

Diplomarbeit

Wartezimmer-Monitore in

Allgemeinmedizinischen Praxen der Steiermark

Analyse des Ist-Zustands und Recherche zum Potenzial videobasierter Interventionen als Maßnahme zur Steigerung der Gesundheitskompetenz

eingereicht von

Cornelia Mercedes Dexl

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der gesamten Heilkunde

(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung

unter Anleitung von

Univ.-Prof. Dr. med. univ. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch

Dr. med. univ. Nicole Posch

Graz, 13.11.2019

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 13.11.2019

Cornelia Mercedes Dexl eh

Danksagung

Ich möchte mich zu Beginn dieser Arbeit bei meinen Betreuerinnen Univ.-Prof. Dr. med. univ. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch und Dr. med. univ. Nicole Posch herzlich bedanken. Für Expertise, Geduld, Inspiration – kurzum – wunderbare Betreuung, ohne die diese Arbeit nicht das geworden wäre, was sie nun ist. Außerdem danke ich Kerstin Wratschko für den wichtigen statistischen Beistand. Weiterer Dank gebührt allen InterviewpartnerInnen, ohne die diese Diplomarbeit nicht möglich gewesen wäre.

Ich danke allen Menschen und Institutionen, die sich dafür einsetzen, dass Bildung ein Recht für alle wird bzw. bleibt, und dafür, dass Universitäten allen Menschen, egal welcher Herkunft, Zugang bieten. Ich danke allen FeministInnen, die sich in der Geschichte für mein und das Recht aller Frauen auf Bildung stark gemacht haben, und allen, die das weiterhin tun.

Ich möchte auch all den Menschen danken, ohne die ich meine Ziele nicht erreicht hätte und wahrscheinlich auch nicht die Person wäre, die ich heute bin: Mama und Papa; Mella, Vicky, Liny, Oscar, Emma und Xaver – danke für das Fundament, unsere verrückte und liebevolle Familie, Schwester- und Brüderlichkeit, alle Momente mit euch. Mia und Lewis – dafür, dass ich die Tante der besten Nichte und des besten Neffen der Welt sein darf. Meiner Omi, Gernot und Petra – für offene Ohren, Unterstützung und Zuspruch. Sophia, Luki, Kate und Maki – für legendäre Momente, endloses Lachen und Freundschaft die für immer halten wird. Chrissi – für perfekte Ball- und Blumen-Pässe, und unsere Verbindung die jede Distanz überwindet. Berni und Ivana – für die zwei wichtigsten Dinge, die ich aus dem Studium mitnehme. Den glücklichen Nilpferden – ihr wisst wofür. Und zu guter Letzt: Danke, Benni mein Lieber, dass du schon so lange an meiner Seite bist, mit mir lachst und leidest und dass ich immer auf dich zählen kann.

Zusammenfassung

1. Hintergrund

Im Jahr 2012 wurden vom österreichischen Ministerrat sowie der Bundesgesundheitskommission zehn Gesundheitsziele beschlossen, welche bis 2032 den Handlungsrahmen in Bezug auf (gesundheits-)politische Entscheidungen vorgeben sollen. Dies soll einerseits dazu beitragen, dass die Bevölkerung in Österreich länger gesund lebt, andererseits soll damit auch einem Kostenanstieg in der Gesundheitsversorgung entgegengewirkt werden. Eines der zehn Ziele (Gesundheitsziel 3) lautet „Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“. Eine definierte Maßnahme hierzu ist das Angebot evidenzbasierter Gesundheitsinformationen für PatientInnen. In einer Zeit, in der die Digitalisierung mehr und mehr voranschreitet, umfassen Gesundheitsinformationen explizit auch Video- und Audio-Formate. Inwiefern videobasierte Interventionen förderlich auf die Gesundheitskompetenz wirken können (Forschungsfrage 1) und in welchem Ausmaß sie in steirischen allgemeinmedizinischen Praxen bereits eingesetzt werden, ist Inhalt dieser Arbeit. Hierzu wurden die Verbreitung von Monitoren/Bildschirmen in Wartezimmern steirischer allgemeinmedizinischer Praxen (Forschungsfrage 2), die Verantwortlichen für die inhaltliche Gestaltung des gezeigten Programmes (Forschungsfrage 3) und die konkreten gezeigten Inhalte (Forschungsfrage 4) ermittelt.

2. Material und Methoden

Zur Beantwortung der Forschungsfrage 1 wurde eine fokussierte Literaturrecherche (Datenbanken „CINAHL“, „Ovid“, „PubMed“ und „Web of Science“) durchgeführt. Für die Forschungsfragen 2, 3 und 4 wurden standardisierte Telefoninterviews mit 200 Praxen durchgeführt, welche randomisiert aus allen 1280 allgemeinmedizinischen Praxen der Steiermark ausgewählt wurden. Zusätzlich wurden mit Vertretern der in den Telefoninterviews meistgenannten externen Anbieter für Wartezimmer-Fernsehen Interviews mittels Mail-Korrespondenz geführt.

3. Ergebnisse

Videobasierte Gesundheitsinformationen haben das Potenzial, die Gesundheitskompetenz und das Gesundheitsverhalten von PatientInnen zu

verbessern. Welche Präsentationsformen und Gestaltungsarten am meisten Erfolg versprechen wurde in einzelnen Publikationen bereits untersucht, ist jedoch noch nicht abschließend geklärt. In der Steiermark sind 17 % der befragten Praxen mit Monitoren im Wartezimmer ausgestattet. Praxen mit längeren Wartezeiten (häufiger jene Praxen mit Kassenvertrag) sind eher mit Monitoren ausgestattet. Jene Praxen, die ein spezielles Wartezimmer-Programm zeigen, nutzen zu 63,3 % das Angebot externer Anbieter zur Gestaltung des Programms, 36,7 % der Praxen übernehmen diese selbstständig. Insgesamt wird ein Drittel der Wartezimmer-Programme ohne Mitsprache der AllgemeinmedizinerInnen erstellt. Die meisten Programme beinhalten organisatorische Informationen zur Praxis (76,7 %), Gesundheitsinformationen werden in etwa 40 % aller Wartezimmer-Programme gezeigt, Werbung in erster Linie in Programmen externer Anbieter.

4. Schlussfolgerung

Videobasierte Gesundheitsinformationen haben das Potenzial die Gesundheitskompetenz von PatientInnen zu stärken. Zielführend scheinen vor allem praktische bzw. narrative Präsentationsformen sowie gewinnorientiert formulierte Botschaften zu sein. Bisher lieferten Videointerventionen vor allem im Bereich der Prävention (Schutzimpfungen, STD-Reduktion, Mundhygiene, Krebsvorsorge etc.) gewünschte Ergebnisse, daneben liegen gleichzeitig jedoch auch Studien vor, in denen Videos nicht die angestrebten Effekte auf die ProbandInnen zeigten. Hier gilt es anzusetzen und weitere Kriterien für den erfolgreichen Einsatz von videobasierten Gesundheitsinformationen zu finden.

Aus den oben angeführten Zahlen ergibt sich, dass von den insgesamt 200 befragten Praxen derzeit nur etwa 6 % Gesundheitsinformationen auf einem Monitor im Wartebereich zeigen. Mit Blick auf die Möglichkeiten, die videobasierte Interventionen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz bieten, liegt dieser Wert deutlich in einem optimierungswürdigen Bereich – das Potenzial wird bei weitem nicht ausgeschöpft, die inhaltliche Gestaltung zu einem großen Teil externen kommerziellen Anbietern überlassen. Die qualitätsgesicherte Erstellung von videobasierten Materialien durch fachkompetente Institutionen (Universitäten, Fachverbände), welche anschließend interessierten AllgemeinmedizinerInnen zur Verfügung gestellt werden könnten, wäre eine wünschenswerte Option.

Abstract

1. Background

In 2012 the 10 Health Targets for Austria were approved by the Council of Ministers of Austria and the Federal Health Commission. These Health Targets provide a framework for future political decisions concerning health policies until 2032. The aim of these Health Targets is to prolong the healthy life years of all people living in Austria, but also to prevent an increase of costs in the Austrian health system. One of the targets (target 3) is titled „To enhance health literacy in the population“. One mentioned action to reach that target ist to offer evidence-based health information to patients. At a time when digitalization is increasing more and more, health informations explicitly also include audio and video formats. This paper investigates in what way video-based interventions can improve health literacy (research question 1), and how common it's use is in the general practices of Styria (state of Austria). Therefore the percentage of general practices equipped with waiting room screens (research question 2), the responsibilities for the creation of the shown content (research question 3) and the concrete composition of content shown on the waiting room screen (research question 4) were identified.

2. Materials and Methods

To answer research question 1 a focused literature research was performed (databases: „CINAHL“, „Ovid“, „PubMed“ und „Web of Science“). For research questions 2, 3 and 4 200 standardized telephone interviews were conducted with practices randomly selected from all 1280 general practices in Styria. Additional interviews via mail have been conducted with the representatives of the in telephone interviews most frequently named suppliers for commercial waiting room television.

3. Results

Video-based health information has the potential to increase health literacy and health behavior of patients. Different publications already investigated which presentation format and types of design may be most succesful, but this question is not yet fully solved. In Styria 17 % of the participating practices are equipped with screens in the waiting room. Practices with longer waiting time (more commonly practices with health insurance contracts) are more likely to be equipped with screens in the waiting room. Of those practices who offer a special waiting room

programme, 63,3 % make use of the offer of external commercial suppliers for waiting room television to design their programme, 36,7 % of the practices design the programme on their own. Overall, one third of waiting room programmes is being designed without participation of the general practitioner. Most programmes include organizational information about the practice (76,7 %), health information is shown in about 40% of all waiting room programmes, advertisements primarily in programmes designed by external suppliers.

4. Conclusion

Video-based health information has potential to improve patients' health literacy. Most effective seem to be practical or narrative forms of presentation and gain-framed messages. Up to now, desired outcomes have been achieved especially in the field of prevention (vaccinations, reduction of STDs, oral hygiene, cancer screening etc.), however, studies exist which did not show the desired effects. Future investigations might put their focus on finding valid criteria for the successful use of video-based health information.

Regarding the numbers mentioned above, at the time of the investigation only 6 % of the participating practices displayed health information on a waiting room screen. Given the possibilities of video-based intervention when it comes to improving patients' health literacy, this percentage definitely can be improved – the potential of video-based information is not being used, the creation of content is left to commercial suppliers to a large extent. The development of quality-assured video-based materials by competent professionals and institutions (universities, specialist associations) which could subsequently be provided for general practitioners would be an desirable option.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	II
Zusammenfassung	III
Abstract	V
Inhaltsverzeichnis	VII
Glossar und Abkürzungsverzeichnis	IX
Abbildungsverzeichnis	XI
1 Einleitung	1
1.1 Gesundheitskompetenz als Gesundheitsziel	1
1.2 Gesundheitskompetenz in Österreich	3
1.3 Gesundheitsinformationen in der Praxis	5
1.4 Forschungsfrage, Zielsetzung	6
1.5 Begründung der Forschungsfrage	6
2 Material und Methoden	8
2.1 Recherche-Methode Forschungsfrage 1	8
2.2 Methoden Forschungsfrage 2 bis 4	8
2.2.1 Grundgesamtheit	8
2.2.2 Stichprobe, Randomisierung	9
2.2.3 Telefoninterviews, Fragebogen	9
2.2.4 InterviewpartnerInnen, Durchführung	10
2.2.5 Interviews mit kommerziellen Anbietern	11
2.2.6 Statistische Auswertung	11
3 Ergebnisse	12
3.1 Forschungsfrage 1	12
3.1.1 Erste relevante Studien	12
3.1.2 Systematische Reviews zu videobasierten Interventionen	14
3.1.3 Einsatz von Videos in Wartebereichen	17
3.1.4 Videobasierte Interventionen unter Berücksichtigung von Gesundheitskompetenz und Muttersprache	24
3.1.5 Videobasierte Interventionen zur Krankheitsprävention	27
3.1.6 Spezielle Wartezimmer-Programme	32
3.1.7 Rahmenbedingungen für den Einsatz von Video-Interventionen	34
3.2 Forschungsfrage 2-4	39
3.2.1 Charakteristika der Praxen	39

3.2.2	Praxen mit Monitor	42
3.2.3	Gestaltung des Inhaltes/Verantwortung	45
3.2.4	Gezeigte Inhalte auf Wartezimmer-Monitoren	48
3.2.5	Auswirkung von Wartezimmer-Programmen	51
3.2.6	Kommerzielle Anbieter von Wartezimmer-Fernsehen in der Steiermark.....	51
4	Diskussion.....	55
4.1	Forschungsfrage 1	55
4.2	Forschungsfrage 2	61
4.3	Forschungsfrage 3	62
4.4	Forschungsfrage 4	64
4.5	Fazit	65
5	Literaturverzeichnis	68
Anhang	73

Glossar und Abkürzungsverzeichnis

BGA	Bundesgesundheitsagentur
BGK	Bundesgesundheitskommission
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
CDC	Center for Disease Control
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
DST	Digital Signage Technologie
EQIP	Ensuring Quality Information for Patients Instrument
GGI	Gute Gesundheitsinformation
GKK	Gebietskrankenkasse
GPGI	Gute Praxis Gesundheitsinformation
Health Literacy	Gesundheitskompetenz
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HLS-EU	European Health Literacy Survey
HPV	Humane Papillomviren
KFAG	Krankenfürsorgeanstalt für Bedienstete der Stadt Graz
MEDIB	Medizinische Informationsbroschüren
NVS	Newest Vital Sign (Messinstrument Gesundheitskompetenz)
ÖPGK	Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz
PDC	Proportion of Days Covered (Anteil abgedeckter Tage)
PSA	Prostata-spezifisches Antigen
STD	Sexually Transmitted Diseases
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
TOFHLA	Test of Functional Health Literacy in Adults

VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
WÄK	Wiener Ärztekammer
WIC	Women, Infant, Children (Frauen, Säuglinge, Kinder)
WZ	Wirkungsziel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Niveau der generellen Gesundheitskompetenz nach Ländern	4
Abbildung 2: Screenshot einer Abbildung der Videointervention zum Radon-Programm.....	20
Abbildung 3: "Theresa und Luis", ein heterosexuelles Paar mit lateinamerikanischem Hintergrund in einer Szene des Safe-in-the-City-Videos...	22
Abbildung 4: "Ruben und Tim", ein bi- bzw. homosexuelles Paar in einer Szene des Safe-in-the-City-Videos	22
Abbildung 5: "Jasmine und Paul", ein heterosexuelles Paar in einer Szene des Safe-in-the-City-Videos.....	22
Abbildung 6: Animierte Sequenz zur korrekten Kondom-Anwendung, gezeigt im Rahmen der Safe-in-the-City-Studie	23
Abbildung 7: Anteil laborchemisch verifizierter STD-Infektionen nach Gruppen (Intervention vs. Kontrolle) im Rahmen der Safe-in-the-City-Studie	23
Abbildung 8: Wissens-Score in Bezug auf Prostata-Karzinom vor (Pretest) und nach (Posttest) Videointervention, aufgeteilt nach Gesundheitskompetenz.....	26
Abbildung 9: "Welche Materialien/Gesundheitsinformationen gibt es im Wartebereich?", dargestellt in einer Word-Cloud (Schriftgröße korreliert mit Anzahl der Nennungen)	38
Abbildung 10: Antworten auf die Frage: "Wie oft verweisen Sie Ihre PatientInnen auf Gesundheitsinformationen im Wartebereich?"	38
Abbildung 11: Verteilung der befragten Praxen auf die steirischen Bezirke	39
Abbildung 12: Kassenverträge der befragten Praxen.....	40
Abbildung 13: Wartezeit in allen befragten Praxen, eingeteilt nach Kategorien	40
Abbildung 14: Durchschnittliche Wartezeit nach Kassenverträgen (inkl. Standardabweichung)	41
Abbildung 15: Alter der praxisführenden AllgemeinmedizinerInnen nach Kategorien	41
Abbildung 16: Ausstattung mit Bildschirmen im Wartebereich, nach Bezirken und gesamt	42
Abbildung 17: Anteil der Praxen mit Monitor unterteilt in Kassen- sowie Privat-/Wahlpraxen	43
Abbildung 18: Wartezeit für PatientInnen in allen Praxen mit Monitor, eingeteilt nach Kategorien	43
Abbildung 19: Ausstattung mit Monitor nach Wartezeit-Kategorien (Praxenanzahl)	44
Abbildung 20: Seit wann haben Sie einen Monitor im Wartebereich?	44

Abbildung 21: Alter der praxisführenden AllgemeinmedizinerInnen (Praxen mit Monitor) nach Kategorien	45
Abbildung 22: Verantwortung für die inhaltliche Gestaltung der Wartezimmer-Programme.....	46
Abbildung 23: Externe Anbieter für Wartezimmer-Programme, die von den befragten Praxen genutzt werden	46
Abbildung 24: Inhaltliche Verantwortung für das Wartezimmer-Programm bei Praxen mit externen Firmen als Kooperationspartnern	47
Abbildung 25: Inhaltliche Verantwortung für das Wartezimmer-Programm bei Praxen mit selbst gestaltetem Programm.....	47
Abbildung 26: Programm, welches auf Wartezimmer-Monitoren läuft.....	48
Abbildung 27: Welche Inhalte werden im Wartezimmer-Programm gezeigt?.....	49
Abbildung 28: Unterschiede in den Inhalten des Wartezimmer-Programms, abhängig von der Inhaltsverantwortung (Praxis vs. Firma)	50
Abbildung 29: Fragebogen Telefoninterview, Seite 1	73
Abbildung 30: Fragebogen Telefoninterview, Seite 2	74
Abbildung 31: Fragebogen Telefoninterview, Seite 3.....	75

1 Einleitung

Die Digitalisierung sämtlicher Lebensbereiche des Menschen schreitet mehr und mehr voran. Neben Herausforderungen und Risiken birgt die Digitalisierung auch zahlreiche Möglichkeiten und Chancen, welche auch im Bereich der Medizin genutzt werden können. Eine davon ist der Einsatz elektronischer Medien zur Steigerung der Gesundheitskompetenz von PatientInnen.

1.1 Gesundheitskompetenz als Gesundheitsziel

Im Jahr 2011 wurde vom österreichischen Ministerrat sowie der Bundesgesundheitskommission (=BGK, das Organ der Bundesgesundheitsagentur BGA) die Formulierung von Gesundheitszielen beschlossen. Diese sollten einerseits dazu beitragen, dass die Bevölkerung in Österreich länger gesund lebt (konkret soll die Anzahl an in Gesundheit und beschwerdefrei verbrachten Lebensjahre von durchschnittlich 60 auf 62 Jahre gesteigert werden), andererseits sollte damit auch einem Kostenanstieg in der Gesundheitsversorgung entgegengewirkt werden. In einem Plenum, bestehend aus 40 VertreterInnen von Institutionen und Organisationen aus dem Gesundheitsbereich sowie der Politik, wurden zehn Gesundheitsziele definiert, welche bis 2032 den Handlungsrahmen in Bezug auf (gesundheits-)politische Entscheidungen vorgeben sollen. Diese zehn Gesundheitsziele wurden schließlich 2012 von Ministerrat und BGK beschlossen. [1–3]

Eines der zehn Ziele (Gesundheitsziel 3) lautet „Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“. Begründet wird dieses Ziel wie folgt: „Gesundheitskompetenz ist eine Grundvoraussetzung für Gesundheit und Chancengerechtigkeit: Sie unterstützt die Menschen dabei, im Alltag selbständig gesundheitsbezogene Entscheidungen zu treffen.“ [4]

In einer eigenen Arbeitsgruppe wurden dazu drei Wirkungsziele (WZ) erarbeitet:

- „WZ 1: Das Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Beteiligten und Betroffenen gesundheitskompetenter machen
- WZ 2: Die persönliche Gesundheitskompetenz unter Berücksichtigung vulnerabler Gruppen stärken

- WZ 3: Gesundheitskompetenz im Dienstleistungs- und Produktionssektor verankern.“ [5]

Bezogen auf den Inhalt dieser Arbeit ist vor allem das erstgenannte Wirkungsziel relevant. So wird in den im Arbeitsbericht genannten Maßnahmen zur Erreichung des Wirkungsziel 1 die Bedeutung evidenzbasierter Gesundheitsinformationen explizit hervorgehoben. Um mangelhafte bzw. fehlerhafte Gesundheitsinformationen zu vermeiden, wird im Arbeitsbericht die Erstellung eines Kriterienkataloges gefordert. Der Katalog solle sich am Positionspapier des „Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.v.“ mit dem Titel „Gute Praxis Gesundheitsinformation“ (GPGI) orientieren und zusätzlich um Kriterien zur genderspezifischen Gestaltung erweitert werden [5]. Dieser geforderte Kriterienkatalog wurde schließlich unter dem Titel „Gute Gesundheitsinformation Österreich“ (GGI) verwirklicht und wird mittlerweile zur Anwendung gebracht:

Ziel der GGI ist die Verbesserung von Gesundheitsinformationen um in weiterer Folge die Kompetenz von PatientInnen sowie die Voraussetzungen für informierte Gesundheitsentscheidungen zu verbessern. Zu den dazu nötigen Kriterien zählen beispielsweise die Abgrenzung von Gesundheitsinformationen gegenüber offener oder verdeckter Werbung, die systematische Recherche, die Anpassung der Informationen an die Zielgruppe (einschließlich Verständlichkeit sowie Berücksichtigung kultureller Hintergründe) aber auch Transparenz hinsichtlich der jeweiligen VerfasserInnen u. v. m. Die verschiedenen Arten von Gesundheitsinformationen, an welchen sich die Kriterien der GGI anwenden lassen, schließen laut GGI neben schriftlichen auch explizit Video- und Audio-Formate mit ein. [6]

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass der Steigerung der Gesundheitskompetenz (als Teil der Gesundheitsförderung der Bevölkerung) mittlerweile auch im politischen Diskurs eine wichtige Stellung eingeräumt wird. Die Bedeutung von Gesundheitsinformationen jeglicher Art (schriftlich, videobasiert...) als Mittel zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz wird dabei außerdem ausdrücklich hervorgehoben und als einer der vielen Bausteine für ein längeres, gesundes Leben betrachtet. Es bedarf jedoch einer eingehenden Prüfung aller

Gesundheitsinformationen, um diese als wertvolle Ressource des Gesundheitssystems nutzen zu können.

1.2 Gesundheitskompetenz in Österreich

Mit der Umsetzung der oben genannten Wirkungsziele wurde die eigens dafür geschaffene „Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz“ (ÖPGK) betraut. Diese besteht wiederum aus VertreterInnen von „Organisationen die aktiv zur Umsetzung des Gesundheitsziels 3 beitragen bzw. Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz durchführen“. Dazu zählen etwa die Aids Hilfe Wien, das Bundesministerium für Gesundheit, das Frauengesundheitszentrum Graz, der Gesundheitsfonds Steiermark, der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, das Institut für Allgemeinmedizin und Evidenzbasierte Versorgungsforschung der Medizinischen Universität Graz u. v. m. [7]

Die ÖPGK definiert Gesundheitskompetenz auf ihrer Website folgendermaßen: „Gesundheitskompetenz ist verknüpft mit allgemeiner Bildung und umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, im Alltag in den Bereichen Gesundheitsförderung (zur Erhaltung und Stärkung der Gesundheit), Prävention (zur Vorbeugung von Beschwerden oder Erkrankungen) und Krankenversorgung (bei bestehenden Beschwerden oder Erkrankungen) Entscheidungen treffen zu können, die zur Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit während des gesamten Lebensverlauf beitragen.“ [8]

Diese Definition entspricht jener von Kristine Sørensen et al. in „Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models“ [9]. Die im Rahmen des „European Health Literacy Project“ erstellte Arbeit untersuchte mittels eines systematischen Reviews insgesamt 17 verschiedene Definitionen von „Health Literacy“ (englisch für „Gesundheitskompetenz“) mit dem Ziel eine umfassende, ganzheitliche Definition für diesen Begriff zu schaffen. [9]

Doch wie ist es um die Gesundheitskompetenz der ÖsterreicherInnen bestellt? Im Rahmen der „European Health Literacy Survey“ (HLS-EU) wurde in insgesamt acht europäischen Ländern die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung mithilfe eines Fragebogens (bestehend aus 47 Fragen zur eigenen Gesundheitskompetenz)

sowie zusätzlichen Angaben (insgesamt 39) der Befragten in Bezug auf sozioökonomischen Status, Gesundheitszustand, individuelle Nutzung des Gesundheitssystems etc. erhoben. Insgesamt wurden 8000 Personen (1000 pro teilnehmendes Land) befragt. Aus diesen Informationen wurde eine Einteilung der Gesundheitskompetenz in vier verschiedene Niveaus vorgenommen. Diese umfassen „inadäquate“, „problematische“, „ausreichende“ und „exzellente“ Gesundheitskompetenz (die ersten beiden wurden außerdem unter dem Begriff der „limitierten Gesundheitskompetenz“ zusammengefasst). Die nach Ländern sortierten Gesamtergebnisse sind in der Abbildung 1 (S. 4) zu sehen. Während im internationalen Schnitt 12,4% der Bevölkerung eine „inadäquate“ Gesundheitskompetenz aufweisen, liegt Österreich hier mit 18,2% deutlich über dem Durchschnitt (nur Bulgarien schneidet hier noch schlechter ab als Österreich). Auch in der zusammengefassten Gruppe der „limitierten Gesundheitskompetenz“ hat Österreichs Bevölkerung mit 56,4% einen höheren Anteil als der europäische Durchschnitt (lediglich 47,6%). Mit Blick auf das andere Ende des Spektrums liegt Österreich bezüglich der „exzellenten Gesundheitskompetenz“ auf dem vorletzten Platz mit nur 9,9% (vor Spanien mit 9,1%). Insgesamt liefert die HLS-EU also besonders für Österreich verbesserungswürdige Zahlen – sowohl absolut als auch im internationalen Vergleich betrachtet. [10]

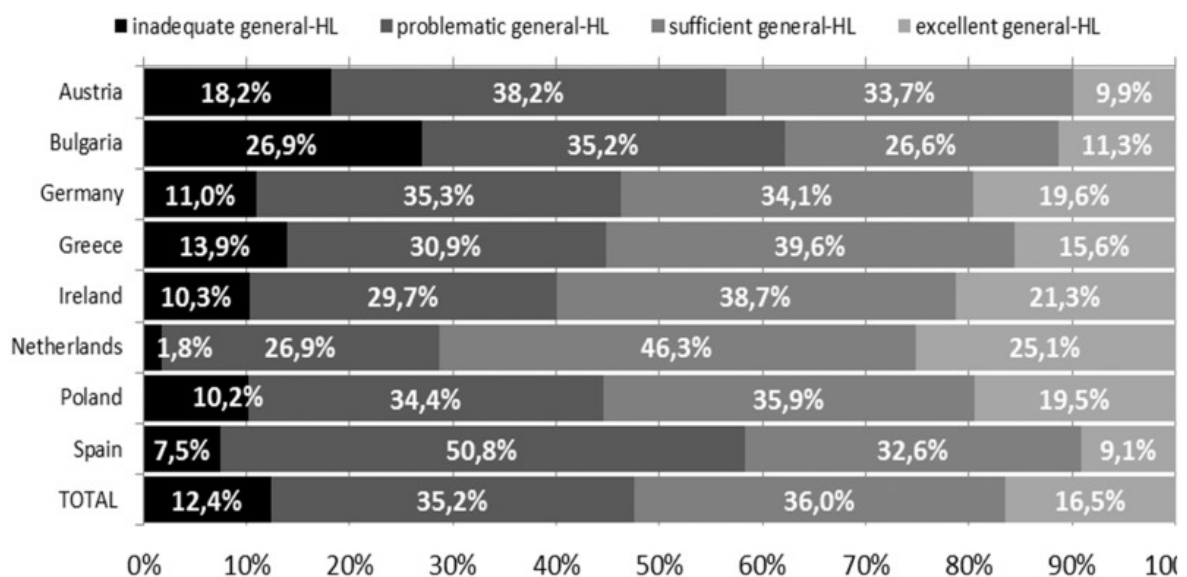


Abbildung 1: Niveau der generellen Gesundheitskompetenz nach Ländern [10]

1.3 Gesundheitsinformationen in der Praxis

Gesundheitsinformationen können dazu dienen, förderlich auf die Gesundheitskompetenz von PatientInnen zu wirken. Dazu müssen sie allerdings auch gewisse qualitative Anforderungen (wie z. B. in der GGI gelistet) erfüllen. Informationsmaterialien finden sich – wenn auch meist in schriftlicher Form – in vielen hausärztlichen Praxen, sind allerdings nicht immer frei von Mängeln. So wurde beispielsweise im 2017 veröffentlichten Projektbericht des Forschungsprojektes „Medizinische Informationsbroschüren in der Hausarztpraxis“ (MEDIB) [11] den untersuchten Informationsmaterialien ein wenig zufriedenstellendes Zeugnis ausgestellt: Im Rahmen des Projekts wurden insgesamt 378 von steirischen allgemeinmedizinischen Praxen eingeschickte Infobroschüren mithilfe des „Ensuring Quality Information for Patients“-Tools (EQIP) untersucht. Dieses Beurteilungsinstrument dient dazu, die Qualität schriftlicher Gesundheitsinformationen zu eruieren, mit dem Ziel, dass diese ihren Zweck (nämlich PatientInnen in Entscheidungen die individuelle Gesundheit betreffend optimal einzubinden) angemessen erfüllen können. Die Broschüren wurden mittels EQIP hinsichtlich folgender Gesichtspunkte bewertet: Ziel der Information, Genauigkeit, Aktualität, Therapieoptionen und deren Effekte auf die Lebensqualität, Optionen sowie Vor- und Nachteile bezüglich Untersuchungen und Dienstleistungen, Sprache, Präsentation und Design, Inhalt, Strukturierung sowie Informationen zur Identifizierung verwendeter Daten. Die durchschnittliche Gesamtbewertung der einzelnen Broschüren lag bei lediglich 39 von 100 möglichen Punkten. Im Bericht wird daher festgehalten, dass die derzeit verwendeten Informationsmaterialien in steirischen allgemeinmedizinischen Praxen nicht dazu geeignet sind, die Gesundheitskompetenz der PatientInnen zu stärken. [11]

Hier liegt also ein klarer Anhaltspunkt dafür vor, dass Gesundheits- und Krankheitsinformationen in hausärztlichen Praxen – zumindest soweit es steirische Praxen betrifft – durchaus gewissen Verbesserungen bedürfen. Neben einer optimierten Gestaltung schriftlicher Informationen kann außerdem (folgt man den Empfehlungen der GGI) der Einsatz von videobasierten Informationsprogrammen herangezogen werden, um konkrete Inhalte zu vermitteln. Als relativ ablenkungsfreies Areal mit einer gewissen Verweildauer (siehe dazu Kapitel 3.2) bieten hier Wartezimmer einen gut geeigneten Rahmen für Informationsfilme bzw.

spezielle Gesundheits-Fernsehprogramme. Gleichzeitig handelt es sich beim Praxisumfeld im Idealfall um eine seriöse, vertrauenswürdige Umgebung, was wiederum die Glaubwürdigkeit gezeigter Inhalte erhöhen und so als gute Basis für die Aufnahme durch PatientInnen dienen kann. Doch auch hier gilt es, das Anschauungsmaterial sorgfältig zu prüfen und Qualitätsstandards durch Einhaltung definierter Kriterien (z. B. GGI) zu sichern.

1.4 Forschungsfrage, Zielsetzung

Diese Arbeit beschäftigt sich mit dem Einsatz von Wartezimmer-Fernsehen als Instrument zur Steigerung der Gesundheitskompetenz, im Speziellen in allgemeinmedizinischen Praxen der Steiermark. Einerseits soll ein theoretischer Überblick geliefert werden, inwiefern videobasierte Interventionen bereits in Studien untersucht und welche Erkenntnisse dabei gewonnen wurden, andererseits soll – u. a. als Basis für mögliche zukünftige Forschungsprojekte – der diesbezügliche Ist-Zustand in allgemeinmedizinischen Praxen der Steiermark erhoben werden. Die zentralen Forschungsfragen dieser Arbeit lauten:

1. Können videobasierte Interventionen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz beitragen?
2. Wie viele allgemeinmedizinische Praxen der Steiermark verfügen über einen Fernsehbildschirm/Monitor im Wartezimmer?
3. Wer ist für die Gestaltung der Inhalte verantwortlich?
4. Welche konkreten Inhalte sind im gezeigten Programm zu sehen?

Die Beantwortung der obenstehenden Forschungsfragen erfolgt mithilfe der Ergebnisse einer fokussierten Literaturrecherche (Forschungsfrage 1) sowie anhand der Auswertung standardisierter Telefoninterviews, welche mit steirischen allgemeinmedizinischen Praxen geführt wurden (Forschungsfrage 2 bis 4).

1.5 Begründung der Forschungsfrage

Bislang gibt es zum oben beschriebenen Themengebiet keine vergleichbaren Publikationen im österreichischen Raum, weder über die Verbreitung von Wartezimmer-Fernsehen noch über die Effekte von speziellen Videoprogrammen auf die Gesundheitskompetenz der PatientInnen. International betrachtet behandeln publizierte Studien in erster Linie meist nur konkrete Einzel-Videos und ihre spezifischen Effekte auf ProbandInnen. Nur vereinzelt wurden Studien zu

speziellen Wartezimmer-Programmen und deren Auswirkungen auf PatientInnen durchgeführt.

Nichtsdestotrotz ist im heutigen „Informationszeitalter“ das Bereitstellen gesicherter und verständlicher Informationen wichtiger denn je. In den österreichischen Gesundheitszielen ist „Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ als drittes von zehn Gesundheitszielen definiert, als entscheidender Faktor hierfür wird unter anderem der erleichterte Zugang zu verständlicher, unabhängiger und qualitätsgesicherter Information angeführt [1].

Dass hier in steirischen Praxen durchaus Verbesserungsbedarf besteht, zeigt beispielsweise das MEDIB-Projekt [11] des Instituts für Allgemeinmedizin und Evidenzbasierte Versorgungsforschung der Medizinischen Universität Graz. Hier gilt es anzusetzen: Gerade das ärztliche Wartezimmer bietet einerseits eine relativ „ablenkungsfreie“ Zone mit je nach Wartezeit durchaus längerer Aufenthaltsdauer und damit gute Voraussetzungen für aufmerksame EmpfängerInnen, andererseits kann das Vertrauensverhältnis von PatientInnen gegenüber AllgemeinmedizinerInnen als gute Basis in Bezug auf Glaubwürdigkeit und Relevanz der im Wartezimmer gezeigten Informationen dienen. Um diese Ressource nutzbar zu machen, können Forschungsarbeiten wie diese Diplomarbeit hilfreiche Informationen und Erkenntnisse liefern, um letzten Endes mit geeigneten Maßnahmen der Informationsaufbereitung die Gesundheitskompetenz von PatientInnen zu stärken.

2 Material und Methoden

2.1 Recherche-Methode Forschungsfrage 1

Um einen Überblick über die Thematik und den aktuellen wissenschaftlichen Stand in Bezug auf videobasierte Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz bzw. die Nutzung von Monitoren in Wartezimmern zu erlangen, wurde im Rahmen dieser Diplomarbeit eine fokussierte Literatur-Recherche durchgeführt. Dazu wurden die Datenbanken „CINAHL“, „Ovid“ (darunter „EBM Reviews“ einschließlich „ACP Journal Club“, „Cochrane Library“ und anderen, „Embase“, „Medline“, „Ovid Emcare“ und „Ovid MEDLINE“), „PubMed“ und „Web of Science“ nach den Schlagworten „waiting room“/„waiting rooms“, „video“/„videos“, „general practice“, „general practitioner“, „screen“, „television“, „TV“, „health literacy“, „health education“ und „health promotion“ (auch in Kombination miteinander) durchsucht. Die Recherche erfolgte mithilfe des Studierenden-Accounts der Medizinischen Universität Graz im Zeitraum zwischen Dezember 2018 und August 2019.

2.2 Methoden Forschungsfrage 2 bis 4

2.2.1 Grundgesamtheit

Als Grundgesamtheit wurden alle im niedergelassenen Bereich tätigen AllgemeinmedizinerInnen der Steiermark definiert. Um diese genau zu ermitteln, wurden alle AllgemeinmedizinerInnen, welche zum Stichtag am 25.3.2018 auf der Website [12] der Ärztekammer Steiermark als solche gelistet waren, als Grundgesamtheit festgelegt. Hierzu wurde das Tool der „Ärztinnen- und Ärztesuche“ angewandt: Mittels Dropdown-Menü wurde die Auswahl der Fachrichtung begrenzt auf „Arzt für Allgemeinmedizin“ (dieser Menüpunkt ist zwar nicht gendergerecht formuliert, dennoch fallen auch sämtliche Allgemeinmedizinerinnen unter diese Auswahl). Weiters wurde die Auswahl des Bezirkes in der Einstellung „alle Bezirke“ belassen. Das Feld mit der Möglichkeit zur Suche mittels Familiennamen wurde frei gelassen, im Feld „Welche Krankenkasse wünschen Sie?“ wurde die Standardeinstellung „keine Prüfung der Krankenkassen“ beibehalten. Die weiteren Felder (Öffnungszeiten, Diplom, Zusatzfach, Arzt oder Ärztin, Vorsorge, Infrastruktur, Fremdsprache) wurden in den Standardeinstellungen bzw. leer belassen, d.h. hier wurden keine Filterungen durchgeführt. Diese Suchanfrage lieferte schließlich alle 1280 (zum Zeitpunkt 25.03.2018 eingetragenen) AllgemeinmedizinerInnen der Steiermark, ohne

Einschränkung nach Kassen (Privat- und WahlärztInnen also genauso eingeschlossen wie KassenärztInnen) oder anderen o.g. Kriterien. Die Grundgesamtheit lag hiermit bei 1280 AllgemeinmedizinerInnen in der Steiermark.

2.2.2 Stichprobe, Randomisierung

Die Daten aller AllgemeinmedizinerInnen der Steiermark wurden mitsamt Angaben zu Bezirk, Kassenverträgen, Geschlecht und eventuellen Zusatzfächern sowie Kontaktdaten in einer Excel-Tabelle gesammelt, geordnet nach Bezirken, jeweils in alphabetischer Reihenfolge, die gesamte Liste nummeriert von 1 bis 1280.

Als geeignete Stichprobengröße wurde – bei einer Grundgesamtheit von 1280 Praxen – eine Anzahl von insgesamt 200 Praxen festgelegt (zumindest 10%, also 128 Praxen sollten befragt werden, diese Anzahl wurde auf 200 erhöht, um ausreichende Rücklaufquoten zu erhalten), um statistisch relevante Aussagen treffen zu können. Mithilfe eines Randomisierungsprogrammes wurden 200 Nummern aus den Zahlen von 1 bis 1280 ausgewählt. Jede dieser Nummern repräsentierte eine Praxis aus der o.g. genannten Excel-Tabelle. Zusätzlich zu den 200 ausgewählten Praxen wurde außerdem eine Randomisierungsliste für etwaige Dropouts erstellt, diese umfasst wiederum 200 Nummern. Im weiteren Prozess der Datensammlung und -analyse (Ausfüllen der Fragebögen, Verarbeitung in SPSS) wurden sämtliche Informationen mittels der o.g. Nummerierung pseudonymisiert verarbeitet.

2.2.3 Telefoninterviews, Fragebogen

Als geeignete Untersuchungsmethode zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde die Durchführung von Telefoninterviews anhand standardisierter Fragebögen festgelegt. Diese Methode wurde in erster Linie gewählt, um durch die Niederschwelligkeit (wenig zeitintensiv für die Befragten, wenig Aufwand für die Praxen) eine hohe Rücklaufquote zu erreichen. Für den Einsatz eines standardisierten Fragebogens spricht die hohe Vergleichbarkeit der einzelnen Befragungen, weiters können durch die telefonische Durchführung die Antworten auf offene Fragen (z. B. „Welche konkreten Inhalte sind am Wartezimmer-Monitor zu sehen“) direkt durch die Interviewerin kategorisiert werden. Kontaktiert wurden die Praxen über die in der Excel-Tabelle gesammelten Telefonnummern (basierend auf den Angaben der Website der Ärztekammer Steiermark). Die Gestaltung des

Fragebogens orientierte sich einerseits an den drei zentralen Forschungsfragen (Wie viele allgemeinmedizinische Praxen der Steiermark verfügen über einen Fernsehbildschirm im Wartezimmer? Wer ist für die Gestaltung der Inhalte verantwortlich? Welche konkreten Inhalte sind im gezeigten Programm zu sehen?) andererseits sollten durch zusätzliche Fragen statistisch eventuell relevante (im Sinne von Häufigkeiten, Korrelationen) Zusatzinformationen eingeholt werden. Hierbei handelte es sich um Angaben bezüglich des Alters des Arztes/der Ärztin, der Dauer des Praxisbestehens sowie der durchschnittlichen Wartezeit. Um die Teilnahmebereitschaft der InterviewpartnerInnen nicht zu gefährden, sollte eine Befragung außerdem nicht mehr als fünf Minuten in Anspruch nehmen (im Fall einer Praxis ohne Wartezimmer-Fernsehen entsprechend deutlich kürzer). Den Interviewfragen wurde außerdem ein kurzer erklärender Einleitungstext vorangestellt, der ebenfalls bei sämtlichen Telefoninterviews in gleicher Art und Weise wiederholt wurde (Fragebogen siehe Anhang).

2.2.4 InterviewpartnerInnen, Durchführung

Als Ansprechpersonen für die Durchführung der Interviews wurden die jeweiligen OrdinationsassistentInnen festgelegt, mit der Überlegung, dass diese PraxismitarbeiterInnen den besten Einblick in organisatorische Belange und Informationen zum eventuell vorhandenen Wartezimmer-Fernsehen haben würden. Mit den AllgemeinmedizinerInnen wurden Interviews nur dann geführt, wenn dies von den OrdinationsassistentInnen explizit erbeten wurde, bzw. wenn kein OrdinationsassistentIn in der Praxis angestellt war (in erster Linie bei Privat- oder Wahlpraxen). Die Kontaktaufnahme erfolgte über die Telefondaten, welche aus den Angaben der Ärztekammer-Website übernommen wurden.

Zur Überprüfung der Durchführbarkeit wurde mit fünf Praxen ein telefonischer Testlauf durchgeführt. Dieser diente einerseits der Abschätzung der Interviewdauer, andererseits auch der Beurteilung der Verständlichkeit der gestellten Fragen. Sowohl im Bereich der Interviewdauer als auch in Bezug auf die Verständlichkeit konnte der Testlauf zufriedenstellend absolviert werden, weshalb am Fragebogen keinerlei Änderungen mehr vorgenommen wurden.

Im Zeitraum von Mai bis November 2018 wurden sämtliche Telefoninterviews von der Autorin dieser Diplomarbeit durchgeführt. Im Rahmen der Interviews kam es zu

insgesamt 60 Dropouts aufgrund unterschiedlicher Ursachen (zumeist prinzipiell keine Teilnahme an Umfragen, in einigen Fällen keine Erreichbarkeit über mehrere Wochen und trotz Variation der Anrufzeiten, vereinzelt Niederlegung der Tätigkeit seit Erstellung der Kontaktliste bzw. Praxisübernahme durch andereN Arzt/Ärztin). Diese wurden durch Praxen von der zusätzlichen Randomisierungsliste (welche für diese Fälle erstellt wurde) ersetzt.

2.2.5 Interviews mit kommerziellen Anbietern

Um die Inhalte und die Verbreitung kommerzieller Angebote im Bereich des Wartezimmer-Fernsehens in der Steiermark grob zu umreißen, wurden Interviews mit den drei von den allgemeinmedizinischen Praxen im Rahmen der Telefon-Befragung am häufigsten genannten Anbietern durchgeführt. Diese Interviews erfolgten per Mail, die Kontaktaufnahme über die auf der Unternehmens-Website angegebenen Mail-Adressen (Zusendung des Fragebogens, schriftliche Mail-Antwort durch die Anbieter).

2.2.6 Statistische Auswertung

Alle gesammelten Daten wurden anonymisiert verarbeitet und ausgewertet. Die statistische Auswertung erfolgte mithilfe des Programmes IBM SPSS Statistics 25.

3 Ergebnisse

3.1 Forschungsfrage 1

Die folgenden Unterkapitel widmen sich den Ergebnissen der Literaturrecherche zum theoretischen Hintergrund dieser Diplomarbeit, nämlich dem Einsatz von videobasierten Gesundheitsinformationen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz. Generell lässt sich sagen, dass sowohl im deutsch- als auch im englischsprachigen Raum relativ wenige Publikationen rund um das Thema „Monitore in Wartezimmern“ bzw. bezüglich videobasierter Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz existieren. Studien in diesem Themengebiet beziehen sich zumeist auf konkrete Einzel-Videos, welche PatientInnen (u.a. in Wartezimmern) vorgespielt wurden und deren Effekte.

3.1.1 Erste relevante Studien

In den vergangenen Jahrzehnten haben sich in der österreichischen Bevölkerung der Zugang zu sowie der Konsum von audiovisuellen Medien stark gewandelt. Lag die durchschnittliche TV-Nutzungszeit 1991 noch bei 127 Minuten pro Tag (ÖsterreicherInnen ab 12 Jahren in Haushalten mit TV) stieg sie bis 2018 auf mittlerweile 192 Minuten an. Während die Nutzungszeit alle (auch die nicht fernsehenden) BewohnerInnen eines Haushaltes miteinschließt, misst die Verweildauer die tatsächlich von Einzelpersonen vor dem Fernseher verbrachte Zeit – und die lag 2018 bei ganzen 290 Minuten pro Tag für das TV-aktive Publikum (1997: 212 Minuten). [13]

1995 besaßen bereits 95% aller österreichischen Haushalte ein TV-Geräte, seit 2007 hat sich die Ausstattung mit Flatscreens (damals 19%) rapide erhöht auf mittlerweile 98% (2018). Daneben verfügen außerdem 74% aller ÖsterreicherInnen über 14 Jahre über ein (internetfähiges) Smartphone. [14] Die durchschnittliche tägliche Handynutzung liegt derzeit bei 3,4 Stunden [15].

Bildschirmmedien bzw. Monitore sind also – folgt man den oben genannten Zahlen – in den vergangenen Jahren zu ständigen Begleitern geworden. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass für die Recherche im Rahmen dieser Arbeit Publikationen umso relevanter sind, je kürzer deren Veröffentlichung zurückliegt. Ein Fernsehmonitor könnte in Zeiten, in denen Bildschirmmedien noch nicht

allgegenwärtig waren, nicht die gleiche Wirkung auf ZuseherInnen gehabt haben wie heute.

Der Einsatz von Bildschirmmedien in ärztlichen Praxen hinkt der Entwicklung im Bereich der Privathaushalte hinterher – Zahlen zur Verbreitung siehe Kapitel 3.2. Und das, obwohl Publikationen aus den Achtzigern und Neunzigern zeigen, dass die Möglichkeiten, die videobasierte Maßnahmen bieten können, schon früh erkannt und – wenn auch in geringem Ausmaß – erforscht wurden. So kommentierten einige Experten schon in den Jahren 1990 und 1991 in der Rubrik „Letters“ des British Journal of General Practice die vielversprechenden Forschungsergebnisse: Anthony L. Schwartz und Robert J. Edelman (beide an Departments für Psychologie) berichteten in einer Zuschrift [16] über eine Studie, in der der Effekt eines Videos (mit Hinweisen zu gesundem Lebensstil in Bezug auf koronare Herzkrankheit) auf PatientInnen im Wartezimmer einer allgemeinmedizinischen Praxis getestet wurde. Dazu wurden 157 PatientInnen in drei Gruppen eingeteilt: Gruppe 1 (n = 54) sah kein Video, Gruppe 2 (n = 53) sah das Video im Wartezimmer, Gruppe 3 (n = 50) sah das Video in einem separaten Raum. Im folgenden ärztlichen Gespräch stellten insgesamt 7 Personen (sechs aus Gruppe 2, eine aus Gruppe 3) spezielle Fragen zum Thema Herzerkrankung, 33% der Video-Gruppen baten um Messung des Blutdruckes (gegenüber 18,5% aus Gruppe 1); hinsichtlich der Hochrisikogruppe zwischen 35-65 Jahren waren es sogar 69,2% verglichen mit nur 16,7% aus der Gruppe 3. Dennoch verweisen die Autoren darauf, dass es noch abzuklären gilt, inwieweit ein derartiges Video tatsächliche Auswirkungen auf den Lebensstil hat. [16]

Der oben genannte Artikel veranlasste wiederum Marek Koperski zu einer Antwort [17] an das Journal, in der er auf die größtenteils positiv zu bewertenden Ergebnisse seiner einschlägigen Studie verweist – und gleichzeitig auch Empfehlungen für die praktische Durchführung gibt (PatientInnen sollten frei wählen können, ob sie das Video sehen/hören, maximale Programmlänge 10 Minuten, Fernseher außerhalb der Reichweite von Kindern...) [17]. Im Rahmen der Auswertung wurde in Koperskis Studie [18] festgestellt, dass 87% der Befragten dem regelmäßigen Zeigen von Informationsvideos im Wartebereich positiv gegenüberstehen. Etwa 50% der ZuseherInnen konnten spezifische Inhalte wiedergeben. Andererseits entschieden sich mehr Menschen mit geringerem sozioökonomischem Status dafür, das

angebotenen Video-Programm nicht zu nutzen, hier sieht der Autor Bedarf weiterer Recherche. [18]

Ebenfalls eher historisch bedeutsam, aber dennoch erwähnenswert ist eine Studie von 1984 [19], welche unterschiedliche Methoden der Informationsaufbereitung bezüglich Kontrazeption untersuchte. Fünf verschiedene Gruppen erhielten inhaltlich deckungsgleiche Informationen entweder mittels Broschüre, im ärztlichen Gespräch, per Video (in diesem Fall „slide and sound“-Präsentation, für eine Gruppe mit der Stimme einer unbekannt Person, für die andere Gruppe mit jener des eigenen Arztes unterlegt) oder mittels Kombinationen der genannten Maßnahmen. Davor und danach wurde ein Fragebogen (Wissenstest) an die Probandinnen ausgegeben. Jene Gruppen mit audiovisueller Komponente („slide and sound“) schnitten hinsichtlich Wissensgewinn deutlich besser ab (plus von durchschnittlich 24 bis 27 Punkte von 100 erreichbaren im Vergleich zum Vortest) als jene, welche nur eine schriftliche oder mündliche Information erhalten hatte (lediglich 7,75 bis 12,75 Punkte mehr). Die Zufriedenheit der Patientinnen war am größten für die Gruppe mit Kombinationsangebot aus Slideshow und ärztlichem Gespräch (75% „exzellent“, 25% „gut“), und ähnlich hoch wenn die Slideshow mit der Stimme des persönlichen Arztes unterlegt war (70% „exzellent“ und 30% „gut“ im Vergleich zu 45% „exzellent“ und 55% „gut“ wenn die Slideshow mit einer unbekannt Stimme unterlegt war). [19]

3.1.2 Systematische Reviews zu videobasierten Interventionen

Die aktuelle Studienlage zum Einfluss (audio-)visueller Gesundheitsinformationen auf die Gesundheitskompetenz bzw. auch auf das konkrete Gesundheitsverhalten wurde bereits in einigen (wenigen) systematischen Reviews analysiert. Eine dieser Publikationen [20] setzt sich im speziellen mit Studien zu audiovisuellen Hilfsmitteln in Wartezimmern des Primärversorgungsbereiches (darunter z. B. auch allgemeinmedizinische Praxen) auseinander. 14 Artikel (im Zeitraum von 2004 bis 2014, limitiert auf englisch- und französischsprachige Publikationen) erfüllten alle Einschlusskriterien des Reviews, die AutorInnen betonen jedoch, dass die Qualität der analysierten Studien selten mit „gut“ zu bewerten gewesen sei. Im Review werden die in den Studien jeweils untersuchten Effekte zusammengefasst unter „Änderung des Gesundheitsverhaltens“, „Wissensgewinn“, „ärztliches Gespräch gesucht“, „Änderung der ärztlichen Verschreibungen“, „Nachricht

nützlich/interessant“. So zeigten beispielsweise fünf von insgesamt acht untersuchten videogestützten Interventionen (mittels TV-Bildschirmen oder Tablets) eine Verbesserung des Gesundheitsverhaltens der PatientInnen. Eine Verbesserung des Wissensstandes konnte in 4 von 5 Studien, welche Bildschirminterventionen beinhalteten, nachgewiesen werden. Die alleinige Verwendung papiergestützter Methoden (Poster, Broschüren) zeigte sich in diesem Review ohne signifikante Effekte. Generell betonen die AutorInnen jedoch die dünne Datenlage und den Bedarf weiterer Studien zu den Effekten von Gesundheitsinformationen jeglicher Art. [20]

Bereits 2001 untersuchte H. J. Krouse in ihrem integrativen Review [21] die Datenlage bezüglich Video-Anweisungen und „Video-Modeling“ (im Sinne eines Vorzeigens von gewünschten Verhaltensweisen) in der klinischen Praxis. Dazu wurden Publikationen zwischen 1990 und 1999 analysiert, eingeschlossen wurden schließlich 18. Der Nutzen der verschiedenen genannten Video-Interventionen wurde unter folgenden drei Punkten summiert: Hilfestellung beim Entscheidungsprozess hinsichtlich Behandlungsoptionen, Reduktion von Angst vor Eingriffen und Verbesserung von Bewältigungsstrategien sowie weiters verbesserte Selbstfürsorge (im Sinne eines verbesserten Gesundheitsverhaltens). Hinsichtlich aller dieser drei Punkte wird den untersuchten Publikationen im Review eine insgesamt positive Bewertung ausgestellt. So haben Video-Interventionen beispielsweise zu einem besseren Verständnis von Vor- und Nachteilen bzw. Risiken von Behandlungsoptionen geführt, weiters zeigten sich geringere physische Erregungszustände vor stressreichen Eingriffen. PatientInnen waren im Stande, Brust-Selbst-Untersuchungen oder auch die sachgemäße Verwendung von Kondomen verbessert durchzuführen, und zeigten sich motivierter (im Sinne einer häufigeren Trainingsfrequenz) zur Durchführung einer Physiotherapie nach einer Knie-Operation. Insgesamt kommt dieses Review also zum Schluss, dass der Einsatz videobasierter Interventionen in der klinischen Praxis vielversprechend zu bewerten ist und auf mehreren Ebenen Verbesserungen für PatientInnen bieten kann. Dennoch wird auch hier auf den großen Bedarf weiterführender Studien eingegangen. [21]

Zwei weitere Reviews [22, 23] beschäftigten sich spezifisch mit den konkreten Verhaltensmodifikationen nach videobasierten Interventionen, also damit, inwieweit

PatientInnen anders handelten, nachdem sie die in den Studien überprüften Videos gesehen hatten. Abu Abed et al. schlossen 2014 in ihrer Arbeit „Video-assisted patient education to modify behavior: A systematic review“ [22] insgesamt 20 Publikationen mit Veröffentlichung zwischen 1980 und 2013 ein. Davon zeigten 10 eine Änderung des Patientenverhaltens, z. B. im Sinne einer verbesserten Anwendung von Inhalatoren, einer höheren Compliance hinsichtlich der Teilnahme an psychiatrischen Therapien, oder einer optimierten Blutdruck-Selbstkontrolle. Insgesamt ließ sich jedoch keine klare Aussage hinsichtlich der Effektivität (oder Nicht-Effektivität) von videobasierten Interventionen treffen. Im Rahmen des Reviews wurden aber auch die unterschiedlichen in den Videos gewählten Präsentationsformate analysiert und in Gruppen eingeteilt: didaktische Präsentationsform (verbale Instruktionen mit oder ohne zusätzliche Abbildungen), praktische Präsentationsform (Handlungsanleitungen, in denen „echte“ Menschen zu sehen sind) und narrative Präsentationsform (Szenen die von DarstellerInnen gespielt werden). Dabei zeigte sich, dass von den 10 erfolgreichen (im Sinne einer festgestellten Verhaltensänderung) Interventionen 7 eine Präsentationsform gewählt hatten, in der „echte Menschen“ zu sehen sind (praktische bzw. narrative Präsentationsform). Von jenen 10 Studien mit negativem Ergebnis hatten nur 4 ein derartiges Format gewählt. Dies wiederum führte die AutorInnen zu dem Schluss, dass der Erfolg einer video-assistierten Intervention stark von der gewählten Darstellungsform abhängt: praktische und narrative Präsentationsformen (beide mit „echten“ Menschen als DarstellerInnen) haben gute Chancen, das Handeln von PatientInnen zu beeinflussen. Während praktische Präsentationen vor allem für die Verbesserung einzelner Fähigkeiten herangezogen werden können (z. B. Inhalationstechnik), gehen die AutorInnen davon aus, dass die narrative Form auch bei komplexen Handlungsschritten (z. B. Lebensstiländerung bei Diabetes) erfolgversprechend ist. [22]

Im zweiten oben erwähnte Review untersuchten Tuong et al [23] ebenfalls die Effektivität von videobasierten Interventionen hinsichtlich Veränderungen des Gesundheitsverhaltens. Dazu wurden 28 Publikationen von 1975 bis 2012 analysiert. Insgesamt zeigte sich auch hier eine variable Effektivität – nicht zuletzt auch aufgrund einer sehr heterogenen Gesamtheit unterschiedlicher Interventionen. Im Rahmen des Reviews konnten jedoch Themenbereiche

festgemacht werden, in denen Videointerventionen tendenziell eher erfolgversprechend sind (Prostata-Screening, Anwendung von Sonnencreme, Brust-Selbstuntersuchung, HIV-Testung...) und umgekehrt auch solche, die weniger gut durch Videointerventionen beeinflussbar waren (Abhängigkeit wie z. B. Rauchen oder Drogenkonsum). Weiters zeigten sich Effekte eher, wenn Botschaften gewinnorientiert formuliert waren, als wenn „loss-framing“ (also Verweise auf „Verluste“ durch gewisse Verhaltensweisen) angewandt wurde. [23]

3.1.3 Einsatz von Videos in Wartebereichen

Das Wartezimmer bietet sich für die Vermittlung von Gesundheitsinformationen insofern besonders an, als die PatientInnen hier eine gewisse Zeit verbringen (müssen) und sich gleichzeitig in einem „gesundheitskompetenten“ Umfeld befinden. Neben Broschüren, Postern etc. können hier auch Videos eingesetzt werden. Einige Studien haben bereits die Wirkung von in Wartezimmern gezeigten Videos analysiert, allerdings sind sowohl der jeweils untersuchte Outcome als auch die angewandten Methoden so breit gefächert, dass sich nicht unbedingt eine allgemein gültige Empfehlung daraus ableiten ließe. Einige Beispiele werden in diesem Kapitel kurz zusammengefasst.

Eine Studie aus 2019 [24] untersuchte einerseits, wie PatientInnen eine Videointervention im Wartezimmer bewerten, andererseits aber auch, inwiefern die gezeigten Inhalte Wissen und Verhalten beeinflussen können. Dazu wurde im Wartebereich einer Zahnklinik eine Programmschleife mit 12 verschiedenen Videos (allesamt bewilligt von jeweiligen Gesundheitsbehörden) und einer Gesamtlänge von etwas über einer Stunde gezeigt. Die Videos beinhalteten unterschiedliche Präsentationsformate (DarstellerInnen, ZahnexpertInnen, PatientInnen, Cartoons...) und Themen (Mundhygiene, Zuckerreduktion...). Nach dem Sehen des Videos wurden PatientInnen gebeten einen Fragebogen auszufüllen, darunter auch eine Selbsteinschätzung hinsichtlich des individuellen Wissens und Verhaltens vor sowie nach dem Video. Vier Wochen später erfolgte eine neuerliche Befragung. Insgesamt wurde das Video positiv bewertet (leicht zu verstehen, nützlicher Inhalt). Im Follow-up zeigten sich signifikante Veränderungen hinsichtlich der Verwendung von Zahnhygiene-Hilfsmitteln (39,8% gaben eine vermehrte Verwendung von Hilfsmitteln wie z. B. Zwischenraumbürsten an), dem Süßigkeiten-Konsum (25% gaben an, weniger zu konsumieren) und dem Tabakkonsum (44,8% gaben an, den

täglichen Konsum reduziert zu haben). Auch wenn sich diese Studie auf die Selbsteinschätzung der PatientInnen stützt, geben die AutorInnen eine klare Empfehlung für den Einsatz von videobasierten Interventionen als Medium für Gesundheitsinformationen. [24]

In einer Publikation von 2008 [25] wurde analysiert, inwiefern ein Aufklärungsvideo, welches im Wartebereich einer Notaufnahme gespielt wird, die allgemeine Patientenzufriedenheit beeinflusst. Die Kontrollgruppe bestand aus 551 PatientInnen, welche in den zwei Monaten vor der Installation des Wartezimmer-Videos die Notaufnahmen besucht und dort lediglich Kabelfernsehen gesehen hatten. Die Interventions-Gruppe bestand aus 581 PatientInnen, welche die Notaufnahme nach Installation des Wartezimmer-Videos aufgesucht hatten. Das gezeigte Video bestand aus einer 6-minütigen Erklärung über das zu erwartende Prozedere der Notaufnahme (von Anmeldung bis Entlassung), weiteren Gesundheitsinformationen sowie einer Einschaltung mit der Telefonnummer der Ambulanz-Vermittlung (zur Erreichbarkeit diverser Spezialambulanzen). Beide Gruppen erhielten bei der Entlassung einen Fragebogen, welcher die Zufriedenheit (hinsichtlich Personal, Betreuung, Organisation, Bewertung der Wartezeit) mithilfe einer Likert-Skala erfragte. In der Auswertung erzielten PatientInnen der Interventionsgruppe insgesamt höhere Zufriedenheitswerte auf der Likert-Skala, mit signifikanten Unterschieden zur Kontrollgruppe. Alle Befragten gaben an, das Video gesehen zu haben (59% teilweise, 41% vollständig), 80,6% gaben an, dass das Video hilfreich bzw. sehr hilfreich gewesen sei. Auf die Beurteilung der wahrgenommenen Wartezeit hatte das Video keinen Einfluss (kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen). Insgesamt zeigten sich die wahrgenommene Wartezeit und das Sehen des Informationsvideos als wichtigste Determinanten für eine höhere Zufriedenheit der PatientInnen. Die Anruferzahl bei der Ambulanz-Vermittlung stieg von 1,5 auf 4,5 pro Monat. Insgesamt ziehen die AutorInnen eine positive Bilanz für den Einsatz des Aufklärungsvideos, und empfehlen weiterführende Studien für die Implementierung derartiger Interventionen. [25]

Stribling et al. legten in ihrer Studie [26] den Fokus ebenfalls auf die Zufriedenheit der PatientInnen, jedoch in erster Linie hinsichtlich der angebotenen Interventionen. Mithilfe von Tablets in den Wartebereichen einer interventionellen Radiologie sowie

einer neurologischen Abteilung wurde versucht, Gesundheitsinformationen zu vermitteln: durch eine audiovisuelle Powerpoint-Präsentation zum Thema Port-Implantation einerseits (interventionelle Radiologie) und eine PDF-Datei im E-Reader-Modus über Epilepsie (Neurologie) andererseits. Zusätzlich hatten die PatientInnen die Möglichkeit über online-Ressourcen weiterführende Informationen mittels Tablet zu erhalten. In einer folgenden Befragung beurteilten die (insgesamt 41) PatientInnen die angebotene Intervention hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit dem Informationsmaterial, Benutzerfreundlichkeit und dem Effekt auf ihren jeweiligen Wissensstand. Zusammenfassend wurden die Interventionen positiv beurteilt, die audiovisuelle Powerpoint-Präsentation wurde jedoch hinsichtlich ihres Effekts auf den jeweiligen Wissensstand deutlich besser bewertet als das (statische) PDF-File. [26]

Larsson setzte in ihrer Studie von 2015 [27] auf den Einsatz der Digital Signage Technologie (DST), einer Informationsvermittlung ohne Ton auf „elektronischen Plakaten“ jeglicher Art, darunter auch übliche Fernsehbildschirme. Konkret ging es darum, die TeilnehmerInnen-Anzahl an einem Radon-Programm (welches vor allem die Bestimmung und Reduktion der häuslichen Radon-Belastung zum Ziel hat) in besonders betroffenen Gebieten zu erhöhen. Dazu wurden in den Wartebereichen von sogenannten WIC (Women, Infants and Children)-Kliniken Bildschirme implementiert, welche innerhalb einer 10-minütigen Schleife (mit Veranstaltungshinweisen, allgemeinen Gesundheitsthemen etc.) auch eine knapp 3-minütige Einschaltung zum Radon-Programm zeigten. Darin wurde auf die gesundheitlichen Gefahren erhöhter Radon-Exposition eingegangen, weiters wurden das Radon-Programm und die Möglichkeiten zur Teilnahme beschrieben. Um unterschiedliche Kompetenzlevels zu berücksichtigen, wurde bewusst auf einfache Botschaften z. B. mit schwarz-weiß Grafiken und wenig Text gesetzt, welche sich in ihrer Komplexität am Kompetenzlevel der sechsten Schulstufe orientierten (siehe Abbildung 2, S. 20). Die Studie wurde in drei verschiedenen Wartebereichen an unterschiedlichen Kliniken, von denen jeweils eine der Interventions-, der Kontroll- sowie einer Cross-Over-Gruppe zugeordnet wurde. In der Datenanalyse zeigte sich ein starker Anstieg der TeilnehmerInnen-Zahl am Radon-Programm (>50%) und damit verbunden auch Käufen von Test-Kits. Die Unterschiede zur Kontroll-Gruppe waren hoch signifikant, sowohl in der

Interventions- als auch in der Cross-Over-Gruppe. Die Autorin hält in ihrem Fazit fest, dass DST generell großes Potenzial hat, als wertvolles Instrument der Gesundheitsförderung zu dienen – zur Vermittlung vielseitiger Themen, angepasst an spezifische Zielgruppen. [27]



Abbildung 2: Screenshot einer Abbildung der Videointervention zum Radon-Programm [27]

Tingey et al. erforschten in ihrer Studie (2014) [28], inwieweit ein im Wartezimmer einer rheumatologischen Ambulanz gezeigter Film die TeilnehmerInnenzahl des „Education Days“ (eines hausinternen Info-Tages speziell für rheumatologische PatientInnen) beeinflussen kann. Im Video wurden verschiedene ExpertInnen der Abteilung als Testimonials gezeigt, die Ablauf und Nutzen des Info-Tages erklärten (jeweils 5 bis 6 Minuten). Der Film wurde über einen Gesamtzeitraum von 6 Monaten im monatlichen Wechsel gezeigt (Interventionsgruppe) bzw. nicht gezeigt (Kontrollgruppe). Die TeilnehmerInnen des Education Days wurden namentlich erfasst und konnten so anhand der Patientenhistorie mit den jeweiligen Gruppen (Intervention oder Kontrolle) verbunden werden. Insgesamt lag die Teilnehmerquote der Interventionsgruppe mit 2,17% etwas höher als jene der Kontrollgruppe (1,80%), es zeigten sich jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. 85% der am Education Day Befragten gaben an, dass sie auf Empfehlung des/der behandelnden Arztes/Ärztin gekommen seien. Die AutorInnen verweisen darauf, dass die PatientInnen mit einer geschätzten Wartezeit von 10-20 Minuten womöglich nicht genug Zeit mit dem Sehen des Videos verbringen konnten, gleichzeitig unterstreichen sie aber, dass in ihrer Studie vor allem die Wichtigkeit ärztlicher Empfehlung für die Nutzung von Gesundheitsförderungs-Angeboten festgestellt werden konnte. [28]

Die sehr umfangreiche „Safe-in-the-City“-Studie [29] wurde 2008 veröffentlicht und widmete sich dem Einsatz und den Effekten von videobasierten Interventionen in STD (sexually transmitted diseases)-Ambulanzen. An insgesamt drei STD-Ambulanzen (Denver, San Francisco, Long Beach) wurden Videos im Wartebereich über einen Zeitraum von insgesamt 20 Monaten im monatlichen Wechsel gezeigt (=Interventionsgruppe) bzw. nicht gezeigt (=Kontroll-Gruppe). Insgesamt wurden so 19.562 Kontroll- und 19.073 Interventions-PatientInnen eingeschlossen. Die gezeigten Video-Sequenzen bestanden aus drei unterschiedlichen Szenen, die junge Paare verschiedener sexueller Orientierungen und Ethnien und ihren Umgang mit Verhütungsmitteln (i. e. S. Kondomen) in alltäglichen Paar-Situationen zeigt (bezugnehmend auf Kapitel 2.4.3 handelt es sich hier also um eine „narrative Präsentationsform“ mit professionellen DarstellerInnen), sowie einer animierten Sequenz zur korrekten Anwendung von Kondomen (siehe Abbildungen 3 bis 6, S. 22f.). Das gesamte Video umfasste eine Dauer von 23 Minuten und wurde in sich wiederholenden Schleifen abgespielt. Im weiteren Studien-Verlauf wurde aus Krankenakten-Daten ermittelt, ob es nach der Index-Visite (in der das Video ggf. gesehen worden war) über den gesamten restlichen Studienzeitraum zu einer (neuen) STD-Erkrankung kam. Insgesamt kam es bei 5,3% aller eingeschlossenen PatientInnen nach der Index-Visite zu einer neuauftretenden STD im Beobachtungszeitraum, wobei Unterschiede zwischen Interventionsgruppe (4,9%) und Kontrollgruppe (5,7%) festgestellt werden konnten: Es zeigte sich eine signifikant geringere STD-Inzidenz bei der Interventionsgruppe (siehe Abbildung 7, S. 23). In Summe konnte so die Gesamtzahl an Neuinfektionen an allen drei Standorten zusammen um knapp 10% reduziert werden. In ihrem Fazit verweisen die AutorInnen auf die hohe Wirksamkeit videobasierter Interventionen mit dem gleichzeitigen Vorteil, Inhalte an Ziel- bzw. Risikogruppen angepasst aufzubereiten und zeigen zu können (in diesem Fall „Hockrisikogruppe“ STD-PatientInnen). [29]



Abbildung 3: "Theresa und Luis", ein heterosexuelles Paar mit lateinamerikanischem Hintergrund in einer Szene des Safe-in-the-City-Videos [30]



Abbildung 4: "Ruben und Tim", ein bi- bzw. homosexuelles Paar in einer Szene des Safe-in-the-City-Videos [31]



Abbildung 5: "Jasmine und Paul", ein heterosexuelles Paar in einer Szene des Safe-in-the-City-Videos [32]

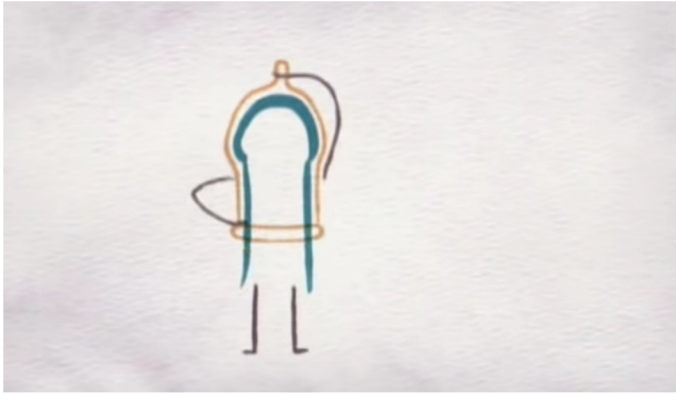


Abbildung 6: Animierte Sequenz zur korrekten Kondom-Anwendung, gezeigt im Rahmen der Safe-in-the-City-Studie [33]

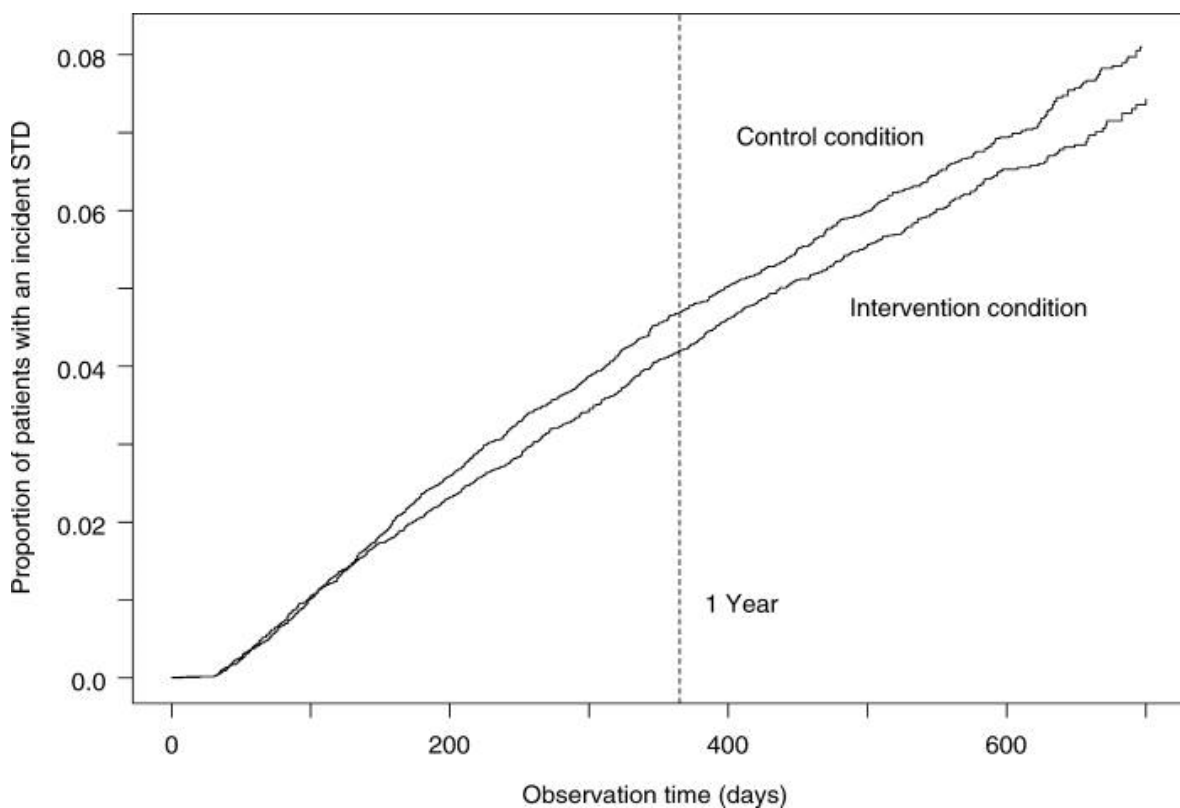


Abbildung 7: Anteil laborchemisch verifizierter STD-Infektionen nach Gruppen (Intervention vs. Kontrolle) im Rahmen der Safe-in-the-City-Studie [29]

In die oben genannte Studie eingebettet wurde außerdem eine weitere Analyse [34] der Videointervention durchgeführt: Insgesamt 709 PatientInnen der o. g. Interventionsgruppe wurden drei Monate nach der Indexvisite (in der das Video im Wartebereich zu sehen gewesen war) befragt, inwiefern sie sich an Inhalte erinnern können, und ob/wie das Video sie in ihrem Verhalten und ihrer Einstellung beeinflusst hat. 97% aller Befragten erinnerten sich, dass ein Video gezeigt worden war, 68% waren alle drei Erzählstränge korrekt erinnerlich. 69% gaben an,

gegenüber Kondomen positiver eingestellt zu sein und 56% fühlten sich nach dem Sehen des Videos wohler mit der Verwendung von Kondomen. Jene PatientInnen, die sich an alle drei Szenen erinnern konnten, gaben eher eine positive Einstellung gegenüber Kondomen an als jene, die sich nur an das Sehen von einer oder zwei Szenen erinnern konnten. 59% gaben an, versucht zu haben, das Gesehene in ihrem Leben anzuwenden. Insgesamt bestätigt diese Analyse also die Resultate der ursprünglichen Studie und bekräftigt außerdem die Sinnhaftigkeit des Einsatzes von videobasierten Gesundheitsinformationen. [34]

3.1.4 Videobasierte Interventionen unter Berücksichtigung von Gesundheitskompetenz und Muttersprache

Mangelnde Gesundheitskompetenz (wie in Kapitel 2.2 erwähnt z. B. in Österreich 56,4% mit „limitierter“ Gesundheitskompetenz) stellt Gesundheitssysteme vor Herausforderungen. Auch hier könnten videobasierte Interventionen zielführend eingesetzt werden, vereinzelt Studien haben sich speziell mit dieser Thematik auseinandergesetzt.

In einer 2017 veröffentlichten und in Dallas durchgeführten Studie [35] wurde untersucht, ob sich die Nutzung von Flashcards und Informationsvideos auf die Einhaltung einer empfohlenen medikamentösen Therapie auswirkt, mit speziellem Fokus auf eine Gruppe mit geringer Gesundheitskompetenz. In die Interventionsgruppe eingeschlossen wurden 34 PatientInnen mit verschriebenen Medikamenten zur Behandlung von Herzinsuffizienz, Diabetes und/oder Hypertonie, deren PDC (=proportion of days covered: Angabe darüber, wie viele Tage in einem bestimmten Zeitraum medikamentös abgedeckt waren in Prozent) innerhalb der vorangegangenen sechs Monate unter 50% lag. Als primärer Endpunkt wurde ebenfalls die PDC gewählt, für einen Zeitraum von 90 und 180 Tagen nach Interventionsstart. Verglichen wurde die Interventionsgruppe mit einer in nach Komorbiditäten und Medikationen gematchten Kontrollgruppe, welche lediglich die Standardbetreuung (ohne Intervention) erhielt. Die Gesundheitskompetenz der Interventionsgruppe wurde mit verschiedenen (englisch- und spanischsprachigen) Messinstrumenten beurteilt, darunter NVS (Newest Vital Sign). Im NVS-Test erzielten 91,2% eine Punkteanzahl die hinweisend für die erhöhte Wahrscheinlichkeit limitierter Gesundheitskompetenz ist. Als Intervention erhielten die PatientInnen Informationen zu ihrer jeweiligen

Medikation sowie ihrer Erkrankung in Form von an die niedrige Gesundheitskompetenz angepassten Flashcards (Karteikarten) und inhaltlich deckungsgleichen online-Videos (abrufbar via QR-Codes bzw. Links auf den Medikamentenschachteln), beides verfügbar in englischer und spanischer Sprache (35% der Interventionsgruppe spanischsprachig). Die PDC nach 180 Tage lieferte signifikant höhere Werte für die Interventionsgruppe (71%) im Vergleich zur Kontrollgruppe (44%). 30 PatientInnen der Interventionsgruppe nahmen außerdem bei einer Telefonbefragung im Anschluss teil, 100% von ihnen zeigten sich mit der Intervention zufrieden und würden sie weiterempfehlen. Die verschiedenen online-Videos dauerten nie länger als 30 Sekunden und wurden insgesamt 1231 Mal abgerufen. [35]

Ross et al. [36] untersuchten den Einfluss eines evidenzbasierten Lehrvideos auf den Wissensstand bezüglich Prostata-Krebs, Screening und PSA (Prostata-spezifisches Antigen) von 49 afroamerikanischen Männern über 35 Jahre. Zusätzlich wurde außerdem die individuelle Gesundheitskompetenz mithilfe des „Test of Functional Health Literacy in Adults“ (TOFHLA) erfasst und mit den Ergebnissen verknüpft. Zur Evaluierung des Wissensstandes erfolgte jeweils ein Interview vor und nach dem Sehen des Videos. In Bezug auf den Wissensstand zeigte sich (wie zu erwarten) ein Zusammenhang zwischen niedriger Gesundheitskompetenz und niedrigem Wissensstand. Im Durchschnitt zeigte die gesamte Interventionsgruppe signifikante Verbesserungen (von 6,77 auf 8,24 von maximal 10 möglichen Punkten), wobei der Wissensgewinn in der Gruppe mit niedriger Gesundheitskompetenz am höchsten ausfiel (+2,05 Punkte). Es kam hier also zu einer Annäherung an die Ergebnisse der Gruppe mit guter Gesundheitskompetenz (siehe Abbildung 8, S. 26). Zusätzlich wurde auch die Einstellung der Probanden gegenüber dem Video erfragt: Alle Befragten fanden das Video „interessant“, 98% empfanden es als glaubwürdig. 94% fanden das Video verständlich, 80% empfanden das Video nicht als verwirrend und für 96% erschienen die gezeigten Informationen „vollständig“. [36] Hinzuzufügen ist allerdings, dass diese Studie nur einen sehr kurzfristigen Effekt einer derartigen

Intervention untersuchte – auch inwieweit der Wissensgewinn z. B. zu höheren Screening-Zahlen führt, bleibt offen.

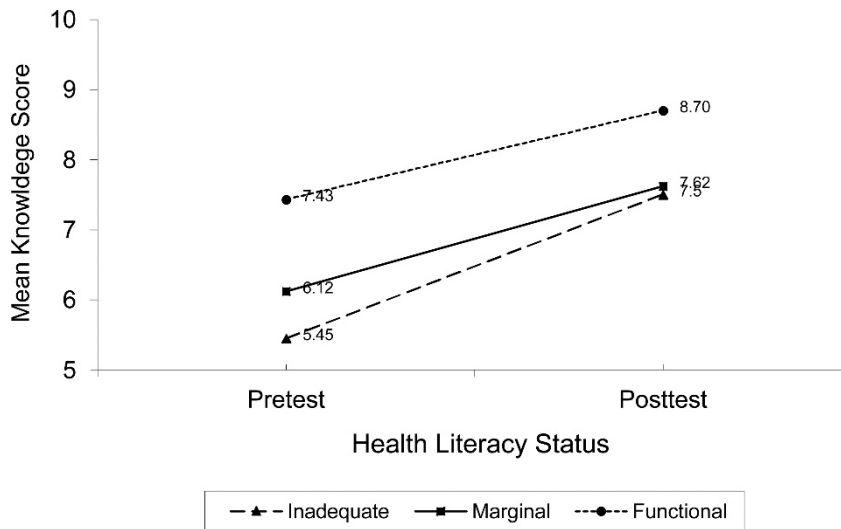


Abbildung 8: Wissens-Score in Bezug auf Prostata-Karzinom vor (Pretest) und nach (Posttest) Videointervention, aufgeteilt nach Gesundheitskompetenz [36]

Im Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz können auch sprachliche Barrieren eine besondere Herausforderung darstellen. Auch hier können Videoformate mit bildlicher Darstellung einerseits aber auch mit Untertitelung bzw. angepassten Audiospuren Abhilfe schaffen. Poureslami et al. beschäftigten sich in ihrer Studie [37] damit, inwieweit ein sprachlich und kulturell spezifischer Informationsfilm kanadische COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)-PatientInnen (mit Kantonesisch oder Mandarin als Muttersprache, nach Kanada immigriert in den vergangenen 20 Jahren) im Management ihrer Erkrankung unterstützen kann. Insgesamt 91 PatientInnen wurden in 3 Interventions- und eine Kontrollgruppe eingeteilt. Die Intervention bestand je nach Gruppe aus einem (jeweils in Mandarin oder Kantonesisch präsentierten) Laien-Video, einem ExpertInnen-Video oder einer Kombination der beiden Videos; alle erklärten das Krankheitsbild COPD sowie Prinzipien zum Selbst-Management der Erkrankung, außerdem war stets eine Demonstration zur korrekten Inhalationstechnik angefügt. Die Kontrollgruppe hingegen erhielt nur eine Broschüre. Der Erfolg der jeweiligen Methode wurde mittels schriftlichem Pretest (vor der Intervention) und Follow-up (nach der Intervention) sowie einer Überprüfung der individuellen Inhalationstechnik (Beurteilung mittels Beobachtung und Check-List) festgestellt. Insgesamt zeigten alle PatientInnen der Interventionsgruppe signifikante Verbesserungen hinsichtlich

der Inhalationstechnik, des Exazerbationsmanagements sowie des generellen COPD-Managements im Vergleich zur Kontrollgruppe, welche lediglich eine Broschüre (mit den identen Informationen) zur Verfügung hatte. [37]

Auch Garcia et al. setzten sich in ihrer Studie [38] mit den Effekten eines Kurzvideos, welches – angepasst an die immer größer werdende hispanische Community der USA – in spanischer Sprache angeboten wurde, auseinander. Die Interventionsgruppe (bestehend aus PatientInnen einer hausärztlichen Praxis) musste vor und nach der Video-Intervention (konkret: ein 2-minütiges Lehrvideo auf Spanisch, gestaltet von lokalen Dermatologie-ExpertInnen) 12 verschiedene Bilder von Haut-Läsionen den Kategorien „benigne“ und „maligne“ zuordnen. Im Post-Test zeigten die PatientInnen eine signifikante Verbesserung der Ergebnisse (so konnten vor der Intervention etwa 30% ein Melanom als solches identifizieren, nach dem Video 97,2%). Die AutorInnen stuften die Ergebnisse auch dahingehend als besonders relevant ein, als hispanische PatientInnen zwar generell seltener von maligne Hautläsionen betroffen seien, Morbidität und Mortalität seien aber höher im Vergleich mit „kaukasischen“ PatientInnen. [38]

3.1.5 Videobasierte Interventionen zur Krankheitsprävention

Zu den hausärztlichen Aufgaben zählt neben der Behandlung von PatientInnen auch die Prävention verschiedener Erkrankungen. Auch in diesem Themenbereich wurden Video-Interventionen – sowohl im Wartebereich als auch in anderen Settings – in verschiedenen Studien untersucht. Neben den in vorangegangenen Kapiteln erwähnten Studien mit Präventionsbezug (z. B. STDs, Mundhygiene u.a.) widmen sich beispielsweise mehrere Publikationen dem Einsatz von Videos und ihrem Potenzial, Schutzimpfungs-Raten zu erhöhen. So untersuchten Eubelen et al. in ihrer Publikation [39], inwiefern sich die Anzahl an Verschreibungen von Auffrischungsimpfungen ändert, wenn ein entsprechendes Video im Wartezimmer gezeigt wird. Durchgeführt wurde die Studie über einen Zeitraum von sechs Monaten in einer belgischen Gemeinschaftspraxis von sechs AllgemeinmedizinerInnen (mit insgesamt etwa 20.000 Patientenkontakten pro Halbjahr), welche sich jeweils zu dritt Wartebereiche teilten (in Summe vier Wartezimmer). Zwei der Warteräume (welche drei der ÄrztInnen gemeinsam nutzten) wurden mit Video ausgestattet (Interventionsgruppe), die zwei übrigen Warteräume (genutzt von den anderen drei ÄrztInnen) blieben unverändert

(Kontrollgruppe). Das Video bestand aus verschiedenen Clips zu gesundheitsrelevanten Themen (Unfallverhütung, Bewegungsberatung...) sowie einer Einschaltung, in der dazu aufgefordert wurde, eine Tetanus-Auffrischungsimpfung in Betracht zu ziehen. Neben Informationen rund um das Krankheitsbild Tetanus wurde empfohlen, Arzt oder Ärztin zu bitten, den individuellen Impfstatus zu überprüfen. In weiterer Folge wurde – mittels Auswertung der lokalen Apotheken-Daten – nach sechs Monaten analysiert, inwiefern sich die Verschreibungsraten für Tetanus-Auffrischungsimpfungen durch die Intervention verändert hatten. Hier wurden einerseits die Verschreibungsraten der die Interventionsgruppe betreuenden ÄrztInnen mit jenen der Kontrollgruppe verglichen, andererseits wurden dem auch Daten aus dem gleichen Zeitraum des vorangegangenen Jahres gegenübergestellt. Die Verschreibungsraten der Interventionspraxen lagen im Jahr vor der Implementierung des Videos bei 0,44% (bezogen auf alle PatientInnenkontakte), jene der Kontrollgruppe bei 0,38%, ohne signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Im Studienzeitraum lag dieser Wert schließlich bei 0,79% für die Interventionsgruppe, was statistisch einem signifikanten Anstieg gegenüber dem Vorjahr entspricht. Die Kontrollgruppe hingegen lag mit 0,39% Verschreibungen nahe am Vorjahreswert, womit gleichzeitig auch ein signifikanter Unterschied zur Interventionsgruppe gegeben war. [39]

Ebenfalls mit Impfungen beschäftigte sich eine amerikanische Studie [40] aus 2019: Hier wurden die HPV (Humane Papillomviren)-Impfraten von Jugendlichen untersucht, in Zusammenhang mit einem Aufklärungsfilm, der deren Eltern während der Wartezeit im Rahmen eines Routine-Ambulanzbesuchs gezeigt wurde. Insgesamt wurden 1596 Jugendliche in die Studie eingeschlossen, die innerhalb des siebenmonatigen Studienzeitraumes eine der fünf ausgewählten Kliniken besuchten (zwei Interventions-, drei Kontrollkliniken), ein Drittel davon suchte eine Interventionsklinik auf. Dort wurde den Eltern mittels Tablet in der Wartezeit eines (von zwei zur Auswahl stehenden) Aufklärungsvideo gezeigt, angepasst an den individuellen Impfstatus des/der Jugendlichen (noch nicht geimpft vs. Teilimpfung ausständig). Im Video wurden Risiken und Vorteile der Impfung erläutert, mit Varianten dahingehend, ob eine erste Dosis oder eine weitere Teilimpfung empfohlen werden sollte. Zwei Wochen später erfolgte eine Kontrolle der

Krankenakte hinsichtlich der Verabreichung einer HPV-Impfung (Änderung des Impfstatus). Insgesamt kam es bei 64,8% der Interventionsgruppe zu einer Änderung des Impfstatus (sprich einer erstmaligen Impfung oder einer 2. oder 3. Dosis) demgegenüber nur bei 50,1% der Kontrollgruppe – ein statistisch signifikantes Ergebnis. [40]

Keine Veränderung der Impfraten konnten Goodman et al. in ihrer Studie von 2015 feststellen [41]. Dabei wurde 105 (nicht Influenza-geimpften) schwangeren Frauen unmittelbar vor einer Routineuntersuchung ein Video zur Influenza-Impfung (Interventionsgruppe) bzw. zu Händehygiene (Kontrollgruppe) gezeigt. Das Influenza-Video zeigte eine schwangere Frau mit Bedenken hinsichtlich der Influenza-Impfung zusammen mit ihrer Mutter und im Gespräch mit einer Ärztin, die über den Nutzen der Impfung aufklärt (gesamte Dauer etwa 3,5 Minuten) [42]. Vor dem Sehen des Videos (=Pretest) sowie nach dem ärztlichen Kontakt im Rahmen der Routine-Untersuchung (=Post-Test), während der es den ÄrztInnen überlassen wurde, Impfeempfehlungen auszusprechen, wurden die Patientinnen gebeten, einen Fragebogen auszufüllen. Dieser beinhaltete Fragen zur persönlichen Einschätzung der Gefahren und Konsequenzen einer Influenza-Erkrankung sowie einer Influenza-Impfung und zur individuelle Haltung gegenüber einer Influenza-Impfung. Außerdem wurde erfragt, ob eine ärztliche Impfeempfehlung im Rahmen der Untersuchung ausgesprochen wurde. 4-8 Wochen nach der Routine-Untersuchung wurden Impfraten mittels Krankenakten analysiert. Zusätzlich konnten 13 (von 77) Frauen, welche ungeimpft geblieben waren, in einem Telefoninterview befragt werden. Hinsichtlich der „Gesundheitsüberzeugung“ der Patientinnen zeigte der Vergleich der Entwicklung der Pre- und Post-Test Werte zwischen Interventions- und Kontrollgruppe signifikante Unterschiede. Diese zeigten sich bei Fragen bezüglich der Gefährlichkeit einer Impfung für die Mutter bzw. das Baby sowie der Einschätzung der Wirksamkeit einer Impfung für Mutter bzw. Baby (Gefährlichkeit wurde im Post-Test geringer, Wirksamkeit höher eingeschätzt). Die Impfraten blieben jedoch trotz dieser Einstellungsänderung ohne signifikante Unterschiede zwischen Interventions- (28% in Folge geimpft) und Kontrollgruppe (25%). Insgesamt 46% gaben an, eine ärztliche Impfeempfehlung erhalten zu haben. Von diesen ließen sich 47% in weiterer Folge impfen, ein hoch signifikanter Unterschied zu jenen, die keine Empfehlung erhalten hatten (nur 12% in Folge geimpft). Damit

kommen auch Goodman et al. – wie schon Tingey et al. [28], erwähnt in Kapitel 2.4.4 – zu dem Ergebnis, dass der ärztlichen Empfehlung ein sehr hoher Stellenwert zukommt, wenn es um die Entscheidungsfindung von PatientInnen geht. Die wichtigsten in den Telefoninterviews angegebenen Motive für PatientInnen, ungeimpft zu bleiben, wurden folgendermaßen zusammengefasst: Einschätzung, selbst nicht anfällig für Influenza zu sein einerseits, Bedenken bezüglich der Sicherheit der Impfung andererseits – diese Ansichten blieben hier also trotz der Video-Intervention erhalten. [41]

Ein weiteres wichtiges Einsatzgebiet im Bereich der Prävention ist jenes der Krebsvorsorge. Auch in diesem Bereich wurden bereits Studien zum Erfolg von videobasierten Interventionen durchgeführt – so z. B. von Ross et al. rund um das Thema Prostata-Karzinom [36] (siehe bereits Kapitel 3.1.4). Ein wichtiger Faktor im Bereich der Krebsvorsorge ist u. a. die Entscheidungsfindung von PatientInnen – etwa, wenn es darum geht Screening-Angebote wahrzunehmen. In einer 2008 veröffentlichten Studie [43] untersuchten Frosch et al. die unterschiedlichen Auswirkung von Broschüren verglichen mit Videos (beides zum Thema Colon- bzw. Prostata-Karzinom sowie zugehörigen Screeningmethoden) auf das individuelle Bestreben von PatientInnen, sich bei Entscheidungsfindungen einzubringen, sowie auf den jeweiligen Wissensstand. Dazu wurde 207 PatientInnen (über 50 Jahre) von Primärversorgungspraxen aus sozioökonomisch schlechter gestellten Gebieten entweder eine Broschüre (n=107) oder ein 30-minütiges Video (n=100) gezeigt (Inhalt: Informationen entweder über Prostata- oder Kolon-Karzinom sowie jeweilige Screening-Möglichkeiten). Danach erfolgte eine Befragung hinsichtlich der präferierten Rollen-Verteilung beim Treffen von Screening-Entscheidungen (Arzt/Ärztin vs. PatientIn vs. gemeinsam). Nach dem ärztlichen Kontakt erfolgte eine erneute Befragung dahingehend, ob sich PatientInnen für ein Screening entschieden hatten und eine Überprüfung des individuellen Wissensstandes. In der Auswertung wurde deutlich, dass die PatientInnen der Video-Gruppen verglichen mit jenen aus den Broschüren-Gruppen eine signifikant höhere Punkteanzahl im Wissenstest erreichen konnten (z. B. nach Lektüre der englischen Prostatakrebs-Broschüre: durchschnittlich 37% aller Fragen korrekt beantwortet; Videogruppe, ebenfalls englischsprachig, durchschnittlich 58%). Keine signifikanten Unterschiede ergaben sich jedoch in Hinblick auf die individuelle Screening-Entscheidung

(Entscheidung für Screening nach Broschüre: 49,5%, nach Video: 38,8%). In Bezug auf die Entscheidungsfindung präferierten PatientInnen, welche ein Video gesehen hatten eher, als primäre oder alleinige EntscheidungsträgerInnen zu fungieren, wenn es darum geht, Screening-Optionen festzulegen, eine Option auszuwählen sowie bei der Einschätzung darüber, welche Risiken und welcher Nutzen für die betroffene Person akzeptabel sind (mit signifikanten Unterschieden zur Broschüren-Gruppe). Keine Unterschiede zeigten sich dahingehend, ob PatientInnen das ärztliche Gespräch bezüglich Screening-Methoden gesucht hatten. Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass PatientInnen, die das Video gesehen hatten, im Wissenstest besser abschnitten und eher zur autonomen Entscheidungsfindung tendierten als die Broschüren-Gruppe. [43]

Neben den oben genannten Themen (Impfungen, Screening-Untersuchungen) zählt auch die Aufklärung über häufige Erkrankungen (wie z. B. Schlaganfall, Herzinfarkt) und ihre Risikofaktoren zu den wichtigen Aufgaben des Präventionsbereiches – auch hier könnten videobasierte Interventionen eingesetzt werden. Um zu erforschen, inwieweit unterschiedlich aufbereitete Informationen den Wissensstand von PatientInnen (langfristig) beeinflussen können, führten Chan et al. eine Studie [44] zum Thema Schlaganfall-Aufklärung in einer Notaufnahme durch. Dabei wurden 231 PatientInnen in fünf unterschiedliche Gruppen eingeteilt, vier davon erhielten jeweils unterschiedlich aufbereitete, inhaltlich jedoch idente Informationen zum Thema Schlaganfall. Die fünfte Gruppe diente als Kontrollgruppe (keine Intervention). Gruppe 1 sah ein Lehrvideo (ca. 12 Minuten), PatientInnen der Gruppe 2 erhielten „Einzelunterricht“ (etwa 15 Minuten), Gruppe 3 erhielt eine Broschüre und Gruppe 4 eine Kombination aus allen drei genannten Interventionen (Dauer ca. 60 Minuten). Ein Wissenstest (bestehend aus 13 Fragen) wurde vor, direkt nach und ein Monat nach der jeweiligen Intervention von den TeilnehmerInnen absolviert. Alle Interventionsgruppen zeigten unmittelbar nach der Intervention signifikant höhere Punktezahlen im Wissenstest, jedoch ohne signifikanten Unterschied zwischen den einzelnen Gruppen. Insgesamt zeigte sich nach einem Monat lediglich in der Kombinationsgruppe kein signifikanter Rückgang der Punkte im Wissenstest. Alle anderen Methoden erwiesen sich als ungeeignet, um einen langfristigen Wissensgewinn zu sichern – darunter auch die alleinige Video-Intervention. [44]

3.1.6 Spezielle Wartezimmer-Programme

Neben den oben zusammengefassten, meist isoliert präsentierten videobasierten Interventionen gibt es im Wartebereich auch die Möglichkeit, ein eigenes Programm mit vielen verschiedenen Inhalten zu medizinisch relevanten Themen zu zeigen. Dieses kann – in seiner Dauer z. B. an die durchschnittliche Wartezeit angepasst – in einer sich wiederholenden Schleife abgespielt werden. Diese speziellen Wartezimmer-Programme werden einerseits oft von kommerziellen Anbietern produziert (siehe dazu Kapitel 3.2), können aber auch von den Praxen selbst oder im Rahmen von Projekten diverser Forschungseinrichtungen wie Universitäten etc. gestaltet werden.

Ein derartiges Programm, der „Life Channel“ wurde in einer Studie [45] von 2016 analysiert. Zum Untersuchungszeitpunkt bestand der Life Channel aus einer etwa 10-minütigen Informationsschleife, zusammengesetzt aus sechs Sequenzen zu unterschiedlichen medizinischen Themen (Raucherentwöhnung, HIV und Hepatitis, Zahnhygiene, Chlamydien, Influenza sowie Kontrazeption). Zusätzlich zeigte der Life Channel außerdem kommerzielle Werbeeinschaltungen. Der Fokus der Studie lag auf der Analyse des Effekts der Zahnhygiene-Sequenz, sowie auf der allgemeinen Wahrnehmung des Wartezimmer-Fernsehens. Dazu wurde ermittelt, inwiefern PatientInnen nach dem Sehen des Life Channels besser darüber Bescheid wussten, wie sie in ihrer Umgebung eineN Zahnarzt/-ärztin finden können, und wie sie im Notfall zahnärztliche Hilfe erhalten. Außerdem wurde erfragt, ob sich die Bereitschaft, einen Zahnarzt-Termin zu vereinbaren durch das Video verändert hat. Durchgeführt wurde die Studie im Londoner Stadtbezirk Brent (einer eher wenig privilegierten Wohngegend), in jenen 49 Praxen (von 68 insgesamt), welche den Life Channel installiert hatten. Insgesamt nahmen 2354 PatientInnen vollständig an der Befragung teil. Es zeigte sich, dass von jenen 1088 PatientInnen, die vor dem Sehen des Channels nicht wussten, wie sie eineN Zahnarzt/-ärztin in Brent kontaktieren können, 48% angaben, dank des Life Channels nun darüber Bescheid zu wissen. Bezüglich einer zahnärztlichen Notfallversorgung lag dieser Wert bei 35,1% (bezogen auf jene 1247 PatientInnen, die vor dem Video nicht wussten, wen sie im Notfall kontaktieren können). Von jenen 1605 Personen, die nicht geplant hatten, einen zahnärztlichen Termin zu vereinbaren, änderten 15,2% ihre Meinung nach dem Sehen des Videos. Der gezeigte TV-Kanal wurde von 85,5% aller

Befragten bemerkt, davon sahen 94,2% die Inhalte, aber nur 53,7% der PatientInnen konnten die Audiospur hören/verstehen (43% wünschten sich andere Sprachen als Englisch). Außerdem gaben die Befragten auf einer Likert Skala ihre Zustimmung bzw. starke Zustimmung in folgenden Fragen: „Ich mag den Life Channel im Wartebereich“ (74,7%), „Ich denke, dass meine Gesundheit und mein Wohlbefinden dadurch verbessert werden“ (57,7%), „Im Wartezimmer lese ich lieber Magazine, Broschüren und Poster als Fernzusehen“ (48,8%), „Ich plane eines der anderen gezeigten Services zu nutzen“ (31,6%). Wie schon in einigen zuvor genannten Publikationen bleibt auch hier offen, inwieweit sich neu gewonnenes Wissen bzw. geänderte Einstellungen tatsächlich in veränderten Verhaltensweisen manifestieren. Auch die AutorInnen selbst empfehlen dahingehend weitere Studien. [45]

Ein weiteres Wartezimmer-Programm, „Tonic Direct“ (mittlerweile umbenannt zu „Tonic on Demand“) wurde in einer australischen Studie untersucht, die Ergebnisse davon in zwei separaten Publikationen veröffentlicht [46, 47]. Durchgeführt wurde die Studie 2014 in einer regionalen Primärversorgungspraxis in Shepparton (Victoria, Australien), welche zum damaligen Zeitpunkt von 9 ÄrztInnen betreut wurde. Tonic Direct ist ein Wartezimmer-Programm welches evidenzbasierte Gesundheitsinformationen (etwa zu chronischen Erkrankungen, Lebensstil-Änderung, neuen Behandlungsmöglichkeiten etc.) zeigt, zum damaligen Zeitpunkt in Zusammenarbeit mit der (vom australischen Ministerium für Gesundheit und Altern finanzierten) Non-Profit-Gesundheitsorganisation NPS MedicineWise erstellt. Daneben enthielt Tonic Direct auch Unterhaltungselemente (z. B. „gesundes“ Kochen, Comedians die über „medizinische Themen sprechen etc.). Der Werbeanteil ist in den Publikationen nicht erwähnt, aktuell bietet „Tonic on Demand“ auf seiner Website eine kostenfreie (werbefinanzierte) sowie eine werbefreie Variante um 24,95 \$ monatlich an [48]. Ziel der Studie war es, die Wahrnehmung und Nutzung von Gesundheitsinformationen im Wartezimmer (mit besonderem Augenmerk auf das angebotene TV-Programm) von PatientInnen und ÄrztInnen zu analysieren. Dazu wurden mehrere verschiedene Methoden (Wartezimmer-Beobachtung, PatientInnen-Befragung, Logbücher und Befragung von ÄrztInnen/MitarbeiterInnen) eingesetzt. Insgesamt nahmen 74 PatientInnen an der Befragung teil. Hinsichtlich der Aktivitäten gaben 47,7% an, im Wartebereich zu

lesen bzw. Magazine durchzublättern, dahinter folgten Sehen des Wartezimmer-TVs (44,6%), Mobiltelefon-Nutzung (43,2%), Reden mit Anderen (24,3%) und das Betrachten von Postern und Broschüren (14,9%). Von den TV-SeherInnen gaben 51,5% an, eine „Take-Home-Message“ (= Fazit, Quintessenz) mitnehmen zu können – deutlich mehr als die Gruppe der Magazin-LeserInnen mit 34,3% (Poster/Broschüren: 45,5%). Die Wartezimmer-Beobachtung (insgesamt 14 Stunden) brachte vor allem das „Browsing“(„Überfliegen“) der diversen Informationsangebote zutage. Von 9 ÄrztInnen füllten innerhalb der 10-tägigen Studiendauer 6 die vorgelegten Logbücher aus. Fünf von ihnen empfahlen PatientInnen im Beobachtungszeitraum Websites oder Broschüren. Nur 4 PatientInnen erwähnten im ärztlichen Gespräch externe Informationsquellen (Broschüren bzw. Websites), das Tonic Direct-TV wurde nie angesprochen. In den abschließenden Interviews zeigten sich die Befragten (ÄrztInnen, Pflegepersonal) zufrieden mit dem Wartezimmer-Fernsehen. Generell wurde das Wartezimmer als potenzielle Quelle für gesundheitsförderliche Informationen wahrgenommen. Bedenken wurden hinsichtlich der Privatsphäre (etwa beim Auswählen/Betrachten von Broschüren) geäußert. Die Autorinnen der Studie fassen zusammen, dass Gesundheitsinformationen in Wartezimmern weiterhin von Relevanz sind, auch wenn sie selten explizit im ärztlichen Gespräch erwähnt werden. [46, 47]

3.1.7 Rahmenbedingungen für den Einsatz von Video-Interventionen

Einige Studien setzten sich bereits mit den Effekten videobasierter Gesundheitsinformationen auseinander. Doch auch wenn derartige Maßnahmen zielführend sein können, bedarf es stets auch (infra)struktureller Anpassungen und Ressourcen, um etwa Videos für PatientInnen verfügbar machen zu können. Auch EntscheidungsträgerInnen müssen von der Vorteilhaftigkeit des Einsatzes evidenzbasierter Informationen überzeugt werden. Nicht zuletzt sind Entwicklung, Umsetzung und das Anbieten von Maßnahmen auch mit einem gewissen finanziellen Aufwand verbunden. Auch diese Rahmenbedingungen wurden vereinzelt in Studien untersucht.

Im Rahmen der bereits in Kapitel 2.4.4 angeführten Safe-in-the-City-Studie [29] wurde in einer separaten Publikation [49] der Erfolg einer Marketingstrategie überprüft, welche entworfen worden war, um die erfolgreichen STD-Präventionsfilme für eine größere Anzahl an PatientInnen verfügbar zu machen.

Dazu wurden die LeiterInnen von 76 STD-Kliniken in den USA telefonisch kontaktiert. 22% war das Produkt (ein kostenloses Info-Material-Kit inkl. DVD) bereits bekannt, 17% hatten es bereits bestellt. Zusätzlich wurde ermittelt, welche Kanäle die befragten EntscheidungsträgerInnen am häufigsten nutzen, um sich über neue Entwicklungen zu informieren. Die meisten (74%) gaben staatliche oder lokale Gesundheitsdepartments als Quelle an, gefolgt von dem Center for Disease Control (CDC) mit 38%, nationalen Konferenzen (14%), Netzwerktreffen und Mund-zu-Mund-Propaganda (10%) und der Website STDPventionOnline.org (7%). Gleichzeitig wurde festgestellt, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Nutzung der drei letztgenannten Quellen und dem Wissen über das Kit-Angebot bestand. Umgekehrt gab es eine signifikante negative Korrelation zwischen der Nutzung öffentlicher Gesundheitsdepartments als Informationsquelle und dem Wissen über die Safe-in-the-City-Intervention. In der Befragung wurde außerdem ermittelt, welche Bedenken von den KlinikleiterInnen (welche das Kit noch nicht bestellt hatten) hinsichtlich des Videos geäußert wurden bzw. welche Gründe dagegensprachen, das Video zu zeigen. Am häufigsten wurde angegeben, dass ein geteilter Wartebereich vorliegt (41%), und die Inhalte so etwa auch Kinder oder PatientInnen, die nicht zur STD-Risikogruppe gehören sehen würden. An zweiter Stelle folgten Bedenken hinsichtlich der Relevanz und Eignung (39%), so wurden beispielsweise sprachliche Barrieren (spanischsprechende PatientInnen) sowie niedrige Gesundheitskompetenz angeführt. An dritter Stelle (24%) folgten Mangel an Ausstattung (Fernseher, DVD-Player) bzw. damit verbundene Kosten. In ihrem Fazit betonen die AutorInnen, dass in der Verbreitung derartiger Maßnahmen offensichtlich der interpersonellen Kommunikation ein wichtiger Stellenwert beigemessen werden sollte (sowie der Verbreitung von Informationen an MeinungsführerInnen). Die Herausforderung geteilter Wartebereiche bedürfe alternativer Lösungen, die Bedenken hinsichtlich der Ausstattung interpretieren die AutorInnen (unter Anbetracht der immer geringeren Kosten für derartiges Equipment) eher als organisatorische denn als finanzielle Hürde. [49]

Ebenfalls im Rahmen der Safe-in-the-City-Studie [29] wurde eine Kostenanalyse der Video-Intervention durchgeführt und publiziert [50]. Ziel war es, herauszufinden, inwieweit derartige Interventionen bzw. Videoproduktionen für die KonsumentInnen (Praxen etc.) leistbar gestaltet werden können, und damit als realistische

Maßnahme umsetzbar sind. Für die Analyse wurden sämtliche Produktionskosten (Videoproduktion und -postproduktion inklusive sämtlicher Arbeitsstunden, Reisekosten etc., Fokusgruppen zur Inhaltsoptimierung, DVD-Herstellungskosten...) sowie Betriebskosten (Hardware vor Ort, Personalkosten zur Bedienung des Equipments) eingerechnet, jeweils bezogen auf die Interventionsdauer der Studie (21 Monate) [Anm.: Die Kosten beziehen sich auf die Studie, welche von Dezember 2003 bis August 2005 durchgeführt wurde. Wechselkurs zu Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit 1 \$ = 0,91 Euro [51]]. Die Produktionskosten beliefen sich auf 416.966 US-Dollar, wobei 1650 DVD-Kits zur Verbreitung erstellt wurden, mit dem Ziel diese an 1650 Kliniken/Praxen auszugeben. Damit beliefen sich die Kosten pro Kit auf etwa 253 \$. Zusammen mit den Betriebskosten ergaben sich so Ausgaben von 2952 \$ pro Klinik (bei einer Gesamtzahl von 1650 teilnehmenden Kliniken), bezogen auf die Einsatzdauer von 21 Monaten. Bezogen auf die PatientInnen-Anzahl (19.073) der drei an der ursprünglichen Studie teilnehmenden Kliniken entspricht das Kosten von 0,46 \$ pro PatientIn. Korrigiert man die Kosten um die Tatsache, dass das Video im Rahmen der Studie wechselnd abgespielt und (gleich oft) nicht abgespielt wurde (Kontrolle), ergeben sich jährliche Kosten von 2036 \$ pro Klinik bei kontinuierlichem Abspielen des Videos (Berechnung basierend auf einer 21-monatigen Einsatzzeit). Insgesamt erscheinen diese Kosten also durchaus erschwinglich für einzelne Kliniken/Praxen, allerdings betonen die AutorInnen, dass die Leistbarkeit stets davon abhängt, wie viele Kliniken/Praxen letztendlich ein derartiges Angebot nutzen. Gleichzeitig ist es relevant, inwiefern es sich etwa beim Publikum um eine STD-Risikogruppe handelt, da ein Benefit vor allem dann erzielt werden kann, wenn der Investition ein entsprechender Effekt (im Sinne von sinkenden Gesundheitskosten durch sinkende Infektionszahlen) gegenübersteht. Das Fazit der AutorInnen hinsichtlich der Leistbarkeit derartiger Video-Interventionen fällt positiv aus, es handle sich um eine Maßnahme, die Potential hat, flächendeckend eingesetzt zu werden. [50]

In einer weiteren Publikation [52] von 2016 wurde untersucht, wie MitarbeiterInnen (ärztliches Personal sowie Pflege und andere Gesundheitsberufe) aus dem Primärversorgungsbereich Angebote im Wartezimmer beurteilen und wo ihrer Meinung nach Verbesserungspotential gegeben ist. Dazu wurden insgesamt 147 Personen (davon 44% examinierte Pflegekräfte, 29% ÄrztInnen) im

Versorgungsgebiet nördlich von Boston (USA) mithilfe einer Online-Umfrage befragt. Der erste Teil der Umfrage erfragte die Einschätzung der TeilnehmerInnen zum Ist-Zustand (Wie lange müssen PatientInnen warten? Was machen PatientInnen in dieser Zeit? Welche Materialien gibt es in Wartebereichen? Wie oft wird auf die Materialien verwiesen? Hat der Wartebereich einen gesundheitsförderlichen Wert für PatientInnen? Hinsichtlich welcher Themen werden PatientInnen am häufigsten „unterrichtet“?), der zweite Teil beinhaltete Fragen dazu, wie Wartebereiche nach Meinung der Befragten gestaltet sein sollten (Welche Art Informationen sollte angeboten werden? Wie sollten Informationen aufbereitet/angeboten werden? Welcher Anteil der PatientInnen könnte mit einer audiovisuellen Präsentation auf einem Tablet zurechtkommen?). Es zeigte sich, dass 22% aller Befragten keine im Wartezimmer verfügbaren gesundheitsförderlichen Ressourcen anführen konnten, am häufigsten wurden Broschüren genannt (26%), Screens oder Monitore wurden von 20% angeführt. Die Ergebnisse der frei beantwortbaren Frage wurden in einer Word-Cloud-Grafik zusammengefasst (siehe Abbildung 9, S. 38). 78% aller Befragten gaben an, PatientInnen nie auf die vorhandenen Materialien hinzuweisen, nur sehr wenige (1%) gaben an, mehrmals pro Tag PatientInnen darauf aufmerksam zu machen (siehe Abbildung 10, S. 38). Gleichzeitig empfanden 71% der TeilnehmerInnen die angebotenen Informationen als wenig bis gar nicht wertvoll für PatientInnen. Die am häufigsten angeführten Themen, über die die Befragten die PatientInnen persönlich „unterrichten“, umfassten Ernährung/Bewegung (40%), Anwendung und Nebenwirkung von Medikamenten (25%) sowie Diabetes (24%). Bezüglich der optimalen Aufbereitung von Informationen wurden audio-/visuelle Methoden von 45% der Befragten vorgeschlagen, 15% sprachen sich für Printmethoden (Poster, Broschüre) aus und nur 3% für direkte persönliche Kommunikation. Zusätzlich wurden Hindernisse für das Einführen von wertvollen Gesundheitsinformationen erfasst: Neben zahlreich angeführten organisatorischen/administrativen Herausforderungen, wenn es darum geht Gesundheitsinformationen verfügbar zu machen, verwiesen 11% auf Schwierigkeiten aufgrund von sprachlichen Barrieren bzw. heterogenen Levels an Gesundheitskompetenz. In ihrem Fazit schließen die AutorInnen, dass Wartebereiche von den Befragten derzeit nicht als Quelle für gesundheitsförderliche Interventionen wahrgenommen wird. Gleichzeitig empfehlen viele den Einsatz neuer Technologien, um diese Situationen zu ändern. Die

3.2 Forschungsfrage 2-4

Die nachfolgenden Unterkapitel umfassen die Ergebnisse aus den Telefoninterviews mit den allgemeinmedizinischen Praxen der Steiermark, sowie die Angaben der kommerziellen Wartezimmer-TV-Anbieter im schriftlichen Interview. Damit sollen die Forschungsfragen 2 bis 4 beantwortet werden.

3.2.1 Charakteristika der Praxen

Insgesamt nahmen 200 Praxen an der Befragung teil. Diese verteilten sich wie folgt auf die steirischen Bezirke: Graz (33 % = 66), Graz-Umgebung (8,5 % = 17), Hartberg-Fürstenfeld (7 % = 14), Leoben (6,5 % = 13), Liezen (6 % = 12), Murtal (6 % = 12), Weiz (6 % = 12), Südoststeiermark (5,5 % = 11), Deutschlandsberg (5,0 % = 10), Leibnitz (4,5 % = 9), Voitsberg (4,5 % = 9), Bruck-Mürzzuschlag (4,0 % = 8) und Murau (3,5 % = 7) (siehe Abbildung 11). Zum Vergleich die Verteilung aller 1280 AllgemeinmedizinerInnen der Steiermark auf die einzelnen Bezirke: Graz 32,3 %, Graz-Umgebung 11,9 %, Hartberg-Fürstenfeld 6,4 %, Leoben 4,4 %, Liezen 5,8 %, Murtal 4,5 %, Weiz 5,9 %, Südoststeiermark 5,0 %, Deutschlandsberg 4,8 %, Leibnitz 6,3 %, Voitsberg 4,1 %, Bruck-Mürzzuschlag 6,3 %, Murau 2,3 %.

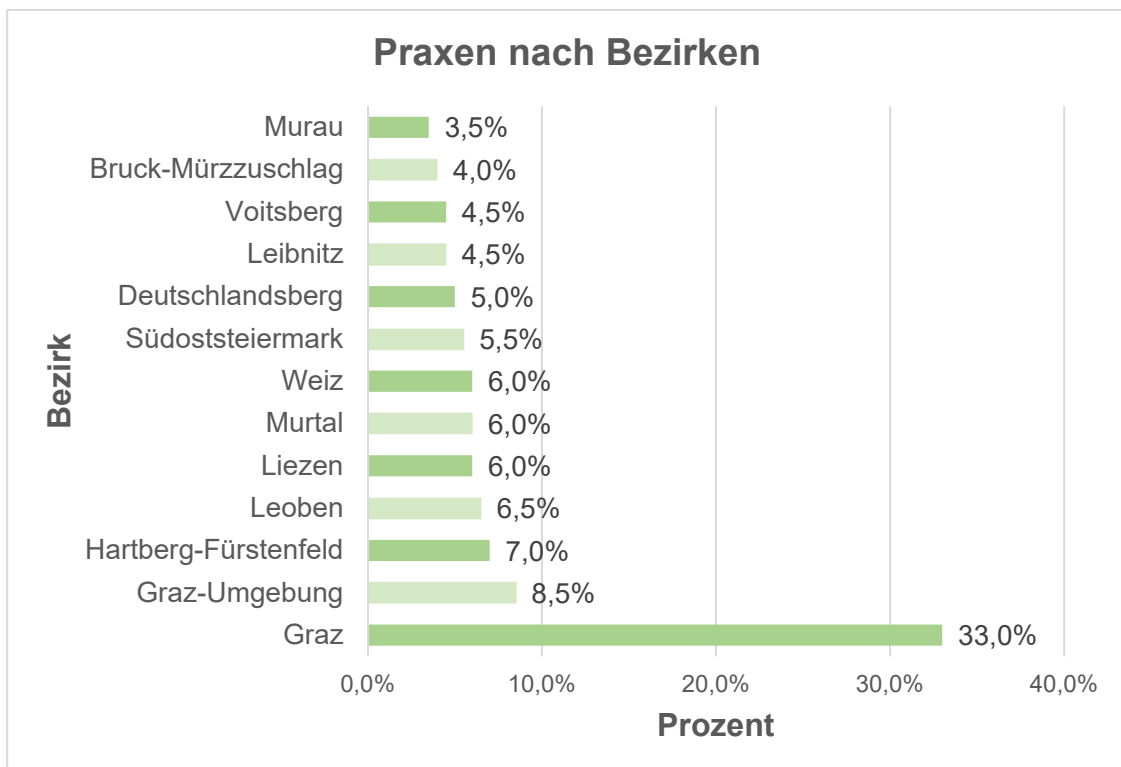


Abbildung 11: Verteilung der befragten Praxen auf die steirischen Bezirke

Von diesen Praxen waren 54 % (108) Praxen mit Kassenvertrag. Davon hatten wiederum 85,2 % (92) Verträge mit GKK und BVA und anderen Kassen; 13,9 % (15) hatten lediglich Verträge mit „kleinen“ Kassen (SVA, KFAG, VAEB...). Bei 92 Praxen (46 %) handelte es sich um wahl- und privatärztliche Praxen (siehe Abbildung 12). Die durchschnittliche Dauer des Praxisbestehens lag bei 13,07 Jahren (Standardabweichung 10,911).

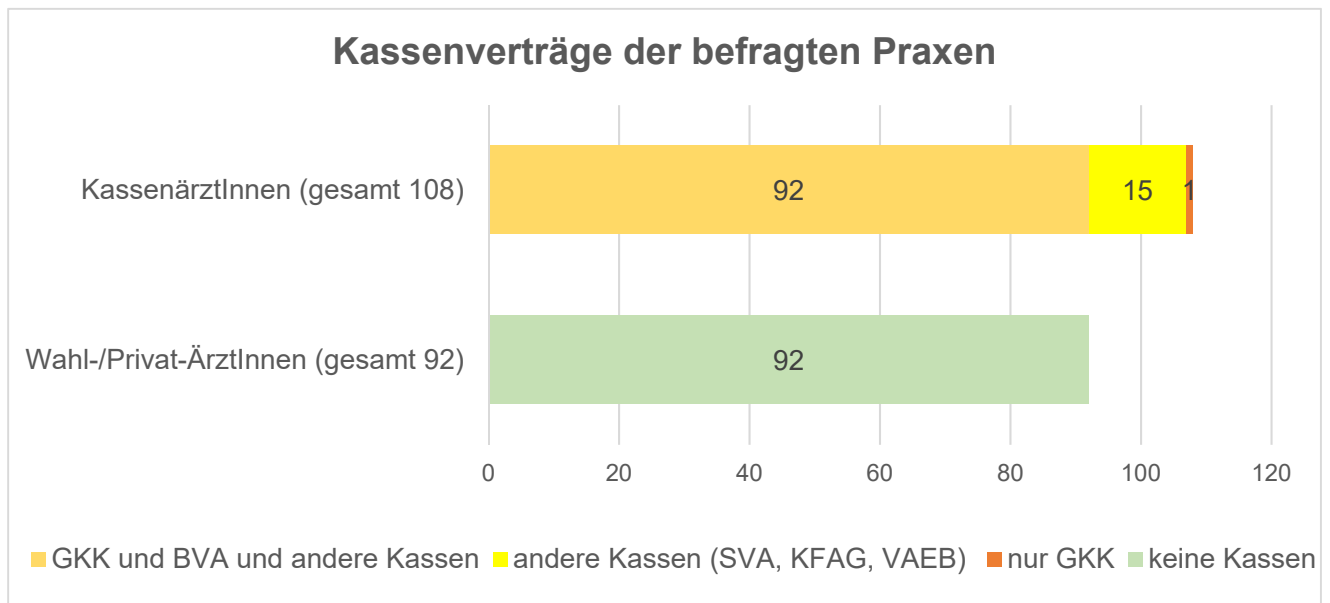


Abbildung 12: Kassenverträge der befragten Praxen

In den meisten Praxen (53,3 %) warten die PatientInnen 0-15 Minuten im Wartezimmer (siehe Abbildung 13). In Privat-/Kassenpraxen liegt die Wartezeit in 82,6 % der Fälle in der Kategorie 0-15 Minuten, für Kassenpraxen ist die meistgenannte Wartezeit 16-30 Minuten (36,2 %). Die durchschnittliche Wartezeit beträgt 23,49 Minuten (Std.Abw. 21,625) für alle befragten Praxen. Die durchschnittliche Wartezeit beträgt 33,5 Minuten für Praxen mit Vertrag (Std.Abw.

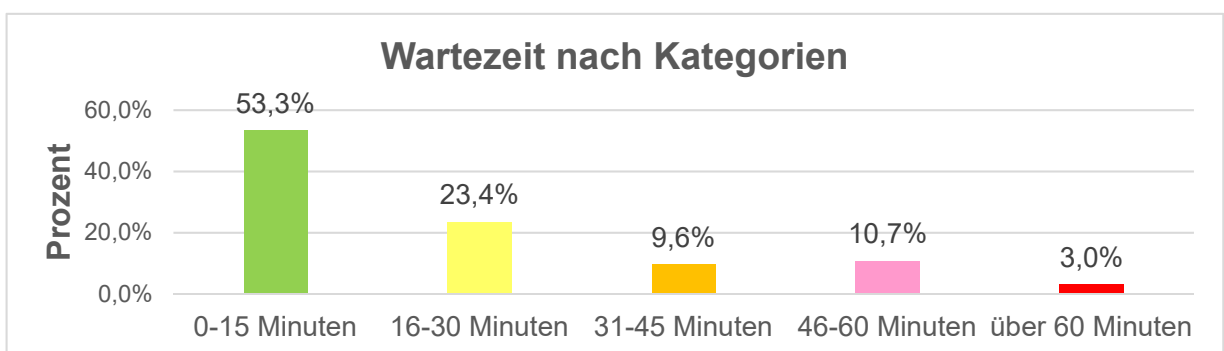


Abbildung 13: Wartezeit in allen befragten Praxen, eingeteilt nach Kategorien

22,819). Für jene Praxen, die einen Vertrag mit den „großen“ Kassen haben (GKK/BVA) liegt die Wartezeit bei 37,21 Minuten (Std.Abw. 21,900). In Praxen ohne Kassenvertrag warten die PatientInnen durchschnittlich 12,08 Minuten (Std.Abw. 12,843) (siehe Abbildung 14).

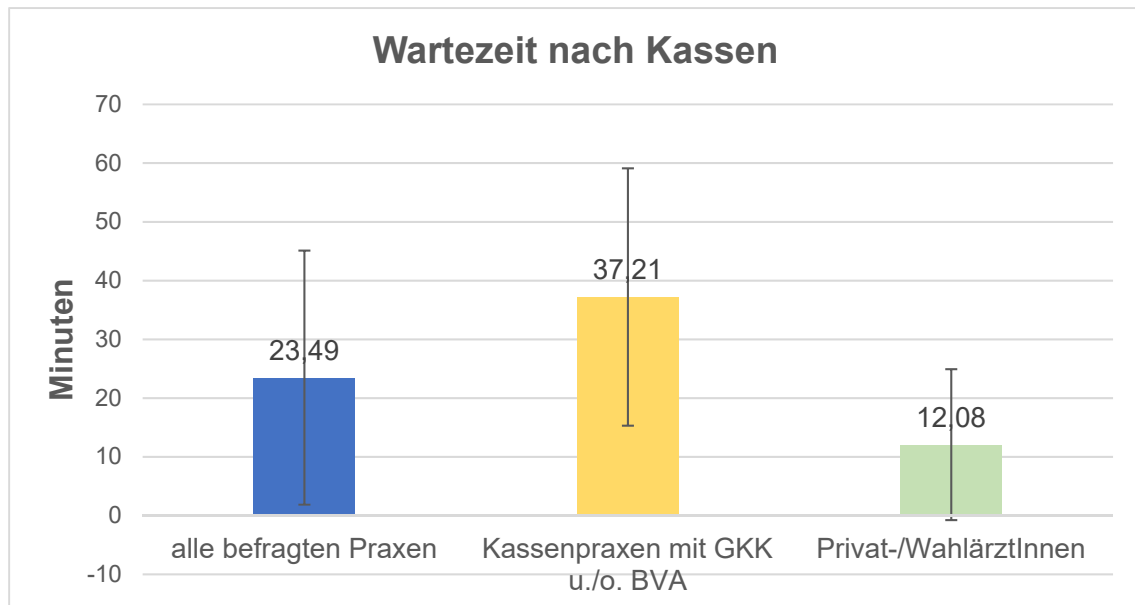


Abbildung 14: Durchschnittliche Wartezeit nach Kassenverträgen (inkl. Standardabweichung)

Die praxisführenden ÄrztInnen waren zu 52 % weiblich (104) und zu 48 % männlich (96). Neben ihrer Tätigkeit als AllgemeinmedizinerIn wiesen 18 % (32) eine zusätzliche Fachspezialisierung auf. Am stärksten vertreten war die Altersgruppe der 41-bis 50-Jährigen (32,5 %), gefolgt von den 51-bis 60-Jährigen (30,0 %) und den ÄrztInnen über 60 (24,0 %) (siehe Abbildung 15).

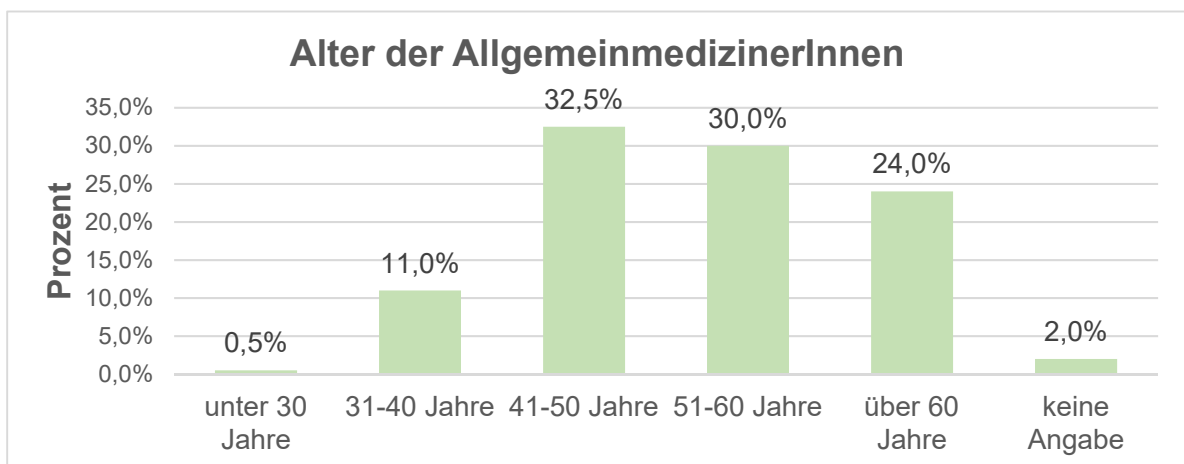


Abbildung 15: Alter der praxisführenden AllgemeinmedizinerInnen nach Kategorien

3.2.2 Praxen mit Monitor

Von allen befragten Praxen haben 17 % (34) einen Fernseh-Bildschirm/Monitor im Wartebereich. Der Anteil an Praxen variiert je nach Bezirk, so wiesen in Hartberg-Fürstenfeld 6 von 14 befragten Praxen (42,9 %) eine Ausstattung mit Monitor im Wartebereich auf, während in Graz-Umgebung nur eine der 17 befragten Praxen (5,9 %) mit Monitor ausgestattet ist (siehe Abbildung 16).

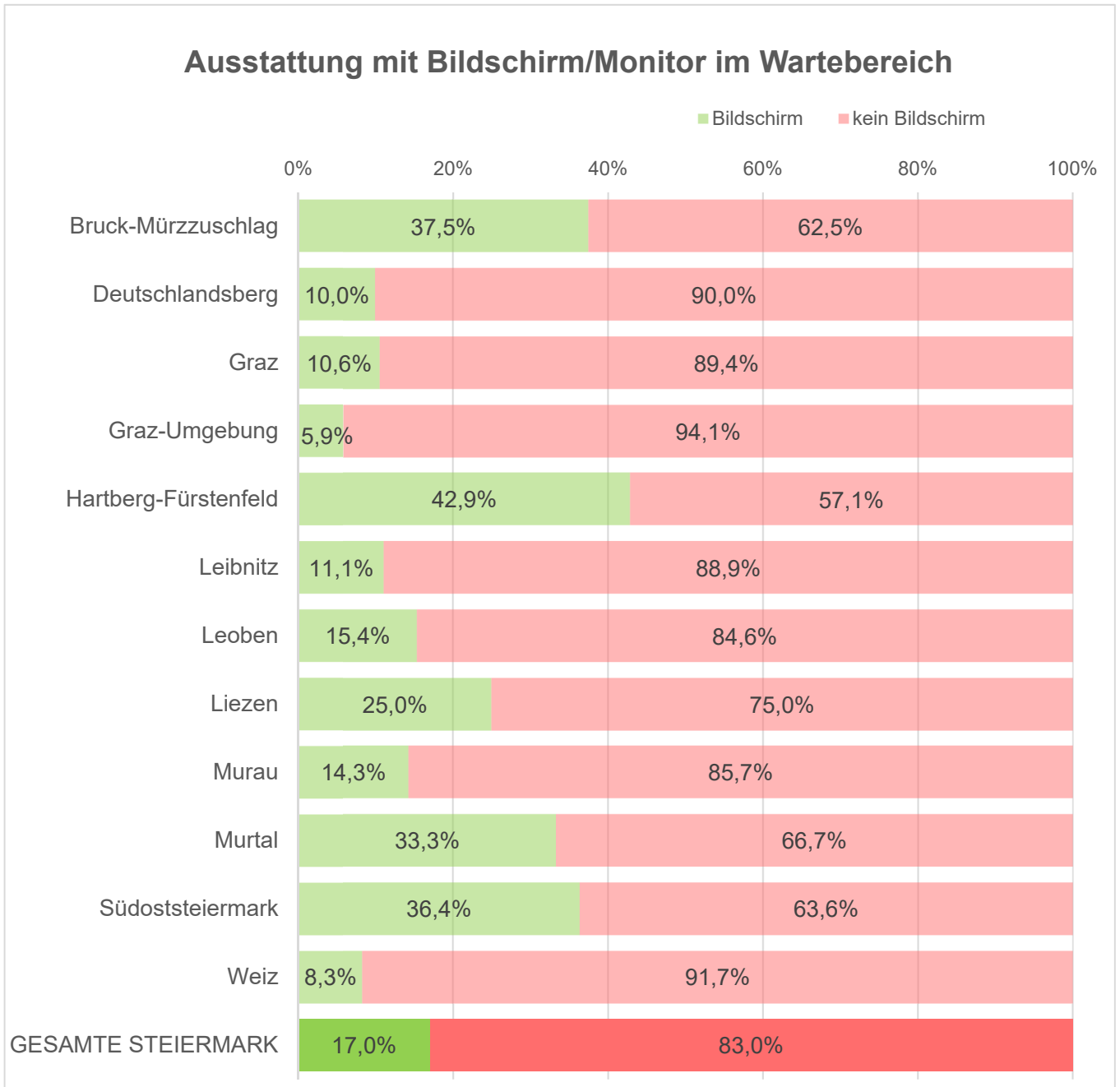


Abbildung 16: Ausstattung mit Bildschirmen im Wartebereich, nach Bezirken und gesamt

Jene Praxen, die einen Monitor im Wartebereich haben, sind zu 85,3 % Kassenpraxen (76,5 % der Praxen mit Bildschirm haben einen GKK-Vertrag), bei 5 Praxen (14,7 %) handelt es sich um Privat-/WahlärztInnen. Insgesamt sind bei den Praxen mit Kassenvertrag 26,9 % mit Monitor ausgestattet, Privat-/Wahlpraxen haben in 5,4 % einen Monitor im Wartebereich (siehe Abbildung 17).

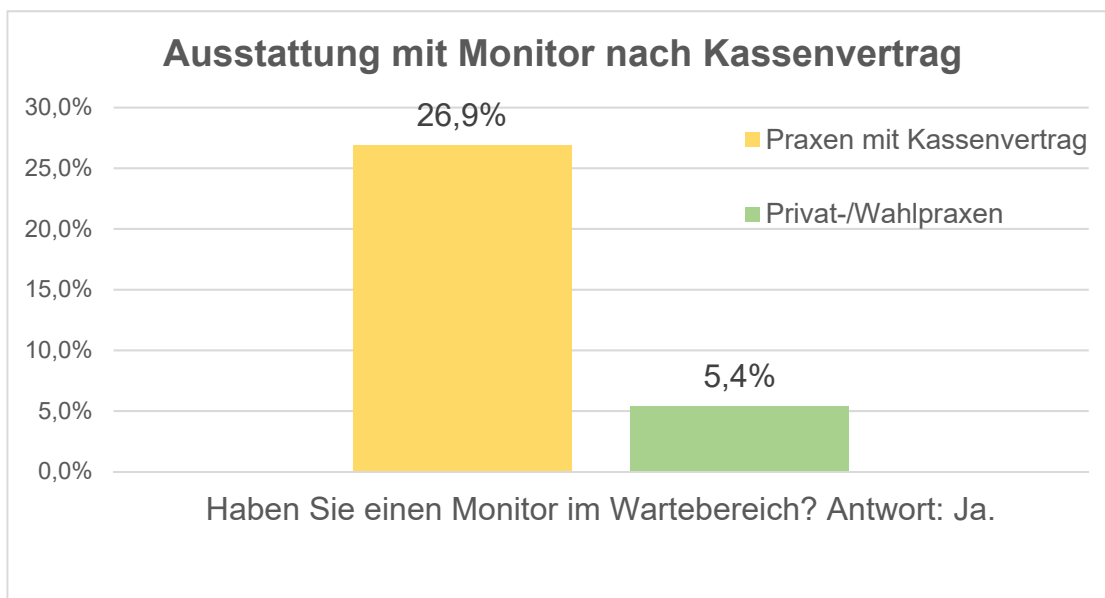


Abbildung 17: Anteil der Praxen mit Monitor unterteilt in Kassen- sowie Privat-/Wahlpraxen

Das durchschnittliche Praxisbestehen der Praxen mit Monitor im Wartebereich liegt bei 13,38 Jahren (Standardabweichung 11,426), die durchschnittliche Wartezeit beträgt 36,69 Minuten (Standardabweichung 24,255), wobei die am häufigsten genannte Wartezeit 16 bis 30 Minuten beträgt (43,8%) (siehe Abbildung 18).

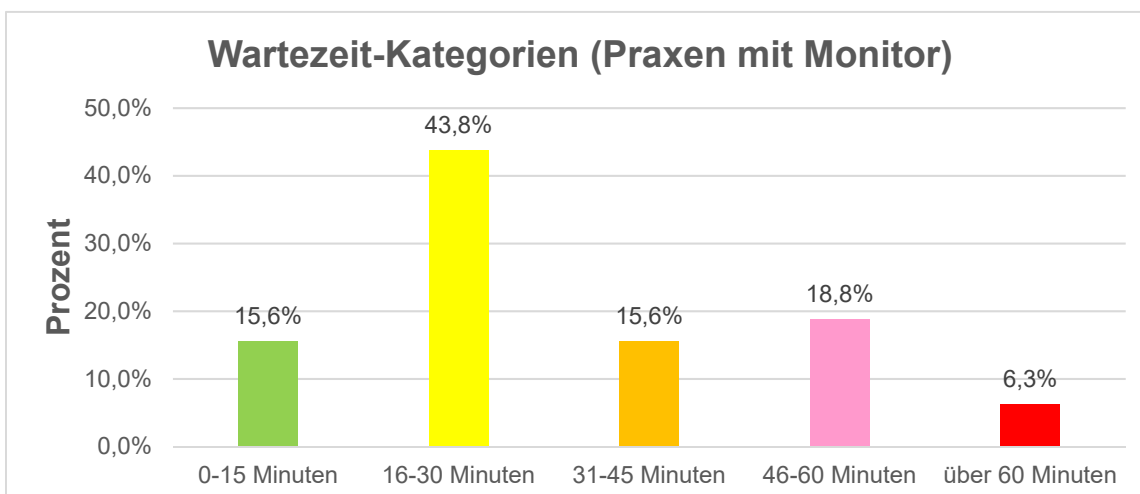


Abbildung 18: Wartezeit für PatientInnen in allen Praxen mit Monitor, eingeteilt nach Kategorien

Sortiert nach Wartezeit-Kategorien besitzen von den Praxen mit einer Wartezeit von 0 bis 15 Minuten 4,8 % (5 von 105) einen Monitor, während jene Praxen, die eine Wartezeit von über 60 Minuten haben, in 33,3 % (2 von 6 Praxen) mit Monitor ausgestattet sind (siehe Abbildung 19). Jene Praxen, die einen Monitor besitzen, haben diesen in den meisten Fällen (41,2 %) bereits vor fünf Jahren oder davor angeschafft (siehe Abbildung 20).

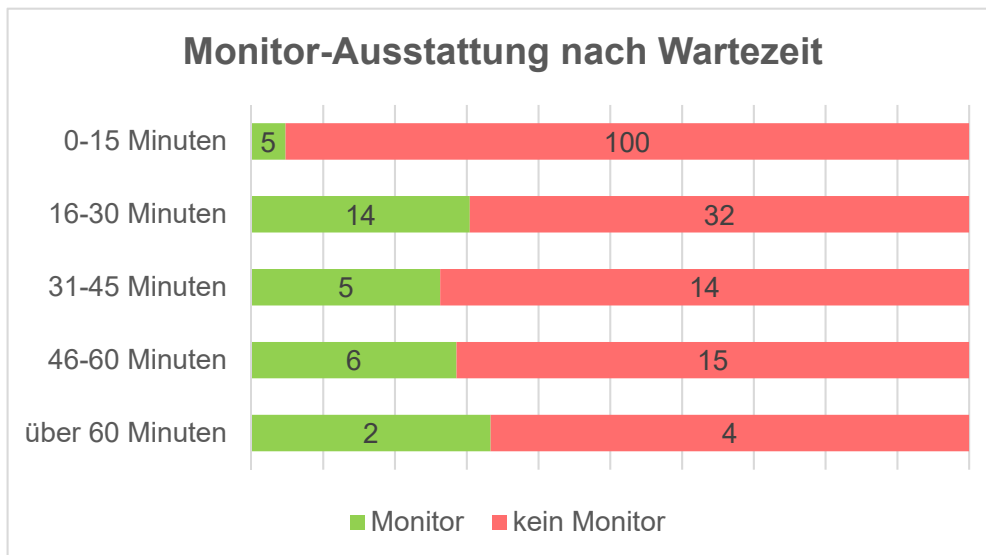


Abbildung 19: Ausstattung mit Monitor nach Wartezeit-Kategorien (Praxenanzahl)

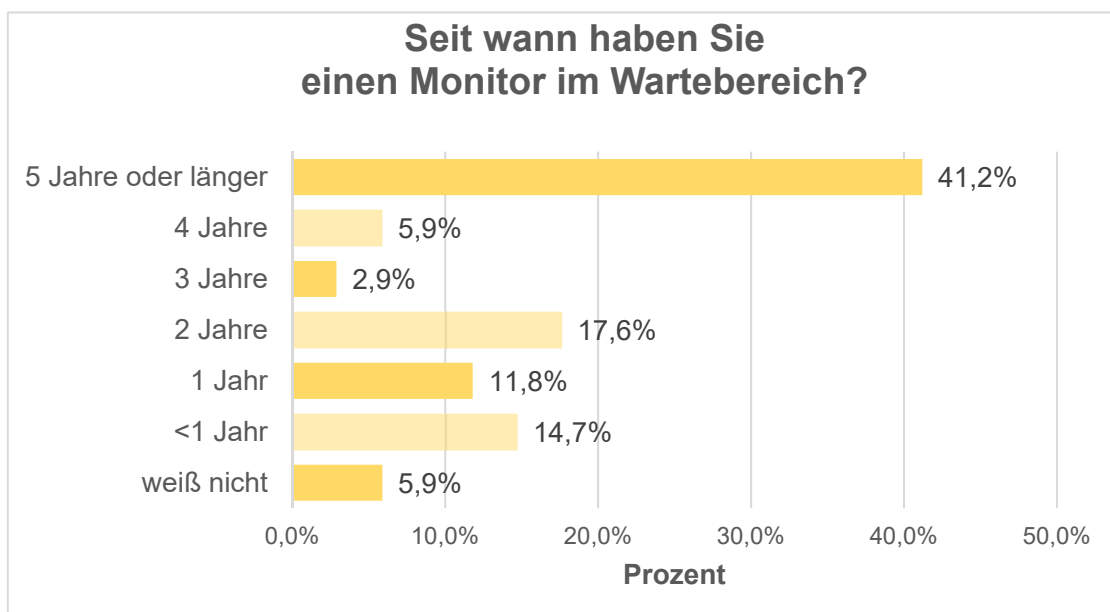


Abbildung 20: Seit wann haben Sie einen Monitor im Wartebereich?

Bei jenen Praxen, die einen Monitor im Wartebereich haben, sind die praxisführenden ÄrztInnen zu 64,7 % (22) männlich und zu 35,3 % (12) weiblich. 17,6 % (6) weisen eine zusätzliche Fachspezialisierung auf, die größte Altersgruppe stellen die 41-50-Jährigen (35,3%) dar (siehe Abbildung 21).

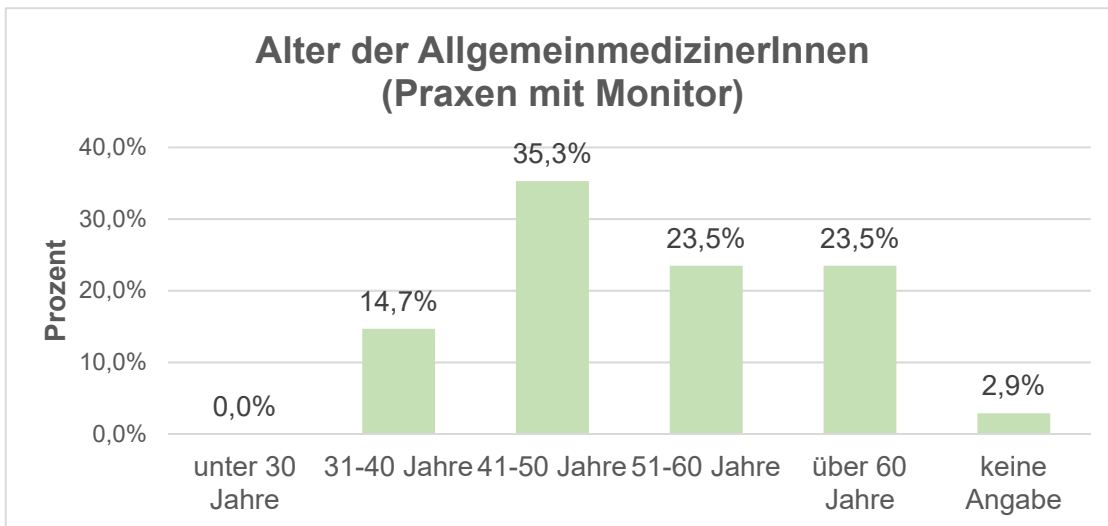


Abbildung 21: Alter der praxisführenden AllgemeinmedizinerInnen (Praxen mit Monitor) nach Kategorien

3.2.3 Gestaltung des Inhaltes/Verantwortung

Von 34 Praxen mit Wartezimmer-Monitor zeigen vier Praxen ein Standard-Fernsehprogramm (siehe Kapitel 3.2.4, Gezeigte Inhalte). In zwei dieser Praxen wählen die Angestellten das jeweilige Fernsehprogramm aus, in den andere beiden die PatientInnen (Fernbedienung).

Die übrigen 30 Praxen zeigen ein spezielles Wartezimmer-Programmen. Hier gaben 19 Praxen (63,3 %) an, dass eine externe Firma für den Inhalt verantwortlich, bzw. mitverantwortlich ist (siehe Abbildung 22): In 10 Fällen bestimmen Arzt/Ärztin *und* Firma den Inhalt, in 6 Praxen wird der Inhalt ausschließlich von der externen Firma festgelegt, in 3 Praxen legen die Angestellten in Zusammenarbeit mit der externen Firma den Inhalt fest. 11 Praxen (36,7 %) gestalten den Inhalt ihres Wartezimmer-Programms selbst, wobei die Gestaltung in 4 Praxen in Zusammenarbeit zwischen Arzt/Ärztin und Angestellten erfolgt, in 6 Praxen wird der Inhalt nur von den ÄrztInnen festgelegt, in einer Praxis wird der Inhalt ausschließlich von den Angestellten gestaltet (siehe Abbildungen 24 und 25).

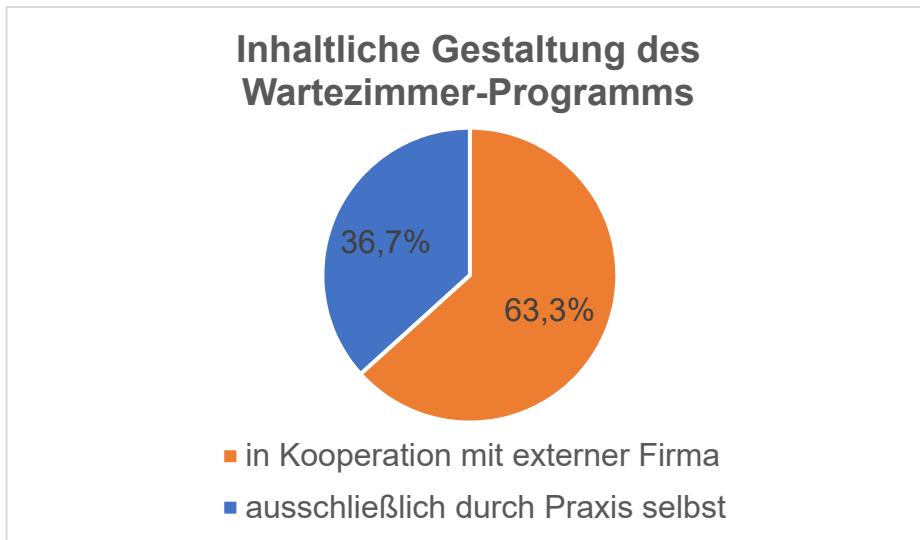


Abbildung 22: Verantwortung für die inhaltliche Gestaltung der Wartezimmer-Programme

Die genannten Firmen bzw. Anbieter, welche von den Praxen zur Kooperation bei der Gestaltung des Wartezimmer-Fernsehen herangezogen werden, sind in Abbildung 23 aufgelistet.

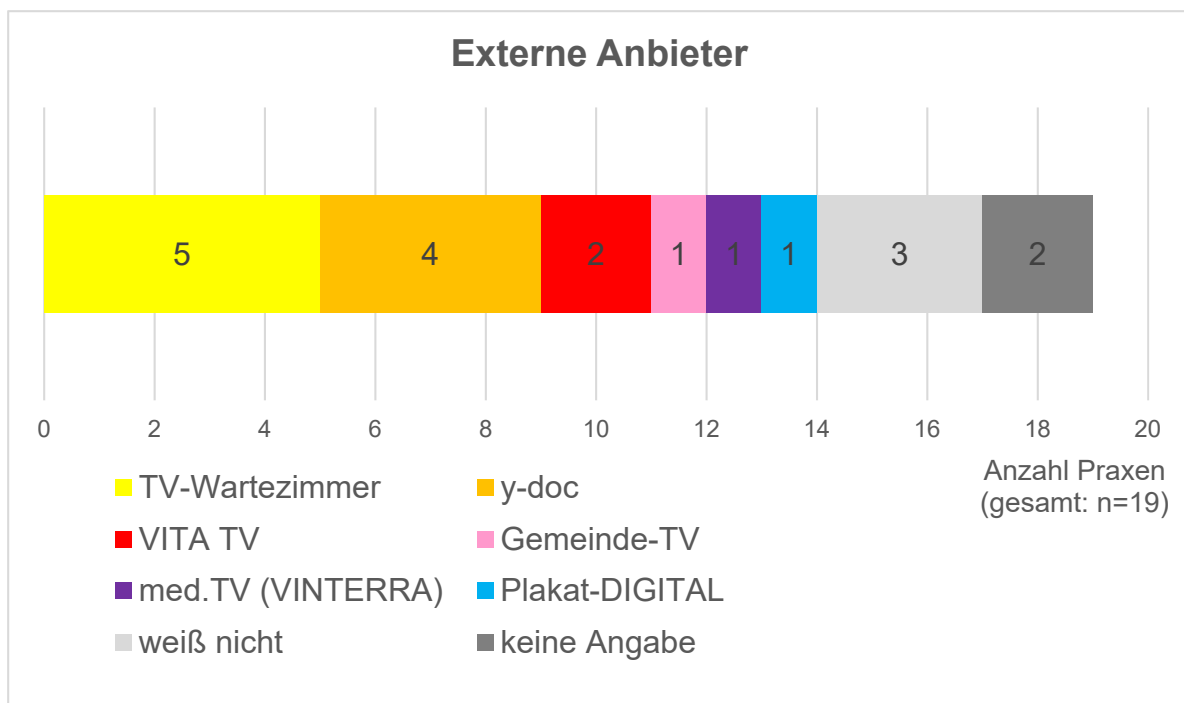


Abbildung 23: Externe Anbieter für Wartezimmer-Programme, die von den befragten Praxen genutzt werden

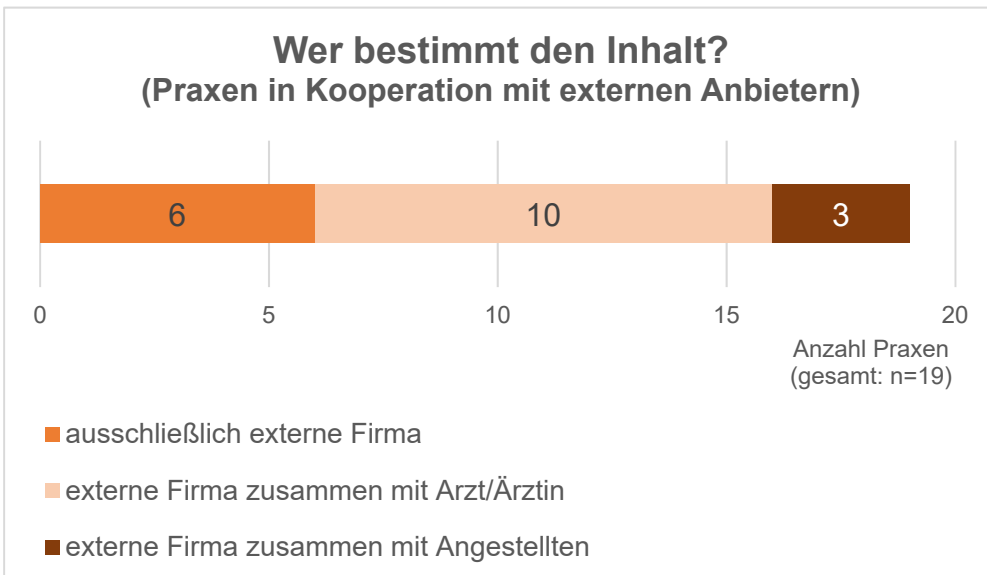


Abbildung 24: Inhaltliche Verantwortung für das Wartezimmer-Programm bei Praxen mit externen Firmen als Kooperationspartnern



Abbildung 25: Inhaltliche Verantwortung für das Wartezimmer-Programm bei Praxen mit selbst gestaltetem Programm

3.2.4 Gezeigte Inhalte auf Wartezimmer-Monitoren

Von jenen 34 Praxen (17 % der Stichprobe) welche über einen Monitor im Wartebereich verfügen, zeigen 30 (88,2 %) ein spezielles Wartezimmer-Programm. Die übrigen 4 Praxen (11,8%) zeigen ein Standard-Fernsehprogramm (Unterhaltung, Nachrichten; z.B. ORF 1) (siehe Abbildung 26).

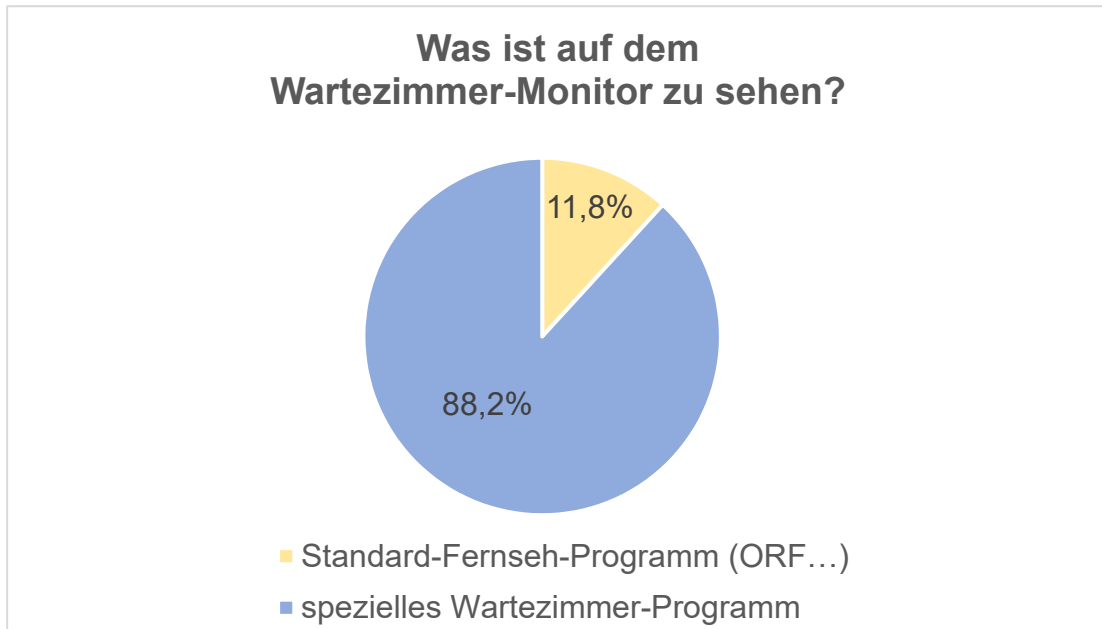


Abbildung 26: Programm, welches auf Wartezimmer-Monitoren läuft

Für die weitere Analyse der gezeigten Inhalte wurden nur jene 30 Praxen herangezogen, welche in ihrem Wartebereich ein spezielles Wartezimmer-Programm zeigen (jene mit einem Standard-Fernsehprogramm wie z.B. ORF wurden ausgeschlossen). Die meisten Wartezimmer-Programme (76,7 %) zeigen organisatorische Hinweise zur Praxis, wie z. B. Öffnungszeiten, Teammitglieder, Urlaubsvertretungen etc. Werbung bzw. Informationen über Gesundheitsleistungen finden sich in 60 % aller Wartezimmer-Programme, Information und Aufklärung über gesunden Lebensstil in 43,3% und über Erkrankungen in 40 %. Nicht-gesundheitsbezogene Werbung wird in 23,3 % gezeigt. 40% der Programme beinhalten „Sonstiges“, genannt wurden dazu Informationen aus der Gemeinde, Stimmungsbilder und Fotoserien, Informationen der Krankenkassen sowie Comics (siehe Abbildung 27).

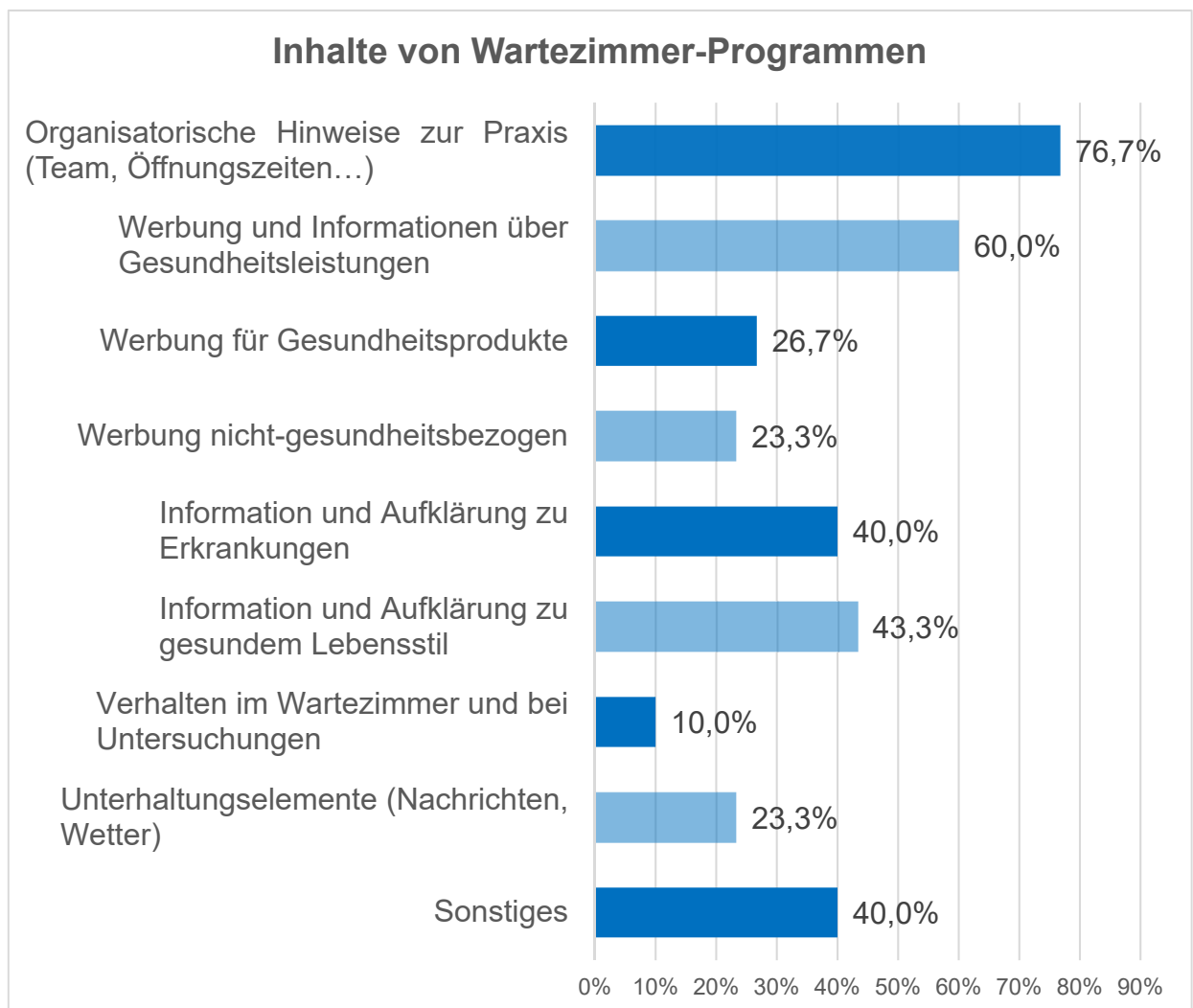


Abbildung 27: Welche Inhalte werden im Wartezimmer-Programm gezeigt?

In den gezeigten Inhalten unterscheiden sich die von Firmen (mit)gestalteten Wartezimmer-Programme von jenen, die von den Praxen selbst gestaltet werden. So zeigt etwa keine der Praxen, in denen ausschließlich die Praxis für die Gestaltung des Wartezimmer-Programms zuständig ist, Werbung für Gesundheitsprodukte oder nicht-gesundheitsbezogene Werbung (gegenüber 42,1% bzw. 36,8 % in der anderen Gruppe). Weiters werden die Monitore hier vermehrt für organisatorische Hinweise genutzt (90,9% vs. 68,4 %). Im Fall der selbstgestalteten Programme wurde außerdem häufiger der Programmpunkt



Abbildung 28: Unterschiede in den Inhalten des Wartezimmer-Programms, abhängig von der Inhaltsverantwortung (Praxis vs. Firma)

„Sonstiges“ angegeben (63,6 % vs. 26,3 %) (siehe Abbildung 28). Jene Programme, die von externen Firmen (mit)gestaltet werden, enthalten eher Informationen zu Erkrankungen (47,4 %) und gesundem Lebensstil (47,4 %) als Wartezimmer-Programme, die von den Praxen selbst gestaltet wurden (27,3 % bzw. 36,4 %).

3.2.5 Auswirkung von Wartezimmer-Programmen

Abschließend wurde erörtert, inwiefern sich die Installation des Monitors bzw. des Wartezimmer-Programmes auf die PatientInnen bzw. die Praxis ausgewirkt hat. Die Frage „Hat sich in der Praxis etwas geändert, seitdem Sie den Monitor haben?“ wurde von 3 der 30 Praxen mit Wartezimmer-Programm mit „Ja“ beantwortet (demgegenüber 16 Mal „Nein“, 7 Mal „nicht anwendbar“ da der Monitor bereits seit Praxis-Start existiert oder erst sehr kurz vor der Befragung angeschafft wurde, 4 Mal „keine Angabe“). Hinsichtlich der Veränderung meldeten 2 Praxen, dass die PatientInnen ruhiger und die Geräuschkulisse geringer sind, eine Praxis erwähnte, dass die PatientInnen nun besser über Urlaube etc. Bescheid wissen. Die Frage „Gibt es Rückmeldungen der PatientInnen zum Monitor/zum Inhalt?“ wurde von 14 der 30 Praxen mit „Ja“ beantwortet (14 „Nein“, 2 „keine Angabe“). Die Rückmeldungen sind „positiv“ (2 Praxen), die PatientInnen finden die Inhalte „interessant/informativ“ (3 Praxen), es gibt „Rückfragen zu Therapien/Produkten/praxisbezogenen Angeboten“ (5 Praxen), PatientInnen „möchten die im Programm genannten Angebote nutzen“ (1 Praxis), PatientInnen „möchten lieber ein „normales“ TV-Programm sehen“ (1 Praxis) und fühlen sich „durch TV-Lärm gestört“ (1 Praxis).

3.2.6 Kommerzielle Anbieter von Wartezimmer-Fernsehen in der Steiermark

Viele AllgemeinmedizinerInnen (aber auch niedergelassenen ÄrztInnen anderer Fachbereiche sowie Kliniken und Gemeinschaftspraxen) greifen auf kommerzielle Anbieter zurück, um in ihren Praxen Wartezimmer-Monitore zur Verfügung zu stellen (siehe Kapitel 3.2.3). Die Vorteile liegen auf der Hand: Der Anbieter kümmert sich zumeist um Installation und Wartung und liefert gleichzeitig auch „passende“ Inhalte. Diese Lösung ist bequem, verursacht andererseits aber auch Kosten. Weiterer bedeutender Nachteil: Der Inhalt kann von der Praxis zumeist nur

eingeschränkt mitgestaltet und Werbung für unterschiedliche Produkte und Dienstleistungen muss akzeptiert werden.

Die drei in den Telefoninterviews von steirischen Praxen am häufigsten genannten externen Anbieter sind „y-doc“, „TV-Wartezimmer“ und „VITA TV“ (siehe Kapitel 3.2.4). Im Rahmen der Recherche wurden alle drei dieser Anbieter kontaktiert, um das Standard-Angebot näher zu beleuchten sowie genaue Angaben zur KundInnen-Anzahl hinsichtlich steirischer allgemeinmedizinischer Praxen zu erhalten. Beide zuständigen Ansprechpersonen von „y-doc“ sowie von „TV-Wartezimmer“ waren umgehend zu einem Interview mittels Mail-Korrespondenz bereit. Nach Mail-Anfrage an die angegebenen Kontaktadresse von „VITA TV“ erfolgte keine Rückmeldung, allerdings wurde von Hrn. Spamer (Kontaktperson und Geschäftsführer von TV-Wartezimmer) erklärt, dass VITA TV mit 31.1.2019 vollständig von TV-Wartezimmer übernommen wurde.

3.2.6.1 Anbieter TV-Wartezimmer

Kontaktperson für die Befragung war Herr Markus Spamer, Geschäftsführer von TV-Wartezimmer. Die Rückmeldung erfolgte am 13. Februar 2019.

Das Unternehmen TV-Wartezimmer zählt zum Zeitpunkt der Befragung 88 steirischen Praxen zu seinem Kundenstock (entspricht 6,88% aller steirischen AllgemeinmedizinerInnen [12]), mit der Übernahme der (in den Telefoninterviews drittmeistgenannten) Vita Wartezimmerfernsehen GmbH sind es mittlerweile knapp über 100 Praxen. Inhaltlich besteht das angebotene Programm aus „Praxisinhalt“ einerseits und „Rahmenprogramm“ andererseits (die jeweilige Dauer der beiden Teile wurde in der Beantwortung nicht erörtert). Ersteren darf die Praxis zu 100% selbst bestimmen und dazu aus etwa 800 Informationsfilmen (welche in Zusammenarbeit mit Fachverbänden erstellt und auch juristisch geprüft werden) z. B. zu Themen wie Prävention, Migräne o. ä. wählen; weiters zählt dazu auch eine individuell kreierte Praxispräsentation (auch tagesaktuelle Informationen können eingespeist werden). Das „Rahmenprogramm“ beinhaltet Nachrichten-, Wetter-, Natur-, Tier- und ähnliche Beiträge, und Werbung (der Anbieter garantiert „unter 15% Fremdwerbung“). Auf das Rahmenprogramm kann die Praxis „[...] insofern Einfluss nehmen, als es einige Grundregeln nicht tangiert.“ So müssen Nachrichten, Wetter-, Tier- und Naturbeiträge enthalten sein, „[...] da diese Inhalte die meiste

Aufmerksamkeit erzielen und somit auch für den Arzt letztlich Erfolgsfaktor sind, damit „seine“ Inhalte auch gesehen werden.“ Den Werbeanteil kann die Praxis nicht beeinflussen, vonseiten des Unternehmens gibt es lediglich die Einschränkung, dass keine Einschaltungen zu „bekannt oder gefühlt“ Ungesundem gezeigt werden, weiters gilt „no sex, no crime“, ansonsten dürfen alle Unternehmen Werbung schalten die „[...] nicht im Widerspruch zu dem Thema Gesundheit stehen oder der besonderen Situation einer medizinischen Wartezone nicht gerecht werden.“ Für die Praxis belaufen sich die monatlichen Kosten auf 99 bis 139 Euro, enthalten sind dabei Hardware, Installation, Gestaltung und Wartung. Das Unternehmen steht der Kooperation mit medizinischen Institutionen (Universitäten, Forschungszentren...) positiv gegenüber: „[...] in Deutschland machen wir das seit rund 15 Jahren mit inzwischen über 100 solcher Kooperationspartner. Das werden wir auf Österreich übertragen“. [53]

3.2.6.2 Anbieter y-doc

Kontaktperson für die Befragung war Frau Yvonne Janos (Office Management) vom Unternehmen y-doc. Die Rückmeldung erfolgte am 06. Februar 2019.

Zum Zeitpunkt der Befragung nutzen 24 steirische AllgemeinmedizinerInnen das Angebot von y-doc (bezogen auf die Grundgesamtheit von 1280 AllgemeinmedizinerInnen [12] sind das 1,88%). Das Unternehmen fügte außerdem auch Nutzungszahlen zu den übrigen Bundesländern hinzu, interessant sind hier vor allem die Daten aus Wien: Die Wiener Ärztekammer (WÄK) führt seit Sommer 2016 eine Kooperation mit y-doc, wobei dabei durch die WÄK die Kosten (s.u.) für fünf Jahre für allgemeinmedizinische Praxen übernommen werden. Im Gegenzug erhält die WÄK Sendezeit auf den Screens zur Übermittlung „standespolitischer Informationen“. In Wien nutzen mittlerweile 179 allgemeinmedizinische Praxen y-doc, was bei einer Anzahl von 1910 niedergelassenen ÄrztInnen für Allgemeinmedizin in Wien (laut praxisplan.at, dem Suchportal der WÄK [54]) insgesamt 9,37 Prozent aller Praxen entspricht. Die Dauer der von y-doc gezeigten Programmschleife hängt von der durchschnittlichen Wartezeit ab: Diese dividiert durch 1,5 bis 2 ergibt die jeweilige Gesamtdauer von 14 bis 47 Minuten pro Durchlauf. Inhaltlich besteht die Programmschleife von y-doc aus einer individuellen Ordinationsvorstellung (2-30 Minuten), einem redaktionellen Teil (lt. y-doc „Awareness-Kampagnen“) mit max. 6 Minuten sowie klassischer Werbung (max. 6

Minuten) – in Wien außerdem 3 Minuten WÄK-Informationen. Bezüglich den zugelassenen Werbetreibenden gilt folgendes: „Grundsätzlich alle Unternehmen, von denen wir mit großer Wahrscheinlichkeit davon ausgehen können, dass Ärzte damit einverstanden sind und nicht am Wochenende unter der Handy-Nummer unseres Geschäftsführers protestieren.“ Aktualisiert werden die Inhalte meist etwa monatlich. Die Ordinationsvorstellung kann von der Praxis selbst gewählt werden, auf die übrigen Anteile haben die Praxen nur im Sinne eines „Veto-Rechts“ unter gewissen Umständen Einfluss. Gesundheits-/Krankheitsinformationen können im Rahmen der Werbeeinschaltungen enthalten sein, y-doc gestaltet selbst jedoch keinen derartigen Inhalt. Die Kosten belaufen sich je nach Variante auf 999 Euro plus 20% Umsatzsteuer (Offline-Variante mit Garantie für 36 Monate, Daten über Stick) bzw. 2499 Euro plus 20% Umsatzsteuer (Online-Variante mit Laufzeit 5 Jahre, ab dem 6. Jahr 199 Euro/Jahr, Datenübertragung über Internet). Hinsichtlich Kooperationen mit medizinischen Institutionen sagt y-doc: „Dieser Möglichkeit stehen wir sehr aufgeschlossen gegenüber und diese Möglichkeit besteht unter gewissen Umständen.“ [55]

4 Diskussion

4.1 Forschungsfrage 1

Die erste Forschungsfrage lautet: Können videobasierte Interventionen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz beitragen? Die dazu durchgeführte Literaturrecherche liefert hier positive bis durchwachsene Antworten. Die in den jeweiligen Studien untersuchten Interventionen unterscheiden sich zum Teil sehr stark voneinander, sowohl inhaltlich (Themen von Impfung über Krebs-Vorsorge, STD-Reduktion und Mundhygiene bis hin zu COPD-Therapie), in ihrer Gestaltung (mit bzw. ohne Ton, Animationen, ExpertInnen-Gespräche, szenische Darstellungen...) als auch in ihrer Art des Vorführ-Settings (im Wartezimmer, einzeln im Videoraum, begleitet von ärztlichen Anweisungen, im Krankenhaus, in der Praxis, im Gemeindezentrum...). Daher ist es nur schwer möglich, hinsichtlich dieser heterogenen Studienlage eine allgemeingültige Aussage über die Effektivität von videobasierten Interventionen zu treffen.

Nichtsdestotrotz wurde in einigen Reviews versucht, Erfolg und Misserfolg derartiger Interventionen zu analysieren. So wurde beispielsweise von Berkhout et al. ein positives Resümee hinsichtlich der Verbesserung des Gesundheitsverhaltens (festgestellt in 5 von 8 Publikationen) sowie des individuellen Wissensstandes (festgestellt in 4 von 5 Publikationen) für videogestützte Maßnahmen im Allgemeinen gezogen [20], gleichzeitig aber auf die dünne Datenlage verwiesen. Krouse et al. stellten in ihrem Review ebenfalls ein verbessertes Gesundheitsverhalten sowie außerdem positive Effekte im Sinne einer Unterstützung der PatientInnen im Entscheidungsprozess, einer Angstreduktion vor medizinischen Eingriffen und besserer Bewältigungsstrategien von PatientInnen fest [21]. Zu einem ähnlichen Ergebnis (verbessertes Gesundheitsverhalten in 10 von 20 untersuchten Studien) kommen auch Abu Abed et al., erweitern ihr Fazit aber außerdem um die Erkenntnis, dass videobasierte Informationen vor allem dann Erfolg versprechen, wenn eine praktische bzw. narrative Präsentationstechnik (mit „echten“ Menschen in Szenen bzw. Alltagssituationen) angewandt wird – von den 10 erfolgreichen Interventionen wurde in 7 Fällen diese Präsentationsform gewählt [22]. Tuong et al. [23] kommen in ihrem Review zu dem Schluss, dass der Erfolg einer videobasierten Intervention auch vom gewählten Themengebiet abhängt: Während Inhalte wie Brust-Selbstuntersuchung, HIV-Testung, Prostata-

Screening etc. gute Erfolge liefern können, scheinen Videointerventionen welche sich den Themen Abhängigkeit/Sucht (z. B. Rauchen, Drogen) widmen eher keine Auswirkungen auf die PatientInnen und ihr Gesundheitsverhalten zu haben. Eher zielführend sind laut diesem Review außerdem Videointerventionen, welche eine gewinnorientierte Botschaft enthalten (im Gegensatz zu loss-framing) [23]. Insgesamt wurden in den Reviews also tendenziell positive Wirkungen von videobasierten Interventionen auf die Gesundheitskompetenz bzw. das Gesundheitsverhalten von PatientInnen festgestellt, auch wenn hier – wohl auch den sehr diversen Interventionsmaßnahmen geschuldet – keine allgemeingültige abschließende Bewertung erfolgen kann. Neben vielen erfolgreichen Video-Interventionen liegen nämlich auch einige Studien vor, die nicht die gewünschten Effekte auf die PatientInnen zeigen konnten.

Da sich diese Arbeit speziell mit Videointerventionen im Wartezimmer auseinandersetzt, wurden außerdem auch dahingehend einzelne Studien analysiert. Insgesamt konnten einige positive Resultate festgestellt werden, so zum Beispiel hinsichtlich der individuellen Zahn-/Mundhygiene von PatientInnen nach Sichtung einschlägiger Wartezimmer-Videos [24], weiters zeigten sich PatientInnen einer Notaufnahme mit ihrem Aufenthalt in einer Notaufnahme eher zufrieden, wenn sie im Wartebereich ein Informations-Video über den üblichen Ablauf eines Aufenthaltes gesehen hatten [25], im Wartezimmer angebotene Tablet-Informationen-Materialien wurden genutzt und von PatientInnen positiv beurteilt [26]. Nach Installation einer Digital-Signage-Kampagne rund um das Radon-Programm in ausgewählten Klinik-Wartebereichen in Montana kam es zu einer Steigerung der Teilnehmerzahlen (einhergehend mit erhöhter Nutzung der Test-Kits zur Bestimmung der häuslichen – gesundheitsschädlichen – Radon-Belastung) um 50 % [27], die „Safe-in-the-City“-Studie (mit knapp 20.000 ProbandInnen pro Gruppe) erreichte an den Interventions-Standorten eine Senkung der STD-Neuinfektionen von 10 % nachdem dort ein Videoprogramm (in narrativer Präsentationsform) in den Wartebereichen installiert worden war [29]. Gleichzeitig zeigen auch einzelne Studien wie jene von Tingey et al. [28], dass Videointerventionen nicht immer die gewünschten Effekte zeigen – im konkreten Fall konnte die TeilnehmerInnen-Zahl an einem Informations-Tag für PatientInnen mit rheumatischen Erkrankungen durch die gezeigte Video-Intervention (hier

ExpertInnen-Gespräche) im Vergleich zur Kontrollgruppe nicht signifikant gesteigert werden. Daneben zeigte sich, dass vor allem die persönliche ärztliche Empfehlung PatientInnen besser motivieren konnte als das Video [28]. Ein ähnliches Resultat lieferte die Studie von Goodman et al. [41], in welcher der Einfluss einer Video-Intervention (in narrativer Präsentationsform) auf die Influenza-Impfraten nicht-geimpfter schwangerer Frauen untersucht wurde: Obwohl sich die Einstellung bzw. die Gesundheitsüberzeugung der Frauen hinsichtlich der Influenza-Impfung nach dem Sehen des Videos geändert hatte und die Befragten der Impfung insgesamt positiver gegenüberstanden, schlug sich diese Einstellungsänderung nicht in signifikant höheren Impfraten gegenüber der Kontrollgruppe nieder. Gleichzeitig zeigte sich ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Impfraten bei jenen Frauen, welche eine persönliche ärztliche Empfehlung zur Durchführung einer Impfung erhalten hatten gegenüber jenen, die diese Empfehlung nicht erhalten hatten [41]. Andere Videointerventionen zum Thema Schutzimpfungen wiederum konnten erfolgreich die Impfraten der PatientInnen erhöhen: So zeigten sich im Verlauf signifikant mehr HPV-Neu- bzw. Auffrischungsimpfungen bei Kindern/Jugendlichen, deren Eltern zuvor eine entsprechende Videointervention mittels Tablet gezeigt bekommen hatten [40]. Auch eine Wartezimmer-Intervention mittels Monitor, in der PatientInnen auf die Notwendigkeit der Tetanus-Auffrischung hingewiesen wurden, schlug sich in signifikant höheren Verschreibungsraten für die Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe nieder [39]. Generell zeigt sich also auch hier, dass der Wartebereich durchaus Potential bietet, um videobasierte Interventionen zielführend einzusetzen, der Erfolg der Maßnahmen hängt aber auch hier offenbar von ihrer konkreten Gestaltung ab, was sich deutlich am Thema Schutzimpfungen zeigt: Interventionen können Impfraten erhöhen, nicht alle tun es tatsächlich. Hier gilt es, Unterschiede zwischen erfolgreichen und nicht erfolgreichen Maßnahmen auszumachen und festzustellen, welche Faktoren letztendlich dazu beitragen, dass eine tatsächliche Änderung des Gesundheitsverhaltens von PatientInnen eintritt.

Weitere Präventionsbereiche, in denen Video-Interventionen angewandt und geprüft wurden umfassen neben oben genannten Schutzimpfungen z. B. auch die Krebsvorsorge. In einer Studie von Frosch et al. [43] wurde das Potenzial von Videointerventionen mit klassischen Broschüren verglichen, hinsichtlich der Entscheidung von PatientInnen Screening-Untersuchungen zu nutzen. Obwohl die

Video-Gruppe ein signifikant besseres Ergebnis im anschließenden Wissenstest gegenüber der Broschüren-Gruppe erzielen konnte, schlug sich dies nicht in einer höheren Bereitschaft, Screening-Untersuchungen durchführen zu lassen nieder. Signifikante Unterschiede zeigten sich allerdings dahingehend, dass PatientInnen der Video-Gruppe eher autonome Entscheidungsfindung bevorzugten, als jene der Broschüren-Gruppe (welche ärztlichen Einfluss auf die Entscheidungsfindung eher befürworteten) [43]. Auch die Schlaganfall-Aufklärung gehört zu den wichtigen Präventionsthemen. Wenngleich Chan et al. [44] in ihrer Studie bessere Ergebnisse im Wissenstest nach einer Video-Intervention nachweisen konnten, zeigte sich, dass dieser Wissensgewinn langfristig (Test-Wiederholung nach 1 Monat) nicht bestehen konnte – zumindest dann nicht, wenn die Videointervention isoliert (ohne zusätzliche Broschüre und persönliches Gespräch) präsentiert wurde [44]. Dieser Mangel an langfristigen Effekten, aber vor allem auch die in vielen Studien von vornherein nur kurzfristig gestalteten methodischen Untersuchungen stellen in der Recherche bezüglich videobasierter Maßnahmen einen wichtigen Kritikpunkt dar: In einigen Studien wurde z. B. auf Wissenszugewinne unmittelbar nach der Intervention verwiesen, inwieweit diese jedoch langfristig von PatientInnen behalten wurden, wurde häufig nicht untersucht, wenngleich meist von AutorInnen in den jeweiligen Limitationen thematisiert (Vgl. Ross et al. [36], Garcia et al. [38] Chan et al [44]). Weiters zeigten auch einige Studien, dass Wissensgewinn nicht immer auch mit geändertem Gesundheitsverhalten einhergeht (Vgl. Goodman et al. [41], Frosch et al. [43] Jawad et al. [45]). Hier offenbare sich also mögliche Schwachstellen im Einsatz videobasierter Interventionen.

Menschen mit limitierter Gesundheitskompetenz – in Österreich beispielsweise immerhin 56,4% der Bevölkerung [10] – stellen Gesundheitssysteme vor besondere Herausforderungen. Auch unter diesem Aspekt wurden einige videobasierte Interventionen in verschiedenen Studien untersucht: Yeung et al. entwickelten und testeten in ihrer Studie [35] Flashcards bzw. online-Kurzvideos speziell für PatientInnen mit limitierter Gesundheitskompetenz und schlechter Compliance hinsichtlich ihrer Medikamenteneinnahme. Die PDC konnte dank dieser Maßnahmen von zuvor unter 50 % auf 71 % gesteigert werden (mit signifikantem Unterschied zur Kontrollgruppe, welche mit 41 % weiterhin unter der 50 %-Marke blieb). Eine Annäherung des Wissensstandes von Patienten mit geringer

Gesundheitskompetenz an jenen von Patienten mit guter Gesundheitskompetenz konnten Ross et al. [36] mit ihrem Lehrvideo zum Thema Prostata-Screening nachweisen. Und dass die Möglichkeit der sprachlichen Anpassung von Video-Interventionen z. B. vor allem bei Menschen mit Sprachbarrieren förderlich auf die Gesundheitskompetenz wirken kann, konnten Garcia et al. [38] (Lehrvideo zu malignen Hautläsionen auf Spanisch, das zu einem signifikanten Wissensgewinn bei hispanischen PatientInnen einer Praxis in Illinois, USA führte) und Poureslami et al. [38] in ihren Publikationen nachweisen. In letzterer wurden sprachlich und kulturell an in Kanada lebende COPD-PatientInnen mit Migrationshintergrund (Kantonesisch oder Mandarin als Muttersprache) angepasste Informationsmaterialien (Broschüren und Videos) miteinander verglichen. Es zeigten sich signifikante Verbesserungen hinsichtlich der Inhalationstechnik, des Exazerbationsmanagements sowie des generellen COPD-Managements für jene PatientInnen, die ein Video gesehen hatten, im Vergleich zur Broschüren-Gruppe [37]. Insgesamt lassen sich videobasierte Interventionen also vor allem auch für PatientInnen mit geringerer Gesundheitskompetenz (welche u. a. auch durch sprachliche Barrieren bedingt sein kann) erfolgreich anwenden. Generell können Videointerventionen mittels unterschiedlicher Audio-Spuren bzw. Untertitelung aber auch mithilfe durchdachter Gestaltung an die unterschiedlichen Bedürfnisse und Kompetenzlevels unterschiedlicher Zielgruppen angepasst werden.

Neben dem Vorführen einzelner Videos spielt auch das Angebot spezieller Wartezimmer-TV-Programme (bestehend aus vielen verschiedenen Gesundheitsinformationen, sowie meist auch Werbung und Unterhaltungselementen) eine zunehmende Rolle. Im Rahmen der Recherche konnten zwei Publikationen ausfindig gemacht werden, welche sich mit der Untersuchung des „Life Channel“ [45] sowie des Programms „Tonic Direct“ [47] speziell dieser Thematik widmen. Jawad et al. [45] zogen ein insgesamt positives Fazit, da etwa von jenen PatientInnen, die vor dem Sehen des „Life Channel“ nicht gewusst hatten, wie sie bei Kontroll-Bedarf bzw. in Notfällen eine zahnärztliche Versorgung kontaktieren können, 48 % bzw. 35,1 % dank des „Life Channel“ schließlich darüber Bescheid wussten (gleichzeitig ist jedoch anzumerken, dass die übrigen 52 bzw. 64,9 % diese Informationen aus dem gezeigten Programm nicht

entnehmen konnten). Immerhin 85,5 % aller Befragten nahmen das Wartezimmer-Programm wahr, 74,7 % standen ihm positiv gegenüber [45]. Penry et al. [47] analysierten, welche Relevanz das Programm „Tonic Direct“ für die PatientInnen bzw. im ärztlichen Kontakt hat. Während 47,7 % der Befragten angaben, das Programm während der Wartezeit anzusehen, wurde das Programm von PatientInnen im ärztlichen Gespräch im Studienzeitraum nie erwähnt. Immerhin 51,5 % gaben an, eine Take-Home-Message aus dem Programm mitnehmen zu können [47]. Diese beiden Studien zeigen, dass Wartezimmer-Programme für die Gesundheitskompetenz von PatientInnen Relevanz haben können, gleichzeitig muss man sich allerdings fragen, warum ein nicht unbeträchtlicher Anteil der PatientInnen das Wartezimmer-Programm nicht wahrnimmt bzw. nicht konsumiert. Auch die Gründe dafür, warum je nach Fragestellung „nur“ etwa die Hälfte der SeherInnen für sie relevante Informationen aus dem Programm filtern konnte, müssen untersucht werden – wenngleich natürlich dennoch ein beträchtlicher Teil der PatientInnen vom gezeigten Programm profitieren konnte (inwieweit sich das in langfristigen Änderungen hinsichtlich Gesundheitsverhalten und -kompetenz niederschlägt wurde auch in diesen Studien nicht untersucht).

Die Beantwortung der ersten Forschungsfrage (Können videobasierte Interventionen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz beitragen?) lässt sich demnach folgendermaßen zusammenfassen: Fakt ist, videobasierte Maßnahmen können positiv auf Gesundheitskompetenz und -verhalten wirken, stark abhängig jedoch davon, wie sie konkret gestaltet sind. Hier gilt es, weitere gültige Kriterien zu finden, welche den Erfolg einer Videointervention determinieren (z. B. narrative/praktische Präsentationsform, gewinnorientierte Botschaften...). So könnten sich zukünftige Projekte an diesen Kriterien orientieren und damit ihre Erfolgchance erhöhen. Langfristige Effekte von videobasierten Interventionen wurden nur selten untersucht, hier bedarf es weiterer Studien. Auch die Tatsache, dass sich ein Zugewinn an Wissen nicht automatisch auch in entsprechend verbessertem Gesundheitsverhalten niederschlägt, soll nicht außer Acht gelassen werden. Welche Videointerventionen PatientInnen letztendlich tatsächlich zu gesundheitskompetenten Entscheidungen und Verhaltensweisen veranlassen, konnte in der Recherche dieser Arbeit nicht abschließend geklärt werden. Unstrittig ist jedoch das Potenzial, das videobasierte Interventionen bieten, um die

Gesundheitskompetenz von PatientInnen positiv zu beeinflussen – wie die zahlreichen oben angeführten Publikationen untermauern.

4.2 Forschungsfrage 2

Die zweite Forschungsfrage (Wie viele allgemeinmedizinische Praxen der Steiermark verfügen über einen Fernsehbildschirm/Monitor im Wartezimmer?) wurde anhand der Telefoninterviews mit 200 Praxen beantwortet. Von den befragten Praxen waren 17 % (34 Praxen) mit Monitoren im Wartebereich ausgestattet, wobei die Anteile je nach Bezirk variierten: Den höchsten Anteil an mit Monitor ausgestatteten Praxen, nämlich 42,9 % (6 von 14), war im Bezirk Hartberg-Fürstenfeld zu finden, der geringste Anteil (nur 5,9 % bzw. 1 von 17 Praxen) fand sich im Bezirk Graz-Umgebung. Aufgrund der generell eher niedrigen Anzahl an Praxen mit Monitor, bzw. auch dem je nach Bezirk relativ geringem Anteil an der Gesamtstichprobe sind diese Prozentangaben allerdings nur bedingt aussagekräftig.

Deutlicher wurden unterschiedlich hohe Anteile an mit Monitor ausgestatteten Praxen mit Blick auf die jeweiligen Kassenverträge und – damit einhergehend – der höheren Wartezeit der Praxen: Während Privat- und Wahlpraxen nur zu 5,4 % (5 von 92 Praxen) mit Bildschirmen ausgestattet waren, lag der Wert für Praxen mit Kassenvertrag bei 26,9 % (29 von 108 Praxen). Mit Blick auf die durchschnittliche Wartezeit erscheinen diese Werte durchaus erklärbar: Während in einer Privat-/Wahlpraxis die durchschnittliche Wartezeit bei 12,08 Minuten liegt und damit die zur Betrachtung eines Wartezimmer-Fernsehens zur Verfügung stehende Zeit relativ begrenzt ist, liegt die durchschnittliche Wartezeit in Kassenpraxen bei 33,5 Minuten (bzw. bei 37,21 Minuten für GKK/BVA-Praxen). Insgesamt zeigt sich die Tendenz zum Monitor aber auch unabhängig von Kassenverträgen: Von allen Praxen mit einer Wartezeit von 0-15 Minuten waren nur 4,8 % aller Praxen mit Monitor ausgestattet, während es bei den Praxen der höheren Wartezeit-Kategorien 26 bis 33 % aller Praxen waren.

Kassenpraxen bzw. Praxen mit längerer Wartezeit bieten also allem Anschein nach „bessere“ Rahmenbedingungen, wenn es um die Anschaffung eines Wartezimmer-Monitors geht: Die PatientInnen verbringen mehr Zeit im Wartebereich, können also dem gezeigten Programm mehr bzw. länger ihre Aufmerksamkeit widmen.

Gleichzeitig ist es in Praxen, in denen PatientInnen viel Zeit im Wartebereich verbringen möglicherweise umso wichtiger, diesen ansprechend zu gestalten – ein Monitor kann hier gegebenenfalls eine willkommene Ablenkung von der längeren Wartedauer bieten.

Generell bietet der Anteil an mit Monitor ausgestatteten Praxen in der Steiermark von lediglich 17 % noch viel Luft nach oben. Vor dem Hintergrund, dass videobasierte Informationen sich positiv auf die Gesundheitskompetenz der PatientInnen auswirken können, sollten Überlegungen angestellt werden, wie die Anzahl an Praxen mit Monitor erhöht werden kann. Erstrebenswert wären Lösungen, die für die Praxen ein Minimum an finanziellem und administrativem Aufwand erfordern. Kooperationen (wie z. B. im Fall der Wiener Ärztekammer) sind sicherlich wünschenswert, dennoch muss sichergestellt werden, dass kommerzielle Interessen nicht mit der Einhaltung inhaltlicher Qualitätskriterien kollidieren bzw. diese erschweren (siehe Kapitel 4.3).

4.3 Forschungsfrage 3

Die dritte Forschungsfrage (Wer ist für die Gestaltung der Inhalte verantwortlich?) wurde anhand der Telefoninterviews sowie mithilfe von Interviews mit VertreterInnen externer Anbieter (TV-Wartezimmer, y-doc) beantwortet.

Jene 30 mit Monitor ausgestatteten Praxen die ein spezielles Wartezimmer-Programm zeigen (die übrigen 4 zeigen lediglich ein Standard-TV-Programm wie ORF etc.) greifen in der Gestaltung zu einem großen Teil (63,3 %) auf das Angebot externer Anbieter/Firmen (am häufigsten TV-Wartezimmer gefolgt von y-doc) zurück. Jene 19 Praxen die ein externes Angebot nutzen, überlassen die Inhaltsgestaltung in 6 Fällen ausschließlich den externen Firmen, in 10 Fällen arbeiten die ÄrztInnen mit den Firmen zusammen, in 3 Praxen die Angestellten mit den Firmen. 11 der 30 Praxen (36,7%) gestalten ihr Programm selbst, wobei in sechs Praxen ausschließlich die jeweiligen ÄrztInnen für den Inhalt verantwortlich sind, in 4 Praxen Arzt/Ärztin zusammen mit Angestellten, in 1 Praxis ausschließlich Angestellte.

Vorausgesetzt, dass die Fachkompetenz für die Gestaltung von Gesundheitsinformationen primär bei Arzt/Ärztin liegen sollte, bedeutet das, dass ein Drittel aller mit Monitor ausgestatteten Praxen diese Kompetenz gar nicht nutzt

und die Gestaltung vollkommen Firmen bzw. Angestellten überlasst. Gleichzeitig ergibt sich für die Praxen mit externen Anbietern, dass selbst wenn ÄrztInnen ein Mitspracherecht haben, sich dieses meist nicht (wie die Interviews mit den externen Anbietern y-doc und TV-Wartezimmer zeigen) auf die konkrete Gestaltung (z. B. von Gesundheitsinformationen) bezieht, sondern vielmehr auf die organisatorischen Hinweise zur Praxis. Daneben wird den Praxen lediglich (wenn überhaupt) eine „Wahlfreiheit“ (im Falle von TV-Wartezimmer z. B. bezüglich einer Filmpalette mit 800 Filmen – immerhin gestaltet in Zusammenarbeit mit Fachverbänden) bzw. ein „Veto-Recht“ (bei y-doc – unter „gewissen Umständen“) eingeräumt. Nicht beeinflussbar ist so etwa die Einschaltung von Werbung.

Von dem Standpunkt aus, Monitore in Wartebereichen für die Verbesserung der Gesundheitskompetenz nutzbar machen zu wollen, scheint es in der Verantwortlichkeit also noch Verbesserungsbedarf zu geben. So muss sichergestellt werden, dass Monitore tatsächlich für das Abspielen von Gesundheitsinformationen genutzt werden und dass hierbei gewisse Kriterien – wie z. B. die GGI – eingehalten werden. Inwiefern diese Verantwortung von externen Anbietern wahrgenommen werden kann, ist zu hinterfragen, zumal hier natürlich kommerzielle Interessen im Vordergrund stehen und allein dadurch eine Abgrenzung von Werbeinhalten (wie in der GGI gefordert) nur schwer umsetzbar wäre. Gleichzeitig ist es natürlich auch nicht als gegeben hinzunehmen, dass Inhalte (nur weil von ÄrztInnen gestaltet) tatsächlich alle Qualitätsstandards erfüllen. Auch hier ist es wichtig, ÄrztInnen über die konkreten Gestaltungskriterien aufzuklären, welche Gesundheitsinformationen für PatientInnen wertvoll und nutzbar machen. Überlegenswert wäre es außerdem, die Verantwortung für die Gestaltung derartiger Inhalte in die Hände von Institutionen ohne kommerzielles Interesse (z.B. Fachverbände, Universitäten) zu geben und von diesen produzierte Materialien für niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen verfügbar zu machen. So könnten qualitativ hochwertige, evidenzbasierte Gesundheitsinformationen erstellt und gleichzeitig AllgemeinmedizinerInnen von dieser zusätzlichen Aufgabe entlastet werden (die Gestaltung von Wartezimmer-Programme ist nicht zuletzt auch ein zeitlicher Mehraufwand für die jeweiligen Praxen).

4.4 Forschungsfrage 4

Die vierte Forschungsfrage (Welche konkreten Inhalte sind im gezeigten Programm zu sehen?) wurde ebenfalls mit den Ergebnissen aus den Telefoninterviews beantwortet, welche zusätzlich noch um die Informationen der externen Anbieter ergänzt wurden.

Vier (11,8 %) der 34 mit Monitor ausgestatteten Praxen zeigen lediglich ein Standard-TV-Programm (ORF etc.) und wurden in der weiteren Analyse der gezeigten Inhalte nicht berücksichtigt. Bei den übrigen 30 lohnt sich die Unterscheidung dahingehend, ob die Praxen selbst für die Gestaltung zuständig sind, oder ob eine Kooperation mit einer externen Firma vorliegt. Hier zeigen sich Unterschiede: Werbung für Gesundheitsprodukte bzw. nicht-gesundheitsbezogen findet sich in keinem selbstgestalteten Programm, hingegen in 42,1 bzw. 36,8 % aller Programme, die mithilfe von externen Firmen gestaltet wurden (Anmerkung: Diese aus den offenen Fragen der Telefoninterviews ermittelten Prozentzahlen dürften tatsächlich noch höher liegen, da knapp die Hälfte aller Praxen die Programme von TV-Wartezimmer und y-doc nutzt – beide Anbieter enthalten Werbeeinschaltungen für Gesundheitsprodukte sowie für nicht-gesundheitsbezogene Produkte. Weiters ist es durchaus anzunehmen, dass auch die übrigen Anbieter Werbung schalten). Werbung und Informationen über Gesundheitsleistungen finden sich in selbst gestalteten Programmen ebenfalls seltener (45,5 vs. 68,4 %).

Am häufigsten werden Monitore zur Bekanntmachung organisatorischer Hinweise genutzt (90,9% der selbstgestalteten Programme, 68,4 % der Firmen-Programme). Für die Verbreitung von Gesundheitsinformationen (zu gesundem Lebensstil bzw. zu Erkrankungen) werden insgesamt nur etwa 40 % aller Monitore genutzt, wobei der Anteil bei selbstgestalteten Programmen hier sogar niedriger ist, als bei jenen die mit/von Firmen erstellt werden (36,4 vs. 47,4 % bzw. 27,3 vs. 47,4 %). Unterhaltungselemente (Wetter, Nachrichten) werden in selbstgestalteten Programmen seltener gezeigt (18,2 vs. 26,3 %), „Sonstiges“ (genannt wurden Informationen aus der Gemeinde, Stimmungsbilder und Fotoserien, Informationen der Krankenkassen sowie Comics) allerdings häufiger (63,6 vs. 26,3 %).

Mit zusammengefasst betrachtetem Anteil von nur 40,0 % (Informationen zu Erkrankungen) bzw. 43,3 % (Informationen zu gesundem Lebensstil) wird die Möglichkeit, Gesundheitsinformationen zu zeigen, auf den zum Zeitpunkt der Befragung vorhandenen Wartezimmer-Monitoren nicht in ihrem vollen Potenzial ausgeschöpft. Von 34 mit Bildschirm/Monitor ausgestatteten Praxen, welche die technischen Möglichkeiten hätten, Gesundheitsinformationen zu zeigen, nutzen diese Chance nur 13 (Informationen zu gesundem Lebensstil) bzw. 12 (Informationen zu Erkrankungen) Praxen. Umgelegt auf die Stichprobengröße von 200 Praxen bedeutet das, dass die potenziell durchaus einflussreiche Möglichkeit, videobasierte Gesundheitsinformationen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz zu nutzen, derzeit nur von etwa 6 % aller Praxen wahrgenommen wird.

Gleichzeitig kann über die qualitativen Eigenschaften der derzeit auf Monitoren in der Steiermark gezeigten Gesundheitsinformationen im Rahmen dieser Arbeit keine Aussage getroffen werden – die Mehrheit der Beiträge wird jedenfalls von externen (kommerziellen) Anbietern gestaltet. Doch selbst wenn alle aktuell gezeigten Gesundheitsinformationen gewissen Qualitätsstandards (wie etwa in der GGI gelistet) entsprechen würden, liegt der Anteil an Praxen, die videobasierte Gesundheitsinformationen anbieten von nur 6 % immer noch weit unter den Möglichkeiten und Potenzialen, die eine flächendeckendes Angebot liefern könnte. Kritisch zu sehen ist in jedem Fall die Vermischung seriöser, evidenzbasierter Gesundheitsinformationen mit kommerziellen Werbeeinschaltungen. Wie schon in Kapitel 4.4 erwähnt, wäre es begrüßenswert, die Gestaltung von Gesundheitsinformationen in den Kompetenzbereich von Institutionen wie Fachverbänden und/oder Universitäten zu legen, um Qualitätsstandards zu sichern und auch für AllgemeinmedizinerInnen ein verlässliches Angebot zu schaffen.

4.5 Fazit

Videobasierte Gesundheitsinformationen haben das Potenzial, die Gesundheitskompetenz und das Gesundheitsverhalten von PatientInnen zu verbessern, wie die im Zuge dieser Arbeit durchgeführte Literaturrecherche zeigt. Welche Präsentationsformen und Gestaltungsarten am meisten Erfolg versprechen wurde in einzelnen Publikationen bereits untersucht, ist jedoch noch nicht abschließend geklärt. Zielführend scheinen vor allem praktische bzw. narrative

Präsentationsformen sowie gewinnorientiert formulierte Botschaften zu sein. Bisher lieferten Videointerventionen vor allem im Bereich der Prävention (Schutzimpfungen, STD-Reduktion, Mundhygiene, Krebsvorsorge etc.) gewünschte Ergebnisse, daneben liegen gleichzeitig jedoch auch Studien vor, in denen Videos nicht die angestrebten Effekte auf die ProbandInnen zeigten. Hier gilt es anzusetzen und weitere Kriterien für den erfolgreichen Einsatz von videobasierten Gesundheitsinformationen zu finden. Weiters sollte in einschlägigen Studien stets auch überprüft werden, ob sich gesteigertes Gesundheitswissen (welches bereits in zahlreichen Publikationen nach Videointerventionen nachgewiesen wurde) letztendlich auch tatsächlich in einem geänderten Gesundheitsverhalten niederschlägt. Auch hier sollten nach Möglichkeit Kriterien definiert werden, deren Berücksichtigung Videointerventionen in dieser Hinsicht mehr Effektivität verleihen kann.

In der Steiermark sind 17 % der befragten Praxen mit Monitoren im Wartezimmer ausgestattet. Praxen mit längeren Wartezeiten (häufiger jene Praxen mit Kassenvertrag) sind eher mit Monitoren ausgestattet. Die meisten dieser Praxen (30 von 34) zeigen ein spezielles Wartezimmer-Programm. Davon nutzen wiederum 63,3 % das Angebot externer Anbieter zur Gestaltung des Programms, 36,7 % der Praxen übernehmen diese selbstständig. Insgesamt wird ein Drittel der Wartezimmer-Programme ohne Mitsprache der AllgemeinmedizinerInnen erstellt. Die meisten Programme beinhalten organisatorische Informationen zur Praxis (76,7 %), Gesundheitsinformationen werden in etwa 40 % aller Wartezimmer-Programme gezeigt, Werbung in erster Linie in Programmen externer Anbieter.

Aus den oben angeführten Zahlen ergibt sich, dass von den insgesamt 200 befragten Praxen derzeit nur etwa 6 % Gesundheitsinformationen auf einem Monitor im Wartebereich zeigen. Mit Blick auf die in der Literaturrecherche festgestellten Möglichkeiten, die videobasierte Interventionen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung bieten, liegt dieser Wert deutlich in einem optimierungswürdigen Bereich – das Potenzial wird bei weitem nicht ausgeschöpft. Zukünftige Arbeiten können sich der Qualität der derzeit auf Monitoren in steirischen allgemeinmedizinischen Praxen gezeigten Informationen widmen, welche in dieser Arbeit nicht untersucht wurde. Davon unabhängig wäre die qualitätsgesicherte Erstellung von videobasierten Materialien durch fachkompetente Institutionen

(Universitäten, Fachverbände), welche anschließend interessierten AllgemeinmedizinerInnen zur Verfügung gestellt werden könnten, wünschenswert. Letztendlich hängen derartige Bemühungen allerdings stets auch von den finanziellen Möglichkeiten eines Gesundheitssystems und nicht zuletzt den Bestrebungen einzelner (politischer) EntscheidungsträgerInnen ab.

5 Literaturverzeichnis

1. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Gesundheitsziele Österreich: Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich - Langfassung. Wien; 2017.
2. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. 10 Ziele für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik. <http://gesundheitsziele-oesterreich.at/10-ziele/>. Eingesehen am 16. Februar 2019.
3. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Beteiligte. <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/beteiligte/>. Eingesehen am 16. Februar 2019.
4. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken. <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/gesundheitskompetenz-bevoelkerung-staerken>. Eingesehen am 16. Februar 2019.
5. Delle Grazie J, Wimmer-Puchinger B. Gesundheitsziel 3. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken: Bericht der Arbeitsgruppe. Wien; 2017.
6. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) und Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) in Zusammenarbeit mit dem Frauengesundheitszentrum. Gute Gesundheitsinformation Österreich: Die 15 Qualitätskriterien. 3. Auflage; Graz, Wien; 2018.
7. Gesundheit Österreich GmbH. ÖPGK-Mitglieder. <https://oepgk.at/mitglieder/>. Eingesehen am 8. Februar 2019.
8. Gesundheit Österreich GmbH. Gesundheitskompetenz: Was ist das? <https://oepgk.at/gesundheitskompetenz-was-ist-das/>. Eingesehen am 8. Februar.
9. Sørensen K, van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80.
10. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25:1053–8.
11. Siebenhofer-Kroitzsch A, Posch N, Horvath K, Semlitsch T, Abuzahra M, Jeitler K, et al. Medizinische Informationsbroschüren in der Hausarztpraxis. Graz; 2017.
12. Ärztekammer für Steiermark. Ärztinnen- und Ärztesuche. <https://www.aekstmk.or.at/46>. Eingesehen am 25. März 2018.

13. Österreichischer Rundfunk. Fernsehnutzung in Österreich. <https://der.orf.at/medienforschung/fernsehen/fernsehnutzunginoesterreich/index.html>. Eingesehen am 31. August 2019.
14. Österreichischer Rundfunk. Haushaltsbesitz und Empfang. <https://der.orf.at/medienforschung/fernsehen/technikhaushalt/index.html>. Eingesehen am 31. August 2019.
15. MindTake Research GmbH. 55% der heimischen Smartphone-Nutzer shoppen mobil und 66% vergleichen Preise. <https://www.mindtake.com/de/press-release/55-der-heimischen-smartphone-nutzer-shoppen-mobil-und-66-vergleichen-preise>. Eingesehen am 31. August 2019.
16. Schwartz AL, Edelman RJ. Health education: using a video in general practice. *Br J Gen Pract.* 1990;40:477.
17. Koperski M. Videos in the waiting room. *Br J Gen Pract.* 1991;41:172.
18. Koperski M. Health education using video recordings in a general practice waiting area: an evaluation. *J R Coll Gen Pract.* 1989;39:328–30.
19. Marshall WR, Rothenberger LA, Bunnell SL. The efficacy of personalized audiovisual patient-education materials. *J Fam Pract.* 1984;19:659–63.
20. Berkhout C, Zgorska-Meynard-Moussa S, Willefert-Bouche A, Favre J, Peremans L, van Royen P. Audiovisual aids in primary healthcare settings' waiting rooms. A systematic review. *Eur J Gen Pract.* 2018;24:202–10.
21. Krouse HJ. Video modelling to educate patients. *J Adv Nurs.* 2001;33:748–57.
22. Abu Abed M, Himmel W, Vormfelde S, Koschack J. Video-assisted patient education to modify behavior: a systematic review. *Irland*; 2014.
23. Tuong W, Larsen ER, Armstrong AW. Videos to influence: a systematic review of effectiveness of video-based education in modifying health behaviors. *USA*; 2014.
24. McNab M, Skapetis T. Why video health education messages should be considered for all dental waiting rooms. *PLoS One.* 2019;14:e0219506.
25. Papa L, Seaberg DC, Rees E, Ferguson K, Stair R, Goldfeder B, Meurer D. Does a waiting room video about what to expect during an emergency department visit improve patient satisfaction? *CJEM.* 2008;10:347–54.
26. Stribling JC, Richardson JE. Placing wireless tablets in clinical settings for patient education. *J Med Libr Assoc.* 2016;104:159–64.
27. Larsson LS. The Montana Radon Study: social marketing via digital signage technology for reaching families in the waiting room. *Am J Public Health.* 2015;105:779–85.
28. Tingey P, Khanafer M, Singh K, Thompson A, Le Riche N, Barra L, et al. Social persuasion in rheumatology: a randomized trial of testimonials on

- television in the rheumatology clinic waiting room to increase attendance for multidisciplinary education. *Rheumatol Int.* 2014;34:903–7.
29. Warner L, Klausner JD, Rietmeijer CA, Malotte CK, O'Donnell L, Margolis AD, et al. Effect of a Brief Video Intervention on Incident Infection among Patients Attending Sexually Transmitted Disease Clinics. *PLoS Med* 2008.
 30. Theresa and Luis (Safe in the City) - YouTube.
<https://www.youtube.com/watch?v=tTMws-1MniA>. Eingesehen am 10. Oktober 2019.
 31. Christina and Ruben (Safe in the City) - YouTube.
<https://www.youtube.com/watch?v=H0Mqp1b-37k>. Eingesehen am 10. Oktober 2019.
 32. Jasmine and Paul (Safe in the City) - YouTube.
https://www.youtube.com/watch?v=nPkV_A_uXkc. Eingesehen am 10. Oktober 2019.
 33. How to Use a Condom - YouTube.
<https://www.youtube.com/watch?hl=nl&gl=NL&v=tcpfZKvOFZ4>. Eingesehen am 10. Oktober 2019.
 34. Besera GT, Cox S, Malotte CK, Rietmeijer CA, Klausner JD, O'Donnell L, et al. Assessing Patient Exposure to a Video-Based Intervention in STD Clinic Waiting Rooms: Findings From the Safe in the City Trial. *Health Promot Pract.* 2016;17:731–8.
 35. Yeung DL, Alvarez KS, Quinones ME, Clark CA, Oliver GH, Alvarez CA, Jaiyeola AO. Low-health literacy flashcards & mobile video reinforcement to improve medication adherence in patients on oral diabetes, heart failure, and hypertension medications. *J Am Pharm Assoc (2003).* 2017;57:30–7.
 36. Ross L, Ashford AD, Bleechington SJ, Dark T, Erwin DO. Applicability of a Video Intervention to Increase Informed Decision Making for Prostate Specific Antigen (PSA) Testing among African-American men with Different Levels of Health Literacy. *J Natl Med Assoc.* 2010;102:228–36.
 37. Poureslami I, Kwan S, Lam S, Khan NA, FitzGerald JM. Assessing the effect of culturally specific audiovisual educational interventions on attaining self-management skills for chronic obstructive pulmonary disease in Mandarin- and Cantonese-speaking patients: a randomized controlled trial. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2016;11:1811–22.
 38. Garcia D, Palomino A, Ramirez P, Adams W, Vera J, et al. Video education improves skin health awareness in Spanish-speaking patients. *Journal of the American Academy of Dermatology.* 2019;81:AB146.
 39. Eubelen C, Brendel F, Belche J-L, Freyens A, Vanbelle S, Giet D. Effect of an audiovisual message for tetanus booster vaccination broadcast in the waiting room. *BMC Fam Pract.* 2011;12:104.

40. Dixon BE, Zimet GD, Xiao S, Tu W, Lindsay B, Church A, Downs SM. An Educational Intervention to Improve HPV Vaccination: A Cluster Randomized Trial. *Pediatrics* 2019.
41. Goodman K, Mossad SB, Taksler GB, Emery J, Schramm S, Rothberg MB. Impact of video education on influenza vaccination in pregnancy. *J Reprod Med.* 2015;60:471–9.
42. Centers for Disease Control and Prevention. Protect Yourself, Protect Your Baby - YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=3J5ijqtmkPk>. Eingesehen am 4. Oktober 2019.
43. Frosch DL, Légaré F, Mangione CM. Using decision aids in community-based primary care: a theory-driven evaluation with ethnically diverse patients. *Patient Educ Couns.* 2008;73:490–6.
44. Chan Y-FY, Richardson LD, Nagurka R, Hao K, Zaets SB, Brimacombe MB, et al. Stroke Education in an Emergency Department Waiting Room: A Comparison of Methods. *Health Promot Perspect.* 2015;5:34–41.
45. Jawad M, Ingram S, Choudhury I, Airebamen A, Christodoulou K, Wilson Sharma A. Television-based health promotion in general practice waiting rooms in London: a cross-sectional study evaluating patients' knowledge and intentions to access dental services. *BMC Oral Health* 2016.
46. Woodward-Kron R, Elliott K, Penry Williams C, Gall J. Health promotion in general practice waiting rooms: What role does a streamed TV health awareness program play? Melbourne; 2015.
47. Penry Williams C, Elliott K, Gall J, Woodward-Kron R. Patient and clinician engagement with health information in the primary care waiting room: A mixed methods case study. *J Public Health Res* 2019.
48. Digital Channel | Get Tonic on Demand. <https://get.tonicondemand.com.au/widget/>. Eingesehen am 8. Oktober 2019.
49. DeShazo JP, Richardson DB, Malotte CK, Rietmeijer CA. Early awareness and uptake of an effective waiting room video intervention by STD clinics. *Sex Transm Dis.* 2011;38:1101–6.
50. Gift TL, O'Donnell LN, Rietmeijer CA, Malotte KC, Klausner JD, Margolis AD, et al. The Program Cost of a Brief Video Intervention Shown in Sexually Transmitted Disease Clinic Waiting Rooms. *Sex Transm Dis.* 2016;43:61–4.
51. Wiener Börse AG. Währungsrechner : Wiener Börse. <https://www.wienerborse.at/marktdaten/wechselkurse/price-list-currencies/waehrungsrechner/>. Eingesehen am 10. Oktober
52. Beckwith N, Jean-Baptiste M-L, Katz A. Waiting Room Education in a Community Health System: Provider Perceptions and Suggestions. *J Community Health.* 2016;41:1196–203.

53. Spamer, Markus. Nutzerzahlen, Inhalte und Angebot von "TV-Wartezimmer". Interview von Cornelia Dexl. 13. Februar 2019.
54. Ärztekammer für Wien. Praxisplan - Suchergebnisse.
<https://www.praxisplan.at/>. Eingesehen am 1. Oktober 2019.
55. Janos, Yvonne. Nutzerzahlen, Inhalte und Angebot von "y-doc". Interview von Cornelia Dexl. 6. Februar 2019.

Anhang

Fragebogen Telefoninterviews

Interviewbogen

Wartezimmer-Monitore in Allgemeinmedizinischen Praxen der Steiermark

Randomisierungsnummer: _____

Einleitungstext

Guten Tag!

Mein Name ist Cornelia Dexl. Ich bin Studentin an der Medizinischen Universität Graz und schreibe meine Diplomarbeit am Institut für Allgemeinmedizin. Es geht dabei um Gesundheitsinformationen für PatientInnen, speziell um Monitore in Wartezimmern. Dazu würde ich Ihnen gerne ein paar Fragen stellen, das dauert maximal fünf Minuten. Passt es Ihnen im Moment gerade, oder soll ich zu einem anderen Zeitpunkt anrufen?

Fragebogen

1. Haben Sie einen Wartezimmer-Monitor?

ja

nein

2. Wie lange ist die durchschnittliche Wartezeit in Ihrem Wartezimmer?

3. Wie lange gibt es Ihre Praxis schon?

4. Wie alt ist der/die AllgemeinmedizinerIn

Interviewbogen
Wartezimmer-Monitore in Allgemeinmedizinischen Praxen der Steiermark

1

Abbildung 29: Fragebogen Telefoninterview, Seite 1

Weitere Fragen für Praxen mit Wartezimmer-Monitor:

5. Seit wann besitzen Sie einen Wartezimmer-Monitor?

- <1 Jahr (0-11 Monate)
- 1 Jahr (12-23 Monate)
- 2 Jahre (24-35 Monate)
- 3 Jahre (36-47 Monate)
- 4 Jahre (48-59 Monate)
- 5 Jahre oder länger (60 Monate oder länger)

6. Was ist auf dem Wartezimmer-Monitor zu sehen?

- ein Standard-TV-Programm
- eine Programmschleife die sich immer wieder wiederholt

7. Welche konkreten Inhalte sind am Wartezimmer-Monitor zu sehen?

(offene Frage, Kategorisierung durch Interviewerin, Mehrfachnennung möglich)

- organisatorische Hinweise zur Praxis (Team, Öffnungszeiten, Kontaktinformationen)
- Werbung/Informationen über Gesundheitsleistungen (Vorsorgeuntersuchung...)
- Werbung für Gesundheitsprodukte
- Werbung für andere Produkte/Dienstleistungen (nicht gesundheitsbezogen)
- Informationen und Aufklärung zu Erkrankungen
- Information/Aufklärung über gesunden Lebensstil
- Anweisungen zum Verhalten im Wartezimmer und bei Untersuchungen
- Nachrichten
- Unterhaltungsfernsehen
- folgende TV-Kanäle: _____ sonstige Inhalte: _____

Interviewbogen
Wartezimmer-Monitore in Allgemeinmedizinischen Praxen der Steiermark

Abbildung 30: Fragebogen Telefoninterview, Seite 2

8. Wer bestimmt, welcher Inhalt am Wartezimmer-Monitor gezeigt wird?

(Mehrfachnennung möglich)

- der Arzt/die Ärztin
- die Angestellten
- die PatientInnen (Fernbedienung o.ä.)
- eine externe Firma – welche? _____

9. Hat sich in Ihrer Praxis etwas verändert, seit es den Wartezimmer-Monitor gibt?

- ja Was hat sich verändert? _____
- nein

10. Haben Sie bereits Rückmeldungen Ihrer PatientInnen zum Wartezimmer-Monitor bekommen?

- ja Welche Rückmeldungen haben Sie bekommen? _____
- nein

Abbildung 31: Fragebogen Telefoninterview, Seite 3