

Diplomarbeit

Was wissen PatientInnen von Intensivmedizin Eine Umfrage

eingereicht von

Philipp Maximilian Brandstätter

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der gesamten Heilkunde

(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

Universitätsklinik für Innere Medizin

Klinische Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie

unter der Anleitung von

Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med.univ. Karin Amrein, MSc. und Mag.^a Magdalena
Hoffmann, MBA MSc.

Graz, 29. Juni 2018

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre 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 29. Juni 2018

Philipp Maximilian Brandstätter eh.

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei allen Personen bedanken, die mich während meiner Studienzeit und bei der Erstellung dieser Arbeit unterstützt haben.

Meinen Betreuerinnen Priv.-Doz.in Dr.in med.univ. Karin Amrein, MSc. und Mag.a Magdalena Hoffmann, MBA MSc., die mich nicht nur mit Informationen und wertvollen Hinweisen versorgt, sondern mir auch mit ihrem motivierenden Charakter zur Seite gestanden sind und sich meinen Anliegen mit viel Geduld gewidmet haben, danke ich herzlich.

Besonderer Dank gilt meiner gesamten Familie und meiner Partnerin, auf deren fortwährende Unterstützung ich immer zählen kann.

Zusammenfassung

Einleitung

Health Literacy oder Gesundheitskompetenz beschreibt die Fähigkeit, sich medizinisch relevante Informationen beschaffen, diese verstehen und verarbeiten zu können; in Österreich ist diese schlecht ausgeprägt. Besonders die Intensivmedizin ist ein Bereich, in dem unrealistische Einschätzungen und zu hohe Erwartungshaltungen zu Enttäuschung und schlechterem Outcome führen können.

Material und Methoden

Um Wissen und Einschätzungen von Patientinnen und Patienten zum Thema Intensivmedizin erheben zu können, wurde ein Fragebogen mit Single-Choice-Fragen sowie offenen Fragen und Fragen zu soziodemografischen Daten erstellt und an ambulante und stationäre Patienten und Patientinnen verteilt. Die Ergebnisse wurden deskriptiv statistisch ausgewertet.

Ergebnisse

133 PatientInnen nahmen an der Umfrage teil, davon waren 47% weiblich, 53% männlich. Über 90% der TeilnehmerInnen unterschätzten das Risiko, eine nosokomiale Infektion auf einer Intensivstation zu akquirieren, deutlich. Mehr als drei Viertel der PatientInnen überschätzten die Überlebenschance einer kardiopulmonalen Reanimation mit $\geq 50\%$. Ein Großteil der Befragten wusste, was ein Defibrillator ist und wozu er angewendet wird.

Diskussion

Durch die Umfrage konnten Wissensdefizite und unrealistische Einschätzungen der PatientInnen detektiert werden. Umfassendere Studien sind notwendig, um die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Bezug auf Intensivmedizin zu untersuchen, um diese in Folge gezielt verbessern zu können.

Schlüsselwörter: Health Literacy, Gesundheitskompetenz, Intensivmedizin, Reanimation, Nosokomiale Infektion

Abstract

Introduction

Health literacy describes the ability of patients to obtain, understand and process medically relevant information; this ability is poorly developed in Austria. Intensive care medicine in particular is an area in which misestimations and patients' high expectations can lead to disappointment and poorer outcomes.

Methods

A questionnaire with single-choice questions, open questions and questions on socio-demographic data was created in order to be able to collect knowledge and estimations of outpatients and inpatients on the subject of intensive care medicine. The results were analyzed by descriptive statistics.

Results

133 patients completed the survey (47% female, 53% male). More than 90% of the participants underestimated the risk of acquiring a nosocomial infection in an intensive care unit at $\leq 15\%$. On the other hand, most patients overestimated survival after cardiopulmonary resuscitation at $\geq 50\%$. The majority of respondents knew what a defibrillator is.

Discussion

The survey revealed knowledge deficits and misconceptions in patients. More comprehensive studies are needed to investigate the health literacy of the population in relation to intensive care medicine in order to subsequently improve it and avoid overly optimistic prognostication.

Keywords: Health Literacy, Intensive Care medicine, Cardiopulmonary Resuscitation, Nosocomial Infection

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Faktoren der Health Literacy (73)	15
Abbildung 2: Mögliche Interventionsansätze (74)	19
Abbildung 3: HLS-EU Health Literacy Matrix (75)	23
Abbildung 4: Level der Health Literacy nach Ländern (76)	24
Abbildung 5: Prävalenz für nosokomiale Infektionen nach Fachgebiet (77)	27
Abbildung 6: Altersverteilung	37
Abbildung 7: Frage: Höchste abgeschlossene Ausbildung	38
Abbildung 8: Frage: Behandelnde Abteilung	39
Abbildung 9: Frage: Bezugsquellen medizinischer Informationen	40
Abbildung 10: Frage: Einschätzung des Betreuungsverhältnisses	41
Abbildung 11: Frage: Häufigkeit nosokomialer Infektionen	42
Abbildung 12: Frage: Häufigkeit nosokomialer Infektionen, Auswertung nach Geschlecht	43
Abbildung 13: Frage: Häufigkeit nosokomialer Infektionen, Auswertung nach Alter	43
Abbildung 14: Frage: Häufigkeit nosokomialer Infektionen, Auswertung nach Wohnsitz	44
Abbildung 15: Frage: Häufigkeit nosokomialer Infektionen, Auswertung nach Bildungsgrad	44
Abbildung 16: Frage: Einschätzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer	45
Abbildung 17: Frage: Einschätzung des Durchschnittsalters	46
Abbildung 18: Frage: Überlebensrate Intensivstationsaufenthalt	47
Abbildung 19: Frage: Überlebensrate Intensivstationsaufenthalt, Auswertung nach Geschlecht	48
Abbildung 20: Frage: Überlebensrate Intensivstationsaufenthalt, Auswertung nach Alter	48
Abbildung 21: Frage: Überlebensrate Intensivstationsaufenthalt, Auswertung nach Wohnsitz	49
Abbildung 22: Frage: Überlebensrate Intensivstationsaufenthalt, Auswertung nach Bildungsgrad	49
Abbildung 23: Frage: Überlebensrate Wiederbelebung	50

Abbildung 24: Frage: Überlebensrate Wiederbelebung, Auswertung nach Geschlecht _____	51
Abbildung 25: Frage: Überlebensrate Wiederbelebung, Auswertung nach Alter	51
Abbildung 26: Frage: Überlebensrate Wiederbelebung, Auswertung nach Wohnsitz _____	52
Abbildung 27: Frage: Überlebensrate Wiederbelebung, Auswertung nach Bildungsgrad _____	52
Abbildung 28: Frage: Kosten _____	53

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Antworthäufigkeiten Aufnahmegründe	55
Tabelle 2: Antworthäufigkeiten Krankheitsbilder	56
Tabelle 3: Antworthäufigkeiten Defibrillator	57
Tabelle 4: Antworthäufigkeiten künstliches Koma	58

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	3
Zusammenfassung	4
Abstract	6
Abbildungsverzeichnis	8
Tabellenverzeichnis	10
Abkürzungsverzeichnis	13
1 Einleitung	14
1.1 Health Literacy	14
1.1.1 Definition	14
1.1.2 Aspekte der Health Literacy	15
1.1.3 Kommunikation und Intervention in Bezug auf Health Literacy	17
1.1.4 Bildung und Health Literacy	20
1.1.5 Health Literacy und Kosten im Gesundheitssystem	20
1.1.6 Health Literacy und chronische Erkrankung	21
1.1.7 HLS-EU	21
1.1.8 Health Literacy in Österreich	25
1.2 Medizinischer Hintergrund zur Umfrage	26
1.2.1 Nosokomiale Infektionen	26
1.2.2 Kardiopulmonale Reanimation	28
2 Forschungsfrage	30
3 Material und Methoden	31
3.1 Fragebogen	31
3.1.1 Offene Fragen	32
3.1.2 Single-Choice-Fragen	33
3.2 Einschlusskriterien und Ausschlusskriterien	35
3.3 Ethikantrag und Informed Consent Form	35
3.4 Durchführung der Umfrage	36
3.5 Auswertung der Daten	36
	11

4 Ergebnisse	37
4.1 Teil 1 - Soziodemographische Daten	37
4.2 Teil 2 - Fragen zur Intensivmedizin	41
4.2.1 Single-Choice-Fragen	41
„Wie viele PatientInnen betreut eine Krankenschwester/ ein Pfleger auf der Intensivstation?“	41
„Wie viele PatientInnen bekommen während eines Intensivstationsaufenthalts eine „Krankenhausinfektion“ (z.B. Lungenentzündung, Harnwegsinfekt)?“	42
„Was glauben Sie ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer auf einer Intensivstation?“	45
„Wie schätzen Sie das durchschnittliche Alter von IntensivpatientInnen?“	46
„Wie viele PatientInnen überleben Ihrer Meinung nach das erste Jahr nach einem Intensivstationsaufenthalt?“	47
„Wie viele PatientInnen überleben Ihrer Meinung nach eine Wiederbelebung?“	50
„Wie hoch schätzen Sie die Kosten, die für eine Patientin/ einen Patienten pro Tag auf einer Intensivstation aufgewendet werden?“	53
4.2.2 Offene Fragen	54
„Was verstehen Sie unter Intensivmedizin? Warum glauben Sie, kommt ein Patient/ eine Patientin auf die Intensivstation?“	54
„Welche Krankheitsbilder/ Diagnosen glauben Sie sind die häufigsten auf einer Intensivstation?“	55
„Was verstehen Sie unter einem Defibrillator? Wozu bzw. wann wird dieser verwendet?“	56
„Was verstehen Sie unter einem „künstlichen Koma“? Warum wird ein/ eine PatientIn in ein künstliches Koma versetzt?“	58
5 Diskussion	60
Literaturverzeichnis	62
Abbildungsreferenzen	68
Anhang	69

Abkürzungsverzeichnis

ANISS	Austrian Nosokomial Infection Surveillance System
APPS	Austrian Point Prevalence Survey
bzw.	beziehungsweise
DGIIN	Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin
HbA _{1c}	Glykiertes Hämoglobin
HLS-EU	European Health Literacy Survey
HLS-EU-Q	European Health Literacy Survey Questionnaire
LKH	Landeskrankenhaus
mmHg	Millimeter Quecksilbersäule
NAAL	National Assessment of Adult Literacy Survey
NRZ	Nationales Referenzzentrum für Nosokomiale Infektionen und Antibiotikaresistenz
ÖGIAIN	Österreichische Gesellschaft für Internistische und Allgemeine Intensivmedizin und Notfallmedizin
ÖPGK	Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz
REALM	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
TOFHLA	Test of Functional Health Literacy in Adults
USA	United States of America
WHO	World Health Organization
z.B.	zum Beispiel

1 Einleitung

1.1 Health Literacy

1.1.1 Definition

Health Literacy ist mit dem Begriff Gesundheitskompetenz umschreibbar, der die Bedeutung bereits suggeriert. 1974 findet das Konzept der Health Literacy erstmals Erwähnung in einer Publikation, bereits damals wurde sie als grundlegend für die gesellschaftspolitische Entwicklung gesehen. (1)

Die WHO definierte den Begriff Health Literacy im Jahr 1998 nach Nutbeam als kognitive und soziale Kompetenzen einer Person, welche die Motivation und die Fähigkeit festlegen, sich nicht nur Zugang zu medizinischer Information zu beschaffen, sondern diese auch zu verstehen und so umzusetzen, dass die individuelle Gesundheit gefördert und aufrechterhalten wird. (2) Im Jahr 2000 hat die WHO die Health Literacy als „Schlüselfaktor“ für die Gesundheitsförderung definiert. (3)

Die Bedeutung und politische Implementierung der Health Literacy nahm über die Jahre zu. Die Begriffsdefinition entwickelte sich im Laufe der Zeit weiter; während sich frühere Ansätze auf grundlegende Lese- und Rechenfähigkeiten der Bevölkerung im medizinischen Kontext bezogen, führte die Entwicklung der Definition über das Abweichen von den speziellen Fähigkeiten, die nötig sind, um eine gute Health Literacy aufzuweisen, zu den Zielen selbst, nämlich das Vermögen medizinische Informationen zu erlangen, zu verstehen und zu verarbeiten, bis hin zur Berücksichtigung des Einfließens von verschiedenen Fähigkeiten und Faktoren wie aktivem Zuhören, Motivation, sozialen Fähigkeiten oder dem Umgang mit Technologien, zum Beispiel dem Internet. (4-6)

1.1.2 Aspekte der Health Literacy

Der Begriff Gesundheit kann folgendermaßen beschrieben werden:

„A state of complete physical, social and mental wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity.“ (2)

Diese Definition zeigt auf, wie vielfältig die Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit sind. Das Konzept der Health Literacy erweitert die Komplexität des Themas um zusätzliche Aspekte und berücksichtigt unter anderem das aktive Handeln sowie die Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit, gesellschaftspolitische Themen wie Bildung, Gesundheitsförderung und den Einfluss auf das Betreiben effizienter Gesundheitssysteme.

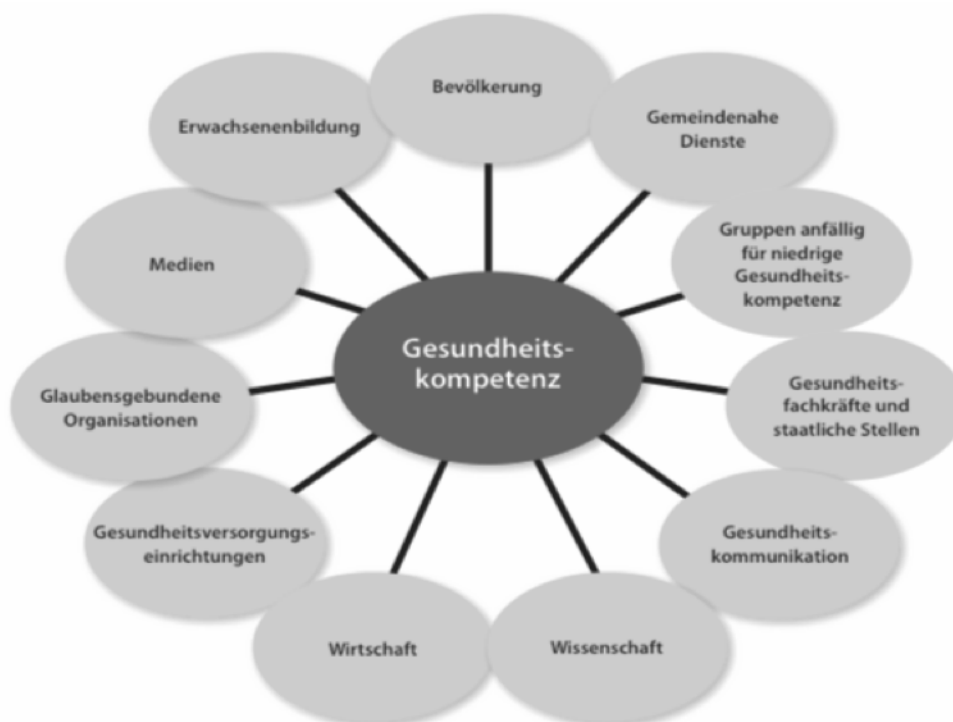


Abbildung 1: Faktoren der Health Literacy (73)

Studien ergaben einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Health Literacy einer Person und deren Verhalten in Bezug auf Gesundheit, wobei unter anderem der Missbrauch von Drogen, Alkohol und Nikotin, riskantes Sexualverhalten, das

vermehrte Beanspruchungen notfallmedizinischer Dienste, oder Ernährungsgewohnheiten eine Rolle spielten. (7)

Neben medizinischem Fortschritt und strukturellen Veränderungen in den Gesundheitssystemen schreitet auch die Weiterentwicklung der Patientenrolle voran, was ein Abweichen von bisher vorherrschenden paternalistischen Modellen mit sich gebracht hat, das Selbstbestimmungsrecht und der Wille der PatientInnen rückten zunehmend in den Fokus.

„Shared decision making“ oder „informed consent“ sind nur Beispiele für Begriffe, die den Umgang mit den mündigen und informierten PatientInnen der modernen Medizin beschreiben. PatientInnen, die mittels shared decision making in die sie betreffenden medizinischen Prozesse vermehrt integriert werden, machen nicht nur eine bessere Erfahrung mit dem Gesundheitssystem, sondern auch deren Outcome kann verbessert werden. Umgekehrt verschlechtert eine niedrige Health Literacy auch deren Outcome. (8, 9)

Um als Patient/ als Patientin fundierte Entscheidungen bezüglich Gesundheitsthemen mittragen zu können, ist jedoch eine ausreichend ausgeprägte Health Literacy notwendig, da es herausfordernd sein kann, mit der Komplexität des Gesundheitssystems, einem naturwissenschaftlichen Sprachgebrauch, der Fülle an unterschiedlichen Informationsquellen, chronischen Erkrankungen, organisatorischen Hürden und weiteren Problemstellungen umzugehen, denn auch die Eigenverantwortung der PatientInnen nimmt dadurch zu. Mehrere Untersuchungen in unterschiedlichen Ländern kamen zu dem Schluss, dass ein großer Teil der Bevölkerung keine ausreichende Health Literacy aufweist, um es mit derartigen Herausforderungen aufnehmen zu können. (3, 9-11) Im Rahmen des European Health Literacy Survey, einer Erhebung der Gesundheitskompetenz in acht Staaten der Europäischen Union, wurde ersichtlich, dass die europäische Bevölkerung ebenfalls zu großen Teilen ein mangelhaftes Niveau an Health Literacy aufweist, auch Österreich ist davon stark betroffen. Eine weitere Studie in Deutschland kam zu kongruenten Erkenntnissen. (12, 13)

Eine australische Studie eruierte die Health Literacy von elektiv operierten orthopädischen PatientInnen durch postoperative Befragungen zum Zeitpunkt der ersten ambulanten Nachkontrolle. Eine Gruppe wurde direkt vor, eine direkt nach der Nachkontrolle, unter anderem zu erwarteter Genesungszeit und postoperativen Anweisungen befragt. Dabei wurde zwischen privat versicherten und nicht privat versicherten PatientInnen differenziert. Alle Gruppen schnitten schlecht ab, wobei die privat versicherten im Vergleich besser abschnitten. Am besten schnitt die Gruppe ab, die direkt nach der ambulanten Nachkontrolle befragt wurde. (14) Auch in einer großen US-amerikanischen Studie schnitten privat- oder über den Arbeitgeber versicherte Patienten besser ab. (10) In einer weiteren Untersuchung von orthopädischen PatientInnen ergaben sich ebenfalls schlechte Werte für die Ausprägung der Health Literacy, ein strukturiertes Gespräch vor der Entlassung der PatientInnen konnte allerdings die Health Literacy in diesem Zusammenhang verbessern. (15)

1.1.3 Kommunikation und Intervention in Bezug auf Health Literacy

Arzt/Ärztin-PatientInnen-Kommunikation spielt auch bezüglich der Health Literacy eine große Rolle. PatientInnen mit mangelhafter Health Literacy sind tendenziell unzufriedener mit der Kommunikation des medizinischen Personals. (16)

Wie in der zuvor thematisierten Studie (15) gezeigt, ist es möglich, die Health Literacy in bestimmten Bereichen durch gezielte Interventionen und auf die PatientInnen abgestimmte Kommunikation zu verbessern.

Man konnte zum Beispiel die Darmvorbereitung vor Koloskopien deutlich verbessern, indem man PatientInnen die notwendigen Maßnahmen vereinfacht mit Bildern näherbrachte. (17)

Bei der Untersuchung der Kommunikation von Eltern bei Diabetesschulungen an einer pädiatrischen Diabetesklinik konnte gezeigt werden, dass der Gebrauch Diabetes- assoziierter Sprache bei Eltern mit niedriger Health Literacy Verwirrung hervorrief und diese häufig Wiederholungen der vermittelten Informationen benötigten, beziehungsweise nur die wichtigsten Schlüsselpunkte kommuniziert haben wollten. (18)

Durch Interventionen an PatientInnen mit niedriger Health Literacy, zum Beispiel in den Bereichen Selbstmanagement oder dem Umgang mit ihrer Erkrankung, können die negativen Effekte der niedrigen Health Literacy gemildert werden und Verbesserungen bei Hospitalisationsraten oder der Häufigkeit der Vorstellungen in Akutambulanzen erzielt werden. (19)

Nach einem in den USA veröffentlichten Modell können mögliche Ansatzpunkte für eine Intervention zur Verbesserung der Health Literacy von PatientInnen beziehungsweise der gesamten Bevölkerung, auf drei Schlüsselpunkte reduziert werden. Kultur und die Gesellschaft in ihrer Gesamtheit, sowie das Gesundheitssystem und das Bildungssystem des betreffenden Staates. Jeder dieser Ansatzpunkte birgt Herausforderungen und Möglichkeiten, Health Literacy zu verbessern. (3)

Nicht nur unser soziales Umfeld, auch der sozioökonomische Status, das Alter und Geschlecht beeinflussen unsere Auffassung und Beurteilung von Symptomen oder medizinischer Information und unseren generellen Umgang mit Gesundheit, Krankheit und die Einstellung gegenüber dem Gesundheitssystem. Der Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit beziehungsweise Krankheit ist belegt und beeinflusst natürlich auch die Health Literacy. Eine mangelhafte Ausbildung von medizinischem Personal hinsichtlich der Vermittlung und Förderung von Health Literacy und Kommunikationsfertigkeiten kann eine weitere Barriere darstellen. (3)

Außerdem können Probleme dadurch auftreten, dass der kulturelle Hintergrund und der Grad der Bildung derjenigen Personen, die medizinische Informationen zur Verfügung stellen, von dem Hintergrund und dem Bildungsniveau derjenigen die diese Informationen erhalten, abweichen kann. (3)

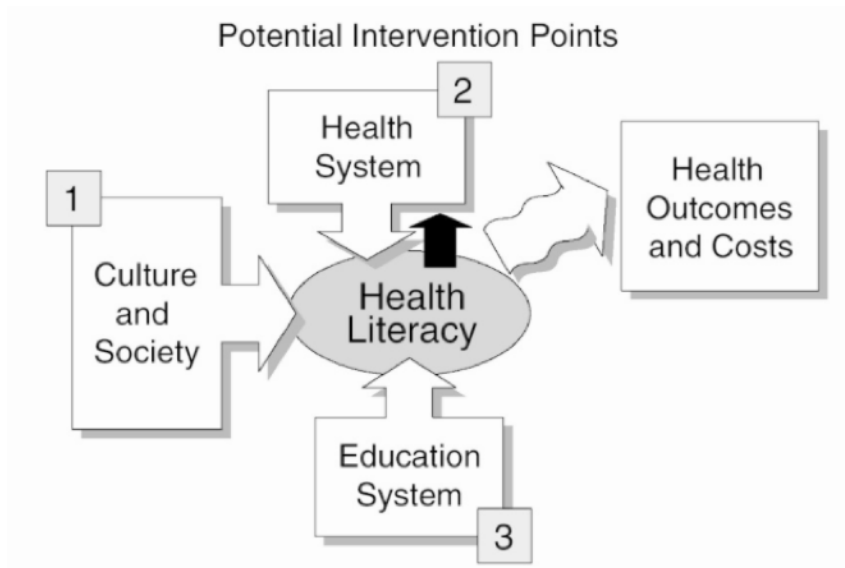


Abbildung 2: Mögliche Interventionsansätze (74)

Da Health Literacy generell so mangelhaft ausgeprägt ist, sollte davon ausgegangen werden, dass die meisten PatientInnen einen einfach gehaltenen, leicht zu verstehenden Kommunikationsstil des medizinischen Personals bevorzugen. Konkrete Beispiele zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Personal im Gesundheitswesen und PatientInnen wären die Verwendung von medizinischen Fachausdrücken weitestgehend, jedoch individuell auf die PatientInnen abgestimmt, zu vermeiden, weiters das Beschränken der zu vermittelnden Information auf die zwei bis drei wichtigsten Punkte, um eine Informationsflut zu vermeiden. Hilfreich ist es auch, langsam zu sprechen und einfach zu verstehende schriftliche Information zur Verfügung zu stellen. (20)

Lässt man PatientInnen die vermittelte Information in ihren eigenen Worten zusammengefasst wiedergeben, um zu erfassen, ob die Information verstanden wurde, hat dies ebenfalls einen positiven Effekt. DiabetespatientInnen mit niedriger Health Literacy, deren behandelnde(r) Arzt/ Ärztin diese Technik verwendete, wiesen niedrigere HbA_{1c}-Werte auf, als PatientInnen, bei denen diese Technik nicht angewendet wurde. (20, 21)

1.1.4 Bildung und Health Literacy

Das sinnerfassende Lesen von medizinischer Information ist nur einer von vielen Aspekten, die für eine ausreichende Health Literacy vonnöten sind, doch diese Fähigkeit ist oft nicht adäquat vorhanden, wovon vor allem Personen aus bildungsfernen Schichten und ältere Menschen betroffen sind. (3, 10, 22, 23)

Auch der Bildungsgrad innerhalb von Familien spielt eine bedeutende Rolle. Die Health Literacy von Jugendlichen korreliert positiv mit dem Einkommen und dem Bildungsgrad der Eltern. (24) Eltern mit hohem Einkommen und Bildungsgrad sind außerdem besser in der Lage, ihre Health Literacy an ihre Kinder weiterzugeben, wodurch bereits in jungen Jahren Erfahrungen mit präventivem Gesundheitsverhalten gemacht werden können, was sich in weiterer Folge auf die Gesundheitskompetenz im Erwachsenenalter auswirkt. (25, 26)

1.1.5 Health Literacy und Kosten im Gesundheitssystem

Insgesamt hat ein geringerer Bildungsgrad der Bevölkerung auch finanzielle Auswirkungen, da dies über niedrigere Health Literacy höhere Kosten generiert. (3, 27)

Mögliche relevante Faktoren in diesem Zusammenhang können unzureichende Lebensstilmodifikationen, falsche oder unzureichende Medikamenteneinnahme, das häufigere Auftreten von Komplikationen und generell vermehrtes Beanspruchen des Gesundheitssystems bei seltenerer Inanspruchnahme präventivmedizinischer Maßnahmen darstellen. (28-32)

Ein weiterer Punkt sind erhöhte Hospitalisierungsraten. Eine US-amerikanische Studie untersuchte den Zusammenhang zwischen Health Literacy und Hospitalisierungsraten und den daraus entstehenden Kosten durch den Vergleich verschiedener Bezirke innerhalb eines Bundesstaates. Dabei fand man heraus, dass niedrigere Health Literacy-Levels mit erhöhten Raten an vermeidbaren Hospitalisierungen und Kosten assoziiert sind. (33)

1.1.6 Health Literacy und chronische Erkrankung

Besonders PatientInnen mit chronischen Erkrankungen werden von einer gering ausgeprägten Health Literacy beeinflusst. Es ist für die Betroffenen komplizierter, ihre Krankheit zu verstehen und Schulungen gestalten sich schwieriger, wodurch auch die Adherence negativ beeinflusst wird. Eine in den USA durchgeführte Studie mit HypertoniepatientInnen konnte zeigen, dass in der Gruppe mit niedriger Health Literacy nur 42% der Befragten wussten, dass ein Blutdruckwert von 130/80 mmHg im normalen Bereich liegt, 45% wussten nicht, dass ein Wert von 160/100 mmHg als zu hoch anzusehen ist, außerdem wussten viele der Befragten nicht über einen Einfluss von Lebensstil und Ernährung auf Blutdruckwerte Bescheid. Beispielsweise wusste ein Drittel der PatientInnen nicht, dass Gewichtsverlust den Blutdruck positiv beeinflussen kann. HypertoniepatientInnen dieser Gruppe hatten höhere systolische Blutdruckwerte, DiabetikerInnen höhere HbA_{1c}-Werte. (34)

Eine unter AsthmapatientInnen in Notaufnahmen und spezialisierten Asthma-Kliniken durchgeführte Studie, die den Zusammenhang zwischen sinnerfassendem Lesen und der Fähigkeiten zur Anwendung von Asthmainhalatoren, sowie Wissen über die Erkrankung untersuchte, kam zu dem Ergebnis, dass eine eingeschränkte Fähigkeit, sinnerfassend medizinische Informationen zu lesen, stark mit mangelndem Wissen über Asthma und mangelhafter Technik bei der Anwendung von Inhalatoren korreliert. 89% der untersuchten PatientInnen in der Gruppe mit schlechten Lesefähigkeiten wiesen eine mangelhafte Technik im Umgang mit den Inhalatoren auf. (35)

1.1.7 HLS-EU

Im Jahr 2010 wurde als Ausgliederung aus dem „European Health Literacy project“, das von 2009 bis 2012 stattfand, im Rahmen des European Health Forum in Österreich die Plattform „Health Literacy Europe“ mit dem Ziel gegründet, eine europaweite Stärkung der Gesundheitskompetenz durch Vernetzungsarbeit, die Abhaltung von Konferenzen und Kongressen, sowie Austausch von Wissen zu

erreichen. (36) Das Kernprojekt war der HLS-EU (European Health Literacy Survey), eine großangelegte Erhebung der Gesundheitskompetenz der europäischen Bevölkerung. Es existierten bereits eine Reihe von Werkzeugen und Methoden, um Health Literacy von PatientInnen beziehungsweise der Bevölkerung zu messen, beispielsweise der „Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)“ oder der „Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)“, die einfach in ihrer Anwendung und eher für den klinischen Gebrauch zu benutzen sind, oder der „National Assessment of Adult Literacy Survey (NAAL)“. (37)

Die vorbestehenden Instrumente wiesen jedoch Einschränkungen, beziehungsweise Anwendungsgrenzen und Limitationen auf. (38, 39) So wurde vom HLS-EU Konsortium eine eigene Methode entwickelt und der HLS-EU-Q (European Health Literacy Survey-Questionnaire) entstand auf Basis einer Matrix, die auf vier Kernkompetenzen (Abrufen und Einholen, Verstehen, Verarbeiten und Einschätzen und das Anwenden der relevanten Informationen) in Bezug auf Healthcare, sowie Krankheitsprävention und Förderung der Gesundheit aufbaut. (37)

HLS-EU Health literacy matrix

	Access/obtain information relevant to health	Understand information relevant to health	Process/appraise information relevant to health	Apply/use information relevant to health
Healthcare	Ability to access information on medical and clinical issues	Ability to understand medical information and derive meaning	Ability to interpret and evaluate medical information	Ability to make informed decisions on medical issues
Disease prevention	Ability to access information on risk factors for health	Ability to understand information on risk factors and derive meaning	Ability to interpret and evaluate information on risk factors for health	Ability to make informed decisions on risk factors for health
Health promotion	Ability to update oneself on determinants of health in the social and physical environment	Ability to understand information on determinants of health in the social and physical environment and derive meaning	Ability to interpret and evaluate information on health determinants in the social and physical environment	Ability to make informed decisions on health determinants in the social and physical environment

Abbildung 3: HLS-EU Health Literacy Matrix (75)

Durchgeführt wurde der European Health Literacy Survey unter Anwendung des HLS-EU-Q in persönlichen Interviews, die entweder computerassistent oder am Papier absolviert wurden. Menschen aus acht europäischen Ländern (Österreich, Deutschland, Irland, Bulgarien, Niederlande, Griechenland, Spanien und Polen) nahmen daran teil. Aus jedem dieser acht Staaten wurden 1000 TeilnehmerInnen im Alter von 15 Jahren oder älter rekrutiert, sodass die Teilnehmerzahl insgesamt 8000 Personen umfasste. (13)

Die bei der Erhebung erreichbaren Scores wurden zu insgesamt vier „Health Literacy Levels“ zusammengeführt, die sich folgendermaßen gestalteten:

Erreichte ein Teilnehmer oder eine Teilnehmerin 0-25 Punkte, wurde er beziehungsweise sie dem ersten Level zugeteilt, das einem „inadäquaten“ Ausmaß an Health Literacy entsprach. >25-33 erreichte Punkte bedeutete eine Zugehörigkeit zu Level 2, das eine „problematische“ Gesundheitskompetenz repräsentierte. Level 3 erreichten die TeilnehmerInnen mit >33-42 Punkten, dieses

Level wurde mit einer „ausreichenden“ Gesundheitskompetenz in Verbindung gebracht. Das Vorhandensein einer „exzellenten“ Health Literacy wurde mit Level 4 und >42-50 Punkten erreicht. Um vulnerable Gruppen identifizieren zu können, wurden Level 1 (inadäquat) und Level 2 (problematisch), zu einer Gruppe zusammengeführt („eingeschränkte“ Health Literacy). (13)

Neben Fragen zu Gesundheitsthemen wurden auch persönliche Daten der TeilnehmerInnen erhoben, dazu gehörten unter anderem das Alter, Geschlecht, der sozioökonomische Status, der Bildungsgrad, aber auch das Rauchverhalten, der Alkoholkonsum und das Ausmaß an körperlicher Betätigung. (13)

Betrachtet man die gesamte Studienpopulation, erreichte ungefähr eine(r) von zehn TeilnehmerInnen nur eine „inadäquate“ Gesundheitskompetenz, annähernd die Hälfte der StudienteilnehmerInnen fiel in die Kategorie der „eingeschränkten“ Health Literacy.

Die Einzelergebnisse nach Ländern wichen voneinander ab. Die Niederlande konnten im Durchschnitt die besten Ergebnisse erzielen, nur 29% wiesen hier eine „eingeschränkte“ Gesundheitskompetenz auf, in Bulgarien waren es 62%. (13)

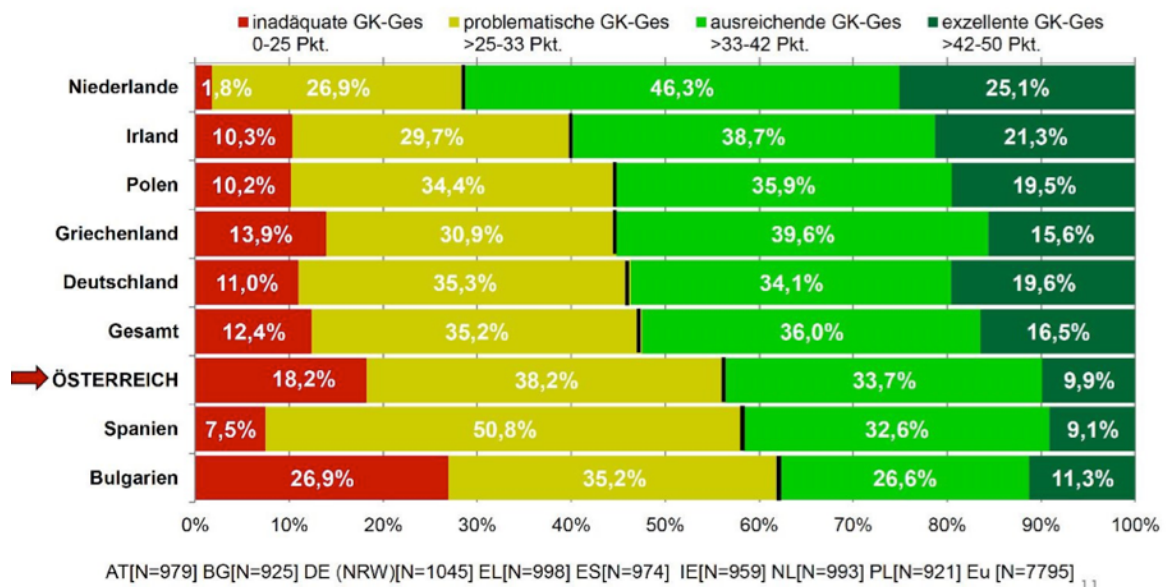


Abbildung 4: Level der Health Literacy nach Ländern (76)

Im Zuge des HLS-EU konnten außerdem vulnerable Gruppen detektiert werden. So zeigte eine niedrige Gesundheitskompetenz eine Korrelation mit erhöhtem

Alter, niedrigem sozioökonomischen Status und geringem Bildungsgrad. Weiters zeigten sich Zusammenhänge zwischen niedriger Gesundheitskompetenz und vermehrtem Beanspruchen des Gesundheitssystems. TeilnehmerInnen mit mehr als einer Langzeiterkrankung und Menschen, die ihren eigenen Gesundheitsstatus als „schlecht“ oder „sehr schlecht“ einschätzten, fanden sich auch gehäuft unter dieser Kategorie. (13)

1.1.8 Health Literacy in Österreich

Österreich schnitt beim HLS-EU unterdurchschnittlich ab, 18% der TeilnehmerInnen wurden in das Level „inadäquate“ Health Literacy eingestuft, 38% in das Level „problematische“ Health Literacy und nur 10% wiesen eine „exzellente“ Gesundheitskompetenz auf, während beispielsweise die polnische oder die deutsche Bevölkerung hier einen Anteil von 20% aufwies. (13)

Auch in Österreich wurde erkannt, dass die Stärkung der Gesundheitskompetenz im Land positive Auswirkungen auf die Behandlung von Krankheiten und deren Prävention, sowie die Förderung der Gesundheit hat.

Im Jahr 2014 wurde die Einrichtung einer Plattform im Sinne einer staatlichen Koordinationsstelle zur Verbesserung der Health Literacy der Bevölkerung beschlossen, Anfang des Jahres 2015 wurde die ÖPGK (Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz) endgültig etabliert. (40)

Ziele sind eine Stärkung des Bewusstseins für Prävention und Stärkung des Verantwortungsbewusstseins der Bevölkerung; für PatientInnen soll außerdem eine unkomplizierte Orientierung im Gesundheitssystem, im Sozialsystem und dem Bildungsbereich möglich sein. Ein weiteres Wirkungsziel ist die Health Literacy von vulnerablen Bevölkerungsgruppen zu verbessern, um Chancengleichheit im Gesundheitsbereich erreichen zu können. Weiters sollen der Produktionssektor und der Dienstleistungssektor in die Stärkung der Health Literacy miteinbezogen werden. (40, 41)

1.2 Medizinischer Hintergrund zur Umfrage

1.2.1 Nosokomiale Infektionen

Die nosokomiale Infektion wird als Infektion definiert, deren Erstsymptom frühestens am dritten Tag des Aufenthalts im Krankenhaus auftritt, wobei der Tag der Aufnahme als erster Tag gerechnet wird. Treten Infektionszeichen früher auf, gilt die Infektion als „community aquired“, also mitgebracht. Neben einer vorhandenen Reaktion auf Erreger handelt es sich also um eine zeitliche Komponente, die zur Einstufung einer Infektion als „nosokomial“ führt. Als Symptome werden unter anderem Untersuchungsergebnisse, Befunde radiologischer Verfahren, Laboruntersuchungsergebnisse, aber auch der Beginn einer antibiotischen Therapie gewertet. (42)

Nosokomiale Infektionen stellen eine häufige Komplikation dar und führen zu längeren stationären Aufenthalten und einer erhöhten Mortalität. (43-45)

Bereits eine im Jahr 1988 publizierte Studie wies auf die hohe Rate von über 30% an vermeidbaren nosokomialen Infektionen hin. (46)

Die Prävalenz der nosokomialen Infektion beträgt in Europa im Schnitt 6%, je nach Staat zwischen 3-11%, wobei die am häufigsten akquirierten nosokomialen Infektionen die Atemwege betreffen, postoperative Wundinfektionen, Harnwegsinfekte, Bakteriämie, sowie gastrointestinale Infektionen sind ebenfalls häufig. *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus* und *Enterococcus spp.* sind dabei häufig isolierte Erreger. (47)

In Deutschland und Österreich beträgt die Prävalenz für nosokomiale Infektionen 5% und wird in Österreich unter anderem vom NRZ (Nationales Referenzzentrum für Nosokomiale Infektionen und Antibiotikaresistenz) sowie dem ANISS (Austrian Nosokomial Infection Surveillance System) im Rahmen des APPS (Austrian Point Prevalence Survey) eruiert. (48-50)

Im intensivmedizinischen Setting sind nosokomiale Infektionen jedoch wesentlich häufiger. Bei den meisten Erhebungen ergibt sich eine Prävalenz von ungefähr 20%. (47, 48)

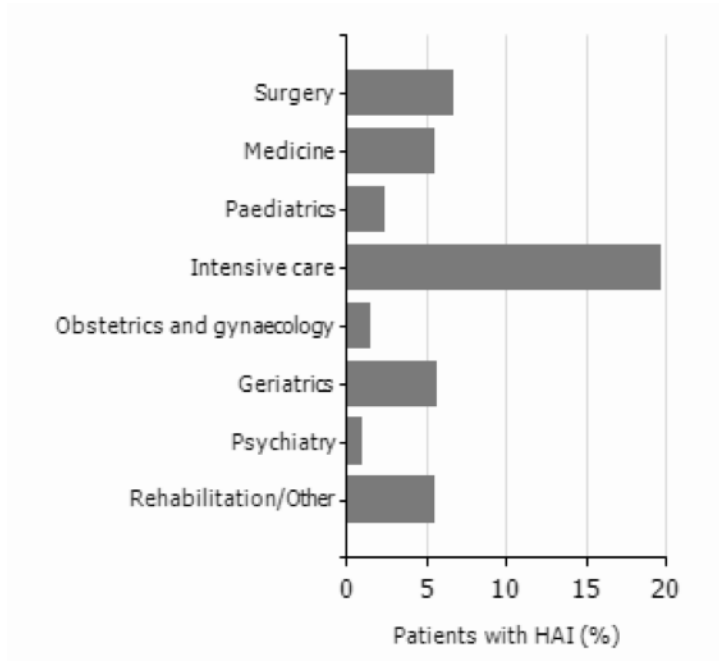


Abbildung 5: Prävalenz für nosokomiale Infektionen nach Fachgebiet (77)

Intensivpflichtige PatientInnen brauchen häufig invasive Maßnahmen wie Katheteranlagen, was mit einem erhöhten Risiko für das Akquirieren von nosokomialen Infektionen einhergeht. Beispielsweise sind 97% der Pneumonien mit Intubation und 99% der Harnwegsinfektionen bei IntensivpatientInnen mit der Applikation eines Harnkatheters assoziiert. (51)

Auf österreichischen Intensivstationen entwickeln 5% der PatientInnen eine Harnwegsinfektion, 4% eine Pneumonie, ebenfalls 4% eine Kolonisation von eingesetzten Gefäßkatheterspitzen, 3% eine Bakteriämie und 5% sonstige nosokomiale Infektionen. (50)

1.2.2 Kardiopulmonale Reanimation

Im Jahr 1960 wurde erstmals die externe Thoraxkompressionstechnik vorgestellt. (52) Seit damals konnten die Überlebensraten und das Outcome nach einem Kreislaufstillstand stetig erhöht werden, sei es durch den Einsatz von Defibrillatoren oder das Management der Körpertemperatur. (53)

Im Fall von präklinischen Kreislaufstillständen kommt vor allem die Schulung der Bevölkerung in grundlegenden Wiederbelebungsmaßnahmen zu tragen, die 30-Tage- Überlebensrate ist doppelt so hoch, wenn vor dem Eintreffen des Rettungsdienstes bereits eine kardiopulmonale Reanimation eingeleitet wurde, im Vergleich zur Situation, in der diese Maßnahme nicht eingeleitet wurde. (54, 55) Aber auch das medizinische Personal muss regelmäßig Schulungen unterzogen werden, um im Bedarfsfall eine ausreichend hohe Qualität der Wiederbelebungsmaßnahmen gewährleisten zu können. Dabei hat sich vor allem simulationsbasiertes Training bewährt. (56, 57)

Je höher die Health Literacy einer Person, desto eher verwendet sie Zeitschriften, Bücher oder das Internet, um sich über Gesundheitsthemen zu informieren und relevante Information zu sammeln. Im Gegensatz dazu verwenden Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz eher Radio und Fernseher, um an diesbezügliche Informationen zu gelangen. (10)

Medien könnten Menschen in ihrer Wahrnehmung, Meinung und ihren Erwartungen zu medizinischen Themen beeinflussen. Erfolgsraten von kardiopulmonaler Reanimation werden, verglichen mit Daten aus der Realität, in Fernsehserien viel zu hoch dargestellt, außerdem könnte die Bevölkerung den Eindruck gewinnen, Inzidenz und Erfolgsraten der kardiopulmonalen Reanimation seien über alle Altersgruppen gleich hoch. (58, 59)

Die Wahrscheinlichkeit, eine intramurale Reanimation bis zur Entlassung aus der Klinik zu überleben, liegt jedoch für 70 bis 79 Jahre alte PatientInnen bei 19%, für 80 bis 89-jährige bei 15% und für über 90-jährige nur mehr bei 12%, sie sinkt also stark mit zunehmendem Alter. (60) Die Überlebenswahrscheinlichkeiten variieren

auch mit der Ursache des Kreislaufstillstandes, der Grunderkrankung und dem Setting, in dem er auftritt:

Liegt eine zerebrovaskuläre Grunderkrankung vor, liegt die Überlebensrate nach innerklinischer Reanimation bis zur Entlassung bei 16%. (61)

Wird die Reanimation außerhalb eines Krankenhauses durchgeführt, liegt die 30-Tages- Überlebensrate, beziehungsweise die Überlebensrate bis zur Entlassung aus der Klinik je nach Studie nur bei 5-11%. (55, 62-64)

PatientInnen mit präklinischen traumatischen Kreislaufstillständen haben schlechtere Überlebensraten als solche mit präklinischen nichttraumatischen. (65)

Liegt eine Sepsis vor, verschlechtert dies ebenfalls die Prognose. (66)

Außerdem haben PatientInnen, die rezidivierend reanimationspflichtig werden, eine schlechtere Prognose. (67)

Die frühzeitige Defibrillation schockbarer Rhythmen hat ebenfalls eine große Auswirkung auf das Überleben eines Kreislaufstillstandes. (63)

Sogar die Uhrzeit und der Wochentag des Eintretens eines innerklinischen Kreislaufstillstandes beeinflussen das Überleben, dessen Wahrscheinlichkeit nachts und an Wochenenden sinkt. Bis zur Entlassung überleben, wenn das Ereignis in der Nacht auftritt, 15% der PatientInnen, 20% wenn die Reanimation tagsüber stattfindet. Außerdem wurde nächtlich häufiger eine Asystolie und weniger häufig Kammerflimmern als Erstrhythmus identifiziert. (68)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Überlebensraten nach kardiopulmonaler Reanimation mit verschiedenen Parametern variieren und nicht an einem Einzelwert festgemacht werden können. Zudem wurde der neurologische Outcome in diesem Zusammenhang nicht miteinbezogen.

2 Forschungsfrage

„Was wissen PatientInnen von Intensivmedizin?“

Das Thema Health Literacy hat in den letzten Jahren an Popularität gewonnen, spätestens seit dem European Health Literacy Survey hat sich auch die österreichische Gesundheitspolitik diesem wichtigen Faktor für die Gesundheit der Bevölkerung zugewandt.

Im deutschsprachigen Raum existieren noch wenige Daten zur Health Literacy von PatientInnen in Bezug auf Intensivmedizin. Besonders in diesem Bereich, in dem komplexe Krankheitsbilder und schwer zu treffende Entscheidungen zum Arbeitsalltag gehören, sowie hohe Erwartungshaltungen der Bevölkerung vorherrschen, ist es wichtig zu verstehen, welche Einschätzungen und welches Wissen Patientinnen und Patienten mitbringen.

Gegenstand der vorliegenden Arbeit soll es sein, durch eine Umfrage das Wissen von Patientinnen und Patienten, intensivmedizinische Fragestellungen betreffend, zu erheben, um besser einschätzen zu können, in welchen Themenbereichen und wie weitreichend Wissensdefizite und damit möglicherweise verbundene falsche Erwartungshaltungen und Einschätzungen der PatientInnen bestehen. Diese Informationen könnten genutzt werden, um gezielt die Health Literacy von Patientinnen und Patienten im Bereich Intensivmedizin zu verbessern.

3 Material und Methoden

Die Studie wurde als Umfrage unter Patientinnen und Patienten mit einem eigens erstellten Fragebogen durchgeführt.

3.1 Fragebogen

Zum Zweck der Erstellung des Fragebogens wurde eine Literaturrecherche zum Thema Intensivmedizin bezüglich der folglich verwendeten Fragen über PubMed durchgeführt.

Vor der vorliegenden Arbeit wurde bereits eine ähnliche Studie, ebenfalls als Umfrage im Rahmen einer Diplomarbeit mit medizinischen Laien durchgeführt.

(69) Um eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit den Erkenntnissen dieser bereits durchgeführten Studie zu erreichen, erfolgte bei der Erstellung des Fragebogens eine Anlehnung an den Fragebogen dieser Umfrage. (69)

Der Fragebogen bestand aus zwei Teilen und umfasste in Summe 20 Fragen.

Am Beginn des ersten Teils fand sich noch einmal der Hinweis auf eine Diplomarbeit als Zweck der Studie und die Bitte, die Fragen ernsthaft zu beantworten und nicht teilzunehmen, wenn eines der Ausschlusskriterien zutrifft. Der erste Teil hatte den Zweck der Erhebung persönlicher Angaben soziodemografischer Art, dabei wurden keine personenbezogene Daten erhoben. Weiters wurden im ersten Teil die bisherige Erfahrung der PatientInnen mit der Intensivmedizin und die bevorzugten Quellen bei der Beschaffung gesundheitsrelevanter Informationen erhoben.

Im zweiten Teil fanden sich 10 Fragen aus dem Gebiet der Intensivmedizin, wobei eine der Fragen in zwei Unterfragen aufgeteilt wurde. Diese 10 Fragen sollten Wissen und Einschätzungen der TeilnehmerInnen zur Thematik erheben. Vier der Fragen waren dabei als offen zu beantwortende, sechs als geschlossene Fragen im Single-Choice-Stil mit vier Antwortmöglichkeiten konzipiert.

3.1.1 Offene Fragen

Folgende offene Fragen wurden im zweiten Teil gestellt:

„Was verstehen Sie unter Intensivmedizin? Warum glauben Sie, kommt ein Patient/ eine Patientin auf die Intensivstation?“

„Welche Krankheitsbilder/ Diagnosen glauben Sie sind die häufigsten auf einer Intensivstation?“

„Was verstehen Sie unter einem Defibrillator? Wozu bzw. wann wird dieser verwendet?“

„Was verstehen Sie unter einem “künstlichen Koma”? Warum wird ein/ eine PatientIn in ein künstliches Koma versetzt?“

3.1.2 Single-Choice-Fragen

Folgende Single-Choice-Fragen wurden im zweiten Teil gestellt:

„Wie viele PatientInnen betreut eine Krankenschwester/ ein Pfleger auf der Intensivstation?“

1 PatientIn	6 PatientInnen
2 PatientInnen	10 PatientInnen

„Wie viele PatientInnen bekommen während eines Intensivstationsaufenthalts eine „Krankenhausinfektion“ (z.B. Lungenentzündung, Harnwegsinfekt)?“

0,5% der PatientInnen	15% der PatientInnen
5% der PatientInnen	35% der PatientInnen

„Was glauben Sie ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer auf einer Intensivstation?“

1 Tag	8 Tage
5 Tage	14 Tage

„Wie schätzen Sie das durchschnittliche Alter von IntensivpatientInnen?“

42 Jahre	64 Jahre
54 Jahre	73 Jahre

„Wie viele PatientInnen überleben Ihrer Meinung nach“

a) „das erste Jahr nach einem Intensivstationsaufenthalt?“

55%	85%
68%	98%

b) „eine Wiederbelebung?“

10%	50%
25%	75%

„Wie hoch schätzen Sie die Kosten, die für eine Patientin/ einen Patienten pro Tag auf einer Intensivstation aufgewendet werden?“

150 €	1200€
450 €	3100 €

Wie bereits erwähnt gleichen einige der Fragen dem Fragebogen der Studie „Was wissen Laien von Intensivmedizin“ von Marcia Lew. (69)

Der Fragebogen wurde außerdem auf der Plattform „SoSci Survey-der onlineFragebogen“ (<https://www.soscisurvey.de>) auch als Webversion erstellt. Bei der Durchführung der Umfrage wurde allerdings auf eine Verwendung dieses online-Umfrage-Tools verzichtet, da sich der Rücklauf durch die persönlich ausgehändigten Fragebögen als zufriedenstellend erwies und so das persönliche, selbstständige Ausfüllen ohne Verwendung von Hilfsmitteln jedes einzelnen Patienten und jeder einzelnen Patientin besser überwacht werden konnte.

3.2 Einschlusskriterien und Ausschlusskriterien

In die Studie wurden ambulante und stationäre Patientinnen und Patienten des LKH-Universitätsklinikum Graz, Universitätsklinik für Innere Medizin, Klinische Abteilungen für Endokrinologie und Diabetologie, Kardiologie, Onkologie und Nephrologie eingeschlossen.

Von der Studie ausgeschlossen wurden einerseits Patienten und Patientinnen, die die Volljährigkeit noch nicht erreicht hatten, andererseits solche, die zum Zeitpunkt der Umfrage in einem Gesundheitsberuf tätig waren, oder davor einen solchen Beruf ausgeübt haben. Es wurde keine Altersobergrenze festgelegt.

3.3 Ethikantrag und Informed Consent Form

Nach Konsultation der Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz wurde ein Ethikvotum als notwendig erachtet, folglich wurde das nötige Studienprotokoll verfasst und ein Ethikantrag eingebracht und genehmigt.

Auch das Erstellen einer Informed Consent Form wurde empfohlen. Diese enthielt Informationen zum Zweck und Inhalt der Umfrage und Hinweise auf die Freiwilligkeit sowie die Anonymität der Teilnahme. Außerdem wurde auf die Verwendung der im Zuge der Studie erhobenen Daten im Rahmen einer Diplomarbeit hingewiesen und klargestellt, dass das Ausfüllen des Fragebogens als automatisches Einverständnis zu Teilnahme und Datenverarbeitung gewertet wird.

Weiters fand sich auf der Informed Consent Form der Hinweis, nicht an der Studie teilzunehmen, wenn man einen Beruf im Gesundheitswesen ausübt oder ausgeübt hat, sowie die Bitte, den Fragebogen ernsthaft und vollständig auszufüllen.

Die Informed Consent Form wurde den PatientInnen gemeinsam mit den Fragebögen ausgehändigt.

3.4 Durchführung der Umfrage

Die Umfrage wurde in einem Zeitraum von insgesamt fünf Monaten des Jahres 2017 durchgeführt. Dazu wurden PatientInnen der genannten klinischen Abteilungen aus den Wartebereichen der Ambulanzen und von den Stationen rekrutiert. Die TeilnehmerInnen wurden persönlich angesprochen, nach einer kurzen Aufklärung über Teilnahmebedingungen wurden die Fragebögen ausgehändigt und unmittelbar nach Abschließen des Ausfüllens wieder eingesammelt.

Gestartet wurde mit dem Ziel, mindestens 60 retournierte Fragebögen zu erreichen, nach Ende der Umfrage waren es insgesamt 133 Stück.

3.5 Auswertung der Daten

Die Auswertung der Fragebögen wurde kontinuierlich nach der Retournierung unter Verwendung von Microsoft Excel bearbeitet. Dazu wurden die Datensätze codiert und nach Einzelfragen differenziert in Excel-Tabellen eingetragen, um anschließend mittels deskriptiver Statistik ausgewertet werden zu können.

Als eine Stückzahl von 101 ausgefüllten Fragebögen erreicht worden war, wurden auch die ersten Diagramme erstellt, um mit den bis zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Daten ein Poster mit vorläufigen Ergebnissen zu verfassen, das im Rahmen der 49. Gemeinsamen Jahrestagung der ÖGIÄIN und DGIIN im Juni 2017 in Innsbruck präsentiert wurde.

Die Auswertung der danach retournierten Fragebögen erfolgte in gleicher Weise wie davor.

4 Ergebnisse

Im nachfolgenden Kapitel werden die deskriptiv ausgewerteten Ergebnisse der Studie aufgeschlüsselt.

Der Rücklauf betrug insgesamt 133 Fragebögen.

4.1 Teil 1 - Soziodemographische Daten

Die Erhebung der soziodemografischen Daten brachte folgende Ergebnisse.

47% der TeilnehmerInnen waren weiblich, 53% männlich. Der Altersdurchschnitt betrug 56 Jahre. Das Alter wurde von 20% der PatientInnen nicht bekanntgegeben.

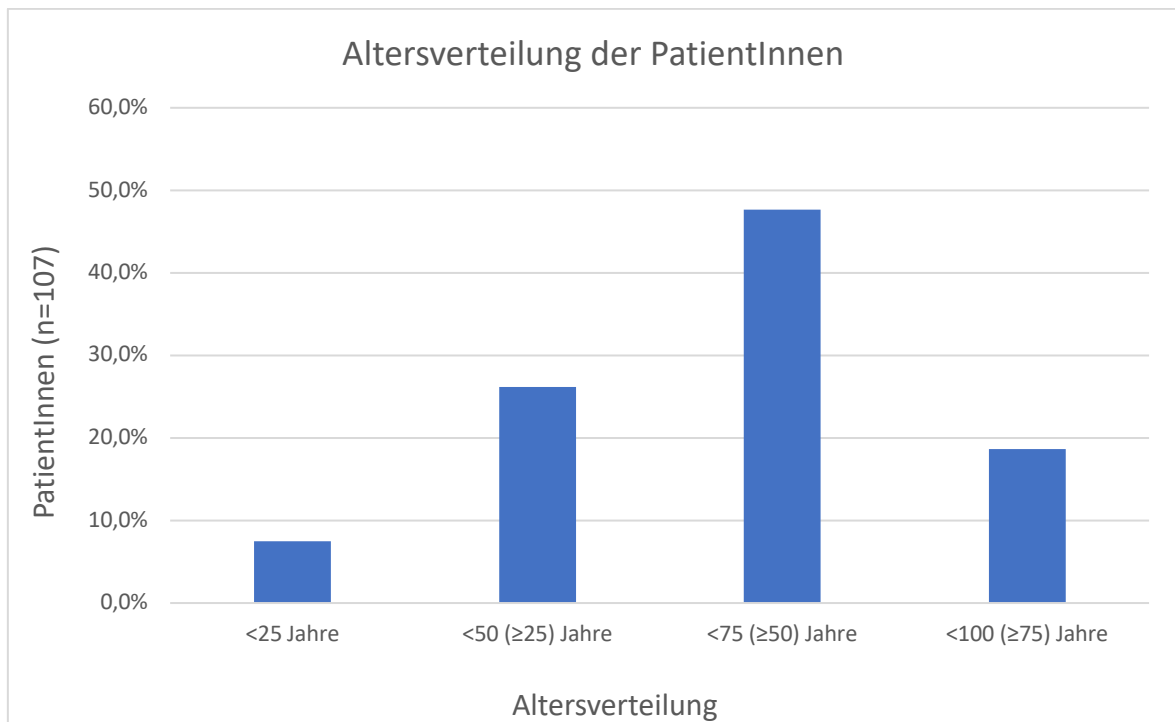


Abbildung 6: Altersverteilung

Die Frage nach der höchsten abgeschlossenen Schulbildung beziehungsweise Ausbildung, beantworteten 12% mit der Option Pflichtschule, über ein Drittel und damit der größte Anteil der PatientInnen nannte einen Lehrabschluss als höchste abgeschlossene Ausbildung, 17% eine weiterführende Schule ohne Matura, 23% mit Matura und nur 14% schlossen ein Studium an einer Universität oder Fachhochschule ab.

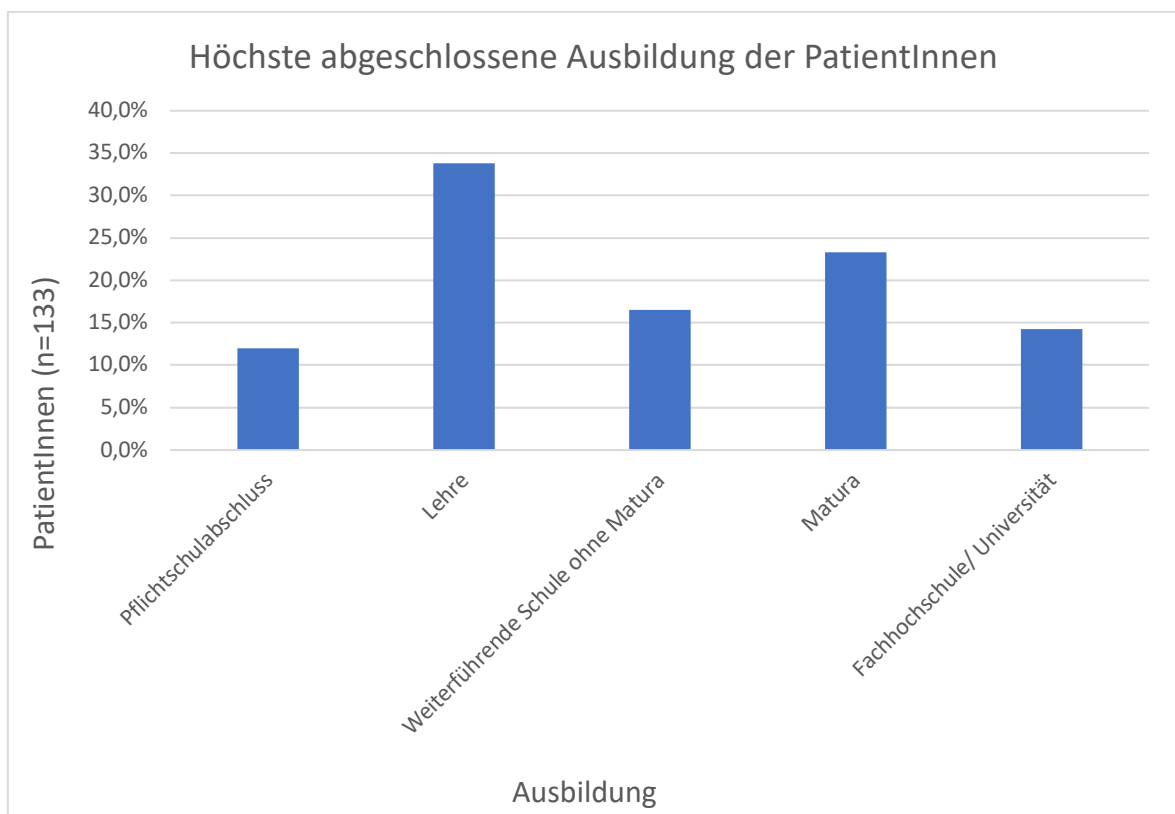


Abbildung 7: Frage: Höchste abgeschlossene Ausbildung

Nach dem Wohnort gefragt, gaben 40% an, ihren Wohnsitz in der Stadt zu haben, 60% der Befragten leben am Land.

Als aktuelle behandelnde Abteilung wurden in jeweils 43% der Fälle die Klinischen Abteilungen für Endokrinologie und Kardiologie angegeben, der Rest verteilte sich auf die Abteilungen für Nephrologie und Onkologie. Es befanden sich 75% der PatientInnen in ambulanter, 25% in stationärer Behandlung.

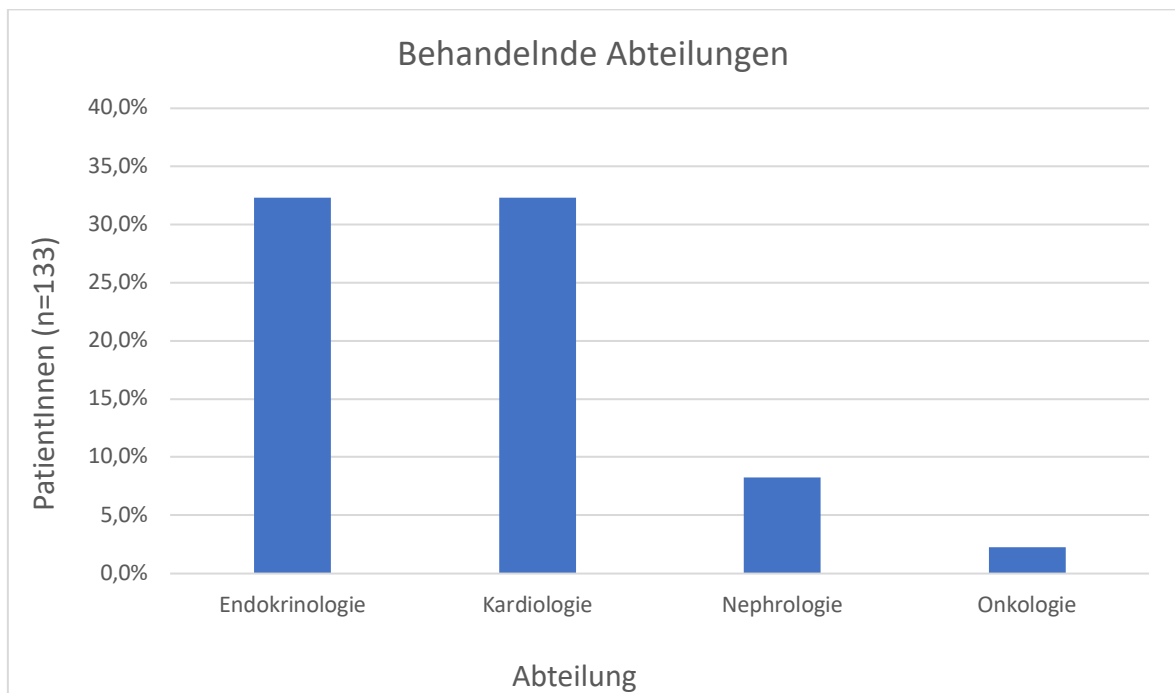


Abbildung 8: Frage: Behandelnde Abteilung

42% der PatientInnen gaben an, bereits auf einer Intensivstation behandelt worden zu sein, bei 59% begrenzte sich die Erfahrung mit Intensivstationen auf die Rolle eines Besuchers/Besucherin.

10 PatientInnen wurden nach eigenen Angaben bereits wiederbelebt.

Bei der Beantwortung der Frage nach den Bezugsquellen für medizinische Informationen waren Mehrfachnennungen möglich, ungefähr die Hälfte der TeilnehmerInnen nannten jeweils das Internet, Bekannte und Verwandte, Zeitschriften und medizinisches Personal als Informationsbezugsquelle. 43% gaben an, den Fernseher als Quelle zu nutzen, 23% lesen Fachliteratur, um sich über medizinische Themen zu informieren.

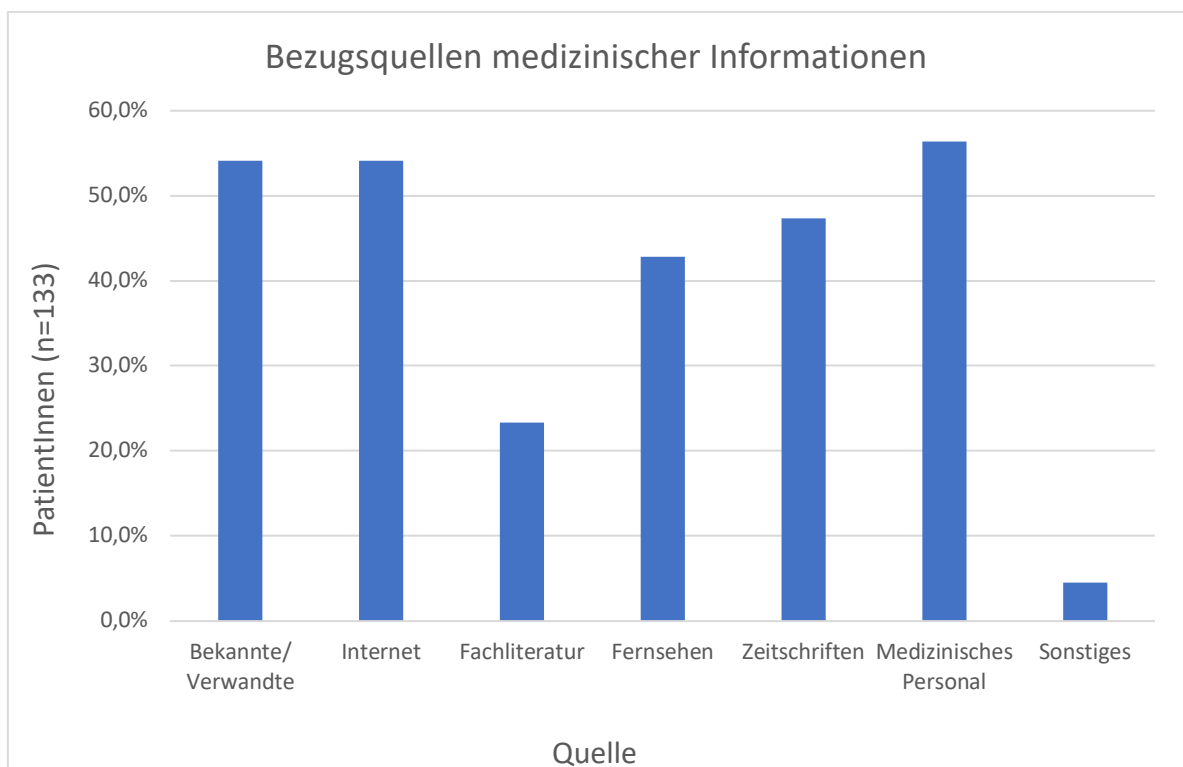


Abbildung 9: Frage: Bezugsquellen medizinischer Informationen

4.2 Teil 2 - Fragen zur Intensivmedizin

Im zweiten Teil, der wie beschrieben Wissen und Einschätzungen zur Intensivmedizin erhob, zeigten sich, nach Fragen aufgeschlüsselt, folgende Ergebnisse.

4.2.1 Single-Choice-Fragen

„Wie viele PatientInnen betreut eine Krankenschwester/ ein Pfleger auf der Intensivstation?“

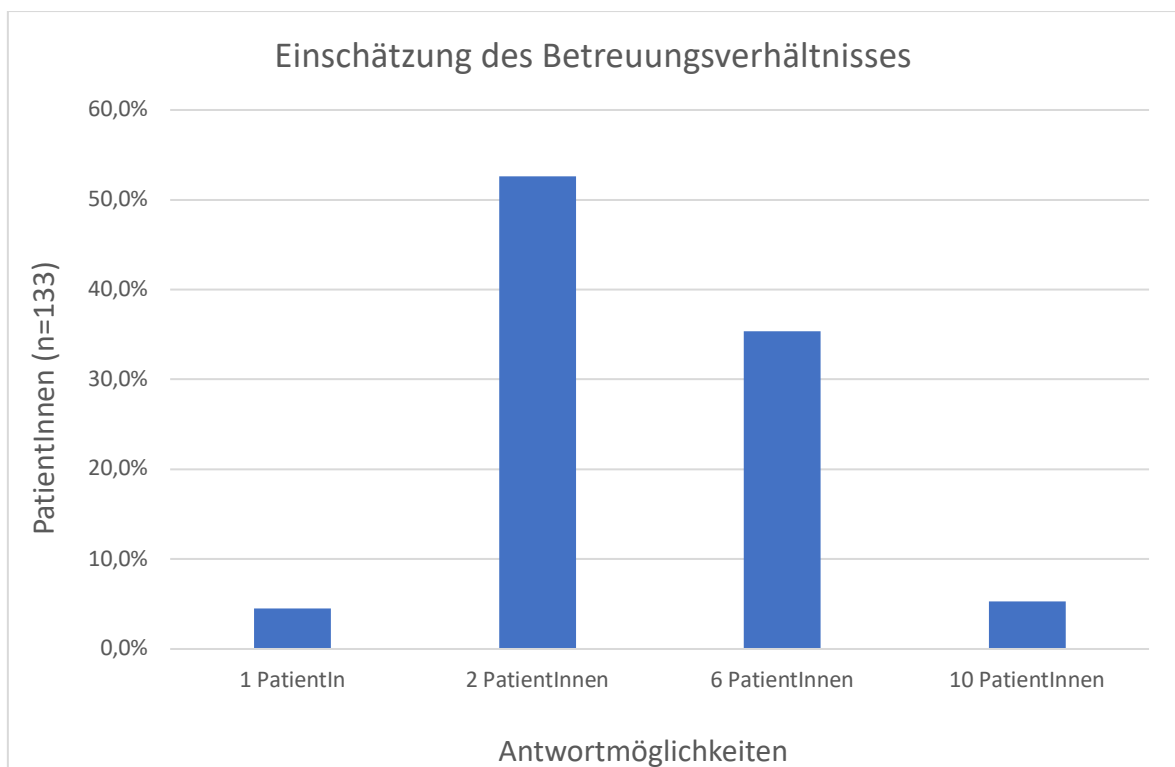


Abbildung 10: Frage: Einschätzung des Betreuungsverhältnisses

Über die Hälfte der Befragten schätzte das Betreuungsverhältnis auf Intensivstationen richtig ein, insgesamt 40% rechnen mit einem schlechteren Betreuungsverhältnis und nur 5% denken, dass jeder Patient/ jede Patientin von nur einer Schwester beziehungsweise einem Pfleger betreut wird.

„Wie viele PatientInnen bekommen während eines Intensivstationsaufenthalts eine „Krankenhausinfektion“ (z.B. Lungenentzündung, Harnwegsinfekt)?“

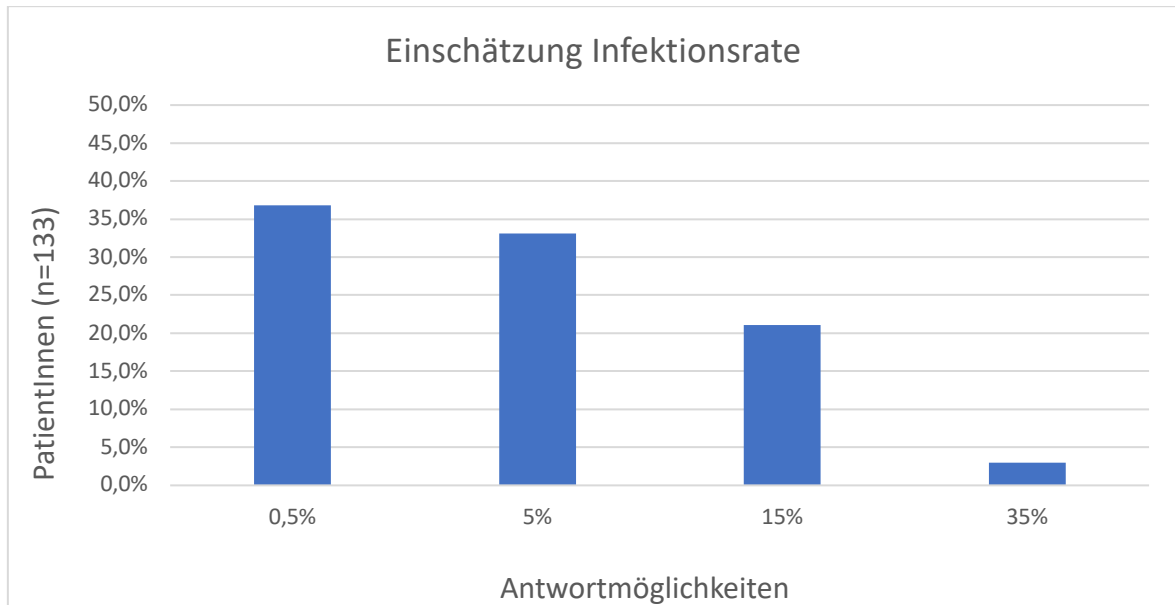


Abbildung 11: Frage: Häufigkeit nosokomialer Infektionen

Die Beantwortung der Frage nach Infektionsraten auf Intensivstationen zeigte grobe Fehleinschätzungen der PatientInnen auf diesem Gebiet. Über 90% der TeilnehmerInnen schätzte das Risiko, eine nosokomiale Infektion auf einer Intensivstation zu akquirieren auf $\leq 15\%$, mehr als zwei Drittel sogar auf $\leq 5\%$. Wie in Abbildung 14 ersichtlich, wurde in der Gruppe der über 75-jährigen die Antwortmöglichkeit „35%“ häufiger gewählt als in den anderen Altersklassen. Am häufigsten fiel die Wahl auf die Antwortmöglichkeit „0,5%“ in der Gruppe der Personen mit einem Pflichtschulabschluss als höchste abgeschlossene Ausbildung.

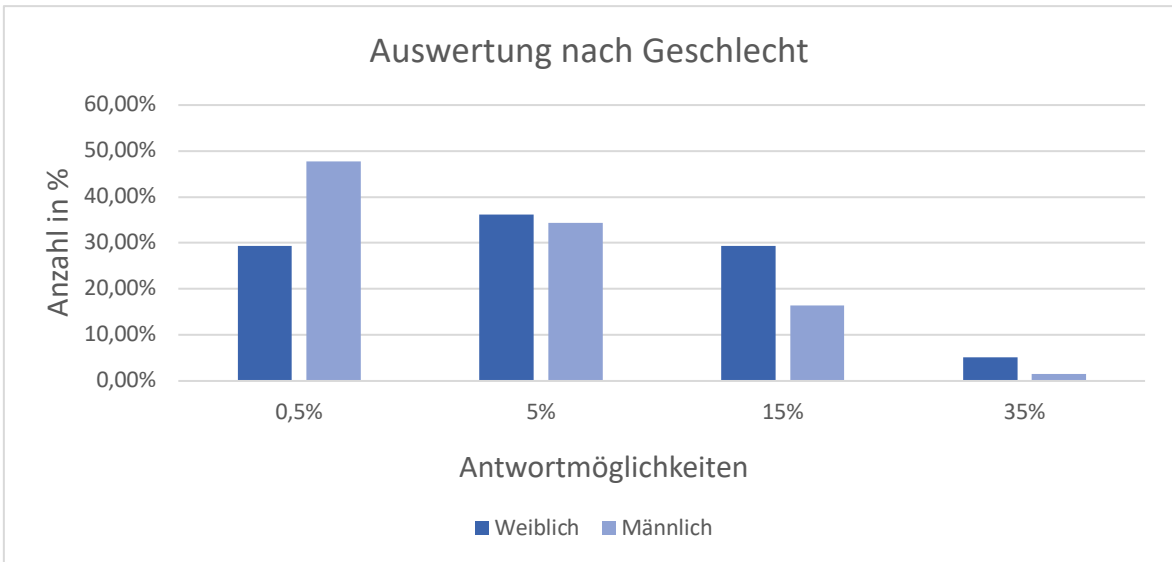


Abbildung 12: Frage: Häufigkeit nosokomialer Infektionen, Auswertung nach Geschlecht

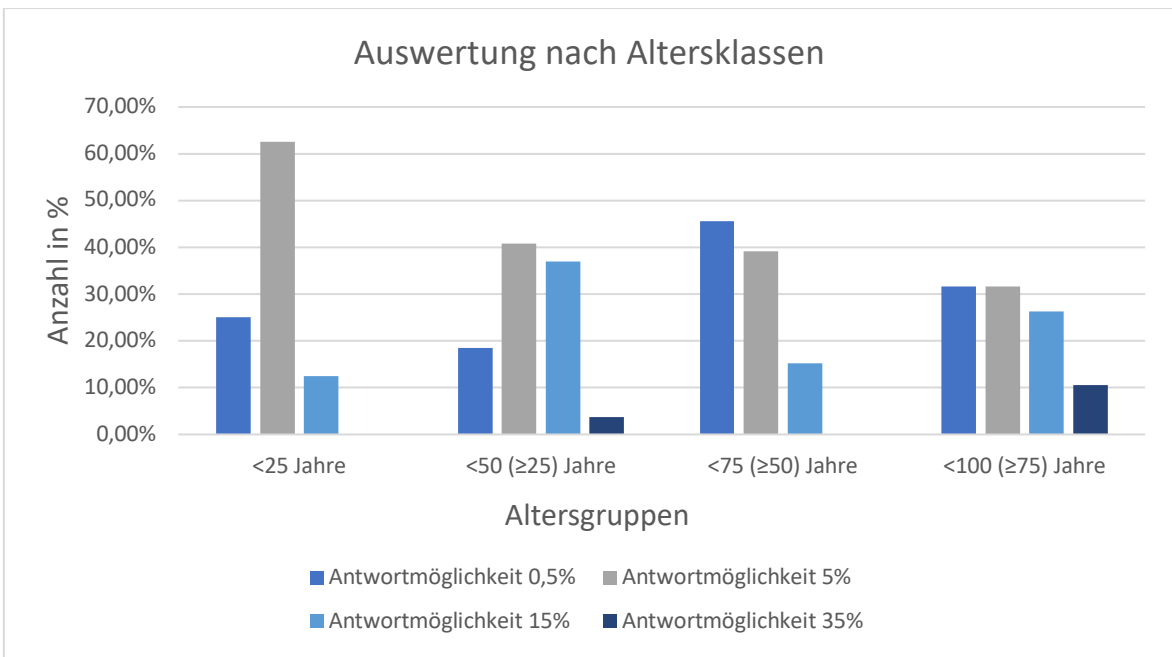


Abbildung 13: Frage: Häufigkeit nosokomialer Infektionen, Auswertung nach Alter

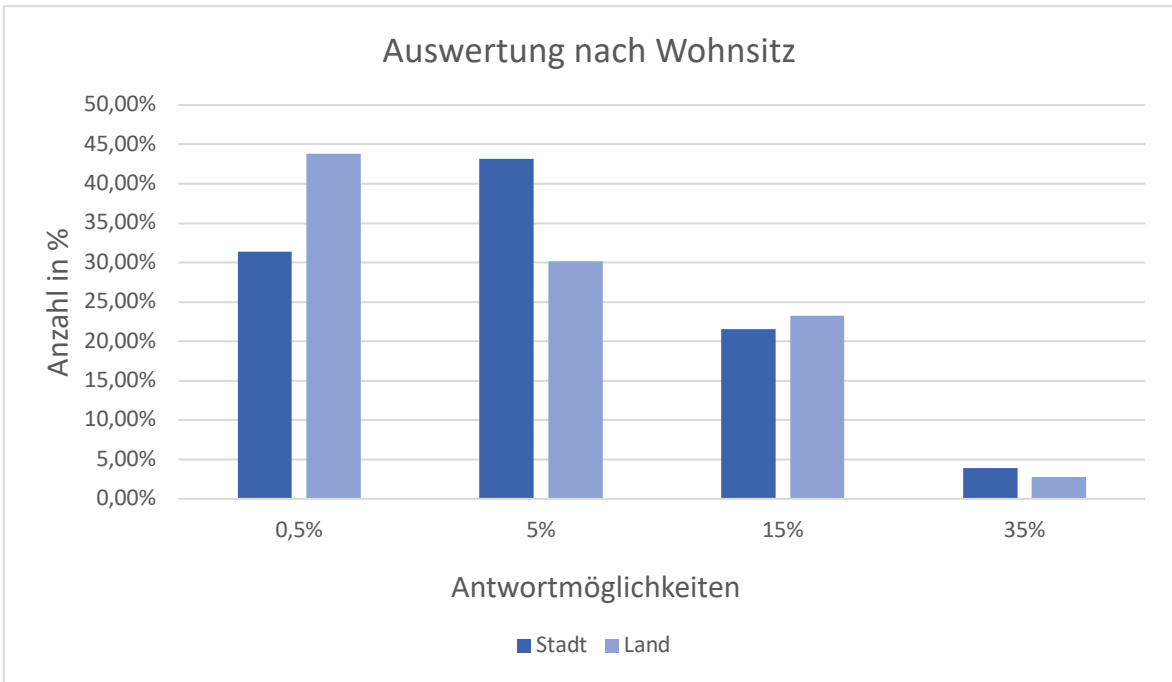


Abbildung 14: Frage: Häufigkeit nosokomialer Infektionen, Auswertung nach Wohnsitz

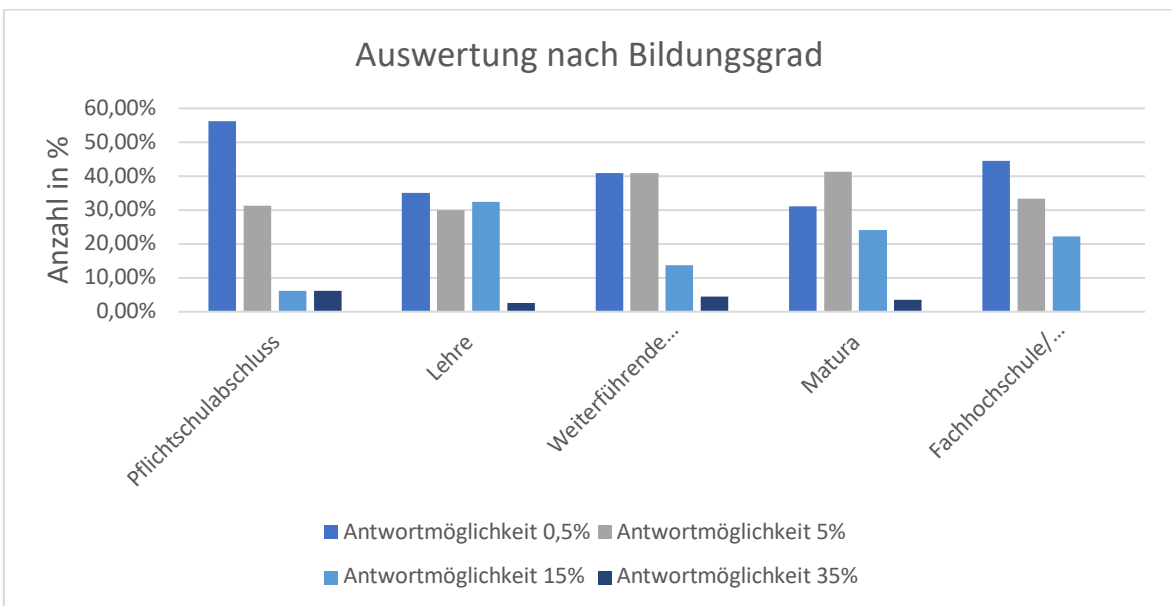


Abbildung 15: Frage: Häufigkeit nosokomialer Infektionen, Auswertung nach Bildungsgrad

„Was glauben Sie ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer auf einer Intensivstation?“

Von über 60% der TeilnehmerInnen lagen die Schätzungen für die durchschnittliche Dauer eines Intensivstationsaufenthalts bei 5 Tagen, 30% denken, dass die Aufenthaltsdauer im Schnitt länger als 5 Tage beträgt.

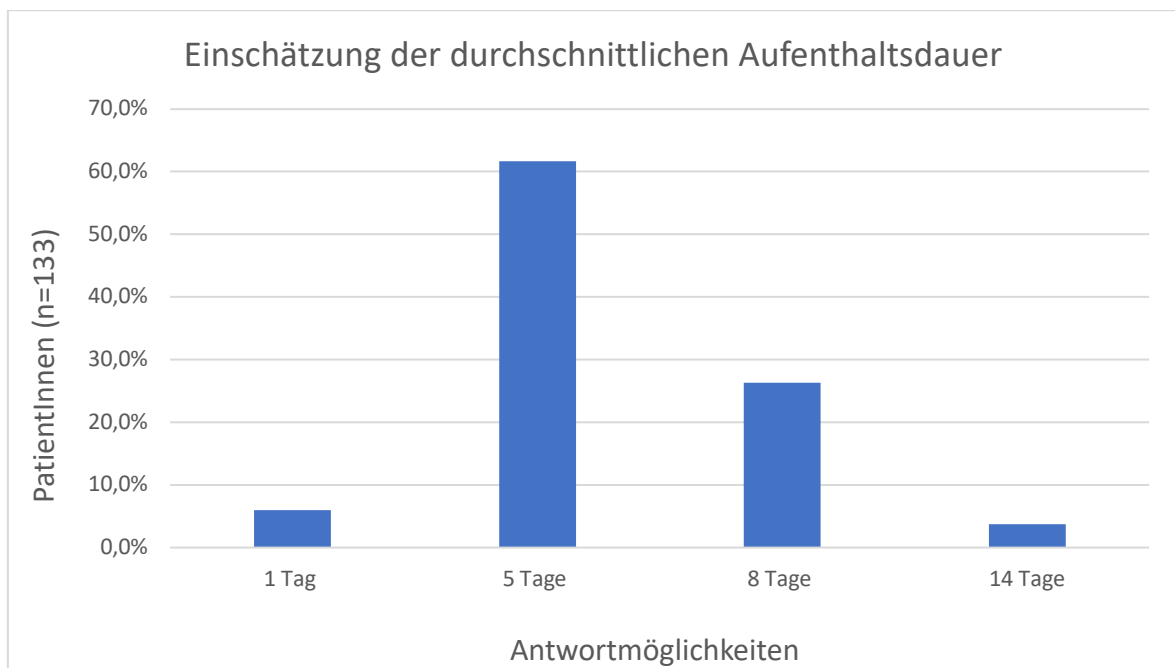


Abbildung 16: Frage: Einschätzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer

„Wie schätzen Sie das durchschnittliche Alter von IntensivpatientInnen?“

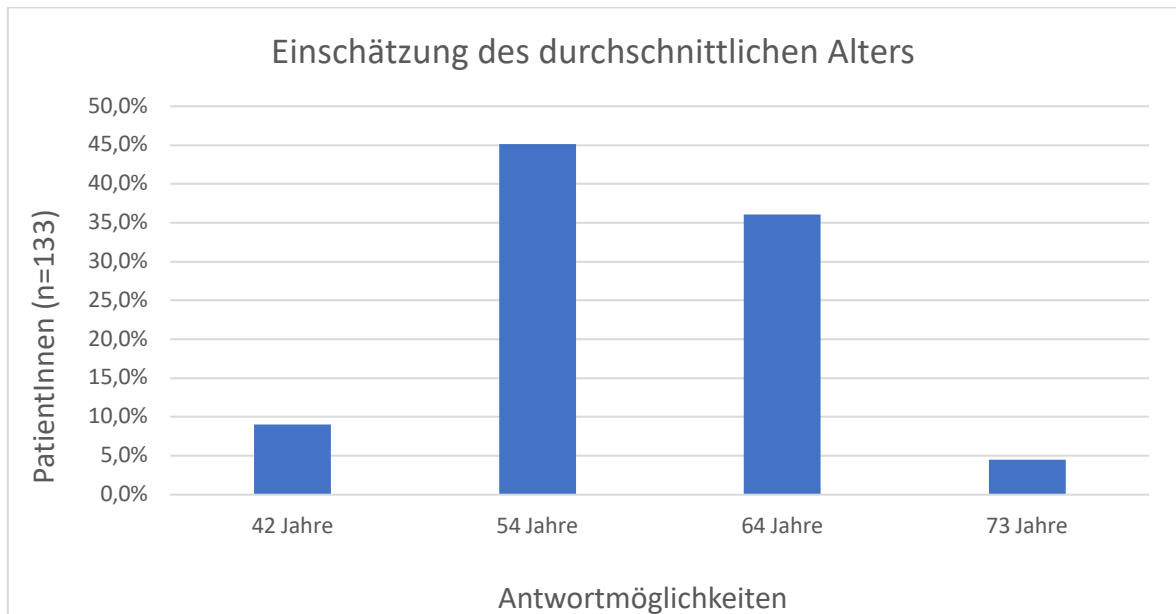


Abbildung 17: Frage: Einschätzung des Durchschnittsalters

Wie in der Abbildung zu sehen, schätzten mehr als 40% der PatientInnen das Durchschnittsalter auf ≥ 64 Jahre, der Großteil mit 45% der Befragten wählte jedoch die Antwort „54 Jahre“.

„Wie viele PatientInnen überleben Ihrer Meinung nach das erste Jahr nach einem Intensivstationsaufenthalt?“

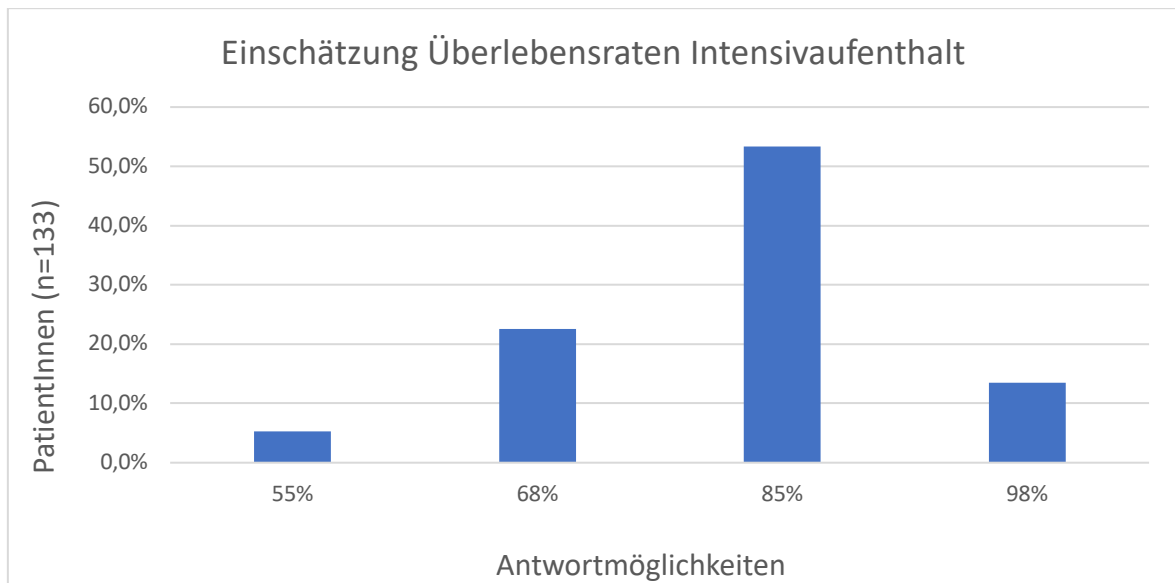


Abbildung 18: Frage: Überlebensrate Intensivstationsaufenthalt

5% der Befragten schätzten die Wahrscheinlichkeit, ein Jahr nach einem Intensivstationsaufenthalt noch am Leben zu sein, auf 55%. Über die Hälfte der TeilnehmerInnen dachte, die Überlebenswahrscheinlichkeit liegt bei 85%, 14% sehen die Überlebenswahrscheinlichkeit sogar bei 98%.

Mehr weibliche TeilnehmerInnen fanden sich in der Gruppe, die die niedrigste Überlebensrate als Antwort wählte, 8% der teilnehmenden Frauen und 3% der Männer wählten diese Antwort. Allerdings waren auch mehr TeilnehmerInnen aus der Gruppe mit der größten Fehleinschätzung (Antwort „98%“) weiblich. Verglichen nach Altersklassen wählten die über 75-jährigen am wenigsten häufig die höchste Überlebensrate von 98%. Im Vergleich der Antworten nach höchster abgeschlossener Ausbildung, wählten Fachhochschul- und UniversitätsabsolventInnen am wenigsten häufig die Antwort „98%“.

Die 1-Jahresüberlebensrate variiert stark mit der zugrundeliegenden Erkrankung und dem Alter der PatientInnen. (70-72)

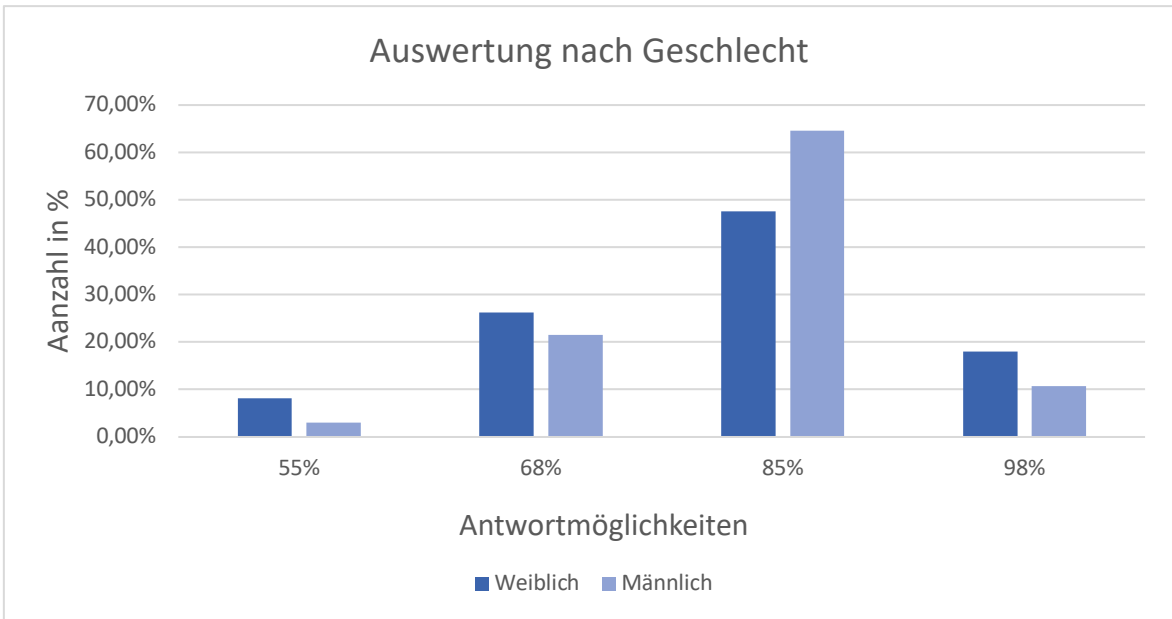


Abbildung 19: Frage: Überlebensrate Intensivstationsaufenthalt, Auswertung nach Geschlecht

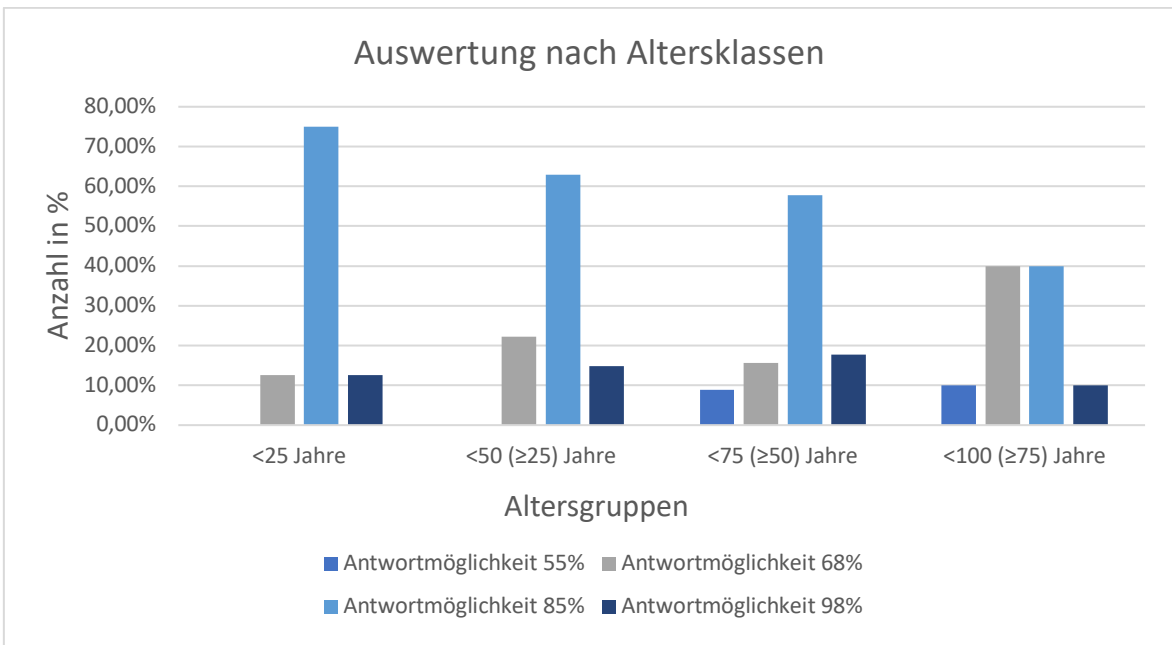


Abbildung 20: Frage: Überlebensrate Intensivstationsaufenthalt, Auswertung nach Alter

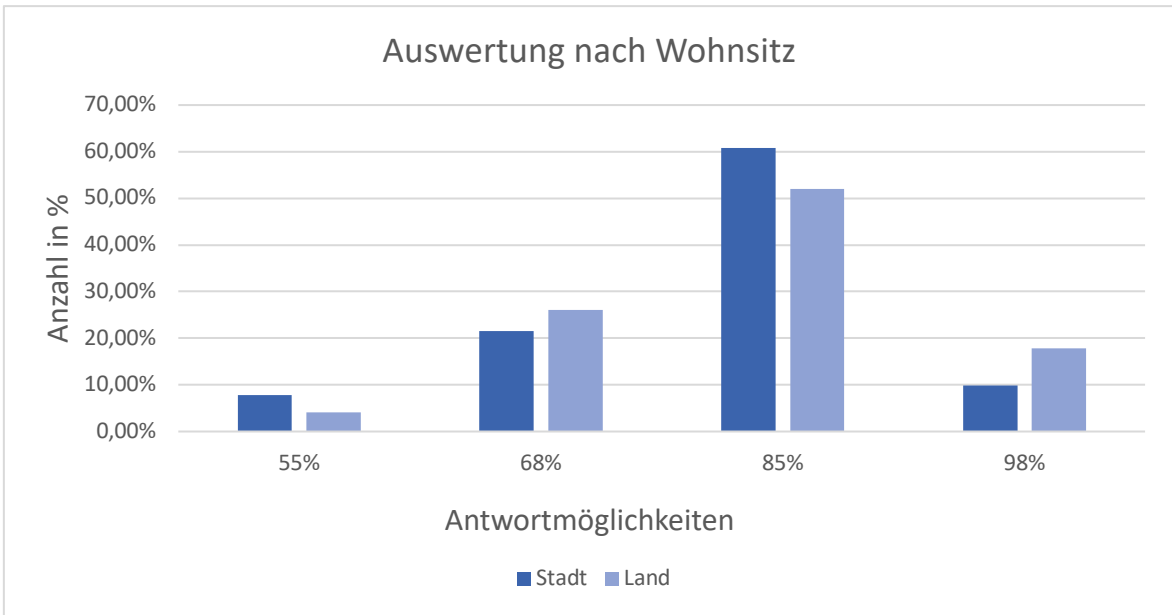


Abbildung 21: Frage: Überlebensrate Intensivstationsaufenthalt, Auswertung nach Wohnsitz

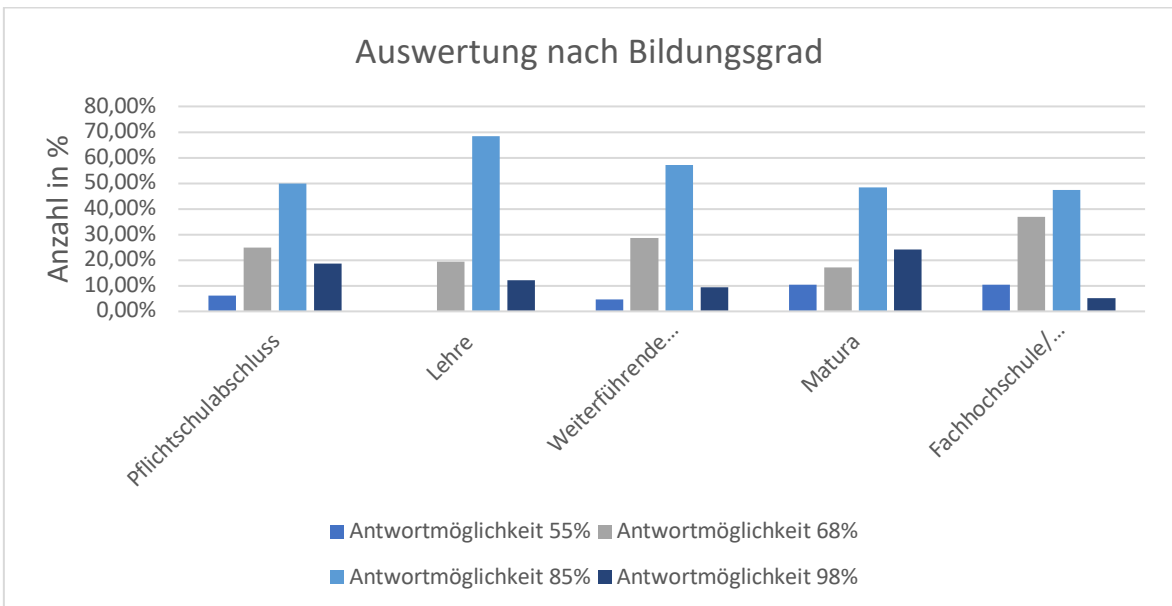


Abbildung 22: Frage: Überlebensrate Intensivstationsaufenthalt, Auswertung nach Bildungsgrad

„Wie viele PatientInnen überleben Ihrer Meinung nach eine Wiederbelebung?“

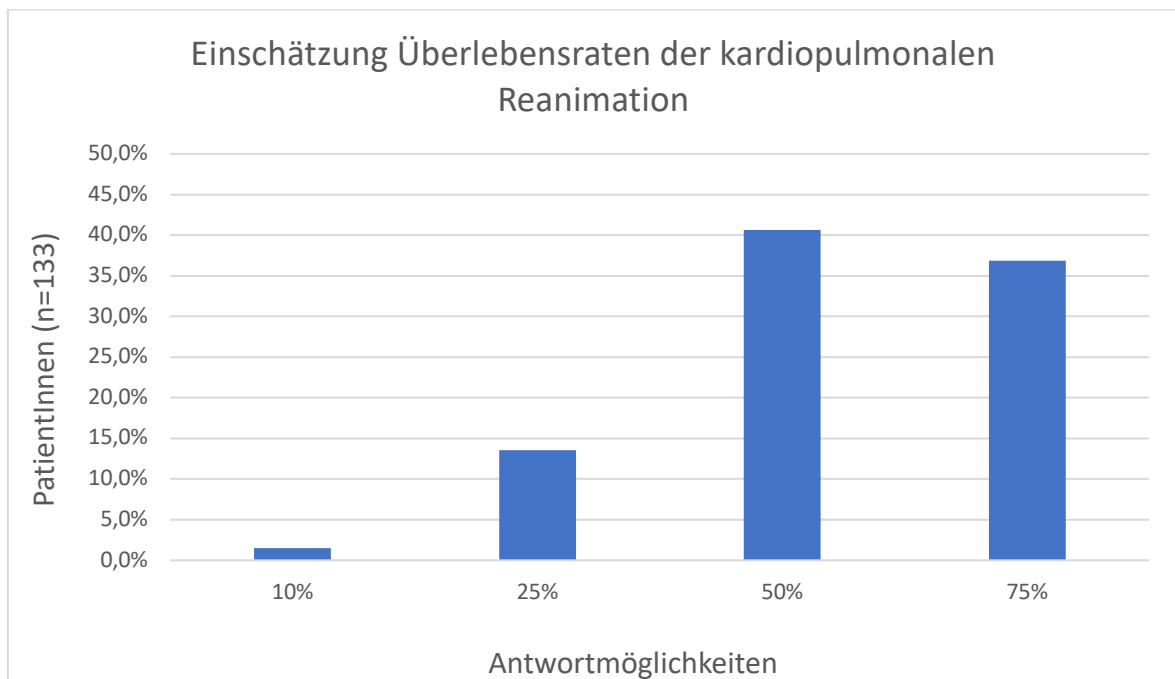


Abbildung 23: Frage: Überlebensrate Wiederbelebung

Mehr als drei Viertel der PatientInnen schätzten die Überlebenschance einer kardiopulmonalen Reanimation mit $\geq 50\%$ deutlich zu hoch ein. Über ein Drittel bezifferte die Überlebensrate sogar mit 75%.

Nach Ausbildungsgrad differenziert lässt sich erkennen, dass in den Gruppen mit Pflichtschulabschluss beziehungsweise Lehre als höchste abgeschlossene Ausbildung, besonders häufig die höchste auszuwählende Überlebensrate ausgewählt wurde. Am wenigsten häufig wurde diese Option in der Gruppe der Fachhochschul- und Universitätsabsolventen gewählt.

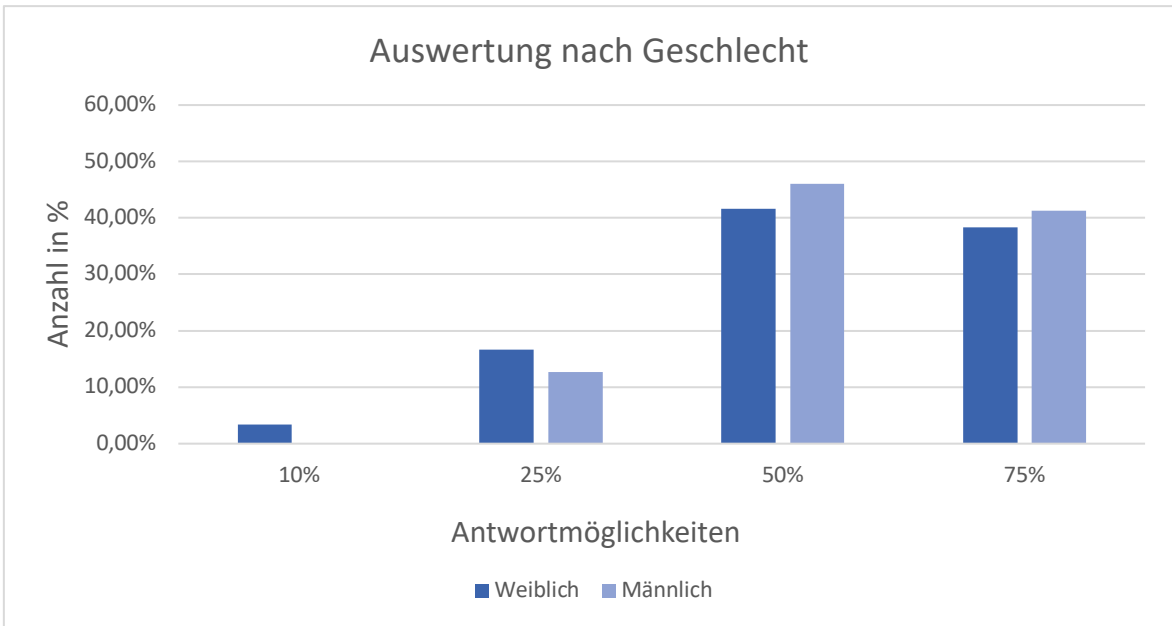


Abbildung 24: Frage: Überlebensrate Wiederbelebung, Auswertung nach Geschlecht

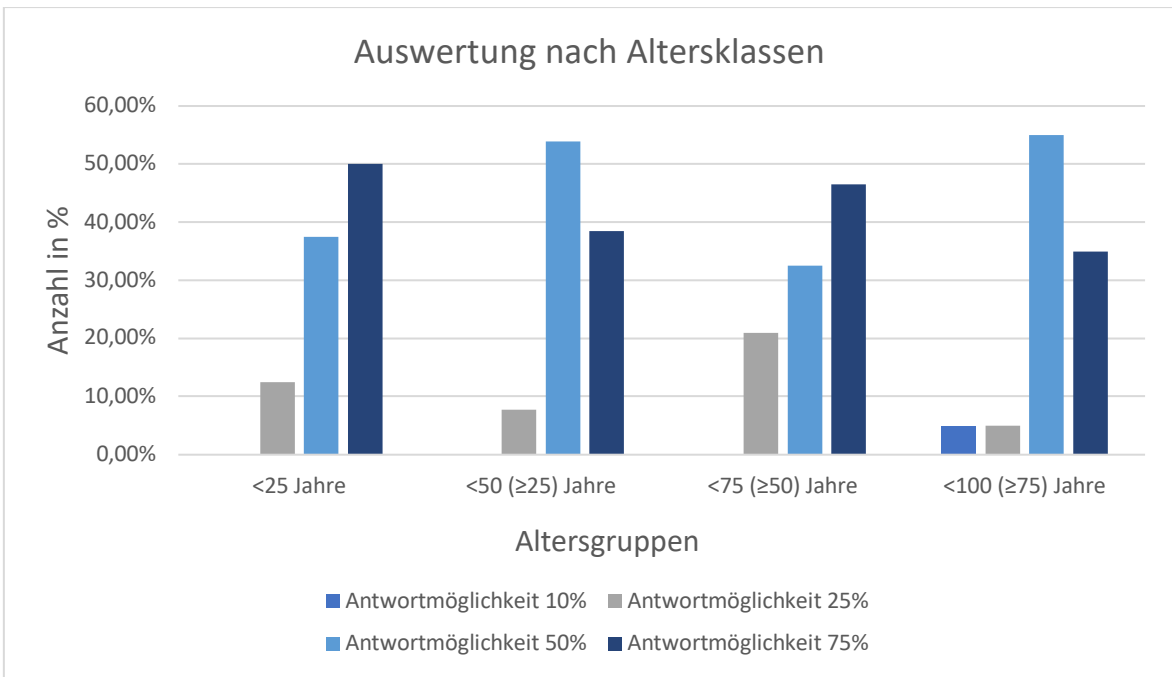


Abbildung 25: Frage: Überlebensrate Wiederbelebung, Auswertung nach Alter

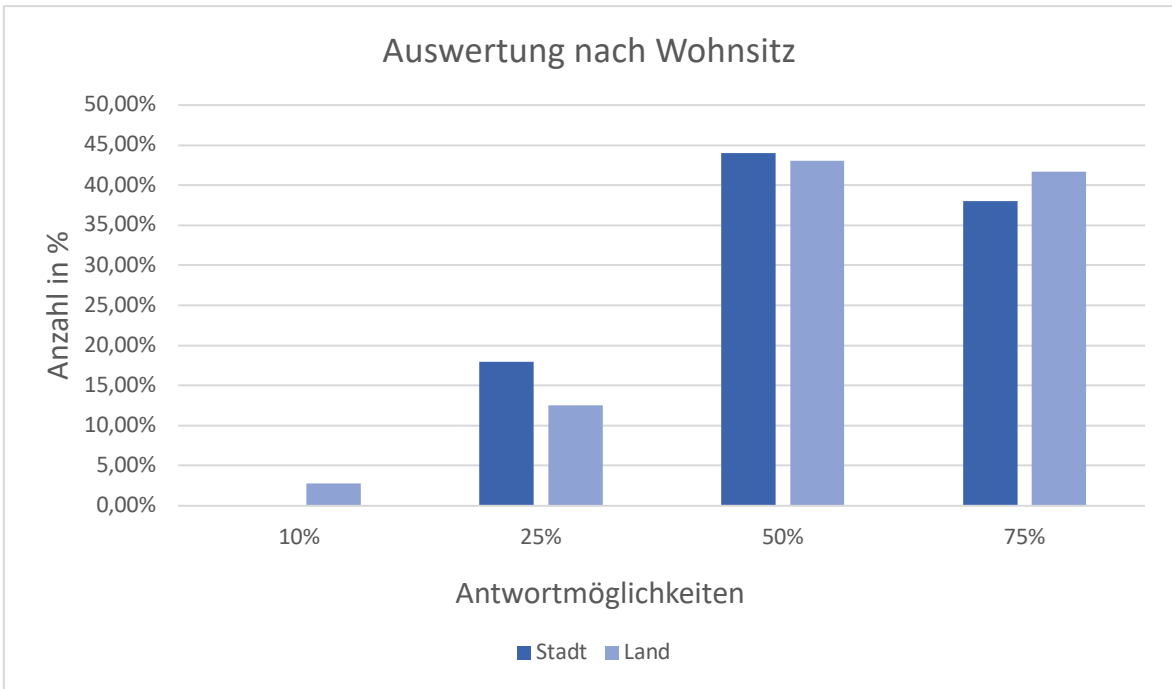


Abbildung 26: Frage: Überlebensrate Wiederbelebung, Auswertung nach Wohnsitz

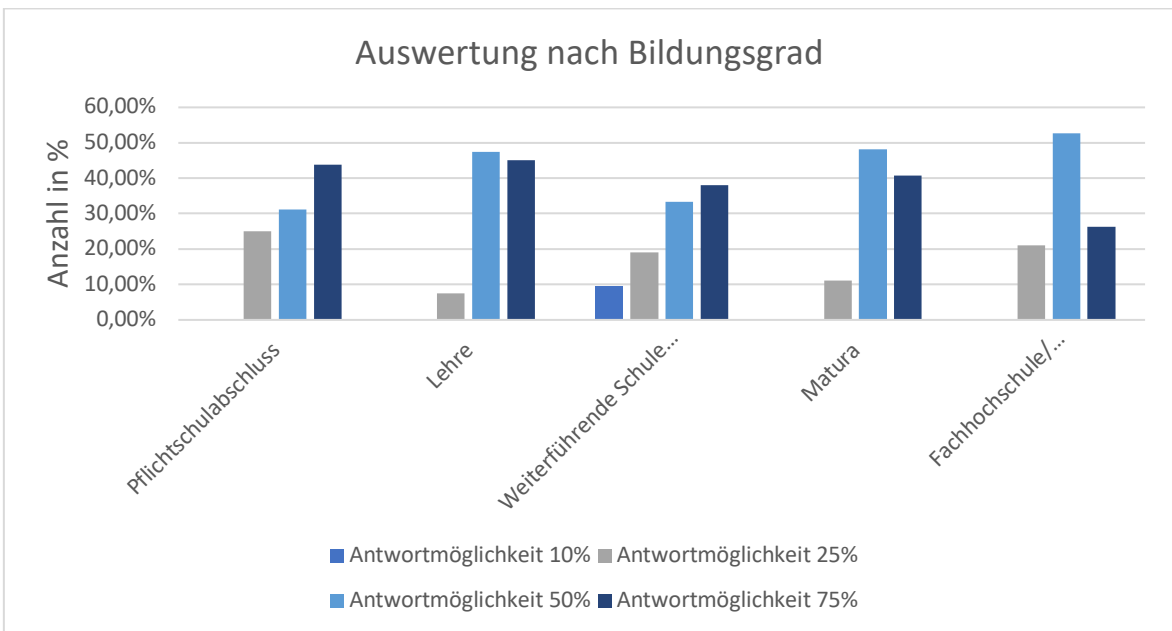


Abbildung 27: Frage: Überlebensrate Wiederbelebung, Auswertung nach Bildungsgrad

„Wie hoch schätzen Sie die Kosten, die für eine Patientin/ einen Patienten pro Tag auf einer Intensivstation aufgewendet werden?“

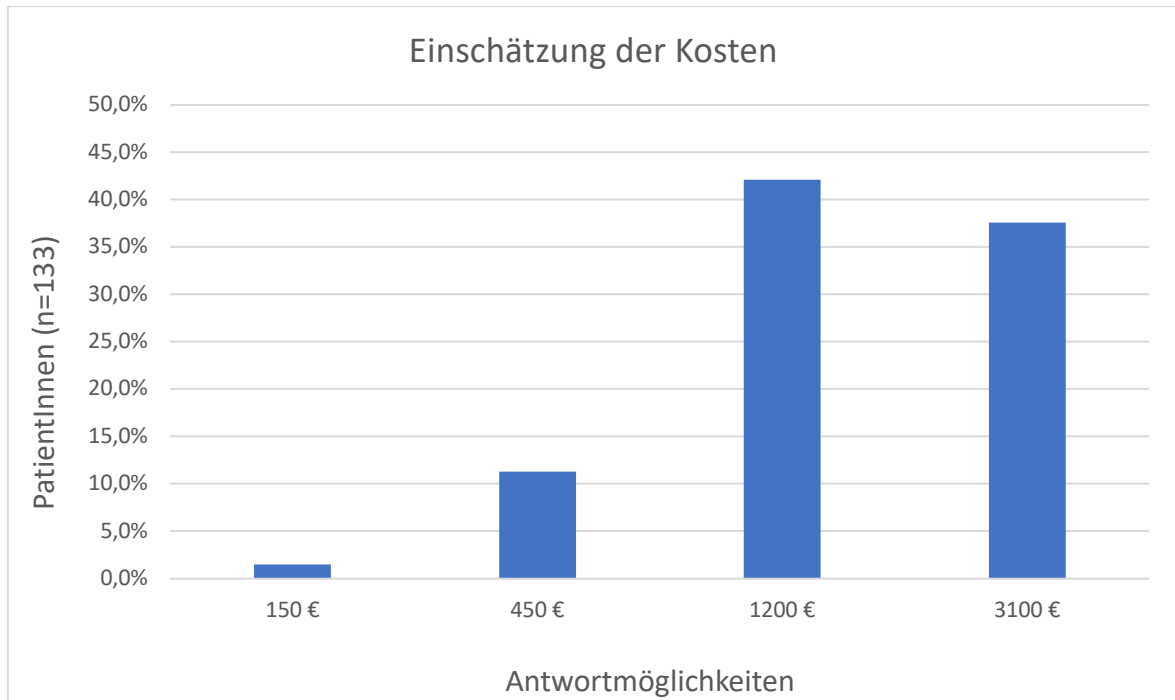


Abbildung 28: Frage: Kosten

42% der Befragten schätzten die Kosten pro Tag und PatientIn auf 1200€, 38% auf 3100€ und nur knapp 13% gaben 450€ oder weniger als Kostenpunkt an.

In den grafischen Auswertungen der Single-Choice-Fragen wurden die Prozentzahlen für „keine Angabe“ nicht dargestellt, weswegen die Summe der Werte, die als Grundlage für die Erstellung der Balken diente, nicht immer 100% ergibt.

4.2.2 Offene Fragen

„Was verstehen Sie unter Intensivmedizin? Warum glauben Sie, kommt ein Patient/ eine Patientin auf die Intensivstation?“

Die häufigsten Antworten wurden zu Kategorien zusammengefasst. In eine Kategorie „Schwere Erkrankungen/ Lebensgefahr“, eine Kategorie „Überwachung/ Betreuung“ und eine weitere Kategorie „Falsch“.

Beispiele für Antworten, die in die Antwortkategorie „Schwere Erkrankungen/ Lebensgefahr“ fielen, sind: *„bei Lebensgefahr“*, *„akute Lebensgefahr“*, *„...schnellstmögliche Behandlung bei einem Notfall“*, *„Ernste körperliche Verfassung“*, *„Lebensbedrohung“*, *„Wenn wegen Lebensgefahr nicht auf Normalstation versorgt werden kann“*, *„Medizinische Behandlung in lebensbedrohlichen Situationen“*, *„Bei lebensbedrohlichen Zuständen“*, *„Bei lebensbedrohenden Erkrankungen um die Überlebenschancen so hoch wie möglich zu halten“*, *„Lebensbedrohliche Verletzungen“* und *„Bei schwerer Krankheit“*.

Unter „Überwachung/ Betreuung“ wurden Antworten wie *„intensive Betreuung“*, *„permanentes Monitoring“*, *„zur Überwachung“*, *„dauernde Überwachung notwendig“*, *„durchgehende Betreuung“*, *„Beobachtung rund um die Uhr“*, *„...rund um die Uhr an medizinische Geräte angeschlossen“*, *„Ständige Überwachung der Vitalfunktionen“* zusammengefasst.

Als „Falsch“ wurden Antworten wie *„Öfteres nehmen von Blut“*, *„Zur genauen Untersuchung“* oder *„Wegen Ansteckungsgefahr“* gewertet.

Antwortkategorien	% der PatientInnen
„Schwere Erkrankungen/ Lebensgefahr“	44%
„Überwachung/ Betreuung“	25%
„Falsch“	10%
„Keine Angabe“	19%

Tabelle 1: Antworthäufigkeiten Aufnahmegründe

Beispiele für weitere Antworten:

„Lebenserhaltende Maßnahmen nach OP“

„Anpassen der Medikamente“

„besondere Behandlung“

„Wenn man intensive Behandlung benötigt“

„Welche Krankheitsbilder/ Diagnosen glauben Sie sind die häufigsten auf einer Intensivstation?“

Die Antwortkategorien bei dieser Frage wurden als „Kardiologie“, „Neurologie“, „Operation“, „Unfall“ und „Falsch“ betitelt.

„Kardiologie“ fasste Antworten wie „Herzinfarkt“, „Herzerkrankung“, „Herzversagen“, und „Herzprobleme“ zusammen, unter „Neurologie“ fielen „Schlaganfälle“, „Schlaganfallfolgen“, „Meningitis“, oder „Insult“. Die Kategorie „Operation“ umfasste Antworten wie „Wegen lebenserhaltenden Maßnahmen nach Operationen“, „nach schweren Operationen“, „Nach OPs“, „OP-Folgen“, „Postoperative Phasen“, die Zuordnung zur Kategorie „Unfall“ erfolgte durch Antworten wie „Unfälle“, „Innere Verletzungen“, „Unfallfolgen“, „schwere Gehirntraumata“, „Verbrennungen am ganzen Körper“, „Behandlung nach einem schweren Unfall“, „Schädelhirntrauma“, „Frakturen am Schädel“, „Verkehrsunfälle“

und als „Falsch“ wurden Aussagen wie „Organe“, „Innere Medizin“, oder „Eingriffe“ gewertet.

Antwortkategorien	% der PatientInnen
„Kardiologie“	65%
„Neurologie“	23%
„Operation“	23%
„Unfall“	31%
„Falsch“	4%
Keine Angabe	14%

Tabelle 2: Antworthäufigkeiten Krankheitsbilder

Von 10 PatientInnen wurde außerdem „Krebs“ als häufiges Krankheitsbild auf Intensivstationen genannt.

Weitere Auszüge aus den Antworten:

„Probleme mit dem Blut (Fette, Zucker)“

„Nierenversagen“

„Schwere körperliche Beeinträchtigung“

„Organversagen“

„Was verstehen Sie unter einem Defibrillator? Wozu bzw. wann wird dieser verwendet?“

Die Antworten auf diese Frage wurden in „richtig“ und „falsch“ eingeteilt.

Als richtig wurden dabei Antworten wie *„Wiederherstellung einer normalen Herztätigkeit bei Kammerflimmern“*, *„Zur Wiederbelebung bei einem Herzstillstand“*, *„Gerät für Wiederbelebung bei Herzkreislaufstillstand“*, *„Anregen*

der Herztätigkeit (elektrischer Stoß)“, „Reanimationsgerät“, „...zur Wiederbelebung“, „...Schockgeber für Herzrhythmusstörungen mit oft lebensrettender Funktion“, „Um das Herz wieder zu aktivieren“, „Zur Wiederinstandsetzung der Herzfunktion“, „Reanimation des Herzens“ gewertet. Die Frage wurde auch als richtig gewertet, wenn nur der Verwendungszweck korrekt definiert wurde, ohne dass der Defibrillator selbst in der Antwort beschrieben wurde. Falsche Antworten waren unter anderem „zum Instandsetzen“, „Herzmassage“, „Bei Sauerstoffmangel“, „Bei Bewusstlosigkeit“, „Lunge“ und „Aktivierung der Beatmung“, ebenfalls als falsch gewertet wurden alle Fragen, die nur mit dem Wort „Herz“ beantwortet wurden.

Antwortkategorien	% der PatientInnen
„Richtig“	80%
„Falsch“	9%
Keine Angabe	10%

Tabelle 3: Antworthäufigkeiten Defibrillator

Weitere Beispiele für Antworten

„Back to Life Maschine zum Leben retten“

„Zur Rhythmusgleichstellung“

„Infarkt“

„?“

„Was verstehen Sie unter einem „künstlichen Koma“? Warum wird ein/ eine PatientIn in ein künstliches Koma versetzt?“

Basierend auf den häufigsten Antworten auf diese Frage wurden hier ebenfalls Kategorien erstellt, „Erholung/Regeneration“, „Schmerz“ und „Falsch“.

Unter „Erholung/Regeneration“ wurden Antworten wie *„Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit“*, *„Der Tiefschlaf hilft dem Patienten sich zu erholen“*, *„um in Ruhe gesund zu werden“*, *„damit der Patient nicht unnötig Energie verbraucht“*, *„Wegen schnellerer Erholung“*, *„Belastung herabsetzen“*, *„Energiesparmodus für bessere Genesungschancen“*, *„Dass der Heilungsprozess in einer Ruhephase besser vor sich geht“*, *„Ruhigstellung um andere Schäden zu vermeiden (Gehirn)“*, *„Zur Unterstützung der Regeneration des Körpers“* gesammelt, Beispiele für Antworten, die in die Kategorie „Schmerz“ fielen sind *„Spürt keine Schmerzen“*, *„Gegen Schmerz“*, *„Wegen weniger Schmerzen“*, *„Damit der Patient keine Schmerzen empfindet“* und als „Falsch“ wurde unter anderem *„Zustand zur Bewusstlosigkeit“*, *„Um die Vitalfunktionen zu aktivieren“* und *„Aus medizinischen Gründen“* gewertet.

Antwortkategorien	% der PatientInnen
„Erholung/ Regeneration“	38%
„Schmerz“	11%
„Falsch“	15%
Keine Angabe	29%

Tabelle 4: Antworthäufigkeiten künstliches Koma

Ein Beispiel für eine der seltenen ausführlichen Antworten:

„Künstliches Koma ist eine Schutzmaßnahme, die dem Körper ermöglicht, sich zu erholen/stabilisieren. Einsatz bei lebensbedrohlichen Situationen und schweren Unfällen...Hirnverletzungen...verlängerte Vollnarkose mit Ausschaltung des Bewusstseins und Schmerzzentrum“

Weitere Antwortbeispiele:

„Lebenserhaltung“

„Zur Ruhestellung“

„Als Hilfestellung zu einer besonderen ärztlichen Behandlung“

„Man wird in ein Koma versetzt um den Patienten zu retten“

„Wenn es die Erkrankung erfordert“

„Ein absichtlich erzeugtes Koma, keine Ahnung warum“

Limitierend muss in Bezug auf die Ausarbeitung des Kapitels „Offene Fragen“ erwähnt werden, dass die Beantwortung der offenen Fragen durch die PatientInnen durchwegs spärlich ausfiel. Die Rate an nicht beantworteten Fragen war hoch (bis zu 29%), häufig wurde nur mit einem einzelnen Wort geantwortet, sodass auch die Kategorisierung der Antworten zum Teil schwerfiel. Oft wurde außerdem nur eine der Fragen pro Fragepunkt beantwortet, beispielsweise wurde bei der Frage „Was verstehen Sie unter Intensivmedizin? Warum glauben Sie, kommt ein Patient/ eine Patientin auf die Intensivstation?“, die zwei Fragen enthält, sehr häufig nur die zweite Frage beantwortet. Weiters ergeben die Auswertungen der Antwortkategorien in Summe nicht immer 100%, da in einigen Fällen mehrere Antworten auf eine Frage genannt wurden und seltene, beziehungsweise einzelne Antworten, die zum Teil im Text Erwähnung finden, nicht in eine Antwortkategorie fielen.

5 Diskussion

Dass die Health Literacy in vielen Ländern gering ausgeprägt ist, haben bereits mehrere Studien belegt. Auch in Österreich ist die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung unzureichend, gerade in Gruppen mit besonders schwacher Health Literacy geschieht die Informationsbeschaffung und -verarbeitung unreflektiert, was unter anderem zu Fehleinschätzungen und fehlgeleiteten Erwartungshaltungen führen kann.

Besonders im intensivmedizinischen Setting ist es von Bedeutung, solche Erwartungshaltungen und das von PatientInnen mitgebrachte Vorwissen und Einschätzungen zu kennen. Zu diesem Zweck wurde im Rahmen dieser Arbeit eine Umfrage unter PatientInnen durchgeführt.

Diese ergab vor allem in besonders relevanten Bereichen, wie der Einschätzung von Überlebensraten oder dem Risiko für das Akquirieren nosokomialer Infektionen, schlechte Ergebnisse. So konnten Defizite und unrealistische Einschätzungen der PatientInnen detektiert werden.

Limitierend muss an dieser Stelle auf die geringe Fallzahl von 133 ausgewerteten Fragebögen hingewiesen werden, was die Signifikanz der Ergebnisse einschränken könnte.

Die Ergebnisse zeigen Parallelen zu bereits durchgeführten Untersuchungen, im Vergleich zur Studie „Was wissen Laien von Intensivmedizin“ (69) zeigt sich, dass bei der vorliegenden, unter PatientInnen durchgeführten Umfrage, die Überlebensraten einer kardiopulmonalen Reanimation schlechter eingeschätzt wurden, außerdem wurde bei der Frage nach Überlebensraten eines Intensivstationsaufenthalts häufiger die Antwort mit der höchsten Überlebensrate gewählt. Dabei wohnten mehr TeilnehmerInnen auf dem Land, mehr ältere Menschen gehörten der Studienpopulation an und der Grad der höchsten abgeschlossenen Ausbildung war niedriger, als in der unter Laien durchgeführten Studie.

Der Gesundheitskompetenz wurde über die Jahre mehr und mehr Bedeutung beigemessen, mehrere große Studien wie die HLS-EU Studie wurden durchgeführt und schließlich auch in die Gesundheits- und Sozialpolitik in Österreich integriert.

Für die Lebensqualität einzelner Patientinnen und Patienten ist die individuelle Ausprägung der Health Literacy essentiell, auch die Auswirkungen auf das Gesundheitssystem sind von Bedeutung, eine gute Gesundheitskompetenz der Allgemeinbevölkerung kann auch Enttäuschungen der PatientInnen mit all ihren negativen Auswirkungen reduzieren.

Neben der generellen Verbesserung der Health Literacy durch Integration von Gesundheitsthemen in die Schul- und Erwachsenenbildung oder dem achtsamen und individuell an PatientInnenbedürfnisse angepassten Transportieren von Informationen durch das Personal im Gesundheitswesen, besteht besonders im Hinblick auf die Intensivmedizin Potential, die Health Literacy von PatientInnen und Angehörigen punktuell zu stärken. Dies würde die zum Teil unangemessen hohe Erwartungshaltung, unter anderem ausgelöst durch unrealistische Darstellung von raschen Heilungen in Fernsehserien und Filmen, reduzieren und somit manche Enttäuschung vermeiden.

Literaturverzeichnis

1. Simonds SK. Health Education as Social Policy. Health Education Monographs. 1974;2(1_suppl):1-10.
2. Nutbeam D. Health Promotion Glossary. Health Promotion International. 1998;13(4):349-64.
3. Nielsen-Bohlman L PA, Kindig DA. . Health Literacy: A Prescription to End Confusion. National Academies Press;. 2004.
4. Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health Literacy: What Is It? Journal of Health Communication. 2010;15(sup2):9-19.
5. Ratzan SC PR. In National Library of Medicine current bibliographies in medicine: Health literacy. Bethesda, MD: National Institutes of Health; 2000. (NLM Pub. No. CBM 2000–1).
6. Bauman A, Nutbeam D. Evaluation in a nutshell: a practical guide to the evaluation of health promotion programs: McGraw hill; 2013.
7. Fleary SA, Joseph P, Pappagianopoulos JE. Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review. Journal of adolescence. 2018;62:116-27.
8. Stacey D, Hill S, McCaffery K, Boland L, Lewis KB, Horvat L. Shared Decision Making Interventions: Theoretical and Empirical Evidence with Implications for Health Literacy. Studies in health technology and informatics. 2017;240:263-83.
9. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. Annals of internal medicine. 2011;155(2):97-107.
10. Cutilli CC, Bennett IM. Understanding the Health Literacy of America Results of the National Assessment of Adult Literacy. Orthopaedic nursing / National Association of Orthopaedic Nurses. 2009;28(1):27-34.
11. Nakayama K, Osaka W, Togari T, Ishikawa H, Yonekura Y, Sekido A, et al. Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy. BMC Public Health. 2015;15:505.
12. Schaeffer D, Berens E-M, Vogt D. Health Literacy in the German Population: Results of a Representative Survey. Deutsches Ärzteblatt International. 2017;114(4):53-60.
13. 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). The European Journal of Public Health. 2015;25(6):1053-8.

14. Cosic F, Porter T, Norsworthy C, Price R, Bedi H. Comparison of health literacy in privately insured and public hospital orthopaedic patients. *Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association*. 2018.
15. Cosic F, Kimmel L, Edwards E. Health Literacy in Orthopaedic Trauma Patients. *Journal of orthopaedic trauma*. 2017;31(3):e90-e5.
16. Dameworth JL, Weinberg JA, Goslar PW, Stout DJ, Israr S, Jacobs JV, et al. Health literacy and quality of physician-trauma patient communication: opportunity for improvement. *The journal of trauma and acute care surgery*. 2018.
17. Tae JW, Lee JC, Hong SJ, Han JP, Lee YH, Chung JH, et al. Impact of patient education with cartoon visual aids on the quality of bowel preparation for colonoscopy. *Gastrointestinal endoscopy*. 2012;76(4):804-11.
18. Howe CJ, CIPHER DJ, LeFlore J, Lipman TH. Parent Health Literacy and Communication With Diabetes Educators in a Pediatric Diabetes Clinic: A Mixed Methods Approach. *J Health Commun*. 2015;20 Suppl 2:50-9.
19. Sheridan SL, Halpern DJ, Viera AJ, Berkman ND, Donahue KE, Crotty K. Interventions for individuals with low health literacy: a systematic review. *J Health Commun*. 2011;16 Suppl 3:30-54.
20. Weiss BD. How to bridge the health literacy gap. *Family practice management*. 2014;21(1):14-8.
21. Schillinger D, Piette J, Grumbach K, Wang F, Wilson C, Daher C, et al. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Arch Intern Med*. 2003;163(1):83-90.
22. Sudore RL, Mehta KM, Simonsick EM, Harris TB, Newman AB, Satterfield S, et al. Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2006;54(5):770-6.
23. Baker DW, Gazmararian JA, Sudano J, Patterson M. The association between age and health literacy among elderly persons. *The journals of gerontology Series B, Psychological sciences and social sciences*. 2000;55(6):S368-74.
24. Gazmararian JA, Baker DW, Williams MV, et al. Health literacy among medicare enrollees in a managed care organization. *JAMA*. 1999;281(6):545-51.
25. Yu SM, Bellamy HA, Schwalberg RH, Drum MA. Factors associated with use of preventive dental and health services among U.S. adolescents¹. *Journal of Adolescent Health*. 2001;29(6):395-405.
26. Sarah M, Karel N, Piet B. Reconsidering inequalities in preventive health care: an application of cultural health capital theory and the life-course perspective to the take-up of mammography screening. *Sociology of Health & Illness*. 2014;36(8):1259-75.
27. Weiss BD, Palmer R. Relationship between health care costs and very low literacy skills in a medically needy and indigent Medicaid population. *The Journal of the American Board of Family Practice*. 2004;17(1):44-7.

28. Scott TL, Gazmararian JA, Williams MV, Baker DW. Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Medical care*. 2002;40(5):395-404.
29. Pagan JA, Brown CJ, Asch DA, Armstrong K, Bastida E, Guerra C. Health literacy and breast cancer screening among Mexican American women in South Texas. *Journal of cancer education : the official journal of the American Association for Cancer Education*. 2012;27(1):132-7.
30. Peterson NB, Dwyer KA, Mulvaney SA, Dietrich MS, Rothman RL. The influence of health literacy on colorectal cancer screening knowledge, beliefs and behavior. *Journal of the National Medical Association*. 2007;99(10):1105-12.
31. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, et al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *American journal of public health*. 2002;92(8):1278-83.
32. Howard DH, Gazmararian J, Parker RM. The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. *The American journal of medicine*. 2005;118(4):371-7.
33. Cimasi RJ, Sharamitaro AR, Seiler RL. The association between health literacy and preventable hospitalizations in Missouri: implications in an era of reform. *Journal of health care finance*. 2013;40(2):1-16.
34. Williams MV, Baker DW, Parker RM, Nurss JR. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease: A study of patients with hypertension and diabetes. *Archives of Internal Medicine*. 1998;158(2):166-72.
35. Williams MV, Baker DW, Honig EG, Lee TM, Nowlan A. Inadequate Literacy Is a Barrier to Asthma Knowledge and Self-Care. *CHEST*. 1998;114(4):1008-15.
36. HLE. Health Literacy Europe - A network for advancing european Health Literacy - History [Internet] [cited 2018 Jun 08] Available from: <https://www.healthliteracyeurope.net/history>.
37. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*. 2013;13:948-.
38. Jordan JE, Osborne RH, Buchbinder R. Critical appraisal of health literacy indices revealed variable underlying constructs, narrow content and psychometric weaknesses. *Journal of clinical epidemiology*. 2011;64(4):366-79.
39. Griffin JM, Partin MR, Noorbaloochi S, Grill JP, Saha S, Snyder A, et al. Variation in estimates of limited health literacy by assessment instruments and non-response bias. *Journal of general internal medicine*. 2010;25(7):675-81.

40. BMGF. Gesundheitskompetenz - Ein prioritäres Gesundheitsziel für Österreich [Internet] Bundesministerium für Gesundheit und Frauen [cited 2018 Jun 08] Available from: <https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsreform/Gesundheitskompetenz/>.
41. OEPGK. Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz - Hintergrund und Zielsetzung [Internet] [cited 2018 Jun 08] Available from: <https://oepgk.at/die-oepgk/hintergrund-zielsetzung/>.
42. Koch-Institut R. Definitionen nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus-Infektions- Surveillance-System (KISS-Definitionen). Robert Koch-Institut; 2016.
43. Geffers C, Sohr D, Gastmeier P. Mortality attributable to hospital-acquired infections among surgical patients. *Infection control and hospital epidemiology*. 2008;29(12):1167-70.
44. Aranaz-Andres JM, Aibar-Remon C, Vitaller-Murillo J, Ruiz-Lopez P, Limon-Ramirez R, Terol-Garcia E. Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events. *Journal of epidemiology and community health*. 2008;62(12):1022-9.
45. Beyersmann J, Gastmeier P, Grundmann H, Barwolff S, Geffers C, Behnke M, et al. Use of multistate models to assess prolongation of intensive care unit stay due to nosocomial infection. *Infection control and hospital epidemiology*. 2006;27(5):493-9.
46. Hughes JM. Study on the efficacy of nosocomial infection control (SENIC Project): results and implications for the future. *Chemotherapy*. 1988;34(6):553-61.
47. ECDC. European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2011-2012. Stockholm: ECDC; 2013. [Internet] Available from: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS.pdf>.
48. Behnke M, Hansen S, Leistner R, Diaz LAP, Gropmann A, Sohr D, et al. Nosocomial Infection and Antibiotic Use. *Dtsch Arztebl International*. 2013;110(38):627-33.
49. Presterl E. APPS 2017 - Austrian Point Prevalence Survey. Medizinische Universität Wien. 2017. [Internet/Presentation] [cited 2018 Jun 08] Available from: https://www.meduniwien.ac.at/hp/fileadmin/krankenhaushygiene/aniss/2_News/ANISS_Meeting_PPS2017_3.pdf.
50. BMGF. Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen in Österreich 2015-Eine Zusammenstellung nationaler Daten. 2015. [Internet] Bundesministerium für Gesundheit und Frauen [cited 2018 Jun 11] Available from: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/7/3/2/CH1660/CMS1406033283490/hai_bericht2015_web.pdf.

51. ECDC. European Centre for Disease Prevention and Control. Healthcare-associated infections acquired in intensive care units. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2016. Stockholm: ECDC; 2018. [Internet] [cited 2018 Jun 11] Available from: https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AER_for_2016-HAI.pdf
52. Kouwenhoven WB, Jude JR, Knickerbocker G. Closed-chest cardiac massage. *JAMA*. 1960;173(10):1064-7.
53. Buick JE, Drennan IR, Scales DC, Brooks SC, Byers A, Cheskes S, et al. Improving Temporal Trends in Survival and Neurological Outcomes After Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *Circulation Cardiovascular quality and outcomes*. 2018;11(1):e003561.
54. Hasselqvist-Ax I, Riva G, Herlitz J, Rosenqvist M, Hollenberg J, Nordberg P, et al. Early cardiopulmonary resuscitation in out-of-hospital cardiac arrest. *The New England journal of medicine*. 2015;372(24):2307-15.
55. Luc G, Baert V, Escutnaire J, Genin M, Vilhelm C, Di Pompeo C, et al. Epidemiology of out-of-hospital cardiac arrest: A French national incidence and mid-term survival rate study. *Anaesthesia, critical care & pain medicine*. 2018.
56. Mundell WC, Kennedy CC, Szostek JH, Cook DA. Simulation technology for resuscitation training: a systematic review and meta-analysis. *Resuscitation*. 2013;84(9):1174-83.
57. Knobel A, Overheu D, Gruessing M, Juergensen I, Struener J. Regular, in-situ, team-based training in trauma resuscitation with video debriefing enhances confidence and clinical efficiency. *BMC medical education*. 2018;18(1):127.
58. Portanova J, Irvine K, Yi JY, Enguidanos S. It isn't like this on TV: Revisiting CPR survival rates depicted on popular TV shows. *Resuscitation*. 2015;96:148-50.
59. Harris D, Willoughby H. Resuscitation on television: realistic or ridiculous? A quantitative observational analysis of the portrayal of cardiopulmonary resuscitation in television medical drama. *Resuscitation*. 2009;80(11):1275-9.
60. van Gijn MS, Frijns D, van de Glind EM, B CvM, Hamaker ME. The chance of survival and the functional outcome after in-hospital cardiopulmonary resuscitation in older people: a systematic review. *Age and ageing*. 2014;43(4):456-63.
61. Fehnel CR, Trepman A, Steele D, Khan MA, Silver B, Mitchell SL. Survival after in-hospital cardiac arrest among cerebrovascular disease patients. *Journal of clinical neuroscience : official journal of the Neurosurgical Society of Australasia*. 2018.
62. Geller BJ, Abella BS. Evolving Strategies in Cardiac Arrest Management. *Cardiology clinics*. 2018;36(1):73-84.
63. Sciammarella JC, Cooper JS. Defibrillation. *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing StatPearls Publishing LLC.; 2018.

64. Grasner JT, Lefering R, Koster RW, Masterson S, Bottiger BW, Herlitz J, et al. EuReCa ONE-27 Nations, ONE Europe, ONE Registry: A prospective one month analysis of out-of-hospital cardiac arrest outcomes in 27 countries in Europe. *Resuscitation*. 2016;105:188-95.
65. Djarv T, Axelsson C, Herlitz J, Stromsoe A, Israelsson J, Claesson A. Traumatic cardiac arrest in Sweden 1990-2016 - a population-based national cohort study. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*. 2018;26(1):30.
66. Koivikko P, Arola O, Inkinen O, Tallgren M. One-Year Survival after Inhospital Cardiac Arrest-Does Prearrest Sepsis Matter? *Shock (Augusta, Ga)*. 2018;50(1):38-43.
67. Chan ML, Spertus JA, Tang Y, Starks MA, Chan PS. Implications of a recurrent in-hospital cardiac arrest on survival and neurological outcomes. *American heart journal*. 2018.
68. Peberdy MA, Ornato JP, Larkin GL, Braithwaite RS, Kashner TM, Carey SM, et al. Survival from in-hospital cardiac arrest during nights and weekends. *Jama*. 2008;299(7):785-92.
69. Lew M. Was wissen Laien von Intensivmedizin - Eine Umfrage [Diploma Thesis]. Graz: Medizinische Universität. 2017.
70. Garland A, Olafson K, Ramsey CD, Yogendran M, Fransoo R. Distinct determinants of long-term and short-term survival in critical illness. *Intensive care medicine*. 2014;40(8):1097-105.
71. Kaufmann PA, Smolle KH, Krejs GJ. Short- and long-term survival of nonsurgical intensive care patients and its relation to diagnosis, severity of disease, age and comorbidities. *Current aging science*. 2009;2(3):240-8.
72. Steenbergen S, Rijkenberg S, Adonis T, Kroeze G, van Stijn I, Endeman H. Long-term treated intensive care patients outcomes: the one-year mortality rate, quality of life, health care use and long-term complications as reported by general practitioners. *BMC Anesthesiology*. 2015;15:142.

Abbildungsreferenzen

73. WHO - Health literacy : The solid facts, in Anlehnung an Mitic W, Rootman I. An intersectoral approach for improving health literacy for Canada; a discussion paper. Vancouver, Public Health Association of British Columbia, 2012.
74. Nielsen-Bohlman L PA, Kindig DA. . Health Literacy: A Prescription to End Confusion. National Academies Press;. 2004.
75. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). BMC Public Health. 2013;13:948-.
76. 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). The European Journal of Public Health. 2015;25(6):1053-8.
77. Prevalence of HAIs and antimicrobial use in acute care hospitals by specialty in EU/EEA, ECDC PPS 2011-2012. [Internet] [cited 2018 Jun 11] Available from: <https://ecdc.europa.eu/en/healthcare-associated-infections-acute-care-hospitals/database/prevalence-hais-and-antimicrobial-use/speciality>

Anhang

Informed Consent Form

Diplomarbeit „Was wissen PatientInnen von Intensivmedizin“
Informed Consent Form

Version 02

Information für die TeilnehmerInnen der Studie „Was wissen PatientInnen von Intensivmedizin“

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer!

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, an dieser Patientenbefragung für die Studie mit dem Titel „Was wissen PatientInnen von Intensivmedizin“, teilzunehmen.

Es handelt sich um eine Umfrage im Rahmen einer Diplomarbeit für das Studium Humanmedizin. PatientInnen sollen dabei zu Ihren Erfahrungen, zu Ihren Meinungen und Ihrem Wissen zum Thema Intensivmedizin befragt werden.

Bitte füllen Sie den Fragebogen ernsthaft und vollständig aus.
Bitte füllen Sie den Fragebogen nicht aus, wenn Sie einen Beruf im Gesundheitswesen ausüben bzw. ausgeübt haben.

Das Ausfüllen des Fragebogens erfolgt anonym, der Fragebogen kann Ihnen somit nicht zugeordnet werden. Die Teilnahme erfolgt freiwillig.

Durch das Ausfüllen des Fragebogens erklären Sie sich mit Ihrer Teilnahme, sowie der Verwendung und statistischen Auswertung der erhobenen Daten im Rahmen der Studie einverstanden.

Herzlichen Dank

Graz, 15.02.2017



Philipp Brandstätter, cand. med.



Assoz. Prof. PD Dr. Karin Amrein, MSc.

Fragebogen

Version 02

14.01.2017

Fragebogen Philipp Brandstätter
Diplomarbeit „Was wissen PatientInnen von Intensivmedizin“

Bitte füllen Sie den Fragebogen ernsthaft und vollständig aus.
Bitte füllen Sie den Fragebogen nicht aus, wenn Sie einen Beruf im Gesundheitswesen ausüben bzw. ausgeübt haben.

BLOCK A

<u>Angaben zur Person:</u>		
<u>Geschlecht:</u>	weiblich	männlich
<u>Alter:</u>		
<u>Höchste abgeschlossene Schulbildung/ Ausbildung:</u>		
Pflichtschulabschluss		Matura
Lehre		FH/ Universitätsstudium
weiterführende Schule ohne Matura		Sonstiges:
<u>Wo wohnen Sie?</u>		
Stadt		Land
<u>An welcher Abteilung werden Sie aktuell behandelt?</u>		
<u>Werden Sie aktuell stationär oder ambulant behandelt?</u>		
stationär		ambulant
<u>Sind Sie bereits auf einer Intensivstation behandelt worden?</u>		
ja		nein
<u>Waren Sie bereits als Besucher auf einer Intensivstation?</u>		
ja		nein
<u>Wurden Sie schon einmal wiederbelebt?</u>		
ja		nein
<u>Woher beziehen Sie Ihre Informationen zum Thema Medizin? (mehrere Antworten möglich)</u>		
Bekannte/ Verwandte	Fachliteratur	Zeitschriften/ Zeitungen
Internet	Fernsehen	medizinisches Personal
Sonstiges:		

BLOCK B**Fragen zum Thema Intensivmedizin:**

1.) Was verstehen Sie unter Intensivmedizin? Warum glauben Sie, kommt ein Patient/ eine Patientin auf die Intensivstation?

2.) Welche Krankheitsbilder/ Diagnosen glauben Sie sind die häufigsten auf einer Intensivstation?

3.) Wie viele PatientInnen betreut eine Krankenschwester/ ein Pfleger auf der Intensivstation?

1 PatientIn 6 PatientInnen
2 PatientInnen 10 PatientInnen

4.) Wie viele PatientInnen bekommen während eines Intensivstationsaufenthalts eine „Krankenhausinfektion“ (z.B. Lungenentzündung, Harnwegsinfekt)?

0,5% der PatientInnen 15% der PatientInnen
5% der PatientInnen 35% der PatientInnen

5.) Was glauben Sie ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer auf einer Intensivstation?

1 Tag 8 Tage
5 Tage 14 Tage

6.) Wie schätzen Sie das durchschnittliche Alter von IntensivpatientInnen?

42 Jahre 64 Jahre
54 Jahre 73 Jahre

7.) Was verstehen Sie unter einem Defibrillator? Wozu bzw. wann wird dieser verwendet?

8.) Wie viele PatientInnen überleben Ihrer Meinung nach

a) das erste Jahr nach einem Intensivstationsaufenthalt?

55%	85%
68%	98%

b) eine Wiederbelebung?

10%	50%
25%	75%

9.) Was verstehen Sie unter einem "künstlichen Koma"? Warum wird ein/ eine PatientIn in ein künstliches Koma versetzt?

10.) Wie hoch schätzen Sie die Kosten, die für eine Patientin/ einen Patienten pro Tag auf einer Intensivstation aufgewendet werden?

150 €	1200€
450 €	3100 €

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!



VOTUM

gültig bis 22.02.2018

EK-Nummer: 29-169 ex 16/17
Studientitel: Patient's perceptions, opinions and knowledge about critical care
Prüfer: Assoz.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Karin Amrein
LKH-Univ. Klinikum Graz/ Universitätsklinik für Innere Medizin
Sponsor: MUG
Ansprechpartner: Assoz.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Karin Amrein, 8036 Graz, Auenbruggerplatz 15
CRO: -
Antragsteller: Klin. Abt. f. Endokrinologie u. Stoffwechsel, Univ.-Klin. f. Innere Medizin
Ansprechpartner: Assoz.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Karin Amrein, 8036 Graz, Auenbruggerplatz 15

Die o.a. Studie wurde von der Ethikkommission erstmals im 'expedited Review' am 09.01.2017 behandelt. Die Ethikkommission ist zu folgendem Schluss gekommen:

Es besteht kein Einwand gegen die Durchführung der Studie in der vorliegenden Form.

Kommissionsmitglieder, die für diesen Tagesordnungspunkt als befangen anzusehen waren und daher gemäß Geschäftsordnung an der Entscheidungsfindung und Abstimmung nicht teilgenommen haben:
keine

Zur Beurteilung vorliegende Dokumente:

Dokumente eingegangen am 21.12.2016, begutachtet im 'expedited Review' am 09.01.2017

✓ Cover Letter Anschreiben 01	20.12.2016
✓ Antragsformular ECS	21.12.2016
✓ Originalprotokoll Studienprotokoll 1.0	09.12.2016
✓ CV CV_Friedl 01	15.12.2016
✓ CV CV_Amrein 01	02.12.2016
CV CV_Hoffmann 01	06.12.2016
✓ CV CV_Verheyen 01	13.05.2016
CV CV_Absenger 01	05.12.2016
✓ CV CV_Brandstaetter 01	06.12.2016
CV CV_Kolesnik 01	03.12.2016
Sonstiges: Fragebogen 01	06.12.2016

Dokumente eingegangen am 02.01.2017, begutachtet im 'expedited Review' am 09.01.2017

✓ Antragsformular ECS Unterschriftseiten	19.12.2016
--	------------

Was wissen PatientInnen von Intensivmedizin Eine Umfrage

Brandstätter P., Hoffmann M., Amrein K.
LKH-Univ. Klinikum Graz

Universitätsklinik für Innere Medizin Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie

Zielsetzung

„Health Literacy“ beschreibt die Fähigkeit, mit medizinischen Fachinformationen umzugehen. In Österreich ist diese schlecht. Die moderne Intensivmedizin benötigt enorme personelle und finanzielle Ressourcen. Dennoch ist die Erwartungshaltung von Laien an diese Form der Maximalmedizin unrealistisch, was die Zufriedenheit der PatientInnen und deren Familien stark beeinträchtigen kann. Ziel dieser Arbeit ist es daher, Erkenntnisse zur Health Literacy von PatientInnen zum Thema Intensivmedizin zu gewinnen.

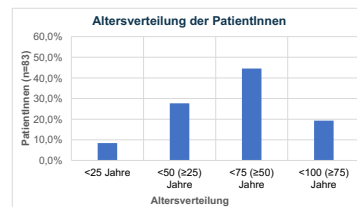
Methode

Es wurde ein einfacher Fragebogen mit 20 Fragen erstellt, der Angaben zur Person und spezifische Fragen zum Thema Intensivmedizin erhebt, teils in offenen, teils in geschlossenen Fragen. Die Umfrage wird bei ambulanten und stationären PatientInnen in verschiedenen Ambulanzen und auf Stationen des LKH-Univ. Klinikums Graz durchgeführt.

Ergebnisse

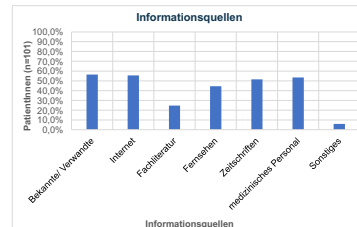
Demografie

Bisher wurden 101 Fragebögen ausgewertet. Die Altersstruktur der PatientInnen wurde in vier Klassen eingeteilt (Grafik). 39 (39%) der Befragten gaben an, bereits einmal selbst auf einer Intensivstation behandelt worden zu sein, die Zahl derer, die als Besucher auf einer Intensivstation waren, belief sich auf 59 (58%).



Informationsquellen

Auf die Frage aus welchen Quellen die PatientInnen ihre Informationen zum Thema Medizin beziehen, nannten 45 (45%) das Fernsehen als Bezugsquelle, 25 (25%) gaben an, Fachliteratur zu lesen und 54 (53%) nannten medizinisches Personal als Informationsquelle.



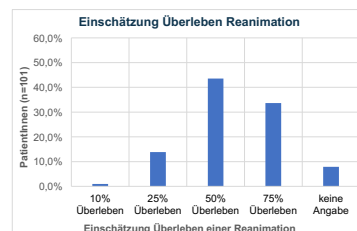
Nosokomiale Infektion

Wie hoch die TeilnehmerInnen den Prozentsatz an IntensivpatientInnen schätzen, die im Rahmen eines Intensivstationsaufenthalts eine nosokomiale Infektion akquirieren, ergab folgende Zusammensetzung: 33 (33%) schätzten, dass 0,5% der IntensivpatientInnen eine nosokomiale Infektion erleiden, 34 (34%) schätzten auf 5%, 23 (23%) nannten 15% als korrekte Antwort und 4 (4%) sahen den Prozentsatz bei 35%. 66% der TeilnehmerInnen schätzten somit die Infektionsrate auf $\leq 5\%$.



Überleben einer Reanimation

Weiters sollten die TeilnehmerInnen einschätzen, wie viele PatientInnen ihrer Meinung nach eine Reanimation überleben. Dabei zeigte sich, dass 1 (1%) TeilnehmerIn das Überleben auf 10% schätzte, 14 (14%) auf 25%, 44 (44%) auf 50% und 34 (34%) glaubten, dass 75% der PatientInnen eine Reanimation überleben. 77% der TeilnehmerInnen schätzten die Wahrscheinlichkeit eine Reanimation zu überleben somit auf $\geq 50\%$.



Die Frage nach der Funktion beziehungsweise Indikation für einen Defibrillator wurde von 80 (80%) PatientInnen richtig beantwortet.

Schlussfolgerung

In der bisherigen Auswertung der Umfrage konnten Fehleinschätzungen der befragten PatientInnen detektiert werden. Vor allem bezüglich der Gefahr einer nosokomialen Infektion auf einer Intensivstation und bei Reanimationsergebnissen scheinen die PatientInnen Einschätzungen zu teilen, die zu überhöhten Erwartungshaltungen führen könnten.