

# Kenntnis über die Diagnose und Therapie ihrer Erkrankung bei deutschen und türkischstämmigen Patientinnen vor und nach einem Krankenhausaufenthalt

Matthias **PETTE**<sup>1</sup>, Theda **BORDE**<sup>2</sup>, Matthias **DAVID**<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Praxis Friedrichstraße, Berlin-Mitte

<sup>2</sup>Fachhochschule Alice Salomon

<sup>3</sup>Universitätsmedizin Berlin Charité, Campus Virchow-Klinikum, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

## Erratum

### **Erratum to “Kenntnis über die Diagnose und Therapie ihrer Erkrankung bei deutschen und türkischstämmigen Patientinnen vor und nach einem Krankenhausaufenthalt”**

[Journal of the Turkish German Gynecology Association – ARTEMIS (2004) 5 (2) 123–130]

Matthias Pette<sup>1</sup>, Theda Borde<sup>2</sup>, Matthias David<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Praxis Friedrichstraße, Berlin-Mitte

<sup>2</sup>Fachhochschule Alice Salomon

<sup>3</sup>Universitätsmedizin Berlin Charité, Campus Virchow-Klinikum, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

The Publisher regrets that in the above article, the text of the paper was printed in the unrevised form.  
The correct manuscript is being fully published below.

The Publisher would like to sincerely apologize for any inconvenience caused.

---

**Korrespondenzanschrift:** Priv. Doz. Dr. med. Matthias David  
Universitätsmedizin Berlin Charité  
Campus Virchow-Klinikum  
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin  
Fax : +30 4505 64 349  
Tel : +30 4505 64 032  
matthias.david@charite.de

## Zusammenfassung

**Einleitung:** Ein gutes Wissen der Patientinnen und Patienten stellt die Basis für den sogenannten *informed consent* dar und ist für eine effektive Arzt-Patienten-Beziehung sowie und für eine gute *compliance* wichtig. Unsere Studie untersucht Unterschiede im Wissensstand von Patientinnen deutscher und türkischer Ethnizität vor und nach der Aufklärung in einer gynäkologisch-operativen Station und identifiziert Einfluss- und Erklärungsfaktoren für eventuelle Differenzen.

**Patientinnenkollektiv und Methodik:** Es wurden 579 Patientinnen in die Studie einbezogen, die zwischen März 1997 und Oktober 1998 auf den beiden gynäkologischen Stationen der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Charité/Campus Virchow-Klinikum in Berlin behandelt wurden. Zur Feststellung des jeweiligen aktuellen Informationsstandes am Beginn und am Ende des stationären Aufenthaltes wurden die Angaben der deutschen und der türkischstämmigen Patientinnen, die mittels eines Fragebogens befragt wurden, mit den in den jeweiligen Krankenakten dokumentierten Fakten zu Diagnose und Therapie verglichen.

**Ergebnisse:** Insgesamt kannten 69% aller Patientinnen in korrekter Weise ihre Diagnose und 76% die in der Klinik durchgeführte Therapie. Der Kenntnisstand am Anfang und am Ende des stationären Aufenthaltes differierte jedoch signifikant. Während die deutschen Patientinnen besser Bescheid wussten, zeigten die türkischstämmigen Patientinnen signifikante Defizite hinsichtlich Diagnose und Therapie. Bei den befragten Patientinnen türkischer Herkunft war nach der medizinischen Aufklärung ein Informationsschwund zu beobachten.

**Schlussfolgerungen:** Die Ergebnisse reflektieren soziodemographische Unterschiede zwischen ethnischen Gruppen und zeigen Defizite im Informationsprozess vor und während des Klinikaufenthaltes insbesondere bei den Migrantinnen auf.

**Schlüsselwörter:** türkische Migrantinnen – informed consent – Operationsaufklärung – Patientenwissen – Ethnizität

## Abstract

### Turkish and German Patients' Current Knowledge of Diagnosis and Therapy at the Beginning and at the End of the In-patient Stay

**Objective:** Knowledge and understanding are basic preconditions for an effective doctor-patient-relationship, a good compliance and the patient's participation in the therapeutic process. Our Study investigates differences in the knowledge of German and Turkish ethnicity before and after the informed consent in an surgical gynecological ward and identifies factors that influence and explain possible differences.

**Materials and Methods:** 579 women, who were patients of both gynecological wards of the Clinic of Gynecology and Obstetrics of Charité, Campus Virchow-Klinikum Berlin were included in the study. To detect the current knowledge of the in-patients at the beginning and at the end of their stay in hospital, their statements in a questionnaire on what they know about their diagnosis and the therapy were compared with the data documented in the respective hospital file.

**Results:** Totaling 69% of all patients knew their diagnosis and 76% knew the therapy conducted in the clinic correctly. The knowledge at the beginning and at the end of the in-patient stay differed significantly. While German patients knew more, immigrant patients of Turkish background showed noticeable deficits in their knowledge of the diagnosis and therapy. For the Turkish patients questioned in the study after the informed consent a loss of information was observed.

**Conclusion:** The results reflect socio-demographic differences between different ethnic groups and show deficits in the information process before and during the stay in hospital especially for immigrant women.

**Keywords:** Turkish patients, immigration, informed consent, information process, ethnic groups

## Einleitung

Patientenzufriedenheit, Compliance und emotionale Unterstützung sind wichtige Faktoren für eine effektive Arzt-Patienten-Kommunikation im Heilungsprozess. Studien haben gezeigt, dass sich Patienten z. T. ungenau an Details aus der ärztlichen Aufklärung im Rahmen des *informed consent* erinnern (1, 2). Während Ärztinnen und Ärzte dazu tendieren, die Aufklärung mit Details über Indikation, Risiken und Prozeduren zu überladen, besteht kaum eine Kontrolle darüber, was die Patientinnen wirklich verstehen. Vorangehende Erfahrungen der Patientinnen in der Klinik bzw. mit Krankheiten, die Fähigkeit, Informationen entgegen zu nehmen und mit diesen umzugehen, sind neben anderen Faktoren essentiell für das tatsächliche Verständnis auf Patientenseite.

Auf der anderen Seite spielt die Fähigkeit der Ärztin oder des Arztes, die Patientin professionell und mit Empathie zu informieren, eine große Rolle. Eine adäquate Aufklärung ist eine rechtliche Voraussetzung für die Patienteneinwilligung in einen

medizinischen Eingriff bzw. in eine diagnostische Maßnahme. Einige Studien haben über Defizite beim Verständnis medizinischer Informationen berichtet und dabei die Bedeutung des Bildungsgrades der Patienten/innen und die besonders problematische Situation von Migranten/innen hinsichtlich der Erinnerung an vorgegebene Instruktionen für Ungleichheiten im Versorgungssystem hervorgehoben.

13% der Einwohner Berlins sind nichtdeutscher Ethnizität. Sie leben vor allen Dingen in den Stadtbezirken Neukölln, Kreuzberg, Wedding und Tiergarten des ehemaligen Westteils der Stadt. Die türkische Population stellt die größte Gruppe unter den Migranten dar. Die vorgestellte Studie wurde am Universitätsklinikum Charité, Campus Virchow-Klinikum, durchgeführt, das im Berliner Bezirk Wedding liegt. Neben den Aufgaben eines Krankenhauses der universitären Spezial- und Maximalversorgung stellt das Virchow-Klinikum auch eine Versorgungseinrichtung für die umliegenden Stadtbezirke mit ihrem relativ hohen Ausländeranteil dar. Mehr als 45% der Patientinnen der Geburtshilfe und nahezu 30% der

gynäkologischen Patientinnen auf den Stationen sind Migrantinnen, darunter stellen wiederum Patientinnen türkischer Herkunft die größte Gruppe dar.

### Patientinnenkollektiv und Methodik

Die Untersuchung war eingebettet in die drittmittelgeförderten Studie „Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter deutscher und türkischstämmiger Frauen“, welche von 1996 bis 1999 an der Frauenklinik der Charité, Campus Virchow-Klinikum, in Berlin durchgeführt wurde (2). Die eigentliche Untersuchungsphase erstreckte sich auf den Zeitraum zwischen März 1997 und Oktober 1998. Von allen türkischstämmigen und deutschen stationären Patientinnen wurden u.a. Informationen über ihre Kenntnis der Erkrankung, die sie ins Krankenhaus geführt hatte, ihr Wissen über Diagnose und Therapie und ihr Verständnis der medizinischen Aufklärung erfragt.

Als Untersuchungsinstrument diente ein mehrseitiger Fragebogen, welcher am Beginn und am Ende des stationären Aufenthaltes von den Patientinnen ausgefüllt wurde. Es wurden nur Patientinnen einbezogen, die mindestens drei Tage stationär behandelt worden waren. Der Fragebogen stand sowohl in einer deutschen als auch in einer türkischen Version zur Verfügung. Die Befragung wurde von einer bilingualen Untersucherin begleitet, die Patientinnen mit nicht ausreichenden türkischen bzw. deutschen Sprachkenntnissen oder Analphabetinnen beim Ausfüllen der Fragebögen unterstützte. Für die weitere Datenanalyse wurden die türkischsprachigen Antworten der Patientinnen wieder ins Deutsche übersetzt. Die verwendeten Fragebögen waren zuvor in einer Pilotphase auf Verständlichkeit überprüft worden.

Der Schwerpunkt der Datenanalyse war die Feststellung des Wissensstandes der Patientinnen über Diagnose- und Therapie-details vor und nach der medizinischen Aufklärung. Die am

**Tabelle 1.** Soziodemographische Charakteristika der Studienpopulation

	<b>Türkische Patientinnen</b>	<b>Deutsche Patientinnen</b>	
	N (%)	N (%)	
<b>Alter (Jahre)</b>			
< 30	127 (48.5)	47 (14.8)	p < 0.001
30-50	106 (40.4)	181 (57.1)	
> 50	29 (11.1)	89 (28.1)	
<b>Schulabschluss</b>			
kein Schulbesuch	27 (10.2)	0	
Schulabschluss < 10. Klasse	104 (39.7)	16 (5.1)	p < 0.001
10-Klassen-Abschluss	99 (37.9)	167 (52.7)	
Abitur	32 (12.2)	134 (42.2)	
<b>Deutsche Sprachkenntnisse (Selbsteinschätzung)</b>			
keine	84 (32.8)		
geringe	77 (30.1)		
gute	95 (37.1)	317 (100)	
<b>Gesundheitswissen<sup>a</sup></b>			
gering	115 (44.6)	21 (6.7)	
mittel	114 (44.2)	169 (53.7)	p < 0.01
gut	29 (11.2)	125 (39.7)	
<b>Schweregrad der Erkrankung</b>			
gutartige Erkrankungen	140 (53.4)	197 (62.2)	p < 0.001
gynäkologische Karzinome	18 (6.9)	105 (33.1)	
Schwangerschaftsstörung	104 (39.7)	15 (4.7)	
<b>Einweisungsart</b>			
niedergelassener Arzt	169 (64.5)	236 (74.4)	p < 0.05
Notfallambulanz	93 (35.5)	81 (25.6)	

Zahlen in Klammern geben den prozentualen Anteil für die einzelnen Unterkollektive an  
<sup>a</sup>6 türkischstämmige Patientinnen waren non-responder.

Beginn, also vor der Patientenaufklärung in der Klinik, wie auch die für die Erfragung des Wissens am Ende des stationären Aufenthalts verwendete Frage war offen formuliert, es gab keine Vorgaben. Die Patientinnen waren aufgefordert, ihr Wissen über die aktuelle Diagnose und die geplante bzw. durchgeführte Therapie selbst aufzuschreiben bzw. mitzuteilen.

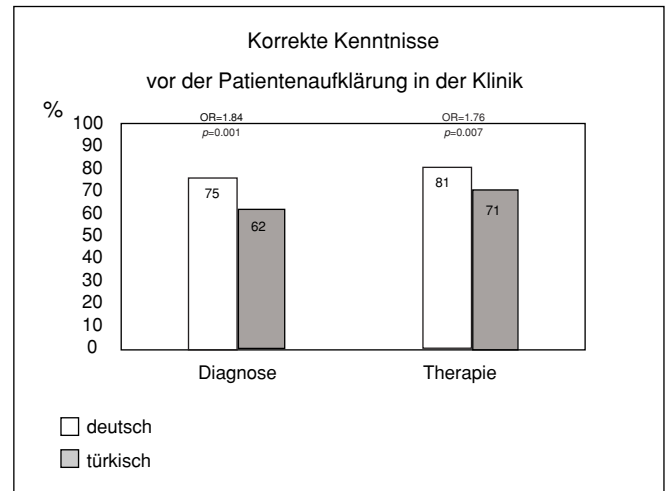
Die Antworten jeder Patientin wurden dann mit den Angaben aus den Patientenakten, (Aufnahmebefunde, 1. Hilfe-Scheine, schriftliche Patientenaufklärungsblätter und ärztliche Entlassungsbriefe) verglichen. Die so gesammelten Informationen umfassten Angaben zur Diagnose und zum Anlass der Aufnahme.

Soziodemographische Daten aus der Patientinnenbefragung umfassten Alter, deutsche Sprachkenntnisse (Selbsteinschätzung), Bildungsgrad und vorhandenes Wissen über die Anatomie und Funktionen des weiblichen Körpers (Gesundheitswissen). Die Antworten der Patientinnen wurden den in der Krankenakte dokumentierten Daten gegenüber gestellt, so dass Übereinstimmung oder Nichtübereinstimmung festgestellt werden konnte. Diese Übereinstimmungsprüfung wurde in einer Doppelblindtechnik durch zwei ärztliche *Reviewer* unabhängig voneinander vorgenommen. Auftretende geringe Differenzen im *Rating* wurden diskutiert und im Sinne eines Einvernehmens entschieden. Die Antworten der Patientinnen wurde dichotomisiert, wobei 1 für eine korrekte Übereinstimmung der Diagnoseangabe seitens der Patientin und der ärztlichen Dokumentation stand und 0 für Nichtübereinstimmung, d. h., geringe oder keine Übereinstimmung der Diagnose mit den Antworten der Patientinnen. Ebenso wurde auch das Patientenverständnis der Therapie bzw. der durchgeführten operativen Maßnahmen überprüft, wobei jeweils die Antwort aus den Fragebögen den Daten aus der ärztlichen Dokumentation gegenüber gestellt wurden.

Statistische Analyse: Für die statistische Auswertung wurde der  $\chi^2$ -Test oder Fishers Exaktheitstest für den Vergleich von kategoriellen Variablen bzw. Häufigkeiten verwendet. Um zusätzlich den Zusammenhang zwischen unabhängigen prädiktiven Faktoren und einer korrekten Wiedergabe bzw. Übereinstimmung zwischen Patientenwissen und medizinischer Dokumentation in jeder ethnischen Gruppe zu überprüfen, wurde eine logistische Regressionsanalyse durchgeführt. Diese wurde genutzt, um die Wahrscheinlichkeit einer richtigen Wiedergabe durch die Patientinnen in Relation zu den Prädiktoren zu überprüfen. Die Analyse schloss die Untersuchung bzw. Einbeziehung von soziodemographischen Basisdaten bzw. Hintergrundfaktoren wie Alter der Patientin, deutsche Sprachkenntnisse, Bildungsgrad, bestehendes Gesundheitswissen, Art der Erkrankung und Modus der Aufnahme in die Frauenklinik ein. Datenmanagement und statistische Analyse wurden mit Hilfe des Programms SPSS, Version 9.0, durchgeführt. Als statistisch signifikant wurden p-Werte von < 0,05 festgelegt.

## Ergebnisse

Drei Patientinnen (0,5%) konnten wegen fehlender Krankenakten nicht in die Auswertung einbezogen werden, so dass die Studiauswertung insgesamt 579 Patientinnen einschloss, davon



**Abbildung 1.** Prozentualer Anteil der Patientinnen mit korrekten Kenntnissen nach Ethnizität/vor Aufklärung.

262 (45,3%) türkischstämmige und 317 (54,7%) deutsche Patientinnen.

Tabelle 1 fasst die soziodemographischen Daten der beiden Studiengruppen zusammen und zeigt signifikante Unterschiede hinsichtlich des Alters, des Bildungsgrades, der deutschen Sprachkenntnisse, des Aufnahmemodus in die Klinik, der Art der Gesundheitsstörung und des bestehenden Wissens über Anatomie und Funktionen des weiblichen Körpers. Die türkischstämmigen Patientinnen im Untersuchungskollektiv waren durchschnittlich jünger als die deutschen Patientinnen ( $33,7 \pm 11,7$  versus  $42,5 \pm 12,7$  Jahre,  $p < 0,0001$ ). Während 48% der türkischstämmigen Frauen jünger als 30 Jahre waren, konnten nur 15% der deutschen Patientinnen dieser Altersgruppe zugeordnet werden. Dagegen waren 28% der deutschen Patientinnen gegenüber 11% der türkischstämmigen Frauen älter als 50 Jahre. Dieser hohe Anteil an jungen und der relativ geringe Anteil an älteren Frauen im türkischstämmigen Studienkollektiv ist für die türkische Migrantenpopulation in Berlin repräsentativ.

Deutliche Unterschiede zeigten sich beim Bildungsgrad der Vergleichsgruppen, wobei die Hälfte der türkischstämmigen Patientinnen gegenüber 5% der deutschen Patientinnen nur über eine geringe Schulbildung verfügte. 31% der Migrantinnen gaben an, keine Deutschkenntnisse zu haben, und ein weiteres Drittel sprach nach eigener Einschätzung nur mäßig gut Deutsch. Ein gutes und sehr gutes Gesundheitswissen konnte bei 3% der türkischstämmigen Patientinnen gegenüber ca. 23% der Frauen in der deutschen Untersuchungsgruppe festgestellt werden. Die großen Unterschiede in den soziodemographischen Daten (Tabelle 1) spiegeln die reale Situation der ethnischen Minderheiten in Deutschland bzw. Berlin in etwa wider.

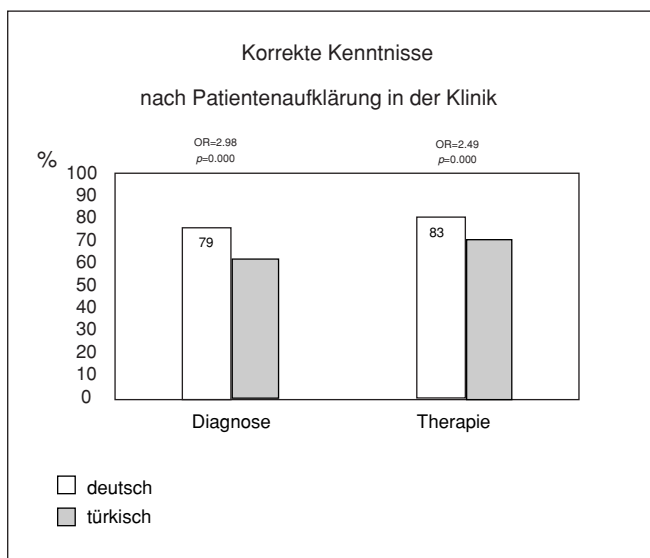
Das Diagnosespektrum zeigt Unterschiede, die vor allem altersbedingt zu erklären sind. Etwa 40% der türkischstämmigen Patientinnen wurden wegen Schwangerschaftsstörungen aufgenommen, während dies nur für knapp 5% der deutschen Frauen zutrif. Dagegen waren fast ein Drittel der deutschen Patientinnen gegenüber 7% der türkischstämmigen aufgrund einer malignen Erkrankung stationär aufgenommen worden.

**Tabelle 2.** Prätherapeutisch richtiges Diagnose- und Therapiewissen (OR, 95% CI)<sup>b</sup>

	Diagnose		Therapie	
	Türkische Patientinnen	Deutsche Patientinnen	Türkische Patientinnen	Deutsche Patientinnen
<b>Alter</b>				
< 30 Jahre	1.5 (0.8-2.8)	<b>3.7* (1.1-12.8)</b>	0.7 (0.3-1.5)	1.6 (0.5-5.1)
> 50 Jahre	0.9 (0.3-2.3)	<b>0.4** (0.2-0.8)</b>	0.6 (0.2-1.6)	0.5 (0.3-1.0)
<b>Schulbildung</b>				
keine Schule	1.3 (0.4-4.6)	-	0.6 (0.1-2.8)	-
Schulabschluss				
< 10 Klassen	2.3 (0.7-7.9)	0.5 (0.1-2.1)	0.6 (0.2-2.6)	0.8 (0.2-4.1)
10. Klasse-Abschluss	1.0 (0.4-2.5)	<b>0.5* (0.3-0.9)</b>	0.4 (0.1-1.3)	<b>0.4* (0.2-0.8)</b>
<b>Deutschkenntnisse</b>				
keine	0.7 (0.3-1.6)		0.4 (0.2-1.0)	
geringe	0.6 (0.3-1.1)		1.1 (0.5-2.5)	
<b>Gesundheitswissen</b>				
niedrig	0.2* (0.1-0.8)	0.8 (0.2-2.7)	0.4 (0.1-1.8)	0.7 (0.2-2.8)
mittel	0.3 (0.1-1.0)	1.2 (0.7-2.3)	0.5 (0.1-1.8)	0.9 (0.4-1.7)
<b>Schweregrad der Erkrankung</b>				
gynäkologische Karzinome	0.9 (0.3-2.7)	1.0 (0.5-1.8)	0.5 (0.2-1.5)	0.8 (0.4-1.5)
Schwangerschafts-störungen	1.4 (0.7-2.8)	2.0 (0.2-16.9)	2.8* (1.3-6.3)	1.3 (0.2-11.5)
<b>stationäre Aufnahme</b>				
über Notfallambulanz				
(Erste Hilfe)	0.6 (0.3-1.0)	0.9 (0.5-1.8)	0.5 (0.2-1.0)	1.5 (0.7-3.3)

<sup>b</sup>Werte: Odds Ratio und 95% Konfidenzintervall . Statistische Signifikanz (\* p < 0.05; \*\* p < 0.01).

Referenz: Alter: 30-50 Jahre, Bildungsgrad: 13. Klasse abgeschlossen, deutsche Sprachkenntnisse: gut, Gesundheitswissen: gut, Diagnose: gutartige Erkrankung, Einweisung: durch niedergelassenen Arzt.



**Abbildung 2.** Prozentualer Anteil der Patientinnen mit korrekten Kenntnissen nach Ethniziät/nach Aufklärung.

Die Einweisung in die Frauenklinik erfolgte in der Regel über niedergelassene Gynäkologen und Hausärzte. Jede 5. deutsche

Patientin wurde über die Poliklinik eingewiesen (doppelt so häufig wie Patientinnen im türkischen Kollektiv), 7% kamen über die Erste Hilfe, bei den türkischen Patientinnen waren es 27%.

**Kenntnisse zu Diagnose und Therapie vor der Aufklärung:**

Abbildung 1 zeigt den Anteil der Patientinnen, die vor Einbeziehung in den Aufklärungsprozess in der Frauenklinik eine korrekte Angabe zu ihrer Diagnose und der geplanten Therapie machen konnten. Während 62% der türkischen Patientinnen ihre Diagnose korrekt wussten, waren es mehr als 75% der deutschen Patientinnen. Zu diesem Zeitpunkt konnten 71% der türkischstämmigen und 81% der deutschen Patientinnen richtige Angaben zur geplanten Therapie machen.

Wenn alle Faktoren mit potentiell Einfluss simultan in einem logistischen Regressionsmodell berücksichtigt werden (Tabelle 2), kann kein signifikant positiver Effekt im Zusammenhang mit dem korrekten Wissen der Diagnose im türkischstämmigen Kollektiv festgestellt werden. Der einzige signifikante Prädiktor für die richtige Angabe der geplanten Therapie war die Diagnose „Störung der Schwangerschaft“. Alles in allem wurde ein niedriger Level von negativen Effekten hinsichtlich korrekter Antworten im türkischstämmigen Patientenkollektiv gefunden.

**Tabelle 3.** Posttherapeutisch richtiges Diagnose- und Therapiewissen (OR, 95% CI)<sup>a</sup>

	Diagnose		Therapie	
	Türkische Patientinnen	Deutsche Patientinnen	Türkische Patientinnen	Deutsche Patientinnen
<b>Alter</b>				
<30 Jahre	1.1 (0.6-2.2)	<b>5.8* (1.3-26.5)</b>	0.6 (0.3-1.2)	1.3 (0.5-3.7)
>50 Jahre	0.7 (0.3-2.0)	0.5 (0.3-1.0)	0.6 (0.2-1.7)	1.4 (0.6-3.0)
<b>Schulbildung</b>				
keine Schule	0.4 (0.1-1.7)	-	1.1 (0.3-4.5)	-
Schulabschluss < 10 Klassen	0.6 (0.2-2.3)	<b>0.2* (0.1-0.9)</b>	0.8 (0.2-3.0)	0.9 (0.2-4.8)
10. Klasse-Abschluss	<b>0.3* (0.1-0.9)</b>	0.6 (0.3-1.2)	0.6 (0.2-1.6)	0.8 (0.4-1.5)
<b>Deutschkenntnisse</b>				
keine	0.6 (0.3-1.4)		0.5 (0.2-1.0)	
geringe	<b>0.4* (0.2-0.8)</b>		0.7 (0.3-1.5)	
<b>Gesundheitswissen</b>				
niedrig	1.4 (0.5-4.0)	0.6 (0.2-2.0)	0.3 (0.1-1.0)	1.1 (0.2-5.6)
mittel	2.1 (0.8-5.9)	1.5 (0.8-3.0)	0.3 (0.1-1.2)	0.9 (0.4-1.8)
<b>Schweregrad der Erkrankung</b>				
gynäkologische Karzinome	0.4 (0.1-1.3)	1.1 (0.6-2.2)	0.5 (0.2-1.6)	0.8 (0.4-1.6)
Schwangerschafts-störungen	<b>2.4* (1.2-4.8)</b>	0.8 (0.1-4.2)	<b>2.3* (1.1-4.9)</b>	1.7 (0.2-14.9)
<b>stationäre Aufnahme</b>				
über Notfallambulanz (Erste Hilfe)	<b>0.5* (0.2-0.9)</b>	0.5 (0.3-1.0)	0.6 (0.3-1.1)	2.1 (0.9-4.9)

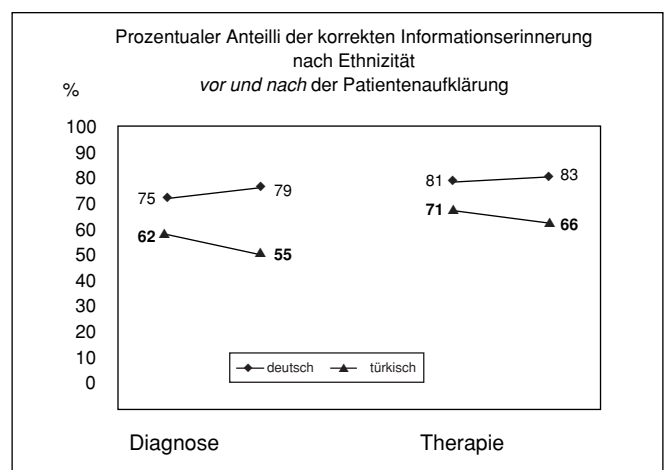
<sup>a</sup>Werte: Odds Ratio und 95% Konfidenzintervall. Statistische Signifikanz (\* p < 0.05; \*\* p < 0.01).

Referenz: Alter: 30-50 Jahre, Bildungsgrad: 13. Klasse abgeschlossen, deutsche Sprachkenntnisse: gut, Gesundheitswissen: gut, Diagnose: gutartige Erkrankung, Einweisung: durch niedergelassenen Arzt.

Ein Indikator für eine verminderte Wahrscheinlichkeit, eine korrekte Diagnose zu nennen, war ein geringes grundlegendes Gesundheitswissen. Je geringer dieses Wissen war, desto geringer war der Anteil von Patientinnen, die ihre Diagnose und Therapie richtig benennen konnten. Während in der türkischen Gruppe das Alter keinen Einfluss zu haben schien, war dieser Faktor im deutschen Kollektiv ein signifikanter Vorhersagewert für eine korrekte Angabe der Diagnose bei Patientinnen unter 30 Jahren. Ältere Patientinnen hatten signifikant seltener genaue Kenntnisse.

Im Gruppenvergleich war ein niedriger Bildungsgrad sowohl mit einem niedrigen Prozentsatz von Übereinstimmung mit der tatsächlichen Diagnose als auch mit der Therapie signifikant negativ assoziiert.

Hinsichtlich des ausbildungsabhängigen Prädiktors für das Diagnosewissen in der türkischstämmigen Gruppe ist aufgrund der Unterstützung von Analphabetinnen durch die Untersucherin eine methodische Fehlerquelle zu beachten. Patientinnen türkischer Herkunft, die keine oder geringe deutsche Sprachkompetenz hatten, erinnerten sich weniger gut an Diagnose- und Therapiedetails als Patientinnen mit guter deutscher Sprachkompetenz.



**Abbildung 3.** Informationsverlagerung vor und nach der Patientenaufklärung.

Wenn Patientinnen über die Erste Hilfe-Stelle aufgenommen wurden, hatten die türkischstämmigen Frauen geringere Kenntnisse über Diagnose und Therapie als die so aufgenommenen deutschen Frauen.



### **Patientinnenwissen nach der Aufklärung:**

Am Tag vor der Entlassung aus der Klinik und damit nach der entsprechenden Aufklärung kannte nur etwa die Hälfte der türkischstämmigen Patientinnen (55%) ihre Diagnose im Detail, während 79% der deutschen Patientinnen ihre Enddiagnose richtig wiedergeben konnten. 66% der türkischstämmigen und 83% der deutschen Patientinnen konnten die bei ihnen in der Klinik durchgeführte Therapie richtig angeben ( Abbildung 2).

Bei der ebenfalls hier durchgeführten multiplen logistischen Regressionsanalyse zeigte sich wiederum die Diagnose „Schwangerschaftsstörung“ als signifikant positiver prädiktiver Faktor für eine korrekte Wiedergabe sowohl der Diagnose als auch der Therapie durch türkischstämmige Patientinnen (Tabelle 3).

Bei deutschen Patientinnen war ein prädiktiver Wert für die korrekte Wiedergabe ein Lebensalter der Patientin unter 30 Jahren. Junge deutsche Frauen hatten eine 5,8-fach höhere Wahrscheinlichkeit, Diagnose und Therapie richtig anzugeben, als eine Vergleichsgruppe von Frauen zwischen 30 und 50 Jahren. Niedriger Bildungsstand hatte in beiden Untersuchungsgruppen einen negativen Effekt auf korrekte Kenntnisse der Diagnose. Dies zeigte sich auf signifikante Weise bei türkischstämmigen Patientinnen, die eine 10. Schule Klasse abgeschlossen hatten und in der Gruppe der deutschen Patientinnen bei solchen, die keinen 10-Klassen-Schulabschluss aufwiesen. Das heißt, niedrigere Schulabschlüsse waren Prädiktoren für geringe Kenntnisse.

Geringe deutsche Sprachkenntnisse waren im türkischstämmigen Kollektiv ebenfalls verbunden mit nur begrenzt richtiger Wiedergabe von Diagnose und Therapie. Koeffizienten der türkischstämmigen Gruppe zeigen, dass eine korrekte Diagnosewiedergabe unabhängig vom vorbestehenden Gesundheitswissen ist, während ein Koeffizient  $< 1$  negative Effekte in Verbindung mit der korrekten Therapiewiedergabe zeigt. Signifikant ungünstig verbunden mit einer korrekten Diagnosewiedergabe war wiederum der Faktor „Aufnahme über die Rettungsstelle“.

### **Veränderungen im Informationsstand:**

Zum Zeitpunkt der Entlassung hat, wenn man das Gesamtkollektiv betrachtet, der Kenntnisstand über Diagnose und Therapie abgenommen (Abbildung 3). Während die Kenntnis der deutschen Patientinnen über die Diagnose von 75% auf 79% und die Therapie von 81% auf 82% etwas zugenommen hatte, zeigen sich türkischstämmige Patientinnen nach dem Informations- und Aufklärungsprozess im Krankenhaus eher schlechter informiert: Hier kam es zu einer Abnahme des Anteil korrekter Angaben von 62% auf 55% bei der Diagnose und von 71% auf 66% bei der in der Klinik durchgeführten Therapie. Wie die Tabellen 2 und 3 zeigen, haben weder Alter, Bildungsgrad noch deutsche Sprachkenntnisse im türkischstämmigen Patientinnenkollektiv einen positiven Einfluss auf das Verständnis der Aufklärung bzw. die Fähigkeit, die gestellte Diagnose korrekt wiederzugeben.

Möglicherweise wurden während der Aufklärungsgespräche doch einige Lücken im vorbestehenden Gesundheitswissen gefüllt, denn immerhin wurden höhere Levels bei türkischstämmigen Patientinnen mit der Diagnose Schwangerschaftsstörung gefunden.

## **Diskussion**

Die vorliegende Studie zeigt, dass das Patientenwissen zum Zeitpunkt der Entlassung korrespondierend mit der ethnischen Herkunft der Patientinnen oder damit verbundenen Faktoren höher oder niedriger war. Insgesamt waren die Kenntnisse der Patientinnen türkischer Herkunft geringer als die der deutschen Patientinnengruppe. Lässt man türkischstämmige Patientinnen, die wegen Schwangerschaftsstörungen aufgenommen wurden (diese jungen Patientinnen zeigten einen signifikant höheren Informationsgrad im Hinblick auf ihre Schwangerschaftsstörungen), unberücksichtigt, so offenbart sich für die Gruppe der Migrantinnen ein noch schlechteres Ergebnis. Die Kenntnisse von Diagnose und Therapie fielen bei den Migrantinnen nach der medizinischen Aufklärung der Patientinnen in der Klinik ab. Nur die Hälfte der Patientinnen konnte ihre Diagnose und nur etwa zwei Drittel die durchgeführte Therapie korrekt, d.h. in Übereinstimmung mit den Krankenakten beschreiben. Vergleichbare Ergebnisse wurden in einer Studie, bei der Patientinnen in einer US-amerikanischen Rettungsstelle befragt wurden, gefunden: mehr als 80% der englischsprachigen Patienten kannten ihre Diagnose und Therapie, aber nur 60% der spanischsprachigen Patienten (1).

Quellen für notwendige Informationen (abgesehen von Gesprächen mit Mitpatientinnen oder Besuchern oder Pflegekräften) sind vor allem die Aufklärungsgespräche mit den Stationsärztinnen und -ärzten. Das Ziel dieser medizinischen Aufklärung ist es -oder sollte es zumindest sein- unter Berücksichtigung der individuellen Voraussetzungen die Patientinnen und Patienten zu befähigen, eine Entscheidung zu treffen. Dies beinhaltet auch die Darlegung der Krankheitsursache, daraus resultierender Maßnahmen und Operationsrisiken. Das Ziel des informed consent ist das Verständnis der präsentierten Information und darauf aufbauend die Autorisierung durch den/die Einverständnis gebenden Patienten/in (9). In Übereinstimmung mit dieser Hypothese und in der Annahme, dass unser Fragebogen wirklich den Kenntnisstand zum Zeitpunkt vor und nach der Aufklärung bzw. am Aufnahme- und Entlassungstag gemessen hat, können wir schlussfolgern, dass von den türkischstämmigen Patientinnen offenbar etwas weniger als die Hälfte die erforderlichen Informationen über Diagnose und ein Drittel die Information und Aufklärung über die Therapie nicht verstanden haben.

Andere Untersuchungen haben eine moderate Zunahme der Patienteninformiertheit nach der Aufklärung unabhängig vom Kenntnisstand über Körperfunktionen usw. festgestellt (4). In Übereinstimmung mit unseren Resultaten für die türkischstämmige Patientinnengruppe haben einige Studien aber auch gezeigt, dass nach der klinischen Aufklärung mehr als 51% der gynäkologischen Patientinnen weniger über Diagnose und Therapie wussten als vorher (5,8). Es ist deshalb in der klinischen Praxis schwer vorstellbar bzw. wäre unannehmbar, wenn insbesondere bei Patientinnen mit kritischen Befunden oder einem Tumorleiden die extensive Aufklärung nicht zur Erreichung der obligatorischen Ziele führt. Das Argument, dass Informationen über eine bestimmte Zeitspanne hinweg vergessen werden könnten, greift nicht. Andere Studien haben keine wesentliche Absenkung der Erinnerungsrate, Risiken und

Indikationen festgestellt, wenn die aufgeklärten Patienten mehr als 24 Stunden nach der Operation nochmals befragt wurden (9). Untersuchungen im Zusammenhang von Patientenwissen und Angst haben jedoch gezeigt, dass besser informierte Patientinnen und Patienten weniger Angst bei der Aufklärung hatten (8). Vorliegende Studien demonstrieren, dass je weniger ängstlich und je mehr entspannt sich Patienten vor der mündlichen Aufklärung fühlten, desto höher war der Prozentsatz richtiger Erinnerungen an die gegebenen Informationen (10).

Sicherlich spielt auch der Zeitmangel der Ärzte bei der Aufklärung eine Rolle. Der Verlust von Informationen nach dem informed consent besonders bei Patientinnen und Patienten, die einer niedrigen sozialen Schicht angehören, sind bereits beschrieben worden (7). Auch wenn ein niedriger Sozialstatus und ein niedriger Bildungsgrad den Hauptteil der untersuchten türkischstämmigen Migrantinnen in unserem Kollektiv charakterisiert, zeigen unsere Ergebnisse, dass die ungünstige „Erinnerungsleistung“ der Patientinnen türkischer Herkunft unabhängig von anderen demographischen Variablen wie Alter, Bildungsgrad und Sprachkompetenz war. In diesem Zusammenhang ist das Absinken an Informiertheit im Vergleich vom Aufnahme- zum Entlassungstag bei den deutschen Patientinnen ohne Schulabschluss besonders bemerkenswert. Niedriger Sozialstatus und niedrige Ausbildungslevel sind mit einem reduzierten Sprachcode oder mit reduzierten Sprachkenntnissen verbunden. Unsicherheiten im verbalen Ausdruck und Informationsbedürfnis können die soziale Interaktionen beeinflussen und Ausweichstrategien hervorrufen. Sowohl die Ignoranz der Ärztinnen und Ärzte gegenüber einem geringen Laienwissen bzw. Kenntnissen über den Körper und seine Funktionen als auch die von medizinischen Experten benutzten Terminologie behindern das Nachfragen seitens der Patientinnen und Patienten. So kann insuffiziente Kommunikation Missverständnisse auf beiden Seiten verursachen und eine Patientin verwirren.

Die deutlich gewordenen Informationsdefizite der Patientinnen bei der Entlassung-offensichtlich auch Folge einer insuffizienten Diagnoseaufklärung in der Ersten Hilfe-Stelle-deuten auf Hindernisse im Informationsfluss hin und lassen vermuten, dass ein Verlust von adäquater Information nicht auf stationäre Patientinnen beschränkt ist.

Unter der Voraussetzung, dass unsere Resultate generalisiert werden können, ist die Forderung nach einem Minimalstandard für den informed consent unvermeidlich. Wir halten deshalb die Bereitstellung professioneller Dolmetscherinnen und Dolmetscher für notwendig. Es ist enttäuschend, dass in einem industrialisierten Land wie Deutschland mit einer großen Anzahl ethnischer Minderheiten bisher noch keine verbindlichen Standards und Strategien für eine adäquate Kommunikation mit allen Bürgerinnen und Bürgern im Versorgungssystem eingeführt wurde.

Patientenaufklärung und im weiteren Sinne auch Gesundheitsbildung sollte an das Basiswissen der Patientinnen angepasst sein und nicht immer ein hohes Verständnislevel voraussetzen. Operationsaufklärungen sollten mehr illustriert sein

und, wo möglich, sollten schriftliche Instruktionen durch Videomaterial ergänzt werden. Unterstützt durch diese Medien könnte die Information bereits im ambulanten Versorgungssektor beginnen, d.h. im Sinne der Gesundheitsförderung/Prävention und nicht erst im Falle einer Operation. Medizinisches Personal sollte in diesem Sinne auch sensibilisiert und geschult werden, sich ein Bild von diesen individuellen Voraussetzungen machen zu können. Berücksichtigt werden sollte immer die spezifische Kommunikationssituation, der Bildungsgrad und der soziokulturelle Hintergrund. Generell sollte der Ausbildung von Ärzten im Hinblick auf eine effektive Kommunikation mit Patientinnen und Patienten mehr Beachtung geschenkt werden.

Während Krankenhäuser ihren Schwerpunkt darauf legen, eine sicherheitsorientierte hochtechnisierte Medizin anzubieten, persistieren auf der anderen Seite ungleiche Bedingungen im Zugang zum deutschen Gesundheitsversorgungssystem. Dies gilt nicht zuletzt insbesondere in Bezug auf den Zugang zu Information und Aufklärung. Defizite im informed consent können die Compliance beeinflussen, bergen aber auch forensische Risiken. Bevor ungeeignete Behandlungen oder Operationen, basierend auf einer defizitären Arzt-Patienten-Kommunikation, zu einem ökonomischen Faktor werden, sollte die veränderte Realität der Bevölkerungsstruktur auch in Deutschland zur Kenntnis genommen und Versorgungs- und Informationskonzepte angewendet werden, die auch Migrantinnen und Migranten Patientenrechte sichern und Mitbestimmung in der Entscheidung über therapeutische Maßnahmen ermöglichen.

## Literatur

1. Crane JA. Patient comprehension of doctor-patient communication on discharge from the emergency department. *Journal of Emergency Medicine*, 1997;15:1-7.
2. David M, Borde T. Kranksein in der Fremde? Türkische Migrantinnen im Krankenhaus. Mabuse, Frankfurt/Main (2001).
3. Ebert-Hampel B, Hölzle C. Wissen und Befinden von Patientinnen vor und nach dem präoperativen Aufklärungsgespräch am Beispiel von gynäkologischen Eingriffen. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 1983;43: 746-54.
4. Hutson MM, Blaha JD. Patients' recall of preoperative instruction for informed consent for an operation. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 1991; 73:160-2.
5. Perez-Moreno JA, Perez-Carceles MD, Osuna E, Luna. A Información preoperatoria y consentimiento informado en pacientes intervenidos quirúrgicamente. *Revista Espanola de Anestesiología y Reanimación* 1998;45: 130-5.
6. Pette GM. Subjektives und faktisches Patientenwissen vor und nach ärztlicher Aufklärung im Krankenhaus: ein Vergleich bei türkischen und deutschen Patientinnen in der Gynäkologie. Inauguraldissertation Humboldt. Universität zu Berlin (2000)
7. Siegrist J. *Medizinische Soziologie*. Urban & Schwarzenberg, München (1995).
8. Strauss B, Appelt H, Haack S. Die Bedeutung des ärztlichen Aufklärungsgesprächs für Angstreduktion und Wissenszuwachs: Eine empirische Untersuchung bei Patientinnen mit Descensus uteri. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 1984;34:246-51.
9. Sulmasy DP, Lehmann LS, Levine DM, Faden RR. Patients' perceptions of the quality of informed consent for common medical procedures. *Journal of Clinical Ethics*, 1994;5:189-94.
10. Wadey V, Frank C. The effectiveness of patient verbalization on informed consent. *Canadian Journal of Surgery* 1997;40:124-8.1