhaltensweisen Herz-Kreislauf-Erkrankungen bedingen können. Auch das diesbezügliche Wissen über Diabetes- und Krebserkrankungen zeigt einen eher mäßigen Informiertheitsgrad.

Empfehlungen

zur Stärkung des Gesundheitswissens und der Gesundheitskompetenz

- Aufklärung von KHK-PatientInnen im Hinblick auf Risikofaktoren und weitere häufig auftretende Erkrankungen nach einem Herzinfarkt verbessern
- Schulung der PatientInnen zu Qualitätsmerkmalen ärztlicher Leistungen sowie zu Leistungen anderer Gesundheitsberufe und Versorgungseinrichtungen, um Gesundheitsleistungen besser beurteilen zu können (z.B. durch Entwicklung von Disease Management Programmen / DMPs), in Besonderem
 - Um die Beurteilungsfähigkeit der Zuverlässigkeit von Informationen über Krankheiten in den Medien zu verbessern
 - Um die Beurteilungsfähigkeit der Vor- und Nachteile unterschiedlicher Behandlungsmöglichkeiten zu verbessern
- Stärkung der Gesundheitskompetenz der Betroffenen und der Bevölkerung im Allgemeinen in Abstimmung mit den Empfehlungen der Arbeitsgruppe zum Rahmengesundheits-Ziel 3 / Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung

5.6. ZUSAMMENHANGSANALYSEN

ZUSAMMENHANG ZWISCHEN INFORMATION/AUFKLÄRUNG BZW. ZUFRIEDENHEIT UND SOZIODEMOGRAFIE BZW. SOZIOÖKONOMIE, SUBJEKTIVER GESUNDHEIT UND STÄRKE DER EINSCHRÄNKUNGEN DURCH DEN HERZINFARKT

Die Ergebnisse der Korrelationsanalysen zwischen Information/Aufklärung und den soziodemografischen Variablen zeigten keinen Zusammenhang. Ebenfalls konnte kein Zusammenhang zwischen der Information/Aufklärung und der Stärke der Einschränkungen durch den Herzinfarkt festgestellt werden. Lediglich der subjektive Gesundheitszustand war mit dem Grad der erhaltenen Information sowie der Zufriedenheit im Akutspital und der Rehabilitation assoziiert. Je besser PatientInnen ihre Gesundheit beurteilten, desto mehr Aufklärung erhielten sie in der Akutbehandlung und der Rehabilitation. Dies könnte unserer Meinung nach darauf hindeuten, dass PatientInnen, die sich subjektiv schlechter fühlen, mehr Information und Aufklärung benötigen. Je gesünder PatientInnen im Akutspital waren, desto zufriedener zeigten sie sich mit der Behandlung durch die ÄrztInnen.

Ferner war festzustellen, dass ältere PatientInnen mit der Behandlung in der Rehabilitation zufriedener waren. Dass ältere Menschen eine höhere PatientInnenzufriedenheit aufweisen konnte bereits in vielen wissenschaftlichen Studien aufgezeigt werden (Sixma & Speeuwenberg 1998; Crowe et al. 2002; Gericke et al. 2004; Blanchard et al. 2006; Giupponi et al. 2009). Es wird vermutet, dass unter älteren Personen eine höhere PatientInnenzufriedenheit im Vergleich zu jüngeren vorliegt, weil diese besser versorgt werden bzw. weniger anspruchsvoll sind (Zinn 2009). Kein Zusammenhang zeigte sich in unserer Untersuchung zwischen der Zufriedenheit und der Stärke der Einschränkungen durch den Herzinfarkt. Ebenfalls konnte kein Zusammenhang zwischen der Bildung und der Zufriedenheit der PatientInnen unabhängig vom Behandlungszeitpunkt festgestellt werden. Ein Zusammenhang zwischen niedrigem Bildungslevel und höherer PatientInnenzufriedenheit konnte bislang insgesamt nur in wenigen Studien nachgewiesen werden (Zinn 2009). Stachl (2000) fand heraus, dass jüngere PatientInnen mit höherer Bildung sich kritischer äußern. Je größer der soziale Abstand zwischen PatientInnen und ÄrztInnen ist, desto zufriedener äußern sich die PatientInnen. Es wird jedoch angenommen, dass in Ländern wo eine breite Mittelschicht existiert, wie zum Beispiel in Österreich, Bildungseffekte nur schwierig gemessen werden können (Schutz et al. 1994). Die Ergebnisse des Herz-Kreislauf-Reports zeigten jedoch, dass in Österreich im Jahr 2010 ein Zusammenhang zwischen der Bildung der Bevölkerung und der Anzahl der stationären Aufenthalte aufgrund einer akuten und chronischen KHK, wie auch der Anzahl der stationären Todesfälle aufgrund einer akuten KHK feststellbar war. Je niedriger die Ausbildung von Personen war, desto höher war die Anzahl der stationären Aufenthalte bzw. Todesfälle (Burkert et al. 2013).

Crowe et al. (2002) haben festgestellt, dass die Zufriedenheit im klinischen Setting im Wesentlichen von den Erwartungen, dem aktuellen Gesundheitszustand sowie sozialökonomischen und demografischen PatientInnencharakteristika determiniert wird. Zwischen den erfüllten Erwartungen und der Zufriedenheit besteht ein positiver Zusammenhang. Weiters wird die Zufriedenheit der PatientInnen von Faktoren, wie Angeboten zu Prävention und Gesundheitsförderung sowie einer kürzeren Wartezeit bestimmt. Eine Theorie zur PatientInnenzufriedenheit namens „Primary Provider“ Theorie besagt, dass sich die Gesamtzufriedenheit von PatientInnen aus drei

hierarchischen Komponenten zusammensetzt: der Zufriedenheit mit dem behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin (größte Einflussgröße) der Wartezeit (zweitgrößte Einflussgröße) und die Zufriedenheit mit dem/der Assistenten/-in des/-r Arztes/Ärztin. In unserer Untersuchung ließ sich kein Zusammenhang zwischen der Wartezeit auf einen Termin beim Arzt und der Zufriedenheit mit der Situation im ambulanten Bereich feststellen. Es zeigte sich jedoch ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Wartezeit in der Ordination und der Zufriedenheit. Je kürzer die PatientInnen in der Ordination warten mussten, desto zufriedener waren sie mit der Behandlung im ambulanten Setting. Dieses Ergebnis zeigt, dass Wartezeiten auf einen Termin beim Facharzt/der Fachärztin anscheinend keine Unzufriedenheit erzeugen, während lange Wartezeiten in der Ordination sehr wohl zu einer Unzufriedenheit bei den PatientInnen führen.

ZUSAMMENHANG ZWISCHEN INFORMATION/AUFKLÄRUNG BZW. ZUFRIEDENHEIT UND DER UMSETZUNG VON EMPFOHLENE MAßNAHMEN

Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der medikamentösen Behandlung bzw. der Aufklärung und der Umsetzung der medikamentösen Behandlung entsprechend den ärztlichen Vorgaben in der Akutbehandlung und Rehabilitation. Die Ergebnisse weisen auf die Wichtigkeit einer umfassenden Aufklärung der PatientInnen hin, da diese Auswirkungen auf die Adhärenz hat. Hierzu sollten die Maßnahmen des Bundeszielsteuerungsvertrages, wie beispielsweise die Orientierung der Behandlungs- und Versorgungsprozesse inklusive der Versorgung mit Medikamenten sektorübergreifend am PatientInnenbedarf und am „Best Point of Service“ (Punkt 7.1) umgesetzt werden (<http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?&contentid=10008.564159&action=b&cacheability=PAGE>). Dies gilt in gleicher Weise für die Lebensstilmodifikation und Unterstützung bei der Umsetzung.

ZUSAMMENHANG ZWISCHEN GESUNDHEITSKOMPETENZ UND SOZIODEMOGRAFIE BZW. SOZIOÖKONOMIE, SUBJEKTIVER GESUNDHEIT, KHK-BEDINGTEN EINSCHRÄNKUNGEN, INFORMATION/AUFKLÄRUNG BZW. ZUFRIEDENHEIT

Für die Gesundheitskompetenz (Health Literacy) ergaben sich Zusammenhänge mit verschiedenen Variablen. Je schlechter PatientInnen ihren subjektiven Gesundheitszustand einschätzten und je stärker sie Einschränkungen aufgrund des Herzinfarktes verspürten, desto niedriger war ihre Gesundheitskompetenz. Auch die Ergebnisse der HLS-EU (Pelikan, Röthlin & Ganahl 2012) und weiterer wissenschaftlicher Studien (Zinn 2009) zeigten, dass die Gesundheitskompetenz und Gesundheit deutlich zusammenhängen. Je höher die Gesundheitskompetenz ist desto besser wird die eigene Gesundheit eingeschätzt. Es hat sich gezeigt, dass Personen mit höherer Gesundheitskompetenz mehr auf Ihre Bewegung und Ernährung achten und eine niedrigere Inanspruchnahme an Krankenhausbesuchen aufweisen (Bundesministerium für Gesundheit 2012; Pelikan, Röthlin & Ganahl 2012).

Besonders betroffen von mangelnder Gesundheitskompetenz sind laut HLS-EU ältere Personen, chronisch Kranke und Personen mit niedrigem Bildungslevel (Bundesministerium für Gesundheit 2012; Pelikan, Röthlin & Ganahl 2012). Die Ergebnisse des Herz-Kreislauf-Reports zeigten, dass in Österreich im Jahr 2010 bei Personen mit niedrigerer Ausbildung die Anzahl der stationären Aufenthalte aufgrund einer akuten und chronischen KHK und die Anzahl der stationären Todesfälle aufgrund einer akuten KHK erhöht war (Burkert et al. 2013). Das Ergebnis des HLS-EU Berichtes, dass sozial Benachteiligte eine geringere Gesundheitskompetenz aufweisen, konnte in unserer Untersuchung nicht bestätigt werden. Interessanterweise war in unserer Studie kein Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz und sozioökonomischen Variablen feststellbar. Es zeigte sich jedoch, dass eine höhere Gesundheitskompetenz mit vermehrter Informationsvermittlung und einer höheren Zufriedenheit einherging. Insgesamt deutet dies auf die Notwendigkeit hin, die Gesundheitskompetenz von PatientInnen zu erhöhen.

GesundheitsexpertInnen sind auch skeptisch im Hinblick auf das Ergebnis der HLS-EU, wonach chronisch Kranke weniger gesundheitskompetent wären, obwohl sie sehr viel mehr mit dem Gesundheitssystem in Kontakt sind und mehr darüber wissen müssten (Österreichische Ärztezeitung 2011). Es wäre interessant in Zukunft weitere Untersuchungen zur Gesundheitskompetenz in unterschiedlichen Subgruppen durchzuführen, um aussagekräftigere Daten zu vulnerablen Gruppen in Österreich zu erhalten.

5.7. WEITERE INTERESSANTE STUDIENERGEBNISSE

Über die Forschungsfragen hinaus ist besonders aufgefallen, dass eine hohe Informationsübermittlung und eine hohe PatientInnenzufriedenheit in der stationären Rehabilitation vorlagen.

Im Unterschied zu vielen anderen Ländern erfolgt die Rehabilitation in Österreich im stationären Setting. Es könnte sein, dass PatientInnen durch eine stationäre Aufnahme im Vergleich zu einer ambulanten Rehabilitation stärker in die Behandlung integriert werden und eine höhere Informationsübermittlung stattfindet, welche zu einer höheren PatientInnenzufriedenheit führt. In den Rehabilitationszentren waren die PatientInnen durchschnittlich fast vier Wochen in Behandlung. Die Wartezeit auf einen Behandlungsplatz in der Rehabilitation betrug im Durchschnitt etwa einen Monat. Fast alle Befragten (93%) waren der Meinung, dass die Rehabilitation eine wichtige und sinnvolle Maßnahme darstellt. Über wissenschaftliche Studien wäre zu klären, inwieweit ein nahtloser Übergang vom Akutspital in eine Rehabilitationseinrichtung tatsächlich einen gesundheitlichen Gewinn für den/die Betroffene/n ergibt. Sollte dies eindeutig durch randomisierte Studien nachzuweisen sein, erschiene es sinnvoll, entsprechende Strukturmaßnahmen zu setzen, damit alle PatientInnen mit Rehabilitationsbedarf (unter Voraussetzung der Rehabilitationsfähigkeit) in diesem angemessenen Zeitraum die Rehabilitation beginnen können. Ist dieser Effekt nicht nachzuweisen, so ist zumindest davon auszugehen, dass die Wartezeit auf die Rehabilitation von den Befragten toleriert wird.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigten des Weiteren, dass lediglich ca. 35% aller PatientInnen vor dem Herzinfarkt aufgrund von Herz-Kreislauf-Beschwerden bereits in medizinischer Behandlung waren. Der Anteil an PatientInnen, welche trotz Beschwerden nicht beim Arzt / bei einer Ärztin waren ist überraschend hoch. Gut drei Viertel der PatientInnen, die bei ihrem Hausarzt/ihrer Hausärztin in Behandlung waren und beinahe 60% derjenigen, die bei einem/-r Facharzt/-ärztin waren, wurden aufgrund von Risikofaktoren/Beschwerden therapiert. Inwieweit bereits eine Risikokonstellation vor dem Herzinfarkt bei den einzelnen PatientInnen vorlag, die auf die Notwendigkeit einer Therapieeinleitung hinwies, ist durch die Studienergebnisse nicht nachzuvollziehen. Jedenfalls scheint das fehlende Aufsuchen professioneller Hilfe ein Hinweis auf mangelndes Gesundheitswissen und reduzierte Gesundheitskompetenz zu sein (Aboumatar et al. 2013). Dies stellt allerdings einen Gegensatz zu den Angaben der Befragten zu ihrer Gesundheitskompetenz dar, die sie eher hoch einschätzen. Unsere Studienergebnisse weisen darauf hin, dass mehr Interventionen bezüglich der Früherkennung von Herzinfarkt wichtig wären.

Weiters konnte im Rahmen dieser Studie festgestellt werden, dass ein Großteil der PatientInnen (87%) im Akutspital auf einer Station für Innere Medizin bzw. Kardiologie und fast zwei Drittel der PatientInnen auf einer Intensivstation versorgt wurden. Die Aufenthaltsdauer in der Intensivstation betrug im Mittel vier Tage. Warum aber nach Angabe der Befragten etwa jede/r zehnte Patient/in nach einem Herzinfarkt nicht auf einer internen Abteilung behandelt wurde, ist über die Ergebnisse dieser Studie nicht zu erklären. Es wird vermutet, dass die PatientInnen die Station eventuell nicht richtig zuordnen können.

Die Ergebnisse zeigten, dass die durchschnittliche Wartezeit auf einen Termin beim Hausarzt/bei der Hausärztin weniger als einen Tag betrug, während diese beim Facharzt/bei der Fachärztin mehr als drei Wochen ausmachte. Die Wartezeiten in der Ordination dagegen betragen, unabhängig von der Einrichtung, zwischen vierzig Minuten und einer Stunde. Auf die Rehabilitation mussten die PatientInnen im Durchschnitt fast einen Monat warten. Wichtig wäre es, dass PatientInnen ihre Symptome richtig deuten und entsprechend professionelle Hilfe suchen. Hier sollten die entsprechenden Maßnahmen und operativen Teilziele des Bundezielsteuerungsvertrages Gesundheit zur Stärkung der Gesundheitskompetenz

der Bevölkerung umgesetzt werden (Punkt 8.3). Im Sinne der Versorgungskette wäre es aber auch entscheidend, dass HausärztInnen wie auch die spezifischen FachärztInnen (die von 35% der PatientInnen vor dem Ereignis kontaktiert wurden) die Symptome richtig erkennen und entsprechende Maßnahmen einleiten (Benzer et al. 2008). Die Umsetzung der Ziele und Maßnahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages Gesundheit (Pkt. 6.3 – Aus- und Fortbildung aller relevanten Berufsgruppen systematisch über das gesamte Berufsleben an den Versorgungserfordernissen orientieren) können das gewährleisten (<http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?&contentid=10008.564159&action=b&cacheability=PAGE>).

Bei Betrachtung der soziodemografischen und sozioökonomischen Charakteristika der Stichprobe ist uns weiter aufgefallen, dass der Anteil der Patientinnen, die in der vorliegenden Untersuchung teilgenommen haben, nahezu gleich groß war wie der der Patienten. Dies könnte eine Verzerrung darstellen, da die Ergebnisse des AT-HIS 2006/07 beispielsweise zeigen, dass 62,6% der Personen die einen Herzinfarkt erlitten hatten männlich waren und auch die Auswertungen der Daten aus der BIG-Datenbank zeigten, dass die Anzahl der stationären Aufenthalte wie auch stationären Todesfälle im Jahr 2011 bei Männern höher lag.

Im Durchschnitt waren die PatientInnen in unserer Untersuchung 63 Jahre alt, wobei die Patientinnen im Durchschnitt mit 66,0 Jahren älter waren als die Patienten mit 60,7 Jahren. Verglichen mit den Ergebnissen der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/07 zeigt sich auch hier, dass mit 31,6% der Großteil der Personen, die einen Herzinfarkt erlitten hatten, zwischen 60 und 69 Jahre alt war.

Hinsichtlich der Schulbildung der Befragten in unserer Untersuchung zeigten sich keine großen Unterschiede zu Personen, die laut AT-HIS 2006/07 einen Herzinfarkt erlitten hatten.

In unserer Studie gaben rund 42% der PatientInnen ein monatliches Nettohaushaltseinkommen zwischen 1.201 und 2.200 Euro an, während es in der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/07 37,1% der Personen waren, die angaben, jemals einen Herzinfarkt erlitten zu haben.

Der Großteil der Personen in unserer Studie (circa 61%) war verheiratet und lebte mit dem/der PartnerIn zusammen. Ein ähnliches Ergebnis zeigt sich bei Betrachtung der Personen, die laut AT-HIS 2006/07 angaben, jemals einen Herzinfarkt gehabt zu haben (etwa 66%).

5.8. SCHLUSSBEMERKUNGEN UND ZUSAMMENFASSENDE UMSETZUNGSEMPFEHLUNGEN

Einige der sich aus der Befragung ergebenden Empfehlungen stehen im Einklang mit den Maßnahmen, die im Bundes-Zielsteuerungsvertrag Gesundheit (<http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?&contentid=10008.564159&action=b&cacheability=PAGE>) definiert werden. In der Tabelle 22 werden diese explizit angeführt. Diese Übereinstimmung unterstreicht die Wichtigkeit der Umsetzung der vorgegebenen Maßnahmen.

TABELLE 22: MAßNAHMEN ENTSPRECHEND DEM BUNDES-ZIELSTEUERUNGSVERTRAG GESUNDHEIT

Maßnahmen gemäß Bundes-Zielsteuerungsvertrag Gesundheit
<ul style="list-style-type: none">▪ Definition der Versorgungsaufträge und Rollenverteilung für alle Versorgungsstufen mit Blick auf „Best Point of Service“ und Umsetzung der ersten Schritte (Punkt 6.1)▪ Bedarfsorientierte Anpassung der Versorgungsdichte in allen Versorgungsstufen (Punkt 6.2)▪ Orientierung der Aus- und Fortbildung aller relevanten Berufsgruppen systematisch über das gesamte Berufsleben (Punkt 6.3)▪ Orientierung der Behandlungs- und Versorgungsprozesse inklusive der Versorgung mit Medikamenten sektorübergreifend am PatientInnenbedarf und am „Best Point of Service“ (Punkt 7.1)▪ Flächendeckende Umsetzung von e-Health Projekten, die zur Zielerreichung im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit beitragen (Punkt 7.2)▪ Umsetzung einer österreichweit abgestimmten, an den Rahmengesundheitszielen orientierten Gesundheitsförderungsstrategie (Punkt 8.1)▪ Umsetzung der erarbeiteten operativen Teilziele zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung (Punkt 8.3)▪ Regelmäßige Messung der Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem sowie der subjektiven Gesundheit der Bevölkerung (Punkt 8.4)

unter: <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?&contentid=10008.564159&action=b&cacheability=PAGE>

Auf dieser Basis lassen sich für die einzelnen Glieder der Versorgungskette vor, in der akuten Phase und nach Herzinfarkt (vor der Akutbehandlung, Akutbehandlung stationär und Rehabilitation) spezifisch folgende Empfehlungen ableiten, die Betroffene, Health Professionals, Sozialversicherungsträger, LeiterInnen von Gesundheitseinrichtungen und GesundheitspolitikerInnen adressieren. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger sollte Sorge tragen, dass diese Empfehlungen rasch umgesetzt werden können.

Empfehlungen

Allgemeine strukturelle Maßnahmen:

- Sicherung der Prävention durch spezifisch ausgebildete Health Professionals und entsprechende Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung
- Professionalisierung der Risikobewertung und –kommunikation durch Health Professionals
- Qualitätssicherung in der Prävention und in der Risikokommunikation
- Entwicklung der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen

Maßnahmen zur Verbesserung der Information/Aufklärung und der Gesundheitskompetenz:

vor der Akutbehandlung:

- Umsetzung von Awareness-Kampagnen, um in der Bevölkerung die Kenntnis über Risikofaktoren und Herzinfarktsymptome zu erhöhen
- Risikobewertung durch HausärztInnen bzw. ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, soll mit konkreten und - wenn möglich - validierten Tools wie beispielsweise ARRIBA (**A**ufgabe gemeinsam definieren, **R**isiko subjektiv, **R**isiko objektiv, **I**nformation über Präventionsmöglichkeiten, **B**ewertung der Präventionsmöglichkeiten und **A**bsprache über weiteres Vorgehen) zur Berechnung des persönlichen Risikos für Herzinfarkt oder Schlaganfall oder der New Zealand Risk Scale vorgenommen werden
- Schulung der Health Professionals zur Risikokommunikation und -bewertung

Stationäre Akutbehandlung:

- EntscheidungsträgerInnen in den Krankenhäusern sollen ermöglichen, dass die Einrichtungen sich in Richtung einer „Health Literate“ (gesundheitskompetenten) Organisation hin entwickeln können, beispielsweise Schwerpunkte setzen, dass PatientInnen vom Tag der Aufnahme bis zur Entlassung gut informiert sind und fühlen:
 - Organisationsebene: Organisationsentwicklung zu einer gesundheitskompetenten Organisation mit Schulungen für EntscheidungsträgerInnen und MitarbeiterInnen
 - Personal: Schulung der Health Professionals beispielsweise in der Anwendung von teach back Methoden, zum Shared Decision Making Konzept, zur Risikokommunikation, über die Bedeutung eines strukturierten Entlassungsgesprächs (in der Studie gaben nur 73% der PatientInnen an, dass mit ihnen im Akutspital ein Entlassungsgespräch geführt wurde)
 - PatientInnen: Schulung beispielsweise im Bereich Verhaltensmodifikation
- Die Zertifizierung von „Gesundheitskompetenten Krankenhäusern“ ermöglichen
- Bewusstseinsbildung für die Verantwortlichkeit des Nahstellenmanagements im Sinne einer koordinierten weiteren Versorgung der PatientInnen bei den Health Professionals und Versicherungsträgern

Stationäre Rehabilitation:

- EntscheidungsträgerInnen in den Rehabilitationseinrichtungen sollen ermöglichen, dass die Einrichtungen sich in Richtung einer „Health Literate Organisation“ hin entwickeln können, beispielsweise Schwerpunkte setzen, dass PatientInnen vom Tag der Aufnahme bis zur Entlassung gut informiert sind und fühlen:

- Organisationsebene: Organisationsentwicklung zu einer gesundheitskompetenten Organisation mit Schulungen für EntscheidungsträgerInnen und MitarbeiterInnen
 - Personal: Schulung der Health Professionals beispielsweise in der Anwendung von teach back Methoden, zum Shared Decision Making Konzept, zur Risikokommunikation, über die Bedeutung eines strukturierten Entlassungsgesprächs (in der Studie gaben 93% der PatientInnen an, dass mit ihnen im Akutspital ein Entlassungsgespräch geführt wurde)
 - PatientInnen: Schulung beispielsweise im Bereich Verhaltensmodifikation
- Die Zertifizierung von „Gesundheitskompetenten Rehabilitationseinrichtungen“ ermöglichen
 - Bewusstseinsbildung für die Verantwortlichkeit des Nahstellenmanagements im Sinne einer koordinierten weiteren Versorgung der PatientInnen bei den Health Professionals und Versicherungsträgern

Für die Stärkung der Gesundheitskompetenz sind zwei Ansätze nötig:

- *Das System muss auf die PatientInnen besser zukommen – sich besser verstehbar machen*
- *Das individuelle Wissen der PatientInnen muss gestärkt werden (die PatientInnen müssen die Möglichkeit bekommen mehr zu wissen und kritisch zu hinterfragen)*

Maßnahmen zur Verbesserung der PatientInnenzufriedenheit:

vor der Akutbehandlung:

- Regelmäßige Durchführung von Surveys zur PatientInnenzufriedenheit
- Schulungen der ÄrztInnen im Praxis-/Terminmanagement, z.B. Fortbildungen zum Zeitmanagement
- Längere Öffnungszeiten der niedergelassenen Praxen
- Flächendeckende Umsetzung einer rund um die Uhr erreichbaren telefon- und webbasierten Erstinformationsmöglichkeit

Stationäre Akutbehandlung:

- Verbesserung der zeitlichen Erreichbarkeit der Health Professionals

Maßnahmen zur Verbesserung des Risikomanagements:

vor der Akutbehandlung:

- Flächendeckende Umsetzung der Tabakpolitik wie sie in der WHO Framework Convention on Tobacco Control vorgegeben wird, um die Zahl der RaucherInnen in der Bevölkerung zu senken
- Umsetzung von Maßnahmen zur Verhaltensmodifikation auf der Verhältnisebene, z.B. hinsichtlich der mentalen Gesundheit, der Ernährung und Bewegung, entsprechend dem Bundeszielsteuerungsvertrag Gesundheit und den Vorgaben der Arbeitsgruppen zu den Rahmen-Gesundheitszielen
- Restrukturierung der Prävention, sodass die spezifischen ExpertInnen der Gesundheitsberufe über die Möglichkeiten der Lebensstilmodifikation informieren und die Versicherten begleiten können, z. B.: PflegeexpertInnen, DiätologInnen, SportwissenschaftlerInnen, PhysiotherapeutInnen, PsychotherapeutInnen und ein multiprofessionelles Vorgehen zulässt

- Health Professionals werden geschult, über die bestehenden Angebote zu informieren und einen qualifizierten Weiterverweis zu machen wie Ernährungs- und Bewegungsgruppen
- Schulungen zu Gesundheitscoaching im Sinne von Change Agents anbieten

Stationäre Akutbehandlung:

- Risikobewertung und -kommunikation der Health Professionals verbessern, um einen Reinfarkt zu verhindern (derzeit wird vorwiegend über das Management des akuten Geschehens wie Medikamenteneinnahme etc. kommuniziert)
- Reorganisation der Schulung zur Verhaltensmodifikation (z. B.: Diätberatung durch Diätologen, Bewegungsanleitung durch Physiotherapie und Sportwissenschaft)

Stationäre Rehabilitation:

- Moderne neue Methoden wie Gesundheitscoaching sollten eingeführt werden. So soll z.B. am Ende der Rehabilitation der/die Patient/-in gefragt werden, ob er/sie sich gut informiert fühlen und wissen was zu tun ist; dies ist auch durch nicht-ärztliches Personal möglich
- Entlassung von der Rehabilitation in die ambulante Weiterbetreuung durch die HausärztInnen sollte im Sinne eines nahtlosen Übergangs besser gemanagt werden
- Rehabilitation sollte sich am individuellen Bedarf der PatientInnen orientieren (personalisierte Rehabilitation)
- Vermehrter Fokus auf emotionale Komponenten in der Akut- und Rehabilitationsphase

5.9. ANMERKUNGEN ZU DEN DATEN UND ZUR DATENQUALITÄT

Bei der Auswertung der Daten ergaben sich folgende Einschränkungen und Limitationen:

1. Zielgruppe dieses Projekts waren GKK-Versicherte, d.h. zum Großteil wurden in der Privatwirtschaft unselbständig Erwerbstätige sowie deren Angehörige befragt.
2. Eine differentielle Messung der PatientInnenzufriedenheit ist schwierig, da PatientInnen generell dazu neigen, die Behandlung positiv zu bewerten, und viele Aspekte abseits der Versorgung die Zufriedenheit mitbedingen.
3. Mehr als 20% der PatientInnen machten keine Angaben über ihre Erwartungen an die Behandlung: ein Hinweis darauf, dass PatientInnen eventuell damit überfordert sind, diesen Aspekt zu beurteilen.
4. An der vorliegenden Untersuchung nahmen etwa gleich viele Patientinnen wie Patienten teil. Dies könnte eine Verzerrung darstellen. Nachdem Angaben zur Verteilung der Geschlechter in der Grundgesamtheit für diese Untersuchungsperiode fehlen, kann keine Aussage darüber getroffen werden, inwieweit hier möglicherweise Frauen eher bereit waren, den Fragebogen auszufüllen als Männer. Im Durchschnitt waren die PatientInnen 63 Jahre alt. Die Patientinnen waren mit durchschnittlich 66 Jahren älter als die Patienten (60,7 Jahre).
5. Die Schichtung der Stichprobe nach Bundesländern konnte nicht überprüft werden, wodurch eine gewisse Unschärfe möglich sein könnte. Eine Gewichtung des Rücklaufs nach Proportionalität des Versuchsplans konnte nicht durchgeführt werden.

Unsere Studie weist folgende Stärken auf:

1. Der Anteil der fehlenden Angaben war insgesamt sehr niedrig, was darauf hindeutet, dass der Fragebogen von den PatientInnen gut verstanden wurde.
2. Die Rücklaufquote war mit 36,5% höher als ursprünglich erwartet.
3. Aufgrund des Aufbaus des Fragebogens ließ sich die medizinische Versorgung von PatientInnen nach einem Herzinfarkt in den verschiedenen Gliedern der Versorgungskette in Österreich gut darstellen.

5.10. CONCLUSIO

Die Herzgesundheit von Frauen wie von Männern hat eine große epidemiologische und ökonomische Bedeutung. Diese sicherzustellen und zu verbessern, ist den Betroffenen, VersicherungsträgerInnen und GesundheitspolitikerInnen ein großes Anliegen. Die Auswertungen der stationären Aufenthalte aufgrund eines akuten Myokardinfarktes in Österreichs Fondskrankenhäusern haben gezeigt, dass die Anzahl der Aufenthalte für Frauen wie auch Männer zwischen 2001 und 2011 gestiegen ist. Die Anzahl der stationären Todesfälle aufgrund eines Herzinfarktes hat sich dagegen in diesem Zeitraum reduziert. Laut Daten von Statistik Austria besteht ein Ost-West-Gefälle in der Mortalität aufgrund eines Myokardinfarktes und auch sozioökonomische Faktoren hängen mit der KHK bzw. dem Myokardinfarkt zusammen. Wir haben im vorliegenden Bericht anhand der Versorgungskette von PatientInnen nach einem Herzinfarkt die Information/Aufklärung und Zufriedenheit von PatientInnen untersucht. Unsere Ergebnisse zeigten, dass in allen Phasen der Versorgung von PatientInnen nach einem Herzinfarkt Verbesserungspotenzial gegeben ist. Besondere Berücksichtigung im Hinblick auf strukturierte Interventionen sollten vor allem folgende Themenbereiche finden: Bewusstsein schärfen für die Risikofaktoren von Herzerkrankungen (Bevölkerung, Health Professionals, Betroffene), Information zur Verhaltensmodifikation und zur Umsetzung individueller und strukturierter Maßnahmen zur Verhaltensänderung (Kompetenzsteigerung bei den Betroffenen, Health Professionals und verantwortlichen Politikbereichen), Stärkung der Gesundheitskompetenz (Anbindung an die Vorgaben im Zusammenhang mit dem Rahmengesundheitsziel 3 und den Zielsteuerungsvereinbarungen) sowie Ergreifen von Strukturmaßnahmen zur Sicherung der Partizipation von PatientInnen an Entscheidungsprozessen (individuell und strukturell). Dies erfordert einerseits zielgruppenspezifische Ansätze in der Prävention und Therapie und andererseits eine Analyse der gegebenen Situation innerhalb Österreichs, um regionale Programme entwickeln und umsetzen zu können.

6. LITERATURVERZEICHNIS

- Aboumatar HJ, Carson KA, Beach MC, Roter DL, Cooper LA (2013) The impact of health literacy on desire for participation in healthcare, medical visit communication, and patient reported outcomes among patients with hypertension. *J Gen Intern Med* 28(11): 1469-76.
- Achttien RJ, Staal JB, van der Voort S, Demps HM, Koers H, Jongert MW, Hendriks EJ, Practice Recommendations Development Group (2013) Exercise-based cardiac rehabilitation in patients with coronary heart disease: a practice guideline. *Neth Heart J*, 21(10): 429-38.
- Anagnostou VK, Bailey G, Sze E, Hay S, Hyson A, Federman DG (2014) A longitudinal, collaborative, practice-based learning and improvement model to improve post-discharge heart failure outcomes. *Conn Med* 78(1): 33-6.
- Arnetz JE, Zhdanova L (2014) Patient involvement climate: views and behaviours among registered nurses in myocardial infarction care. *J Clin Nurs* [Epub ahead of print]
- Benzer W in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe für kardiologische Rehabilitation und Sekundärprävention der ÖKG (2008) Guidelines für die ambulante kardiologische Rehabilitation und Prävention in Österreich – ein Update. *Journal für Kardiologie* 15(9-10):298-309. Unter: http://www.agakar.at/guidelines/oekg_guidelines.pdf [03/04/2014]
- Blanchard CG, Labrecque MS, Rückdeschel JC, Blanchard EB (2006) Physician behaviors, patient perceptions, and patient characteristics as precursors of satisfaction of hospitalized adult cancer patients, *Cancer*.
- Bortz J, Döring N (2006) *Forschungsmethoden und Evaluation*, 4. Auflage, Springer Verlag: Heidelberg.
- Boyde M, Peters R (2014) Education material for heart failure patients: What works and what does not?. *Curr Heart Fail Rep* [Epub ahead of print].

- Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Träger; 2013) Nationale Versorgungsleitlinie Chronische KHK.
<http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/khk/pdf/nvl-khk-lang-2auflage-version1.pdf> [03/04/2014]
- Bundesministerium für Gesundheit (2013) Rahmen-Gesundheitsziele. Bericht der Arbeitsgruppe zum Rahmen-Gesundheitsziel 3 „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“, Bundesministerium für Gesundheit: Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit (2012) Gesundheitskompetenz. Wie gut ist Österreich? Unter:
<https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/aktuelles/gesundheitskompetenz.html> [18/05/2014]
- Burkert NT, Freidl W, Rásky E, Stronegger WJ, Großschädl, Muckenhuber, Schenouda, Hollerit, Hofmann (2013) Herz-Kreislauf Report für Österreich. Unter:
http://www.hauptverband.at/mediaDB/1012058_Herz-Kreislauf-Report-fuer-Oesterreich.PDF [08/01/2014]
- Burton D, Blundell N, Jones M, Fraser A, Elwyn G (2010) Shared decision-making in cardiology: do patients want it and do doctors provide it? Patient Educ Couns, 80(2): 173-9.
- Clark AM, Savard LA, Spaling MA, Heath S, Duncan AS, Spiers JA (2012) Understanding help-seeking decisions in people with heart failure: a qualitative systematic review. Int J Nurs Stud, 49(12): 1582-97.
- Crowe R, Gage H, Hamson S, Hart J, Kimber A, Storey L, Thomas H (2002) The measurement of satisfaction with health care: implications for practice from a systematic review of the literature. Health Technology Assessment, 32(6).
- Deutsche Cardiohilfe (2014) Präventionsbewusstsein schärfen. Unter:
<http://cardiohilfe.de/projekte/pravention/> [02.06.2014]
- Dorner T, Kiefer I, Kunze M, Rieder A (2004) Gender aspects of socioeconomic and psychosocial risk factors of cardiovascular diseases. Wiener medizinische Wochenschrift 154(17-18):426-432.

- Dorner T, Rieder A (2005) Epidemiologie der koronaren Herzkrankheit und Bedeutung für die Prävention. Journal für Kardiologie – Austrian Journal of Cardiology, 12 (Suppl B): 13-15.
- Ford ES, Ajani UA, Croft JB, Critchley JA, Labarthe DR, Kottke TE, Giles WH, Capewell S (2007) Explaining the decrease in US deaths from coronary disease, 1980-2000. N Engl Med 356(23):2388-2398.
- Frick U, Rehm J (2011) Konsistente Schätzung von Prävalenz, Inzidenz und krankheitsspezifischer Mortalität für Österreich: Koronare Herzkrankheiten (ICD10: I20 bis I25). Unter:
http://www.hauptverband.at/mediaDB/842572_BERICHT-KHK-Inzidenzprojekt-Endversion-Homepage.pdf [23/03/2013]
- Gasser-Steiner P, Freidl W (2004) Patientenzufriedenheit in Steirischen Krankenanstalten. Itemanalyse und Analyse der Dimensionalität des KAGES Instrumentes zur Messung der Patientenzufriedenheit, Graz.
- Gasser-Steiner P, Freidl W (2005) Patientenzufriedenheit in Steirischen Krankenanstalten. Normwerte des KAGES Instruments zur Messung der Patientenzufriedenheit, Graz.
- Gericke CA, Schiffhorst G, Busse R, Häussler B (2004) Ein valides Instrument zur Messung der Patientenzufriedenheit in ambulanter haus- und fachärztlicher Praxis: das Qualiskope-A. Gesundheitswesen, 66: 723-31.
- Gesundheit Österreich GmbH (2012) Österreichischer Rehabilitationsplan 2012. Unter: http://www.hauptverband.at/mediaDB/910004_Rehabilitationsplan_2012.pdf [03/04/2014]
- Gesundheit Österreich GmbH (2014) Österreichischer Rehabilitationskompass. Unter: <http://rehakompass.oebig.at/Rehazentren/Listenansicht> [08/01/2014]
- Giupponi G, Hensel S, Müller P, Soelva M, Schweigkofler H, Steiner E, Psycha R, Müller-Leimkühler AM (2009) Behandlungszufriedenheit und Einflussfaktoren in der stationären Psychiatrie: ein deutsch/italienischer Vergleich. Fortschr Neurol Psychiat, 77: 346-52.

- Glatz J, Muschalla B, Karger G (2014) Patient education in heart failure improves disease-related knowledge and behaviour during cardiac rehabilitation. *Rehabilitation (Stuttg)* [Epub ahead of print].
- Graf C (2006) Integrated health care in cardiology. *Clin Res Cardiol, Suppl 2*: II28-31.
- Großschädl F, Stronegger WJ (2012) Regional trends in obesity and overweight among Austrian adults between 1973 and 2007. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 124: 363-369.
- Hamm CW (2004) Leitlinien: Akutes Koronarsyndrom (ACS). *Z Kardiol* 93:72-90.
- Hamm CW, Arntz H-R, Bode C, Giannitsis E, Katus H, Levenson B, Nordt Th, Neumann FJ, Tebbe U, Zahn R (2005) Pocketleitlinien Akutes Koronarsyndrom (ACS). Unter: http://leitlinien.dgk.org/files/2005_Pocket-Leitlinien_Akutes_Koronarsyndrom.pdf [12/06/14]
- Harold JG, Bass TA, Bashore TM, Brindis RG, Brush JE Jr, Burke JA, Dehmer GJ, Deychak YA, Jneid H, Jollis JG, Landzberg JS, Levine GN, McClurken JB, Messenger JC, Moussa ID, Muhlestein JB, Pomerantz RM, Sanborn TA, Sivaram CA, White CJ, Williams ES; Presidents and Staff; American College of Cardiology Foundation; American Heart Association; Society of Cardiovascular Angiography and Interventions (2013) ACCF/AHA/SCAI 2013 update of the clinical competence statement on coronary artery interventional procedures: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association/American College of Physicians Task Force on Clinical Competence and Training (writing committee to revise the 2007 clinical competence statement on cardiac interventional procedures). *Circulation*, 128(4): 436-72.
- Head SJ, Kaul S, Mack MJ, Serruys PW, Taggart DP, Holmes DR Jr, Leon MB, Marco J, Bogers AJ, Kappetein AP (2013) The rationale for Heart team decision-making for patients with stable, complex coronary artery disease. *Eur Heart J*, 34(32): 2510-8.

- Keller PF, Barthassat V, Scherrer-Burri F, Lagger G, Carballo S (2008) Fighting heart attacks and arteriosclerosis: a therapeutical challenge. Rev Med Suisse, 4(159): 1345-6.
- Kivien TK, Uhlig T, Odegard S, Heiberg MS (2006) Epidemiological aspects of rheumatoid arthritis: the sex ratio. Ann N Y Acad Sci, 1069: 212-22.
- Klimont, J., Kytir, J., Leitner, A. 2007. Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Wien: Statistik Austria
- Kraal JJ, Peek N, van den Akker-Van Marle ME, Kemps HM (2013) Effects and costs of home-based training with telemonitoring guidance in low to moderate risk patients entering cardiac rehabilitation: the FIT@home study. BMC Cardiovasc Disord, 13: 82.
- Landesärztekammer Baden-Württemberg (2007) Welche Symptome deuten auf einen Herzinfarkt hin? Unter: http://www.aerztekammer-bw.de/20buerger/30patientenratgeber/g_m/herzinfarkt.html [30.05.2014]
- Labrunee M, Pathak A, Loscos M, Coudeyre E, Casillas J-M, Gremeaux V (2012) Therapeutic education in cardiovascular diseases: State of the art and perspectives. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, 55(5):322-341.
- Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (1999) Herzinfarkt erkennen und richtig handeln – Methodik, Umsetzung und Ergebnisse des Modellprojektes, Wissenschaftliche Reihe Band 5, LÖGD Verlag: Bielefeld.
- Maastricht University (2013) Health Literacy (HLS-EU). Unter: <http://www.maastrichtuniversity.nl/web/Institutes/FHML/CAPHRI/DepartmentsCAPHRI/InternationalHealth/ResearchINHEALTH/Projects/HealthLiteracyHLSEU/HealthLiteracyHLSEU.htm> [28/03/2014]
- Maier B, Behrens S, Busse R, Jonitz G, Schoeller R, Schuehlen H, Theres H (2009) Überlegungen zu Validität und Vergleichbarkeit von Daten der Todesursachenstatistik, GKV Daten und Registerdaten am Beispiel Herzinfarkt. Gesundheitswesen, 71:A49.

- Meyer TE, Kiernan MS, McManus DD, Shih J (2014) Decision making under uncertainty in advanced heart failure. *Curr Heart Fail Rep*, 11(2): 188-96.
- Milligan F (2013) Using exercise to improve quality of life for people with heart failure. *Br J Nurs*, 22(21): 1242-6.
- Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S, Andreotti F, Arden C, Budaj A, et al. (2013) 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease. *European Heart Journal* 34:2949-3003.
<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/34/38/2949.full.pdf+html> [03/04/2014]
- Mosca L, Benjamin EJ, Berra K, Bezanson JL, Dolor RJ, Lloyd-Jones DM, et al., (2011) Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women – 2011 Update. *Journal of the American College of Cardiology*, 57(12):1404-1423.
- Nickel S, Thiedemann B, von dem Knesebeck O (2010) The effects of integrated inpatient health care on patient satisfaction and health-related quality of life: results of a survey among heart disease patients in Germany. *Health Policy*, 98(2-3): 156-63.
- ÖGAM (Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2008) Prävention, Diagnostik und Therapie der chronisch koronaren Herzkrankheit in der allgemeinmedizinischen Praxis. *Internationale Zeitschrift für ärztliche Fortbildung* 7:1-12.
- Orthendahl M (2008) Models based on value and probability in health improve shared decision making. *J Eval Clin Pract* 14(5): 714-7.
- Österreichische Ärztezeitung (2011) Gesundheitskompetenz: Soziale Determinante. Unter: <http://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2011/oeaez-21-10112011/gesundheitskompetenz-health-literacy-hls-eu-studie.html> [28/05/2014]
- Pelikan J, Röthlin F, Ganahl K (2012) Gesundheitskompetenz (Health Literacy) in Österreich im internationalen Vergleich – Ergebnisse aus dem Health Literacy Survey – Europe. Unter: http://www.lbihpr.lbg.ac.at/de/sites/files/lbihpr/docs/JourFixe_GM/Vortragsunterlagen/jour_fixe2011_pelikanroethlin.pdf [01/06/2014]

- Prochaska JO, Redding C, Evers K (2008) The Transtheoretical Model and stages of change. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath V, Editors. Health behaviour and health education: theory, research, and practice. 4. Auflage, San Francisco: Jossey-Bass, pp 97-117.
- Rieder A (2004) Epidemiologie der Herz-Kreislaufkrankungen. Journal für Kardiologie 11 (Suppl D): 3-4.
- Robert Koch Institut (2006) Koronare Herzkrankheit und akuter Myokardinfarkt. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 33.
- Rubin JB, Borden WB (2012) Coronary Heart Disease in Young Adults. Current Atherosclerosis Reports 14(2):140-149.
- Schutz SM, Lee JG, Schmitt CM, Almon M, Baillie J (1994) Clues to patient dissatisfaction with conscious sedation for colonoscopy, American J Gastroenterol, 9: 1476-79.
- Shaw JD, O'Neal DJ 3rd, Siddharthan K, Neugaard BI (2014) Pilot program to improve self-management of patients with heart failure by redesigning care coordination. Nurs Res Pract doi: 10.1155/2014/836921
- Siegrist K, Schlebusch P, Trenchmann U (2002) Fragen wir den Kunden. Patientenzufriedenheit und Qualitätsentwicklung. Psychiatrische Praxis, 29: 201-6.
- Sixma, HJ, Spreeuwenberg PM (1998) Patient satisfaction with the general practitioner: A two-level analysis. Medical-Care 36(2): 219-29.
- Stachl E (2000) Die Patientenzufriedenheit im Aufklärungs- bzw. Diagnosegespräch, Graz [Diplomarbeit].
- Statistik Austria (2007) Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Wien.
- Statistik Austria (2012) Todesursachenstatistik.
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html [05/12/2013]

- Stangl W (2014) Der Fragebogen. <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/FORSCHUNGSMETHODEN/Fragebogen.shtml> [28/5/2014]
- Stein KV, Rieder A, Dorner TE (2011) East-West gradient in cardio-vascular mortality in Austria: how much can we explain by following the pattern of risk factors? *Int J Health Geographics* 10:59.
- Taylor RS, Sagar VA, Davies EJ, Briscoe S, Coats AJ, Dalal H, Lough F, Rees K, Singh S (2014) Exercise-based rehabilitation for heart failure. *Cochrane Database Syst Rev*, doi: 10.1002/14651858.CD003331.pub4.
- Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Simoons ML, Chaitman BR, White HD: the writing group on behalf of the Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Universal Definition of Myocardial Infarction (2012) Third Universal Definition of Myocardial Infarction. *Journal of the American College of Cardiology* 60(16):1581-1598.
- Universitätsklinikum Giessen und Marburg (2013) Kampagne „Herzinfarkt – Nein Danke!“. Unter: http://www.ukgm.de/ugm_2/deu/26797.html [28/05/2014]
- Van de Werf F, Ardissino D, Betriu A, Cokkinos DV, Falk E, Fox KAA, Julian D, Lengyel M, Neumann F-J, Ruzyllo W, Thygesen C, Underwood SR, Vahanian A, Verheugt FWA, Wijns W (2003) Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J* 24:28-66.
- Veroff DR, Sullivan LA, Shoptaw EJ, Venator B, Ochoa-Arvelo T, Baxter JR, Manocchia M, Wennberg D (2012) Improving self-care for heart failure for seniors: the impact of video and written education and decision aids. *Popul Health Manag*, 15(1): 37-45.
- Vitry AI, Philips SM, Semple SJ (2008) Quality and availability of consumer information on heart failure in Australia. *BMC Health Serv Res*, 8:255.
- Zinn W (2009) Personengebundene Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit – Normierungsansätze einer stationären computergestützten Patientenzufriedenheitsmessung im deutschsprachigen Raum. Bermutsheim [Dissertation].