



Methodenbox

Die gesundheitskompetente
Sozialversicherung





Orientierungshilfe

Gute
Gesprächsqualität



Einbeziehung
der Zielgruppe

Verständliche
Informations-
materialien



Schulungen für
MitarbeiterInnen

Methodenbox

**Die gesundheitskompetente
Sozialversicherung**

Inhaltsverzeichnis

Über die Methodenbox und ihre Verwendung	
Ziele und Zielgruppen der Methodenbox	5
Die Inhalte der Methodenbox	5
Orientierung innerhalb der Methodenbox	7
A Daten & Fakten zum Thema Gesundheitskompetenz	
Was ist Gesundheitskompetenz?	9
Wie gesundheitskompetent sind die Österreicherinnen und Österreicher?	10
Warum ist Gesundheitskompetenz wichtig?	11
Was versteht man unter einer gesundheitskompetenten Sozialversicherung?	12
Welchen Nutzen hat die Entwicklung in Richtung gesundheitskompetente Sozialversicherung?	13
Weiterführende Materialien und Hilfsmittel	14
B Zentrale Handlungsfelder auf dem Weg zur gesundheitskompetenten Sozialversicherung	
1 Was sollten Sie bei der Entwicklung von Informationsmaterialien beachten?	
1.1 Was sollten Sie bei der Erstellung von schriftlichen Informationen beachten?	20
1.2 Was sollten Sie beim Einsatz von Informationstechnologien beachten?	48
1.3 Was sollten Sie bei audiovisuellen Informationsmaterialien beachten?	55
1.4 Weiterführende Materialien und Hilfsmittel	60
2 Was sollten Sie in der Gesprächsführung mit Versicherten beachten?	
2.1 Warnhinweise („Red Flags“) für eingeschränkte Gesundheitskompetenz	67
2.2 Jeder kann betroffen sein	68
2.3 Häppchenweise informieren	70
2.4 Gespräche patientenzentriert führen	71
2.5 Zu 3 Fragen ermutigen	72
2.6 Checklisten für das Arzt-Gespräch zur Verfügung stellen	73
2.7 Motivierende Gespräche führen	75
2.8 Nutzen und Risiken transparent kommunizieren	76
2.9 Gemeinsam Entscheidungen treffen	79
2.10 Videodolmetschen	81

2.11 Mit Piktogrammen die Kommunikation unterstützen	82
2.12 Verständnis sichern	82
2.13 Weiterführende Materialien und Hilfsmittel	83
3 Wie können Sie Versicherten Orientierung bieten?	90
3.1 Barrierefreiheit und Orientierung in Ihrer Einrichtung sicherstellen	91
3.2 Orientierung im Informations- und Systemdschungel bieten.....	95
4 Wie können Sie Versicherte beteiligen?	103
4.1 Informationsmaterialien mit der Zielgruppe testen	103
4.2 Orientierungs- und Leitsysteme mit der Zielgruppe testen	112
4.3 Feedback der Versicherten in Befragungen einholen	114
4.4 Versicherte bei Projekten beteiligen	115
4.5 Der Versichertenrat 50+	118
4.6 Projekt „My Way“ – Patientenbeteiligung in stationären Einrichtungen	119
4.7 Weiterführende Materialien und Hilfsmittel	119
5 Wie können Sie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf ihre Rolle in einer gesundheitskompetenten Sozialversicherung vorbereiten?.....	122
5.1 Inhalte für Mitarbeiterschulungen auswählen.....	122
5.2 Zielgruppen von Mitarbeiterschulungen festlegen	127
5.3 Mitarbeiterschulungen rund um das Thema Gesundheitskompetenz in der Sozialversicherung	127
5.4 Weiterführende Materialien und Hilfsmittel	130
C Entwicklung einer gesundheitskompetenten Sozialversicherung	
Leadership übernehmen	133
Qualität systematisch entwickeln	133
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schulen	136
Rollen und Aufgaben definieren	137
Weiterführende Materialien und Hilfsmittel	137

Abkürzungsverzeichnis

AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
BVAEB	Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
DVSV	Dachverband der österreichischen Sozialversicherungen
GE	Gesundheitseinrichtung
GIZ	Gesundheits-Info(rmations)-Zentrum
HLS-EU	European Health Literacy Survey
IfGP	Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
NHS	National Health Service
NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
ÖPGK	Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
SGKK	Salzburger Gebietskrankenkasse
SV	Sozialversicherung
SVS	Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen
UK	United Kingdom
USA	United States of America
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
WAI	Web Accessibility Initiative
WCAG	Web Content Accessibility Guidelines
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse

Über die Methodenbox und ihre Verwendung

Gesundheitskompetenz trägt wesentlich zur Gesundheit und gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei. Erste Erhebungen in Österreich zeigen jedoch, dass mehr als die Hälfte der Bevölkerung Schwierigkeiten im Bereich Gesundheitskompetenz hat. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ist zum Beispiel in den Gesundheitszielen für Österreich verankert, aber auch im Bundeszielsteuerungsvertrag Gesundheit oder im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz. Gesundheitskompetenz hängt nicht nur von den individuellen Fähigkeiten ab, sondern wird maßgeblich durch die Anforderungen der Umgebung an diese Fähigkeiten beeinflusst. Genau da möchte die Sozialversicherung mit der Maßnahme „Gesundheitskompetente Sozialversicherung“ ansetzen. Die gesundheitskompetente Sozialversicherung macht gesundheitsrelevante Informationen sowie eigene Produkte und Dienstleistungen für Versicherte leichter zugänglich, verständlicher, leichter bewertbar und besser nutzbar.

Ziele und Zielgruppen der Methodenbox

Die Methodenbox wurde entwickelt, um die Sozialversicherung im Allgemeinen sowie ihre eigenen stationären und ambulanten Einrichtungen im Speziellen bei der Entwicklung zu gesundheitskompetenten Organisationen zu unterstützen. Sie richtet sich nicht nur an Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger, sondern an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sozialversicherung, die in ihrem Arbeitsbereich einen Beitrag zur Stärkung der Gesundheitskompetenz leisten können. Das umfasst sowohl Gesundheitsfachkräfte als auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Servicestellen, welche Versicherte informieren und beraten. Aber auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, welche für die Gestaltung von Informationsmaterialien, Schreiben oder die Website zuständig sind oder in Bereichen wie Personalentwicklung oder Qualitätsmanagement tätig sind, können einen wesentlichen Beitrag zur gesundheitskompetenten Sozialversicherung leisten. Für all diese Personen soll die Methodenbox Hilfestellung und Anleitung bieten.

Die Inhalte der Methodenbox

Die Methodenbox liefert in 3 Abschnitten Informationen rund um das Thema Gesundheitskompetenz sowie Anregungen für konkrete Maßnahmen. Die nunmehr dritte Auflage der Methodenbox greift dabei neue Erkenntnisse und aktuelle Entwicklungen auf. Nach wie vor stammt der Großteil der einschlägigen Materialien und Methoden aus dem englischsprachigen Raum. Tipps und Anregungen aus englischsprachigen Materialien werden zusammenfassend dargestellt. Sofern es deutschsprachige Materialien und Hilfsmittel gibt, wird auf diese verwiesen.

A. Daten & Fakten zum Thema Gesundheitskompetenz

Im ersten Abschnitt erfahren Sie alles, was Sie zum Thema Gesundheitskompetenz wissen sollten. Es wird nicht nur erklärt, was man konkret unter Gesundheitskompetenz versteht, sondern auch, wie es um die Gesundheitskompetenz der Österreicherinnen und Österreicher bestellt ist. Zudem erfahren Sie, wodurch sich eine gesundheitskompetente Sozialversicherung auszeichnet und welchen Nutzen die Entwicklung in Richtung gesundheitskompetente Organisation hat.

B. Zentrale Handlungsfelder auf dem Weg zur gesundheitskompetenten Sozialversicherung

Dieser Abschnitt stellt das Herzstück der Methodenbox dar. Es werden Methoden, Praxisbeispiele und weiterführende Materialien vorgestellt, welche Sie in 5 zentralen Handlungsfeldern auf dem Weg zur gesundheitskompetenten Sozialversicherung unterstützen können.



1. Was sollten Sie bei der Entwicklung von Informationsmaterialien beachten?

Informationsmaterialien zu erstellen, welche nicht nur qualitätsvolle Inhalte umfassen, sondern auch verständlich, ansprechend und zielgruppenorientiert sind, ist eine große Herausforderung. In diesem Kapitel finden Sie wesentliche Tipps und Qualitätskriterien für die Gestaltung der schriftlichen Kommunikation ebenso wie für den Einsatz von Informationstechnologien (Website, App) und von audiovisuellen Informationsformaten. Einzelne Kriterien werden anhand von Praxisbeispielen verdeutlicht. Zudem finden Sie unterstützende Materialien, die Ihnen bei der Entwicklung von Informationsmaterialien weitere Orientierung bieten.



2. Was sollten Sie in der Gesprächsführung mit Versicherten beachten?

Menschen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz sind mit der Gesprächsführung im Gesundheitswesen oft unzufrieden. Um auch Versicherten mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz im Gespräch adäquat begegnen zu können, braucht es Handwerkszeug. In diesem Kapitel werden eine Reihe an Methoden vorgestellt, welche Sie in der Gesprächsführung mit Versicherten unterstützen können.



3. Wie können Sie Versicherten Orientierung bieten?

Sowohl die Orientierung in Einrichtungen der Sozialversicherung als auch im Gesundheitssystem kann für Versicherte herausfordernd sein. In diesem Kapitel finden Sie hilfreiche Tipps und Methoden, wie Sie Versicherten die Orientierung in Ihrer Einrichtung erleichtern können. Zudem wird anhand von Praxisbeispielen aufgezeigt, wie die Sozialversicherung Versicherte bei der Orientierung im Gesundheits- und Sozialversicherungssystem unterstützen kann.

4. Wie können Sie Versicherte beteiligen?

Die Einbeziehung der Sichtweise Ihrer Versicherten kann Ihnen wertvolle Anregungen für die Entwicklung zur gesundheitskompetenten Sozialversicherung liefern. Die in diesem Kapitel vorgestellten Methoden, Materialien und Praxisbeispiele widmen sich ganz dem Thema Partizipation. Sie finden Tipps, wie Sie Versicherte in die Entwicklung von Informationsmaterialien einbeziehen oder Leit- und Orientierungssysteme unter Versichertenbeteiligung testen können. Auch Anregungen für das Einholen von Feedback der Versicherten in Befragungen sowie für die Einbeziehung der Versichertensicht in die Planung, Durchführung und Bewertung von Projekten sind Teil dieses Kapitels.



5. Wie können Sie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf ihre Rolle in einer gesundheitskompetenten Sozialversicherung vorbereiten?

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Bewusstsein für die Bedeutung von Gesundheitskompetenz sind ein wesentlicher Erfolgsfaktor auf dem Weg zur gesundheitskompetenten Sozialversicherung. In diesem Kapitel wird auf mögliche Inhalte von Mitarbeiterschulungen rund um das Thema Gesundheitskompetenz ebenso wie auf die Zielgruppe(n) entsprechender Schulungen eingegangen. Zudem werden erste Praxisbeispiele für Mitarbeiterschulungen in der Sozialversicherung vorgestellt.



C. Gesundheitskompetente Qualitätsentwicklung

Die Entwicklung zur gesundheitskompetenten Sozialversicherung stellt einen Prozess der kontinuierlichen Verbesserung und Qualitätsentwicklung dar. In diesem Kapitel erfahren Sie, welche Rahmenbedingungen und Prozesse Sie dabei berücksichtigen sollten. Zudem erhalten Sie Anregungen für eine geeignete Vorgehensweise auf dem Weg in Richtung gesundheitskompetente Sozialversicherung. Des Weiteren werden Instrumente vorgestellt, welche Sie auf diesem Weg unterstützen können.

Orientierung innerhalb der Methodenbox

In den einzelnen Kapiteln finden Sie Methoden, Praxisbeispiele oder auch weiterführende Materialien und Hilfsmittel zu unterschiedlichen Bereichen. Zum leichteren Auffinden der Methoden, Praxisbeispiele und Hilfsmittel sind diese jeweils mit einem Icon gekennzeichnet. Wesentliche weiterführende Materialien und Hilfsmittel werden am Ende des jeweiligen Kapitels zusammenfassend dargestellt.



Methode



Praxisbeispiel



Hilfsmittel

Abschnitt

A

Daten & Fakten zum Thema Gesundheitskompetenz

Was ist Gesundheitskompetenz?

Ob beim Lebensmitteleinkauf, der Freizeitgestaltung oder der Behandlung von Erkrankungen: Menschen treffen täglich Entscheidungen, die sich auf ihre Gesundheit auswirken. Dabei ist es nicht immer leicht gut informierte Entscheidungen zu treffen. In diesem Zusammenhang gewinnt das Konzept der Gesundheitskompetenz (englisch „Health Literacy“) zunehmend an Bedeutung.

Gesundheitskompetenz umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden, um im Alltag Entscheidungen in Bezug auf Krankenversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung treffen zu können.¹



Um gut informierte Entscheidungen für die eigene Gesundheit treffen zu können, brauchen wir Informationen. Gesundheitskompetenz versetzt Menschen in die Lage gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und im Sinne einer gut informierten Entscheidung anzuwenden.

Abb. 1: Relationales Konzept von Gesundheitskompetenz.¹ (eigene Darstellung des Dachverbands der österreichischen Sozialversicherungen, DVSV)

Gesundheitskompetenz baut dabei auf einfachen Lese-, Schreib- und Rechenkompetenzen auf, welche uns die Bewältigung des Alltags auch in gesundheitlicher Hinsicht ermöglichen.² Inwieweit sich Versicherte im Gesundheitssystem zurechtfinden und Gesundheitsinformationen finden, verstehen, beurteilen und im Sinne der Entscheidungsfindung anwenden können, ist jedoch nicht nur von individuellen Fähigkeiten und von der Motivation des Einzelnen abhängig. Gesundheitskompetenz wird auch maßgeblich von der Komplexität und den Anforderungen des Systems beeinflusst. Neuere Konzepte sehen Gesundheitskompetenz als Zusammenspiel von individuellen Kompetenzen und Anforderungen der Umgebung an diese Kompetenzen.³ Ob die jeweiligen persönlichen Fähigkeiten ausreichen, um gut informiert entscheiden zu können, ist von der Verfügbarkeit und Zugänglichkeit der benötigten Informationen, von der Komplexität der Informationsvermittlung sowie von Transparenz und handlungsorientierter Aufbereitung bzw. dem Bereitstellen von Entscheidungshilfen abhängig.⁴

Gesundheitskompetenz ist ein Zusammenspiel von individuellen Fähigkeiten und von Anforderungen der Umgebung an diese Fähigkeiten.

Wie gesundheitskompetent sind die Österreicherinnen und Österreicher?

Die Mehrheit der Österreicher und Österreicherinnen hat Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen.

Die im Jahr 2015 veröffentlichten Ergebnisse der ersten europäischen Vergleichsstudie zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung waren für Österreich ernüchternd. Mehr als die Hälfte der österreichischen Bevölkerung (56,4%) verfügt über eine problematische oder inadäquate Gesundheitskompetenz. Dieser Anteil liegt nicht nur über dem Durchschnitt der acht teilnehmenden EU-Länder (47,6%), sondern verweist Österreich in Bezug auf Gesundheitskompetenz im Vergleich mit sieben weiteren europäischen Ländern auf den vor-vorletzten Platz. Insbesondere ältere Menschen, Menschen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status und chronischen Erkrankungen sind von limitierter Gesundheitskompetenz betroffen. Den Österreicherinnen und Österreichern mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz fällt es besonders schwer mit Gesundheitsinformationen umzugehen. Für sie ist es beispielsweise schwierig, Informationen zu Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen zu finden oder zu verstehen, was die Ärztin oder der Arzt ihnen sagt. Zudem haben sie Schwierigkeiten zu beurteilen, ob Informationen in den Medien über Gesundheitsrisiken vertrauenswürdig sind oder es fällt ihnen schwer zu entscheiden, ob man sich gegen Grippe impfen lassen sollte.⁵

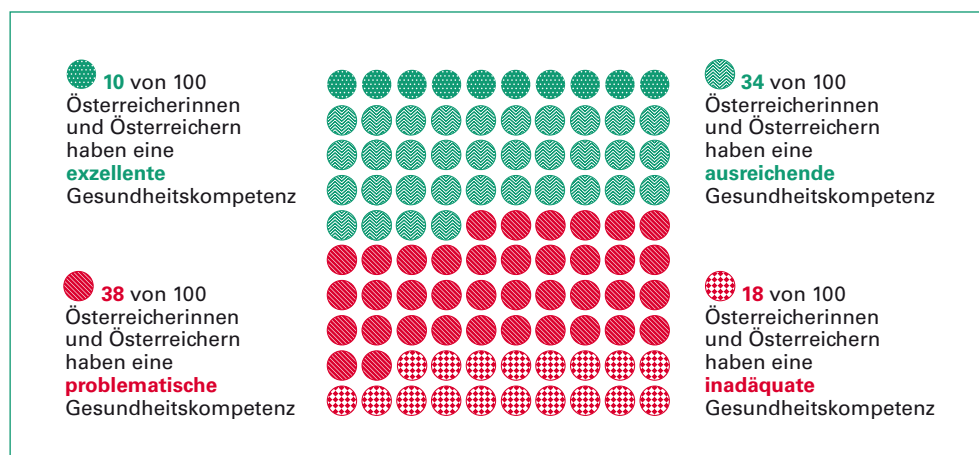


Abb. 2: Die Gesundheitskompetenz der Österreicherinnen und Österreicher.

In der internationalen Literatur wird Migrationsstatus als ein weiterer Risikofaktor für eingeschränkte Gesundheitskompetenz diskutiert. Erste österreichische Studienergebnisse zur Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund aus der Türkei und aus dem ehemaligen Jugoslawien bestätigen diese Ergebnisse jedoch nicht. Die Gesundheitskompetenz von Personen mit Migrationshintergrund ist nicht geringer als jene österreichischer Bürgerinnen und Bürger ohne Migrationshintergrund. Vor allem sozio-ökonomisch besser gestellte und besser integrierte Migranten und Migrantinnen haben sogar eine vergleichsweise hohe Gesundheitskompetenz.

Soziale Faktoren wie Bildung oder finanzielle Benachteiligung bestimmen die Gesundheitskompetenz dabei in stärkerem Maße als migrationspezifische Faktoren wie Generation oder Aufenthaltsstatus. Eine wichtige Rolle im Hinblick auf die Gesundheitskompetenz spielen die Sprachkompetenz sowie die erlebte Integration. Personen mit guten Deutschkenntnissen und erworbener österreichischer Staatsbürgerschaft zeigen eine deutlich höhere Gesundheitskompetenz.⁶

Die Forschung zur Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen steht noch am Anfang. Erste Ergebnisse zur Gesundheitskompetenz österreichischer Schülerinnen und Schüler zeigen, dass 13- bis 17-Jährige es insbesondere als schwierig erleben, Hilfe oder hilfreiche Informationen bei psychischen Problemen zu finden. Vergleichsweise wenige Schwierigkeiten werden beim Verstehen von Informationen zu ungesunden Lebensweisen geortet. Viele Jugendliche können jedoch nur schwer einschätzen, inwieweit gesundheitskompetenzrelevante Aufgaben einfach oder schwierig zu bewältigen sind. Das kann daran liegen, dass viele Jugendliche noch wenig Erfahrung mit ernsteren gesundheitlichen Problemen haben. Um künftig Aussagen dazu treffen zu können, welche Art von Gesundheitskompetenz in welchem kindlichen und jugendlichen Alter ausreichend ist, braucht es noch weitere Forschung.⁷

Warum ist Gesundheitskompetenz wichtig?

Gesundheitskompetenz ist eine wichtige Schlüsseldeterminante von Gesundheit.⁸ Studien zeigen, dass Personen mit limitierter Gesundheitskompetenz oftmals unter schwerwiegenden gesundheitlichen Konsequenzen leiden. Mangelnde Gesundheitskompetenz geht mit geringerem Verständnis von Gesundheitsbotschaften und Behandlungsoptionen, größeren Schwierigkeiten bei der Orientierung im Gesundheitssystem, gesundheitsschädlicherem Verhalten, schlechterem Umgang mit chronischen Erkrankungen, geringerer Inanspruchnahme von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention, mehr stationären Aufnahmen, erhöhten Erkrankungsraten sowie erhöhter Sterblichkeit einher.⁹ Darüber hinaus verursacht mangelnde Gesundheitskompetenz hohe volkswirtschaftliche Kosten. Es ist davon auszugehen, dass drei bis fünf Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben durch mangelnde Gesundheitskompetenz entstehen.¹⁰ So ist es nicht weiter verwunderlich, dass die Stärkung der Gesundheitskompetenz eines der 10 Gesundheitsziele für Österreich und ein wesentlicher Eckpunkt der Zielsteuerung Gesundheit ist. Der Bedeutung des Themas wurde auch durch die Schaffung der österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK, www.oepgk.at) Rechnung getragen. Die ÖPGK soll als sektoren-übergreifende Plattform unter anderem die Vernetzung und Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure fördern und die langfristige Entwicklung des Themas Gesundheitskompetenz in Österreich unterstützen.

Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz sind mehr gesundheitlichen Risiken ausgesetzt.

Was versteht man unter einer gesundheitskompetenten Sozialversicherung?

Die gesundheitskompetente Sozialversicherung macht gesundheitsrelevante Informationen für Versicherte leichter zugänglich, verständlicher, leichter bewertbar und besser nutzbar.

Das Konzept der gesundheitskompetenten Sozialversicherung setzt an der Tatsache an, dass Gesundheitskompetenz maßgeblich von der Komplexität und Verständlichkeit des Systems beeinflusst wird. Die Sozialversicherung anerkennt ihre Verantwortung als Teil des österreichischen Gesundheitssystems. Als wesentlichen Beitrag zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung (Gesundheitsziel 3) hat die Sozialversicherung die Maßnahme „Gesundheitskompetente Sozialversicherung“ eingebracht. Eine gesundheitskompetente Sozialversicherung strebt an, den Versicherten den Zugang zu, das Verständnis von sowie die Bewertung und die Anwendung von Gesundheitsinformationen mit Bezug zu Krankenversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung zu erleichtern. Zudem sollen Barrieren, welche die Orientierung im Gesundheitssystem sowie innerhalb der Sozialversicherung und ihrer Einrichtungen erschweren, reduziert werden. Darüber hinaus macht eine gesundheitskompetente Sozialversicherung eigene Dienstleistungen und Produkte verständlicher und einfacher nutzbar.

Die Maßnahme der „Gesundheitskompetenten Sozialversicherung“ orientiert sich am Konzept der „Health Literate Organization“¹¹, welches in den USA vom Institute of Medicine entwickelt wurde. Eine gesundheitskompetente Organisation zeichnet sich demnach durch zehn Merkmale aus. Die Sozialversicherung hat im Jahr 2014 für sich folgende fünf Handlungsfelder priorisiert:

- ▶ Verständliche Informationsmaterialien
- ▶ Gute Gesprächsqualität
- ▶ Orientierungshilfe
- ▶ Einbeziehung der Zielgruppe
- ▶ Schulungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter



Abb. 3: Prioritäre Handlungsfelder der gesundheitskompetenten Sozialversicherung.^{8,11}

Welchen Nutzen hat die Entwicklung in Richtung gesundheitskompetente Sozialversicherung?

Für Personen mit limitierter Gesundheitskompetenz ist es schwieriger das Gesundheitssystem effizient zu nutzen und gesundheitlich davon zu profitieren.⁹ Eine Sozialversicherung, deren Strukturen und Prozesse verständlicher sind, trägt zu einem verbesserten Kontakt mit Versicherten sowie einer insgesamt effizienteren Nutzung des Gesundheitssystems bei. Mitunter können teils schwerwiegende Folgen für die Gesundheit der Versicherten, die auf Missverständnisse in der Kommunikation zurückzuführen sind, vermieden werden. Erhalten Versicherte bereits beim ersten Kontakt die für sie relevanten Informationen in verständlicher Form und werden sie bei der Orientierung im System unterstützt, kann zudem ein möglicher „Drehtür-Effekt“ reduziert werden.¹²

Von einer leichter verständlichen Sozialversicherung profitieren alle Versicherten bei jedem Kontakt mit der Sozialversicherung und ihren Einrichtungen.

Somit wird ein Beitrag dazu geleistet die vorhandenen Mittel effizient einzusetzen. Gesundheitskompetenz ist eng mit Fragen der Qualität, der Kundenorientierung sowie der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit verbunden.¹³ Die Entwicklung in Richtung gesundheitskompetente Sozialversicherung leistet einen wesentlichen Beitrag zum Qualitätsmanagement, zur Zufriedenheit der Versicherten sowie zu einem gleichberechtigten Zugang aller Bevölkerungsgruppen zu gesundheitsrelevanten Informationen. Die Verringerung von Barrieren auf Ebene des Systems bzw. die Optimierung organisationaler Rahmenbedingungen erreicht mehr Menschen als dies Maßnahmen für einzelne Individuen könnten. Von der Entwicklung in Richtung gesundheitskompetente Sozialversicherung profitieren somit alle Versicherten bei jedem Kontakt mit der Sozialversicherung und ihren Einrichtungen.

Weiterführende Materialien und Hilfsmittel



Hilfsmittel

Sie wollen mehr zum Thema Gesundheitskompetenz wissen? Dann stöbern Sie in unseren Web- bzw. Videotipps:

- ▶ **Die Gesundheitskompetenz-Website des Dachverbands der österreichischen Sozialversicherungen** www.sozialversicherung.at/gesundheitskompetenz **bietet Materialien wie:**
 - Gesundheitskompetenz. Die Fakten
 - Studienergebnisse zur Gesundheitskompetenz in Österreich
 - Video „Eine gesundheitskompetente Organisation – Die Sozialversicherung ist auf dem Weg!“
 - Videos „Die gesundheitskompetente Sozialversicherung: Mit der Methodenbox Anforderungen und Komplexität des Gesundheitssystems reduzieren“
 - Das Smartbook „Gesundheitskompetenz“
 - und vieles mehr

- ▶ **Die Website der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz** <https://oepgk.at> **bietet Informationen zu:**
 - aktuellen Maßnahmen in Österreich rund um das Thema Gesundheitskompetenz
 - internationalen Modellen guter Praxis
 - hilfreichen Tools & Policies
 - Studien rund um das Thema Gesundheitskompetenz
 - und vieles mehr

- ▶ **Gesundheitskompetenz – Der HLS-EU Film**
 Im Zuge des europäischen Health Literacy Survey (HLS-EU) wurde ein kurzes Video zum Thema Gesundheitskompetenz erstellt. Der Film zeigt, was man unter dem Begriff Gesundheitskompetenz versteht und in welchen Bereichen Menschen Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen haben. Zu finden unter: www.youtube.com/watch?v=xIxGil-bnmq

Unter gesundheitskompetenz@sozialversicherung.at können Sie zudem folgende Materialien zur gesundheitskompetenten Sozialversicherung im Printformat bestellen:

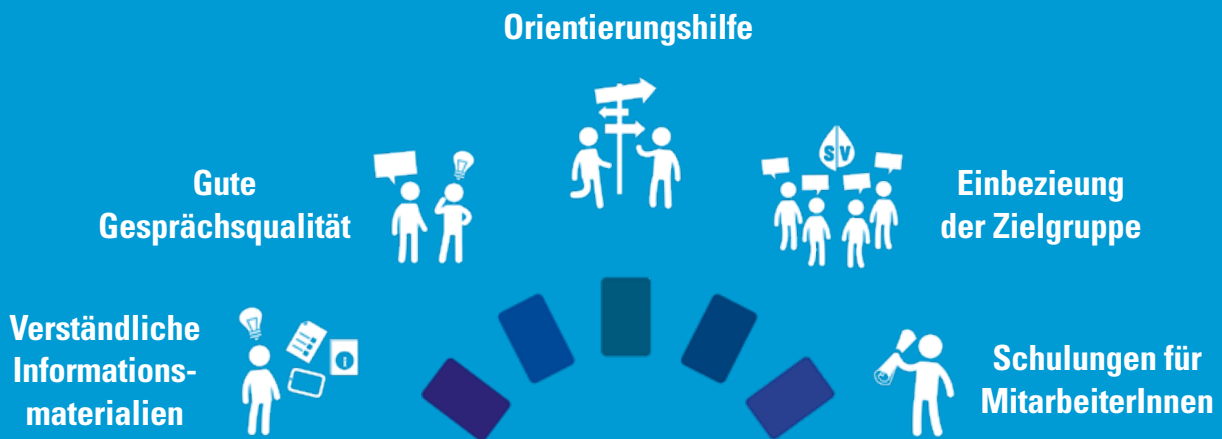
- ▶ Folder Gesundheitskompetenz: Das relationale Konzept zur Stärkung der Gesundheitskompetenz auf einen Blick erklärt
- ▶ Folder „Das gelingende Arztgespräch“: Tipps was Sie vor und während dem Arztgespräch tun können, damit dieses gelingt.
- ▶ Methodenbox „Die gesundheitskompetente Sozialversicherung“: Hintergründe, Methoden, Praxisbeispiele und Hilfsmittel zur gesundheitskompetenten Organisation Sozialversicherung zum Nachschlagen
- ▶ Handbuch „Gesundheitskompetenz-Coaching“: Grundlagen, Inhalte und Methoden für die erfolgreiche Umsetzung eines Gesundheitskompetenz-Coachings zum Nachschlagen

- 1 Sörensen, K., Van den Broucke, S., Fullman, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80.
- 2 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.
- 3 Parker, M. (2009). Measuring Health Literacy: What? So What? Now What? In: L. M. Hernandez, *Measures of Health Literacy: Workshop Summary*, 91–98.
- 4 Dietscher, C., Lorenc, J. & Pelikan, J. (2015). *Das Selbstbewertungs-Instrument zum Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen. Fassung 2015*. LBIHPR: Wien.
- 5 Sörensen, K., Pelikan, J., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S. & Brand, H. (2015). *Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU)*. *European Journal of Public Health*, Vol. 25, No. 6, 1053–1058.
- 6 Ganahl, K., Dahlvik, J., Röthlin, F., Alpagu, F., Sikic-Fleischhacker, A., Peer, S. & Pelikan, J. (2016). *Gesundheitskompetenz bei Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei und Ex-Jugoslawien in Österreich. Ergebnisse einer quantitativen und qualitativen Studie*. LBIHPR Forschungsbericht.
- 7 Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2017). HBSC Factsheet 03. *Die Gesundheitskompetenz österreichischer Schülerinnen und Schüler: HBSC Ergebnisse 2014*. BMG: Wien.
- 8 Kickbusch, I., Pelikan, J., Haslbeck, J., Apfel, F. & Tsouros, A. (2016). *Gesundheitskompetenz. Die Fakten*. Weltgesundheitsorganisation: Zürich.
- 9 Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., Viera, A., Crotty, K., Holland, A., Brasure, M., Lohr, K. N., Harden, E., Tant, E., Wallace, I. & Viswanathan, M. (2011). *Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review. Evidence Report/Technology Assessment No. 199*. Agency for Healthcare Research and Quality: Rockville.
- 10 Eichler, K., Wieser, S. & Brügger, U. (2009). The costs of limited health literacy: a systematic review. *International Journal of Public Health*, 54, 313–324.
- 11 Brach, C., Dreyer, B., Schyve, P., Hernandez, L., Baur, C., Lemerise, A. J. & Parker, R. (2012). *Zehn Merkmale Gesundheitskompetenter Krankenversorgungsorganisationen. Deutsche Übersetzung: Dietscher, C.* Institute of Medicine.
- 12 NHS Education for Scotland (2017). *Health literacy – what it is and why it's important?* The Health Literacy Place.
- 13 Abrams, M., Kurtz-Rossi, S., Riffenburgh, A. & Savage, B. (2014). *Building Health Literate Organizations: A Guidebook to Achieving Organizational Change*. Unity Point Health.

Die Methodenbox zum Download und das gesammelte Literaturverzeichnis inklusive des Nachweises der elektronischen Quellen finden Sie unter:

www.sozialversicherung.at/gesundheitskompetenz/methodenbox

Abschnitt B



Zentrale Handlungsfelder auf dem Weg zur gesundheitskompetenten Sozialversicherung

Im Abschnitt B finden Sie in 5 Kapiteln Methoden, Praxisbeispiele und Materialien, die Sie in folgenden zentralen Handlungsfeldern auf dem Weg zur gesundheitskompetenten Sozialversicherung unterstützen:

- ▶ Verständliche Informationsmaterialien
- ▶ Gute Gesprächsqualität
- ▶ Orientierungshilfe
- ▶ Einbeziehung der Zielgruppe
- ▶ Schulungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

1 Was sollten Sie bei der Entwicklung von Informationsmaterialien beachten?

Eine gesundheitskompetente Einrichtung vermittelt qualitätsvolle und verständliche Informationen in unterschiedlicher Form und über unterschiedliche Kanäle.¹ Die Sozialversicherung stellt täglich eine Vielzahl an Informationen für Versicherte bereit – ob in Form von Printmaterialien, im Zuge von klassischem Schriftverkehr, via Website, App oder als Audio- bzw. Videomaterial. Es kann sich dabei um klassische Gesundheitsinformationen handeln. Gesundheitsinformationen beziehen sich beispielsweise auf Themen wie Früherkennung, Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation oder Maßnahmen zur Gesunderhaltung.² Versicherte brauchen aber auch Informationen zu Finanzierungsfragen, zu sozialrechtlichen Aspekten oder zu Strukturen des Gesundheitswesens.³ Informationsmaterialien zu erstellen, welche nicht nur qualitätsvolle Inhalte umfassen, sondern auch verständlich, ansprechend und zielgruppenorientiert sind, ist dabei eine große Herausforderung. Bevor Sie Informationen für Versicherte erstellen, sollten Sie sich daher mit folgenden zentralen Fragestellungen auseinandersetzen⁴:

- ▶ Für wen erstellen Sie das Informationsmaterial? Wer ist Ihre Zielgruppe? (z. B. hinsichtlich Alter, Geschlecht, Bildung, Vorwissen, Interessen)
- ▶ Was möchten Sie mit dem Informationsmaterial erreichen? (z. B. informieren, zu bestimmter Handlung veranlassen)
- ▶ Welches Medienformat (z. B. Standardbrief, Broschüre, Webinhalt, Video) ist für Ihre Ziele und Ihre Zielgruppe am geeignetsten?



Informationsmaterialien sollen nicht nur qualitätsvolle Inhalte umfassen, sondern auch verständlich, ansprechend und zielgruppenorientiert sein.

Es gibt eine Reihe von Kriterien und Anhaltspunkten, welche Sie bei der Entwicklung qualitätvoller Informationsmaterialien unterschiedlicher Formate unterstützen können. Im Folgenden finden Sie Qualitätskriterien für die schriftliche Kommunikation ebenso wie Qualitätskriterien für den Einsatz von Informationstechnologien (Website, App) und von audiovisuellen Informationsformaten. Einzelne Kriterien werden anhand von Praxisbeispielen verdeutlicht. Zudem werden unterstützende Materialien, welche Ihnen weitere Orientierung für die Entwicklung von Informationsmaterialien bieten können, angeführt.

1.1 Was sollten Sie bei der Erstellung von schriftlichen Informationen beachten?

Die Kommunikation mit Versicherten erfolgt oft schriftlich – ob in Form von Printmaterialien wie Broschüren oder Foldern oder in Form von klassischem Schriftverkehr wie Standard-Briefen. Um möglichst qualitätvolle schriftliche Informationen zu vermitteln, sollten Sie Aspekte der Verständlichkeit, der inhaltlichen Qualität, der optischen Gestaltung sowie der Transparenz berücksichtigen. Im Folgenden werden Qualitätskriterien zu diesen vier zentralen Bereichen vorgestellt. Nicht alle dieser Kriterien sind für alle Arten und Formen der schriftlichen Kommunikation mit Versicherten von gleicher Bedeutung. Die genannten Kriterien der inhaltlichen Qualität beziehen sich beispielsweise überwiegend auf die Vermittlung von klassischen Gesundheitsinformationen. Zudem können Sie meist nicht alle Qualitätsbereiche gleichzeitig optimieren und in der Realität müssen Sie oftmals Kompromisse eingehen.⁵ Die Kriterien sollen Ihnen jedoch grundsätzlich dabei helfen die schriftliche Kommunikation mit Versicherten wirksamer zu gestalten.



Methode

1.1.1 Verständlichkeit

Obwohl Lese- und Gesundheitskompetenz nicht ident sind, stehen sie in engem Zusammenhang. Eine geringe Lesekompetenz geht häufig mit geringer Gesundheitskompetenz einher. Umgekehrt können Personen mit ausreichender Lesekompetenz dennoch beachtliche Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen haben.⁶ Eine Vielzahl der zur Verfügung stehenden Gesundheitsinformationen ist schwierig zu verstehen und für die Mehrheit der Bevölkerung zu komplex.⁷ So ist es für mehr als ein Viertel der Österreicherinnen und Österreicher sehr oder ziemlich schwierig Informationen in den Medien darüber, wie sie ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen.⁸ Dazu kommt, dass rund 17 Prozent der österreichischen Bevölkerung zwischen 16 und 65 Jahren über nur geringe bis gar keine Lesekompetenz verfügen. Das heißt, dass rund 970.000 Personen in Österreich lediglich relativ kurze

Texte lesen und Basisvokabel verstehen können und somit im Alltag deutlich benachteiligt sind.⁹ Leseschwierigkeiten zu haben, bedeutet unter anderem Gesundheitsbroschüren sowie Briefe von Behörden nicht zu verstehen oder Formulare nicht ohne Hilfe ausfüllen zu können. Behörden überschätzen die Lesekompetenz und das Fachverständnis ihrer Zielgruppe meist deutlich. Das Sprachniveau von Behördeninformationen übersteigt daher zu einem Großteil das Kompetenzniveau der Bevölkerung. Vielfach werden Fachinformationen auf einem Niveau verfasst, welches auch für Personen ohne manifeste Leseschwierigkeiten nur schwer verständlich ist.¹⁰

Viele Menschen haben Schwierigkeiten beim Lesen. Aber auch für Personen mit ausreichender Lesekompetenz sind Gesundheits- und Behördeninformationen oft nur schwer verständlich.

Die Informationsvermittlung dient dazu Menschen dabei zu unterstützen, selbstbestimmt eine informierte Entscheidung zu treffen. Das Schreiben in leicht verständlicher Sprache ist zwar nicht einfach und braucht viel Übung, macht sich jedoch bezahlt. So führen Gesundheitsinformationen mit niedriger Textschwierigkeit zu höherem Wissenszuwachs als entsprechende Informationen mit höherer Textschwierigkeit. Zudem werden Sie tendenziell als vertrauenswürdiger eingestuft.¹¹ In der Diskussion rund um verständliche Texte wird immer wieder das Konzept der „Leichten Sprache“ angeführt. „Leichte Sprache“ stellt eine vereinfachte Form des Deutschen mit festen Regeln dar. Entsprechende Regelwerke wurden ursprünglich für die verständlichere Gestaltung von Texten für Menschen mit Lernschwierigkeiten entwickelt. Sie können jedoch auch als Orientierung für die einfachere Gestaltung von Texten für die Allgemeinheit herangezogen werden. „Leichte Sprache“ ist dennoch klar vom Konzept der „Einfachen Sprache“ abzugrenzen. Einfache Sprache orientiert sich zwar vielfach an den Regeln der Leichten Sprache, schöpft diese jedoch nicht immer voll aus.¹²

Im Folgenden finden Sie Anregungen und Tipps, wie Sie die Verständlichkeit Ihrer schriftlichen Kommunikation erhöhen können. Es handelt sich dabei um eine zusammenfassende Darstellung entsprechender Ansätze aus bestehenden Leitfäden einzelner Träger zur kundenorientierten Schreibweise ebenso wie aus Leitfäden und Ratgebern zur leichten Sprache bzw. zur verständlichen Gestaltung von Gesundheitsinformationen.

► **Verwenden Sie einen aussagekräftigen Titel bzw. Betreff als Blickfänger.**

Der Titel der Information sollte aussagekräftig sein und das Interesse der Leserinnen und Leser wecken. Auf Basis des Titels sollte die Leserschaft fähig sein zu entscheiden, ob die Information für sie von Interesse sein könnte.³ Ähnliches trifft auch auf Standardschreiben zu. Der Betreff soll die Aufmerksamkeit der Leserinnen und Leser wecken und ihnen knapp vermitteln, worum es geht. Formulieren Sie dabei möglichst kurz und aussagekräftig.⁴

► **Benutzen Sie einfache, bekannte Wörter. Vermeiden Sie Fachbegriffe und Abkürzungen bzw. erklären Sie diese.**

Verwenden Sie in der schriftlichen Kommunikation mit Versicherten überwiegend Alltagsbegriffe. Ersetzen Sie daher Fachbegriffe und Fremdwörter wenn möglich durch bekannte Wörter. Ist ein Fach- oder Fremdwort für den Text zentral, erklären



Hilfsmittel

Sie das Wort bei der ersten Verwendung im Text. Nutzen Sie für die Erklärung von abstrakten Begriffen möglichst Beispiele aus dem Alltag.^{3,4,11,13,14,15,16,17}

Wenn Sie sich nicht sicher sind, wie häufig ein Begriff vorkommt, können Sie als Hilfsmittel das **Wortschatzportal der Universität Leipzig** nutzen (www.wortschatz.uni-leipzig.de). Dort finden Sie für jedes Wort eine Angabe zu seiner Häufigkeit. Je niedriger der Wert bei der „Häufigkeitsklasse“, desto häufiger kommt ein Wort vor.¹⁸

Der Begriff „Myokardinfarkt“ hat die Häufigkeitsklasse 20, während „Herzinfarkt“ die Häufigkeitsklasse 12 hat. Der Begriff „Herzinfarkt“ ist also gebräuchlicher. Vermeiden Sie zudem Abkürzungen. Das umfasst auch schriftbasierte Abkürzungen, die beim Lesen aufgelöst werden müssen („d.h.“, „s.u.“). Bekannte Kurzwörter, die in der Alltagssprache teilweise sogar geläufiger als ihre Langform sind (zum Beispiel „LKW“), können Sie hingegen verwenden. Erklären Sie Abkürzungen, die Sie im Text nicht vermeiden können. Je nach Art und Umfang der schriftlichen Information kann gegebenenfalls am Ende ein „Wörter-Buch“ eingefügt werden, in welchem Sie verwendete Fachbegriffe und Abkürzungen erläutern. Verzichten Sie zudem auf Redewendungen, und Metaphern, da diese oft falsch verstanden werden.^{3,4,11,13,14,15,16,17}

✘	✔
Myokardinfarkt	Herzinfarkt
fakultativ	wahlweise, auf Wunsch ¹⁴
HNO	Hals-Nasen-Ohren
Wir vertreten Menschen ohne Stimme.	Wir vertreten Menschen, die für ihre Rechte nicht selbst eintreten können.
asap	bis (Datum)

► **Benutzen Sie immer die gleichen Wörter für die gleichen Dinge.**

Verwenden Sie Begriffe innerhalb eines Schreibens einheitlich. Nutzen Sie für denselben Sachverhalt durchgängig dasselbe Wort. Vermeiden Sie Synonyme.^{13,14}

✘	✔
Medikament, Tablette, Pille	einheitlich innerhalb eines Textes ¹³
Antrag, Ansuchen, Beantragung, Gesuch	Antrag ¹⁴

► **Benutzen Sie kurze Wörter.**

Vermeiden Sie zu lange und zusammengesetzte Wörter.^{13,17,18} Je länger ein Wort ist, desto mehr Schwierigkeiten bereitet es beim Lesen. So ist es oft schwer die Grenzen zwischen den Einzelbestandteilen eines zusammengesetzten Wortes korrekt zu erfassen. Das führt dazu, dass auch geübte Leserinnen und Leser bei Wörtern mit mehreren Silben deutlich länger für die korrekte Erfassung des Wortes brauchen.¹⁷ Wenn sich lange Wörter nicht vermeiden lassen, wird zur leichteren Lesbarkeit teilweise die Trennung mit Bindestrich empfohlen.¹³ Diese Form sollte jedoch nur gewählt werden, sofern es sich auch bei der Schreibung mit Bindestrich um eine korrekte Schreibweise handelt. Als Alternative zum Bindestrich wird für Texte in „Leichter Sprache“ der Mediopunkt, ein Punkt auf halber Versalhöhe als Lesehilfe empfohlen (zum Beispiel „Gesundheits-einrichtung“).¹⁸ Der Mediopunkt hat im Unicode-Zeichencode die Signatur 00B7.

✘	✔
Bundesgleichstellungsgesetz	Bundes-Gleichstellungs-gesetz ¹⁸
Diabetespräventionsprogramm	Programm zur Vermeidung von Diabetes (Zuckerkrankheit)

► **Schreiben Sie kurze, einfache Sätze. Vermeiden Sie Schachtelsätze.**

Lange und komplexe Sätze beeinträchtigen die Verständlichkeit und müssen oft mehr als einmal gelesen werden. Teilen Sie daher lange Sätze soweit möglich in mehrere kurze Sätze. Vermitteln Sie pro Satz nur eine Information. Benutzen Sie dabei einen einfachen Satzbau (Subjekt – Prädikat – Objekt). Wenn Sie Nebensätze verwenden, schreiben Sie nur einen Hauptsatz und einen Nebensatz. Vermeiden Sie zudem eingelagerte Nebensätze, bei denen der Hauptsatz durch den Nebensatz unterbrochen wird.^{4, 11, 13, 14, 15, 16, 18, 19}

✘	✔
Um eine rasche Erledigung Ihres Anliegens zu gewähren, ersuchen wir Sie, die beiden Formulare, die Ihnen als Anlage gesendet wurden, vollständig auszufüllen und rasch an uns zurück zu senden.	Bitte füllen Sie die beiden Formulare vollständig aus. Senden Sie die Formulare ausgefüllt an uns zurück. So können wir Ihr Anliegen rasch bearbeiten. ⁴
Bei erstmaliger Inanspruchnahme beginnt die Selbstversicherung mit dem Tag des Beginnes der geringfügigen Beschäftigung, wenn der Antrag binnen 6 Wochen nach diesem Zeitpunkt gestellt wird, sonst mit dem der Antragstellung folgenden Tag. ²⁰	Wenn Sie die Selbstversicherung das erste Mal in Anspruch nehmen, beginnt sie mit dem Tag des Beginns Ihrer geringfügigen Beschäftigung. Voraussetzung: Sie müssen den Antrag innerhalb von 6 Wochen nach Beginn der Beschäftigung stellen. Sonst beginnt die Selbstversicherung erst mit dem ersten Tag nach der Antragstellung. ²¹
Wenn Sie zum Arzt gehen, weil Sie Rückenprobleme haben, bedenken Sie ... ¹⁸	Sie haben Rückenprobleme? Wenn Sie zum Arzt gehen, dann bedenken Sie ... ¹⁸

► **Vermeiden Sie soweit möglich Verneinungen. Formulieren Sie positiv.**

Verneinte Aussagen sind schwerer zu verarbeiten als nicht verneinte.^{18,22} Deshalb sollten Sie immer überlegen, ob es eine gute Alternative ohne Verneinung gibt. Wenn Sie verneinen müssen, bevorzugen Sie „nicht“ oder „nichts“. Wenn das nicht möglich ist, verwenden Sie „kein“. Sie können im Zweifelsfall den Negationsausdruck zudem fett setzen. So wird er nicht so leicht überlesen.¹⁸

✘	✔
Sie sollten nicht rauchen.	Geben Sie das Rauchen auf.
Sie müssen sich keine Sorgen machen. ¹⁸	Sie müssen sich nicht sorgen. ¹⁸

► **Formulieren Sie aktiv und verwenden Sie Verben. Vermeiden Sie passiv und Nominalstil.**

Damit sich die Zielgruppe Ihres Informationsmaterials bzw. Ihres Schreibens angesprochen fühlt, sollten Sie möglichst aktiv formulieren. Bei aktiven Formulierungen treten die handelnden Personen in den Vordergrund. Bei Passivsätzen werden die handelnden Personen hingegen nicht konkret angesprochen. Die Handlungsträger bleiben bei Passivsätzen somit im Verborgenen. Dadurch ist es schwer nachzuvollziehen, wer eine Handlung konkret ausführt bzw. ausführen soll.

Passivsätze wirken ebenso wie der Nominalstil unpersönlich. Beim Nominalstil werden Handlungen und Tätigkeiten überwiegend durch Nomen (Hauptwörter; häufige Endungen -ung, -heit, -schaft, -nis) beschrieben. Das ist meistens schwer verständlich. Verwenden Sie daher Verben (Zeitwörter).^{4,13,14,15,16,19}

✘	✔
Erwachsenen wird mindestens 2,5 Stunden Bewegung pro Woche empfohlen.	Bewegen Sie sich mindestens 2,5 Stunden pro Woche.
Ihr Antrag befindet sich in Bearbeitung.	Wir bearbeiten Ihren Antrag. ⁴
Sie werden aufgefordert, die Unterlagen unverzüglich nachzureichen.	Bitte senden Sie die fehlenden Unterlagen unverzüglich an uns. ⁴

► **Sprechen Sie die Leserinnen und Leser persönlich an. Achten Sie auf eine handlungsanleitende, wertschätzende und serviceorientierte Sprache.**

Texte, die ohne Ansprache und direkten Bezug zu den potenziellen Leserinnen und Lesern auskommen, wirken nüchtern und unpersönlich. Werden Informationen direkt an die Leserschaft adressiert, erleichtert dies mitunter die Interpretation der Information. Sprechen Sie von „wir“ und „Sie“, anstatt von „man“ und „es“.^{4,11,13,14,15,16,19} Erste Studien zeigen: Personalisierte Gesundheitsinformationen werden von Leserinnen und Lesern nicht nur als attraktiver beurteilt, sondern tragen auch zu einem höheren Wissenszuwachs bei als nüchterne, unpersönliche Informationen.¹¹ Wählen Sie in Ihren Schreiben zudem eine handlungsanleitende Sprache. Je einfacher und konkreter Sie anführen, was die Adressatin bzw. der Adressat Ihres Schreibens tun soll, desto leichter können die Informationen auch umgesetzt werden. Werden Sie dabei konkret und vermeiden Sie den Konjunktiv (z. B. „hätte“, „könnte“, „müsste“, „sollte“, „wäre“, „würde“).^{4,13,14,15,16,19} Bei Gesundheitsinformationen geht es darum objektive und ausgewogene Informationen zu bieten. Verzichten Sie daher auf eine alarmierende, bevormundende oder befehlende Sprache.²² Verwenden Sie nicht nur eine sachliche Sprache, sondern achten Sie auf die Beziehungsebene. Die Wörter „Bitte“ und „Danke“ sowie auch Entschuldigungen (wenn nötig) sind nicht nur Höflichkeitsfloskeln, sondern haben bei der Leserin und dem Leser eine große Wirkung. Achten Sie zudem auf eine serviceorientierte Sprache, indem Sie sich in Ihre Leserinnen und Leser hineinversetzen. Die Praxis hat gezeigt, dass besonders Rückfragehinweise mit Telefonnummer und/oder E-Mail-Adresse großen Zuspruch finden.²⁴



Praxisbeispiel

Die nachfolgenden Beispiele entstammen dem Leitfaden „Graz verständlich“ des Magistrats und der Holding Graz. Dieser Leitfaden unterstützt die Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern dabei, unter anderem persönlicher, serviceorientierter und wertschätzender zu schreiben:

- Persönliches Schreiben

✘	✔
Mit freundlichen Grüßen Team Servicequalität.	Freundliche Grüße Max Mustermann Team Servicequalität. ²⁴

- Serviceorientiert Schreiben

✘	✔
Für etwaige Rückfragen steht Ihnen die Abteilung für Rechnungswesen jederzeit gerne zur Verfügung.	Sie haben noch Fragen? Wir helfen Ihnen gerne weiter: Tel.: +43 316 872-5555 ²⁴

- Wertschätzend Schreiben

✘	✔
Hierfür ist die Unterzeichnung eines Dienstbarkeitsvertrages erforderlich.	Bitte unterschreiben Sie dafür den Dienstbarkeitsvertrag. ²⁴



Praxisbeispiel

„Amtsschimmel und Bittsteller-Mentalität passen nicht zu unserer Vision von modernstem Stadtmanagement. Das muss sich auch in unserer Sprache ausdrücken. Als Stadt haben wir die Aufgabe, für alle Bürgerinnen und Bürger da zu sein – ganz unabhängig von ihren Lesekompetenzen. Ein frischer und moderner Schreibstil, der noch dazu gut verständlich und wertschätzend ist, unterstreicht die Marke Graz und bringt unsere Serviceorientierung zum Ausdruck. Und wenn unser Gegenüber uns gleich versteht, sparen wir uns außerdem wertvolle Arbeitszeit durch weniger Rückfragen.“

Mag. Christina Miedl, MA, Strategische Personalentwicklung Stadt Graz

► **Strukturieren Sie den Text und konzentrieren Sie sich auf das Wesentliche.**

Im Sinne der Übersichtlichkeit und leichteren Lesbarkeit sollte Ihr Text gut strukturiert und gegliedert sein. Werden Sie sich über Ziele und notwendige Inhalte klar, bevor Sie mit dem Schreiben beginnen. Überlegen Sie sich, in welcher Reihenfolge Sie Informationen präsentieren, damit es für die Leserinnen und Leser Sinn macht. Achten Sie dabei auf den roten Faden.^{3,4,13,14,15,16,17,18,19}

- **Gliedern Sie den Text in kurze Abschnitte.**

Gruppieren Sie Inhalte, die zusammen gehören, in Absätze. Die einzelnen Absätze sollten dabei nicht zu lang sein.^{4,14,19}

- **Konzentrieren Sie sich auf die wichtigsten Kernaussagen.**

Leserinnen und Leser können nur eine begrenzte Anzahl an Informationen gleichzeitig im Kurzzeitgedächtnis behalten. Konzentrieren Sie sich daher in jedem Abschnitt oder Absatz auf die wichtigsten vier bis fünf Aussagen. Lassen Sie unnötige Details weg und kommen Sie rasch zum Punkt.^{14,15,16}

- **Fügen Sie (Zwischen)Überschriften ein.**

(Zwischen)Überschriften schaffen Orientierung und bereiten Leserinnen und Leser auf die nächsten Inhalte vor. Zudem lassen sie die Hauptinformationen des Textes hervortreten.^{4,17,18}

- **Verwenden Sie bei längeren Reihungen Aufzählungszeichen.**

Nutzen Sie Aufzählungen, um eine Reihe an Informationen übersichtlich darzustellen und um Text aufzulockern. Positionieren Sie die wichtigsten Inhalte immer an den Beginn von Aufzählungen oder Absätzen. Leserinnen und Leser neigen dazu, den zuerst genannten Informationen mehr Aufmerksamkeit zu schenken.^{4,13,14,15,16,17}

- **Heben Sie Wichtiges hervor.**

Heben Sie wesentliche Informationen hervor, um die Aufmerksamkeit der Leserinnen und Leser darauf zu lenken. Zum Hervorheben eignen sich zum Beispiel Fettdruck einzelner Worte oder Textumrahmungen. Vermeiden Sie jedoch Kursivdruck oder den Einsatz von ausschließlich Großbuchstaben, um Inhalte zu betonen. Diese Formen erschweren die Lesbarkeit. Unterstreichen Sie so wenig wie möglich. Gehen Sie beim Hervorheben von Informationen grundsätzlich sorgsam vor – wird zu viel hervorgehoben, wird der gegenteilige Effekt erzielt.^{13,17,18}

Das nachfolgende Beispiel entstammt der Broschüre „Gesund sein! Gesund bleiben! Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorbeugen“ der ÖGK. Die Broschüre ist mit dem Gütesiegel für „Leicht Lesen“ ausgezeichnet. Die eingefügten (Zwischen)Überschriften schaffen Orientierung, der Einsatz von Aufzählungen erlaubt eine gute Übersicht über die wesentlichen Tipps. Wichtige Inhalte werden fett gedruckt bzw. sind mittels Textumrahmung hervorgehoben.



Praxisbeispiel

Abb. 4: Beispiel guter Praxis für Strukturierung des Textes – Broschüre „Gesund sein! Gesund bleiben! Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorbeugen“ NÖGKK.²³

Wie kann ich Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorbeugen?

1. Ernährung

Eine gesunde Ernährung sollte ausgewogen sein. Beachten Sie folgende Tipps:

- **Trinken Sie viel!**
Trinken Sie jeden Tag mindestens 1,5 Liter. Trinken Sie aber Getränke ohne Zucker, am besten Wasser oder Früchte- oder Kräutertee. In Fruchtsäften ist oft sehr viel Zucker.
- Trinken Sie **wenig Alkohol**. Trinken Sie nicht mehr als 1 alkoholisches Getränk am Tag.
- Essen Sie 5 Mal am Tag **Obst** und **Gemüse**. (3 Gemüseportionen und 2 Stück Obst)
- Essen Sie **ballaststoffreiche** Lebensmittel. Vor allem Vollkornprodukte, Hülsenfrüchte oder Naturreis.
- Essen Sie 2 Mal in der Woche **Fisch** (nicht paniert).
- Essen Sie **wenig Fleisch**. Ein halbes Kilo Fleisch in einer Woche ist genug. Essen Sie wenig dunkles Fleisch wie Rind oder Lamm.

- Essen Sie **weniger Salz**. Zum Beispiel wenig Knabbergebäck, Fertigprodukte oder Geselchtes.
- Essen Sie **weniger tierische Fette**. Zum Beispiel Butter oder Schmalz.

Ist Cholesterin immer schlecht?
Nein. Es gibt verschiedene Arten von Cholesterin. Bei einer Blutuntersuchung werden diese verschiedenen Arten getrennt kontrolliert.

- Das „gute Cholesterin“ heißt **HDL**. Es bringt überschüssiges Cholesterin zurück zur Leber. Der Wert für HDL sollte größer als 50 mg/dl sein.
- Das „schlechte Cholesterin“ heißt **LDL**. Es ist mit Schuld, dass Blutgefäße enger werden.
- Der Wert für LDL sollte kleiner als 100 mg/dl sein.

Wenn Ihre Cholesterinwerte schlecht sind, sprechen Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt über die richtige Ernährung.

Beachten Sie folgende Tipps:

- Essen Sie wenig Fleisch, Wurst und Innereien.
- Essen Sie wenig fette Milchprodukte wie Obers, Rahm, Creme Fraiche.
- Verwenden Sie hochwertige Pflanzenöle, zum Beispiel Leinsamenöl, Rapsöl oder Olivenöl.
- Treiben Sie regelmäßig Sport.



► Verwenden Sie verständliche Abbildungen.

Abbildungen können den Text auflockern und zudem das Textverständnis unterstützen. Benutzen Sie zum Text passende Abbildungen, welche helfen Ihre Botschaften zu transportieren. Wählen Sie dabei Bilder mit klaren Aussagen und eindeutigem Bezug zum Text. Verzichten Sie jedoch auf Bilder mit unklarer Aussage sowie auf rein schmückende Bilder.^{13, 15, 18}

Überlegen Sie genau, wer die Zielgruppe Ihres Materials ist. Achten Sie bei der Auswahl von Fotos und Grafiken sowohl auf kulturelle Angemessenheit als auch auf eine angemessene Repräsentation Ihrer Zielgruppe (z. B. hinsichtlich Alter, Geschlecht). Die Vielfalt Ihrer Zielgruppe sollte sich in den von Ihnen gewählten Abbildungen widerspiegeln (z. B. Darstellung von Personen mit und ohne Einschränkungen, von Personen aus unterschiedlichen Kulturen, von jüngeren und älteren Personen). Stellen Sie zudem Frauen und Männer gleichberechtigt in unterschiedlichen Rollen dar (z. B. Ärztin/Arzt, Patientin/Patient).²⁶

Piktogramme im Sinne einfacher Symbole und Icons können die Attraktivität und das Verständnis von Sachinformationen erhöhen. Sie können ebenso wie Cartoons, illustrierende Zeichnungen oder anatomische Bilder in Gesundheitsinformationen ergänzend zum Text eingesetzt werden.^{11, 23} Übertreiben Sie es jedoch nicht und verwenden Sie innerhalb eines Informationsmaterials nur eine Art von Abbildungen (z. B. nur Fotos oder nur Zeichnungen).^{13, 15}

WANN BEKOMME ICH DAS REHA-GELD?

- > Sie bekommen das Reha-Geld ab dem Tag, den die Pensionsversicherung im Bescheid angibt.
- > Sie bekommen das Reha-Geld monatlich im Nachhinein.
- > Sie bekommen das Reha-Geld 12 Mal im Jahr.
- > Die Salzburger Gebietskrankenkasse überweist das Reha-Geld auf Ihr Konto.

WIE VIEL REHA-GELD BEKOMME ICH?

Wie viel Reha-Geld Sie bekommen, steht in der Leistungsinformation. Das ist ein Brief, den Sie von der Salzburger Gebietskrankenkasse bekommen. Wir berechnen das Reha-Geld mit Ihrem letzten Arbeitseinkommen. Das ist die Bemessungsgrundlage.

Das Urlaubsgeld und das Weihnachtsgeld bezahlen wir nicht extra aus. Aber Sie bekommen monatlich den Anteil an der Sonderzahlung mitüberwiesen. Dazu wird die Bemessungsgrundlage um 17 Prozent erhöht.

Diese Sonderzahlung bekommen Sie nur, wenn Sie in Ihrer letzten Arbeit auch Urlaubsgeld und Weihnachtsgeld bekommen haben.



WANN?

Wann bekomme ich das Reha-Geld?



Auszahlung

Zu Monatsbeginn wird der Betrag überwiesen (12 Mal pro Jahr)

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

WIE VIEL?

Wie viel Reha-Geld bekomme ich?



Bemessungsgrundlage
ist das letzte Arbeitseinkommen

↓

50%

des letzten Einkommens

Bis zum 42. Tag des Leistungsbezuges

↓

60%

des letzten Einkommens

Ab dem 43. Tag des Leistungsbezuges



Praxisbeispiel

Abb. 5: Beispiel guter Praxis für den unterstützenden Einsatz von Symbolen – Folder „Das Reha-Geld“ SGKK.²⁷

Insbesondere im Rahmen von Gesundheitsinformationen werden häufig quantitative Daten kommuniziert. Die Zahlen sollen eine Grundlage für informierte Entscheidungen der Versicherten bieten. Für viele Menschen ist es jedoch schwierig Zahlen folgerichtig zu interpretieren. Grafiken können das Zahlenverständnis und die realistische Einschätzung von Nutzen und Schaden präventiver, diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unterstützen. Voraussetzung ist, dass die Grafiken gut gestaltet sind (z. B. vollständige Legende, angemessene Skalenbeschriftung). Grafiken können somit bei Gesundheitsinformationen ergänzend zu numerischen Darstellungen eingesetzt werden. Wenn Sie Grafiken ergänzend einsetzen, nutzen Sie Piktogramme oder Balkendiagramme. Bei Piktogrammen werden Patientenkohorten in 100er oder 1000er Einheiten mittels einfacher Symbole und Farbgebung dargestellt. Piktogramme und Balkendiagramme können das Verstehen von Zahlen am ehesten unterstützen und werden von Leserinnen und Lesern überwiegend bevorzugt. Wenn Sie Piktogramme ergänzend einsetzen, nutzen Sie sortierte Piktogramme. Sie können dabei für die Icons sowohl Figuren als auch einfache geometrische Formen wie Blöcke oder Punkte verwenden.^{11,23}



Praxisbeispiel

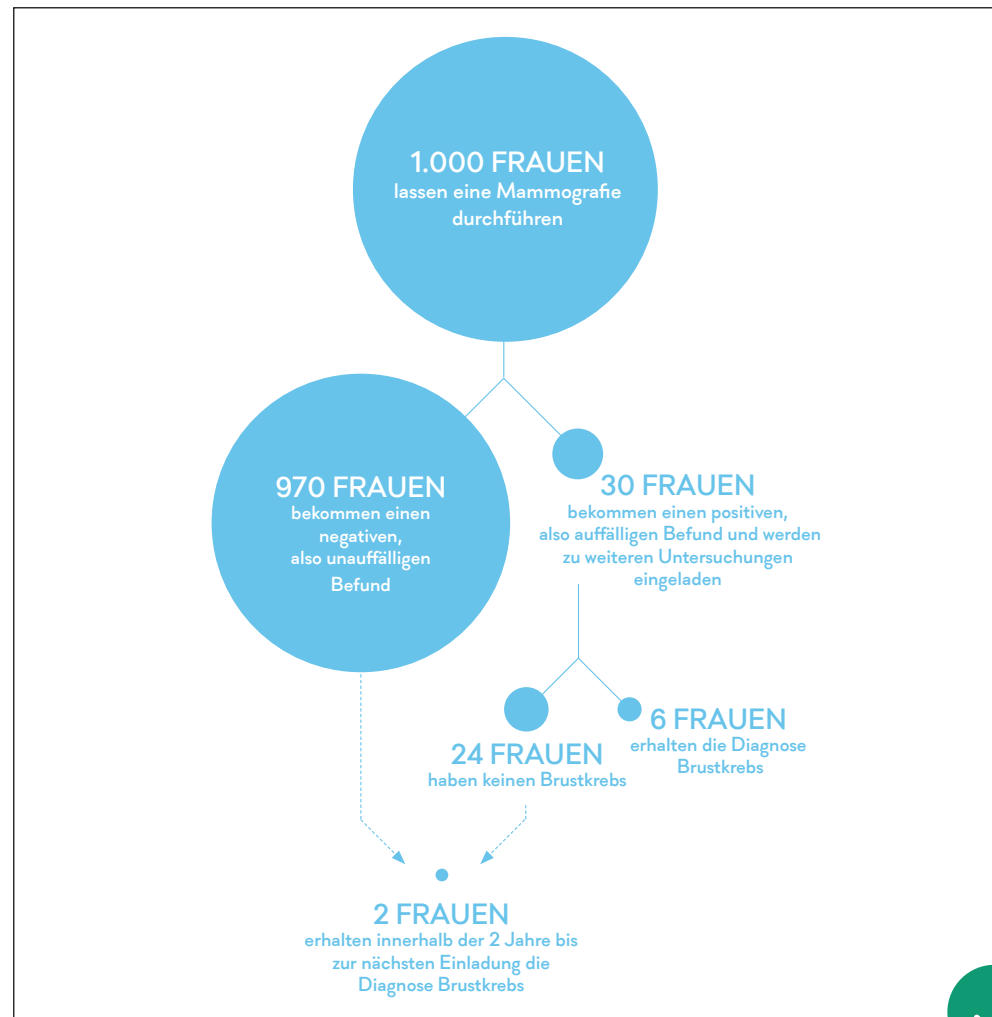


Abb. 6: Beispiel Guter Praxis für den unterstützenden Einsatz von Piktogrammen – wie in der Broschüre „Kompetent als Patientin und Patient“.²⁸



► **Berücksichtigen Sie bei der Darstellung von Zahlen, Risikoangaben und Wahrscheinlichkeiten wesentliche Verständlichkeitskriterien.**

Inwieweit Zahlen verstanden werden, ist stark von der Art abhängig, wie sie kommuniziert werden. Schreiben Sie Zahlen so, wie die meisten Menschen Sie kennen. Das heißt, benutzen Sie auch bei Seitenzahlen und Aufzählungen arabische anstatt römischer Zahlen. Zudem sind Ziffern meistens einfacher zu verstehen als Worte. Schreiben Sie daher Zahlen als Ziffern und nicht als Worte. Datums- und Zeitangaben sollten zur leichteren Verständlichkeit ausgeschrieben werden bzw. verzichten Sie auf die führende Null (z. B. 01.). Führen Sie Telefonnummern mit Leerzeichen an.¹³

✘	✔
IX	9
Zwei von zehn Patienten leiden unter dieser Nebenwirkung.	2 von 10 Patienten leiden unter dieser Nebenwirkung.
03.03.12	3. März 2012 3.3.2012
09.00–17.00h	von 9.00 bis 17.00 Uhr
Tel.: (05544) 332211 Tel.: 05544 / 332211	Telefon: 0 55 44 33 22 11 Telefon: 0 55 44 - 33 22 11

Insbesondere im Rahmen evidenzbasierter Gesundheitsinformationen stellen Zahlen eine wesentliche Grundlage für die informierte Entscheidungsfindung von Versicherten dar. Wichtig ist dabei eine nicht verzerrte, sachlich angemessene Ergebnisdarstellung. Gemäß aktueller Studienlage sollten Sie gewisse Darstellungsformen nutzen, da diese für Laien einfacher zu interpretieren sind.²

- Stellen Sie Nutzen und Schaden von Maßnahmen nicht ausschließlich verbal dar. Verwenden Sie zusätzlich numerische Darstellungen.

Informationen zu Nutzen und Schaden von Maßnahmen, zu Nebenwirkungen von Medikamenten oder zur Häufigkeit von Erkrankungen werden oftmals sprachlich beschrieben (z. B. häufig, selten, drei Mal mehr). Die Interpretation dieser sprachlichen Beschreibungen kann sich jedoch erheblich unterscheiden. Leserinnen und Leser schätzen Risiken falsch ein, wenn diese ausschließlich verbal dargestellt werden. Verwenden Sie daher immer auch numerische Darstellungen – das heißt, kommunizieren Sie die zugrundeliegenden Zahlen. Leserinnen und Leser können so Risiken realistischer abschätzen.^{11,23}

✘	✔
Diese Nebenwirkung tritt häufig auf.	Diese Nebenwirkung tritt häufig auf. In etwa 9 Prozent der Patientinnen berichten von dieser Nebenwirkung.

- Stellen Sie Nutzen und Schaden von Maßnahmen durch absolute Risikomaße dar. Absolute Risikomaße ermöglichen Leserinnen und Lesern im Vergleich zu relativen Risikomaßen präzisere Abschätzungen und führen nicht zu Überschätzung.^{2,11,23}

Sie können zur Unterstützung sogenannte Faktenboxen einsetzen, welche in absoluten Zahlen Nutzen und Schaden von medikamentösen, diagnostischen oder präventiven Maßnahmen verdeutlichen.²³ Entsprechende Faktenboxen zu unterschiedlichen Themen stellen sowohl der Dachverband der österreichischen Sozialversicherungen, das Harding-Zentrum für Risikokompetenz als auch die AOK oder die Bertelsmann Stiftung zur Verfügung.



Praxisbeispiel

Brustkrebs-Früherkennung

durch das Mammographie-Screening

Die Zahlen stehen für Frauen ab 50 Jahren*, die etwa 11 Jahre am Mammographie-Screening teilgenommen oder nicht teilgenommen haben.

	1.000 Frauen ohne Mammographie-Screening	1.000 Frauen mit Mammographie-Screening
Nutzen		
Wie viele Frauen starben an Brustkrebs?	5	4
Wie viele Frauen starben insgesamt an Krebs?	22	22
Schaden		
Wie viele Frauen erhielten fälschlicherweise ein positives Ergebnis und hatten unnötige Untersuchungen oder eine Gewebeentnahme (Biopsie)?	-	100
Bei wie vielen Frauen mit nicht fortschreitendem Brustkrebs wurde die Brustdrüse unnötigerweise teilweise oder vollständig entfernt?	-	5

*Einige Studien bezogen sich auf Frauen ab 40 Jahren; diese Daten wurden auch eingeschlossen.

Kurz zusammengefasst: Mittels Mammographie-Screening konnte 1 von je 1.000 Frauen vor dem Tod durch Brustkrebs bewahrt werden. Dies hatte jedoch keinen Einfluss auf die Gesamtzahl an Frauen, die an Krebs starben. Von allen Frauen, die an dem Screening teilnahmen, wurden einige mit nicht fortschreitendem Krebs diagnostiziert und unnötig behandelt.

Quellen: [1] Gøtzsche & Jørgensen. Cochrane Database Syst Rev 2013(6):CD001877.
Letzte Aktualisierung: Oktober 2019

www.harding-center.mpg.de/de/faktenboxen

Abb. 7: Faktenbox „Brustkrebs-Früherkennung“ Harding-Zentrum für Risikokompetenz.²⁹



✘	✔
<p>Das Mammographie-Screening senkt das Risiko an Brustkrebs zu sterben um 20 Prozent.</p> <p>[Relative Risikoreduktion: Vermeidung 1 von 5 Todesfällen $1/5 * 100 = 20\%$]</p>	<p>Das Mammographie-Screening senkt das Risiko an Brustkrebs zu sterben von 5 auf 4 je 1000 Frauen (0,1 Prozent).</p> <p>[Absolute Risikoreduktion: Vermeidung eines Todesfalls pro 1000 Frauen $1/1000 * 100 = 0,1\%$]</p>

💡

Faktenbox: Informiert entscheiden!

Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

?

Kombinierte Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln:
Soll ich mein Kind impfen lassen?

! Nutzen: Bei Viruskontakt ist mein geimpftes Kind auch künftig besser gegen Masern, Mumps und Röteln geschützt. Je mehr Menschen geimpft sind, desto unwahrscheinlicher werden Kontakte mit dem Virus.

10.000 Menschen

mit Viruskontakt
ohne MMR-Impfung

davon: ↘

an Masern erkrankt	
9.310	93-745
<small>→ Details</small>	<small>→ Details</small>
an Mumps erkrankt	
2.400-4.800	72-912
<small>→ Details</small>	<small>→ Details</small>
mit Röteln infiziert	
4.000-9.000	40-270
<small>→ Details</small>	<small>→ Details</small>

10.000 Menschen

mit Viruskontakt
mit MMR-Impfung

davon: ↘

an Masern erkrankt	
93-745	93-745
<small>→ Details</small>	<small>→ Details</small>
an Mumps erkrankt	
72-912	72-912
<small>→ Details</small>	<small>→ Details</small>
mit Röteln infiziert	
40-270	40-270
<small>→ Details</small>	<small>→ Details</small>

→ Erläuterungen und Quellen

! Nebenwirkungen: Wie bei jeder Impfung sind Rötungen, Schmerzen und Schwellungen an der Einstichstelle möglich. Schwerwiegende Reaktionen sind sehr selten.

10.000

Kinder mit MMR-Impfung

davon: **0-1** Blutplättchenmangel durch Impfung

2-16 Fieberkrämpfe durch Impfung

→ Erläuterungen und Quellen

Herausgeber: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung
Max Planck Institute for Human Development



Letzte Aktualisierung am:
9. Jänner 2017

Praxisbeispiel

Abb. 8: Faktenbox „Kombinierte Impfung gegen Masern, Mumps, Röteln“ APA-Auftragsgrafik.³⁰

- Sie können bei Wahrscheinlichkeiten > 1 % die Darstellung in Prozent anstatt der Darstellung in natürlichen Häufigkeiten wählen. Aktuelle Studien zeigen, dass die Darstellung in Prozent und die Darstellung natürlicher Häufigkeiten von Leserinnen und Lesern ungefähr gleich gut verstanden wird. Bei Wahrscheinlichkeiten > 1 % wurde die Darstellung in Prozent in einer Studie geringfügig besser verstanden als die Darstellung in natürlichen Häufigkeiten.²³

Methodenbox – Die gesundheitskompetente Sozialversicherung


	Prozent	Bei 85 Prozent der Patienten haben Kreuzschmerzen keine eindeutige körperliche Ursache.
	Natürliche Häufigkeiten	Bei 85 von 100 Patienten haben Kreuzschmerzen keine eindeutige körperliche Ursache.

- Vermeiden Sie die Darstellung der Number Needed to Treat, Number Needed to Screen oder Number Needed to Harm. Verwenden Sie stattdessen die absolute Risikoreduktion.

Leserinnen und Leser interpretieren die Number Needed to Treat, Number Needed to Screen oder Number Needed to Harm häufig falsch. Sie überschätzen bei dieser Darstellungsform oft Nutzen bzw. Risiko einer Maßnahme.^{11,23}



- Nutzen Sie gleiche Bezugsgrößen (Nenner) zur vergleichenden Darstellung von Häufigkeiten.

Wenn Sie unterschiedliche Bezugsgrößen verwenden, ist die Information für Leserinnen und Leser schwerer zu verstehen. Ihre Leserinnen und Leser haben so auch mehr Schwierigkeiten Risiken adäquat wahrzunehmen. Unterschiedliche Bezugsgrößen können somit zu einer verzerrten Ergebnisdarstellung beitragen und sollten daher vermieden werden.^{2,11,23}

	
5 von 100 Patienten leiden an Nebenwirkung X. Bei 10 von 1.000 Patienten tritt Nebenwirkung Y auf.	5 von 100 Patienten leiden an Nebenwirkung X. Bei 1 von 100 Patienten tritt Nebenwirkung Y auf.

- Achten Sie auf eine geschlechtergerechte Ergebnisdarstellung und Sprache.

Verwenden Sie nach Möglichkeit eine geschlechtergerechte Sprache. Sie meinen sowohl Männer als auch Frauen? Dann verwenden Sie möglichst eine neutrale Form oder schreiben Sie die weibliche und männliche Form. Vermeiden Sie das Binnen-I. Die Schreibweise mit Binnen-I erschwert die Lesbarkeit.²² Achten Sie bei Gesundheitsinformationen zudem auf eine geschlechtergerechte Darstellung relevanter Ergebnisse. Wenn sich für Nutzen oder Schaden von Maßnahmen geschlechterbezogene Unterschiede zeigen, stellen Sie die Ergebnisse differenziert nach Geschlecht dar.²

	
StudentInnen	Studierende Studentinnen und Studenten

► **Stellen Sie wenn möglich Informationen zusätzlich in der Muttersprache zur Verfügung.**

Menschen mit fremdsprachigem Hintergrund können von Informationen in ihrer Muttersprache profitieren. Internationale Studien zeigen: Das Wissen von Personen mit fremdsprachigem Hintergrund steigt stärker an, wenn Informationen zusätzlich zur Landessprache auch in der Muttersprache zur Verfügung gestellt werden. Fremdsprachige Leserinnen und Leser bevorzugen zweisprachige Informationen überwiegend und stufen sie als leichter verständlich ein.^{11,22} Arbeiten Sie bei der Erstellung von mehrsprachigem Informationsmaterial mit professionellen Übersetzungsdiensten zusammen.

1.1.2 Qualität der Inhalte

Frauen und Männer sind tagtäglich mit wichtigen Entscheidungen rund um ihre Gesundheit konfrontiert. Wer dabei informiert und selbstbestimmt entscheidet, nutzt Angebote des Gesundheitswesens nicht nur sinnvoller, sondern ist auch eher mit dem Behandlungsergebnis zufrieden.² Doch wie können Sie informierte und selbstbestimmte Entscheidungen Ihrer Versicherten unterstützen? Ein qualitätsvolles Informationsangebot ist wesentliche Voraussetzung für eine informierte Entscheidungsfindung und eine sinnvolle Beteiligung in Gesundheitsfragen. Versicherte haben ein Recht auf unabhängige, evidenzbasierte, geschlechtergerechte und verständliche Gesundheitsinformationen.² Dieses Recht lässt sich auch aus den österreichischen Patientenrechten ableiten.³¹ Es gibt eine Reihe an inhaltlichen Kriterien, welche Sie daher insbesondere bei der Erstellung von Gesundheitsinformationen berücksichtigen sollten. Im Folgenden werden wesentliche Kriterien zusammenfassend dargestellt. Nähere Informationen auf dem Weg zu evidenzbasierter und geschlechtergerechter Gesundheitsinformation, finden Sie in der „Guten Gesundheitsinformation Österreich“ oder in der **Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation**.



Methode

Versicherte haben ein Recht auf unabhängige, evidenzbasierte, geschlechtergerechte und verständliche Gesundheitsinformationen.



Hilfsmittel

► **Stellen Sie Ziele und Zielgruppe der Information dar.**

Machen Sie sich klar, was Sie mit Ihrer Information erreichen möchten. Was sollen Versicherte wissen oder tun, nachdem sie Ihre Information gelesen haben? Beschreiben Sie Ihre Ziele gleich in der Einleitung bzw. möglichst am Beginn der Information, um der Leserschaft Orientierung zu bieten.

Informationen wenden sich zuerst einmal an all jene, die sich informieren möchten. Oft sollen jedoch primär bestimmte Zielgruppen angesprochen werden. Ist dies der Fall, führen Sie möglichst am Beginn der Information konkret an, an wen sich die Information richtet (z. B. hinsichtlich Alter, Geschlecht, Risikogruppe). Manchmal gelten bestimmte Informationen auch nicht für alle Versicherten. Krankheitsverlauf, Risiken, Symptome, Wirkungen sowie Morbidität und Mortalität können nach Geschlecht und Alter variieren. Werden in der Literatur Unterschiede beschrieben, führen Sie diese auch in Ihrem Material an. Diese Informationen sind für die Leserinnen und Leser wichtig – nur so können Sie entscheiden, ob die Information für Sie von Relevanz ist.^{2,3,11,15}



Praxisbeispiel

Qualitätszertifikat Dickdarmkrebs- vorsorge

Länger leben bei guter Gesundheit



Ein Informationsblatt
für Männer und
Frauen ab 50:
Darmspiegelung
zur Früherkennung
des Dickdarmkarzinoms

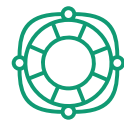


Abb. 9: Beispiel guter Praxis für die Angabe der Zielgruppe des Informationsmaterials – Informationsblatt „Früherkennung Dickdarmkrebs“ DVSV³².

► **Bauen Sie Ihre Inhalte auf der aktuell besten verfügbaren Evidenz auf.**

Gesundheitsinformationen sollten auf dem zum Zeitpunkt der Erstellung besten verfügbaren Wissen beruhen. Die Erstellung von evidenzbasierten Gesundheitsinformationen erfordert daher von Ihnen bei der Suche und Auswahl von Literatur ein systematisches Vorgehen.^{2,3,11} Für das konkrete Vorgehen – von der Formulierung einer suchtauglichen Fragestellung, über die systematische Recherche, bis hin zur Auswahl und kritischen Bewertung der Literatur – gibt es detaillierte und hilfreiche Anleitungen:

- **FGÖ (2013). Aufbereitung von Evidenz zu Gesundheitsförderung. Wien.**
- **Albrecht & Steckelberg (2014). Manual für die Erstellung von evidenzbasierten Informationen für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Dortmund, Berlin, Dresden.**



Hilfsmittel

Berücksichtigen Sie bei Fragestellung und Suchkriterien auch die Variablen Geschlecht und Alter. Sofern verfügbar, nutzen Sie Informationen aus systematischen Übersichtsarbeiten oder randomisierten kontrollierten Studien. Sie werden jedoch bei weitem nicht zu allen Themen von Interesse eine gute Evidenzbasis vorfinden. Gibt es für Themen, die Sie bearbeiten, keine solide Evidenzbasis, stellen Sie die vorhandenen Fakten dennoch dar. Verweisen Sie jedoch darauf, dass bislang nur wenig gesichertes Wissen zum Thema vorhanden ist. Machen Sie auch darauf aufmerksam, wenn die gefundenen Studien keine nach Geschlecht und Alter gesonderten Angaben machen und die Evidenz für das jeweilige Alter oder Geschlecht somit fraglich ist. Legen Sie Ihr Vorgehen in einem Methodenpapier nachvollziehbar dar.^{2,3,11}

► **Beschreiben Sie den natürlichen Verlauf eines Gesundheitsproblems / einer Erkrankung.**

Versicherte müssen wissen, wie der natürliche Verlauf eines Gesundheitsproblems / einer Erkrankung aussieht. Dies erleichtert die Entscheidung für oder gegen eine Behandlung bzw. eine Verhaltensänderung. Führen Sie daher Auslöser und Ursachen eines Gesundheitsproblems an. Eventuell können Versicherte selbst gewisse Auslöser beeinflussen. Machen Sie Angaben darüber, wie verbreitet ein Gesundheitsproblem ist bzw. wie viele Personen davon betroffen sind. Gegebenenfalls sind auch Informationen zu Formen und Schweregraden des Gesundheitsproblems hilfreich. Zudem ist es wichtig Auswirkungen des Gesundheitsproblems, auch auf die Lebensqualität der Betroffenen, zu beschreiben.³ Geben Sie auch an, was passiert, wenn das Problem unbehandelt bleibt bzw. wenn man abwartet. Das ist eine wichtige Information für Versicherte, um weitere Entscheidungen treffen zu können.^{2,3}



85 bis 95 Prozent aller Rückenschmerzen sind nicht-spezifisch, also unkompliziert und die Schmerzen verschwinden meist von selbst wieder. Sie haben vielfältige Ursachen, die sich aus körperlichen, seelischen und sozialen Komponenten zusammensetzen. Akute Rückenschmerzen dauern kürzer als sechs Wochen, sind nicht gefährlich und klingen auch ohne spezielle Behandlung nach 4 bis 6 Wochen ab.³³

► **Beschreiben Sie Art, Umfang und Durchführung von Maßnahmen sowie deren Wirkungsweise.**

Häufig werden Sie im Rahmen von Gesundheitsinformationen Ihren Leserinnen und Lesern gesundheitsrelevante „Maßnahmen“ näher bringen. Bei Maßnahmen kann es sich um Lebensstilmaßnahmen handeln (z. B. Tipps für eine ausgewogene Ernährung), um Maßnahmen der Prävention oder auch um therapeutische oder rehabilitative Maßnahmen bei Vorliegen einer Erkrankung. Damit Ihre Leserschaft sich jedoch für oder gegen eine Maßnahme entscheiden kann, sind einige Informationen als Grundlage notwendig. Stellen Sie für Frauen und Männer relevante Ergebnisse dar, welche durch eine Maßnahme zu erwarten sind (z. B. hinsichtlich Lebensqualität, Beschwerden, Komplikationen). Beschreiben Sie möglichst konkret Art, Umfang und Durchführung von Maßnahmen. Nur so ist es für Versicherte möglich beispielsweise Bewegungsempfehlungen umzusetzen oder aber den finanziellen Aufwand von Maßnahmen einzuschätzen. Geben Sie zudem an, wie sich die Maßnahmen auf das Gesundheitsproblem und den Körper/die Psyche auswirken.^{2,3}



Bewegen Sie sich regelmäßig moderat.



Starten Sie mit leichter körperlicher Bewegung, z. B. Treppen steigen, langsames Spaziergehen, für mindestens zehn Minuten pro Tag an mindestens drei Tagen in der Woche. Erhöhen Sie dann Dauer und Häufigkeit bis Sie sich pro Woche mindestens 2,5 Stunden bewegen. Probieren Sie Sportarten wie Radfahren oder Nordic Walking.²⁵

► **Führen Sie Nutzen, aber auch mögliche Risiken von Maßnahmen an.**

Nutzen und Risiken sind wesentliche Kriterien, um sich für oder gegen eine Maßnahme zu entscheiden. Führen Sie in Gesundheitsinformationen an, welcher Nutzen mit einer Maßnahme verbunden sein kann (z. B. Kontrolle von Symptomen, Vermeidung des Auftretens eines Gesundheitsproblems). Geben Sie aber auch an, welche Risiken (z. B. Nebenwirkungen, Komplikationen) auftreten können.^{3,11} Nutzen und Risiken sollen mit Zahlen unterstützt dargestellt werden. Berücksichtigen Sie dabei die unter 1.1.1 angeführten Kriterien für die verständliche Darstellung von Zahlen und die Tipps für grafische Unterstützungsmöglichkeiten. Achten Sie dabei auf eine ausgewogene und geschlechterbezogene Darstellung. Verzichten Sie in evidenzbasierten Gesundheitsinformationen auf direktive Empfehlungen. Wenn Sie Empfehlungen abgeben, trennen Sie diese klar von der Ergebnisdarstellung.²

► **Führen Sie alternative Maßnahmen an und verweisen Sie auf die Einschränkungen Ihrer Information.**

Für eine fundierte Entscheidungsfindung sollten alle Alternativen bekannt sein. Um objektive Gesundheitsinformationen zur Verfügung zu stellen, sollten Sie daher auch alternative Maßnahmen (z. B. Behandlungsoptionen, Nichtbehandlung, Untersuchungsalternativen) anführen. Natürlich können Sie sich darauf beschränken eine oder wenige Maßnahmen darzustellen. In diesem Fall verweisen Sie jedoch darauf, dass es darüber hinaus noch andere Alternativen gibt.^{3,11} Stellen Sie die mit einer Maßnahme zu erwartenden Ergebnisse möglichst im Vergleich zu Placebo (Scheinintervention), zu keiner Maßnahme oder zu einer anderen Behandlungsalternative dar. Achten Sie auf eine sachlich angemessene Darstellung von Unsicherheiten.²

► **Geben Sie weiterführende Informationsquellen und Kontaktadressen an.**

Im Rahmen von Informationsmaterialien können nie alle relevanten Informationen vermittelt werden. Vielmehr ist es im Sinne der Lesbarkeit sogar vorteilhaft sich auf die wesentlichen Informationen zu beschränken und diese klar und verständlich zu kommunizieren. Sie können jedoch weiterführende Literatur und Links anführen und Ihren Leserinnen und Lesern so die Möglichkeit geben, sich an anderer Stelle weiter zu informieren. Um Antworten auf weitere Fragen zu ermöglichen, führen Sie auch Kontaktadressen von unterstützenden Ansprechpartnern an. Dies können Personen aus der eigenen Organisation sein, aber auch weiterführende Kontakte z. B. zu Selbsthilfegruppen.³



Methode

Mit einer guten optischen Gestaltung können Sie die Lesbarkeit Ihres Textes wesentlich erhöhen.

1.1.3 Ansprechendes Layout & Design

Die optische Gestaltung von Informationsmaterialien oder Anschreiben beeinflusst nicht nur, ob und wie Inhalte von den Leserinnen und Lesern wahrgenommen werden, sondern kann auch wesentlich zu einer leichteren Lesbarkeit beitragen. Es gibt eine Reihe an Empfehlungen zum Erscheinungsbild von schriftlichen Informationsformaten, die sich auf Aspekte wie Schriftbild und -größe, Kontrast, oder Formatierung beziehen. Im Folgenden finden Sie eine zusammenfassende Darstellung von Kriterien, die Sie bei der visuellen Gestaltung Ihrer Texte beachten sollten:

► **Achten Sie auf ein gewohntes Schriftbild und eine ausreichende Schriftgröße.**

Achten Sie bei der Auswahl der Schriftart auf gute Lesbarkeit und ein gewohntes Schriftbild. Verwenden Sie eine serifen-freie Schrift (z. B. Arial).^{3,13,18} Diese ist leichter lesbar als Serifen-Schriften (z.B. Times New Roman). Setzen Sie die gewählte Schriftart konsistent ein und wechseln Sie nicht zwischen unterschiedlichen Schriftarten.

Welche Schriftgröße Sie wählen, beeinflusst wesentlich die Lesbarkeit der Information. Grundsätzlich sollten Sie die Schrift nicht zu klein wählen und die Größe der Schriftart anpassen. Wählen Sie für Texte in Einfacher oder Leichter Sprache einen großen Schriftgrad (mindestens Schriftgröße 14 Punkt).¹⁸ Teilweise wird auch eine Schriftgröße von mindestens 12 Punkt empfohlen – bei spezifischen Zielgruppen (z. B. ältere Versicherte) entsprechend größer.^{3,11,15,16}

✘	✔
<i>Die Sozialversicherung wird zur gesundheitskompetenten Einrichtung.</i>	Die Sozialversicherung wird zur gesundheitskompetenten Einrichtung.

► **Verwenden Sie überwiegend dunkle Schrift auf hellem Hintergrund.**

Achten Sie auf ausreichend Kontrast zwischen Text und Hintergrund, um die Lesbarkeit zu erleichtern. Verwenden Sie daher grundsätzlich dunkle Schrift auf hellem Hintergrund. Das ist leichter lesbar als helle Schrift auf dunklem Hintergrund.^{11,13,15,16} Es gibt Programme mit deren Hilfe Sie testen können, ob Ihr Design ausreichend kontrastreich gestaltet ist (z. B. **Colour Contrast Analyser**).³⁴

► **Platzieren Sie keinen Text auf schattiertem oder gemustertem Hintergrund sowie auf Abbildungen.**

Text auf gemustertem oder schattiertem Hintergrund ist aufgrund des reduzierten Kontrasts schwierig zu lesen. Dasselbe trifft auf Text zu, der auf Abbildungen platziert ist. Damit Text und Abbildungen die angemessene Aufmerksamkeit erhalten, platzieren Sie diese nicht übereinander.^{11,13,15,16}



Hilfsmittel

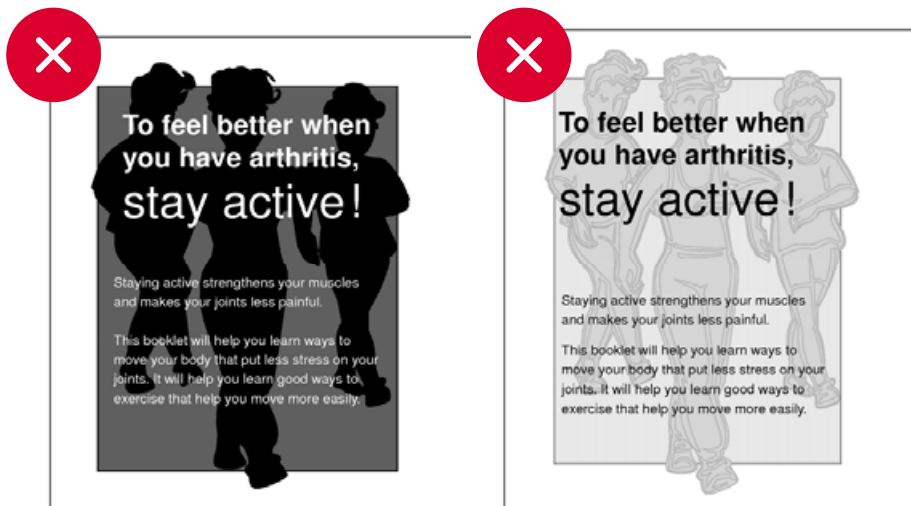


Abb. 10: Beispiele für schlechte Lesbarkeit aufgrund gewählter Schriftfarbe und schattiertem Hintergrund.¹⁵

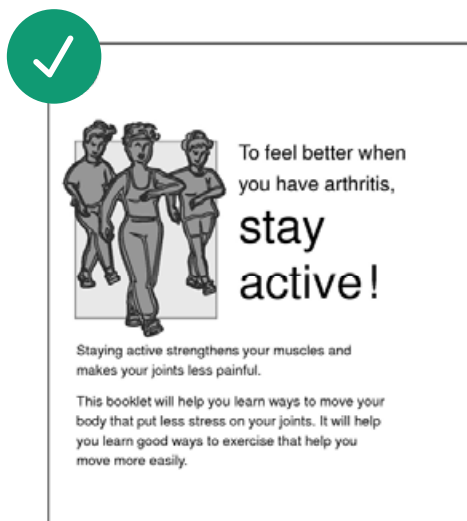


Abb. 11: Beispiel guter Praxis für angemessenen Kontrast.¹⁵

► **Setzen Sie Farben sorgsam ein und beachten Sie mögliche Farbenblindheit.**

Vermeiden Sie den Einsatz zu vieler Farben, damit die Aufmerksamkeit Ihrer Leserinnen und Leser nicht vom Text abgelenkt wird. Setzen Sie stattdessen Farben sorgsam und einheitlich in einer Art und Weise ein, die dabei hilft Ihre zentralen Botschaften zu transportieren (z. B. für Überschriften). Beachten Sie bei der Auswahl der Farben, dass Personen mit eingeschränkter Farbwahrnehmung Schwierigkeiten mit der Lesbarkeit haben können. Im Internet gibt es kostenlose Programme mit deren Hilfe Sie Ihre Entwürfe dahingehend testen können, wie diese von Personen mit Farbenblindheit wahrgenommen werden (z. B. <http://colororacle.org>).^{3,15}



Hilfsmittel

► **Achten Sie bei Hochglanzpapier auf mögliches Spiegeln. Verwenden Sie dickes Papier.**

Die Verwendung von Hochglanzpapier kann dazu führen, dass Text aufgrund von Spiegeln schwerer lesbar ist. Achten Sie bei der Auswahl des Papiers auf die Lesbarkeit und bevorzugen Sie mattes Papier. Verwenden Sie Papier mit ausreichender Papierstärke. Personen mit motorischen Einschränkungen haben ansonsten vielleicht Probleme die Seiten umzublättern. Nehmen Sie Papier mit der Stärke von 80 Gramm oder mehr.¹³

► **Positionieren Sie Abbildungen möglichst nahe am erklärenden Text. Beachten Sie eine ausreichende Auflösung und aussagekräftige Beschriftung.**



Sollen Abbildungen oder Grafiken das Verständnis von Text unterstützen, positionieren Sie diese möglichst nahe am erklärenden Text. Achten Sie zudem darauf, dass Sie Text nicht um Abbildungen positionieren. Dies stört den natürlichen Lesefluss. Die Abbildungen sollten gut erkennbar sein. Achten Sie daher auf eine ausreichende Auflösung. Um das Verständnis zu unterstützen ist es des Weiteren wichtig, dass Sie Abbildungen und Grafiken eindeutig beschriften bzw. im Bedarfsfall mit aussagekräftigen Legenden versehen.^{11, 13, 15, 16, 18}

► **Schreiben Sie Ihren Text linksbündig. Vermeiden Sie zu lange Zeilen.**

Für viele Menschen ist es schwer Text in Blocksatz, rechtsbündigen oder zentrierten Text zu lesen. Formatieren Sie Text daher linksbündig.^{3, 11, 13, 15} Schreiben Sie immer in Leserichtung. Verzichten Sie auf zu lange Zeilen. Eine Zeilenlänge von bis zu etwa 12 Zentimeter ist überwiegend angemessen. Ist das gewählte Format sehr breit, schreiben Sie Text in Spalten.^{15, 16}

► **Trennen Sie Wörter nicht am Ende einer Zeile. Vermeiden Sie das Trennen von Sätzen über Seiten hinweg.**

Worttrennungen über Zeilen hinweg stören die Lesbarkeit. Achten Sie zudem darauf, dass Sätze auf derselben Seite anfangen und enden. So muss beim Lesen eines Satzes nicht umgeblättert werden. Grammatische Einheiten sollten nicht durch Zeilenumbruch auseinandergerissen werden. Dadurch helfen Sie Ihren Leserinnen und Lesern Texte einfacher zu lesen und zu verstehen.^{13, 15, 16, 18}

	
Bei Schlafstörungen, Atemnot und Rückenschmerzen denken viele Menschen nicht an eine Herz-Kreislauf-Erkrankung.	Bei Schlafstörungen, Atemnot und Rückenschmerzen denken viele Menschen nicht an eine Herz-Kreislauf-Erkrankung.

► **Achten Sie auf ausreichend textfreie Fläche. Lassen Sie ausreichend Abstand zwischen den Zeilen.**

Texte sollten keinesfalls überladen wirken. Das erschwert die Lesbarkeit und Orientierung. Machen Sie Absätze und lassen Sie zwischen diesen ausreichend Platz. Achten Sie zudem auf einen ausreichenden Zeilenabstand. Wählen Sie einen 1,2- bis 1,5-fachen Zeilenabstand.^{11,13,15,16}

✘	✔
Bei Schlafstörungen, Atemnot und Rückenschmerzen denken viele Menschen nicht an eine Herz-Kreislauf-Erkrankung.	Bei Schlafstörungen, Atemnot und Rückenschmerzen denken viele Menschen nicht an eine Herz-Kreislauf-Erkrankung.

1.1.4 Transparente Information

Für Versicherte ist es wichtig, dass Sie vertrauenswürdige Informationen erhalten. Um die Vertrauenswürdigkeit von Informationen beurteilen zu können, brauchen Versicherte jedoch eine Reihe an Informationen. Schaffen Sie Transparenz hinsichtlich Ihrer Arbeitsweise und bieten Sie Versicherten die Möglichkeit die Qualität Ihrer Information zu beurteilen.^{2,11} Beachten Sie dabei folgende Kriterien:

► **Führen Sie in einem Impressum die Autorin oder den Autor der Information an bzw. nennen Sie die Institution mit verantwortlicher Ansprechperson.**

Geben Sie an, wer für den Inhalt der Information verantwortlich ist.² Die fachliche Qualifikation der Autorin bzw. des Autors kann dabei als zusätzliches Zeichen der Zuverlässigkeit dienen. Geben Sie nicht bloß eine Institution als Urheber der Information an, sondern führen Sie immer eine verantwortliche Ansprechperson an.^{3,11}



Methode

Bieten Sie Versicherten die Möglichkeit die Qualität Ihrer Information zu beurteilen, in dem Sie Ihre Arbeitsweise transparent machen.

Impressum:
Medieninhaber: Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
 3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3,
 Tel.: 050 899-6202, Fax: 050 899-6280
 E-Mail: gsund@noegkk.at; Internet: www.noegkk.at
Für den Inhalt verantwortlich:
 Prim. ao. Univ.-Prof. Dr. Jeanette Strametz-Juraneck,
 Ärztliche Leiterin SKA-RZ Bad Tatzmannsdorf
 für Herzkreislauf-Erkrankungen,
 Dr. Teresa Wipperich, Medizinische Universität Wien



Praxisbeispiel

Abb. 12: Beispiel guter Praxis für das Anführen eines Impressums – Broschüre „Gesund sein! Gesund bleiben! Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorbeugen“ NÖGKK.²⁵

► **Geben Sie das Datum der Erstellung der Information an und legen Sie einen Überprüfungszeitraum fest.**

Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen beruhen auf aktuellen Fakten.² Führen Sie daher das Datum der Erstellung bzw. Veröffentlichung Ihrer Information an. So können Versicherte einschätzen, ob es sich um aktuelle Informationen handelt. Für die Gültigkeitsdauer evidenzbasierter Informationen gibt es keine allgemeingültigen Regeln. Die Datenlage kann sich je nach Thema schneller oder langsamer ändern. Bei evidenzbasierter Gesundheitsinformationen sollten Sie jedoch einen Überprüfungszeitraum festlegen. Die evidenzbasierten Kurzinformationen für Patientinnen und Patienten des ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin sind grundsätzlich vier Jahre gültig.³⁵ Spätestens nach diesem Zeitraum werden Informationen dahingehend überprüft, ob Sie in dieser Form noch Gültigkeit besitzen. Im Falle neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse oder einer Aktualisierung der zugrundeliegenden Quellen kann jedoch auch eine frühere Aktualisierung notwendig werden.^{3,11} Wenn keine Aktualisierung möglich oder vorgesehen ist, benennen Sie das klar.



Praxisbeispiel

Abb. 13: Beispiel guter Praxis für die Angabe des Erstellungsdatums und des nächsten geplanten Updates – Broschüre „Kompetent als Patientin und Patient“.²⁸

IMPRESSUM

Kompetent als Patientin und Patient

Herausgeber: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger,
Haidingergasse 1, 1030 Wien, Postfach 600

3. Auflage, Jänner 2019, 25.000 Stück, nächste Überarbeitung geplant 2022.

©Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Alle Rechte vorbehalten. Vervielfältigung und Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit vorheriger schriftlicher Genehmigung gestattet.

► **Führen Sie die verwendeten Informationsquellen an.**

Für Versicherte sollte ersichtlich sein, wie Sie zu Ihren Aussagen kommen. Geben Sie daher an, welche Quellen Sie mit einbezogen haben und worauf Sie sich stützen. Das Anführen der verwendeten Informationsquellen steht für Transparenz und Nachvollziehbarkeit.^{3,11} Häufig ist es jedoch schwierig die Angabe verwendeter Quellen mit den Anforderungen an Umfang und Lesbarkeit/Übersichtlichkeit von Informationen zu vereinbaren. Falls Sie sich gegen eine vollständige Auflistung aller verwendeten Quellen entscheiden, geben Sie zumindest an, wo (z. B. Ansprechperson, Link) eine Übersicht über die verwendeten Quellen zu beziehen ist. Legen Sie bei evidenzbasierten Gesundheitsinformationen Ihr konkretes Vorgehen bei der Erstellung der Information (z. B. bei der Auswahl der Quellen) in einem Methodenpapier dar. Veröffentlichen Sie das Methodenpapier frei zugänglich.²

► **Beziehen Sie die Sichtweise Ihrer Zielgruppe mit ein.**

Werden Sie sich darüber bewusst, wer die Zielgruppe Ihres Informationsmaterials ist und welche Bedürfnisse diese hat.³⁶ Bei der Erstellung von Gesundheitsinformationen sollten Betroffene bzw. die Zielgruppe der Information die Möglichkeit haben ihre Erfahrungen, Perspektiven, Präferenzen und Erwartungen einzubringen.² Informationen, die unter Beteiligung der Zielgruppe erstellt werden, sind für Leserinnen und Leser relevanter und attraktiver.²³ Beziehen Sie die Zielgruppen daher in den Erstellungsprozess von (Gesundheits-)Informationen mit ein.^{3,13,15,23} Tipps dazu, wie Sie bei der Einbeziehung der Zielgruppe vorgehen können, finden Sie in Kapitel 4.

Im Rahmen von Gesundheitsinformationen werden zum Teil auch Erfahrungsberichte von Betroffenen (sogenannte Narrative) eingesetzt. Laut aktueller Studienlage haben individuelle Erfahrungsberichte ergänzend zu Sachinformationen kaum relevanten Nutzen. In einer Reihe an Studien wurde jedoch eine überredende Wirkung von Narrativen aufgezeigt. Verzichten Sie daher im Rahmen evidenzbasierter Gesundheitsinformationen auf ergänzende individuelle Erfahrungsberichte.^{11,23}

► **Lassen Sie die Information durch unabhängige Fachleute prüfen.**

Gesundheitsinformationen sollten so objektiv wie möglich sein. Lassen Sie daher wann immer möglich Ihre Informationen vor Veröffentlichung durch eine unabhängige Fachperson auf inhaltliche Richtigkeit überprüfen.³

► **Orientieren Sie sich bei der Erstellung von Informationen an Qualitätskriterien.**

Achten Sie bei der Erstellung von Informationen auf Qualität. Dies können Sie tun, in dem Sie die angeführten Kriterien soweit möglich berücksichtigen. Wenn Sie bei der Erstellung von Informationen auf gewisse Qualitätsaspekte besonderen Wert gelegt haben, können Sie das auch zum Ausdruck bringen.³

► **Legen Sie Quellen der Finanzierung offen. Gehen Sie mit möglichen Interessenskonflikten transparent um.**

Interessenskonflikte können die Erstellung von Informationen beeinträchtigen und die Darstellung verzerren. Entsprechende Konflikte können aus finanziellen Interessen, aber auch aus Eigeninteressen einer Organisation oder Berufsgruppe erwachsen. Vermeiden Sie Interessenskonflikte soweit möglich. Halten Sie das Risiko einer Verzerrung möglichst gering, indem Sie beispielsweise Informationen durch unabhängige Fachleute prüfen lassen. Nennen Sie jedenfalls etwaige Finanzierungsquellen, um für größtmögliche Transparenz zu sorgen.²



Praxisbeispiel

1.1.5. Behördeninformationen – Schreiben aus der klassischen Sozialversicherung

Behördeninformationen dienen dazu Versicherte zu informieren oder auch dazu Informationen von Versicherten einzuholen. Das kann beispielsweise die Information über das Ende des Anspruchs auf Krankengeld betreffen. Entsprechende Informationen bzw. Schreiben sind vielfach auf einem sehr hohen Sprachniveau verfasst und sind daher für die Bevölkerung meist sehr schwer zu verstehen.¹⁰ Die VAEB hat in den vergangenen Jahren begonnen ihre entsprechenden Informationen und Schreiben nach den vorgestellten Empfehlungen anzupassen. Das nachfolgende Beispiel zeigt das Ergebnis einer Anpassung in der Vorher-Nachher-Gegenüberstellung.



Datum
29.03.2018

Ende des Krankengeldanspruches

Betrifft: Dr. Laura Musterfrau, geb.: 23.12.66
VSNR: 12345678910
BN-PEST: 1234567
DSTNR: 55555

Sehr geehrte Frau Dr. Musterfrau!

Wir teilen Ihnen mit, dass wegen Erreichens der Höchstdauer (§ 139 Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes im Zusammenhang mit § 30 Abs. 1 der Anstaltssatzung) Ihr Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf des

30.04.2018

endet. Sollte die Arbeitsunfähigkeit bis dahin fort dauern, gebühren die Barleistungen nur noch bis zu dem genannten Zeitpunkt.

Sollte zum genannten Zeitpunkt über Ihren Antrag auf eine Invaliditätspension/Berufsunfähigkeitspension noch nicht positiv entschieden worden sein, so empfehlen wir Ihnen, beim zuständigen Arbeitsmarktservice einen Antrag auf Gewährung von Arbeitslosengeld zu stellen. Für die Dauer des Bezuges von Geldleistungen vom Arbeitsmarktservice verbleiben Sie im Krankenversicherungsschutz unserer Anstalt. Sollte jedoch kein Anspruch auf Arbeitslosengeld gegeben sein und Ihr Pensions/Berufsunfähigkeitsansuchen abgelehnt werden, haben Sie die Möglichkeit, bei unserer Anstalt (unter Beischluss einer entsprechenden Bestätigung des Arbeitsmarktservices über den Nichtbezug von Arbeitslosengeld) einen Antrag auf Selbstversicherung in der Krankenversicherung (innerhalb von 6 Wochen nach Ende des Leistungsanspruches) gemäß § 16 ASVG zu stellen.

Mit freundlichen Grüßen!
Ihre VAEB



Datum
29.03.2018

Ende des Krankengeldanspruches

Dr. Laura Musterfrau,
geboren am 23. Dezember 1966
Versicherungsnummer: 1234231266

Sehr geehrte Frau Dr. Musterfrau!

Ihr Anspruch auf Krankengeld endet am

30. April 2018

Diese Entscheidung erfolgt auf Basis der folgenden Gesetzesgrundlage:

§ 139 Absatz 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes im Zusammenhang mit § 30 Absatz 1 der Anstaltssatzung

Bis zum 30. April 2018 ist noch nicht positiv über Ihren Antrag auf eine Invaliditätspension/
Berufsunfähigkeitspension entschieden worden?

Wir empfehlen Ihnen: Stellen Sie einen Antrag auf Arbeitslosengeld beim zuständigen Arbeit-
marktservice. Sie sind dann weiterhin bei uns krankenversichert, sofern Sie Arbeitslosengeld
erhalten.

Ihr Pensions-/Berufsunfähigkeitsansuchen wurde abgelehnt und Sie haben keinen Anspruch
auf Arbeitslosengeld?

Wir empfehlen Ihnen: Stellen Sie einen Antrag auf Selbstversicherung (gemäß § 16 ASVG). Vor-
aussetzung: Der Antrag muss innerhalb von 6 Wochen nach Ende des Leistungsanspruches bei
uns eingelangt sein (berücksichtigen Sie die Zeit des Postweges). Bitte legen Sie diesem
Antrag eine Bestätigung des Arbeitmarktservices über den Nichtbezug von Arbeitslosengeld
bei. So können wir den Antrag rasch bearbeiten

Mit freundlichen Grüßen

Max Mustermann
VAEB

1.2 Was sollten Sie beim Einsatz von Informationstechnologien beachten?

Längst nutzt die Sozialversicherung nicht mehr nur klassische Printinformationen oder Standardbriefe zur Informationsvermittlung, sondern stellt Informationen über Websites und Apps zur Verfügung. Moderne Informationstechnologien bieten grundsätzlich Vorteile wie einen zeit- und ortsunabhängigen Zugang zu Informationen sowie interaktivere Lernmöglichkeiten.³⁷ Dabei sollten Sie aber berücksichtigen, dass die Nutzung entsprechender Kanäle nur für jene Versicherte möglich ist, welche über eine entsprechende Ausstattung verfügen (Internet-Zugang, Smartphone). Zudem haben Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz häufig Schwierigkeiten bei der Navigation im Internet.³⁸ Potenzielle Vorteile moderner Informationstechnologien bleiben somit ungenutzt, wenn die Bedürfnisse von Nutzerinnen und Nutzern unterschiedlicher Kompetenz-Niveaus bei der Entwicklung nicht berücksichtigt werden.³⁹

Achten Sie bei Ihren web- und app-basierten Informationsangeboten auf ein benutzerfreundliches Design.

Damit web- und app-basierte (Gesundheits-)Informationen für Versicherte einfach zugänglich, verständlich, bewertbar und anwendbar sind, braucht es ein besonders nutzerfreundliches Software- und Webdesign.³⁸ Aus diesem Grund sollten Sie bei der Entwicklung und Gestaltung entsprechender Informationstechnologien zentrale Qualitätskriterien berücksichtigen. Da auch beim Einsatz von Informationstechnologien Informationen überwiegend schriftlich zur Verfügung gestellt werden, orientiert sich eine Reihe der Kriterien an entsprechenden Richtlinien für Printmaterialien.³⁷ Zudem gelten Anforderungen an inhaltliche Qualität und Transparenz für Gesundheitsinformationen aller Formate – also auch für entsprechende web- und app-basierte Inhalte.² Detaillierte Informationen zu Qualitätskriterien für Ihre schriftlichen Texte finden Sie im vorangegangenen Kapitel 1.1. Im Folgenden werden vor allem jene Kriterien angeführt, welche im Besonderen beim Einsatz von Informationstechnologien zu berücksichtigen sind.

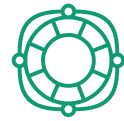


Methode

1.2.1 Einfach nutzbare Web-Inhalte

Im österreichischen E-Government-Gesetz ist festgeschrieben: Websites öffentlicher Institutionen müssen entsprechend internationaler Standards über die Web-Zugänglichkeit barrierefrei sein.⁴⁰ Unter internationalen Standards werden die Richtlinien der „Web Accessibility Initiative“ (WAI), aktuell die Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) 2.0 (Richtlinien für barrierefreie Webinhalte), verstanden. Die WCAG 2.0 gehen von einem dreistufigen Modell der Barrierefreiheit aus (Stufe A, Stufe AA und Stufe AAA). Stufe A umfasst das Mindestmaß an Barrierefreiheit, während Stufe AAA gemäß dem Standard die bestmögliche Variante darstellt. Aktuelle Gesetze und Rahmenbedingungen fordern zumeist die Umsetzung von Stufe AA, weshalb viele Richtlinien für barrierefreies Internet der höchsten Stufe bislang nicht umgesetzt sind. Eine Vielzahl der WCAG 2.0 Richtlinien beziehen sich auf technische Barrierefreiheit und Zugänglichkeit von Websites. Teilweise werden in den Richtlinien auch Aspekte der Verständlichkeit bzw. inhaltlichen Barrierefreiheit berücksichtigt.⁴¹

Im Folgenden finden Sie einige zentrale Anhaltspunkte, um Web-Inhalte für unterschiedliche Anwendergruppen verständlich und handhabbar zu gestalten. Es handelt sich dabei jedoch lediglich um eine Einführung und keine exakte Auflistung der WCAG 2.0 Richtlinien.



Hilfsmittel

► **Generieren Sie Wissen über die Nutzerinnen und Nutzer.**

Werden Sie sich darüber bewusst, wer Ihre Website bzw. Ihre App nutzen soll. Welche Eigenschaften der Zielgruppe wie Alter, Geschlecht, Erfahrung im Umgang mit Informationstechnologien, mögliche Beeinträchtigungen (hören, sehen, etc.) können Einfluss auf die Verwendung und den Umgang mit Ihrer Informationstechnologie haben? Was ist die Motivation der Nutzerinnen und Nutzer die Website zu besuchen oder die App zu nutzen? Welchen Informationsbedarf haben sie? Berücksichtigen Sie aber auch technologische Aspekte, welche die Zugänglichkeit Ihrer Informationstechnologie beeinflussen und einschränken können. Manchen Personen steht nur eine sehr langsame Internetverbindung zur Verfügung. Die Verwendung bestimmter Programme und Grafiken auf Ihrer Website oder in Ihrer App können dazu führen, dass diese Personen Ihre Informationstechnologie nur eingeschränkt nutzen können.^{6,39,42}

► **Gestalten Sie Inhalte für unterschiedliche Zielgruppen leicht verständlich und zugänglich.**

Auch auf Websites und via Apps wird überwiegend schriftlich bzw. in Textform mit den Versicherten kommuniziert. Wichtige Kriterien der Verständlichkeit (Kapitel 1.1.1) sind daher auch bei der Textgestaltung von Websites oder Apps zu berücksichtigen. Einige Aspekte sind hier nochmal erwähnt. Personen mit eingeschränkter Lesekompetenz lesen oftmals nur die ersten paar Worte einer Seite oder eines Absatzes. Stellen Sie daher die wichtigsten Informationen an den Beginn einer Seite. Formulieren Sie möglichst handlungsanleitend und aktiv, um den Versicherten Orientierung zu bieten. Verwenden Sie dabei Alltagssprache und vermeiden Sie Fachbegriffe und Abkürzungen. Wenn Sie tatsächlich Texte in „Leichter Sprache“ zur Verfügung stellen, schreiben Sie die Wörter „Leicht Lesen“ in die Meta-Tags Ihrer Website. Ein Meta-Tag ist nicht sichtbar und hilft beim Aufsuchen Ihrer Seite, wenn beispielsweise nach Information in leichter Sprache gesucht wird.^{6,37,39,42}

Achten Sie auf Verständlichkeit und Zugänglichkeit Ihrer Inhalte für unterschiedliche Zielgruppen (z. B. Menschen mit nicht deutscher Muttersprache; gehörlose, blinde Menschen). Stellen Sie auf Ihrer Homepage Informationen mehrsprachig zur Verfügung und ermöglichen Sie auf der Startseite eine Sprachauswahl. Unterstützen Sie Text zusätzlich durch Bilder oder Videos. Stellen Sie dabei Hilfsmittel zur Verfügung, mit denen Informationen leichter lesbar und verständlich sind. Nutzen Sie beispielsweise Vorleseprogramme, die den Text auf dem Bildschirm laut vorlesen. Stellen Sie eine Beschreibung von Bildern im ALT-Text (alternativer Text im ALT-Attribut) zur Verfügung. Zu einem möglichst barrierefreien Internetauftritt zählt beispielsweise auch das Angebot von Gebärdensprachvideos.^{6,42}

► **Gestalten Sie (Sub-)Seiten übersichtlich.**

Die Startseite ist besonders wichtig, da man diese als erstes sieht, wenn man eine Internetadresse eingibt. Bereits auf der Startseite muss klar ersichtlich sein, welche Informationen auf Ihrer Internetseite bereitgestellt werden. Machen Sie die Kontaktdaten Ihrer Einrichtung auf der Startseite einfach zugänglich.

Achten Sie auf Aspekte der Übersichtlichkeit, so wie Sie es auch bei gedrucktem Text tun. Machen Sie beispielsweise ausreichend Absätze und halten Sie Absätze möglichst kurz. Strukturieren Sie den Text mittels aussagekräftiger Überschriften oder durch Verwendung von Aufzählungszeichen.

Überladen Sie Ihre Website nicht und achten Sie auf ausreichend textfreie Fläche. Versuchen Sie Informationen auf einer Seite so zu begrenzen, dass man auf der Seite nicht scrollen muss. Insbesondere Nutzerinnen und Nutzer mit eingeschränkter Lesekompetenz konzentrieren sich oft ausschließlich auf den Text, den Sie zentral am Bildschirm sehen und scrollen nicht. Daher sollten die Seiten weder zu breit noch zu lang sein, damit ein Scrollen von links nach rechts bzw. von oben nach unten nicht notwendig ist. Wählen Sie eine leicht lesbare Schriftart (üblicherweise serifenfrei) und eine ausreichende Schriftgröße. Ermöglichen Sie Ihren Leserinnen und Lesern dabei unkompliziert die angezeigte Schriftgröße zu ändern.

Achten Sie auf ausreichenden Kontrast und verwenden Sie überwiegend dunkle Schrift auf hellem Hintergrund. Vermeiden Sie schattierten oder gemusterten Hintergrund. Verwenden Sie am Bildschirm keine Elemente, die sich bewegen und verzichten Sie auf „pop-up“-Seiten. Diese sind oftmals verwirrend und erschweren die Verständlichkeit Ihrer Website.

Heben Sie hinterlegte Links durch Unterstreichen hervor. Unterstreichen Sie jedoch keine Überschriften oder Wörter, die keine Links sind. Zur leichteren Orientierung ist es hilfreich zu wissen, ob man einen Link bereits angeklickt hat. Verwenden Sie blau für Links, welche noch nicht angeklickt wurden und violett für Links, welche bereits angeklickt wurden. Ersetzen Sie lange schwer lesbare Links durch Worte bzw. Labels, welche die dahinter stehende Information möglichst gut erklären. Hier ein Beispiel für einen Kurzlink: www.sozialversicherung.at/gesundheitskompetenz. Verwenden Sie jedoch nur Worte und keine Bilder oder Fotos als Links. Verlinkt man zu anderen Internet-Seiten muss ersichtlich sein, welche Informationen auf den anderen Seiten zur Verfügung stehen.^{6,42}

► **Strukturieren Sie die Seite logisch und erleichtern Sie die Navigation.**

Verwenden Sie verständliche Navigations-Leisten, die den Nutzerinnen und Nutzern gut anzeigen, wo auf der Homepage sie sich befinden. Ein Menü, das die Hauptthemen hervorhebt und mit Piktogrammen oder inhaltlich zum Thema passenden Bildern versieht, erleichtert die Orientierung. Orientierungshilfen, die einen ausgewählten Bereich umranden und zusätzlich farblich markieren, helfen bei der Navigation.

Die Navigationsleiste sollte zur leichteren Orientierung immer gleich aussehen und sich an der gleichen Stelle befinden. Begrenzen Sie Ihre Navigationsleiste auf sieben bis acht Schalter. Zudem muss klar sein, wo man hinkommt, wenn man auf eine Schaltfläche klickt. Ermöglichen Sie den Nutzerinnen und Nutzern von jedem Teil der Internet-Seite mit einem Klick zurück zur Start-Seite zu kommen. Stellen Sie für die leichtere Navigation große und eindeutige Bedienfelder und Buttons zur Verfügung, mit denen man auf die nächste bzw. die vorige Seite sowie zurück zur Startseite navigieren kann.

Eine eingeschränkte Lesekompetenz beeinflusst den Umgang mit Suchfunktionen im Internet wesentlich. Ermöglichen Sie daher die einfache Suche von Informationen auf Ihrer Website. Stellen Sie dabei nicht nur eine freie Suchfunktion zur Verfügung, sondern auch Alternativen, um Inhalte zu durchstöbern, wie beispielsweise „Themen von A bis Z“. Die freie Suchfunktion sollte zudem häufige Rechtschreibfehler bzw. falsch geschriebene Suchwörter erlauben. Unterstützen Sie die Nutzerinnen und Nutzer Ihrer Internetseite zudem bei der Orientierung im Ergebnisdschungel. Insbesondere Personen mit eingeschränkter Lesekompetenz haben Schwierigkeiten Informationen zu filtern und neigen daher dazu alle Suchergebnisse gewissenhaft durchzulesen. Eine Hervorhebung der Suchbegriffe bei der Ergebnisanzeige kann die Aufmerksamkeit auf relevante Ergebnisse lenken. Schränken Sie zudem die Anzahl pro Seite angezeigter Suchergebnisse ein, um Überforderung zu vermeiden.^{6,41,42}

► **Aktivieren Sie Nutzerinnen und Nutzer durch interaktive Inhalte.**

Personen mit eingeschränkter Lesefähigkeit bevorzugen oft ausgedruckte Informationen und lesen Text weniger gern auf einem Bildschirm. Die einzelnen Seiten der Website sollten daher in angemessener Form ausdrückbar sein. Stellen Sie einen Link zur Druckversion der Seite zur Verfügung.⁶

Insbesondere im Zusammenhang mit Gesundheitsinformationen sind interaktive und personalisierte Informationen beliebt. Nutzerinnen und Nutzer sind mit computer-gestützten Gesundheitsinformationen, die interaktive Elemente umfassen (z. B. integrierte Wissensfragen, Ton- und Videosequenzen, personalisierte Risikodarstellungen), tendenziell zufriedener.²³ Überlegen Sie daher, ob der Einsatz interaktiver Elemente bei Ihren Gesundheitsinformationen sinnvoll und möglich ist.

► **Evaluieren und überarbeiten Sie die Seite regelmäßig und binden Sie (potenzielle) Nutzerinnen und Nutzer ein.**

Achten Sie bereits bei der Entwicklung Ihres Produkts darauf, dass es für Menschen mit unterschiedlichen Fähigkeiten nutzbar ist. In der Methodenbox finden Sie bereits einige wichtige Anhaltspunkte zur Orientierung. Letztlich sind es jedoch die (potenziellen) Nutzerinnen und Nutzer, welche Ihnen tatsächlich Informationen dazu geben können, wie anwenderfreundlich Ihr Produkt ist. User-Centered Design meint die Einbindung potenzieller Nutzerinnen und Nutzer in allen Phasen der Entwicklung und wird durch einen iterativen Prozess des Testens, Überarbeitens und

wiederholten Testens erreicht. Starten Sie möglichst frühzeitig einen Prüfprozess unter Beteiligung (potenzieller) Nutzerinnen und Nutzer Ihrer Informationstechnologie. Sammeln Sie das Feedback von Nutzerinnen und Nutzern und nehmen Sie es in den weiteren Entwicklungsprozess auf. Eine der wichtigsten Methoden des User-Centered Design ist die Usability-Testung.

Im Rahmen eines Usability-Tests wird die Website oder App unmittelbar von potenziellen Nutzerinnen und Nutzern getestet. Diese sollen typische Aufgaben erfüllen (z. B. Suche nach spezifischer Information auf der Website) und werden bei der Benutzung systematisch beobachtet.^{6,39,42}



Methode

Gerade für Versicherte mit geringer Gesundheitskompetenz kann es schwierig sein die Vertrauenswürdigkeit einer Gesundheits-App zu beurteilen.

1.2.2 Qualitätsvolle Gesundheits-Apps

Der Markt an sogenannten Gesundheits-Apps nimmt laufend zu. Gerade für Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz kann es aber herausfordernd sein, die Vertrauenswürdigkeit entsprechender Produkte zu beurteilen. Neben den bereits genannten Qualitätskriterien für gut verständliche und leicht navigierbare Informationstechnologien, ist daher bei Gesundheits-Apps auch auf die Schaffung ausreichender Transparenz zu achten. Entsprechende Qualitätsstandards sollen Verbraucherinnen und Verbraucher dabei unterstützen vertrauenswürdige, sichere und leistungsfähige Unterstützungstools in Gesundheitsfragen zu finden. Anforderungen an inhaltliche Qualität und Transparenz von Gesundheitsinformationen gelten dabei auch für Gesundheitsinformationen anderer Formate.² Im Folgenden sind jene Kriterien zusammenfassend dargestellt, welche insbesondere bei Gesundheits-Apps berücksichtigt werden sollten.

► **Führen Sie Zweck, intendierte Nutzerinnen und Nutzer sowie Anwendungsbeschränkungen der App an.**

Beschreiben Sie, welchem Zweck die App dienen soll (z. B. Dokumentation, Information) und für wen die App gedacht ist. Gegebenenfalls soll die App von bestimmten Personengruppen (z. B. Personen mit Diabetes) genutzt werden. Geben Sie zudem etwaige Anwendungsbeschränkungen und Limitationen der App an. Verweisen Sie darauf, dass die Services oder Informationen keinen Ersatz für die Beratung durch medizinisches Fachpersonal darstellen.^{43,44}

► **Führen Sie die Herausgeber bzw. Autorinnen und Autoren der App mit entsprechender Qualifikation an und geben Sie eine Kontaktmöglichkeit bekannt.**

Geben Sie an, wer für die gesundheitsrelevanten Inhalte der App verantwortlich ist. Medizinische Inhalte sollten von Personen mit entsprechender Expertise entwickelt oder von diesen auf ihre Richtigkeit überprüft worden sein. Die berufliche Qualifikation kann dabei als Zeichen der Zuverlässigkeit dienen. Geben Sie zudem eine zentrale Kontaktmöglichkeit an, damit Nutzerinnen und Nutzer Fehler oder Verbesserungsvorschläge melden können. Am besten Sie bündeln die wichtigsten Informationen in einem Impressum.^{43,44,45}

► **Bauen Sie die Inhalte der App auf der aktuell besten verfügbaren Evidenz auf und führen Sie die verwendeten Quellen an.**

Qualitativ hochwertige Gesundheits-Apps bauen Ihre Inhalte auf der zum Zeitpunkt der Entwicklung besten verfügbaren Evidenz auf. Sie wenden zudem anerkannte Modelle und Theorien an, welche in der Planung, Entwicklung und Evaluation von Gesundheitsförderungsprogrammen erfolgreich eingesetzt werden. Führen Sie die Quellen an, auf welchen Sie gesundheitsrelevante Informationen aufbauen.^{43,44,45}

► **Berücksichtigen Sie die geltenden Datenschutzbestimmungen und informieren Sie über Ihren Umgang mit dem Thema Datenschutz.**

Berücksichtigen Sie die jeweiligen Datenschutzbestimmungen nach geltendem Recht und beschränken Sie sich auf Berechtigungen, die für den Funktionsumfang der App relevant sind. Informieren Sie darüber, welche Daten mit der App gesammelt und verarbeitet werden. Führen Sie an, inwieweit persönliche Daten vertraulich behandelt werden bzw. wie die Datenschutzbestimmungen eingehalten werden.^{43,44,45}

► **Legen Sie Finanzierungsquellen offen und achten Sie auf Werbefreiheit der gesundheitsbezogenen Informationen.**

Damit Nutzerinnen und Nutzer mögliche Interessenskonflikte gut einschätzen können, nennen Sie alle Finanzierungsquellen. Dazu zählen beispielsweise Sponsoren, Werbepartner oder öffentliche Fördermittel. Achten Sie darauf, dass alle gesundheitsbezogenen Informationen frei von potenzieller Einflussnahme durch Produkt- oder Unternehmensinteressen von Werbepartnern oder Sponsoren sind. Legen Sie alle potenziellen Interessenskonflikte offen.^{43,44,45}



- ✓ Zweck, intendierte Nutzerinnen und Nutzer angeführt
- ✓ Impressum mit Kontaktmöglichkeit angeführt
- ✓ Aufbau der Inhalte auf aktueller Evidenz zur Tabakentwöhnung
- ✓ Usability Testung durchgeführt



Praxisbeispiel

Abb. 14: Die Rauchfrei App der ÖGK als Beispiel einer qualitativvollen Gesundheits-APP.
© Rauchfrei Telefon⁴⁶.

Die Rauchfrei App des österreichischen Rauchfrei-Telefons erfüllt eine Vielzahl der Qualitätskriterien für qualitätsvolle Gesundheits-Apps. So wird klar angeführt, dass die App (ehemalige) Raucherinnen und Raucher bei der Veränderung des Rauchverhaltens bzw. der Aufrechterhaltung der Rauchfreiheit unterstützen soll. Zudem wird angegeben, dass die App auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen der Tabakentwöhnung und anerkannten psychologischen Modellen basiert. Die App beinhaltet außerdem personalisierte und interaktive Elemente wie z. B. Push-Benachrichtigungen, Motivwaage oder Rauchprotokoll. In einem Impressum werden die für den Inhalt verantwortliche Organisation sowie eine Kontaktmöglichkeit angeführt. Des Weiteren werden Finanzierungsquellen der Rauchfrei App offen gelegt. Um die Benutzerfreundlichkeit der App sicherzustellen, wurde in Zusammenarbeit mit der technischen Universität Wien eine Usability Testing durchgeführt.^{46,47}



Praxisbeispiel

- ✓ Intendierte Zweck angeführt
- ✓ Aufbau der Inhalte auf aktueller und unabhängiger Evidenz, verwendete Quellen angeführt
- ✓ Werbefrei und keine Geschäftsinteressen
- ✓ Datenschutzbestimmungen berücksichtigt
- ✓ Impressum mit Kontaktmöglichkeit angeführt



Abb. 15: „MedBusters – Die App für gesundes Wissen“ als Beispiel einer qualitätsvollen Gesundheits-APP.⁴⁸

„MedBusters – Die App für gesundes Wissen“ erfüllt ebenso eine Fülle der aufgezeigten Qualitätskriterien für Gesundheits-Apps. Der Zweck, nämlich Personen aktuell, unabhängig und verständlich zu diversen Gesundheitsthemen zu informieren, wird klar aufgezeigt. Zudem wird dargelegt, dass alle Informationen der App aus unabhängigen Quellen stammen und von renommierten wissenschaftlichen Instituten aus Deutschland und Österreich überprüft wurden. Aktuelle Datenschutzrichtlinien werden berücksichtigt, und die Nutzer werden über den Umgang mit dem Thema Datenschutz informiert. Es wird klar offen gelegt, dass keine Geschäftsinteressen bestehen und die App werbefrei ist. In einem Impressum werden die für den Inhalt verantwortlichen Organisationen sowie Kontaktmöglichkeiten angeführt.⁴⁸

1.3 Was sollten Sie bei audiovisuellen Informationsmaterialien beachten?

Audiovisuelle Informationsmaterialien in Form von Videos auf DVD, CD-ROM oder im Internet haben den Vorteil, dass für die Informationsvermittlung neben dem Sehen auch das Hören miteinbezogen wird. Aus diesem Grund können sich Video-Formate insbesondere für Personen mit eingeschränkter Lesekompetenz eignen. Entsprechende Formate sind zudem hilfreich, wenn Sie konkrete Verhaltensweisen vermitteln möchten (z. B. Insulininjektion, Verwendung von Inhalatoren). Ein weiterer Vorteil audiovisueller Information liegt darin, dass der Inhalt beliebig oft wiederholt werden kann. Es muss jedoch darauf Bedacht genommen werden, dass für die Nutzung von audiovisuellen Informationsmaterialien eine entsprechende Ausstattung (z. B. DVD-Player, Internetzugang, Fernseher) notwendig ist.^{49,50,51,52,53}

Im Folgenden werden Qualitätskriterien erläutert, deren Berücksichtigung den erfolgreichen Einsatz von audiovisuellen Informationsmaterialien unterstützen soll.

Video-Formate, deren Botschaften einfach zu verstehen sind, sind gute Alternativen der Informationsvermittlung.

1.3.1 Verständlichkeit

► **Verwenden Sie leicht verständliche Sprache.**

Ihr Video muss einfach sein und schwierige Inhalte leichter verständlich machen. Was für schriftliche Informationsmaterialien gilt, ist auch bei audiovisuellen Materialien zu berücksichtigen. Die Vermeidung komplexer Satzstrukturen trägt auch bei gesprochenem Inhalt zum leichteren Verständnis bei. Die Sprecherin oder der Sprecher sollte zudem Alltagssprache verwenden. Vermeiden Sie Fachbegriffe sowie Abkürzungen (z. B. „Schmerzmittel“ statt „Analgetika“). Sofern dies nicht möglich ist, erklären Sie diese bei der ersten Verwendung. Verwenden Sie medizinische Fachbegriffe nur dazu, um Patientinnen und Patienten mit dem Begriff vertraut zu machen bzw. den Begriff zu erklären (z. B. „Bei einem Herzinfarkt wird ein Teil Ihres Herzens plötzlich nicht mehr ausreichend mit Blut bzw. Sauerstoff versorgt. Dadurch wird Ihr Herzmuskel beschädigt. Der medizinische Fachausdruck für einen Herzinfarkt ist Myokardinfarkt.“). Falls Sie eine Hintergrundstimme verwenden, sollte diese nur über das sprechen, was man im Video gerade sieht.^{42,51,52,54}

► **Reduzieren Sie die Geschwindigkeit der Informationsvermittlung.**

Passen Sie die Geschwindigkeit der Informationsvermittlung an Ihre Zuseherinnen und Zuseher an (z. B. hinsichtlich Alter, intellektuelle Fähigkeiten). Damit die Menschen genügend Zeit haben alles zu verstehen, sollte die Hintergrundstimme langsam und sehr deutlich sprechen. Vermeiden Sie eine monotone Hintergrundstimme sowie rasche Bild- und Szenenwechsel.^{42,51,52}

► **Passen Sie die Videodauer an die Aufmerksamkeitsspanne an.**

Die Aufmerksamkeitsspanne von Menschen ist begrenzt. Es hat sich gezeigt, dass Zuseherinnen und Zuseher nach ca. acht Minuten das Interesse an Videoanleitungen



Methode

verlieren. Insbesondere Menschen mit niedrigem Bildungsstand können von Kurzinformationen profitieren. Aus diesem Grund sollten Gesundheitsinformationen im Videoformat maximal acht Minuten dauern. Für Videoformate im Internet werden maximal fünf Minuten empfohlen.⁵² Wenn Sie die wesentlichen Inhalte nicht in einer angemessenen Zeitspanne vermitteln können, erstellen Sie mehrere Teil-Videos.⁴² Die Kapazität des Gehirns zur Informationsverarbeitung ist begrenzt. So können gebildete Erwachsene durchschnittlich lediglich sieben Dinge gleichzeitig im Kurzzeitgedächtnis behalten. Konzentrieren Sie sich bei der Vermittlung von Informationen per Video daher auf einige wenige zentrale Botschaften (3 bis 5) und betonen Sie diese. Fassen Sie die wichtigsten Schlüsselaussagen am Ende des Videos nochmals kurz zusammen.^{52,54}

► **Interagieren Sie mit den Zuseherinnen und Zusehern.**

Um die Handlungsfähigkeit der Versicherten zu erhöhen, sollten Sie diese wie bei schriftlichen Informationsmaterialien aktiv und persönlich ansprechen (z. B. „Sie können ein entsprechendes Medikament in der Apotheke besorgen.“ Nicht: „Ein entsprechendes Medikament ist in der Apotheke erhältlich.“). Interaktion ist ein zentrales Element zur Förderung der Aufmerksamkeit, des Verstehens und des langfristigen Behaltens von Inhalten. Sie können Interaktion mit der Zuseherin bzw. dem Zuseher über die Verwendung eines Dialog-Formats (z. B. Dialog zwischen Patientin/Patient und Gesundheitsexpertin/-experte) oder eines Frage-Antwort-Formats schaffen. Vermeiden Sie Monologe ohne persönliche Ansprache der Zuseherinnen und Zuseher. Da Personen mit eingeschränkter Lesefähigkeit häufig über eine geringere Aufmerksamkeitsspanne verfügen, sollten Sie möglichst frühzeitig im Video eine Interaktion mit der Zuseherin bzw. dem Zuseher aufbauen.^{51,52,54}

► **Stellen Sie Handlungsempfehlungen explizit dar.**

Videos, welche ausschließlich eine Fülle an Fakten beinhalten, sind für die meisten Menschen überfordernd und rasch langweilig. Fokussieren Sie daher auf Handlungsempfehlungen und wie man diese konkret umsetzt. Verdeutlichen Sie beispielsweise die einzelnen Schritte, welche für eine bestimmte Handlung notwendig sind.^{52,54}

► **Strukturieren Sie das Video logisch.**

Unterteilen Sie die zu vermittelnden Informationen in kurze Abschnitte, um Informationsüberflutung zu vermeiden und einfacheres Verständnis sicherzustellen. Im Rahmen von Videos kann die Hintergrundstimme neue Abschnitte einführen. Als Unterstützung können Sie auch schriftliche Zwischenüberschriften nutzen. Diese sollten möglichst aussagekräftig sein und dem Publikum einen konkreten Hinweis darauf geben, was im nächsten Abschnitt zu erwarten ist. Achten Sie darauf die Informationen in einer für die Zuseherinnen und Zuseher logischen Reihenfolge zu präsentieren. Stellen Sie die wichtigsten Informationen immer an den Beginn eines Abschnitts. Menschen neigen dazu ihre Aufmerksamkeit auf jene Aspekte zu lenken, welche zuerst erwähnt werden. Wenn Sie in Ihrem Video den Schauplatz wechseln,

erklären Sie, wo der neue Schauplatz ist. Vermeiden Sie zudem Elemente, welche die Zuseherinnen und Zuseher verwirren könnten (z. B. Zeit-Lupe oder Zeit-Raffer).^{42,54}

► **Nutzen Sie Hilfsmittel für spezifische Zielgruppen.**

Die Verwendung von Untertiteln kann für gehörlose Menschen oder Menschen, die sehr schlecht hören, hilfreich sein. Die Kriterien für Verständlichkeit haben auch bei der Gestaltung der Untertitel Gültigkeit. Achten Sie bei Untertiteln zudem auf eine ausreichende Schriftgröße und ausreichenden Kontrast. Das unterstützt die Lesbarkeit. Blenden Sie die Untertitel zudem so lange wie möglich am Bildschirm ein. Dann haben die Zuseherinnen und Zuseher genug Zeit zum Lesen. Da das Anzeigen von Untertiteln auch verwirrend sein kann, sollte die Möglichkeit bestehen diese einfach wegzuschalten. Für blinde Menschen sind Informationsmaterialien im Videoformat schwer zugänglich. Bieten Sie daher Audio-Deskriptoren an, mittels derer erklärt wird, was im Video gerade passiert. Da diese für andere Zielgruppen jedoch verwirrend sein können, sollte man sie leicht abschalten können.⁴²

Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) hat in Zusammenarbeit mit weiteren Einrichtungen des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz die Entwicklung der sogenannten „**NAPO-Filme**“ initiiert. Die Napo-Filmreihe ist computergrafisch animiert. Die Filme zeigen Menschen am Arbeitsplatz in Situationen, welche die Sicherheit am Arbeitsplatz betreffen. Der Hauptdarsteller Napo und seine Kolleginnen und Kollegen vermitteln ihre Botschaft nicht mit Worten, sondern mit allgemein verständlichen Gesten. Zudem wird auf eine kulturell „neutrale“ Darstellung geachtet. Dadurch wird eine unabhängig von der Sprache, dem Herkunftsland oder der Kultur verständliche Informationsvermittlung angestrebt. Die Szenen können unabhängig voneinander als eigenständiger Film verwendet werden oder aneinandergereiht gezeigt werden.⁵⁵



Praxisbeispiel



Abb. 16: Beispiel guter Praxis für Videos zur Informationsvermittlung – NAPO-Filme © Via Storia.⁵⁵

**Methode**

1.3.2 Qualität der Inhalte

Wie auch bei Gesundheitsinformationen in anderen Formaten, ist bei entsprechenden Informationen im Videoformat die inhaltliche Qualität wichtig. Als relevante Qualitätskriterien sind beispielhaft anzuführen:

► **Stellen Sie Ziele und Zielgruppe des Videos dar.**

Zu Beginn des Videos sollte klar kommuniziert werden, welche Inhalte vermittelt werden und an wen sich die Information richtet.⁵⁴

► **Bauen Sie die Inhalte des Videos auf aktueller wissenschaftlicher Evidenz auf.**

Wie auch bei schriftlichen Informationsmaterialien ist bei audiovisuellen Formaten darauf zu achten, dass die vermittelten Inhalte dem zum Zeitpunkt der Erstellung besten verfügbaren Wissen entsprechen. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass audiovisuelles Informationsmaterial gegebenenfalls auch aufgrund der visuellen Elemente (z. B. Kleidungsstil gezeigter Personen, Umgebungsfaktoren wie Raumausstattung) als nicht mehr aktuell eingestuft wird. Es kann vorkommen, dass Zuseherinnen und Zuseher von der Aktualität der visuellen Elemente auf Aktualität und Relevanz der vermittelten Inhalte schließen. Da die regelmäßige Aktualisierung von Videos jedoch mitunter aufwendig und kostspielig ist, sollten Sie auf eine möglichst zeitlose Gestaltung achten.⁴⁸

Die Helsana Versicherung AG bietet auf ihrer Webseite unter www.helsana.ch/de/blog/gesundheitskompetenz eine Sammlung von gut verständlichen Erklär-Videos zu verschiedenen medizinischen Themen wie Impfungen, Antibiotika, bildgebende Verfahren bei Rückenschmerzen, Früherkennungsuntersuchungen, Krebserkrankungen und Herzinfarkt an. Eine Vielzahl der Qualitätskriterien für qualitätsvolle Gesundheitsvideos und Gesundheitsinformationen werden von diesen Videos erfüllt.



Abb. 17: Die Erklär-Videos der Helsana Versicherung AG als Beispiele qualitativvoller Gesundheitsvideos⁵⁶

1.3.3 Technische Barrierefreiheit

► Achten Sie auf gute Bild- und Audioqualität.

Achten Sie bei der Erstellung von Videos auf eine angemessene Beleuchtung, damit gegebenenfalls vorgezeigte Handlungen gut sichtbar sind. Das Video sollte dabei nicht zu hell und nicht zu dunkel sein. Wenn Sie im Video schriftlichen Text verwenden, achten Sie auf gute Lesbarkeit (Schriftgröße, gewohntes Schriftbild). Verwenden Sie Text bei Ihren Videos nur spärlich. Das Material sollte keinesfalls textlich überladen wirken. Wenn Sie Abbildungen, Fotos oder Tabellen als zusätzliche visuelle Hilfsmittel nutzen, achten Sie auf eine angemessene Anzeigedauer. Berücksichtigen Sie zudem eine gute Auflösung, Übersichtlichkeit und verständliche Beschriftungen.

Der gesprochene Text im Video sollte gut hörbar sein. Achten Sie diesbezüglich insbesondere auf eine langsame und deutliche Sprechweise.^{42,51,52,54}



Methode

1.3.4 Transparente Information

Damit Versicherte die Qualität Ihres audiovisuellen Informationsmaterials beurteilen können, brauchen Sie wie auch bei schriftlichen Informationsmaterialien eine Reihe an Informationen. Berücksichtigen Sie mitunter Folgendes:



Methode

► **Führen Sie die Ersteller / Herausgeber des Videos mit Kontaktdaten an.**

Die für den Inhalt des Videos verantwortliche Institution mit verantwortlicher Ansprechperson sollte zum Beispiel im Abspann des Videos angeführt werden. Die entsprechenden Informationen sollten auch auf der Verpackung verfügbar sein.⁴²

► **Führen Sie an, wann das Video erstellt wurde.**

Um die Aktualität der Information transparent zu machen, sollte das Datum der Erstellung der Information klar ersichtlich sein. Die Jahresangabe kann ebenfalls im Abspann des Videos und auf der Verpackung angeführt werden.

► **Beteiligen Sie die Zielgruppe.**

Bei der Entwicklung von Videos sollte die Zielgruppe eingebunden werden, indem diese beispielsweise gebeten wird ihre Sichtweise einzubringen bzw. Feedback zur Verständlichkeit des Videos zu geben.⁵² Wie auch bei schriftlichen Informationsmaterialien kann die Nutzung von persönlichen Erfahrungsberichten (Narrativen) aufgrund der möglicherweise überredenden Wirkung nicht empfohlen werden.⁵⁰



Hilfsmittel

1.4 Weiterführende Materialien und Hilfsmittel

Sie wollen sich näher mit der Verständlichkeit Ihrer Texte auseinandersetzen? Dann nutzen Sie folgende Hilfsmittel:

► **Duden Leichte Sprache**

Die Duden-Redaktion hat nicht nur ein umfassendes Regelbuch mit den theoretischen Grundlagen der leichten Sprache herausgegeben, sondern auch einen Praxis-Ratgeber mit den wichtigsten Regeln und Empfehlungen sowie ein Arbeitsbuch mit Übungen und Lösungen.

Bredel, U. & Maaß, C.(2016). Leichte Sprache. Theoretische Grundlagen. Orientierung für die Praxis. Dudenverlag: Berlin.

Bredel, U. & Maaß, C.(2016). Ratgeber Leichte Sprache. Die wichtigsten Regeln und Empfehlungen für die Praxis. Dudenverlag: Berlin.

Bredel, U. & Maaß, C.(2016). Arbeitsbuch Leichte Sprache. Übungen für die Praxis mit Lösungen. Dudenverlag: Berlin.

► **Wortliga Textanalyse Tool**

Es gibt eine Reihe an Hilfsmitteln aus dem Internet, die Sie bei der verständlicheren Gestaltung Ihrer Texte unterstützen können. Mit dem Wortliga Textanalyse Tool können Sie eine erste Analyse Ihres Textes auf Verständlichkeit durchführen lassen. Und das unkompliziert online und kostenlos. Kopieren Sie dafür lediglich Ihren Text in ein entsprechendes Formularfeld und schon finden Sie erste Tipps wie Ihr Text verständlicher werden kann. Zu finden unter: <http://wortliga.de/textanalyse>

Sie erstellen oder beauftragen Gesundheitsinformationen in unterschiedlichen Formaten und wollen deren Qualität sicherstellen? Folgende Materialien bieten Ihnen detaillierte Orientierung:

► **Gute Gesundheitsinformation Österreich**

Die Gute Gesundheitsinformation Österreich (GGIÖ), ein evidenzbasierter und geschlechtergerechter Kriterienkatalog für Gesundheitsinformationen, wurde von einem Redaktionsteam unter der Leitung des Frauengesundheitszentrums Graz erstellt. Zudem waren Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Bereichen an der inhaltlichen Erarbeitung beteiligt. Für Verfasserinnen und Verfasser von Gesundheitsinformationen dient der Kriterienkatalog als praktisches Instrument zur Qualitätssicherung. Finanziers und Herausgeber von Gesundheitsinformationen können sich auf den Kriterienkatalog berufen und seine Berücksichtigung in Aufträgen festschreiben. Mit einer spezifischen Anleitung werden Organisationen zudem bei der Erstellung eines Methodenpapiers unterstützt. Ein Methodenpapier dient dazu, transparent zu beschreiben, wie eine Organisation die Qualitätskriterien der Guten Gesundheitsinformation Österreich berücksichtigt. Um die Umsetzung der Kriterien zu unterstützen, wird ergänzend ein Werkzeugkoffer mit Checklisten, Leitlinien, Methoden, Beispielen und Fakten zur Verfügung gestellt.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz & Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (Hg.) (2018). Gute Gesundheitsinformation Österreich. Überblick über die 15 Qualitätskriterien für zielgruppenorientierte, evidenzbasierte Broschüren, Videos, Websites und Apps. 3. Aufl., Graz, Wien.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz & Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (Hg.) in Zusammenarbeit mit dem Frauengesundheitszentrum (2018). Gute Gesundheitsinformation Österreich. Der Weg zum Methodenpapier – Anleitung für Organisationen. 3. Aufl., Graz, Wien.

Basierend auf der Guten Gesundheitsinformation Österreich haben einige Organisationen bereits ihre eigenen Methodenpapiere erstellt. Diese sind auf den Websites der jeweiligen Organisationen frei zugänglich. Dafür einfach im Suchfeld das Stichwort „Methodenpapier“ eingeben.

Frauengesundheitszentrum, Graz

www.frauengesundheitszentrum.eu

Medizin-transparent, Donau-Universität Krems – Department für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie

www.medizin-transparent.at

Styria vitalis

www.styriavitalis.at

► **Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation**

Die Leitlinie gibt auf Basis der aktuellen Studienlage Empfehlungen für die Erstellung evidenzbasierter Gesundheitsinformationen. Sie bietet Orientierung zu Themen wie Darstellung von Häufigkeiten, Einsatz von Grafiken und Abbildungen, Einbeziehung der Zielgruppe in den Erstellungsprozess oder Formate von Gesundheitsinformationen.

Lühnen, J., Albrecht, M., Mühlhauser, I. & Steckelberg, A. (2017). Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation. Hamburg.

Sie haben Interesse an einem Informationsformat, das sich für die transparente und verständliche Darstellung von Chancen und Risiken medikamentöser, diagnostischer oder präventiver Maßnahmen eignet?

► **Qualitätskriterien für migrationsgerechte Informationsmaterialien zu Gesundheitsthemen**

Das Schweizerische Rote Kreuz zeigt mit seinem Kriterienkatalog auf, welche Qualitätskriterien insbesondere bei der Erarbeitung migrationspezifischer Informationsmaterialien zu beachten sind.

Schweizerisches Rotes Kreuz. (o.J.). Qualitätskriterien für migrationsgerechte Informationsmaterialien zu Gesundheitsthemen. Wabern.

Sie möchten die Barrierefreiheit Ihrer Webinhalte sicherstellen? Nähere Informationen dazu finden Sie hier:

► **Einfach für alle. Das Angebot der Aktion Mensch für ein barrierefreies Internet**

Die Aktion Mensch ist Übersetzer der deutschen Fassung der Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) 2.0. Die Organisation befasst sich somit mit der Barrierefreiheit im Internet. Auf der Website der Aktion Mensch werden Techniken zur Erfüllung der Anforderungen in den WCAG 2.0 detailliert und nach Themenbereichen sortiert beschrieben. Auch ein Schnelltest auf Barrierefreiheit für die eigene Website wird zur Verfügung gestellt. Zu finden unter:

www.einfach-fuer-alle.de

- 1 Brach, C., Dreyer, B., Schyve, P., Hernandez, L., Baur, C., Lemerise, A. J. & Parker, R. (2012). *Zehn Merkmale Gesundheitskompetenter Krankenversorgungsorganisationen*. Deutsche Übersetzung: Dietscher, C. Institute of Medicine.
- 2 Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz & Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (Hg.) in Zusammenarbeit mit dem Frauengesundheitszentrum (2018). *Gute Gesundheitsinformation Österreich. Der Weg zum Methodenpapier – Anleitung für Organisationen*. (3. Auflage). Graz, Wien.
- 3 Sänger, S., Lang, B., Klemperer, D., Thomeczek, C. & Dierks, M. (2006). *Manual Patienteninformation. Empfehlungen zur Erstellung evidenzbasierter Patienteninformationen*. AZO: Berlin.
- 4 Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (2011). *Leitfaden OÖGKK – Kundenorientiertes Schreiben*. Linz.
- 5 Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (2015). *Gute Praxis Gesundheitsinformation. Ein Positionspapier des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierter Medizin e.V.* Berlin.
- 6 U. S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion (2010). *Health Literacy online: A guide to writing and designing easy-to-use health Web sites*. Washington.
- 7 Walsh, T. & Volsko, T. (2008). Readability Assessment of Internet-Based Consumer Health Information. *Respiration Care*, 53 (10), 1310–1315.
- 8 Pelikan, J., 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.
- 9 Statistik Austria (2013). *Schlüsselkompetenzen von Erwachsenen. Erste Ergebnisse der PIAAC-Erhebung 2011/2012*. Wien.
- 10 Fröhlich, W. & Candussi, K. (2015). Informationsbarrieren und Wege zu ihrer Überwindung. In: K. Candussi & W. Fröhlich (Hg.), *Leicht Lesen. Der Schlüssel zur Welt* (S. 9–38). Wien: Böhlau Verlag.
- 11 Albrecht, M. & Steckelberg, A. (2014). *Manual für die Erstellung von evidenzbasierten Informationen für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer*. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Berlin, Dresden.
- 12 Duden (2016). *Leichte Sprache. Theoretische Grundlagen. Orientierung für die Praxis*. Dudenverlag: Berlin.
- 13 Netzwerk Leichte Sprache (2015). *Die Regeln für Leichte Sprache*. Münster.
- 14 Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (2018). *Gesund ist, klar und kompetent zu kommunizieren. SVA-Kommunikations-Leitfaden 5.0*. Wien.
- 15 Centers for Medicare & Medicaid Services (2012). *Toolkit for Making Written Material Clear and Effective. Section 2: Detailed Guidelines for writing and design*. Baltimore.
- 16 Rudd, R. E. (o.J.). *Guidelines for Creating Materials. Health Literacy Studies*. Harvard School of Public Health.
- 17 Maaß, C. (2015). *Leichte Sprache. Das Regelbuch*. Lit Verlag: Berlin.

- 18 Bredel, U. & Maaß, C. (2016). *Ratgeber Leichte Sprache. Die wichtigsten Regeln und Empfehlungen für die Praxis*. Dudenverlag: Berlin.
- 19 Kärntner Gebietskrankenkasse (2013). *Leitfaden für eine moderne und kundenorientierte Schreibkultur*. Klagenfurt.
- 20 Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (2014). *VAEB Aktuell 2014*. Wien.
- 21 Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (2015). *VAEB Aktuell 2015*. Wien.
- 22 Inclusion Europe (o.J.). *Informationen für alle. Europäische Regeln, wie man Informationen leicht lesbar und leicht verständlich macht*. Brüssel.
- 23 Lühnen, J., Albrecht, M., Mühlhauser, I. & Steckelberg, A. (2017). *Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation*. Hamburg.
- 24 Stadt Graz (2018). *Graz Verständlich – Wir schreiben Klartext*. (2. Auflage). Graz.
- 25 Niederösterreichische Gebietskrankenkasse (o.J.). *Gesund sein! Gesund bleiben! Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorbeugen*. St. Pölten.
- 26 Gallé, F. & Groth, S. (2015). *Kriterien für sex- und gendergerechte, evidenzbasierte Gesundheitsinformationen*. Frauengesundheitszentrum Graz: Graz.
- 27 Salzburger Gebietskrankenkasse (2016). *Das Reha-Geld. Finanzielle und medizinische Hilfe bei vorübergehender Invalidität und Berufsunfähigkeit*. SGKK: Salzburg.
- 28 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2019). *Kompetent als Patientin und Patient*. (3. Auflage). Wien.
- 29 Harding Zentrum für Risikokompetenz (2017). *Faktenbox Brustkrebs-Früherkennung durch Mammographie-Screening*. Berlin.
- 30 APA-Auftragsgrafik. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. *Kombinierte Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln: Soll ich mein Kind impfen lassen?*
- 31 Bundeskanzleramt Österreich (2017). *Allgemeines zu Patientenrechten*. Wien.
- 32 Dachverband der österreichischen Sozialversicherungen (2020). *Informationsblatt Früherkennung Dickdarmkrebs*. Wien.
- 33 Steiermärkische Gebietskrankenkasse (2015). *Rückenschmerzen. Informationsbroschüre für Patienten und Angehörige. Halten Sie Ihren Rücken Fit!* Graz.
- 34 The Paciello Group (o.J.). *Colour Contrast Analyser*.
- 35 Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin – ÄZQ (2016). *Methodenreport zur Entwicklung von Kurzinformationen für Patienten (KiP)*. 2. Aufl., Berlin.
- 36 Jacobson, K. L. & Parker, R. M. (2014). *Health Literacy Principles: Guidance for Making Information Understandable, Useful and Navigable*. Institute of Medicine.
- 37 Eichner, J. & Dullabh, P. (2007). *Accessible Health Information Technology (Health IT) for Populations with limited literacy: A Guide for Developers and Purchasers of Health IT*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- 38 Schmidt-Kaehler, S., Vogt, D., Berens, E., Horn, A. & Schaeffer, D. (2017). *Gesundheitskompetenz: Verständlich informieren und beraten. Material- und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz*. Universität Bielefeld: Bielefeld.
- 39 Broderick, J., Devine, T., Langhans, E., Lemerise, A. J., Lier, S. & Harris, L. (2014). *Designing Health Literate Mobile Apps*. Institute of Medicine.

- 40 E-GovG (2008). E-Government-Gesetz idF BGBl. I Nr. 7/2008.
- 41 Matausch, K. & Pühretmair, F. (2015). Einfach surfen? Umfassende Barrierefreiheit im Internet ist möglich – Wege zum Ziel. In: K. Candussi & W. Fröhlich (Hg.), *Leicht Lesen. Der Schlüssel zur Welt* (S. 213–228). Wien: Böhlau Verlag.
- 42 Inclusion Europe (o.J.). *Informationen für alle. Europäische Regeln, wie man Informationen leicht lesbar und leicht verständlich macht*. Brüssel.
- 43 Albrecht, U.V. (2013). Transparency of Health-Apps for Trust and Decision. *Journal of Medical Internet Research*, 15 (12), e277.
- 44 Initiative Präventionspartner (2017). *HealthOn-App Ehrenkodex für Gesundheits-Apps*.
- 45 Afgis e.V. (2015). *Standards für Gesundheits-Apps*. Hannover.
- 46 Rauchfrei Telefon (2020). *Die Rauchfrei-App*. ÖGK
- 47 Rauchfrei Telefon (o.J.). *Tabakentwöhnung aus der Hosentasche. Die Rauchfrei-App*. Niederösterreichische Gebietskrankenkasse.
- 48 Dachverband der österreichischen Sozialversicherungen. *MedBusters. Die App für gesundes Wissen*. Wien.
- 49 Brega, A., Barnard, J., Mabachi, N., Weiss, B., DeWalt, D., Brach, C., Cifuentes, M., Albright, K & West, D. (2015). *AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit*. (2. Auflage). Agency for Healthcare Research and Quality: Rockville, MD.
- 50 Abed, M.A., Himmel, W., Vormfelde, S. & Koschak, J. (2014). Video-assisted patient education to modify behavior: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 97, 16–22.
- 51 Falvo, D.R. (2011). *Effective Patient Education. A guide to increased adherence*. (4. Auflage). Sudbury: Jones and Bartlett Publications.
- 52 Doak, C. C., Doak, L. G. & Root, J. H. (1996). *Teaching Patients with low literacy skills*. (2. Auflage). Philadelphia : J. B. Lippincott Company.
- 53 AMC Cancer Research Center (1994). *Beyond the Brochure: Alternative Approaches to Effective Health Communication*. Colorado.
- 54 Shoemaker, S. J., Wolf, M. S. & Brach, C. (2014). *The Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT) and User's Guide. An Instrument to Assess the Understandability and Actionability of Print and Audiovisual Education Materials*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- 55 Via Storia & NAPO-Konsortium (o.J). *NAPO. Safety with a smile*.
- 56 Helsana AG (o.J.). *Gesundheitskompetenz*. Dübendorf.

Die Methodenbox zum Download und das gesammelte Literaturverzeichnis inklusive des Nachweises der elektronischen Quellen finden Sie unter:

www.sozialversicherung.at/gesundheitskompetenz/methodenbox

2 Was sollten Sie in der Gesprächsführung mit Versicherten beachten?

Gute
Gesprächs-
qualität



Für ein Fünftel der österreichischen Bevölkerung ist es sehr oder ziemlich schwierig zu verstehen, was die Ärztin bzw. der Arzt sagt. Ein noch größerer Anteil, rund 30 Prozent, beurteilt es als sehr oder ziemlich schwierig mit Hilfe der Informationen, die ihnen die Ärztin oder der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich der eigenen Gesundheit zu treffen.¹ Personen mit limitierter Gesundheitskompetenz sind mit der Kommunikation im Gesundheitswesen besonders unzufrieden.² Krankheit, Schmerz, Sorgen oder erhöhter Stress reduzieren die Fähigkeit Informationen zu verarbeiten und zu verstehen oft deutlich. So können auch Personen mit ansonsten ausreichender Gesundheitskompetenz in bestimmten Situationen große Schwierigkeiten haben Informationen in einem Gespräch zu verarbeiten und zu verstehen.³

Es ist daher besonders wichtig in allen Situationen auf eine möglichst gute Gesprächsqualität zu achten. Eine gelungene Kommunikation trägt bei zu

- ▶ einer Verbesserung des Gesundheitszustands von Patientinnen und Patienten^{4,5,6,7,8},
- ▶ einem verbesserten Gesundheitsverhalten^{7,9,10},
- ▶ einer erhöhten Patienten- bzw. Kunden-Zufriedenheit^{11,12,13} und
- ▶ einer erhöhten Patientensicherheit¹⁴.

Darüber hinaus wirkt sich die Gesprächsqualität auch positiv aus auf

- ▶ die Gesundheit und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter^{15,16,17} sowie auf
- ▶ die Kosten im Gesundheitswesen^{18,19}.

Klare Kommunikation ist eine Grundvoraussetzung dafür, dass Versicherte über umsetzbare Informationen verfügen, die im Sinne der eigenen Gesundheit angewandt werden können. Gute Gesprächsqualität wird somit nicht nur unter dem Aspekt der gemeinsamen Entscheidungsfindung diskutiert, sondern ist auch unter dem Aspekt der gesundheitlichen Chancengleichheit von großer Bedeutung.²⁰

Die Bedeutung des Handlungsfelds Kommunikation im Bereich der Gesundheitskompetenz spiegelt sich auch in strategischen Bemühungen auf Bundesebene wider. So hat die österreichische Bundes-Zielsteuerungskommission im Jahr 2016 die Strategie zur Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationskultur beschlossen.²¹ Die Strategie soll eine erste inhaltliche Orientierung für die Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung bieten.

Die Sozialversicherung ist wie alle Dienstleister im Gesundheitssystem mit einem zunehmend heterogenen Versichertenklientel bezüglich Sprach- und Kulturgruppen, Fähigkeiten, Bedürfnissen und sozioökonomischem Hintergrund sowie einer alternden Allgemeinbevölkerung konfrontiert. Der Einsatz von gesundheitskompetenzförderlichen Kommunikationsstrategien erleichtert es, den unterschiedlichen

Gute Gesprächsqualität spielt nicht nur in klinischen Situationen eine wichtige Rolle. Verständliche Kommunikation ist auch bei Terminvereinbarungen oder Auskünften zum Leistungsangebot der Sozialversicherung wichtig.

Bedürfnissen und Bedarfen der Versicherten gerecht zu werden. Gute Gesprächsqualität spielt dabei aber nicht nur in klinischen Situationen eine bedeutende Rolle, sondern ist auch bei Terminvereinbarungen oder Auskünften zum Leistungsangebot der Sozialversicherung von Relevanz.²²

Gelungene Kommunikation bedeutet den Versicherten Orientierung zu bieten. Eine an den Bedarfen der Versicherten orientierte Gesprächsführung kann dabei durch unterschiedliche Methoden unterstützt werden. Im Folgenden werden relevante Prinzipien und Methoden vorgestellt, welche Sie in der Kommunikation mit Versicherten zum Einsatz bringen können.

2.1 Warnhinweise („Red Flags“) für eingeschränkte Gesundheitskompetenz

Menschen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz schämen sich häufig, wenn sie Informationen nicht verstehen. In vielen Fällen versuchen sie daher ihre Schwierigkeiten zu verbergen.^{3,23} So ist es nicht verwunderlich, dass in der Praxis die Gesundheitskompetenz der Versicherten meist überschätzt wird. Um in der Arbeit mit Versicherten möglichst bedarfsorientiert vorgehen zu können, ist eine Einschätzung der Gesundheitskompetenz des Gegenübers wichtig.

Es gibt zwar Fragenkataloge zum Erkennen limitierter Gesundheitskompetenz, entsprechende Instrumente wurden bislang aber überwiegend im Bereich der Forschung angewendet. Die Konfrontation von Versicherten mit Testfragen kann mit Scham und empfundener Stigmatisierung einhergehen. Der routinemäßige Einsatz entsprechender Instrumente, um einzelne Versicherte mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz zu identifizieren, wird daher aktuell nicht empfohlen.^{24,25}

Es gibt aber eine Reihe an Warnhinweisen („Red Flags“) für limitierte Gesundheitskompetenz, auf welche Sie in der Praxis bewusst achten können. Folgende Anzeichen sind ein guter Ausgangspunkt, um Versicherte mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz zu erkennen²⁶:

- ▶ Versicherte vermeiden es unter einem Vorwand Informationen zu lesen oder Formulare auszufüllen (z. B. „Ich habe meine Brille zu Hause vergessen“).
- ▶ Versicherte füllen Formulare unvollständig oder inkorrekt aus.
- ▶ Versicherte können Namen und Zweck verschriebener Medikamente nicht benennen. Sie erkennen Medikamente anhand von Farbe und Form und nicht auf Basis des Namens oder Wirkstoffs.
- ▶ Versicherte nehmen wiederholt Termine nicht oder zur falschen Zeit wahr.
- ▶ Versicherte stellen auffällig wenige Fragen.



Methode

Achten Sie im Kontakt mit Versicherten auf Warnhinweise („Red Flags“) für eingeschränkte Gesundheitskompetenz.



Methode

Jeder kann von eingeschränkter Gesundheitskompetenz betroffen sein. Achten Sie daher im Gespräch mit allen Versicherten auf verständliche Kommunikation.

2.2 Jeder kann betroffen sein

Wie in Kapitel 2.1 angeführt, ist es schwer Versicherte mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz zu erkennen. Das liegt auch daran, dass die individuelle Gesundheitskompetenz je nach Situation und aktueller Verfassung variieren kann. Jeder braucht zu irgendeinem Zeitpunkt Hilfe, um die richtigen Ansprechpartner im Gesundheitswesen zu finden, gesundheitsrelevante Informationen zu verstehen oder anzuwenden. In Stresssituationen können auch Personen, die sich ansonsten gut im Gesundheitssystem zurechtfinden und keine Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen haben, zusätzliche Unterstützung brauchen.²⁷ Somit kann jeder Versicherte – abhängig von den Anforderungen der aktuellen Situation und der momentanen Verfassung – von eingeschränkter Gesundheitskompetenz betroffen sein. Achten Sie daher im Gespräch mit allen Versicherten auf einfach verständliche Kommunikation. Diese Strategie wird auch als „Universal Precautions“-Strategie (Allgemeine Vorsichtsmaßnahme) bezeichnet.^{23,28}

Berücksichtigen Sie im Gespräch mit allen Versicherten folgende Prinzipien:

► Schaffen Sie eine unterstützende Atmosphäre.

Insbesondere Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz sind im Kontakt mit Behörden und Gesundheitsdienstleistern oft verunsichert. Versuchen Sie daher eine unterstützende Atmosphäre zu schaffen, in der Versicherte mit etwaigen Verständnisschwierigkeiten offen umgehen können. Begegnen Sie den Versicherten freundlich und empathisch. Hören Sie aktiv zu. Geben Sie Versicherten Raum ihr Anliegen zu schildern ohne sie sofort zu unterbrechen. Halten Sie dabei Augenkontakt und signalisieren Sie Interesse, indem Sie aktiv nachfragen.²⁶ Bieten Sie zudem allen Personen Unterstützung beim Ausfüllen von Formularen und Anträgen an. Insbesondere Personen mit geringer Lesekompetenz können von notwendigen Formalitäten überfordert sein.²⁹

► Verwenden Sie eine einfache Sprache.

Nutzen Sie im Gespräch mit Versicherten Alltagssprache und vermeiden Sie soweit möglich Fachbegriffe. Greifen Sie stattdessen Begriffe auf, welche die Versicherten selbst verwenden, um ihr Anliegen zu schildern. Falls Sie Fachbegriffe verwenden, erklären Sie deren Bedeutung. Benutzen Sie kurze, klar strukturierte Sätze. Sprechen Sie nach Möglichkeit langsam und deutlich.^{23,26}

► Bieten Sie den Versicherten im Gespräch Orientierung.

Benennen Sie am Beginn eines Gesprächs Ziel und geplante Inhalte des Gesprächs. Dadurch bieten Sie Versicherten Orientierung.³⁰ Geben Sie den Versicherten zudem konkrete Handlungsanleitungen. Das Vorzeigen der korrekten Umsetzung von Handlungen (z. B. bei Bewegungsübungen, Medikamenteneinnahme) ist oft leichter verständlich als rein verbale Erklärungen. Seien Sie dabei möglichst konkret.

Klären Sie am Ende eines Gesprächs immer, wie es nun weitergeht und erläutern Sie die nächsten Schritte.^{23,26}

► **Begrenzen Sie die Fülle an Informationen.**

Setzen Sie im Gespräch mit Versicherten Prioritäten. Konzentrieren Sie sich auf die Vermittlung der zentralen 3 bis 5 Aussagen. Um nicht zu viele Informationen auf einmal zu vermitteln, strukturieren Sie die Information in überschaubare Einheiten. Wiederholen Sie wichtige Informationen. Stellen Sie dabei sicher, dass Versicherte die vermittelte Information verstanden haben bevor Sie zur nächsten Information weitergehen.^{23,26} Näheres dazu finden Sie in Kapitel 2.3.

► **Stellen Sie das korrekte Verständnis sicher.**

Um herauszufinden, ob man Informationen klar und verständlich vermittelt hat, reicht die Frage „*Haben Sie mich verstanden?*“ meist nicht aus. Bitten Sie Versicherte stattdessen vermittelte Informationen in eigenen Worten zu wiederholen. Wenn Sie feststellen, dass Versicherte manche Informationen noch nicht richtig verstanden haben, erklären Sie diese noch einmal in einfachen Worten.^{23,26} Näheres dazu finden Sie in Kapitel 2.12.

► **Fördern Sie das Stellen von Fragen.**

Vor allem Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz haben häufig Scheu bei Unklarheiten nachzufragen. Aber auch Versicherten mit ausreichender Gesundheitskompetenz fällt es oft schwer in zeitlich knapp bemessenen Gesprächen die richtigen Fragen zu stellen. Schaffen Sie daher eine Atmosphäre, die zum Stellen von Fragen ermutigt. Eine einfache Möglichkeit in der Kommunikation mit Versicherten ist es „*Haben Sie noch Fragen?*“ durch die Formulierung „*Welche Fragen haben Sie?*“ zu ersetzen. Letzteres vermittelt die Erwartungshaltung, dass Versicherte grundsätzlich Fragen haben und diese auch stellen sollen. Machen Sie bewusst kurze Pausen, nachdem Sie relevante Informationen vermittelt haben. So geben Sie Versicherten die Gelegenheit über das Gesagte nachzudenken und Fragen zu formulieren. Ermutigen Sie Versicherte zusätzlich für sie relevante Fragestellungen als Vorbereitung auf Termine zu notieren und in die Einrichtung mitzubringen.^{3,23} Näheres zu entsprechenden Methoden und Hilfsmitteln finden Sie in Kapitel 2.5 und Kapitel 2.6.

► **Setzen Sie unterstützende Materialien ein.**

Unterstützende Materialien können in der Kommunikation mit Versicherten hilfreich sein. Bilder, Schaufeln, Modelle oder Videos verstärken das Gesagte visuell und tragen so zum besseren Verständnis bei. Näheres dazu, wie sie mit Piktogrammen die Kommunikation unterstützen können, finden Sie in Kapitel 2.11. Geben Sie Versicherten im Anschluss an ein Gespräch wesentliche Informationen auch in schriftlicher Form mit nach Hause. Schriftliche Materialien dienen als Erinnerungsstütze.

Versicherte haben so die Möglichkeit zu Hause nochmal die wichtigsten Punkte durchzugehen.^{23,26} Näheres dazu, was Sie bei der Erstellung von Informationsmaterialien beachten sollten, finden Sie in Kapitel 1.

► **Stellen Sie ein gutes Gesprächsumfeld sicher.**

Der Erfolg eines Gesprächs wird auch von den Rahmenbedingungen sowie dem Gesprächsumfeld beeinflusst. Planen sie je nach Ziel und Inhalt des Gesprächs angemessene Zeitressourcen ein. Überlegen Sie zudem, wann ein guter Zeitpunkt für ein Gespräch ist und in welchen Situationen Versicherte aufnahmefähig sind. Wählen Sie eine angemessene, ruhige Umgebung für Gespräche aus. Zur Gestaltung eines guten Gesprächsumfelds gehört auch, den Kommunikationsbedarfen spezifischer Zielgruppen (z. B. Versicherten nicht-deutscher Muttersprache) adäquat zu begegnen.^{23,26}



Methode

Brechen Sie die zu vermittelnde Information in kleine Einheiten herunter. Stellen Sie sicher, dass Versicherte die erste Informationseinheit verstanden haben, bevor Sie die nächste Information vermitteln.

2.3 Häppchenweise informieren

Im Gespräch mit Versicherten werden oftmals viele Informationen weitergegeben. Die Menge an Information, welche Menschen auf einmal aufnehmen können, ist aber beschränkt. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn Versicherte das erste Mal über etwas informiert werden oder aber aufgrund von Nervosität oder Schmerzen beeinträchtigt sind. Wird Versicherten zu viel Information auf einmal zugemutet, können sie diese nicht behalten und umsetzen. Wenn viele Informationen in Folge ohne Pause vermittelt werden, stellen Versicherte möglicherweise relevante Fragen nicht unmittelbar, sondern warten bis zum Ende des Gesprächs. Bis dahin haben Versicherte wichtige Fragen aber oft bereits wieder vergessen. Brechen Sie daher die zu vermittelnde Information in kleine Informationseinheiten („Chunks“) herunter und informieren Sie Versicherte häppchenweise. Machen Sie nach jeder Informationseinheit eine kurze Pause, in der Sie das korrekte Verständnis mittels der Teach-back-Methode (Kapitel 2.12) überprüfen bzw. den Versicherten Zeit für Nachfragen geben. Erst wenn das korrekte Verständnis sichergestellt ist („Check“), gehen Sie zur nächsten Informationseinheit weiter. Diese Methode wird auch als „**Chunk & Check**“ bezeichnet.³¹

2.4 Gespräche patientenzentriert führen

Folgende vier Techniken sind typisch für eine patienten- bzw. versichertenorientierte Gesprächsführung³⁰:

- ▶ Warten
- ▶ Wiederholen
- ▶ Spiegeln
- ▶ Zusammenfassen

Der Einsatz dieser vier Techniken wird oft mit der Abkürzung **WWSZ** bezeichnet.

Mit **Warten** bzw. dem bewussten Einsatz von Pausen geben Sie Versicherten Raum zum Nachdenken und laden Sie dazu ein, gegebenenfalls weitere relevante Informationen mit Ihnen zu teilen. Pausen haben zudem die Funktion vorangegangene oder nachfolgende Äußerungen zu betonen. Keine Angst – Versicherte erleben Pausen von bis zu drei Sekunden Länge üblicherweise nicht als unangenehm. Wichtig ist jedoch, dass Sie während einer Pause mit der Aufmerksamkeit bei Ihrer Gesprächspartnerin bzw. Ihrem Gesprächspartner bleiben. Am besten verdeutlichen Sie das durch Augenkontakt.

Das **Wiederholen** ist insbesondere dann sinnvoll, wenn Sie bei Ihrer Gesprächspartnerin bzw. Ihrem Gesprächspartner einen stockenden Redefluss wiederbeleben möchten. Dabei wiederholen Sie Worte, die Ihr Gegenüber gerade geäußert hat:

Patient: „Dann meinte meine Frau, ich solle doch mal mit Ihnen besprechen, ob das vielleicht von der Lunge kommen könnte.“ [Patient schaut Sie an und schweigt]

Sie: „Von der Lunge?“

Versicherter: „Naja, weil es bei meinem Schwiegervater mit der Lunge ganz ähnlich angefangen hat.“

Beim **Spiegeln** greifen Sie etwas auf, was Sie von Ihrer Gesprächspartnerin bzw. Ihrem Gesprächspartner gehört oder wahrgenommen haben. Sie können zum Beispiel deren Emotionen spiegeln, indem Sie diese klar benennen. Diese Technik dient dazu weitere Äußerungen zu erleichtern und unterstützt dabei, sich verstanden zu fühlen. Es sollte sich beim Spiegeln um keine abschließende Bewertung Ihrerseits handeln. Setzen Sie daher einen eher fragenden Tonfall ein:

Sie: „Und jetzt machen Sie sich auch Sorgen, dass es bei Ihnen etwas Schlimmes wie bei Ihrem Schwiegervater sein könnte...?“ (Spiegeln der Emotion)

Letztlich können Sie das **Zusammenfassen** einsetzen, um zu überprüfen, ob Sie Ihre Gesprächspartnerin bzw. Ihren Gesprächspartner korrekt verstanden haben. Hier teilen Sie nochmal zusammenfassend mit, was bei Ihnen angekommen ist. Sie geben Ihrem Gegenüber so die Möglichkeit nochmal korrigierend einzugreifen, falls Sie etwas falsch verstanden haben:



Methode

Sie: „Ich fasse mal eben zusammen, was ich bisher von Ihnen verstanden habe.“

[Abwarten bis Ihr Patient signalisiert, dass er Ihnen zuhört]

Sie: „Sie sind heute hier, weil Sie seit einer Woche unter Kurzatmigkeit leiden und Schmerzen beim Einatmen haben. Ihre Frau meint, das könnte eventuell von der Lunge kommen.“

Patient: „Also schlecht gefühlt habe ich mich schon seit zwei Wochen.“



Methode

Das Stellen von Fragen ist wesentliche Voraussetzung dafür, dass Versicherte zu aktiven Partnern in Gesundheitsbelangen werden.

2.5 Zu 3 Fragen ermutigen

Das Stellen von Fragen rund um die eigene Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass Versicherte zu aktiven Partnern in Gesundheitsbelangen werden. Einrichtungen wie die National Patient Safety Foundation in den USA oder die Cardiff University und die Health Foundation in Großbritannien haben mit „Ask me 3“ und „Ask 3 Questions“ spezifische Kampagnen gestartet, die das Stellen zentraler Fragen fördern sollen.

Im Rahmen der „Ask me 3“ Kampagne³² werden Patientinnen und Patienten dazu ermutigt Gesundheitsdienstleistern (z. B. Ärztinnen und Ärzten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten) im Gespräch drei einfache Fragen zu stellen. Die Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) übersetzt „Ask me 3“ mit „3 Fragen für meine Gesundheit“ und empfiehlt die drei Fragen auf Deutsch folgendermaßen zu formulieren (<https://oepgk.at/drei-fragen-fuer-meine-gesundheit/>):

Drei Fragen für meine Gesundheit:



Die Beantwortung dieser drei zentralen Fragestellungen soll Patientinnen und Patienten dabei unterstützen bestmöglich über die eigene Gesundheit informiert zu sein.

Die „Ask 3 Questions“ Kampagne³³ zielt darauf ab Patientinnen und Patienten beim Treffen informierter Entscheidungen für ihre Gesundheit zu unterstützen. Patientinnen und Patienten werden aufgefordert in Situationen, in denen sie gesundheitliche Entscheidungen treffen müssen (z. B. für oder gegen eine Behandlung oder eine Untersuchung) folgende drei Fragen zu stellen:

- ▶ Welche Möglichkeiten habe ich?
- ▶ Was sind Nutzen und Risiken der jeweiligen Möglichkeiten?
- ▶ Wer kann mir dabei helfen zu einer Entscheidung zu kommen, die für mich passt?

Beide Sensibilisierungskampagnen werden mit Broschüren für Patientinnen und Patienten, entsprechenden Postern vor Ort oder Notizblöcken, welche die Möglichkeit bieten die Antworten auf die drei Fragen zu notieren, unterstützt.

Wesentlich für den Erfolg entsprechender Kampagnen ist es, dass die Belegschaft vorab für den Nutzen der Initiative sensibilisiert wird. Nur wenn Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Kampagne mittragen, kann auf Ebene der Patientinnen und Patienten letztlich ein Nutzen entstehen. Zudem ist es wichtig, dass entsprechende Initiativen nicht losgelöst von Begleitmaßnahmen umgesetzt werden. So wird beispielsweise empfohlen die Ask me 3 Kampagne gemeinsam mit der Implementierung der Teach-back Methode (Kapitel 2.12) umzusetzen.³⁴ Zudem erfordert die Ask 3 Questions Kampagne auf Ebene der Belegschaft Kompetenzen in transparenter und verständlicher Risikokommunikation (Kapitel 2.8).

2.6 Checklisten für das Arzt-Gespräch zur Verfügung stellen

Damit Versicherte im Gespräch mit Ärztinnen und Ärzten auch tatsächlich die für sie relevanten Informationen bekommen, ist das Stellen von Fragen wichtig. Für Patientinnen und Patienten kann es dabei hilfreich sein, sich bereits zu Hause auf ein Gespräch vorzubereiten und Fragen zu überlegen. Stellen Sie den Versicherten zur Unterstützung Checklisten mit möglicherweise relevanten Fragestellungen zur Verfügung.^{3,23}



Methode

In der Broschüre „Kompetent als Patientin und Patient“ finden Sie im Kapitel „Gespräche mit Ärztinnen und Ärzten“ eine Checkliste mit Fragen, welche Sie Versicherten zur Verfügung stellen können:

CHECKLISTE: ALLES, WAS SIE WISSEN MÜSSEN

1. Diagnose, Allgemeines

Zum Beispiel: Wie lautet Ihre Diagnose? Müssen Sie behandelt werden?
Sind noch weitere Untersuchungen erforderlich?

2. Arzneimittel

Benötigen Sie ein Arzneimittel? Falls ja, welches Ziel wird damit verfolgt?
Worauf sollten Sie bei der Einnahme achten?

3. Operationen oder andere Behandlungen

Benötigen Sie eine Operation oder eine andere Behandlung?
Falls ja, wer führt diese wo und wann durch?

4. Weitere Untersuchungen

Benötigen Sie weitere Untersuchungen?
Falls ja, welche? Wer führt diese durch und was ist dabei zu beachten?

5. Nutzen und Risiken

Welches Ziel hat die Untersuchungsmethode oder Behandlung?
Welche Risiken hat sie? Welche anderen Möglichkeiten gibt es?
Was passiert, wenn Sie auf eine Behandlung verzichten?

6. Was können Sie selbst tun, um Ihren Gesundheitszustand zu verbessern?

Ernährung umstellen, mehr Bewegung machen, mehr Möglichkeiten zur Entspannung schaffen ...

7. Weitere Informationen und weiteres Vorgehen

Wo finden Sie weitere Informationen zu Ihrer Erkrankung?
Auf welche Anzeichen und Symptome sollten Sie achten?

Abb. 18: Checkliste mit Fragen als Vorbereitung auf Arzt-Gespräche – wie in Broschüre „Kompetent als Patientin und Patient“.³⁶

2.7 Motivierende Gespräche führen

„Motivational Interviewing“ oder „Motivierende Gesprächsführung“³⁶ ist ein Ansatz, der insbesondere in der Kommunikation über gesunde bzw. riskante Verhaltensweisen und über Verhaltensänderungen eingesetzt wird. Es handelt sich dabei um einen personenzentrierten Kommunikationsstil mit dem Ziel, die persönliche Motivation und Selbstverpflichtung zur Verhaltensänderung bei Ihrem Gegenüber zu stärken. Das gelingt am besten in einer Atmosphäre der Akzeptanz, in welcher eine Person dabei unterstützt wird, die eigenen Änderungsgründe hervorzurufen und zu vertiefen. Denn: Sie überzeugen Menschen im Allgemeinen besser durch Gründe, welche diese selbst finden, als durch solche, die Sie ihnen vorgeben.



Methode

Sie motivieren und überzeugen Menschen besser durch Gründe, welche diese selbst finden, als durch solche, die Sie ihnen vorgeben.

Die Grundhaltung der motivierenden Gesprächsführung ist gekennzeichnet durch:

- ▶ Partnerschaftliche, nicht-bevormundende Zusammenarbeit: Sie kommunizieren mit Ihrem Gegenüber auf Augenhöhe und nehmen nicht die Rolle der Expertin bzw. des Experten ein.
- ▶ Autonomie akzeptieren: Sie akzeptieren die Bedürfnisse, Erfahrungen und Sichtweisen Ihres Gegenübers. Sie gehen davon aus, dass Ihre Gesprächspartnerin bzw. Ihr Gesprächspartner in der Lage ist, die für sich selbst richtige Entscheidung zu treffen.
- ▶ Wachrufen „evocation“: Sie stellen einen Bezug zu den Werten und Anliegen der Versicherten her. Sie rufen Änderungsmotivation hervor, indem Sie die eigenen Gründe Ihrer Gesprächspartnerin bzw. Ihres Gesprächspartners für Verhaltensänderung vertiefen.

Folgende Methoden sind Teil der motivierenden Gesprächsführung:

- ▶ Offene Fragen: Mit offenen Fragen können Sie die Auseinandersetzung mit dem eigenen Verhalten fördern z. B. „Wie geht es Ihnen mit dem Rauchen?“
- ▶ Aktives Zuhören: Hier geht es darum das Gesagte Ihres Gegenübers zu hören und das Verstandene zurückzumelden. Diese Methodik fördert, dass sich Ihre Gesprächspartnerin bzw. Ihr Gesprächspartner verstanden fühlt. z. B. Ihr Gesprächspartner sagt: „*Es ist schon irgendwie ungut, wenn man hört, was Rauchen alles für Krankheiten nach sich ziehen kann.*“ Sie: „*Sie sind beunruhigt, dass Sie durch das Rauchen krank werden könnten.*“
- ▶ Bestätigen: Die Methode des Bestätigens beinhaltet Lob, Anerkennung und Verständnis für Bemühungen, Handlungen oder Äußerungen Ihres Gegenübers (z. B. „*Es ist beeindruckend, dass Sie immer wieder den Versuch unternommen haben mit dem Rauchen aufzuhören.*“)
- ▶ Zusammenfassen: Beim Zusammenfassen geben Sie die von Ihrem Gegenüber genannten Inhalte, die für eine Änderungsmotivation bedeutsam sind, nochmal wieder. So können Sie Gesprächsthemen verbinden und bestimmte Aspekte verstärken.

- Change Talk hervorrufen und fördern: Unter „Change Talk“ versteht man Äußerungen, die eine Verhaltensänderung wahrscheinlicher machen. Ihre Gesprächspartnerin bzw. Ihr Gesprächspartner benennt dabei selbst Änderungsgründe und -absichten. Sie können das fördern, indem Sie offene Fragen stellen (z. B. „*Welche Gedanken machen Sie sich und andere wegen Ihres Rauchverhaltens?*“), Skalierungsfragen einsetzen (z. B. „*Wie wichtig ist es für Sie mit dem Rauchen aufzuhören?*“) oder beispielsweise nach dem Für und Wider einer Verhaltensänderung fragen (z. B. „*Was spricht für Sie dafür mit dem Rauchen aufzuhören?*“, „*Was spricht dagegen?*“).

„Ich wende „Motivational Interviewing“ bzw. „Motivierende Gesprächsführung“ an. Dabei achte ich in meinen Beratungsgesprächen darauf, welche Lösungsvorschläge die PatientInnen selbst – oft unbewusst – einbringen. Ich stelle viele offene Fragen, höre aktiv zu und hebe dann diese Lösungsansätze hervor. Dadurch findet die Kommunikation auf Augenhöhe statt, die PatientInnen fühlen sich sehr gut verstanden und können ihre Ziele besser erreichen.“

Jamina Sommerfeld, BSc, Diätologin, MEDIUS – Zentrum für Gesundheit in Graz

2.8 Nutzen und Risiken transparent kommunizieren



Methode

Mit der transparenten Kommunikation von Nutzen und Risiken bieten Sie die Grundlage für eine informierte Entscheidung Versicherter.

Es gehört zu den täglichen Aufgaben medizinischer Fachexpertinnen und Fachexperten Patientinnen und Patienten über den Nutzen und möglichen Schaden von Screeningmaßnahmen oder Behandlungen aufzuklären. Auch bei der Besprechung von Testbefunden müssen Risiken und Wahrscheinlichkeiten vermittelt werden. So können sich Versicherte mit der Frage „*Was ist der Nutzen des Mammografie-Screenings?*“ oder „*Habe ich Krebs, wenn meine Mammografie positiv ist?*“ an Sie wenden. Mit einer verständlichen und transparenten Kommunikation von Nutzen und Risiken bieten Sie eine wesentliche Grundlage für informierte Entscheidungen Versicherter.³⁷ Doch auch Expertinnen und Experten im Gesundheitswesen tun sich oft schwer damit, medizinische Statistiken richtig zu interpretieren. Dies liegt mitunter daran, dass entsprechende Daten irreführend präsentiert werden. Die Art und Weise, wie entsprechende Zahlen als Grundlage für informierte Entscheidungen kommuniziert werden, bestimmt wie leicht oder schwer verständlich sie sind. So gibt es Darstellungsformen, welche häufig fehlinterpretiert werden und dennoch regelmäßig in der Kommunikation mit Versicherten eingesetzt werden. Im Folgenden finden Sie leichter verständliche Alternativen, welche Sie in der Kommunikation mit Versicherten beachten sollten:

► **Verwenden Sie die absolute Risikoreduktion**

Gehen wir davon aus, dass sich eine Patientin mit der Frage „Was ist der Nutzen des Mammografie-Screenings?“ an Sie wendet. Sie recherchieren und finden Studien-ergebnisse zum Nutzen der Mammografie die Folgendes zeigen: eine regelmäßige Teilnahme an der Mammografie über zehn Jahre reduziert das Risiko von 50- bis 69-jährigen Frauen an Brustkrebs zu sterben von vier auf drei pro 1000 Frauen. Häufig wird dieses Ergebnis als relative Risikoreduktion dargestellt, in dem angeführt wird:

„Eine regelmäßige Teilnahme an der Mammografie über zehn Jahre reduziert das Risiko, an Brustkrebs zu sterben, um 25 Prozent.“ (1 von 4 Frauen = 25 %) ^{38,39}

Eine Studie an einem Schweizer Krankenhaus zeigt, dass die Angabe der relativen Risikoreduktion auch für Fachexpertinnen und -experten zu Verwirrung führt. Gynäkologinnen und Gynäkologen wurden gebeten, die Bedeutung dieser 25-prozentigen Reduktion zu erklären. Das Antwortspektrum reichte von 1 bis 750 pro 1.000 Frauen, welche nach Ansicht der Befragten durch das Screening weniger an Brustkrebs versterben. Insgesamt zeigt sich eine deutliche Überschätzung des Nutzens der Mammografie auf Basis der berichteten relativen Risikoreduktion.⁴⁰ Dies kommt daher, dass die relative Risikoreduktion nichts über die Grundrisiken (Wie viele Frauen pro 1.000 sterben an Brustkrebs?) und die absoluten Effektgrößen (Wie viele Frauen pro 1.000 sterben durch das Mammografie-Screening weniger an Brustkrebs?) aussagt.

Doch welche Information können Sie nun an interessierte Patientinnen weitergeben? Die Angabe der **absoluten Risikoreduktion** ist eine transparente Form der Kommunikation: *„Eine regelmäßige Teilnahme an der Mammografie über zehn Jahre reduziert das Risiko, an Brustkrebs zu sterben, von etwa vier auf drei pro 1.000 Frauen. Das sind 0,1 Prozent.“ (eine Frau pro 1.000).⁴¹* Nutzen Sie daher in der Kommunikation von Risiken die absolute Risikoreduktion.

Zur Unterstützung der Kommunikation von Nutzen und Schaden können zusätzlich **Faktenboxen** herangezogen werden, welche Nutzen und Risiken von Maßnahmen übersichtlich darstellen (z. B. Kapitel 1.1.1; Abbildung 7 und Abbildung 8).

► **Verwenden Sie natürliche Häufigkeiten**

Gehen wir nun davon aus, eine 50-jährige symptomfreie Patientin mit einem positiven Testergebnis beim Mammografie-Screening wendet sich mit folgender Frage an Sie: *„Meine Mammografie ist positiv. Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass ich tatsächlich Krebs habe?“⁴¹*

Sie haben recherchiert und verfügen über eine Reihe an Hintergrundinformationen. So wissen Sie, dass die Prävalenz von Brustkrebs bei 1 Prozent liegt – d. h. 10 von 1.000 Frauen leiden an Brustkrebs. Sie finden zudem Folgendes heraus: Wenn eine Frau Brustkrebs hat, wird sie mit einer Wahrscheinlichkeit von 90 Prozent ein



Hilfsmittel

positives Mammogramm erhalten (Sensitivität). Wenn eine Frau keinen Brustkrebs hat, wird sie mit einer Wahrscheinlichkeit von 9 Prozent dennoch ein positives Mammogramm erhalten (Falsch-Positiv-Rate). Doch was ist nun die Wahrscheinlichkeit dafür, dass Ihre Patientin mit positivem Mammogramm tatsächlich Brustkrebs hat?

Die Befragung von Ärztinnen und Ärzten zeigt: Die Mehrheit (60 Prozent) überschätzt die Genauigkeit der Mammografie auf Basis der vorliegenden Daten stark. Viele vermuten eine Wahrscheinlichkeit von etwa 81 Prozent bzw. sind der Ansicht, dass von 10 Frauen mit einem positiven Mammogramm etwa neun Brustkrebs haben⁴². In diesem Zusammenhang wird vor allem die Basisrate, also in diesem Beispiel die relativ niedrige Prävalenz von Brustkrebs, bei der Einschätzung vernachlässigt. Die Aussage 9 Prozent der gesunden Frauen werden trotzdem ein positives Mammogramm erhalten, deutet einen kleinen Anteil an. Es wird jedoch verschleiert, dass es sich um 9 Prozent der großen Zahl der Gesunden handelt.³⁹

Doch wie können Sie nun die Frage der Frau mit positiver Mammografie beantworten? Die Frage ist deutlich einfacher zu beantworten, wenn man von natürlichen Häufigkeiten ausgeht.

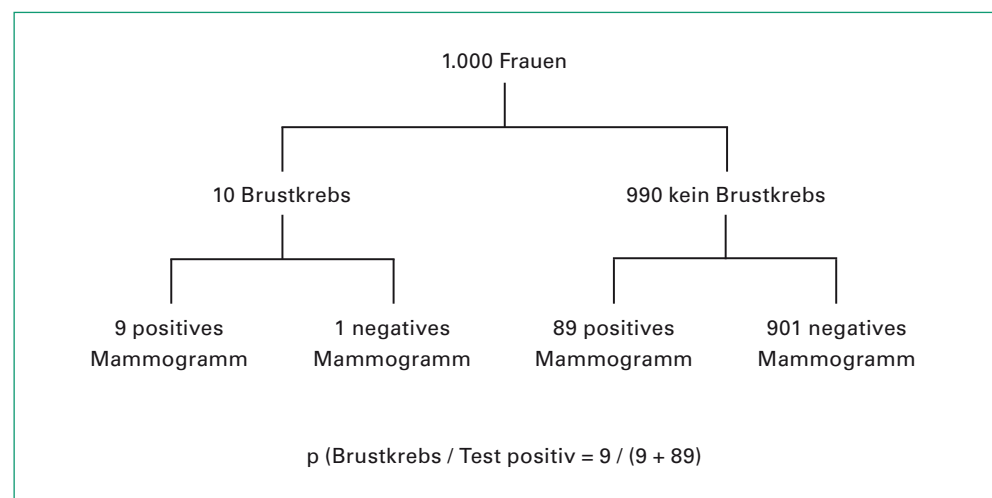


Abb. 19: Darstellung von Ergebnissen zur Mammografie in natürlichen Häufigkeiten.

Von je 1.000 Frauen sind in etwa 10 Frauen an Brustkrebs erkrankt (1 % Prävalenz). Von diesen 10 Frauen werden 9 Frauen ein richtiges Testergebnis erhalten (90 % Sensitivität). Von den 990 Frauen, die nicht an Brustkrebs erkrankt sind, werden etwa 89 ein falsch-positives Testergebnis erhalten (9 % Falsch-Positiv-Rate). Das bedeutet: Insgesamt 98 Frauen werden ein positives Testergebnis erhalten. Von diesen 98 Frauen mit positivem Testergebnis haben neun Frauen tatsächlich Brustkrebs. Oder: „Von 10 Frauen mit positivem Mammogramm hat etwa eine Frau tatsächlich Brustkrebs.“

Zur Unterstützung der Kommunikation können Sie auch Piktogramme verwenden (Kapitel 1.1.1, Abbildung 6).

► **Verwenden Sie zur Beschreibung von Häufigkeiten eine Bezugsgröße**

In der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten werden häufig Einzelfallwahrscheinlichkeiten angewendet, um beispielsweise über potenzielle Nebenwirkungen eines Medikaments zu informieren. Einzelfallwahrscheinlichkeiten beziehen sich dabei auf einzelne Personen oder ein einzelnes Ereignis und nicht auf eine Klasse. So kann es sein, dass Sie zu Ihrem Patienten sagen: „Wenn Sie dieses Medikament einnehmen, haben Sie ein Risiko von 30 bis 50 Prozent, ein sexuelles Problem wie Impotenz oder Verlust des sexuellen Interesses zu entwickeln.“ Da unklar bleibt, worauf sich die 30 bis 50 Prozent beziehen, kann es leicht zu einer Fehleinschätzung auf Seiten des Patienten kommen. Viele der Patienten nehmen fälschlicherweise an, dass bei 30 bis 50 Prozent ihrer eigenen sexuellen Aktivitäten Probleme auftreten werden.

Patienten verstehen ihr wahres Risiko jedoch meist besser, wenn man genau anführt, worauf sich die 30 bis 50 Prozent beziehen (Bezugsgröße). Sagen Sie daher: „Von 10 Patienten, die dieses Medikament einnehmen, leiden 3 bis 5 an einem sexuellen Problem.“⁴¹

2.9 Gemeinsam Entscheidungen treffen

In der Vergangenheit lag die Informations- und Entscheidungsmacht in gesundheitlichen Fragen hauptsächlich bei medizinischen Fachexpertinnen – und -experten. Patientinnen und Patienten fordern heute aber zunehmend ihr Recht auf aktive Mitsprache ein. Gesundheitskompetenz umfasst die Fähigkeit informierte Entscheidungen im Sinne der eigenen Gesundheit zu treffen. Sie ist daher wesentliche Voraussetzung für Selbstbestimmung sowie Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit in Gesundheitsfragen.⁴³ Ein vermehrt partnerschaftliches Modell kann Patientinnen und Patienten dabei unterstützen sich selbstbestimmt und informiert im Gesundheitssystem zu bewegen.^{21,44}

Eine gemeinsame Entscheidungsfindung („Shared Decision Making“ oder „Partizipative Entscheidungsfindung“) umfasst die gleichberechtigte und aktive Beteiligung von Patientin bzw. Patient sowie medizinischer Fachexpertin bzw. medizinischem Fachexperten. Ziel ist auf Basis geteilter Information zu einer gemeinsam verantworteten Entscheidung zu kommen. Partnerschaftliche Entscheidungen sind mit einer Reihe an positiven Effekten verbunden. Patientinnen und Patienten erlangen dadurch mehr Wissen sowie realistischere Behandlungserwartungen. Sie beteiligen sich aktiver am Behandlungsprozess, sind weniger unentschlossen und können Risiken und Chancen unterschiedlicher Optionen besser einschätzen. Außerdem wirkt sich die gemeinsame Entscheidungsfindung positiv auf die Arzt-Patienten-Kommunikation aus.⁴⁵



Methode

Partnerschaftliche Entscheidungen in Gesundheitsfragen tragen zu mehr Beteiligung und realistischeren Erwartungen von Versicherten bei.

Dabei ist es wichtig individuell auf die Patientinnen und Patienten einzugehen und diese dort abzuholen, wo sie stehen. Menschen wollen in unterschiedlicher Weise am Entscheidungsprozess beteiligt werden. Zudem ist eine partizipative Entscheidungsfindung nicht in jeder Situation anwendbar (z. B. bei einem Notfall). Oft stehen in der Behandlung jedoch unterschiedliche Optionen mit unterschiedlichen Nutzen und Risiken offen. Gerade in diesen Situationen ist eine gemeinsame Entscheidungsfindung sinnvoll.⁴⁵

Berücksichtigen Sie bei einer gemeinsamen Entscheidungsfindung folgende Handlungsschritte:⁴⁴

- ▶ Teilen Sie mit, dass eine Entscheidung ansteht
- ▶ Formulieren Sie die Gleichberechtigung der Partner
- ▶ Informieren Sie über die Optionen
- ▶ Informieren Sie über Vor- und Nachteile der Optionen
- ▶ Erfragen Sie Verständnis, Gedanken und Erwartungen
- ▶ Ermitteln Sie Präferenzen
- ▶ Handeln Sie mit dem Versicherten geeignete Entscheidungsmöglichkeiten aus
- ▶ Führen Sie eine gemeinsame Entscheidung herbei
- ▶ Treffen Sie gemeinsam mit dem Versicherten eine Vereinbarung zur Umsetzung der Entscheidung

Weisen Sie zunächst explizit darauf hin, dass eine Entscheidung ansteht. Bieten Sie im nächsten Schritt die Zusammenarbeit als gleichberechtigte Partner bei der Entscheidungsfindung an.

Informieren Sie dann darüber, dass es mehrere Wahlmöglichkeiten gibt. Sie können hier auch das Vorwissen der Patientin bzw. des Patienten erfragen, in dem Sie beispielsweise sagen: „Was haben Sie bislang über die Behandlung gehört oder gelesen?“ Stellen Sie eine Liste mit Wahlmöglichkeiten auf, in welcher sofern angemessen, auch die Option vorläufig nichts zu tun bzw. abzuwarten, angeführt ist. Die Auflistung bietet Struktur. Sagen Sie beispielsweise „Lassen Sie mich die Wahlmöglichkeiten auflisten, bevor wir diese im Detail besprechen.“ Im nächsten Schritt werden die Vor- und Nachteile jeder Option im Gespräch erläutert. Berücksichtigen Sie dabei Prinzipien der angemessenen Risikokommunikation (Kapitel 2.8). Zur Unterstützung können Sie der Patientin bzw. dem Patienten auch Entscheidungshilfen wie Faktenboxen zur Verfügung stellen.

Stellen Sie dann das Verständnis auf Seiten der Patientin bzw. des Patienten sicher, in dem Sie beispielsweise Techniken wie Teach-back (Kapitel 2.12) nutzen. Erfragen Sie explizit die Erwartungen und Befürchtungen der Patientin bzw. des Patienten hinsichtlich der besprochenen Optionen. Dabei sollten auch Aspekte des Lebensumfeldes der Patientin bzw. des Patienten sowie Werte, Bedürfnisse und Einstellungen berücksichtigt werden. Erfragen Sie konkret den Beteiligungswunsch und ermitteln Sie die Präferenzen

zu den Behandlungsoptionen. Darauf folgt ein Abwägen vor dem Hintergrund der jeweiligen Lebenssituation der Patientin bzw. des Patienten (z. B. „Was ist für Sie am Wichtigsten?“).

Schließlich wird eine gemeinsame Entscheidung herbeigeführt und deren Umsetzung vereinbart, für welche beide Partner gemeinsam die Verantwortung übernehmen.^{44,46}

2.10 Videodolmetschen

Sprachbarrieren können die Kommunikation erschweren. So können Personen nicht deutscher Muttersprache ihre Anliegen Gesprächspartnern mitunter nur eingeschränkt mitteilen. Zudem sind wesentliche Informationen für die Betroffenen oft nur schwer verständlich. Eine gesundheitskompetente Organisation versucht auch für Versicherte nicht-deutscher Muttersprache geeignete Rahmenbedingungen für eine gelungene Kommunikation zu schaffen. In der Praxis werden aus Gründen der Verfügbarkeit oftmals Angehörige bzw. Begleitpersonen von Versicherten zum Dolmetschen eingesetzt. Die fehlende Inanspruchnahme professioneller Dolmetsch-Dienste birgt jedoch Gefahren, da es oft zu Fehlübersetzungen kommt. Videodolmetschen ermöglicht das zeitnahe Hinzuziehen qualifizierter Dolmetscherinnen und Dolmetscher mittels moderner Kommunikationstechnologien.

Die österreichische Plattform für Patientensicherheit setzte in diesem Zusammenhang ab 2013 ein erstes Pilotprojekt zum Videodolmetschen im Gesundheitswesen um. Neben neun weiteren Gesundheitseinrichtungen beteiligten sich als Vertreter der Sozialversicherung das Rehabilitationszentrum Felbring der Pensionsversicherungsanstalt (PVA), die Pensionsbegutachtungsstelle St. Pölten der PVA sowie die Unfallkrankenhäuser Lorenz Böhler und Meidling der AUVA mit ihren Notaufnahmen am Pilotprojekt. Das Personal der sich beteiligenden Gesundheitseinrichtungen hatte 16 Stunden täglich die Möglichkeit einen professionellen Dolmetsch-Dienst in den Sprachen türkisch, bosnisch, serbisch und kroatisch sowie in österreichischer Gebärdensprache per Videokonferenz zu Gesprächen hinzuzuziehen. Das Videodolmetschen ermöglichte auf Ebene des Rehabilitationszentrums beispielsweise die Weiterführung von Rehabilitationsaufenthalten, welche ansonsten aufgrund der unzureichenden Kommunikationsmöglichkeit und der damit einhergehenden potenziellen Gefährdung der Gesundheit, abgebrochen worden wären. Im Zuge der Pensionsbegutachtung erlaubte die Möglichkeit des Videodolmetschens eine Begutachtung auch in jenen Fällen, bei welchen der Bedarf an Dolmetsch-Diensten im Vorfeld nicht planbar war.⁴⁷



Praxisbeispiel

Eine gesundheitskompetente Organisation schafft auch für Versicherte nicht-deutscher Muttersprache geeignete Rahmenbedingungen für eine gelungene Kommunikation.



Hilfsmittel

2.11 Mit Piktogrammen die Kommunikation unterstützen

Die Verwendung von Piktogrammen kann Sie nicht nur in der schriftlichen Kommunikation, sondern auch in der Gesprächsführung unterstützen. Teilweise sind Ressourcen, um Kommunikationsbarrieren wie einer fehlenden gemeinsamen Sprache oder auch einer eingeschränkten Lautsprache zu begegnen, nicht oder nicht zeitnah verfügbar. In diesen Fällen können Sie Symbole nutzen, um Kommunikationsbarrieren rasch zu überbrücken. Insbesondere für die Kommunikation mit Personen nicht deutscher Muttersprache stehen bereits Bildwörterbücher zur Verfügung. Beispiele dafür sind das **„Basiswörterbuch in Bildern“** des Österreichischen Integrationsfonds⁴⁸ oder das **Piktobuch**⁴⁹. Hier sind jeweils auch Abschnitte für die Bereiche Gesundheit bzw. medizinische Hilfe enthalten.



Methode

2.12 Verständnis sichern

Studien zur Arzt-Patienten-Kommunikation zeigen: Patientinnen und Patienten haben oft bereits kurz nach dem Gespräch große Schwierigkeiten vermittelte Informationen korrekt wiederzugeben. So wird durchschnittlich nur die Hälfte der vermittelten Informationen richtig verstanden und behalten. Personen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz haben diesbezüglich besonders große Schwierigkeiten und können unmittelbar nach dem Gespräch nur rund zehn Prozent der vermittelten Informationen korrekt wiedergeben.⁵⁰

Teach-back/Show me ist eine Methode um sicherzustellen, dass man Informationen klar und verständlich an Versicherte vermittelt hat. Die Technik eignet sich dabei nicht nur für Gespräche im klinischen Setting. Teach-back/Show me kann in allen Gesprächen zum Einsatz kommen, bei denen die Informationsvermittlung an Versicherte im Zentrum steht. Die Technik geht über bloße Fragen wie „Haben Sie mich verstanden?“ oder „Haben Sie noch Fragen?“ hinaus. Stattdessen werden Versicherte gebeten die besprochenen Inhalte nochmal kurz in eigenen Worten zu wiederholen (Teach back) oder ein bestimmtes Verhalten zu demonstrieren (Show me. Sie können dabei beispielsweise so vorgehen:

Bitten Sie Versicherte besprochene Inhalte nochmal in eigenen Worten zu wiederholen.

- ▶ „Ich möchte gerne sichergehen, dass ich alles verständlich erklärt habe. Sagen Sie mir bitte, welche Informationen Sie an uns übermitteln, damit wir Ihren Antrag bearbeiten können.“
- ▶ „Wir haben heute viel über die richtige Einnahme Ihrer Medikamente gesprochen. Können Sie mir bitte zeigen, wie Sie den Asthma-Inhalator benutzen. So kann ich sichergehen, dass meine Erklärungen verständlich sind.“

Haben Versicherte Schwierigkeiten die vermittelte Information korrekt wiederzugeben, wiederholen Sie die wichtigsten Informationen noch einmal. Versuchen Sie dabei Ihre Erklärungen zu vereinfachen. Teach-back/Show me soll aber nicht zu einer Testsituation für Versicherte werden. Es geht vielmehr darum Sie als Expertin oder Experten bei der Sicherstellung einer verständlichen Informationsvermittlung zu unterstützen.

Die Veränderung bestehender Routinen braucht Zeit, Motivation und Übung. Teach-back/Show me sollte nachhaltig in der Organisation verankert werden, in dem die Methode in Schulungspläne und bestehende Standards integriert wird. Starten Sie damit die Methode im Gespräch mit einzelnen Versicherten anzuwenden. Mit etwas Übung kann die Methode Teil der täglichen Routine werden. Denken Sie daran: Auch wenn der Einsatz der Methode anfangs vielleicht etwas mehr Zeit kostet, kann es langfristig zu Zeitersparnissen kommen. Versicherte, welche die wichtigsten Informationen verstanden haben, brauchen keine wiederholte Unterstützung und ein möglicher „Drehtüreffekt“ kann vermieden werden.^{3,23,34}

2.13 Weiterführende Materialien und Hilfsmittel

► Leitfaden für die Kommunikation im medizinischen Alltag

Die Schweizerische Akademie für medizinische Wissenschaften, hat mit ihrer Publikation „Kommunikation im medizinischen Alltag“ einen Leitfaden für die Praxis geschaffen. Wenn Sie sich näher mit Gesprächstechniken für den Einsatz im Patientengespräch beschäftigen wollen, schmökern Sie im Leitfaden.

Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (2013). *Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis.* Basel.

► Materialien zur Unterstützung einer guten Gesprächsqualität

Das Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (IfGP) hat im Auftrag des Dachverbandes der österreichischen Sozialversicherungen Materialien zur Unterstützung einer guten Gesprächsqualität entworfen und getestet. Im Folgenden sind ausgewählte Materialien aus der Testphase (2019) abgebildet:



Hilfsmittel

Wandposter Wartebereich:

Das Wandposter mit den „Drei Fragen für meine Gesundheit“ richtet sich an die Patientinnen und Patienten. Es wird im Wartebereich an einer gut sichtbaren Stelle angebracht. Es dient dazu Patientinnen oder Patienten unmittelbar vor dem Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt bzw. anderen Gesundheitsberufen daran zu erinnern, Fragen zu stellen.

**Notizblock:**

Der Notizblock wird von den Gesundheitsfachkräften direkt in der Gesprächssituation an die Patientinnen und Patienten übergeben, damit diese sich während des Gespräches Notizen machen können. Er kann aber auch bereits vorher ausgegeben werden, damit sich die Patientinnen und Patienten beim Warten noch weitere Fragen notieren können.

**Wandposter Ordination / Behandlungsraum:**

Dieses Wandposter richtet sich an die Patientinnen und Patienten. Es wird im Behandlungsraum im Blickfeld der Patientinnen und Patienten angebracht und dient als Anreiz bzw. Erinnerung daran, dass jetzt der beste Zeitpunkt ist um Fragen zu stellen.

Kontaktadressen für weitere Informationen:

gesundheitskompetenz@sozialversicherung.at

**► Videos zu unterschiedlichen Gesprächstechniken**

Die Ärztekammer Nordrhein hat auf Basis des Praxisleitfadens „Kommunikation im medizinischen Alltag“ einzelne Gesprächstechniken mittels Videos veranschaulicht. In den Videos werden beispielsweise Elemente der patientenzentrierten Gesprächsführung mit dem WWSZ-Modell oder Elemente der gemeinsamen Entscheidungsfindung demonstriert. Zu finden unter: <http://kommunikation.akademienordrhein.info/>

► Checklisten für das Arzt-Patienten-Gespräch

In der Broschüre „Kompetent als Patientin und Patient“ des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger finden Sie im Kapitel „Gespräche mit Ärztinnen und Ärzten“ eine Checkliste mit Fragen, welche Sie Versicherten zur Verfügung stellen können.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2019). *Kompetent als Patientin und Patient* (3. Auflage). Wien.

► Faktenboxen für die Unterstützung transparenter Risikokommunikation

Es bieten bereits unterschiedliche Organisationen Faktenboxen an, welche transparent und übersichtlich Chancen und Risiken von medikamentösen, diagnostischen oder präventiven Maßnahmen verdeutlichen. Faktenboxen zu unterschiedlichen Themen von A wie Antibiotikagabe bis Z wie Zervix-Pessar zur Prävention von Frühgeburten finden Sie auf den Websites folgender Institutionen:

- Dachverband der österreichischen Sozialversicherungen
www.sozialversicherung.at/gesundheitskompetenz
- AOK. Die Gesundheitskasse www.aok.de
- Harding-Zentrum für Risikokompetenz www.harding-center.mpg.de
- Bertelsmann Stiftung & Weiße Liste gemeinnützige GmbH
www.weisse-liste.de/de/entscheidungshilfen/startseite-entscheidungshilfen

► Bildwörterbücher

Insbesondere für die Kommunikation mit Menschen nicht deutscher Muttersprache gibt es einige Sammlungen an unterstützenden Piktogrammen. Beispiele dafür sind das „Basiswörterbuch in Bildern“ oder das „Piktobuch“. Die Bücher können online bestellt werden unter www.integrationsfonds.at bzw. www.piktobuch.de

Österreichischer Integrationsfonds – Fonds zur Integration von Flüchtlingen und MigrantInnen (ÖIF) (2016). *Basiswörterbuch in Bildern*. 2. Aufl., Wien.

Kollektivdesign (2016). *Piktobuch für Menschen, welche nicht die deutsche Sprache sprechen und deren Unterstützer_innen*. 3. Aufl., Dresden.

- 1 Pelikan, J., Ganahl, K. & Röthlin, F. (2013). *Gesundheitskompetenz verbessern. Handlungsoptionen für die Sozialversicherung. Gesundheitswissenschaften Dokument 41*. Linz.
- 2 Kripalani, S., Jacobson, T., Mugalla, C., Cawthon, C., Niesner, K. & Vaccarino, V. (2010). Health Literacy and the Quality of Physician-Patient Communication during Hospitalization. *Journal of Hospital Medicine*, 5 (5), 269–275.
- 3 Abrams, M., Kurtz-Rossi, S., Riffenburgh, A. & Savage, B. (2014). *Building Health Literate Organizations: A Guidebook to Achieving Organizational Change*. Unity Point Health.
- 4 Del Canale, S., Louis, D.Z., Maio, V., Wang, X., Rossi, G., Hojat, M. & Gonnella, J.S. (2012). The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Academic Medicine*, 87 (9), 1242–1249.
- 5 Brown, R.F., Butow, P., Dunn, S.M. & Tattersall, M.H. (2001). Promoting patient participation and shortening cancer consultations: a randomised trial. *British Journal of Cancer*, 85 (9), 1273–1279.
- 6 Benner, J.S., Erhardt, L., Flammer, M., Moller, R.A., Rajcic, N., Changela, K., Yunis, C., Cherry, S.B., Gaciong, Z., Johnson, E.S., Sturkenboom, M.C., García-Puig, J. & Girerd, X. & Reach O.U.T. Investigators (2008). A novel programme to evaluate and communicate 10-year risk of CHD reduces predicted risk and improves patients' modifiable risk factor profile. *International Journal of Clinical Practice*, 62 (10), 1484–1498.
- 7 Loh, A., Leonhart, R., Wills, C.E., Simon, D. & Härter, M. (2007). The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. *Patient Education and Counseling*, 65 (1), 69–78.
- 8 Rakel, D., Barrett, B., Zhang, Z., Hoeft, T., Chewning, B., Marchand, L. & Scheder, J. (2011). Perception of empathy in the therapeutic encounter: Effects on the common cold. *Patient Education and Counseling*, 85 (3), 390–397.
- 9 Thompson, L & McCabe, R. (2012). The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: a systematic review. *BMC psychiatry*, 12, 87.
- 10 Stewart, M., Brown, J.B., Donner, A., McWhinney, I.R., Oates, J., Weston, W.W. & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice*, 49 (9), 796–804.
- 11 Lelorain, S., Brédart, A., Dolbeault, S. & Sultan, S. (2012). A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psycho-Oncology*, 21 (12), 1255–1264.
- 12 Street, R.L., Cox, V., Kallen, M.A. & Suarez-Almazor, M.E. (2012). Exploring communication pathways to better health: Clinician communication of expectations for acupuncture effectiveness. *Patient Education and Counseling* 89 (2), 245–251.
- 13 Zandbelt, L.C., Smets, E.M., Oort, F.J., Godfried, M.H., de Haes, H.C. (2007). Medical Specialists' Patient-Centered Communication and Patient-Reported Outcomes. *Medical Care*, 45 (4), 330–339.

- 14 Gandhi, T.K. (2005). Fumbled handoffs: One dropped ball after another. *Annals of Internal Medicine*, 142 (5), 352–358.
- 15 Graham, J., Potts, H.W. & Ramirez, A. J. (2002). Stress and burnout in doctors. *The Lancet*, 360 (9349), 1975–1976.
- 16 Ramirez, A. J., Graham, J., Richards, M.A., Gregory, W. M. & Cull, A. (1996). Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *The Lancet*, 347 (9003), 724–728.
- 17 Travado, L., Grassi, L., Gil, F, Ventura, C. & Martins, C. (2005). Physician patient communication among Southern European cancer physicians: The influence of psychosocial orientation and burnout. *Psycho-Oncology*, 14 (8), 661–670.
- 18 Felder-Puig, R., Turk, E., Guba, B. & Wild, C. (2006). *Das ärztlich-therapeutische Gespräch. Die Effektivität verstärkter Arzt-Patient-Kommunikation. Ein Kurz-Assessment*. Ludwig Boltzmann Institut Health Technology Assessment: Wien.
- 19 Thorne, S.E., Bultz, B. D., Baile, W.F. & Team, Scrn Communication (2005). Is there a cost to poor communication in cancer care?: a critical review of the literature. *Psychooncology*, 14 (10), 875–884.
- 20 The Joint Commission (2007). „What Did the Doctor say?“ *Improving Health Literacy to protect patient Safety*. Illinois.
- 21 Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2016). *Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Strategie zur Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationskultur*. Wien.
- 22 Brach, C., Dreyer, B., Schyve, P., Hernandez, L., Baur, C., Lemerise, A. J. & Parker, R. (2012). *Zehn Merkmale Gesundheitskompetenter Krankenversorgungsorganisationen. Deutsche Übersetzung: Dietscher, C.* Institute of Medicine.
- 23 Brega, A., Barnard, J., Mabachi, N., Weiss, B., DeWalt, D., Brach, C., Cifuentes, M., Albright, K & West, D. (2015). *AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit*. (2. Auflage). Agency for Healthcare Research and Quality: Rockville, MD.
- 24 Hersh, L., Salzman, B. & Synderman, D. (2015). Health Literacy in Primary Care Practice. *American Journal of Family Medicine*, 92 (2), 118–124.
- 25 Paasche-Orlow, M.K & Wolf, M. S.(2008). Evidence Does Not Support Clinical Screening of Literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 23 (1), 100–102.
- 26 Weiss, B. (2007). *Health Literacy and patient safety: Help patients understand. Manual for clinicians*. 2 Aufl., American Medical Association Foundation.
- 27 Kickbusch, I., Pelikan, J., Haslbeck, J., Apfel, F. & Tsouros, A. (2016). *Gesundheitskompetenz. Die Fakten*. Weltgesundheitsorganisation: Zürich.
- 28 Kripalani, S. & Weiss, B. (2006). Teaching About Health Literacy and Clear Communication. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 888–890.
- 29 NHS Education for Scotland (2015). *The Health Literacy Place. Routinely offer help with paperwork*. The Health Literacy Place.
- 30 Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (2013). *Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis*. Basel.
- 31 NHS Education for Scotland (2017). *Chunk and Check*. The Health Literacy Place.
- 32 National Patient Safety Foundation (2015). *Ask me 3*. Boston.

- 33 Shepherd, H., Barratt, A. & Trevena, L. (2011). *Three simple questions to increase information about treatment options and patient involvement in healthcare consultations*. *Patient Education and Counseling*, 84, 379 – 385.
- 34 Health Care Improvement Scotland (2014). *The Participation Toolkit*. Supporting Patient Focus and Public Involvement in NHS Scotland.
- 35 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (2019) *Kompetent als Patientin und Patient*. Wien.
- 36 Bischof, G., Bischof, A. & Rumpf, H. (2014). *Was ist Motivational Interviewing?* In: Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP (Hg.), *Optimierung der Rehabilitation – Beiträge der Psychologie* (S. 123 – 132), Berlin: Deutscher Psychologischer Verlag. (3. Auflage)
- 37 Mata, J., Dieckmann, A. & Gigerenzer, G. (2005). *Verständliche Risikokommunikation leicht gemacht – Oder: Wie man verwirrende Wahrscheinlichkeitsangaben vermeidet*. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 81 (12), 537 – 541.
- 38 Nyström, L., Larsson, L. G., Wall, S., Rutqvist, L., Andersson, I., Bjurström, N., Fagerberg, G., Frisell, J. & Tabar, L. (1996). *An overview of the Swedish randomized mammography trials: Total mortality pattern and the representativity of the study cohorts*. *Journal of Medical Screening*, 3 (2), 85 – 87.
- 39 Wegwarth, O. & Gigerenzer, G. (2011). *Risiken und Unsicherheiten richtig verstehen lernen*. *Deutsches Ärzteblatt*, 108 (9), 448 – 451.
- 40 Schüssler, B. (2005). *Im Dialog: Ist Risiko überhaupt kommunizierbar, Herr Prof. Gigerenzer?* *Frauenheilkunde Aktuell*, 14, 25 – 31 zit. nach Wegwarth, O. & Gigerenzer, G. (2013). *Mangelnde Statistikkompetenz bei Ärzten*. In: G. Gigerenzer & J.A. Muir Gray (Hg.), *Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin. Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen* (S. 137 – 151). Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- 41 Wegwarth, O. & Gigerenzer, G. (2013). *Mangelnde Statistikkompetenz bei Ärzten*. In: G. Gigerenzer & J.A. Muir Gray (Hg.), *Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin. Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen* (S. 137 – 151). Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- 42 Gigerenzer, G., Gaissmaier, W., Kurz-Milcke, E., Schwartz, L. M. & Woloshin, S. (2008). *Helping Patients and doctors make sense of health statistics*. *Psychological Science in the Public Interest*, 8 (2), 53 – 96.
- 43 Kickbusch, I., Wait, S. & Maag, D. (2006). *Navigating Health. The Role of Health Literacy*. Alliance for Health and the Future: London.
- 44 Loh, A. & Simon, D. (2007). *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln?* *Managed Care*, 2, 6 – 8.
- 45 Loh, A., Simon, D., Kriston, K. & Härter, M. (2007). *Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Effekte der partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews*. *Deutsches Ärzteblatt*, 104 (21), 1483 – 1488.
- 46 Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A. & Barry, M. (2012). *Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice*. *Journal of general internal medicine*, 27 (10), 1361 – 1367.

- 47 Kletecka-Pulker, M. & Parrag, S. (2015). *Pilotprojekt „Qualitätssicherung in der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen*. Videodolmetschen im Gesundheitswesen. Endbericht. Wien.
- 48 Österreichischer Integrationsfonds – Fonds zur Integration von Flüchtlingen und MigrantInnen (ÖIF) (2016). *Basiswörterbuch in Bildern*. 2. Aufl., Wien.
- 49 Kollektivdesign (2016). *Piktobuch für Menschen, welche nicht die deutsche Sprache sprechen und deren Unterstützer_innen*. 3. Aufl., Dresden.
- 50 McCarthy, DM., Waite, K., Curtis, LM., Engel, KG., Baker, D. & Wolf, M. (2012). *What did the doctor say? Health Literacy and Recall of Medical Instructions*. *Medical Care*, 50 (4), 277 – 282.

Die Methodenbox zum Download und das gesammelte Literaturverzeichnis inklusive des Nachweises der elektronischen Quellen finden Sie unter:

www.sozialversicherung.at/gesundheitskompetenz/methodenbox

3 Wie können Sie Versicherten Orientierung bieten?

Orientierungshilfe



Tagtäglich wird von Bürgerinnen und Bürgern erwartet sich in Einrichtungen des Gesundheitswesens zurechtzufinden. Sie sollen dabei die richtigen Ansprechpartner lokalisieren, Hinweisschildern folgen, und Wegbeschreibungen verstehen. Dabei werden sie oftmals mit Begriffen konfrontiert, die im alltäglichen Sprachgebrauch kaum Verwendung finden und die Orientierung zusätzlich erschweren.¹

Eine gesundheitskompetente Sozialversicherung ermöglicht ihren Versicherten einen einfachen Zugang zu den eigenen Einrichtungen und bietet Orientierungshilfen an. Das bedeutet Einrichtungen der Sozialversicherung so zu gestalten, dass sich Versicherte leicht darin zurechtfinden und Informationen einfach zugänglich sind. Inwieweit sich Versicherte in Einrichtungen der Sozialversicherung zurechtfinden, ist von unterschiedlichen Faktoren abhängig – beispielsweise von der Bereitstellung von Orientierungshilfen im Eingangs- und Anmeldebereich oder vom Vorhandensein eines verständlichen Leitsystems.^{2,3}

Aber nicht nur die Orientierung in spezifischen Einrichtungen, sondern auch das sich Zurechtfinden in einem komplexen und fragmentierten Gesundheitssystem ist für die Bevölkerung eine große Herausforderung. Dies trifft insbesondere für Personen mit limitierter Gesundheitskompetenz zu, für welche es oft besonders schwer ist das Gesundheitssystem effizient zu nutzen und davon zu profitieren.⁴ Gesundheitskompetente Einrichtungen der Sozialversicherung bieten daher nicht nur einen barrierefreien Zugang und Navigationshilfen an, sondern unterstützen Versicherte darüber hinaus dabei sich im Gesundheits- und Sozialversicherungssystem zu Recht zu finden. Dies umfasst beispielsweise die transparente und verständliche Information über bestehende Leistungsangebote oder die Weiterverweisung an relevante Ansprechpartner.^{2,3} Es kann aber auch bedeuten Versicherten Handwerkszeug für ein selbstbestimmtes Informationsmanagement und für einen verbesserten Umgang mit Gesundheitsinformationen zu vermitteln.

Für Menschen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz ist es besonders schwer sich im Gesundheitssystem zu orientieren und von Angeboten zu profitieren.

Im Folgenden finden Sie hilfreiche Tipps und Methoden, wie Sie Versicherten die Orientierung in Ihrer Einrichtung erleichtern können. Zudem wird anhand von Praxisbeispielen aufgezeigt, wie die Sozialversicherung Versicherte bei der Orientierung im Gesundheits- und Sozialversicherungssystem sowie bei einem selbstbestimmten Informationsmanagement unterstützen kann.

3.1 Barrierefreiheit und Orientierung in Ihrer Einrichtung sicherstellen

Einrichtungen einer gesundheitskompetenten Sozialversicherung sollen für alle einfach zugänglich sein. Der Grad der Zugänglichkeit ist mitunter wesentlich von baurechtlichen Rahmenbedingungen abhängig. Das Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz legt fest, dass bauliche Barrieren (z. B. Stufen, zu schmale Türstöcke oder Sanitäreinrichtungen) eine Diskriminierung darstellen können. So gelten bauliche Anlagen als barrierefrei, wenn sie auch von Menschen mit Behinderung in der allgemein üblichen Weise ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind. Das Baurecht fällt in Österreich in die Kompetenz der Länder. Entsprechende Regelungen zur Zugänglichkeit von Gebäuden finden sich somit in den baurechtlichen Bestimmungen des jeweiligen Landes. Darüber hinaus sind für das Thema Barrierefreiheit Normen von Bedeutung. Die zentrale Norm in diesem Zusammenhang ist die ÖNORM B 1600, welche Planungsgrundlagen für das barrierefreie Bauen definiert. In Verbindung mit dieser Norm ist mitunter die Spezialnorm B 1601 als Planungsgrundlage für barrierefreie Gesundheitseinrichtungen von Bedeutung.⁶

Einrichtungen einer gesundheitskompetenten Sozialversicherung sind barrierefrei zugänglich und erleichtern Versicherten durch gut gestaltete Leitsysteme die Orientierung.

Einrichtungen einer gesundheitskompetenten Sozialversicherung sollen aber nicht nur einfach zugänglich sein, sondern auch die Orientierung in den jeweiligen Einrichtungen soll für alle Versicherten möglichst einfach sein. Das Thema des „Leicht Findens“ bzw. der barrierefreien Orientierungssysteme ist komplex. Aktuell mangelt es an verbindlichen Regelwerken und einheitlichen Normen und Standards. Dies führt zum Ausprobieren sehr unterschiedlicher Standards, Designs und gestalterischer Lösungen und folglich zu Orientierungs- und Leitsystemen unterschiedlichster Qualität. Orientierungs- und Leitsysteme sollen grundsätzlich die Navigation in einer komplexen und neuen Umgebung erleichtern und dabei unterstützen den richtigen Weg zu finden. Ein entsprechendes Orientierungssystem kann nicht nur architektonische Elemente, sondern auch Beschilderungen, Unterstützung durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder gedruckte Informationen umfassen. Die Unterstützung einfacher Orientierung in Einrichtungen der Sozialversicherung kann zur Reduktion von Stress und Ängsten und somit wesentlich zur Zufriedenheit der Versicherten beitragen.^{1,2}

Starten Sie mit einer Beurteilung, ob und welche Herausforderungen bezüglich der Orientierung in Ihrer Einrichtung bestehen. Bereits das Vorhandensein mehrerer (Neben-)Gebäude und Eingangsbereiche kann die Orientierung in Ihrer Einrichtung erschweren und ein gutes Orientierungs- und Leitsystem notwendig machen. Befragen Sie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Rezeption, des Informationsschalters bzw. Anmeldebereichs, wie häufig Versicherte Schwierigkeiten mit der Orientierung innerhalb der Einrichtung haben. Beteiligen Sie Versicherte daran Barrieren und Hilfsmittel der Orientierung in ihrer Einrichtung zu identifizieren, in dem Sie beispielsweise ein **„Walking Interview“** (Kapitel 4.2) durchführen.²

Im Folgenden finden Sie einige Tipps, wie Sie zu einer möglichst einfachen Orientierung innerhalb Ihrer Einrichtung beitragen können:



Methode



Methode

3.1.1 Orientierung im Eingangsbereich

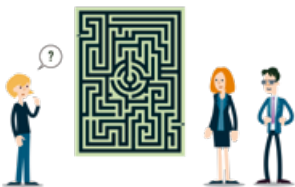
- ▶ Stellen Sie sicher, dass der Name der Einrichtung im Außenbereich klar am Gebäude ersichtlich ist. So wissen Versicherte, dass sie sich am richtigen Ort befinden.¹
- ▶ Beschildern Sie den Eingangsbereich so, dass der Haupteingang von außen klar als solcher erkennbar ist.¹
- ▶ Stellen Sie im Eingangsbereich einen Informationsschalter zur Verfügung, der als solcher gut erkennbar ist.¹
- ▶ Stellen Sie im Eingangsbereich gut sichtbar einen Einrichtungsplan zur Verfügung, auf dem ersichtlich ist, wo in der Einrichtung sich die Versicherten aktuell befinden.¹
- ▶ Es gibt auch die Möglichkeit dreidimensionaler Infotafeln, welche in der Regel aus taktil erfassbaren Plangrundlagen mit einer Legende bestehen. Diese können zusätzlich mit einem elektronischen Sprachmodul ausgestattet sein, welches entweder mit vorgegebenen Texten zusätzliche Information bietet oder aber direkt mit einer kompetenten Anlaufstelle verbinden kann.⁷



Methode

3.1.2 Unterstützendes Personal

- ▶ Positionieren Sie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder Freiwillige im Eingangsbereich (z. B. am Informationsschalter), welche Versicherten für Fragen und Orientierung zur Verfügung stehen.^{1,8}
- ▶ Stellen Sie sicher, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Einrichtung für die Versicherten als solche klar erkennbar sind (z. B. Namensschild, Arbeitskleidung etc.). So können Versicherte leichter entscheiden, an wen sie sich mit Fragen wenden können.^{1,8}
- ▶ Sensibilisieren Sie die Belegschaft (insbesondere jene am Informationsschalter) dafür, dass sie in der Kommunikation mit Versicherten Gebäude, Abteilungen, Räumlichkeiten etc. konsistent benennen. Die in der verbalen Kommunikation mit Versicherten verwendeten Begrifflichkeiten müssen dabei mit den auf Beschilderungen verwendeten Begriffen übereinstimmen.^{1,8}



Methode

3.1.3 Klare Orientierungs- bzw. Leitsysteme

- ▶ Stellen Sie Übersichtspläne und -tafeln inklusive Legende an zentralen Standorten der Einrichtung zur Verfügung.^{1,7,8,9}
- ▶ Achten Sie auf gut sichtbare Beschilderungen. Beschilderungen über Kopf werden häufig eher wahrgenommen als Schilder an der Wand. Berücksichtigen Sie zudem die Höhe, in der Sie Beschilderungen montieren. Hinweisschilder sollen ausreichend groß sein und mit gut lesbarer Schrift versehen.

- ▶ Berücksichtigen Sie, dass nur aus kurzer Lesedistanz wahrnehmbare Information auch für Menschen mit eingeschränktem Sehvermögen oder Rollstuhl erkennbar sein soll. Achten Sie zudem auf ausreichenden Kontrast (z. B. schwarz-weiß, hell-dunkel). Beim Einsatz von Farben ist mögliche Farbenblindheit zu berücksichtigen. Beachten Sie zudem mögliche Blendungen bzw. Spiegeln bei künstlichem Licht.^{1,7,8,9}
- ▶ Verwenden Sie im Rahmen des Orientierungs- und Leitsystems bekannte Begriffe und vermeiden Sie soweit möglich Terminologie. Nutzen Sie die verwendeten Begriffe konsistent (z. B. im Einladungsschreiben, im Rahmen der mündlichen Kommunikation, auf Schildern).^{1,7,8,9}

Inwieweit oftmals scheinbar marginale Inkonsistenzen für Versicherte die Orientierung erschweren können, zeigt folgender Erfahrungsbericht:

„Versicherte hatten in der Vergangenheit in unserer Gesundheitseinrichtung immer wieder Schwierigkeiten das Schwimmbad zu finden. Für uns war dieser Umstand lange Zeit unerklärlich, da das Bad ausgeschildert und unserer Ansicht nach eigentlich gut auffindbar war. Wir entschlossen uns zu einer bewussten Begehung unserer Einrichtung und nahmen dabei das vorhandene Orientierungssystem genau unter die Lupe. Es hat sich gezeigt, dass bei der Beschilderung Begriffe uneinheitlich verwendet wurden. Während auf einem Schild vom „Schwimmbad“ gesprochen wurde, wurde auf einem anderen Schild der Begriff „Therapiebad“ verwendet.“

Oliver Zörner, Gesundheitsmanager in einer BVAEB-Gesundheitseinrichtung

- ▶ Nutzen Sie zur Unterstützung der Eindeutigkeit von Informationen zusätzlich zur Schrift auch Symbole und Grafiken. Achten Sie dabei darauf, dass manche Symbole universell verstanden werden, während dies bei anderen Symbolen oftmals nicht der Fall ist. Im Rahmen eines Projekts der University of California wurden universell verständliche Symbole für den Einsatz im Gesundheitswesen entwickelt. Denken Sie daran neu entwickelte Symbole jedenfalls vorab mit der Zielgruppe auf Verständlichkeit zu testen. In Oberösterreich hat eine Arbeitsgruppe Leit- und Navigationssymbole entwickelt, welche mit der Zielgruppe überprüft wurden und insbesondere von Organisationen für Menschen mit Beeinträchtigungen verwendet werden. Die Symbole zu unterschiedlichen Bereichen (mitunter „Gesundheit und Wohlbefinden“) sind über ein **Symbolportal** frei zugänglich: www.uk-ooe.at



Hilfsmittel



Abb. 20: Beispiele für im Gesundheitswesen einsetzbare Symbole – University of California.¹⁰

- ▶ Stellen Sie das Minimum an Information zur Verfügung, das zur Orientierung benötigt wird. Denn zu viel Information schafft mehr Verwirrung als Orientierung. Unterscheiden Sie daher in Haupt- und Nebenwege. Führen Sie auf Richtungsschildern nicht mehr als fünf Destinationen an. Vermeiden Sie Überschneidungen mit anderen Informationen. Ordnen Sie z. B. Poster, Werbung etc. nicht im gleichen Blick- bzw. Hörfeld an wie die Informationen Ihres Informations- bzw. Orientierungssystems.^{1,7,8,9}
- ▶ Denken Sie daran, möglichst alle Versicherten bei der Orientierung zu unterstützen. Dazu zählen erstmalige Besucherinnen und Besucher der Einrichtung, ältere Personen, Personen nicht deutscher Muttersprache, Personen mit Hör-, Seh-, kognitiver oder körperlicher Beeinträchtigung. Gestalten Sie Informationen und Orientierungshilfen daher nach dem Zwei-Sinne-Prinzip. Neben der visuellen Informationsvermittlung sollte es auch eine akustische oder taktile Vermittlung von Information geben. Stellen Sie schriftliche Information beispielsweise auch in erhabener Profilschrift oder auch in Brailleschrift zur Verfügung. Nutzen Sie taktile kontrastreiche Bodenindikatoren bzw. denken Sie über ein Blindenleitsystem nach. Sprachlich vermittelte Informationen müssen gut verständlich sein. Vermeiden Sie daher soweit möglich Störgeräusche oder schlechte Akustik. Eine geglückte Umsetzung liegt vor, wenn alle Nutzerinnen und Nutzer aus dem Orientierungs- und Leitsystem einen Mehrwert erkennen und erleben können. So kann ein optisch-taktiler Leitsystem guter Qualität auch die Orientierung für Personen ohne Sinnesbeeinträchtigung erleichtern oder leicht verständliche akustische Ansagen können für alle hilfreich sein.^{1,7,8,9}

3.2 Orientierung im Informations- und Systemdschungel bieten

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sozialversicherung haben im Kontakt mit Versicherten gute Möglichkeiten Orientierung im oftmals schwer durchschaubaren Gesundheits- und Sozial(versicherungs)system zu bieten. Das beginnt dabei, eigene Leistungen und Prozesse möglichst transparent und verständlich zu gestalten. Zudem können Sie Versicherte in einer effizienten Nutzung des Gesundheitssystems unterstützen, indem Sie diese an relevante Ansprechpartner weiterverweisen bzw. wichtige Anlaufstellen im Gesundheits- und Sozialwesen nennen. Achten Sie auf einen umfassenden und aktuellen Überblick über relevante Ressourcen und Vernetzungspartner, um Versicherten im Bedarfsfall rasch und unkompliziert für sie relevante Ansprechpartner nennen zu können. Diesbezüglich können Sie auch Vernetzungen mit Einrichtungen der Basisbildung bzw. Alphabetisierung anstreben.³ Sie können Versicherte aber auch bei einem selbstbestimmten Informationsmanagement unterstützen, indem Sie ihnen Handwerkszeug für einen guten Umgang mit Gesundheitsinformationen vermitteln.

Im Folgenden wird anhand von Praxisbeispielen aufgezeigt, wie die Sozialversicherung ihre Versicherten bei der Orientierung im Gesundheits- und Sozial(versicherungs)system unterstützen kann.

3.2.1 Gesundheitskompetenz-Coaching

Das Gesundheitskompetenz-Coaching ist eine Maßnahme zur Stärkung der individuellen Gesundheitskompetenz der Versicherten. Es soll Versicherte bei einem selbstbestimmten Informationsmanagement unterstützen. Das Coaching fokussiert inhaltlich auf das Therapeuten-Patienten-Gespräch sowie den Umgang mit Gesundheitsinformationen aus Internet und Medien. Versicherte erarbeiten wertvolle Tipps, um in Gesprächen mit Therapeutinnen und Therapeuten möglichst gute Informationen zu erhalten sowie für die kritische Bewertung von Gesundheitsinformationen. Das Coaching wurde im Jahr 2015 von OÖGKK, VAEB, AUVA und WGKK pilotiert und auf Basis der Pilotierungsergebnisse weiterentwickelt.



Praxisbeispiel

Gesundheitskompetenz-Coaching

- ▶ ist am besten im Rahmen stationärer Aufenthalte in Einrichtungen der Sozialversicherung (Kur, Reha, etc.) umzusetzen,
- ▶ besteht grundsätzlich aus zwei jeweils eineinhalbstündigen Gruppencoaching-Terminen mit – optimaler Weise – zwölf Teilnehmenden,
- ▶ wird von speziell geschulten SV-Mitarbeiter/innen durchgeführt,
- ▶ wird durch einen Folder begleitet, in den die Teilnehmenden unter anderem ihre persönlichen Gesundheitskompetenz-Ziele eingetragen können.

Sie haben Fragen zum Gesundheitskompetenz-Coaching? Dann wenden Sie sich an:

gesundheitskompetenz@sozialversicherung.at

3.2.2 Gute Quellen im Internet

Orientierungshilfe im Informationsdschungel können Sozialversicherungsträger auch leisten, indem sie ihre Versicherten auf Internetseiten mit verlässlichen Informationen hinweisen. Beispiele für solche „Gute Quellen im Internet“ sind unter anderen:

► **www.gesundheitsinformationen.de**

Diese Webseite bietet umfangreiche und aktuelle Informationen über diverse Krankheiten sowie allgemeine Gesundheitsinformationen zu verschiedensten Themen. Betreiber dieser Seite ist das deutsche Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

► **www.medizin-transparent.at**

„Medizin-Transparent“ bewertet die wissenschaftliche Beweislage hinter Gesundheitsbehauptungen aus Medien, Internet und Werbung. Die Seite ist ein Projekt von Cochrane Österreich an der Donau-Universität Krems in Kooperation mit dem Schaffler-Verlag.

► **www.wissenwaswirkt.org**

„Wissen Was Wirkt – Cochrane bloggt auf Deutsch“ ist ein Blog geführt von Cochrane-Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. Ein Blog ist als eine tagebuchartig geführte und öffentlich zugängliche Webseite zu verstehen, die ständig um Kommentare oder Notizen zu einem bestimmten Thema ergänzt wird. Ziel des Blogs ist es, interessierten Personen aktuelle, unabhängige und hochwertige Informationen für gesundheitsbezogene Entscheidungen zur Verfügung zu stellen. Zudem werden neue Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin mit interessanten Geschichten vermittelt.

► **www.patienten-information.de**

„Patienten-information.de“ liefert kompakte, verlässliche und verständliche Informationen sowie Checklisten und Leitlinien für Patientinnen und Patienten und andere interessierte Personen. Die Seite wird vom deutschen Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin betrieben.

► **www.gutepillen-schlechtepillen.de**

„Gute Pillen – schlechte Pillen“ bietet Orientierung und unabhängige Information im „Pharma-Dschungel“, beispielsweise zu Nahrungsergänzungsmitteln. Zudem werden in der Rubrik „Werbung – Aufgepasst!“ Werbebotschaften analysiert und richtig gestellt.

► **www.sozialversicherung.at/faktenbox**

Auf dieser Seite des Dachverbandes der österreichischen Sozialversicherungen sind Faktenboxen zu unterschiedlichsten Themen zu finden, die transparent und übersichtlich Chancen und Risiken von medikamentösen, diagnostischen oder

präventiven Maßnahmen verdeutlichen (zum Beispiel: Sollte ich meinen Rücken bei Schmerzen röntgen lassen?).

► www.washabich.de

„Was hab' ich?“ ist eine Internetseite, auf der Medizinstudenten kostenlos medizinische Befunde in eine für Patientinnen und Patienten leicht verständliche Sprache übersetzen.

► <https://gemeinsam-gut-entscheiden.at>

Gemeinsam gut entscheiden – Choosing Wisely Austria – hat sich zum Ziel gesteckt, Überversorgung bei medizinischen Leistungen in Österreich zu verhindern. Hier findet man kompakte und leicht verständliche Top-5 Listen verschiedener Fachbereiche.

► www.awmf.org/leitlinien/patienteninformation.html

Auf der Internetseite „AWMF online – Das Portal der wissenschaftlichen Medizin – Abschnitt Leitlinien“ werden ausführliche Patienteninformationen zu verschiedenen Krankheiten kostenlos zur Verfügung gestellt. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die als Patienteninformationen zur Verfügung gestellten Dokumente nur dazu dienen, bereits bestehende Arzt-Patienten-Beziehungen zu unterstützen und keinesfalls zu ersetzen.

3.2.3 Die App „MedBusters“

Die App MedBusters zieht evidenzbasierte Informationen zu Gesundheitsfragen von qualitätsgesicherten Anbietern aus Österreich und Deutschland zusammen und stellt diese gesammelt und übersichtlich dar. Die Texte sind von Medizinjournalisten in klarer, verständlicher Sprache verfasst. Nutzerinnen und Nutzer können somit niederschwellig und ohne großen Suchaufwand auf verlässliche und verständliche Gesundheitsinformation zugreifen und werden so in ihren Gesundheitsentscheidungen unterstützt. Zudem können die Nutzerinnen und Nutzer Themen einbringen, für die eine wissenschaftliche Aufarbeitung gewünscht ist und somit den Inhalt der App selbst mitgestalten. Die App ging aus einer Kooperation zwischen Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, dem Projekt Medizin-Transparent.at und der Gesundheitsinformation.de des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hervor. „MedBusters“ ist sowohl über den Google Play-Store und den Apple App-Store als auch über die Website des Dachverbands der österreichischen Sozialversicherungen verfügbar.¹¹



Praxisbeispiel





Praxisbeispiel

3.2.4 Gesundheits-Informations-Zentren

Gesundheits-Informations-Zentren, wie sie von der ÖGK betrieben werden, setzen an der Problemlage an, dass sich viele Betroffene auf Grund mangelnder (verständlicher) Information nur schwer im Gesundheits- und Sozialsystem zu Recht finden. Als Informationsdrehscheibe und Beratungszentrum zielen sie darauf ab qualitätsvolle und unabhängige Informationen rund um das Thema Gesundheit und Krankheit zu vermitteln und die Orientierung im Gesundheits- und Sozialsystem zu erleichtern. Im Besonderen sei auf die Beratung in sozialen, finanziellen und rechtlichen Fragen, die mit Gesundheit und Krankheit verbunden sind, verwiesen. Dabei wird individuelle Hilfestellung bei der Suche nach und Vernetzung mit erforderlichen Anbietern und Anlaufstellen im Gesundheits- und Sozialbereich (z. B. Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten, Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen) geboten. Zudem wird den Versicherten mit einer Gesundheitsbibliothek Zugang zu einem breiten Spektrum an gesundheitsbezogenen Informationen zur Verfügung gestellt.^{12,13}



Praxisbeispiel

3.2.5 Orientierungshilfen zu Leistungsansprüchen

Eine gesundheitskompetente Sozialversicherung vermittelt unter anderem klar, welche Leistungen durch die Sozialversicherung abgedeckt sind und für welche Leistungen Versicherte selbst bezahlen müssen.¹⁴ Zudem werden Versicherte darüber aufgeklärt, welche Voraussetzungen für gewisse Leistungen erfüllt sein müssen oder aber wie Anträge für bestimmte Leistungen gestellt werden können.

Die ÖGK setzt in Ergänzung zu Drucksorten wie Foldern und Broschüren zunehmend auf Erklär-Videos, wenn es darum geht den Versicherten Orientierungshilfe zu Leistungsansprüchen zu bieten. Ein Beispiel ist das Thema Wochengeld, das Erklär-Video dazu sehen und hören Sie hier: www.oegk.at/wochengeld

„Beim Thema Wochengeld haben wir die große Herausforderung, dass wir komplexe Inhalte unseren Kundinnen und Kunden möglichst einfach erklären müssen – und das vor dem Hintergrund, dass jeder Sechste bis Siebente nicht sinnerfassend lesen kann. Was haben wir gemacht? Wir haben die Methodenbox herangezogen, und eine der Maßnahmen war, dass wir ein Erklär-Video erstellt haben, das es in Zukunft auch mehrsprachig geben wird. Wir haben das Ganze in bestehende Internet-Seiten und Social Media – Kanäle eingebettet. Letztendlich sind die Kundinnen und Kunden besser informiert, haben weniger Fragen, und wir haben mehr Zeit für qualitative Beratung.“

Mag. Jakob Pumberger, Leiter der Abteilung Kundenanliegen in der ÖGK in Wien

Als Beispiel guter Praxis können auch die Faktenboxen der AOK genannt werden, welche nicht nur zu medizinischen Themen erstellt werden, sondern vereinzelt auch zu Fragestellungen des Leistungsanspruchs (z. B. Mein Kind braucht eine Zahnspange. Was zahlt die Krankenkasse und wie bekomme ich mein Geld zurück? / Mein Kind ist krank. Zahlt meine Krankenkasse, wenn ich zu Hause bleibe?)

💡 **AOK-Faktenbox**
Letzte Aktualisierung am: 10. März 2017

? Kieferorthopädische Behandlung: Zahlt die AOK die Zahnsperre für mein Kind?

Nutzen: Die AOK übernimmt die Kosten, wenn das Kind eindeutigen Bedarf hat und die Behandlung erfolgreich abschließt.

	Während der Behandlung	Nach erfolgreicher Behandlung
 1. Kind	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>80 %</p> <div style="background-color: #444; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> <p>AOK</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>20 %</p> <div style="background-color: #ccc; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>Eltern</p> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>100 %</p> <div style="background-color: #008000; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> <p>AOK</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>0 %</p> <div style="background-color: #ccc; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>Eltern</p> </div> </div>
 Ab dem 2. Kind	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>90 %</p> <div style="background-color: #444; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> <p>AOK</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>10 %</p> <div style="background-color: #ccc; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>Eltern</p> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>100 %</p> <div style="background-color: #008000; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> <p>AOK</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>0 %</p> <div style="background-color: #ccc; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>Eltern</p> </div> </div>

➔ **Erläuterungen und Quellen**

! So bekommen Sie Ihr Geld nach erfolgreich abgeschlossener Behandlung zurück.

Wichtig während der Behandlung	Wichtig beim Abschluss der Behandlung	Jetzt bekommen Sie Ihr Geld zurück
 Bewahren Sie sämtliche Originalrechnungen des Kieferorthopäden auf: Sie sind der Nachweis über Ihren gezahlten Eigenanteil.	 Der Kieferorthopäde schließt die Behandlung in einem persönlichen Gespräch offiziell ab. Dabei erhalten Sie eine Abschlussrechnung.	 Schicken Sie Folgendes an die AOK: · Originale der Rechnungen und der Abschlussrechnung · Bankverbindung

⚠ Achtung: Bei Abbruch der Behandlung bekommen Sie kein Geld zurück.

➔ **Erläuterungen und Quellen**

Herausgeber:

Max-Planck-Institut für Bildungsforschung
 Max Planck Institute for Human Development

Abb. 21: Orientierungshilfe zu Leistungsansprüchen – AOK-Medien-dienst. Faktenbox „Kieferorthopädische Behandlung: Zahlt die AOK die Zahnsperre für mein Kind?“¹⁵

3.2.6 Broschüre „Seelische Gesundheit“



Praxisbeispiel

Das Thema der psychischen Gesundheit ist nach wie vor ein sensibles, oftmals mit Scham besetztes Thema. Betroffene benötigen oft viele Stationen, bevor sie eine passende Versorgung erhalten. Demgegenüber steht ein mittlerweile vielschichtiges Spektrum an Leistungsangeboten bei psychischen Problemen. Durch die Vielzahl der im Bereich der psychischen Gesundheit involvierten Berufsgruppen ist es für Versicherte jedoch nicht einfach die richtige Anlaufstelle zu finden. Ein bundesweiter und zwei regionale SV-Träger bildeten in den 10er-Jahren die Arbeitsgruppe „Seelische Gesundheit in der Region Mürztal“ und entschlossen sich mit einer Broschüre Orientierungshilfe zu bieten.

In der Broschüre werden die einzelnen im Bereich psychische Gesundheit tätigen Berufsgruppen aus den Bereichen Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie erläutert. Dadurch sollen Versicherte Klarheit erlangen, wann sie welche Expertinnen bzw. Experten zu Rate ziehen können.

Wege durch den „Psychodschungel“

- ➔ Häufig stellt der Hausarzt die erste Anlaufstelle dar, wobei auch ein Facharzt herangezogen werden kann, um die Abklärung körperlicher Ursachen zu spezifizieren.
- ➔ Können diese nicht gefunden werden, sollte eine Überweisung zum Psychiater und/oder Psychotherapeuten erfolgen. Aufgrund seines Fachwissens verschreibt der Psychiater nach Erstellung einer Diagnose die für die Symptomatik geeignete Therapieform. Komplementär dazu erfolgt die Therapie durch einen Psychotherapeuten in ambulanter Form.
- ➔ Zeigt sich im Laufe der Behandlung keine Besserung, wird eine stationäre Behandlung und/oder eine Rehabilitation in Erwägung gezogen.
- ➔ Auch danach ist eine Behandlung durch einen Psychotherapeuten oder Klinischen Psychologen und Psychiater ratsam.

Psychotherapeut

Titel: je nach Grundausbildung

AUSBILDUNG
Die Rahmenbedingungen der Ausbildung zum Psychotherapeuten sind im Psychotherapiegesetz (PsthG 1990) geregelt. Diese Ausbildung ist nicht ausschließlich Akademikern (Psychologen, Ärzten, Pädagogen) zugänglich. Auch Personen mit einem sozialen Grundberuf wie z.B. Sozialarbeiter, Krankenpfleger, Kindergärtner, Lehrer können diese Ausbildung absolvieren.

EINSATZBEREICHE / SCHWERPUNKTE
Vorbeugung, Behandlung, Begleitung psychischer, psychosozialer und psychosomatischer Leidenszustände mit Hilfe wissenschaftlich fundierter Methoden, Kurz- oder Langzeitpsychotherapie. **Darf keine Medikamente verschreiben, keine Befunde verfassen**, jedoch psychotherapeutische Stellungnahmen, Diagnosen und Therapiepläne erstellen. Bieten Einzel-, Paar-, Gruppen- oder Familientherapie an. Psychotherapeutische Einheiten dauern mind. 50 Minuten. Enge Zusammenarbeit mit Ärzten, Psychologen und anderen psychosozialen Berufsgruppen.

ARBEITSWEISEN / METHODEN
Psychotherapeutisches Gespräch und psychotherapeutische Behandlungsmethoden abhängig von der Therapieschule: systemisch, verhaltenstherapeutisch, oder tiefenpsychologisch-dynamisch; Familienaufstellung, etc.

Abb. 22: Orientierungshilfe im „Psychodschungel“ – Broschüre „Seelische Gesundheit in der Region Mürztal“ BKK Kapfenberg, BKK voestalpine Bahnsysteme & VAEB.¹⁶

- 1 Rudd, R.E. (2010). *The Health Literacy Environment Activity Packet. First Impressions & A Walking Interview*. Harvard School of Public Health
- 2 Abrams, M., Kurtz-Rossi, S., Riffenburgh, A. & Savage, B. (2014). *Building Health Literate Organizations: A Guidebook to Achieving Organizational Change*. Unity Point Health.
- 3 Brega, A., Barnard, J., Mabachi, N., Weiss, B., DeWalt, D., Brach, C., Cifuentes, M., Albright, K & West, D. (2015). *AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit*. (2. Auflage). Agency for Healthcare Research and Quality: Rockville, MD.
- 4 Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., Viera, A., Crotty, K., Holland, A., Brasure, M., Lohr, K. N., Harden, E., Tant, E., Wallace, I. & Viswanathan, M. (2011). *Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review. Evidence Report/Technology Assessment No. 199*. Agency for Healthcare Research and Quality: Rockville.
- 5 Bundeskanzleramt Österreich (o.J.). *Allgemeines zum barrierefreien Bauen*. Wien.
- 6 Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2012). *Nationaler Aktionsplan 2012–2020. Strategie der österreichischen Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention*. Wien.
- 7 Wolf, A. (2015). Leicht finden. Orientierungssysteme unter dem Gesichtspunkt von Barrierefreiheit. In: K. Candussi & W. Fröhlich (Hg.), *Leicht Lesen. Der Schlüssel zur Welt* (S. 229–238). Wien: Böhlau Verlag.
- 8 Department of Health and Human Services (2008). *Specialist clinics wayfinding guidelines. The outpatient journey*. Victoria State Government.
- 9 Agentur Barrierefrei NRW (2014). *Barrierefreiheit in öffentlichen Gebäuden. Lösungsbeispiele für Planer und Berater*. 3. Aufl., Wetter/Ruhr.
- 10 Hablamos Juntos & SEGD (o.J.). *Universal Symbols in Health Care. Developing a Symbols-Based Wayfinding System: Implementation Guidebook*.
- 11 Dachverband der österreichischen Sozialversicherungen. MedBusters. Die App für gesundes Wissen. Wien.
- 12 SGKK (o.J.). *Gesundheits-Informationen-Zentrum*.
- 13 BGKK (o.J.). *GesundheitsInfoZentrum*.
- 14 Brach, C., Dreyer, B., Schyve, P., Hernandez, L., Baur, C., Lemerise, A. J. & Parker, R. (2012). *Zehn Merkmale Gesundheitskompetenter Krankenversorgungsorganisationen. Deutsche Übersetzung: Dietscher, C*. Institute of Medicine.
- 15 AOK-Die Gesundheitskasse. AOK Mediendienst (2017). *Kieferorthopädische Behandlung: Zahlt die AOK die Zahnspange für mein Kind?*
- 16 BKK Kapfenberg, BKK voestalpine Bahnsysteme & VAEB (o.J.). *Seelische Gesundheit in der Region Mürztal*.

Die Methodenbox zum Download und das gesammelte Literaturverzeichnis inklusive des Nachweises der elektronischen Quellen finden Sie unter:

www.sozialversicherung.at/gesundheitskompetenz/methodenbox

4 Wie können Sie Versicherte beteiligen?

Für Expertenorganisationen wie die Sozialversicherung ist es meist schwer zu beurteilen, inwieweit Versicherte Probleme haben zur Verfügung gestelltes Informationsmaterial tatsächlich zu verstehen, notwendige Formulare richtig auszufüllen oder sich im Sozialversicherungssystem zu Recht zu finden. Die Einbeziehung von Vertreterinnen und Vertretern der Zielgruppen in die Entwicklung und Gestaltung von (Gesundheits-) Informationsangeboten ist ein guter Weg, um unterschiedliche Bedürfnisse zu berücksichtigen und auch auf Bedarfe von Personen mit limitierter Gesundheitskompetenz ausreichend einzugehen.¹ Die Möglichkeit zur Partizipation soll nicht nur aktivieren, sondern auch Prozesse und Projekte dynamisieren, zu innovativen und nachhaltigen Lösungen führen und somit letztlich zur Qualitätssicherung beitragen. Werte, bestehende Bedarfe und Interessen werden im Rahmen von Beteiligungsprozessen sichtbar und der Informationsfluss kann verbessert werden.² Von einer vermehrten Partnerschaftlichkeit verspricht man sich bessere Ergebnisse und Entscheidungsgrundlagen durch Einbeziehung einer größeren Bandbreite an Sichtweisen. Durch bedarfsgerechtere Lösungen soll die Zufriedenheit der Versicherten verbessert werden.³



Die Einbeziehung der Zielgruppe in die (Weiter-)entwicklung von Angeboten trägt zu bedarfsgerechteren Lösungen und verbesserter Qualität bei.

Die im Folgenden vorgestellten Methoden, Materialien und Praxisbeispiele widmen sich ganz dem Thema Partizipation. So finden Sie auf den nächsten Seiten wertvolle Tipps, wie Sie Versicherte in die Entwicklung von Informationsmaterialien einbeziehen oder Leit- und Orientierungssysteme unter Versichertenbeteiligung testen können. Auch Anregungen für das Einholen von Feedback der Versicherten in Befragungen sowie für die Einbeziehung der Versicherten in die Planung, Durchführung und Bewertung von Projekten sind Teil dieses Kapitels. Zudem wird ein Praxisbeispiel für systematische Versichertenbeteiligung innerhalb der Sozialversicherung vorgestellt.

4.1 Informationsmaterialien mit der Zielgruppe testen

Viele Gesundheitsinformationen sind für Versicherte zu komplex und nur schwer zu verstehen.⁴ Studien belegen, dass unter Einbindung von Nutzerinnen und Nutzern erstellte Gesundheitsinformationen leichter lesbar und verständlicher sind. Zudem sind sie für die Zielgruppe relevanter und tragen zu größerem Wissenszuwachs bei als Informationen, welche ohne Beteiligung der Zielgruppe entwickelt wurden.⁵ Die Anpassung von Informationsmaterialien an die Zielgruppe durch die Beteiligung von Nutzerinnen und Nutzern wird als wesentliches Qualitätskriterium gefordert⁶. So wird auch in der Leitlinie für evidenzbasierte Gesundheitsinformationen die Einbindung der Zielgruppe bei der Erstellung von Gesundheitsinformationen empfohlen.⁷



Methode

In der Phase der Entwicklung geht es mitunter darum, dass Sie die Informationsbedarfe und Präferenzen der Zielgruppe ausreichend berücksichtigen. Versicherte finden möglicherweise Informationen relevant, welche Sie als Expertin oder Experte nicht als vorrangig erachten. Im Rahmen der Pilotierung von Materialien sollten Sie Entwürfe schließlich mit Versicherten testen und überprüfen. So können Sie möglicherweise schwer verständliche Passagen Ihres Materials noch überarbeiten.

Die Einbindung der Zielgruppe ist die beste Methode um sicherzugehen, dass Ihr Informationsmaterial verständlich und ansprechend ist.

Es gibt unterschiedliche Methoden und Strategien, die Sie im Erstellungsprozess für die Einbeziehung der Zielgruppe nutzen können. Entsprechende Leitfäden für Nutzertestungen finden sich beispielsweise in der US-amerikanischen Literatur.⁸ Auch im deutschsprachigen Raum gibt es vereinzelt Beispiele dafür, wie die Zielgruppe systematisch in die Entwicklung von Patienteninformationen miteinbezogen wird. Eine standardmäßige Nutzertestung wird beispielsweise in Deutschland für die vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erstellten Gesundheitsinformationen umgesetzt.⁹ Im Folgenden finden Sie darauf aufbauend wichtige Tipps, wie die Einbeziehung von Versicherten in die Entwicklung von schriftlichen Informationsmaterialien gelingen kann.

4.1.1 Eine Nutzertestung planen



Bei der Planung einer Nutzertestung sind unterschiedliche Schritte zu berücksichtigen:

- **Legen Sie Ziele der Nutzertestung und die relevanten Themen fest, zu denen Sie Feedback von Leserinnen und Lesern erhalten möchten.**

Machen Sie sich bewusst, welche Ziele Sie mit der Nutzertestung erreichen möchten. Die Einbeziehung der Zielgruppen kann Ihnen wichtige Hinweise zu unterschiedlichen Aspekten des Informationsmaterials geben (z. B. Inhalt, Verständnis, Übersichtlichkeit etc.). Eine Auswahl möglicherweise für Ihre Nutzertestung relevanter Themen findet sich im Kapitel 4.1.3

Zudem können sich relevante Themen auch nach der Beschäftigung mit Qualitätskriterien für die schriftliche Kommunikation (Kapitel 1.1) ergeben. Gegebenenfalls ist es nicht immer leicht diese Kriterien zu erfüllen und Sie sind sich unsicher. Fragen Sie bei den Leserinnen und Lesern nach, was ihre Meinung zu verschiedenen Aspekten des Materials ist und wie ihre Präferenzen aussehen!⁸

► **Entscheiden Sie sich für die Methode der Nutzertestung und legen Sie die Strategien fest, welche Sie bei der Nutzertestung einsetzen möchten.**

Sie können für die Einbeziehung der Zielgruppe bei der Entwicklung von Informationsmaterialien unterschiedliche Methoden und Strategien nutzen. So können Sie individuelle Einzelinterviews, Fokusgruppen oder schriftliche Einzelbewertungen mittels Fragebogen durchführen. Zudem können Sie unterschiedliche Strategien wie spezifische Aufgabenstellungen oder „Think aloud“-Protokolle einsetzen. Näheres zu den Methoden und Strategien findet sich im Kapitel 4.1.2. Alle Methoden und Strategien haben jeweils Vor- und Nachteile. Bei der Wahl der für Sie richtigen Methode sind mitunter Aspekte wie vorhandene Ressourcen, Art der Zielgruppe sowie Art und Umfang des erwünschten Feedbacks zu berücksichtigen. Je nach Zweck und Art des Feedbacks eignen sich gegebenenfalls auch unterschiedliche Strategien. Schreiben Sie in einem Leitfaden relevante Fragen nieder, welche Sie Leserinnen und Lesern stellen möchten. Überlegen Sie sich gegebenenfalls vorab Aufgaben für Leserinnen und Leser, um die Benutzerfreundlichkeit des Materials zu testen.⁸ Im Rahmen von Einzelinterviews oder Gruppendiskussionen sollten Sie sich Gedanken über die Dokumentation machen. Gegebenenfalls sind neben handschriftlichen Protokollen auch Audioaufnahmen von Vorteil.

► **Legen Sie Zeitpunkt und Umfang der Nutzertestung fest.**

Grundsätzlich kann Feedback der Zielgruppe in unterschiedlichen Stadien der Entwicklung bzw. Überarbeitung von Informationsmaterialien zum Einsatz kommen. Wichtig ist jedoch Feedback zu einem Zeitpunkt einzuholen, zu dem noch ausreichend Zeit für möglicherweise notwendige Überarbeitungen ist. Sie können sich auch überlegen Feedback nicht nur einmalig einzuholen, sondern in unterschiedlichen Phasen der Entwicklung und Überarbeitung.

Wie viele Einzelinterviews oder Gruppendiskussionen notwendig sind, ist nicht einfach zu beantworten und wird auch von den zur Verfügung stehenden Ressourcen bestimmt. Grundsätzlich gilt: je diverser die Zielgruppe eines Informationsmaterials, desto mehr Feedback (höhere Anzahl an Interviews, Fokusgruppen) ist notwendig. Zudem ist es bei knappen Ressourcen sinnvoller Feedback-Runden mit wenigen Interviews oder nur einer Fokusgruppe in unterschiedlichen Stadien der Entwicklung umzusetzen als eine größere Anzahl an Interviews und Fokusgruppen zu lediglich einem Zeitpunkt.⁸ Im Rahmen der Nutzertestung von Gesundheitsinformationen des IQWiG werden standardmäßig jeweils vier Gesundheitsinformationen von einer Gruppe von fünf Teilnehmern bewertet. Bei der Nutzung von Einzelinterviews werden pro Material Interviews mit vier Personen geführt.^{9,11}

► **Bestimmen Sie, wer für die Teilnahme an der Nutzertestung in Frage kommt und planen Sie die Rekrutierung.**

Welche Versicherten sollen Teil der Nutzertestung sein? Um diese Frage zu beantworten, ist es zentral sich über die Zielgruppe des zu bearbeitenden Informationsmaterials klar zu werden. Richtet sich das Informationsmaterial überwiegend an ältere Versicherte mit geringem Bildungsstand sollte nicht Feedback von Akademikerinnen und Akademikern mitten im Berufsleben eingeholt werden. Handelt es sich um Informationsmaterial zum Umgang mit Diabetes sollten Personen mit der entsprechenden Erkrankung einbezogen werden. Überlegen Sie, ob Sie gegebenenfalls mit Organisationen und Einrichtungen zusammenarbeiten, die Ihnen bei der Rekrutierung relevanter Teilnehmerinnen und Teilnehmer behilflich sein können (z. B. Migrant*innenorganisationen, Selbsthilfegruppen).⁸

Im Rahmen der Nutzertestung von Gesundheitsinformationen des IQWiG wird bei der Rekrutierung relevanter Teilnehmerinnen und Teilnehmer überwiegend auf das Schneeballverfahren und die Zusammenarbeit mit einem bestehenden Netzwerk an Kooperationspartnern gesetzt. Insbesondere persönliche Kontakte der Netzwerkpartner vor Ort (z. B. Allgemeiner Sozialer Dienst) haben sich für die Rekrutierung als hilfreich erwiesen. Es wurden darüber hinaus für die Bewerbung auch Aushänge an entsprechenden Stellen wie Praxen oder Krankenhäusern sowie Hinweise in lokalen Anzeigenblättern genutzt. Zudem werden Aufwandsentschädigungen für eine Teilnahme ausgestellt.^{9,11} Achten Sie jedoch darauf, dass Sie immer wieder auch neue Nutzerinnen und Nutzer für Nutzertestungen rekrutieren. Nutzertests haben einen „bildenden“ Effekt. Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden mit der Zeit besser darin die Inhalte rasch zu erfassen und zu verstehen. Somit spiegeln sie gegebenenfalls nicht mehr jene Leserinnen und Leser wider, welche das erste Mal mit Ihrem Informationsmaterial in Berührung kommen.

► **Legen Sie fest, was Sie den Leserinnen und Lesern im Rahmen der Nutzertestung vorstellen.**

Ob Sie Leserinnen und Lesern im Rahmen einer Feedback-Runde das gesamte Informationsmaterial, nur Teile davon oder aber unterschiedliche Versionen vorlegen, ist von vielen Faktoren abhängig. Mitunter wird diese Entscheidung davon beeinflusst, in welcher Phase der Erarbeitung bzw. Überarbeitung Sie sich befinden, welche Art von Feedback Sie erhalten möchten und wie viel Zeit im Rahmen einer Feedback-Runde zur Verfügung steht.⁸ Im Rahmen der systematischen Nutzertestung von Gesundheitsinformationen des IQWiG werden im Rahmen einer Gruppendiskussion maximal vier verschiedene Texte zu unterschiedlichen Themen bearbeitet.

Sie sollten Ihre Gruppe an Nutzerinnen und Nutzern jedoch nicht überfordern und daher den Umfang des zu beurteilenden Materials beschränken. Überlegen Sie zudem, ob Sie das zu bewertende Material den Teilnehmerinnen und Teilnehmern bereits vorab zur Durchsicht übermitteln. Stellen Sie das Informationsmaterial erst vor Ort das erste Mal zur Verfügung, können Sie erste Reaktionen auf das Material beobachten. Sie erhalten eher einen Eindruck davon, ob das Material auf Anhieb ansprechend und

verständlich ist. Stellen Sie umfangreichere Materialien jedoch vorab zur Verfügung, ist dies mitunter zeitsparend und kann einer Überforderung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer vor Ort vorbeugen.⁹

4.1.2 Methoden und Strategien für die Nutzertesting auswählen

Die Einbeziehung von Versicherten in den Erstellungsprozess von Informationsmaterialien kann auf unterschiedliche Weise erfolgen: durch schriftliche Einzelbefragungen mittels Fragebogen, durch Einzelinterviews, durch Befragungen im Rahmen einer Fokusgruppe oder durch Einbeziehung von Versichertenvertretern in Arbeitsgruppensitzungen im Rahmen der Vorbereitung und Erstellung von Informationen.¹⁰

Qualitative Verfahren der Einbeziehung von Versicherten – d. h. Einzelinterviews oder Fokusgruppen/Gruppendiskussionen mit Versicherten werden in der Nutzertesting überwiegend bevorzugt. Bei diesen Methoden der Nutzertesting von Informationsmaterialien handelt es sich um Face-to-Face-Situationen, im Rahmen derer Reaktionen von Versicherten zu einem bestimmten Informationsmaterial erfasst werden. Im Vergleich zu quantitativen Befragungen mittels Fragebogen bieten qualitative Verfahren die Möglichkeit detailliertere und tiefergehende Informationen zur Sichtweise der Versicherten zu erlangen.⁹ Letztlich erhält man durch entsprechende Verfahren exaktere Hinweise für die Entwicklung oder Überarbeitung des Informationsmaterials.

► Einzelinterviews mit Versicherten

Im Rahmen von Interviews wird das Feedback von Versicherten einzeln durch eine Interviewerin oder einen Interviewer eingeholt, indem Fragen gestellt werden und das Verhalten im Umgang mit dem Material beobachtet wird.⁸

Eine geringe Lesekompetenz, ein schwächeres Durchhaltevermögen sowie Probleme beim Erschließen von Texten sind oft mit Scham besetzt. Einzelinterviews bieten im Vergleich zu Gruppensettings einen geschützteren Rahmen und ermöglichen ein verstärkt individuelles Eingehen auf unterschiedliche Lesekompetenzen der Nutzerinnen und Nutzer. Zudem kann im Einzelsetting das Anschließen an bereits genannte Meinungen vermieden werden. Einzelinterviews werden beispielsweise im Rahmen der Nutzertesting von Gesundheitsinformationen des IQWiG für sozial benachteiligte Personen eingesetzt. Die Interviews dauern rund eine Stunde.¹¹

► Fokusgruppen mit Versicherten

Im Gegensatz zu individuellen Interviews wird im Rahmen von Fokusgruppen bzw. Gruppendiskussionen das Feedback von mehreren Versicherten in einem moderierten Gruppensetting eingeholt. Versicherte sollen hierbei unterschiedliche Aspekte des Materials in der Gruppe diskutieren, um die Fülle an Meinungen sichtbar zu machen.⁸ Gruppensettings regen den Kommunikationsprozess an und es kommt im Austausch mit anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmern oftmals dazu, dass auch unbewusste Aspekte vermehrt thematisiert werden. Dadurch führen die Ergebnisse der Gespräche häufig über die Antworten einzelner Interviewpartner hinaus. Zudem sind Gruppendiskussionen ressourcenschonender als Einzelinterviews.⁹

Fokusgruppen bestehen oft aus sechs bis zehn Personen und dauern in etwa ein bis zwei Stunden. Feedback kann jedoch auch in sehr kleinen Gruppen von zwei bis drei Personen eingeholt werden.⁸ Im Rahmen der standardmäßigen Nutzertestung von Gesundheitsinformationen des IQWiG werden Gruppendiskussionen mit fünf Teilnehmern durchgeführt, welche in der Regel ca. zwei Stunden dauern.⁹

► Einzelbewertungen mittels Fragebogen

Quantitative Verfahren können im Vergleich zu qualitativen Methoden der Nutzertestung nur wenig detaillierte Informationen liefern. Gegebenenfalls können entsprechende Verfahren jedoch zusätzlich eingesetzt werden. Im Rahmen der standardmäßigen Nutzertestung von Gesundheitsinformationen des IQWiG werden vor Abhaltung der Gruppendiskussionen schriftliche individuelle Einzelbewertungen des Informationsmaterials anhand eines Fragebogens erhoben. Dies ermöglicht zusätzlich eine durch den Gruppenprozess noch unbeeinflusste Einschätzung des Materials.⁹

Man unterscheidet grundsätzlich vier Strategien, welche Sie im Rahmen der Nutzertestung zum Einsatz bringen können:⁸

► Stellen Sie Fragen

Das Stellen von Fragen ist die zentralste Strategie, um Feedback von Versicherten zu erhalten und ist wesentlicher Teil aller Nutzertestungen. Überlegen Sie sich relevante Fragen in Vorbereitung auf Interviews oder Fokusgruppen und schreiben Sie diese in einem Leitfaden nieder. Diese Fragen können natürlich spontan ergänzt werden, wenn sich im Gesprächsverlauf weitere interessante Fragestellungen ergeben. Fragen Sie nach, wenn Sie detailliertere Antworten möchten oder Versicherte zum Weiterreden ermutigen wollen (z. B. „Sie haben gemeint die Broschüre ist verwirrend – welche Aspekte sind Ihrer Meinung nach verwirrend?“). Achten Sie bei der Formulierung der Fragen auf folgende Aspekte:

- Formulieren Sie Fragen möglichst neutral, um Versicherte möglichst wenig in ihrem Antwortverhalten zu beeinflussen.
z. B. „Was halten Sie von dieser Abbildung?“ besser als: „Wie sehr gefällt Ihnen diese Abbildung?“
- Formulieren Sie Fragen freundlich und vermeiden Sie den Eindruck von Prüfungssituationen.
z. B. „Was glauben Sie wird in der Broschüre mit ‚Nebenwirkung‘ gemeint?“ besser als: „Was bedeutet ‚Nebenwirkung‘?“
- Formulieren Sie wenn möglich offene Fragen, damit Versicherte in ihren eigenen Worten antworten und vermeiden Sie überwiegend geschlossene Fragen (Ja-/Nein-Fragen).
z. B. „Was gefällt Ihnen an der Broschüre?“ besser als „Gefällt Ihnen die Broschüre?“

Falls Sie zusätzlich einen schriftlichen Fragebogen einsetzen, überlegen Sie sich welche Fragestellungen über diesen sinnvoll zu erfassen sind. Der Einsatz von Fragebögen erlaubt vor allem quantitative Bewertungen.

► **Geben Sie der Leserin bzw. dem Leser eine Aufgabe**

Das Stellen von Aufgaben ist eine Strategie, um die „Benutzerfreundlichkeit“ des Informationsmaterials zu testen. Es soll aufgezeigt werden, wie einfach oder schwierig es für die Leserin bzw. den Leser ist das Informationsmaterial entsprechend seinem Zweck einzusetzen. Die Art der Aufgabe ist von der Art des Informationsmaterials abhängig. Handelt es sich um eine Broschüre zum Krankengeld, kann beispielsweise die Aufgabe gestellt werden zu beantworten, wie lange man in einer bestimmten Situation noch Krankengeld beziehen kann. Handelt es sich um eine Broschüre zum Thema Mammographie-Screening kann die Aufgabe darin bestehen, zu beurteilen, ob man selbst am Brustkrebs-Früherkennungsprogramm teilnehmen kann bzw. eine Einladung der Sozialversicherung erhalten wird.

Es kann aber auch die Aufgabe gestellt werden bestimmte Informationen innerhalb des Informationsmaterials zu finden. Diese Strategie ist im Rahmen von Fokusgruppen nur bei kleineren Gruppen sinnvoll, da es ansonsten schwierig wird zu beobachten, wie die Aufgaben gemeistert werden.

► **Beobachten Sie das Verhalten der Leserinnen und Leser**

Sie können das Verhalten der Leserinnen und Leser im Umgang mit Informationsmaterialien sowohl bei Einzelinterviews als auch bei Gruppendiskussionen zusätzlich beobachten – auch wenn es nicht die vorrangige Strategie ist, um Informationen einzuholen. So können Sie beispielsweise darauf achten, in welcher Reihenfolge Leserinnen und Leser ein Informationsmaterial durchsehen, wie lange Sie sich mit unterschiedlichen Bereichen des Informationsmaterials auseinandersetzen, inwieweit Hilfsmittel wie Inhaltsverzeichnisse oder Überschriften zur Orientierung genutzt werden. Zudem können Mimik und Gestik der Leserinnen und Leser Hinweise dazu liefern, ob gegebenenfalls in bestimmten Bereichen nochmal nachgefragt werden sollte.

► **Bitten Sie die Leserinnen und Leser laut zu denken**

Um möglichst sinnvolles Feedback von den Versicherten zu erhalten, soll eine Atmosphäre geschaffen werden, in der offene und freie Rückmeldungen gefördert werden. Die Strategie „Laut denken“ („Think aloud“) kann dazu beitragen. Bitten Sie Versicherte einfach laut zu äußern, was ihnen in den Sinn kommt, wenn sie das Informationsmaterial durchblättern bzw. was sie sich gerade ansehen. Es wird mitunter ersichtlich, welche Aspekte des Informationsmaterials die Aufmerksamkeit der Leserinnen und Leser erregen. Diese Strategie ermöglicht die unmittelbaren Eindrücke der Leserinnen und Leser zu sammeln, ohne dass diese bereits durch Fragen beeinflusst werden. Zudem können Sie dadurch unerwartete Hinweise erhalten – mitunter zu Aspekten, zu welchen Sie ansonsten keine Fragen gestellt hätten. Bitten Sie Versicherte zudem den Text vorzulesen und den Inhalt in eigenen Worten zu erklären. Auch so bekommen Sie Hinweise darauf, ob der Text lesbar und der Inhalt verständlich ist.

4.1.3 Relevante Themen für Nutzertestungen auswählen

Es gibt eine Vielzahl an Themen, welche Sie im Rahmen von Nutzertestungen mit den Versicherten bearbeiten können. Folgende Themen können für Ihre Nutzertestung von Relevanz sein. Wählen Sie als Vorbereitung jene Themen aus, zu denen Sie unbedingt Rückmeldungen der Versicherten erhalten möchten⁸:

Attraktivität – kulturelle Angemessenheit – persönliche Relevanz

- ▶ Finden Leserinnen und Leser das Informationsmaterial auf den ersten Blick attraktiv und ansprechend? Erregt es Ihre Aufmerksamkeit?
- ▶ Nehmen die Leserinnen und Leser das Material als für sie persönlich relevant wahr? Fühlen Sie sich angesprochen?
- ▶ Ist das Material für die Leserinnen und Leser kulturell angemessen? Fühlen Sie sich respektiert und verstanden?
- ▶ Reagieren die Leserinnen und Leser auf den Stil des Informationsmaterials positiv? Nehmen Sie das Informationsmaterial als freundlich und unterstützend wahr?

Organisation und Layout

- ▶ Ist das Informationsmaterial für die Leserinnen und Leser sinnvoll strukturiert und gegliedert?
- ▶ Fällt es den Leserinnen und Lesern leicht sich einen Überblick über das Material zu verschaffen und spezifische Information zu finden?
- ▶ Ist das Informationsmaterial optisch so gestaltet, dass es für die Leserinnen und Leser leicht lesbar ist (z. B. Schriftgröße, Schriftart, Kontrast)?

Fotos, Abbildungen und visuelle Hilfsmittel

- ▶ Sind Abbildungen, Fotos oder sonstige visuelle Hilfsmittel für die Leserinnen und Leser ansprechend und angemessen?
- ▶ Unterstützen die verwendeten Abbildungen, Fotos oder sonstigen visuellen Hilfsmittel die Leserinnen und Leser dabei das Informationsmaterial zu verstehen und angemessen zu nutzen?

Verständnis

- ▶ Ist der Zweck des Informationsmaterials für die Leserinnen und Leser unmittelbar klar und verständlich?
- ▶ Werden die zentralen Botschaften des Informationsmaterials von den Leserinnen und Lesern klar verstanden?
- ▶ Beinhaltet das Informationsmaterial Begriffe oder Konzepte, welche für die Leserinnen und Leser schwierig zu verstehen sind? Sind die verwendeten Erklärungen und Beispiele verständlich?
- ▶ Sind die verwendeten Diagramme, Abbildungen oder sonstigen visuellen Hilfsmittel für die Leserinnen und Leser verständlich?

Inhalt

- ▶ Beinhaltet das Informationsmaterial für die Leserinnen und Leser relevante und neue Informationen? Über welches Vorwissen zum Thema verfügen die Leserinnen und Leser?
- ▶ Werden Informationen für die Leserinnen und Leser im angemessenen Detailgrad dargestellt? Fehlt für die Leserinnen und Leser relevante Information oder gibt es Information, die gegebenenfalls weggelassen werden kann?

Benutzerfreundlichkeit /Anwendbarkeit

- ▶ Erfüllt das Informationsmaterial seinen intendierten Zweck (z. B. informieren, zum Handeln motivieren?)
- ▶ Sind die Leserinnen und Leser in der Lage das Informationsmaterial gemäß seinem Zweck zu nutzen? (z. B. Können sie das Material nutzen, um Entscheidungen zu treffen, ihre Fragen zu beantworten?)
- ▶ Sind die Leserinnen und Leser der Ansicht, dass sie das Informationsmaterial nutzen würden? Planen die Leserinnen und Leser aufgrund des Informationsmaterials künftig irgendetwas anders zu machen?

Weitere Themen

- ▶ Wie und wo würden die Leserinnen und Leser das Informationsmaterial gerne erhalten?
- ▶ Haben die Leserinnen und Leser allgemeine Vorschläge für die Verbesserung des Informationsmaterials?



Methode

Testen Sie das Orientierungs- und Leitsystem in Ihrer Einrichtung im Zuge eines „Walking Interviews“ mit Versicherten.

4.2 Orientierungs- und Leitsysteme mit der Zielgruppe testen

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich täglich in einer Einrichtung aufhalten, nehmen viele Aspekte der Umgebung nicht länger bewusst wahr. Viele für die Orientierung und Atmosphäre relevante Umweltfaktoren sind jedoch für Personen, die mit einer Einrichtung weniger vertraut sind, augenscheinlich. Um herauszufinden, ob die Orientierung in der eigenen Einrichtung für Versicherte herausfordernd ist, ist die Rückmeldung der Versicherten zentral. Ein mögliches Hilfsmittel dahingehend ist die Durchführung eines „Walking Interviews“.¹² Ein **„Walking Interview“** bezeichnet einen Dialog bzw. ein Interview während einer Begehung der Einrichtung. Die Orientierung und das Auffinden spezifischer Örtlichkeiten innerhalb der Einrichtung stehen im Mittelpunkt des „Walking Interviews“. Es geht vor allem darum Aspekte zu identifizieren, welche die Orientierung in der Einrichtung erschweren oder aber auch unterstützen.

An einem „Walking Interview“ sind grundsätzlich zwei Personen beteiligt:

- ▶ Eine Person, welche das „Walking Interview“ leitet und Fragen stellt. Üblicherweise handelt es sich dabei um eine Person, welche in der Einrichtung arbeitet.
- ▶ Eine Informantin oder ein Informant, welche bzw. welcher Rückmeldung zur Orientierung in der Einrichtung gibt. Es soll sich dabei um eine Person handeln, welche mit der Einrichtung noch weniger vertraut ist.

Bitten Sie die Informantin oder den Informanten bei der Begehung der Einrichtung laut zu kommentieren, welche Hilfsmittel bei der Orientierung in der Einrichtung genutzt werden (z. B. Hinweisschilder, Farbleitsystem, Personal). Weisen Sie darauf hin, dass es keine richtigen oder falschen Antworten auf Ihre Fragen gibt.

Im Rahmen eines Walking Interviews können unterschiedliche Aspekte im Vordergrund stehen. Im Folgenden finden Sie mögliche Diskussionspunkte. Berücksichtigen Sie jene Aspekte, welche für Ihre Einrichtung von Relevanz sind.

4.2.1 Beobachtungen im Eingangsbereich

Im Rahmen eines „Walking Interviews“ kann mitunter der Ersteindruck im Eingangsbereich der Einrichtung erfasst werden. Sie können das Walking Interview beim Haupteingang der Einrichtung starten, beim Eingang zu einem spezifischen Teil der Einrichtung oder bei einem häufig genutzten Eintrittspunkt, zum Beispiel beim Parkplatz. Wählen Sie einen geeigneten Ort aus, um sich kurz zu unterhalten. Bitten Sie die Informantin oder den Informanten dann die Einrichtung am vorgesehenen Eingangspunkt zu betreten und sich umzusehen. Bitten Sie die Person anschließend wieder zu Ihnen zu kommen, um einige Punkte zu diskutieren. Sobald sich die Informantin bzw. der Informant einige Minuten umgesehen hat, können Sie beispielsweise folgende Fragen diskutieren:

- ▶ Wie würden Sie den allgemeinen Eindruck im Eingangsbereich beschreiben?
 - Was ist Ihnen zuerst aufgefallen?
 - Wie haben Sie sich gefühlt?
- ▶ Woran erkennt man, dass es sich um den Haupteingang der Einrichtung handelt?
- ▶ Was ist Ihnen in Bezug auf Hinweisschilder, Poster aufgefallen?
 - Wie zahlreich sind Hinweisschilder, Poster etc.?
 - Wie beurteilen Sie die Beschriftung und Lesbarkeit?
 - Wer ist die Hauptzielgruppe der Hinweisschilder, Poster etc. (Personal, Besucherinnen und Besucher)?
- ▶ Was ist Ihnen in Bezug auf bildliche Darstellungen (z. B. Symbole) aufgefallen?
 - Wie zahlreich sind bildliche Darstellungen?
 - Wie beurteilen Sie die Verständlichkeit der bildlichen Darstellungen?
 - Wer ist die Hauptzielgruppe der bildlichen Darstellungen?
- ▶ An wen würden Sie sich mit Fragen wenden?

4.2.2 Ein bestimmtes Ziel finden

Im Rahmen eines Walking Interviews kann auch erfasst werden, wie einfach bzw. schwer es für Ortsunkundige ist ein bestimmtes Ziel in der Einrichtung zu finden. Wählen Sie ein Ziel aus, welches häufig aufgesucht werden muss oder dessen Auffinden häufig zu Problemen führt. Bitten Sie die Informantin oder den Informanten das ausgewählte Ziel aufzusuchen und dabei zu kommentieren, woran sich sie oder er orientiert (z. B. „Ich gehe hier an dieser Ecke rechts, da ich ein Schild mit der Aufschrift „Gymnastikraum 1“ und einem Pfeil nach rechts sehe.“).

Sie können mitunter folgende Fragen diskutieren:

- ▶ Was hat Ihnen geholfen den Weg zu finden?
 - War Personal verfügbar, das Sie im Bedarfsfall nach dem Weg fragen konnten?
 - Welche Hinweise gibt es, die Ihnen zeigen, dass Sie am richtigen Weg sind?
 - Bitte kommentieren Sie, welche Hinweisschilder Ihnen bei der Suche nach dem Weg aufgefallen sind?
 - Wie beurteilen Sie Häufigkeit, Platzierung und Verständlichkeit der Hinweisschilder?
- ▶ Wie haben Sie gewusst, dass Sie an Ihrem Ziel angekommen sind?
- ▶ Was war für Sie beim Auffinden des Ziels am hilfreichsten?
- ▶ Was hat das Auffinden des Ziels erschwert?
- ▶ Welche zusätzliche Unterstützung hätte Ihnen geholfen, das Ziel leichter zu finden?

4.2.3 Hinweisschilder und Leitsysteme beurteilen

Im Rahmen eines Walking Interviews kann die Informantin bzw. der Informant auch darum gebeten werden, sich in einem bestimmten Bereich der Einrichtung vorhandene Hinweisschilder bzw. Leitsysteme genauer anzusehen.

Folgende Fragestellungen können dabei diskutiert werden:

- ▶ Sind Schlüsselbereiche wie z. B. Aufzüge, Abteilungen, bestimmte Räume beschildert bzw. benannt?
- ▶ Wie beurteilen Sie die Verständlichkeit der verwendeten Begriffe und Symbole? (Alltagssprache oder Fachsprache; einheitliche Begriffsverwendung?)
- ▶ Wie beurteilen Sie Lesbarkeit bzw. Sichtbarkeit der Hinweisschilder? (Platzierung, Kontrast, Schriftgröße etc.)



Methode

Beziehen Sie das Thema Gesundheitskompetenz in bestehende Evaluationsmaßnahmen wie Kundenzufriedenheitsbefragungen ein.

4.3 Feedback der Versicherten in Befragungen einholen

Die gesundheitskompetente Sozialversicherung möchte gesundheitsrelevante Informationen für ihre Versicherten leichter zugänglich, verständlich, bewertbar und anwendbar machen. Ob die Entwicklung in Richtung gesundheitskompetente Sozialversicherung jedoch erfolgreich ist, kann nur durch Einbeziehung der Versicherten in die Qualitätsbewertung beantwortet werden.¹³ Eine gesundheitskompetente Organisation integriert das Thema Gesundheitskompetenz in die strategische Planung sowie in Evaluationsmaßnahmen.¹⁴ In vielen Einrichtungen finden routinemäßig Versichertenbefragungen statt. Ergänzen Sie entsprechende Befragungsinstrumente um Fragen mit Bezug zum Thema Gesundheitskompetenz. Zentral ist dabei, wie Versicherte die organisationale Gesundheitskompetenz (z. B. die Kommunikationsqualität) bewerten. Bislang gibt es überwiegend englischsprachige Instrumente mit explizitem Bezug zum Thema Gesundheitskompetenz (z. B. CAHPS® Item Set for Addressing Health Literacy¹⁵). Die Entwicklung und der Einsatz entsprechender Fragestellungen im deutschsprachigen Raum sind erst am Beginn. Als Vorreiter ist hier die Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) zu nennen. In den BVAEB-Gesundheitseinrichtungen wird am Ende eines stationären Aufenthaltes der „Fragebogen zur Zufriedenheit während des stationären Aufenthaltes“ eingesetzt. Dieser Fragebogen beinhaltet auch Fragen zur Bewertung der organisationalen Gesundheitskompetenz. Im Folgenden sind einige dieser Fragen exemplarisch angeführt:

	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft weniger zu	Trifft nicht zu	kann ich nicht beurteilen
Alle durchgeführten Untersuchungen sind mir verständlich erklärt und begründet worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt hat mich ermutigt, Fragen zu meiner Erkrankung und zu den Therapien zu stellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt hat alle Fragen zu meiner Erkrankung und zu den Therapien verständlich beantwortet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Inhalte der Informations-Materialien sind für mich verständlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich im Haus gut zu rechtgefunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Praxisbeispiel

Tabelle 1: Exemplarischer Auszug aus dem „Fragebogen zur Zufriedenheit während des stationären Aufenthaltes, Fassung von 19.11.2018“ (mit freundlicher Genehmigung der Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau, BVAEB)

4.4 Versicherte bei Projekten beteiligen

Die trägerübergreifende Arbeitsgruppe Migration und Gesundheit hat ein Konzept zur Durchführung von Fokusgruppen mit Versicherten mit Migrationshintergrund entwickelt¹⁶. Die Umsetzung von Fokusgruppen soll helfen, Bedarfe von Versicherten mit Migrationshintergrund in den unterschiedlichen Phasen von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekten zu erfassen und folglich zu berücksichtigen. Im Rahmen des Konzeptes werden die einzelnen Phasen einer Fokusgruppe (Vorbereitung, Durchführung, Auswertung) näher erläutert. Mitunter wurde ein Leitfaden mit möglichen Fragestellungen je nach Zeitpunkt der Einbeziehung (Entwicklung, Durchführung, Evaluierung eines Projektes) entwickelt. Im Folgenden finden Sie möglicherweise relevante Fragestellungen für unterschiedliche Projektphasen:



Methode

Sie können in unterschiedlichen Phasen eines Projekts die Bedarfe Ihrer Zielgruppe mittels Fokusgruppen erfassen. Je nach Phase können dabei unterschiedliche Fragestellungen relevant sein.

4.4.1 Relevante Fragestellungen bei der Entwicklung eines Projekts

Erfahrungen mit Gesundheitsförderung

- ▶ Was tun die einzelnen Personen, um ihre Gesundheit in Bezug auf die zu behandelnde Problematik zu fördern?
- ▶ Was wird unter der besprochenen Thematik konkret verstanden?
- ▶ Welche Maßnahmen/Projekte des SV-Trägers sind hierzu bekannt?
- ▶ Wie wird Wissen über Maßnahmen weitergegeben? (Bekannte, SV-Träger, Vereine, Broschüren, ...)
- ▶ Wie schätzen die Befragten den Bedarf an dieser Maßnahme in ihrer Community ein?
- ▶ Welche spezifischen Bedürfnisse bestehen in ihrer Community im Hinblick auf das Problem, welches mit der Maßnahme adressiert werden soll?
- ▶ Besteht ein Bewusstsein in der Zielgruppe für die Problematik?
- ▶ Wie kann die Zielgruppe am besten erreicht werden?

Subjektive Einschätzung und Erwartungshaltung

- ▶ Zufriedenheit mit vorhandenen Maßnahmen zu dem Thema
- ▶ Wirksamkeit der Maßnahmen
- ▶ Inwieweit sind Maßnahmen derzeit auf Zielgruppe ausgerichtet?
- ▶ Erwartungshaltung an den SV-Träger
- ▶ Erwartungshaltung an den Erfolg der Maßnahme
- ▶ Motivation zum eigenen Mitwirken

Bedarf

- ▶ Welcher Bedarf an zusätzlichen Maßnahmen zu dem Thema besteht?
- ▶ Welche Aspekte der Problematik bedürfen einer besseren/kultursensibleren Behandlung?

Wirksamkeit

Kommunikation Sprache

- ▶ Kommunikationsprobleme durch mangelnde Sprachkenntnisse
- ▶ Bedeutung der Verständigung für die Versorgung
- ▶ Lösungsstrategien

Kommunikation Kultur

- ▶ Kulturelle Unterschiede zur konkreten Problematik (Krankheitsverständnis, Ursachenzuschreibung und Bedeutung der Religion)
- ▶ Lösungsstrategien

4.4.2 Relevante Fragestellungen während der Durchführung eines laufenden Projekts

Sofern die Fokusgruppe zu einem laufenden Projekt durchgeführt wird, müsste darauf Wert gelegt werden nur jene Personen in die Fokusgruppe einzuladen, die dieses Projekt bereits kennen (aus eigener Erfahrung oder von Erzählungen). Zu Beginn der Fokusgruppe sollte die Moderatorin oder der Moderator noch einmal die Grundzüge des Projekts erklären, um alle auf denselben Wissensstand zu bringen.

Erfahrungen mit Gesundheitsförderung

- ▶ Was tun die einzelnen Personen, um ihre Gesundheit in Bezug auf die zu behandelnde Problematik zu fördern?
- ▶ Was wird unter der besprochenen Thematik konkret verstanden?
- ▶ Welche anderen Maßnahmen/Projekte des SV-Trägers sind neben dem angesprochenen Projekt hierzu bekannt?
- ▶ Woher haben sie von diesem Projekt erfahren?
- ▶ Wie wird Wissen über Maßnahmen generell weitergegeben? (Bekannte, SV-Träger, Vereine, Broschüren, ...)
- ▶ Wie schätzen die Befragten den Bedarf an dieser Maßnahme in ihrer Community ein?
- ▶ Welche spezifischen Bedürfnisse bestehen in ihrer Community im Hinblick auf das Problem, welches mit der Maßnahme behandelt werden soll?
- ▶ Besteht ein Bewusstsein in der Zielgruppe für die Problematik?
- ▶ Wie kann die Zielgruppe am besten erreicht werden?

Annahme des Projekts

- ▶ Inwieweit ist das bestehende Projekt außerhalb der Fokusgruppe bei der Zielgruppe bekannt (nach Einschätzung der Befragten)?
- ▶ Wie viele der Befragten haben daran bereits teilgenommen oder kennen jemanden, der davon bereits profitiert hat?
- ▶ Wenn Sie für dieses Projekt verantwortlich wären, welche Änderungen würden Sie dann durchführen?
- ▶ Was würden Sie ihrem besten Freund/Ihrer besten Freundin von diesem Projekt erzählen?
- ▶ Gibt es 5 positive/negative Aspekte zu diesem Produkt? Können Sie mir diese nennen, ganz egal wie klein oder wichtig sie sind?
- ▶ Stellen Sie sich vor, Sie sind verantwortlich für den Verkauf dieses Projekts. Welche Aspekte würden Sie in der Kommunikation herausheben, um die Inanspruchnahme anzukurbeln?

Bedarf

- ▶ Inwieweit kann das bestehende Projekt den Bedarf der Zielgruppe abdecken?
- ▶ Welche Aspekte wurden bisher noch unzureichend abgedeckt?

4.4.3 Relevante Fragestellungen nach Durchführung eines Projekts

- ▶ Wie wurde die Maßnahme in der Zielgruppe wahrgenommen?
- ▶ Was könnte noch verbessert werden?
- ▶ Denken Sie, dass die Maßnahme in der Zielgruppe ausreichend angenommen wurde: warum/warum nicht?
- ▶ Wäre es retrospektiv wichtig gewesen, die Materialien oder Werbung auch noch in anderen Sprachen anzubieten?
- ▶ Wie wurden die Infos verbreitet? Welche Kanäle waren hier am erfolgreichsten? Konnte durch die Maßnahme ein gesteigertes Bewusstsein für die Thematik geschaffen werden?
- ▶ Was kann aus den Erfahrungen für zukünftige Projekte gewonnen werden?
- ▶ Wann hätte man die Zielgruppe bestmöglich einbinden sollen und wie?

Ende 2014 wurden die Integrationskoordinatorinnen und -koordinatoren einzelner SV-Träger in einem kostenlosen Workshop in der richtigen Anwendung von Fokusgruppen geschult.



Praxisbeispiel

4.5 Der Versichertenrat 50+

2016 installierte die VAEB den Versichertenrat 50+ als eine Arbeitsgruppe des Beirats der Selbstverwaltung. Der Versichertenrat 50+ der VAEB bietet Versicherten aus allen Bundesländern die Möglichkeit die Versichertensicht Leistungen, zur Qualität der Erbringung von Leistungen sowie zu gesundheitspolitischen Fragestellungen einzubringen. Der Versichertenrat 50+ richtet sich an Versicherte, welche nicht mehr im Erwerbsleben stehen. Ziel ist mitunter die Stimme der pensionierten Versicherten in der Selbstverwaltung zu stärken. Der Versichertenrat setzt sich aus zwei Versicherten pro Bundesland, welche überwiegend aus den regionalen Strukturen des Gesundheitsprogramms JA! Jetzt Aktiv gewonnen werden konnten, sowie zwei Teilnehmern des Beirats zusammen. Ein Beiratsmitglied übernimmt die Rolle der Sprecherin des Versichertenrats 50+ und stellt so den Anschluss an die Selbstverwaltung sicher. Die moderierten Treffen finden an unterschiedlichen Standorten im Bundesgebiet statt. Es werden von den Versicherten eingebrachte Anliegen zu unterschiedlichen Themenbereichen (z. B. zur Informationsgestaltung zu Angeboten der Gesundheitsförderung, Sozialversicherungsleistungsrecht) aufgegriffen und Lösungsvorschläge aus Versichertensicht erarbeitet. Darüber hinaus wird über eine Onlineplattform eine laufende Kommunikation und Beteiligungsmöglichkeit geboten. Die Ergebnisse des Versichertenrats 50+ werden im Management bearbeitet und in den Führungskreis eingebracht. Dort erfolgt eine Abstimmung über Umsetzung, Ablehnung oder Delegation der Ergebnisse. Zudem werden die Ergebnisse über die Sprecherin des Versichertenrats 50+ in den Beirat und somit in die Selbstverwaltung getragen. Die VAEB meldet Entscheidungen in Form von Stellungnahmen und

Bearbeitungsstatus an den Versichertenrat 50+ zurück. Eine regelmäßige wechselseitige Kommunikation trägt wesentlich zur Transparenz bei.

4.6 Projekt „My Way“ – Patientenbeteiligung in stationären Einrichtungen

Das Klinikum Wels-Grieskirchen hat im Jahre 2016 das Projekt „My Way – Mein Weg zur Gesundheit“ gestartet. Ziel des Projektes ist es die Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit der Patientinnen und Patienten zu fördern. Um eine Einbeziehung von Patienten in den Klinik-Alltag zu bewerkstelligen wurden verschiedene Materialien entwickelt: eine Diagnose-Karte, eine Visite-Karte und das „My Way“-Tagebuch. Bei der Erstellung dieser Materialien wurden die Patientinnen und Patienten von Anfang an miteinbezogen.¹⁷



Praxisbeispiel

„In unserem Projekt MyWay geht es in erster Linie um Beziehungsmanagement. Uns war eines besonders wichtig – der Einbezug der PatientInnen von Anfang an, um das Wissen der PatientInnen abzuholen. Das haben wir nicht nur bei der Entwicklung für uns genutzt sondern auch bei der Evaluation. Der Einbezug der PatientInnen von Anfang an lohnt sich, weil ein besseres Produkt heraus kommt und ein besseres Ergebnis sowohl für die PatientInnen als auch für die MitarbeiterInnen entsteht.“

Dr. Maximilian Aichinger, MSc

Leiter Qualitäts- und Risikomanagement, Klinikum Wels-Grieskirchen

4.7 Weiterführende Materialien und Hilfsmittel

► Die Website Partizipative Qualitätsentwicklung

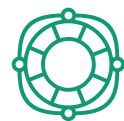
www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de

Sie sind in der Gesundheitsförderung tätig und möchten die Qualität Ihrer Arbeit gemeinsam mit der Zielgruppe planen, verbessern und bewerten? Diese Website unterstützt Sie dabei. Sie finden hier Konzepte, Methoden und Praxisbeispiele der Partizipativen Qualitätsentwicklung.

► Die Website Partizipation und nachhaltige Entwicklung in Europa

www.partizipation.at

Auch in Österreich wird zunehmend gefordert, dass die Verwaltung Bürgerinnen und Bürger in die Entwicklung ihrer Politiken, Pläne, Programme oder Rechtsakte stärker mit einbezieht. Auf der Website finden Sie nicht nur Standards für die Öffentlichkeitsbeteiligung, sondern auch für unterschiedliche Gruppengrößen geeignete Beteiligungsmethoden sowie Praxisbeispiele.



Hilfsmittel

- 17 Abrams, M., Kurtz-Rossi, S., Riffenburgh, A. & Savage, B. (2014). *Building Health Literate Organizations: A Guidebook to Achieving Organizational Change*. Unity Point Health.
- 18 Arbter, K. (2011). *Praxisleitfaden zu den Standards der Öffentlichkeitsbeteiligung*. Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft und Bundeskanzleramt: Wien.
- 19 World Health Organization (WHO) (2006). *Ninth Futures System Forum on Health Systems Governance and Public Participation*. Kopenhagen.
- 20 Walsh, T. & Volsko, T. (2008). Readability Assessment of Internet-Based Consumer Health Information. *Respiration Care*, 53 (10), 1310–1315.
- 21 Nilsen, E. S., Myrhaug, H.T., Johansen, M., Oliver, S. & Oxman, A. D. (2013). Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2*.
- 22 Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz & Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (Hg.) in Zusammenarbeit mit dem Frauengesundheitszentrum (2018). *Gute Gesundheitsinformation Österreich. Der Weg zum Methodenpapier – Anleitung für Organisationen*. 3. Aufl., Graz, Wien.
- 23 Lühnen, J., Albrecht, M., Mühlhauser, I. & Steckelberg, A. (2017). *Leitlinie evidenz-basierte Gesundheitsinformation*. Hamburg.
- 24 Centers for Medicare & Medicaid Services (2012). *Toolkit for Making Written Material Clear and Effective. Section 3: Methods for testing written material with readers*. Baltimore.
- 25 Seidel, G., Hirschberg, I., Kreusel, I. & Dierks, M. L. (2010). *Nutzertestung von Gesundheitsinformationen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)*. Patientenuniversität an der Medizinischen Hochschule Hannover: Hannover.
- 26 Sängler, S., Lang, B., Klemperer, D., Thomeczek, C. & Dierks, M. (2006). *Manual Patientinformation. Empfehlungen zur Erstellung evidenzbasierter Patientinformationen*. ÄZQ: Berlin.
- 27 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2014). *Nutzertestung von Gesundheitsinformationen des IQWiG durch sozial benachteiligte Personen*. Köln.
- 28 Rudd, R. E. (2010). *The Health Literacy Environment Activity Packet. First Impressions & A Walking Interview*. Harvard School of Public Health.
- 29 Dietscher, C., Lorenc, J. & Pelikan, J. (2015). *Toolbox 2015 zum Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen*. LBIHPR: Wien.
- 30 Brach, C., Dreyer, B., Schyve, P., Hernandez, L., Baur, C., Lemerise, A. J. & Parker, R. (2012). *Zehn Merkmale Gesundheitskompetenter Krankenversorgungsorganisationen. Deutsche Übersetzung: Dietscher, C.* Institute of Medicine.
- 31 Agency for Healthcare Research and Quality (2016). *CAHPS® Health Literacy Item Sets*. Rockville, MD.
- 32 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2014). *Monitoringbericht 2014. Migration und Gesundheit*. Wien.

- 33** Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (2018). *My Way – mein Weg zu mehr Gesundheitskompetenz*. Wien.

Die Methodenbox zum Download und das gesammelte Literaturverzeichnis inklusive des Nachweises der elektronischen Quellen finden Sie unter:

www.sozialversicherung.at/gesundheitskompetenz/methodenbox

5 Wie können Sie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für Gesundheitskompetenz qualifizieren?



Schulungen für
Mitarbeiterinnen
und Mitarbeiter

Jeder zweite Versicherte, dem Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sozialversicherung in ihrem Arbeitsalltag begegnen, verfügt über geringe Gesundheitskompetenz. Schulungen rund um das Thema Gesundheitskompetenz können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihrer täglichen Arbeit unterstützen.

Die Ergebnisse zur Gesundheitskompetenz in Österreich zeigen: Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sozialversicherung begegnen in ihrem Arbeitsalltag häufig Versicherten mit Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kommt dabei eine äußerst herausfordernde Aufgabe zu. Sie sollen Informationen rund um Themen wie Gesundheit oder Leistungsansprüche möglichst verständlich und nachvollziehbar vermitteln und so Orientierung in einem komplexen System bieten. Die Belegschaft unterschiedlicher Bereiche der Sozialversicherung braucht daher nicht nur Bewusstsein für die Bedeutung des Themas Gesundheitskompetenz, sondern auch Handwerkszeug und Kompetenzen für den direkten Einsatz in der Praxis. Viele Strategien, welche im Umgang mit Personen mit limitierter Gesundheitskompetenz hilfreich sein können, werden bislang nicht genügend eingesetzt. Teilweise werden in Gesprächen Fachbegriffe verwendet, zu viele Informationen auf einmal vermittelt oder das Verständnis auf Seiten der Versicherten wird nicht ausreichend sichergestellt.^{1,2} Zudem wird bei der Erstellung von Informationsmaterialien, Formularen und sonstigen Schriftstücken oftmals nicht genug auf Verständlichkeit geachtet.³ Um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihrer Arbeit mit Versicherten bestmöglich zu unterstützen, sind Schulungsmaßnahmen zur Erweiterung des Methodenrepertoires im Umgang mit dem Thema Gesundheitskompetenz wichtig.

Im Folgenden wird einerseits auf mögliche Inhalte von Mitarbeiterschulungen rund um das Thema Gesundheitskompetenz ebenso wie auf die Zielgruppe entsprechender Schulungen eingegangen. Zudem werden erste Praxisbeispiele für Mitarbeiterschulungen in der Sozialversicherung kurz vorgestellt.



Methode

5.1 Inhalte für Mitarbeiterschulungen auswählen

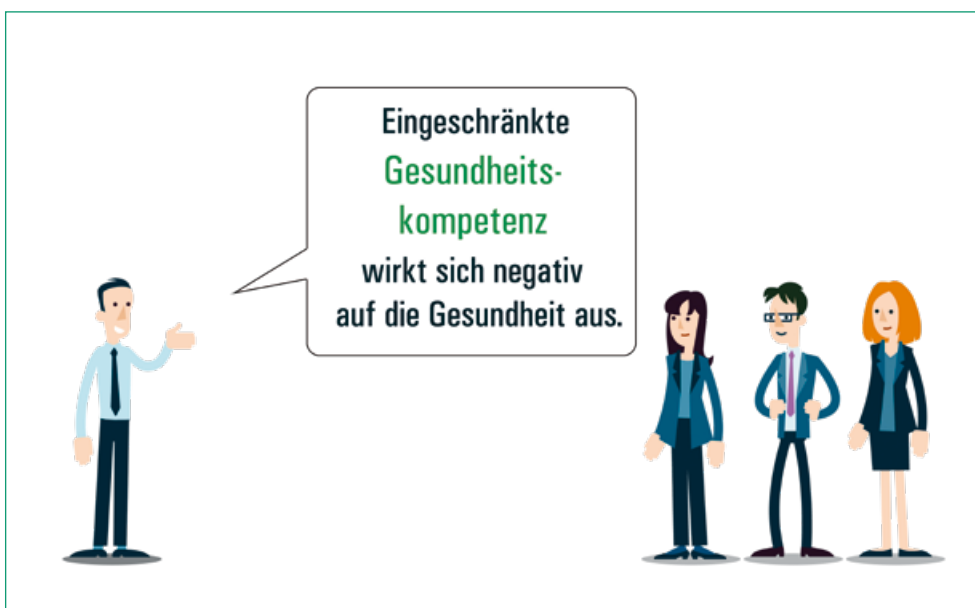
Studienergebnisse zeigen: Schulungen rund um das Thema Gesundheitskompetenz steigern bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern das Bewusstsein für die Herausforderung limitierter Gesundheitskompetenz und die Bereitschaft zur Umsetzung von Best-Practice-Strategien.⁴ Werden dazu auch noch die organisatorischen Rahmenbedingungen entsprechend gestaltet, steht der Umsetzung des erworbenen Wissens und der erworbenen Fähigkeiten nichts mehr im Weg.⁵ Doch welches Wissen und welche Fähigkeiten sollen in entsprechenden Schulungen an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vermittelt werden? Bislang gibt es keine Leitlinien dazu, welche Inhalte Schulungen rund um das Thema Gesundheitskompetenz für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gesundheitsrelevanter Einrichtungen enthalten sollen.¹ Es gibt jedoch eine

Reihe an Strategien, deren Einsatz im Umgang mit Versicherten unterschiedlicher Gesundheitskompetenz-Niveaus empfohlen wird. Im US-amerikanischen Raum wurde auf Basis von Best-Practice-Strategien eine Übersicht an Einstellungen, Wissen und Fertigkeiten erstellt, welche als Inhalte für Gesundheitskompetenz-Schulungen herangezogen werden können.⁶ Hinweise zu empfohlenen Inhalten für Mitarbeiterschulungen im Bereich Gesundheitskompetenz finden sich auch in der **Toolbox zum Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen**.⁷ Im Folgenden werden mögliche Lernziele für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer gesundheitskompetenten Sozialversicherung dargestellt. Überlegen Sie sich, welche Lernziele für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter welcher Bereiche besonders relevant sind. Wählen Sie die Inhalte von Schulungen entsprechend der relevanten Lernziele aus.



Hilfsmittel

5.1.1 Relevantes Basiswissen zum Thema Gesundheitskompetenz



Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer gesundheitskompetenten Sozialversicherung ...

- ▶ ... wissen, was man unter Gesundheitskompetenz versteht und wie diese mit der eigenen Praxis in Zusammenhang steht.
- ▶ ... wissen, dass Gesundheitskompetenz nicht nur von den individuellen Fähigkeiten der Versicherten abhängig ist, sondern auch wesentlich von den Anforderungen und der Komplexität der Sozialversicherung und ihrer Einrichtungen beeinflusst wird.

- ▶ ... wissen, welche Auswirkungen mangelnde Gesundheitskompetenz hat (z. B. in Bezug auf Gesundheitsverhalten, Erkrankungen).
- ▶ ... wissen, wie viele Personen in Österreich in etwa von limitierter Gesundheitskompetenz betroffen sind.
- ▶ ... kennen die vulnerablen Gruppen mit erhöhtem Risiko für limitierte Gesundheitskompetenz (z. B. Ältere, sozial Benachteiligte).
- ▶ ... sind für die Bedürfnisse unterschiedlicher Gruppen von Versicherten sensibilisiert (z. B. Versicherte mit Migrationshintergrund, Versicherte mit Beeinträchtigungen)
- ▶ ... kennen Verhaltensweisen, welche als Warnhinweise („Red Flags“) für limitierte Gesundheitskompetenz gelten (z. B. wiederholte Terminversäumnisse, wenige Fragen stellen).
- ▶ ... sind sich bewusst, dass alle Menschen Probleme mit Gesundheitskompetenz haben können, insbesondere in Situationen von körperlichem oder psychischem Stress.
- ▶ ... sind sich dessen bewusst, dass limitierte Gesundheitskompetenz ein sensibles Thema ist, welches häufig mit Scham und Verunsicherung einhergeht.
- ▶ ... kennen Situationen in der eigenen Praxis, die besonders anfällig für Kommunikationsfehler sind bzw. insbesondere für Menschen mit limitierter Gesundheitskompetenz herausfordernd sein können und daher besonderer Aufmerksamkeit bedürfen.

5.1.2 Relevante Kompetenzen in der Entwicklung von Informationsmaterialien

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer gesundheitskompetenten Sozialversicherung ...

- ▶ ... sind sich der Wirkungen (un)verständlicher Information bewusst und kennen wesentliche Informationsbarrieren unterschiedlicher Kommunikationsmedien (z. B. schriftliche, elektronische, audiovisuelle Information).
- ▶ ... kennen die Prinzipien leicht verständlicher Sprache bzw. barrierefreier Information und können diese im Rahmen der Informationsvermittlung mittels unterschiedlicher Kommunikationsmedien anwenden.
- ▶ ... haben die Fähigkeit Materialien, Schriftstücke, Formulare, web-basierte Inhalte sowie audio-visuelles Informationsmaterial dahingehend zu beurteilen, inwieweit diese Prinzipien der leicht verständlichen Sprache und der Benutzerfreundlichkeit berücksichtigen.
- ▶ ... haben die Fähigkeit Informationsmaterialien zu erstellen, im Rahmen derer numerische Informationen (z. B. Risiko) in leicht verständlicher Form und folgerichtig kommuniziert werden.
- ▶ ... können evidenzbasierte und transparente Gesundheitsinformationen erstellen.

Leitfaden „KLAKS – klar und kompetent schreiben“

Die Sozialversicherung der Selbständigen (SVS) verwendet den Leitfaden „KLAKS – klar und kompetent schreiben“, der 2018 bereits in der Version 5.0 aufgelegt wurde. Dieser Leitfaden definiert für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der SVS folgende 10 Grundregeln für klares und kompetentes Schreiben:

- 1. Achten Sie auf klare Strukturen und Gliederungen.
Bringen Sie die Dinge auf den Punkt.**
Der rote Faden hilft. Aufzählungen machen Texte verständlicher.
- 2. Ein gutes Schreiben hat einen aussagekräftigen Einstieg und einen ansprechenden Schluss.**
Der Betreff ist Blickfänger am Beginn, ein Servicesatz am Ende rundet ab.
- 3. Kurze, einfache Sätze statt Bandwurmsätze.**
Das geht immer. Und ist leichter als man denkt.
- 4. Bekannte Wörter statt Fachbegriffe und Fremdwörter.
Vermeiden Sie negativ besetzte Begriffe.**
So oft es geht. Geht es nicht, hilft eine Erklärung.
- 5. Sprechen Sie die Leser persönlich, direkt und freundlich an,
keine übertriebene Höflichkeit.**
Bitte ohne Befehlstön. Freundlich, aber ohne übertriebene Höflichkeit.
- 6. Formulieren Sie aktiv, nicht mit Passivsätzen.
Verwenden Sie Verben statt dem Nominalstil.**
In der Alltagssprache klappt das auch problemlos.
- 7. Konzentrieren Sie sich auf wichtige Informationen,
lassen Sie unnötige Details weg.**
Lenken Sie die Aufmerksamkeit auf das Wesentliche.
- 8. Verwenden Sie Begriffe einheitlich.**
Nicht jede Begriffsvielfalt bringt Vorteile.
- 9. Zitieren Sie Gesundheitsquellen nur wenn es notwendig ist,
aber nicht mitten im Satz.**
Am Ende eines Satzes oder Absatzes zerreißen Sie den Lesefluss nicht.
- 10. Verzeihen Sie auf „Kanzleideutsch“, gespickt mit alten Floskeln
und unnötigem Ballast.**
Warum in Kenntnis setzen, wenn informieren auch geht?

Abb. 23: Die 10 Grundregel für KLAKS®

5.1.3 Relevante Kompetenzen in der Kommunikation mit Versicherten

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer gesundheitskompetenten Sozialversicherung ...

- ▶ ... wissen, dass alle Versicherten unabhängig vom Gesundheitskompetenz-Niveau von einfach verständlicher Kommunikation profitieren und diese bevorzugen (Universal Precautions Strategie).
- ▶ ... haben die Fähigkeit komplexe Information in Alltagssprache zu vermitteln und langsam und deutlich mit Versicherten zu sprechen.
- ▶ ... wissen, dass Versicherte am besten lernen, wenn nur eine begrenzte Menge an neuer Information auf einmal bereitgestellt wird und haben die Fähigkeit zum portionsweisen Vermitteln von Informationen („chunk and check“).
- ▶ ... haben die Fähigkeit Informationen handlungsorientiert zu vermitteln, damit Versicherte Empfehlungen leichter umsetzen können und sich über die nächsten Schritte im Klaren sind.
- ▶ ... haben die Fähigkeit Methoden zur Rückbestätigung des korrekten Verständnisses auf Seiten der Versicherten wie „Teach Back“ / „Show me“ routinemäßig anzuwenden.
- ▶ ... haben die Fähigkeit routinemäßig sicherzustellen, dass Versicherte zumindest verstehen
1) Was habe ich? 2) Was kann ich tun? 3) Warum soll ich das tun? (analog zu Ask me 3 bzw. „3 Fragen für meine Gesundheit“)
- ▶ ... haben die Fähigkeit aktiv Fragen der Versicherten durch einen versicherten-zentrierten Ansatz zu fördern (z. B. „Welche Fragen haben Sie?“ und nicht „Haben Sie noch Fragen?“)
- ▶ ... haben die Fähigkeit verbale und non-verbale Techniken des aktiven Zuhörens in der Kommunikation mit Versicherten zu nutzen.
- ▶ ... haben das Wissen und die Fähigkeit in der Kommunikation mit Versicherten nicht deutscher Muttersprache professionelle Dolmetsch-Dienste in Anspruch zu nehmen bzw. mit diesen kompetent zusammenzuarbeiten.
- ▶ ... verfügen über kulturelle Kompetenz.
- ▶ ... haben die Fähigkeit sozial und kulturell adäquate, qualitätsvolle Materialien zur Kommunikationsunterstützung (z. B. Modelle, Piktogramme, Schautafeln, schriftliches Material) zu verwenden.

5.1.4 Relevante Kompetenzen in der Orientierung von Versicherten

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer gesundheitskompetenten Sozialversicherung ...

- ▶ ... kennen Entscheidungshilfen (z. B. Faktenboxen), welche sie Versicherten zur Verfügung stellen können.
- ▶ ... können Versicherten Informationsquellen für verlässliche Gesundheitsinformationen nennen.

5.1.5 Relevante Kompetenzen in der Beteiligung von Versicherten

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer gesundheitskompetenten Sozialversicherung ...

- ▶ ... haben die Fähigkeit mit den Versicherten eine gemeinsame Agenda auszuhandeln (gemeinsame informierte Entscheidungsfindung).
- ▶ ... haben die Fähigkeit Methoden der Versichertenbeteiligung umzusetzen.
- ▶ ... haben die Fähigkeit Feedback der Versicherten systematisch einzuholen.

5.2 Zielgruppen von Mitarbeiterschulungen festlegen

Gesundheitskompetenz ist überall dort ein Thema, wo es auch um Fragen der Versichertenorientierung geht. Bewusstsein für das Thema und seine Relevanz für den eigenen Arbeitsalltag ist daher für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der unterschiedlichsten Bereiche von Bedeutung. Natürlich sind nicht alle Inhalte für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Bereiche gleich wichtig. Insbesondere jene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Versicherte schulen, informieren und beraten sind Zielgruppen für Schulungsinhalte (beispielsweise rund um die Kommunikation mit Versicherten). Neben Gesundheitsberufen (z. B. Ärztinnen/Ärzte, Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten, Diätologinnen/Diätologen) sind jedoch auch die Kompetenzen jener Personen zu berücksichtigen, welche Versicherte über Leistungsangebote informieren bzw. die Organisation nach außen vertreten und beispielsweise Informationsmaterialien entwickeln und gestalten.⁸ Berücksichtigen Sie daher in der Planung von Schulungen, wer von welchen Inhalten profitieren könnte. Auch interdisziplinäre Schulungsformate können im Sinne des wechselseitigen Lernens voneinander angedacht werden. Geteiltes Wissen und gemeinsame Kompetenzen im Team können zu einer Qualitätsverbesserung im gesamten Versorgungsprozess beitragen.⁹



Methode

5.3 Qualifizierte Trainerinnen und Trainer engagieren

Für Kommunikationstrainings von Gesundheitsberufen steht seit 2019 insbesondere das TrainerInnen-Netzwerk der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) zur Verfügung. Diese TrainerInnen haben sich für die Entwicklung und Durchführung von zielgruppen-, setting- und bedarfspezifischen Kommunikationstrainings nach dem Standard der International Association for Communication in Healthcare (EACH) zertifiziert – im Rahmen eines 393 Stunden umfassenden Trainerlehrgangs (entspricht 16 ECTS). Diese TrainerInnen arbeiten nach den Calgary-Cambridge Guides, einem international eingesetzten, umfassenden und wissenschaftlich abgesicherten Kommunikationsmodell. Dieses Modell ist spezifisch auf die patientenzentrierte Gesprächsführung von Gesundheitsfachkräften mit ihren Patientinnen und Patienten ausgerichtet. Ein nach ÖPGK-EACH-Standard durchgeführtes Kommunikationstraining

zeichnet sich durch folgende Methoden aus, die sich in der wissenschaftlichen Überprüfung als effektiv erwiesen haben:

- ▶ hohe Lerner-Zentrierung,
- ▶ praktisches Üben mit SchauspielpatientInnen kombiniert mit konstruktivem Feedback und theoretischen Modellen,
- ▶ Möglichkeit für wiederholtes Üben und für Reflexion.

Weitere Informationen zum ÖPGK-TrainerInnen-Netzwerk finden Sie hier:

www.oepgk.at/oepgk-trainernetzwerk/

Wenn Sie sich für TrainerInnen aus dem ÖPGK-Netzwerk interessieren, dann kontaktieren Sie bitte diese Adresse: oepgk@goeg.at



Praxisbeispiel

5.3.1 Gesundheitskompetente Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) ließ ab 2015 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihren vier stationären Gesundheitseinrichtungen und ihren sechs ambulanten Gesundheitsbetreuungszentren vom Frauengesundheitszentrum Graz und der Gesundheit Österreich GmbH fortlaufend schulen. Das Fortbildungsprogramm wurde dabei auf Basis von Rückmeldungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf die Bedürfnisse des jeweiligen Settings zugeschnitten. Sowohl Inhalte als auch der zeitliche Rahmen wurden entsprechend angepasst. Die Fortbildungen fanden im Rahmen von Inhouse-Schulungen vor Ort in den jeweiligen Einrichtungen für ein interdisziplinäres Publikum statt. Neben einer Sensibilisierung für das Thema Gesundheitskompetenz sowie die Verbindung zur eigenen beruflichen Praxis lag der Fokus der Schulungen auf guter Gesprächsqualität.

Im Rahmen der Schulungen wurden folgende Inhalte vermittelt und anhand von Praxisbeispielen und Übungen erarbeitet:

- ▶ Definition von Gesundheitskompetenz und Stufen der Gesundheitskompetenz
- ▶ Gesundheitskompetenz-Niveau der österreichischen Bevölkerung
- ▶ Auswirkungen von Gesundheitskompetenz (Nutzen/Schaden)
- ▶ Der gesundheitskompetente Patient/die gesundheitskompetente Patientin
- ▶ Gesundheitskompetenz und Empowerment
- ▶ Gesundheitskompetenz auf professioneller und struktureller Ebene
- ▶ Merkmale einer gesundheitskompetenten Organisation
- ▶ Basics für die Kommunikation in einer gesundheitskompetenten Einrichtung (Teach back/Show me, Ask me 3 bzw. „3 Fragen für meine Gesundheit“, Kommunikation mit spezifischen Zielgruppen)

- ▶ Gemeinsame Entscheidungsfindung
- ▶ Patientenzentrierte Gesprächsführung
- ▶ Botschaften vermitteln und Verständnis sichern
- ▶ Schwierige Gesprächssituationen

„Durch die Gesundheitskompetenz-Schulung habe ich neue Aspekte meines Berufsalltages kennengelernt und habe meine Vorbildwirkung auf Patientinnen und Patienten erkannt. Nur wenn man Gesundheitskompetenz vorlebt, kann man auch Gesundheitskompetenz vermitteln.“

Sabine Feischl, Heilmasseurin

„Ich wurde durch die Gesundheitskompetenz-Schulung in meiner Arbeit bestärkt und habe durch die Kommunikations-Schulung neue Wege der Wissensvermittlung kennengelernt. Wichtig ist die Erkenntnis, dass eine gesundheitskompetente Patientin bzw. ein gesundheitskompetenter Patient auf längere Sicht gesünder sein wird.“

Michael Haser, Physiotherapeut

5.3.2 Capito-Workshops „Sensibilisierung für Leichte Sprache“

Die Österreichische Gesundheitskasse ließ Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen unterschiedlicher Fachbereiche und Standorte im Rahmen von Workshops für das Thema leicht verständliche Sprache sensibilisieren. Dabei wurde den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Umgang mit barrierefreien Texten und Sprache nähergebracht. Sie wurden in das Leicht Lesen Konzept eingeführt und erhielten Überblick über mögliche Barrieren in Bezug auf Text, Layout und Medienwahl. Insbesondere übten die TeilnehmerInnen leicht verständlich zu schreiben anhand von einrichtungseigenen Texten.

„Gerade die Zahlen (faktischer Analphabetismus, Probleme mit sinnerfassendem Lesen etc.) im Vergleich zu dem Level, in dem alle unsere Texte abgefasst sind bzw. Beispiele und Tricks, wie die Sprache kundengerechter und verständlicher gestaltet werden kann, waren auch für mich – die ich ja aus der Branche komme – sehr informativ und teils völlig neu.“

Dr. Elisabeth Heinz, ÖGK



Praxisbeispiel



Hilfsmittel

5.4 Weiterführende Materialien und Hilfsmittel

Sie möchten Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für das Thema Gesundheitskompetenz sensibilisieren? Dafür eignen sich die unter www.sozialversicherung.at/gesundheitskompetenz zugänglichen Videos rund um das Thema Gesundheitskompetenz in der Sozialversicherung:

- ▶ Video „Eine gesundheitskompetente Organisation – Die Sozialversicherung ist auf dem Weg!“
- ▶ Videos „Die gesundheitskompetente Sozialversicherung: Mit der Methodenbox Anforderungen und Komplexität des Gesundheitssystems reduzieren“
- ▶ Video „Die gesundheitskompetente Sozialversicherung: Durch Gesundheitskompetenz-Coachings die Motivation und Fähigkeiten der Menschen erhöhen“

- 1 Coleman, C. (2011). Teaching health care professionals about health literacy: A review of the literature. *Nursing Outlook*, 59 (2), 70–78.
- 2 Kripalani, S. & Weiss, B. (2006). Teaching About Health Literacy and Clear Communication. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 888–890.
- 3 Walsh, T. & Volsko, T. (2008). Readability Assessment of Internet-Based Consumer Health Information. *Respiration Care*, 53 (10), 1310–1315.
- 4 Mackert, M., Ball, J. & Lopez, N. (2011). Health literacy awareness training for healthcare workers: improving knowledge and intentions to use clear communication techniques. *Patient Education & Counselling*, 85 (3), 225–228.
- 5 Abrams, M., Kurtz-Rossi, S., Riffenburgh, A. & Savage, B. (2014). *Building Health Literate Organizations: A Guidebook to Achieving Organizational Change*. Unity Point Health.
- 6 Coleman, C., Hudson, S. & Maine, L. (2013). Health Literacy Practices and Educational Competencies for Health Professionals: A Consensus Study. *Journal of Health Communication*, 18, 82–102.
- 7 Dietscher, C., Lorenc, J. & Pelikan, J. (2015). *Toolbox 2015 zum Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen*. LBIHPR: Wien.
- 8 Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (o.J.). *Gesund ist, klar und kompetent zu kommunizieren. SVA-Kommunikations- Leitfaden* (5. Auflage). Wien.
- 9 Brach, C., Dreyer, B., Schyve, P., Hernandez, L., Baur, C., Lemerise, A. J. & Parker, R. (2012). *Zehn Merkmale Gesundheitskompetenter Krankenversorgungsorganisationen. Deutsche Übersetzung: Dietscher, C.* Institute of Medicine.
- 10 Health Literacy Centre Europe (2015). *Training professionals about health literacy*. Groningen.

Die Methodenbox zum Download und das gesammelte Literaturverzeichnis inklusive des Nachweises der elektronischen Quellen finden Sie unter:

www.sozialversicherung.at/gesundheitskompetenz/methodenbox

Abschnitt C

Entwicklung zur gesundheitskompetenten Sozialversicherung

Die Entwicklung zur gesundheitskompetenten Sozialversicherung stellt einen Prozess der kontinuierlichen Verbesserung und Qualitätsentwicklung dar. Der Abbau möglicher Hürden für Versicherte mit geringer Gesundheitskompetenz ist dabei eine Aufgabe, die unterschiedlichste Bereiche und Abläufe einer Einrichtung betrifft. Das folgende Kapitel richtet sich daher insbesondere an Personen, die Rahmenbedingungen und Prozesse in der Qualitätsentwicklung der Organisation entscheidend mitsteuern. Sie finden hier Anregungen für die Vorgehensweise bei der Entwicklung in Richtung gesundheitskompetente Sozialversicherung.

Die Entwicklung zur gesundheitskompetenten Sozialversicherung stellt einen Prozess der kontinuierlichen Verbesserung und Qualitätsentwicklung dar.

Leadership übernehmen

Für eine nachhaltige Entwicklung in Richtung gesundheitskompetente Sozialversicherung bedarf es unterstützender Strukturen und Rahmenbedingungen auf Organisationsebene.¹ Wesentliche Voraussetzung ist eine Führung, die Gesundheitskompetenz zum integralen Bestandteil ihrer Mission, ihres Leitbilds, ihrer Strukturen und Prozesse macht. Dafür ist es nötig, dass Entscheidungsträger für die Bedeutung des Themas Gesundheitskompetenz sensibilisiert sind und entsprechende Entwicklungsschritte bewusst fördern und unterstützen.



Methode

Qualität systematisch entwickeln

Die Entwicklung in Richtung gesundheitskompetente Sozialversicherung ist im Idealfall Teil einer umfassenden Qualitätsentwicklung. Sie können sich dabei an den Schritten klassischer Qualitätsmanagement-Zyklen orientieren³.

- ▶ Plan (Planen)
- ▶ Do (Erproben)
- ▶ Check (Prüfen)
- ▶ Act (Umsetzen)



Methode

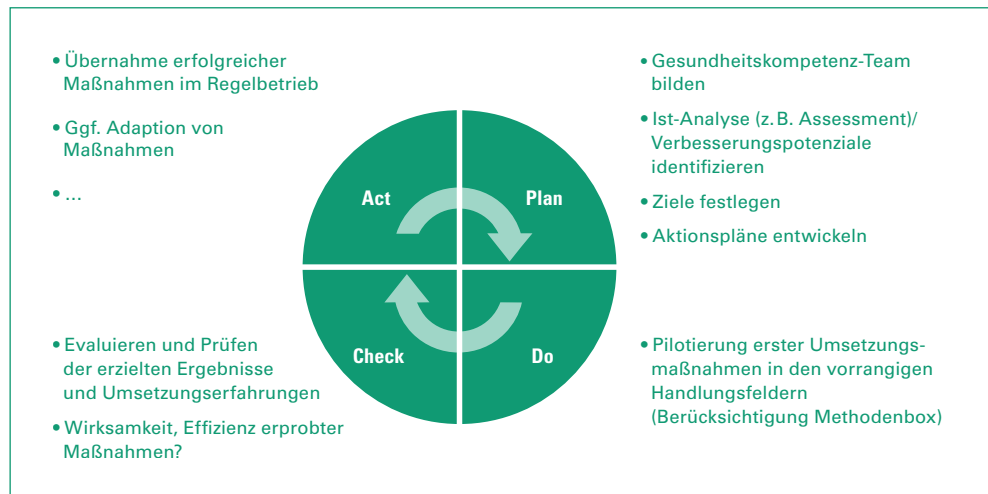


Abb. 24: Der PDCA-Zyklus der kontinuierlichen Verbesserung.



Praxisbeispiel

Leitfaden „KLAKS – klar und kompetent schreiben“

Die kontinuierliche Qualitätsentwicklung ist keine Erfindung der gesundheitskompetenten Organisation. Neu sind allerdings die breite Perspektive und der systematische Zugang die hier für eine gesundheitskompetente Sozialversicherung skizziert werden. Einzelne Aspekte der gesundheitskompetenten Organisation wurden auch schon vor diesem systematischen Zugang verfolgt, wie das Praxisbeispiel der Sozialversicherung der Selbständigen (SVS) in Form des Kommunikations-Leitfadens KLAKS zeigt (siehe Abschnitt 5.1.2). KLAKS ist ein schönes Beispiel dafür, dass Qualitätsentwicklung zwar Aufwand erzeugt, sich aber dieser auch lohnt!

„Wir verschicken pro Jahr rund zehn Millionen Schriftstücke: Formulare, Briefe und E-Mails. 2013 haben wir dafür den KLAKS-Leitfaden für unsere Mitarbeiter erstellt – den Leitfaden für klares und kompetentes Schreiben. Dabei hatten wir das Ziel vor Augen, durchgängig serviceorientiert, verständlich und freundlich als Partner unserer Kunden aufzutreten. Das Ergebnis? Die Kundenzufriedenheit hat sich erhöht und die Versicherten haben weniger Rückfragen zu unseren Schreiben. Ich kann interessierten anderen Einrichtungen nur empfehlen, diesen Weg zu gehen – der Einsatz lohnt sich!“

Dir. Dr. Peter Ransmayr, Projektverantwortlicher KLAKS

Ein Gesundheitskompetenz-Team bilden

Gesundheitskompetenz ist ein Thema, welches die gesamte Organisation betrifft. Entsprechende Entwicklungsschritte in Richtung gesundheitskompetente Sozialversicherung sollten daher nicht von Einzelpersonen getragen, sondern im Team erarbeitet werden. Einem entsprechenden Team gehören je nach personeller Ausstattung der Einrichtung Vertreterinnen und Vertreter der Leitung, des Qualitätsmanagements, der Gesundheitsförderung, der Personalentwicklung, der Medizin und Pflege/Therapie, der Gebäudetechnik oder des Kundenservices an. Nutzen Sie die unterschiedlichen Sichtweisen und Erfahrungen Ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die Beteiligung von Patientenvertreterinnen bzw. Versichertenvertretern im Projektteam kann zudem wesentlich zur Qualitätssicherung des Gesamtprozesses beitragen. Immerhin soll die Entwicklung in Richtung gesundheitskompetente Einrichtung den Versicherten dienen und ihnen den Zugang zu, das Verständnis sowie die Beurteilung und Anwendung von gesundheitsrelevanten Informationen erleichtern. Ihr Kernteam sollte jedoch nicht mehr als acht Mitglieder umfassen, damit ein effizientes Arbeiten noch sichergestellt werden kann. Benennen Sie darüber hinaus eine verantwortliche Person, die das Thema Gesundheitskompetenz innerhalb Ihrer Einrichtung vertritt und entsprechende Prozesse koordiniert.³

Erarbeiten Sie Ziele und Maßnahmen auf dem Weg zur gesundheitskompetenten Sozialversicherung am besten in einem interdisziplinären Team.

Den eigenen Standort bestimmen und Ziele setzen

Die Basis für die Entwicklung in Richtung gesundheitskompetente Sozialversicherung ist die systematische Identifikation von Verbesserungspotenzialen. Ein Assessment der organisationalen Gesundheitskompetenz legt vorhandene Stärken und Schwächen offen und bietet darauf aufbauend die Möglichkeit Aktionspläne zu entwickeln (PLAN). Die Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz hat 2018 das „Selbsteinschätzungsinstrument für Gesundheitskompetenz in Gesundheitseinrichtungen. Kurzform für Teams“⁴ veröffentlicht. Das Instrument wurde auf Basis der Langfassung des Selbstbewertungsinstruments zum Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen⁵ entwickelt. Basis des Instruments sind folgende neun Standards, entlang derer der aktuelle Entwicklungsstand der Einrichtung hinsichtlich Gesundheitskompetenz-Orientierung reflektiert wird:

- ▶ Management-Grundsätze und Unternehmensstrukturen für Gesundheitskompetenz etablieren
- ▶ Materialien und Angebote partizipativ entwickeln und evaluieren
- ▶ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die gesundheitskompetente Kommunikation mit Patientinnen und Patienten qualifizieren
- ▶ Eine unterstützende physische Umwelt schaffen – Orientierung sicherstellen
- ▶ Mit Patientinnen und Patienten gesundheitskompetent kommunizieren
- ▶ Die Gesundheitskompetenz von Patientinnen, Patienten und deren Angehörigen über den Aufenthalt/Besuch hinaus verbessern



Hilfsmittel

- ▶ Die Gesundheitskompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verbessern
- ▶ Zur Gesundheitskompetenz in der Region beitragen

Entwickeln Sie im Projektteam eine gemeinsame Sichtweise darüber, wo die Einrichtung aktuell steht und in welchen Bereichen es noch Entwicklungsbedarf gibt. Überlegen Sie sich dann, wie Sie in den einzelnen Bereichen Verbesserungen erzielen können und setzen Sie sich Ziele.

Maßnahmen auswählen und erproben

In der vorliegenden Methodenbox finden Sie hilfreiche Tipps dazu, wie Sie sich in den Handlungsfeldern „Verständliche Informationsmaterialien“, „Gute Gesprächsqualität“, „Einfacher Zugang und Orientierungshilfen“, „Einbeziehung der Zielgruppe“ sowie „Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter“ weiterentwickeln können. Weitere Anregungen können Sie der **Toolbox zum Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen²** sowie der **Material- und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz der Universität Bielefeld⁶** entnehmen. Erproben Sie einzelne Tools und pilotieren Sie erste Umsetzungsmaßnahmen (DO). Setzen Sie dabei Prioritäten. Prüfen und evaluieren Sie schließlich die erzielten Ergebnisse und Umsetzungserfahrungen (CHECK). Wie wirksam, erfolgreich und effizient waren die einzelnen Maßnahmen? Auf Basis der gewonnenen Erfahrungen sind ursprüngliche Ziele gegebenenfalls zu korrigieren oder zu konkretisieren. Erfolgreiche Interventionen werden in den Regelbetrieb übernommen, andere möglicherweise adaptiert oder Bedarf an weiteren Maßnahmen wird ersichtlich (ACT). Im Sinne einer kontinuierlichen Lernschleife beginnt der Prozess von neuem.²



Hilfsmittel



Methode

Das Thema Gesundheitskompetenz betrifft die gesamte Organisation und spielt im Arbeitsalltag fast der gesamten Belegschaft eine Rolle.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schulen

Um auf unterschiedlichen Ebenen Hürden für Versicherte mit geringer Gesundheitskompetenz abbauen zu können, ist die Sensibilisierung und Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern rund um das Thema Gesundheitskompetenz eine wichtige Voraussetzung.⁷ Gesundheitskompetenz betrifft die gesamte Organisation und spielt im täglichen Arbeitsalltag fast der gesamten Belegschaft eine Rolle. Die Haltung des Personals ist dabei von zentraler Bedeutung. Fördern Sie daher das Bewusstsein Ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Bedeutung des Themas Gesundheitskompetenz. Bieten Sie gezielte Fortbildungen an, im Rahmen derer Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter relevante Strategien im Umgang mit Versicherten unterschiedlicher Gesundheitskompetenz-Niveaus erlernen. In Kapitel 5 der Methodenbox finden Sie relevante Lernziele und erste Praxisbeispiele für Schulungsmaßnahmen aus der Sozialversicherung.

Rollen und Aufgaben definieren

Veränderungen brauchen neben Mitsprachemöglichkeiten und Vertrauen auch Verbindlichkeit und Verantwortung auf allen Ebenen. Grundsätzlich stehen die Chancen für qualitätsvolle Weiterentwicklung und Akzeptanz der Ergebnisse umso besser, je mehr Personen im Prozess definierte Rollen und Aufgaben zugewiesen bekommen.⁸ Hierfür ist mitunter eine gezielte Personalplanung und -entwicklung notwendig. Beim wem soll beispielsweise in der Organisation künftig die Verantwortung für die Berücksichtigung von Gesundheitskompetenz-Kriterien bei der Erstellung schriftlicher Informationsmaterialien liegen? Legen Sie nicht nur die dafür notwendigen Kompetenzen, sondern auch einen expliziten Ressourcenrahmen (z. B. Zeit, Arbeitsmittel) für die entsprechenden Personen fest. Denn nur durch Anerkennung und unterstützende Rahmenbedingungen werden Veränderungen letztlich auch tatsächlich in Umsetzung gebracht. Dabei ist stets auf die Balance zwischen der notwendigen Festlegung von Verantwortlichkeiten auf der einen Seite und der Tatsache, dass Gesundheitskompetenz von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gelebt werden soll, auf der anderen Seite zu achten.⁹

Weiterführende Materialien und Hilfsmittel

► ÖPGK-Starter-Kit zur gesundheitskompetenten Organisation

In welchen Bereichen ist Ihre Organisation bereits auf dem besten Weg zur gesundheitskompetenten Einrichtung und in welchen Bereichen besteht noch Verbesserungspotenzial? Zur Beantwortung dieser Frage stehen Ihnen zwei in Österreich entwickelte Selbstbewertungsinstrumente für Gesundheitseinrichtungen bzw. Krankenbehandlungsorganisationen zur Verfügung. Je nach Ressourcen und angestrebter Tiefe der Auseinandersetzung kann entweder

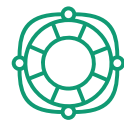
- das Selbsteinschätzungsinstrument für Gesundheitskompetenz in Gesundheitseinrichtungen als Kurzform oder
- das Selbstbewertungsinstrument zum Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen als Langfassung

genutzt werden. Die Instrumente bieten Ihnen anhand von Standards und Indikatoren die Möglichkeit zu einer umfassenden Organisationsdiagnose.

Der von einer Arbeitsgruppe der österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz erarbeitete

- Praxisleitfaden zur Entwicklung einer gesundheitskompetenten Organisation

richtet sich insbesondere an Führungskräfte sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter



Hilfsmittel

der Bereiche Organisationsentwicklung, Personalentwicklung und Qualitätsmanagement. Der Leitfaden beschreibt konkrete Schritte, die helfen Veränderungen in Richtung gesundheitskompetente Organisation erfolgreich umzusetzen.^{1,10}

Das Starter-Kit mit allen drei Instrumenten finden Sie unter:

<https://oepgk.at/oepgk-starter-kit-gesundheitskompetente-organisation/>

Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖGPK) (2018). Selbsteinschätzungsinstrument für Gesundheitskompetenz in Gesundheitseinrichtungen. Kurzform für Teams. Version 1.0. ÖPGK: Wien.

► **Toolbox zum Wiener Konzept Gesundheitskompetenter
Krankenbehandlungsorganisationen**

Die Toolbox stellt Instrumente vor, welche Sie bei der Entwicklung der organisationalen Gesundheitskompetenz unterstützen können.¹

► **Material- und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung
für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz**

Die Material- und Methodensammlung umfasst Instrumente und Hilfsmittel, welche Sie in Informations- und Beratungssituationen für Menschen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz unterstützen können.⁶

- 1 Dietscher, C., Lorenc, J. & Pelikan, J. (2015). *Toolbox 2015 zum Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen*. LBIHPR: Wien.
- 2 Institute for Health Care Improvement (2017). *How to improve*. Cambridge.
- 3 Brega, A., Barnard, J., Mabachi, N., Weiss, B., DeWalt, D., Brach, C., Cifuentes, M., Albright, K & West, D. (2015). *AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit*. (2. Auflage). Agency for Healthcare Research and Quality: Rockville, MD.
- 4 Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖGPK) (2018). *Selbsteinschätzungsinstrument für Gesundheitskompetenz in Gesundheitseinrichtungen. Kurzform für Teams*. Version 1.0. ÖPGK: Wien.
- 5 Dietscher, C., Lorenc, J. & Pelikan, J. (2015). *Das Selbstbewertungs-Instrument zum Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen. Fassung 2015*. LBIHPR: Wien.
- 6 Schmidt-Kaehler, S., Vogt, D., Berens, E., Horn, A. & Schaeffer, D. (2017). *Gesundheitskompetenz: Verständlich informieren und beraten. Material- und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz*. Universität Bielefeld: Bielefeld.
- 7 Brach, C., Dreyer, B., Schyve, P., Hernandez, L., Baur, C., Lemerise, A. J. & Parker, R. (2012). *Zehn Merkmale Gesundheitskompetenter Krankenversorgungsorganisationen*. Deutsche Übersetzung: Dietscher, C. Institute of Medicine.
- 8 Grossmann, R., Bauer, G. & Scala, K. (2015). *Einführung in die systemische Organisationsentwicklung*. Carl-Auer Verla: Heidelberg.
- 9 Brach, C. (2017). *The Journey to Become a Health Literate Organization: A Snapshot of Health System Improvement*. *Studies in Health Technology and Informatics*, 240, 203–237.
- 10 Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖGPK) (2019). *Gesundheitskompetenz in Organisationen verwirklichen – Wie kann das gelingen? Praxisleitfaden zur Entwicklung einer gesundheitskompetenten Organisation*. ÖPGK: Wien.

Die Methodenbox zum Download und das gesammelte Literaturverzeichnis inklusive des Nachweises der elektronischen Quellen finden Sie unter:

www.sozialversicherung.at/gesundheitskompetenz/methodenbox

Impressum

Medieninhaber & Herausgeber:

Dachverband der Sozialversicherungsträger
Kundmanngasse 21, 1030 Wien

Autorinnen und Autoren:

Heike Kraus-Füreder (IfGP)
Jürgen Soffried (IfGP)
Peter Holler (IfGP)

Grafik: AndThen Jupiter

Illustrationen: imc information multimedia communication GmbH

Druck: Print Alliance HAV Produktions GmbH, Bad Vöslau

Jänner 2020

Kontaktadresse für Rückfragen: gesundheitskompetenz@sozialversicherung.at

Weitere Infos unter: www.sozialversicherung.at/gesundheitskompetenz/methodenbox





Dachverband der
österreichischen
Sozialversicherungen