



GESUNDHEITS WISSENSCHAFTEN dokument

41

Gesundheitskompetenz verbessern

Handlungsoptionen für die Sozialversicherung

Jürgen M. Pelikan, Kristin Ganahl, Florian Röhlin



In Kooperation mit:



Ludwig Boltzmann Institute
Health Promotion Research



SV-WISSENSCHAFT
FORSCHUNG & LEHRE
DER ÖSTERREICHISCHEN
SOZIALVERSICHERUNG

Institutsleiter des Ludwig Boltzmann Instituts Health Promotion Research

Priv.Doz. Mag. Dr. phil. Wolfgang Dür

Stellvertretende Institutsleiterin

Mag^a. Drⁱⁿ Karin Waldherr

Auftraggeber:

SV - Wissenschaft

Forschung und Lehre der österreichischen Sozialversicherung

Projektleitung:

Prof. Dr. Jürgen M. Pelikan

Projektteam:

Prof. Dr. Jürgen M. Pelikan

Kristin Ganahl, B.A.

Mag. Florian Röthlin

Korrespondenz:

Prof. Dr. Jürgen M. Pelikan, juergen.pelikan@lbhpr.lbg.ac.at

Zitationsweise:

Pelikan, J.M., Ganahl, K., Röthlin, F. (2013): Gesundheitskompetenz verbessern.
Handlungsoptionen für die Sozialversicherung.

Erhältlich bei:

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse

Referat für Gesundheitsstrategie und Wissenschaftskooperation

[Kostenloser Download](#)

E-Mail: sekretariat.dgw@ooegkk.at

Linz 2013

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
2	Gesundheitskompetenz: Ausgangsproblem und Kontext	6
3	Mangelnde Gesundheitskompetenz und vulnerable Gruppen international und in Österreich	8
3.1	Determinanten von mangelnder Gesundheitskompetenz international und in Österreich	11
3.2	Konsequenzen von mangelnder Gesundheitskompetenz international und in Österreich	12
3.3	Ökonomische Auswirkungen von mangelnder Gesundheitskompetenz	14
3.4	Was kann prinzipiell getan werden, um Gesundheitskompetenz zu verbessern beziehungsweise mangelnde Gesundheitskompetenz auszugleichen? Wo beziehungsweise wie kann interveniert werden?	14
4	Was kann die Sozialversicherung tun, um mangelnde Gesundheitskompetenz zu verbessern?	16
5	Interventionen im Setting Krankenversicherung	18
5.1	Systembezogene Interventionen	18
5.1.1	<i>Gesundheitskompetente Krankenversicherung – Health Literate Organisation (HLO)</i>	18
5.1.1.1	Beispiel: Health Literacy Universal Precaution Toolkit in the USA	23
5.1.2	<i>Niederschwellige Angebote: Teleberatung und Telemedizin</i>	23
5.1.2.1	Beispiel: NHS-Direct in Großbritannien	24
5.1.2.2	Beispiel: Medgate in der Schweiz	25
5.1.2.3	Beispiel: netCare in der Schweiz	25
5.2	Personenbezogene Interventionen	25
5.2.1	<i>Patientenwege erleichtern</i>	25
5.2.1.1	Beispiel: Krankenhaus-Entlassungsmanagement Projekt RED (Re-Engineered Discharge) in den USA	28
5.2.1.2	Beispiel: PatientInnenschulungen in REHA Einrichtungen	29

5.2.2	<i>Plain Language (Einfache, klare Sprache)</i>	29
5.2.2.1	Beispiel: Plain Language Wörterbücher in den USA	31
5.2.2.2	Beispiel: Plain Language-Training, Richtlinien und Editierung in den USA	31
5.2.2.3	Beispiel: Übersetzung von medizinische Befunden – washabich.de in Deutschland	32
5.2.3	<i>Piktogramme</i>	32
5.2.3.1	Beispiel: The HELPix-Intervention in den USA	33
5.2.3.2	Beispiel: Pictograph Research Projects in den USA	34
5.2.3.3	Beispiel: Piktogramm-Gesundheitsbroschüre in den USA.	35
6	Interventionen im Setting Krankenversorgung	36
6.1	Systembezogene Interventionen in Organisationen der Krankenversorgung .	36
6.1.1	<i>Patientenbeteiligung</i>	36
6.1.1.1	Beispiel: Patientenorganisationen: Dachverband Nederlands Patienten Consumenten Federatie (NPCF) in den Niederlanden	37
6.1.1.2	Beispiel: Richtlinien des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) in Großbritannien	38
6.1.2	<i>Gesundheitskommunikation in der der Krankenversorgung verbessern: Gesundheitscoaching</i>	39
6.1.2.1	Beispiel: Gesundheitscoaching – Projekt des Kollegiums für Hausarztmedizin in der Schweiz .	39
6.1.2.2	Beispiel: Initiative „Making Every Contact Count“(MECC) in Großbritannien	40
6.2	Personenbezogene Interventionen	42
6.2.1	<i>Gesundheitskommunikation verbessern: Nachfragen von PatientInnen fördern.</i>	42
6.2.1.1	Beispiel: Ask-Me-3 in den USA	43
6.2.1.2	Beispiel: Spezifische Fragenkataloge für Arztgespräche in den USA etc.	43
6.2.2	<i>Gesundheitskommunikation verbessern: Teach back.</i>	44
6.2.2.1	Beispiel: Teach Back Videos in den USA.	45
6.2.3	<i>Gesundheitskommunikation verbessern: Medikamentbesprechungen.</i>	45
6.2.3.1	Beispiel: „Brown Bag“ Medikamentenbesprechungen in USA.	45
6.2.3.2	Beispiel: Medication Review Guidelines in Kanada und England	47
6.2.3.3	Beispiel: Universal Medication Schedule in den USA	47
6.2.4	<i>Patientenbildung: Gesundheitskompetenz-Interventionen für PatientInnen mit chronischen Krankheiten.</i>	48
6.2.4.1	Beispiel: Evivo aus der Schweiz	48
6.2.4.2	Beispiel: The Expert Patients Programme (EPP) in Großbritannien	49
6.2.4.3	Beispiel: Schulungen zu gesundheitsrelevanten Themen in den USA etc.	49

7	Interventionen im Setting Schule	50
7.1	Systembezogene Interventionen	51
7.1.1	<i>Beispiel: Anleitungen zum Gesundheitskompetenzunterricht nach Paakari aus Finnland</i>	51
7.1.2	<i>Beispiel: GeKoKidS – Gesundheitskompetenz bei Kindern in der Schule in Deutschland</i>	51
7.2	Personenbezogene Interventionen	52
7.2.1	<i>Beispiel: Das Building Wellness Programm für Kinder aus den USA</i>	52
7.2.2	<i>Beispiel: Gorilla in der Schweiz</i>	52
7.2.3	<i>Beispiel: T2X (Teen2Xtreme) in den USA</i>	52
8	Interventionen im Setting Betrieb	53
8.1	Systembezogene Interventionen	53
8.1.1	<i>Beispiel: Wuppertaler Gesundheitsindex für Unternehmen in Deutschland</i>	53
8.1.2	<i>Beispiel: Health Literacy Consulting Services in Neuseeland</i>	54
8.1.3	<i>Beispiel: The CARE Model – Creating a Health Literacy focused Organizational Culture in den USA</i>	54
9	Empfehlungen und Ausblick	55
	Referenzen	56
	Abbildungsverzeichnis	69

1 Einleitung

Das Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research wurde vom Verein SV-Wissenschaft damit beauftragt, Handlungsoptionen für die Sozialversicherung zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung zu erarbeiten.

Das vorliegende Positionspapier führt in das Thema „Gesundheitskompetenz“ ein und stellt Interventionsmöglichkeiten anhand von internationalen Maßnahmenbeispielen dar, die prinzipiell auch in Österreich implementiert werden könnten.

Im Positionspapier werden, basierend auf den Vorgesprächen und Zwischenbesprechungen, ausgewählte Möglichkeiten zu einzelnen Bereichen vorgestellt, die nicht priorisiert sind. Das Dokument ist als Ausgangspunkt gedacht, an dem Ergänzungen, Präzisierungen, Erweiterungen und konkrete Planungen anknüpfen können.

2 Gesundheitskompetenz: Ausgangsproblem und Kontext

(Spät-)Moderne Gesellschaften sind als Multioptionsgesellschaft (Gross 2005) geprägt von individuellen Wahlmöglichkeiten, die zu vielfältigen Entscheidungsfreiheiten, aber auch Notwendigkeiten, für alle Gesellschaftsmitglieder führen. Durch die so gesteigerte Pluralität, Komplexität und gesellschaftliche Dynamik verändern sich auch die sozialen Anforderungen an die persönlichen Fähigkeiten von Individuen zum erfolgreichen Lebens- und Gesundheitsmanagement ständig. Von BürgerInnen wird erwartet, dass sie in der Lage sind, in unterschiedlichsten gesellschaftlichen Umwelten wie der Familie, am Arbeitsplatz, als KonsumentInnen und nicht zuletzt auch als PatientInnen im Krankenbehandlungssystem richtige Gesundheitsentscheidungen zu treffen (Kickbusch 2006a). Ilona Kickbusch spricht daher von einer „Gesundheitsgesellschaft“ (Kickbusch 2006b), in der fast jede Entscheidung – gleichgültig in welchem Lebenszusammenhang – immer (auch) eine Gesundheitsentscheidung ist, weil sie Auswirkungen auf die Gesundheit haben kann. Neben der allgemeinen Literacy (Lese-, Schreib-, Rechenkompetenz) rückte deshalb auch die spezifische Health Literacy (Gesundheitskompetenz) immer stärker in den Blickpunkt von Wissenschaft, Forschung und Politik. In Österreich wurde bereits im „Masterplan Gesundheit“ des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger auf die besondere Bedeutung der Gesundheitskompetenz hingewiesen¹ und die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung als eines der 10 Rahmengesundheitsziele² durch die nationale Gesundheitspolitik verankert. Die Europäische Kommission fordert die Beteiligung und Mitwirkung der BürgerInnen an Entscheidungsfindungen und fordert daher Programme zur Stärkung der Gesundheitskompetenz³. Auch das WHO-Regionalbüro für Europa definiert im Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ als eines von sechs Hauptzielen, dass die Beteiligung der Bevölkerung durch eine verbesserte Gesundheitskompetenz erhöht werden soll⁴.

Das Konzept der Gesundheitskompetenz kommt aus dem angelsächsischen Raum und hat sich Mitte der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts (Simonds zitiert nach Ratzan 2011) aus der Literacy- (Alphabetisierungs-) Forschung entwickelt. Das im Krankenbehandlungssystem zunächst auf den funktionalen Aspekt des Lesens und Verstehens von Gesundheitsdokumenten durch PatientInnen beschränkte Konzept (American Medical Association 1999) wurde auch auf die allgemeine Bevölkerung und inhaltlich auf andere Bereiche des Alltags als Krankheitsbehandlung angewandt. (Kickbusch & Maag, 2008) Auch wurde der Aspekt der funktionalen Gesundheitskompetenz um die Aspekte der kommunikativen/interaktiven sowie der kritischen Gesundheitskompetenz erweitert. (Nutbeam 2000a) Eine verbesserte umfassende Gesundheitskompetenz trägt daher erheblich zum Empowerment und zur Partizipation in der Gesundheitsförderung bei. (Nutbeam 2000b)

1 „Ein modernes Gesundheitssystem setzt auf die aktive und eigenverantwortliche Mitwirkung der Versicherten. Dies braucht neben der Bereitschaft der Beteiligung auch die nötige Gesundheitskompetenz. [...] Patientinnen und Patienten sind durch Informationen und Schulungen im Sinne von Empowerment einzubeziehen.“ (S.9) in: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Masterplan Gesundheit: Einladung zum Dialog. Strategische Handlungsoptionen zur Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens aus Sicht der Sozialversicherung. Wien, November 2010 http://www.hauptverband.at/mediaDB/730577_Masterplan%20Gesundheit_Langfassung.pdf

2 Rahmengesundheitsziele für Österreich. <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/praesentation/10-rahmen-gesundheitsziele-fuer-oesterreich/>

3 Weißbuch der Kommission vom 23. Oktober 2007 „Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013.“ (http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/com/2007/com2007_0630de01.pdf)

4 WHO-Regionalbüro für Europa, 61. Tagung: Die neue europäische Gesundheitspolitik „Gesundheit 2020“: Visionen, Werte, Hauptrichtungen und –Ansätze. 18. Juni 2011. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/148065/RC61_gdoc09.pdf)

Auf Basis eines systematischen Reviews der internationalen Literatur zu Definitionen und Modellen wurde im Projekt des Health Literacy Survey-Europe (HLS-EU) ein umfassender Begriff der Gesundheitskompetenz definiert:

„Gesundheitskompetenz basiert auf allgemeiner Literacy und umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Domänen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebenslaufs erhalten oder verbessern.“ (Sorensen et al. 2012)⁵

Diese Definition basiert auf einem konzeptuellen und logischen Modell. Das konzeptuelle Modell spezifiziert zum einen drei Domänen der Gesundheitskompetenz (Krankheitsbewältigung, Prävention, Gesundheitsförderung) und zum anderen vier Stadien der Bearbeitung gesundheitsrelevanter Informationen (Informationen finden, Informationen verstehen, Informationen beurteilen, Informationen anwenden). Das logische Modell bringt die Gesundheitskompetenz mit wichtigen Ursachen und Wirkungen in Zusammenhang, die in der internationalen Health Literacy-Literatur diskutiert werden.

Gesundheitskompetenz wird als relationales Konzept verstanden, welches das Verhältnis von persönlichen Kompetenzen zu gesellschaftlichen bzw. systemischen Anforderungen misst. (Ratzen & Parker 2000).

Die Besonderheiten dieses Konzeptes sind, dass Gesundheitskompetenz nicht nur **definierbar**, sondern auch **operationalisierbar** (Baker 2006) und **messbar**⁶ ist. Gesundheitskompetenz ist **empirisch variabel**, sowohl über die Zeit, und es wurden auch beträchtliche Variationen des Ausmaßes der Gesundheitskompetenz innerhalb und zwischen verschiedenen Populationen gefunden. Darüber hinaus ist Gesundheitskompetenz **empirisch korreliert** mit anderen Faktoren, die als Ursachen, Folgen bzw. als Korrelate von Gesundheitskompetenz interpretiert werden können. Insbesondere wird Gesundheitskompetenz als relativ nahe **soziale Determinante** von Gesundheit diskutiert (Kickbusch & Maag, 2008), die besser zu beeinflussen bzw. zu berücksichtigen ist, als die weiter entfernten sozialen Determinanten. Und es wird davon ausgegangen, dass es nicht nur für Gesundheit, sondern auch für Gesundheitskompetenz einen **sozialen Gradienten** gibt. (HLS-EU Consortium 2012)

5 Übersetzt durch AutorInnen

6 wenn auch nur wenige Studien über repräsentative Bevölkerungen. (Vgl. Kapitel 3)

3 Mangelnde Gesundheitskompetenz und vulnerable Gruppen international und in Österreich

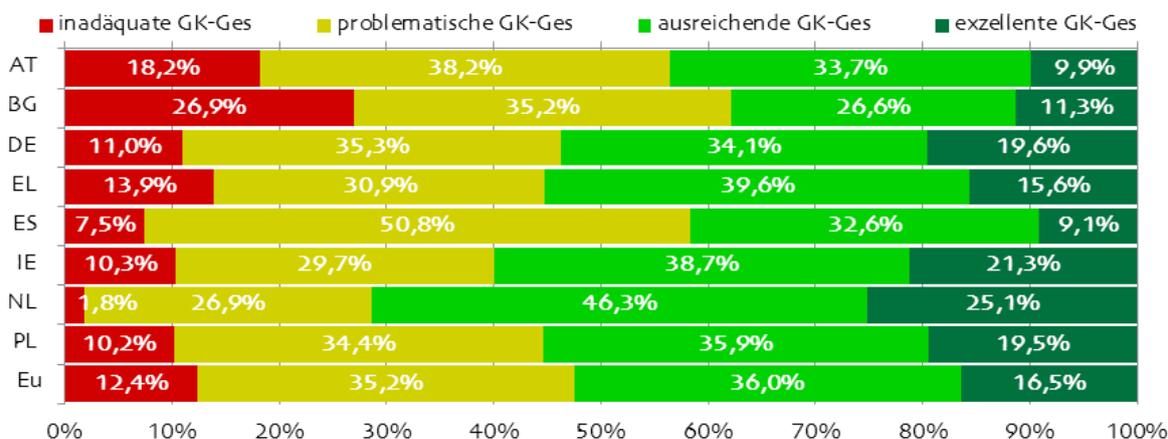
Weltweit gibt es nur wenige Populationsstudien zu Gesundheitskompetenz (Rudd et al. 2004), aber Österreich hat, neben sieben⁷ anderen Mitgliedsländern der EU, an der derzeit größten international vergleichenden Studie, dem Health Literacy Survey-Europe (HLS-EU), teilgenommen (HLS-EU Consortium 2012).

Das für diese Studie zur Messung von Gesundheitskompetenz neu entwickelte HLS-EU-Q-Instrument basiert auf der relationalen Definition von Gesundheitskompetenz (vgl. Kapitel 2) und umfasst 47 Items. Die Fragen erfassen, wie schwierig gesundheitsrelevante Aufgaben oder Tätigkeiten im Zusammenhang mit Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung eingeschätzt werden. Das HLS-EU-Q-Instrument misst daher nicht direkt unterschiedliche persönliche Kompetenzen (wie manche Tests, z.B. der NVS-Test, der in der HLS-EU Studie inkludiert war), sondern er misst, wie schwierig bzw. wie einfach die jeweiligen unterschiedlichen Anforderungen der Situationen, Kontexte oder Systeme, innerhalb derer die Befragten diese Aufgaben zu bewältigen hatten, erlebt wurden. Daher gibt das HLS-EU-Gesundheitskompetenz-Maß nicht nur die Kompetenz von Bevölkerungen wieder, sondern gleichzeitig auch die Schwierigkeit der Verhältnisse, innerhalb derer diese leben. Das ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen.

Wie viele Menschen in Österreich haben limitierte Gesundheitskompetenz?

In Österreich betrifft limitierte (d.h. inadäquate oder problematische) Gesundheitskompetenz die Mehrheit der Bevölkerung. Mit insgesamt 56,4 Prozent ist limitierte Gesundheitskompetenz in Österreich verbreiteter als im internationalen Durchschnitt mit 47,6 Prozent. In der HLS-EU-Studie weisen die Niederlande mit weniger als 29 Prozent den geringsten Anteil von Personen mit limitierter Gesundheitskompetenz auf, Bulgarien den höchsten mit 62 Prozent.

Abbildung 1: Prozentverteilungen der unterschiedlichen Levels des umfassenden Gesundheitskompetenz-Index, für acht EU-Länder und die HLS-EU Gesamtstichprobe

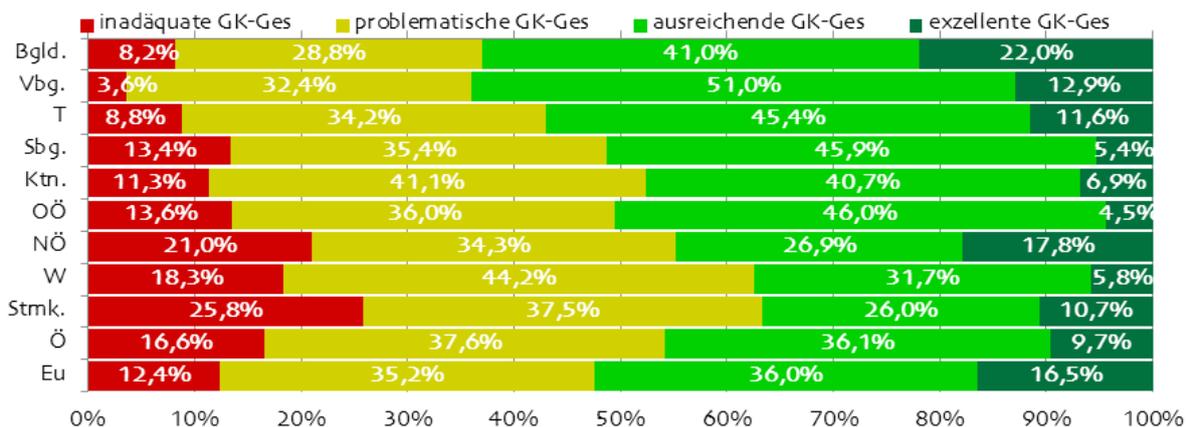


AT[N=979] BG[N=925] DE (NRW)[N=1045] EL[N=998] ES[N=974] IE[N=959] NL[N=993] PL[N=921] Eu [N=7795]

7 Bulgarien, Deutschland (Nord Rhein Westfalen), Griechenland, Spanien, Irland, Niederlande und Polen

Die Prozentsätze in Österreich zeigen, dass limitierte Gesundheitskompetenz kein Minoritäten Problem ist, sondern die Mehrheit der österreichischen Bevölkerung betrifft. Zwischen den österreichischen Bundesländern variieren die Anteile derjenigen mit limitierter Gesundheitskompetenz, ebenso wie international, beträchtlich: zwischen 36 Prozent in Vorarlberg und 63,3 Prozent in der die Steiermark. Das heißt, das Problem der limitierten Gesundheitskompetenz stellt sich, wenn auch in unterschiedlicher Schärfe, in allen Bundesländern.

Abbildung 2: Prozentverteilungen der unterschiedlichen Levels des umfassenden Gesundheitskompetenz-Index, für Bundesländer, Österreich und die HLS-EU Stichprobe



Bgld.[N=193] Vbg.[N=200]T [N=196]Sbg.[N=199] Ktn.[N=192] OÖ[N=192] NÖ[N=188] W[N=212] Stmk.[N=199] Ö[N=1764]8 Eu [N=7795]

Insgesamt ist jede(r) zweite ÖsterreicherIn von mangelnder Gesundheitskompetenz betroffen und dieser Prozentsatz steigt in einigen besonders vulnerablen Gruppen (etwa bei Personen mit schlechtem allgemeinen Gesundheitszustand) sogar auf über 76 Prozent an. Vulnerabel sind einerseits Personen, die ihre Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht einschätzen, beziehungsweise Personen, die besonders häufig mit dem Krankenbehandlungssystem in Kontakt kommen – das heißt für die Versicherten der Krankenversicherung ist mangelnde Gesundheitskompetenz dann ein noch verbreiteteres Problem, wenn diese kränker sind oder das Krankenbehandlungssystem öfter beanspruchen, wodurch die MitarbeiterInnen in diesem System mit einer Population konfrontiert sind, die besondere Anforderungen an ihre Kommunikationskompetenz stellt. Andererseits wurde auch in Personengruppen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status (hinsichtlich Bildung, finanzieller Situation und Beschäftigungsstatus) oder bei älteren Menschen und teils auch bei Kindern von MigrantInnen überdurchschnittlich häufig limitierte Gesundheitskompetenz beobachtet. Dies weist darauf hin, dass bereits Gesundheitskompetenz sozial ungleich verteilt ist und nicht erst tatsächliche Gesundheit. Zumeist sind auch diese Werte für Österreich höher als für EU-Gesamt und variieren auch beträchtlich zwischen den österreichischen Bundesländern.

8 Die unterschiedlichen Prozentsätze für die Österreichstichproben beruhen auf unterschiedlich großen Stichproben. Für die HLS-EU-Stichprobe wurden 1000 ÖsterreicherInnen befragt und für die Bundesländerstudie insgesamt 1800 ÖsterreicherInnen.

Abbildung 3: Anteile von Personen mit limitierter Gesundheitskompetenz in bestimmten vulnerablen Gruppen nach Bundesland und Österreich (N = Anzahl der Personen in der jeweiligen Personengruppe; % = Anteilswert der Personen mit limitierter GK (wobei N=100%))

Gruppendifinition: Item	Antwortkategorie(en)	Bgld.	Vbg.	T	Sbg.	Ktn	OÖ	NÖ	W	Stmk.	Ö	Eu
1)Wie ist ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?	Mittelmäßig bis sehr schlecht	% 48,5	46,7	66,0	85,8	71,0	74,8	74,0	93,4	75,5	76,1	62,7
		N 47	31	45	46	42	48	58	62	82	485	1602
2)NVS-Level ¹	limitierte funktionale Kompetenz	% 88,5	0,0	65,3	63,0	74,4	81,3	81,2	62,1	81,6	75,0	65,3
		N 9	2	18	15	20	10	25	24	42	187	1023
3)Wenn Sie zumindest an die letzten 6 Monate zurück denken, wie stark haben Ihre gesundheitlichen Probleme Ihre üblichen Aktivitäten eingeschränkt?	Eingeschränkt bzw. erheblich eingeschränkt	% 58,3	34,0	64,8	68,9	56,9	65,5	66,8	84,7	78,4	70,2	61,0
		N 41	25	47	58	50	60	51	66	72	494	1233
4)Stufe 1 entspricht der niedrigsten, Stufe 10 der höchsten Stellung in der Gesellschaft. Wo würden sie sich einordnen?	Stufen 1,2,3 oder 4	% 53,8	46,8	68,1	91,1	64,7	53,3	62,6	51,5	87,6	67,1	66,6
		N 15	16	23	16	23	18	23	21	53	222	1067
5)Wie oft mussten sie in den letzten 12 Monaten als Patient ins Krankenhaus?	2 mal oder öfter	% 36,5	27,9	58,8	68,7	44,9	65,4	78,3	72,4	73,2	65,9	51,2
		N 46	40	43	56	46	58	57	56	69	485	1084
6)Haben Sie irgendeine lang andauernde Krankheit oder ein gesundheitliches Problem?	Ja, eine bzw. mehr als eine	% 55,5	31,8	59,2	63,7	51,4	64,2	69,4	72,1	72,6	65,3	57,3
		N 55	45	53	74	60	69	60	85	81	605	1560
7)Alter	zwischen 66 und 75 Jahren	% 39,4	28,6	60,5	54,2	44,3	69,1	69,2	83,9	77,6	64,9	58,1
		N 31	18	16	18	22	22	23	25	31	223	473
8)Höchste abgeschlossene Ausbildung (ISCED-Level)	Level 0, 1 oder 2 ²	% 40,5	35,7	51,3	70,7	59,5	59,2	74,0	72,5	73,2	64,5	60,6
		N 28	32	39	33	27	39	31	39	64	359	1374
9)Hatten Sie in den letzten 12 Monaten am Ende des Monats Schwierigkeiten beim Bezahlen Ihrer Rechnungen?	gelegentlich bzw. meistens	% 35,5	33,2	49,2	63,0	59,7	47,9	67,6	65,6	82,0	63,8	56,2
		N 40	15	34	56	52	34	79	61	56	471	1697
10)Migrationshintergrund	einer bzw. beide Elternteile sind im Ausland geboren	% 43,1	50,8	50,2	49,5	67,4	61,5	55,6	71,0	69,1	62,1	47,2
		N 24	24	29	30	26	14	19	66	12	255	353
9)Können Sie bei Bedarf Geld für Medikamente aufbringen, die Sie aus gesundheitlichen Gründen benötigen?	eher schwierig bis sehr schwierig	% 54,6	35,6	48,5	63,6	47,7	59,3	78,3	70,6	89,3	68,8	64,5
		N 17	6	28	8	41	11	27	30	40	233	1329
10)Wie oft mussten sie in den letzten 12 Monaten einen Arzt aufsuchen?	Mindestens 3 mal	% 35,5	35,2	46,5	53,9	52,5	63,0	65,4	70,3	67,6	61,7	53,9
		N 86	66	87	98	93	99	88	122	107	884	1705
11)Wie oft mussten sie in den letzten 12 Monaten Dienstleistungen von anderen (nicht ärztlichen) Gesundheitsberufen in Anspruch nehmen?	Mindestens 3 mal	% 48,4	45,3	47,4	48,2	57,6	69,9	71,1	70,5	53,5	61,6	46,0
		N 47	39	67	49	52	39	55	67	44	455	726
12)Wie ist Ihr aktueller „Haupt“-Beschäftigungsstatus?	Rente, Ruhestand	% 33,1	25,6	54,8	56,7	56,6	62,3	61,3	70,0	69,5	60,4	57,8
		N 66	39	46	50	59	52	54	58	62	483	1003

9 Die funktionale Gesundheitskompetenz wurde mit dem NVS-Test gemessen, der am Beispiel eines Nahrungsmittel Etiketts mit 6 dazu formulierten Verständnisfragen hauptsächlich Lese- und grundlegende Rechenfähigkeiten misst. Die Ergebnisse können zwischen 0 Punkten (schlechtestes Ergebnis) und 6 Punkten (bestes Ergebnis) variieren. Dazu werden 3 unterschiedliche Stufen / Levels unterschieden: 0-1 Punkte für hohe Wahrscheinlichkeit von limitierter funktionaler Gesundheitskompetenz (in den Grafiken abgekürzt als limitierte funktionale Kompetenz); 2-3 Punkte für möglicherweise limitierte funktionale Gesundheitskompetenz; 4-6 Punkte für hohe Wahrscheinlichkeit von adäquater funktionaler Gesundheitskompetenz. (siehe: Weiss B., et al., 2005: Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. Ann. Fam. Med.;3:514-522.)

10 ISCED (=International Standard Classification of Education) (für Österreich siehe: OEAD: Das Österreichische Bildungssystem. <http://www.oead.at/bildungssystem>)

3.1 Determinanten von mangelnder Gesundheitskompetenz international und in Österreich

Die demografischen Eigenschaften, die in internationalen Studien immer wieder mit niedriger Gesundheitskompetenz in Verbindung gebracht werden sind niedrige Bildung, Alter und die Zugehörigkeit zu ethnischen Minderheiten (Paasche-Orlow et al. 2005).

Auch in Österreich variiert Gesundheitskompetenz mit ausgewählten sozialen Determinanten (Geschlecht $r = 0,04$, Alter $r = -0,14^{**}$, Bildung $r = 0,17^{**}$, selbst-eingeschätzter sozialer Status $r = 0,16^{**}$ und finanzielle Deprivation $r = -0,26^{**}$)¹¹, das heißt ist sozial ungleich verteilt. Die vorhandene Variation der Gesundheitskompetenz wird aber im Schnitt weniger als in den anderen in der HLS-EU-Studie untersuchten Ländern, von den berücksichtigten sozialen Determinanten erklärt. Im multivariaten Modell werden rund zehn Prozent der Gesamtvarianz von Gesundheitskompetenz durch die fünf sozialen Determinanten erklärt. In der internationalen Gesamtstichprobe, wie auch in Österreich, hat finanzielle Deprivation ($b = -,23$) den stärksten Effekt auf die *umfassende Gesundheitskompetenz*, gefolgt (in der internationalen Stichprobe) von sozialem Status ($b = ,14$), Bildung ($b = ,13$), Alter ($b = -,09$) und Geschlecht ($b = ,06$) (positiver Wert, das heißt Frausein hat einen positiven Effekt!). In Österreich ist der zweitstärkste Effekt der von Alter ($b = -,14$) gefolgt von Geschlecht ($b = ,08$), Bildung ($b = ,06$), und sozialem Status ($b = ,04$). Das heißt, die Effekte in Österreich sind nicht nur kleiner, sondern auch die sozio-demografischen Variablen sind relativ einflussreicher als die sozio-ökonomischen (mit Ausnahme der finanziellen Deprivation), während es in der HLS-EU-Gesamtstichprobe umgekehrt ist¹².

Abbildung 4: Multivariater Zusammenhang zwischen der umfassende Gesundheitskompetenz und fünf sozialen Determinanten (beta weights and korrigiertes R²) für Länder und HLS-EU-Stichprobe

GK-Ges	AT	BG	DE	EL	ES	IE	NL	PL	Gesamt
Geschlecht	,079	,050 ^a	,094	,029 ^a	,021 ^a	,074	,119	,090	,063
Alter	-,145	-,140	-,016 ^a	-,173	-,153	-,019 ^a	,033 ^a	-,099	-,094
Bildung	,058 ^a	,107	,102	,224	,138	,046 ^a	,113	,083	,131
Fin. Dep.	-,234	-,310	-,230	-,228	-,071	-,278	-,142	-,349	-,239
Sozialer Status	,040 ^a	,108	,002 ^a	,111	,069	,228	,115	,068	,142
Korr. R²	,096	,247	,082	,289	,089	,190	,081	,208	,174
N	838	840	939	961	916	847	930	814	7085

a...nicht signifikant auf 5 Prozent Niveau

GK-Ges von 0=Minimum bis 50=Maximum

Geschlecht 0=männlich bis 1=weiblich

Alter in Jahren

Finanzielle Deprivation von keine finanziellen Deprivation bis starke finanzielle Deprivation (Faktor Scores)

Sozialer Status von 1=niedrigste Stellung in der Gesellschaft bis 10=höchste Stellung in der Gesellschaft

11 Spearman's Rho Korrelationskoeffizienten

12 Ergebnisse können im HLS-EU-Report nachgelesen werden. HLS-EU Consortium, 2012: Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU

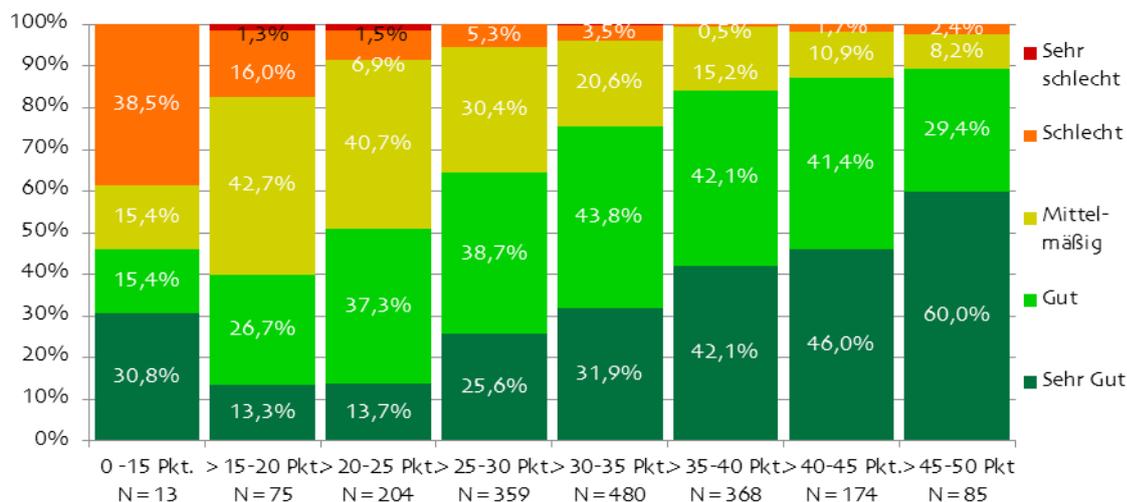
3.2 Konsequenzen von mangelnder Gesundheitskompetenz international und in Österreich

International wurden Konsequenzen von Gesundheitskompetenz hauptsächlich an Patientenpopulationen erforscht, wobei Gesundheitskompetenz in verschiedenen Stadien der Patientenkariere von Bedeutung ist. So beeinflusst Gesundheitskompetenz den Eintrittspunkt von PatientInnen in das Gesundheitssystem, das Nutzungsverhalten im System, und nicht zuletzt die im System erzielten Outcomes.

In Patientenstudien konnte gezeigt werden, dass Personen mit niedriger Gesundheitskompetenz häufiger medizinische Notfalldienste beanspruchen und häufiger hospitalisiert werden (Berkman et al. 2011a). Höhere Hospitalisierungsraten wurden unter anderem auch für spezifische Patientenpopulationen mit chronischen Erkrankungen nachgewiesen, etwa für AsthmatikerInnen oder für PatientInnen mit Herzinsuffizienz (Berkman et al. 2011b). Bei Präventionsangeboten sind die Ergebnisse für Darmspiegelungen nicht eindeutig, aber andere Präventionsangebote werden häufiger von gesundheitskompetenteren Personen genutzt (ebd.). Das gilt etwa für Pap Tests (für die Altersgruppe der über 40-jährigen), Mammographien und Impfungen (nachgewiesen für Grippeimpfungen). Im Behandlungsverlauf sind PatientInnen mit niedrigerer Gesundheitskompetenz weniger in der Lage, ihre Medikamente richtig einzunehmen und gesundheitsrelevante Informationen, etwa von Beipackzetteln oder Mitteilungsblättern, zu verstehen (Berkman 2011b). Verschiedene Studien weisen auch darauf hin, dass PatientInnen mit niedriger Gesundheitskompetenz wahrscheinlicher Symptome einer Depression aufweisen. Allerdings ist das Evidenzniveau dieses Zusammenhangs noch niedrig (ebd.). Gut belegt sind dagegen Unterschiede in der Mortalität von älteren PatientInnen. Personen mit schlechterer Gesundheitskompetenz haben gegenüber denjenigen mit besserer eine deutlich erhöhte Gesamtsterblichkeit (ebd.). Etliche Studien kommen zu dem Ergebnis, dass vor allem ältere Personen mit niedriger Gesundheitskompetenz einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand aufweisen (Berkman 2011a, Berkman 2011b). Für Österreich können mit den Daten der HLS-EU-Studie zumindest einige wichtige Konsequenzen von mangelnder Gesundheitskompetenz aufgezeigt werden.

So besteht ein deutlicher Zusammenhang mit Indikatoren des **Gesundheitszustands**, besonders mit der selbst eingeschätzten Gesundheit. Je höher die Gesundheitskompetenz einer Person, desto besser schätzt sie auch ihren allgemeinen Gesundheitszustand ein (siehe Abbildung 5). Dieser Zusammenhang ist in Österreich stärker als in den meisten anderen HLS-EU-Ländern und wird nur in Spanien und Polen noch übertroffen.

Abbildung 5: Bivariater Zusammenhang zwischen der selbst eingeschätzten Gesundheit und GK-Ges (gruppiert) für Österreich (N Gesamt=1758)



Die österreichischen und internationalen Ergebnisse belegen darüber hinaus auch, dass Gesundheitskompetenz in älteren Kohorten (50+) noch einmal deutlich stärker mit der Gesundheit zusammenhängt als bei jüngeren Personen¹³. Mit chronischen Erkrankungen findet sich ebenfalls ein Zusammenhang. Personen mit niedrigerer Gesundheitskompetenz leiden häufiger unter chronischen Erkrankungen und sind, wenn sie chronisch erkrankt sind, im Durchschnitt auch stärker in ihrem Alltag durch die Krankheit eingeschränkt (Pelikan et al. 2012).

Beim **Gesundheitsverhalten** zeigt sich vor allem, dass Personen mit niedrigerer Gesundheitskompetenz weniger häufig Sport treiben und einen höheren BMI haben. Auf das Rauch- und Trinkverhalten der ÖsterreicherInnen scheint die Gesundheitskompetenz allerdings keinen Einfluss zu haben.

Für die Nutzungsfrequenzen von **Krankenbehandlungsangeboten** deuten bivariate Auswertungen der HLS-EU-Daten auf Wirkungen von Gesundheitskompetenz hin, denn Personen mit niedriger Gesundheitskompetenz hatten häufiger Notaufnahmen, besuchten häufiger einen Arzt und wurden häufiger hospitalisiert. Diese Trends konnten aber bis jetzt nicht in multivariaten Analysen bestätigt werden (so verschwindet etwa der Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und Arztbesuchen, wenn andere Einflussfaktoren mitberücksichtigt werden). Die Ergebnisse sind nicht endgültig und müssen jedenfalls noch genauer untersucht werden.

Die im Rahmen der HLS-EU-Studie in den anderen europäischen Ländern festgestellten Auswirkungen von Gesundheitskompetenz zeigen im Gesamtüberblick ein mit Österreich vergleichbares Bild und können im Detail im international vergleichenden Bericht nachgelesen werden (HLS-EU Consortium 2012).

¹³ Pelikan, JM., Röthlin, F., Ganahl, K. (2012): Inequalities in Health Literacy over the Life-Course – Results for Different Age Cohorts from the HLS-EU Study. Health Inequalities over the Life Course, Joint Congress of the ESHMS and DGMS, Hannover, 31.8.2012

3.3 Ökonomische Auswirkungen von mangelnder Gesundheitskompetenz

Die Evidenz für höhere Kosteneffizienz von Gesundheitskompetenteren ist noch umstritten. Einige Studien fanden keinen Zusammenhang zwischen mangelnder Gesundheitskompetenz und erhöhten Kosten im Gesundheitssystem (Berkman et al. 2011b). In einem Überblicksartikel, in dem Eichler, Wieser und Brügger (2009) alle vorhandenen Studien zum Thema zusammenfassend, schlussfolgerten sie aber, dass es durchaus einen Kosteneffekt gibt. Demnach werden in den USA und der Schweiz drei bis fünf Prozent aller Gesundheitskosten durch mangelnde Gesundheitskompetenz verursacht. Bezogen auf PatientInnen schwanken die Kostenschätzungen stark. Die zusätzlichen Kosten, die durch mangelnde Gesundheitskompetenz entstehen, sollen in den USA zwischen \$143 und 7.798\$ pro PatientIn und pro Jahr betragen.

3.4 Was kann prinzipiell getan werden, um Gesundheitskompetenz zu verbessern beziehungsweise mangelnde Gesundheitskompetenz auszugleichen? Wo beziehungsweise wie kann interveniert werden?

In der europäischen Health Literacy-Studie (HLS-EU) konnten nicht nur Unterschiede im Ausmaß der Gesundheitskompetenz zwischen den beteiligten Ländern bzw. auch den Bundesländern in Österreich gefunden werden, sondern auch vulnerable Gruppen mit erhöhtem Risiko für mangelnde Gesundheitskompetenz identifiziert werden. Die Ergebnisse der HLS-EU-Studie bestätigen auch, dass Gesundheitskompetenz eine wichtige soziale Determinante bzw. ein Korrelat bestimmter Aspekte des Gesundheitsverhaltens, des Gesundheitszustands und der Inanspruchnahme von Krankenbehandlung ist (Pelikan et al. 2012).

Prinzipiell kann mit Maßnahmen der Public Health, der Prävention und Gesundheitsförderung zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz **interveniert** werden, das heißt mangelnde Gesundheitskompetenz kann durch unterschiedliche Maßnahmen entweder beeinflusst, berücksichtigt oder kompensiert werden. Gesundheitskompetenz-Interventionen können sowohl versuchen, die **persönlichen Kompetenz** von NutzerInnen direkt zu verbessern, wie auch die **Anforderungen des Gesundheitssystems zu reduzieren** bzw. **geringe persönliche Kompetenzen bei vulnerablen Gruppen auszugleichen**. Dabei geht es im Sinne der verwendeten Gesundheitskompetenz-Definition jeweils um die Zugänglichkeit von relevanten Informationen bzw. die Fähigkeit, diese zu finden, die Verständlichkeit von Informationen oder Kommunikationen bzw. die Fähigkeit, diese zu verstehen, die ausgewiesene Qualität der Informationen bzw. die Fähigkeit, diese zu beurteilen, sowie deren Anwendbarkeit bzw. die Fähigkeit, diese auch auf sich selbst anzuwenden. Interventionen können an jedem einzelnen dieser Punkte oder an einer Kombination von diesen ansetzen.

Persönliche Kompetenzen des Umgangs mit Informationen und Kommunikationen können prinzipiell durch Lernangebote, das heißt durch Informationen, Beratungen, Coachings, Trainings und Schulungen verbessert werden. Spezifisch auf eine vorliegende Krankheit bezogen etwa im Laufe einer Krankenbehandlung, allgemeiner und vorbeugend beispielsweise in Schulen oder auch durch kontinuierliche, verständliche und ansprechende Informationen und Kampagnen in Massenmedien.

Die **Anforderungen des Gesundheitssystems** können reduziert werden, indem dessen Angebote und Produkte einfacher, verständlicher, lesbarer, transparenter und navigierbarer gestaltet werden. Print-, Medienprodukte und Formulare könnten beispielsweise leichtverständlicher geschrieben werden oder die Leitsysteme in Krankenhauskomplexen könnten eindeutiger und deutlicher gestaltet werden. Bei der Kommunikation zwischen Gesundheitsberufen und PatientInnen ergeben sich viele Möglichkeiten, eingeschränkte Gesundheitskompetenz zu berücksichtigen und auszugleichen.

Für besonders **vulnerable Personengruppen** können darüber hinaus spezifische kompensatorische Maßnahmen ergriffen werden, wie Übersetzungsdienste oder die Bereitstellung von spezieller Beratung oder Case Management.

4 Was kann die Sozialversicherung tun, um mangelnde Gesundheitskompetenz zu verbessern?

Die meisten der oben angeführten prinzipiellen Möglichkeiten, zugunsten einer Verbesserung der Gesundheitskompetenz zu intervenieren, können von der Sozialversicherung bzw. Krankenversicherung für ihre Versicherten bzw. die Bevölkerung in Österreich propagiert, initiiert, unterstützt oder auch im eigenen Bereich durchgeführt werden. Dies gilt selbstverständlich auch für den Bund, die Länder und andere Stakeholder des Krankenbehandlungs- bzw. Gesundheitssystems, aber für dieses Papier waren die Möglichkeiten der Sozialversicherung gefragt. Die Möglichkeiten zu intervenieren lassen sich in unterschiedlicher Weise klassifizieren bzw. zuordnen.

1. Zunächst nach dem Setting, innerhalb dessen Gesundheitskompetenz verbessert werden soll, wobei bestimmte Settings präferiert wurden.
2. Nach dem Ansetzen an der Verbesserung der persönlichen Kompetenz oder an der Verringerung der Anforderungen der Systeme, der Organisationen bzw. auch der zur Verfügung gestellten Materialien innerhalb der ausgewählten Settings.
3. Nach den Medien, die zur Kommunikation benutzt werden.
4. Nach der Fristigkeit, mit der Maßnahmen eingeführt werden können.

Zusätzlich ist zu bedenken, dass die Maßnahmen entweder an einer oder auch an mehreren der möglichen Schwierigkeiten des Informationsmanagements ansetzen können (nämlich gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen, anzuwenden).

Die letztlich gewählte Abfolge und Zuordnung soll eine Orientierung ermöglichen, auch wenn dieser ab und zu eine gewisse Willkür innewohnt, da einige Maßnahmen nicht immer eindeutig zugeordnet werden konnten. Das gilt z.B. in Bezug auf das Setting Krankenversicherung oder das Setting Krankenversorgung, oder auch dabei, ob es sich um rein personenbezogene oder systembezogene Maßnahmen handelt, da erstere häufig der Veränderung systemischer Voraussetzungen bedürfen. Nur als begrenzt sinnvoll erwies es sich, nach Kommunikationsmedien zu klassifizieren, während es überhaupt sehr schwierig war, die Fristigkeit der Maßnahmen realistisch einzuschätzen.

Für diesen Bericht wurden vorwiegend in der Literatur oder im Internet zugängliche, international erprobte Maßnahmenbeispiele zur Förderung der Gesundheitskompetenz aufgenommen, da für die Situation in Österreich bereits zwei aktuelle Zusammenstellungen von Interventionen vorliegen (Sladek & Groth 2013; Fousek et al. 2012).

Die einzelnen im Folgenden exemplarisch dargestellten Maßnahmen werden, soweit möglich, nach folgendem Schema beschrieben:

1. Ausgangsproblem
2. Lösungsansatz
3. Ausländische Beispiele
4. Mögliche Umsetzungsschritte der Sozialversicherung

Für die Umsetzungsmöglichkeiten durch die Sozialversicherung gilt prinzipiell, dass diese manche Maßnahmen in ihrem direkten Einflussbereich einfach durchführen oder einführen könnte, andere

mit ihren Vertragspartnern vereinbaren müsste und weitere gemeinsam mit Dritten initiieren oder auch nur unterstützen könnte. Zumeist wird es angebracht sein, zunächst eine Bedarfs- und Machbarkeitsstudie durchzuführen, bevor Maßnahmen übersetzt, adaptiert oder entwickelt werden und diese danach in Pilotprojekten zu testen und zu evaluieren, bevor diese in einem breiteren Rahmen oder flächendeckend eingeführt werden.

5 Interventionen im Setting Krankenversicherung

5.1 Systembezogene Interventionen

5.1.1 *Gesundheitskompetente Krankenversicherung¹⁴ – Health Literate Organisation (HLO)*

Ausgangsproblem: Die Transparenz und damit auch die Navigierbarkeit und Nutzerfreundlichkeit für MitarbeiterInnen und NutzerInnen von Organisationen im Gesundheitsbereich variieren stark, für Spitäler wurde beispielsweise gezeigt, dass diese große Unterschiede in ihrer „Lesbarkeit“ aufweisen (Groene & Rudd 2011).

Lösungsansatz: Aufgrund von Assessment-Tools können Organisationen zunächst feststellen, wie gesundheitskompetent sie tatsächlich sind und wo Verbesserungspotenzial besteht. Die Ergebnisse von Assessments können als Grundlage für die Planung und Umsetzung von Maßnahmen für die gezielte Entwicklung zu einer gesundheitskompetenten Organisation dienen. Mit dieser Herangehensweise ist es möglich, an den Strukturen und Prozessen von Systemen oder Organisationen selbst anzusetzen und diese so zu gestalten, dass sie geringere Anforderungen an die Gesundheitskompetenz aller Betroffenen und Beteiligten stellen. Vom Institute of Medicine in den USA wurden zehn zentrale Eigenschaften der gesundheitskompetenten Organisation (am Beispiel von Krankenbehandlungsorganisationen) in einem Diskussionspapier erarbeitet, die sich dazu eignen, das Ausmaß der eigenen Gesundheitskompetenz von Einrichtungen im Gesundheitswesen kritisch zu überprüfen und durch Bündel von möglichen zugeordneten Maßnahmen zu verbessern (Brach et al. 2012). In diesem Papier wird „gesundheitskompetent“ im Kern wie ein spezifisches Qualitätsmerkmal einer Organisation behandelt, das auf die Strukturen, Prozesse und Outputs der Organisation angewandt und mit den üblichen Mitteln des Qualitätsmanagements bearbeitet werden kann.

¹⁴ Für „Health Literate Organizations“ sind derzeit zumindest zwei Übersetzungen ins Deutsche im Umlauf – gesundheitskompetenz-förderliche Organisation und gesundheitskompetente Organisation – wir arbeiten hier mit der einfacheren Übersetzung „gesundheitskompetente Organisation“.

Abbildung 6: Zehn Merkmale¹⁵ einer gesundheitskompetenten Organisation sowie mögliche Maßnahmen zur Implementierung (Brach et al. 2012)

	Eine gesundheitskompetente Krankenversorgungsorganisation	Mögliche Maßnahmen zur Implementierung
1.	<i>...hat durch ihre Führung die Gesundheitskompetenz zum integralen Bestandteil ihrer Mission bzw. ihres Leitbilds, ihrer Strukturen und Prozesse gemacht.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung und Implementierung von Richtlinien und Standards • Ziele setzen, um Gesundheitskompetenz zu verbessern, Verantwortlichkeiten und Anreize für Dienstleister schaffen • Finanzielle und personelle Ressourcen zuweisen • System und physischen Raum reorganisieren
2.	<i>...integriert Gesundheitskompetenz in ihre strategische Planung, in Evaluationsmaßnahmen, in Patientensicherheit und Qualitätsentwicklung.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitskompetenz wird in allen Qualitätsplanungsaktivitäten berücksichtigt. • Regelmäßige Assessments durchführen • Die Erfolge bei der Erreichung von gesundheitskompetenten Merkmalen messen und Verbesserungspotentiale identifizieren • Gesundheitskompetenz in allen PatientInnen-Sicherheitsplänen berücksichtigen
3.	<i>...fördert die Gesundheitskompetenz ihrer MitarbeiterInnen und macht Verbesserungen sichtbar.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitskompetenz-ExpertInnen mit unterschiedlichen kulturellen und sozialen Hintergründen beauftragen • Gesundheitskompetenz Schulungen anbieten. Ziele für Mitarbeiterschulungen, auf allen organisationalen Levels, definieren. Gesundheitskompetenz auch in Einweisungen und andere Schulungen integrieren • Mit PatientInnen zusammenarbeiten, die wirksame Sprachrohre und Trainer sein könnten
4.	<i>...entwickelt, implementiert und evaluiert ihre Gesundheitsinformationsangebote unter Einbeziehung der Zielgruppen, an die sich diese Angebote richten.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Angehörige von Zielgruppen in Entscheidungsgremien integrieren • Personen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz, ErwachsenenbilderInnen und ExpertInnen für Gesundheitskompetenz in Beratungsgremien miteinbeziehen • ZielgruppenvertreterInnen in Evaluationsteams zur Bewertung von Gesundheitskompetenzprogrammen mit berücksichtigen
5.	<i>...entspricht den unterschiedlichen Bedürfnissen, Fähigkeiten und Kompetenzniveaus verschiedener Bevölkerungsgruppen mit einem breiten Gesundheitskompetenz-Spektrum, ohne zu stigmatisieren.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitskompetenz-Richtlinien implementieren, wie z.B. allen Personen Hilfe anbieten • Die Umgebung so gestalten, dass keine hohen Anforderungen an die Gesundheitskompetenz gestellt werden • Schriftliche Informationen zur Verstärkung der mündlichen Kommunikation einsetzen und auch alternative Materialien (z.B. audiovisuelles Material) anbieten • Ressourcen proportional zur Konzentration eingeschränkter Gesundheitskompetenz einsetzen

¹⁵ Übersetzt durch AutorInnen.

6.	<p><i>...nutzt Gesundheitskompetenz-Strategien auch bei der interpersonellen Kommunikation und legt bei allen Kontakten Wert auf die Rückbestätigung des korrekten Verständnisses.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eine Kultur fördern, in der bei jeder Kommunikation Wert auf die Überprüfung des korrekten Verständnisses gelegt wird (z.B. durch Teach-back, Show-Me oder Chunk-and-Check Methoden) • Sprachliche Hilfestellungen für Personen, die nicht Deutsch als Muttersprache haben, gewährleisten • Kampagnen einsetzen, die zum Stellen von Fragen ermutigen • Kommunikationsfehler als eine Frage der Patientensicherheit behandeln
7.	<p><i>...ermöglicht einfachen Zugang zu Gesundheitsinformationen und Dienstleistungen und bietet Unterstützung für die Navigation durch die Organisation an.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenversorgungseinrichtungen so gestalten, dass Personen sich darin leicht zurechtfinden können • Leichtverständliche Symbole und Alltagssprache bei Beschilderungen verwenden • Elektronische PatientInnen-Portale und Trainings anbieten. • Unterstützung bei Terminvereinbarungen mit anderen Krankenversorgungsorganisationen (z.B. primäre Gesundheitsversorgung, FachärztInnen, Laboratorien, therapeutische Einrichtungen, Heimhilfe) anbieten
8.	<p><i>...entwickelt und verwendet gedruckte, audiovisuelle und soziale Medien, deren Botschaften einfach zu verstehen und zu anwendbar sind.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vielfältige Zielgruppen, inklusive der Personen mit limitierter Gesundheitskompetenz, in die Entwicklung und das User-Testing miteinbeziehen • Qualifizierte Übersetzungen in andere Sprachen gewährleisten • Ein Vielzahl qualitativ hochwertigen Schulungsmaterials (z.B. 3-D Modelle, audiovisuelles Material) anbieten, einschließlich solcher Materialien, die sich für Personen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz eignen (z.B. Foto-Romane, Comics, Multimedia-Anleitungen, Podcast) und unterschiedliche Kanäle zu deren Verbreitung (z.B. DVDs, Patienten-Portale) verwenden.
9.	<p><i>...bezieht Gesundheitskompetenz in Hochrisiko-Situationen mit ein, einschließlich Verlegungen, Überweisungen und sonstigen Schnittstellen sowie bei der Vermittlung von Arzneimittelinformation.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hochrisiko-Situationen und Themen identifizieren (z.B. Einverständniserklärungen bei Operationen und anderen invasiven Eingriffen, die eine besonders umfangreiche Selbstversorgung erfordern). Spezielle Aufmerksamkeit und zusätzliche Ressourcen sowie Pläne zur Sicherstellung einer sicheren Kommunikation entwickeln und implementieren • Hilfsmittel einsetzen (z.B. Medikamentenschachteln, Pill cards, pillcharts, Dosierhilfen), die Personen dabei unterstützen, ihre Medikamente korrekt einzunehmen.
10.	<p><i>...vermittelt klar, welche Leistungen in welchem Umfang durch Leistungskataloge von Versicherungen abgedeckt sind und wofür selbst bezahlt werden muss</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prompt und zuverlässig auf Informationsanfragen zur Leistungsabdeckung bei spezifischen Behandlungen und Verfahren reagieren. • Selbst zu übernehmende Kosten im Voraus mitteilen

Um eine gesundheitskompetente Organisation zu entwickeln, gibt es eine Vielzahl von Interventionsmöglichkeiten. Eine Auswahl von diesen wird in den weiteren Kapiteln dargestellt. Als erster Schritt ist es wichtig, dass eine Organisation es als ihre Pflicht ansieht, Gesundheitskompetenz zu fördern, sie zum integralen Bestandteil zu machen und auch in die Qualitätssicherung/-verbesserung einzubauen, z.B. durch eineN Gesundheitskompetenz-BeauftragteN oder durch eine Gesundheitskompetenz-Arbeitsgruppe. „Make Every Contact Count“ für Prävention und Gesundheitsförderung (MECC siehe S. 42) ist ein Beispiel aus England auch dafür, wie Gesundheitskompetenz auf allen Ebenen einer Organisation implementiert werden kann.

Die Akkreditierung, ob eine Organisation ausreichend gesundheitskompetent ist oder nicht, könnte beispielsweise durch eine ähnliche Organisation wie die Joint Commission¹⁶ in den USA durchgeführt werden.

Mittels Dokumenten wie dem Precaution Toolkit (Dewalt et al. 2010) oder dem Assessment-Tool für Apotheken (Jacobs et al. 2007) der Agency for Healthcare Research and Quality können Organisationen Verbesserungspotenziale erkennen und sich hin zu einer gesundheitskompetenteren Organisation entwickeln. Auch für Gesundheitspläne wurde bereits ein Assessment-Tool (Gazmararian et al. 2010) entwickelt, das in diesem Kontext angewandt werden könnte.

Weiter wird empfohlen, nicht einzelne Interventionen zu implementieren, sondern verschiedene Interventionen miteinander zu verbinden und einen mixed-methods-Approach anzuwenden (Sheridan et al. 2011). Eine Evaluation der Gesundheitskompetenz-Interventionen bringt einen sofortigen Input und eröffnet auch die Möglichkeit, die Evaluationsergebnisse in die Organisationsprozesse fließen zu lassen (Allen et al. 2011). Auch ist es wichtig die UserInnen, insbesondere auch Personen mit limitierter Gesundheitskompetenz, in die Entwicklung miteinzubeziehen und nicht erst bei der Evaluation zu befragen – beispielsweise indem sie Gesundheitsinformationen vorweg auf ihre Nutzerfreundlichkeit hin beurteilen oder neue Webseiten testen¹⁷.

Eine weitere Möglichkeit, um NutzerInnen mit einzubeziehen, wäre durch eine Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Vertretergruppen / Interessensgruppen denkbar, z.B. mit migrantischen Gruppen oder mit funktionalen Analphabeten, die an Basisbildungs- und Alphabetisierungskursen teilnehmen. In den USA etwa gab es eine Zusammenarbeit zwischen dem IOWA Health System und den New Readers of Iowa & adult literacy programs¹⁸. In Österreich gibt es bereits ähnliche Projekte zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz, wie das von der Basisbildungseinrichtung ISOP mit dem Titel „Gesundheitskompetenz in der Basisbildung“¹⁹ oder das Angebot der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse für MigrantInnen „Deutschkurs Gesundheit“.²⁰ „Alpha Power im Gesundheitswesen“²¹ ist ein weiteres sehr interessantes Projekt aus dem Bereich der Basisbildung, das von der Volkshochschule Kärnten angeboten wird. Hier wurden MitarbeiterInnen diverser Kärntner Gesundheitseinrichtungen zu MultiplikatorInnen ausgebildet. In den Workshops wurden Personen aus pflegerischen, medizin-technischen und medizinischen

16 Joint Commission: <http://www.jointcommission.org/>

17 Beispiel Precaution Toolkit – Health Literacy Walkthroughs – wie gut kann man sich im Krankenhaus, in der Arztpraxis, im Hauptverband zurechtfinden?

18 Health Literacy in Iowa. Partnering to Change Research into Action. Health Literacy Iowa and New Readers of Iowa Conference. <http://www.ihs.org/documents/HLI/Health%20Literacy%20Iowa%20Conference%20Brochure.pdf> (5.2.2013)

19 Isotopia. Forum für gesellschaftspolitische Alternativen. Gesundheitskompetenz in der Basisbildung. 2011/75 http://www.isop.at/downloads/ISOTOPIA75_Gesundheitskompetenz.pdf

20 OÖGKK: Deutschkurs Gesundheit. http://www.oegkk.at/portal27/portal/ooegkkportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=73852&p_tabid=5 (15.1.2013)

21 Alpha Power – Gesundheitsförderung für Menschen mit Lese- und Schreibschwächen: <http://www.vhsktn.at/projekte/detail/C34/alpha-power-die-kaerntner-volkshochschulen-starten-projekt-im-bereich-gesun>

Berufen und aus dem Verwaltungsbereich auf die Probleme von Personen mit Basisbildungsproblemen aufmerksam gemacht. Es wurde auch eine Broschüre verfasst, die als Guide für einfache Sprache und zur Information über Basisbildung verwendet werden kann.

Mögliche Umsetzungsschritte durch die Sozialversicherung: Zunächst die prinzipielle Entscheidung herbeiführen, die Institutionen der Sozialversicherung als gesundheitskompetente Organisationen zu entwickeln. Eine Umsetzung ist dann projektförmig möglich für den Hauptverband bzw. einzelne Krankenkassen, bzw. auch auf das Hanusch-Krankenhaus. Interne Projektteams müssten beauftragt werden, die die Situation in der eigenen Organisation zunächst überprüfen und dann Vorschläge für mögliche Struktur- und Prozessänderungen erarbeiten. Das Precaution Toolkit könnte dazu auf seine Anwendbarkeit für den österreichischen Kontext überprüft bzw. adaptiert werden und als nützlich beurteilte Hilfsmittel könnten übersetzt und verbreitet werden. Herauszuheben ist dabei, dass es für die BürgerInnen wichtig ist, zu wissen, welche Dienstleistungen von der Krankenkasse angeboten werden, welche übernommen werden und welche sie selbst bezahlen müssen. All diese Informationen sollten so kommuniziert werden, dass diese auch für LaiInnen leicht verständlich sind und dass jederR Zugang zu diesen Informationen hat. Um diese Ziele zu erreichen und damit die Dienstleistungen der Krankenkasse transparenter und verständlicher zu gestalten, kann die Sozialversicherung ihr eigenes Kommunikationsklima untersuchen und beispielsweise einem 360-Grad-Assessment²² unterziehen, dabei können Selbst- und Fremdeinschätzungen wertvolle Erkenntnisse für weitere Handlungsschritte mit sich bringen. Es gibt Hinweise darauf, dass ein verbessertes Kommunikationsklima in Organisationen zu einer besseren Qualität von Gesundheitsdienstleistungen führt (Wynia et al. 2010).

Die Sozialversicherung könnte die Gesundheitskompetenz ihrer Versicherten als Ausgangsdiagnose für gezielte Interventionen untersuchen. Auch könnte die Sozialversicherung Anreize schaffen um Gesundheitskompetenz-Strategien gut zu implementieren. Dazu könnte sie Weiterbildungsmaßnahmen und Prämien anbieten, damit gesundheitskompetentere Dienstleistungen in der Praxis verwirklicht werden. Die Sozialversicherung müsste dazu ein Assessment-Tool entwickeln, das es ihr ermöglicht, ihre eigene Gesundheitskompetenz zu evaluieren. Jedoch kann Gesundheitskompetenz erst nachhaltig verbessert werden, wenn Gesundheitskompetenz nicht als ein temporäres Projekt gesehen wird, sondern viel mehr als kontinuierliche gemeinsame Strategie. Dabei wäre es wichtig, dass die Sozialversicherung bei sich selbst beginnt und sich bewusst macht, welches ihre Rolle in Kommunikationsprozessen ist. JedeR MitarbeiterIn sollte wissen, was Gesundheitskompetenz bedeutet und welche Rolle sie/er spielen kann, um die Gesundheitskompetenz der Organisation zu verbessern. Es wäre möglich Gesundheitskompetenzseminare und Trainings zur besseren Kommunikation anzubieten, um Kommunikationsstrategien zu realisieren, die auch für Personen mit mangelnder Gesundheitskompetenz verständlich sind. Denn ein mutiger und kritischer Blick in die eigene Institution ist der wichtigste Schritt, um Gesundheitskompetenz wirksam zu fördern. Alle beschriebenen Interventionen können dazu beitragen, die Gesundheitskompetenz der Individuen und des Systems zu verbessern, wenn Gesundheitskompetenz als gemeinsam anzustrebendes Ziel definiert ist. Um die eigene Institution gesundheitskompetenter zu machen, müssen Lernziele entwickelt sowie grundlegende Umsetzungsschritte und ein Evaluationsplan erarbeitet werden.

²² American Medical Association. What is the communication climate assessment tool? <http://www.ama-assn.org/resources/doc/ethics/toolkit-intro.pdf> (6.2.2013)

Bevor Interventionen erarbeitet, implementiert und evaluiert werden, ist aber ein grundlegendes Assessment der Organisation notwendig.

5.1.1.1 Beispiel: Health Literacy Universal Precaution Toolkit in the USA

Das „Health Literacy Universal Precaution Toolkit“ (De Walt et al. 2010) wurde 2010 von DeWalt et al. in den USA entwickelt. In diesem Dokument werden 20 Tools für Organisationen beschrieben, mit dem Ziel, Organisationen als Umwelten gesundheitskompetenz-förderlicher zu gestalten. Die Tools sind in vier verschiedene Bereiche unterteilt: (1) Wie begonnen werden kann, (2a) Tools, um gesprochene Kommunikation zu verbessern, (2b) Tools um schriftliche Kommunikation zu verbessern (3) Tools um Selbstmanagement und Empowerment zu verbessern, und (4) Tools, um unterstützende Systeme zu verbessern. Dabei werden u.a. die Teach-back Methode (siehe S. 45), die Ask-Me-3-Fragen (siehe S.44), oder die Brown Bag Medikamentenbesprechungen (siehe S. 47), empfohlen.

Für Krankenhäuser gibt es einen spezifischen Bericht – „The Health Literacy Environment of Hospitals and Health Centers“ (Rudd & Anderson 2006) – in dem auch eine Anzahl von nützlichen Hilfsmitteln zusammengefasst werden, die sowohl Unterstützung für Organisationsentwicklung als auch im Bereich der alltäglichen Praxis liefern. Darüber hinaus sind Vorschläge zur Formulargestaltung und Beispielformulare enthalten.

5.1.2 Niederschwellige Angebote: Teleberatung und Telemedizin

Ausgangsproblem: Vor allem interaktive, beratende Gesundheitsinformations-Angebote sind nicht für alle Menschen zu jeder Zeit und an jedem Ort gleich gut erreichbar und zugänglich, sei es durch räumliche, zeitliche oder auch sprachliche Distanzen oder Barrieren. Dies führt nicht nur zu Ungleichheiten in der Versorgung, sondern auch zu Fehlversorgung, mangelnder Effektivität und Effizienz der Versorgung und zu beträchtlichen Unbequemlichkeiten für viele NutzerInnen. Beispielsweise kann es vorkommen, dass einem/einer PatientIn erst am Abend bewusst wird, dass er/sie nicht genau weiß, wie seine Medikamente einzunehmen sind. Oder Personen, die eine andere Sprache sprechen, kommen nach einem Arztbesuch nach Hause, ohne zu wissen, welche Diagnose gestellt wurde und wie sie damit umgehen können.

Lösungsansatz: Die Bereitstellung von Teleberatung bzw. Telemedizin kann auf diese Informations- bzw. Beratungsbedürfnisse eingehen, wie NHS-direct in Großbritannien bzw. Medgate in der Schweiz beweisen. Diese Dienste können in verschiedenen Sprachen und rund um die Uhr telefonisch durch Angehörige von Gesundheitsberufen und per Internet angeboten werden. Damit stellen sie einen weitgehend universell zugänglichen, kostengünstigen und nutzerfreundlichen Einstieg ins System dar und ermöglichen Mitentscheidung und Mitarbeit in niedrighschwelligen, ständig ansprechbaren, verständlichen (mehrsprachigen), qualitätsgeprüften, kostengünstigen und nutzerfreundlichen „Ansprechstrukturen“ (Sottas & Brügger 2012) im System.

Mögliche Umsetzungsschritte durch die Sozialversicherung: Ausgangspunkt müsste eine Feasibilitystudie sein, die die Übertragbarkeit des britischen (NHS-direct) bzw. Schweizer Modells (Medgate) auf Österreich überprüft. Danach könnte ein Pilotprojekt mit einem ähnlichen Modell in einer Region in Österreich starten, auch NHS-direct begann mit einem Pilotprojekt. Trainingsprogramme im Bereich der Telemedizin könnten entwickelt werden. Dieses Weiterbildungsangebot könnte den Job von GesundheitsdienstleisterInnen bereichern, altersgerechte und familienvereinbare (Teilzeit-)Arbeitsplätze schaffen und würde dadurch auch ausgebildete Arbeitskräfte (Biffi et al. 2009)²³ wieder erschließen, die aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr körperlich z.B. im Krankenhaus arbeiten können.

5.1.2.1 Beispiel: NHS-Direct in Großbritannien

NHS-Direct²⁴ betreibt eine Webseite und einen Telefondienst des National Health Service in Großbritannien – hier können unterschiedliche Gesundheitsinformationen abgerufen bzw. Beratungen in Anspruch genommen werden. Bei der Webseite werden eine Zugangsmöglichkeit und die Kompetenz im Umgang mit dem Internet vorausgesetzt, jedoch gibt es auch die telefonische Hotline, die 24 Stunden, 365 Tage pro Jahr erreichbar ist.

Das Beratungsangebot von NHS-Direct ist eine Dienstleistung des National Health Service und wird in England (www.nhsdirect.nhs.uk), Schottland (<http://www.nhs24.com>), Wales (<http://www.nhsdirect.wales.nhs.uk/>) und Nordirland (<http://www.nidirect.gov.uk/index/information-and-services/health-and-well-being.htm>) angeboten. NHS-Direct beschäftigt etwa 1500 MitarbeiterInnen und bietet sowohl telefonische Beratungen als auch internetbasierte Beratungen an. Die Hotline ist 24 Stunden und 365 Tage pro Jahr erreichbar und wird von zusatzausgebildetem Pflegepersonal angeboten. Insgesamt werden etwas mehr als 18 Millionen Nutzungen pro Jahr registriert. Telefonische Beratungen werden hauptsächlich bei Bauchschmerzen, Zahn- und Kieferschmerzen, Hautausschlägen, Schmerzen in der Brust sowie bei Durchfall und Erbrechen genutzt. Internetbasierte Beratungen werden bei Bauchschmerzen, Fragen zur sexuellen Frauengesundheit, Ausschlägen und Hautproblemen, Kopf- und Nackenschmerzen sowie ebenfalls bei Durchfall und Erbrechen genutzt. Insgesamt werden so jährlich etwa 1,5 Millionen Hausarztbesuche sowie 0,5 Millionen weiterer face-to-face-Besuche vermieden. Ein weiterer Vorteil des NHS-Direct-Konzepts ist auch, dass die Dienste in verschiedenen Sprachen angeboten werden, was mögliche Sprachbarrieren überwinden kann. Weiters bietet NHS auch auf seiner Webseite NHS-Choice²⁵ evidenzbasierte Gesundheitsinformationen zu gesundheitsbezogenen Schlagzeilen an.

Beispiele mit eingeschränkteren Teilangeboten in Österreich sind das österreichische Gesundheitsportal – www.gesundheit.gv.at – das qualitätsgesicherte Informationen rund um das Thema Gesundheit und Krankheit anbietet oder „Medizin transparent“²⁶ der Donau-Universität Krems.

23 Personen, die in der Krankenpflege arbeiten, haben ein sehr hohes Risiko, erwerbsunfähig zu werden. Siehe: Biffi, G., Leoni, T., Mayrhuber, C. (2009): Arbeitsplatzbelastung, arbeitsbedingte Krankheiten und Invalidität. WIFO Publikation. <http://www.arbeiterkammer.at/bilder/d101/StudieArbeitsbelastungen.pdf>

24 NHS Direct: <http://www.nhsdirect.nhs.uk/News/FactsAndFigures>; (15.01.2013)

25 NHS-Choice <http://www.nhs.uk/news/Pages/NewsIndex.aspx>

26 Medizin transparent. <http://www.medizin-transparent.at/>

5.1.2.2 Beispiel: Medgate in der Schweiz

Medgate ist eines der medizinischen Call-Center in der Schweiz²⁷, welches Versicherten telemedizinische Beratung anbietet, wie NHS-Direct in 24 Stunden und an 365 Tagen im Jahr, aber im Gegensatz zu NHS-Direct auch mit telemedizinischer ärztlicher Behandlung. Bei Medgate erfolgen bis zu 4300 Konsultationen pro Tag per Telefon, Internet, Videokonferenz und Telebiometrie, wobei mehr als die Hälfte der PatientInnen abschließend behandelt werden können.²⁸ Medgate umfasst vier verschiedene Dienstleistungsbereiche – (1) Demand Management (Versorgungssteuerung): hier beraten telemedizinische AssistentInnen / GesundheitsberaterInnen. (2) Demand Management Doctor (ärztliche Konsultation): hier beraten telemedizinisch ausgebildete ÄrztInnen (3) Disease Management (Betreuungsprogramm): hier werden chronisch Kranke, in Zusammenarbeit mit den betreuenden Hausärzten und SpezialistInnen, betreut. (4) Case Management.

5.1.2.3 Beispiel: netCare in der Schweiz

Netcare²⁹ ist ein Schweizer Pilotprojekt und wurde vom Schweizer Apothekenverband pharma-Suisse, Medgate und der Helsana-Gruppe entwickelt. 2013 startet das Projekt und bietet die Möglichkeit, ÄrztInnen per Video zur Beratung in die Apotheken zu schalten. Wenn beispielsweise ein Patient über Rückenschmerzen klagt, wird er/sie gemäß einem Fragenkatalog befragt und beraten. Der/die ApothekerIn kann eine ärztliche Beratung via Video empfehlen. Der/die Arzt/Ärztin wird dann per Videokonferenz zugeschaltet, kann eine Diagnose stellen und das Rezept direkt an die Apotheke faxen³⁰.

5.2 Personenbezogene Interventionen

5.2.1 Patientenwege erleichtern

Ausgangsproblem: 99,9 Prozent der österreichischen Bevölkerung sind durch die im Hauptverband organisierten Versicherungen krankenversichert (Grillitsch 2012). Dabei garantieren die gesetzlichen Versicherungen, dass weite Teile der österreichischen Bevölkerung Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen können und dabei auf nur geringe ökonomische Barrieren stoßen. Eine Reihe internationaler Patientenstudien zeigt allerdings, dass PatientInnen mit mangelnder Gesundheitskompetenz trotzdem einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, nicht optimal versorgt zu werden (Easton et al. 2010). So kann sich schon der Eintritt ins Gesundheitssystem verzögern, was dazu führt, dass Personen mit niedrigerer Gesundheitskompetenz häufiger ärztliche Notfalldienste in Anspruch nehmen (Baker et al. 1997). Die Unterschiede liegen allerdings

27 Weitere: Medi24 (<http://www.medi-24.ch/>), Sante24: <http://www.sante24.ch/sante24.asp> oder die HealthLine http://www.hirs-landen.ch/global/de/startseite/gesundheit_medizin/healthline.html,

28 Medgate: <http://www.medgate.ch/%C3%9CberMedgate/Firmenportr%C3%A4t/ZahlenFakten/tabid/71/Default.aspx> (17.12.2012)

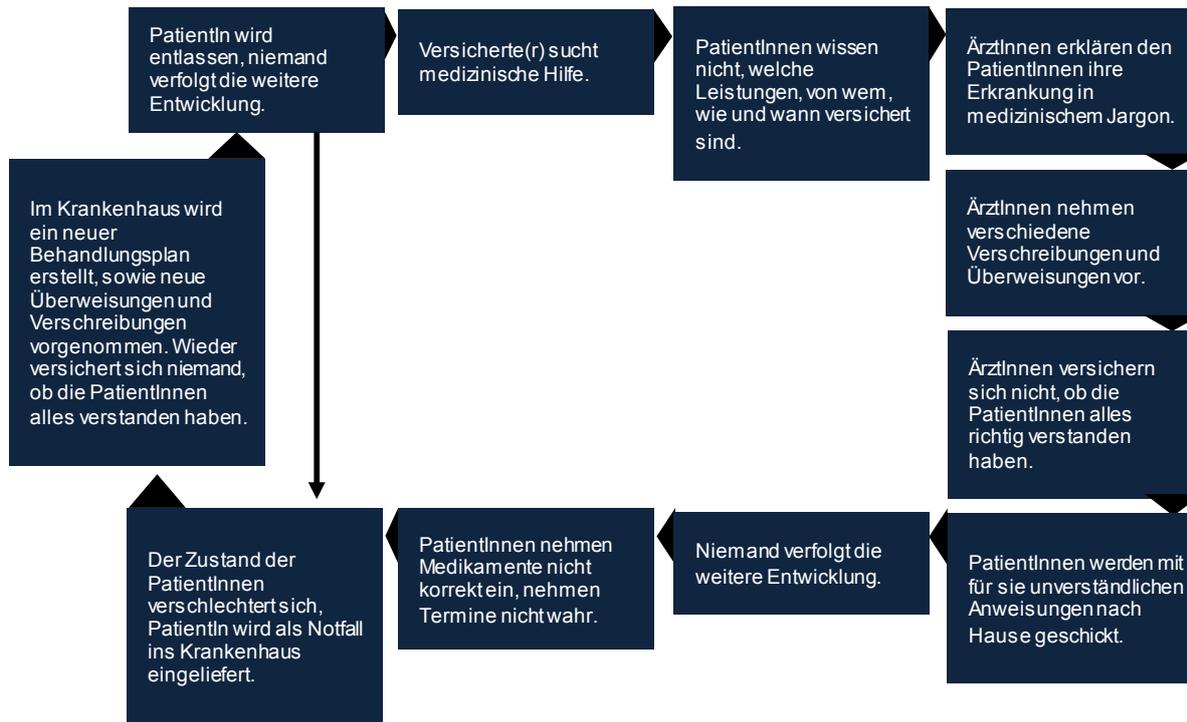
29 netCare: <http://www.pharmasuisse.org/de/dienstleistungen/Themen/Seiten/netCare.aspx>

30 „Wenn der Arzt in die Apotheke gebeamt wird“ in 20 Minuten online vom 9.1.2012 <http://www.20min.ch/schweiz/news/story/16559194>

weniger beim Eintritt ins System, als vielmehr im Nutzungsverhalten und in Verwendungsmustern selbst, denn PatientInnen mit niedriger Gesundheitskompetenz nutzen die Versorgungsangebote im Gesundheitssystem nur suboptimal (Easton et al. 2010). PatientInnen werden auf ihrem Weg durch das Gesundheitssystem mit komplizierten, schwer verständlichen Vokabeln, Anweisungen, Dokumenten und Formularen konfrontiert und müssen häufig weitreichende Entscheidungen aufgrund oft unzureichender, widersprüchlicher und für sie nicht eindeutig verständlicher Informationen treffen. Darüber hinaus werden bei akuten Erkrankungen, häufig im Sinne einer korrekten Einnahme von Medikamenten, aber vor allem auch bei chronischen Erkrankungen, wie beispielsweise Diabetes, durchaus weitreichende Fähigkeiten und Kompetenzen beim Selbst-Management der Erkrankung vorausgesetzt.

Österreichische Gesundheitskompetenz-Daten zeigen, dass etwa 54 Prozent der österreichischen Wohnbevölkerung (wobei MigrantInnen noch unberücksichtigt sind) inadäquate oder problematische Gesundheitskompetenzlevels aufweisen (Pelikan et al. 2012). Dies ist insofern relevant, als dass das österreichische Gesundheitssystem besondere Anforderungen an die Gesundheitskompetenz der ÖsterreicherInnen richtet, sowohl beim Eintritt / Erstkontakt mit dem Gesundheitssystem als auch bei der Navigation durch das System. Das österreichische Primärversorgungssystem ist im internationalen Vergleich in Größe und Funktion deutlich unterentwickelt (Stiegler 2011). Die Leistungsangebote und Anbieter im Gesundheitswesen sind insgesamt, trotz aller Versuche eine stärker integrierte Versorgung zu entwickeln, durch deutliche institutionelle und praktische Schnittstellen getrennt (Krassnitzer 2010). Mithin wird den PatientInnen im österreichischen Gesundheitssystem in besonderem Ausmaß abverlangt, aufmerksam, informiert und durchsetzungsfähig zu sein, um die eigenen Gesundheitsinteressen zu wahren und die angebotenen Leistungen optimal nutzen zu können. Dies kann vor allem bei PatientInnen mit geringer Gesundheitskompetenz zu krisenhaften und ineffizienten, aber aufwendigen Versorgungsprozessen führen. Beispielsweise beim Übergang zwischen Krankenhaus und Zuhause – hier sind die PatientInnen oft nicht gut vorbereitet und werden krank, anstatt wieder gesund (Boutwell & Hwu 2009).

Abbildung 7: Krisenhafter Versorgungsprozess von PatientInnen mit schlechter Gesundheitskompetenz (Koh et al. 2011)³¹



Lösungsansatz: Dieser krisenhaften Versorgung kann entgegengetreten werden. Interventionen können direkt an den Schnittstellen ansetzen und darauf achten, dass der Transfer zwischen den verschiedenen GesundheitsdienstleisterInnen gewährleistet ist und die Bedürfnisse des/der PatientIn wahrgenommen werden. (siehe Abbildung 8) Bereits beschriebene Interventionen wie die Teach Back-Methode oder Plain Language können einem krisenhaften Versorgungsprozess von PatientInnen entgegenwirken. Patientenwege könnten darüber hinaus verbessert werden, wenn PatientInnen Hilfestellungen bei dem Transfer zwischen verschiedenen Gesundheitsdienstleistern bekommen, auch um Rehospitalisierungen zu vermeiden.

In **Österreich** gibt es bereits Projekte wie den Spitalskompass³², den Rehabilitationskompass³³ als auch den Suchthilfekompass³⁴, die dabei helfen sollen, eine geeignete Einrichtung auszuwählen – über Online-Informationsportale können Informationen zu Leistungszahlen oder Ausstattung der einzelnen Einrichtungen abgerufen werden. Jedoch helfen diese Daten leider nur begrenzt bei Entscheidungen (Sladek & Groth 2013).

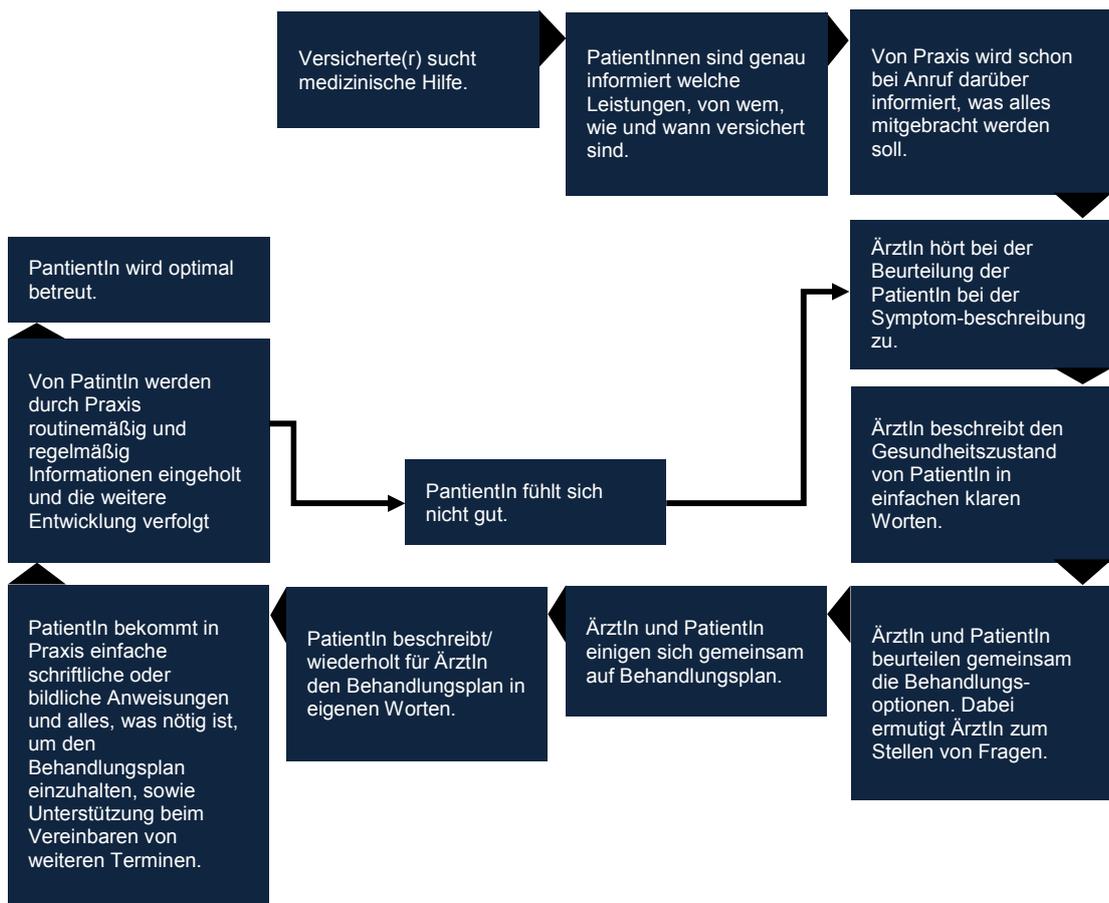
31 Grafik weitgehend übernommen aus: Koh, HK., Berwick, CM., Clancy, CM., Baur, C., Brach, C., Harris, LM., Zerhusen, EG. (2011): New Federal Policy Initiatives To Boost Health Literacy Can Help The Nation Move Beyond The Cycle Of Costly 'Crisis Care', Health Affairs 31(2).

32 Spitalskompass: <http://www.spitalskompass.at/>

33 Rehakompass: <http://www.rehakompass.at/>

34 Suchthilfekompass: <http://suchthilfekompass.oebig.at/>

Abbildung 8: An niedrige Gesundheitskompetenz angepasste Versorgung (Koh et al. 2011)³⁵



Mögliche Umsetzungsschritte durch die Sozialversicherung: Ausgangspunkt müssten Untersuchungen der Schnittstellen im österreichischen Krankenbehandlungssystem zur Identifikation von Schwachstellen sein. An diesen Schwachstellen müsste angesetzt und spezielle Interventionen entwickelt werden, die den Transferprozess für PatientInnen erleichtern. Reha-Einrichtungen oder die Kuranstalten der Sozialversicherung könnten Gesundheitskompetenz gezielt fördern, indem sie sie in ihr Gesamtkonzept integrieren. Beispiele dafür können in Österreich gefunden werden, wie etwa die Gesundheitseinrichtung Breitenstein. Selbsthilfeorganisationen könnten verstärkt als Partner von Reha-Organisationen gesehen werden. In Zusammenarbeit könnte eine Art Nachsorgeportal ausgearbeitet werden.

5.2.1.1 Beispiel: Krankenhaus-Entlassungsmanagement Projekt RED (Re-Engineered Discharge) in den USA

Beim Projekt RED werden PatientInnen während des gesamten Krankenhausaufenthaltes von einem Pfleger oder einer Krankenschwester auf die Entlassung vorbereitet – es wird ein individuelles Entlassungsheft für den/die PatientIn erstellt, welches auch an dessen/deren Hausarzt gesandt wird. Zwei bis vier Tage nach der Entlassung wird die PatientIn von einem/einer Apothe-

³⁵ Grafik weitgehend übernommen aus: Koh, HK., Berwick, CM., Clancy, CM., Baur, C., Brach, C., Harris, LM., Zerhusen, EG. (2011): New Federal Policy Initiatives To Boost Health Literacy Can Help The Nation Move Beyond The Cycle Of Costly 'Crisis Care', Health Affairs 31(2).

kerIn angerufen, um die nächsten Schritte und die Medikamente zu besprechen. In einer Studie wurde gezeigt, dass die Intervention Projekt RED nachfolgende Rehospitalisierungen innerhalb der nächsten 30 Tage um 30 Prozent senkt (Balaban et al. 2008).

5.2.1.2 Beispiel: PatientInnenschulungen in REHA Einrichtungen

Gesundheitskompetenz kann in Reha-Einrichtungen gezielt durch Patientenschulungen verbessert werden. Hier haben die Einrichtungen die Möglichkeit, das Instrument der Patientenschulung zu nutzen und positiv evaluierte Patientenschulungen anzubieten. Bei der Organisation von Patientenschulungen haben Reha-Einrichtungen die Möglichkeit, speziell auf die Bedürfnisse ihrer PatientInnen einzugehen, dabei können z.B. mittels Teach Back die verschiedenen Gesundheitskompetenzlevels berücksichtigt werden. Dabei können Patientenschulungen in das Gesamtkonzept von Reha-Einrichtungen integriert werden, indem personelle Ressourcen bereitgestellt werden und Patientenschulungen im Qualitätsmanagement mittels eines Beauftragten implementiert werden (Bitzer et al. 2009). Wie nachhaltig die Schulung von PatientInnen ist, müsste geklärt werden, und daraus weitere Schritte für eine nachhaltige Kompetenzverbesserung abgeleitet werden. Evaluierungen von Patientenschulungen können als wichtige Informationsquelle zur Verbesserung genutzt werden (Nagl et al. 2012).

Eine Patientenbeteiligung ist besonders in der Rehabilitation wichtig, da hier vorwiegend chronisch Kranke behandelt werden, deren Krankheitsverlauf durch gesundheitsbewusstes Verhalten positiv beeinflusst werden kann. Menschen sind eher dazu bereit, sich gesundheitsbewusst zu verhalten, wenn sie wissen, dass sie ihre Gesundheit selbst beeinflussen können und ihre eigenen Fähigkeiten dazu als ausreichend einschätzen (Schwarzer zitiert nach Bitzer et al. 2009). Daher müsste die Förderung von Gesundheitskompetenz als zentrale Aufgabe von Reha-Einrichtungen betrachtet werden, und dabei sollte Patientenorientierung und -beteiligung im Mittelpunkt stehen. Doch steht Patientenorientierung oft noch im Widerspruch zu gängigen Leitbildern, Verhaltensmustern und Organisationsabläufen in den Institutionen des Gesundheitswesens (Bitzer et al. 2009).

Um die Qualität von Patientenschulungen zu gewährleisten, empfehlen Bitzer et al. die Qualitätskriterien von Ströbl et al. (Ströbl et al. 2009) als Mindeststandard in den Rehabilitationseinrichtungen zu implementieren. Das Projekt „Entwicklung und Evaluation einer Patientenschulung zur Förderung der Gesundheitskompetenz von chronisch Kranken (Projekt GeKo)“ der Uni Freiburg wird voraussichtlich 2014 weitere wichtige Ergebnisse zur Qualitätsverbesserung von Patientenschulungen liefern.

5.2.2 Plain Language (Einfache, klare Sprache)

Ausgangsproblem: Personen mit niedriger Gesundheitskompetenz haben Nachteile beim Finden und Verstehen von mündlicher, wie auch von schriftlicher Gesundheitsinformation (Stableford & Mettger 2007). Dabei sind das Lesen und Verstehen von Informationen entscheidende Fähigkeiten, um Entscheidungen treffen zu können; sie sind Kompetenzen, die mit einem besseren Gesundheitszustand zusammenhängen (Dewalt & Pignone 2005).

Lösungsansatz: Eine Strategie, um das Lesen und Verstehen von Informationen zu vereinfachen, ist Plain Language³⁶ mit dem Ziel einfacher und verständlicher zu kommunizieren (Davis et al. 2002). Auf das Gesundheitssystem umgelegt, bedeutet dies Gesundheitsinformationen jeglicher Art (wie Medikamentenanweisungen oder Impfbroschüren o.ä.) sowie medizinische Sachverhalte so klar und einfach wie möglich auszudrücken, ohne dabei die Informationen zu verfälschen oder den/die LeserIn bzw. den/die PatientIn als dummlich zu behandeln³⁷. Dabei ist nicht nur die schriftliche, sondern auch die mündliche Kommunikation gemeint. Plain language ist eine Möglichkeit, die Belastungen von Personen mit geringer Gesundheitskompetenz zu verringern und damit die Gesundheitskompetenz des Systems und der individuellen Person zu verbessern. Doch wurde auch gezeigt, dass Personen mit höherer Gesundheitskompetenz eine Plain Language Kommunikation bevorzugen (Kleinemann & Enlow 2003). Amerikanische Studien zeigen, dass mittels Plain Language und einer dadurch verbesserten Kommunikation auch deutlich Kosten und Zeit gespart werden können³⁸. Klare Kommunikation entscheidet aber auch darüber, ob Informationen überhaupt verstanden werden oder nicht. Daher empfehlen beispielsweise auch die Gesundheitsorganisation (WHO)³⁹ und die Europäische Kommission, Medikamentenanweisungen verständlicher zu gestalten⁴⁰, die Europäische Kommission startete 2010 eine Clear Writing-Kampagne⁴¹. In den USA wurde von der Regierung der Plain Writing Act of 2010⁴² beschlossen, welcher alle amerikanischen Behörden dazu verpflichtet, die Plain Language Leitlinien einzuhalten. Gesundheitsinformationen in Plain Language werden auch in Österreich angeboten, beispielsweise von verschiedenen Frauengesundheitszentren⁴³.

Mögliche Umsetzungsschritte durch die Sozialversicherung: Notwendiger Ausgangspunkt ist eine Entscheidung für eine Plain Language-Policy der Sozialversicherung. Dann müsste die jetzige Kommunikationssituation evaluiert werden, um herauszufinden, wie viel der Information von wem derzeit verstanden wird. Die Ergebnisse einer solchen Analyse wären eine Grundlage, um Plain Language-Toolkits zu entwickeln bzw. zu adaptieren. Angeboten werden könnten Übersetzungsdienste oder medizinische Wörterbücher, die medizinische Fachtermini korrekt mit einfachen, verständlichen Worten ausdrücken. Dazu müssten zunächst englischsprachige Initiativen auch für den deutschen Sprachraum aufgegriffen werden. Entsprechende Qualitätssicherungen müssten bei allen eigenen Informationsbroschüren und –kampagnen eingebaut werden.

36 Die Verwendung von klarer und einfacher Sprache

37 National Institutes of Health (NIH): Clear Communication: A NIH Health Literacy Initiative. <http://www.nih.gov/clearcommunication/plainlanguage.htm> (13.12.2012)

38 Plain Language: the bottom line. <http://www.plainlanguage.gov/whyPL/benefits/bottomline.cfm> (13.13.2012)

39 WHO. Global health promotion scaling up for 2015 - a brief review of major impacts and developments over the past 20 years and challenges for 2015 WHO Secretariat Background Document, Unedited Working Paper. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_conference_background.pdf

40 High Level Group on Innovation and Provision of Medicines in the European Union: Recommendations for Action. European Commission Report; May 2002. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/key08_en.pdf

41 European Commission: Clear Writing. September 2010. http://ec.europa.eu/dgs/translation/publications/magazines/language-translation/documents/issue_01_en.pdf

42 Plain Language Act 2010: <http://www.plainlanguage.gov/pLLaw/index.cfm>

43 u.a. das Frauengesundheitszentrum Kärnten: <http://www.fgz-kaernten.at/11818.htm> oder auch das Frauengesundheitszentrum FEM: www.fem.at

5.2.2.1 Beispiel: Plain Language Wörterbücher in den USA

Der Plain Language Thesaurus for Health Communications wurde vom Center for Disease Control and Prevention (CDC) im National Center for Health Marketing erstellt. Hier können einfache Wörter für komplizierte medizinische Ausdrücke, Phrasen und Anweisungen nachgeschlagen werden⁴⁴ – z.B. findet man für den Ausdruck „Amnesie“ Synonyme wie „Vergesslichkeit“, „Gedächtnisverlust“ oder die Phrase „wenn man sich nicht erinnern kann“⁴⁵. Das Nachschlagewerk versteht sich als „living document“, als ein Dokument, das ständig verbessert und um neue Worte, Themen und Gesundheitszustände erweitert wird.

Auch wurde von der Universität Michigan eine kostenlose Plain Language Medical Dictionary App⁴⁶ entwickelt, die medizinische Fachtermini in ein gängiges Englisch übersetzt.

5.2.2.2 Beispiel: Plain Language-Training, Richtlinien und Editierung in den USA

Das National Institute of Health (NIH) bietet ein computer-basiertes Training⁴⁷ an, um Personen darin zu schulen, medizinische Information klar und verständlich auszudrücken. Das Programm umfasst sieben Module⁴⁸ und erörtert dabei z.B. wie Menschen lesen oder welche Worte einfach verständlich sind.

Das National Cancer Institut am NIH⁴⁹ oder das U.S. Department of Health and Human Services⁵⁰ haben Leitfäden entwickelt, um Texte für Personen mit geringer Gesundheitskompetenz zu verfassen. Die Leitfäden geben Tipps und Empfehlungen, die man beim Verfassen einer Gesundheitsinformation beachten sollte, z.B. welche Schriften beim Layout besser lesbar sind oder welchen Nutzen grafische Darstellungen haben.

Eine gutes Beispiel einer Plain Language-Initiative ist das PRISM⁵¹-Programm, welches vom Group Health Research Institute entwickelt wurde – das Programm umfasst ein Plain Language-Lesbarkeit-Toolkit (Ridpath et al. 2007), einen Plain Language Editierungsdienst und Consulting, sowie Plain Language Training, sowohl online als auch persönlich.

44 National Center for Health Marketing (2007): Plain Language Thesaurus for Health Communications. http://depts.washington.edu/respcare/public/info/Plain_Language_Thesaurus_for_Health_Communications.pdf (8.7.2013)

45 Original: amnesia – forgetfulness, memory loss, not being able to remember

46 Plain Language Medical Dictionary: <http://open.umich.edu/education/med/resources/medical-dictionary/2012> (14.1.2013)

47 National Institutes of Health: NIH Plain Language Online Training. <http://plainlanguage.nih.gov/>

48 Modul 1: How people read, Modul 2: Concise Writing, Modul 3: Clarity, Modul 4:Format, Modul 5:Organising your Ideas, Modul 6: Choosing Words, Modul 7: Tone, Modul 8: Optional exercise.

49 National Cancer Institute at the National Institutes of Health: Clear & Simple: Developing Effective Print Materials for Low-Literate Readers. <http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/clear-and-simple/page1> (14.1.2013)

50 U.S. Department of Disease Prevention and Health Promotion: Health Literacy Online: <http://www.health.gov/healthliteracyonline/> (25.1.2012)

51 Program for Readability. In Science & Medicine (PRISM) - http://www.grouphealthresearch.org/capabilities/readability/readability_home.html (25.1.2012)

Wie Plain Language-Editierung funktionieren kann, zeigt dieses Beispiel (Paasche-Orlow et al. 2003):

Abbildung 9: Plain Language Editierungsbeispiel (Paasche-Orlow et al. 2003)

Ursprüngliche Version	Editierte Version
<p>„Ihre Partizipation an dieser Studie ist gänzlich freiwillig. Sie haben das Recht, zu jedem Zeitpunkt der Studie zu entscheiden, ob Sie partizipieren oder ob Sie Ihre Partizipation widerrufen, ohne Beeinträchtigungen Ihrer zukünftigen medizinischen Versorgung.“</p> <p><i>„Your participation in this study is entirely voluntary. You have the right to choose not to participate or to withdraw your participation at any point in this study without prejudice to your future health care.“</i></p>	<p>„Sie müssen an dieser Forschungsstudie nicht teilnehmen. Sie können jetzt einer Teilnahme zustimmen und es sich später trotzdem anders überlegen. Ihre Entscheidung wird Ihre ärztliche Versorgung nicht beeinflussen. Die Einstellung Ihres Arztes/Ihrer Ärztin Ihnen gegenüber wird sich nicht verändern.“⁵²</p> <p><i>„You don't have to be in this research study. You can agree to be in the study now and change your mind later. Your decision will not affect your regular care. Your doctor's attitude toward you will not change.“</i></p>

Als Plain Language-Strategien werden z.B. stilistische Hilfsmittel aufgezählt: etwa Sätze kurz halten, in der ersten Person schreiben, Sätze aktiv und nicht passiv formulieren – aber auch formale Hilfsmittel, etwa welche Schriftgröße und -art am besten lesbar ist.

5.2.2.3 Beispiel: Übersetzung von medizinische Befunden – washabich.de in Deutschland

Ein deutschsprachiges Beispiel ist die Internetseite washabich.de⁵³, auf der PatientInnen medizinische Atteste in eine für LaiInnen verständliche Sprache übersetzen lassen können. Die Dokumente werden anonymisiert per Fax oder per Mail an die Webseite verschickt und von MedizinstudentInnen ab dem 8. Fachsemester übersetzt. EinE SupervisorIn liest die ersten Übersetzungen Korrektur und gibt Feedback. Die Befunde werden weder interpretiert noch werden Therapie-Ratschläge gegeben, sondern die Atteste werden nur in eine verständliche, einfache Sprache übersetzt. Für die PatientInnen ist dieser Dienst kostenlos und wird über Spenden finanziert. Dieses Projekt wurde von der Stiftung Warentest geprüft und als empfehlenswert befunden.

5.2.3 Piktogramme

Ausgangsproblem:

Personen mit mangelnder Gesundheitskompetenz haben Schwierigkeiten, schriftliche Medikamentenanweisungen zu verstehen (Houts et al. 2001), was dazu führt, dass sie falsch eingenommen

⁵² Übersetzt durch AutorInnen

⁵³ Washabich: <https://washabich.de/> (17.1.2013)

werden. Studien zufolge nehmen 20-50 Prozent der PatientInnen ihre Medikamente nicht laut Anweisung ein (Kripalani et al. 2007). Je komplexer die Anweisungen sind, desto öfter kommt es zu falschen Anwendungen. Hier sind vor allem Kinder betroffen, Studien zufolge geben 50 Prozent der Betreuungspersonen entweder die falsche Dosis oder die falsche Anzahl der Dosen (Yin et al. 2008).

Eine andere Situation, in der schriftliche oder auch verbale Informationen zu Verständnisschwierigkeiten führen können, ist bei der Kommunikation mit Kleinkindern oder kognitiv eingeschränkten Personen. Für Kleinkinder kann es z. B. schwierig sein, ihre Schmerzen verbal mitzuteilen. Ein anderes Beispiel, wo sprachliche Kommunikation zu Verständnisproblemen führen kann, ist wenn Personen die Landessprache nicht lesen und verstehen können. Dann sind nicht nur Medikamentenanweisungen schwer zu verstehen, sondern auch Beschilderungssysteme in Gesundheitseinrichtungen.

Lösungsansatz: Visualisierungen können dabei helfen, Verständlichkeit und auch Zugänglichkeit von Informationen zu verbessern. So kann das Risiko einer falschen Medikamenteneinnahme durch Piktogramme reduziert werden (Mehndiratta 2012). Vor allem Personen mit limitierter Gesundheitskompetenz können durch visualisierte Anweisungen Informationen besser verstehen und Medikamente richtig einnehmen (Winnick et al. 2005; Yin et al. 2007; Mansoor & Dowse 2003). Kleinkindern fällt es beispielsweise leichter, ihre Schmerzintensität mittels einer Faces Pain Rating Skala⁵⁴ zu beschreiben (Hunter et al. 2000). Zu beachten ist aber, dass Piktogramme nicht immer in der gleichen Weise verstanden werden und unterschiedliche kulturelle Hintergründe dabei eine Rolle spielen können (Kassam & Collins 2004).

Mögliche Umsetzungsschritte durch die Sozialversicherung: Als Teil einer Verständlichkeitsstrategie können Piktogramme in einem partizipativen Prozess mit Personen entwickelt werden, die den größten Nutzen von einer solchen Interventionen haben – Personen, die nicht Deutsch als Muttersprache haben oder eine geringe Gesundheitskompetenz aufweisen. Den Gesundheitsberufen können Piktogramm- oder Clip Art- Webseiten empfohlen werden, wie die Webseite von Hablamos Juntos⁵⁵, von der solche Symbole heruntergeladen werden können. Möglich ist auch die Schulung des Personals im Gesundheitswesen, um einfache Skizzen anfertigen zu können.

5.2.3.1 Beispiel: The HELPix-Intervention in den USA

Ein Beispiel auf der Ebene eines Krankenhauses ist die HELPix-Intervention, die aus dem Bellevue Hospital's Health Education and Literacy for Parents (HELP)⁵⁶ Project entwickelt wurde. In einer Pilotphase des Projektes wurden verschiedene Piktogramme getestet, um zu sehen, wie sie funktionieren und welche am besten verstanden werden. In einer HELPix-Konsultation werden auch Plain Language und die Teach back Methode angewandt. Die Intervention wurde evaluiert und hat sich als nützlich erwiesen⁵⁷.

54 Die Skala besteht aus Smiley-Gesichtern und reicht von einem lächelnden bis zu einem weinenden Gesicht.

55 Hablamos Juntos: Using Symbols. Symbols Artwork. (http://www.hablamosjuntos.org/signage/symbols/default.using_symbols.asp#wsa)

56 NYU Langone Medical Center: HELP Project: <http://helpix.med.nyu.edu/the-helpix-intervention/history-helpix/the-link-reach-out-and-read> (4.2.2013)

57 NYU Langone Medical Center: Randomized Controlled Trial. <http://helpix.med.nyu.edu/the-helpix-intervention/helpix-research/>

5.2.3.3 *Beispiel: Piktogramm-Gesundheitsbroschüre in den USA*

Ein Beispiel einer Piktogramm-Broschüre wurde vom National Institute of Dental and Craniofacial Research entwickelt, mit dem Titel „Three Good Reasons To See a Dentist Before Cancer Treatment“⁶². Die Broschüre enthält Informationen für KrebspatientInnen in Piktogrammen dargestellt und erklärt, welchen Nutzen ein Zahnarztbesuch vor und während einer Krebsbehandlung hat, sowie was die PatientInnen tun können, um oralen Gesundheitsproblemen während einer Behandlung vorzubeugen oder diese gering zu halten.

62 National Institute of Dental and Craniofacial Research (2012): Three Good Reasons to See a Dentist Before Cancer Treatment. http://www.nidcr.nih.gov/NR/rdonlyres/874DD18E-8BDA-4C3E-ACB5-BCF20297D610/0/3GoodReasons_booklet.pdf (30.1.2013)

6 Interventionen im Setting Krankenversorgung

6.1 Systembezogene Interventionen in Organisationen der Krankenversorgung

6.1.1 Patientenbeteiligung

Ausgangsproblem: Patientenbeteiligung ist auf unterschiedlichen Ebenen von Interesse und angesagt. Auf der Mikro-Ebene der direkten Interaktion zwischen PatientInnen und Angehörigen der Gesundheitsberufe geht es um Möglichkeiten zur Ko-Produktion, das heißt um persönliche Mitentscheidungen (shared decision making) und Mitarbeit von PatientInnen in der Behandlung und Versorgung ihrer Krankheiten. Auf der Meso-Ebene der Organisationen der Krankenbehandlung und Versorgung geht es um die kontinuierliche Beteiligung von VertreterInnen von Patienteninteressen bei der Planung und Governance sowie Qualitätssicherung und Entwicklung dieser Einrichtungen, weit über gelegentliche Patientenbefragungen hinaus. Auf der Makro-Ebene der Gesellschaft, vor allem der Politik, geht es um kollektive Vertretung von Patienteninteressen, insbesondere bei der einschlägigen Gesetzgebung.

Für die Interaktionsebene belegen Studien, dass PatientInnen eine aktivere Rolle im Umgang mit ihrer Krankheit spielen möchten und sich wünschen, besser von ihrem Arzt / ihrer Ärztin informiert zu werden und stärker in Entscheidungen miteinbezogen werden wollen (Coulter & Magee 2003; Klemperer 2003; Bertelsmann Stiftung 2005). Aber auch in der allgemeinen Bevölkerung besteht Interesse, an gesundheitspolitischen Entscheidungen auf der Meso- und Makro-Ebene mitzuwirken (Nolting & Waem 2002).

Großes Verbesserungspotenzial liegt vor allem bei Personen mit chronischen Krankheiten, da chronische Krankheiten heute weltweit die Hauptursache für Tod und Behinderungen sind⁶³. Die WHO-Regionaldirektorin für Europa, Zsuzsanna Jakab, spricht von einem Paradigmenwechsel für die Gesundheits- und Sozialversorgung des 21. Jahrhunderts, „in der die Patienten durch Beteiligung die eigene Behandlung stärker steuern“⁶⁴. Auf europäischer Ebene zeugen auch das European Patients' Forum⁶⁵ und das Europäische Netz für Patientenbefähigung (ENOPE)⁶⁶ davon, dass die Patientensicht immer mehr in Entscheidungsprozesse miteinbezogen wird.

Lösungsansatz: Eine nachhaltige Möglichkeit, das Krankenbehandlungssystem nutzerfreundlicher und gesundheitskompetenter, und damit auch effektiver und effizienter zu machen, ist Patientenvertreter systematisch auf allen Ebenen bei der Planung, Governance, Qualitätssicherung und Entwicklung einzubeziehen. Dazu sind die gesetzlichen Voraussetzungen zu schaffen und

63 WHO, Regionalbüro für Europa (2012): Können Patienten ihre eigene Gesundheitsversorgung steuern? Europäische Konferenz fordert patientenzentrierte Gesundheitssysteme. Kopenhagen, 11.4.2012. <http://www.euro.who.int/de/what-we-publish/information-for-the-media/sections/latest-press-releases/are-patients-in-control-of-their-health-care-european-conference-promotes-patient-centred-health-systems>

64 Ebd.

65 European Patients' Forum: <http://www.eu-patient.eu>

66 European Network on Patient Empowerment (ENOPE) <http://enope.eu>

Organisationen von PatientenvertreterInnen entsprechend zu befähigen und zu empowern, das heißt mit Ressourcen auszustatten. In Österreich bedeutet das eine wesentliche Verstärkung der bereits bestehenden Patientenanzweltschaften. In einigen EU-Ländern, wie den Niederlanden⁶⁷, England⁶⁸ oder Dänemark⁶⁹, ansatzweise auch in Deutschland (Sänger et al. 2008) geschieht das bereits, das heißt PatientInnen sind bereits stärker als PartnerInnen im Krankenbehandlungssystem institutionalisiert⁷⁰. Das WHO-Regionalbüro für Europa sieht darin ein Potenzial, die Erfahrungen von PatientInnen zu nützen, um anderen PatientInnen zu helfen, und auch um dem Gesundheitspersonal einen neue Perspektive zu eröffnen (Prognos 2011).⁷¹ Es ist auch belegt, dass PatientInnen, die an Entscheidungsprozessen beteiligt werden, ihren Gesundheitszustand besser kontrollieren und bessere gesundheitliche Outcomes haben (Protheroe et al. 2000; Klemperer 2003; Stiggelbout et al. 2012). Durch die Beteiligung von Interessensvertretungen von BürgerInnen und PatientInnen kann auch sichergestellt werden, dass ihre Interessen in Entscheidungsprozesse mit einfließen und dadurch die Legitimation der getroffenen Entscheidungen verbessert werden kann. In Österreich könnte eine Patientenbeteiligung, die sich nicht nur um eine „Re-integration von unzufriedenen Patienten“ (Forster & Nowak 2006) kümmert, sondern PatientInnen als PartnerInnen auf gleicher Ebene in Entscheidungsprozesse mit einbezieht, die Qualität der medizinischen Versorgung und die Patientenzufriedenheit verbessern. Dies würde auch zur noch besseren Legitimation von Entscheidung der SV beitragen.

Mögliche Umsetzungsschritte durch die Sozialversicherung: Sinnvoll wäre zunächst eine Machbarkeitsstudie, um zu überprüfen, wie die unterschiedlichen Erfahrungen im Ausland am besten adaptiert und auf die Verhältnisse in Österreich übertragen werden können. Danach könnte die Sozialversicherung zur Umsetzung ein Pilotprojekt im eigenen Wirkungsbereich starten. Parallel dazu müsste Agenda-Setting in Österreich betrieben werden, damit es zu den notwendigen gesetzlichen Regelungen und Ressourcenallokationen kommt.

6.1.1.1 Beispiel: Patientenorganisationen: Dachverband Nederlands Patienten Consumenten Federatie (NPCF) in den Niederlanden

In den Niederlanden gibt es einerseits gesetzliche Regelungen⁷², die auf mehreren Ebenen Patientenrechte und auch -pflichten regeln, sowie auch – seit 1992 – die Nederlands Patienten Consumenten Federatie (NPCF), einen Dachverband, der die Interessen einer Vielzahl von Patienten-

67 Nederlandse Patienten Consumenten Federatie: <http://www.npcf.nl> (13.2.2013)

68 National Institute for Health and Clinical Excellence: Patient, carer and public involvement policy. http://www.nice.org.uk/getinvolved/patientandpublicinvolvement/patient_and_public_involvement.jsp

69 Dänisches Gesundheitsprogramm 2003 „Strategy for the health care system – the patient first“ (siehe: Bertelsmann Stiftung: Appel, M. (2004): An open and a transparent health care system. Dänemark. Health Policy Monitor. (http://www.hpm.org/de/Surveys/University_of_Southern_Denmark_-_Daenemark/03/An_open_and_a_transparent_health_care_system.html#Headline6))

70 Prognos (2011): Bericht. Patienten- und Bürgerbeteiligung in Gesundheitssystemen. Gute Praxis in ausgewählten Gesundheitssystemen. (http://www.prognos.com/fileadmin/pdf/publikationsdatenbank/110921_Prognos_Bericht_Patienten-_und_Buergerbeteiligung_in_Gesundheitssystemen.pdf)

71 WHO, Regionalbüro für Europa (2012): Können Patienten ihre eigenen Gesundheitsversorgung steuern? Europäische Konferenz fordert patientenzentrierte Gesundheitssysteme. Kopenhagen, 11.4.2012.

72 Gesetz über den Behandlungsvertrag (WGBO, 1995), Gesetz über Mitbestimmung der Klienten im Gesundheitswesen (WMCZ 1996), Gesetz über das Beschwerderecht im Gesundheitswesen (WKCZ 1995) siehe: Czypionka, T., 2012: Was macht die Niederlande besonders? Patientenbeteiligung in den Niederlanden. Vortrag am Alpbach Forum, 21.8.2012 (http://www.ihs.ac.at/publications/lib/Patientenbeteiligung_Niederlande.pdf)

organisationen vertritt und Hunderte von Patienten- und Konsumentenorganisationen vereinigt⁷³. Ziel der NPCF ist es, die Patientenbelange in formalen Entscheidungsprozessen auf höchster Ebene zu repräsentieren. Damit ergibt sich für die niederländische Regierung der Vorteil, dass es nicht eine Vielzahl von unterschiedlichen AnsprechpartnerInnen in Patientenbelangen gibt, sondern der NPCF als legitimer Stakeholder adressiert werden kann (Van de Bovenkamp 2010). Finanziert wird die NPCF durch Mitgliedsbeiträge, Zahlungen des Gesundheitsministeriums, sowie von verschiedenen Stiftungen⁷⁴.

Darüber hinaus bietet der Dachverband ein umfassendes Patienteninformationsangebot an: Informations- und Beschwerdestellen, ein Informationsportal der niederländischen Krankenhäuser mit verpflichtenden öffentlichen Qualitätsreports, regionale Gesundheitsinformationszentren (aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung der Gemeinden zu Gesundheitsinformation, Internet-Beratung, Telefonberatung, Broschüren, Walk-in Centers, Regionalem Monitoring der Bevölkerungsgesundheit); Medicinfo (Informationsportale der Krankenversicherungen, Behandlungs- und Navigationsinformation, virtuelle Sprechstunde, Checklistentool „Gehe ich hiermit zum Arzt“, 24h-Telefonservice).

Weitere Beispiele für solche Dachverbände von Patientenorganisationen (Prognos 2011) wären in Frankreich das Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS)⁷⁵, oder in Schweden die Handikappförbunden (HSO)⁷⁶.

6.1.1.2 Beispiel: Richtlinien des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) in Großbritannien

Das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)⁷⁷ in Großbritannien ist eine unabhängige Organisation, die nationale Public Health Richtlinien erarbeitet. Entwickelt werden etwa evidenz-basierte Richtlinien, die helfen, Diagnosen zu stellen, Krankheiten und einen schlechten Gesundheitszustand zu behandeln und vorzubeugen⁷⁸. Bei der Erarbeitung der Richtlinien wird die Sicht der PatientInnen immer systematisch mit einbezogen und in den Ablauf des Evaluierungsprozesses mit eingeplant⁷⁹. Auf der Homepage von NICE sind unterschiedliche Hilfsmittel zugänglich – von Podcasts über Medikamentenbefunde zu Costing Tools und auch dem NICE Pathways⁸⁰ – einem interaktiven Tool für Gesundheitsberufe, das die NICE-Empfehlungen nach Themen geordnet anbietet und Empfehlungen auf verschiedenen Ebenen, wie Qualitätsstandards, Implementierungsrichtlinien, etc. leicht zugänglich macht.

Ansätze in **Österreich** sind, dass PatientInnen grundrechtlich als EntscheidungsträgerInnen im Behandlungsprozess mit einbezogen sind (Aigner 2006). Von der VAEB⁸¹ gibt es auch die Initiative, die Versicherten durch einen Versichertenrat zu beteiligen.

73 Nederlandse Patienten Consumenten Federatie: <http://www.npcf.nl> (13.2.2013)

74 Ebd.

75 Collectif Interassociatif Sur la Santé: <http://www.leciss.org/> (25.2.2013)

76 Handikapp Förbunden: <http://www.hso.se/> (25.2.2013)

77 NHS, National Institute for Health and Clinical Excellence: <http://www.nice.org.uk> (25.2.2013)

78 NHS, National Institute for Health and Clinical Excellence (2012): About NICE guidance: what does it mean for me? Information for patients, carers and the public – an interim guide. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/AboutGuidance.pdf> (25.2.2013)

79 Cowl, J. (2010): NICE and patient involvement: What if PrEP was considered by NICE? EATG Community Meeting on PrEP R&D priorities, September 25, 2010, Brüssel, Belgien. <http://old.eatg.org/eatg/Scientific-Research/Conferences/EATG-Community-Meeting-on-PrEP-R-D-priorities-September-25-2010-Brussels-Belgium>

80 NHS, National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE Pathways. <http://pathways.nice.org.uk/> (25.2.2013)

81 Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau

6.1.2 **Gesundheitskommunikation in der der Krankenversorgung verbessern: Gesundheitscoaching**

Ausgangsproblem: In Arztpraxen gibt es oft zu wenig Zeit um PatientInnen auf ihr Gesundheitsverhalten anzusprechen. Andere Gesundheitsberufe, wie Hebammen, medizinische FußpflegerInnen oder PhysiotherapeutInnen nutzen die mögliche Chance zur Verbesserung des Gesundheitszustandes ihrer PatientInnen womöglich nicht⁸². Das reine zur Verfügung stellen von Informationen, wie Broschüren, ist hierfür zumeist nicht ausreichend, vielmehr brauchen PatientInnen persönliche Beratung und Unterstützung.

Lösungsansatz: Die Strategie, um PatientInnen möglichst proaktiv zu einem verbesserten Gesundheitsverhalten zu verhelfen, wäre, jeden Kontakt mit dem Gesundheitssystem als Möglichkeit zu nutzen („Make every contact count“). Beim Gesundheitscoaching (Health Coaching) wird beispielsweise der Arzt / die Ärztin zum Coach des/der PatientIn. Der/die ÄrztIn nimmt dabei eine aktive und richtungsweisende Rolle ein, indem er/sie den/die PatientIn bzw. den/die Gecoachten bei Verhaltens- bzw. Lebensstiländerungen systematisch unterstützt (Palmer et al. 2003)⁸³. Mehrere Studien belegen, dass Gesundheitscoaching eine positive Auswirkung auf gesundheitliche Outcomes hat (Vale et al. 2003). So zeigen beispielsweise Diabetespatienten, die gecoached wurden, weniger diabetes-bezogene Erkrankungen, besseres Selbstmanagement und sind zufriedener mit der Behandlung (Whittemore et al. 2004).

Mögliche Umsetzungsschritte durch die Sozialversicherung: Da Gesundheitscoaching zwar auch in den eigenen Einrichtungen der Sozialversicherung, z.B. in deren Ambulatorien, angeboten werden könnte, aber vorwiegend von Vertragspartnern durchgeführt werden müsste, ist zunächst zu entscheiden, ob und wie Gesundheitscoaching als eine Leistung in den Katalog der Krankenbehandlung einbezogen werden soll. Wenn ja, könnten (gemeinsam mit oder durch PartnerInnen) entsprechende Weiterbildungsangebote für ÄrztInnen zum Gesundheitscoach angeboten werden. AllgemeinmedizinerInnen könnten von diesem Job-Enrichment auch persönlich profitieren. HausärztInnen könnten Gesundheitscoaching als Zusatz oder Alternative zur Vorsorgeuntersuchung anbieten.

6.1.2.1 *Beispiel: Gesundheitscoaching – Projekt des Kollegiums für Hausarztmedizin in der Schweiz*

Ein Beispiel für ein Gesundheitscoaching-Projekt ist das Projekt des Kollegiums für Hausarztmedizin in der Schweiz. Es wurde bereits als Pilotprojekt im Kanton St. Gallen umgesetzt und positiv evaluiert^{84 85}. ÄrztInnen, die am Gesundheitscoaching-Projekt teilnehmen, erhalten eine Schulung, die aus einem theoretischen und einem praktischen Teil besteht. Im theoretischen Teil

82 Ärztezeitung: Hausärzte schufteten am meisten vom 5.6.2012. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/814829/hausaerzte-schuften-meisten.html

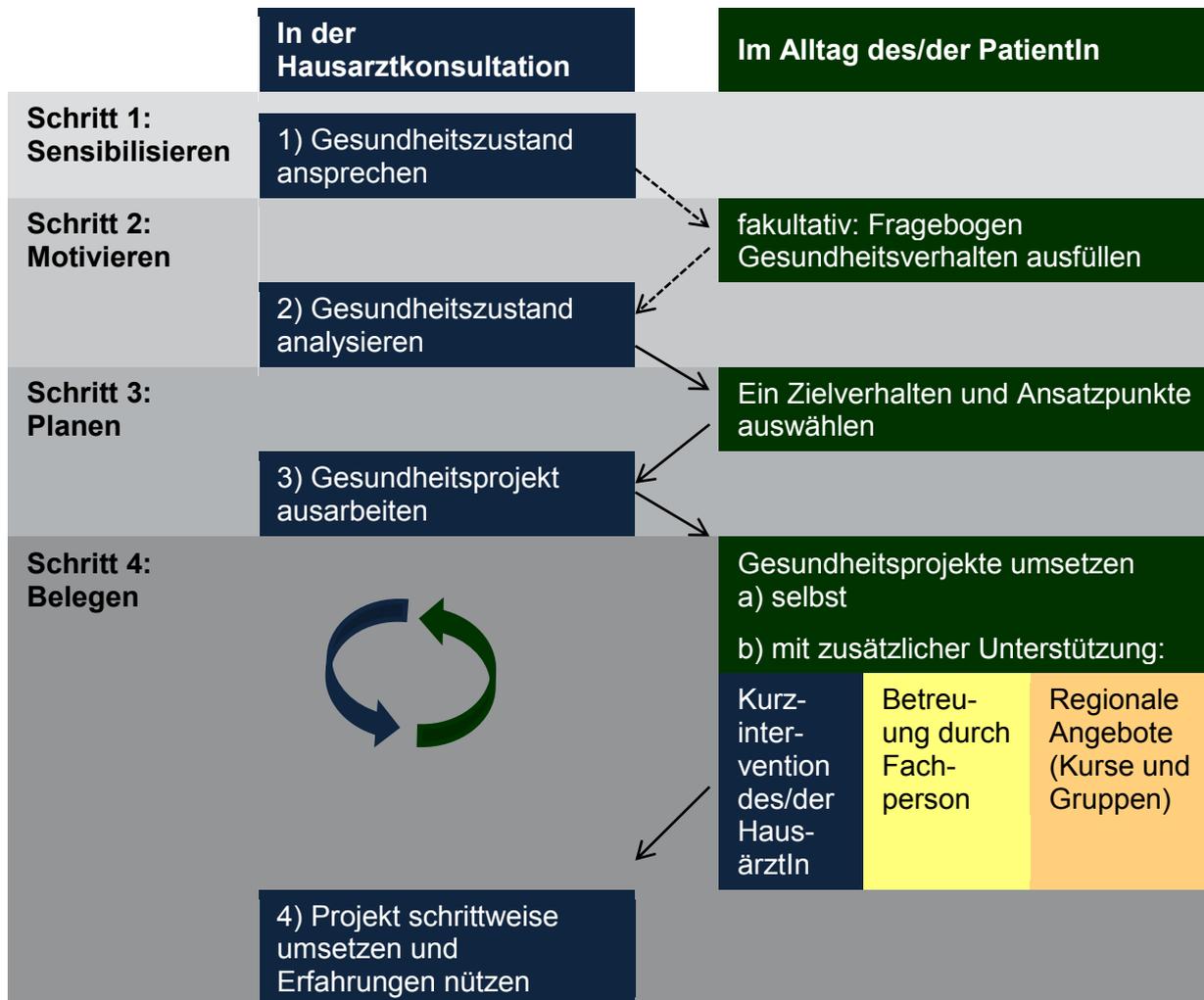
83 Center for Coaching in Health Care at McLean Hospital <http://www.instituteofcoaching.org/index.cfm?page=healthcare> (17.1.2013)

84 Siehe Schlussbericht des Projekts Gesundheitscoaching KHM http://www.gesundheitscoaching-khm.ch/download/2012_ExecSummary_mLogos.pdf

85 Ärztegesellschaft des Kanton St. Gallen: http://www.aerztesg.ch/cmseditor/my_documents/my_files/2010/10_07_22_Gesundheitscoaching_im_Praxistest.pdf (25.1.2013)

werden sie mit den Grundbegriffen des Gesundheitscoachings vertraut gemacht, dabei werden u.a. Themen wie die motivierende Gesprächsführung besprochen; im praktischen Teil wird der Ablauf des Gesundheitscoachings mit Schauspielpatienten geübt.

Abbildung 11: Der Prozess des Gesundheitscoachings⁸⁶



6.1.2.2 Beispiel: Initiative „Making Every Contact Count”(MECC) in Großbritannien

Das NHS Future Forum empfiehlt in seinem Bericht 2012 als eine Strategie um Gesundheitskompetenz zu verbessern, dass „jeder Gesundheitsberuf jeden Kontakt sinnvoll verwenden sollte; dass jeder einzelne Kontakt, unabhängig von den Gründen für den Kontakt, dafür genutzt wird, die mentale und körperliche Gesundheit und das Wohlbefinden zu bewahren und zu verbessern, wenn möglich. Im Speziellen sollte gezielt auf die vier größten Lebensstil-Risikofaktoren eingegangen werden: Ernährung, Bewegung, Alkohol, Rauchen.“⁸⁷ Die Idee hierbei ist, dass verschiedene Gesundheitsdienstleister ihre PatientInnen – z.B. der/die ÄrztIn bei einer Grippeimpfung

86 Gesundheitscoaching: <http://www.gesundheitscoaching-khm.ch> (20.12.2012)

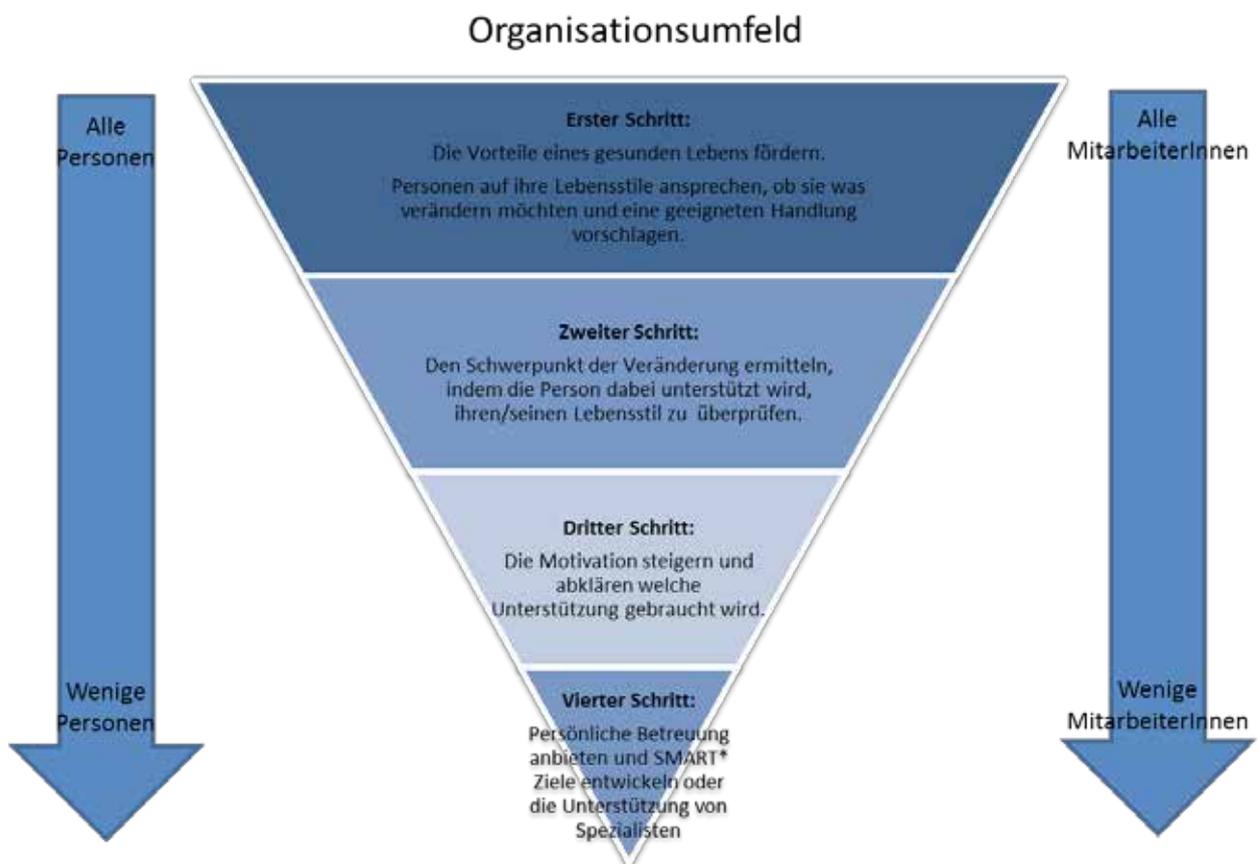
87 NHS Future Forum Report 2012: <http://healthandcare.dh.gov.uk/forum-report/>

Original: “Every healthcare professional should ‘make every contact count’; use every contact with an individual to maintain or improve their mental and physical health and wellbeing where possible, in particular targeting the four main lifestyle risk factors: diet, physical activity, alcohol and tobacco – whatever their speciality or the purpose of the contact.” Übersetzt durch AutorInnen

oder der/die FußpflegerIn bei der diabetischen Fußpflege – auf Lebensstilrisiken ansprechen und dabei die Chancen nutzen, um auf mögliche Gefahren und Zusammenhänge aufmerksam zu machen. MECC setzt hier an der Problematik an, dass chronische Krankheiten vermehrt auf ungesunde Lebensstile zurückzuführen sind und durch gesündere Lebensstile verhindert werden können⁸⁸. Das Ziel vom MECC-Programm ist es, die Gesundheit der gesamten Bevölkerung zu verbessern (Mooney 2012). Hierbei wird MECC nicht als isolierte Intervention aufgenommen, sondern systematisch in die Organisation eingebettet. Im MECC Programm wird hervorgehoben, dass es sowohl für Gesundheitsdienstleister, wie auch für PatientInnen wichtig ist, zu verstehen, welche Auswirkung das Fragen nach Lebensstilen hat. Im MECC-Programm geht es nicht isoliert um die Gesundheit und das Wohlbefinden der PatientInnen, sondern auch um das der Gesundheitsberufe. Daher werden die Vorteile von gesunden Lebensstilen im MECC-Programm in der gesamten Organisation systematisch gefördert.

Ein MECC-Beratungsprozess beginnt damit, dass alle Personen nach ihren Lebensstilen und ob sie diese verändern möchten gefragt werden, danach werden weitere Schritte gesetzt (siehe Abbildung 12).

Abbildung 12: MECC Prozessschritte⁸⁹



*SMART= Spezifisch - Messbar - Akzeptiert - Realistisch - Terminbar

88 WHO: New WHO report: deaths from noncommunicable diseases on the rise, with developing world hit hardest. 27.4.2011 http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/ncds_20110427/en/index.html

89 Übersetzt durch AutorInnen

Das NHS bietet umfangreiche MECC-Hilfsmittel an, wie beispielsweise ein Implementierungs-Toolkit (Varley & Murfin 2012), Dokumente, die zur Erfolgsmessung⁹⁰ genutzt werden können oder Videos mit persönlichen Interviews zu MECC und Kommunikation-Toolkits. Es wurden aber auch MECC-Trainings⁹¹ ausgearbeitet – z.B. e-Learning Kurse⁹² für alle Berufe im öffentlichen Sektor mit einer Dauer von 90 Minuten oder spezifischere und intensivere Weiterbildungen⁹³ für Gesundheitsberufe.

Als Implementierungsschritte für MECC werden folgende vorgeschlagen: 1.) die Organisation als gesundheitsfördernde Organisation zu positionieren; 2.) MECC-Ziele zu setzen und zu entscheiden, welche personellen Ressourcen dazu notwendig sind; 3.) die Organisationsinfrastruktur so zu entwickeln, dass MECC möglich ist und die MitarbeiterInnen die Kompetenzen haben, um MECC zu implementieren und 4.) die Prozesse zu evaluieren und Änderungen vorzunehmen, wenn erforderlich (Varley & Murfin 2012).

MECC wurde bereits in Einrichtungen im Gesundheitswesen in Großbritannien, wie im Birmingham Children's Hospital oder im „Active Together Leicester-Shire & Rutland Sport“⁹⁴, implementiert.

6.2 Personenbezogene Interventionen

6.2.1 Gesundheitskommunikation verbessern: Nachfragen von PatientInnen fördern.

Ausgangsproblem: PatientInnen mit mangelnder Gesundheitskompetenz fühlen sich im Kommunikationsprozess mit dem/der ÄrztIn oft unwohl und trauen sich nicht, zu fragen bzw. nachzufragen (Parikh et al. 1996).

Lösungsansatz: Eine Möglichkeit, das aktive Nachfragen des/r PatientIn zu fördern ist es, eine Umgebung zu schaffen, in der sich der/die PatientIn wohl fühlt (Schwartzberg et al. 2007). Dabei spielt das Auftreten des/der Arztes/Ärztin eine entscheidende Rolle – autoritäres Auftreten wirkt einschüchternd auf PatientInnen und verhindert eine mögliche gemeinsame Entscheidungsfindung (Frosch et al. 2012). Die Vorbereitung des/r PatientIn auf einen Arztbesuch durch Beispielfragen (National Institute on Aging 2005; Englisch 2007) ist eine Möglichkeit, Selbstbewusstsein fürs Fragen zu schaffen. Dabei kann man den/die PatientIn darüber informieren, dass er/sie dem/der Arzt/Ärztin wichtige Informationen mitteilt, die für eine richtige Diagnose notwendig sind und er/sie diese nicht aus Schamgefühl oder sonstigen Gründen für sich behalten soll. Denn auch ÄrztInnen können Fehldiagnosen aufgrund fehlerhafter Informationen stellen (AMA 2001). Bei diesen Maßnahmen handelt es sich im Kern um Interventionen zur Verbesserung der Effektivität und Effizienz der Krankenbehandlung durch veränderte Kommunikation.

90 NHS Midlands and East Metrics, Example Data Capture Forms und Cquin <http://learning.nhslocal.nhs.uk/features/making-every-contact-count/measuring-success/information-support-measuring-success>

91 NHS local, Learning. <http://learning.nhslocal.nhs.uk/feature-list/training>

92 NHS local, Professional Learning Environment. <http://www.education.nhslocal.nhs.uk/>

93 NHS local, Nursing Training-CHAMPS <http://learning.nhslocal.nhs.uk/features/making-every-contact-count/training/pre-registration-nurses/champs>

94 NHS (2012): Making Every Contact Count. Examples from Practice. http://learning.nhslocal.nhs.uk/sites/default/files/mecc_examples_of_practice_0.pdf

Mögliche Umsetzungsschritte durch die Sozialversicherung: Diese Maßnahmen der Qualitätsverbesserung könnten zunächst in den eigenen Einrichtungen der Sozialversicherung pilotiert werden. Danach könnten interessierten Vertragspartnern unterstützende Angebote gemacht werden bzw. die Maßnahmen letztlich auch vertraglich verankert werden. Das aktive Nachfragen des/der PatientIn könnte durch spezielle Fragenkataloge oder Ask-Me-3-Fragen beworben werden. So können PatientInnen darüber informiert werden, wie wichtig ihre Rolle bei der Diagnose ist. Die Fragenkataloge für verschiedene gesundheitsrelevante Themen und zu spezifischen Krankheiten könnten auf die Sozialversicherungshomepage gestellt und von dort abgerufen werden.

6.2.1.1 *Beispiel: Ask-Me-3 in den USA*

Bei Ask-Me-3⁹⁵ werden PatientInnen dazu aufgefordert, den ÄrztInnen drei grundlegende Fragen zu stellen. Die PatientInnen werden durch Poster oder Broschüren, die in den Arztpraxen aufliegen, darauf aufmerksam gemacht. Das Ask-Me-3 wird als wertvoller Rahmen erlebt, um die Kommunikation mit dem/der Arzt/Ärztin anzuregen (Mika et al. 2007).

Die Ask-Me-3-Fragen⁹⁶:

- Was ist das Hauptproblem?
- Was kann ich (gegen das Problem) tun?
- Warum ist das wichtig für mich?

6.2.1.2 *Beispiel: Spezifische Fragenkataloge für Arztgespräche in den USA etc.*

Die National Institutes of Health⁹⁷ oder auch die Harvard Medical School⁹⁸ haben Fragen zu jeweils verschiedenen Themen zusammengestellt, die für eine richtige Diagnose wichtig sind und PatientInnen den Einstieg in die Arzt-Patienten-Kommunikation erleichtern. Auch wurde von der Techniker Krankenkasse in Deutschland in der Broschüre „Kompetent als Patient“⁹⁹ unter anderem ein solcher Fragenkatalog publiziert.

In Österreich bietet die niederösterreichische Patientenrechtsanwaltschaft auf ihrer Homepage einen „Ratgeber von Patienten für Patienten“¹⁰⁰ als Vorbereitung auf einen Arztbesuch an.

95 National Patient Safety Foundation: Ask Me 3: <http://www.npsf.org/for-healthcare-professionals/programs/ask-me-3/>

96 Übersetzt durch AutorInnen. Original Ask-Me-3 question: What is my main problem?, What do I need to do (about the problem)? Why is it important for me to do this?

97 National Institutes of Health: Clear Communication: A NIH Health Literacy Initiative. Talking to your doctor. <http://www.nih.gov/clearcommunication/talktoyourdoctor.htm>

98 Harvard Medical School. Family Health Guide. When you visit your doctor. <http://www.health.harvard.edu/fhg/doctor/doctor.shtml>

99 Nebling, T. (2010): Kompetent als Patient. Techniker Krankenkasse. (<https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/230330/Datei/45118/TK-Broschuere-Kompetent-als-Patient.pdf>)

100 NÖ Selbsthilfegruppe (2011): „Kompetent als Patient“ das Arzt-Patienten-Gespräch. Ein Ratgeber von Patienten für Patienten“. http://www.patientenanwalt.com/fileadmin/dokumente/04_publicationen/patientenzentrierte_projekte/Das_Arzt_Pat_Gespraech_Dachverband_Selbsthilfegruppen_Patientenzentrierte_Projekte.pdf

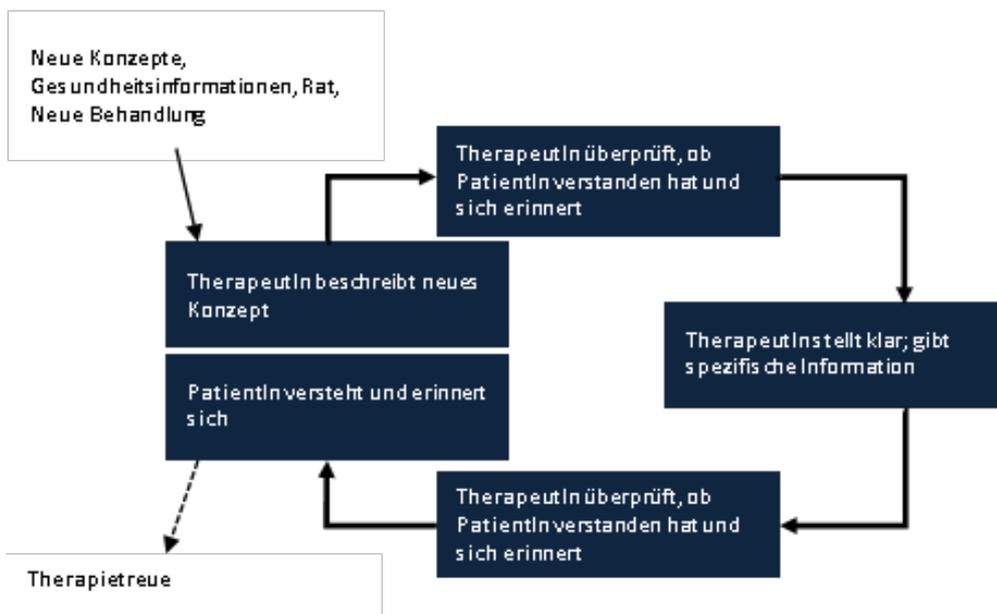
6.2.2 Gesundheitskommunikation verbessern: Teach back

Ausgangsproblem: Ergebnisse des europäischen Health Literacy-Survey (HLS-EU Consortium 2012) zeigen, dass in Österreich jede/r Vierte seinen/ihren Arzt bzw. seine/ihre Ärztin nicht versteht. Weitere internationale Studien bestätigen, dass 40-80 Prozent der PatientInnen die medizinische Information umgehend nach dem Gespräch vergessen (Kessler 2003) und dass fast die Hälfte falsche Information speichert (Ley 1998; Anderson et al. 1979)¹⁰¹. Oft unterschätzen die ÄrztInnen das Informationsbedürfnis ihrer PatientInnen und überschätzen die Effektivität ihrer eignen Erklärungen (Wu et al. 2005; Schinkel et al. 2013).

Lösungsansatz: Ein Möglichkeit, diese Lücke zu schließen, ist die Teach Back Methode¹⁰². Mit dieser Methode kann sichergestellt werden, dass die Erklärungen und Anweisungen richtig verstanden wurden. Der/die PatientIn bestätigt das korrekte Verständnis, indem er die Anweisungen in seinen eigenen Worten wiedergibt. So können falsch verstandene Informationen korrigiert und Lücken geschlossen werden. (siehe Abbildung 13) Zudem ermöglicht das Teach Back Verfahren den Gesundheitsdienstleistern, Kommunikationsstrategien zu entwickeln, die auf die Bedürfnisse der PatientInnen eingehen.

Teach Back ist eine einfache Methode, um die Arzt-Patienten-Kommunikation zu verbessern (Paasche-Orlow et al. 2006). Eine effektive Kommunikation fördert die Zufriedenheit und hilft den PatientInnen, die ärztlichen Anweisungen zu befolgen, was wiederum zu besseren Gesundheitsoutcomes führt (Kandula et al. 2011). Beispielsweise wurde gezeigt, dass Diabetes-PatientInnen, deren ÄrztInnen Teach Back Verfahren anwenden, ihre Krankheit besser kontrollieren können (Schillinger et al. 2003).

Abbildung 13: Kommunikationskreislauf des Teach Back Verfahrens (Schillinger et al. 2003)



101 Anderson JL., Dodman S., Kepelman M., Fleming A. (1979): Patients information recall in a rheumatology clinic. Rheumatology, 18(1): 18-22.

102 Auch bekannt als „teach-to-goal“ Methode

Mögliche Umsetzungsschritte durch die Sozialversicherung: Zunächst (gemeinsam mit anderen Stakeholdern, insbesondere Ärztekammern) Angebote für das Erlernen der Methode organisieren, dann Pilotprojekte starten, letztlich Teach Back zur Qualitätssicherung der Leistungen in Verträge mit den VertragsärztInnen aufnehmen.

6.2.2.1 *Beispiel: Teach Back Videos in den USA*

Das North Carolina Program on Health Literacy hat drei Teach Back Videos¹⁰³ erstellt, die über ihre Homepage zugänglich sind. Die Videos sind an Ärzte und Ärztinnen gerichtet, und werben bzw. sensibilisieren für die Teach Back Methode. Die Videos zeigen Beispiele von Arzt-Patienten-Gesprächen, in denen die Teach Back Methode angewandt wird, ein allgemeines, ein spezifisches für kardiologische Praxen sowie eines mit spezifisch rheumatologischen Inhalten.

6.2.3 **Gesundheitskommunikation verbessern: Medikamentenbesprechungen**

Ausgangsproblem: Oft werden Medikamente aufgrund von mangelndem Verständnis der Medikamentenanweisungen unbeabsichtigt falsch, doppelt oder gar nicht eingenommen (IOM 2006). Die Nichteinhaltung der Medikamentenverordnungen führt zu einem unnötig schlechten Gesundheitszustand (Task Force on Medicine Partnership 2002). Gerade Personen mit geringer Gesundheitskompetenz und ältere Personen (Cung & Dickman 2007) sind von einer Falschdosierung am häufigsten betroffen (Wolf et al. 2011).

Lösungsansatz: Standardisierte Medikamentenverordnungen (ebd.) und Medikamentenbesprechungen (Nathan et al. 1999; Zermansky et al. 2011) können das Risiko einer unbeabsichtigten, falschen Medikamenteneinnahme reduzieren.

Mögliche Umsetzung durch die Sozialversicherung: Die Sozialversicherung könnte unterstützen, dass ÄrztInnen und ApothekerInnen Medikamentenbesprechungen anbieten. Eine routinemäßig durchgeführte Medikamentenbesprechung kann als Beitrag zur Patientensicherheit gesehen werden. Hier bestünde auch die Möglichkeit, auf Erfahrungen anderer österreichischer Pilot-Projekte (Morek et al. 2010), wie den „Arzneimittel-Sicherheitsgurt¹⁰⁴“, aufzubauen. Medikamentenverordnungen könnten auf ihre Verständlichkeit hin getestet werden, um dann standardisierte Verordnungen zu entwickeln.

6.2.3.1 *Beispiel: „Brown Bag“ Medikamentenbesprechungen in USA*

Bei einer „Brown Bag“ Medikamenten Besprechung bringen die PatientInnen all ihre Medikamente und auch Vitamine, die sie täglich einnehmen, mit in Praxis. Dort werden sie besprochen und mittels Teach Back Verfahren wird geprüft, ob die Medikamente auch richtig eingenommen werden. Bei einer Studie, die neun Praxen untersuchte, welche „Brown Bag“ Medikamentenbe-

¹⁰³ Teach Back-Videos des NC Program on Health Literacy - <http://nchealthliteracy.org/teachingaids.html>

¹⁰⁴ Österreichische Sozialversicherung: Arzneimittel-Sicherheitsgurt mit e-card: Pilotbetriebe in 71 Salzburger Apotheken. Soziale Sicherheit Online. (http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=63478&p_tabid=2&p_pubid=131769)

sprechungen implementiert haben, wurden in 80 Prozent der Besprechungen Fehler bei der Einnahme festgestellt (DeWalt et al. 2010).

Abbildung 14: Ablauf eines Brown Bag Reviews (ebd.) ¹⁰⁵

<p>Vor dem Arzttermin</p>	<p>Dem/der PatientIn sagen, was er/sie alles mitbringen soll:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle verschriebenen Medikamente (inklusive Tabletten und Cremes) • Alle rezeptfreien Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden • Alle Vitamine, Nahrungsergänzungen und pflanzlichen Heilmittel <p>Den/die PatientIn erinnern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mittels einer Terminkarte • Mittels eines Erinnerungsanrufs kurz vor dem Termin • Mittels Posters in der Arztpraxis und (anonymisierter) Fallbeispiele auf einer Pinnwand, z.B. „Frau Müller brachte beim letzten Besuch all ihre Medikamente mit und wir fanden heraus, dass sie noch immer Bluthochdruckmedikamente einnahm, die sie nicht mehr benötigte.“ <p>Die PatientInnen ermutigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vorteile betonen (z.B. die Medikamentenbesprechung führt möglicherweise zu einer Absetzung von einigen Medikamenten) • Einen Medikamentenbehälter anbieten (Stoff-, Papier- oder Plastiksäcke, am besten mit einer Terminerinnerung und dem Namen der Praxis)
<p>Während des Arztbesuchs</p>	<p>Medikamente aufstellen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ein/e Schwester/Pfleger oder einE medizinischeR AssistentIn soll alle Medikamente auf einen Tisch im Untersuchungsraum aufstellen. <p>Sich bei dem/der PatientIn bedanken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betonen Sie, wie wichtig es ist, alle Medikamente bei jedem Besuch mitzubringen. <p>Medikamente besprechen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fragen, ob der/die PatientIn irgendwelche Fragen zu den Medikamenten hat • Nachfragen, z.B.: <ul style="list-style-type: none"> – Nehmen Sie irgendwelche neuen Medikamente seit dem letzten Besuch? – Haben Sie seit dem letzten Besuch Medikamente abgesetzt? – Wie viele Tabletten nehmen Sie jeden Tag? – Wofür ist dieses Medikament? <p>Die Medikamenteneinnahme erklären</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Medikamente und die Art der Einnahme besprechen • Medikamente, die alt, abgelaufen sind oder ausgetauscht werden müssen – sollten weggeworfen werden. • Bitten Sie den/die PatientIn, in eigenen Worten zu erklären, welche Medikamente er/sie einnimmt und wie. <p>Aktualisieren Sie die Patientenkartei</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentieren Sie klar und deutlich, für welche Medikamente Unverträglichkeiten bestehen und welche Medikamente der/die PatientIn einnehmen soll. <p>Geben Sie dem/der PatientIn eine aktuelle Medikamentenliste</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fügen sie hinzu, wie oft und zur welcher Zeit der/die PatientIn das Medikament einnehmen soll
<p>Nach dem Arztbesuch</p>	<p>Dokumentieren und kodieren Sie die Medikamentenbesprechung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notieren Sie, wenn eine umfassende, eine partielle Medikamentenbesprechung durchgeführt wurde und wann die Medikamentenbesprechung aktualisiert wurde. • Wählen Sie den richtigen Kode (z.B. ICD-9 V58.69)

¹⁰⁵ Adaptiert und Übersetzt durch AutorInnen: DeWalt, DA., Callahan, LF., Hawk, VH., Broucksou, KA., Hink, A. (2010): Health Literacy Universal Precaution Toolkit. Edited by the Agency for Healthcare Research and Quality. (<http://www.ahrq.gov/qual/lit-eracy/healthliteracytoolkit.pdf>).

6.2.3.2 Beispiel: Medication Review Guidelines in Kanada und England

In Kanada hat beispielsweise die British Columbia Pharmacy Association¹⁰⁶ Medikamentenbesprechungen standardisiert und unterscheidet dabei zwischen drei Stufen der Medikamentenbesprechung¹⁰⁷, die von ApothekerInnen angeboten werden können. In England wurde von der Task Force on Medicines Partnership¹⁰⁸ ein Leitfaden für Medikamentenbesprechungen erstellt.

6.2.3.3 Beispiel: Universal Medication Schedule in den USA

Medikamentenanweisungen wurden hinsichtlich ihrer Verständlichkeit überprüft und es wurde festgestellt, dass teilweise Informationen fehlen, oder die Informationen missverständlich dargestellt wurden (Wolf et al. 2009). Personen mit geringer Gesundheitskompetenz und ältere Personen waren dabei am häufigsten von Fehleinnahmen betroffen (Wolf et al. 2009).

Beispielsweise wurde die Dosierungsangabe¹⁰⁹: „Nehmen Sie oral dreimal täglich einen Teelöffel“ als „Nehmen Sie drei Teelöffel täglich“ oder „Nehmen Sie drei Esslöffel täglich“ oder „Trinken Sie es dreimal am Tag“ interpretiert (Wolf et al. 2007). Eine standardisierte Medikamentenanweisung (Universal Medication Schedule) wurde fünfmal besser verstanden als die üblichen Medikamentenanweisungen (ebd.).

Abbildung 15: Beispiel eines Universal Medication Schedule (UMS)¹¹⁰

Standard	UMS	UMS + Graphic Aid								
Take one tablet by mouth daily.	Take 1 tablet at bedtime.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Morning</th> <th>Noon</th> <th>Evening</th> <th>Bedtime</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Morning	Noon	Evening	Bedtime				1
Morning	Noon	Evening	Bedtime							
			1							
Take one tablet by mouth three times daily.	Take 1 tablet in the morning 1 tablet at noon 1 tablet in the evening	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Morning</th> <th>Noon</th> <th>Evening</th> <th>Bedtime</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Morning	Noon	Evening	Bedtime	1	1	1	
Morning	Noon	Evening	Bedtime							
1	1	1								
Take two tablets by mouth twice daily.	Take 2 tablets in the morning and 2 tablets at bedtime	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Morning</th> <th>Noon</th> <th>Evening</th> <th>Bedtime</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	Morning	Noon	Evening	Bedtime	2			2
Morning	Noon	Evening	Bedtime							
2			2							

106 British Columbia Pharmacy Association: <http://www.bcpharmacy.ca/medication-review-service>

107 British Columbia Pharmacy Association (2012): Medication Review Services. Policies, Procedures and Guidelines for Pharmacists. (<http://www.health.gov.bc.ca/pharmacare/pdf/medrevguide.pdf>)

108 Task Force on Medicines Partnership (2002): *Room for review. A guide to medication review: the agenda for patients, practitioners and managers*. London: Medicines Partnership (http://www.npc.nhs.uk/review_medicines/intro/resources/room_for_review_briefing.pdf)

109 Übersetzt durch AutorInnen.

110 *A Universal Medication Schedule to Promote Patient Understanding and Use*. Slide Presentation from the AHRQ 2009 Annual Conference December 2009. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.

6.2.4 Patientenbildung: Gesundheitskompetenz-Interventionen für PatientInnen mit chronischen Krankheiten

Ausgangproblem: Die Versorgung von chronisch Kranken ist mit einem zunehmend hohen Kostenaufwand verbunden (Maaz et al. 2006). Damit PatientInnen mit chronischen Erkrankungen jedoch ihren Gesundheitszustand bestmöglich steuern können, ist es wichtig, dass sie über ihre Krankheit Bescheid wissen (Jordan et al. 2010). Wobei Personen mit limitierter Gesundheitskompetenz weniger über ihre Krankheit wissen, als Personen mit adäquater Gesundheitskompetenz (Gazmararian et al. 2003).

Lösungsansatz: Oft bleibt das Wissen der PatientInnen selbst eine ungenutzte Informationsquelle. Durch die Befähigung und Beteiligung von PatientInnen könnten diese zu ExpertInnen ihrer eigenen Krankheit werden und dieses Wissen auch an andere PatientInnen weitergeben (Department of Health 2011). Ein erfolgreiches Selbstmanagement ermöglicht auch finanzielle Einsparungen (Burrows 2010). Durch die Patientenbildung können PatientInnen dazu befähigt werden, ihre Krankheit erfolgreich selbst zu managen.

In **Österreich** bieten verschiedene Selbsthilfegruppen¹¹¹ Unterstützung zum Selbstmanagement an, und auch das Disease Management-Programm „Therapie aktiv – Diabetes im Griff“¹¹² oder „Gesundheitsdialog Diabetes mellitus“¹¹³ verschafft Diabetes-PatientInnen mehr Wissen und ermöglicht Eigenverantwortung für ihre Krankheit. Ein weiteres Projekt „Serious Games for Health“ wird von der VAEB in der Gesundheitseinrichtung Breitenstein für Diabetes PatientInnen angeboten.

Mögliche Umsetzungsschritte durch die Sozialversicherung: Expert-Patient-Programme initiieren und mögliche Partner dabei unterstützen.

6.2.4.1 Beispiel: Evivo aus der Schweiz

Die Careum Stiftung bietet in Zusammenarbeit mit verschiedenen PartnerInnen das Kursprogramm Evivo an, ein Programm zum Selbstmanagement bei chronischer Krankheit. Ziel ist es, die PatientInnen dazu zu befähigen, besser mit ihrer Situation umgehen zu können und Verantwortung für ihre eigene Gesundheit zu übernehmen. Evivo basiert auf dem evidenzbasierten Chronic Disease Self-Management-Programm der Stanford University (Haslbeck 2012)¹¹⁴ und wird als Gruppenkurs abgehalten. Die Kursleiter sind selbst chronisch erkrankt oder Fachleute aus dem Gesundheitswesen.¹¹⁵

In **Österreich** wird Evivo bereits vom Frauengesundheitszentrum Graz in Kooperation mit dem Hauptverband und dem Land Steiermark in Graz angeboten.¹¹⁶

111 Selbsthilfe OÖ - Dachverband der Selbsthilfegruppen, Selbsthilfe Tirol - Dachverband der Tiroler Selbsthilfevereine und – gruppen im Gesundheits- und Sozialbereich, Dachverband Selbsthilfe Kärnten, Selbsthilfekontaktstelle Steiermark.

112 Therapie Aktiv. Diabetes im Griff. <http://diabetes.therapie-aktiv.at>

113 Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau. Gesundheitsdialog Diabetes mellitus. http://www.vaeb.at/portal27/portal/vaebportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=72492&p_tabid=1

114 Stanford School of Medicine. Patient Education, Self-Management Programs: <http://patienteducation.stanford.edu/programs/>

115 Careum, Evivo: <http://www.evivo.ch/home>

116 Frauen Gesundheitszentrum. Pressemeldung. Neu: Evivo – gesund und aktiv mit chronischer Krankheit leben in Graz. <http://www.fgz.co.at/Neu-Evivo-gesund-und-aktiv-mit-chronischer-Krankheit-leben-in-Graz.779.0.html>

6.2.4.2 Beispiel: The Expert Patients Programme (EPP) in Großbritannien

Das Expert-Patient-Programme (EPP) des National Health Service (NHS) startete im Jahr 2002 mit dem Ziel, chronisch Kranke dabei zu unterstützen, mehr Kontrolle über ihren Gesundheitszustand zu gewinnen. Auch dieses Programm basiert auf dem Chronic Disease Self-Management-Programm der Stanford University.

6.2.4.3 Beispiel: Schulungen zu gesundheitsrelevanten Themen in den USA etc.

Ein Beispiel für Schulungen zu gesundheitsrelevanten Themen ist die Mini-Med School, die an der Universität von Colorado¹¹⁷ entwickelt wurde. Hier werden acht aufeinander aufbauende Seminare zu unterschiedlichen gesundheitsrelevanten Themen angeboten. Das in der Mini-Med School erworbene Wissen kann den TeilnehmerInnen einen kritischen Umgang mit Gesundheitsinformation ermöglichen. Dabei werden Lerninhalte aufbereitet, die einen kritischen Umgang mit Informationen aus dem Internet zum Thema haben und Wissen vermittelt, welches den BürgerInnen einen kritischen Umgang mit Gesundheitsinformationen ermöglicht (Van Moorsel 2001). Mittlerweile werden Mini-Med Schools von mehr als 80 medizinischen Universitäten, Forschungsinstituten und Krankenhäusern in den USA, aber auch in Malta, Irland und Kanada angeboten (Brown 2000). Vom National Health Institute wurde ein Planungshandbuch erstellt¹¹⁸, welches Planungshilfen für Mini-Med-Schools anbietet.

Von der Medizinischen Hochschule Hannover wird auch eine Patientenuniversität angeboten, mit dem Ziel, Gesundheitskompetenz zu vermitteln¹¹⁹.

Auch in **Österreich** wird von der Medizinischen Uni Wien z.B. eine spezifische Abendveranstaltungsreihe „Cancer School¹²⁰“ zu Krebswissen veranstaltet, die sich an die interessierte Öffentlichkeit richtet. Schulungen zu spezifischen gesundheitsrelevanten Themen werden in Österreich z.B. auch von der Kärntner Landesregierung in einem Workshop mit dem Titel „Einkaufsrallye durch den Supermarkt¹²¹“ angeboten, aber auch Frauengesundheitszentren bieten frauenspezifische Informationsveranstaltungen¹²² an.

117 School of Medicine. University of Colorado. Anschutz Campus. CU Mini Med School. <http://www.ucdenver.edu/academics/colleges/medicalschoollcommunity/MiniMed/Pages/default.aspx>

118 The NIH Mini-Med School Manual: A Planning Guide and Directory. [http://science.education.nih.gov/home2.nsf/371a727bbc238a5f85256c9c0063d8c0/cd8e49a582ce63e485256ffc006b2461/\\$FILE/Printer%20Friendly%20Version.pdf](http://science.education.nih.gov/home2.nsf/371a727bbc238a5f85256c9c0063d8c0/cd8e49a582ce63e485256ffc006b2461/$FILE/Printer%20Friendly%20Version.pdf)

119 Patienten Universität an der Medizinischen Hochschule Hannover: <http://www.patienten-universitaet.de/>

120 Cancer School CC Vienna: <http://www.cancerschool.at/>

121 Gesundheitsland Kärnten. Einkaufsrallye durch den Supermarkt. <http://www.gesundheitsland.at/default.aspx?pagetype=detail&ARid=2083&Slid=32&a=1>

122 Gesundheitsprogramm für Migrantinnen „Gesund leben in Dornbirn“. <http://www.femail.at/veranstaltungen.html>

7 Interventionen im Setting Schule

Ausgangsproblem: Ergebnisse der österreichischen Gesundheitskompetenz-Jugendstudie zeigen, dass 15-jährige Jugendliche Schwierigkeiten damit haben, Informationen über Krankheitssymptome, die sie betreffen, zu finden; das Gleiche gilt auch für generelle Informationen aus dem Bereich der (mental)en Gesundheitsförderung (Röthlin et al. 2013). Insgesamt weisen etwa 58 Prozent der in Österreich lebenden 15-Jährigen limitierte Gesundheitskompetenzwerte auf, wobei Jugendliche aus bildungsfernen oder finanziell deprivierten Familien davon am häufigsten betroffen sind (ebd.).

Lösungsansatz: Der Einbau von Gesundheitskompetenz und Gesundheitsinhalten in den Schulstoff bzw. in schulische Kursangebote wird schon seit längerem gefordert (Abrams et al. 2009a, Abrams et al. 2009b). Tatsächlich ist die Effektivität von funktionaler Gesundheitskompetenz (lesen und verstehen von Texten und Begriffen aus dem Gesundheitsbereich) etwa bei asthmatischen Kindern nachgewiesen (diese sind weniger häufig in der Notaufnahme) (Robinson 2008). Dabei scheint es sich um einen Empowerment-Effekt zu handeln, der durch gesteigerte Selbstwirksamkeitserwartung (Badura 1993) (self-efficacy) entsteht.

Die Schule ist ein durchaus geeignetes Setting, um Kindern und Jugendlichen zu ermöglichen, die nötigen Kompetenzen zu erlernen, um gesundheitsförderliche Entscheidungen gut treffen zu können (Kickbusch 2008). Die WHO begreift Schulen als besonders geeignetes Setting nicht nur zur Vermittlung von Bildung und Wissen, sondern auch zur Förderung von Gesundheit und Bürgerrechten (WHO 1999). Schulisch vermittelte Gesundheitskompetenz hat deshalb laut Paakkari und Paakkari fünf Dimensionen: theoretisches Wissen, praktisches Wissen, kritisches Denken, Selbstwahrnehmung und Bürgersein (Paakkari & Paakkari 2011), wobei im Unterricht besonders darauf geachtet werden sollte, dass SchülerInnen die notwendigen Fähigkeiten zur kritischen Reflexion entwickeln, die es ihnen ermöglichen, sich auch als gesundheitskompetente BürgerInnen zu verhalten (ebd.).

Auch effektiv sind einige teils vom Schulsetting unabhängige Gesundheitskompetenz-Interventionen, die sich nicht an Kinder, sondern an deren Angehörige richten. Weiters werden speziell für Kinder und Jugendliche gestaltete Impfbroschüren häufiger und besser verstanden (Davis et al. 1996; Davis et al. 1998) und können Impfraten verbessern. Piktogramm-basierte Medikamenteninformationen für Kinder und deren pflegende Angehörige senken Über- und Fehldosierungsraten (Yin et al. 2008) bei erkrankten Kindern.

Mögliche Umsetzungsschritte durch die Sozialversicherung: Zur Förderung von Gesundheitskompetenz-Interventionen im Schulsetting kann die Sozialversicherung zwar Agenda-Setting in der Öffentlichkeit betreiben und Initiativen unterstützen, aber letztlich müssen PartnerInnen gefunden und überzeugt werden, entsprechende Maßnahmen auch in den Schulen umzusetzen. Weiter ausgebaut werden könnten Gesundheitskompetenz-fördernde Broschüren für Jugendliche bei Impfkampagnen oder die Entwicklung von Unterrichtsmaterialien für verschiedene Unterrichtsfächer, die Themen der Jugendgesundheit behandeln. Es sollten speziell jene Ansätze unterstützt werden, die den Jugendlichen helfen, Gesundheitsinformationen kritisch zu reflektieren.

7.1 Systembezogene Interventionen

7.1.1 *Beispiel: Anleitungen zum Gesundheitskompetenzunterricht nach Paakari aus Finnland*

Paakari und Paakari (2011) erarbeiteten praktische Anleitungen und Beispiele für PädagogInnen, wie ein Gesundheitskompetenzunterricht in Schulen gestaltet werden kann. Am Beispiel Tabakkonsum empfehlen sie etwa, theoretisches Wissen durch die Vorstellung und gemeinsame Diskussion von aufbereitetem statistischem Material über die Folgen des Rauchens zu erzeugen. Praktisches Wissen kann gefördert werden, indem sich SchülerInnen gemeinsam mit LehrerInnen überlegen, welche Faktoren zu einem positiveren Image des Nichtrauchens beitragen könnten sowie durch Rollenspiele, in denen SchülerInnen praktische Erfahrungen damit sammeln können, in verschiedenen sozialen Situationen den Konsum von Tabak abzulehnen. Zur Entwicklung von kritischem Denken empfehlen Paakari und Paakari den PädagogInnen etwa eine Debatte zu organisieren, in deren Verlauf SchülerInnen, unterstützt durch die LehrerInnen, das Phänomen Tabakkonsum aus verschiedenen Perspektiven beleuchten, verschiedene Wissensteile zusammensetzen und die Validität von Argumentationen zu beurteilen lernen. Die Selbstwahrnehmung der SchülerInnen kann bspw. durch Assoziationsspiele gefördert werden, in denen SchülerInnen spontan angeben, welche Adjektive, Bilder und Assoziationen ihnen zu Bildern von RaucherInnen einfallen. Anschließend kann dann über unterbewusste Mechanismen diskutiert werden, wie sie in der Zigarettenwerbung zum Tragen kommen und wie sie das Verhalten der SchülerInnen beeinflussen. Als Praxisbeispiel zur Förderung des BürgerInnenbewusstseins empfehlen Paakari und Paakari etwa Hausübungen, in denen sich SchülerInnen darüber Gedanken machen, welche Interessengruppen wie und warum bestimmte Positionen gegenüber dem Rauchen einnehmen. In den Klassen können dann die verschiedenen politischen Kräfte und Argumente abgewogen sowie Rechte und Pflichten von RaucherInnen und NichtraucherInnen erörtert werden.

7.1.2 *Beispiel: GeKoKidS – Gesundheitskompetenz bei Kindern in der Schule in Deutschland*

Das GeKoKidS-Programm implementiert Präventionsprogramme in den Regelunterricht der 5. bis 6. Klassenstufen und wurde von 2006 bis 2010 vom Bundesministerium für Soziales und Gesundheit finanziert.¹²³ Ziele des Programms sind beispielsweise die Vermeidung von Übergewicht, die Senkung des Karieszuwachses oder die Prävention von chronischen Schmerzen.¹²⁴ Das Programm umfasst 5 Module: (1) Modul Zahngesundheit und orale Prävention, (2) Modul Ernährung und Bewegung, (3) Modul Impfen, (4) Modul Prävention von chronischen Krankheiten und (5) Modul Nichtrauchen. Es wurden zu jedem Modul Unterrichtsmaterialien und Vorschläge für die Fächer Biologie, Sport und Gesundheitserziehung erarbeitet¹²⁵.

123 Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung: http://www.knp-forschung.de/bot_projekte_idx-41_bmbf-01EL0610.html

124 Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. GeKoKids – Gesundheitskompetenz bei Kindern in der Schule.

<http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/gekokids-gesundheitskompetenz-bei-kindern-in-der-schule/>

125 Franze M, Hoffmann W, Splieth C (Hrsg.). GeKoKidS - Unterrichtsmodule und Monitoringsystem zur Förderung gesundheitsbezogener Kompetenzen für Klassenstufe 5/6. Greifswald 2010: Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald.

Die Ergebnisse des Projektes wurden mittels eines Monitoring-Prozesses verfolgt. Sie basieren auf schulärztlichen und zahnärztlichen Untersuchungen, sowie schriftlichen Befragungen zur Gesundheitskompetenz der Schülerschaft, der Eltern und der Lehrkräfte. Das Programm wurde von den Schulen, den SchülerInnen und den LehrerInnen gut angenommen (Franze et al. 2011).

7.2 Personenbezogene Interventionen

7.2.1 *Beispiel: Das Building Wellness Programm für Kinder aus den USA*

Building Wellness (Diamond et al. 2011) ist ein langfristiger und wissenschaftlich evaluierter Unterrichtsplan, der sich vor allem mit Ernährung beschäftigt. Dabei geht es um die Vermittlung von Wissen über Essen, um die Vermittlung von sozialen Kompetenzen, die Steigerung der Selbstwirksamkeit sowie darum, sich mit VertreterInnen verschiedener Gesundheitsberufe auszutauschen, wobei etwa GastdokterInnen im Unterricht Fragen gestellt werden können.

7.2.2 *Beispiel: Gorilla in der Schweiz*

Das Schweizer Projekt Gorilla richtet sich an Kinder und Jugendliche im Alter von 10 bis 18 Jahren. Über die Webseite www.gorilla.ch können sich Jugendliche Informationen über Ernährung und Bewegung aneignen, sowie mittels Video-Anleitungen Schritt für Schritt Freestyle-Sportarten sowie Kochrezepte lernen. Das Projekt wurde bereits evaluiert und eine hohe Nutzung der Webseite sowie der entwickelten Gorilla-App festgestellt (Stamm & Lamprecht 2012).

Die österreichische Webseite www.feel-ok.at bietet ein ähnliches Informationsangebot.

7.2.3 *Beispiel: T2X (Teen2Xtreme) in den USA*

T2X¹²⁶ ist eine Webseite, die gesundheitsrelevante Informationen anbietet, welche speziell für Jugendliche aufbereitet wurden. Die Webseite wird in Kooperation zwischen der UCLA School of Public Health und Health Net in den USA betrieben.

Die Social Media Plattform T2X kann mit facebook verlinkt werden, und soll nur für Jugendliche zwischen 13 und 18 Jahren zugänglich sein. Ziel ist es, die Wirksamkeit und den Einfluss von Social Media auf Jugendliche¹²⁷ zu nutzen, um deren Gesundheitskompetenz zu verbessern. Es werden jugendspezifische Gesundheitsthemen aufgegriffen und über Wettbewerbe, Spiele, Quizze, Blogs, Video Clips und andere interaktive und partizipative Kommunikationsmedien vermittelt (Fiore 2012)¹²⁸.

126 www.t2x.me

127 Fast ein Drittel der NutzerInnen von Member Communities sind zwischen 14- bis 29-Jährig und davon verbringen sie 40 Prozent ihrer Onlinezeit in Member Communities (in Deutschland, Spanien und Italien). MTV Networks (2010): MePublic. A Global Study on Social Media Youth, Berlin. http://www.beviacom.de/media/6_research/studien_pdfs/MePublic+Komplett+%28Deutsch+pdf%29

128 T2X Meningitis Campaign. T2X. Teens-Only Social Network. Teen Expressions, Wellness and Health Literacy. <http://resources.t2x.me/campaigns/3/T2X%20Meningitis%20-%20Campaign%20Overview.pdf>

8 Interventionen im Setting Betrieb

Ausgangsproblem: Laut WHO werden Herzkrankheiten zusammen mit depressiven Störungen 2020 weltweit die größte Krankheitslast sein, wenn man die vorzeitige Sterblichkeit und die chronische Beeinträchtigung als Kriterien heranzieht (WHO 2008). Chronische Erkrankungen und psychische Erkrankungen (Biffi et al. 2009) sind die häufigsten Gründe für eine frühzeitige Erwerbsminderungsrente (Barmer 2009). Studien zufolge konnte ein Zusammenhang zwischen organisationaler Gesundheitskompetenz und Präsentismus (krank zur Arbeit gehen) gefunden werden. Bei Unternehmen mit geringer Gesundheitskompetenz liegt die Anwesenheit trotz Krankheit doppelt so hoch wie in „gesunden Unternehmen“ (Barmer 2010). In Programmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen liegt daher ein großes Einsparungspotenzial für Betriebe und auch für die Krankenkassen.

Lösungsansatz: Betriebliche Gesundheitskompetenz kann auf drei Ebenen verbessert werden, auf der individuellen, auf der organisationalen und auf der Ebene der Führungs- bzw. Unternehmenskultur (Wieland & Görg 2009). Auch wenn gesundheitsförderliche Projekte zumeist personenbezogen sind, zeigen jene Maßnahmen einen höheren Wirkungsgrad, die in Arbeitsgestaltungsmaßnahmen verankert sind (Wieland 2006). Dann, wenn dem Thema Gesundheitskompetenz ein höherer Stellenwert zugemessen wird (Gesundheitskultur) und im Rahmen von Betrieblichem Gesundheitsmanagement Strategien entwickelt werden, um die organisationale Gesundheitskompetenz zu stärken. Eine Evaluation der Prozesse wird empfohlen, um bessere Gesundheitskompetenz-Outcomes zu erreichen und eine Balance zwischen individuellen Entscheidungen und betrieblichen Interessen zu finden (Sorensen, 2011).

Mögliche Umsetzungsschritte durch die Sozialversicherung: Für die laufenden betrieblichen Gesundheitsförderungsprogramme könnten zunächst Maßnahmen zu spezifischen Aspekten der Gesundheitskompetenz identifiziert und dann projektförmig implementiert werden.

8.1 Systembezogene Interventionen

8.1.1 *Beispiel: Wuppertaler Gesundheitsindex für Unternehmen in Deutschland*

Der Wuppertaler Gesundheitsindex für Unternehmen ist eine Kenngröße zur Ermittlung des Gesundheitspotenzials von Arbeitsplätzen. Dabei wird ein Index aus gewichteten Kennzahlen erstellt, der Ressourcen bzw. Stressoren am Arbeitsplatz berücksichtigt. Der Index wird in vier Stufen eingeteilt. Zwischen diesem Index und körperlichen Beschwerden und Fehlzeiten bzw. Präsentismus konnten empirische Zusammenhänge gefunden werden (Hammes et al. 2009).

8.1.2 Beispiel: Health Literacy Consulting Services in Neuseeland

Bei Health Literacy Consulting Services¹²⁹ werden ExpertInnen im Bereich der Gesundheitskompetenz konsultiert, um Gesundheitskompetenz-Strategien in Betrieben und Organisationen zu entwickeln.

8.1.3 Beispiel: The CARE Model – Creating a Health Literacy focused Organizational Culture in den USA

Im CARE Model¹³⁰ werden Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements eingesetzt zur Förderung der organisationalen und auch der personalen Gesundheitskompetenz. Verschiedene Interventionen wie Gesundheitszirkel, Gesundheitstage, Fortbildungen für Führungskräfte, gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung und Stärkung eigenverantwortlichen Handelns festigen die Gesundheitskultur im Unternehmen und befähigen MitarbeiterInnen, ihre Gesundheitskompetenz als personale Ressource auszubauen und einzusetzen.

129 Health literacy consulting services. <http://www.healthliteracy.org.nz/health-literacy-consulting-services/services/>

130 Lipton, Y., Khan-Kapadia, L. The CARE Model: Creating a Health Literacy-focused Organizational Culture. <http://www.ihhealthliteracy.org/files/DDF00000/Lipton%20and%20Khan-Kapadia%20Revised%20CARE%20Model%20-%20Poster%20Abstract.pdf>

9 Empfehlungen und Ausblick

Die internationale Recherche hat ergeben, dass es eine Vielzahl von Maßnahmen gibt, die die Gesundheitskompetenz auch der Versicherten in Österreich entweder direkt verbessern bzw. besser berücksichtigen oder auch durch die gezielte Reduktion der Anforderungen des Systems entlasten könnten.

Aufgrund der Kernaufgaben der Sozialversicherung wurden vor allem jene Maßnahmen bzw. Interventionen berücksichtigt, die sich auf das Setting der Krankenbehandlung und -versorgung beziehen. Dieses dürfte auch die hinsichtlich der Gesundheitskompetenz besonders vulnerable Gruppe der älteren Menschen gut erfassen. Die beiden Settings Schule und Betrieb, in denen die Sozialversicherung in Sachen Gesundheitsförderung auch schon länger aktiv ist, konnten dagegen nur eingeschränkt und exemplarisch berücksichtigt werden.

Der Fokus der Recherche lag somit auf den Settings Krankenversicherung bzw. Krankenversorgung, für die eine Vielzahl unterschiedlichster Maßnahmen gefunden und beschrieben werden konnte. Hier empfiehlt es sich deshalb, mit der Grundstrategie der gesundheitskompetenten Organisation, wie sie das IOM in den USA vorschlägt, zu arbeiten. Das heißt konkret der gesundheitskompetenten Sozialversicherung, in deren Konzept sich die meisten der relevanten Interventionen gut als Einzelstrategien oder konkrete Maßnahmen einordnen bzw. integrieren lassen. Unter diesen verdienen einerseits die Maßnahmen der institutionalisierten Patientenbeteiligung besondere Aufmerksamkeit, weil sie nachhaltig zu einem nutzerfreundlicheren und gesundheitskompetenteren Krankenbehandlungssystem führen könnten. Andererseits sind die Maßnahmen zur Realisierung eines niederschwelligeren Ansprechsystems von besonderer Bedeutung, weil sie gleichzeitig eine Vielzahl von Aspekten mangelnder Gesundheitskompetenz bearbeiten können und maßgeblich zur Verbesserung der Chancengleichheit in Österreich beitragen können. Da bessere Gesundheitskompetenz letztlich ein Qualitätskriterium der Krankenversorgung ist, können und müssen die Prinzipien und Methoden der Qualitätssicherung und Entwicklung bzw. der Organisationsentwicklung auch für die Entwicklung dieser speziellen Qualität eingesetzt werden. Da viele der dargestellten Maßnahmen und Interventionen aus anderen Ländern stammen, mit unterschiedlichen Krankenbehandlungssystemen, gesetzlichen Grundlagen und Kulturen, empfiehlt sich als erster Schritt jeweils eine einfache Machbarkeitsstudie zur Überprüfung der Übertragbarkeit, der notwendigen Adaptierung und optimalen Implementierbarkeit der Maßnahmen auf / für / in Österreich. Als zweiter Schritt sollten Pilotprojekte, vor allem auch im Einflussbereich der Sozialversicherung durchgeführt werden, bevor ein wünschenswerter flächendeckender Roll-Out realisiert wird.

Referenzen

A

- Abrams, MA., Klass, PK., Dreyer, BP., (2009): Health literacy and children: Introduction. *Pediatrics*, 124 (Suppl 3): 262–4.
- Abrams, MA., Klass, PK., Dreyer, BP., (2009): Health literacy and children: Recommendations for action. *Pediatrics*, 124(Suppl 3):, 327–331.
- AHRQ (2009): A Universal Medication Schedule to Promote Patient Understanding and Use. Slide Presentation from the AHRQ 2009 Annual Conference December 2009. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.
- Aigner, G. (2009): Kollektive Patientenbeteiligung – Welche Erwartungen hat die Politik? 2.4.2009, (http://www.hauptverband.at/mediaDB/534620_Presseunterlage%20Prof.%20Aigner.pdf)
- Allen, K., Zoellner, J., Motley, M., Estabrooks, PA. (2011): Understanding the Internal and External Validity of Health Literacy Interventions: A Systematic Literature Review Using the RE-AIM Framework, *Journal of Health Communication*, 16: Suppl 3, 55-72
- American College of Physicians Foundation, Institute of Medicine. Practical Solutions to the Problems of Low Health Literacy. Washington, DC: National Academies Press, 2005. (<http://www.acpfoundation.org/conferences/2005-conference/>)
- American Medical Association (AMA) (2001): American Medical Association Guide to Talking to Your Doctor. John Wiley and Sons, NY.
- American Medical Association. What is the communication climate assessment tool? <http://www.ama-assn.org/resources/doc/ethics/toolkit-intro.pdf> (6.2.2013)
- Anderson JL., Dodman S., Kepelman M., Fleming A. (1979): Patients information recall in a rheumatology clinic. *Rheumatology*, 18(1): 18-22.
- Ärztegesellschaft des Kanton St. Gallen: http://www.aerztesg.ch/cmseditor/my_documents/my_files/2010/10_07_22_Gesundheitscoaching_im_Praxistest.pdf (25.1.2013)
- Ärztzeitung: Hausärzte schufteten am meisten vom 5.6.2012. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/814829/hausaeerzte-schufteten-meisten.html

B

- Bandura, A. (1993): Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist*, 28 (2): 117-148.
- Baker DW., Parker, RM., Williams, MV., Clark, WS., Nurss, J. (1997): The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services, *Am. J. Public Health*, 87(6):1027-1030.
- Baker, D. (2006): The Meaning and the Measure of Health Literacy. *J Gen Intern Med*, 21(8): 878-883.
- Balaban RB., Weissmann, JS., Samuel, PA., Woolhandler, S. (2008): Redefining and redesigning hospital discharge to enhance patient care: A randomized controlled study. *Journal of General Internal Medicine*.;23(8):1228-1233.
- Berkman, ND., Sheridan, SL., Donahue, KE., Halpern, DJ., et al. (2011): Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review. Evidence Report/Technology Assessment No. 199. (Prepared by RTI International–University of North Carolina Evidence-based Practice Center under contract No. 290-2007-10056-I. AHRQ Publication Number 11-E006. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality.
- Berkman, ND., Sheridan, SL., Donahue, KE., Halpern, DJ., Crotty, K. (2011): Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Ann Intern Med*. 155: 97-107.
- Bertelsmann Stiftung: Appel, M. (2004): An open and a transparent health care system. Dänemark. Health Policy Monitor.

- Bertelsmann Stiftung (2005): Shared Decision Making: Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen. Chartbook. (http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-83453704-580045BA/bst/chartbook_190705_%282._Auflage%29.pdf)
- Biffi, G., Leoni, T., Mayrhuber, C. (2009): Arbeitsplatzbelastung, arbeitsbedingte Krankheiten und Invalidität. WIFO Publikation. <http://www.arbeiterkammer.at/bilder/d101/StudieArbeitsbelastungen.pdf>
- Bitzer EM., Dierks, WL., Heine, W., Becker, P., Vogel, H., Beckmann, U., Butsch, R., Dörning, H. Brüggemann, S. (2009): Teilhabebefähigung und Gesundheitskompetenz in der medizinischen Rehabilitation – Empfehlungen zur Stärkung von Patientenschulungen. Die Rehabilitation, Jg. 48, H. 4, S. 202-210.
- Boutwell, A., Hwu, S. (2009): Effective Interventions to Reduce Rehospitalizations: A Survey of the Published Evidence. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.
- Brach, C., Keller, D., Hernandez, LM., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., Schyve, P., Lemerise, AJ., Schilling, D. (2012): Attributes of Health Literate Organization, Discussion Paper, Institute of Medicine of the national academies. http://www.iom.edu/~media/Files/Perspectives-Files/2012/Discussion-Papers/BPH_HLit_Attributes.pdf (20.01.2013)
- BARMER (2009): Gesundheitsreport 2009. Psychische Gesundheit und psychische Belastungen. BARMER Ersatzkasse, Wuppertal.
- BARMER (2010): Gesundheitsreport 2010. Gesundheitskompetenz in Unternehmen stärken, Gesundheitskultur fördern. Teil 1. Ersatzkasse, Wuppertal. (http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/2010/2010__Gesundheitsreport_property_Data.pdf)
- British Columbia Pharmacy Association: <http://www.bcpharmacy.ca/medication-review-service>
- British Columbia Pharmacy Association (2012): Medication Review Services. Policies, Procedures and Guidelines for Pharmacists. (<http://www.health.gov.bc.ca/pharmacare/pdf/medrevguide.pdf>)
- Brown, P. (2000): Med School, in Brief. Nationwide Programs provide opportunities for non-medical students young and old. The New Physician; 49(8). <http://www.amsa.org/AMSA/Homepage/Publications/TheNewPhysician/2000/tnp283.aspx>
- Burrows, J.: Economic Benefits of Self Care. Commissioning and System Management Analysis Team. Präsentation am 9.12.2010 (<http://www.ontpsm.net/documents/Economicbenefitsofselfcare-DH-Feb2010.pdf>)

C

- Cancer School CC Vienna: <http://www.cancerschool.at/>
- Careum, Evivo: <http://www.evivo.ch/home>
- Center for Coaching in Health Care at McLean Hospital <http://www.instituteofcoaching.org/index.cfm?page=healthcare> (17.1.2013)
- Collectif Interassociatif Sur la Santé: <http://www.leciss.org/> (25.2.2013)
- Coulter A., Magee H. (2003): The European Patient of the Future. Maidenhead, Philadelphia: Open University Press.
- Cowl, J. (2010): NICE and patient involvement: What if PrEP was considered by NICE? EATG Community Meetin on PrEP R&D priorities, September 25, 2010, Brüssel, Belgien. <http://old.eatg.org/eatg/Scientific-Research/Conferences/EATG-Community-Meeting-on-PrEP-R-D-priorities-September-25-2010-Brussels-Belgium>
- Cung B., Dickman, RL. (2007): Minimizing adverse drug events in older patients. Am Fam Physician; 76(12):1837-44.
- Czypionka, T., 2012: Was macht die Niederlande besonders? Patientenbeteiligung in den Niederlanden. Vortrag am Alpbach Forum, 21.8.2012 (http://www.ihs.ac.at/publications/lib/Patientenbeteiligung_Niederlande.pdf)

D

- Davis, T C., Williams, MV., Marin, E., Parker, RM., Glass, J. (2002): Health Literacy and Cancer Communication, *Cancer Journals for Clinicians*, 52(3), 134-149.
- Davis, TC., Bocchini, J.A., Fredrickson, D., Arnold, C., Mayeaux, EJ., Murphy, PW., Jackson, RH. Hanna, N., Paterson, M. (1996): Parent comprehension of polio vaccine information pamphlets. *Pediatrics*. 6(1):804–810.
- Davis, TC., Fredrickson, DD., Arnold, C., Murphy, PW., Herbst, M., Bocchini, JA. (1998): A polio immunization pamphlet with increased appeal and simplified language does not improve comprehension to an acceptable level. *Patient Educ Couns.*;33(1):25–37.
- Department of Health (DH), 2001: The Expert Patient: A New Approach to Chronic Disease Management for the 21st Century. (http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4018578.pdf)
- DeWalt, DA., Callahan, LF., Hawk, VH., Broucksou, KA., Hink, A. (2010): Health Literacy Universal Precaution Toolkit. Edited by the Agency for Healthcare Research and Quality. (<http://www.ahrq.gov/qual/literacy/healthliteracytoolkit.pdf>)
- DeWalt D, Pignone M. (2005): Reading is fundamental: the relationship between literacy and health [Editorial]. *Arch Intern Med.*;65:1943-4.
- Diamond, C., Saintonge, S., August, P., Azrack, A. (2011): The Development of Building Wellness™, a Youth Health Literacy Program, *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 16(3), 103-118.

E

- Easton, P., Entwistle, VA., Williams, B. (2010): Health in the 'hidden population' of people with low health literacy. A systematic review of the literacy, *BMC Public Health* 10:459.
- Eichler, K., Wieser, S., Brügger, U. (2009): The costs of limited health literacy: a systematic review. *Int J Public Health* 54: 313–324.
- English, T. (2007): Effective Patienthood Begins with Good Communication. The prepared patient. *Health Behavior News*. 1(3) <http://www.cfah.org/hbns/preparedpatient/Prepared-Patient-Vol1-Issue3.cfm>
- Europäische Kommission (2007): Weißbuch der Kommission vom 23. Oktober 2007 „Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013. (http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/com/2007/com2007_0630de01.pdf)
- Europäische Kommission (2010): Clear Writing. September 2010. http://ec.europa.eu/dgs/translation/publications/magazines/languagestranslation/documents/issue_01_en.pdf
- European Patients' Forum: <http://www.eu-patient.eu>
- European Network on Patient Empowerment (ENOPE) <http://enope.eu>

F

- Fiore, M. T2X. (2012): Using social network to improve health literacy of adolescents. Design, Reality and Evolution. Präsentation bei der Annual Health Literacy Research Conference 2012. <http://www.bumc.bu.edu/healthliteracyconference/files/2012/08/Fiore-HARC-Presentation.pdf> Präsentation at the Annual Health Literacy Research Conference 2012
- Forster, R., Nowak, P. (2006): Gesundheitspolitik und Patientenbeteiligung: Prinzipielle Möglichkeiten, englische Praxis, österreichische Perspektiven. *Soziale Sicherheit* 12/2006, 504-519
- Fousek, S., Domittner, B., Nowak, P. (2012): Health Literacy – Grundlagen und Vorschläge für die Umsetzung des Rahmen-Gesundheitszieles „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ Wien, Dezember 2012 (http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/health_literacy_2012.pdf)

- Franze M, Hoffmann W, Splieth C (Hrsg.). GeKoKidS - Unterrichtsmodule und Monitoringsystem zur Förderung gesundheitsbezogener Kompetenzen für Klassenstufe 5/6. Greifswald 2010: Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald.
- Franze, M., Fendrich, K., Schmidt, CO., Fahland, RA., Thyrian, JR., Plachta-Danielzik, S., Seiberl, J., Hoffmann, W., Splieth, CH. (2011): Implementation and evaluation of the population-based programme „health literacy in school-aged children“ (GeKoKidS). *Journal of Public Health*; 19(4):339-347.
- Frauen Gesundheitszentrum. Projekte. Wissen macht stark und gesund. <http://www.fgz.co.at/Wissen-macht-stark-und-gesund.335.0.html>
- Frauen Gesundheitszentrum. Pressemeldung. Neu: Evivo – gesund und aktiv mit chronischer Krankheit leben in Graz. <http://www.fgz.co.at/Neu-Evivo-gesund-und-aktiv-mit-chronischer-Krankheit-leben-in-Graz.779.0.html>
- Frosch DL., May SG., Rendle KAS., Tietbohl C., Elwyn G. (2012): Authoritarian Physicians And Patients' Fear Of Being Labeled 'Difficult' Among Key Obstacles To Shared Decision Making. *Health Affairs*;31(5):1030-38.

G

- Gazmararian, JA., Beditz, K., Pisano, S., Carreón, R. (2010): The development of a health literacy assessment tool for health plans. *Journal of Health Communications*, 15: Suppl 2: 93-101
- Gazmararian, JA., Williams, MV., Peel, J., Baker, DW. (2003): Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Education & Counseling*, 51(3), 267-275.
- GeKo Projekt: Entwicklung und Evaluation einer Patientenschulung zur Förderung der Gesundheitskompetenz von chronischen Kranken (Projekt GeKo): <http://www.forschung-patientenorientierung.de/index.php/projekte/zweite-foerderphase/modul-zwei-phase-2/geko-farin-glattacker.html> (6.2.2013)
- Gesundheitscoaching KHM (2012): Schlussbericht des Projekts Gesundheitscoaching KHM http://www.gesundheitscoaching-khm.ch/download/2012_ExecSummary_mLogos.pdf
- Gesundheitsland Kärnten. Einkaufsrallye durch den Supermarkt. <http://www.gesundheitsland.at/default.aspx?pagetype=detail&ARid=2083&Slid=32&a=1>
- Gesundheitsprogramm für Migrantinnen „Gesund leben in Dornbirn“. <http://www.femail.at/veranstaltungen.html>
- Gesundheitscoaching: <http://www.gesundheitscoaching-khm.ch> (20.12.2012)
- Grillitsch, K. (2012): Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2012; Hg.: Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger; (http://www.bva.at/mediaDB/847251_788530_Handbuch_der_oesterreichischen_Sozialversicherung.pdf) (11.01.2013).
- Groene, RA., Rudd, R. (2011): Results of a feasibility study to assess the Health Literacy environment: navigation, written, and oral communication in 10 hospitals in Catalonia, Spain. *Journal of Communication in Healthcare* 4(4): 227-237.
- Gross, P., 2005: Die Multioptionsgesellschaft. Suhrkamp.

H

- Habalamos Juntos: Using Symbols. Symbols Artwork. (http://www.hablamamosjuntos.org/signage/symbols/default.using_symbols.asp#wsa)
- Hablamamos Juntos & SEGS: Universal Symbols in Health Care. Developing a Symbols-Based Wayfinding System: Implementation Guidebook. <http://www.hablamamosjuntos.org/signage/PDF/HJWorkbookFinalwAttachments.pdf>
- Hammes, M., Wieland, R. & Winizuk, S. (2009). Wuppertaler Gesundheitsindex für Unternehmen (WGU). *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft* 04/2009, 304-314.

Handikapp Förbunden: <http://www.hso.se/> (25.2.2013)

Harvard Medical School. Family Health Guide. When you visit your doctor. <http://www.health.harvard.edu/fhg/doctor/doctor.shtml>

Haslbeck, J. (2012): Evivo - gesund und aktiv mit Krankheit leben. Ein evidenzbasiertes Stanford Selbstmanagementprogramm. 30.10.2012, Zug, Schweiz

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Masterplan Gesundheit: Einladung zum Dialog. Strategische Handlungsoptionen zur Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens aus Sicht der Sozialversicherung. Wien, November 2010 http://www.hauptverband.at/mediaDB/730577_Masterplan%20Gesundheit_Langfassung.pdf

Health literacy consulting services. <http://www.healthliteracy.org.nz/health-literacy-consulting-services/services/>

Health Literacy in Iowa. Partnering to Change Research into Action. Health Literacy Iowa and New Readers of Iowa Conference. <http://www.ihs.org/documents/HLI/Health%20Literacy%20Iowa%20Conference%20Brochure.pdf> (5.2.2013)

High Level Group on Innovation and Provision of Medicines in the European Union: Recommendations for Action. European Commission Report; May 2002. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/key08_en.pdf

HLS-EU Consortium (2012): Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU, Online Publication: <http://www.health-literacy.eu>.

Houts PS., Bachrach, R., Witmer, JT., Tringali, CA., Bucher, JA., Localio, RA. (1998): Using pictographs to enhance recall of spoken medical instructions. *Patient Educ Couns*; 35(2):83-88.

Houts PS., Witmer, JT., Egeth, HE., Loscalzo, MJ., Zabora, JR. (2001): Using pictographs to enhance recall of spoken medical instructions II. *Patient Educ Couns*. 43(3):231-242.

Hunter, M. et al., 2000: An Evaluation of the Faces Pain Scales with Young Children. *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol.7 (2), 122-129.

I

Institute of Medicine (IOM). (2006). Preventing medication errors. Washington, DC: National Academies Press. (<http://www.iom.edu/Reports/2006/Preventing-Medication-Errors-Quality-Chasm-Series.aspx>)

Isotopia. Forum für gesellschaftspolitische Alternativen. Gesundheitskompetenz in der Basisbildung. 2011/75 http://www.isop.at/downloads/ISOTOPIA75_Gesundheitskompetenz.pdf

J

Jacobs, KL., Gazmararian, JA., Kripalani, S., McMorris, KJ., Blake, SC., Brach, C. (2007): Is our pharmacy meeting patients' needs? A pharmacy health literacy assessment tool user's guide. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. (<http://www.ahrq.gov/qual/pharmlit/pharmlit.pdf>)

Joint Commission: <http://www.jointcommission.org/>

Jordan, JE., Buchbinder, R., Osborne, RH. (2010): Conceptualising health literacy from the patient perspective. *Patient Education and Counseling*, 79(1), 36-42.

K

Kandula, N., Malli, T., Zei, CP., Larsen, E., Baker, DW. (2011) : Literacy and Retention of Information after a Multimedia Education Program and Teach-Back. *Journal of Health Communication: International Perspective* 16 (Suppl. 3), 89-102.

- Kassam R., Collins, JB. (2004): Pictographic instructions for medications: do different cultures interpret them accurately? *International Journal of Pharmacy Practice*; 12(4): 199-209.
- Kessler, RP. (2003): Patient's memory for medical information. *JR Soc Med.*, 96(2): 219-22.
- Kickbusch, I. (2006): Gesundheitskompetenz. *Public Health Schweiz. Newsletter Nr. 3.*
- Kickbusch, I. (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg.
- Kickbusch, I. (2008): Health literacy: an essential skill for the twenty-first century. *Health Education*, 108(2): 101-104.
- Kickbusch I., Maag D. (2008) Health Literacy. In: Heggenhougen, K., Quah, S., editors *International Encyclopedia of Public Health*, Vol 3. San Diego: Academic Press; 204-211.
- Kleinmann S., Enlow B. (2003): Is plain language appropriate for well-educated and politically important people? Results of research with congressional correspondence. *Clarity*;50:4-11.
- Klemperer, D. (2003): Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (<http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2003/i03-302.pdf>)
- Koh, HK., Berwick, CM., Clancy, CM., Baur, C., Brach, C., Harris, LM., Zerhusen, EG. (2011): New Federal Policy Initiatives To Boost Health Literacy Can Help The Nation Move Beyond The Cycle Of Costly 'Crisis Care', *Health Affairs* 31(2).
- Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung: http://www.knp-forschung.de/bot_projekte_idx-41_bmbf-01EL0610.html
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. GeKoKids – Gesundheitskompetenz bei Kindern in der Schule. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/gekokids-gesundheitskompetenz-bei-kindern-in-der-schule/>
- Krassnitzer, M. (2010): Gesundheitsreform. Bürokratie bremst integrierte Versorgung. URL: <http://www.aerztemagazin.at/dynasite.cfm?dsmid=107208&dspaid=910696>; (5.1.2011)
- Kripalani, S., Robertson, R., Love-Ghaffari, MH., Henderson, LE., Praska, J., Strawder, A., Katz, MG., Jacobson, TA. (2007): Development of an illustrated medication schedule as a low-literacy patient education tool. *Patient Education and Counseling* 66(3), 368-377.

L

- Ley, P. (1988): Communicating with patients: improving communication satisfaction, and compliance. *Family Practice* 7(1), 70-71.
- Lipton, Y., Khan-Kapadia, L. The CARE Mode: Creating a Health Literacy-focused Organizational Culture. <http://www.ihahealthliteracy.org/files/DDF00000/Lipton%20and%20Khan-Kapadia%20Revised%20CARE%20Model%20-%20Poster%20Abstract.pdf>

M

- Maaz, A., Winter, MHJ., Kuhlmeier A. (2006): Der Wandel des Krankheitspanoramas und die Bedeutung chronischer Erkrankungen (Epidemiologie, Kosten). In: Badura B, Schellschmidt H, Vetter C (Hrsg.): *Fehlzeitenreport 2006. Chronische Krankheiten. Betriebliche Strategien zur Gesundheitsförderung, Prävention und Wiedereingliederung*, Heidelberg: Springer 2006; 5-25.
- Mansoor, LE., Dowse, R. (2003): 'Effect of pictograms on readability of patient information materials'. *Ann Pharmacother.*, 37(7-8): 1003-1009.
- Medizin transparent. <http://www.medizin-transparent.at/>
- Medgate: <http://www.medgate.ch/%C3%9CberMedgate/Firmenportr%C3%A4t/ZahlenFakten/tabid/71/Default.aspx> (17.12.2012)
- Mehndiratta S., 2012: Strategies to reduce medication errors in pediatric ambulatory settings. *J Postgrad Med*;58(1):47-53.

- Mika VS., Wood PR., Weiss BD., Treviño, L. (2007): Ask Me 3: Improving communication in a Hispanic pediatric outpatient practice. *Am J Health Behav.* 21(Suppl 1).
- Mooney, H.(2012): Doctors are told to „make every contact count“ to reduce costs of poor lifestyles. *BMJ* 2012;344:e319
- Morek, S., Vogler, S., Walser, S., Kijlstra, N. (2010): Understanding the Parmaceutical Care Concept and Applying it in Practice. Results of a Scoping exercise. Ein Geschäftsbericht der Gesundheit Österreich GmbH.<http://whocc.goeg.at/Literaturliste/Dokumente/BooksReports/Gesamt%20Publikation%20Understanding%20the%20Pharmaceutical%20Care%20Concept%20and%20Applying%20it%20in%20Practice.pdf>
- MTV Networks (2010): MEPublic. A Global Study on Social Media Youth, Berlin. http://www.beviacom.de/media/6_research/studien_pdfs/MePublic+Komplett+%28Deutsch+pdf%29

N

- Nagl, M., Ullrich, A., Farin, E. (2012): Verständlichkeit von Patientenschulungen in der orthopädischen Rehabilitation: Qualitative Erhebung bei Rehabilitanden und Schulungsleitern. *Die Rehabilitation.* 52(01): 34-39.
- Nathan A., Goodyer L., Lovejoy A., Rashid, A. (1999): 'Brown bag' medication reviews as a means of optimizing patients' use of medication and of identifying potential clinical problems. *Family Practice;* 16(3): 278–282.
- National Institutes of Health (NIH): Clear Communication: A NIH Health Literacy Initiative. <http://www.nih.gov/clearcommunication/plainlanguage.htm> (13.12.2012)
- National Institute on Aging (2005): A Guide for Older People. Talking with your doctor. http://www.nia.nih.gov/sites/default/files/talking_with_your_doctor.pdf
- National Center for Health Marketing (2007): Plain Language Thesaurus for Health Communications. http://depts.washington.edu/respcare/public/info/Plain_Language_Thesaurus_for_Health_Communications.pdf
- National Institutes of Health: NIH Plain Language Online Training. <http://plainlanguage.nih.gov/>
- National Cancer Institute at the National Institutes of Health: Clear & Simple: Developing Effective Print Materials for Low-Literate Readers. <http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/clear-and-simple/page1> (14.1.2013)
- National Institute of Dental and Craniofacial Research (2012): Three Good Reasons to See a Dentist Before Cancer Treatment. http://www.nidcr.nih.gov/NR/rdonlyres/874DD18E-8BDA-4C3E-ACB5-BCF20297D610/0/3GoodReasons_booklet.pdf (30.1.2013)
- National Patient Safety Foundation: Ask Me 3: <http://www.npsf.org/for-healthcare-professionals/programs/ask-me-3/>
- National Institut for Health and Clinical Excellence: Patient, carer and public involvement policy. http://www.nice.org.uk/getinvolved/patientandpublicinvolvement/patient_and_public_involvement.jsp
- National Institutes of Health: Clear Communication: A NI Health Literacy Initiative. Talking to your doctor. <http://www.nih.gov/clearcommunication/talktoyourdoctor.htm>
- Nebling, T. (2010): Kompetent als Patient. *Techniker Krankenkasse.* (<https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/230330/Datei/45118/TK-Broschuere-Kompetent-als-Patient.pdf>)
- Nederlandse Patienten Consumenten Federatie: www.ncpcf.nl
- netCare: <http://www.pharmasuisse.org/de/dienstleistungen/Themen/Seiten/netCare.aspx>
- NHS (2012): Making Every Contact Count. Examples from Practice. http://learning.nhslocal.nhs.uk/sites/default/files/mecc_examples_of_practice_0.pdf
- NHS local, Nursing Training-CHAMPS <http://learning.nhslocal.nhs.uk/features/making-every-contact-count/training/pre-registration-nurses/champs>

- NHS local, Professional Learning Environment. <http://www.education.nhslocal.nhs.uk/>
- NHS local, Learning. <http://learning.nhslocal.nhs.uk/feature-list/training>
- NHS Futur Forum Report 2012: <http://healthandcare.dh.gov.uk/forum-report/>
- NHS, National Institute for Health and Clinical Excellence: <http://www.nice.org.uk> (25.2.2013)
- NHS, National Institute for Health and Clinical Excellence (2012): About NICE guidance: what does it mean for me? Information for patients, carers and the public – an interim guide. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/AboutGuidance.pdf> (25.2.2013)
- NHS, National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE Pathways. <http://pathways.nice.org.uk/> (25.2.2013)
- NHS Midlands and East Meterics, Example Data Capture Forms und Cquin <http://learning.nhslocal.nhs.uk/features/making-every-contact-count/measuring-success/information-support-measuring-success>
- NHS Direct: <http://www.nhsdirect.nhs.uk/News/FactsAndFigures>; (15.01.2013)
- NHS Choice <http://www.nhs.uk/news/Pages/NewsIndex.aspx>
- NIH Mini-Med School Manual: A Planning Guide and Directory. [http://science.education.nih.gov/home2.nsf/371a727bbc238a5f85256c9c0063d8c0/cd8e49a582ce63e485256ffc006b2461/\\$FILE/Printer%20Friendly%20Version.pdf](http://science.education.nih.gov/home2.nsf/371a727bbc238a5f85256c9c0063d8c0/cd8e49a582ce63e485256ffc006b2461/$FILE/Printer%20Friendly%20Version.pdf)
- NÖ Selbsthilfegruppe (2011): „Kompetent als Patient“ das Arzt-Patienten-Gespräch. Ein Ratgeber von Patienten für Patienten“. http://www.patientenanwalt.com/fileadmin/dokumente/04_publicationen/patientenzentrierte_projekte/Das_Arzt_Pat_Gespraech_Dachverband_Selbsthilfegruppen_Patientenzentrierte_Projekte.pdf
- Nolting, HD., Waem, J. (2002): Der Patient vor der Wahl. Durch mehr Wissen zu mehr Verantwortung. Ergebnisse der Janseen-Cilag Bevölkerungsbefragung 2002. (http://preprod.www.janssen-cilag.de/content/literature/janssen-cilag.de_ger/Patient_vor_der_Wahl.pdf)
- Nutbeam D. (2008): The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine* ;67:2072-2078.
- Nutbeam, D. (2000): Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st Century. *Health Promotion International*, 15(3): 259–267
- NYU Langone Medical Center: HELP Project: <http://helpix.med.nyu.edu/the-helpix-intervention/history-helpix/the-link-reach-out-and-read> (4.2.2013)
- NYU Langone Medical Center: Randomized Controlled Trial. <http://helpix.med.nyu.edu/the-helpix-intervention/helpix-research/er-randomized-controlled-trial> (4.2.2013)

O

- OÖGKK: Deutschkurs Gesundheit. http://www.oegkk.at/portal27/portal/oegkkportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=73852&p_tabid=5 (15.1.2013)

P

- Paasche-Orlow, MK., Schillinger, D., Greene, SM., Wagner, EH. (2006): How Health Care Systems Can Begin to Address the Challenge of Limited Literacy. *J Gen Intern Med.* 21(8): 884–887.
- Paasche-Orlow, MK., Parker, RM., Gazmararian, JA., Nielsen-Bohman, LT., Rudd, R. (2005): The Prevalence of Limited Health Literacy, *J. GEN. INTERN. MED.* 20: 175–184.
- Paasche-Orlow MK, Taylor, HA., Brancati, FL. (2003): Readability standards for informed-consent forms as compared with actual readability. *N Engl J Med.* 20;348(8):721-6.
- Paakkari, L. Paakkari, O. (2011): Health literacy as a learning outcome in schools. *Health Education*, 112(2): 133-152.

- Palmer, S., Tubbs, I., Whybrow, A. (2003): Health coaching to facilitate the promotion of healthy behaviour and achievement of health-related goals. *Intern. Journals of Health Promotion & Education*, 41(3), 91-93.
- Parikh NS., Parker RM., Nurss JR., Barker, DW., Williams, MV. (1996): Shame and health literacy: the unspoken connection. *Patient Educ. Couns.* 37(1):33-9.
- Patienten Universität an der Medizinischen Hochschule Hannover: <http://www.patienten-universitaet.de/>
- Pelikan, JM., Röthlin, F., Ganahl K. (2012): Die Gesundheitskompetenz der Österreichischen Bevölkerung – nach Bundesländern und im internationalen Vergleich. Abschlussbericht der Österreichischen Gesundheitskompetenz (Health Literacy) Bundesländer-Studie. LBIHPR Forschungsbericht. (noch nicht veröffentlicht)
- Pelikan, JM., Röthlin, F., Ganahl, K. (2012): Inequalities in Health Literacy over the Life-Course – Results for Different Age Cohorts from the HLS-EU Study. *Health Inequalities over the Life Course*, Joint Congress of the ESHMS and DGMS, Hannover, 31.8.2012
- Prognos (2011): Bericht. Patienten- und Bürgerbeteiligung in Gesundheitssystemen. Gute Praxis in ausgewählten Gesundheitssystemen. (http://www.prognos.com/fileadmin/pdf/publikationsdatenbank/110921_Prognos_Bericht_Patienten-_und_Buergerbeteiligung_in_Gesundheitssystemen.pdf)
- Protheroe J., Fahey, T., Montgomery, AA., Peters, T.J. (2000): The impact of patients' preferences on the treatment of atrial fibrillation: observational study of patient based decision analysis. *BMJ* 2000; 320: 1380–4.
- Program for Readability In Science & Medicine (PRISM) - http://www.grouphealthresearch.org/capabilities/readability/readability_home.html (25.1.2012)

R

- Rahmengesundheitsziele für Österreich. <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/presentation/10-rahmen-gesundheitsziele-fuer-oesterreich/>
- Ratzan, S., Parker, R. (2000) Introduction. In *National Library of Medicine current bibliographies in medicine: Health literacy*, edited by Selden, C., Zorn, M., Ratzan, S., Parker, R., Bethesda, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.
- Rehakompass: <http://www.rehakompass.at/>
- Ridpath JR, et al., (2007): PRISM Readability Toolkit. 3rd ed. Seattle: Group Health Research Institute.
- Robinson, LD., Calmes, DP., Bazargan, M. (2008): The impact of literacy enhancement on asthma-related outcomes among underserved children. *Journal of the National Medical Association*, 100(8), 892–896.
- Röthlin, F., Pelikan, JM., Ganahl, K. (2013): Die Gesundheitskompetenz der 15 Jährigen Gesundheitskompetenz Jugendstudie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV) (unveröffentlicht)
- Rudd R, et al., (2004): Literacy and Health in America. Policy Information Report. Princeton, NJ: Policy Information Center. Institute of Medicine. 2004: *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington, DC: Committee on Health Literacy, National Academy Press.
- Rudd, R., Anderson, J. (2006): The Health Literacy environment of Hospitals and Health Centers. *Partners for Action: Making Your Healthcare Facility Literacy Friendly*. National Center for the Study of Adult Learning and Literacy and Health and Adult Literacy and Learning Initiative, Harvard School of Public Health. (<http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy/practice/environmental-barriers/>)

S

- Sänger, S., Brunsmann, F., Englert, G., Quadder, B., Ollenschläger, G. (2008): *Handbuch Patientenbeteiligung. Beteiligung am Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien. äzq Schriftreihe Band 33*, Berlin. (<http://www.patienten-information.de/mdb/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe33.pdf>)

- Schinkel, S., Schouten BC., van Weert, JCM. (2013): Are GP Patients' needs being met? Unfulfilled information needs among native-Dutch and Turkish-Dutch patients, *Patient Education and Counseling* 90, 261-267.
- Schillinger, D., Peitte, J., Grumbach, K., Wang, F., Wilson, C., Daher, C., Leong-Grotz, K., Castro, C., Bindman, AB. (2003): Closing the Loop – Physician communication with diabetic patients who have low literacy, *Arch. Int. Med.* 163(1): 83-90.
- Schillinger, D., Peitte, J., Grumbach, K., Wang, F., Wilson, C., Daher, C., Leong-Grotz, K., Castro, C., Bindman, AB. (2003): Closing the Loop – Physician communication with diabetic patients who have low literacy, *Arch. Int. Med.* 163(1): 83-90. (übersetzt durch die AutorInnen)
- School of Medicine. University of Colorado. Anschutz Campus. CU Mini Med School. <http://www.ucdenver.edu/academics/colleges/medicalschooll/community/MiniMed/Pages/default.aspx>
- Schwarzer, R. (2004): *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie* Göttingen: Hogrefe ; & Zimmermann MA.,: Empowerment theory. Psychological, organizational and community levels of analysis . In: Rappaport J, Seidman E, (Hrsg), 2000: *Handbook of community psychology* . New York: Kluwer Academic/ Plenum Publisher; 43 – 63 nach: Bitzer E M, et al., 2009: Teilhabebefähigung und Gesundheitskompetenz in der medizinischen Rehabilitation – Empfehlungen zur Stärkung von Patientenschulungen. *Die Rehabilitation*, Jg. 48, H. 4, S. 202-210.
- Schwartzberg, JG., Cowett, A., VanGeest, J., Wolf, MS. (2007): Communication Techniques for patients with low health literacy: a survey of physicians, nurses, and pharmacists. *Am J Health Behav.* 31 (Suppl 1): 96-101.
- Sheridan, SL., Halpern, DJ., Viera, AJ., Berkman, ND., Donahue, KE., Crotty, K. (2011): Interventions for Individuals with low health literacy: a systematic review. *Journal of Health Communication*, 16: Suppl 3: 30-54
- Simonds, SK. (1974): Health education as social policy. *Health Education Monograph*, 2, 1–25. Zitiert in: Ratzan, SC. (2001): Health literacy: communication for the public good. *Health Promotion International*, 16, 207–214.
- Sladek, U., Groth, S. (2013): Angebote zur Förderung von Gesundheitskompetenz in Österreich. Eine Erhebung im Rahmen des Projekts Health Literacy – Vertiefen – Vernetzen – Verankern des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2011/2012. Wien, 29.1.2013. (http://www.fgz.co.at/fileadmin/hochgeladene_dateien/bilder/projekte/health_literacy/frauengesundheitszentrum_erhebung_gesundheitskompetenz__2013_01_29_end_01.pdf)
- Society for Environmental Graphic Design. *Hablamos Juntos. Universal Symbols in Health Care.* <http://www.segd.org/learning/hablamos-juntos.html>
- Sorensen, K., Van den Broucke, St., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, JM., Slonska, Z. and Brand, H. for (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project Europe, (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models, *BMC Public Health*, 12(80).
- Sorensen, K. (2011): Health literacy as outcome of corporate social responsibility practice. (http://www.csreurope.org/data/files/CollaborativeProject_public_docs/HealthLiteracy/HL_study_report_-_Maasricht_University-Final.pdf)
- Sottas, B., Brügger, S. (2012): *Ansprechstrukturen – Perspektivenwechsel und Grenzverschiebungen in der Grundversorgung.* Careum, Zürich.
- Stableford S., Mettger, W. (2007): Plain Language: A Strategic Response to the Health Literacy Challenge. *Journal of Public Health Policy*, 28, 71-93.
- Stamm, H., Lamprecht, M. (2012): Zusammenfassung. Evaluation GORILLA Projekt. Bericht zur Periode 2012 bis Anfang 2012. (http://www.schtifti.ch/assets/files/pdf/GORILLA_EvaluationZusFassung.pdf)
- Stanford School of Medicine. Patient Education, Self-Management Programs: <http://patienteducation.stanford.edu/programs/>
- Stiggelbout AM., van der Weijden, T., Frosch, D., Légaré, F., Montori, VM., Trevena, L., Elwyn, G. (2012): Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *British Medical Journal*, 344

Stiegler, F. (2011): Reformoptionen. In der Primärversorgung ist Österreich meilenweit davon entfernt das „weltweit beste System“ zu haben; Das österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ; 52(04). Online: http://www.schaffler-verlag.com/gw_artikel_dl/110416.pdf; (11.01.2013)

Spitalskompass: <http://www.spitalskompass.at/>

Ströbl V., Küffner, R., Müller, J., Reusch, A., Vogel, H., Faller, H. (2009): Patientenschulung: Qualitätskriterien der Schulungsumsetzung. Rehabilitation; 48(3) : 166 – 173.

Suchthilfekompass: <http://suchthilfekompass.oebig.at/>

T

Task Force on Medicines Partnership (2002): Room for review: A guide to medication review: the agenda for patients, practitioners and managers. London: Medicines Partnership. (http://www.npc.nhs.uk/review_medicines/intro/resources/room_for_review.pdf)

Teach Back Videos des NC Program on Health Literacy - <http://nchealthliteracy.org/teachingaids.html>

Therapie Aktiv. Diabetes im Griff. <http://diabetes.therapie-aktiv.at>

T2X Meningitis Campaign. T2X. Teens-Only Social Network. Teen Expressions, Wellness and Health Literacy. <http://resources.t2x.me/campaigns/3/T2X%20Meningitis%20-%20Campaign%20Overview.pdf>

U

U.S. Department of Disease Prevention and Health Promotion: Health Literacy Online: <http://www.health.gov/healthliteracyonline/> (25.1.2012)

V

Vale MJ., Jelinek, MV., Best, JD., Dart, AM., Grigg, LE, Hare, DL., Ho, BP., Newman, RW., McNeil, JJ., Coach Study Group (2003): Coaching Patients On Achieving Cardiovascular Health (COACH). Archives of Internal Medicine, 163(22):2775-2783.

Van de Bovenkamp, H.M., (2010): The Limits of Patient Power: Examining active citizenship in Dutch health care, Dissertation Erasmus University Rotterdam

Van Moorsel, G.(2001): Do you mini-med school? Leveraging library resources to improve Internet consumer health information literacy. Med Ref Serv Q Winter;20(4):27–37.

Varley, E., Murfin, M. (2012): An Implementation Guide and Toolkit for Making Every Contact Count: Using every opportunity to achieve health and wellbeing. (http://learning.nhslocal.nhs.uk/sites/default/files/mecc_booklet.pdf)

Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau. Gesundheitsdialog Diabetes mellitus. http://www.vaeb.at/portal27/portal/vaebportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=72492&p_taid=1

W

Washabich: <https://washabich.de/> (17.1.2013)

Weiss B., et al., 2005: Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. Ann. Fam. Med.;3:514-522

Whittemore, R., Melkus, GD., Grey, M. (2004): A Nurse-Coaching Intervention for Women with Type 2 Diabetes. The Diabetes Educator, 30(5) 795-809.

- WHO, Regionalbüro für Europa (2012): Können Patienten ihre eigenen Gesundheitsversorgung steuern? Europäische Konferenz fordert patientenzentrierte Gesundheitssysteme. Kopenhagen, 11.4.2012. <http://www.euro.who.int/de/what-we-publish/information-for-the-media/sections/latest-press-releases/are-patients-in-control-of-their-health-care-european-conference-promotes-patient-centred-health-systems>
- WHO Regionalbüro für Europa, 61. Tagung: Die neue europäische Gesundheitspolitik "Gesundheit 2020": Visionen, Werte, Hauptrichtungen und -ansätze. 18. Juni 2011. (http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0006/148065/RC61_gdoc09.pdf)
- WHO: New WHO report: deaths from noncommunicable diseases on the rise, with developing world hit hardest. 27.4.2011 http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/ncds_20110427/en/index.html
- WHO (2008): The Global Burden of Disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization. (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html)
- WHO. Global health promotion scaling up for 2015 - a brief review of major impacts and developments over the past 20 years and challenges for 2015 WHO Secretariat Background Document, Unedited Working Paper. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_conference_background.pdf
- WHO (1999): Improving Health through Schools: National and International Strategies. WHO information series on school health. Online: http://www.who.int/school_youth_health/media/en/94.pdf
- Wieland, R., Görg, P. (2009): Gesundheitskompetenzentwicklung in der Finanzverwaltung durch gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung und Teamentwicklung. In K. Henning, I. Leisten & F. Hees (Hrsg.) Aachener Reihe Mensch und Technik, Band 60 Innovationsfähigkeit stärken - Wettbewerbsfähigkeit erhalten. Präventiver Arbeits- und Gesundheitsschutz als Treiber (S. 207-225). Aachen: Wissenschaftsverlag Mainz.
- Wieland, R. (2006): Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung – Ziele, Konzepte und Maßnahmen. In Wieland, R. (Hrsg.), Wuppertaler Beiträge zur Arbeits- und Organisationspsychologie, Heft 1, 2-43.
- Winnick S, Lucas, DO., Hartman, Al., Toll, D. (2005): How do you improve compliance? Pediatrics, 115(6): 718-24.
- Wolf MS., Curtis, LM., Waite, K., Bailey, SC., Hedlund, LA., Davis, TC., Shrank, WH., Parker, RM., Wood, AJ. (2011): Helping patients simplify and safely use complex prescription regimens. Arch Intern Med; 171(4): 300-305.
- Wolf MS., Shekelle, P., Choudhry, NK., Agnew-Blais, J., Parker, RM., Shrank WH. (2009): Variability of pharmacy interpretations of physician prescriptions. Med Care 47(3):370–373.
- Wolf MS., Davis TC., Shrank W., Rapp, DN., Bass, PF., Connor, UM., Clayman, M., Parker, RM. (2007): To err is human: patient misinterpretations of prescription drug dosage instructions. Pat Educ Counsel 67(3):293–300.
- Wolf MS., Davis TC., Bass PF. 3rd., Parker, RM. (2006): Misunderstanding prescription drug warning labels among patients with low literacy. Am J Health System Pharm 63(11):1048–1055.
- Wu, HW., Robyn, NY., Page-Lopez, CM., Kizer, KW. (2005): Improving Patient Safety through Informed Consent for Patients with Limited Health Literacy. An Implementation Report. Washington, D.C.: National Quality Forum. (http://www.qualityforum.org/Publications/2005/09/Improving_Patient_Safety_Through_Informed_Consent_for_Patients_with_Limited_Health_Literacy.aspx)
- Wynia, MK., Johnson, M., McCoy, TP., Griffin, LP., Osborn, CY.,(2010): Validation of an organizational communication climate assessment toolkit. Am J Med Qual, 25(6):436-443

XYZ

- Yin HS., Dreyer, BP., van Schaick, L., Foltin, GL., Dinglas, C., Mendelsohn, Al. (2008): Randomized controlled trial of a pictogram-based intervention to reduce liquid medication dosing errors and improve adherence among caregivers of young children. Arch Pediatr Adolesc Med, 162(9):814-22.

Yin HS., Dreyer, BP., Foltin, G., van Schaick, L., Mendelsohn, AL. (2007): Association of low caregiver health literacy with reported use of nonstandardized dosing instruments and lack of knowledge of weight-based dosing. *Ambul Pediatr*;7(4):292-8.

Zermansky AG., Petty DR., Raynor DK., Freemantle N., Vail A., Lowe CJ. (2001): Randomised controlled trial of clinical medication review by a pharmacist of elderly patients receiving repeat prescriptions in general practice. *BMJ*;323:1340-3

Abbildungen

Abbildung 1: Prozentverteilungen der unterschiedlichen Levels des umfassenden Gesundheitskompetenz-Index, für acht EU-Länder und die HLS-EU Gesamtstichprobe.	8
Abbildung 2: Prozentverteilungen der unterschiedlichen Levels des umfassenden Gesundheitskompetenz-Index, für Bundesländer, Österreich und die HLS-EU Stichprobe	9
Abbildung 3: Anteile von Personen mit limitierter Gesundheitskompetenz in bestimmten vulnerablen Gruppen nach Bundesland und Österreich (N = Anzahl der Personen in der jeweiligen Personengruppe; % = Anteilswert der Personen mit limitierter GK (wobei N=100%))	10
Abbildung 4: Multivariater Zusammenhang zwischen der umfassende Gesundheitskompetenz und fünf sozialen Determinanten (beta weights and korrigiertes R²) für Länder und HLS-EU-Stichprobe	11
Abbildung 5: Bivariater Zusammenhang zwischen der selbst eingeschätzten Gesundheit und GK-Ges (gruppiert) für Österreich (N Gesamt=1758)	13
Abbildung 6: Zehn Merkmale einer gesundheitskompetenten Organisation sowie mögliche Maßnahmen zur Implementierung (Brach et al. 2012)	19
Abbildung 7: Krisenhafter Versorgungsprozess von PatientInnen mit schlechter Gesundheitskompetenz (Koh et al. 2011)	27
Abbildung 8: An niedrige Gesundheitskompetenz angepasste Versorgung (Koh et al. 2011)	28
Abbildung 9: Plain Language Editierungsbeispiel (Paasche-Orlow et al. 2003)	32
Abbildung 10: Universal Symbols in Health Care	34
Abbildung 11: Der Prozess des Gesundheitscoaching	40
Abbildung 12: MECC Prozessschritte	41
Abbildung 13: Kommunikationskreislauf des Teach Back Verfahrens (Schillinger et al. 2003)	44
Abbildung 14: Ablauf eines Brown Bag Reviews (ebd.)	46
Abbildung 15: Beispiel eines Universal Medication Schedule (UMS)	47