

Zehn Merkmale Gesundheitskompetenter Krankenversorgungsorganisationen

Cindy Brach, Debra Keller, Lyla M. Hernandez, Cynthia Baur, Ruth Parker, Benard Dreyer, Paul Schyve, Andrew J. Lemerise, und Dean Schillinger*

Juni 2012

* TeilnehmerInnen am IOM Roundtable zur Gesundheitskompetenz

Deutsche Übersetzung: Christina Dietscher

Die Standpunkte, die in diesem Diskussionspapier vertreten werden, sind jene der AutorInnen und nicht notwendiger Weise jene der Organisationen der AutorInnen oder des Institute of Medicine. Das Dokument versteht sich als Informationsbeitrag und Anregung von Diskussionen. Es wurde nicht dem Begutachtungsprozess des Institute of Medicine unterzogen und ist kein Bericht dieses Instituts oder des National Research Council.

Zehn Merkmale Gesundheitskompetenter Krankenversorgungsorganisationen

Cindy Brach, Agency for Healthcare Research and Quality; Debra Keller, University of California, San Francisco (UCSF) School of Medicine; Lyla M. Hernandez, Institute of Medicine (IOM); Cynthia Baur, Centers for Disease Control and Prevention; Ruth Parker, Emory University School of Medicine; Benard Dreyer, New York University School of Medicine; Paul Schyve, The Joint Commission; Andrew J. Lemerise, IOM; und Dean Schillinger, UCSF School of Medicine¹

EINLEITUNG

Dieses Dokument beschreibt 10 Merkmale Gesundheitskompetenter Krankenversorgungsorganisationen, das sind Krankenversorgungsorganisationen, die Menschen den Zugang zu, das Verständnis und die Nutzung von Informationen erleichtern, die ihre Gesundheit betreffen. Von Gesundheitskompetenten Krankenversorgungsorganisationen profitieren nicht nur jene 77 Millionen AmerikanerInnen mit geringer Gesundheitskompetenz, sondern auch die Mehrheit der AmerikanerInnen, die Schwierigkeiten haben, die derzeit verfügbaren Gesundheitsinformationen und Gesundheitseinrichtungen zu nutzen (ODPHP, 2008).

Obwohl Gesundheitskompetenz üblicherweise als individuelles Merkmal – als die Fähigkeit, grundlegende Gesundheitsinformationen und Dienstleistungen zu nutzen, zu verarbeiten und zu verstehen und auf dieser Basis adäquate Gesundheitsentscheidungen zu treffen (Ratzan & Parker, 2000) – definiert wird, gibt es ein wachsendes Verständnis dafür, dass Gesundheitskompetenz nicht von individuellen Fähigkeiten allein abhängt (IOM, 2003). Gesundheitskompetenz ist das Produkt individueller Fähigkeiten und der gesundheitskompetenzbezogenen Anforderungen und Komplexitäten des Gesundheitssystems (Baker, 2006; Rudd 2003). Änderungen dieses Systems sind notwendig, um die Anforderungen des Gesundheitswesens besser an die Fähigkeiten und Möglichkeiten der Bevölkerung anzupassen (Parker, 2009; Rudd, 2007).

Gesundheitskompetenz wurde als prioritärer Handlungsbereich auf nationaler Ebene definiert, zuerst durch das *Department of Health and Human Services*, das Gesundheitskompetenz zu einem der Ziele für *Healthy People 2010*² erklärte (HHS, 2000), und danach im Bericht „*Health Literacy: A Prescription to End Confusion*“ (IOM, 2004) des *Institute of Medicine*. Im darauffolgenden Jahrzehnt wurden viele Zwischenziele erreicht, die wesentliche Meilensteine der zunehmenden Bedeutung der Gesundheitskompetenz sowohl im öffentlichen als auch im privaten Sektor repräsentieren (Parker & Ratzan, 2010). Dazu gehört auch ein nationaler Aktionsplan zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz (ODPHP, 2010). Das Thema Gesundheitskompetenz hat nun einen Grad an Bedeutung erreicht, der rasch dazu führen könnte, dass Gesundheitskompetenz zur Norm für Krankenversorgungsorganisationen wird (Koh et al., 2012).

Aufgrund der bedeutenden Rolle der Gesundheitskompetenz für ein personenorientiertes Gesundheitswesen fordert eine ganze Reihe von Organisationen systembezogene Maßnahmen, die informierte Gesundheitsentscheidungen der KonsumentInnen unterstützen (AHIP, 2011; AMA, 2007; NQF, 2009; ODPHP, 2010; DeWalt et al., 2012). Eine besonders wichtige Zielgruppe sind Erwachsene mit geringer Gesundheitskompetenz (Martin & Parker 2011). Im Vergleich zu Erwachsenen mit adäquater Gesundheitskompetenz sind sie von schwerwiegenderen Medikationsfehlern (Schillinger et al., 2005), von mehr Notfallbehandlungen und Krankenhausaufnahmen (Baker et al., 2002), von schlechterer Gesundheitsvorsorge und Kindergesundheit (Sanders et al., 2009) und von höherer Mortalität (Sudore et al., 2006; Bostock & Steptoe, 2012; Yaffe

1 TeilnehmerInnen der Aktivitäten des IOM Roundtable zur Gesundheitskompetenz

2 Ein nationales Programm mit 467 Zielen zur Verbesserung der Gesundheit der US-Bevölkerung; vgl. http://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2010.htm

et al., 2006) betroffen. Gesundheitskompetenz wird zunehmend auch als wichtiger Bestandteil kulturell und sprachlich angemessener Krankenversorgungsleistungen verstanden. Eine in Kürze zu erwartende Neuauflage der Nationalen Standards für kulturell und sprachlich angemessene Gesundheitsleistungen versteht die Förderung der Gesundheitskompetenz als integralen Bestandteil qualitätsvoller Gesundheitsdienstleistungen für kulturell, sprachlich und sozial heterogene Bevölkerungsgruppen („*diverse populations*“) (HHS OS, 2000).

In Gesundheitskompetenten Krankenversorgungsorganisationen wird darauf reagiert, dass Fehlkommunikationen mit negativen Auswirkungen auf PatientInnen und ihre Behandlungsergebnisse weit verbreitet sind. Missverständnisse treten nicht nur in klinischen Situationen – zum Beispiel bei der Besprechung von Behandlungsalternativen und medizinische Anweisungen – auf, sondern auch, wenn Aufnahmeformulare zu unterschreiben sind oder wenn bei der Leistungsverrechnung über Leistungsabdeckung und finanzielle Zuständigkeiten gesprochen wird. Und Gesundheitskompetente Krankenversorgungsorganisationen berücksichtigen auch, dass selbst Personen, deren Gesundheitskompetenz unter normalen Umständen adäquat ist, Schwierigkeiten bei der Verarbeitung und Nutzung von Informationen haben können, wenn sie krank, verängstigt oder sonst wie beeinträchtigt sind. Gesundheitssysteme müssen daher mit Hinblick auf das jederzeit mögliche Auftreten eingeschränkter Gesundheitskompetenz neu gestaltet werden (Rudd, 2010). Schließlich erkennen Gesundheitskompetente Krankenversorgungsorganisationen an, dass persönliche Kompetenz, Sprache und Kultur eng miteinander verwoben sind und ihre Beiträge zur Steigerung der Gesundheitskompetenz sich daher positiv auf die Reduktion von Ungleichheiten und die Verbesserung der sprachlichen und kulturellen Kompetenz in der Bevölkerung insgesamt auswirken (Andrulis & Brach, 2007; Sudore et al., 2009). Wenn sich Krankenversorgungsorganisationen für die Gesundheitskompetenz engagieren, profitieren alle von klarer und leicht verständlicher Kommunikation.

Dieses Papier stellt 10 Merkmale Gesundheitskompetenten Krankenversorgungsorganisationen vor. Krankenversorgungsorganisationen, die diese Merkmale umsetzen, fördern eine Umgebung, die Personen befähigt, die angebotenen Gesundheitsdienstleistungen optimal zu nutzen und optimal von ihnen zu profitieren. Die Liste der präsentierten Merkmale ist keinesfalls vollständig, sondern stellt vor allem den Versuch einer Zusammenfassung des vorhandenen theoretischen und praktischen Wissens dar, wobei soweit möglich auf den Stand der noch jungen Forschung auf dem Gebiet der Gesundheitskompetenz zurückgegriffen wird. Dieses Dokument möchte durch Bereitstellung einer anspruchsvollen Vision Krankenversorgungsorganisationen auf ihrem Weg in Richtung Gesundheitskompetenz unterstützen. Allerdings ist der Weg dorthin lang. Dieses Papier stellt dafür einige Wegweiser bereit.

Für jedes der 10 Merkmale werden Bedeutung und Hintergrund kurz dargestellt. Darauf folgt eine Reihe von Implementierungsstrategien, die zur Umsetzung der einzelnen Merkmale genutzt werden können. Dabei handelt es sich jedoch nicht um Vorschriften. Es gibt viele Wege zur Gesundheitskompetenten Organisation. Unterschiedliche Gesundheitseinrichtungen werden sich vermutlich für unterschiedliche Strategien entscheiden. Jede Einrichtung sollte überprüfen, wie gut sich ihre Strategien für die Zielgruppen eignen, mit denen sie arbeitet, und ihre Erfahrungen mit anderen teilen. Krankenversorgungsorganisationen werden auch entscheiden, welche Merkmale sie zuerst umsetzen wollen und wie umfassend sie dies tun, bevor sie sich weiteren Merkmalen zuwenden.

Die 10 Merkmale sind besonders wichtig für Einrichtungen, die Gesundheitsdienstleistungen direkt erbringen. Dazu gehören Gruppenpraxen und Ambulanzen, stationäre Einrichtungen, therapeutische Einrichtungen, Krankenhäuser, Gemeindegesundheitszentren, Disease-Management-Einrichtungen³, Apotheken und integrierte Versorgungssysteme. Die Merkmale

3 Darunter werden üblicherweise Einrichtungen verstanden, die koordinierte Versorgungsleistungen für bestimmte (zumeist chronisch kranke) Patientengruppen erbringen, deren Zustand auch ein hohes Ausmaß an Selbstmanagement erfordert.

sind auch wichtig für Ausübende der Krankenversorgungsberufe wie Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonen, medizinisch-technische AssistentInnen, PharmazeutInnen, Zahnärztinnen und -ärzte, GesundheitserzieherInnen, ÜbersetzerInnen und Verwaltungspersonal. Und schließlich sind viele dieser Merkmale auch für Einrichtungen des Gesundheitswesens im weiteren Sinne von Relevanz, wie etwa für Financiers, Gesundheitsplaner (z.B. *Health Maintenance Organizations*⁴, Versicherer, betriebliche Krankenversicherungsprogramme, das *Department of Veterans Affairs*⁵, und die *Centers for Medicare and Medicaid Services*⁶), für Hersteller und Anbieter von Gesundheitsinformationstechnologien und Materialien für die Gesundheitserziehung, für Zulassungs- und Akkreditierungseinrichtungen; und auch Manager können daraus Nutzen ziehen.

DIE 10 MERKMALE

Eine Gesundheitskompetente Krankenversorgungsorganisation (vgl. Abbildungen 1A und 1B):

1. Hat eine Führung, die Gesundheitskompetenz zum integralen Bestandteil ihrer Mission bzw. ihres Leitbilds, ihrer Strukturen und Prozesse macht.
2. Integriert Gesundheitskompetenz in die strategische Planung, in Evaluationsmaßnahmen, in Patientensicherheit und Qualitätsentwicklung.
3. Fördert die Gesundheitskompetenz ihrer MitarbeiterInnen und monitiert Verbesserungen.
4. Entwickelt, implementiert und evaluiert ihre Gesundheitsinformationsangebote unter Einbeziehung der Zielgruppen, für die diese Angebote gedacht sind.
5. Bietet, ohne zu stigmatisieren, eine Reihe von bedürfnisorientierten Methoden zur Förderung der Gesundheitskompetenz jener Bevölkerungsgruppen an, die die Leistungen der Einrichtung in Anspruch nehmen.
6. Setzt Strategien zur Förderung der Gesundheitskompetenz in interpersonellen Kommunikationssituationen ein und legt bei allen Kontakten Wert auf die Rückbestätigung des korrekten Verständnisses.
7. Ermöglicht einfachen Zugang zu Gesundheitsinformationen und Dienstleistungen und bietet Unterstützung für die Navigation durch die Organisation bzw. das System an.
8. Entwickelt und verwendet gedruckte, audiovisuelle und soziale Medien, deren Botschaften einfach zu verstehen und zu befolgen sind.
9. Fördert Gesundheitskompetenz auch in Hochrisiko-Situationen, einschließlich Naht- und Schnittstellen der Versorgung und der Vermittlung von Informationen über Medikamente.
10. Vermittelt klar, welche Leistungen durch Leistungskataloge von Versicherungen abgedeckt sind und für welche Leistungen selbst bezahlt werden muss.

4 In Health Maintenance Organizations verfügt eine Gemeinschaft aus KlientInnen und Leistungserbringern über ein fixes Gesamtbudget, aus dem alle Leistungen bezahlt werden.

5 Bietet Leistungen für US-Kriegsveteranen an – vgl. <http://www.va.gov/>

6 Bei den Centers handelt es sich um die Zentralstellen der von US-Bundesstaat zu Bundesstaat unterschiedlich gehandhabten Versorgungssysteme Medicaid (für sozial Bedürftige) und Medicare (für RentnerInnen).

1. Eine Gesundheitskompetente Krankenversorgungsorganisation hat eine Führung, die Gesundheitskompetenz zum integralen Bestandteil ihrer Mission bzw. ihres Leitbilds, ihrer Strukturen und Prozesse macht

Eine Gesundheitskompetente Organisation initiiert nicht nur einige Projekte zum Thema, sondern erklärt Gesundheitskompetenz zu einem zentralen Wert der gesamten Organisation. Strategien zur Förderung der Gesundheitskompetenz durchziehen die gesamte Organisation und sind Teil ihrer Kernprozesse. Die Führungskräfte der Organisation prägen die Kultur der Organisation durch ihre Sprache, ihre Erwartungen, durch ihr Verhaltensvorbild (Schyve, 2009) und durch Vorgaben zur Erbringung der Dienstleistungsprozesse (Rice, 2007). Die dauerhafte Unterstützung durch die Führung ist wesentlich für die erfolgreiche und langfristige Implementierung der Merkmale einer Gesundheitskompetenten Organisation.

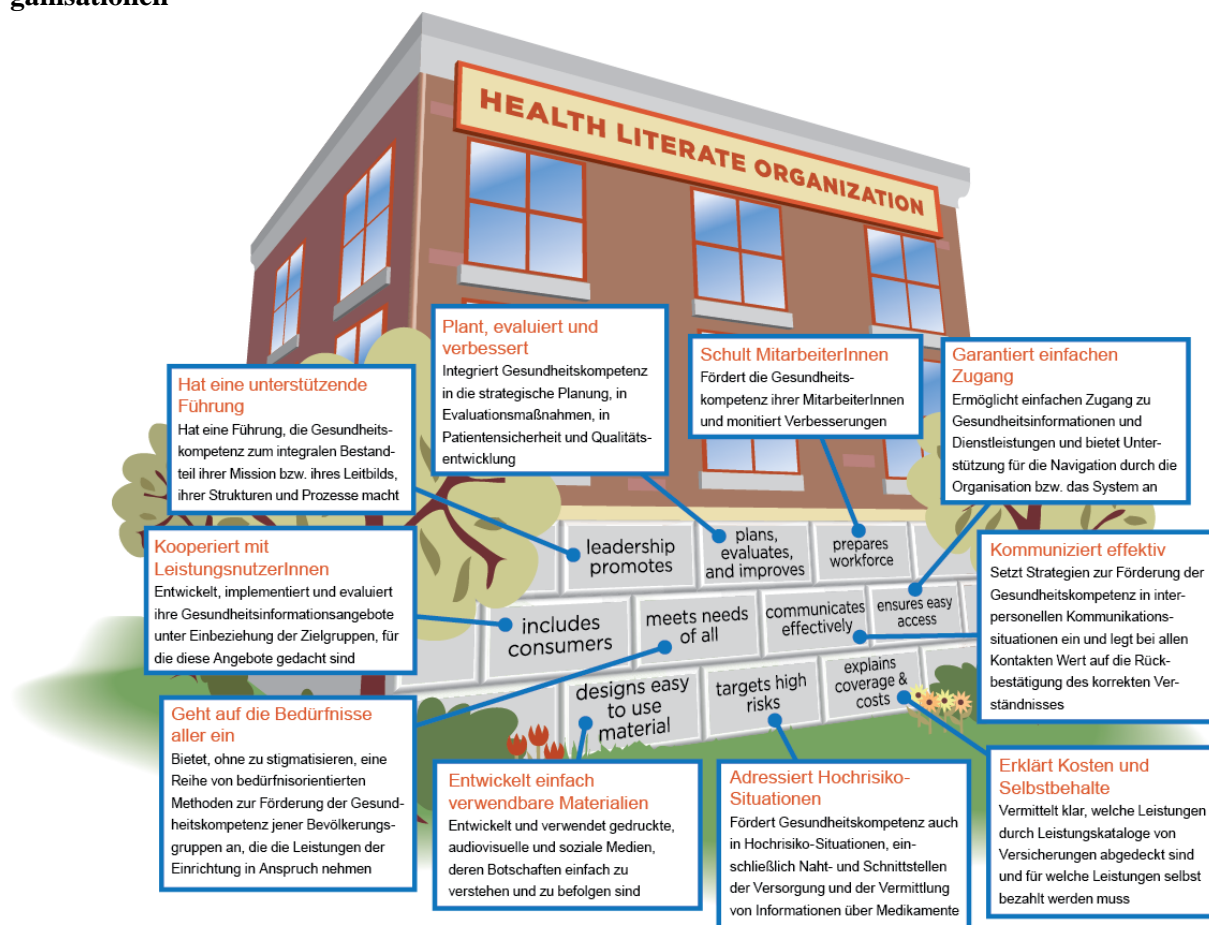
Gesundheitskompetente Krankenversorgungsorganisationen implementieren evidenzbasierte Strategien zur Förderung der Gesundheitskompetenz. Aber aufgrund des relativen Mangels an Forschungsergebnissen zur realen Implementierung derartiger Strategien bei repräsentativen Bevölkerungsgruppen (Sheridan et al., 2011) suchen Gesundheitskompetente Organisationen auch die wechselseitig unterstützende Zusammenarbeit mit ForscherInnen auf dem Gebiet der Gesundheitskompetenz, um dadurch zur Entwicklung, Identifikation, Implementierung und Evaluierung von Interventionen zur Förderung der Gesundheitskompetenz beizutragen (Allen et al., 2011; Ratanawongsa et al., 2012).

Führung zum Bereich Gesundheitskompetenz kann unterschiedliche Formen annehmen. Führungskräfte in Gesundheitskompetenten Krankenversorgungsorganisationen ...

- Legen Wert auf klare und wirksame Kommunikation auf allen Ebenen der Organisation und über alle Informationskanäle.
- Schaffen eine Kultur der Wertschätzung für PatientInnen und KonsumentInnen, in der Kommunikation als wechselseitiger Interaktionsprozess zwischen TeilnehmerInnen mit gleich wichtigen Rollen verstanden wird.
- Bauen die explizite Orientierung der Organisation an Gesundheitskompetenz in deren Mission, Leitbild, Grundsätze und Programme ein.
- Definieren Verantwortung und delegieren Zuständigkeiten für Gesundheitskompetenz (z.B. Gesundheitskompetenz-BeauftragteR, Stabstelle oder Steuergruppe zur Gesundheitskompetenz, Einbau der Gesundheitskompetenz in die Stellenbeschreibung leitender MitarbeiterInnen).
- Legen Ziele zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz fest, setzen Anreize zur Erreichung dieser Ziele und definieren Ergebnisverantwortung auf allen Ebenen der Organisation.
- Stellen die für eine effektive und effiziente Erreichung der Ziele zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz erforderlichen finanziellen und personellen Ressourcen bereit (z.B. Mittel zur Überarbeitung von Materialien und deren Testung an Zielgruppen, Widmung von Zeitressourcen für die Unterstützung von Personen, die zusätzliche Unterstützung oder Hilfestellungen benötigen, Mittel und Zeit für Fortbildungen zur Gesundheitskompetenz).
- Fördern PromotorInnen für Gesundheitskompetenz (Champions) in der gesamten Organisation.
- Gestalten das Organisationssystem so um, dass es die Fähigkeit von Personen, ihre Gesundheit zu erhalten, mit Krankheiten oder Beeinträchtigungen umzugehen und informierte Entscheidungen zu treffen, bestmöglich unterstützt.
- Gestalten Räumlichkeiten zur Unterstützung effektiver Kommunikation (z.B. Raum für persönliche Beratungen in Apotheken).

- Ermutigen andere Organisationen zur Weiterentwicklung ihrer Gesundheitskompetenz, z.B. durch ihren Einfluss, durch ihre Marktstellung und durch Zusammenarbeit.
- Tragen lokal, auf Landes- und Bundesebene zur Verbesserung organisationaler Gesundheitskompetenz bei (z.B. durch Beteiligung an nationalen Kooperationen oder an Aktivitäten auf lokaler Ebene).
- Unterstützen Forschung und andere Formen der Evidenzentwicklung zur Effektivität von Interventionen mit dem Ziel der Reduktion von Ungleichheiten zwischen Personen mit geringer bzw. adäquater Gesundheitskompetenz.

ABBILDUNG 1: Details zu den Grundlagen gesundheitskompetenter Krankenversorgungsorganisationen



Diese Grafik repräsentiert die Standpunkte der AutorInnen dieses Diskussionspapiers und nicht notwendiger Weise jene der Organisationen der AutorInnen oder des Institute of Medicine. Das Dokument wurde nicht dem Begutachtungsprozess des Institute of Medicine unterzogen und ist kein Bericht dieses Instituts oder des National Research Council.

 **INSTITUTE OF MEDICINE**
OF THE NATIONAL ACADEMIES
Advising the nation • Improving health

2. Eine Gesundheitskompetente Krankenversorgungsorganisation integriert Gesundheitskompetenz in die strategische Planung, in Evaluationsmaßnahmen, in Patientensicherheit und Qualitätsentwicklung

Gesundheitskompetente Krankenversorgungsorganisationen stellen sicher, dass Gesundheitskompetenz umfassend in alle ihre Dienstleistungen integriert ist und sowohl in die strategische als auch in die operative Planung einfließt. Zur Evaluierung spezifischer Initiativen zur Förderung der Gesundheitskompetenz werden adäquate Indikatoren und Messverfahren entwickelt und eingesetzt. Besonders wichtig ist, dass die Darstellung der Gesamtperformance der Organisation auch jene Ergebnisse ausweist, die bei vulnerablen Gruppen erzielt werden.

Die Forschung zeigt, dass Personen mit geringer Gesundheitskompetenz im Vergleich zu jenen mit adäquater Gesundheitskompetenz weniger präventive Dienstleistungen in Anspruch nehmen, weniger gut über das Selbst-Management ihres Zustands Bescheid wissen, Vorschriften zur Medikamenteneinnahme weniger einhalten und sich schlechter um die Gesundheitsbedürfnisse ihrer Kinder kümmern (Sanders et al., 2009; Sarkar et al., 2008, 2011; Sudore et al., 2006). Gesundheitskompetente Krankenversorgungsorganisationen monitoren derartige Unterschiede im Rahmen ihrer Prozess- und Ergebnismessungen und setzen zu deren Reduktion Maßnahmen der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung ein. Darüber hinaus implementieren Gesundheitskompetente Krankenversorgungseinrichtungen Qualitätsentwicklungsmaßnahmen zum Wohle aller Betroffenen und stellen sicher, dass Personen mit geringer Gesundheitskompetenz mindestens ebenso oder stärker von diesen Maßnahmen profitieren als Personen mit adäquater Gesundheitskompetenz. Das heißt aber nicht, dass PatientInnen Routinetestungen ihrer Gesundheitskompetenz unterzogen werden sollten; dies ist weder wünschenswert noch machbar (Paasche-Orlow & Wolf, 2008). Vielmehr sollten qualitative und quantitative Methoden zur Feststellung der Gesundheitskompetenz strategisch sinnvoll eingesetzt werden (Hanchate et al., 2008; Martin et al., 2009).

Gesundheitskompetenz trägt auch wesentlich zur Patientensicherheit bei. Fehlkommunikation kann zur Schädigung von PatientInnen führen (IOM, 2006). So zeigt beispielsweise eine Studie, dass KrankenhauspatientInnen mit geringen Englischkenntnissen, wenn sie von einem problematischen Ereignis betroffen waren, im Vergleich zu Personen mit guten Sprachkenntnissen eher geschädigt wurden und dass der erlittene Schaden größer war (Divi et al., 2007). Zum Schutz der Patientensicherheit und zur Maximierung der Versorgungsqualität befolgen Gesundheitskompetente Krankenversorgungsorganisationen Standards der Gesundheitskompetenz, die von Akkreditierungs- und Qualitätsorganisationen im Gesundheitswesen propagiert werden (z.B. *National Quality Forum Safe Practices*⁷; *The Joint Commission's primary care medical home option additional requirements*⁸; *National Committee for Quality Assurance*⁹ oder URAC¹⁰).

Gesundheitskompetente Krankenversorgungseinrichtungen ...

- Integrieren Gesundheitskompetenz in alle Planungsmaßnahmen;
- Führen regelmäßige Assessments durch, die die organisationale Performance und den Fortschritt in der Förderung der Gesundheitskompetenz, einschließlich der Gestaltung der physischen Umgebung, messen. Dafür können sie auf eine Reihe von Instrumenten einschließlich der folgenden zurückgreifen:
 - *The Health Literacy Environment of Hospitals and Health Centers* (Rudd & Anderson, 2006);
 - *CAHPS Item Set for Addressing Health Literacy* (AHRQ, 2007a);
 - *Health Literacy Assessment Questions* (für Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung) (DeWalt et al., 2010);
 - *Communication Climate Assessment Tool* (für Arztpraxen und Krankenhäuser) (Wynia et al., 2010);
 - *Health Plan Organizational Assessment of Health Literacy Activities* (Gazmararian et al., 2010); und
 - *Is Our Pharmacy Meeting Patients Needs? A Pharmacy Health Literacy Assessment Tool User's Guide* (Jacobson et al., 2007).

7 http://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe_Practices_for_Better_Healthcare_-_2010_Update.aspx

8 Focus Area: Patient Education, Health Literacy, and Self-Management, which can be found at http://www.jointcommission.org/assets/1/18/PCMH_new_stds_by_5_characteristics.pdf (accessed March 16, 2012)

9 http://www.ncqa.org/Portals/0/Publications/Resource%20Library/NCQA_Primer_web.pdf

10 This standard CORE 40 in the Consumer Protection and Empowerment category. https://www.urac.org/STDpdfs/STDGlance_DiseaseMgmt.pdf (accessed March 26, 2012).

- Entwickeln Indikatoren und sammeln regelmäßig Daten zur Messung des Grads der Umsetzung der Merkmale Gesundheitskompetenter Krankenversorgungsorganisationen und definieren Bereiche für weitere Verbesserungen;
- Legen Wert auf eine gründliche und methodenstrenge Evaluierung ihrer Interventionen und Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz;
- Messen und bewerten die Wirkung ihrer Grundsätze und Programme bei Personen mit geringer Gesundheitskompetenz;
- Nutzen Ergebnisse von Assessments, Messungen und Evaluierungen als Grundlage für die kontinuierliche Verbesserung der Gesundheitskompetenz;
- Stellen sicher, dass Patientenbefragungen leicht verständlich und einfach zu beantworten sind und bieten Unterstützung beim Ausfüllen von Fragebögen an;
- Dokumentieren und berichten über Kommunikationsfehler und stellen deren Ursachen fest, um systematische Fehlerquellen zu ermitteln und zu bearbeiten;
- Stimmen ihre Schwerpunkte im Bereich Gesundheitskompetenz mit anderen organisationalen Prioritäten ab, wie z.B. mit Gesundheitlicher Chancengleichheit.

3. Gesundheitskompetente Krankenversorgungseinrichtungen fördern die Gesundheitskompetenz ihrer MitarbeiterInnen und monitieren Verbesserungen

Organisationen wie die *Joint Commission* oder die *American Medical Association* setzen sich für Schulungen der Gesundheitskompetenz ein (*Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs – American Medical Association*, 1999; *The Joint Commission*, 2007). Ausübende der Gesundheitsberufe setzen Best-Practice-Strategien im Bereich der Kommunikation oft ungenügend ein (Schwartzberg et al, 2007; Turner et al., 2009; Rozier et al, 2011). Schulungen sind eine Möglichkeit, die Bereitschaft dieser Berufsgruppen zur Verwendung klarer Kommunikationsstrategien zu steigern (Mackert et al., 2011). Ausübende der Gesundheitsberufe, die Gesundheitskompetenztrainings absolviert haben, konnten ihre Kommunikationsfähigkeiten dadurch erfolgreich weiter entwickeln (Kripalani et al, 2006; Martin et al, 2009; Blake et al, 2010). Darüber hinaus führten Interventionen, die Schulungen in Gesundheitskompetenz umfassten, zu einer Steigerung von Krebs-Screening-Raten und zu besseren Patientenzufriedenheitswerten (Clark et al., 1998; Ferreira et al., 2005). Auch wenn die Forschung bisher keine direkten Zusammenhänge zwischen Schulungen und verbesserter Gesundheit nachweisen konnte, ist doch belegbar, dass Gesundheitskompetenztrainings erwünschte Schulungsergebnisse verbessern konnten (Coleman, 2011).

Gesundheitskompetente Krankenversorgungseinrichtungen berücksichtigen, dass alle MitarbeiterInnen Schulungen in Gesundheitskompetenz benötigen. Durch flächendeckende Schulungen können diese Organisationen eine Kultur entwickeln, in der alle MitarbeiterInnen das gemeinsame Ziel der Förderung erfolgreicher Kommunikation verfolgen. Während üblicherweise vor allem auf Schulungen von Ärztinnen und Ärzten Wert gelegt wird, ist es mindestens ebenso wichtig, die Gesundheitskompetenz jener MitarbeiterInnen zu entwickeln, die die Organisation nach außen vertreten – das sind z.B. RezeptionistInnen oder Verrechnungspersonal. Und die Schulungen sollten nicht nur den MitarbeiterInnen mit direktem Patientenkontakt oder mit Verantwortung für die Entwicklung von Schulungsmaterialien vorbehalten sein. Es ist wichtig, dass auch andere in der Organisation Tätige, insbesondere die Führungskräfte, die die Organisationskultur prägen, über Fragen der Gesundheitskompetenz und Möglichkeiten ihrer Entwicklung Bescheid wissen.

MitarbeiterInnen, die selbst PatientInnen informieren und schulen, benötigen besondere didaktische Schulungen. Dazu können Ärztinnen und Ärzte, GesundheitspädagogInnen, Pflegepersonen, medizinisch-technische AssistentInnen, PharmazeutInnen, Angehörige der therapeuti-

schen Berufe, Gesundheitstrainer, SozialarbeiterInnen, „Patienten-Navigatoren“ und *Community Health Workers*¹¹ gehören.

Gesundheitskompetente Krankenversorgungseinrichtungen ...

- Beschäftigen MitarbeiterInnen mit unterschiedlichen kulturellen und sozialen Hintergründen und Expertise in Gesundheitskompetenz.
- Haben und erreichen Ziele für die kontinuierliche Weiterbildung aller MitarbeiterInnen sowie der Angehörigen von Entscheidungsgremien im Bereich der Gesundheitskompetenz.
- Stellen regelmäßig die gesundheitskompetenzbezogenen Fähigkeiten ihrer MitarbeiterInnen fest, bieten jenen, die die Exzellenz-Standards nicht erreichen, Weiterbildungsmaßnahmen an und evaluieren die Wirkung dieser Maßnahmen.
- Bauen Gesundheitskompetenz in Einführungsveranstaltungen für neue MitarbeiterInnen und Trainings zu anderen Themen ein (z.B. Patientensicherheit, kulturelle Kompetenz, patientenzentrierte Versorgung).
- Ermöglichen den MitarbeiterInnen, Ressourcen und Materialien zur Gesundheitskompetenz im Internet zu nutzen (z.B. AHRQ, 2007b; AMA, 2007; CDC, 2011; ODPHP, 2007; DeWalt et al., 2010; HRSA, 2012; *New York New Jersey Public Health Training Center*, 2011).
- Unterstützten MitarbeiterInnen, Gesundheitskompetenz-Schulungen außerhalb der Organisation zu absolvieren.
- Holen sich externe ExpertInnen für Gesundheitskompetenz ins Haus, um die Trainingsressourcen in der Einrichtung weiter zu entwickeln.
- Bilden ExpertInnen mit übergreifenden pädagogischen Fähigkeiten aus, die als Vorbilder, MentorInnen oder LehrerInnen für gesundheitskompetenzbezogene Fähigkeiten eingesetzt werden können.
- Identifizieren und implementieren angemessene neue Schulungsinhalte.
- Arbeiten mit PatientInnen zusammen, die wirksame Sprachrohre und Trainer sein können (Garcia & Brach, 2008).

4. Gesundheitskompetente Krankenversorgungsorganisationen entwickeln, implementieren und evaluieren ihre Gesundheitsinformationsangebote unter Einbeziehung der Zielgruppen, für die diese Angebote gedacht sind

Viel zu selten werden ZielgruppenvertreterInnen in die Entwicklung und Gestaltung von Informationen und Dienstleistungen einbezogen, und wenn, dann oft nur zu Zwecken der Evaluation. Es ist von besonderer Wichtigkeit, die Meinung von Personen mit geringer Gesundheitskompetenz zu berücksichtigen, wenn es um die Planung von Programmen oder um die Entwicklung von Materialien zur Förderung der Gesundheitskompetenz geht. Ein Beispiel dafür ist die Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitswesen des Bundesstaats Iowa, den *New Readers of Iowa* und gemeindebezogenen Organisationen. Mitglieder der *New Readers of Iowa* organisieren Patientenbegehungen in Gesundheitseinrichtungen, begutachten Formulare, sind in Komitees vertreten und bringen die Perspektive Erwachsener mit Lernbeeinträchtigungen zur Zugänglichkeit von Gesundheitsdienstleistungen ein.

Partizipative Gestaltungsprozesse ermöglichen die Entwicklung von Produkten, die die Bedürfnisse der Zielgruppen treffen. So haben beispielsweise SeniorInnen und Personen mit Behinderungen an der Entwicklung eines englisch-, spanisch- und chinesischsprachigen Leitfa-

¹¹ Üblicherweise Paraprofessionelle mit einer spezifischen Schulung für die Vermittlung einfacher Gesundheitsinformationen oder die Erbringung einfacher Gesundheitsdienstleistungen; sie stammen zumeist selbst aus der Gemeinde, die sie unterstützen.

dens mitgearbeitet, der Angehörigen der jeweiligen Sprachgruppen helfen soll, ihre Möglichkeiten im Rahmen des kalifornischen *Medicaid*-Programms (*Medi-Cal*) besser zu verstehen und zu nutzen. Eine Evaluation des Leitfadens, die auch die kulturelle Adaption berücksichtigte, zeigte, dass er zu einem besseren Verständnis von Nutzungsmöglichkeiten und einer erhöhten Entscheidungskompetenz beitrug (Neuhauser et al., 2009).

Gesundheitskompetente Krankenversorgungseinrichtungen ...

- Integrieren Angehörige ihrer Zielgruppen in ihre Entscheidungsgremien;
- Haben Beratungsgremien, denen Personen mit geringer Gesundheitskompetenz, ErwachsenenbildnerInnen und ExpertInnen für Gesundheitskompetenz angehören;
- Arbeiten für die programmatische Entwicklung und Testung von Interventionen und für die Entwicklung von Materialien mit VertreterInnen der Zielgruppen dieser Interventionen und Materialien zusammen;
- Sammeln und berücksichtigen das Feedback jener Personen, die ihre Gesundheitsinformationen und Dienstleistungen nutzen;
- Beziehen ZielgruppenvertreterInnen in Evaluationsteams zur Bewertung der Umsetzung der Gesundheitskompetenzprogramme der Organisation mit ein.

5. Gesundheitskompetente Krankenversorgungsorganisationen bieten, ohne zu stigmatisieren, eine Reihe von bedürfnisorientierten Methoden zur Förderung der Gesundheitskompetenz jener Bevölkerungsgruppen an, die die Leistungen der Einrichtung in Anspruch nehmen

Manche Menschen kommen ohne Schwierigkeiten mit komplexen Informationen zurecht und nutzen abstrakte quantitative Informationen, um Probleme zu lösen, während andere mit der Bedeutung einer Medikamentenbeschriftung oder mit kurzen Anleitungen zu kämpfen haben (Kutner et al., 2006). Für Erbringer von Gesundheitsdienstleistungen ist es nicht immer einfach zu erkennen, wer zu welcher Gruppe gehört (Bass et al., 2002; Kelly & Haidet, 2007; Seligman et al., 2005). Vor allem Personen, die sich für ihre begrenzte Lesefähigkeit schämen (Wolf et al., 2007), versuchen ihr Problem zu verbergen (Parikh et al., 1996).

Daher setzen gesundheitskompetente Krankenversorgungsorganisationen ihre Strategien zur Förderung der Gesundheitskompetenz flächendeckend ein. Sie vereinfachen jedwede Kommunikation im größtmöglichen Ausmaß und vergewissern sich in allen Interaktionen des Verständnisses ihres Gegenübers, weil sie keine Vorannahmen darüber treffen, wer was versteht und wer spezifische Unterstützung braucht. Aus denselben Gründen verlassen sie sich bei der Weitergabe wichtiger Informationen nicht auf schriftliche Materialien, weil sie wissen, dass nicht jeder / jede lesen kann oder in der Lage ist, selbst vereinfachtes Material zu verstehen. Eine derartige Gleichbehandlung, einschließlich von Unterstützungsangeboten für alle, kann das Stigma reduzieren, das mit geringer Gesundheitskompetenz verbunden ist.

Gesundheitskompetente Krankenversorgungsorganisationen bemühen sich besonders um jene Personen mit den größten Verständnis- und Navigationsschwierigkeiten. So kann zum Beispiel Informationstechnologie (IT) so gestaltet werden, dass sie in der Vermittlung sowohl standardisierter als auch maßgeschneiderter Informationen ohne geschriebenen Text auskommt und auf individuelle Informationsbedürfnisse eingeht.

Während manche Strategien zur Förderung der Gesundheitskompetenz in bestehende Routinen integriert werden können, erfordern andere zusätzliche Zeit, MitarbeiterInnen oder Technologien. Gesundheitskompetente Krankenversorgungsorganisationen erkennen an, dass manche Regionen oder Standorte einen deutlich höheren Anteil an Personen mit geringer Gesundheitskompetenz betreuen als andere. Sie verteilen Mittel und Arbeitskräfte so, dass die Bereiche mit dem größten Bedarf auch mehr Ressourcen bekommen. Um festzustellen, wo welcher

Bedarf besteht, können Methoden zur Einschätzungen des Niveaus der Gesundheitskompetenz der betreuten Zielgruppen eingesetzt werden (Hanchate et al., 2008; Martin et al., 2009).

Gesundheitskompetente Krankenversorgungseinrichtungen ...

- Setzen Strategien zur Förderung der Gesundheitskompetenz flächendeckend ein;
- Schaffen eine einladende Umgebung, die keine hohen Anforderungen an die Gesundheitskompetenz stellt (z.B. keine großen Mengen schriftlicher Informationen an Wänden oder Anschlagtafeln);
- Optimieren die Erhebung von Informationen: nur notwendige Informationen werden erhoben, und die Erhebung erfolgt nur einmal;
- Setzen geeignete Innovationen und Technologien zur Überwindung von Barrieren für Personen mit geringer Gesundheitskompetenz ein;
- Bieten zusätzliche Hilfestellungen (z.B. GesundheitspädagogInnen, „Patienten-Navigatoren“, Case Manager zur Unterstützung bei Versicherungsangelegenheiten, Follow-Up zwischen Besuchen in der Einrichtung) für jene Personen an, die persönliche Unterstützung brauchen (Schillinger et al., 2008; DeWalt et al., 2010);
- Stellen gezielte Nachfragen in Bezug auf Probleme der Finanzierung von Medikamenten, unterstützen bei der Beantragung von Förderungen oder Unterstützungsleistungen und stellen Kontakt zu Programmen / Einrichtungen her, die bei der Finanzierung unterstützen können (DeWalt et al. 2010);
- Setzen schriftliche Informationen zur Verstärkung der mündlichen Kommunikation ein und bieten dafür auch alternative Materialien (z.B. audiovisuelles Material) an;
- Setzen Ressourcen proportional zur Konzentration geringer Gesundheitskompetenz ein.

6. Gesundheitskompetente Krankenversorgungsorganisationen setzen Strategien zur Förderung der Gesundheitskompetenz in interpersonellen Kommunikationssituationen ein und legen bei allen Kontakten Wert auf die Rückbestätigung des korrekten Verständnisses

Fast 8 Prozent der erwachsenen Bevölkerung können Erklärungen ihrer Gesundheitsdienstleister nie oder nur manchmal verstehen (AHRQ, 2010). Bei Personen mit geringer Gesundheitskompetenz funktioniert die Kommunikation mit ihren Gesundheitsdienstleistern schlechter als bei Personen mit adäquater Gesundheitskompetenz (Schillinger et al., 2004). Ebenso ist die Interaktion mit Gesundheitsdienstleistern, die ihrer Sprache nicht mächtig sind, für Personen mit geringer Sprachkompetenz schwieriger als für MuttersprachlerInnen oder für Personen, die mit Gesundheitsdienstleistern in ihrer eigenen Sprache sprechen können (Schenker et al., 2010). Darüber hinaus wurde festgestellt, dass Personen mit geringer Gesundheitskompetenz Ausübenden der Gesundheitsberufe auch seltener Fragen stellen (Katz et al., 2007).

ExpertInnen für Gesundheitskompetenz haben eine Reihe von Best-Practice-Interventionen zur Förderung effektiver wechselseitiger Kommunikation identifiziert (Schillinger et al., 2003; AMA, 2007; Sudore & Schillinger, 2009; Baker et al., 2011; DeWalt et al., 2012), von denen manche auch als Strategien zur Förderung der Patientensicherheit übernommen wurden (NQF, 2005, 2010; The Joint Commission, 2007). Wie im *Chronic Care Model*¹² ausgeführt, erfordern effektive Interaktionen sowohl informierte, aktivierte PatientInnen als auch ein geschultes proaktives Praxisteam (Bodenheimer, Wagner & Grumbach 2002).

¹² Weiterführende Informationen siehe http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2 (besucht am 03.04.2013)

Strategien zur Förderung der Gesundheitskompetenz beziehen sich nicht nur auf klinische Interaktionen. Klare Kommunikation ist auch wichtig, wenn eine Rechnung erklärt, ein Weg beschrieben oder ein Termin vereinbart wird. Gesundheitskompetente Krankenversorgungseinrichtungen schaffen eine Umgebung, die die Übernahme dieser Strategien, einschließlich solcher zur Förderung der kulturellen und sprachlichen Kompetenz, fördert und unterstützt.

Gesundheitskompetente Krankenversorgungseinrichtungen ...

- Fördern eine Kultur, in der in jeder Kommunikation Wert auf die Überprüfung des korrekten Verständnisses gelegt wird;
- Ermöglichen ausreichend Zeit für alle Interaktionen;
- Fragen gezielt nach Kommunikationsvorlieben (z.B. wie Testergebnisse vermittelt werden sollen) und berücksichtigen diese;
- Sehen Sprachassistenten (z.B. kompetente ÜbersetzerInnen oder zweisprachige MitarbeiterInnen mit nachgewiesener Sprachkompetenz) für Personen vor, die sich in der jeweiligen Landessprache nicht ausreichend kompetent oder sicher fühlen;
- Setzen Technologien zur Unterstützung der Kommunikation ein (z.B. Video-Dolmetschen, sprechende Touchscreens);
- Setzen Kampagnen ein, die zum Stellen von Fragen ermutigen (z.B. *“Questions Are the Answer”*¹³, *„Ask Me Three”*¹⁴), und halten ihre MitarbeiterInnen dazu ein, Personen anzuleiten, bereits im Vorhinein über Fragen nachzudenken;
- Behandeln Kommunikationsfehler als eine Frage der Patientensicherheit.

MitarbeiterInnen in Gesundheitskompetenten Krankenversorgungseinrichtungen ...

- Stellen keine Mutmaßungen über das gesundheitsbezogene Vorwissen, die Gesundheitskompetenz und die Gesundheitsüberzeugungen von Personen an;
- Fragen aktiv nach Anliegen und Prioritäten;
- Hören aktiv und reflexiv und ohne zu unterbrechen zu;
- Verwenden normale Alltagssprache, verwenden keine Abkürzungen oder Fachsprache, minimieren die Verwendung medizinischer Fachausdrücke und erklären alle verwendeten Begriffe;
- Beschränken die Inhalte, die in einer Kommunikation vermittelt werden, auf zwei oder drei Kernbotschaften;
- Versichern sich, dass Botschaften verstanden und Fähigkeiten vermittelt wurden; sie setzen dafür Techniken wie *Teach-Back* (Wiedergabe der vermittelten Inhalte durch den / die PatientIn in seinen / ihren Worten), *„Zeigen Sie mir“*, *Teach to Goal*¹⁵ (Baker et al., 2011) oder *chunk and check*¹⁶ ein;
- Sprechen langsam und deutlich;
- Ermutigen, Fragen zu stellen, und vergewissern sich, dass die Fragen zufriedenstellend beantwortet wurden;
- Fokussieren auf handlungsrelevante Informationen;

¹³ <http://www.ahrq.gov/questions/> (besucht am 4. April 2013)

¹⁴ <http://www.npsf.org/for-healthcare-professionals/programs/ask-me-3/> (besucht am 4. April 2013)

¹⁵ Das korrekte Verständnis des / der PatientIn gilt als bestätigt, wenn er / sie in der Lage ist zu erklären oder zu zeigen, was ihm / ihr erklärt wurde. <http://www.ahrq.gov/qual/literacy/healthliteracytoolkit.pdf> (besucht am 16. März 2012).

¹⁶ Bei dieser Technik werden nach jeder Schlüsselbotschaft Nachfragen zu ermöglicht und die Inhalte vom Patienten / von der Patientin wiedergegeben. <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol142009/No3Sept09/Assessing-Health-Literacy.html> (besucht am 16. März 2012).

- Verwenden Grafiken (z.B. selbstgezeichnete Bilder, Illustrationen oder 3-D-Modelle, Bildschirmmaterial);
- Gehen nicht davon aus, dass schriftliches Material tatsächlich gelesen wird, und setzen es nur in Verbindung mit mündlichen Anleitungen und im Rahmen des gemeinsamen Durchsehens und Hinweisens auf besonders wichtige Informationen ein;
- Fordern Dolmetscher an, wenn sie selbst nicht über ausreichende Kompetenz in der Sprache ihres Gegenübers verfügen.

7. Gesundheitskompetente Krankenversorgungsorganisationen ermöglichen den einfachen Zugang zu Gesundheitsinformationen und Dienstleistungen und bieten Unterstützung für die Navigation durch die Organisation bzw. das System an

Die Navigation durch das Gesundheitssystem umfasst die Interaktion mit der gebauten und der elektronischen Umgebung sowie den Umgang mit dem zunehmend komplexeren und fragmentierteren Krankenversorgungssystem. Zu den gesundheitskompetenten Navigationsleistungen gehören das Auffinden von Krankenversorgungsorganisationen und spezifischen Behandlungseinrichtungen in diesen, die Koordination verschiedener Gesundheitsdienstleistungen, das Finden von Gesundheitsinformationen und das Treffen angemessener Entscheidungen.

Hinweisschilder in Krankenversorgungseinrichtungen enthalten oft schwierige Vokabeln (z.B. Ambulanz). Dies kann auch gute LeserInnen verwirren und macht Personen mit geringer Gesundheits- oder Sprachkompetenz völlig ratlos (Rudd, 2004; Rudd et al., 2005). Gesundheitskompetente Krankenversorgungseinrichtungen verbessern nicht nur ihr Beschriftungssystem, sondern setzen auf architektonische Gestaltung und Auskunft durch die MitarbeiterInnen, um das Zurechtfinden zu erleichtern (Groene & Rudd 2011).

Gesundheitskompetente Krankenversorgungseinrichtungen unterstützen Personen in der Bewältigung des unüberschaubaren Angebots an Gesundheitsinformationen, indem sie korrekte, leicht verständliche und handlungsrelevante Informationen bereit stellen. Krankenversorgungseinrichtungen setzen für die Verbreitung von Informationen in den von ihnen betreuten Bevölkerungsgruppen zunehmend auf elektronische Medien. Patientenportale ermöglichen nicht nur den Zugriff auf persönliche Gesundheitsinformationen, sondern auch die Möglichkeit zur Interaktion mit Gesundheitsdienstleistern und zur Nutzung elektronischer Schulungsmaterialien. Allerdings hat eine neuere Studie herausgefunden, dass Personen mit geringer Gesundheitskompetenz Patientenportale mit geringerer Wahrscheinlichkeit nutzen, selbst wenn sie Zugang zum Internet haben (Sarkar et al., 2010). Um sicherzustellen, dass alle Personen vom technologischen Fortschritt profitieren können, legen Gesundheitskompetente Krankenversorgungsorganisationen bei allen Produkten, die sie ankaufen oder entwickeln, Wert auf benutzerfreundliche Designs (Eicher & Dullabh, 2007; IOM, 2009; ODPHP, 2010).

Die Unterstützung bei der Navigation kann die Belastungen Einzelner durch die Koordination ihrer eigenen Versorgung reduzieren. So können beispielsweise elektronische Überweisungsmechanismen, die von Personen nicht verlangen, die für ihre Überweisung erforderlichen Gesundheitsinformationen selbst zusammenstellen und zu verstehen, den Informationsfluss zwischen Versorgungsanbietern verbessern (Kim-Hwang et al., 2010). Ein anderes Beispiel für den Einsatz von Technologien zur Vereinfachung von Abläufen ist das *“One-e-App”*¹⁷ Programm, ein innovatives Web-basiertes System, das einen effizienten One-Stop-Zugang zu einer Reihe öffentlicher und privater Gesundheits- und Sozialleistungen und anderer Unterstützungsmöglichkeiten anbietet (California HealthCare Foundation, 2010).

¹⁷ <https://thecenter.oneeapp.org/> (besucht am 4. April 2013)

Gesundheitskompetente Krankenversorgungseinrichtungen ...

- Gestalten Krankenversorgungseinrichtungen so, dass Personen sich darin leicht zurechtfinden können;
- Verwenden auf Wegweisern leicht verständliche Alltagssprache und einfache Symbole;
- Schulen ihre MitarbeiterInnen, auf Orientierungsfragen höflich und effektiv zu antworten, ohne davon auszugehen, dass ihr Gegenüber ein Auto besitzt oder in der Lage ist, einen Plan zu lesen;
- Bieten verschiedene Dienstleistungen (z.B. primäre Gesundheitsversorgung, Facharztleistungen, Verhaltensmedizin, Wellness-Angebote, Sozialarbeit) im selben Gebäudekomplex an;
- Helfen KonsumentInnen und Familien zu verstehen, auf welche Leistungen sie Anspruch haben, einschließlich Wellness-Angeboten, Case- und Disease-Management-Programmen;
- Stellen „Navigatoren“ (oder *community health workers*¹⁸, Gesundheitsberater, Peer-Coaches) für die Beantwortung von Fragen, zur Lösung von Problemen, zur Unterstützung im Kontakt mit MitarbeiterInnen und für allfälligen sonstigen Unterstützungsbedarf bereit und helfen bei der Überwindung von Zugangsbarrieren zu Informationen und Dienstleistungen;
- Unterstützen bei der Terminvereinbarung mit anderen Krankenversorgungsorganisationen (z.B. primäre Gesundheitsversorgung, Fachärztinnen und -ärzte, Laboratorien, therapeutische Einrichtungen, Heimhilfe);
- Führen eine Liste mit kommunalen Einrichtungen in den Bereichen Gesundheit, Gesundheitskompetenz und soziale Unterstützung; bauen Überweisungsbeziehungen mit diesen Einrichtungen auf und haben Routineprozesse, um die Liste aktuell zu halten;
- Vertrauen nicht darauf, dass PatientInnen selbst Informationen an andere Leistungserbringer weiter vermitteln;
- Gehen Überweisungen nach, um sicherzustellen, dass sie eingehalten werden;
- Haben ein kundenfreundliches Telefonsystem, schulen Anrufer in der Nutzung desselben und entwickeln und vermitteln Regeln für die Telefonkommunikation durch MitarbeiterInnen;
- Unterstützen bei der Einforderung von Versicherungsleistungen, helfen bei Problemen der Leistungsvergütung, bei Klagen und Beschwerden;
- Entwickeln oder erwerben kundenorientierte gesundheitsbezogene Computer-Angebote (z.B. Patientenportale, Informationskioske, Angebote zur Entscheidungsunterstützung bzw. zum Monitoring der eigenen Gesundheit), die leicht nutzbar sind und an Personen mit geringer Gesundheitskompetenz getestet wurden;
- Bieten PatientInnen / KonsumentInnen Schulungen zur Nutzung dieser kundenorientierten gesundheitsbezogenen Computer-Angebote an;
- Bestücken elektronische Informationsangebote (sowohl elektronische Patientenakten als auch Patientenportale) mit leicht verständlichen und umsetzbaren Gesundheitsinformationen;
- Erwerben oder entwickeln elektronische Gesundheitsinformationsangebote, die je nach den unterschiedlichen individuellen Erfordernissen auf bedürfnisorientierte Informationsmaterialien zugreifen können, und nutzen diese Funktion, wenn sie Gesundheitsinformationen „verschreiben“;
- Programmieren Funktionen zur Unterstützung von Praktiken der Gesundheitskompetenz und deren Integration in elektronische Patientenakten und bieten entsprechende Schulungen für die AnwenderInnen an.

¹⁸ Dies sind üblicherweise Paraprofessionelle mit einer spezifischen Schulung für die Vermittlung einfacher Gesundheitsinformationen oder die Erbringung einfacher Gesundheitsdienstleistungen; sie stammen zu meist selbst aus der Gemeinde, die sie unterstützen.

8. Gesundheitskompetente Krankenversorgungseinrichtungen entwickeln und verwenden gedruckte, audiovisuelle und soziale Medien, deren Botschaften einfach zu verstehen und zu befolgen sind

Für die Durchschnittsbevölkerung – und viel mehr noch für Personen mit geringer Gesundheitskompetenz – sind die meisten Gesundheitsinformationen zu technisch und zu komplex (Walsh & Volsko, 2008). Auch wenn Angehörige der Gesundheitsberufe dies als Reduktion des Informationsniveaus werten, bevorzugen selbst Personen mit adäquater Gesundheitskompetenz klare, gut strukturierte Materialien (Davis et al., 1998; Parker, 2000). Gesundheitskompetente Krankenversorgungseinrichtungen bewerten die Tauglichkeit von Materialien für ihre Zielgruppen über die bloße Lesbarkeit hinaus, indem sie untersuchen, wie einfach diese zu verstehen und zu befolgen sind. Geeignete Materialien sind nicht immer leicht verfügbar, auch wenn manche Quellen (z.B. die *easy to read* Informationen in Medline-Plus¹⁹) eine bessere Auswahl bieten als andere. Wenn keine brauchbaren Materialien zu einem bestimmten Thema gefunden werden können, entwickeln gesundheitskompetente Krankenversorgungseinrichtungen entsprechende Materialien selbst und beziehen Mitglieder der Zielgruppen und FormulierungsexpertInnen in die Gestaltung von Inhalt und Design ein.

Gesundheitsinformationen umfassen nicht nur Schulungsmaterialien zu Prävention, Diagnose und Behandlungsoptionen. Sie umfassen beispielsweise auch Erklärungen zu Versicherungsrichtlinien, Leistungsansprüchen, Rechnungen und Laborbefunden. Und gesundheitskompetente Krankenversorgungseinrichtungen befolgen die Prinzipien klarer Kommunikation auch auf Informationszetteln und Formularen, die von Personen ausgefüllt und unterschrieben werden müssen.

Strategien zur Förderung der Gesundheitskompetenz wie zum Beispiel einfache Sprache, klare Überschriften und die Verwendung von Bildern können das Verständnis fördern (Campbell et al., 2004). Es gibt Evidenz dafür, dass die Verständlichkeit von Materialien durch Illustrationen (Delp & Jones, 1996) und Piktogramme (Yin et al., 2008) verbessert werden kann. Und auch in sozialen Medien müssen Prinzipien der klaren Kommunikation befolgt werden. Wenn man sich die Zahl der NutzerInnen vor Augen führt (die Hälfte der Facebook-User loggt sich täglich ein, und es gibt über 100 Millionen aktive Twitter-User), können es sich Krankenversorgungsorganisationen nicht mehr leisten, auf soziale Medien als machtvolle Kommunikationswerkzeuge zu verzichten (Kamel-Boulis, 2012). Aber kurze Mitteilungen sind nicht notwendigerweise auch klar.

Gesundheitskompetente Krankenversorgungseinrichtungen verlassen sich nicht nur auf gedruckte Materialien, sondern nutzen alle Möglichkeiten audiovisueller Medien. Dennoch können Alternativen zu Printmedien nicht als Allheilmittel angesehen werden; jedes Medium hat seine eigenen Vor- und Nachteile. Zum Beispiel bieten mobile Elektronikgeräte die Möglichkeit zur Übermittlung von Audio-Botschaften, verfügen aber über sehr kleine Bildschirme. Multimedia-Anwendungen führen auch keineswegs automatisch zur Reduktion von Ungleichheiten zwischen Personen mit geringer und adäquater Gesundheitskompetenz (Kandula et al., 2009). Gesundheitskompetente Krankenversorgungseinrichtungen wissen, dass Personen mit geringer Gesundheitskompetenz häufig auch über geringe EDV-Kompetenz verfügen. Sie sind nur begrenzt in der Lage, Informationen zu bestimmten Gesundheitsproblemen in elektronischen Quellen zu suchen, zu finden, zu verstehen, zu bewerten und zu befolgen (Norman & Skinner, 2006).

Unabhängig vom Medium (gedruckt oder audiovisuell) müssen Materialien in jenen Sprachen verfügbar sein, die von den Menschen üblicherweise gesprochen werden. Wörtliche Übersetzungen sind dafür ungeeignet, da Materialien an kulturelle und sprachliche Unterschiede angepasst werden müssen, um ihre Bedeutung beizubehalten.

¹⁹ Vgl. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/> (besucht am 4. April 2013)

Gesundheitskompetente Krankenversorgungseinrichtungen ...

- Setzen Schulungsmaterial zusätzlich zu und nicht anstatt persönlicher Schulungen ein;
- Verfügen über eine Vielzahl qualitativ hochwertiger Schulungsmaterialien (z.B. 3-D Modelle, audiovisuelles Material), einschließlich solcher, die sich für Personen mit geringer Gesundheitskompetenz eignen (z.B. Foto-Romane, Comics, Multimedia-Anleitungen, Podcasts) und verwenden unterschiedliche Kanäle zu deren Verbreitung (z.B. DVDs, Patienten-Portale);
- Evaluieren alle eingesetzten Materialien mit Assessment-Instrumenten gemäß dem State of the Art und holen das Feedback der NutzerInnen ein, um sicherzustellen, dass sich die Materialien für die jeweilige Zielgruppe eignen;
- Verwenden Instrumente, die die Entwicklung leicht verständlicher gedruckter und Online-Materialien unterstützen, wie z.B.:
 - *Toolkit for Making Written Material Clear and Effective* (CMS, 2011)
 - *Health Literacy Online: A Guide to Writing and Designing Easy to use Health Web Sites* (HHS, 2010)
 - *Accessible Health Information Technology (Health IT) for Populations with Limited Literacy: A Guide for Developers and Purchasers of Health IT* (Eichner and Dullabh, 2007)
 - *Clear & Simple: Developing Effective Print Materials for Low-literate Readers* (NCI, 2003)
- Verwenden und entwickeln Materialien, die ...
 - Inhalte klar vermitteln;
 - Alltagssprache verwenden (kein Fachchinesisch);
 - auf eine begrenzte Anzahl von Botschaften fokussieren;
 - einfache Schaubilder und Grafiken verwenden, die den Inhalt verständlicher machen (keine Bild-Text-Schere);
 - kurze Sätze verwenden, die im Aktiv geschrieben sind;
 - akustisch gut verständlich sind (nur für Audio-Material);
 - Check-Listen verwenden und eine Weiß-Nicht-Option anbieten, sodass sich Personen nicht dazu gezwungen fühlen, unzutreffende Informationen anzugeben (für Formulare);
 - Informationen in verarbeitbare Informationseinheiten herunter brechen, einzelne Einheiten klar kennzeichnen und diese in einer logischen Reihenfolge anbieten;
 - zur Nutzung der Informationen keine mathematischen Berechnungen erfordern bzw., wenn Berechnungen unvermeidbar sind, dafür einfache Anleitungen bieten und
 - klar vermitteln, welche spezifischen Maßnahmen gesetzt werden sollten und diese in handhabbare Schritte unterteilen.
- Stellen Materialien in den häufigsten Sprachen zur Verfügung;
- Übersetzen Materialien in qualitativ hochwertigen Verfahren in andere Sprachen als die Landessprache. Zum Beispiel:
 - Unabhängige Übersetzung durch zwei ausgebildete ÜbersetzerInnen, die die Zielsprache als Muttersprache haben und die mit den Kulturen der Zielgruppen vertraut sind;
 - Abstimmung jedweder Übersetzungsunterschiede zwischen den beiden ÜbersetzerInnen;
 - Bewertung der Übersetzung durch eineN muttersprachlicheN inhaltlicheN Experten / Expertin und Abstimmung jedweder Unterschiede;
 - Verständlichkeitstests bei der Zielgruppe.
- Arbeiten in der Entwicklung neuer Materialien mit MitarbeiterInnen und BeraterInnen zusammen, die über Expertise im Bereich Gesundheitskompetenz verfügen.
- Beziehen die Zielgruppe, einschließlich Personen mit limitierter Gesundheitskompetenz, in die partizipative Entwicklung und umfassende Testung von Materialien ein;

- Testen die Verständlichkeit und Akzeptanz von Botschaften bei der Zielgruppe, auch bei Personen mit limitierter Gesundheitskompetenz, bevor sie diese über soziale oder andere elektronische Medien verbreiten.

9. Gesundheitskompetente Gesundheitseinrichtungen fördern Gesundheitskompetenz auch in Hochrisiko-Situationen, einschließlich Naht- und Schnittstellen der Versorgung und der Vermittlung von Informationen über Medikamente

Jede Kommunikation sollte an den Best-Practice-Kriterien der Gesundheitskompetenz orientiert sein. Aber bestimmte hoch riskante Entscheidungs- und Übergangssituationen erfordern ein erhöhtes Niveau an Rückversicherung in Bezug darauf, ob das Gegenüber die betreffenden Informationen auch wirklich verstanden hat. Dazu gehören beispielsweise Einwilligungen in chirurgische Behandlungen, die Verschreibung von Medikamenten, deren nicht korrekte Einnahme gravierende Folgen haben kann, komplexe Anweisungen zur Versorgung am Lebensende und Versorgungsschnittstellen wie zum Beispiel die Entlassung aus dem Krankenhaus. Gesundheitskompetente Krankenversorgungseinrichtungen identifizieren Situationen, die ein derartig erhöhtes Sicherheitsniveau erfordern, und implementieren Standards und Prozesse, die sicherstellen, dass es dabei nicht zu Fehlkommunikationen kommt.

Viel zu häufig gilt das Hauptaugenmerk bei der informierten Entscheidung der Unterschrift auf einem Formular und nicht der Optimierung des Informationsprozesses über die Vorteile und Risiken einer Behandlung. Die Geschichte von Toni Cordell, die nicht lesen konnte und vor der Operation nicht verstand, dass die Lösung ihres Arztes für ihr "Frauenproblem" eine Hysterektomie war, sollte als warnendes Beispiel dienen (Cordell, 2007). Das *National Quality Forum* hat *Teach-Back* (Wiedergabe der vermittelten Inhalte durch den / die PatientIn in seinen / ihren eigenen Worten) als zentrales Verfahren für die Patientensicherheit identifiziert (NQF, 2010).

Die Kommunikation über Medikamente spielt eine wesentliche Rolle bei der Fehlmedikation (IOM, 2006). Eine Studie zeigte, dass das Verständnis über die Einnahme von Blutgerinnungshemmern bei nur 50 Prozent der PatientInnen den Angaben ihres Arztes / ihrer Ärztin entsprach (Schillinger et al., 2005). Personen mit geringer Gesundheitskompetenz haben eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, ihre Medikamente nicht zu erkennen (Persell et al., 2007) und Verpackungsbeschriftungen (Wolf et al., 2011), Warnhinweise (Davis et al., 2006) und Vorschriften der Einnahme (Lindquist et al. 2012) falsch zu verstehen. Visuelle Hilfsmittel auf Medikamentenverpackungen und Beipackzetteln können Einnahmefehler reduzieren (Machtinger et al., 2007; Wolf et al., 2011; Yin et al., 2008). Eine gesundheitskompetente Krankenversorgungseinrichtung widmet sich prioritär der Implementierung von Systemen und Interventionen, die die Medikamentensicherheit und das Selbstmanagement der Einnahme verbessern.

Ein anderer Bereich, für den präzise Kommunikation hoch relevant ist, sind Entscheidungen für die Versorgung in der letzten Lebensphase. Instruktionen über lebensverlängernde und palliative Maßnahmen hängen vom Verständnis der Menschen über Prognosen und mögliche Umstände des Lebensendes ab, und komplexe Entscheidungen für die terminale Phase können durch qualitativ hochwertige Entscheidungshilfen unterstützt werden. Eine Studie zeigte, dass Unsicherheiten in Bezug auf entsprechende Entscheidungen, die bei Personen mit geringer Gesundheitskompetenz stärker ausgeprägt waren, durch den Einsatz von Videos reduziert werden konnten, die die entsprechenden Situationen klar zeigten (Volandes et al., 2010). Auch Entscheidungen für aggressivere Behandlungsmethoden am Lebensende, die man für kulturell bedingt gehalten hatte, änderten sich nach Patientenschulungen (Volandes et al., 2008a; Volandes et al., 2008b).

Die Sicherstellung reibungsloser Übergänge vom Krankenhaus nach Hause und die Reduktion von Wiedereinweisungen sind in den Fokus der nationalen Aufmerksamkeit geraten (*Partnership for Patients*²⁰). Erfolgreiche Programme zur Reduktion von Wiedereinweisungen setzen häufig auf Strategien zur Förderung der Gesundheitskompetenz. Beispielsweise zeigte eine randomisierte Kontrollstudie, dass eine Intervention, die eine Reihe von Gesundheitskompetenz-Strategien nutzte (Re-Engineered Discharge RED), die Wiederaufnahmeraten um 30 Prozent senken konnte (Jack et al., 2009).

Gesundheitskompetente Krankenversorgungseinrichtungen ...

- Identifizieren Hochrisiko-Situationen und Themen, die spezielle Aufmerksamkeit und zusätzliche Ressourcen erfordern, und entwickeln und implementieren Maßnahmen für eine sichere Kommunikation wie zum Beispiel die folgenden:
 - Förderung einer Kultur, in der auf das inhaltliche Verständnis der PatientInnen beim Einholen von Einwilligungen Wert gelegt wird;
 - Verbesserung der Verständlichkeit von Einwilligungs-Formularen und Bereitstellung der Formulare in den jeweiligen Patientensprachen;
 - Festlegen eines Prozesses zum Einholen der Patienteneinwilligung unter Einbeziehung von: Dolmetsch-Diensten bei Bedarf; dem Vorlesen der Formulare auf Wunsch; der Rückversicherung des Verständnisses der PatientInnen durch Einfordern einer Wiedergabe der geplanten Maßnahme bzw. Behandlung sowie deren Begründung, der erhofften Ergebnisse, der Erfolgswahrscheinlichkeit und der möglichen Risiken; und Schritten zur Sicherstellung der Einhaltung des Prozesses (AHRQ, 2009; Fleischer et al., 2009; NQF, 2005);
 - Einsatz von Hilfsmitteln (z.B. Medikamentenschachteln, Karten oder Tabellen zur Visualisierung der korrekten Einnahme, Dosierhilfen), die Personen dabei unterstützen, ihre Medikamente korrekt einzunehmen (DeWalt et al., 2012; Yin et al., 2010);
 - Schaffung von Anreizen (Zeit und Vergütung) für die regelmäßige Überprüfung von nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten – d.h. der Bitte an Personen, alle Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel und pflanzlichen Heilmittel, die sie einnehmen, mitzubringen und zu erklären, warum, wann und wie viel sie davon jeweils zu sich nehmen – durch die Leistungserbringer;
 - Patientenorientierte Beschriftungen auf Medikamentenbehältern, die den Empfehlungen von *U.S. Pharmacopeia*²¹ (U.S. Pharmacopeial Convention, 2011) entsprechen;
 - Verwendung von einfacher Sprache und Entscheidungsinstrumenten in der Beratung über und Dokumentation von Entscheidungen zur Sterbebegleitung mit PatientInnen und ihren Familien;
 - Schulungen der PatientInnen und ihrer BetreuerInnen während des gesamten Krankenhausaufenthalts, Entlassung der PatientInnen mit leicht verständlichen schriftlichen Informationen und Anleitungen, Terminvereinbarungen beim niedergelassenen Arzt und anderen Leistungsanbietern vor der Entlassung, Bereitstellung von Kurzarztbriefen innerhalb von 24 Stunden und Follow-Up der PatientInnen nach der Entlassung (BUMC, 2011; *The Joint Commission*, 2007).

²⁰ Weiterführende Informationen siehe <http://www.healthcare.gov/compare/partnership-for-patients/index.html> (besucht am 4. April 2013)

²¹ Weiterführende Informationen siehe <http://www.usp.org/> (besucht am 4. April 2013)

10. Gesundheitskompetente Krankenversorgungseinrichtungen vermitteln klar, welche Leistungen durch Leistungskataloge von Versicherungen abgedeckt sind und für welche Leistungen selbst bezahlt werden muss

Viele Menschen müssen Entscheidungen in Bezug auf ihre Krankenversicherung treffen. Die Flut an Informationen und die komplexen Abläufe bei der Auswahl und Entscheidung für eine Versicherung sind häufig überfordernd und belastend.

Klare, einheitliche und vergleichbare Informationen über die Vorteile unterschiedlicher Angebote sind daher nötig. Das *Center for Consumer Information and Insurance Oversight* (CCIIO) hat ein Schema für Versicherer entwickelt, mit dem Schlüsselinformationen zu Versicherungspaketen in leicht verständlicher Sprache dargestellt werden können. CCIIO hat auch ein Glossar von Fachausdrücken zusammengestellt, die Versicherungen häufig verwenden²².

Trotz einfacher und einheitlicher Informationen über Versicherungsangebote werden viele Menschen zusätzliche Unterstützung benötigen, um unterschiedliche Alternativen zu verstehen. Die *State Health Insurance Exchanges*²³ in den USA bauen daher Strukturen auf („*navigator programs*“), die kulturell und sprachlich angemessene Informationen und Unterstützung beim Vertragsabschluss anbieten. Diese Konzepte sind nicht neu und bauen auf Programme wie die *State Health Insurance Counseling and Assistance Programs* (SHIP)²⁴ auf. SHIP bietet jenen 45 Millionen Menschen und ihren Angehörigen, die in den USA Anspruch auf *Medicare*-Leistungen haben, sowie den für diese Menschen zuständigen Leistungserbringern, persönliche Beratung und Unterstützung, einschließlich der Beantwortung von Fragen über Versicherungsleistungen, an. Staatliche Konsumenten-Unterstützungsprogramme (*state-based Consumer Assistance Programs – CAPs*) bieten jenen, die keinen Anspruch auf die bereits erwähnten *State Health Insurance Exchanges* haben, Hilfe bei der Auswahl geeigneter Versicherungen und Leistungsanbieter sowie intensivere Unterstützung einschließlich der Hilfe bei Problemen mit der Leistungsvergütung an.

Auch am Ort der Leistungserbringung ist Transparenz über abgedeckte Leistungen und Kosten erforderlich. So müssen Verschreiber wissen, welche Medikamente finanziert werden und welche nicht. KonsumentInnen müssen wissen, welche Selbstbehalte sie zu tragen haben, bevor sie einer Behandlung zustimmen. Niemand würde in einem Restaurant eine Speisekarte ohne Preise akzeptieren, aber im Gesundheitswesen wird von KonsumentInnen zu häufig erwartet, dass sie Versorgungsentscheidungen treffen, ohne vorab zu wissen, welche Kosten sie dafür zu tragen haben. Technologische Innovationen und Kooperationen zwischen Versicherern könnten erwartbare Selbstbehalte in Echtzeit verfügbar machen.

Gesundheitskompetente Krankenversicherer ...

- Stellen leicht verständliche und vergleichbare Informationen über Leistungsabdeckung und Vergünstigungen, einschließlich Selbsthalten, zur Verfügung;
- Reagieren prompt und zuverlässig auf Informationsanfragen zur Kostenübernahme bei spezifischen Behandlungen und Verfahren;
- Stellen Verschreibern routinemäßig aktualisierte Informationen über Positivlisten und andere Regelungen zur Finanzierung von Medikamenten zur Verfügung.

²² Weiterführende Informationen erhältlich auf: <http://cciio.cms.gov/programs/consumer/summaryandglossary/index.html> (besucht am 22. März 2012)

²³ Unter **Health insurance exchange** versteht man standardisierte staatlich geregelte Versorgungspläne in den USA, für die einzelne Bürger bei zertifizierten Anbietern Versicherungsansprüche erwerben können, durch die sie Zugang zu staatlichen Förderungen haben.

²⁴ Weiterführende Informationen siehe z.B. <https://shiptalk.org/public/home.aspx?ReturnUrl=%2f> (besucht am 4. April 2013)

Gesundheitskompetente Krankenversorgungseinrichtungen ...

- Widmen Personalstellen und Ressourcen für die Klärung der Abdeckung von Behandlungen und die Ermittlung der Höhe von Selbstbehalten sowie für die Bearbeitung von Problemen bei der Leistungsvergütung;
- Informieren im Voraus über selbst zu übernehmende Kosten;
- Informieren sich vor einer Verschreibung darüber, welche Medikamente in welchem Ausmaß von einer Versicherung finanziert werden, und berücksichtigen dies bei der Verschreibung;
- Überweisen Personen an Unterstützungsprogramme für VersicherungsnehmerInnen (*navigator programs*).

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Dieses Dokument stellt 10 Merkmale vor, in deren Entwicklung Krankenversorgungseinrichtungen investieren und die sie übernehmen können, um dadurch zu einem nutzbringenderen Einsatz der Angebote des nationalen Gesundheitssystems beizutragen. Das Konzept „Gesundheitskompetente Krankenversorgungsorganisation“ bedarf weiterer Diskussion und Ausarbeitung. Die vielen Beispiele in diesem Dokument belegen aber in jedem Fall, dass Gesundheitseinrichtungen bereits jetzt konkrete und praktische Maßnahmen setzen können, um die Lücke zwischen der Gesundheitskompetenz der Menschen und den Anforderungen komplexer Gesundheitssysteme zu schließen. Die Neuorientierung in Richtung eines personenorientierteren Gesundheitssystems umfasst die Neugestaltung von Gesundheitsinformationen und -dienstleistungen, die Integration von Prinzipien gesundheitskompetenter Krankenversorgungsorganisationen in organisationale Ziele und Grundsätze, Infrastrukturen und Routinen, Personalentwicklung und Kommunikationsstrategien. Selbst wenn Krankenversorgungseinrichtungen die 10 Merkmale nur in geringem Umfang umsetzen, werden sie bereits besser auf individuelle Bedürfnisse, insbesondere jener von Personen mit geringer Gesundheitskompetenz, eingehen können und darüber hinaus einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit leisten.

LITERATUR

- Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs—American Medical Association. 1999. Health literacy. *Journal of the American Medical Association* 281(6):552-557.
- AHIP (America's Health Insurance Plans). 2011. Health literacy and America's Health Insurance Plans: Laying the foundation and beyond. Washington, DC: America's Health Insurance Plans.
- AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality). 2007a. CAHPS health literacy item set. www.cahps.ahrq.gov/content/products/HL/PROD_HL_Intro.asp (accessed August 15, 2007).
- AHRQ. 2007b. Strategies to improve communication between pharmacy staff and patients training program for pharmacy staff. <http://www.ahrq.gov/qual/pharmlit/pharmtrain.htm> (accessed March 16, 2012).
- AHRQ, 2009. The AHRQ informed consent and authorization toolkit for minimal risk research. <http://www.ahrq.gov/fund/informedconsent/> (accessed March 16, 2012).
- AHRQ, 2010. National healthcare disparities report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Allen, K., J. Zoellner, M. Motley, and P. A. Estabrooks. 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.
- AMA (American Medical Association). 2007. Health literacy and patient safety: Help patients understand (Manual for clinicians). <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/367/healthlitclinicians.pdf> (accessed March 16, 2012).
- Andrulis, D. P., and C. Brach. 2007. Integrating literacy, culture, and language to improve health care quality for diverse populations. *American Journal of Health Behavior* 31(Suppl 1):S122-S133.
- Baker, D. W. 2006. The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine* 21(8):878-883.
- Baker, D. W., D. A. DeWalt, D. Schillinger, V. Hawk, B. Ruo, K. Bibbins-Domingo, M. Weinberger, A. Macabasco-O'Connell, and M. Pignone. 2011. "Teach to goal": Theory and design principles of an intervention to improve heart failure self-management skills of patients with low health literacy. *Journal of Health Communication* 16(Suppl 3):73-88.
- Baker, D. W., J. A. Gazmararian, M. V. Williams, T. Scott, R. M. Parker, D. Green, J. Ren, and J. Peel. 2002. Functional health literacy and the risk of hospital admission among medicare managed care enrollees. *American Journal of Public Health* 92(8):1278-1283.
- Bass, P. F.I., J. F. Wilson, C. H. Griffith, and D. R. Barnett. 2002. Residents' ability to identify patients with poor literacy skills. *Academic Medicine* 77(10):1039-1041.
- Blake, S. C., K. McMorris, K. L. Jacobson, J. A. Gazmararian, and S. Kripalani. 2010. A qualitative evaluation of a health literacy intervention to improve medication adherence for underserved pharmacy patients. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 21(2):559-567.
- Bodenheimer T., E.H. Wagner, K. Grumbach. 2002. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 288(14):1775-1779.
- Bostock, S., and A. Steptoe. 2012. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: Longitudinal cohort study. *BMJ* 344:e1602.
- BUMC (Boston University Medical Center). 2011. The new and improved RED toolkit. <http://www.bu.edu/fammed/projectred/newtoolkit/index.html> (accessed March 16, 2012).
- California HealthCare Foundation. 2010. One-e-App: One-stop access to health and social service programs. <http://www.chcf.org/projects/2007/oneeapp-onestop-access-to-health-care> (accessed March 16, 2012).
- Campbell, F. A., B. D. Goldman, M. L. Boccia, and M. Skinner. 2004. The effect of format modifications and reading comprehension on recall of informed consent information by low-income parents: A comparison of print, video, and computer-based presentations. *Patient Education and Counseling* 53(2):205-216.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention). 2011 Health literacy for public health professionals. <http://www.cdc.gov/healthliteracy/GetTrainingCE.html> (accessed June 20, 2012).
- Clark, N. M., M. Gong, M. A. Schork, D. Evans, D. Roloff, M. Hurwitz, L. Maiman, and R. B. Mellins. 1998. Impact of education for physicians on patient outcomes. *Pediatrics* 101(5):831-836.
- CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services). 2011. Toolkit for making written material clear and effective. <https://www.cms.gov/WrittenMaterialsToolkit/> (accessed March 16, 2012).
- Coleman, C. 2011. Teaching health care professionals about health literacy: A review of the literature. *Nursing Outlook* 59(2):70-78.
- Cordell, T. 2007. Chasing the monster. *North Carolina Medical Journal*. 68(5):331-332.
- Davis T.C., D.D. Fredrickson, C. Arnold, P.W. Murphy, M. Herbst, and J.A. Bocchini. 1998. A polio immunization pamphlet with increased appeal and simplified language does not improve comprehension to an acceptable level. *Patient Education Counseling* 33(1):25-37.
- Davis, T. C., M. S. Wolf, P. F. Bass, M. Middlebrooks, E. Kennen, D. W. Baker, C. L. Bennett, R. Durazo-Arvizu, A. Bocchini, S. Savory, and R. M. Parker. 2006. Low literacy impairs comprehension of prescription drug warning labels. *Journal of General Internal Medicine* 21(8):847-851.
- Delp, C., and J. Jones. 1996. Communicating information to patients: The use of cartoon illustrations to improve comprehension of instructions. *Academic Emergency Medicine* 3(3):264-270.

- DeWalt, D. A., L. F. Callahan, V. H. Hawk, K. A. Broucksou, A. Hink, R. Rudd, and C. Brach. 2010. Health literacy universal precautions toolkit. <http://www.ahrq.gov/qual/literacy/healthliteracytoolkit.pdf> (accessed March 16, 2012).
- Divi, C., R. G. Koss, S. P. Schmaltz, and J. M. Loeb. 2007. Language proficiency and adverse events in US hospitals: A pilot study. *International Journal for Quality in Health Care* 19(2):60-67.
- Eichner, J., and P. Dullabh. 2007. Accessible health information technology (health IT) for populations with limited literacy: A guide for developers and purchasers of health IT. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Ferreira, M. R., N. C. Dolan, M. L. Fitzgibbon, T. C. Davis, N. Gorby, L. Ladewski, D. Liu, A. W. Rademaker, F. Medio, B. P. Schmitt, and C. L. Bennett. 2005. Health care provider-directed intervention to increase colorectal cancer screening among veterans: Results of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology* 23(7):1548-1554.
- Fleischer, L., S. Raivitch, S. M. Miller, Y. Partida, A. Martin-Boyan, C. Soltoff, and P. Courter. 2009. A practical guide to consent. <http://www.templehealth.org/ICTOOLKIT/html/ictoolkitpage1.html> (accessed March 16, 2012).
- Garcia, C., and C. Brach. 2008. Integrating health literacy into patient safety partnerships. In *Engaging patients as safety partners: A guide for reducing errors and improving satisfaction*, edited by P. L. Spath. Chicago: Health Forum. Pp. 121-162.
- Gazmararian, J. A., K. Beditz, S. Pisano, and R. Carreón. 2010. The development of a health literacy assessment tool for health plans. *Journal of Health Communication* 15(Suppl 2):93-101.
- Hanchate, A., A. Ash, J. Gazmararian, M. Wolf, and M. Paasche-Orlow. 2008. The demographic assessment for health literacy (DAHL): A new tool for estimating associations between health literacy and outcomes in national surveys. *Journal of General Internal Medicine* 23(10):1561-1566.
- HHS (U.S. Department of Health and Human Services). 2000. *Healthy people 2010: Understanding and improving health*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- HHS. 2010. Health literacy online: A guide to writing and designing easy-to-use health web sites. http://www.health.gov/healthliteracyonline/Web_Guide_Health_Lit_Online.pdf (accessed March 16, 2012).
- HHS OS (U.S. Department of Health and Human Services Office of the Secretary). 2000. National standards on culturally and linguistically appropriate services (CLAS) in health care. *Federal Register* 65(247):80865-80879.
- HRSA (Health Resources and Services Administration). 2012. Effective communication tools for healthcare professionals. <http://www.hrsa.gov/publichealth/healthliteracy/> (accessed March 31, 2012).
- IOM (Institute of Medicine). 2003. *Priority areas for national action: transforming health care quality*. Washington DC: The National Academies Press
- IOM. 2004. *Health literacy: A prescription to end confusion*. Washington, DC: The National Academies Press.
- IOM. 2006. *Preventing medication errors: Quality chasm series*. Washington, DC: The National Academies Press.
- IOM. 2009. *Health literacy, ehealth, and communication: Putting the consumer first: Workshop summary*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Jack, B. W., V. K. Chetty, D. Anthony, J. L. Greenwald, G. M. Sanchez, A. E. Johnson, S. R. Forsythe, J. K. O'Donnell, M. K. Paasche-Orlow, C. Manasseh, S. Martin, and L. Culpepper. 2009. A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization. *Annals of Internal Medicine* 150(3):178-187.
- Jacobson, K., J. Gazmararian, S. Kripalani, K. McMorris, S. Blake, and C. Brach. 2007. *Is our pharmacy meeting patients' needs? A pharmacy health literacy assessment tool user's guide*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Kamel-Boulis, M. N. 2012. On social media and health literacy. *WebmedCentral Health Informatics* 3(1).
- Kandula, N. R., P. A. Nsiah-Kumi, G. Makoul, J. Sager, C. P. Zei, S. Glass, Q. Stephens, and D. W. Baker. 2009. The relationship between health literacy and knowledge improvement after a multimedia type 2 diabetes education program. *Patient Education and Counseling* 75(3):321-327.
- Katz, M., T. Jacobson, E. Veledar, and S. Kripalani. 2007. Patient literacy and question-asking behavior during the medical encounter: A mixed-methods analysis. *Journal of General Internal Medicine* 22(6):782-786.
- Kelly, P. A., and P. Haidet. 2007. Physician overestimation of patient literacy: A potential source of health care disparities. *Patient Education and Counseling* 66(1):119-122.
- Kim-Hwang, J., A. Chen, D. Bell, D. Guzman, H. Yee, and M. Kushel. 2010. Evaluating electronic referrals for specialty care at a public hospital. *Journal of General Internal Medicine* 25(10):1123-1128.
- Koh, H. K., D. M. Berwick, C. M. Clancy, C. Baur, C. Brach, L. M. Harris, and E. G. Zerhusen. 2012. New federal policy initiatives to boost health literacy can help the nation move beyond the cycle of costly "crisis care." *Health Affairs* 31(2):434-443.
- Kripalani, S., L. E. Henderson, E. Y. Chiu, R. Robertson, P. Kolm, and T. A. Jacobson. 2006. Predictors of medication self-management skill in a low-literacy population. *Journal of General Internal Medicine* 21(8):852-856.
- Kutner, M., E. Greenberg, Y. Jin, and C. Paulsen. 2006. *The health literacy of America's adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy*. Washington, DC: National Center for Education Statistics.
- Lindquist, L.A., L. Go, J. Fleisher, N. Jain, E. Friesema, D.W. Baker. 2012. Relationship of health literacy to intentional and unintentional non-adherence of hospital discharge medications. *Journal of General Internal Medicine*. 27(2):173-178.

- Machtiger, E. L., F. Wang, L. L. Chen, M. Rodriguez, S. Wu, and D. Schillinger. 2007. A visual medication schedule to improve anticoagulation control: A randomized, controlled trial. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 33(10):625-635.
- Mackert, M., J. Ball, and N. Lopez. 2011. Health literacy awareness training for healthcare workers: Improving knowledge and intentions to use clear communication techniques. *Patient Education and Counseling* 85(3):e225-e228.
- Martin, L., T. Ruder, J. Escarce, B. Ghosh-Dastidar, D. Sherman, M. Elliott, C. Bird, A. Fremont, C. Gasper, A. Culbert, and N. Lurie. 2009. Developing predictive models of health literacy. *Journal of General Internal Medicine* 24(11):1211-1216.
- Martin, L.T. and R.M. Parker. 2011. Insurance expansion and health literacy. *JAMA* 306(8):874-875.
- NCI (National Cancer Institute). 2003. Clear & simple: Developing effective print materials for low-literate readers. <http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/clear-and-simple/page1/AllPages> (accessed March 16, 2012).
- Neuhauser, L., B. Rothschild, C. Graham, S. L. Ivey, and S. Konishi. 2009. Participatory design of mass health communication in three languages for seniors and people with disabilities on Medicaid. *American Journal of Public Health* 99 (12):2188-2195.
- New York New Jersey Public Health Training Center. 2011. Health literacy & public health: Strategies for addressing low health literacy. <http://www.nynj-phtc.org/pages/catalog/phlit02/> (accessed March 16, 2012).
- Norman, C. D., and H. A. Skinner. 2006. Ehealth: The ehealth literacy scale. *Journal of Medical Internet Research* 8(4):e27.
- NQF (National Quality Forum). 2005. Improving patient safety through informed consent for patients with limited health literacy. Washington, DC: National Quality Forum.
- NQF. 2009. Health literacy: A linchpin in achieving national goals for health and healthcare. Washington, DC: National Quality Forum.
- NQF. 2010. Safe practices for better healthcare—2010 update. Washington, DC: National Quality Forum.
- ODPHP (Office of Disease Prevention and Health Promotion). 2007. Quick guide to health literacy. <http://www.health.gov/communication/literacy/quickguide/> (accessed June 12, 2012).
- ODPHP. 2008. America's health literacy: Why we need accessible health information. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- ODPHP. 2010. National action plan to improve health literacy. <http://www.health.gov/communication/HLActionPlan> (accessed March 16, 2012).
- Paasche-Orlow, M., and M. Wolf. 2008. Evidence does not support clinical screening of literacy. *Journal of General Internal Medicine* 23(1):100-102.
- Parikh, N. S., R. M. Parker, J. R. Nurss, D. W. Baker, and M. V. Williams. 1996. Shame and health literacy: The unspoken connection. *Patient Education and Counseling* 27(1):33-39.
- Parker, R. 2000. Health literacy: A challenge for American patients and their health care providers. *Health Promotion International* 15(4):277-283.
- Parker, R., and S. C. Ratzan. 2010. Health literacy: A second decade of distinction for Americans. *Journal of Health Communication* 15(Suppl 2):20-33.
- Parker, R. M. 2009. What? So what? Now what? Paper presented at Measures of Health Literacy Workshop, Washington, DC.
- Persell, S., C. Osborn, R. Richard, S. Skripkauskas, and M. Wolf. 2007. Limited health literacy is a barrier to medication reconciliation in ambulatory care. *Journal of General Internal Medicine* 22(11):1523-1526.
- Ratanawongsa, N., M. Handley, J. Quan, U. Sarkar, K. Pfeifer, C. Soria, and D. Schillinger. 2012. Quasi-experimental trial of diabetes self-management automated and real-time telephonic support (SMARTSteps) in a Medicaid managed care plan: Study protocol. *BMC Health Services Research* 12 (1):22.
- Ratzan, S. C., and R. M. Parker. 2000. Introduction. In *National Library of Medicine current bibliographies in medicine: Health literacy*, edited by C. Selden, M. Zorn, S. C. Ratzan and R. M. Parker. Bethesda, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.
- Rice, M. F. 2007. Promoting cultural competency in public administration and public service delivery: Utilizing self-assessment tools and performance measures. *Journal of Public Affairs Education* 13(1):41-57.
- Rozier, R. G., A. M. Horowitz, and G. Podschun. 2011. Dentist-patient communication techniques used in the United States. *Journal of the American Dental Association* 142(5):518-530.
- Rudd, R. 2003. Objective 11-2. Improvement of health literacy. In *Communicating health: Priorities and strategies for progress*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Rudd, R. 2004. Navigating hospitals: Literacy barriers. *Literacy Harvest (Fall)*: 19-24.
- Rudd, R., and J. Anderson. 2006. The health literacy environment of hospitals and health centers. <http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy/files/healthliteracyenvironment.pdf> (accessed March 16, 2012).
- Rudd, R.E. 2007. Health literacy skills of U.S. adults. *Journal of Health Behaviors*. 31(S1):S8-18.
- Rudd, R.E. 2010. Improving Americans' Health Literacy. *New England Journal of Medicine*, 363(24):2283-5.
- Rudd, R., D. Renzulli, A. Pereira, and L. Daltory. 2005. Literacy demands in health care settings: The patient perspective. In *Understanding health literacy: Implications for medicine and public health*, edited by J. G. Schwartzberg, J. B. VanGeest and C. C. Wang. Chicago: AMA Press.

- Sanders, L. M., S. Federico, P. Klass, M. A. Abrams, and B. Dreyer. 2009. Literacy and child health: A systematic review. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 163(2):131-140.
- Sarkar, U., A. J. Karter, J. Y. Liu, N. E. Adler, R. Nguyen, A. López, and D. Schillinger. 2010. The literacy divide: Health literacy and the use of an internet-based patient portal in an integrated health system—results from the Diabetes Study of Northern California (DISTANCE). *Journal of Health Communication* 15(Suppl 2):183-196.
- Sarkar, U., J. D. Piette, R. Gonzales, D. Lessler, L. D. Chew, B. Reilly, J. Johnson, M. Brunt, J. Huang, M. Regenstein, and D. Schillinger. 2008. Preferences for self-management support: Findings from a survey of diabetes patients in safety-net health systems. *Patient Education and Counseling* 70(1):102-110.
- Sarkar, U., D. Schillinger, K. Bibbins-Domingo, A. Nápoles, L. Karlíner, and E. J. Pérez-Stable. 2011. Patient-physicians' information exchange in outpatient cardiac care: Time for a heart to heart? *Patient Education and Counseling* 85(2):173-179.
- Schenker, Y., A. J. Karter, D. Schillinger, E. M. Warton, N. E. Adler, H. H. Moffet, A. T. Ahmed, and A. Fernandez. 2010. The impact of limited English proficiency and physician language concordance on reports of clinical interactions among patients with diabetes: The DISTANCE study. *Patient Education and Counseling* 81(2):222-228.
- Schillinger, D., A. Bindman, F. Wang, A. Stewart, and J. Piette. 2004. Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients. *Patient Education and Counseling* 52(3):315-323.
- Schillinger, D., H. Hammer, F. Wang, J. Palacios, I. McLean, A. Tang, S. Youmans, and M. Handley. 2008. Seeing in 3-D: Examining the reach of diabetes self-management support strategies in a public health care system. *Health Education & Behavior* 35(5):664-682.
- Schillinger, D., E. L. Machtiger, F. Wang, L. L. Chen, K. Win, J. Palacios, M. Rodriguez, and A. Bindman. 2005. Language, literacy, and communication regarding medication in an anticoagulation clinic: Are pictures better than words? *Advances in patient safety: From research to implementation*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Schillinger, D., J. Piette, K. Grumbach, F. Wang, C. Wilson, C. Daher, K. Leong-Grotz, C. Castro, and A. B. Bindman. 2003. Closing the loop: Physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Archives of Internal Medicine* 163(1):83-90.
- Schwartzberg, J. G., A. Cowett, J. VanGeest, and M. S. Wolf. 2007. Communication techniques for patients with low health literacy: A survey of physicians, nurses, and pharmacists. *American Journal of Health Behavior* 31(Suppl 1):S96-S104.
- Schyve, P. 2009. *Leadership in health care organizations: A guide to Joint Commission leadership standards*. San Diego, CA: The Joint Commission.
- Seligman, H. K., F. F. Wang, J. L. Palacios, C. C. Wilson, C. Daher, J. D. Piette, and D. Schillinger. 2005. Physician notification of their diabetes patients' limited health literacy. *Journal of General Internal Medicine* 20(11):1001-1007.
- Sheridan, S. L., D. J. Halpern, A. J. Viera, N. D. Berkman, K. E. Donahue, and K. Crotty. 2011. Interventions for individuals with low health literacy: A systematic review. *Journal of Health Communication* 16(Suppl 3):30-54.
- Sudore, R. L., C. S. Landefeld, E. J. Prez-Stable, K. Bibbins-Domingo, B. A. Williams, and D. Schillinger. 2009. Unraveling the relationship between literacy, language proficiency, and patient-physician communication. *Patient Education and Counseling* 75(3):398-402.
- Sudore, R. L., and D. Schillinger. 2009. Interventions to improve care for patients with limited health literacy. *Journal of Clinical Outcomes Management* 16(1):20.
- Sudore, R. L., K. Yaffe, S. Satterfield, T. B. Harris, K. M. Mehta, E. M. Simonsick, A. B. Newman, C. Rosano, R. Rooks, S. M. Rubin, H. N. Ayonayon, and D. Schillinger. 2006. Limited literacy and mortality in the elderly: The health, aging, and body composition study. *Journal of General Internal Medicine* 21(8):806-812.
- The Joint Commission. 2007. "What did the doctor say?" Improving health literacy to protect patient safety. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission.
- Turner, T., W. L. Cull, B. Bayldon, P. Klass, L. M. Sanders, M. P. Frintner, M. A. Abrams, and B. Dreyer. 2009. Pediatricians and health literacy: Descriptive results from a national survey. *Pediatrics* 124(Suppl 3):S299-S305.
- U.S. Pharmacopeial Convention. 2011. Proposed chapter 17 prescription container labeling. www.usp.org/sites/default/files/usp_pdf/EN/USPNF/M5531.pdf (accessed March 16, 2012).
- Volandes A.E., M. Ariza, E.D. Abbo, M. Paasche-Orlow. 2008a. Overcoming educational barriers for advance care planning in Latinos with video images. *Journal of Palliative Medicine* (5):700-706.26
- Volandes A.E., M. Paasche-Orlow, M.R. Gillick, E.F. Cook, S. Shaykevich, E.D. Abbo, L. Lehmann. 2008b. Health literacy not race predicts end-of-life care preferences. *Journal of Palliative Medicine*. 11(5):754-762.
- Volandes A.E., M.J. Barry, Y. Chang, M.K. Paasche-Orlow. 2010. Improving decision making at the end of life with video images. *Medical Decision Making* 30(1):29-34.
- Walsh, T. M., and T. A. Volsko. 2008. Readability assessment of Internet-based consumer health information. *Respiratory Care* 53(10):1310-1315.
- Wolf, M. S., T. C. Davis, L. M. Curtis, J. A. Webb, S. C. Bailey, W. H. Shrank, L. Lindquist, B. Ruo, M. V. Bocchini, R. M. Parker, and A. J. J. Wood. 2011. Effect of standardized, patient-centered label instructions to improve comprehension of prescription drug use. *Medical Care* 49(1):96-100, 110.1097/MLR.1090b1013e3181f38174.
- Wolf, M. S., M. V. Williams, R. M. Parker, N. S. Parikh, A. W. Nowlan, and D. W. Baker. 2007. Patients' shame and attitudes toward discussing the results of literacy screening. *Journal of Health Communication* 12(8):721-732.

- Wynia, M. K., M. Johnson, T. P. McCoy, L. P. Griffin, and C. Y. Osborn. 2010. Validation of an organizational communication climate assessment toolkit. *American Journal of Medical Quality* 25(6):436-443.
- Yin, H. S., B. P. Dreyer, L. van Schaick, G. L. Foltin, C. Dinglas, and A. L. Mendelsohn. 2008. Randomized controlled trial of a pictogram -based intervention to reduce liquid medication dosing errors and improve adherence among caregivers of young children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 162(9):814-822.
- Yin, H. S., A. L. Mendelsohn, M. S. Wolf, R. M. Parker, A. Fierman, L. van Schaick, I. S. Bazan, M. D. Kline, and B. P. Dreyer. 2010. Parents' medication administration errors: Role of dosing instruments and health literacy. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 164(2):181-186.