

Gesundheitskompetenz urbaner Organisationen: Ein praxisorientiertes Handbuch

Klockmann, Izumi (Ed.); Heeg, Johanna (Ed.); Knesebeck, Olaf von dem (Ed.); Härter, Martin (Ed.); Lüdecke, Daniel (Ed.)

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerk / collection

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Klockmann, I., Heeg, J., Knesebeck, O. v. d., Härter, M., & Lüdecke, D. (Hrsg.). (2024). *Gesundheitskompetenz urbaner Organisationen: Ein praxisorientiertes Handbuch* (Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region, 6). München: oekom verlag. <https://doi.org/10.14512/9783987263255>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Izumi Klockmann, Johanna Heeg,
Olaf von dem Knesebeck, Martin Härter,
Daniel Lüdecke (Hrsg.)

Gesundheitskompetenz urbaner Organisationen

Ein praxisorientiertes Handbuch

Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region / Band 6



natürlich oekom!

Mit diesem Buch halten Sie ein echtes Stück Nachhaltigkeit in den Händen. Durch Ihren Kauf unterstützen Sie eine Produktion mit hohen ökologischen Ansprüchen:

- 100 % Recyclingpapier
- mineralölfreie Druckfarben
- Verzicht auf Plastikfolie
- Kompensation aller CO₂-Emissionen
- kurze Transportwege – in Deutschland gedruckt

Weitere Informationen unter www.natürlich-oekom.de
und #natürlicheoekom



Dieses Buch entstand im Rahmen einer Förderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) Förderkennzeichen 01 GY1912.

In der Edition »Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region« sind bisher erschienen:

- Band 1: R. Fehr, C. Hornberg (Hrsg.)
Stadt der Zukunft – Gesund und nachhaltig (2018)
Brückenbau zwischen Disziplinen und Sektoren
384 Seiten, broschiert, ISBN 978-3-96238-074-8.
Auch verfügbar per Open Access: <https://doi.org/10.14512/9783962385064>
- Band 2: R. Fehr, A. Trojan (Hrsg.)
Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg (2018)
Bestandsaufnahme und Perspektiven
568 Seiten, broschiert, ISBN 978-3-96238-059-5.
Auch verfügbar per Open Access: <https://doi.org/10.14512/9783962384845>
- Band 3: J. Westenhöfer, S. Busch, J. Pohlan, O. v. d. Knesebeck, E. Swart (Hrsg.)
Gesunde Quartiere (2021)
Gesundheitsförderung und Prävention im städtischen Kontext
310 Seiten, broschiert, ISBN 978-3-96238-306-0
- Band 4: S. Baumgart, A. Rüdiger
Gesundheit in der Stadtplanung (2022)
Instrumente, Verfahren, Methoden
485 Seiten, broschiert, ISBN 978-3-96238-301-5
- Band 5: R. Fehr, J. Augustin (Hrsg.)
Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg II (2022)
Neue Ziele, Wege, Initiativen
480 Seiten, broschiert, ISBN 978-3-96238-390-9
Auch verfügbar per Open Access: <https://doi.org/10.14512/9783962389512>

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über www.dnb.de abrufbar.

© 2024 oekom verlag, München

oekom – Gesellschaft für ökologische Kommunikation mbH
Goethestraße 28, 80336 München

Layout und Satz: Reih's Satzstudio, Lohmar

Korrektur: Maike Specht

Umschlagabbildung: © Adobe Stock/Daniel

Druck: Elanders Waiblingen GmbH, Waiblingen



Dieses Werk ist lizenziert unter der Creative Commons Lizenz: Namensnennung – Nicht kommerziell – Keine Bearbeitungen 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0). Diese Lizenz erlaubt die private Nutzung, gestattet aber keine Bearbeitung und keine kommerzielle Nutzung. Weitere Informationen finden Sie unter: creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0

Alle Rechte vorbehalten

ISBN 978-3-98726-086-5

E-ISBN 978-3-98726-325-5

<https://doi.org/10.14512/9783987263255>



Izumi Klockmann, Johanna Heeg,
Olaf von dem Knesebeck, Martin Härter, Daniel Lüdecke
(Hrsg.)

Gesundheitskompetenz urbaner Organisationen

Ein praxisorientiertes Handbuch

Band 6

Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region

Sustainable Urban and Regional Health Series

forschen |
veröffentlichen | 
transformieren

Editionsvorwort

Das internationale Arbeitsfeld Urban/Regional/Rural Health knüpft an den gemeinsamen Ursprung von Öffentlicher Gesundheit sowie Stadt- und Regionalentwicklung an und verbindet sich mit den aktuellen Themen sozialer Gerechtigkeit und ökologischer Nachhaltigkeit.

Die Buchreihe entwickelt diese Denk- und Handlungsansätze als Nachhaltige StadtGesundheit und RegionalGesundheit, um eine gesunde und nachhaltige Stadt- und Regionalentwicklung zu fördern.

Die Edition ist offen für Vorschläge thematisch passender und fachlich hochwertiger Publikationen. Hier ist Raum für konzeptionelle Grundlagen, integrative Fallstudien, Forschungsergebnisse (auch als Qualifikationsarbeiten) und Lehrtexte.

Mehrere bisherige Bände beruhen auf dem Forschungsprogramm »Stadt der Zukunft – Gesunde, nachhaltige Metropolen«, welches ebenso wie diese Buchreihe von der Fritz und Hildegard Berg-Stiftung im Stifterverband unterstützt wird.

Die Reihe wird herausgegeben von Rainer Fehr (Hamburg) und Claudia Hornberg (Bielefeld) mit wissenschaftlicher Unterstützung durch Jörg Knie-ling (Hamburg) und Stefan Zerbe (Bolzano-Bozen).

Zur Edition im oekom verlag:
www.oekom.de/buecher/buchreihen/c-186

Zum Projekt »Stadtentwicklung und Gesundheit – Disziplinärer und sektoraler Brückenbau« der Universität Bielefeld:
www.stadt-und-gesundheit.de

Editorial preamble

Urban/Regional/Rural Health ties in with the joint origin of Public Health and urban/regional development while integrating current discussions on social justice and ecological sustainability.

In the book series, these conceptual and practical approaches evolve into Sustainable Urban and Regional Health, in order to foster the healthy and sustainable development of cities and regions.

The series is open for any suggestions of pertinent high-grade publications; it accommodates a range of different contributions including basic concepts, integrative case studies, empirical results (incl. qualification papers) as well as educational texts.

Several existing volumes originated from the research program »City of the future – Healthy, sustainable metropolises«. The program as well as this series are supported by the Fritz und Hildegard Berg-Stiftung, Stifterverband.

Academic editors: Rainer Fehr (Hamburg) and Claudia Hornberg (Bielefeld), assisted by the Editorial Advisory Board members Jörg Knie-ling (Hamburg) and Stefan Zerbe (Bolzano-Bozen).

On the book series (oekom verlag):
www.oekom.de/buecher/buchreihen/c-186

On the project »Urban development and health – Building bridges between disciplines and sectors«, Universität Bielefeld:
www.urban-health.de

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	7
Olaf von dem Knesebeck, Martin Härter	
KAPITEL 1	
Einleitung	9
Izumi Klockmann, Johanna Heeg, Daniel Lüdecke, Leonie Jaß	
KAPITEL 2	
Hintergrund	13
2.1 Versorgungsforschung in der Metropolregion Hamburg: Das Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung	13
Christina Lindemann, Martin Scherer, Olaf von dem Knesebeck, Martin Härter	
2.2 Erfahrenenbeirat – Wissenschaftlicher Hintergrund und Gründungsprozess	20
Anna Levke Brütt, Christina Lindemann, Daniel Bremer, Martin Härter, Tharanya Seeralan	
2.3 Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz	25
Christopher Kofahl, Daniel Lüdecke	
KAPITEL 3	
Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz – Übersicht über den aktuellen Forschungsstand	47
Izumi Klockmann, Daniel Bremer, Martin Härter, Leonie Jaß, Olaf von dem Knesebeck, Daniel Lüdecke	
3.1 Beschreibung des Vorgehens und der Literatúrauswahl	47
3.2 Kategorisierung von Kriterien gesundheitskompetenter Gesundheitsorganisationen	55
3.3 Grundlegende Konzepte und Terminologien	61
3.4 Instrumente zur Messung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz	65
3.5 Maßnahmen zur Verbesserung der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz	71
3.6 Limitationen des Literaturreviews	74
3.7 Zusammenfassung	75
3.8 Ausblick für die Praxis	78
KAPITEL 4	
Methodische Entwicklung des Kriterienkataloges	85
Izumi Klockmann, Johanna Heeg, Leonie Jaß, Daniel Lüdecke	
4.1 Einleitung	85
4.2 Sammlung von Kriterien (Workshops)	86
4.3 Zusammenführung der Kriterien	88
4.4 Beschreibung der Hauptkategorien des Reflexionsbogens	96
4.5 Fazit	102

KAPITEL 5

Kriterienkatalog zur Reflexion organisationsbezogener

Gesundheitskompetenz

Izumi Klockmann, Martin Härter, Johanna Heeg, Leonie Jaß, Olaf von dem Knesebeck,
Daniel Lüdecke

105

5.1 Einleitung

105

5.2 Arbeiten mit dem Reflexionsbogen

107

5.3 Reflexionsbogen

115

5.4 Auszählung

127

5.5 Impulse für die Weiterarbeit mit den Ergebnissen

130

5.6 Glossar

132

KAPITEL 6

Der Kriterienkatalog in der Praxis

Johanna Heeg, Izumi Klockmann, Daniel Lüdecke, Leonie Jaß

161

6.1 Einleitung

161

6.2 Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz in der Region Hamburg

163

6.3 Kriterien in der praktischen Anwendung

171

6.4 Zusammenfassung

181

KAPITEL 7

Die Zukunft organisationsbezogener Gesundheitskompetenz

185

7.1 Resümee des Erfahrenenbeirats

Kerstin Hagemann, Ursel Beckmann, Cornelia Koschnitzke

185

7.2 Perspektive einer Gesundheitsorganisation

Sabine Haul

190

7.3 Perspektive der Wissenschaft

Daniel Lüdecke, Johanna Heeg

194

Biografische Angaben der Herausgeber:innen und Autor:innen

199

Abbildungsverzeichnis

203

Tabellenverzeichnis

204

Textboxenverzeichnis

205

Abkürzungsverzeichnis

206

Vorwort

Olaf von dem Knesebeck, Martin Härter

In den letzten Jahren hat sich die gesundheitswissenschaftliche Forschung verstärkt dem Thema der individuellen Gesundheitskompetenz zugewandt. Darunter wird im Allgemeinen die Fähigkeit verstanden, »Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um [...] Entscheidungen zu treffen hinsichtlich der Gesundheitsversorgung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung« (aus dem Englischen übersetzt aus: Sørensen et al., 2012, S. 3). Große Teile der deutschen Bevölkerung weisen empirischen Studien zufolge eine geringe bzw. verbesserungsfähige individuelle Gesundheitskompetenz auf, was sich negativ auf die eigene Gesundheit, das Gesundheits- und Krankheitsverhalten sowie auf eine adäquate Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen auswirken kann. Zudem ist bekannt, dass eine unzureichende individuelle Gesundheitskompetenz sozial ungleich verteilt ist, das heißt, sie tritt bei Menschen mit einem niedrigen sozialen Status, Personen mit Migrationsgeschichte und auch höheren Altersgruppen gehäuft auf. Daran wird deutlich, dass es für viele Menschen schwierig ist, sich in der Fülle von inzwischen verfügbaren Gesundheitsinformationen zurechtzufinden, auch weil diese zum Teil schwer auffindbar oder hinsichtlich ihrer Qualität und Vertrauenswürdigkeit schwer einzuschätzen sind. Vor diesem Hintergrund sind verschiedene Initiativen entstanden, um die individuelle Gesundheitskompetenz zu fördern und zu stärken.

Neben Ansätzen der Förderung der individuellen Gesundheitskompetenz gewinnt das Konzept der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz (organizational health literacy, OHL) an Bedeutung und Verbreitung. Die Grundidee des Ansatzes ist es, dass die Akteure im Gesundheitswesen die Menschen dabei unterstützen, sich im komplexen Gesundheitssystem zurechtzufinden. Das heißt, Gesundheitseinrichtungen sollen Menschen dabei helfen, »[Gesundheits-]Informationen und Angebote zu finden, zu verstehen und anzuwenden« (aus dem Englischen übersetzt aus: Brach et al., 2012, S. 1). In Deutschland gibt es bisher vergleichsweise wenige Erfahrungen mit einem solchen Ansatz. An diesem Punkt setzt das Forschungsprojekt »Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz in der Region Hamburg (OHL-HAM)« an, über das im vorliegenden Buch berichtet werden soll. Im Zentrum des Projektes stand die Entwicklung und erste Erprobung eines Kriterienkataloges zur Bestimmung der Gesundheitskompetenz von Organisationen. Damit soll ein Beitrag zur Verbesserung der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz und Qualitätssicherung bei Einrichtungen in

der Region Hamburg und darüber hinaus geleistet werden. Das Projekt soll Menschen unterstützen und befähigen, sich in einem zunehmend komplexer werdenden Gesundheitssystem zurechtzufinden.

Im Projekt kam ein mehrstufiger Forschungsansatz zum Einsatz, in dem Fokusgruppen, qualitative Interviews sowie standardisierte Erhebungen kombiniert wurden. Im Anschluss an eine Literaturrecherche wurde in Fokusgruppen und einem Delphi-Prozess gemeinsam mit Hamburger Gesundheitseinrichtungen sowie dem OHL-HAM-Erfahrenenbeirat ein Kriterienkatalog erstellt, der Merkmale organisationsbezogener Gesundheitskompetenz definiert. Um den Status quo zu erfassen, inwieweit Gesundheitseinrichtungen in der Region Hamburg bereits Kriterien der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz erfüllen, wurde eine standardisierte Umfrage unter Gesundheitseinrichtungen der Hamburger Region durchgeführt. Ein weiterer Arbeitsschritt war die praktische Erprobung der Kriterien in ausgewählten Einrichtungen. Abschließend wurden Vertreter:innen dieser Einrichtungen im Rahmen von qualitativen Interviews befragt, um die Arbeit mit den Kriterien zu evaluieren und notwendige Anpassungen und Empfehlungen daraus abzuleiten.

Das Projekt ist eingebunden in das »Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung (HAM-NET)«, das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) von 2017 bis 2023 (Förderkennzeichen 01GY1912) gefördert wurde. Übergeordnete Ziele von HAM-NET sind die Förderung und Koordination der Versorgungsforschung sowie die Verbindung von Versorgungsforschung und Versorgungspraxis in Hamburg.

An dieser Stelle möchten wir dem BMBF für die finanzielle Unterstützung, allen Projektmitarbeitenden für ihre kompetente Arbeit und ihr Engagement und allen Mitgliedern von HAM-NET für die Förderung und Unterstützung der Hamburger Versorgungsforschung danken.

*Olaf von dem Knesebeck, Martin Härter
Hamburg, November 2023*

LITERATURVERZEICHNIS

Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, et al. (2012): Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations

Sørensen K, van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, et al. (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 12:80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

KAPITEL 1

Einleitung

Izumi Klockmann, Johanna Heeg, Daniel Lüdecke, Leonie Jaß

Mit diesem Buch endet die dreijährige Forschungsarbeit des Projektes »Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz in der Region Hamburg (OHL-HAM)«, das von 2020 bis 2023 am Zentrum für Psychosoziale Medizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) durchgeführt wurde. Die Projektleitung hatten Prof. Dr. Dr. Martin Härter (Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie und Institut für Psychotherapie) und Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck (Institut für Medizinische Soziologie). Das Projekt wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert und ist Teil des Hamburger Netzwerks für Versorgungsforschung (HAM-NET).

Das primäre Projektziel war die Entwicklung eines Kriterienkataloges für organisationsbezogene Gesundheitskompetenz als praktische Handreichung für Organisationen aus dem Gesundheitswesen. Der Kriterienkatalog basiert auf einem mehrstufigen Entwicklungsprozess, zu dem ein Literaturreview, Workshops, eine Onlinebefragung sowie Interviews mit Vertreter:innen von Hamburger Gesundheitseinrichtungen gehören.

Kapitel 2 (>2) gliedert sich in mehrere Unterkapitel, die den institutionellen sowie fachlichen Hintergrund des Projektes einführen. Dazu gehört die Vorstellung des HAM-NET einschließlich der Mitgliedsorganisationen, der durchgeführten Projekte sowie der Netzwerkstruktur (>2.1). Es folgt eine Vorstellung der Entstehungsgeschichte und der Arbeit des HAM-NET-Erfahrenenbeirats (>2.2), der in erster Linie aus Menschen mit Krankheitserfahrungen, ihren Angehörigen oder Personen aus der organisierten Selbsthilfe besteht und dadurch vielfältige Expertisen bündelt. Auch in das Projekt OHL-HAM war eine Teilgruppe des Erfahrenenbeirats in verschiedenen Arbeitsschritten involviert. Kapitel 2.3 (>2.3) definiert die Konzepte der individuellen und organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz, erläutert den Ursprung und die Perspektive individueller Gesundheitskompetenz und skizziert die weiteren Entwicklungen hin zu dem Konzept der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz.

Kapitel 3 (>3) beschreibt mit den Ergebnissen eines Literaturreviews den aktuellen Forschungsstand zu organisationsbezogener Gesundheitskompetenz. Primär wurden im Rahmen dessen Kriterien, die eine gesundheitskompetente Gesundheitsorganisation charakterisieren, systematisch erfasst und gebündelt. Die im Zuge des Literaturreviews identifizierten Kriterien bildeten die Grundlage für den entwickel-

ten Kriterienkatalog. Fortführend beschreibt Kapitel 4 (▷4) das Erstellen dieses Kriterienkatalogs, das unter Ergänzung weiterer Kriterien und Anpassungen an das deutsche Gesundheitssystem, basierend auf Workshops mit Hamburger Gesundheitseinrichtungen sowie einer Delphi-Befragung, erfolgte.

Der Kriterienkatalog als zentrales Ergebnis des Projektes und wesentliches Kapitel des Buches kann zukünftig als Leitfaden für Gesundheitsorganisationen in der Selbstreflexion und Weiterentwicklung ihrer organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz dienen und ist in Kapitel 5 (▷5) zu finden. Der dort enthaltene ausfüllbare Reflexionsbogen listet alle Kriterien, geordnet nach Haupt- und Unterkategorien, auf. Organisationen erhalten einen Überblick über den aktuellen Stand der eigenen organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz und können besondere Handlungsbedarfe identifizieren, um entsprechende Maßnahmen zu entwickeln. Als Handreichungen hierzu bietet der Kriterienkatalog ebenfalls Anleitung zur Arbeit mit dem Reflexionsbogen und zur Ergebnisauswertung, Empfehlungen zur Weiterarbeit mit den Ergebnissen – einschließlich einer Vorlage für einen Aktionsplan – sowie ein Begriffsglossar.

Kapitel 6 (▷6) beschreibt mit der Erprobung der Kriterien in der Praxis den abschließenden Schritt in der Entwicklung des Kriterienkataloges. Die Ergebnisse einer Onlinebefragung zum Stand der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz in der Hamburger Region werden zusammenfassend dargestellt. Basierend auf diesen Befragungsergebnissen, wurde eine psychometrische Testung durchgeführt. Damit wurde überprüft, ob die Kriterien aus dem Katalog auch in Form eines Fragebogens für wissenschaftliche Zwecke eingesetzt werden können. In einem Folgeschritt nahmen ausgewählte Gesundheitsorganisationen eine Selbsteinschätzung anhand der Kriterien vor und nahmen an Workshops teil, in denen Maßnahmen zur Verbesserung der eigenen organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz identifiziert und ggf. später implementiert werden sollten. In daran anschließenden leitfadenbasierten Interviews mit den beteiligten Einrichtungen wurde die Anwendbarkeit und Nützlichkeit der Kriterien evaluiert.

Kapitel 7 (▷7) schließt dieses Buch ab und wirft einen Blick in die Zukunft organisationsbezogener Gesundheitskompetenz. Ein Beitrag des Erfahrenenbeirats enthält dessen Resümee zur Projektbeteiligung, Perspektive auf organisationsbezogene Gesundheitskompetenz sowie Erwartungen für die zukünftige Entwicklung (▷7.1). In Kapitel 7.2 (▷7.2) werden die praktischen Erfahrungen einer Hamburger Apotheke in der Arbeit an ihrer organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz geschildert. Dabei werden Chancen und Entwicklungspotenziale für gesundheitskompetente Apotheken ebenso wie die Herausforderungen bei der Weiterentwicklung beleuchtet. Die Perspektiven des Erfahrenenbeirats und der Apotheke werden ergänzt durch ein Fazit aus der wissenschaftlichen Perspektive (▷7.3). Die wissenschaftlich Mitwir-

kenden des Projekts OHL-HAM reflektieren die Erfahrungen und Herausforderungen zum Thema »organisationsbezogene Gesundheitskompetenz« und beschreiben schließlich, welche Chancen und Entwicklungspotenziale das Thema für die Zukunft bereithält.

KAPITEL 2

Hintergrund

2.1

Versorgungsforschung in der Metropolregion Hamburg: Das Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung

*Christina Lindemann, Martin Scherer, Olaf von dem Knesebeck,
Martin Härter*

Die Stärkung der Versorgungsforschung war und ist ein prioritäres Ziel der Gesundheitsforschung in Deutschland (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2023). Dazu hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) zwei Fördermodule initiiert: 1. Kooperationsnetzwerke in der Versorgungsforschung und 2. Nachwuchsgruppen in der Versorgungsforschung (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2014). Für die Kooperationsnetzwerke wurden in der »Richtlinie zur Förderung des Strukturaufbaus in der Versorgungsforschung« die Rahmenbedingungen für ein regionales Forschungsnetzwerk zum Aufbau der Versorgungsforschung gelegt. Alle relevanten lokalen Akteur:innen der Wissenschaft und Forschung sollten für die Schaffung eines solchen Netzwerkes eingebunden werden.

Vor diesem Hintergrund bot der Forschungsstandort Hamburg bereits zu diesem Zeitpunkt exzellente infrastrukturelle Bedingungen für den Aufbau eines Kooperationsnetzwerkes. Dazu gehören die folgenden Einrichtungen, zwischen denen bereits langjährige Kooperationen bestehen: die Universität Hamburg (UHH), das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) sowie fakultätsübergreifende Einrichtungen, wie z. B. das Hamburg Center for Health Economics (HCHE). Des Weiteren hatte das UKE, basierend auf den Empfehlungen des Wissenschaftsrates¹ (Wissenschaftsrat, 2011), die Versorgungsforschung bereits als einen der fünf Forschungsschwerpunkte definiert und im Center for Health Care Research & Public Health (CHCR & PH)² seit 2006 verortet und etabliert (Center for Health Care Research & Public Health, 2023).

1 Der Wissenschaftsrat berät die deutsche Bundesregierung und die Länder zu Fragen der inhaltlichen und strukturellen Entwicklung der Wissenschaft, Forschung und der Lehre. Er kann auch von Bundesländern zu spezifischen Themen der Wissenschaft angerufen werden. Schwerpunktthemen werden in halb-jährlichen Arbeitsprogrammen festgelegt (Wissenschaftsrat, 2023).

2 Seit einer Satzungsänderung 2021 führt das Center for Health Care Research (CHCR) zusätzlich Public Health (CHCR & PH) nicht nur im Namen, sondern widmet sich vermehrt Forschungsthemen, die auch Public-Health-Aspekten zuzuordnen sind.

Im CHCR & PH sind über 20 Institutionen des UKE vereint. Es wird von einem gewählten Sprecher:innengremium geleitet und durch eine Koordinationsstelle unterstützt. Das CHCR & PH zielt darauf ab, stabile und international wettbewerbsfähige Strukturen und Aktivitäten in der Versorgungs- und Public-Health-Forschung am UKE zu verankern. Hierzu werden verschiedene Forschungsbereiche für die Versorgungsforschung entwickelt, mit dem Fokus auf eine multidisziplinäre Zusammenarbeit in verschiedenen ambulanten und stationären Einrichtungen. Die Themen konzentrieren sich auf diverse (chronische) somatische Erkrankungen, wie z. B. Krebs, Psoriasis, Gefäßerkrankungen oder auch psychische Erkrankungen – insbesondere das Auftreten mehrerer chronischer Krankheiten (Multimorbidität). Nicht zuletzt werden auch die gesundheitlichen Auswirkungen aufgrund des Klimawandels im Kontext der Versorgungsforschung adressiert. Obgleich mit dem Center for Health Care Research (CHCR) der Grundstein für die Versorgungsforschung in Hamburg gelegt wurde, fehlte es zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der oben erwähnten Richtlinie an einer strukturgebenden Institution, die den Transfer und die Translation der Forschungsergebnisse sowohl in die Praxis als auch im Bezug zur Metropolregion Hamburg ermöglicht. Daher wurden die Eckpfeiler des Hamburger Netzwerks für Versorgungsforschung (HAM-NET) entwickelt und gemeinsam mit Partner:innen aus dem CHCR & PH und nicht universitären Versorgungsinstitutionen in Hamburg die Förderung für den Strukturaufbau der oben beschriebenen Richtlinie erfolgreich eingeworben.

Ziele des HAM-NET sind es, die Interessen und Bedarfe der Versorgungsforschung in der Metropolregion Hamburg zu bündeln und innovative, effiziente, bedarfs- und patient:innenorientierte Forschungsprojekte zu fördern und durchzuführen. Dieses wurde durch die Etablierung einer regelmäßigen, stabilen und nachhaltigen Kooperation zwischen den Forschungseinrichtungen, der Gesundheitspolitik, verschiedenen

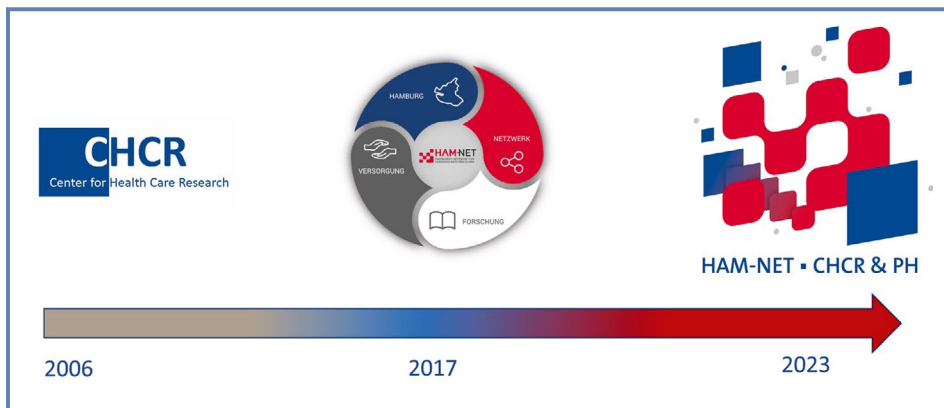


Abbildung 2.1-1: Entwicklung des Center for Health Care Research, Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung, 2006 bis 2023. *Quelle: eigene Darstellung.*

Stakeholder:innen und zahlreichen Praxispartner:innen aus der Primär-, Sekundär- und Tertiärversorgung erreicht. Nach der ersten Förderphase von 2017 bis 2021 konnte die Weiterentwicklung des Hamburger Kooperationsnetzwerks für Versorgungsforschung mit einer weiteren Förderphase bis 31.10.2023 und anschließender Verstärkung am UKE (CHCR & PH und HAM-NET) auf eine stabile Grundlage gestellt werden (siehe Abbildung 2.1-1).

Im HAM-NET wurden Strukturen geschaffen, um die Interaktion zwischen den Mitgliedern des Netzwerkes zu stärken. Dazu gehören die jährlich stattfindende Mitgliederversammlung, ein internationales HAM-NET Advisory Board (Expert:innenbeirat) sowie der Erfahrenenbeirat (>2.2). Auf der Homepage von HAM-NET werden regelmäßig Informationen zu Veranstaltungen und Ausschreibungen in der Versorgungsforschung veröffentlicht (Center for Health Care Research & Public Health, 2023).

2.1.1 Mitglieder des HAM-NET

Zu den Netzwerkmitgliedern gehören Organisationen aus verschiedenen Bereichen der Forschung und Wissenschaft, Versorgungseinrichtungen, gesetzliche Krankenversicherungen, Standesvertretungen, Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft und -politik sowie Patient:innen und Angehörigenorganisationen. Die Mitgliedsorganisationen werden durch persönliche Vertreter:innen im Netzwerk präsentiert. Bei der Mitgliederversammlung und bei dem Symposium kommen diese zusammen.



Abbildung 2.1-2: Mitglieder des Hamburger Netzwerkes für Versorgungsforschung. Weitere Informationen zu den Mitgliedern des HAM-NET auf: <https://www.ham-net.de/>. Quelle: eigene Darstellung.

2.1.2 Projekte im HAM-NET

In beiden Förderphasen wurden Projekte im Netzwerk entwickelt und vollzogen. Zusätzlich konnte die BMBF-Nachwuchsgruppe »Messung von Patientorientierung mittels patientenberichteter Erfahrungsmaße« (ASPIRED) in derselben Förderlinie eingeworben werden.

In der ersten Förderphase von HAM-NET wurde das Projekt »Integrierte und gestufte Versorgung psychischer Erkrankungen durch Überwindung sektoraler Behandlungsbarrieren« (COMET) durchgeführt. Die Ziele von COMET waren 1. die Implementierung und Ergebnisevaluation, 2. die Prozessevaluation und 3. die Analyse der Kosteneffektivität eines integrierten und gestuften Versorgungsmodells für Patient:innen mit depressiven, Angst-, somatoformen und/oder alkoholbezogenen Störungen im Rahmen eines Kooperationsnetzwerkes im Vergleich zur Regelversorgung. Dazu gehörten der Aufbau und die Verstetigung eines regionalen Netzwerkes, bestehend aus 38 Hausarztpraxen, niedergelassenen Psychiater:innen, Psychotherapeut:innen und Fachkliniken sowie 570 Patient:innen (Heddaeus et al., 2019a, b; Brettschneider et al., 2020).

In der zweiten Förderphase konnten drei Projekte realisiert werden. Neben dem Projekt »Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz in der Region Hamburg« (OHL-HAM) (Bremer et al., 2021), dem Projekt »Wissen und Gesundheitskompetenz zum Thema Notfall in der Hamburger Bevölkerung« (HAM-EmCare) (Klein et al., 2022; Koens et al., 2022; von dem Knesebeck et al., 2021) und dem Folgeprojekt vom COMET-Projekt »Transfer von gestuften und integrierten Versorgungsmodellen bei psychischen Erkrankungen« (I-COMET) wurde die Nachwuchsgruppe ASPIRED weiter in die Strukturen von HAM-NET integriert (siehe Abbildung 2.1-3).

Die Projekte in der zweiten Förderphase wurden 2019 durch einen intensiven Austausch mit den Mitgliedern der »Sektorenübergreifenden Landeskonferenz zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung« in Hamburg (kurz: Landeskonferenz Versorgung) (2019) entwickelt. Hier wurden verschiedene Aktionsfelder für die Versorgungsforschung in Hamburg definiert (Bremer et al., 2018) und von den Antragstellenden der HAM-NET-Forschendengruppe weiterentwickelt. Das Thema »health literacy«, also »Gesundheitskompetenz«, berührt sowohl die Aktionsfelder »Forschung und Praxispartner«, »Forschung und Politik« als auch »Patienten und Forschungsfelder« und wurde für zwei der drei Projekte als Kern definiert. Ende der 2010er-Jahre wurde der wissenschaftliche Diskurs um die mangelnde individuelle Gesundheitskompetenz für verschiedene Themenbereiche aufgenommen und hat nicht zuletzt vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie an Bedeutung gewonnen (z. B. in Schaeffer et al., 2021). Individuelle Gesundheitskompetenz ist notwendig, um gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, einzuordnen und das eigene Verhalten

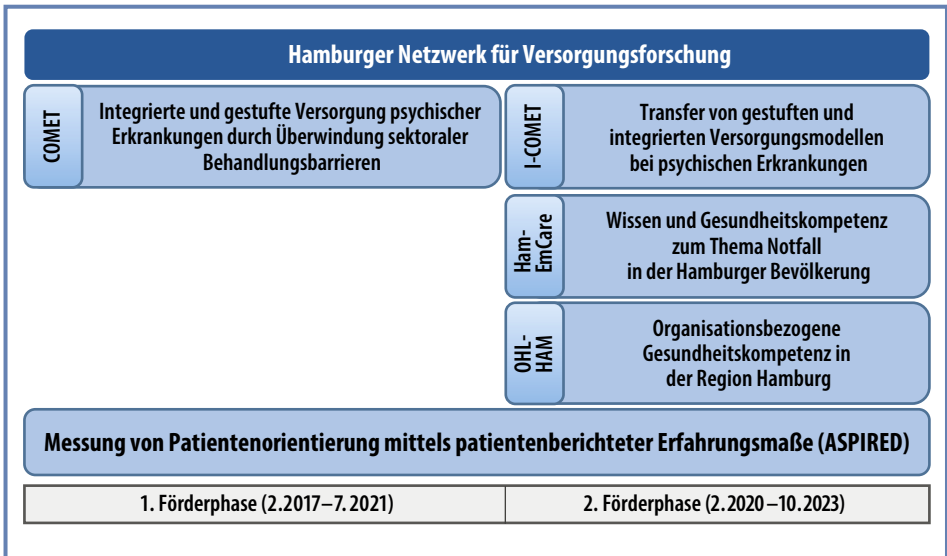


Abbildung 2.1-3: Struktur und Aufbau des Hamburger Netzwerks für Versorgungsforschung.
 Quelle: eigene Darstellung.

oder das Verhalten von Schutzbefohlenen, z. B. minderjährigen Kindern und Jugendlichen, entsprechend anzupassen. Jedoch liegt hier die Verantwortung nicht nur beim Individuum, sondern auch bei Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, die Personen dazu befähigen sollen, sich entsprechend ihrer Kompetenzen und Bedürfnisse autark in den Einrichtungen zu bewegen (Schaefer et al., 2019). Für die Hamburger Bevölkerung wurden dementsprechend aus beiden Bereichen Themen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz identifiziert:

- HAM-EmCare: Notfallversorgung in Hamburg – Wissen, Überzeugungen und Inanspruchnahme in der Bevölkerung (individuelle Gesundheitskompetenz)
- OHL-HAM: Entwicklung eines Kriterienkataloges für organisationsbezogene Gesundheitskompetenz (organisationsbezogene Gesundheitskompetenz)

Damit sollte zum einen die individuelle Gesundheitskompetenz für gesundheitliche Notfallsituationen und Maßnahmen zu Stärkung dieser skizziert (HAM-EmCare) und zum anderen definierende Elemente gesundheitskompetenter Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialeinrichtungen erfasst werden (OHL-HAM). Ziel des Projektes I-COMET sind die Entwicklung von Implementierungsstrategien für den Transfer der Ergebnisse aus dem COMET-Projekt und die Analyse der langfristigen Wirksamkeit der eingesetzten Behandlungsinterventionen.

2.1.3 Strukturgebende Elemente im HAM-NET

Um einen stetigen Austausch zwischen den Mitgliedern zu ermöglichen, wurden folgende Elemente in das Netzwerk integriert und aufgebaut: das Vorstands- und Sprecher:innengremium, das Advisory Board, der Erfahrenenbeirat (>2.2) sowie die Mitgliederversammlung von HAM-NET.

Das Vorstands- und Sprecher:innengremium wird durch die Projektleitung des Netzwerks, eine Vertretung der Hamburgischen akademischen Lehre sowie von zwei Vertretenden der gesetzlichen Krankenkassen besetzt. Dieses Gremium trifft sich turnusmäßig und bespricht die inhaltliche und strategische Ausrichtung des HAM-NET. Während das Vorstands- und Sprecher:innengremium sich hauptsächlich um die Versorgungsforschung in der Metropolregion Hamburg kümmert, berät das mit wissenschaftlichen Expert:innen international besetzte Scientific Advisory Board die drei HAM-NET-Projekte. Der Erfahrenenbeirat bringt die Patient:innenperspektive in die Forschungsprojekte ein. Durch die frühzeitige Partizipation, d. h. die aktive Beteiligung von Betroffenen im Forschungsprozess, soll es ermöglicht werden, die Forschungsergebnisse frühzeitig mit dem Versorgungsalltag in Verbindung zu bringen. Nicht zuletzt kommen in der Mitgliederversammlung die verschiedenen Stakeholder und Akteure des Hamburger Netzwerkes zusammen.

Ein weiterer zentraler Punkt von HAM-NET ist die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Hierzu wurden bereits bestehende Angebote im CHCR & PH für die HAM-NET-Mitglieder geöffnet und weiterentwickelt. Neben der *Methodenfortbildung in der Versorgungsforschung*, die sowohl für wissenschaftliche Mitarbeitende aus dem UKE als auch der UHH konzipiert wurde, findet einmal jährlich der *Nachwuchstag der Versorgungsforschung und Public Health* in Hamburg am UKE statt.

Zwei weitere Veranstaltungen werden im Rahmen von HAM-NET abgehalten: das *HAM-NET-Symposium* und die *HAM-NET-Reihe Versorgungsforschung*. Das HAM-NET-Symposium findet einmal jährlich statt und konnte seither sieben Mal (2017–2023) durchgeführt werden. Die Themen berühren spezifische Aspekte der Versorgungs- und Public-Health-Forschung und haben einen Bezug zu HAM-NET-Projekten und aktuellen Themen, z. B. zur COVID-19-Pandemie oder zur Entwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Für einen wissenschaftlichen Austausch sorgen zudem die quartalsweise stattfindenden Lunchsymposien zur Versorgungsforschung.

2.1.4 Fazit und Ausblick

Das Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung hat sich in der Metropolregion Hamburg als ein wichtiger Motor für die Versorgungsforschung und Public Health etabliert. Eine der zentralen Maßnahmen zur Stärkung der Versorgungsforschung ist

die Etablierung von Kooperationen zwischen Praxis und Wissenschaft. Zwei aktuelle Gutachten, einerseits die »Empfehlungen zur künftigen Rolle der Universitätsmedizin zwischen Wissenschafts- und Gesundheitssystem« des Wissenschaftsrates (Wissenschaftsrat, 2021) und andererseits das Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen »Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen« (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2023), betonen die Notwendigkeit einer Netzwerkbildung zur Sicherstellung der bestmöglichen medizinischen Versorgung und den Transfer wissenschaftlicher Ergebnisse in die Praxis. Dieses »Innovationspotenzial« kann am effektivsten in koordinierten und strukturierten Netzwerken gehoben werden. Dazu gehört auch, die regionalen und strukturellen Gegebenheiten zur Dissemination von Wissen durch Netzwerke zu nutzen. Schlussendlich ist ein regionales Netzwerk in einem Stadtstaat wie Hamburg bei der Bewältigung von Krisen, wie der COVID-19-Pandemie oder den Auswirkungen der Klimakrise auf die Gesundheitsversorgung, sehr hilfreich, um eine effektive Kommunikation und Umsetzung von Maßnahmen wissenschaftlich, institutionenübergreifend und kommunikativ zu begleiten.

LITERATURVERZEICHNIS

Bremer D, Härter M, Löwe B, von dem Knesebeck O (2018): Vernetzung der Versorgungsforschung in Hamburg. In: Fehr R, Trojan A (Hrsg.): Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg. Bestandsaufnahme und Perspektiven. oekom verlag, München

Bremer D, Klockmann I, Jaß L, Härter M, et al. (2021): Which criteria characterize a health literate health care organization? – a scoping review on organizational health literacy. *BMC Health Serv Res* 21:664. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06604-z>

Brettschneider C, Heddaeus D, Steinmann M, Härter M, et al. (2020): Cost-effectiveness of guideline-based stepped and collaborative care versus treatment as usual for patients with depression – a cluster-randomized trial. *BMC Psychiatry* 20:427. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02829-0>

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2023): Versorgungsforschung. <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/versorgungsforschung-9447.php>

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2014): Richtlinien zur Förderung des Strukturaufbaus in der Versorgungsforschung. Berlin

Center for Health Care Research & Public Health (2023): Versorgungsforschung und Public Health. <https://www.uke.de/landingpage/versorgungsforschung/>

Heddaeus D, Dirmaier J, Brettschneider C, Daubmann A, et al. (2019a): Study protocol for the COMET study: a cluster-randomised, prospective, parallel-group, superiority trial to compare the effectiveness of a collaborative and stepped care model versus treatment as usual in patients with mental disorders in primary care. *BMJ Open* 9:e032408. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032408>

Heddaeus D, Dirmaier J, Daubmann A, Grochtdreis T, et al. (2019b): Erprobung eines integrierten und gestuften Behandlungsmodells für psychische Störungen und Komorbiditäten im Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 62:205–213. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2865-1>

Klein J, Strauss A, Koens S, Schafer I, von dem Knesebeck O (2022): Intended healthcare utilisation in cases of severe COVID-19 and inflammatory gastrointestinal disease: results of a population survey with vignettes. *BMJ Open* 12:e057644. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057644>

Knesebeck O von dem, Koens S, Schafer I, Strauss A, Klein J (2021): Public Knowledge About Emergency Care-Results of a Population Survey From Germany. *Front Public Health* 9:787921. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.787921>

Koens S, Strauss A, Klein J, Schafer I, von dem Knesebeck O (2022): Public perceptions of urgency of severe cases of COVID-19 and inflammatory gastrointestinal disease. *PLoS One* 17:e0273000. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273000>

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2023): Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen. Gutachten 2023. MWV Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin

Schaefer C, Bitzer E-M, Dierks M-L (2019): Mehr Organisationale Gesundheitskompetenz in die Gesundheitsversorgung bringen! Ein Positionspapier des DNGK. Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz e. V., Köln

Schaeffer D, Berens EM, Vogt D, Gille S, et al. (2021): Health Literacy in Germany – Findings of a Representative Follow-up Survey. *Dtsch Arztebl Int* 118:723–728. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0310>

Sektorenübergreifende Landeskonferenz zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung (2019): Strategie und Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz in Hamburg. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Hamburg

Wissenschaftsrat (2023): Arbeitsprogramm des Wissenschaftsrats Januar bis Juli 2023. Köln

Wissenschaftsrat (2011): Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Universitätsmedizin in Hamburg. Köln

Wissenschaftsrat (2021): Empfehlungen zur künftigen Rolle der Universitätsmedizin zwischen Wissenschafts- und Gesundheitssystem. Wissenschaftsrat, Köln

2.2

Erfahrenenbeirat – Wissenschaftlicher Hintergrund und Gründungsprozess

Anna Levke Brütt, Christina Lindemann, Daniel Bremer, Martin Härter, Tharanya Seeralan

2.2.1 Hintergrund

Die Beteiligung von Patient:innen in der Gesundheitsforschung stärkt die Patient:innenorientierung bei der Auswahl von Forschungsfragen und Studienabläufen und fördert den Transfer der Ergebnisse in die Praxis. Forschungsförderer fordern verstärkt Aussagen darüber, ob die Bedürfnisse, Ziele und Präferenzen der Bürger:innen bzw. Patient:innen in beantragten Forschungsprojekten Berücksichtigung finden. Der Einbezug von Bürger:innen oder Patient:innen, nicht nur als Studienteilnehmende oder

Versuchspersonen, sondern als Teil eines Forschungsteams, wird daher auch in der Versorgungsforschung zunehmend erwartet. Die Beteiligung kann unterschiedlich ausgeprägt sein. Bürger:innen und Patient:innen können beratende Funktionen einnehmen (z. B. Teilnahme am Projektbeirat), gemeinsam mit Wissenschaftler:innen als partizipatives Forschungsteam arbeiten oder z. B. Forschungsprojekte initiieren und steuern (Arnstein, 1969; Farin-Glattacker et al., 2014). Auch die Personengruppen, die einbezogen werden, variieren. Häufig sind es Menschen mit Krankheitserfahrungen oder ihre in Patient:innenverbänden organisierten Vertretungen sowie Akteure aus der Selbsthilfe. Am besten sollte die Beteiligung über den gesamten Forschungsprozess erfolgen, von der Bestimmung von Forschungsthemen über die Durchführung der Studie bis hin zur Dissemination der Ergebnisse (Brütt, 2020).

Während die Bürger:innen- und Patient:innenbeteiligung international vor allem in Großbritannien, den USA und Kanada schon seit Jahren umgesetzt wird (Boote et al., 2015; Biddle et al., 2021), ist das Thema in der deutschen Forschungslandschaft erst durch das Strategiepapier zur Partizipation des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2016) präsenter in Erscheinung getreten. Mittlerweile sind Beteiligungsaspekte in die Antragsformulare von Forschungsfördernden eingebunden. Daher werden zunehmend Patient:innenbeiräte an Universitäten, in Forschungsverbänden oder auch für einzelne Forschungsprojekte gegründet. Dennoch sind bisher ihre Einrichtung, ihre Arbeitsweise und ihr Nutzen nicht systematisch dokumentiert (Heckert et al., 2020). Das Verbundprojekt »Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung« (HAM-NET) hatte sich bereits im Projektantrag zum Ziel gesetzt, die Patient:innenperspektive zu berücksichtigen; so wurde die Gründung eines Patient:innenbeirats in Aussicht gestellt und entsprechende Mittel über die Strukturförderung des BMBF beantragt. Dieses Kapitel beschreibt die Gründung und Arbeitsweisen des HAM-NET-Beirats und den Einbezug des Beirats in die drei Teilprojekte I-COMET, OHL-HAM und HAM-EmCare (>2.1) aus Sicht der koordinierenden Wissenschaftler:innen. Abschließend werden Empfehlungen für die Implementierung von Patient:innenbeiräten abgeleitet.

2.2.2 Gründung

Nach Möglichkeit sollten Bürger:innen und Patient:innen bereits bei der Antragstellung in die Forschungsprojekte einbezogen werden. In der Praxis ergibt sich hier allerdings häufig die Herausforderung der Finanzierung z. B. von Aufwandsentschädigungen. Außerdem müssen auch das Risiko der Nichtbewilligung eines Forschungsantrags und, damit einhergehend, vertane Arbeit und fehlende Kontinuität berücksichtigt werden, welche dann nicht nur Wissenschaftler:innen, sondern auch Bürger:innen und Patient:innen tragen. Vor diesem Hintergrund starteten die Planungen für den

HAM-NET-Patient:innenbeirat kurz nach der Bewilligung der 2. Förderphase im September 2019.

Zunächst trafen sich im September 2020 drei Wissenschaftler:innen, die an das HAM-NET-Projekt angebunden waren, um die Umsetzung der im Forschungsantrag formulierten Beschreibung des Patient:innenbeirats zu konkretisieren. Sie bildeten das koordinierende Team und bahnten Kontakte zu Patient:innen an. Einige Projekte am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) hatten bereits Patient:innenbeiräte in ihre Strukturen implementiert. Es konnten daher drei Personen für die Beirats-tätigkeit rekrutiert werden, die bereits in früheren Projekten am UKE in einem Forschungsteam als Forschungspartner:innen tätig gewesen waren (Seeralan et al., 2021). In einem ersten Treffen im Oktober 2020 mit diesen Forschungspartner:innen wurde die Zusammensetzung des Beirats diskutiert. Die Mitglieder sollten möglichst heterogen hinsichtlich Alter und Geschlecht sein und verschiedene eigene Krankheits-erfahrungen einbringen. Zur Gewinnung von Mitgliedern wurden zum einen Akteure, wie die Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) sowie die Patienten-Initiative e. V., identifiziert und gezielt angeschrieben. Zum anderen warben die Forschungspartner:innen in ihrem eigenen Umfeld entsprechend dem Schneeball-system für den Beirat. Schließlich konnten insgesamt sechs Forschungspartner:innen für eine Beteiligung am HAM-NET-Patient:innenbeirat gewonnen werden. Der Beirat integriert verschiedene Expertisen und umfasst Menschen mit spezifischen Krank-heitserfahrungen und ihre Angehörigen, Menschen aus der organisierten Selbsthilfe sowie Praktiker:innen mit Erfahrungen im Gesundheitswesen.

Das weitere Vorgehen wurde schrittweise in den gemeinsamen Treffen des Beirats festgelegt (siehe Abbildung 2.2-1). Im ersten Schritt wurde die Benennung »Erfahrenenbeirat« bestimmt. Dieser Begriff weist auf die Expertise hin, die die Mitglieder durch eigene (Krankheits-)Erfahrungen als betroffene Personen, Angehörige oder Praktiker:innen innehaben. Gleichzeitig wird die beratende Funktion verdeutlicht.

Als zweiter Schritt der Vorbereitung der Zusammenarbeit wurde ein Forschungs-training in Anlehnung an Brütt et al. (2017) initiiert. Die insgesamt vier Onlineschulungen bestanden zum einen aus Informationen zum HAM-NET-Projekt und zum anderen aus Elementen eines Forschungstrainings, damit zentrale Begriffe einer Projektdurchführung allen Beiratsmitgliedern bekannt waren. Die Inhalte umfassten Informationen zum Forschungsprozess, zu Erhebungs- und Auswertungsmethoden sowie zum Prozess der Veröffentlichung von wissenschaftlichen Erkenntnissen. Thematisiert wurden zudem ethische Aspekte und Beteiligungsmöglichkeiten.

Der dritte Schritt der Vorbereitung startete im Mai 2021 und bestand aus der Zuordnung der Beiratsmitglieder zu den einzelnen HAM-NET-Projekten. Die Erfahrenen entschieden interessen- und erfahrungsbasiert, an welchen der HAM-NET-Projekte sie sich beratend beteiligen wollten.

2.2.3 Arbeit in Projekten

Die Koordinierenden des Erfahrenenbeirats übernehmen nach der Zuordnung der Erfahrenen zu den Projekten (>2.1) die Supervision der Arbeit in den Projekten, sodass regelmäßige Treffen zwischen den drei koordinierenden Wissenschaftler:innen und den Erfahrenen, aber auch den Wissenschaftler:innen aus den einzelnen Projekten stattfanden. Diese Treffen dienten auch der Prozessevaluation des Erfahrenenbeirats. Darüber hinaus wurden die Weiterentwicklung der Beteiligungsstrukturen und die Entwicklung von Verstetigungsstrategien im HAM-NET diskutiert.

In den Projekten übernahmen die Erfahrenen nach Absprache mit den Projektteams und der Beiratskoordination unterschiedliche Aufgaben (siehe Abbildung 2.2-1). Dabei unterstützten sie bei konkreten Aufgaben, z. B. bei der Überprüfung von Studienunterlagen sowie von Entwürfen des OHL-HAM-Kriterienkataloges (>5) auf Verständlichkeit und Vollständigkeit. Die weiteren Tätigkeiten des OHL-HAM-Erfahrenenbeirats werden im Zuge der folgenden Kapitel sowie durch die Erfahrenen selbst (>7.1) beschrieben.

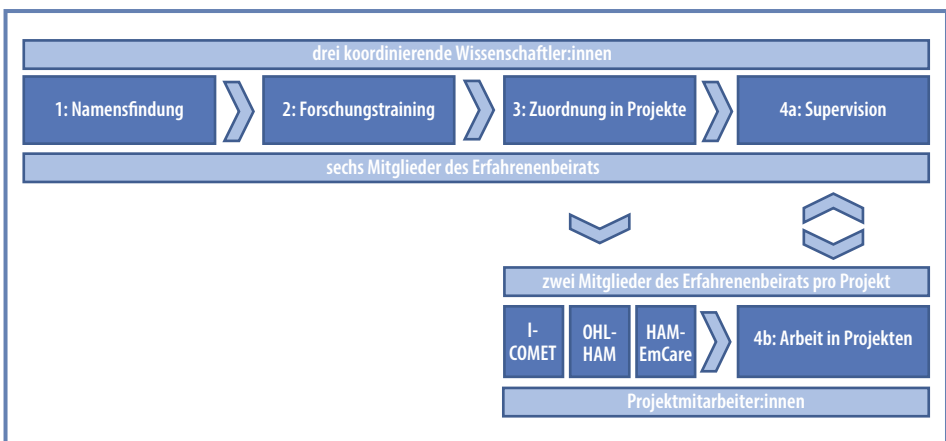


Abbildung 2.2-1: Struktur des HAM-NET-Erfahrenenbeirats. Quelle: eigene Darstellung.

2.2.4 Reflexion

Für HAM-NET erwies sich die übergeordnete Struktur des HAM-NET-Erfahrenenbeirats³ über alle drei Teilprojekte (>2.1) als sinnvoll, um die Kontinuität der Beiratsarbeit in Phasen, in denen weniger Projektarbeit anstand, und den Austausch unter den verschiedenen Forschungspartner:innen aus den drei HAM-NET-Projekten zu

3 Siehe auch HAM-NET-Webseite: <https://www.uke.de/landingpage/versorgungsforschung/regionale-versorgungsforschung-ham-net/struktur/index.html>

gewährleisten. Die Koordination des Erfahrenenbeirats führte eine Evaluation durch und reflektierte gemeinsam mit Erfahrenen und Wissenschaftler:innen die Arbeit im und mit dem Beirat. Durch dieses Vorgehen konnten Herausforderungen, wie z. B. fehlender Informationsfluss zwischen Erfahrenen und den Wissenschaftler:innen aus den Projekten, identifiziert und ihre Bewältigung durch die koordinierenden Wissenschaftler:innen angebahnt werden.

Das Forschungstraining für den Beirat wurde gut von den Erfahrenen angenommen und von allen Akteur:innen als sinnvoll bewertet. Die Treffen mit den Mitarbeitenden der verschiedenen Projekte zeigten zudem, dass Ideen für die Zusammenarbeit mit dem Beirat und der Austausch von Erfahrungen als unterstützend wahrgenommen wurden. Insgesamt konnten Lernprozesse für alle Beteiligten angestoßen werden. Die Erfahrenen aus dem HAM-NET-Erfahrenenbeirat erlebten den Austausch und die Diskussion mit anderen Erfahrenen, den Wissenszuwachs über den Forschungsprozess und Vernetzungsmöglichkeiten als bereichernd. Sie stellten auch fest, dass eine gemeinsame Struktur und Vision, die in der Antragsphase hätte erarbeitet werden können, fehlte. Dies könnte auch die Identifikation der Erfahrenen mit der Beiratstätigkeit negativ beeinflusst haben. Wissenschaftler:innen aus den Projekten berichteten über den Mehrwert durch den Einbezug der Erfahrenen bei konkreten Aufgaben, z. B. der Durchsicht von Studienmaterialien. Weder für die Wissenschaftler:innen in den Projekten noch für die Koordinierenden waren explizit Mittel oder Stellenanteile eingeplant. So wurde ein erhöhter zeitlicher und Ressourcenaufwand, z. B. durch längere und häufigere Meetings, E-Mail-Kommunikation sowie wiederholende Erklärungen, kritisch gesehen und als den Forschungsprozess verlangsamend erlebt.

Mit dem Erfahrenenbeirat im HAM-NET-Projekt wurde eine von Erfahrenen und Wissenschaftler:innen als bereichernd wahrgenommene Form der Beteiligung von Patient:innen in koordinierten Forschungsverbänden aufgebaut. Für eine Verstetigung ist jedoch die Bereitstellung von Ressourcen, insbesondere zeitlichen für die Wissenschaftler:innen sowie finanziellen für die Erfahrenen, wichtig. Durch die Evaluation und Reflexion konnten positive und kritische Aspekte herausgearbeitet und in die Planungen für zukünftige Forschungsprojekte, die Bürger:innen und Patient:innen einbeziehen möchten, berücksichtigt werden. Die Verstetigung des Erfahrenenbeirats wurde mit den HAM-NET-Verantwortlichen diskutiert, und es wäre aus unserer Sicht wünschenswert, wenn entsprechende Ressourcen eingeplant werden könnten.

LITERATURVERZEICHNIS

Arnstein SR (1969): A Ladder Of Citizen Participation. *J Am Inst Plann* 35:216–224. <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>

Biddle MSY, Gibson A, Evans D (2021): Attitudes and approaches to patient and public involvement across Europe: A systematic review. *Health Soc Care Community* 29:18–27. <https://doi.org/10.1111/hsc.13111>

Boote J, Wong R, Booth A (2015): 'Talking the talk or walking the walk?' A bibliometric review of the literature on public involvement in health research published between 1995 and 2009. *Health Expect* 18:44–57. <https://doi.org/10.1111/hex.12007>

Brütt AL (2020): Partizipative Versorgungsforschung: nicht nur über, sondern mit Patienten forschen. *Frankf Forum Versorg – Methoden Ziele* 22:26–33

Brütt AL, Bernges T, Magaard J, Ex In Pilots, Sielaff G (2017): Mitforschen, aber wie? Entwicklung und Evaluation eines Forschungstrainings für Psychiatrieerfahrene. *Psychiatr Prax* 44:99–104. <https://doi.org/10.1055/s-0041-108968>

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2016): Grundsatzpapier des Bundesministeriums für Bildung und Forschung zur Partizipation

Farin-Glattacker E, Kirschning S, Meyer T, Buschmann-Steinhage R (2014): Partizipation an der Forschung – eine Matrix zur Orientierung

Heckert A, Forsythe LP, Carman KL, Frank L, et al. (2020): Researchers, patients, and other stakeholders' perspectives on challenges to and strategies for engagement. *Res Involv Engagem* 6:60. <https://doi.org/10.1186/s40900-020-00227-0>

Seeralan T, Härter M, Koschnitzke C, Scholl M, et al. (2021): Patient involvement in developing a patient-targeted feedback intervention after depression screening in primary care within the randomized controlled trial GET.FEEDBACK.GP. *Health Expect* 24:95–112. <https://doi.org/10.1111/hex.13039>

2.3

Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz

Christopher Kofahl, Daniel Lüdecke

2.3.1 Individuelle Gesundheitskompetenz

Individuelle Gesundheitskompetenz gilt als wichtiges Thema für die öffentliche Gesundheit und die Gesundheitsversorgung. Sie ist definiert als Kompetenz, die das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten der Menschen umfasst, sich Gesundheitsinformationen zu erschließen, diese zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden (Sørensen et al., 2012), um im Alltag Entscheidungen über die eigene Gesundheitsversorgung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung zu treffen. Ziel ist es, die Lebensqualität im Laufe des Lebens zu erhalten oder zu verbessern. Es gibt immer mehr Belege dafür, dass sich Menschen mit einem niedrigen Bildungsniveau weniger gesundheitsbewusst verhalten und tendenziell einen schlechteren Gesundheitszustand haben als Menschen mit höherem Bildungsniveau (Altin & Stock, 2016; Dietscher & Pelikan, 2016). Für Deutschland deuten aktuelle Studien darauf hin, dass große Teile der deutschen Bevölkerung (54 Prozent) eine niedrige Gesundheitskompetenz aufweisen und daher große Schwierigkeiten beim Zugang zu und Umgang mit notwendigen gesundheitsbezogenen Informationen und Dienstleistungen haben (Schaeffer et al., 2019). Die

Gesundheitskompetenz von Patient:innen wird nicht nur durch schwer verständliche Informationen beeinträchtigt, sondern auch durch die zunehmenden Anforderungen, sich in einem komplexen Gesundheitssystem zurechtzufinden. Daher ist es für Gesundheitsorganisationen wichtig, auf die Bedürfnisse von Patient:innen einzugehen und Gesundheitsinformationen und -dienstleistungen zu verbessern, um diese verständlicher und zugänglicher zu machen (Brach, 2017; Prince et al., 2018). Wenn Gesundheitsorganisationen sich auf diese Art und Weise auf die Bedürfnisse von Patient:innen einstellen, spricht man von *organisationsbezogener Gesundheitskompetenz*. Der Begriff »organisationsbezogene Gesundheitskompetenz« kann also verstanden werden als eine Erweiterung der individuellen Gesundheitskompetenz auf Organisationen. Bevor wir auf die Definition und Bedeutung der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz und gesundheitskompetenter Gesundheitsorganisationen eingehen, sollen im Folgenden die Entstehung und Entwicklung von »Health Literacy« bzw. Gesundheitskompetenz und deren Ausdifferenzierungen sowie definitorischen Facetten skizziert werden.

2.3.2 Von der Health Literacy zur Gesundheitskompetenz – Geschichte, Konzepte und Definitionen

Gesundheitskompetenz wird im deutschsprachigen Raum in der Regel als Pendant zum englischen Begriff »Health Literacy« verstanden. In der internationalen Datenbank für medizinische Fachliteratur »PubMed« findet sich Health Literacy als sogenannter »exact term« erstmalig in einer malayischen Publikation aus dem Jahre 1985 (Yap Sim Bee, 1985). Bis einschließlich 1999 kamen in PubMed nur 36 weitere Publikationen hinzu, in denen dieser Begriff genannt wurde. Danach folgte jedoch ein sprunghafter Anstieg von zunächst noch 17 Einträgen im Jahr 2000 bis über 1.000 Neueinträgen im Jahr 2015. Mitte 2023 führt der Suchbegriff in PubMed insgesamt zu über 17.000 Treffern.

Der Bekanntheitsgrad von Health Literacy ist stark mit der World Health Organization (WHO) und dem Australier Don Nutbeam verbunden (Kickbusch, 2001; Nutbeam, 2000, 2008). Eine wichtige Grundlage für die Verbreitung des Konzepts erfolgte 1998 durch die WHO mit der folgenden Definition:

»Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health.« (World Health Organization, 1998).

Schon hier zeigt sich, dass Health Literacy nicht nur auf Lese- und Schreibfähigkeit (Literalität) eingeeengt ist, sondern im weiteren Sinne sowohl auf kognitive als auch auf soziale Fertigkeiten abzielt, welche im Grundsatz Interaktionsfähigkeit implizie-

ren. Des Weiteren unterstellt die Definition, dass diese kognitiven und sozialen Fertigkeiten wiederum die grundlegenden Faktoren seien, die einerseits die Motivation und andererseits die Befähigung beeinflussen, sich nicht nur Zugang zu Informationen verschaffen zu können, sondern diese auch zu verstehen und adäquat zur Förderung und Erhalt der eigenen Gesundheit anzuwenden. Gesundheitskompetenz ist somit per se ein außerordentlich komplexes psychologisches Konstrukt, da es sich aus den oben genannten psychologischen Unterdimensionen zusammensetzt, welche in mehr oder weniger enger Beziehung zueinander stehen und welche bereits für sich genommen vielschichtig sind.

Inzwischen existieren zahlreiche Publikationen, die sich mit der Konzeptionierung und Definition von Health Literacy auseinandersetzen. Die Konzepte unterscheiden sich in Komplexität und Weite (Abel & Sommerhalder, 2015), sind sich grundsätzlich aber eher ähnlich als stark voneinander abweichend. Es geht hier vor allem um die sprachlichen Nuancen und Pointierungen. Diese können aber für die Operationalisierung im Rahmen der Messung von Gesundheitskompetenz sehr entscheidend sein.

Ein Hauptgrund für die intensive langjährige Diskussion um die Konzepte von Health Literacy bzw. Gesundheitskompetenz mag in deren Komplexität liegen, die eine definitorische Grenzziehung erschweren (Mackert et al., 2015). Sørensen et al. (2012) analysierten in einer Übersichtsarbeit insgesamt 17 weitere Definitionen und Konzepte von Health Literacy und synthetisierten diese in einer neuen integrierten Definition:

»Health literacy is linked to literacy and entails people's knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course.« (S. 3).

Diese – wahrscheinlich kompromissbedingte – erweiterte Definition verdeutlicht bereits ein Kernproblem des Health-Literacy-Konzepts: Es umfasst nahezu alles, was ein Mensch zu seiner Daseinsbewältigung benötigt. Die Fokussierung auf *Health* könnte man auch als sprachlich willkürliche Eingrenzung dieser Form von Lebensbewältigung verstehen, denn die meisten der hier beschriebenen Kernkompetenzen sind grundsätzlicher Natur. Ist die *Gesundheitskompetenz* im Lichte der gängigsten Definitionen nicht eigentlich *Lebenskompetenz* im weitesten Sinne? Tatsächlich hat die immer stärkere definitorische Ausdehnung von Health Literacy Anlass zu teils deutlicher Kritik gegeben (vgl. Wills, 2009). Health Literacy wurde in der Literatur auch immer wieder im Zusammenhang mit dem zur damaligen Zeit schon wesentlich älteren Empowerment-Konzept diskutiert bis hin zu der Frage, ob Health Literacy und Empowerment nicht sogar dasselbe seien. Bereits vor 20 Jahren war deshalb von dem »alten Wein in neuen Schläuchen« die Rede:

»The Health Literacy ›movement‹ and those influenced by it [...] have moved so far away from the original conception of health literacy that the term has become almost synonymous with the concept of empowerment.« (Tones, 2002, S. 289).

Auch Nutbeam selbst hat dieses definitorische Problem aufgegriffen:

»Health literacy is a concept that is both new and old. In essence it involves some repackaging of established ideas concerning the relationship between education and empowerment.« (Nutbeam, 2000, S. 265).

Heute würde man Health Literacy bzw. Gesundheitskompetenz trotz einer erheblichen inhaltlichen Schnittmenge wohl nicht mit Empowerment gleichsetzen. Tatsächlich lässt sich Gesundheitskompetenz eher als (wichtiges) Element von Empowerment verorten, das heißt, Gesundheitskompetenz ist mit Empowerment in dem Sinne assoziiert, dass die Förderung von Gesundheitskompetenz in Form einer Gesundheitsbildung das Empowerment steigert (vgl. auch Tavananezhad et al., 2022). War Gesundheitskompetenz zu Beginn noch eher eine Zustandsbeschreibung und Ursache für gute oder schlechte Gesundheit, rückte im Laufe der Zeit der prozessuale Bildungsaspekt in den Vordergrund. Hier stellte sich die Frage, mit welchen erzieherischen Ansätzen bzw. Bildungsmethoden Gesundheitskompetenz mit dem Ziel einer besseren Gesundheit gesteigert werden kann. Dies wurde insbesondere im Kontext der *Health Promotion* diskutiert, ausgehend von der These, dass die gängigen Theorien und Konzepte der Gesundheitsförderung die erzieherischen bzw. bildenden Aspekte insbesondere auf individueller Ebene vernachlässigen würden:

»Disappointingly, the potential of education as a tool for social change, and for political action has been somewhat lost in contemporary health promotion.« (Nutbeam, 2000, S. 265).

Neuere Theoriemodelle wie z. B. das umfassende Konzept der Gesundheitskompetenz von Rudinger et al. (2014) integrieren vor allem psychologische Faktoren wie Verantwortungübernahme, Selbstkontrolle und Selbstregulation (siehe Abbildung 2.3-1), die insofern bedeutsam sind, als die reinen Basisfertigkeiten wie Lesekompetenz und Wissen nicht per se ein Garant für gesundheitsbewusstes Verhalten und Selbstmanagement sind.

In der klinischen wie in der Versorgungsforschung wird Gesundheitskompetenz zunehmend häufiger sowohl als Ursache als auch als Outcome für Versagen und Erfolg gesundheitsfördernder, präventiver, diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen betrachtet. Auch in diesem Sinne ist das Konzept von Gesundheitskompetenz faszinierend, denn hierdurch rückt der Mensch (bzw. enger: die Patient:innen) in das Zentrum der Betrachtung. Der Mensch wird zur kompetent oder eben *nicht* kompetent handelnd-

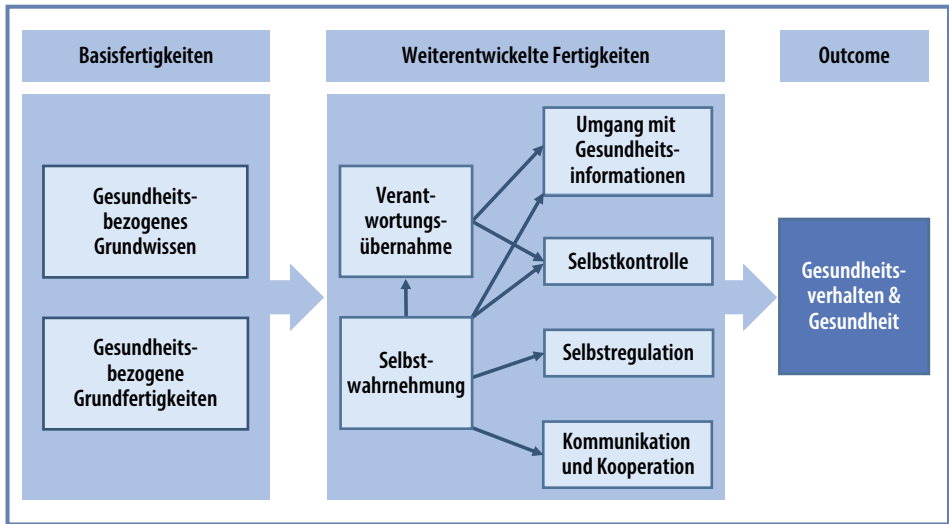


Abbildung 2.3-1: Strukturmodell der Gesundheitskompetenz nach Rudinger et al. (2014, S. 30).

Quelle: eigene Nachbildung nach Rudinger et al. (2014, S. 30).

den Person, salutogenetisch und präventiv wie pathogenetisch und kurativ/rehabilitativ, er selbst wird zum Verursacher oder Verhinderer seiner Gesundheit oder seiner Krankheiten. Die Konzeptionierung von Health Literacy wertet die Rolle des Einzelnen im Gesundheitswesen auf, macht ihn zum ganzheitlichen Wesen mit nahezu gleichwertiger Verantwortung in Gesundheits- und Krankheitsentwicklung und deren Bewältigung. Die Kehrseite der Medaille sind die damit implizierte *Verantwortungsübergabe* des Behandlungssystems auf den Einzelnen und die (eventuell nicht gelingende) *Verantwortungsübernahme* durch den Einzelnen. Die Gefahr des »victim blaming« ist hier immanent. Im wohlwollenden unterstützenden Sinne beinhaltet dies aber im Wesentlichen Anstrengungen der Bildungs- und Gesundheitssysteme, die Menschen durch Information, Aufklärung und Beratung zu stärken und sie dadurch gesundheitskompetent zu machen (Ernstmann et al., 2020).

Sicherlich ist es kein Zufall, dass das Thema »Gesundheitskompetenz« eng gekoppelt ist mit der nahezu zeitgleichen Entwicklung der »Patient Centeredness« (Ishikawa et al., 2013; Scholl et al., 2014; Zill et al., 2015), im Deutschen in der Regel mit *Patient:innenorientierung*, zuweilen auch *Patient:innenzentrierung* übersetzt, in seiner politischen Dimension auch mit *Patient:innenbeteiligung* und *-vertretung* (in Annäherung an »patient-« oder »public involvement«). Der Perspektivenwechsel zu Patient:innen im Zentrum des Versorgungsgeschehens hat nicht nur viele patient:innenseitigen Konsequenzen, sondern auch Konsequenzen aufseiten der Leistungserbringer und -träger. Sowohl Behandelnde als auch die Kranken- und Pflegekassen sowie die öffentlichen Gesundheitsdienste bis hin zu den Informations- und Aufklärungseinrichtungen wie

die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) unternehmen zahlreiche Anstrengungen, die Gesundheitskompetenz von Bürger:innen und von Patient:innen zu steigern. Nicht zu vergessen sind in diesem Kontext auch die zahlreichen Selbsthilfeorganisationen und -gruppen, die ebenfalls eine Steigerung der Gesundheitskompetenz ihrer Mitglieder zum Ziel haben (Kofahl, 2023; Kofahl et al., 2016; Renner, 2013). Methoden, dieses Ziel zu erreichen, sind neben allgemeinen Informationen zu Krankheitsbildern und -risiken insbesondere Schulungen, aber auch Beratungskonzepte wie z. B. das »motivational interviewing« (Miller & Rollnick, 2015; Körkel & Veltrup, 2003).

Die Motivation der Leistungserbringer und -träger, kompetenzsteigernd auf die betroffenen Patient:innen einzuwirken, ist durchaus auch ökonomisch begründet. Die Auswirkungen einer geringen Health Literacy auf die Gesundheitskosten können allerdings nur grob geschätzt werden, belastbare empirische Grundlagen hierzu sind (noch) unzureichend, um valide Aussagen treffen zu können. Spycher (2006, S. III) schätzte z. B. für die Schweiz den Anteil der Gesundheitskosten, der durch geringe Health Literacy verursacht wird, auf rund drei Prozent. Eine gesundheitsökonomische Analyse aus den USA kommt zu einer Hochrechnung von zusätzlichen 215,1 Mrd. US-Dollar (ca. acht Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben) in der Gruppe der Patient:innen mit unterdurchschnittlicher Health Literacy allein für Medikamentenverschreibungen, Ärzt:innenkonsultationen und Behandlungen in Notaufnahmen (Rasu et al., 2015). Zu vergleichbaren Ergebnissen kommt auch eine andere Studie unter 92.749 US-Veteran:innen (Haun et al., 2015). Ein Zusammenhang zwischen Bildungsstand und Health Literacy sowie Alter und Health Literacy ist – nicht überraschend – mehrfach nachgewiesen worden (Kutner et al., 2006).

2.3.3 Operationalisierung und Messung von Gesundheitskompetenz

Die Mehrdimensionalität des Konzepts »Health Literacy« erschwert, wie oben beschrieben, deren Operationalisierung und Messung. Ein wesentliches Problem sind hierbei die performanten Aspekte der Health Literacy. Für eine zuverlässige Messung, die über eine reine Selbsteinschätzung der Proband:innen hinausgeht, bedarf es also Tests und ggf. Beobachtungen. Eine objektive Messung wiederum benötigt Voraussetzungen, die Verfälschungen verhindern. Bei Tests ist dies in der Regel eine Untersucher:in oder ein Setting, innerhalb dessen die Tests von allen Proband:innen gleich durchgeführt werden. Dies macht die Messung von Health Literacy aufwendig und teuer.

Die bekanntesten und verbreitetsten Health-Literacy-Instrumente stammen aus den USA. Bereits 1992 starteten die USA bevölkerungsrepräsentative Erhebungen im Rahmen des National Adult Literacy Surveys (NALS). Module zur Messung von Health Literacy wurden 2003 im National Assessment of Adult Literacy (NAAL) integriert.

Gemessen wurde das Verständnis von gesundheitsbezogenen und -relevanten Informationen auf Basis von Textvignetten, Broschüren, Tabellen und z. B. klinischen Formularen usw. Die Proband:innen mussten dazu Fragen beantworten, die sich auf das jeweilige genannte Material bezogen. Diese Konzeption entspricht in etwa der Messmethodik, wie sie auch später in den weltweiten OECD-PISA-Studien mit 15-Jährigen durchgeführt wurde.

Vor allem aus Gründen der Erhebungsökonomie gibt es verschiedene Versuche, Health Literacy mit vollstandardisierten Instrumenten zu messen. Eines der frühen und fast schon »klassischen« Instrumente ist das Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) (Davis et al., 1991, 1993; Institute of Medicine, 2004). Hierbei handelt es sich um einen Test des (medizinischen) Vokabulars anhand von 66 Worterkennungs- und Wiedergabeaufgaben. Die Durchführung von REALM ist vergleichsweise wenig aufwendig, über die kriteriumsbezogene Validität von REALM bestehen jedoch erhebliche Zweifel.

Neben NAAL und REALM hat sich auch der Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) (Parker et al., 1995) durchgesetzt. Dieses Instrument ist wesentlich umfangreicher als die anderen Testverfahren. Es umfasst sowohl Aufgaben zum Umgang mit Zahlen, zum Umgang mit und zum Wissen über öffentliche Gesundheitsversorgung als auch umfangreiche Aufgaben zum Textverständnis (bspw. müssen die Patienten einen Lückentext ausfüllen). Hierbei wird geprüft, inwieweit die Patient:innen etwa Packungsbeilagen und ärztliche Verschreibungen verstehen und umsetzen können. Von TOFHLA gibt es inzwischen auch eine Kurzversion S-TOFHLA (Baker et al., 1999).

Zu den bisher vorgestellten Instrumenten stellt der Test Newest Vital Sign eine Alternative dar (Shealy & Threatt, 2016; Weiss, 2005). In diesem Test wird Patient:innen die Nährwertinformationstabelle einer Eispackung überreicht, und zu den darin enthaltenen Informationen werden sechs Fragen gestellt, z. B. wie viel Prozent eines täglichen Kalorienkonsums von 2.500 Kalorien pro Tag mit einer Packung Eis aufgenommen werden. Die Durchführung des Tests dauert ca. drei Minuten.

Den oben genannten Instrumenten zur Messung von Gesundheitskompetenz wird vorgeworfen, dass sie die Breite und Komplexität von Health Literacy nicht ausreichend widerspiegeln (Baker, 2006; Nutbeam, 2008), da in der Regel nur die Fähigkeit, Geschriebenes wiederzugeben, erfasst wird. So wird beispielsweise die Fähigkeit zur gesundheitsbezogenen Interaktion mit den etablierten Messinstrumenten für Health Literacy nicht erhoben. Auch die weiteren, eingangs beschriebenen Faktoren wie Motivation, krankheits- und gesundheitssystembezogenes Wissen oder soziale Kompetenz werden durch die vorhandenen Messinstrumente nicht berücksichtigt. Zugute muss man diesen Verfahren jedoch halten, dass sie sich eng an dem Begriff »Literacy« orientieren, wie er in der Abbildung 2.3-2 konzipiert ist.

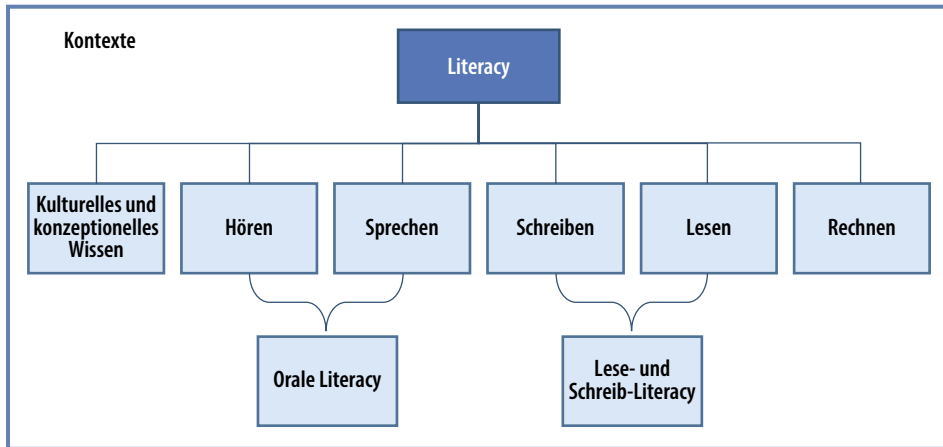


Abbildung 2.3-2: Components of Literacy (Institute of Medicine, 2004, S. 38).

Quelle: eigene Nachbildung, aus dem Englischen übersetzt aus Institute of Medicine (2004, S. 38).

Einen methodisch anderen Ansatz verfolgte die größte jemals in Europa durchgeführte Health-Literacy-Studie, das European Health Literacy Project, das von 2009 bis 2012 durchgeführt wurde (Sørensen et al., 2015). Basierend auf einem eigens dafür entwickelten Instrument, dem HLS-EU-Q47 mit seinen zwölf Subdimensionen (Sørensen et al., 2013), wurden jeweils ca. 1.000 Menschen ab 15 Jahre in acht europäischen Ländern untersucht. Die Studie basiert auf dem theoretischen Konzept von Pleasant et al. (2011) und der Health-Literacy-Definition von Sørensen et al. (2012), die bereits oben eingeführt wurde.

Die Health-Literacy-Studie erhebt den Anspruch, Health Literacy in all seinen wesentlichen Facetten und Dimensionen zu erfassen. Allerdings – und dies ist Anlass zu wiederholter, teils heftiger Kritik (Steckelberg et al., 2017) – basiert die Health-Literacy-»Messung« auf Selbsteinschätzungen. Die Untersuchten wurden gebeten, auf einer Vier-Item-Likert-Skala anzugeben, wie leicht bis wie schwierig sie es finden, gesundheitsbezogene Sachverhalte zu finden, zu verstehen oder umzusetzen. D. h., hier wird nicht im Sinne einer objektiven Testung gemessen, da zum einen die Selbstbewertungen einer nicht unerheblichen Varianz unterliegt, zum anderen aber auch die nicht in der Person liegenden Faktoren eine große Rolle spielen. So hängt z. B. die Befähigung, sich Informationen zu beschaffen, auch entscheidend von den äußeren Angeboten und Möglichkeiten ab oder die Kompetenz, Informationen zu verstehen, auch von der Art der Informationsvermittlung, z. B. durch mehr oder wenig gut darin geschulte Ärzt:innen. Dies mögen wesentliche Gründe für teils erhebliche Länderunterschiede in Bezug auf Health Literacy sein, die in dieser Studie gemessen wurden. Letztlich werden vielen Menschen die mit einer Erkrankung verbundenen Probleme erst dann richtig bewusst, wenn sie selbst oder Angehörige diese Erkrankung haben. Der verkürzt dar-

gestellten Apologie Sokrates folgend, »Ich weiß, dass ich nichts weiß«, führt die Problembewusstwerdung zur bescheidenen Selbstbewertung, nicht (hinreichend) gesundheitskompetent zu sein.

Die verschiedenen Facetten und Dimensionen des komplexen Konzepts »Gesundheitskompetenz« erfordern in seiner Operationalisierung ein multidimensionales Assessment. Eine zentrale Herausforderung stellt hierbei bereits die Zuordnung dieser Dimensionen in unabhängige und abhängige Variablen dar. Für die wissensbasierten Dimensionen lassen sich zwar Wissenstests einsetzen. Doch welches Wissen ist notwendig, und vor allem, welches ist relevant? Und wie misst man, ob Menschen Informationen angemessen verstehen? Motivation und Einstellungen zu Gesundheit und Gesundheitsverhalten lassen sich mit psychometrischen Skalen erheben. Konkretes Verhalten, insbesondere Selbstmanagement, kann abgefragt werden. Doch was ist das eigentlich Outcome – die Befähigung, Informationen adäquat umzusetzen, z. B. das Verhalten zu ändern oder ein engagiertes Selbstmanagement zu betreiben? Oder sind es als distales Ziel – mit Verweis auf »in order to«/»um zu« – zunächst das Treffen von »angemessenen Entscheidungen« oder am Ende gar eine bessere Gesundheit bzw. Krankheitsbewältigung?

Hiermit befassen sich bereits seit Jahren ganze Gruppen von Wissenschaftler:innen. Eine umfassend konsentrierte Lösung wird es hierzu vermutlich nicht geben, doch geben Memoranden bereits Richtungen und Strategien vor, die auch die Leistungserbringerseite einschließen und die organisationsbezogene Gesundheitskompetenz integrieren (Ernstmann et al., 2020). Letztlich setzt auch der Forschungspragmatismus hier Grenzen, denn Gesundheitskompetenz vollständig zu erheben bzw. zu messen, wäre so aufwendig, dass kaum noch Raum für die jeweilige eigentliche gesundheitswissenschaftliche Untersuchung bleibt.

2.3.4 Was bringt die Förderung von Gesundheitskompetenz für die Gesundheit?

Es ist im gewissen Sinne faszinierend zu sehen, dass es trotz außerordentlich vieler Studien und systematischer Reviews bis heute kaum gelungen ist, die Zusammenhänge zwischen Health Literacy und gesundheitsbezogenen Outcomes eindeutig abzubilden. Signifikante, jedoch meist geringgradige Zusammenhänge zwischen Health Literacy und Gesundheitsoutcomes lassen sich zwar durchaus finden, es wurden aber auch viele Studien publiziert, die keine signifikanten Assoziationen zeigen konnten (Berkman et al., 2011). So errechneten beispielsweise Zhang et al. (2014) in einer großen Metaanalyse nur Korrelationen in der Größenordnung zwischen 0,06 und 0,09. Diese Werte stellen trotz gegebener Signifikanz eher keinen Zusammenhang dar, zumindest keinen praxisrelevanten. Studien zu Zusammenhängen zwischen Health Literacy und

der Inanspruchnahme von empfohlenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen fielen ähnlich aus und stellen keine oder nur geringe Zusammenhänge fest (Oldach & Katz, 2014). Interessanterweise kritisierten die Autor:innen insbesondere die für die Health-Literacy-Messung eingesetzten Instrumente und fordern Instrumente mit höherer kriteriumsbezogener Validität. Das heißt, vereinfacht geschrieben, dass die praktische Anwendbarkeit eines Instruments gegeben ist und tatsächlich das gemessen wird, was die Messinstrumente vorgeben zu messen.

Auch das European Health Literacy Project brachte viele interessante, wenngleich überwiegend deskriptive Ergebnisse hervor. Subgruppenanalysen und Ländervergleiche zeigen deutliche Unterschiede. Bezüge zu Health Outcomes existierten in dieser querschnittlichen Untersuchung zwar nicht, sehr wohl aber positive Korrelationen zwischen selbst eingeschätztem Gesundheitsstatus und Health Literacy. Letzteres gilt insbesondere auch für die recht deutlichen Zusammenhänge zwischen Gesundheitskompetenz und Sozialstatus, wirtschaftlicher Situation, Bildung, Alter und von der Tendenz her auch für das Geschlecht (Männer schneiden hier schlechter ab) (Sørensen et al., 2015).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Gesundheitskompetenz mit Krankheit und Gesundheit assoziiert ist, aber eben auch mit Einkommen und Bildung sowie weiteren Faktoren. Letztere sind allerdings per se eigenständige signifikante Risikofaktoren für Krankheit. Aus diesem Grunde macht es – z. B. zur Messung der Effekte von Schulungsmaßnahmen – meistens mehr Sinn, Gesundheitskompetenz indikations- und zielgruppenspezifisch zu fördern und zu erfassen.

2.3.5 Von der individuellen zur organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz ist eine Eigenschaft, die intuitiv zuerst einmal Menschen, nicht jedoch Organisationen zugerechnet wird. Dies leitet sich aus dem lateinischen *competentia*, also »Eignung«, ab: Ist jemand geeignet, für die eigene Gesundheit zu sorgen? Wenn von »Gesundheitskompetenz« die Rede war, bezog man sich in der Regel auf die *individuelle* oder *persönliche* Gesundheitskompetenz (Sørensen et al., 2012). Somit war das Konzept der Gesundheitskompetenz ein Synonym für individuelle Gesundheitskompetenz, also eine Fähigkeit von Personen, die notwendigen Angebote oder Leistungen des Gesundheitssystems zu finden, deren Nutzen und Notwendigkeit zu bewerten und, daraus resultierend, entscheiden zu können, ob und welche Leistungen in Anspruch genommen werden sollen. Das heißt, Menschen sollten eine gewisse Vorstellung oder ein bestimmtes Wissen darüber haben, was für die eigene Gesundheit getan werden kann. Im Kontext von Gesundheitskompetenz geht es dabei oft, wenn auch nicht immer um Informationen. Wie findet man relevante Informa-

tionen zu Gesundheitsfragen? Versteht man diese Informationen und kann, darauf basierend, zu einer Entscheidung kommen, welcher Schritt – z. B. ärztliche Hilfe oder Beratungsstellen aufsuchen – als Nächstes notwendig wird? Der Fokus von Gesundheitskompetenz wurde hierbei lange Zeit auf die Bevölkerung bzw. die individuelle Ebene gelegt. Diese Perspektive hat sich in den letzten Jahren stark verändert (Kwan et al., 2006; Parker, 2009). Natürlich hängt es weiterhin von individuellen Merkmalen und Fähigkeiten ab, wie kompetent Menschen im Umgang mit ihrer Gesundheit sind. Andererseits wird Gesundheitskompetenz jedoch auch stark von der Zugänglichkeit von Informationen, Beratungs- und Unterstützungsleistungen bestimmt. Wie leicht machen es das Gesundheitssystem und seine Organisationen bzw. die darin arbeitenden Fachkräfte den betroffenen Menschen, an diese Informationen und Angebote zu gelangen? Diese Überlegungen führten dazu, Gesundheitskompetenz nicht mehr ausschließlich mit *individueller* Gesundheitskompetenz gleichzusetzen. Vielmehr ging es fortan darum, die individuelle Gesundheitskompetenz von der *systembezogenen*, oder präziser: *organisationalen* bzw. *organisationsbezogenen* Gesundheitskompetenz zu unterscheiden. Denn persönliche Fähigkeiten der Patient:innen stehen den situativen Anforderungen des Gesundheitssystems gegenüber. Diese Anforderungen spiegeln sich darin wider, wenn von der »Komplexität des Gesundheitssystems« gesprochen wird. Die Komplexität hängt von mehreren Faktoren ab, z. B. von der Technologisierung und Spezialisierung von Gesundheitsdienstleistungen, wodurch vor allem in urbanen Räumen eine Vielfalt von Angeboten entsteht. Das Vorhandensein verschiedener Gesundheitsangebote in städtischen Gebieten ist folglich ein Ergebnis der wachsenden Bevölkerung, der zunehmenden Spezialisierung der Medizin und der technologischen Fortschritte im Gesundheitswesen. Insofern ist das Thema »Gesundheitskompetenz«, insbesondere organisationsbezogene Gesundheitskompetenz, wichtig für eine nachhaltige Stadtgesundheit.

2.3.6 Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz und Stadtgesundheit

Um den unterschiedlichen Bedürfnissen der städtischen Bevölkerung mit ihrer soziodemografischen und sozioökonomischen Vielfalt gerecht zu werden, ist eine entsprechend vielseitige Angebotsstruktur im Gesundheitswesen notwendig. Daher bieten Städte und urbane Regionen oft eine breite Palette von medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen, spezialisierten Kliniken und anderen Gesundheitseinrichtungen an. Diese Vielfalt ist einerseits eine positive Entwicklung, da sie es den Menschen ermöglicht, verschiedene Gesundheitsdienstleistungen in ihrer Nähe in Anspruch zu nehmen. Dies kann die Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem verbessern und zu einer besseren Versorgung führen (Batbaatar et al., 2017). Ande-

rerseits kann diese Fülle an Angeboten auch unübersichtlich werden. Für Bürger:innen kann die Menge an Gesundheitseinrichtungen und -dienstleistungen eine Herausoder gar Überforderung darstellen. Es wird zunehmend anspruchsvoller, das richtige Angebot für die eigenen, individuellen Bedürfnisse zu finden. Dies erschwert es den Menschen, eine fundierte Entscheidung über ihre Gesundheitsversorgung zu treffen. Dadurch kann es vorkommen, dass aufgrund der Komplexität des Gesundheitswesens benötigte medizinische Hilfe nicht immer rechtzeitig erhalten wird, was zu Verzögerungen bei Behandlungen führen kann (Yagi et al., 2022). In der Konsequenz kann die Gesundheit der Bevölkerung beeinträchtigt werden.

Um eine nachhaltige Stadtgesundheit zu gewährleisten, ist es daher von entscheidender Bedeutung, einen leichten Zugang zu den Gesundheitsdiensten zu ermöglichen. Dies schließt ein, dass gesundheitsbezogene Informationen und Angebote leicht zu finden und zu verstehen sind, um entscheiden zu können, was als Nächstes zu tun ist. Eine Studie von Kuipers et al. (2019) betont ebendiese Bedeutung des leichten Zugangs zu gesundheitsrelevanten Informationen und qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung, insbesondere in städtischen und urbanen Gebieten. Dies ist auf der einen Seite eine städtische bzw. regionale Aufgabe, da die verschiedenen Gesundheitsorganisationen regional und im Kontext des Versorgungsangebotes vor Ort agieren. Andererseits können Gesundheitsorganisationen ebenso dazu beitragen, diese Barrieren abzubauen, und so einen Beitrag zur Entwicklung einer gesünderen und lebenswerteren Stadt leisten. Als Wegweiser, wie gut dies einer Gesundheitsorganisation gelingt, gibt es das Konzept der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz.

2.3.7 Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz: Definition

Ähnlich wie bei der individuellen Gesundheitskompetenz, die beschreibt, wie bei Menschen bestimmte auf Gesundheitsthemen bezogene Fertigkeiten vorhanden und ausgeprägt sind, bezieht sich organisationsbezogene Gesundheitskompetenz auf bestimmte Merkmale oder Eigenschaften, die Einrichtungen des Gesundheitswesens aufweisen können. Diese Eigenschaften sollen es den Nutzer:innen der Organisationen erleichtern, Zugang zu krankheits- und gesundheitsrelevanten Informationen zu erhalten, die Informationen verstehen und bewerten zu können, und damit Nutzer:innen befähigen, im Alltag Entscheidungen in Bezug auf die Gesundheitsversorgung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung (z. B. Beratung, Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen oder präventiver Angebote und Ähnliches) treffen zu können.

Im Kern geht es bei organisationsbezogener Gesundheitskompetenz also um die Bemühungen von Organisationen, die individuelle Gesundheitskompetenz ihrer Nutzer:innen zu berücksichtigen und zu stärken (Brach et al., 2012; Meggetto et al., 2018).

Gesundheitskompetente Organisationen sind demnach solche Einrichtungen, die es Menschen leichter machen, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden und Gesundheitsinformationen und -leistungen zu verstehen sowie in Anspruch zu nehmen (Brach et al., 2012).

Die Eigenschaften, die eine gesundheitskompetente Organisation auszeichnen, sind äußerst vielfältig, und es gibt zahlreiche Beispiele, wie dies in der praktischen Umsetzung aussehen kann. So können sich Merkmale organisationsbezogener Gesundheitskompetenz z. B. darauf beziehen, ob Ärzt:innen ihre Patient:innen angemessen aufklären, damit diese bspw. bevorstehende medizinische Eingriffe oder geplante Therapien gut verstehen können. Natürlich ist der Bereich der (Gesundheits-)Informationen von besonderer Bedeutung. Es ist zum Beispiel wichtig, dass Aufklärungsbroschüren oder Patient:innenleitlinien verständlich geschrieben sind und keine unverständlichen Fachbegriffe enthalten, damit auch Laien die bereitgestellten Informationen leicht nachvollziehen können. Oft ist die erste Anlaufstelle bei der Informationssuche das Internet. Daher müssen Internetseiten nicht nur einfache und für die Nutzer:innen verständlich aufbereitete Informationen enthalten. Ebenso sollte es klare Hinweise darauf geben, ob die präsentierten Informationen wissenschaftlich fundiert und vertrauenswürdig sind. Das schließt mit ein, dass für Nutzer:innen bspw. ersichtlich wird, welche Behandlungsverfahren Gesundheitsorganisationen anwenden und in welchen Fachgebieten eine entsprechende Expertise vorliegt, damit eine fundierte Entscheidung für die Inanspruchnahme von Dienstleistungen getroffen werden kann. Diese wenigen Beispiele verdeutlichen bereits, dass die Entwicklung und Förderung von Gesundheitskompetenz eine Vielzahl von Strukturen und Prozessen in Versorgungsorganisationen betreffen. Entsprechend umfassend ist die Liste an Eigenschaften, die eine gesundheitskompetente Organisation ausmachen.

Das Konzept der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz hat sich in den letzten Jahren stark entwickelt. Bereits 2007 entwarfen Andrulis und Brach die Vision eines Gesundheitssystems, in dem Gesundheitsorganisationen daran arbeiten, Gesundheitskompetenz in die Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung zu integrieren (Andrulis & Brach, 2007). Es folgte eine erste, noch eher allgemeine Definition des Konzepts »organisationsbezogener Gesundheitskompetenz«:

»Health care organizations that make it easier for people to navigate, understand, and use information and services to take care of their health« (Brach et al., 2012, S. 1).

Später entwickelten sich verschiedene Abwandlungen dieser Definition, die aber im Kern das gleiche Konzept beschreiben und ähnlich kurzgefasst sind, wie zum Beispiel die Definition des U.S. Departments of Health and Human Services:

»Organizational health literacy is the degree to which organizations equitably enable individuals to find, understand, and use information and services to inform health-related decisions and actions for themselves and others.« (U.S. Department of Health and Human Services, 2020).

Die ins Deutsche übersetzten Definitionen sind in der Textbox 2.3-1 aufgeführt.

Textbox 2.3-1: Begriffsdefinition »Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz«

Definition 1:

Gesundheitskompetente Organisationen sind »Gesundheitsorganisationen, die es den Menschen leichter machen, [Gesundheits-]Informationen und Angebote zu finden, zu verstehen und anzuwenden, um sich um ihre Gesundheit zu kümmern.« (Aus dem Englischen übersetzt aus: Brach et al., 2012, S. 1)

Definition 2:

»Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz ist der Grad, in dem Organisationen es dem Einzelnen ermöglichen, Informationen und Dienstleistungen zu finden, zu verstehen und zu nutzen, um gesundheitsbezogene Entscheidungen und Maßnahmen für sich selbst und andere zu treffen.« (Aus dem Englischen übersetzt aus: U.S. Department of Health and Human Services, 2020)

Ausgehend von diesem Verständnis organisationsbezogener Gesundheitskompetenz, entwickelten Brach et al. (2012) zehn Hauptmerkmale, die in vielen späteren Veröffentlichungen zur Gesundheitskompetenz von Organisationen oft zitiert wurden.

»Eine Gesundheitskompetente Krankenversorgungsorganisation [...]:

1. Hat eine Führung, die Gesundheitskompetenz zum integralen Bestandteil ihrer Mission bzw. ihres Leitbilds, ihrer Strukturen und Prozesse macht.
2. Integriert Gesundheitskompetenz in die strategische Planung, in Evaluationsmaßnahmen, in Patientensicherheit und Qualitätsentwicklung.
3. Fördert die Gesundheitskompetenz ihrer MitarbeiterInnen und monitiert Verbesserungen.
4. Entwickelt, implementiert und evaluiert ihre Gesundheitsinformationsangebote unter Einbeziehung der Zielgruppen, für die diese Angebote gedacht sind.
5. Bietet, ohne zu stigmatisieren, eine Reihe von bedürfnisorientierten Methoden zur Förderung der Gesundheitskompetenz jener Bevölkerungsgruppen an, die die Leistungen der Einrichtung in Anspruch nehmen.

6. Setzt Strategien zur Förderung der Gesundheitskompetenz in interpersonellen Kommunikationssituationen ein und legt bei allen Kontakten Wert auf die Rückbestätigung des korrekten Verständnisses.
7. Ermöglicht einfachen Zugang zu Gesundheitsinformationen und Dienstleistungen und bietet Unterstützung für die Navigation durch die Organisation bzw. das System an.
8. Entwickelt und verwendet gedruckte, audiovisuelle und soziale Medien, deren Botschaften einfach zu verstehen und zu befolgen sind.
9. Fördert Gesundheitskompetenz auch in Hochrisiko-Situationen, einschließlich Naht- und Schnittstellen der Versorgung und der Vermittlung von Informationen über Medikamente.
10. Vermittelt klar, welche Leistungen durch Leistungskataloge von Versicherungen abgedeckt sind und für welche Leistungen selbst bezahlt werden muss.«

(Brach et al., 2012; zitiert nach: Pelikan, 2017, S. 67)

Spätestens ab diesem Zeitpunkt stieg das Interesse an dem Thema »organisationsbezogene Gesundheitskompetenz« auch in der Forschung sehr stark an. Es zeigte sich aber schnell, dass die beschriebenen zehn Merkmale nicht ausreichten, um die Anforderungen an gesundheitskompetente Organisationen angemessen zu beschreiben. Zudem waren diese zehn Eigenschaften zu allgemein, als dass Gesundheitsorganisationen daraus konkrete praktische Maßnahmen ableiten konnten, um die eigene organisationsbezogene Gesundheitskompetenz weiterzuentwickeln. In der Folge gab es verschiedene Versuche, die Komplexität von Gesundheitsorganisationen angemessener zu erfassen, was auch zu einer Zunahme der Anzahl von Eigenschaften führte, die nun hinsichtlich organisationsbezogener Gesundheitskompetenz relevant wurden (Farmanova et al., 2018). Eine umfassendere Darstellung der bisherigen Forschung zu organisationsbezogener Gesundheitskompetenz ist in Kapitel 3 (▷3) zu finden.

2.3.8 Aktuelle Entwicklungen zu organisationsbezogener Gesundheitskompetenz im deutschsprachigen Raum

Das Konzept der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz hat in den letzten Jahren zunehmend an Aufmerksamkeit gewonnen. Nicht nur auf internationaler Ebene im englischsprachigen Raum, sondern auch im deutschsprachigen Raum wird immer aktiver zu diesem Thema geforscht. Dadurch hat sich das Verständnis vom Konzept »Gesundheitskompetenz« verändert. Diese wird mittlerweile als *relationales Konzept* aufgefasst: Gesundheitskompetenz wird einerseits durch die individuelle, persönliche Komponente (persönliche Kompetenzen und Fähigkeiten, also die *individuelle* Gesundheitskompetenz) und andererseits durch situative Anforderun-

gen aufgrund der Komplexität des Gesundheitswesens beeinflusst (Pelikan & Ganahl, 2017). Die organisationsbezogene Gesundheitskompetenz ist in diesem Verständnis von »Gesundheitskompetenz« ein zentrales Element, da Organisationen die Aufgabe zukommt, die Gesundheitskompetenz ihrer Nutzer:innen zu verbessern, indem auf der einen Seite die individuelle Gesundheitskompetenz bspw. durch Beratung oder Schulung gestärkt wird, auf der anderen Seite wiederum situative Anforderungen verringert werden (was oft eine Intensivierung von Ressourcen durch Organisationsentwicklung hin zu einer gesundheitskompetenten Organisation bedeutet (Pelikan et al., 2023). Gesundheitskompetenz insgesamt entsteht aus einem Zusammenwirken von individueller und organisationsbezogener Gesundheitskompetenz.

»Die tatsächlich aktuell verfügbare personale GK [Gesundheitskompetenz] ist, wie jede Kompetenz, immer zugleich von den persönlichen Fähigkeiten einer Person und von den Anforderungen bzw. der Komplexität der Situation bestimmt, in der gesundheitskompetent entschieden oder gehandelt werden muss.« (Pelikan et al., 2023, S. 688).

Das heißt, die *aktuelle, in einer bestimmten Situation tatsächlich verfügbare* Gesundheitskompetenz, die einer Person zugeschrieben werden kann, basiert nicht nur auf der *individuellen* Komponente, sondern kann durch Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems zusätzlich beeinflusst werden. Damit wird die Verantwortung der Gesundheitsorganisationen gestärkt.

Die Idee des relationalen Konzepts von Gesundheitskompetenz rückte zuletzt immer mehr in den Fokus der Forschung (>3 für einen detaillierten Überblick). Entsprechend gab es auch eine Revision bzw. Erweiterung der bisherigen Definitionen von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz, in der das Zusammenwirken von organisationsbezogener und individueller Gesundheitskompetenz stärker zum Ausdruck kommt:

»Eine GKO [gesundheitskompetente Organisation] erleichtert allen Beteiligten [...] den Zugang zu krankheits- und gesundheitsrelevanten Informationen, sowie das Verständnis, die Bewertung und die Nutzung/Anwendung dieser Informationen und versucht, die persönliche GK [Gesundheitskompetenz] zu verbessern, um im Alltag Entscheidungen in Bezug auf die Gesundheitsversorgung (Koproduktion), Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung treffen zu können, die zum Erhalt und zur Verbesserung der Lebensqualität im Lebensverlauf beitragen. Um dieses umfassende Konzept systematisch und nachhaltig umzusetzen, muss eine Organisation Prinzipien und Instrumente des Qualitätsmanagements, des Veränderungsmanagements und der Gesundheitsförderung anwenden und spezifische organisatorische Kapazitäten (Infrastrukturen und Ressourcen) aufbauen, um gesundheitskompetenter zu werden.« (Pelikan et al., 2023, S. 690)

Seitdem wurden mehrere Rahmenwerke und Leitfäden entwickelt, die Schwerpunktbereiche wie organisatorische Prioritäten, Engagement und Führung im Bereich der Gesundheitskompetenz, Organisationskultur, Strategien und Routinen zur Förderung der Gesundheitskompetenz, Ressourcenzuweisung, verfügbare Instrumente und Leitfäden zur Gesundheitskompetenz sowie die Kompetenzen der Mitarbeitenden und das allgemeine Bewusstsein für Gesundheitskompetenz als zentrale Faktoren für die Entwicklung der Gesundheitskompetenz in Organisationen hervorheben.

2.3.9 Anforderungen an Einrichtungen des Gesundheitswesens

Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz ist für verschiedenste Einrichtungen des Gesundheitswesens relevant, die sich jedoch in ihren Aufgabenbereichen, ihrer Größe, den Zielgruppen und vielen anderen Merkmalen deutlich unterscheiden können. Je nach Art der Einrichtung unterscheiden sich die Anforderungen hinsichtlich organisationsbezogener Gesundheitskompetenz mehr oder weniger deutlich. In großen Organisationen wie Krankenhäusern ist eine vernünftige Beschilderung und Wegweisung relevanter als z. B. in einer Apotheke. Gleichzeitig gibt es auch eine große Schnittmenge an Kriterien organisationsbezogener Gesundheitskompetenz, die für (fast) alle Einrichtungen gleichermaßen wichtig sind. Ohne ausreichende personelle und zeitliche Ressourcen ist es für Gesundheitsorganisationen grundsätzlich schwierig, ihre organisationsbezogene Gesundheitskompetenz zu verbessern. Entsprechend zahlreich sind auch die im Rahmen von Forschungsprojekten entwickelten Konzepte, Leitfäden oder Handreichungen zur Messung und Verbesserung organisationsbezogener Gesundheitskompetenz, die sich auf unterschiedliche Organisationstypen beziehen. Zu den verschiedenen Einrichtungsarten gehören unter anderem Schulen (Kirchhoff & Okan, 2022), Krankenhäuser (Pelikan & Dietscher, 2015), ambulante und stationäre Einrichtungen für Menschen mit Behinderung bzw. Einrichtungen der Eingliederungshilfe (Tempelmann et al., 2022; Zelfl & Rathmann, 2023), Apotheken (Jacobson et al., 2007) oder Arztpraxen (DeWalt et al., 2010). Die Forschung zur organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz ist dadurch mit einigen Herausforderungen konfrontiert. Um organisationsbezogene Gesundheitskompetenz messen und verschiedenen Organisationen vergleichen zu können, ist ein einheitliches Messinstrument wünschenswert, das gleichermaßen für die unterschiedlichen Einrichtungsarten anwendbar ist. Je allgemeiner anwendbar so ein Instrument jedoch ist, umso schwerer ist es, spezifische Merkmale organisationsbezogener Gesundheitskompetenz zu berücksichtigen, die nur auf bestimmte Organisationstypen zutreffen, für diese aber besonders relevant sind. Der im Rahmen des OHL-HAM-Forschungsprojekts entwickelte Kriterienkatalog (>5) hatte zum Ziel, diese Balance herzustellen: Einerseits wird das Konzept der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz umfassend abgebildet, andererseits

lässt sich der Kriterienkatalog von Gesundheitsorganisationen unterschiedlicher Art und Größe einsetzen. Die Tauglichkeit dieses Kriterienkatalogs in Gesundheitsorganisationen wurde in einer ersten Pilotphase im OHL-HAM-Projekt erprobt. Die Ergebnisse und eine umfassende, für den praktischen Einsatz ausgerichtete Anleitung sind in den Kapiteln 5 (>5) und 6 (>6) beschrieben. Darin werden auch Impulse gegeben, wie Einrichtungen Maßnahmen entwickeln oder ausbauen können, um ihre organisationsbezogene Gesundheitskompetenz weiterzuentwickeln.

LITERATURVERZEICHNIS

Abel T, Sommerhalder K (2015): Gesundheitskompetenz/Health Literacy: Das Konzept und seine Operationalisierung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 58:923–929. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2198-2>

Altin SV, Stock S (2016): The impact of health literacy, patient-centered communication and shared decision-making on patients' satisfaction with care received in German primary care practices. BMC Health Serv Res 16:450. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1693-y>

Andrulis DP, Brach C (2007): Integrating literacy, culture, and language to improve health care quality for diverse populations. Am J Health Behav 31:122–133. <https://www.ingentaconnect.com/contentone/png/ajhb/2007/00000031/a00100s1/art00016>

Baker DW (2006): The meaning and the measure of health literacy. J Gen Intern Med 21:878–883. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x>

Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J (1999): Development of a brief test to measure functional health literacy. Patient Educ Couns 38:33–42. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(98\)00116-5](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(98)00116-5)

Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Savino MM, Amenta P (2017): Determinants of patient satisfaction: a systematic review. Perspect Public Health 137:89–101. <https://doi.org/10.1177/1757913916634136>

Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K (2011): Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. Ann Intern Med 155:97–107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>

Brach C (2017): The Journey to Become a Health Literate Organization: A Snapshot of Health System Improvement. Stud Health Technol Inform 240:203–237

Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, et al. (2012): Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations

Davis TC, Crouch MA, Long SW, Jackson RH, et al. (1991): Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. Fam Med 23:433–435

Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, et al. (1993): Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. Fam Med 25:391–395

DeWalt DA, Callahan LF, Hawk VH, Broucksou KA, et al. (2010): Health Literacy Universal Precautions Toolkit

Dietscher C, Pelikan JM (2016): Gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen. Machbarkeitsstudie zur organisationalen Selbstbewertung mit dem Wiener Instrument in österreichischen Krankenhäusern. Prävent Gesundheitsförderung 11:53–62. <https://doi.org/10.1007/s11553-015-0523-0>

- Ernstmann N, Bauer U, Berens E-M, Bitzer EM, et al. (2020): DNVF Memorandum Gesundheitskompetenz (Teil 1) – Hintergrund, Relevanz, Gegenstand und Fragestellungen in der Versorgungsforschung. *Gesundheitswesen* 82:e77–e93. <https://doi.org/10.1055/a-1191-3689>
- Farmanova E, Bonneville L, Bouchard L (2018): Organizational Health Literacy: Review of Theories, Frameworks, Guides, and Implementation Issues. *Inq J Health Care Organ Provis Financ* 55. <https://doi.org/10.1177/0046958018757848>
- Haun JN, Patel NR, French DD, Campbell RR, et al. (2015): Association between health literacy and medical care costs in an integrated healthcare system: a regional population based study. *BMC Health Serv Res* 15:249. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0887-z>
- Institute of Medicine (2004): Health literacy: A prescription to end confusion. National Academies Press (US), Washington, DC
- Ishikawa H, Hashimoto H, Kiuchi T (2013): The evolving concept of »patient-centeredness« in patient–physician communication research. *Soc Sci Med* 96:147–153. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.026>
- Jacobson KL, Gazmararian JA, Kripalani S, McMorris KJ, et al. (2007): Is our pharmacy meeting patients' needs? A pharmacy health literacy assessment tool user's guide
- Kickbusch I (2001): Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promot Int* 16:289–297. <https://doi.org/10.1093/heapro/16.3.289>
- Kirchhoff S, Okan O (2022): Das Projekt GeKoOrg-Schule: Organisationale Gesundheitskompetenz in der Schule. In: Rathmann K, Dadaczynski K, Okan O, Messer M (Hrsg.): *Gesundheitskompetenz*. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, 1–12
- Kofahl C (2023): Gemeinschaftliche Selbsthilfe und Gesundheitskompetenz – der Beitrag der Selbsthilfe zur Gesundheitsbildung des Einzelnen und der Bevölkerung. In: Rathmann K, Dadaczynski K, Okan O, Messer M (Hrsg.): *Gesundheitskompetenz*. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, 757–768
- Kofahl C, Schulz-Nieswandt F, Dierks M-L (Hrsg.): (2016): *Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in Deutschland*. LIT-Verlag, Münster
- Körkel J, Veltrup C (2003): Motivational Interviewing. Eine Übersicht. *Suchttherapie* 4:115–124. <https://doi.org/10.1055/s-2003-42230>
- Kuipers SJ, Cramm JM, Nieboer AP (2019): The importance of patient-centered care and co-creation of care for satisfaction with care and physical and social well-being of patients with multi-morbidity in the primary care setting. *BMC Health Serv Res* 19:13. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3818-y>
- Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C (2006): *The Health Literacy of America's Adults – Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy*. National Center for Education Statistics, Washington, DC
- Kwan B, Frankish J, Rootman I (2006): The development and validation of measures of health literacy in different populations. Institute of Health Promotion Research and Centre for Community Health Promotion Research, Vancouver and Victoria
- Mackert M, Champlin S, Su Z, Guadagno M (2015): The Many Health Literacies: Advancing Research or Fragmentation? *Health Commun* 30:1161–1165. <https://doi.org/10.1080/10410236.2015.1037422>
- Meggetto E, Ward B, Isaccs A (2018): What's in a name? An overview of organisational health literacy terminology. *Aust Health Rev Publ Aust Hosp Assoc* 42:21–30. <https://doi.org/10.1071/AH17077>

- Miller WR, Rollnick S (2015): Motivierende Gesprächsführung, 3. Auflage des Standardwerks in Deutsch. Lambertus, Freiburg im Breisgau
- Nutbeam D (2000): Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 15:259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam D (2008): The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med* 67:2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Oldach BR, Katz ML (2014): Health literacy and cancer screening: A systematic review. *Patient Educ Couns* 94:149–157. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.10.001>
- Parker RM (2009): Measuring health literacy: What? So What? Now what?
- Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR (1995): The test of functional health literacy in adults: A new instrument for measuring patients' literacy skills. *J Gen Intern Med* 10:537–541. <https://doi.org/10.1007/BF02640361>
- Pelikan JM (2017): Gesundheitskompetente Krankenbehandlungseinrichtungen. *Public Health Forum* 25:66–70. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2016-2117>
- Pelikan JM, Dietscher C (2015): Die Gesundheitskompetenz von Gesundheitseinrichtungen entwickeln. Strategien und Beispiele. Ein Themenpapier des ONGKG
- Pelikan JM, Dietscher C, Straßmayr C (2023): Organisationale Gesundheitskompetenz: Überblick. In: Rathmann K, Dadaczynski K, Okan O, Messer M (Hrsg.): *Gesundheitskompetenz*. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, 687–703
- Pelikan JM, Ganahl K (2017): Die europäische Gesundheitskompetenz-Studie. Konzept, Instrument und ausgewählte Ergebnisse. In: Schaeffer D, Pelikan J (Hrsg.): *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven*. hogrefe, Bern, 93–125
- Pleasant A, McKinney J, Rikard RV (2011): Health Literacy Measurement: A Proposed Research Agenda. *J Health Commun* 16:11–21. <https://doi.org/10.1080/10810730.2011.604392>
- Prince LY, Schmidtke C, Beck JK, Hadden KB (2018): An Assessment of Organizational Health Literacy Practices at an Academic Health Center. *Qual Manag Health Care* 27:93–97. <https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000162>
- Rasu RS, Bawa WA, Suminski R, Snella K, Warady B (2015): Health Literacy Impact on National Healthcare Utilization and Expenditure. *Int J Health Policy Manag* 4:747–755. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.151>
- Renner A (2013): Die Gesundheitsselbsthilfe in Deutschland als Brücke zwischen Betroffenen, Fachleuten und Politik. *Phys Med Rehabil Kurortmed* 23:307–311. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1354398>
- Rudinger G, Soellner R, Lenartz N (2014): Gesundheitskompetenz. Modellbildung und empirische Modellprüfung einer Schlüsselqualifikation für gesundes Leben. *Z Für Erwachsenenbildung* 2:29–32. <https://doi.org/10.3278/DIE1402W029>
- Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U, Kolpatzik K, et al. (2019): Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz – Notwendigkeit, Ziel und Inhalt. *Gesundheitswesen* 81:465–470. <https://doi.org/10.1055/a-0667-9414>
- Scholl I, Zill JM, Haerter M, Dirmaier J (2014): How do health services researchers understand the concept of patient-centeredness? Results from an expert survey. *Patient Prefer Adherence* 8:1153–1160. <https://doi.org/10.2147/PPA.S64051>

Shealy KM, Threath TB (2016): Utilization of the Newest Vital Sign (NVS) in Practice in the United States. *Health Commun* 31:679–687. <https://doi.org/10.1080/10410236.2014.990079>

Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, et al. (2015): Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* 25:1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>

Sørensen K, van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, et al. (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12:80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Sørensen K, van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, et al. (2013): Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health* 13:948. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948>

Spycher S (2006): *Ökonomische Aspekte der Gesundheitskompetenzen*. Konzeptpapier. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG, Bern

Steckelberg A, Meyer G, Mühlhauser I (2017): Questionnaire Should not Be Used any Longer. *Dtsch Arztebl Int* 114:330. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0330a>

Tavananezhad N, Bolbanabad AM, Ghelichkhani F, Effati-Daryani F, Mirghafourvand M (2022): The relationship between health literacy and empowerment in pregnant women: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 22:351. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04686-z>

Tempelmann A, Ströing M, Hans C (2022): Organisationale Gesundheitskompetenz am Beispiel des Projektes QualiPEP. In: Rathmann K, Dadaczynski K, Okan O, Messer M (Hrsg.): *Gesundheitskompetenz*. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, 1–11

Tones K (2002): Health literacy: new wine in old bottles? *Health Educ Res* 17:287–290. <https://doi.org/10.1093/her/17.3.287>

U.S. Department of Health and Human Services (2020): *Health Literacy in Healthy People 2030*. <https://health.gov/healthypeople/priority-areas/health-literacy-healthy-people-2030>

Weiss BD (2005): Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. *Ann Fam Med* 3:514–522. <https://doi.org/10.1370/afm.405>

Wills J (2009): Health literacy: new packaging for health education or radical movement? *Int J Public Health* 54:3–4. <https://doi.org/10.1007/s00038-008-8141-7>

World Health Organization (1998): *Health Promotion Glossary*. Switzerland

Yagi BF, Luster JE, Scherer AM, Farron MR, et al. (2022): Association of Health Insurance Literacy with Health Care Utilization: a Systematic Review. *J Gen Intern Med* 37:375–389. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06819-0>

Yap Sim Bee (1985): Health literacy and food beliefs among Ibans, Sarawak. *Med J Malaysia* 40: 294–300

Zelfl L, Rathmann K (2023): Organisationale Gesundheitskompetenz in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung. Eine Übersicht über den Stand der Forschung, Messinstrumente, Forschungsprojekte im deutschsprachigen Raum und Empfehlungen zur Stärkung der organisationalen Gesundheitskompetenz. In: Rathmann K, Dadaczynski K, Okan O, Messer M (Hrsg.): *Gesundheitskompetenz*. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, 1–16

Zhang NJ, Terry A, McHorney CA (2014): Impact of Health Literacy on Medication Adherence: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Pharmacother* 48:741–751. <https://doi.org/10.1177/1060028014526562>

Zill JM, Scholl I, Härter M, Dirmaier J (2015): Which Dimensions of Patient-Centeredness Matter? – Results of a Web-Based Expert Delphi Survey. *PLOS ONE* 10:e0141978. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141978>

KAPITEL 3

Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz – Übersicht über den aktuellen Forschungsstand

*Izumi Klockmann, Daniel Bremer, Martin Härter, Leonie Jaß,
Olaf von dem Knesebeck, Daniel Lüdecke*

3.1

Beschreibung des Vorgehens und der Literaturlauswahl

Das Konzept der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz (▷2.3) gewinnt zunehmend an Aufmerksamkeit, insbesondere seit Brach et al. (2012) dieses Konzept anhand von zehn Attributen genauer definiert haben. Um das bereits bestehende Wissen zu organisationsbezogener Gesundheitskompetenz und Implikationen für die Versorgungspraxis zu bündeln, wurde ein Literaturreview (Scoping Review¹ [Munn et al., 2018]) durchgeführt, das die wissenschaftliche Perspektive zusammenfasst. Im Zuge des Literaturreviews wurden Onlinedatenbanken (Suchmaschinen für Fachpublikationen) nach passenden Publikationen durchsucht. Die daraus gewonnenen Publikationen wurden hinsichtlich ihrer inhaltlichen Eignung geprüft, ungeeignete Publikationen ausgeschlossen und weitere im Zuge eines Schneeballverfahrens hinzugenommen. Die primäre Forschungsfrage lautete:

1. Welche Kriterien charakterisieren eine gesundheitskompetente Gesundheitsorganisation?

Zusätzlich aufgenommen wurden folgende sekundäre Forschungsfragen:²

2. Wie wird organisationsbezogene Gesundheitskompetenz verstanden oder definiert?
Welche Konzepte oder welche Operationalisierungen von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz werden verwendet?

¹ Das Scoping Review folgte dem methodischen Rahmen von Arksey & O'Malley (2005) und den Richtlinien des JBI Manual for Evidence Synthesis (Peters et al., 2020a, b). Die Berichterstattung des Scoping Reviews erfolgte auf der Grundlage der »Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist« (Tricco et al., 2018), der Berichterstattungsrichtlinie »Synthesis without meta-analysis (SWiM)« (Campbell et al., 2020) und eines Studienprotokolls mit allen vorläufigen Angaben, das auf OSF Registries zugänglich ist (Klockmann et al., 2021).

² Darüber hinaus wurden Informationen zu folgenden Fragen extrahiert: »Wie wird der Prozess der Entwicklung zu einer gesundheitskompetenten Gesundheitsorganisation beschrieben?« und »Welche Akteure und Organisationsebenen sind an der Steigerung und Aufrechterhaltung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz beteiligt?« Die hieraus gewonnenen Erkenntnisse fließen in den Kriterienkatalog (▷5) ein.

3. Wie wird organisationsbezogene Gesundheitskompetenz gemessen oder bewertet? Welche Instrumente werden verwendet?
4. Welche Interventionen bzw. Maßnahmen zur Verbesserung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz wurden bisher durchgeführt?

Insgesamt wurden sieben internationale Datenbanken am 3.7.2020 durchsucht, um eine Auswahl an Publikationen für das Literaturreview zusammenzustellen.³ In das Literaturreview aufgenommen wurden Publikationen, die Bezug nahmen auf Organisationen der direkten Gesundheitsversorgung (z. B. Krankenhäuser, Gesundheitszentren) oder Organisationen mit anderen Aufgaben im Gesundheitssystem (z. B. Patient:innenorganisationen, Krankenkassen, Ärzte- und Psychotherapeutenkammern). Eine weitere Voraussetzung für die Aufnahme in das Literaturreview war die Thematisierung von Kriterien organisationsbezogener Gesundheitskompetenz. Darüber hinaus wurden bereits veröffentlichte Literaturreviews (Farmanova et al., 2018; Kripalani et al., 2014; Lloyd et al., 2018; Meggetto et al., 2020; Palumbo, 2016; Rowlands et al., 2019; Zanobini et al., 2020) genutzt, um zusätzliche Publikationen im Zuge eines Schneeballverfahrens zu identifizieren. Die gefundenen Literaturreviews selbst wurden jedoch nicht in der späteren Auswertung berücksichtigt, um inhaltliche Doppelungen zu reduzieren. Die Erkenntnisse aus diesen Literaturreviews werden zur Reflexion des vorliegenden Literaturreviews in der Zusammenfassung (siehe Abschnitt 3.7) genutzt.

Es wurden bei der Auswahl relevanter Publikationen keine Einschränkungen hinsichtlich des Publikations- oder Studientyps definiert, um eine möglichst umfassende Kombination aus wissenschaftlichen Studien (z. B. Machbarkeitsstudien) und praktischen Erfahrungen bzw. Empfehlungen aus dem Gesundheitswesen (z. B. Leitfäden) zu erfassen. Geografische oder zeitliche Beschränkungen wurden ebenfalls nicht festgelegt. Veröffentlichungen in anderen Sprachen als Deutsch oder Englisch wurden jedoch ausgeschlossen. Das Auswahlverfahren der Publikationen für das Literaturreview ist in Abbildung 3.1-1 visualisiert.⁴ Durch die Datenbankrecherche wurden 639 mögliche Publikationen ermittelt. Es wurde ein dreistufiges Screeningverfahren durchgeführt, um die Relevanz der gefundenen Publikationen zu beurteilen. Nach dem Entfernen von 322 Duplikaten und 16 unzugänglichen Publikationen verblieben 301 Publikationen für das Titel- und Abstract-Screening, bei dem weitere 179 Publikationen ausge-

3 Die endgültige Suche wurde in den Literaturdatenbanken CINAHL, Cochrane Library, JSTOR, PsycINFO, PubMed, Web of Science Core Collection und Wiley Online Library durchgeführt. Unter Verwendung von Trunkierungen und booleschen Operatoren wurden die Datenbanken nach drei Gruppen von Schlüsselwörtern durchsucht, die sich auf »organization*«, »health literate/literate« und »criteria/criterion/attribut*/policy/policies/guideline*/recommendation*« bezogen. Der Suchstring folgte der Suchstrategie PICO (Population, Interest, Context) (Murdoch University, 2020). Suchstring und Einstellungen wurden an die verschiedenen Datenbanken jeweils angepasst.

4 Eine detaillierte Beschreibung des dreistufigen Screeningprozesses bzw. Literaturreviews insgesamt kann in Bremer et al. (2021) nachgelesen werden.

Table 3.1-1: Ausgewertete 60 Publikationen des Literaturreviews (sortiert nach Jahr und Land).

Autor:innen (Jahr)	Land	Titel
Rudd und Anderson (2006)	USA	The Health Literacy Environment of Hospitals and Health Centers
Jacobson et al. (2007)	USA	Is Our Pharmacy Meeting Patients' Needs? A Pharmacy Health Literacy Assessment Tool User's Guide
NALA (2009)	Irland	Literacy Audit for Healthcare Settings
DeWalt et al. (2010)	USA	Health Literacy Universal Precautions Toolkit
Rudd (2010)	USA	The Health Literacy Environment Activity Packet. First Impressions & Walking Interview. Eliminating Barriers—Increasing Access.
DeWalt et al. (2011)	USA	Developing and Testing the Health Literacy Universal Precautions Toolkit
Weaver et al. (2012)	USA	Advancing Organizational Health Literacy in Health Care Organizations Serving High-Needs Populations: A Case Study
Six-Means et al. (2012)	USA	Building a Foundation of Health Literacy with Ask Me 3™
Wong (2012)	USA	Building a Health Literate Workplace
Institute of Medicine (2012)	USA	How Can Health Care Organizations Become More Health Literate?
Brach et al. (2012)	USA	Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations
Parker und Hernandez (2012)	USA	What Makes an Organization Health Literate?
Thomacos und Zazryn (2013)	Australien	Enliven Organisational Health Literacy Self-Assessment Resource
O'Neal et al. (2013)	USA	Assessing Health Literacy Practices in a Community Pharmacy Environment: Experiences Using the AHRQ Pharmacy Health Literacy Assessment Tool
Institute of Medicine (2013)	USA	Organizational Change to Improve Health Literacy: Workshop Summary
Johnson (2014)	Australien	First Impressions: Towards Becoming a Health-Literate Health Service
Palumbo und Annarumma (2014)	Italien	The Importance of Being Health Literate
Abrams et al. (2014)	USA	Building Health Literate Organizations: A Guidebook to Achieving Organizational Change
Kaphingst et al. (2014)	USA	Effects of Patient Health Literacy, Patient Engagement and a System-Level Health Literacy Attribute on Patient-Reported Outcomes: A Representative Statewide Survey
Brach et al. (2014)	USA	Physicians' Roles in Creating Health Literate Organizations: A Call to Action
Schuman (2014)	USA	Policy Implications for Advanced Practice Registered Nurses: Quality and Safety

Autor:innen (Jahr)	Land	Titel
Altin et al. (2015)	Deutschland	Development and Validation of a Brief Screener to Measure the Health Literacy Responsiveness of Primary Care Practices (HLPC)
Altin und Stock (2015)	Deutschland	Health Literate Healthcare Organizations and their Role in Future Healthcare
Kowalski et al. (2015)	Deutschland	The Health Literate Health Care Organization 10 Item Questionnaire (HLHO-10): Development and Validation
Ministry of Health (2015)	Neuseeland	Health Literacy Review: A Guide
Pelikan und Dietscher (2015a)	Österreich	Die Gesundheitskompetenz von Gesundheitseinrichtungen entwickeln
Pelikan und Dietscher (2015b)	Österreich	Warum sollten und wie können Krankenhäuser ihre organisationale Gesundheitskompetenz verbessern?
Brega et al. (2015)	USA	AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit
Briglia et al. (2015)	USA	Integrating Health Literacy into Organizational Structure
Annamma und Palumbo (2016)	Italien	Contextualizing Health Literacy to Health Care Organizations
Innis (2016)	Kanada	Health Literate Discharge Practices in Ontario Hospitals
Dietscher und Pelikan (2016)	Österreich	Gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen
Napel (2016)	USA	Nurses' Perceptions of Importance and Achievability of the Ten Attributes of Health Literate Healthcare Organizations in their Institutions: A Descriptive Study
Trezona et al. (2017)	Australien	Development of the Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) Framework in Collaboration with Health and Social Services Professionals
Ernstmann et al. (2017)	Deutschland	Measuring Attributes of Health Literate Health Care Organizations from the Patients' Perspective: Development and Validation of a Questionnaire to Assess Health Literacy-Sensitive Communication (HL-COM)
Palumbo et al. (2017)	Italien	Exploring the Meaningfulness of Healthcare Organizations: A Multiple Case Study
Farmanova (2017)	Kanada	Organization of Health Services for Minority Populations
Dietscher und Pelikan (2017)	Österreich	Health-Literate Hospitals and Healthcare Organizations-Results from an Austrian Feasibility Study on the Self-Assessment of Organizational Health Literacy in Hospitals
Wieczorek et al. (2017)	Österreich	Improving Organizational Health Literacy in Extracurricular Youth Work Settings
Prince (2017)	USA	Assessing Organizational Health Literacy at an Academic Health Center: A Quantitative Research Study
Adsul et al. (2017)	USA	Becoming a Health Literate Organization: Formative Research Results from Healthcare Organizations Providing Care for Underserved Communities

Autor:innen (Jahr)	Land	Titel
Eigelbach (2017)	USA	Ten Suggested Health Literacy Attributes of a Health Care Organization
Brach (2017)	USA	The Journey to Become a Health Literate Organization: A Snapshot of Health System Improvement
Baur et al. (2017)	USA	The U.S. National Action Plan to Improve Health Literacy: A Model for Positive Organizational Change
Trezona et al. (2018)	Australien	Development of the Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) Self-Assessment Tool and Process
Palumbo und Annarumma (2018)	Italien	Empowering Organizations to Empower Patients: An Organizational Health Literacy Approach
Hayran und Özer (2018)	Türkei	Organizational Health Literacy as a Determinant of Patient Satisfaction
Prince et al. (2018)	USA	An Assessment of Organizational Health Literacy Practices at an Academic Health Center
Leonard et al. (2018)	USA	Assessing the Print Communication and Technology Attributes of an Academic Medical Center
Trueheart (2018)	USA	Health Literacy Best Practices in Policy Development
Oelschlegel et al. (2018)	USA	Librarians Promoting Changes in the Health Care Delivery System through Systematic Assessment
Kaper et al. (2019)	Irland, Niederlande	Implementation and Long-Term Outcomes of Organisational Health Literacy Interventions in Ireland and the Netherlands: A Longitudinal Mixed-Methods Study
Pelikan (2019)	Österreich	Health-Literate Health Care Organisations
Vamos et al. (2019)	USA	Applying Organizational Health Literacy to Maternal and Child Health
Brega et al. (2019)	USA	Organizational Health Literacy: Quality Improvement Measures with Expert Consensus
Aaby et al. (2020)	Dänemark	Fit for Diversity: A Staff-Driven Organizational Development Process Based on the Organizational Health Literacy Responsiveness Framework
Rathmann et al. (2020)	Deutschland	Organizational Health Literacy in Facilities for People with Disabilities: First Results of an Explorative Qualitative and Quantitative Study
Bonaccorsi et al. (2020)	Italien	Health-Literate Healthcare Organizations and Quality of Care in Hospitals: A Cross-Sectional Study Conducted in Tuscany
National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2020)	USA	Health Literacy and Communication Strategies in Oncology: Proceedings of a Workshop
Goldsmith et al. (2020)	USA	The COMFORT Communication Model: A Nursing Resource to Advance Health Literacy in Organizations

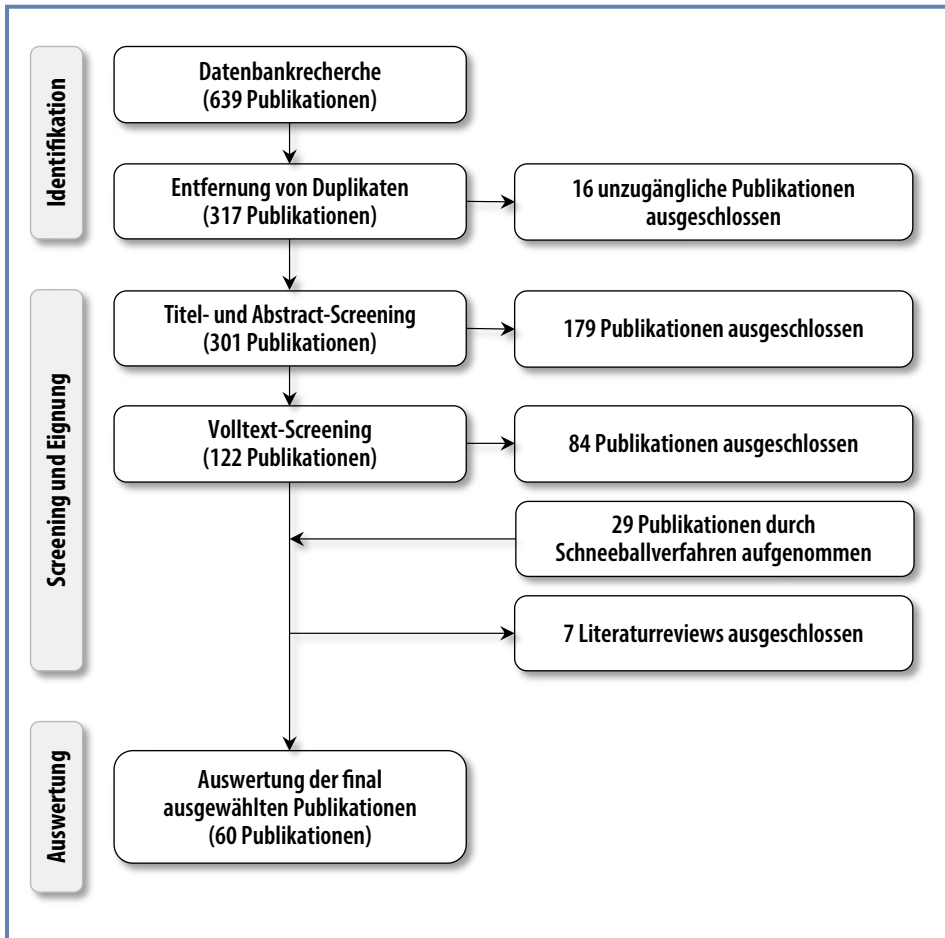


Abbildung 3.1-1: Flowchart des Screeningprozesses. Quelle: eigene Darstellung.

geschlossen wurden. Nachdem die verbleibenden 122 Volltexte auf ihre Eignung geprüft worden waren, wurden 84 weitere Publikationen ausgeschlossen. Durch ein anschließendes Screening der Quellenverzeichnisse wurden weitere 29 Publikationen hinzugefügt (Schneeballverfahren) und sieben Literaturübersichten ausgeschlossen. Schließlich wurden 60 Publikationen (siehe Tabelle 3.1-1) zur Erfassung der wissenschaftlichen Perspektive auf organisationsbezogene Gesundheitskompetenz berücksichtigt. Diese Publikationen wurden unter Zusammenarbeit mehrerer Wissenschaftler:innen gelesen und ausgewertet. Das Literaturreview identifizierte Kriterien zur Charakterisierung gesundheitskompetenter Gesundheitsorganisationen, zugrunde liegende Konzepte und Terminologien sowie Messinstrumente. Die Ergebnisse wurden zusammengefasst, um eine systematische Klassifizierung zu ermöglichen. Es wurden Haupt- und

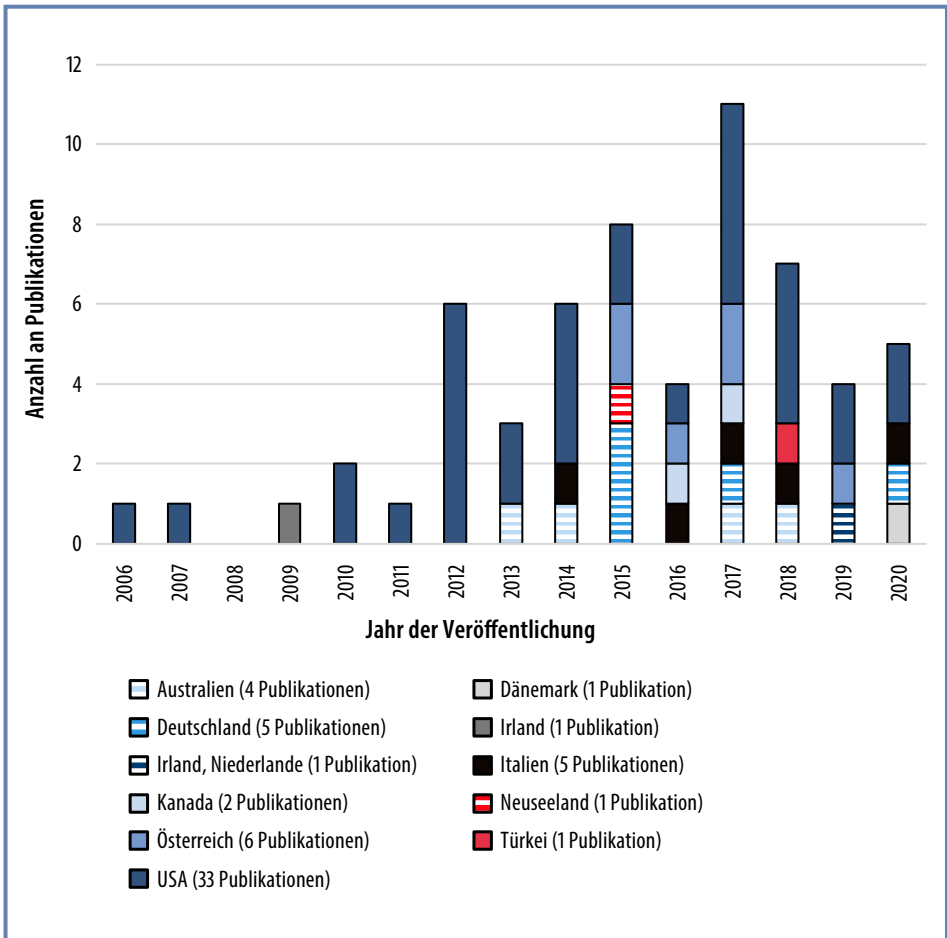


Abbildung 3.1-2: Anzahl an Publikationen je Land und Jahr. Quelle: eigene Darstellung.

Unterkategorien entwickelt, denen die in der Literatur gefundenen Kriterien zugeordnet wurden.

Für eine systematische Bündelung relevanter Informationen aus den Publikationen wurde ein standardisiertes Formular in Form einer Tabelle entwickelt. Mithilfe des Formulars wurden zuvor festgelegte Eckdaten⁵ aus jeder Publikation gesammelt.

⁵ Die Eckdaten umfassten Angaben zu folgenden Punkten: 1. Autor:innen, 2. Jahr, 3. Land, 4. Art der Veröffentlichung, 5. Art der Studie, 6. Teilnehmendengruppe, 7. Kriterien organisationsbezogener Gesundheitskompetenz (bzw. Synonyme wie »Attribute«), 8. Terminologien von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz, 9. konzeptioneller Hintergrund der Terminologien, 10. Bewertungswerkzeuge und -instrumente, 11. Bewertungsmethoden, 12. Prozesse, um eine gesundheitskompetente Gesundheitsorganisation zu werden, 13. Art der Organisation, 14. Akteure, 15. Nutzer:innen und 16. Interventionen zur Förderung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz.

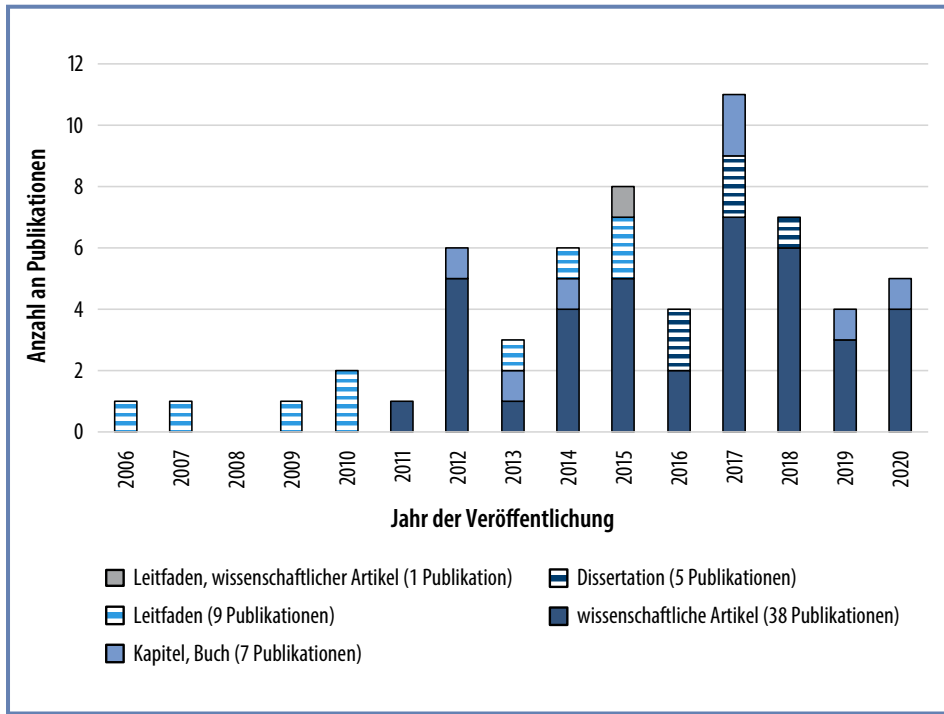


Abbildung 3.1-3: Anzahl der Publikationen je Publikationstyp und Jahr. Quelle: eigene Darstellung.

Die 60 für das Literaturreview ausgewerteten Publikationen wurden zwischen 2006 und 2020 veröffentlicht. Bis einschließlich 2012 wurden zunächst ausschließlich Publikationen aus den USA veröffentlicht. Im Jahr 2012 erschien die für die wissenschaftliche Perspektive auf organisationsbezogene Gesundheitskompetenz prägende Publikation von Brach et al. (2012). Mit diesem vom Institute of Medicine⁶ veröffentlichten Diskussionspapier wurden die international bekannt gewordenen zehn Attribute einer gesundheitskompetenten Gesundheitsorganisation eingeführt (>2.3). Ab 2013 wird der wissenschaftliche Diskurs zu organisationsbezogener Gesundheitskompetenz zunehmend internationalisiert. Wie Abbildung 3.1-2 zeigt, gehen Publikationen zu diesem Thema bisher jedoch weiterhin primär auf englischsprachige, westliche Länder zurück. Von den fünf aus Deutschland und den sechs aus Österreich stammenden Publikationen sind ausschließlich zwei österreichische Publikationen auf Deutsch erschienen. Alle restlichen 58 Publikationen wurden auf Englisch veröffentlicht.

Die 60 aufgenommenen Publikationen wurden vier Publikationstypen zugeordnet: wissenschaftliche Artikel, Leitfaden, Kapitel/Buch oder wissenschaftliche Qualifika-

⁶ Das Institute of Medicine (IOM) heißt mittlerweile National Academy of Medicine (NAM: <https://nam.edu/about-the-nam/>).

tionsarbeit (Dissertation). Wie in Abbildung 3.1-3 zu sehen ist, wurden bis einschließlich 2010 zunächst ausschließlich Leitfäden (DeWalt et al., 2010; Jacobson et al., 2007; NALA, 2009; Rudd, 2010; Rudd & Anderson, 2006) veröffentlicht, die insbesondere auf Erfahrungen von Praktiker:innen beruhten. Hingegen schenkte die Wissenschaft dem Thema der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz erst ab 2011 (DeWalt et al., 2011) Aufmerksamkeit und veröffentlichte im Zeitraum bis 2020 insgesamt z. B. 38 wissenschaftliche Artikel. Davon sind wiederum 34 in wissenschaftlichen Zeitschriften mit einem Peer-Review-Verfahren⁷ veröffentlicht worden.

3.2

Kategorisierung von Kriterien gesundheitskompetenter Gesundheitsorganisationen

Die Mehrzahl der ausgewerteten Publikationen gliederte Kriterien in *Haupt-* (z. B. »Kommunikation«) und *Unterkategorien* (z. B. »Einfache Sprache«). Bei mehrstufigen Kriterienlisten wurde nur die niedrigste Listenstufe extrahiert.⁸ Dies machte den Prozess der Kategorienbildung unabhängiger von den ursprünglichen Hauptkategorien, die in solchen Fällen nicht extrahiert wurden. Wenn sich verschiedene Veröffentlichungen auf dieselben Kriterien (primär Brach et al., 2012) bezogen, wurden die Kriterien nur einmal extrahiert.

Aus den 60 ausgewerteten Publikationen wurden insgesamt 490 *Kriterien* extrahiert, die sich teilweise inhaltlich überschneiden. Vier Kriterien wurden jeweils zwei verschiedenen Clustern zugeordnet, was in einer Zuordnung von 494 Kriterien einschließlich Duplikaten resultierte. Die Kriterien wurden inhaltlich gruppiert und in 25 Unterkategorien von insgesamt sechs Hauptkategorien (siehe Tabelle 3.2-1) aufgeteilt. Die Anzahl extrahierter Kriterien zeigt, wie häufig die Kategorien in den einbezogenen Veröffentlichungen behandelt wurden. Die Häufigkeit einer Kategorie ist nicht notwendigerweise gleichbedeutend mit ihrer Relevanz, kann jedoch eine erste Idee zum Zusammenhang zwischen den Kriterien organisationsbezogener Gesundheitskompetenz aufzeigen.

7 Das Peer-Review-Verfahren ist eine Methode der Qualitätskontrolle in der wissenschaftlichen Forschung. Wissenschaftliche Artikel werden vor der Veröffentlichung durch unabhängige Expert:innen (den sogenannten Peers) begutachtet und bewertet. Sie geben eine Empfehlung ab, ob ein Artikel zur Veröffentlichung geeignet ist, und der Artikel wird ggf. durch die Autor:innen (teilweise mehrfach) überarbeitet. Durch die Prüfung wird sichergestellt, dass die wissenschaftlichen Erkenntnisse fundiert und nachvollziehbar sind. Mögliche Fehler oder Ungenauigkeiten können z. B. korrigiert werden, bevor sie der Öffentlichkeit präsentiert werden.

8 Aus dem folgenden fiktiven Beispiel würde ausschließlich »Einsatz leicht verständlicher Sprache« extrahiert werden: 1. Kommunikation, 1.1 Verbale Kommunikation, 1.1.1 Einsatz leicht verständlicher Sprache.

Tabelle 3.2-1: Anzahl an Unterkategorien und extrahierten Kriterien je Hauptkategorie.

Hauptkategorie	Anzahl Unterkategorien	Anzahl extrahierter Kriterien
1. Kommunikation mit Nutzer:innen	7	190
2. Einfacher Zugang & Navigation	5	86
3. Integration & Priorisierung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz	4	67
4. Assessments & Organisationsentwicklung	3	57
5. Einbeziehung & Unterstützung der Nutzer:innen	3	55
6. Information & Qualifikation des Personals	3	39
Insgesamt	25	494*

Basierend auf 60 Publikationen (siehe Tabelle 3.1-1), die 30 verschiedene Kriteriensammlungen enthielten.

*inklusive vier Duplikate und inhaltlichen Überschneidungen unter den Kriterien

3.2.1 Kommunikation mit Nutzer:innen (Hauptkategorie 1)

Die meisten Kriterien (190), die in der ausgewählten Literatur gefunden wurden, bezogen sich auf die Kommunikation mit Nutzer:innen⁹. Die Hauptkategorie, die daraus im Rahmen des Literaturreviews gebildet wurde, umfasst die meisten Unterkategorien (siehe Tabelle 3.2-1), die in Textbox 3.2-1 einzusehen sind.

Textbox 3.2-1: Unterkategorien der 1. Hauptkategorie »Kommunikation mit Nutzer:innen«

1. Bildung und Information
2. Leicht verständliche(r) Materialien und mündlicher Austausch
3. Überprüfung von Verständnis und Austausch
4. Gesundheitskompetenzgrundsätze der Kommunikation
5. Diversität und Bewusstsein
6. Soziale Kompetenzen
7. Technologie und Innovation

Die erste Unterkategorie bezieht sich auf die Bildung und Information von Nutzer:innen. Zur Unterstützung der Nutzer:innen werden z. B. Gesundheitsinformationen und Aufklärungsprogramme angeboten (Trezona et al., 2018) oder der Umgang mit persönlichen Gesundheitsdaten und Gesundheitstools geschult (Institute of Medicine,

⁹ Nutzer:innen sind z. B. Patient:innen, Klient:innen, Mitglieder, Familienangehörige oder pflegende Angehörige.

2012). Eine weitere Voraussetzung für eine erfolgreiche Kommunikation ist, dass eingesetzte Materialien sowie der direkte mündliche Austausch leicht verständlich sind. Zudem sollte stets überprüft werden, ob das im Gespräch Vermittelte, wie z. B. Diagnosen, Behandlungsoptionen, Weiterleitungen oder generelle Informationen, von den Nutzer:innen richtig verstanden wird. Hierfür können z. B. leicht verständliche Broschüren und Plakate erstellt und während der Kommunikation mit den Nutzer:innen klärende Fragen gestellt werden, um sicherzugehen, dass sie den Inhalt korrekt verstanden haben (Abrams et al., 2014). Ein weiterer Aspekt in der Kommunikation ist die Berücksichtigung der Diversität unter den Nutzer:innen, z. B. in Bezug auf unterschiedliche Bräuche bzw. kulturelle oder religiöse Hintergründe (Brega et al., 2015). Es sollte ein Bewusstsein unter dem Gesundheitspersonal dafür geschaffen werden, dass Menschen sich z. B. hinsichtlich ihrer individuellen Gesundheitskompetenz (>2.3) unterscheiden und unterschiedliche Erklärungen benötigen (Brega et al., 2015).

Übergreifend sollten die aufgeführten Aspekte als *Grundsätze* der Kommunikation verstanden und z. B. auch in Risikosituationen befolgt werden (Dietscher et al., 2015; Pelikan & Dietscher, 2015a). Die Umsetzung bedarf einer Reihe an sozialen Kompetenzen. Hierzu kann z. B. das Schaffen eines Raumes gehören, in dem sich die Nutzer:innen wohlfühlen und keine Scham empfinden (Abrams et al., 2014). Daneben sollten die gesundheitskompetenten Kommunikationsgrundsätze auch in der eingesetzten Technologie befolgt (Pelikan & Dietscher, 2015a) und technische Lösungen wie Touchscreens mit Sprachfeedback oder Videodolmetschen angeboten werden, um die Kommunikation zu erleichtern (Thomacos & Zazryn, 2013).

3.2.2 Einfacher Zugang & Navigation (Hauptkategorie 2)

Die in der ausgewerteten Literatur mit 86 Kriterien am zweithäufigsten vertretene Hauptkategorie ist »Einfacher Zugang & Navigation«, die sich in fünf Unterkategorien gliedert (siehe Textbox 3.2-2).

Textbox 3.2-2: Unterkategorien der 2. Hauptkategorie »Einfacher Zugang & Navigation«

1. Navigation von Angeboten in der Gesundheitsversorgung und Zusammenarbeit
2. Räumlicher Zugang und Navigation
3. Bereitstellung von Informationen und Unterstützung durch das Personal
4. Telefon- und Onlinenavigation
5. Allgemeine Nutzer:innenfreundlichkeit

Die meisten Kriterien beziehen sich auf die Navigation von Angeboten in der Gesundheitsversorgung und die Zusammenarbeit. Die Navigation zwischen mehreren Organisationen sollte so unkompliziert wie möglich gestaltet sein, zum Beispiel die Navigation von einer haus- zu einer fachärztlichen Praxis. Hierzu zählt z. B., dass Überweisungen und Terminvereinbarungen erleichtert werden oder Nutzer:innen auch an nicht medizinische Angebote weitergeleitet werden (Brega et al., 2015). Wesentlich ist zudem der räumliche Zugang zur Organisation und die Navigation innerhalb der Organisation. Dies bezieht sich z. B. auf eine leicht verständliche Beschilderung, die den Nutzer:innen die Orientierung erleichtert (Dietscher & Pelikan, 2017). Informationen zur Anreise sowie zur Orientierung innerhalb der Organisation sowie Unterstützung vor Ort durch das Personal werden bereitgestellt (Dietscher & Pelikan, 2017; Rudd & Anderson, 2006; Weaver et al., 2012). Zu Kriterien, die sich auf den räumlichen Zugang zur Organisation bzw. zur Navigation innerhalb einer (größeren) Organisation beziehen, gehört zudem die Telefon- und Onlinenavigation, die barrierefrei gestaltet sein sollten (Pelikan & Dietscher, 2015a; Weaver et al., 2012). Für eine allgemeine Nutzer:innenfreundlichkeit wird insgesamt eine »unterstützende Umwelt«¹⁰ (Pelikan & Dietscher, 2015b, S. 993) für den Kontakt zur Organisation errichtet.

3.2.3 Integration & Priorisierung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz (Hauptkategorie 3)

Die dritte Hauptkategorie trägt den Titel »Integration & Priorisierung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz« und gliedert sich in vier Unterkategorien (siehe Textbox 3.2-3).

Textbox 3.2-3: Unterkategorien der 3. Hauptkategorie »Integration & Priorisierung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz«

1. Verbindlichkeit und Integration in die Planung
2. Widmung von Ressourcen
3. Verbreitung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz
4. Externe Faktoren

¹⁰ Diese wird wie folgt erläutert: »Zur Senkung von Zugangshürden zur Einrichtung und zu einer guten Orientierung in der Einrichtung tragen orientierende Informationen auf der Webseite der Einrichtung ebenso bei wie ein kundenfreundliches Telefonsystem, das Leitsystem der Einrichtung oder auch ehrenamtliche HelferInnen, die PatientInnen oder BesucherInnen durch die Einrichtung führen.« (Pelikan & Dietscher, 2015b, S. 993).

Sie bezieht sich auf das Engagement einer Organisation, sich dem Konzept der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz verbindlich zu widmen und es in die eigene Planung zu integrieren. Grundsätze der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz werden z. B. im Leitbild verankert (Rathmann et al., 2020), die Unterstützung durch die Leitungsebene gewährleistet (Brach et al., 2012) und Richtlinien bzw. Verfahren für die interne Arbeit definiert (Trezona et al., 2018).

»Eine gesundheitskompetente Krankenversorgungsorganisation [...] [h]at eine Führung, die Gesundheitskompetenz zum integralen Bestandteil ihrer Mission bzw. ihres Leitbilds, ihrer Strukturen und Prozesse macht.« (Brach et al., 2012; zitiert nach: Pelikan, 2017, S. 67)

Die Arbeit an der eigenen organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz bedarf der Widmung von Ressourcen, die langfristig zur Verfügung stehen sollten. Zum einen sollte Personal angestellt werden, das bereits über Wissen zu organisationsbezogener Gesundheitskompetenz verfügt (Thomacoss & Zazryn, 2013), und zum anderen sollten z. B. Führungskräften Instrumente an die Hand gegeben werden, mit denen das Konzept in die Organisation integriert werden kann (Abrams et al., 2014). Die Verbreitung des Konzeptes im Gesundheitssystem wird durch die Organisation unterstützt (Dietscher & Pelikan, 2016), z. B. durch eine »Vorbildwirkung durch Best-Practice-Modelle« (Pelikan & Dietscher, 2015b, S. 993) anderen Organisationen gegenüber. Externe Faktoren, die die Umsetzung der Kriterien beeinflussen, werden z. B. durch die politische Ebene vorgegeben (Trezona et al., 2018).

3.2.4 Assessments & Organisationsentwicklung (Hauptkategorie 4)

Aus den Kriterien, die sich auf Assessments und Organisationsentwicklung bezogen, wurden insgesamt drei Unterkategorien gebildet (siehe Textbox 3.2-4).

Textbox 3.2-4: Unterkategorien der 4. Hauptkategorie »Assessments & Organisationsentwicklung«

1. Evaluation, Bewertung, Forschung und Qualitätsmanagement
2. Bedarfsermittlung
3. Transformation und Entwicklung

Eine gesundheitskompetente Gesundheitsorganisation reflektiert ihre Arbeit und ist bestrebt, sich stetig zu verbessern bzw. weiterzuentwickeln. Hierfür werden – neben dem allgemeinen Qualitätsmanagement – z. B. Evaluationen, Bewertungen und For-

schungsarbeiten durchgeführt, die nicht nur auf Selbstbewertungen basieren, sondern auch die Perspektive der Nutzer:innen einbeziehen (Trezona et al., 2018). Ebenfalls werden deren Bedarfe erhoben und z. B. in der Angebotsgestaltung berücksichtigt. Sinnvoll kann es sein, die Evaluationen in einem bestimmten Rhythmus durchzuführen und z. B. alle zwei Jahre den Status der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz neu zu reflektieren, um zum einen Aspekte zur Weiterentwicklung zu identifizieren und zum anderen bereits erreichte Fortschritte bzw. die Entwicklung über den Zeitverlauf zu dokumentieren (Thomacos & Zazryn, 2013). Ein dafür geeignetes Selbstbewertungsinstrument ist in Kapitel 5 (>5) zu finden.

3.2.5 Einbeziehung & Unterstützung der Nutzer:innen (Hauptkategorie 5)

Die fünfte Hauptkategorie bezieht sich auf die Einbeziehung und Unterstützung der Nutzer:innen (siehe Textbox 3.2-5).

Textbox 3.2-5: Unterkategorien der 5. Hauptkategorie »Einbeziehung & Unterstützung der Nutzer:innen«

1. Konsultation und Einbeziehung von Nutzer:innen
2. Unterstützung im Selbstmanagement
3. Familie und pflegende Angehörige

So werden beispielsweise Navigationssysteme, Dienstleistungen und Materialien unter Einbeziehung der Perspektive der davon jeweils betroffenen Personen entwickelt. Die Nutzer:innen werden konsultiert, und es wird ihnen eine Beteiligung ermöglicht (Trezona et al., 2018). Das Selbstmanagement von Patient:innen wird über die Behandlungssituation hinaus z. B. durch die Definition von Zielen für das Selbstmanagement (Brega et al., 2019), Termine zur Nachuntersuchung (Brega et al., 2015) sowie eine Förderung der krankheitsspezifischen Gesundheitskompetenz (Dietscher & Pelikan, 2016) unterstützt. Zu den Personen, die Kontakt zu einer Gesundheitsorganisation haben, gehören neben z. B. Patient:innen insbesondere ihre Familie bzw. pflegende Angehörige, weshalb diese ebenfalls berücksichtigt und ggf. einbezogen werden sollten.

3.2.6 Information & Qualifikation des Personals (Hauptkategorie 6)

Für eine adäquate und nachhaltige Umsetzung der in diesem Kapitel aufgeführten Kriterien sind schließlich die Information und die Qualifikation des Personals ausschlaggebend (siehe Textbox 3.2-6).

Textbox 3.2-6: Unterkategorien der 6. Hauptkategorie »Information & Qualifikation des Personals«

1. Organisationsbezogene und individuelle Gesundheitskompetenz des Personals
2. Kommunikationstechniken
3. Berufliche Weiterbildung

Sowohl die organisationsbezogene als auch (persönlich) individuelle Gesundheitskompetenz des Personals wird gefördert (Brach et al., 2012; Dietscher & Pelikan, 2017). Hervorgehoben wird in diesem Zusammenhang die Qualifizierung des Personals in diversen Kommunikationstechniken, um auf die Bedarfe der Nutzer:innen einzugehen (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020). Das Personal wird fortlaufend in seiner beruflichen Weiterbildung unterstützt (Trezona et al., 2018).

3.3

Grundlegende Konzepte und Terminologien

Parallel zur Identifizierung von Kriterien einer gesundheitskompetenten Organisation wurde untersucht, auf welchen Konzepten und Terminologien organisationsbezogener Gesundheitskompetenz diese Kriterien basierten. Die Auswertung der 60 Publikationen ergab vier grundlegende Cluster von Konzepten, die in Tabelle 3.3-1 auf Seite 64 zusammengefasst sind. Die Konzepte überschneiden sich inhaltlich, unterscheiden sich jedoch in Bezug auf ihre gesellschaftliche Abstraktionsebene (Mikro-, Meso- und Makroebene).

3.3.1 Konzept 1 – Gesundheitskompetenz in verschiedenen sozialen Kontexten

Das erste Cluster aus 18 Publikationen bezieht sich auf die Makroebene und umfasst mehrere *gesellschaftliche Bereiche*, z. B. Gesundheitsversorgung, Bildung sowie kulturelle und soziale Aspekte, die mit der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz

und einer Systemperspektive verknüpft sind. Am häufigsten zitiert (von elf Publikationen) wird das Rahmenwerk für Gesundheitskompetenz, das vom Institute of Medicine 2004 veröffentlicht wurde. Das Rahmenwerk formuliert folgendes Verständnis von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz:

»Gesundheitskompetenz geht über die Beschaffung von Informationen durch das Individuum hinaus. Gesundheitskompetenz entsteht, wenn die Erwartungen, Präferenzen und Fähigkeiten von Individuen, die Gesundheitsinformationen und -angebote suchen, mit den Erwartungen, Präferenzen und Fähigkeiten derjenigen, die Informationen und Angebote anbieten, übereinstimmen. Gesundheitskompetenz ergibt sich aus dem Zusammenspiel von Bildung, Gesundheitsdiensten sowie sozialen und kulturellen Faktoren.« (Aus dem Englischen übersetzt aus: Institute of Medicine, 2004, S. 2)

3.3.2 Konzept 2 – Gesundheitskompetente Gesundheitsorganisationen

Besonders prägend für das Konzept der gesundheitskompetenten *Gesundheitsorganisationen* (Mesoebene) und seine Terminologien sind die zehn Attribute von Brach et al. (2012) bzw. vom Institute of Medicine (>2.3). Abgesehen von einer Publikation (Aaby et al., 2020), die jedoch auf eine andere Veröffentlichung unter Beteiligung von Brach verweist (Koh et al., 2013), zitieren alle ab 2012 ausgewerteten Publikationen diese zehn Attribute (Brach et al., 2012). Die sechs vor 2012 erschienenen Publikationen sind entweder unter Beteiligung von Brach erschienen oder verweisen auf das Institute of Medicine (2004). Dazu gehört der Leitfaden »The health literacy environment of hospitals and health centers« von Rudd und Anderson (2006), der ebenfalls einen wichtigen Baustein für die Erarbeitung des Konzeptes legte.

Textbox 3.3-1: Deutsche Übersetzung der zehn Attribute einer gesundheitskompetenten Gesundheitsorganisation von Brach et al. (2012; zitiert nach: Pelikan, 2017, S. 67)

»Eine Gesundheitskompetente Krankenversorgungsorganisation [...]:

1. Hat eine Führung, die Gesundheitskompetenz zum integralen Bestandteil ihrer Mission bzw. ihres Leitbilds, ihrer Strukturen und Prozesse macht.
2. Integriert Gesundheitskompetenz in die strategische Planung, in Evaluationsmaßnahmen, in Patientensicherheit und Qualitätsentwicklung.
3. Fördert die Gesundheitskompetenz ihrer MitarbeiterInnen und monitiert Verbesserungen.

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

3.3.3 Konzept 3 – Organisationales Verhalten

Weitere Konzepte auf der Organisationsebene beziehen sich auf die *konkrete Handlungsebene von Gesundheitsorganisationen* und wie diese z. B. auf die Bedürfnisse ihrer Nutzer:innen eingehen. Diesen Aspekt griffen bspw. Trezona et al. (2017, 2018) in ihren Arbeiten auf, in denen sie ein Rahmenwerk zu organisationsbezogener Gesundheitskompetenz entwickelten. Sie erweiterten eine Definition des Begriffs »organizational health literacy responsiveness«, der sich auf die organisationsbezogene Kompetenz bezieht, auf die Bedürfnisse der Nutzer:innen zu reagieren. Nutzer:innen haben unterschiedliche Bedürfnisse, auf die die Organisation z. B. durch das Schaffen oder Anpassen von unterschiedlichen Angeboten reagiert (Trezona et al., 2017, 2018). Diese Reaktionsfähigkeit im Kontext von Gesundheitskompetenz wird wie folgt definiert:

»Die Bereitstellung von Angeboten, Programmen und Informationen auf eine Art, die einen gleichberechtigten Zugang und ein gleichberechtigtes Engagement fördert, die den unterschiedlichen Bedürfnissen und Präferenzen aller Menschen in Bezug auf die Gesundheitskompetenz gerecht wird und die Individuen und Gemeinschaften dabei unterstützt, an Entscheidungen über ihre Gesundheit und ihr Wohl-

ergehen mitzuwirken, was durch eine unterstützende Kultur und Führung, unterstützende Systeme, Strategien und Praktiken sowie effiziente Arbeitskräfte erreicht wird.« (Aus dem Englischen übersetzt aus: Trezona et al., 2017, S. 9)

3.3.4 Konzept 4 – Kommunikation in der Gesundheitsversorgung

Das vierte Cluster bezieht sich auf die Mikroebene und weist auf verschiedene Aspekte der Gesundheitskompetenz und der *Kommunikation in der Gesundheitsversorgung* hin (z. B. Kommunikationsqualität, kulturelle Faktoren oder patient:innenzentrierte Kommunikation). Während Kommunikation in den zuvor benannten Clustern als Teilbereich von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz aufgeführt wird, setzen Publikationen dieses Clusters einen expliziten Fokus darauf. Inhaltlich grenzen sich die Publikationen daher nicht deutlich von den anderen ab, sondern beziehen sich z. B. auf eine niedrigere Ebene der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz als das Rahmenwerk für Gesundheitskompetenz (Institute of Medicine, 2004).

Tabelle 3.3-1: Konzepte und Terminologien organisationsbezogener Gesundheitskompetenz.

Konzept	Terminologien
Konzept 1: Gesundheitskompetenz in verschiedenen sozialen Kontexten	Rahmenwerk für Gesundheitskompetenz
	Gesundheitskompetente Versorgung
Konzept 2: Gesundheitskompetente Gesundheitsorganisationen	Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz (alternativ: organisationale Gesundheitskompetenz)
	Gesundheitskompetente Organisationen des Gesundheitswesens (z. B. Krankenhäuser, Gesundheitszentren)
	Gesundheitskompetenzumfeld
	Kompetenzfreundliche Bereiche des Gesundheitswesens
Konzept 3: Organisationales Verhalten	Organisationsbezogene Kompetenz, auf die Bedürfnisse der Nutzer:innen zu reagieren
	Organisatorisches Lernen
	Organisatorische Kapazitäten und Vorkehrungen für Gesundheitskompetenz
	Organisationsmodell für den Wandel in der Gesundheitsversorgung
Konzept 4: Kommunikation in der Gesundheitsversorgung	Gesundheit kommunizieren
	Kultureller Rahmen für Gesundheit
	Kompetenz, Kultur, Sprache zur Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung
	Gesundheitskompetenz und Kommunikationsqualität in Organisationen des Gesundheitswesens
	Patient:innenzentrierte Kommunikation
	Unterstützung der Patient:innennavigation zu Gesundheitskompetenz und Kommunikation zwischen Patient:innen und Ärzt:innen

3.4

Instrumente zur Messung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz

Insgesamt wurden zwölf Messinstrumente in der untersuchten Literatur gefunden.¹¹ Der »Health Literate Health Care Organization 10 Item Questionnaire (HLHO-10)« (Kowalski et al., 2015), das »Health Literacy Universal Precautions Toolkit« (DeWalt et al., 2010; Parker & Hernandez, 2012) und das »Health Literacy Environment of Hospitals and Health Centers (HLEHHC)« (Rudd & Anderson, 2006) wurden in der Stichprobe von 60 Publikationen am häufigsten genannt. Die Eignung und Genauigkeit in der Messung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz wurde bei einem Teil der Instrumente durch Validierungs- oder Machbarkeitsstudien überprüft (siehe Tabelle 3.4-1 bis Tabelle 3.4-4). Bei den anderen Instrumenten kann vor einer Validierung noch nicht gesagt werden, ob sie dafür geeignet sind, die beabsichtigten Messungen durchzuführen bzw. die Gesundheitskompetenz einer Organisation zu messen.

Die meisten Instrumente wurden bisher als standardisierte Fragebögen umgesetzt. Weitere Methoden sind z. B. halbstrukturierte Interviewleitfäden, Checklisten oder Bewertungen von Materialien (z. B. Broschüren). Die Instrumente wurden entweder in ihrer ursprünglichen Version verwendet¹² oder durch eine spezifische Auswahl von Fragen oder Instrumenten,¹³ Übersetzung des Instruments in eine andere Sprache,¹⁴ Erweiterung und Anpassung des Inhalts¹⁵ oder Anpassung der Maßnahmen für eine andere Art von Erhebungsmethode¹⁶ modifiziert. Aufgrund des Projektziels, einen Kriterienkatalog zur organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz für Organisationen im deutschen Gesundheitssystem zu entwickeln, erfolgt im Folgenden eine zusammenfassende Beschreibung der bereits existierenden deutschsprachigen Instrumente. Die englischsprachigen Instrumente werden anschließend aufgelistet. Je nach Publikation sind die zugehörigen Instrumente teilweise oder ganz verfügbar. Ob die Nutzung gestattet ist, müsste ggf. bei den Autor:innen der jeweiligen Publikationen in Erfahrung gebracht werden. In der Spalte »Detaillierte Abdeckung der Kategorien aus Kapitel 3.2«

11 Darüber hinaus wurden fünf weitere englischsprachige Instrumente gefunden, die entweder nicht einsehbar waren oder nicht im einstufigen Schneeballverfahren aufgenommen werden konnten: 1. Communication Climate Assessment Toolkit (C-CAT) (Wynia & Osborn, 2010), 2. Consumer Assessment of Health Providers and Systems (CAHPS® Clinician & Group Survey) (Agency for Healthcare Research and Quality, 2013), 3. Health Literate Discharge Practices (Jack et al., 2013), 4. Quicksan Health Literacy Toolbox (Bax, 2014) und 5. Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT) (Shoemaker et al., 2014).

12 Kowalski et al., 2015

13 Z. B. Palumbo und Annarumma (2018) unter Verwendung des Pharmacy Health Literacy Assessment Tool (Jacobson et al., 2007).

14 Hayran & Özer, 2018

15 Innis, 2016

16 Kaphingst et al., 2014

ist angegeben, mit welchem Detailgrad (niedrig, mittel, hoch) die Instrumente die Unterkategorien für Kriterien einer gesundheitskompetenten Gesundheitsorganisation abdecken, die durch das hier vorgestellte Literaturreview herausgearbeitet wurden. Für drei der deutschsprachigen Instrumente wurde keine deutsche Publikation des zugehörigen Fragebogens gefunden. Allerdings wurden die zugehörigen Erhebungen in Deutschland durchgeführt, was darauf hindeutet, dass die ursprünglichen Fragebögen ebenfalls in deutscher Sprache verfasst wurden.

3.4.1 Deutschsprachige Instrumente

1. Fragebogen zur Messung von verständnisorientierter Gesundheitskommunikation Health Literacy-Sensitivity of Communication (HL-COM) von Nicole Ernstmann, Sarah Halbach, Christoph Kowalski, Holger Pfaff und Lena Ansmann (2017)

Der HL-COM-Fragebogen von Ernstmann et al. (2017) umfasst 16 Fragen zur Messung der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz von Gesundheitsorganisationen. Der inhaltliche Fokus liegt auf dem Teilbereich der verständnisorientierten Gesundheitskommunikation. Der Fragebogen richtet sich an Patient:innen, die auf einer vierstufigen Skala von »stimme nicht zu« bis »stimme voll und ganz zu« die Konversationen mit dem Gesundheitspersonal bewerten (Ernstmann et al., 2017). Ein Beispiel für eine zu bewertende Aussage aus dem Fragebogen ist: »Mir wurde beigebracht, dass es für mich wichtig ist, Informationen über meine Krankheit und die Behandlung zu verstehen.« (Aus dem Englischen übersetzt aus: Ernstmann et al., 2017, S. 62). Neben der verständnisorientierten Gesundheitskommunikation werden keine weiteren Kriterien aus Kapitel 3.2 (▷3.2) abgedeckt.

2. Fragebogen zur gesundheitskompetenten Gesundheitsversorgungsorganisation Health Literate Health Care Organization 10 Item Questionnaire (HLHO-10) von Christoph Kowalski, Shooou-Yih D. Lee, Anna Schmidt, Simone Wesselmann, Markus A. Wirtz, Holger Pfaff und Nicole Ernstmann (2015)

Der HLHO-10-Fragebogen von Kowalski et al. (2015) umfasst zehn Fragen, die primär auf den zehn Attributen einer gesundheitskompetenten Gesundheitsorganisation von Brach et al. (2012) beruhen (▷2.3 bzw. Abschnitt 3.3). Das erste Attribut von Brach et al. lautet zum Beispiel: »Eine Gesundheitskompetente Krankenversorgungsorganisation [...] [h]at eine Führung, die Gesundheitskompetenz zum integralen Bestandteil ihrer Mission bzw. ihres Leitbilds, ihrer Strukturen und Prozesse macht.« (Brach et al., 2012; zitiert nach: Pelikan, 2017, S. 67) Kowalski et al. übersetzen dieses Attribut in folgende Frage: »Inwieweit widmet sich die Leitung Ihres Krankenhauses ausdrücklich dem Thema der Gesundheitskompetenz (z. B. Leitbild, Personalplanung)?« (Aus dem Englischen übersetzt aus: Kowalski et al., 2015, S. 4) Die Fragen richten sich

an die Beschäftigten der zu untersuchenden Gesundheitsorganisation, die je Attribut eine Einschätzung auf einer 7er-Skala von »absolut nicht« bis »in sehr hohem Maße« abgeben (Kowalski et al., 2015). Der Fragebogen scheint sich insbesondere für einen zusammenfassenden Überblick über den allgemeinen Stand der Gesundheitskompetenz einer Organisation zu eignen.

3. Health Literacy Responsiveness of Primary Care Practices HLPC-Fragebogen (Health Literacy Responsiveness of Primary Care Practices) von Sibel V. Altin, Kristina Lorrek, Stephanie Stock (2015)

Der HLPC-Fragebogen von Altin et al. (2015) basiert auf einzelnen Fragen der validierten Messinstrumente CAHPS (Weidmer et al., 2012) und CAT (Makoul et al., 2007), die zur Messung der Kommunikationsfähigkeiten von Gesundheitsversorger:innen in Bezug auf Gesundheitskompetenz entwickelt wurden. Der Fragebogen wurde in einer Telefonbefragung in Deutschland eingesetzt und richtete sich an Nutzer:innen von Organisationen der primären Gesundheitsversorgung. Der inhaltliche Fokus des Fragebogens liegt auf den Attributen 6 und 7¹⁷ einer gesundheitskompetenten Gesundheitsorganisation nach Brach et al. (2012). Aus Sicht der Patient:innen wird mit dem HLPC-Fragebogen die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung im Hinblick auf Patient:innenorientiertheit und Gesundheitskompetenz bewertet (Altin et al., 2015). Insgesamt deckt der Fragebogen einen kleinen Teilbereich der in Abschnitt 3.2 aufgeführten Kategorien für Kriterien einer gesundheitskompetenten Gesundheitsorganisation ab.

4. Selbstbewertungs-Instrument zum Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen (WKGKKO-I) Selbstbewertungs-Instrument von Christina Dietscher, Jakob Lorenc, Jürgen Pelikan (2015)

Das aus Österreich stammende Selbstbewertungs-Instrument von Dietscher et al. (2015) »WKGKKO-I« ist ein inhaltlich umfassender Fragebogen, der sich aus 160 Indikatoren (Kriterien) zusammensetzt, die in die folgenden neun Standards (Hauptkategorien) gruppiert sind:

1. »Management-Grundsätze und Unternehmensstrukturen für Gesundheitskompetenz etablieren
2. Materialien und Angebote partizipativ entwickeln und evaluieren
3. Mitarbeiter/innen für die gesundheitskompetente Kommunikation mit Patient/inn/en [sic] qualifizieren

¹⁷ »Eine Gesundheitskompetente Krankenversorgungsorganisation [...] 6. Setzt Strategien zur Förderung der Gesundheitskompetenz in interpersonellen Kommunikationssituationen ein und legt bei allen Kontakten Wert auf die Rückbestätigung des korrekten Verständnisses. 7. Ermöglicht einfachen Zugang zu Gesundheitsinformationen und Dienstleistungen und bietet Unterstützung für die Navigation durch die Organisation bzw. das System an.« (Brach et al., 2012; zitiert nach: Pelikan, 2017, S. 67)

4. Eine unterstützende physische Umwelt schaffen – Navigationshilfen
 5. Mit Patient/inn/en gesundheitskompetent kommunizieren
 6. Die Gesundheitskompetenz von Patient/inn/en und Angehörigen verbessern
 7. Die Gesundheitskompetenz der Mitarbeiter/innen verbessern
 8. Zur Gesundheitskompetenz in der Region beitragen
 9. Dissemination und Vorbildwirkung«
- (Dietscher et al., 2015, S. 12)

Tabelle 3.4-1: Deutschsprachige Instrumente für alle Organisationstypen.

Instrument	Abdeckungsgrad der Kategorien aus Abschnitt 3.2	Methodische Umsetzung	Bewertung	Einbindung von Nutzer:innen in die Entwicklung	Publizierte methodische Testung des Instruments	(Teilweise) Verfügbarkeit (zuletzt abgerufen am 23.3.2023)
Health Literacy-Sensitivity of Communication (HL-COM) (Ernstmann et al., 2017)	Niedrig	Fragebogen	Nutzer:innen	Ja	Validierung	Englische Version der Fragen und Antwortskala in Ernstmann et al. (2017)
Health Literate Health Care Organization 10 Item Questionnaire (HLHO-10) (Kowalski et al., 2015)	Niedrig	Fragebogen	Selbstbewertung	Ja	Validierung	Englische Version der Fragen und Antwortskala in Kowalski et al. (2015)

Tabelle 3.4-2: Deutschsprachige Instrumente für bestimmte Organisationstypen.

Instrument	Abdeckungsgrad der Kategorien aus Abschnitt 3.2	Primärer Organisationstyp	Methodische Umsetzung	Bewertung	Einbindung von Nutzer:innen in die Entwicklung	Publizierte methodische Testung des Instruments	(Teilweise) Verfügbarkeit (zuletzt abgerufen am 16.11.2023)
HLPC-Fragebogen (Health Literacy Responsiveness of Primary Care Practices) (Altin et al., 2015)	Niedrig	Organisationen der primären Gesundheitsversorgung	Fragebogen	Nutzer:innen	Ja	Validierung	Englische Version der Fragen und Antwortskala in Altin et al. (2015)
Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenhausbearbeitungsorganisationen (WKGKKO-I) (Dietscher et al., 2015)	Hoch	Krankenhäuser	Fragebogen	Selbstbewertung	Ja	Machbarkeitsstudie	Selbstbewertungs-Instrument kostenlos verfügbar: https://oepgk.at/ressourcen/das-selbstbewertungs-instrument-zum-wiener-konzept-gesundheitskompetenter-krankenhausbearbeitungsorganisationen-wgkko-i/

Ein Beispiel für einen Indikator, der dem ersten Standard zugeordnet ist, lautet: »Dokumente der Organisation – z. B. Leitbild, Unternehmensziele, Aktionspläne – definieren Gesundheitskompetenz als Unternehmensverantwortung.« (Dietscher et al., 2015, S. 16) Mitarbeitende von Krankenbehandlungsorganisationen schätzen je Indikator den aktuellen Stand ihrer Organisation auf folgender Skala ein: »Ja (76 – 100 %); Eher Ja (51 – 75 %); Eher Nein (26 – 50 %); Nein (0 – 25 %)« (Dietscher et al., 2015, S. 16). Der Fragebogen deckt eine Vielfalt von Themen der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz detailliert ab und scheint auch für das deutsche Gesundheitssystem anwendbar zu sein.

3.4.2 Englischsprachige Instrumente

Die englischsprachigen Instrumente wurden entweder für die Nutzung durch diverse Organisationstypen (Tabelle 3.4-3) oder für bestimmte Organisationstypen (Tabelle 3.4-4) wie z. B. Krankenhäuser oder Gesundheitszentren entwickelt. Die methodische

Tabelle 3.4-3: Englischsprachige Instrumente für diverse Organisationstypen.

Instrument	Abdeckungsgrad der Kategorien aus Abschnitt 3.2	Methodische Umsetzung	Bewertung	Einbindung von Nutzer:innen in die Entwicklung	Publizierte methodische Testung des Instruments	(Teilweise) Verfügbarkeit (zuletzt abgerufen am 16.11.2023)
Enliven Organisational Health Literacy Self-assessment (Thomacos & Zazryn, 2013)	Hoch	Checklisten	Selbstbewertung	Keine Informationen	Nein	https://www.enlivenvictoria.org/resources
Literacy Audit for Health Care Settings (NALA, 2009) Eingesetzt in: Kaper et al. (2019)	Niedrig	Befragung (Fragebogen); Materialbewertung (Checkliste)	Selbstbewertung	Keine Informationen	Nein	https://www.nala.ie/publications/literacy-audit-for-healthcare-settings/
Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) self-assessment tool and process (Trezona et al., 2018) Eingesetzt in: Aaby et al. (2020)	Mittel	Workshop (Leitfaden, Fragebogen)	Selbstbewertung	Nein	Machbarkeitsstudie (Fallstudie) in Aaby et al. (2020) Feldtestung in Trezona et al. (2020)	Vollständiges Instrument nicht kostenlos verfügbar
Health Literacy Review (Ministry of Health, 2015)	Niedrig	Befragung (Fragebogen); Interviews (Leitfaden); Fokusgruppen (Leitfaden); Beobachtung (Leitfaden, Checkliste); Dokumentenanalyse (Leitfaden/Fragebogen)	Selbstbewertung und Nutzer:inneninterviews	Keine Informationen	Nein	https://www.health.govt.nz/publication/health-literacy-review-guide

Tabelle 3.4-4: Englischsprachige Instrumente für bestimmte Organisationstypen.

Instrument	Abdeckungsgrad der Kategorien aus Abschnitt 3.2	Methodische Umsetzung	Organisationstyp	Bewertung	Einbindung von Nutzer:innen in die Entwicklung	Methodische Testung des Instruments publiziert	(Teilweise) Verfügbarkeit (zuletzt abgerufen am 16.11.2023)
<p>The Health Literacy Environment Activity Packet (Rudd, 2010) Eingesetzt in: Johnson (2014); Kaper et al. (2019)</p>	Niedrig	Material-/ Websitebewertung (Leitfaden, Fragebogen); Beobachtung (Fragebogen); Beobachtung/ Walking-Interview (Leitfaden)	Krankenhäuser und Gesundheitszentren	Selbstbewertung (mit teilweiser Einnahme der Nutzer:innenperspektive)	Keine Informationen	Nein	https://www.hsph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/135/2012/09/activitypacket.pdf
<p>Health Literacy Universal Precautions Toolkit (Brega et al., 2015; DeWalt et al., 2010) Eingesetzt in: DeWalt et al. (2011); Farmanova (2017); Napel (2016); Weaver et al. (2012)</p>	Mittel	Befragungen (Fragebögen)	Organisationen der primären Gesundheitsversorgung	Selbstbewertung und Einbezug von Nutzer:innenfeedback	Ja	Nein	https://www.ahrq.gov/health-literacy/improve/precautions/toolkit.html
<p>Health Literacy Environment of Hospitals and Health Centers (HLEHHC) (Rudd & Anderson, 2006) Eingesetzt in: Leonard et al. (2018); Oelschlegel et al. (2018); Palumbo et al. (2017); Weaver et al. (2012)</p>	Niedrig	Befragung (Fragebogen); Material-/ Websitebewertung (Leitfaden, Fragebogen); Beobachtung (Fragebogen); Walking-Interview (Leitfaden)	Krankenhäuser und Gesundheitszentren	Selbstbewertung und Nutzer:innenbewertung	Keine Informationen	Nein	https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED508596.pdf Überarbeitete Version aus 2019: https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/135/2019/05/april-30-FINAL_The-Health-Literacy-Environment2_Locked.pdf
<p>Pharmacy Health Literacy Assessment Tool (Jacobson et al., 2007) Eingesetzt in: O'Neal et al. (2013); Palumbo & Annarumma (2018)</p>	Niedrig	Begutachtungstour (Fragebogen); Befragung (Fragebogen); Fokusgruppen (Leitfaden)	Apotheken	Selbstbewertung und Nutzer:innenbewertung	Keine Informationen	Evaluation und Machbarkeitsstudie in O'Neal et al. (2013)	https://www.ahrq.gov/health-literacy/improve/pharmacy/tools.html#tool

Umsetzung reicht von einfachen Checklisten bis hin zu einer Sammlung unterschiedlicher Methoden wie z. B. Befragungen, Interviews, Fokusgruppen, Beobachtungen oder Dokumentenanalysen. Die Fragen und Antwortskalen der meisten Instrumente können in den zugehörigen wissenschaftlichen Publikationen eingesehen werden. Die vollständigen Fragebögen sind meist nicht frei verfügbar oder müssten ggf. angefragt werden.

Wie in Abschnitt 3.2 beschrieben, wurden die 494 gesammelten Kriterien, die eine gesundheitskompetente Gesundheitsorganisation charakterisieren, in 25 Unterkategorien gruppiert. Ein Abgleich der unten aufgeführten Instrumente mit diesen 25 Unterkategorien zeigt, dass diese jeweils nur einen Teilbereich bedienen. Das umfassendste Instrument ist die nach Brach et al. (2012) gegliederte Zusammenstellung von Checklisten mit dem Titel »Enliven Organisational Health Literacy Self-assessment« von Thomacos und Zazryn (2013). Zwei der anderen Instrumente greifen Aspekte auf, die etwa der Hälfte der Unterkategorien zugeordnet werden können, während die restlichen vier Instrumente ausschließlich eine geringe Anzahl an Unterkategorien bedienen. Da sich die Unterkategorien in Abschnitt 3.2 aus jeweils mehreren Kriterien zusammensetzen, deckt keines der Instrumente die gesamte Heterogenität von Kriterien einer gesundheitskompetenten Gesundheitsorganisation ab.

3.5

Maßnahmen zur Verbesserung der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz

Bereits praktisch umgesetzte Interventionen bzw. Maßnahmen zur Verbesserung der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz wurden in neun der 60 ausgewerteten Publikationen gefunden. Die Maßnahmen werden unten in Textbox 3.5-1 bis Textbox 3.5-6 je Hauptkategorie zusammengefasst. Bei den aufgezählten Maßnahmen handelt es sich um keine vollständige Liste zur Arbeit an organisationsbezogener Gesundheitskompetenz, sondern um eine Zusammenfassung der in der wissenschaftlichen Praxis bereits erprobten und veröffentlichten Maßnahmen. Die aufgeführten Beispiele decken daher nicht alle Unterkategorien ab. Die meisten Maßnahmen wurden zur Kommunikation mit Nutzer:innen (Hauptkategorie 1) und zur Information und Qualifizierung des Personals (Hauptkategorie 6) gefunden. Die Maßnahmen wurden für die folgende Darstellung je Hauptkategorie zusammengefasst. Sie können als Beispiele dienen, was eine Organisation einführen oder verbessern kann, um ihre Gesundheitskompetenz zu verbessern. Hierfür empfiehlt es sich, zunächst den Kriterienkatalog in Kapitel 5 (►5) auszufüllen und darauf aufbauend, konkrete Maßnahmen zur Umsetzung zu erarbeiten.

Textbox 3.5-1: Kommunikation mit Nutzer:innen (Hauptkategorie 1)

Beispiele für Maßnahmen:

Allgemein

- Verwendung leicht verständlicher Sprache
- Kulturell und sprachlich angemessene Angebote mit Übersetzungsdiensten
- Anlaufstelle/Beratung zu Themen der individuellen Gesundheitskompetenz und z. B. Diversität, Inklusion, Gleichberechtigung
- Mündliche und schriftliche Kommunikation in mehreren Sprachen
- Aufklärung der Bürger:innen (Bildungsarbeit)

Überarbeitung/Neuerstellung schriftlicher Materialien für Nutzer:innen

- Aufklärungsmaterialien (z. B. Broschüren, Plakate)
- Formulare (z. B. Registrierungsmaterialien)
- Vorbereitungsblatt für Nutzer:innen
- Notizbuch für Nutzer:innen
- Allgemein einseitig gedruckte Dokumente bzw. Materialien
- Ratgeber zur Aufklärung

Methoden zur Verbesserung der mündlichen Kommunikation mit Nutzer:innen

- Ask-Me-3-Methode
- Teach-back-Methode

(Quellen: Adsul et al., 2017; Baur et al., 2017; Briglia et al., 2015; Institute of Medicine, 2012, 2013; Kaper et al., 2019; Six-Means et al., 2012; Trueheart, 2018)

Textbox 3.5-2: Einfacher Zugang & Navigation (Hauptkategorie 2)

Beispiele für Maßnahmen:

- Optimierung von Navigationshilfen zur Orientierung innerhalb der Organisation sowie auf dem Gelände der Organisation
- Erinnerungen der Patient:innen an Termine (z. B. per SMS, Anrufe)
- Gesundheitskompetente Webinhalte (z. B. Navigationshilfen, visuelle Barrierefreiheit)
- Online-Terminbuchungssystem und Online-Akteneinsicht (z. B. von Befunden)
- Öffentlichkeitsarbeit
- Ergebnispräsentation von Zufriedenheitsbefragungen von Nutzer:innen (z. B. auf der Webseite)
- Einrichtung einer Koordinationsstelle für Zahngesundheit zur Aufklärungsarbeit

(Quellen: Adsul et al., 2017; Baur et al., 2017; Institute of Medicine, 2012, 2013)

Textbox 3.5-3: Integration & Priorisierung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz (Hauptkategorie 3)**Beispiele für Maßnahmen:**

- Einbindung leitender Angestellter und der oberen Führungsebene in die Arbeit an der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz
- Verankerung von Richtlinien der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz (z. B. im Leitbild)
- Gründung einer Arbeitsgruppe zu organisationsbezogener Gesundheitskompetenz
- Gründung eines Ausschusses für Patient:innenbildung
- Berücksichtigung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz im Programmmanagement
- Internes Dashboard mit Ergebnissen von Patient:innenbefragungen zur Messung der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz

(Quellen: Briglia et al., 2015; Institute of Medicine, 2013; Kaper et al., 2019)

Textbox 3.5-4: Assessments & Organisationsentwicklung (Hauptkategorie 4)**Beispiele für Maßnahmen:**

- Befragungen von Nutzer:innen
- Anwendungstests durch Nutzer:innen
- Verbesserung der Medikamentenverteilung zur Verbesserung der Therapietreue der Patient:innen
- Assessment der Kommunikation durch die Mitarbeitenden mit den Nutzer:innen

(Quellen: Adsul et al., 2017; Baur et al., 2017; Institute of Medicine, 2013; Trueheart, 2018)

Textbox 3.5-5: Einbeziehung & Unterstützung der Nutzer:innen (Hauptkategorie 5)**Beispiele für Maßnahmen:**

- Verstärkte Einbeziehung von Patient:innen
- Ehrenamtliche Tätigkeiten im Bereich der Gesundheitskompetenz

(Quellen: Institute of Medicine, 2013; Kaper et al., 2019)

Textbox 3.5-6: Information & Qualifikation des Personals (Hauptkategorie 6)**Beispiele für Maßnahmen:**

- Beobachtung und Bewertung der Personalentwicklung
- Erhebungen unter den Mitarbeitenden bzgl. ihrer Kommunikationstechniken
- Weiterbildung des Personals (zu Kommunikation, Teach-back-Methode, Gesundheitskompetenz, leicht verständlicher Sprache, Patient:innensicherheit)
- Sensibilisierung der Mitarbeitenden für Probleme von Patient:innen, die mit individueller Gesundheitskompetenz im Zusammenhang stehen
- Aufnahme von Informationen zu organisationsbezogener Gesundheitskompetenz in Orientierungsmaterialien für neue Mitarbeitende
- Durchführung von Kampagnen (z. B. zum Thema »Würde und Respekt«)

(Quellen: Adsul et al., 2017; Baur et al., 2017; Briglia et al., 2015; Goldsmith et al., 2020; Institute of Medicine, 2012, 2013; Kaper et al., 2019; Trueheart, 2018)

3.6**Limitationen des Literaturreviews**

Literaturreviews können von Verzerrungen durch bevorzugte Veröffentlichungen betroffen sein. Eine solche Verzerrung tritt auf, wenn die in die Analyse einbezogenen Studien oder Publikationen eine systematische Tendenz aufweisen, weil nur bestimmte Arten von Studien oder Ergebnissen veröffentlicht werden. Zudem können Literaturreviews nur das abbilden, was bisher publiziert wurde. Diese Aspekte können dazu führen, dass die Ergebnisse des Literaturreviews nicht repräsentativ oder vollständig sind und somit zu fehlerhaften Schlussfolgerungen führen. Um dieses Risiko zu minimieren, wurden in der vorliegenden Studie sieben internationale Datenbanken genutzt, zusätzlich ein einstufiges Schneeballverfahren durchgeführt und keine Einschränkungen bezüglich der Publikationsart formuliert. Verschiedene Arten von Publikationen wie Leitfäden, Journalartikel, Dissertationen und Buchkapitel wurden daher in das Literaturreview aufgenommen, um ein umfassendes Verständnis des Themas zu ermöglichen. Es besteht jedoch die Möglichkeit, dass aufgrund fehlender relevanter Suchbegriffe in den Suchdurchläufen weitere passende Publikationen nicht gefunden wurden. Die Qualität der Publikationen wurde im Rahmen des Scoping-Reviews nicht bewertet. Zudem wurden ausschließlich englisch- und deutschsprachige Publikationen berücksichtigt. Die Ergebnisse könnten auf Gesundheitsorganisationen in westlichen Ländern beschränkt sein, da z. B. mehr als zwei Drittel der Publikationen (42 von 60) aus Nordamerika (USA: 33; Kanada: 2) und anderen englischsprachigen Ländern (Australien: 4; Irland: 2; Neuseeland: 1) stammten.

3.7

Zusammenfassung

Das Konzept der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz zeichnet sich dadurch aus, dass es den Fokus nicht auf die Selbstverantwortung der Nutzer:innen legt, sondern formuliert, was Gesundheitsorganisationen unternehmen können, um es »Menschen zu erleichtern, die für sie relevanten Informationen und Angebote zu finden, zu verstehen und anzuwenden, um sich um ihre Gesundheit zu kümmern« (aus dem Englischen übersetzt aus: Brach et al., 2012, S. 1). Im vorliegenden Literaturreview wurde der aktuelle Stand von Konzepten, Kriterien, Messinstrumenten und praktisch erprobten Maßnahmen zu organisationsbezogener Gesundheitskompetenz zusammengefasst.¹⁸ Das Literaturreview zeigte, dass das Thema der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz erst in den vergangenen Jahren verstärkten Einzug in den wissenschaftlichen Diskurs erhielt. Ein wichtiger Impuls für die zunehmende Verbreitung kann insbesondere in der Veröffentlichung von Brach et al. (2012) vermutet werden, mit der die zehn Attribute einer gesundheitskompetenten Gesundheitsorganisation als häufig zitiertes Diskussionspapier eingeführt wurden. Besonders einflussreich für den Beginn der Konzeptualisierung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz waren zudem die Arbeiten von Rudd und Anderson (2006) sowie des Institute of Medicine (2004, 2012, 2013).

Die in Abschnitt 3.3 identifizierten Konzepte organisationsbezogener Gesundheitskompetenz bezogen sich auf 1. Gesundheitskompetenz in verschiedenen sozialen Kontexten, 2. Gesundheitskompetente Gesundheitsorganisationen, 3. Organisationales Verhalten und 4. Kommunikation in der Gesundheitsversorgung. Eine genauere Betrachtung der jeweils verwendeten Terminologien zeigte, dass die Konzepte inhaltlich miteinander im Einklang sind, sich jedoch hinsichtlich des Abstraktions- und Fokussierungsgrads bestimmter Themen unterscheiden. Diese Vielseitigkeit steht für den umfassenden Ansatz, der erforderlich ist, um das Konzept der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz zu erfassen. Ein allumfassendes Rahmenwerk sollte dies berücksichtigen und Aspekte auf der Mikro- (z. B. individuelles Verhalten), Meso- (z. B. organisatorische Prozesse) und Makroebene (z. B. Gesundheitspolitik) enthalten (Kaper et al., 2019).

In den ausgewerteten Publikationen wurden insgesamt 490 Kriterien gefunden (494 inklusive Duplikate), die eine gesundheitskompetente Gesundheitsorganisation charakterisieren (>3.2). Die Kriterien überschneiden sich inhaltlich und wurden in sechs

¹⁸ Ein Einschlusskriterium für die Aufnahme in das Literaturreview war, dass die Publikationen Kriterien gesundheitskompetenter Gesundheitsorganisationen thematisieren. Es ist daher möglich, dass z. B. weitere Maßnahmen bereits umgesetzt, jedoch in Publikationen veröffentlicht wurden, in denen keine Kriterien genannt wurden.

Hauptkategorien mit 25 Unterkategorien zusammengefasst. Eine ähnliche Anzahl bzw. Art von Kategorien wurde im Literaturreview von Rowlands et al. (2019) angegeben. Die jüngste gefundene Literaturübersicht von Zanolini et al. (2020) setzte einen Fokus auf Krankenhäuser und kam zu der Schlussfolgerung, dass die meisten der einbezogenen Studien sich auf »leicht verständliche Inhalte« konzentrierten. Auch in der vorliegenden Studie wurden die meisten Kriterien der Hauptkategorie »Kommunikation mit Nutzer:innen« zugeordnet. Mehr als die Hälfte der Kriterien, die dieser Kategorie zugeordnet wurden, waren in den Unterkategorien »Bildung und Information« sowie »Leicht verständliche schriftliche Materialien und mündlicher Austausch« angesiedelt. Die Gewährleistung einer leichten Verständlichkeit von Inhalten stellt zweifellos einen zentralen Aspekt der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz dar. Jedoch wurden darüber hinaus zahlreiche weitere Kriterien identifiziert, die von großer Bedeutung sind. Neben einem räumlich barrierefreien Zugang zu Gesundheitseinrichtungen reicht die Bandbreite der Beispiele von der Beteiligung und dem Engagement der Nutzer:innen bis hin zur ganzheitlichen Verpflichtung einer Organisation, sich der Förderung ihrer Gesundheitskompetenz dauerhaft anzunehmen. So sollten die Grundsätze der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz z. B. in das Leitbild und die Planung integriert werden. Die Bemühungen einer Organisation, sich für die organisationsbezogene Gesundheitskompetenz einzusetzen, umfasst weit mehr als die Behandlung und Aufklärung ihrer Nutzer:innen. Eine gesundheitskompetente Gesundheitsorganisation sollte sich z. B. für die Förderung der Gesundheit ihrer Mitarbeitenden und der Bürger:innen im Allgemeinen engagieren.

Ein Literaturreview von Farmanova et al. (2018) stellte fest, dass alle gefundenen Leitfäden folgende Bereiche berücksichtigten: Kommunikation, Zugang, Navigation und die Rolle des Personals in der Schaffung eines gesundheitskompetenten Umfelds. Ebenfalls im Einklang mit den Ergebnissen des vorliegenden Literaturreviews ist die Feststellung, dass die Leitungsebene entscheidend für eine Verankerung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz ist (Farmanova et al., 2018).

In Abschnitt 3.3 wurden insgesamt vier deutschsprachige und acht englischsprachige Instrumente zusammengefasst. Die Instrumente greifen auf vielfältige Bewertungsmethoden zurück, insbesondere auf Fragebögen, aber auch auf Interviews oder Dokumentenanalysen. Nur drei Instrumente wurden bisher validiert und drei weitere Instrumente durch Machbarkeitsstudien in ihrer Eignung und Genauigkeit in Bezug auf die Messung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz geprüft. Für die praktische Arbeit mit den Instrumenten bedeutet dies nicht, dass die Instrumente zwangsläufig unzuverlässig sind. Ohne eine zugehörige Testung (Validierung) kann die Zuverlässigkeit lediglich nicht vorausgesetzt werden. Dennoch können die Instrumente je nach Verfügbarkeit ein Startpunkt für die Arbeit an der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz sein. Die fehlende Testung von Messinstrumenten

in Bezug auf ihre interne Zuverlässigkeit, Konstrukt- oder Vorhersagevalidität wurde in einer Übersichtsarbeit von Kripalani et al. (2014) festgestellt. Ein Literaturreview von Lloyd et al. (2018) zu Strategien und Interventionen zeigte, dass die dort berücksichtigten Instrumente zwar das Bewusstsein für das Thema innerhalb der Gesundheitsorganisationen stärkten, jedoch nicht einen Wandel erwirkten, der die organisationsbezogene Gesundheitskompetenz langfristig verbesserte.

Drei Instrumente wurden für die Messung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz in Gesundheitsorganisationen in Deutschland entwickelt. Der Fragebogen zur gesundheitskompetenten Gesundheitsversorgungsorganisation (HLHO-10) von Kowalski et al. (2015) setzt sich aus zehn inhaltlich umfassenden Fragen zusammen, die sich auf die zehn Attribute einer gesundheitskompetenten Gesundheitsorganisation nach Brach et al. (2012) stützen. Der HLHO-10 wurde in Brustkrebszentren zur Validierung eingesetzt. Der Fragebogen zur Messung von verständnisorientierter Gesundheitskommunikation (HL-COM) von Ernstmann et al. (2017) beinhaltet 16 Fragen und wurde in Brust- und Darmkrebszentren psychometrisch getestet und validiert. Der inhaltliche Fokus wurde auf die verständnisorientierte Gesundheitskommunikation gelegt. Der HLPC-Fragebogen (Health Literacy Responsiveness of Primary Care Practices) von Altin et al. (2015) setzt sich aus vier Fragen zur Bewertung der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung in Bezug auf Patient:innenzentriertheit und Gesundheitskompetenz zusammen. Insgesamt werden die heterogenen Facetten organisationsbezogener Gesundheitskompetenz, die im Rahmen der präsentierten Literaturanalyse herausgearbeitet wurden, durch die drei Instrumente nicht in ihrer inhaltlichen Breite abgedeckt. Die drei Instrumente beziehen sich entweder auf einen bestimmten Teilbereich oder nähern sich dem Konzept auf einer übergeordneten Ebene ohne umfassend detaillierte Rückschlüsse für die Handlungsebene an. Eine vollständige Version in deutscher Sprache wurde über eine einfache Internetrecherche von keinem der drei Fragebögen gefunden. Diesbezüglich könnte jedoch bei den Autor:innen der jeweiligen Instrumente nachgefragt werden. Inhaltlich besonders umfassend ist das für Österreich entwickelte »Selbstbewertungs-Instrument zum Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen (WKGKKO-I)« von Dietscher et al. (2015). Das Selbstbewertungs-Instrument für Krankenhäuser ist kostenlos verfügbar (siehe Tabelle 3.4-2).

Praktisch umgesetzte Maßnahmen zur Arbeit an organisationsbezogener Gesundheitskompetenz wurden in neun Publikationen gefunden (Abschnitt 3.5). Die Maßnahmen wurden den in Abschnitt 3.2 eingeführten Hauptkategorien zugeordnet. Die meisten Maßnahmen wurden bisher zu Hauptkategorie 1 (»Kommunikation mit Nutzer:innen«) und 6 (»Information & Qualifikation des Personals«) durchgeführt. Während zu Hauptkategorie 1 auch die meisten Kriterien gefunden wurden, wurden der Hauptkategorie 6 die wenigsten Kriterien zugeordnet. Dennoch ist es naheliegend,

dass die Arbeit an der eigenen organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz in der Praxis häufig mit der Weiterbildung des Personals beginnt. Hierdurch werden die Mitarbeitenden dafür qualifiziert, die Kriterien der anderen Kategorien in ihrer Arbeit zu berücksichtigen und umzusetzen. Dies unterstreicht wiederum, dass die Reihenfolge der hier präsentierten Hauptkategorien nicht als Priorisierung, sondern als strukturierendes Element zu verstehen ist. Die Auswahl an Maßnahmen reichte von einfach umzusetzenden Optionen wie dem einseitigen Druck von Dokumenten für Nutzer:innen über Befragungen von Nutzer:innen bis hin zu umfassenden Veränderungen wie der konsequenten Verwendung leicht verständlicher Sprache.

3.8

Ausblick für die Praxis

Das Literaturreview identifizierte eine umfangreiche Anzahl von Kriterien, die eine gesundheitskompetente Gesundheitsorganisation auszeichnen. Die Vielzahl der einzelnen Aspekte verdeutlicht die Komplexität des Konzepts sowie die Vielfalt der unterschiedlichen Handlungsbereiche einer Organisation und ihrer Mitarbeitenden. Folglich erfordert die Entwicklung zu einer gesundheitskompetenten Gesundheitsorganisation einen ganzheitlichen Ansatz (Kaper et al., 2019). Der Einbezug von Nutzer:innen, z. B. in die Fragebogenentwicklung oder Maßnahmenimplementierung, wird noch zu wenig beachtet. Es besteht Bedarf an mehr Interventionen und Evaluierungen von organisatorischen Veränderungsprozessen im Hinblick auf organisationsbezogene Gesundheitskompetenz, insbesondere in der Vorbereitungs- und Bewertungsphase. Die Versorgungsforschung kann an dieser Stelle dazu beitragen, die Gesundheitskompetenz einer Organisation z. B. durch wissenschaftliche Begleitstudien zu verbessern und zu unterstützen. Die zukünftige Forschung sollte sich darauf konzentrieren, die Kernbestandteile der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz zu identifizieren, die in der Praxis am wirksamsten und effizientesten umgesetzt werden können. Dadurch kann die Umsetzung der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz in der Gesundheitsversorgung verbessert werden. Hierfür wird ein Instrument benötigt, das die unterschiedlichen Facetten organisationsbezogener Gesundheitskompetenz detailliert berücksichtigt und gleichzeitig praktikabel in der Nutzung ist.

LITERATURVERZEICHNIS

- Aaby A, Palner S, Maindal HT (2020): Fit for Diversity: A Staff-Driven Organizational Development Process Based on the Organizational Health Literacy Responsiveness Framework. *Health Lit Res Pract* 4:e79–e83. <https://doi.org/10.3928/24748307-20200129-01>
- Abrams MA, Kurtz-Rossi S, Riffenburgh A, Savage B (2014): Building Health Literate Organizations: A Guidebook to Achieving Organizational Change
- Adsul P, Wray RJ, Gautam K, Jupka K, et al. (2017): Becoming a health literate organization: Formative research results from healthcare organizations providing care for undeserved communities. *Health Serv Manage Res* 30:188–196. <https://doi.org/10.1177/0951484817727130>
- Agency for Healthcare Research and Quality (2013): CAHPS Clinician & Group Survey
- Altin SV, Lorrek K, Stock S (2015): Development and validation of a brief screener to measure the Health Literacy Responsiveness of Primary Care Practices (H LPC). *BMC Fam Pract* 16. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0336-4>
- Altin SV, Stock S (2015): Health Literate Healthcare Organizations and their Role in Future Healthcare. *J Nurs Care* 4. <https://doi.org/10.4172/2167-1168.1000238>
- Annarumma C, Palumbo R (2016): Contextualizing Health Literacy to Health Care Organizations. *J Health Manag* 18:611–624. <https://doi.org/10.1177/0972063416666348>
- Arksey H, O'Malley L (2005): Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol* 8:19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Baur C, Harris LM, Squire E (2017): The U.S. National Action Plan to Improve Health Literacy: A Model for Positive Organizational Change. *Stud Health Technol Inform* 240:186–202. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-790-0-186>
- Bax J (2014): Quicksan Health Literacy Toolbox
- Bonaccorsi G, Romiti A, Ierardi F, Innocenti M, et al. (2020): Health-Literate Healthcare Organizations and Quality of Care in Hospitals: A Cross-Sectional Study Conducted in Tuscany. *Int J Environ Res Public Health* 17:2508. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072508>
- Brach C (2017): The Journey to Become a Health Literate Organization: A Snapshot of Health System Improvement. *Stud Health Technol Inform* 240:203–237. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-790-0-203>
- Brach C, Dreyer BP, Schillinger D (2014): Physicians' roles in creating health literate organizations: a call to action. *J Gen Intern Med* 29:273–275. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2619-6>
- Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, et al. (2012): Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations
- Brega AG, Barnard J, Mabachi NM, Weiss BD, et al. (2015): AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit
- Brega AG, Hamer MK, Albright K, Brach C, et al. (2019): Organizational Health Literacy: Quality Improvement Measures with Expert Consensus. *Health Lit Res Pract* 3:e127–e146. <https://doi.org/10.3928/24748307-20190503-01>
- Bremer D, Klockmann I, Jaß L, Härter M, et al. (2021): Which criteria characterize a health literate health care organization? – a scoping review on organizational health literacy. *BMC Health Serv Res* 21:664. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06604-z>

- Briglia E, Perlman M, Weissman MA (2015): Integrating health literacy into organizational structure. *Physician Leadersh J* 2:66–69
- Campbell M, McKenzie JE, Sowden A, Katikireddi SV, et al. (2020): Synthesis without meta-analysis (SWiM) in systematic reviews: reporting guideline. *BMJ* 368:l6890. <https://doi.org/10.1136/bmj.l6890>
- DeWalt DA, Brouckousou KA, Hawk VH, Brach C, et al. (2011): Developing and testing the health literacy universal precautions toolkit. *Nurs Outlook* 59:85–94. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2010.12.002>
- DeWalt DA, Callahan LF, Hawk VH, Brouckousou KA, et al. (2010): Health Literacy Universal Precautions Toolkit
- Dietscher C, Lorenc J, Pelikan JM (2015): Das Selbstbewertungs-Instrument zum Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen (WKGKKO-I). <https://oepgk.at/ressourcen/das-selbstbewertungs-instrument-zum-wiener-konzept-gesundheitskompetenter-krankenbehandlungsorganisationen-wkgkko-i/>
- Dietscher C, Pelikan JM (2016): Gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen. Machbarkeitsstudie zur organisationalen Selbstbewertung mit dem Wiener Instrument in österreichischen Krankenhäusern. *Prävent Gesundheitsförderung* 11:53–62. <https://doi.org/10.1007/s11553-015-0523-0>
- Dietscher C, Pelikan JM (2017): Health-literate hospitals and healthcare organizations—results from an Austrian Feasibility Study on the self-assessment of organizational health literacy in hospitals. In: Schaeffer D, Pelikan JM (Hrsg.): *Health literacy*. Hogrefe, Bern, 303–314
- Eigelbach B (2017): Ten Suggested Health Literacy Attributes of a Health Care Organization. *J Consum Health Internet* 21:201–208. <https://doi.org/10.1080/15398285.2017.1311606>
- Ernstmann N, Halbach S, Kowalski C, Pfaff H, Ansmann L (2017): Measuring attributes of health literate health care organizations from the patients' perspective: Development and validation of a questionnaire to assess health literacy-sensitive communication (HL-COM). *Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen* 121:58–63. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2016.12.008>
- Farmanova E (2017): Organization of health services for minority populations: The role of organizational health literacy and an active offer of health services in French in Ontario
- Farmanova E, Bonneville L, Bouchard L (2018): Organizational Health Literacy: Review of Theories, Frameworks, Guides, and Implementation Issues. *Inq J Health Care Organ Provis Financ* 55. <https://doi.org/10.1177/0046958018757848>
- Goldsmith JV, Wittenberg E, Parnell TA (2020): The COMFORT Communication Model: A Nursing Resource to Advance Health Literacy in Organizations. *J Hosp Palliat Nurs Off J Hosp Palliat Nurses Assoc* 22:229–237. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000647>
- Hayran O, Özer O (2018): Organizational health literacy as a determinant of patient satisfaction. *Public Health* 163:20–26. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.06.011>
- Innis JA (2016): Health literate discharge practices in Ontario hospitals
- Institute of Medicine (2012): *How Can Health Care Organizations Become More Health Literate?* Workshop Summary. National Academies Press (US), Washington, DC
- Institute of Medicine (2013): *Organizational Change to Improve Health Literacy: Workshop Summary*
- Institute of Medicine (2004): *Health literacy: A prescription to end confusion*. National Academies Press (US), Washington, DC

Jack BW, Paasche-Orlow M, Mitchell SA, Forsythe SR, et al. (2013): An overview of the Re-Engineered Discharge (RED) toolkit: Agency for Healthcare Research and Quality

Jacobson KL, Gazmararian JA, Kripalani S, McMorris KJ, et al. (2007): Is our pharmacy meeting patients' needs? A pharmacy health literacy assessment tool user's guide

Johnson A (2014): First impressions: towards becoming a health-literate health service. *Aust Health Rev Publ Aust Hosp Assoc* 38:190–193. <https://doi.org/10.1071/AH13194>

Kaper M, Sixsmith J, Meijering L, Vervoordeldonk J, et al. (2019): Implementation and Long-Term Outcomes of Organisational Health Literacy Interventions in Ireland and The Netherlands: A Longitudinal Mixed-Methods Study. *Int J Environ Res Public Health* 16. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234812>

Kaphingst KA, Weaver NL, Wray RJ, Brown MLR, et al. (2014): Effects of patient health literacy, patient engagement and a system-level health literacy attribute on patient-reported outcomes: a representative statewide survey. *BMC Health Serv Res* 14:475. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-475>

Klockmann I, Lüdecke D, Härter M, von dem Knesebeck O, Bremer D (2021): Which criteria characterize a health literate healthcare organization? – A scoping review protocol on organizational health literacy

Koh HK, Brach C, Harris LM, Parchman ML (2013): A proposed »health literate care model« would constitute a systems approach to improving patients' engagement in care. *Health Aff Proj Hope* 32:357–367. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1205>

Kowalski C, Lee S-YD, Schmidt A, Wesselmann S, et al. (2015): The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): Development and validation. *BMC Health Serv Res* 15:47. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0707-5>

Kripalani S, Wallston K, Cavanaugh KL, Osborn CY, et al. (2014): Measures to assess a health-literate organization

Leonard K, Oelschlegel S, Tester E, Russomanno J, Heidel RE (2018): Assessing the Print Communication and Technology Attributes of an Academic Medical Center. *Health Lit Res Pract* 2:e26–e34. <https://doi.org/10.3928/24748307-20180108-01>

Lloyd JE, Song HJ, Dennis SM, Dunbar N, et al. (2018): A paucity of strategies for developing health literate organisations: A systematic review. *PloS One* 13:e0195018. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195018>

Makoul G, Krupat E, Chang C-H (2007): Measuring patient views of physician communication skills: Development and testing of the Communication Assessment Tool. *Patient Educ Couns* 67:333–342. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.05.005>

Meggetto E, Kent F, Ward B, Keleher H (2020): Factors influencing implementation of organizational health literacy: a realist review. *J Health Organ Manag* 34:385–407. <https://doi.org/10.1108/JHOM-06-2019-0167>

Ministry of Health (2015): Health Literacy Review: A Guide

Munn Z, Peters MDJ, Stern C, Tufanaru C, et al. (2018): Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol* 18:143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>

Murdoch University (2020): Systematic Reviews – Research Guide

NALA (2009): Literacy audit for healthcare settings. NALA, Dublin

Napel AT (2016): Nurses' perceptions of importance and achievability of the ten attributes of health literate healthcare organizations in their institutions: A descriptive study

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2020): Health Literacy and Communication Strategies in Oncology: Proceedings of a Workshop

Oelschlegel S, Grabeel KL, Tester E, Heidel RE, Russomanno J (2018): Librarians Promoting Changes in the Health Care Delivery System through Systematic Assessment. *Med Ref Serv Q* 37:142–152. <https://doi.org/10.1080/02763869.2018.1439216>

O'Neal KS, Crosby KM, Miller MJ, Murray KA, Condren ME (2013): Assessing health literacy practices in a community pharmacy environment: experiences using the AHRQ Pharmacy Health Literacy Assessment Tool. *Res Soc Adm Pharm RSAP* 9:564–596. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2012.09.005>

Palumbo R (2016): Designing health-literate health care organization: A literature review. *Health Serv Manage Res* 29:79–87. <https://doi.org/10.1177/0951484816639741>

Palumbo R, Annarumma C (2014): The Importance of Being Health Literate: An Organizational Health Literacy Approach

Palumbo R, Annarumma C (2018): Empowering organizations to empower patients: An organizational health literacy approach. *Int J Healthc Manag* 11:133–142. <https://doi.org/10.1080/20479700.2016.1253254>

Palumbo R, Annarumma C, Musella M (2017): Exploring the meaningfulness of healthcare organizations: a multiple case study. *Int J Public Sect Manag* 30:503–518. <https://doi.org/10.1108/IJPSM-10-2016-0174>

Parker RM, Hernandez LM (2012): What makes an organization health literate? *J Health Commun* 17:624–627. <https://doi.org/10.1080/10810730.2012.685806>

Pelikan JM (2019): Health-literate health care organisations. In: Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sørensen K (Hrsg.): *International handbook of health literacy: Research, practice and policy across the life-span*. Policy Press and United Kingdom, Bristol, United Kingdom, 539–553

Pelikan JM (2017): Gesundheitskompetente Krankenbehandlungseinrichtungen. *Public Health Forum* 25:66–70. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2016-2117>

Pelikan JM, Dietscher C (2015a): Die Gesundheitskompetenz von Gesundheitseinrichtungen entwickeln. Strategien und Beispiele. Ein Themenpapier des ONGKG

Pelikan JM, Dietscher C (2015b): Warum sollten und wie können Krankenhäuser ihre organisationale Gesundheitskompetenz verbessern? *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 58:989–995. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2206-6>

Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, et al. (2020a): Chapter 11: Scoping reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Hrsg.): *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI

Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, Pollock D, et al. (2020b): Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evid Synth* 18:2119–2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>

Prince LY (2017): Assessing Organizational Health Literacy at an academic health center: A quantitative research study

Prince LY, Schmidtke C, Beck JK, Hadden KB (2018): An Assessment of Organizational Health Literacy Practices at an Academic Health Center. *Qual Manag Health Care* 27:93–97. <https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000162>

- Rathmann K, Vockert T, Wetzel LD, Lutz J, Dadaczynski K (2020): Organizational Health Literacy in Facilities for People with Disabilities: First Results of an Explorative Qualitative and Quantitative Study. *Int J Environ Res Public Health* 17. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082886>
- Rowlands G, Trezona A, Russell S, Lopatina M, et al. (2019): What is the evidence on the methods, frameworks and indicators used to evaluate health literacy policies, programmes and interventions at the regional, national and organizational levels?
- Rudd RE (2010): The Health Literacy Environment Activity Packet: First Impressions & Walking Interview: Eliminating Barriers–Increasing Access
- Rudd RE, Anderson JE (2006): The Health Literacy Environment of Hospitals and Health Centers. *Partners for Action: Making Your Healthcare Facility Literacy-Friendly*
- Schuman MJ (2014): Policy implications for advanced practice registered nurses: Quality and safety. In: Goudreau KA, Smolenski MC (Hrsg.): *Health policy and advanced practice nursing*. Springer Publishing Company LLC, New York, NY, 253–271
- Shoemaker SJ, Wolf MS, Brach C (2014): Development of the Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT): a new measure of understandability and actionability for print and audiovisual patient information. *Patient Educ Couns* 96:395–403. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.05.027>
- Six-Means A, Bauer TK, Teeter R, Seagraves D, et al. (2012): Building a Foundation of Health Literacy with Ask Me 3™. *J Consum Health Internet* 16:180–191. <https://doi.org/10.1080/15398285.2012.673461>
- Thomacos N, Zazryn T (2013): Enliven organisational health literacy self-assessment resource
- Trezona A, Dodson S, Fitzsimon E, LaMontagne AD, Osborne RH (2020): Field-testing and refinement of the Organisational Health Literacy Responsiveness self-assessment (Org-HLR) tool and process. *Int J Environ Res Public Health* 17. <https://doi.org/10.3390/ijerph17031000>
- Trezona A, Dodson S, Osborne RH (2017): Development of the organisational health literacy responsiveness (Org-HLR) framework in collaboration with health and social services professionals. *BMC Health Serv Res* 17:513. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2465-z>
- Trezona A, Dodson S, Osborne RH (2018): Development of the Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) self-assessment tool and process. *BMC Health Serv Res* 18:694. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3499-6>
- Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, et al. (2018): PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med* 169:467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Trueheart SL (2018): Health literacy best practices in policy development
- Vamos CA, Thompson EL, Griner SB, Liggett LG, Daley EM (2019): Applying Organizational Health Literacy to Maternal and Child Health. *Matern Child Health J* 23:597–602. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2687-7>
- Weaver NL, Wray RJ, Zellin S, Gautam K, Jupka K (2012): Advancing organizational health literacy in health care organizations serving high-needs populations: A case study. *J Health Commun* 17:55–66. <https://doi.org/10.1080/10810730.2012.714442>
- Weidmer BA, Brach C, Hays RD (2012): Development and evaluation of CAHPS survey items assessing how well healthcare providers address health literacy. *Med Care* 50:53-11. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182652482>
- Wieczorek CC, Ganahl K, Dietscher C (2017): Improving Organizational Health Literacy in Extracurricular Youth Work Settings. *Health Lit Res Pract* 1:e233–e238. <https://doi.org/10.3928/24748307-20171101-01>

Wong BK (2012): Building a health literate workplace. *Workplace Health Saf* 60:363–369.
<https://doi.org/10.1177/216507991206000806>

Wynia MK, Osborn CY (2010): Health literacy and communication quality in health care organizations: *Journal of Health Communication: International Perspectives*. *J Health Commun* 15:102–115.
<https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499981>

Zanobini P, Lorini C, Baldasseroni A, Dellisanti C, Bonaccorsi G (2020): A Scoping Review on How to Make Hospitals Health Literate Healthcare Organizations. *Int J Environ Res Public Health* 17.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17031036>

KAPITEL 4

Methodische Entwicklung des Kriterienkataloges

Izumi Klockmann, Johanna Heeg, Leonie Jaß, Daniel Lüdecke

4.1

Einleitung

Im Zuge eines mehrstufigen Entwicklungsprozesses wurden Kriterien organisationsbezogener Gesundheitskompetenz definiert und in einem Reflexionsbogen zusammengeführt. Im ersten Schritt wurden, wie in Kapitel 3 (>3) beschrieben, Kriterien durch ein internationales Literaturreview ermittelt. Um diese zu vervollständigen und für die Hamburger Stadtgesundheit bzw. das deutsche Gesundheitssystem anzupassen, wurden vier Workshops mit Vertreter:innen von Hamburger Gesundheitsorganisationen geführt. In den Workshops berichteten und diskutierten die Expert:innen darüber, welche Bedingungen, Herausforderungen und Chancen eine Umsetzung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz im Arbeitsalltag mit sich bringt. Es wurden Best-Practice-Beispiele aufgedeckt, aktuelle Schwierigkeiten identifiziert und Strukturen erörtert, die von verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens geschaffen werden müssen. Zudem wurden Handlungsmöglichkeiten diskutiert, die den Organisationen zur Verfügung stehen. Aus den Diskussionen wurden Kriterien abgeleitet, die eine gesundheitskompetente Gesundheitsorganisation auszeichnen. Diese wurden mit den Kriterien, die im Literaturreview identifiziert wurden, zusammengeführt, kategorisiert und den Workshopteilnehmenden im Rahmen eines sogenannten Delphi-Prozesses zur Kommentierung und Gewichtung zurückgespielt. Um die Perspektive der Nutzer:innen von Gesundheitseinrichtungen besser berücksichtigen zu können, wurde der Erfahrenenbeirat (>2.2) ebenfalls eingebunden und seine Rückmeldungen eingearbeitet. Anschließend wurden Kriterien in einem standardisierten Prozess umformuliert, anderen Kategorien zugeordnet, gestrichen und neu aufgenommen. Der gesamte Entwicklungsprozess des Reflexionsbogens ist in Abbildung 4.1-1 dargestellt. Je Entwicklungsschritt ist angegeben, in welchem Kapitel dieser im vorliegenden Buch beschrieben wird.

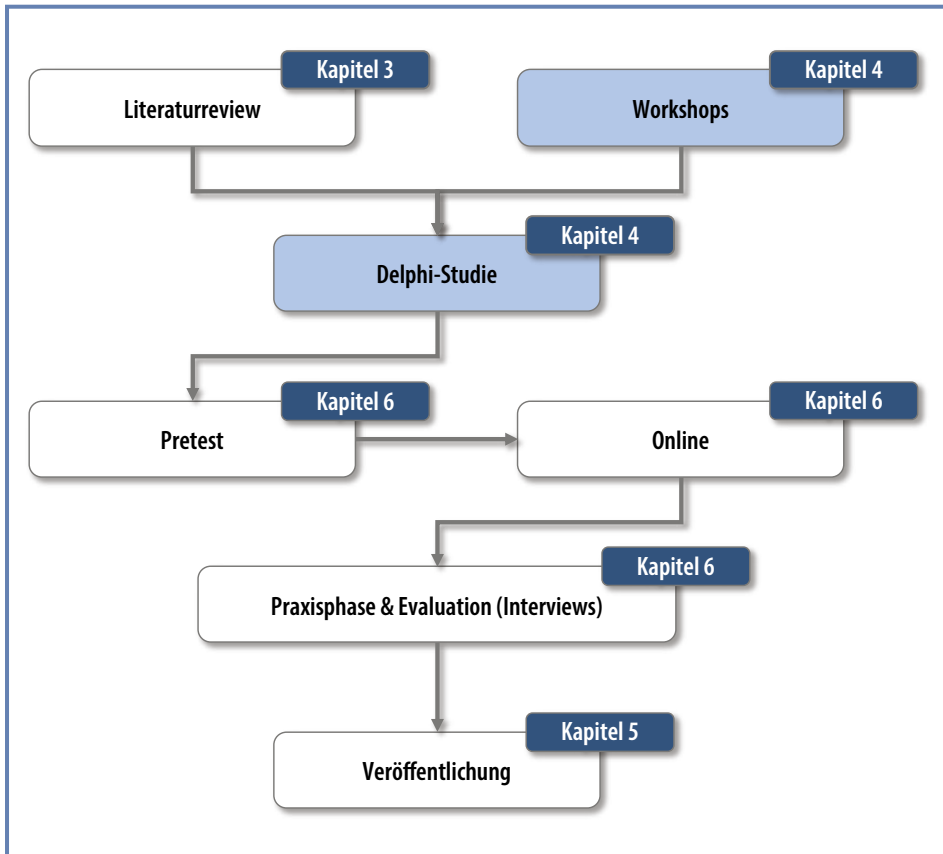


Abbildung 4.1-1: Entwicklungsprozess des Reflexionsbogens zur Selbsteinschätzung organisationsbezogener Gesundheitskompetenz. *Quelle: eigene Darstellung.*

4.2

Sammlung von Kriterien (Workshops)

Insgesamt wurden vier Gruppendiskussionen im Zeitraum 21.9.2020 bis 21.10.2020 in Form von Onlineworkshops durchgeführt. Für die Workshopteilnahme wurden Gesundheitseinrichtungen unterschiedlichen Typs aus der Region Hamburg rekrutiert, um das Feld an Organisationen des Gesundheitswesens möglichst breit abzudecken. Je nach Organisationstyp werden den Patient:innen, Klient:innen, Versicherten etc. unterschiedliche Angebote und Informationen zur Verfügung gestellt. Um sicherzustellen, dass die Organisationen eine Schnittmenge an Themen teilten und in der Diskussion leicht aneinander anknüpfen konnten, wurden in Bezug auf den Organisationstyp möglichst homogene Workshopgruppen gebildet. Diese Entscheidung

basierte auf der Überlegung, dass gemeinsame Kontextfaktoren, Interessen und Herausforderungen den Einstieg und die Vertiefung des Gesprächs erleichtern würden. Aus 24 Gesundheitsorganisationen beteiligten sich insgesamt 27 Vertreter:innen, die überwiegend Leitungspositionen innehatten (siehe Tabelle 4.2-1).

Tabelle 4.2-1: Organisationstypen, Anzahl an Organisationen und Anzahl an Teilnehmenden je Workshop.

Organisationstypen je Workshop	Organisationen	Teilnehmende
Workshop 1: Berufsverbände und behördliche Stellen	5	7
Workshop 2: Kostenträger und gesetzliche Krankenkassen	6	7
Workshop 3: Patient:innennahe Organisationen	5	5
Workshop 4: Versorger und Kliniken	8	8
Insgesamt	24	27

Die Workshops wurden in Form von Gruppendiskussionen durchgeführt und dienten dem Ziel, die praktische Perspektive der in Gesundheitsorganisationen tätigen Personen einzubeziehen. Zu Beginn der Workshops wurden das Projektziel vorgestellt und eine kurze thematische Einführung in das Konzept der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz gegeben. Die thematische Einführung basierte hauptsächlich auf Brach et al. (2012) und Trezona et al. (2017)¹. Der Austausch unter den Teilnehmenden wurde durch folgende Eingangsfrage initiiert:

»Was muss eine Gesundheitsorganisation haben oder tun, um Menschen dabei zu unterstützen, Gesundheitsinformationen und -angebote zu finden, zu verstehen und anzuwenden?«

Zusätzlich wurden Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen gestellt, um die Diskussion fortzuführen und Details zu klären. Die Diskussionsbeiträge wurden auf einer digitalen Pinnwand durch das Projektteam gesammelt und in der Videokonferenz zur direkten Einsicht geteilt. Das Sammeln der Beiträge auf der Pinnwand diente der Unterstützung der Diskussionsdynamik und Gesprächsvertiefung. Im Anschluss an die Workshops wurde den Teilnehmenden der Link zur jeweiligen Pinnwand zur weiteren Kommentierung zur Verfügung gestellt.

Die Workshops wurden mit einem Audiogerät aufgenommen und transkribiert. Es folgte eine zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse der Transkripte, um die von den Teilnehmenden thematisierten Best-Practice-Beispiele, Herausforderungen, zu schaffenden Strukturen und Handlungsmöglichkeiten für organisationsbezogene

¹ Eine ausführlichere Darstellung des theoretischen Hintergrundes ist in Kapitel 2.3 (→2.3) zu finden.

Gesundheitskompetenz herauszuarbeiten. Das Analyseverfahren folgte den Methoden von Mayring (2015), wobei Kriterien basierend auf den Diskussionsbeiträgen aus dem Gesprächsmaterial heraus (induktiv) systematisch als Kategorien abgeleitet wurden.

4.3

Zusammenführung der Kriterien

Nachdem die Transkripte der vier Workshops mit Hamburger Gesundheitsakteuren analysiert worden waren, wurden die daraus gewonnenen Kriterien mit den zuvor im Rahmen des Literaturreviews identifizierten Kriterien zusammengeführt. Aus diesem Kriterienpool wurden fünf thematische Hauptkategorien gebildet, die wiederum in insgesamt 17 Unterkategorien (siehe Textbox 4.4-1, S. 96) aufgeteilt wurden. Im Anschluss erfolgte eine Fusionierung der Kriterien, die inhaltliche Überschneidungen aufwiesen. Dabei wurden auf Grundlage inhaltlicher Überschneidungen gemeinsame Kategorien gebildet. Zuletzt wurden die Kategorien und Kriterien ins Deutsche übersetzt² bzw. für das deutsche Gesundheitssystem passend umformuliert. Die Ergebnisse

Tabelle 4.3-1: Zuordnung der aus den Workshops neu gewonnenen Kriterien zu den fünf Hauptkategorien des Reflexionsbogens.

Finale Hauptkategorie	Finale Unterkategorie	Neue Kriterien aus den Workshops	Finale Formulierung der konsentierten Kriterien
Kategorie 1: Barrierefreier Zugang & Navigation	1.1: Zugang zur Organisation und zu ihren Angeboten	Um bestimmte Zielgruppen erreichen zu können, erfolgt in geeigneten und notwendigen Situationen eine direkte Ansprache von Einzelpersonen. Zusätzlich wird Öffentlichkeitsarbeit betrieben.	Um bestimmte Zielgruppen erreichen zu können und ihnen z. B. bestimmte Angebote oder Beratungen zu empfehlen, erfolgt in geeigneten und notwendigen Situationen eine persönliche, direkte Ansprache von Einzelpersonen.
	1.3: Navigation im Gesundheitssystem		Informationen zu eigenen Angeboten sowie Angeboten, die über die der Organisation selbst hinausgehen (z. B. ärztlicher Notdienst, Behördenfinder), werden durch Öffentlichkeitsarbeit verbreitet (z. B. mittels Werbung, Messeständen oder Branchenbucheinträgen).
Kategorie 4: Kommunikation mit Zielgruppen	4.5: Diversität und Bewusstsein	Die Organisation setzt sich für eine Entstigmatisierung von Krankheit und Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten ein.	
Kategorie 5: Einbeziehung & Unterstützung von Zielgruppen	5.2: Unterstützung des Selbstmanagements	Die Organisation bietet Raum für Peer-to-Peer-Ansätze und Austauschmöglichkeiten in Gruppen (z. B. Selbsthilfegruppen), die der gegenseitigen Bestärkung der Mitglieder dienen.	

² Die Kriterien aus dem Literaturreview waren primär in englischer Sprache formuliert.

aus den Workshops konnten größtenteils mit den Kriterien aus dem Literaturreview zusammengefasst werden. Drei Kriterien waren in den zuvor untersuchten Publikationen jedoch nicht vertreten. Die Kriterien beziehen sich auf jeweils unterschiedliche Kategorien der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz, wie in Tabelle 4.3-1 zu sehen ist. Die in den ersten beiden Tabellenspalten aufgeführten Haupt- und Unterkategorien sind die finalen Kategorien des Reflexionsbogens (►5) und werden in Abschnitt 4.4 näher beschrieben. In der dritten Spalte sind die drei Kriterien eingetragen, wie sie aus der Kodierung der Workshops hervorgingen. In der letzten Spalte befindet sich die finale Version der Kriterien nach Abschluss des Delphi-Prozesses. Im Folgenden werden zunächst die drei aus den Workshops neu hinzugewonnenen Kriterien beschrieben (Abschnitt 4.3.1) und anschließend die Konsentierung³ der Kriterien im Zuge des Delphi-Prozesses zusammengefasst (Abschnitt 4.3.2).

4.3.1 Neue Kriterien aus den Workshops

Um bestimmte Zielgruppen erreichen zu können, erfolgt in geeigneten und notwendigen Situationen eine direkte Ansprache von Einzelpersonen. Zusätzlich wird Öffentlichkeitsarbeit betrieben.

Die Inhalte, die dieses Kriterium umfasst, wurden in mehreren der durchgeführten Workshops diskutiert. Wie der vierten Spalte in Tabelle 4.3-1 zu entnehmen ist, wurde das Kriterium im Zuge des Delphi-Prozesses (Abschnitt 4.3.2) umformuliert bzw. durch Beispiele konkretisiert und in zwei einzelne Kriterien aufgeteilt. Die Teilnehmenden der Workshops diskutierten die Notwendigkeit, Personen, insbesondere solche, die als vulnerabel oder schwer erreichbar empfunden werden, direkt anzusprechen und auf passende Angebote aufmerksam zu machen. Ein Beispiel für eine solche Zielgruppe seien Personen mit Multimorbidität. Bei der Kommunikation und dem Umgang mit ihnen seien eine sensible Ansprache und ein einfühlsamer Umgang erforderlich. Im Workshop der Kostenträger und gesetzlichen Krankenkassen wurde die Patient:innenbegleitung als Beispiel genannt, die bei Kund:innen anrufen würden, um über bestimmte Angebote wie persönliche Beratungen oder Hausbesuche zu informieren. Zudem wurde betont, dass es nicht ausreiche, ausschließlich auf die Kontaktaufnahme durch die Nutzer:innen zu reagieren. Organisationen würden sich »häufig in einer passiven Rolle« (Workshop 2: Kostenträger und gesetzliche Krankenkassen) wiederfinden. Stattdessen müsse bewusst auf die Zielgruppen zugegangen werden, um

³ »Konsentierung« bezieht sich in diesem Kontext darauf, dass nur die Kriterien in den finalen Reflexionsbogen aufgenommen wurden, über die unter den Teilnehmenden Einigkeit hinsichtlich ihrer Relevanz herrschte. Kriterien, die als unwichtig eingestuft wurden oder für die sich kein klares Abstimmungsbild ergab, wurden ausgeschlossen (►3.3).

auch diejenigen zu erreichen, die nicht von sich aus zur Behandlung, Beratung etc. auf die Organisation zukommen würden.

»Wie erreicht man die Kunden, die nicht aktiv [Kontakt] zu uns aufnehmen? Das ist die viel größere Hausaufgabe und die viel schwierigere Aufgabe tatsächlich. Da gehen wir auch prophylaktisch in die verschiedenen Settings, in die Kitas, in die Schulen, in die Betriebe [...]. Eher die Settings bei den ganz jungen Menschen, um eben auch die Gesundheitskompetenz zu fördern. [...] Oder wir gehen auch aktiv in die Patientenbegleitung. Wir haben in Hamburg alleine vier Kolleginnen, die aktiv Kontakt aufnehmen zu multimorbiden Kunden, wo wir wissen [...], die haben eine sehr schwierige gesundheitliche Situation, und da nehmen wir aktiv Kontakt auf und bieten Information und Beratung an.« (Workshop 2: Kostenträger und gesetzliche Krankenkassen)

Es gebe eine Bandbreite an Möglichkeiten, wie bzw. wo eine Organisation Öffentlichkeitsarbeit betreiben könne, um ihre Zielgruppen zu erreichen. Unter Öffentlichkeitsarbeit falle beispielsweise (mediale) Werbung, Messestände oder das Auftreten in Gesprächsrunden.

»Gerade in dieser Woche ist wieder Aktionswoche Demenz. Da sind wir als [Organisation] dann auch in Diskussionsrunden oder auch mal mit einem Messestand vertreten, was sehr zeitaufwendig ist, wo wir aber immer wieder merken, dass es auch ganz gut ist, so niedrigschwellig gezielte externe Kommunikation oder Öffentlichkeitsarbeit mit bestimmten Zielgruppen. Also auf so einem Stand im Rahmen der Aktionswoche Demenz, da kommt man dann ins Gespräch, was heißt denn das mit Demenz im Krankenhaus, und das haben wir durchaus dann auch für andere Themen.« (Workshop 4: Versorger und Kliniken)

Im Workshop der Berufsverbände und behördlichen Stellen wurde eingebracht, dass nicht nur neue Angebote geschaffen werden sollten, sondern zusätzlich der Bekanntheitsgrad bereits bestehender Angebote zur Gesundheitsversorgung erhöht werden sollte. Dies z. B. über eine Sammlung und Zusammenführung von Links zur Weiterleitung. Hierdurch würde den Nutzer:innen die Navigation im Gesundheitssystem erleichtert werden.

»Wir wollen die Information an die Menschen heranbringen und am liebsten an die Menschen heranbringen, die am wenigsten Chance[n] haben, diese Information zu bekommen. [...] Es gibt die Veröffentlichung darüber, wo vertrauenswürdige Gesundheitsportale sind. Aber selbst ich muss zugeben, ich wüsste gar nicht so schnell, wo ich die finde. [...] Die Frage ist: Könnten wir Gesundheitsorganisationen in dieser Stadt ein gemeinsames Portal schaffen, das auch so nach außen kom-

muniziert wird als das Gesundheitsportal in dieser Stadt, das vertrauenswürdig ist und so viel Bekanntheit erreicht, dass die Leute dort erst nachschauen?» (Workshop 1: Berufsverbände und behördliche Stellen)

Die Organisation setzt sich für eine Entstigmatisierung von Krankheit und Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten ein.

Im Workshop der patient:innennahen Organisationen wurde die Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen als Barriere zur Wahrnehmung von z. B. psychiatrischen Angeboten ausführlich diskutiert. Das Abbauen von Stigmata und die Vermittlung eines »fließenden Krankheitsverständnisses«, das sich gegen die vereinfachte, binäre Vorstellung der Relation zwischen Gesundheit und Krankheit richte, könnten den Betroffenen den Zugang erleichtern, da es die Schwelle senke, sich Hilfe zu suchen. Dieser Aspekt sei besonders relevant bei psychischen Problemen.

»Also der Hauptgrund, nicht in die Psychiatrie zu gehen, ist ja nicht die Schwelle vor der Tür, sondern die Schwelle im Kopf und das Stigma und Angst, sich selber dazu zu bekennen. Weil dann bin ich ja ein Fremder, ein anderer, und dann bin ich ein Aussätziger. Das ist die Schwelle, sich an die Psychiatrie zu wenden, die zum Teil ja auch berechtigt ist. Es stimmt ja tatsächlich. Wir stigmatisieren ja wirklich.« (Workshop 3: Patient:innennahe Organisationen)

Dies verdeutlicht, dass die Implementierung organisationsbezogener Gesundheitskompetenz über eine einfache Checkliste von Punkten hinausgeht, die einmalig umgesetzt und als erledigt betrachtet werden können. Stattdessen erfordert sie eine nachhaltige und authentische Gestaltung, die auch die kritische Reflexion eigener, teilweise stigmatisierender Denkmuster und die Aufklärung der Zielgruppen einschließt. Indem – auch nicht psychische – Erkrankungen entstigmatisiert werden, können Menschen vermehrt die Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen, die sie benötigen.

»Zur Barrierefreiheit in der Psychiatrie würde für mich die Entstigmatisierung gehören, [...] also das Stigma »psychische Erkrankung«, das Stigma Psychiatrie zu reduzieren, ist ein Betrag zur Barrierefreiheit.« (Workshop 3: Patient:innennahe Organisationen)

Eine Möglichkeit, Stigmata abzubauen, bestünde z. B. darin, Vorträge zu organisieren, bei denen Betroffene oder ihre Angehörigen als Referent:innen ihre eigenen Erfahrungen teilen könnten. Die vortragenden Betroffenen und ihre Angehörigen könnten durch die Darstellung ihrer Situation und ihres eigenen Krankheitsverständnisses mehr Stigma abbauen als z. B. rein wissenschaftliche Vorträge. Durch solche Vorträge

würde das Bewusstsein für die individuellen Herausforderungen und den Umgang mit psychischen Problemen geschärft werden, was dazu beitragen könnte, Vorurteile und Missverständnisse abzubauen.

»[...] die Hauptwirkung ist, weniger Angst zu haben, die Stigmatisierung infrage zu stellen und zu merken, das ist ein Mensch wie jeder andere und könnte mir auch passieren. Und was wir erreichen wollen, ist Sensibilität und Toleranz.« (Workshop 3: Patient:innennahe Organisationen)

Die Organisation bietet Raum für Peer-to-Peer-Ansätze und Austauschmöglichkeiten in Gruppen (z. B. Selbsthilfegruppen), die der gegenseitigen Bestärkung der Mitglieder dienen.

Ob eine Organisation gesundheitskompetent sei, zeige sich u. a. daran, wie sie »Selbsthilfe in ihr Denken und ihr Handeln« (Workshop 3: Patient:innennahe Organisationen) aufnehme. Dies wurde – wie auch das vorherige Kriterium – ausschließlich im Workshop der patient:innennahen Organisationen diskutiert. Austauschmöglichkeiten in Gruppen wie Selbsthilfegruppen hätten positive Auswirkungen auf ihre Mitglieder, indem diese sich zum Beispiel gegenseitig bestärken würden (Englisch: »empowerment«). Durch das Anbieten eines (sozialen) Raumes für Peer-to-Peer-Ansätze und Austauschmöglichkeiten würden Organisationen Menschen zudem einen konstruktiven Austausch untereinander ermöglichen, der auch die individuelle Gesundheitskompetenz stärken und den Umgang mit einer Erkrankung verbessern könne.

»[...] das sind eher die Orte [...] dass sozusagen keine Resignation in den Gruppen ist, sondern eher dieses ›Wir haben jetzt etwas, und wir machen uns schlau, wir gehen mit der Erkrankung um. Wir werden gesund, wenn es geht, ansonsten werden wir mit der chronischen Erkrankung, die wir haben, die uns begleiten wird, ein Leben lang möglicherweise, umgehen. Und das ist nicht nur ein Teil von uns, sondern wir sind mehr als eine Erkrankung‹. Das ist auch kompetent, da hinzugucken auf die gesunden Anteile. Die Menschen sind nicht unterwegs und reden immer nur davon, dass sie krank sind, sondern eher im Gegenteil.« (Workshop 3: Patient:innennahe Organisationen)

Peer-to-Peer-Angebote könnten die Gesundheitsversorgung verbessern und das Spektrum an verfügbaren Ressourcen erweitern. Das Potenzial von Peer-to-Peer-Angeboten wirke zudem über die Austauschmöglichkeiten unter den Nutzer:innen hinaus und zurück ins Gesundheitssystem selbst.

»Also das ist eher eine große Kraft, die da wirkt, um dann auch wieder ins Gesundheitssystem zurückzuwirken. [...] Die [Organisationsname] oder auch die Selbsthilfe

sind eher Bereiche, wo die Patientinnen und Patienten selber mit dazu beitragen, dass das Gesundheitssysteme im besten Sinne zumindest immer mal aufmerksam wird [und]inhört [...].« (Workshop 3: Patient:innennahe Organisationen)

4.3.2 Konsentierung der Kriterien (Delphi-Prozess)

Die Kategorisierung der Kriterien aus dem Literaturreview und den Workshops zeigte, dass nicht alle Unterkategorien in jedem der vier Workshops thematisiert wurden. Wie in Tabelle 4.3-2 dargestellt, wurde die Verpflichtung zu und Integration von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz in die Planung ausschließlich in den Workshops der Berufsverbände und behördlichen Stellen sowie Kostenträgern und gesetzlichen Krankenkassen diskutiert. Gleiches gilt für die Diskussion externer Faktoren, die im Workshop der Versorger und Kliniken nicht aufkam, die jedoch als Einzige explizit die Verankerung von Kommunikationsgrundsätzen thematisierten. Die Dissemination von individueller und organisationsbezogener Gesundheitskompetenz kam in keinem der Workshops auf. Alle anderen 13 Unterkategorien (siehe Textbox 4.4-1, S. 96) wurden in jedem der vier Workshops diskutiert.⁴

Tabelle 4.3-2: Nicht thematisierte Kriterien auf Unterkatgorienebene je Workshop.

Hauptkategorie	Unterkategorie	Workshop			
		1	2	3	4
2. Integration, Priorisierung & Verbreitung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz	2.1 Verpflichtung & Integration in die Planung	✓	✓	✗	✗
	2.3 Externe Faktoren	✓	✓	✓	✗
	2.4 Dissemination von individueller und organisationsbezogener Gesundheitskompetenz	✗	✗	✗	✗
4. Kommunikation mit Zielgruppen	4.6 Verankerung von Kommunikationsgrundsätzen	✗	✗	✗	✓

Legende: ✓ = Nennung, ✗ = keine Nennung

Workshop 1: Berufsverbände und behördliche Stellen, Workshop 2: Kostenträger und gesetzliche Krankenkassen, Workshop 3: Patient:innennahe Organisationen, Workshop 4: Versorger und Kliniken

Um zu prüfen, ob es sich bei dieser Verteilung um ein organisationstypspezifisches Muster handelt und manche Aspekte organisationsbezogener Gesundheitskompetenz in bestimmten Typen von Gesundheitseinrichtungen keine Rolle spielen oder nur zufällig nicht genannt wurden, wurde ein sogenannter Delphi-Prozess durchgeführt. Der erste Entwurf des Reflexionsbogens, der auf der Zusammenführung der Kriterien aus

⁴ Damit ist nicht gemeint, dass jedes Kriterium in jedem Workshop diskutiert wurde. Auf der höheren Ebene der Unterkategorien gab es je Workshop jedoch mindestens ein Kriterium, das der jeweiligen Unterkategorie zugeordnet werden konnte.

dem Literaturreview und den vier Workshops basierte, wurde als Onlinebefragung aufgesetzt. Die Workshopteilnehmenden, zusätzlich rekrutierte Vertreter:innen weiterer Gesundheitsorganisationen sowie der Erfahrenenbeirat⁵ wurden gebeten, jedes Kriterium hinsichtlich seiner Bedeutung für ihre Organisation zu bewerten.⁶ Darüber hinaus konnten ggf. fehlende Aspekte und sprachliche Korrekturen in Freitextfeldern zurückgemeldet werden. Ziel waren die Konsentierung der Kriterien sowie eine Überprüfung, ob organisationstypspezifische Muster vorliegen, um eine modulare Aufteilung des Reflexionsbogens für unterschiedliche Organisationstypen zu entwickeln. Das Vorlegen aller synthetisierten Kriterien ermöglichte den teilnehmenden Organisationen auch, die Relevanz der Kriterien zu bewerten, die innerhalb des eigenen Workshops z. B. aufgrund der zeitlichen Begrenzung nicht zur Sprache gekommen waren. Die Befragten konnten eine Antwort auf folgender Skala auswählen, um anzugeben, für wie wichtig sie ein Kriterium für ihre Organisation einschätzten: »wichtig«, »eher wichtig«, »teils/teils«, »eher unwichtig«, »unwichtig«, »weiß nicht« und »keine Angabe«.

Die Delphi-Studie wurde vom 15. 4. 2021 bis zum 27. 6. 2021 durchgeführt. Insgesamt beteiligten sich 22 Organisationen unterschiedlichen Typs an der Befragung. Die Studie war methodisch an Fitch et al. (2001) angelehnt, um über den (fehlenden) Konsens oder nicht eindeutige Entscheidungen zu Kriterien zu entscheiden.⁷ Auf Grundlage der Ergebnisse wurde der Reflexionsbogen erneut angepasst.

Ein Bewertungsmuster in Bezug auf die verschiedenen Organisationstypen wurde im Rahmen statistischer Analysen nicht identifiziert. Dies ist ein Hinweis darauf, dass das Ausbleiben der Diskussion über bestimmte Themen in einigen oder allen der Workshops zufällig war und die Inhalte trotzdem relevant für die Organisationstypen sind. Auf einen modularen Aufbau des Reflexionsbogens, basierend auf unterschiedlichen Typen von Gesundheitseinrichtungen, wurde daher verzichtet. Stattdessen kann im Reflexionsbogen je Kriterium angegeben werden, ob das jeweilige Kriterium auf die

5 Die Mitglieder des Erfahrenenbeirats wurden gebeten, sich für die Teilnahme in die Lage einer ihnen bekannten Gesundheitsorganisation zu versetzen und aus dieser Perspektive die Kriterien zu beurteilen. Die Erfahrenen erhielten die Kriterien in Form eines Dokuments zur schriftlichen Kommentierung. In einem anschließenden Treffen mit dem Erfahrenenbeirat wurden ihre Anmerkungen besprochen und Änderungen konsentiert.

6 Formulierung im Fragebogen: »Bitte schätzen Sie aus der Perspektive Ihrer Organisation bzw. der Gesundheitseinrichtungen, die Ihre Organisation vertritt, ein, wie wichtig die auf den folgenden Seiten aufgeführten Kriterien sind. Es geht dabei nicht um den aktuellen Arbeitsstand Ihrer Organisation. Stattdessen interessiert uns Ihre Einschätzung, wie wichtig die Kriterien jeweils sind, um es den Zielgruppen Ihrer Organisation zu erleichtern, Informationen und Angebote zu finden, zu verstehen und anzuwenden. Sie können die Befragung sowohl alleine als auch im Team ausfüllen. Wichtig ist jedoch, dass die Befragung nur einmal je Organisation ausgefüllt wird.«

7 Konsens wurde erreicht, wenn nicht mehr als zwei Bewertungen um $\geq 1,5$ Punkte vom Medianwert abwichen. Mangelnder Konsens wurde definiert als drei oder mehr Bewertungen jeweils im unteren und oberen Bereich der Bewertungsskala (Bewertung von eins oder zwei für den unteren Bereich, vier oder fünf für den oberen Bereich). Wenn die Bewertungen die Kriterien für Konsens oder fehlenden Konsens nicht erfüllten, wurden sie als nicht schlüssig betrachtet (Fitch et al., 2001).

Organisation zutrifft. Anschließend erfolgt die Selbsteinschätzung ausschließlich für die Kriterien, die auf die Einrichtung anwendbar sind.

Insgesamt zeigte sich ein starker Konsens unter den teilnehmenden Organisationen in Bezug auf die Kriterien, und verhältnismäßig wenige Kriterien wurden infolge der Befragung geändert (siehe Tabelle 4.3-3). Die Umfrageergebnisse führten dazu, dass drei Kriterien gestrichen wurden. Auf Basis von Freitextfeldrückmeldungen wurde ein neues Kriterium hinzugefügt, sieben Kriterien wurden umformuliert, drei Kriterien in je zwei Kriterien aufgeteilt sowie ein Kriterium einer anderen Hauptkategorie zugeordnet. Mehrere Befragte gaben zudem an, dass sie alle Kriterien als wichtig erachten würden und dass die eigentliche Herausforderung darin bestehe, sie zu verwirklichen bzw. mit Ressourcen zu finanzieren.

Im Anschluss an die Delphi-Studie wurde ein projektinternes Review der Kriterien durchgeführt. Im Rahmen des Reviews wurde das bereits eingearbeitete Feedback der Organisationen und des Erfahrenenbeirats zu einzelnen Kriterien auf den Reflexionsbogen insgesamt übertragen und überprüft, ob die genannten Kritikpunkte auch auf nicht genannte Kriterien anwendbar waren und entsprechende Verbesserungen vorgenommen werden konnten. Zum Beispiel wurden zwei weitere Kriterien in jeweils zwei Kriterien aufgeteilt (siehe Tabelle 4.3-3). Wie im späteren Kapitel 6 (>6) näher erläutert, wurden die Kriterien anschließend als Fragebogen zur Onlinebefragung aufgesetzt. Am zugehörigen Pretest beteiligten sich erneut der Erfahrenenbeirat, zwei wissenschaftliche Kolleg:innen und zwei studentische Mitarbeitende. Basierend auf ihrem Feedback, wurden weitere Änderungen vorgenommen. Anschließend lag die finale Version des Reflexionsbogens vor, wie er in Kapitel 5.3 (>5.3) zu finden ist.

Tabelle 4.3-3: Anzahl überarbeiteter Kriterien je Entwicklungsschritt.

Kriterien...	Delphi-Prozess & Erfahrenenbeirat	Internes Review	Pretest
... ausgeschlossen	3	1	0
... umformuliert	7	12	3
... verschoben	1	0	0
... hinzugefügt	1	0	0
... aufgeteilt	3 in 6	2 in 4	2 in 4
... zusammengefasst	0	4 zu 2	0

4.4

Beschreibung der Hauptkategorien des Reflexionsbogens

Der Reflexionsbogen in Kapitel 5.3 (>5.3) gliedert sich in fünf Haupt- und 17 Unterkategorien, die in der Textbox 4.4-1: Gliederung des Reflexionsbogens in Haupt- und Unterkategorien dargestellt sind. Aufbauend auf dem Literaturreview, den Workshops sowie der Delphi-Studie, geben die Kriterien wieder, was eine Gesundheitsorganisation haben oder tun kann, um Menschen dabei zu unterstützen, Gesundheitsinformationen und -angebote zu finden, zu verstehen und anzuwenden. Ein Teil der Kriterien bezieht sich z. B. auf den direkten Austausch mit den Nutzer:innen bzw. darauf, wie ihnen das Verständnis von Informationen erleichtert werden kann. Andere Kriterien hingegen beziehen sich mehr auf strukturelle Veränderungen innerhalb der Organisation, die z. B. Anpassungen in Bezug auf Prozesse oder Ressourcen betreffen. Diese Kriterien haben keinen direkten Bezug zum Austausch mit Nutzer:innen. Durch ihre Erfüllung werden jedoch Strukturen geschaffen, durch die die Organisation das Finden, Verstehen und Anwenden von Informationen und Angeboten erleichtert. Im Folgenden werden die Haupt- und Unterkategorien näher erläutert und durch Diskussionsbeiträge aus den Workshops ergänzt.

Textbox 4.4-1: Gliederung des Reflexionsbogens in Haupt- und Unterkategorien

- 1. Barrierefreier Zugang & Navigation (16 Kriterien)**
 - 1.1 Zugang zur Organisation und zu ihren Angeboten
 - 1.2 Navigation innerhalb der Organisation
 - 1.3 Navigation im Gesundheitssystem
- 2. Integration, Priorisierung & Verbreitung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz (11 Kriterien)**
 - 2.1 Verpflichtung zu und Integration von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz in die Planung
 - 2.2 Widmung von Ressourcen
 - 2.3 Externe Faktoren
 - 2.4 Verbreitung von individueller und organisationsbezogener Gesundheitskompetenz
- 3. Qualifizierung, Qualitätsmanagement, Evaluation & Bedarfserhebung (17 Kriterien)**
 - 3.1 Qualifizierung des Personals
 - 3.2 Qualitätsmanagement, Evaluation und Bedarfserhebung

- 4 Kommunikation mit Zielgruppen (25 Kriterien)**
 - 4.1 Leicht verständliche Sprache
 - 4.2 Bildung und Information
 - 4.3 Transparenz und Seriosität
 - 4.4 Technologie und Innovation
 - 4.5 Diversität und Bewusstsein
 - 4.6 Verankerung von Kommunikationsgrundsätzen
- 5 Einbeziehung & Unterstützung von Zielgruppen (8 Kriterien)**
 - 5.1 Konsultation und Einbeziehung von Zielgruppen
 - 5.2 Unterstützung des Selbstmanagements

4.4.1 Kategorie 1: Barrierefreier Zugang & Navigation

Die Kriterien der ersten Hauptkategorie beziehen sich darauf, wie die Nutzer:innen zur Organisation selbst kommen (Unterkategorie 1.1), sich vor Ort bewegen (Unterkategorie 1.2) und wie sie von der Organisation aus ggf. andere Einrichtungen erreichen können (Unterkategorie 1.3) bzw. was die Organisation tun kann, damit es ihre Nutzer:innen diesbezüglich leichter haben. Das Finden von Angeboten wird z. B. dadurch erleichtert bzw. erst ermöglicht, dass der räumliche Zugang zur Organisation barrierefrei ist. Zudem sollte das Personal Nutzer:innen helfen, sich innerhalb der Organisation zurechtzufinden.

»Ich hätte noch eine Anmerkung zu der räumlichen Ausgestaltung der Institution. Da wäre aus meiner Sicht ein wichtiger Aspekt, dass die Gebäude mit Publikumsverkehr so gestaltet sind, dass da ein leichtes Zurechtfinden ist, also hinsichtlich der Beschilderung, um ebendiesen sogenannten Dschungel im Gesundheitssystem ein bisschen übersichtlicher zu machen.« (Workshop 1: Berufsverbände und behördliche Stellen)

Das Verstehen und dadurch Anwenden von Informationen wird unterstützt, indem das Personal den Nutzer:innen dabei hilft, die Auswahl an Angeboten zu verstehen und z. B. Formulare richtig auszufüllen. Der Schwerpunkt dieser Kategorie liegt folglich auf Kriterien, die die Nutzer:innen direkt betreffen.

Der wissenschaftliche Fokus in Bezug auf Gesundheitskompetenz wird häufig auf die individuelle Gesundheitskompetenz und Strategien zur Förderung derselben gesetzt, um eine bessere Versorgung der Menschen zu bewirken (>2.3). Insbesondere der Aspekt der räumlichen Barrierefreiheit verdeutlicht jedoch, dass eine Person zwar eine sehr gute individuelle Gesundheitskompetenz aufweisen, jedoch trotzdem ein

Angebot nicht wahrnehmen kann, da z. B. der räumliche Zugang nicht barrierefrei für ihren Rollstuhl gestaltet ist. Statt sich (ausschließlich) auf die individuelle Gesundheitskompetenz einer Person zu konzentrieren, liegt es im Sinne der Inklusion in der Verantwortung einer Organisation, die Navigation zu erleichtern oder überhaupt erst zu ermöglichen.

4.4.2 Kategorie 2: Integration, Priorisierung & Verbreitung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz

Die zweite Hauptkategorie setzt primär einen Fokus auf Kriterien, die organisationsinterne Prozesse und Ressourcen betreffen. Die Kriterien haben keinen direkten Einfluss auf z. B. den Austausch mit Nutzer:innen. Die Versorgung wird strukturell verbessert, um das Finden, Verstehen und Anwenden von Angeboten und Informationen zu erleichtern. Für eine flächendeckende und nachhaltige Integration organisationsbezogener Gesundheitskompetenz in die Planung einer Organisation (Unterkategorie 2.1) sollte diese als Grundsatz verankert und mit der Widmung von Ressourcen (Unterkategorie 2.2) intern gefördert werden. Hierzu gehört z. B., dass eine Organisation sich ihrer Gesundheitskompetenz widmet und diese in ihrem Leitbild über alle Organisationsebenen hinweg verankert. Zudem sollte die Leitungsebene aktiv die Arbeit an der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz unterstützen.

»Ich glaube, eine ganz wichtige Voraussetzung dafür, dass Gesundheitskompetenz durch eine Organisation geleistet werden kann, ist, dass auf allen Ebenen dieser Organisation dieses Thema betrachtet wird. Also was kann die Organisation auf den verschiedenen Ebenen dazu beitragen, gesundheitskompetenter zu werden? Zum Beispiel das Gesundheitssystem durchlässiger machen oder nachvollziehbarer, verständlicher machen. Ich glaube, dass die Organisation insgesamt sich dieses Ziel setzen muss und durchtragen muss auf den verschiedenen Ebenen.« (Workshop 1: Berufsverbände und behördliche Stellen)

Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz bezieht sich auf die Organisation als Ganze und sollte breit in die Strukturen sowie Prozesse einer Organisation einfließen. Gerahmt wird diese Arbeit von externen Faktoren (Unterkategorie 2.3). Um eine positive Entwicklung auch außerhalb der eigenen Organisation zu unterstützen, sollte ein Austausch mit anderen (Forschungs-)Einrichtungen bestehen. Hierdurch wird die Verbreitung von individueller und organisationsbezogener Gesundheitskompetenz gefördert (Unterkategorie 2.4).

»Zunächst einmal muss die Organisation aus meiner Sicht ohnehin das Ziel haben, die Leitlinie, das Unternehmensleitbild haben, das überhaupt machen zu wollen.

Patientinnen, Patienten, Kunden überhaupt in die Lage versetzen zu wollen, die Information zu bekommen und auch besser zu verstehen. Da hängt auch eine ganze Menge dran für eine Organisation.« (Workshop 2: Kostenträger und gesetzliche Krankenkassen)

4.4.3 Kategorie 3: Qualifizierung, Qualitätsmanagement, Evaluation & Bedarfserhebung

Um die organisationsbezogene Gesundheitskompetenz in der Breite und vor allem langfristig zu verankern, ist es von großer Bedeutung, das Personal entsprechend zu qualifizieren (Unterkategorie 3.1). Dies umfasst insbesondere Weiterbildungen, die sich auf die Kommunikation mit Zielgruppen sowie das Verständnis individueller Gesundheitskompetenz, aber auch soziale und emotionale Kompetenzen beziehen.

»Das heißt, es fängt ja an mit dem Personal, was überhaupt in der Lage sein muss, Auskunft zu geben, qualifiziert sein muss inhaltlicher Art, aber auch methodisch, weil es wichtig ist, die Informationen möglichst so zu transportieren, dass sie auch gut aufgenommen werden können, dass sie in verständlicher Sprache rüberkommen.« (Workshop 2: Kostenträger und gesetzliche Krankenkassen)

Weitere Kriterien der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz beziehen sich auf die Berücksichtigung im Qualitätsmanagement sowie die regelmäßige Evaluation und Bedarfserhebung (Unterkategorie 3.2). Beispielsweise wird den Nutzer:innen die Möglichkeit gegeben, sich an eine Beschwerdestelle der Organisation zu wenden. Ein beispielhaftes Kriterium aus diesem Bereich lautet: »Die Bedürfnisse der Zielgruppen werden erhoben, und es wird evaluiert, wie gut die Bedürfnisse bedient werden.«

»Bei uns ist es so, dass wir auch natürlich unsere Arbeit selber evaluieren. Also wir haben auch Fragebögen und schauen, ob die Beratung, die wir machen, verständlich ist, ob die angenommen wird und so weiter.« (Workshop 3: Patient:innennahe Organisationen)

4.4.4 Kategorie 4: Kommunikation mit Zielgruppen

Die Kommunikation mit den eigenen Zielgruppen ist einer der zentralen Bereiche von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz und wird im Reflexionsbogen durch vielseitige Unterkategorien abgebildet. Ein grundlegendes Element ist zum Beispiel, dass die zur Verfügung gestellten Informationen in einer leicht verständlichen Sprache (Unterkategorie 4.1) formuliert werden. Barrieren für Nutzer:innen mit einer niedrigeren individuellen Gesundheitskompetenz oder einem niedrigeren Sprachverständnis

werden dadurch abgebaut. Gemeint ist nicht nur der mündliche Austausch im direkten Kontakt, sondern auch die Kommunikation bzw. Information über Telefon, Video oder z. B. schriftliche Materialien wie Broschüren. Das Finden, Verstehen und Anwenden von Informationen wird z. B. durch eine leicht verständliche Wortwahl, unterstützende Visualisierungen und ein übersichtliches Layout erleichtert. Ein Beispiel für ein Kriterium aus dieser Unterkategorie lautet: »In Entlassungsplänen, Informationsbroschüren und anderen Materialien wird eine leicht verständliche Sprache verwendet.«

»Und es ist für uns ganz wichtig als Organisation selber, dass wir Materialien zur Verfügung stellen, die so sind, dass Menschen, die Selbsthilfe nicht können, sich noch nicht beteiligen, in der Lage sind, diese zu verstehen. Also auch die Informationsmaterialien, die wir als [Organisationsname] aufbereiten, so zu gestalten, dass tatsächlich Barrieren abgebaut werden, dass man versteht, worum es geht. Das bedeutet dann: Einfache oder Leichte Sprache, möglichst barrierefrei. Alle unsere Info-Materialien, Homepages, das ist auch ein wichtiges Thema für uns.« (Workshop 3: Patient:innennahe Organisationen)

Ein Ziel der Kommunikation mit Nutzer:innen betrifft die Bereiche Bildung und Information (Unterkategorie 4.2). Themen, zu denen eine Organisation aufklärt und ggf. Hilfestellung anbietet, sind je nach Organisationstyp z. B. Prävention, Diagnostik, Therapie, soziale und finanzielle Angelegenheiten. Eine wichtige Grundlage für eine zuverlässige und vertrauensvolle Kommunikation mit den Nutzer:innen bilden Transparenz und Seriosität (Unterkategorie 4.3). Hierzu gehört, dass z. B. Kosten, die auf die Nutzer:innen zukommen könnten, deutlich dargestellt werden. Zudem sind die angebotenen Inhalte seriös, aktuell, bieten konkrete Handlungsempfehlungen und entsprechen inhaltlich wissenschaftlichen Standards. Technologische und innovative Lösungen (Unterkategorie 4.4) werden genutzt, um die Kommunikation mit den Nutzer:innen zu gestalten. Zum Beispiel werden unterschiedliche Formate, Kanäle und Medien genutzt, um die Zielgruppen zu erreichen, oder Software zur internen Überprüfung auf Aspekte der visuellen Barrierefreiheit genutzt.

Die in Abschnitt 4.3.1 thematisierte Entstigmatisierung von Krankheit reiht sich ein in Kriterien, die sich auf Aspekte von Diversität und ein Bewusstsein dafür beziehen (Unterkategorie 4.5). Unter dem Personal wird z. B. ein Bewusstsein dafür geschaffen, wie die Interaktion mit Gesundheitsorganisationen von Nutzer:innen wahrgenommen wird und welchen Einfluss deren individuelle Gesundheitskompetenz dabei haben kann. Für einen strukturellen Wandel und eine nachhaltige Umsetzung der Kriterien ist es wichtig, dass Kommunikationsgrundsätze verankert werden (Unterkategorie 4.6). Im Workshop der Versorger und Kliniken wurde die Bedeutung von systematischer Verständnissicherung betont. Dabei handelt es sich um Kommunikationstechniken, die verwendet werden, um sicherzustellen, dass die zu vermittelnden

Informationen richtig verstanden wurden. Missverständnisse oder sogar Fehlbehandlungen sollen auf diese Weise vermieden werden. Die standardisierte Durchführung von Verständnissicherungssequenzen durch die Seite der Versorger:innen führt dazu, dass sich die Nutzer:innen nicht selbst überwinden müssen, um ggf. Rückfragen zu stellen, die ihnen unangenehm sind. Im Workshop wurde von einer Hemmschwelle gesprochen, die Patient:innen davon abhalten würde zu kommunizieren, dass sie etwas nicht verstanden hätten. Ärzt:innen können z. B. um Rückfragen oder Zusammenfassungen des Gesagten bitten. Eine Herausforderung für behandelnde Ärzt:innen kann darin bestehen, eine Balance zwischen korrekter Fachsprache und leicht verständlichen Formulierungen zu finden, die die Komplexität der Inhalte reduzieren, ohne dabei fachlich unsachgemäß zu werden. Für eine vollständige Aufklärung ist es zudem wichtig, sich auch in die Perspektive von Nutzer:innen hineinzusetzen und sich die Zeit zu nehmen, ihnen zuzuhören.

»Ich habe mal mit meinem Kardiologen gesprochen. Er sagte, er hat irgendwann erfahren, dass seine Patienten Angst haben, wenn es um das Thema ›Herzschrittmacher‹ geht, dass heute die Frage auftaucht: ›Kann man mit einem Herzschrittmacher sterben oder schlägt es halt immer weiter?‹ Also Fragen, auf die Ärzte vielleicht so nicht kommen. Und das spricht er jetzt selbst an und bringt das ins Gespräch ein. [...] Auf jeden Fall war es für den Kardiologen ein Überraschungsmoment, weil er damit nicht gerechnet hat. Also klar kann man auch mit Herzschrittmacher sterben, aber als er es dann angesprochen hat und im Patientengespräch eingebaut hat, stellte er fest, das war nicht der Einzige.« (Workshop 4: Versorger und Kliniken)

4.4.5 Kategorie 5: Einbeziehung & Unterstützung von Zielgruppen

Das Konzept der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz fußt auf der Idee, dass eine Organisation auf die Bedürfnisse ihrer Nutzer:innen durch Erarbeitung passender Informationen und Angebote reagiert. Für ein besseres Verständnis ihrer Perspektive bzw. ihrer Bedürfnisse sind die Konsultation und Einbeziehung von Zielgruppen (Unterkategorie 5.1) daher von besonderer Bedeutung. Die Zielgruppen können z. B. in die Entwicklung von Materialien und Angeboten aktiv eingebunden werden.

»Hilfreich ist auch, wenn man genau weiß, wer die Zielgruppe sein soll für einen Flyer oder ein Informationsmaterial, diese Gruppe mit einzubeziehen. Wir haben dazu eine sehr gute Erfahrung gemacht mit Materialien, wo es um Suchtprävention ging und wo es um den Umgang mit illegalen Drogen ging. Nachher sahen die Flyer ganz anders aus und wurden auch ganz anders positiv rezeptiert als die Flyer, die wir ursprünglich uns vorgestellt hatten.« (Workshop 1: Berufsverbände und behördliche Stellen)

»Letztendlich muss darauf gehört werden, was die Patientinnen und Patienten sagen, damit sich etwas verbessert, und das ist auch im Sinne der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Das führt dann auch dazu, dass das System kompetenter wird, wenn es auf die hört, für die es gemacht ist.« (Workshop 3: Patient:innennahe Organisationen)

Zudem wird das Selbstmanagement mit unterschiedlichen Methoden unterstützt (Unterkategorie 5.2). Beispiele hierfür sind das Erstellen eines Maßnahmenplans, um den Patient:innen dabei zu helfen, sich um sich selbst zu kümmern, oder Folgetermine zur Überprüfung der Medikamenteneinnahme.

4.5

Fazit

Die Zusammenführung der Kriterien zeigte, dass die im Literaturreview (>3) analysierten Publikationen bereits einen Großteil der für die praktische Umsetzung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz benötigten Kriterien berücksichtigten. Dennoch konnten durch Workshops mit Hamburger Gesundheitsorganisationen drei weitere Kriterien identifiziert werden, die sich auf jeweils unterschiedliche Themenbereiche beziehen. Konkret wurde formuliert, dass für das Erreichen bestimmter Zielgruppen eine persönliche, direkte Ansprache von Einzelpersonen in geeigneten und notwendigen Situationen erfolgen sollte. Das Erreichen von Zielgruppen und insbesondere von vulnerablen oder schwer erreichbaren Personen wurde allgemein als eine der großen Herausforderungen genannt, denen sich eine Gesundheitsorganisation gegenübersteht. Weitere Diskussionen aus den Workshops konzentrierten sich auf das Bereitstellen von Informationen. Ein diesbezüglich neues Kriterium aus den Workshops bezieht sich darauf, dass Informationen zu eigenen Angeboten sowie Angeboten, die über die der Organisation selbst hinausgehen (z. B. ärztlicher Notdienst, Behördenfinder), durch Öffentlichkeitsarbeit verbreitet werden sollten. Darüber hinaus wurde durch die Workshops neu eingebracht, dass eine gesundheitskompetente Gesundheitsorganisation Raum für Peer-to-Peer-Ansätze und Austauschmöglichkeiten in Gruppen, die der gegenseitigen Bestärkung der Mitglieder dienen, anbieten sollte. Im Workshop der patient:innennahen Organisationen wurden zudem gesellschaftlich tiefgehende Aspekte in der Gesundheitsversorgung angesprochen. Daraus resultierte das Kriterium, dass sich eine gesundheitskompetente Gesundheitsorganisation für eine Entstigmatisierung von Krankheit und Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten einsetzen sollte.

Durch die Workshopteilnahme von 24 Hamburger Gesundheitsorganisationen wurde eine Bandbreite an Organisationstypen abgedeckt und eine Vielfalt unterschiedli-

cher Perspektiven aus der Praxis berücksichtigt. Es beteiligten sich Berufsverbände, behördliche Stellen, Kostenträger, gesetzliche Krankenkassen, patient:innennahe Organisationen, Versorger und Kliniken an den Diskussionen. Insgesamt wurde nicht jedes Kriterium in jedem der Workshops angesprochen: Von den finalen 17 Unterkategorien wurden 13 in allen Workshops thematisiert. Die Kriterien dreier weiterer Unterkategorien wurden in einem bis drei Workshops diskutiert. Einzig die Dissemination von individueller und organisationsbezogener Gesundheitskompetenz wurde in keinem der Workshops diskutiert, jedoch im Zuge des vorausgegangenen Literaturreviews als ein Aspekt organisationsbezogener Gesundheitskompetenz herausgearbeitet. Die unterschiedlich intensive oder ausbleibende Diskussion über einzelne Kriterien je nach Workshop hätte ein Hinweis darauf sein können, dass nicht jedes Kriterium für jeden Einrichtungstyp gleichermaßen von Bedeutung ist. Im Zuge des Delphi-Prozesses wurden die Workshopteilnehmenden daher gebeten, die zusammengeführten Kriterien aus Literaturreview und Workshops anhand ihrer Wichtigkeit aus der Perspektive ihrer Organisation zu bewerten. Ein organisationstypspezifisches Muster konnte jedoch nicht identifiziert werden. Stattdessen wurde die überwiegende Mehrheit der Kriterien von den Organisationen unabhängig vom jeweiligen Typ der Einrichtung als wichtig eingestuft. Das Ergebnis des Delphi-Prozesses waren verhältnismäßig wenige Änderungen in Bezug auf die Formulierung, Hinzunahme, Streichung und Verschiebung von Kriterien.

Die finale Fassung des daraus resultierenden Reflexionsbogens ist im folgenden Kriterienkatalog (>5) zu finden. Dieser umfasst neben dem Reflexionsbogen u. a. ein Glossar zum Nachschlagen von Begriffen aus den Kriterien, das im Austausch mit dem Erfahrenenbeirat entstanden ist. Die Erfahrenen wurden gebeten, die Kriterien durchzugehen und die Begriffe zu markieren, die aus ihrer Perspektive eine weitere Erläuterung benötigten (z. B. [Ent-]Stigmatisierung, Leichte Sprache, Zielgruppen). Das OHL-HAM-Projektteam formulierte Definitionen, die in einem mehrstufigen Review-Prozess durch den Erfahrenenbeirat geprüft wurden. Die Notwendigkeit eines Glossars als Ergänzung zum Kriterienkatalog war ein Aspekt, der auch von den Gesundheitsorganisationen genannt wurde, die die Kriterien in der Praxis erprobt haben.⁸

⁸ Eine ausführliche Beschreibung der Praxisphase und zugehörigen Interviews mit den teilnehmenden Organisation ist in Kapitel 6 (>6) zu finden.

LITERATURVERZEICHNIS

Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, et al. (2012): Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations

Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, et al. (2001): The RAND/UCLA appropriateness method user's manual. RAND Corporation, Santa Monica, CA

Mayring P (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 12., überarbeitete Auflage. Beltz, Weinheim Basel

Trezona A, Dodson S, Osborne RH (2017): Development of the organisational health literacy responsiveness (Org-HLR) framework in collaboration with health and social services professionals. BMC Health Serv Res 17:513. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2465-z>

KAPITEL 5

Kriterienkatalog zur Reflexion organisationsbezogener Gesundheitskompetenz

*Izumi Klockmann, Martin Härter, Johanna Heeg, Leonie Jaß,
Olaf von dem Knesebeck, Daniel Lüdecke*

5.1

Einleitung

Das Konzept der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz (siehe Textbox 5.1-1) widmet sich der Frage, wie Gesundheitsorganisationen Menschen helfen können, sich im komplexen Gesundheitssystem zurechtzufinden bzw. »Gesundheitsinformationen und -angebote zu finden, zu verstehen und anzuwenden« (aus dem Englischen übersetzt aus: Brach et al., 2012).¹ Im Rahmen des Forschungsprojekts² »Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz in der Region Hamburg (OHL-HAM)« wurde der vorliegende Kriterienkatalog entwickelt, um Gesundheitsorganisationen bei der Evaluation und Verbesserung ihrer eigenen Gesundheitskompetenz zu unterstützen. Den Kern des Kriterienkataloges bildet ein Reflexionsbogen zur Selbsteinschätzung, wie gesundheitskompetent eine Organisation bereits ausgerichtet ist. Der Reflexionsbogen umfasst 77 Kriterien, die eine gesundheitskompetente Organisation charakterisieren können. Für jedes Kriterium wird im Reflexionsbogen erfasst, inwiefern derzeit eine Aktion zur Verbesserung erforderlich ist. Die Kriterien basieren auf einem Literaturreview (▷3), Workshops mit Vertreter:innen von Hamburger Gesundheitsorganisationen sowie einer Befragung dieser Workshopteilnehmenden zur Konsentierung der Kriterien (▷4). Um die Perspektive von Nutzer:innen zu berücksichtigen, wurde der Erfahrenenbeirat in die Entwicklung des Kriterienkataloges und zugehörigen Glossars einbezogen (▷2.2, ▷4, ▷7.1). Die Begriffe, die im Glossar nachgeschlagen werden können, sind mit einem ^(G) gekennzeichnet.

1 Weitere Informationen zum theoretischen Hintergrund organisationsbezogener Gesundheitskompetenz sind in Kapitel 2.3 (▷2.3) zu finden.

2 Das Projekt OHL-HAM ist eingebunden in das »Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung (HAM-NET)«, das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) von 2017 bis 2023 (Förderkennzeichen 01GY1912) gefördert wurde (▷2.1).

Textbox 5.1-1: Begriffsdefinition »Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz«

Definition 1:

Gesundheitskompetente Organisationen sind »Gesundheitsorganisationen, die es den Menschen leichter machen, [Gesundheits-]Informationen und Angebote zu finden, zu verstehen und anzuwenden, um sich um ihre Gesundheit zu kümmern.« (Aus dem Englischen übersetzt aus: Brach et al., 2012, S. 1)

Definition 2:

»Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz ist der Grad, in dem Organisationen es dem Einzelnen ermöglichen, Informationen und Dienstleistungen zu finden, zu verstehen und zu nutzen, um gesundheitsbezogene Entscheidungen und Maßnahmen für sich selbst und andere zu treffen.« (Aus dem Englischen übersetzt aus: U.S. Department of Health and Human Services, 2020)

Die Kriterien im Reflexionsbogen sind in fünf Hauptkategorien aufgeteilt (siehe Textbox 5.1-2). Jede Hauptkategorie gliedert sich in mehrere Unterkategorien, die im Reflexionsbogen jeweils als eigene Tabelle dargestellt werden. Neben dem Reflexionsbogen selbst (Abschnitt 5.3) umfasst der Kriterienkatalog folgende Abschnitte: Anleitung zum Arbeiten mit dem Reflexionsbogen (Abschnitt 5.2), Anleitung zur Auszählung der Eintragungen im Reflexionsbogen (Abschnitt 5.4), Empfehlungen zur Weiterarbeit mit den Ergebnissen (Abschnitt 5.5) und ein zugehöriges Glossar zum Reflexionsbogen (Abschnitt 5.6). Der Kriterienkatalog ist eine Handreichung für Praxisakteure und greift daher in einzelnen Formulierungen auf eine persönliche Ansprache zurück.

Textbox 5.1-2: Hauptkategorien des Reflexionsbogens

Kategorie 1: Barrierefreier Zugang & Navigation

Kategorie 2: Integration, Priorisierung & Verbreitung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz

Kategorie 3: Qualifizierung, Qualitätsmanagement, Evaluation & Bedarfserhebung

Kategorie 4: Kommunikation mit Zielgruppen

Kategorie 5: Einbeziehung & Unterstützung von Zielgruppen

5.2

Arbeiten mit dem Reflexionsbogen

5.2.1 Prozessschritte in der Entwicklung zu einer gesundheitskompetenten Gesundheitsorganisation

Aufgrund der Vielfalt an Kriterien, die eine gesundheitskompetente Organisation auszeichnen, ist es sinnvoll, die Arbeit daran strukturiert in mehreren Prozessschritten durchzuführen. Im Folgenden werden acht Prozessschritte aufgeführt, die Sie für eine Strukturierung des Arbeitsprozesses durchgehen können: 1. Voraussetzungen & Vorbereitungen, 2. Reflexion des aktuellen Standes, 3. Maßnahmenentwicklung, 4. Maßnahmenumsetzung, 5. Evaluation, 6. Ausweitung, 7. Abschluss & Fazit und 8. Versteigerung. Die Prozessschritte gliedern sich jeweils in mehrere Unterpunkte.

Die Reihenfolge und Auswahl der umzusetzenden Unterpunkte kann je nach Organisation individuell ausgewählt werden. Je nach Größe oder Typ einer Organisation können einzelne Prozessschritte oder Unterpunkte angepasst oder gestrichen werden. Zum Beispiel bietet sich eine Ausweitung der Maßnahmen (6. Prozessschritt) auf andere Standorte oder Bereiche primär für größere Organisationen an.

Der vorliegende Kriterienkatalog bietet einen grundlegenden Überblick über den Entwicklungsprozess hin zu einer gesundheitskompetenten Gesundheitsorganisation. Der Fokus liegt explizit auf dem zweiten Prozessschritt »Reflexion des aktuellen Standes«, der mithilfe des Reflexionsbogens in Abschnitt 5.3 vorgenommen werden kann. Für die Auszählung (Abschnitt 5.4) und Weiterarbeit mit den Ergebnissen (Abschnitt 5.5) werden beispielhafte Impulse mitgegeben.

Bitte beachten Sie jedoch, dass der Kriterienkatalog keine konkreten Vorschläge zur Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz beinhaltet. Diese sind für jede Organisation individuell zu entwickeln und müssen ggf. durch eigens recherchierte Möglichkeiten und Informationen unterstützt werden. Erste Ideen für mögliche Maßnahmen finden Sie in Kapitel 3.5 (▷3.5).

1. Prozessschritt: Voraussetzungen & Vorbereitungen

Der erste Prozessschritt besteht darin, die Voraussetzungen zu schaffen und Vorbereitungen zu treffen, um eine Veränderung von etablierten Organisationsprozessen und damit verbundenen Veränderungen in der Organisationskultur zu ermöglichen. Ressourcen werden z. B. bereitgestellt und die Unterstützung durch die Leitungsebene sichergestellt. Eine grundsätzliche Voraussetzung für den Entwicklungsprozess zu einer gesundheitskompetenten Gesundheitsorganisation ist eine gute Kommunikation des

Vorhabens innerhalb der Organisation, um alle Beteiligten zu überzeugen und Änderungen in Arbeitsprozessen zu ermöglichen.

- Die Leitungsebene unterstützt das Vorhaben.
- Es werden Ressourcen bereitgestellt. Hierzu zählen insbesondere personelle Ressourcen, aber z. B. auch technische, finanzielle, zeitliche oder informationelle Ressourcen.
- Ein verantwortliches Projektteam wird gebildet, in dem sowohl Personen mit Leitungsfunktion als auch diejenigen vertreten sind, die im direkten Kontakt mit den Nutzer:innen stehen und die praktischen Herausforderungen aus dem Alltag kennen. Insbesondere bei großen Organisationen ist es empfehlenswert, wenn unterschiedliche Abteilungen im Projektteam vertreten sind. Neben der Perspektive von Versorger:innen kann z. B. auch der Einbezug der Abteilung für Unternehmenskommunikation und Marketing hilfreich sein.
- Um eine breitere Perspektive zu berücksichtigen und organisationsinterne Standpunkte zu reflektieren, können Nutzer:innen – z. B. in Form eines Gremiums – einbezogen werden. Entscheiden Sie, ob bzw. zu welchen Zeitpunkten Sie dies tun wollen. Der Einbezug von Nutzer:innen ist in jedem hier aufgeführten Prozessschritt möglich.
- Es wird definiert, welche (Unter-)Organisation oder Abteilung fokussiert wird.
▷Abschnitt 5.2.2
- Das Kollegium innerhalb der Organisation wird für das Thema der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz sensibilisiert und ein Bewusstsein dafür geschaffen.
- Ein externer Coach wird für die Unternehmensstrategie in Bezug auf die Umsetzung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz engagiert.
- Kooperationen mit anderen Organisationen werden geschlossen, um gemeinsam an der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz zu arbeiten. Zum Beispiel werden Angebote und Informationen gemeinsam entwickelt, auf die Nutzer:innen zugreifen können, die von einer Organisation zur nächsten weitergeleitet werden.

2. Prozessschritt: Reflexion des aktuellen Standes

- Ausfüllen des Reflexionsbogens zur Einschätzung der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz Ihrer Organisation.
▷Abschnitt 5.3

3. Prozessschritt: Maßnahmenentwicklung

Im Anschluss an das Ausfüllen des Reflexionsbogens werden Maßnahmen zur Verbesserung der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz entwickelt. Hierbei sollten

die Bedarfe der Mitarbeitenden und Nutzer:innen berücksichtigt und passende Maßnahmen entwickelt werden. Zudem ist es empfehlenswert, einzelne Kriterien zur Weiterarbeit zu priorisieren.

- Die Angaben im Reflexionsbogen werden im Projektteam ausgezählt und interpretiert. ▷ Abschnitt 5.4
- Einzelne Kriterien werden zur Weiterarbeit priorisiert.
- Ergänzende Informationen, bereits vorhandene Materialien und z. B. frühere Erfahrungen zu Verbesserungsinitiativen aus den fokussierten Bereichen werden innerhalb der Organisation gesammelt.
- Maßnahmen zur Verbesserung der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz werden entwickelt. ▷ Abschnitt 5.5

4. Prozessschritt: Maßnahmenumsetzung

Im vierten Prozessschritt folgt die Umsetzung der Maßnahmen, um die organisationsbezogene Gesundheitskompetenz weiter zu fördern. Je nach Anzahl und Umfang der Maßnahmen kann es sinnvoll sein, die Maßnahmen schrittweise bzw. nacheinander umzusetzen.

- Die entwickelten Maßnahmen zur Verbesserung der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz werden umgesetzt.
- Die Maßnahmen werden zunächst nur in einer Abteilung bzw. an einem Pilotstandort umgesetzt.

5. Prozessschritt: Evaluation

Im fünften Prozessschritt kann eine Evaluation durchgeführt werden, um zu überprüfen, ob die Maßnahmen erfolgreich waren und welche weiteren Verbesserungen noch vorgenommen werden können. Die Evaluation kann entweder als Projekttreffen durchgeführt werden oder zusätzlich z. B. Befragungen von Kolleg:innen und Nutzer:innen umfassen.

- Der Erfolg der Maßnahmen wird während der Umsetzung (mehrfach) intern diskutiert und evaluiert, damit ggf. Anpassungen an der Umsetzung vorgenommen werden können.
- Im Rahmen der Evaluation werden das Kollegium und/oder die Nutzer:innen der Organisation einbezogen.
- Der Erfolg der Maßnahmen wird abschließend evaluiert.

6. Prozessschritt: Ausweitung

Im sechsten Prozessschritt erfolgt ggf. eine Ausweitung, bei der die erfolgreichen bzw. angepassten Maßnahmen auf andere Bereiche oder Standorte Ihrer Organisation übertragen werden, um die organisationsbezogene Gesundheitskompetenz der gesamten Organisation zu fördern.

- Die Maßnahmen werden in weiteren Abteilungen oder Standorten der Organisation verbreitet.
- Die Prozessschritte 4 (Maßnahmenumsetzung) und 5 (Evaluation) werden wiederholt.

7. Prozessschritt: Abschluss & Fazit

In einem abschließenden Fazit werden die gesammelten Erfahrungen ausgewertet und Empfehlungen für weitere Verbesserungen bzw. zukünftige Ziele festgehalten.

- Die Ergebnisse der Evaluation (Prozessschritt 5) werden bewertet.
- Die Arbeit an der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz wird zusammenfassend besprochen.

8. Prozessschritt: Verstetigung

Im letzten Prozessschritt erfolgt die Verstetigung, bei der die Veränderungen, die durch die Maßnahmen eingeführt wurden, dauerhaft etabliert werden und regelmäßig überprüft wird, ob das Ziel der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz weiterhin berücksichtigt wird.

- Der Kriterienkatalog wird als Nachschlagewerk zur langfristigen Förderung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz genutzt.
- Die Selbstbewertung mit dem Kriterienkatalog wird in regelmäßigen Abständen (z. B. alle zwei Jahre) erneut durchgeführt, um die Entwicklung der eigenen organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz zu dokumentieren und die Präsenz des Themas zu bewahren. Verbesserungsbedarfe werden identifiziert und weitere Maßnahmen implementiert.

5.2.2 Anleitung zum Ausfüllen des Reflexionsbogens

Schritt 1: Inhaltliche Vorbereitung

Lesen Sie die Einleitung (Abschnitt 5.1) und die Hinweise zum Reflexionsbogen (Abschnitt 5.2), um sich mit dem Verständnis einer gesundheitskompetenten Gesundheitsorganisation vertraut zu machen und den Reflexionsbogen richtig ausfüllen sowie nutzen zu können.

Schritt 2: Nutzung des Glossars

Das zugehörige Glossar zum Reflexionsbogen finden Sie in Abschnitt 5.6. Sie können während des Ausfüllens darauf zurückgreifen, um ggf. unklare Begriffe nachzuschlagen.

Schritt 3: Definition des Anwendungsbereichs

Legen Sie fest, ob Sie den Reflexionsbogen für die *gesamte Organisation oder für eine einzelne Abteilung bzw. einen einzelnen Bereich* ausfüllen wollen. Das Ausfüllen des Reflexionsbogens für die gesamte Organisation ist für kleinere Organisationen geeignet, wie eine psychotherapeutische Praxis oder eine Apotheke. Für größere Organisationen wie Krankenhäuser oder Organisationen, deren Unterorganisationen grundsätzlich unabhängiger voneinander arbeiten, ist es sinnvoll, den Reflexionsbogen für eine bestimmte Abteilung oder Unterorganisation auszufüllen.

Beispiele für Abteilungen bzw. Unterorganisationen:

- Abteilung für die Mitgliederbetreuung einer Krankenkasse
- Einzelne Apotheke aus einem Apothekenverbund
- Marketingabteilung in einem pharmazeutischen Unternehmen
- Psychiatrische Abteilung eines Krankenhauses
- Zahnmedizinische Abteilung in einem Gesundheitszentrum

Definieren Sie im Textkasten unten, für welche (Unter-)Organisation oder Abteilung Sie den Reflexionsbogen ausfüllen.

(Unter-)Organisation/Abteilung:

Damit die Kriterien für unterschiedliche Organisationstypen anwendbar sind, wird im Reflexionsbogen nicht von Patient:innen, Klient:innen, Mitgliedern, Kund:innen etc. gesprochen, sondern einheitlich von Nutzer:innen oder Zielgruppen. *Nutzer:innen* sind die Personen, die Ihre Angebote bereits wahrnehmen. *Zielgruppen* umfassen darüber hinaus die Personen, die aktuell noch nicht zu Ihnen kommen, jedoch potenzielle Nutzer:innen wären. Definieren Sie im zweiten Textkasten unten, wen Sie als Nutzer:innen bzw. Zielgruppen Ihrer Organisation berücksichtigen wollen. Es ist wichtig, sich dies vor Augen zu führen, um zu verstehen, was Ihre Organisation tun kann, damit es diese Personengruppen leichter haben, die für sie relevanten Informationen und Angebote zu finden, zu verstehen und anzuwenden. Sofern nicht anders angegeben, richten sich alle Kriterien an die Nutzer:innen Ihrer Organisation. Zum Beispiel, wie mit ihnen kommuniziert wird oder ob der räumliche Zugang für sie barrierefrei ist.

Nutzer:innen & Zielgruppen:

Behalten Sie diese Definitionen während des Ausfüllens des Reflexionsbogens im Hinterkopf. Stellen Sie sicher, dass alle Personen, die am Ausfüllen beteiligt sind, das gleiche Verständnis in Bezug auf diese Begriffe teilen.

Schritt 4: Ausschluss nicht zutreffender Kriterien

Gehen Sie den Reflexionsbogen einmal vollständig durch, und streichen Sie bei den Kriterien, die nicht auf Ihre Organisation zutreffen, die rechten Spalten durch (siehe Tabelle 5.2-1). Gemeint sind die Kriterien, die irrelevant für die Arbeitsumgebung, das Handlungsfeld oder z. B. die Zielgruppen Ihrer Organisation sind. Diese Kriterien sind für Ihre Organisationstypen *nicht anwendbar und können nicht umgesetzt werden*, auch dann nicht, wenn zusätzliche Ressourcen zur Verfügung stünden. Für den weiteren Prozess werden diese *Kriterien ausgeschlossen*. Zu den anderen Kriterien müssen Sie aktuell noch keine Einträge vornehmen. Wenn es Ihnen leichter erscheinen sollte, können Sie diesen und den nächsten Schritt jedoch auch in einem Durchgang vollziehen.

Tabelle 5.2-1: Beispielhafte Tabelle für eine Organisation, auf die a) nicht zutrifft.

Kriterien	Keine Aktion erforderlich	Aktion optional	Aktion erforderlich
a) Die Nutzer:innen werden über den Behandlungszeitraum hinaus in unterschiedlichen Bereichen des Selbstmanagements ^(G) (z. B. Medikamenteneinnahme, Bewegung, Ernährung) unterstützt.			
b) Um das Selbstmanagement ^(G) der Nutzer:innen zu unterstützen, werden unterschiedliche Methoden eingesetzt, z. B. ein Maßnahmenplan erstellt oder Folgetermine zur Überprüfung der Medikamenteneinnahme durchgeführt.			
c) Die Organisation bietet Raum für Peer-to-Peer-Ansätze ^(G) und Austauschmöglichkeiten in Gruppen (z. B. Selbsthilfegruppen), die der gegenseitigen Bestärkung der Mitglieder dienen.			
Auszählung			

Schritt 5: Ausfüllen des Reflexionsbogens

Gehen Sie nun erneut den Reflexionsbogen durch, und kreuzen Sie, basierend auf dem aktuellen Stand Ihrer Organisation, an, inwiefern derzeit eine Aktion zur Verbesserung erforderlich ist. Hierfür nutzen Sie bitte die Tabellen im Reflexionsbogen, die je Unterkategorie wie folgt aufgebaut sind:

Tabelle 5.2-2: Beispiel für eine fertig ausgefüllte Tabelle.

Kriterien	Keine Aktion erforderlich	Aktion optional	Aktion erforderlich
a) Informationen zur Anreise und Orientierung innerhalb der Organisation sind leicht zu finden und zu verstehen.	X		
b) Telefonische Kontakte zur Organisation sind kostenlos und zeitlich flexibel erreichbar.			X
c) Telefonische Kontakte zur Organisation sind informativ und werden durch kompetent geschultes Personal geführt.			X
Auszählung	1	0	2

Textbox 5.2-1: Begriffsdefinitionen zur Selbstreflexion

Wann ist eine Aktion erforderlich?

- **Keine Aktion erforderlich:** Sie sind mit dem aktuellen Stand Ihrer Organisation zufrieden, und es gibt nichts, was Sie zur weiteren Verbesserung umsetzen könnten.

- **Aktion optional:** Es gibt einzelne Aspekte, die verbessert werden könnten. Alles in allem funktioniert die aktuelle Umsetzung jedoch bereits, und die wesentlichen Kernelemente des Kriteriums werden praktiziert. Es besteht keine unmittelbare Notwendigkeit, eine Aktion zu ergreifen, da kein akuter Zeitdruck vorliegt.
- **Aktion erforderlich:** Das Kriterium wird nur sporadisch oder gar nicht erfüllt. Oder: Die gegenwärtige Umsetzung funktioniert im Großen und Ganzen zwar bereits gut, allerdings erfordert ein bestimmter Aspekt eine (zeitnahe) Bearbeitung.

Beispiele zum Kriterium »Informationen zur Anreise und Orientierung innerhalb der Organisation sind leicht zu finden und zu verstehen«:

- **Aktion optional:** Die Informationen sind leicht zu finden und zu verstehen, aber das Layout einer bestimmten Abbildung, in der der Lageplan der Organisation abgebildet ist, könnte noch übersichtlicher gestaltet werden.
- **Aktion erforderlich:** Aktuell werden gar keine oder sehr vereinzelt Informationen zur Verfügung gestellt. Oder: Es gab eine Gesetzesänderung, aufgrund derer bis zu einem vorgegebenen Termin bestimmte Änderungen vorgenommen werden müssen.

Sollte eine optionale oder erforderliche Aktion derzeit aufgrund fehlender Ressourcen o. Ä. nicht umsetzbar sein, setzen Sie bitte dennoch ein Kreuz in der entsprechenden Spalte.

In der letzten Zeile »Auszählung« wird angegeben, wie viele Kreuze je Spalte gesetzt wurden (siehe Tabelle 5.2-2). Dies dient einer ersten Orientierung, wie viel Arbeitsbedarf für die jeweilige Unterkategorie (= Tabelle) besteht.

Unter jeder Tabelle finden Sie ein Notizfeld, in dem Sie erste Gedanken zur Bearbeitung der Kriterien vornehmen können. Zum Beispiel, an wen Sie sich diesbezüglich wenden wollen, was Sie überprüfen möchten, oder ganz andere Ideen, die Ihnen bereits zur Umsetzung einfallen.

Sollten Sie sich dazu entscheiden, ein Kriterium für Ihre Organisation anzupassen, empfiehlt es sich, dies ebenfalls zu notieren. Zum Beispiel, um das Kriterium passender für Ihren Organisationstyp zu formulieren.

Schritt 6: Auszählung & Priorisierung

Führen Sie die in Abschnitt 5.4 aufgeführten Schritte zur Auszählung durch. In Abschnitt 5.5 finden Sie einen Ausblick, wie es nun weitergehen kann.

5.3 Reflexionsbogen

Kurzanleitung zum Ausfüllen des Reflexionsbogens

1. Alle Kriterien, die nicht auf Ihre Organisation zutreffen, werden durchgestrichen.
2. Für alle anderen Kriterien können Sie alleine oder im Team eintragen, inwiefern aktuell eine Aktion erforderlich ist. Parallel zum Ausfüllen können Sie erste Überlegungen zur Arbeit an der Kriterienumsetzung im Notizfeld vermerken.

Eine detailliertere Beschreibung des Vorgehens ist in Abschnitt 5.2 und das Glossar zum Reflexionsbogen in Abschnitt 5.6 zu finden. Die Begriffe, die im Glossar nachgeschlagen werden können, sind mit einem ^(G) gekennzeichnet.

Überblick über die Aufteilung des Reflexionsbogens

Kategorie 1: Barrierefreier Zugang & Navigation (Seite 115)

Kategorie 2: Integration, Priorisierung & Verbreitung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz (Seite 117)

Kategorie 3: Qualifizierung, Qualitätsmanagement, Evaluation & Bedarfserhebung (Seite 120)

Kategorie 4: Kommunikation mit Zielgruppen (Seite 122)

Kategorie 5: Einbeziehung & Unterstützung von Zielgruppen (Seite 126)

5.3.1 Kategorie 1: Barrierefreier Zugang & Navigation

Unterkategorie 1.1: Zugang zur Organisation und zu ihren Angeboten

Kriterien	Keine Aktion erforderlich	Aktion optional	Aktion erforderlich
a) Informationen zur Anreise und Orientierung innerhalb der Organisation sind leicht zu finden und zu verstehen.			
b) Telefonische Kontakte zur Organisation sind kostenlos und zeitlich flexibel erreichbar.			
c) Telefonische Kontakte zur Organisation sind informativ und werden durch kompetent geschultes Personal geführt.			
d) Die Onlinepräsenz der Organisation ermöglicht das Finden relevanter Informationen mittels einer übersichtlichen Gliederung (z. B. durch Verlinkungen) und ist barrierefrei ^(G) zu navigieren (z. B. mit einem Screenreader ^(G)).			
e) Der räumliche Zugang zur Organisation ist barrierefrei.			

Kriterien	Keine Aktion erforderlich	Aktion optional	Aktion erforderlich
f) Finanzielle Hürden zur Inanspruchnahme von Angeboten werden abgebaut und die finanziellen Möglichkeiten von Nutzer:innen ^(G) berücksichtigt.			
g) Durch ein umfassendes und multidisziplinäres Angebots- und Behandlungsspektrum innerhalb der Organisation wird eine angemessene Versorgung der Nutzer:innen gewährleistet.			
h) Um bestimmte Zielgruppen ^(G) erreichen zu können und ihnen z. B. bestimmte Angebote oder Beratungen zu empfehlen, erfolgt in geeigneten und notwendigen Situationen eine persönliche, direkte Ansprache von Einzelpersonen.			
Auszählung			

Notizen zu »Zugang zur Organisation und zu ihren Angeboten«

Unterkategorie 1.2: Navigation innerhalb der Organisation

Kriterien	Keine Aktion erforderlich	Aktion optional	Aktion erforderlich
a) Die Navigation innerhalb der Organisation wird durch leicht verständliche Beschilderungen ^(G) , Navigationshilfen ^(G) und weitere Informationen erleichtert.			
b) Das Personal hilft den Nutzer:innen ^(G) , sich innerhalb der Organisation zurechtzufinden.			
c) Das Personal hilft den Nutzer:innen, die Auswahl an Angeboten zu verstehen und z. B. Formulare richtig auszufüllen.			
d) Die Räumlichkeiten sind auf die individuellen Bedarfe der Nutzer:innen (z. B. Privatsphäre) und die Angebotsart der Organisation abgestimmt.			
Auszählung			

Notizen zu »Navigation innerhalb der Organisation«

Unterkategorie 1.3: Navigation im Gesundheitssystem

Kriterien	Keine Aktion erforderlich	Aktion optional	Aktion erforderlich
a) Die Vermittlung ^(G) zu anderen Gesundheitseinrichtungen (z. B. Fachärzt:innen, Ernährungsberatung) wird erleichtert, unterstützt oder abgenommen.			
b) Die Vermittlung zu nicht medizinischen Unterstützungsangeboten (z. B. zu Mobilität, Lebensmitteln oder anderen Stadtteilangeboten) wird erleichtert, unterstützt oder abgenommen.			
c) Informationen zu eigenen Angeboten sowie Angeboten, die über die der Organisation selbst hinausgehen (z. B. ärztlicher Notdienst, Behördenfinder), werden durch Öffentlichkeitsarbeit verbreitet (z. B. mittels Werbung, Messeständen oder Branchenbucheinträgen).			
d) Für die Erreichung, Aufklärung und Versorgung von Zielgruppen ^(G) wird mit Gesundheitsorganisationen ^(G) (z. B. Überweisungen, Nachuntersuchungen) und anderen Organisationen wie Schulen, Kindertagesstätten oder Betrieben kooperiert.			
Auszählung			

Notizen zu »Navigation im Gesundheitssystem«

5.3.2 Kategorie 2: Integration, Priorisierung & Verbreitung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz

Unterkategorie 2.1: Verpflichtung zu und Integration von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz in die Planung

Kriterien	Keine Aktion erforderlich	Aktion optional	Aktion erforderlich
a) Die Organisation widmet sich ihrer organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz ^(G) und verankert diese in ihrem Leitbild ^(G) über alle Organisationsebenen hinweg.			
b) Die Leitungsebene unterstützt aktiv die Arbeit an der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz.			

Kriterien	Keine Aktion erforderlich	Aktion optional	Aktion erforderlich
c) Richtlinien, Initiativen und Maßnahmen für die Umsetzung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz werden beschlossen und durchgeführt.			
d) Eine Gesundheitskompetenz förderliche Struktur und Umwelt ^(G) wird geschaffen.			
e) Die Organisation widmet sich unter Einbeziehung des Personals einem kontinuierlichen Prozess der Weiterentwicklung.			
Auszählung			

Notizen zu »Verpflichtung zu und Integration von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz in die Planung«

Unterkategorie 2.2: Widmung von Ressourcen

Kriterien	Keine Aktion erforderlich	Aktion optional	Aktion erforderlich
a) Personalressourcen ^(G) werden zur Verfügung gestellt.			
b) Personelle Zuständigkeiten und Verantwortungen für die Umsetzung der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz ^(G) werden geklärt und verbindlich verteilt.			
c) Innerhalb der Organisation werden Ressourcen (z. B. Räumlichkeiten, Ausstattung und Technologie), Werkzeuge und Prozesse für die praktische Umsetzung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz entwickelt und/oder zur Verfügung gestellt.			
Auszählung			

Notizen zu »Widmung von Ressourcen«

Unterkategorie 2.3: Externe Faktoren

Kriterien	Keine Aktion erforderlich	Aktion optional	Aktion erforderlich
a) Für die Organisation geltende politische und rechtliche Vorgaben (z. B. UN-Behindertenrechtskonvention ^(G)) werden bei der Ausgestaltung der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz ^(G) berücksichtigt bzw. umgesetzt.			
Auszählung			

Notizen zu »Externe Faktoren«

Unterkategorie 2.4: Verbreitung von individueller und organisationsbezogener Gesundheitskompetenz

Kriterien	Keine Aktion erforderlich	Aktion optional	Aktion erforderlich
a) Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz ^(G) wird auch außerhalb der eigenen Organisation beworben und eine inhaltliche Ausgestaltung kooperativ mitgestaltet.			
b) Die Organisation unternimmt oder unterstützt Forschung im Bereich individueller und organisationsbezogener Gesundheitskompetenz.			
Auszählung			

Notizen zu »Verbreitung von individueller und organisationsbezogener Gesundheitskompetenz«

5.3.3 Kategorie 3: Qualifizierung, Qualitätsmanagement, Evaluation & Bedarfserhebung

Unterkategorie 3.1: Qualifizierung des Personals

Kriterien	Keine Aktion erforderlich	Aktion optional	Aktion erforderlich
a) Das Wissen über und die Bedeutung von <i>organisationsbezogener</i> Gesundheitskompetenz ^(G) wird gefördert und gepflegt.			
b) Das Personal wird in Techniken für die Kommunikation mit Zielgruppen ^(G) qualifiziert.			
c) Soziale wie emotionale Kompetenzen und ein respektvoller Umgang mit Nutzer:innen ^(G) werden gefördert, indem z. B. auf Privatsphäre geachtet wird.			
d) Innerhalb der Organisation wird eine klare, effektive und offene Kommunikation im Kollegium gefördert.			
e) Das Wissen über und die Bedeutung von <i>individueller</i> Gesundheitskompetenz ^(G) wird gefördert und gepflegt.			
f) Die <i>eigene individuelle</i> Gesundheitskompetenz des Personals wird gefördert.			
Auszählung			

Notizen zu »Qualifizierung des Personals«

Unterkategorie 3.2: Qualitätsmanagement, Evaluation und Bedarfserhebung

Kriterien	Keine Aktion erforderlich	Aktion optional	Aktion erforderlich
a) Es wird ein Qualitätsmanagement ^(G) der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz ^(G) verfolgt.			
b) Ziele zur Verbesserung der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz werden definiert und Zuständigkeiten zur Erreichung dieser Ziele festgelegt.			
c) Für die Evaluation ^(G) der Zielverfolgung der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz werden entsprechende Werkzeuge (z. B. (Selbst-)Bewertungsinstrumente) verwendet.			

Kriterien	Keine Aktion erforderlich	Aktion optional	Aktion erforderlich
d) Bereits vorhandene sowie entwickelte Materialien, Programme, Richtlinien, Schulungen und die Dienstleistungsumgebung insgesamt werden im Hinblick auf die zur Verbesserung der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz definierten Ziele geprüft und evaluiert.			
e) Das Feedback von Zielgruppen ^(G) wird zur Evaluation der definierten Ziele eingeholt und verarbeitet.			
f) Die Bedürfnisse der Zielgruppen werden erhoben, und es wird evaluiert, wie gut die Bedürfnisse bedient werden.			
g) Den Nutzer:innen ^(G) wird die Möglichkeit gegeben, sich an eine Beschwerdestelle der Organisation zu wenden.			
h) Die Kenntnisse des Personals zu organisationsbezogener Gesundheitskompetenz werden evaluiert.			
i) Das Personal wird in die Weiterentwicklung von Materialien und der Organisation als Ganzes aktiv eingebunden.			
j) Zur Maßnahmenentwicklung sowie für das Erstellen von Materialien werden <i>interne</i> Expert:innen für individuelle ^(G) und organisationsbezogene Gesundheitskompetenz konsultiert.			
k) Zur Maßnahmenentwicklung sowie für das Erstellen von Materialien werden <i>externe</i> Expert:innen für individuelle und organisationsbezogene Gesundheitskompetenz konsultiert.			
Auszählung			

Notizen zu »Qualitätsmanagement, Evaluation und Bedarfserhebung«

5.3.4 Kategorie 4: Kommunikation mit Zielgruppen

Unterkategorie 4.1: Leicht verständliche Sprache

Kriterien	Keine Aktion erforderlich	Aktion optional	Aktion erforderlich
a) Im direkten Gespräch und in anderer mündlicher Kommunikation mit Zielgruppen ^(G) (z. B. Telefon, Video) wird eine leicht verständliche Sprache ^(G) verwendet.			
b) In Entlassungsplänen, Informationsbroschüren und anderen Materialien wird eine leicht verständliche Sprache verwendet.			
c) Layouts, Visualisierungen ^(G) , Symbole und z. B. Schriftformatierungen ^(G) sind leicht verständlich und barrierefrei ^(G) gestaltet.			
d) Angebote und Informationen werden in Fremdsprachen bereitgestellt und ggf. Übersetzungsdienste oder technische Hilfsmittel (z. B. Onlinetextübersetzung oder -dolmetschen) genutzt.			
Auszählung			

Notizen zu »Leicht verständliche Sprache«

Unterkategorie 4.2: Bildung und Information

Kriterien	Keine Aktion erforderlich	Aktion optional	Aktion erforderlich
a) Die Aufklärung der Zielgruppen ^(G) folgt einer systematischen und zielgerichteten Strategie, die für die Organisation beschlossen wurde.			
b) Den Zielgruppen werden gesundheitsbezogene Informationen leicht zugänglich und kostenlos zur Verfügung gestellt.			
c) Die Organisation informiert, klärt auf und bietet Hilfeleistung bei einer Vielfalt an Themen, die im jeweiligen Handlungsradius der Organisation liegen (z. B. Prävention, Diagnostik, Therapie, soziale und finanzielle Angelegenheiten).			

Kriterien	Keine Aktion erforderlich	Aktion optional	Aktion erforderlich
d) Die Organisation bietet ihren Zielgruppen gesundheitsrelevante Lern- und Bildungsangebote ^(G) (z. B. präventive Aufklärung) an.			
e) Die individuelle Gesundheitskompetenz ^(G) der Nutzer:innen ^(G) wird gefördert.			
f) Die individuelle Gesundheitskompetenz der Angehörigen (z. B. Familie) wird gefördert.*			
g) Zielgruppen werden mit internen und externen Bildungsressourcen und -angeboten ^(G) verknüpft.			
Auszählung			

*Zu f): Falls sich Ihre Organisation *ausschließlich an Angehörige* richtet (z. B. als Angehörigenverein), *trifft das Kriterium nicht auf Ihre Organisation zu*, da die Angehörigen zu Ihren Nutzer:innen^(G) (vgl. Kriterium e)) zählen. Sie können die leeren Felder rechts durchstreichen.

Notizen zu »Bildung und Information«

Unterkategorie 4.3: Transparenz und Seriosität

Kriterien	Keine Aktion erforderlich	Aktion optional	Aktion erforderlich
a) Die Kommunikation mit den Zielgruppen ^(G) ist transparent (z. B. Aufklärung über Kostenübernahme).			
b) Die Inhalte sind seriös, aktuell, bieten konkrete Handlungsempfehlungen und entsprechen inhaltlich wissenschaftlichen Standards.			
Auszählung			

Notizen zu »Transparenz und Seriosität«

Unterkategorie 4.4: Technologie und Innovation

Kriterien	Keine Aktion erforderlich	Aktion optional	Aktion erforderlich
a) Zur Erstellung von Druck- und Onlinematerialien werden Hilfsmittel (z. B. Software zur Prüfung auf Barrierefreiheit ^(G)) verwendet, die das Erstellen leicht verständlicher Materialien unterstützen.			
b) Eine Reihe unterschiedlicher Formate, Kanäle und Medien (z. B. soziale Medien, Videoclips) wird für die Kommunikation nach außen mit den Zielgruppen ^(G) gezielt eingesetzt.			
c) Die eingesetzte Technologie ist so gestaltet, dass sie für die Zielgruppen leicht verständlich und barrierefrei nutzbar ist.			
Auszählung			

Notizen zu »Technologie und Innovation«

Unterkategorie 4.5: Diversität und Bewusstsein

Kriterien	Keine Aktion erforderlich	Aktion optional	Aktion erforderlich
a) Die Organisation berücksichtigt die Diversität ihrer Zielgruppen ^(G) z. B. in Bezug auf kulturelle und religiöse Hintergründe und widmet sich der Inklusion ^(G) und Gleichberechtigung aller.			
b) Unter dem Personal wird ein Bewusstsein dafür geschaffen, wie die Interaktion mit Gesundheitsorganisationen ^(G) von Nutzer:innen ^(G) wahrgenommen wird und welchen Einfluss deren individuelle Gesundheitskompetenz ^(G) dabei hat.			
c) Das Personal vermeidet es, Vorannahmen über den allgemeinen Wissensstand und die individuelle Gesundheitskompetenz der Nutzer:innen zu treffen.			
d) Die Organisation setzt sich für die Entstigmatisierung ^(G) von Krankheit und Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten ein.			

Kriterien	Keine Aktion erforderlich	Aktion optional	Aktion erforderlich
e) Unterschiedliche Kommunikationsbedürfnisse, -barrieren und -präferenzen der Nutzer:innen werden z. B. in Bezug auf individuelle Gesundheitskompetenz, Sprache und Kultur anerkannt und die Kommunikation und Interaktion an diese angepasst.			
Auszählung			

Notizen zu »Diversität und Bewusstsein«

Unterkategorie 4.6: Verankerung von Kommunikationsgrundsätzen

Kriterien	Keine Aktion erforderlich	Aktion optional	Aktion erforderlich
a) Verständnissicherung ⁽⁶⁾ wird als Teil der Kommunikationskultur und Standard definiert, der in allen Berührungspunkten mit Nutzer:innen ⁽⁶⁾ – insbesondere in Risikosituationen wie Zustimmungen zu operativen Eingriffen – befolgt wird.			
b) Durch den Einsatz unterschiedlicher Methoden wird überprüft, ob die Nutzer:innen das ihnen Vermittelte richtig verstanden haben, wird zu Nachfragen ermutigt, und ggf. werden weitere Informationen leicht verständlich erläutert.			
c) Kommunikationsschwierigkeiten und -fehler werden systematisch erfasst, bearbeitet und als Risikofaktor für die Nutzer:innen gewertet.			
d) Kommunikationsgrundsätze, wie die Verständnissicherung oder der Umgang mit Kommunikationsschwierigkeiten, werden Teil der Routine und auch in Risikosituationen befolgt.			
Auszählung			

Notizen zu »Verankerung von Kommunikationsgrundsätzen«

5.3.5 Kategorie 5: Einbeziehung & Unterstützung von Zielgruppen

Unterkategorie 5.1: Konsultation und Einbeziehung von Zielgruppen

Kriterien	Keine Aktion erforderlich	Aktion optional	Aktion erforderlich
a) Die Zielgruppen ^(G) werden in die Entwicklung von Materialien und Angeboten aktiv eingebunden.			
b) Die Angehörigen (z. B. Familie) werden in die Entwicklung von Materialien und Angeboten aktiv eingebunden.*			
c) Die Zielgruppen werden in Versorgungsprozesse und -gespräche miteinbezogen.			
d) Die Zielgruppen einer Organisation sind in einem Gremium ^(G) vertreten, das die Organisation aktiv berät und mitgestaltet.			
e) Die Rolle von Bezugs- und Betreuungspersonen zur Unterstützung der Nutzer:innen ^(G) wird von der Organisation als wichtig erachtet.			
Auszählung			

* Zu b): Falls sich Ihre Organisation *ausschließlich an Angehörige* richtet (z. B. als Angehörigenverein), *trifft das Kriterium nicht auf Ihre Organisation zu*, da die Angehörigen zu Ihren Zielgruppen^(G) (vgl. Kriterium a)) zählen. Sie können die leeren Felder rechts durchstreichen.

Notizen zu »Konsultation und Einbeziehung von Zielgruppen«

Unterkategorie 5.2: Unterstützung des Selbstmanagements

Kriterien	Keine Aktion erforderlich	Aktion optional	Aktion erforderlich
a) Die Nutzer:innen ^(G) werden über den Behandlungszeitraum hinaus in unterschiedlichen Bereichen des Selbstmanagements ^(G) (z. B. Medikamenteneinnahme, Bewegung, Ernährung) unterstützt.			
b) Um das Selbstmanagement der Nutzer:innen zu unterstützen, werden unterschiedliche Methoden eingesetzt, z. B. ein Maßnahmenplan erstellt oder Folgetermine zur Überprüfung der Medikamenteneinnahme durchgeführt.			

Kriterien	Keine Aktion erforderlich	Aktion optional	Aktion erforderlich
c) Die Organisation bietet Raum für Peer-to-Peer-Ansätze ^(G) und Austauschmöglichkeiten in Gruppen (z. B. Selbsthilfegruppen), die der gegenseitigen Bestärkung der Mitglieder dienen.			
Auszählung			

Notizen zu »Unterstützung des Selbstmanagements«

5.4 Auszählung

Für einen besseren Überblick über den aktuellen Stand Ihrer Organisation können Sie Ihre Ergebnisse in Tabelle 5.4-5 auf Seite 129 auszählen. Übertragen Sie hierfür die Einträge, die Sie je Tabelle in der letzten Zeile vorgenommen haben.

Tabelle 5.4-1: Beispiel für eine ausgefüllte Tabelle zur ersten Unterkategorie »Zugang zur Organisation und zu ihren Angeboten«.

Kriterien	Keine Aktion erforderlich	Aktion optional	Aktion erforderlich
a) Informationen zur Anreise und Orientierung innerhalb der Organisation sind leicht zu finden und zu verstehen.	X		
b) Telefonische Kontakte zur Organisation ...		X	
c) ...		X	
d) ...	X		
e) ...	X		
f) ...			X
g) ...			X
h) ...		X	
Auszählung	3	3	2

Tabelle 5.4-2: Beispiel für eine ausgefüllte Tabelle zur zweiten Unterkategorie »Navigation innerhalb der Organisation«.

Kriterien	Keine Aktion erforderlich	Aktion optional	Aktion erforderlich
a) Die Navigation innerhalb der Organisation ...		X	
b) ...	X		
c) ...		X	
d) ...		X	
Auszählung	1	3	0

Tabelle 5.4-3: Beispiel für eine ausgefüllte Tabelle zur dritten Unterkategorie »Navigation im Gesundheitssystem«.

Kriterien	Keine Aktion erforderlich	Aktion optional	Aktion erforderlich
a) Die Vermittlung ^(G) zu anderen ...	X		
b) ...			X
c) ...		X	
d) ...			
Auszählung	1	1	1

Die dritte Unterkategorie »Navigation im Gesundheitssystem« umfasst vier Kriterien (siehe Tabelle 5.4-3: Beispiel für eine ausgefüllte Tabelle zur dritten Unterkategorie »Navigation im Gesundheitssystem« oben). Da die Organisation im Beispiel ein Kriterium als für sie nicht zutreffend eingestuft hat, wurden insgesamt nur drei Kreuze für diese Unterkategorie gesetzt.

Tabelle 5.4-4: Beispiel für die ersten Zeilen der Auszählungstabelle.

Hauptkategorie	Unterkategorie	Keine Aktion erforderlich	Aktion optional	Aktion erforderlich
1. Barrierefreier Zugang & Navigation (S. 115, 16 Kriterien)	1.1. Zugang zur Organisation und zu ihren Angeboten	3	3	2
	1.2. Navigation innerhalb der Organisation	1	3	0
	1.3. Navigation im Gesundheitssystem	1	1	1

Tabelle 5.4-5: Auszählung Ihrer Ergebnisse – Anzahl der eingetragenen Kreuze je Unterkategorie.

Hauptkategorie	Unterkategorie	Keine Aktion erforderlich	Aktion optional	Aktion erforderlich
1. Barrierefreier Zugang & Navigation (S. 115, 16 Kriterien)	1.1. Zugang zur Organisation und zu ihren Angeboten			
	1.2. Navigation innerhalb der Organisation			
	1.3. Navigation im Gesundheitssystem			
2. Integration, Priorisierung & Verbreitung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz (S. 117, 11 Kriterien)	2.1. Verpflichtung zu und Integration von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz in die Planung			
	2.2. Widmung von Ressourcen			
	2.3. Externe Faktoren			
	2.4. Verbreitung von individueller und organisationsbezogener Gesundheitskompetenz			
3. Qualifizierung, Qualitätsmanagement, Evaluation und & Bedarfserhebung (S. 120, 17 Kriterien)	3.1. Qualifizierung des Personals			
	3.2. Qualitätsmanagement, Evaluation und Bedarfserhebung			
4. Kommunikation mit Zielgruppen (S. 122, 25 Kriterien)	4.1. Leicht verständliche Sprache			
	4.2. Bildung und Information			
	4.3. Transparenz und Seriosität			
	4.4. Technologie und Innovation			
	4.5. Diversität und Bewusstsein			
	4.6. Verankerung von Kommunikationsgrundsätzen			
5. Einbeziehung & Unterstützung von Zielgruppen (S. 126, 8 Kriterien)	5.1. Konsultation und Einbeziehung von Zielgruppen			
	5.2. Unterstützung des Selbstmanagements			

Was sind an dieser Stelle Ihre ersten Gedanken, die Sie im Feld unten notieren möchten? Was setzt Ihre Organisation bereits gut um? Wo besteht noch Arbeitsbedarf?

Notizen

5.5

Impulse für die Weiterarbeit mit den Ergebnissen

5.5.1 Interne Ergebnisdiskussion

Durch das Ausfüllen des Reflexionsbogens haben Sie nun Hinweise zum aktuellen Stand der Gesundheitskompetenz Ihrer Organisation erhalten. Im ersten Schritt empfiehlt es sich, die Ergebnisse intern zu diskutieren. Für die Reflexion ist sowohl der Überblick der Leitungsebene als auch die Praxiserfahrung derjenigen von Bedeutung, die im täglichen Austausch mit den Nutzer:innen stehen. Falls Ihre Organisation über ein Gremium wie einen Patient:innenbeirat verfügt, könnte dessen Einbezug ebenfalls hilfreich sein, um den rein organisationsinternen Blick zu erweitern. Für die Ergebnisdiskussion können Sie sich die Auszählung gemeinsam angucken und besprechen, an welchen Kategorien bzw. Kriterien Sie arbeiten möchten. Sie können sich für die Diskussion an folgenden Fragen orientieren:

- In welchen Kategorien hat Ihre Organisation am besten abgeschnitten, bzw. wo besteht zu besonders vielen Kriterien kein weiterer Handlungsbedarf? Was können Sie ggf. aus diesen Bereichen für andere Bereiche übernehmen?
- In welchen Kategorien sind die meisten Aktionen erforderlich? Auf welche Kriterien ist dies konkret zurückzuführen?
- An welchem Kriterium möchten Sie als Erstes arbeiten?

Der nächste daran anschließende Schritt ist die Entwicklung und Implementierung von Maßnahmen zur Verbesserung Ihrer organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz. Beispiele für Maßnahmen sind das Entwickeln von Materialien und Angeboten oder die Weiterbildung von Mitarbeitenden (>3.5). Hierzu wählen Sie zunächst die Kriterien aus, an denen Sie als Erstes arbeiten möchten. **Aufgrund der Vielfalt an Themen ist es empfehlenswert, sich zunächst auf ein oder zwei Kriterien zu fokussieren und nach deren Bearbeitung ggf. weitere Kriterien hinzuzunehmen.** Diese Kriterien können z. B. aus der Auswahl an Kriterien stammen, bei denen Sie »Aktion erforderlich« angekreuzt haben. Eine Priorisierung der Kriterien mit hohem Zeitdruck ist naheliegend. Alternativ können Sie zunächst mit den Kriterien beginnen, bei denen Sie bereits weiter fortgeschritten sind und schnell umsetzbare Ziele sehen.

5.5.2 Erstellen eines Aktionsplans

Zur Entwicklung und Kontrolle von Maßnahmen zur Verbesserung Ihrer organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz können Sie die folgenden Punkte durchgehen und, darauf basierend, für jedes Kriterium, das zur Bearbeitung ausgewählt wurde,

einen eigenen Aktionsplan formulieren. Aufgrund des Umfangs der Kriterien ist es empfehlenswert, die Fragen bei mehreren ausgewählten Kriterien für jedes Kriterium separat durchzugehen.

Tabelle 5.5-1: Vorschläge zur Formulierung eines Aktionsplans.

Planungselemente	Diskussionsfragen
1. Status quo	<ul style="list-style-type: none"> ■ Wie würden Sie den aktuellen Stand beschreiben? ■ Was genau setzen Sie diesbezüglich aktuell um?
2. Bestimmung & Beschreibung der Maßnahme	<ul style="list-style-type: none"> ■ Wo bzw. in welchen Kontexten wird [X] aktuell umgesetzt? (Z. B. Patient:innengespräch, Webseite, Empfangsbereich) ■ Was könnte gemacht werden, damit [X] verbessert wird? ■ Was wurde schon versucht, um daran zu arbeiten? ■ Wie würden Sie die Maßnahme beschreiben?
3. Ziele der Maßnahme	<ul style="list-style-type: none"> ■ Welche Ziele wollen Sie mit dieser Maßnahme erreichen? ■ Formulieren Sie die Ziele möglichst genau. Woran wäre das Erreichen des Ziels erkennbar bzw. messbar? Gibt es bestimmte Kennzahlen, die erreicht werden könnten?
4. Meilensteine zur Zielerreichung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Wann sollen die Prozessphasen der Planung, Implementierung und ggf. Evaluation jeweils starten und enden? ■ Welche Meilensteine/Zwischenziele können für die Prozessphasen vorab definiert werden? ■ Legen Sie einen Zeitplan mit konkreten (Zwischen-)Zielen fest.
5. Zielgruppen der Maßnahme	<ul style="list-style-type: none"> ■ Welche Zielgruppen wollen Sie erreichen? ■ Welche Bedarfe haben Ihre Zielgruppen?
6. Einbezug der Zielgruppen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Möchten Sie die Zielgruppen in die Planung, Implementierung oder Evaluation einbeziehen? ■ Wenn ja: Wie und wann sollen die Zielgruppen einbezogen werden?
7. Benötigte Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Welche Ressourcen benötigen Sie für die Planung, Implementierung und Evaluation der Maßnahme?
8. Mögliche Barrieren oder Hindernisse	<ul style="list-style-type: none"> ■ Welche möglichen Barrieren oder Hindernisse könnten die Planung, Implementierung oder Evaluation erschweren? ■ Wie können Sie mit möglichen Barrieren oder Hindernissen umgehen?
9. Verantwortliche und weitere Akteure	<ul style="list-style-type: none"> ■ Wer ist <i>innerhalb</i> Ihrer Organisation beteiligt, bzw. wer soll woran beteiligt werden? ■ Wer ist <i>außerhalb</i> Ihrer Organisation beteiligt, bzw. wer soll woran beteiligt werden?

5.5.3 Ausblick

Mit dem Ausfüllen des Reflexionsbogens haben Sie bereits den ersten Meilenstein in der Arbeit an Ihrer organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz erreicht. Wir hoffen, dass Ihnen die Überlegungen beim Ausfüllen und die Diskussion der Auszählung

bereits hilfreiche Impulse gegeben haben und Sie erste Ideen zur Weiterarbeit entwickeln konnten.

Für eine langfristige und nachhaltige Förderung der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz Ihrer Organisation kann es sinnvoll sein, den Reflexionsbogen in regelmäßigen Abständen – z. B. alle zwei Jahre – neu auszufüllen. In diesem Zuge können Sie beobachten, wie sich Ihre Organisation im Zeitverlauf entwickelt. Hierfür können Sie Schwerpunkte setzen und bestimmte Bereiche fokussieren oder den gesamten Bogen durchgehen. Darüber hinaus können Sie den Reflexionsbogen als Nachschlagewerk nutzen, um die Vielfalt der unterschiedlichen Aspekte vor Augen zu behalten. Eine erfolgreiche Umsetzung organisationsbezogener Gesundheitskompetenz ist keine einmalige Aufgabe, sondern bedarf eines kontinuierlichen Engagements in Form von z. B. Aktualisierungen, Fortbildungen und Überprüfungen, um die sich ständig verändernden Kontextfaktoren zu berücksichtigen und ein effektives Umsetzungsverfahren aufrechtzuerhalten.

Um als gesundheitskompetente Gesundheitsorganisation Menschen das Finden, Verstehen und Anwenden von Informationen und Angeboten zu erleichtern und damit die Gesundheitsversorgung zu verbessern, ist es wichtig, die Kriterien im Reflexionsbogen nicht als isolierte Punkte zu verstehen. Stattdessen können Sie die nun erfolgte Reflexion Ihres aktuellen Standes als Sprungbrett nutzen, um eine Arbeitskultur der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz in Ihrer Organisation zu etablieren. Für diesen fortlaufenden Prozess wünschen wir Ihnen viel Erfolg und einen produktiven Austausch im Kollegium sowie mit den Nutzer:innen Ihrer Organisation!

5.6

Glossar

Im folgenden Glossar werden Kernbegriffe aus dem Reflexionsbogen definiert und mit Beispielen aus der Praxis veranschaulicht. Wie in Kapitel 4 (>4) zusammengefasst, wurden die Begriffe in einem mehrstufigen Review-Prozess mit dem Erfahrenenbeirat ausgewählt und formuliert. Die meisten Begriffe sind so umfassend, dass an dieser Stelle ausschließlich eine kurze Zusammenfassung aufgeführt wird. Die Auswahl an Beispielen orientiert sich an den Inhalten der Anwendungsbereiche der Kriterien und impliziert keine Priorisierung unterschiedlicher Anwendungsbeispiele. Die Definitionen, Erläuterungen und Beispiele haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, weshalb unter den weiterführenden Informationen auf beispielhafte Quellen verwiesen wird, die umfassendere Auskunft über die Begriffe bieten können.

Stichwortverzeichnis

	Seite
Barrierefreies Layout	134
Barrierefreiheit	135
Diversität von Zielgruppen	136
Einfache Sprache	136
(Ent-)Stigmatisierung	137
Evaluation	138
Gesundheitskompetenz förderliche Struktur und Umwelt	139
Gesundheitsorganisationen	139
Gesundheitsrelevante Lern- und Bildungsangebote	140
Gremium der Zielgruppen, Patient:innenbeirat	141
Individuelle Gesundheitskompetenz	142
Inklusion	143
Interne und externe Bildungsressourcen und -angebote	144
Leichte Sprache	145
Leicht verständliche Beschilderung	146
Leicht verständliche Sprache	146
Leitbild	147
Navigationshilfen	148
Nutzer:innen	148
Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz	149
Peer-to-Peer-Ansätze	149
Personalressourcen	150
Qualitätsmanagement	151
Schriftformatierungen	151
Screenreader	152
Selbstmanagement/Methoden zur Unterstützung des Selbstmanagements	152
Techniken für die Kommunikation mit Zielgruppen	153
UN-Behindertenrechtskonvention	154
Vermittlung	155
Verständnissicherung	156
Visualisierungen	157
Zielgruppen	157

Barrierefreies Layout

Definition:

»Barrierefrei sind [...] visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar sind. Hierbei ist die Nutzung behinderungsbedingt notwendiger Hilfsmittel zulässig.« (§ 4 Barrierefreiheit BGG)

Erläuterung: Ein barrierefreies Layout von z. B. Webseiten oder gedruckten Materialien ist so gestaltet, dass die darin enthaltenen Informationen für Nutzer:innen leicht zu finden, zu verstehen und anzuwenden sind. Die Gewährleistung dessen ist nach § 1 Barrierefreiheit BGG in Einrichtungen, die Träger öffentlicher Gewalt sind (z. B. Behörden oder gesetzliche Krankenkassen), gesetzlich vorgeschrieben. Ob das Layout von z. B. Webseiten oder gedruckten Materialien barrierefrei ist, kann am besten durch Personen, die die Funktionen eines barrierefreien Layouts selbst zur Informationsbeschaffung nutzen, beurteilt werden.

Beispiele:

1. Informationsmaterialien werden mit einem ausreichenden Kontrast zwischen Schriftfarbe und Hintergrund in Bezug auf Helligkeit (z. B. bei schwacher Sehkraft) und Farbwahl (z. B. bei Farbsinnstörungen des Auges wie einer Rot-Grün-Schwäche) angefertigt.
2. Nutzer:innen können die Darstellung der Website individuell anpassen.
3. Als Alternative zur Tonspur werden Untertitel bei Videos angeboten.
4. Alternativtexte fassen den Inhalt einer Abbildung zusammen und können von einem Screenreader (▷S. 152) vorgelesen werden.

Weiterführende Informationen:

- Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung (BITV)
- Web Content Accessibility Guidelines (WCAG)
- Bundesfachstelle Barrierefreiheit
- Jacobi (2020): Barrierefreie Kommunikation im Gesundheitswesen. Leichte Sprache und andere Methoden für mehr Gesundheitskompetenz, Berlin, Heidelberg: Springer

Barrierefreiheit

Definition:

»Barrierefrei sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar sind. Hierbei ist die Nutzung behinderungsbedingt notwendiger Hilfsmittel zulässig.« (§ 4 Barrierefreiheit BGG)

Erklärung: Barrierefreiheit ist eine Voraussetzung, um Menschen zu ermöglichen, Informationen und Angebote zu finden, zu verstehen und anzuwenden. Barrierefreiheit hilft allen Nutzer:innen des Gesundheitswesens, unabhängig davon, ob bei ihnen eine Behinderung vorliegt. Die Gewährleistung von Barrierefreiheit ist nach §1 Barrierefreiheit BGG in Einrichtungen, die Träger öffentlicher Gewalt sind (z. B. Behörden oder gesetzliche Krankenkassen), gesetzlich vorgeschrieben.

Beispiele:

1. Sind Angebote nicht barrierefrei zugänglich, können diese ggf. nicht gefunden und wahrgenommen werden, auch wenn die Nutzer:innen selbst z. B. eine hohe individuelle Gesundheitskompetenz haben.
2. Barrierefreiheit bezieht sich auf unterschiedliche Bereiche wie z. B. die räumliche, sprachliche (z. B. durch Einfache [▷S. 136] oder Leichte Sprache [▷S. 145]) oder visuelle Barrierefreiheit.

Weiterführende Informationen:

- Behindertengleichstellungsgesetz (BGG)
- UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) (▷S. 154)
- Web Content Accessibility Guidelines (WCAG)
- Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung (BITV)
- DIN-Norm zum barrierefreien Bauen

Diversität von Zielgruppen

Definition:

Bei der Diversität von Zielgruppen (>S. 157) geht es um die Vielfalt von Aspekten, die Nutzer:innen von Gesundheitsorganisationen kennzeichnen können. Dies sind Merkmale wie z. B. Alter, Geschlecht, Ethnizität, Einkommen, Religionszugehörigkeit, Familienstand und Elternschaft. (Altgeld, 2022)

Erklärung: Verschiedene Merkmale können besondere Bedarfe in der Ansprache und Vermittlung von Informationen sowie in der Gesundheitsversorgung mit sich bringen (Walter & Jahn, 2015). Die Diversität von Zielgruppen stärker zu berücksichtigen, kann dabei helfen, Angebote besser an die Bedürfnisse der Zielgruppen anzupassen und damit die gesundheitliche Benachteiligung verschiedener sozialer Gruppen zu reduzieren (Altgeld, 2022).

Beispiele:

1. Menschen, die nicht (fließend) Deutsch sprechen, benötigen Informationsangebote in einer Sprache, die sie verstehen.
2. Berufstätige Personen können Gesundheitsangebote eventuell erst in den Abendstunden wahrnehmen. Entsprechende Angebote sollten dies berücksichtigen.

Weiterführende Informationen:

- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit – Praxisdatenbank Gesundheitliche Chancengleichheit: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/> (zuletzt abgerufen am 21.7.2023)

Einfache Sprache

Definition:

Einfache Sprache wird für Personen verwendet, die ein niedriges Sprach- und Lesenniveau in Bezug auf die (hier: deutsche) Sprache haben. Dazu gehören z. B. Personen, die nach Deutschland eingewandert sind und die Sprache noch lernen, Personen mit einem funktionalen Analphabetismus oder Personen mit einem eingeschränkten Seh- oder Hörvermögen (Jacobi, 2020).

Erklärung: Je nach Zielgruppe werden unterschiedliche Formulierungen verwendet. Anders als bei der Leichten Sprache (>S. 145) gibt es keine universellen Standards, die z. B. Texte für alle Menschen gleichermaßen passend übersetzen würden (Jacobi, 2020). Die Verwendung von Einfacher Sprache soll Barrieren der mündlichen und

schriftlichen Sprache abbauen. Einfache Sprache ermöglicht allen Menschen ein leichteres Verständnis von Informationen, richtet sich jedoch insbesondere an Menschen mit einer Lernbehinderung oder Verständnisproblemen. Die gleichen Inhalte müssen je nach Zielgruppe unterschiedlich formuliert werden.

Weiterführende Informationen:

- Behindertengleichstellungsgesetz (§ 11 Verständlichkeit und Leichte Sprache BGG)
- Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung (BITV)
- Jacobi (2020): Barrierefreie Kommunikation im Gesundheitswesen. Leichte Sprache und andere Methoden für mehr Gesundheitskompetenz. Berlin, Heidelberg: Springer

(Ent-)Stigmatisierung

Definition:

Stigmatisierung beschreibt einen Prozess, bei dem Personen basierend auf bestimmten Eigenschaften u. a. eine Art der Kennzeichnung (Englisch »labeling«), Stereotypisierung, Ausgrenzung und Diskriminierung durch andere erfahren (Link & Phelan, 2001). Programme und Maßnahmen zur Entstigmatisierung im Gesundheitsbereich versuchen Stigmatisierung entgegenzuwirken bzw. zu verhindern, indem sie die öffentliche Meinung über Erkrankungen beeinflussen und darüber aufklären (Arens et al., 2009).

Erläuterung: Unter Stigmatisierung versteht man mitunter auch, dass der erkrankten Person die Schuld an ihrer Erkrankung gegeben wird (Koller et al., 2015). Dies kann bei betroffenen Personen zu einem geringeren Selbstwertgefühl führen und mit einer Einschränkung der Lebensqualität einhergehen (Arens et al., 2009). Personen, die Stigmatisierungen in ihrem Alltag erleben, können dazu neigen, Behandlungsoptionen für ihre Erkrankung seltener oder erst später in Anspruch zu nehmen, um einer weiteren Stigmatisierung zu entgehen (Arens et al., 2009; Koller et al., 2015). Neben der Stigmatisierung durch Außenstehende kann es bei betroffenen Personengruppen auch zu Selbststigmatisierung kommen (Gaebel, 2005). Entstigmatisierung erfolgt z. B. durch erkrankungsbezogene Wissensvermittlung oder Austauschmöglichkeiten mit Personen, die die jeweiligen Erkrankungen haben und von ihren Erfahrungen berichten (Gaebel, 2005). Weitere Überlegungen zu dieser Thematik sind in Kapitel 4.3.1 (>4.3.1) zu finden.

Beispiele:

1. Aufklärungsarbeit an Schulen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen
2. Informationskampagnen an öffentlichen Orten zum Thema »HIV/Aids« zur Entstigmatisierung von betroffenen Personen

Weiterführende Informationen:

- Stiftung Gesundheitswissen – Selbst schuld? Stigmatisierung von Krankheiten: <https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/gesund-es-leben/psyche-wohlbefinden/selbst-schuld-stigmatisierung-von-krankheiten> (zuletzt abgerufen am 21.7.2023)
- GKV-Bündnis für Gesundheit – Ergebnisbericht – Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen: <https://www.gkv-buendnis.de/publikationen/publikation/detail/entstigmatisierung-psychischer-erkrankungen/> (zuletzt abgerufen am 21.7.2023)
- Aktionsbündnis Seelische Gesundheit: <https://www.seelischegesundheit.net/> (zuletzt abgerufen am 21.7.2023)
- Psychenet – Netz Psychische Gesundheit: <https://www.psychenet.de> (zuletzt abgerufen am 21.7.2023)

Evaluation

Definition:

Im Rahmen einer Evaluation wird z. B. untersucht, inwieweit die vorab festgelegten (Zwischen-)Ziele bestimmter Vorhaben oder Maßnahmen (z. B. Fortbildungen oder Einarbeitungsmaßnahmen) erreicht wurden. Zur Zielüberprüfung werden (wissenschaftliche) Methoden systematisch eingesetzt (Maier & Nissen, 2018).

Erklärung: Evaluationen können unterschiedliche Bereiche einer Maßnahme oder eines Vorhabens zum Gegenstand haben. Hierzu können z. B. die Ausgangsbedingungen, die Prozesse zur Planung und Umsetzung oder die Ergebnisse zählen (Haack & Haß, 2016). Im Kontext von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz (>S. 149) kann ermittelt werden, ob zugehörige Förderungs- oder Verbesserungsmaßnahmen die vorher festgelegten (Zwischen-)Ziele erreichen. Abhängig von dem Evaluationsergebnis kann das Maßnahmenvorgehen anschließend ggf. angepasst werden.

Beispiel: Eine für Mitarbeitende organisierte Schulungsmaßnahme zu Kommunikationstechniken (>S. 153) im Umgang mit den Nutzer:innen wird evaluiert. Der Gegenstand der Evaluation kann in diesem Fall der Umsetzungsprozess der Schulung sein. Dabei wird z. B. überprüft, ob die Mitarbeitenden die Lerninhalte und -materialien der Schulung als verständlich und anwendbar empfunden haben.

Weiterführende Informationen:

- Evaluation, was ist das? (Universität zu Lübeck): <https://www.uni-luebeck.de/universitaet/qualitaets-und-organisationsentwicklung/evaluationen/faq/evaluation-was-ist-das.html> (zuletzt abgerufen am 21.7.2023)
- Gesellschaft für Evaluation e. V.: <https://www.degeval.org/home/> (zuletzt abgerufen am 21.7.2023)

Gesundheitskompetenz förderliche Struktur und Umwelt

Definition:

Eine Gesundheitskompetenz förderliche Struktur und Umwelt innerhalb einer Organisation unterstützt die Umsetzung und nachhaltige Verstetigung von Aspekten der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz (▷S.149).

Erklärung: Alternativ könnte in diesem Zusammenhang auch von einer unterstützenden Organisationskultur oder Arbeitsumgebung gesprochen werden. Anders als z. B. bei der konkreten Verankerung von Grundsätzen organisationsbezogener Gesundheitskompetenz (▷S.149) im Leitbild zielt dieses Kriterium auf grundlegende Aspekte – wie z. B. die persönlichen Einstellungen von Mitarbeitenden gegenüber Veränderungen – innerhalb der Organisation ab.

Gesundheitsorganisationen

Definition:

Gesundheitsorganisationen sind alle Einrichtungen, die Aufgaben im Zuge der Gesundheitsversorgung und -erhaltung der Bevölkerung übernehmen. Zu den Aufgaben zählen z. B. Gesundheitsförderung, Beratung oder die Kostenübernahme in Krankheitsfällen (Bundesministerium für Gesundheit, 2022).

Beispiele: Beispiele für verschiedene Gesundheitsorganisationen – basierend auf der Übersichtsdarstellung »Unser Gesundheitssystem« des Bundesministeriums für Gesundheit (2022) – sind:

1. In den Bereichen »Prävention, Gesundheitsförderung, gesundheitliche und pflegerische Versorgung«: Apotheken, Arztpraxen, Krankenhäuser und Kliniken, Rehabilitationseinrichtungen, Rettungsdienste, Versorgungszentren
2. In den Bereichen »Information und Beratung«: Beratungsstellen, Berufsverbände, medizinische Fachgesellschaften, Selbsthilfeorganisationen

3. In den Bereichen »Versicherer und Kostenträger«: gesetzliche Krankenkassen, Pflegekassen, Rentenversicherungen
4. In den Bereichen »Arzneimittel und Medizinprodukte«: Pharmaindustrie, Hersteller von Medizinprodukten und digitalen Anwendungen
5. In den Bereichen »Forschung und Ausbildung«: Ausbildungseinrichtungen, Forschungseinrichtungen
Auf übergeordneter Ebene befinden sich z. B. Kammern, Zulassungsausschüsse, Landesministerien oder das Bundesministerium für Gesundheit. Dem übergeordnet sind wiederum der Bund, die Länder und die Europäische Union (Bundesministerium für Gesundheit, 2022).

Weiterführende Informationen:

- Gesundheitsinformation.de – Das deutsche Gesundheitssystem: <https://www.gesundheitsinformation.de/das-deutsche-gesundheitssystem.html> (zuletzt abgerufen am 21.7.2023)
- Bundesministerium für Gesundheit – Schaubild »Unser Gesundheitssystem« – Alles auf einen Blick: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/schaubild-das-gesundheitssystem-alles-auf-einen-blick.html> (zuletzt abgerufen am 21.7.2023)

Gesundheitsrelevante Lern- und Bildungsangebote

Definition:

Alle Formen von Angeboten, die dazu dienen, Menschen über gesundheitliche Aspekte aufzuklären, sodass diese in die Lage versetzt werden, bessere gesundheitliche Entscheidungen zu treffen.

Erklärung: Gesundheitsrelevante Lern- und Bildungsangebote helfen, die individuelle Gesundheitskompetenz (▷S.142) einer Person zu stärken (World Health Organization, 1998). Dies kann durch (Weiterbildungs-)Kurse, Schulungen, Beratungsangebote, Videos, Audiobeiträge oder Vorträge erfolgen. Gesundheitliche Bildungsangebote werden von einer Vielzahl an Akteuren angeboten, unter anderem Volkshochschulen, aber auch Krankenkassen, Non-Profit-Organisationen oder Unternehmen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (Dierks & Brandt, 2014).

Beispiele:

1. Online verfügbare Video- und Audiobeiträge zu den Themen Ernährung, Bewegung und Entspannung

2. Eine Vortragsreihe, die das Zusammenspiel von Gesellschaft, Umwelt und Gesundheit thematisiert
3. Betriebliche Beratungsangebote zum Thema »Abhängigkeit«

Weiterführende Informationen:

- Gesundheitsbildung an Volkshochschulen:
<https://www.volkshochschule.de/verbandswelt/programmbereiche/gesundheit/index.php> (zuletzt abgerufen am 21.7.2023)
- Bundesministerium für Gesundheit. Gesund bleiben: Prävention und Gesundheitsförderung: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenversicherung-praevention.html> (zuletzt abgerufen am 21.7.2023)
- Gesundheitsakademie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf: <https://www.gesundheitsakademie-uke.de/> (zuletzt abgerufen am 21.7.2023)

Gremium der Zielgruppen, Patient:innenbeirat

Definition:

Ein Gremium der Zielgruppen bzw. ein Patient:innenbeirat ist eine Form der Einbindung von Nutzer:innen bzw. eine sogenannte Laienbeteiligung im Gesundheitskontext. Durch diese Laienbeteiligung wird die Berücksichtigung der Bedarfe dieser Gruppen ermöglicht bzw. verbessert (Marent et al., 2015). Ein solches Gremium setzt sich zusammen aus Vertreter:innen der jeweiligen Zielgruppen einer Organisation und vertritt die Perspektiven dieser Zielgruppen.

Erklärung: Neben der Aufgabe der Repräsentation der jeweiligen Zielgruppe, z. B. bei Planungsentscheidungen einer Organisation, kann ein Gremium der Zielgruppen weitere Aufgaben übernehmen. Beispielsweise können Gremienmitglieder als Vermittler:innen zwischen der jeweiligen Zielgruppe und der Organisation auftreten, sie können Anfragen und Wünsche weiterleiten oder auch beratend für die Zielgruppe tätig sein. Patient:innen sind außerdem vertretend in Entscheidungsgremien tätig, die sich mit Versorgungsfragen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung beschäftigen (z. B. der Gemeinsame Bundesausschuss). In den Entscheidungsgremien ist eine Teilnahme und Mitberatung (ohne Stimmrecht) von Patient:innenvertreter:innen durch § 140f SGB V gesetzlich geregelt und vorgeschrieben (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen, 2014, 2015).

Beispiele:

1. Eine große Beratungseinrichtung plant eine neue Webseite mit digitalen Informationsangeboten. Das Gremium der Zielgruppen unterstützt bei der Frage, wie die verschiedenen Zielgruppen auf der Seite angesprochen werden sollten.
2. Patient:innen eines Krankenhauses sind nicht zufrieden mit ihrer Behandlung. Sie wenden sich an den Patient:innenbeirat des Krankenhauses oder des zugehörigen Zentrums. Der Patient:innenbeirat unterstützt sie dabei, mit der Klinikleitung ins Gespräch zu kommen, und vermittelt zwischen beiden Seiten.

Individuelle Gesundheitskompetenz

Definition:

Unter individueller Gesundheitskompetenz versteht man »das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden« (Sørensen et al., 2012, S. 3). Individuelle Gesundheitskompetenz ist eine wichtige Grundlage, um eigene gesundheitsbezogene Entscheidungen treffen zu können (Sørensen et al., 2012).

Erklärung: Bei der individuellen Gesundheitskompetenz handelt es sich um ein relationales Konzept, d. h., die Gesundheitskompetenz wird auch durch die Umwelt einer Person beeinflusst (Schaeffer et al., 2021). Beispielsweise kann eine ausführliche ärztliche Aufklärung Gesundheitswissen vermitteln und damit einen Einfluss auf die individuelle Gesundheitskompetenz haben. Dies bedeutet, dass Gesundheitsorganisationen als Teil der Umwelt eines Menschen dazu beitragen können, die individuelle Gesundheitskompetenz von Menschen zu fördern.

Beispiele:

1. Das Wissen darüber, mit welchen Symptomen man einen Rettungswagen rufen sollte
2. Die Bereitschaft, sich über eine diagnostizierte Krankheit zu informieren

Weiterführende Informationen:

- Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz: <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/> (zuletzt abgerufen am 21.7.2023)
- Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz: <https://dngk.de/> (zuletzt abgerufen am 21.7.2023)
- Förderung der Gesundheitskompetenz in Hamburg: <https://www.hamburg.de/gesundheitskompetenz/> (zuletzt abgerufen am 21.7.2023)

Inklusion

Definition:

Bei Inklusion handelt es sich um einen (angestrebten) Zustand, bei dem die Vielfalt von Menschen als gesellschaftliche Normalität anerkannt wird, während ihre Unterschiedlichkeiten in der Gestaltung von Lebenswelten weiterhin berücksichtigt werden (Altgeld & Latteck, 2021; Hinz, 2002). Ein zentraler Grundsatz von Inklusion ist die Gewährleistung der »volle[n] und wirksame[n] Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft« (Art. 3c UN-Behindertenrechtskonvention [▷S.154]) von Menschen. Eine der Voraussetzungen für eine inklusiv gelebte Gesellschaft ist Barrierefreiheit (▷S.135) (Altgeld & Latteck, 2021).

Erläuterung: Inklusion ist ein Leitgedanke der UN-Behindertenrechtskonvention (▷S.154), betrifft aber im Sinne von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz (▷S.149) nicht ausschließlich Behinderung, sondern sämtliche Diversitätsmerkmale von Menschen (siehe Diversität von Zielgruppen ▷S.136) (Hinz, 2002). In einer nicht inklusiven Gesellschaft wird bei der Gestaltung von z. B. Räumen, Geräten für die Krankengymnastik, Informationsmaterial (siehe z. B. barrierefreies Layout ▷S.134) und anderen Angeboten die Vielfalt von Menschen häufig nicht mitgedacht. Dadurch wird einigen Personen der Zugang zu Informationen und Leistungen erschwert oder gänzlich verwehrt. Inklusiv Strukturen im Gesundheitswesen sind notwendig, damit alle Menschen an Gesundheits- und Versorgungsangeboten teilhaben können. Inklusion ist daher ein Grundbaustein organisationsbezogener Gesundheitskompetenz (▷S.149).

Inklusion ist nicht mit Integration zu verwechseln. So wird bei Integration zwar Eingliederung und Teilhabe gewährleistet, jedoch bleiben normorientierte Strukturen und Umwelten bestehen, an die sich z. B. Menschen mit Behinderungen weiterhin anpassen müssen (Altgeld & Latteck, 2021; Hinz, 2002). Obwohl Inklusion vor allem auf gesamtgesellschaftlicher und politischer Ebene durchgesetzt und ermöglicht werden muss, können auch einzelne Gesundheitsorganisationen einen Beitrag leisten.

Beispiele:

1. Barrierefreier (▷S.135) Zugang zu Räumlichkeiten und Angeboten
2. Kooperation mit anderen Organisationen wie z. B. Übersetzungsdiensten für Fremdsprachen oder Gebärdensprachen, um bei allen Menschen die gemeinsame Kommunikation und das Verständnis von Gesundheitsinformationen sicherzustellen
3. Respekt vor und Achtung von kulturellen Vorstellungen von Nutzer:innen bei der ärztlichen Behandlung

4. Einbezug und Umsetzung von Perspektiven und Vorschlägen von Menschen mit z. B. verschiedenen kulturellen Hintergründen, persönlichen Bedürfnissen oder unterschiedlichem sozioökonomischen Status bei der Ausgestaltung von Angeboten

Weiterführende Informationen:

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales – Was ist Inklusion und wie kann sie gelingen? https://www.einfach-teilhaben.de/DE/AS/Ratgeber/Inklusion/Inklusion_node.html (zuletzt abgerufen am 21.7.2023)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung – Vielfalt in der Praxis: https://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Vielfalt_Webversion.pdf (zuletzt abgerufen am 23.11.2023, führt direkt zum Dateidownload)
- HAG Stadtpunkte – Inklusion und Gesundheitsförderung: https://www.hag-gesundheit.de/fileadmin/hag/data/Medien/StadtpunkteTHEMA/StadtpunkteThema_01-19.pdf (zuletzt abgerufen am 23.11.2023, führt direkt zum Dateidownload)

Interne und externe Bildungsressourcen und -angebote

Definition:

Bildungsressourcen bezeichnen z. B. Informationsmaterialien wie Broschüren oder Bücher sowie Geräte, die von der Organisation vorgehalten werden. Angebote hingegen sind z. B. in Form von Kursen oder Fortbildungen gestaltet und weisen einen (inter-)aktiveren Charakter auf. »Intern« bedeutet, dass diese von der Organisation selbst zur Verfügung gestellt werden, während »extern« darauf hinweist, dass hierfür mit anderen Organisationen oder Partner:innen kooperiert wird.

Erläuterung: Inhaltlich können sich Bildungsressourcen und -angebote auf verschiedene Gesundheitsthemen wie z. B. auf Behandlungskosten oder chronische Erkrankungen und, hiervon ausgehend, untergeordnete Themen wie Gesundheitsinformationen bezüglich einer spezifischen Krankheit beziehen (Brach et al., 2012).

Beispiele:

1. Bildungsressourcen: Informationsmaterial über Behandlungsoptionen für Darmkrebs, das in einer Gesundheitsorganisation ausliegt
2. Bildungsangebot: Kurse zur Kompetenzstärkung, z. B. in Bezug auf den Umgang mit Zahlen oder die Lesekompetenz

Weiterführende Informationen:

- Bundeszentrale für politische Bildung – Bildung als Ressource für Gesundheit: <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/datenreport-2021/gesundheit/330123/bildung-als-ressource-fuer-gesundheit/> (zuletzt abgerufen am 21.7.2023)
- Bertelsmann Stiftung – Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/folgen-unzureichender-bildung-fuer-die-gesundheit/> (zuletzt abgerufen am 21.7.2023)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – Gesundheit und Bildung – ein gutes Team: <https://grundgesund.bzga.de/gesundheits-in-der-schule/gesundheits-und-bildung-ein-gutes-team/> (zuletzt abgerufen am 21.7.2023)

Leichte Sprache

Definition:

Die Verwendung von Leichter Sprache soll Barrieren der mündlichen und schriftlichen Sprache abbauen und ermöglicht mehr Menschen ein leichteres Verständnis der Inhalte (Jacobi, 2020).

Erklärung: Im Vergleich zur Einfachen Sprache (>S.136) folgt die Leichte Sprache vorgegebenen Regeln und wird insbesondere für die Kommunikation mit Menschen empfohlen, die z. B. die deutsche Sprache erst erlernen, ein gesundheitlich bedingtes reduziertes Sprachverständnis oder Schwierigkeiten beim Lernen und Lesen haben (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014). Verwendet eine Organisation keine Leichte Sprache, ist der Zugang zu ihren Informationen und Angeboten nicht barrierefrei. Zusätzlich kann es durch Missverständnisse in der Kommunikation u. a. zu Fehlbehandlungen kommen.

Beispiele:

1. Eine Beschreibung von Angeboten einer Organisation in Leichter Sprache ermöglicht allen Menschen ein leichteres Verständnis der Inhalte und eine Einschätzung, ob z. B. der beschriebene Reha-Kurs für die eigene Behandlung geeignet ist.
2. Die Verwendung von Leichter Sprache während einer ärztlichen Untersuchung oder z. B. einer Ausgabe von Hilfsmitteln oder Medikamenten erleichtert es den Nutzer:innen zu verstehen, was sie tun sollen.

Weiterführende Informationen:

- Behindertengleichstellungsgesetz (§11 Verständlichkeit und Leichte Sprache BGG)
- Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung (BITV)

- Netzwerk Leichte Sprache e. V.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2014): Leichte Sprache. Ein Ratgeber: <https://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/Broschueren/a752-leichte-sprache-ratgeber.html> (zuletzt abgerufen am 8.6.2023)
- Jacobi (2020): Barrierefreie Kommunikation im Gesundheitswesen. Leichte Sprache und andere Methoden für mehr Gesundheitskompetenz. Berlin, Heidelberg: Springer

Leicht verständliche Beschilderung

Definition:

Leicht verständliche Beschilderung bedeutet, dass Orientierungshilfen in leicht erfassbarer Form gegeben und z. B. durch verständliche Piktogramme und Bilder veranschaulicht werden.

Erklärung: Durch eine leicht verständliche Beschilderung sind Straßen-/Eingangs-/Raumbeschilderungen zu Orientierungszwecken klar und eindeutig zu verstehen. Hierbei kann auch die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, Beschilderungen für bestimmte Zielgruppen zu übersetzen, sodass sich diese besser zurechtfinden können (Kickbusch et al., 2016).

Beispiel: Verwendung von Piktogrammen bzw. verbildlichenden Darstellungen auf Schildern und Wegweisern.

Leicht verständliche Sprache

Definition:

Zur leicht verständlichen Sprache zählen unterschiedliche Sprachvarianten: »Leichte Sprache (regelbasiert) oder leichte Sprache (nicht regelbasiert), Einfache Sprache oder einfache Sprache, klare Sprache, faire Sprache, bürgerfreundliche oder bürger-nahe Verwaltungssprache, Easy Read oder Easy to read.« (Jacobi, 2020, S. 63)

Erklärung: Im vorliegenden Reflexionsbogen wird die Formulierung »leicht verständliche Sprache« genutzt, um eine breitere Auslegung als die feststehenden Begriffe Einfache Sprache (>S.136) und Leichte Sprache (>S.145) zu ermöglichen. Sowohl die verbale als auch schriftliche Kommunikation mit Nutzer:innen sollte möglichst leicht verständlich sein und z. B. auf Abkürzungen oder Fachausdrücke verzichten. Durch die Verwendung einer leicht verständlichen Sprache werden sprachliche Barrieren abgebaut.

Beispiele:

1. Materialien werden in bürgernaher Verwaltungssprache formuliert.
2. Materialien werden in Einfacher Sprache formuliert.
3. Materialien werden in Leichter Sprache formuliert.

Weiterführende Informationen:

- Jacobi (2020): *Barrierefreie Kommunikation im Gesundheitswesen. Leichte Sprache und andere Methoden für mehr Gesundheitskompetenz.* Berlin, Heidelberg: Springer

Leitbild

Definition:

In einem Leitbild fasst eine Organisation schriftlich zusammen, was ihr Auftrag bzw. ihre Funktion, Ziele und Werte sind. Das Leitbild bildet u. a. eine Grundlage für Qualitätsprozesse und das zukünftige und langfristige Handeln einer Organisation (Hensen, 2019).

Erklärung: Die in einem Leitbild zusammengefassten Inhalte können sich einerseits auf organisationsinterne Aspekte und Ansprüche, wie z. B. die Unternehmenskultur, und andererseits auf Beziehungsaspekte zur Außenwelt, wie z. B. Patient:innenorientierung, beziehen (Hensen, 2019). Demzufolge können auch Aufgaben und Ziele in Bezug auf die Umsetzung organisationsbezogener Gesundheitskompetenz (>S. 149) im Leitbild einer Organisation verankert werden.

Beispiele:

1. Eine Gesundheitsorganisation setzt sich mit ihrer eigenen organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz auseinander. Um diese in der Praxis langfristig zu fördern, überarbeitet die Organisation ihr Leitbild und hält dort z. B. Entwicklungsziele zur stärkeren Einbindung von Nutzer:innen fest.
2. Eine neu gegründete Physiotherapiepraxis möchte den Mitarbeitenden sowie der potenziellen Nutzer:innenschaft vermitteln, dass ein zentraler Grundsatz in ihrer Kommunikation mit Nutzer:innen ist, stets auf deren Bedarfe und Nachfragen einzugehen. Dieser Grundsatz wird im neu zu entwickelnden Praxisleitbild verschriftlicht.

Navigationshilfen

Definition:

Navigationshilfen können das Auffinden einer Einrichtung erleichtern und Nutzer:innen die Orientierung innerhalb der Räumlichkeiten der Einrichtung unterstützen (Pelikan & Dietscher, 2015).

Erklärung: Navigationshilfen können Orientierungs- bzw. Wegleitsysteme umfassen, die Personen so leiten, dass sie den Weg zu einem bestimmten Ziel selbstständig finden können. Ein weiteres Beispiel sind Lots:innen, die den Nutzer:innen bei der Wegfindung persönlich vor Ort helfen.

Beispiele:

1. Im Eingangsbereich der Organisation sind Wegweiser oder Broschüren zu finden, die deutlich machen, welche Räumlichkeiten wo zu finden sind.
2. Auf der Website der Organisation sind ein Lageplan und Informationen dazu zu finden, über welche Eingänge und Wege sich bestimmte Räume oder Angebote der Organisation (barrierefrei) erreichen lassen.
3. Beschäftigte können als Lots:innen in einer Einrichtung eingesetzt werden und Nutzer:innen den Weg zu einer bestimmten Räumlichkeit schildern bzw. sie dorthin begleiten.

Weiterführende Informationen:

- TU Dresden – Barrierefreies Leit- und Orientierungssystem: <https://tu-dresden.de/tu-dresden/campus/entwicklung/leitsystem> (zuletzt abgerufen am 21. 7. 2023)

Nutzer:innen

Definition:

Nutzer:innen sind die Personen, die eine Organisation z. B. besuchen und ihre Gesundheitsangebote in Anspruch nehmen.

Beispiele: Patient:innen, Klient:innen, Mitglieder oder Kund:innen.

Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz

Definition:

Die organisationsbezogene Gesundheitskompetenz einer Organisation beschreibt deren Fähigkeit, Menschen dabei zu unterstützen, »[Gesundheits-]Informationen und Angebote zu finden, zu verstehen und anzuwenden« (aus dem Englischen übersetzt aus: Brach et al., 2012, S. 1).

Erklärung: Die organisationsbezogene Gesundheitskompetenz einer Organisation beschreibt deren Fähigkeit, »auf die Gesundheitskompetenz der [Bürger:innen] angemessen zu reagieren bzw. diese im Versorgungsprozess angemessen und an deren individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten orientiert zu nutzen« (Bitzer & Sørensen, 2018, S. 759). Insofern ist die organisationsbezogene Gesundheitskompetenz verwandt mit den theoretischen Konzepten der Patient:innenorientierung und patient:innenzentrierten Versorgung.

Weiterführende Informationen:

1. DNGK – Organisationale Gesundheitskompetenz, Positionspapier 2019: <https://dngk.de/gesundheitskompetenz/organisationale-gesundheitskompetenz-positionspapier-2019/> (zuletzt abgerufen am 16. 3. 2023, führt direkt zum Dateidownload)
2. Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz – Die Strategiepapiere – Strategiepapier #4 – Gesundheitskompetenz als Standard auf allen Ebenen im Gesundheitssystem verankern: <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/aktionsplan/strategiepapiere/> (zuletzt abgerufen am 21. 7. 2023)

Peer-to-Peer-Ansätze

Definition:

Die Bezeichnung »Peer« leitet sich aus dem Englischen ab und ist unter anderem sinnverwandt mit dem Begriff eines bzw. einer »Ebenbürtigen«. »Peers« im Kontext des Gesundheitswesens sind Personen, die bestimmte Merkmale (z. B. ähnliche Krankheitsgeschichte, soziodemografischer Hintergrund) teilen und sich innerhalb von Peer-to-Peer-Ansätzen in unterschiedlichen Formaten auf Augenhöhe miteinander austauschen (Simoni et al., 2011).

Erklärung: Die Formate von Peer-to-Peer-Ansätzen sind breit gestreut. Sie können in Gruppen, bestehend aus mehreren »Peers«, oder zwischen zwei Personen stattfinden und ebenso in unterschiedlichen Settings erfolgen (Dennis, 2003). So unterschied-

lich wie die Formate sind auch die Ziele der Peer-to-Peer Ansätze. Hierzu können u. a. (gesundheitliche) Bildung, gegenseitige Unterstützung oder die Förderung der Selbstwirksamkeit gehören (Simoni et al., 2011). Um Peer-to-Peer-Ansätze zu unterstützen, kann eine Organisation z. B. Informationen über Peer-to-Peer-Angebote bereitstellen oder selber Austauschmöglichkeiten unter »Peers« anbieten.

Beispiele:

1. In Selbsthilfegruppen können sich Personen mit einer ähnlichen Diagnose über ihren Umgang damit austauschen, sich gegenseitig unterstützen und voneinander lernen.
2. Ehemalige Psychiatriepatient:innen können Personen begleiten und unterstützen, die eine psychiatrische Behandlung beginnen.

Weiterführende Informationen:

- Peer-Beratung in Hamburg: <https://www.psychenet.de/de/hilfe-finden/spezielle-angebote-in-hamburg.html> (zuletzt abgerufen am 21.7.2023)

Personalressourcen

Definition:

Personalressourcen bezeichnen die zur Verfügung stehende Arbeitskapazität von Personen, die in einer Organisation oder Abteilung angestellt sind (Bundesministerium des Innern und für Heimat, 2022).

Beispiele:

1. Arbeitskapazität der Ärzt:innen und Pflegekräfte in einem Krankenhaus
2. Arbeitskapazität des wissenschaftlichen Personals in einer Forschungseinrichtung

Weiterführende Informationen:

- Bundesministerium des Innern und für Heimat (2022): https://www.verwaltung-innovativ.de/OHB/DE/OrganisationshandbuchNEU/2_Organisationsmanagement/2_4_Ressourcen/2_4_1_Personalressourcen/personalressourcen-node.html#:~:text=Personalressourcen%20sind%20menschliche%20Arbeitskapazit%C3%A4ten%2C%20also%20das%20Personal%20einer%20Organisation%2FOrganisationseinheit (zuletzt abgerufen am 21.7.2023)

Qualitätsmanagement

Definition:

Qualitätsmanagement umfasst Maßnahmen, die einer strukturierten Entwicklung, Sicherung und Verbesserung der Qualität von z. B. Prozessen innerhalb einer Einrichtung, Projekten oder Versorgungsangeboten dienen (Petzina & Wehkamp, 2019).

Erklärung: Im Qualitätsmanagement enthalten sind »Führungsaufgaben, die die Festlegung und Umsetzung der Qualitätspolitik zum Ziel haben« (Stockmann, 2006, S. 24). Maßnahmen zur Förderung der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz (▷S.149) können ebenfalls im Rahmen des Qualitätsmanagements einer Organisation eine Rolle spielen. Hiermit lassen sich beispielsweise positive Effekte für die Patient:innensicherheit oder die Qualifizierung des Personals erreichen.

Weiterführende Informationen:

- Deutsche Gesellschaft für Qualität: <https://www.dgq.de/> (zuletzt abgerufen am 21.7.2023)

Schriftformatierungen

Definition:

Schriftformatierungen sind Einstellungen zur Schriftgröße, -art und -farbe sowie Zeichen- und Wortabstände.

Erläuterung: Die gewählte Schriftformatierung kann Einfluss darauf haben, wie gut lesbar und somit verständlich ein Text (z. B. eine Patient:inneninformation) für die Zielgruppe ist.

Beispiele:

1. Serifenlose Schriftart: Arial, Schriftgröße: 11, Schriftfarbe: schwarz
2. Serifenbetonte Schriftart: Times New Roman, Schriftgröße: 14, Schriftlage: kursiv

Weiterführende Informationen:

- Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e. V. – leserlich.info – Schritte zu einem inklusiven Kommunikationsdesign: <https://www.leserlich.info/> (zuletzt abgerufen am 21.7.2023)

Screenreader

Definition:

»Ein Screenreader (Bildschirmleser) ist eine spezielle Software für Computer, Smartphone oder Tablet. [...] Der Screenreader wandelt Inhalte, die auf einem Bildschirm zu sehen sind, in Lautsprache (Text-to-Speech) oder tastbare Braille-Zeilen um.« (Jacobi, 2020, S. 129)

Erklärung: Eine für Screenreader erfassbare Formatierung von Webseiten, PDF-Dateien oder anderen digitalen Materialien baut Barrieren ab und ermöglicht mehr Menschen den Zugang zu den Angeboten und Informationen einer Organisation. Screenreader werden z. B. von Menschen mit einer Sehbehinderung genutzt. Ob die Formatierung die Erfassbarkeit des Inhalts gewährleistet, sollte durch Personen, die selbst regulär einen Screenreader nutzen und daher sachkundig sind, beurteilt werden.

Weiterführende Informationen:

- Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung (BITV)
- Web Content Accessibility Guidelines (WCAG)
- Bundesfachstelle Barrierefreiheit

Selbstmanagement/ Methoden zur Unterstützung des Selbstmanagements

Definition:

Selbstmanagement im gesundheitlichen Bereich beschreibt den Umgang einer Person mit ihrer eigenen Gesundheit bzw. das Engagement, das sie dieser gegenüberbringt. Das Ausmaß und die Art des aufgebrauchten Selbstmanagements kann von Person zu Person unterschiedlich sein (Lorig & Holman, 2003). Unterstützungsmethoden sollen dazu dienen, Nutzer:innen des Gesundheitswesens in ihren Fähigkeiten und ihrem Selbstbewusstsein im Umgang mit Gesundheit und Krankheit zu fördern (Bodenheimer et al., 2002).

Erklärung: Zu den Fähigkeiten für ein effektives Selbstmanagement gehören z. B. Problemlösefähigkeiten, Zusammenarbeit mit Behandelnden oder die Fähigkeit zur Umsetzung gewünschter Veränderungen (Lorig & Holman, 2003). Insbesondere für Menschen mit chronischen Krankheiten ist ein gutes Selbstmanagement von Bedeutung (Grady & Gough, 2014). Gesundheitsorganisationen können dabei unterstützen, das individuelle Selbstmanagement zu fördern, indem sie entsprechende Angebote

für ihre Nutzer:innen zur Verfügung stellen, die u. a. auf den Aufbau wichtiger Selbstmanagementfähigkeiten abzielen.

Beispiele:

1. Spezielle Schulungen für Patient:innen zum Umgang mit einer chronischen Erkrankung wie z. B. Diabetes
2. Das Aushändigen von Informationsmaterialien zu einer diagnostizierten Erkrankung
3. Hinweise auf Selbsthilfegruppen geben oder entsprechende Gruppen anbieten

Techniken für die Kommunikation mit Zielgruppen

Definition:

Bei der Kommunikation mit den Zielgruppen einer Organisation können Gesprächsführungstechniken hilfreich sein. Dies sind Techniken, die dabei helfen, Gespräche strukturiert und nutzer:innenzentriert zu führen. (Mackert et al., 2011; Nouri & Rudd, 2015)

Erklärung: Spezielle Techniken für die Kommunikation mit Zielgruppen werden besonders dann relevant, wenn die Kommunikation zwischen Gesundheitspersonal und Nutzer:innen durch Verständnisschwierigkeiten erschwert ist (Mackert et al., 2011). Somit kann die Qualifizierung des Personals in diesen Techniken dabei helfen, Gespräche zu strukturieren, gegenseitiges Verständnis in Gesprächssituationen zu fördern (Verständnissicherung ▷S.156) und die Gesundheitskompetenz von Nutzer:innen zu stärken (Kripalani & Weiss, 2006; Mackert et al., 2011; Nouri & Rudd, 2015; Schwartzberg et al., 2007).

Beispiele:

1. Aushändigung zusätzlicher Printmaterialien an Nutzer:innen (vgl. Schwartzberg et al., 2007)
2. Zeichnen von Bildern während des Erklärens, um das Gesagte zu visualisieren (vgl. Schwartzberg et al., 2007)

Weiterführende Informationen:

- Hinweise zur Kommunikation mit Zielgruppen mit Schwierigkeiten im Bereich der Gesundheitskompetenz: <https://pub.uni-bielefeld.de/record/2908199> (zuletzt abgerufen am 21.7.2023)

UN-Behindertenrechtskonvention

Definition:

Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) ist ein Übereinkommen bezüglich der allgemeinen Menschenrechte von Menschen mit Behinderungen (Deutsches Institut für Menschenrechte, 2022).

Erläuterung: Die UN-BRK trägt zur Reform der Rechte von Menschen mit Behinderungen bei. 182 Staaten, darunter auch Deutschland im Jahr 2009, haben sich verbindlich dazu bereit erklärt, sich an das Übereinkommen zu halten (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2023).

Beispiel: Die UN-BRK umfasst unter anderem Artikel 25, der die unterzeichnenden Staaten dazu verpflichtet, »das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung« anzuerkennen. Dazu gehört sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen Gesundheitsleistungen gleichsam und auf demselben Niveau wie alle anderen Menschen erhalten (Art. 25a UN-BRK). Weiterhin stehen ihnen z. B. Gesundheitsangebote zu, auf die sie speziell wegen ihrer Behinderung angewiesen sind (Art. 25b UN-BRK).

Weiterführende Informationen:

- Deutsches Institut für Menschenrechte – Die UN-Behindertenrechtskonvention: <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/das-institut/monitoring-stelle-un-brk/die-un-brk> (zuletzt abgerufen am 21.7.2023)
- Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen – UN-Behindertenrechtskonvention: <https://www.behindertenbeauftragter.de/DE/AS/rechtliches/un-brk/un-brk-node.html> (zuletzt abgerufen am 21.7.2023)
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales – Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen: <https://www.bmas.de/DE/Soziales/Teilhabe-und-Inklusion/Politik-fuer-Menschen-mit-Behinderungen/Behindertenrechtskonvention-der-Vereinten-Nationen/behindertenrechtskonvention-der-vereinten-nationen.html> (zuletzt abgerufen am 21.7.2023)
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales – Deutsche Übersetzung der UN-Behindertenrechtskonvention: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Teilhabe/uebereinkommen-ueber-die-rechte-behinderter-menschen.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (zuletzt abgerufen am 23.11.2023, führt direkt zum Dateidownload)
- Informationen zum Hamburger Landesaktionsplan zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen <https://www.hamburg.de/behinderung/14414258/landesaktionsplan/> (zuletzt abgerufen am 21.7.2023)

Vermittlung

Definition:

Vermittlung bezieht sich auf unterschiedliche Prozesse, bei denen Nutzer:innen von einer Organisation auf andere Organisationen bzw. deren Angebote verwiesen werden. Ziel ist, dass Nutzer:innen auf einfache Weise zwischen zwei oder mehr medizinischen sowie nichtmedizinischen Gesundheitsangeboten navigieren und die benötigten Leistungen in Anspruch nehmen können.

Erläuterung: Notwendig für eine erfolgreiche Vermittlung kann z. B. sein, dass die Organisationen miteinander kommunizieren und (auf rechtlich zulässige Weise) zusammenarbeiten. Durch die Bereitstellung von Informationen können Organisationen Nutzer:innen darin unterstützen, den Vermittlungsprozess selbstständig zu steuern.

Beispiele:

1. Überweisungen an Fachärzt:innen
2. Beteiligung in einem Versorgungsnetzwerk (professionsübergreifende Kooperation von Gesundheitsorganisationen, damit die Deckung unterschiedlicher Bedarfe, die innerhalb der Versorgung von Nutzer:innen entstehen, verbessert und beschleunigt wird)
3. Erleichterung in der Vermittlung durch räumliche Nähe zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z. B. in medizinischen Versorgungszentren)
4. Bereitstellung von Informationen über psychosoziale Betreuungsdienste oder Stadtteilangebote (z. B. mündlich oder über Flyer)

Weiterführende Informationen:

- Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz – Navigationale Gesundheitskompetenz: <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/gesundheitskompetenz/forschungsergebnisse-f%C3%BCr-deutschland/navigationale-gesundheitskompetenz/> (zuletzt abgerufen am 21.7.2023)
- Stiftung Gesundheitswissen – Ärztliche Überweisung – Wann und wozu? <https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/gesund-es-leben/patient-arzt/aerztliche-ueberweisung-wann-und-wozu> (zuletzt abgerufen am 21.7.2023)

Verständnissicherung

Definition:

Bei der Verständnissicherung geht es darum sicherzustellen, dass in einem Gespräch zwischen Nutzer:innen und Gesundheitspersonal beide Seiten ein Verständnis von dem erlangen, was die andere Seite sagen möchte (Spranz-Fogasy, 2010).

Erklärung: Die Verständnissicherung ist bspw. in der Ärzt:innen-Patienten:innenkommunikation sehr wichtig, da ein gemeinsames Verständnis z. B. die Grundlage für die weitere Behandlungsplanung sein kann. Die Verständnissicherung in einem Gespräch kann sich auf verschiedene Ebenen des Gesprächs beziehen. Ein bekanntes Kommunikationsmodell ist das Kommunikationsquadrat von Schulz von Thun (1981). Hierbei werden die vier Kommunikationsebenen Sachinhalt (inhaltliche Aussage), Beziehungshinweis (Beziehung zur anderen Person), Selbstkundgabe (eigener Zustand, Gefühle, Einstellungen etc.) und Appell (Aufforderung an Gesprächsgegenüber) unterschieden (vgl. Kölfen, 2018). Im professionellen Gespräch können verschiedene Strategien bzw. Techniken für die Kommunikation mit Zielgruppen (▷S.153) genutzt werden, um das Verständnis auf einer oder mehrerer der Gesprächsebenen zu sichern (Kölfen, 2018).

Beispiele für Strategien zur Verständnissicherung:

1. Gehörtes zusammenfassen (Paraphrasieren [Kölfen, 2018]): »Ich habe verstanden, dass ...
 ... Sie seit drei Wochen Bauchschmerzen haben« (Sachinhalt)
 ... Sie den Eindruck haben, dass ich Ihr Anliegen nicht ernst nehme« (Beziehungshinweis)
 ... Sie sich Sorgen bezüglich der Medikamente machen« (Selbstkundgabe)
 ... Sie wollen, dass ich Sie krankschreibe« (Appell)
2. Klärende Nachfragen stellen (Kölfen, 2018): »Wie haben Sie das gemeint, als Sie sagten ...?«

Weiterführende Informationen:

- Eine spezielle Technik, um das Verständnis von Patient:innen auf der Sachebene (inhaltlichen Ebene) eines Gesprächs zu überprüfen, ist die Teach-back-Methode: <http://teachback.org/> (zuletzt abgerufen am 21.7.2023).

Visualisierungen

Definition:

Bei einer Visualisierung handelt es sich um eine bildhafte Darstellung von Zusammenhängen, Daten oder Strukturen (Schumann & Müller, 2000).

Erläuterung: Visualisierungen werden häufig gewählt, um die Vermittlung der dargestellten Informationen und ihrer Kernaussagen zu vereinfachen. Visualisierungen sollten so gestaltet werden, dass die betrachtende Person in die Lage versetzt wird, Inhalte bzw. deren Zusammenhänge zu erkennen, zu verstehen, zu bewerten und, hierauf basierend, eigene Entscheidungen ableiten zu können (Schumann & Müller, 2000).

Beispiele:

1. Ein Diagramm, welches die Entwicklung und Ausprägung von Krankheitssymptomen über einen bestimmten Zeitraum hinweg darstellt
2. Ergänzende Piktogramme auf wegweisenden Schildern, welche dabei helfen, die Aussagen der Schilder einfach zu erfassen

Zielgruppen

Definition:

Zielgruppen sind die Personen, an die sich die Angebote und Informationen einer Organisation richten. Zur Zielgruppe gehören Nutzer:innen, aber auch die Personen, die die Organisation bisher noch nicht aufgesucht haben bzw. die ihre Angebote noch nicht in Anspruch genommen haben.

Beispiele: potenzielle Patient:innen, Klient:innen, Mitglieder oder Kund:innen.

LITERATURVERZEICHNIS

Altgeld T (2022): Diversity und Diversity Management/Vielfalt gestalten. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i127-2.0>

Altgeld T, Latteck Ä-D (2021): Inklusion und Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i132-2.0>

Arens EA, Berger C, Lincoln TM (2009): Stigmatisierung von Patienten mit Schizophrenie. Prägt das Studium die Einstellungen angehender Psychologen und Mediziner? *Nervenarzt* 80:329–339. <https://doi.org/10.1007/s00115-008-2646-4>

- Bitzer EM, Sørensen K (2018): Gesundheitskompetenz – Health Literacy. Gesundheitswesen 80: 754–766. <https://doi.org/10.1055/a-0664-0395>
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K (2002): Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness. JAMA 288:1775–1779. <https://doi.org/10.1001/jama.288.14.1775>
- Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, et al. (2012): Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations
- Bundesministerium des Innern und für Heimat (2022): Personalressourcen: Organisationshandbuch
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2014): Leichte Sprache: Ein Ratgeber
- Bundesministerium für Gesundheit (2022): Schaubild »Unser Gesundheitssystem«. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/schaubild-das-gesundheits-system-alles-auf-einen-blick.html>
- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2023): Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention)
- Dennis C-L (2003): Peer support within a health care context: a concept analysis. Int J Nurs Stud 40: 321–332. [https://doi.org/10.1016/s0020-7489\(02\)00092-5](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(02)00092-5)
- Deutsches Institut für Menschenrechte (2022): Die UN-Behindertenrechtskonvention
- Dierks M-L, Brandt P (2014): Stichwort: Gesundheit. Z Für Erwachsenenbildung 20–21
- Gaebel W (2005): Pro und Kontra: Machen Antistigmakampagnen Sinn? Psychiatr Prax 32:218–220. <https://doi.org/10.1055/s-2005-866892>
- Grady PA, Gough LL (2014): Self-Management: A Comprehensive Approach to Management of Chronic Conditions. Am J Public Health 104:e25–e31. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302041>
- Haack G, Haß W (2020): Evaluation. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i016-2.0>
- Hensen P (2019): Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Springer Fachmedien, Wiesbaden
- Hinz A (2002): Von der Integration zur Inklusion – terminologisches Spiel oder konzeptionelle Weiterentwicklung? Z Für Heilpädagog 53:354–361
- Jacobi P (2020): Barrierefreie Kommunikation im Gesundheitswesen. Leichte Sprache und andere Methoden für mehr Gesundheitskompetenz. Springer, Berlin, Heidelberg
- Kickbusch I, Pelikan J, Haslbeck J, Apfel F, Tsouros AD (2016): Gesundheitskompetenz – Die Fakten. Weltgesundheitsorganisation
- Kölfen W (2018): Kommunikationseinfluss der eigenen Haltung. In: Kölfen W (Hrsg.): Ärztliche Gespräche, die wirken. Springer, Berlin, Heidelberg, 105–175
- Koller R, Haslacher H, Kienesberger K, Schmöger M, Schosser A (2015): Einstellung zu antidepressiver Therapie. Akzeptanz vs. Stigmatisierung. neuropsychiatrie 29:14–22. <https://doi.org/10.1007/s40211-014-0134-6>
- Kripalani S, Weiss BD (2006): Teaching about health literacy and clear communication. J Gen Intern Med 21:888–890. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00543.x>
- Link BG, Phelan JC (2001): Conceptualizing Stigma. Annu Rev Sociol 27:363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

Lorig KR, Holman HR (2003): Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med* 26:1–7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01

Mackert M, Ball J, Lopez N (2011): Health literacy awareness training for healthcare workers: Improving knowledge and intentions to use clear communication techniques. *Patient Educ Couns* 85:e225–e228. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.02.022>

Maier GW, Nissen R (2018): Evaluation. <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/evaluation-32471/version-256014>

Marent B, Forster R, Nowak P (2015): Conceptualizing Lay Participation in Professional Health Care Organizations. *Adm Soc* 47:827–850. <https://doi.org/10.1177/0095399713489829>

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (2014): Arbeitsweise und Verfahren der Patientenbeteiligung nach § 140f SGB V. Erfahrungen einbringen, Interessen vertreten

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (2015): Grundlagen der Patientenbeteiligung nach § 140 f SGB V. Erfahrungen einbringen, Interessen vertreten

Nouri SS, Rudd RE (2015): Health literacy in the »oral exchange«: An important element of patient-provider communication. *Patient Educ Couns* 98:565–571. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.12.002>

Pelikan JM, Dietscher C (2015): Warum sollten und wie können Krankenhäuser ihre organisationale Gesundheitskompetenz verbessern? *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 58:989–995. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2206-6>

Petzina R, Wehkamp K (2019): Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. In: Haring R (Hrsg.): *Gesundheitswissenschaften*. Springer, Berlin, Heidelberg, 709–723

Schaeffer D, Berens E-M, Gille S, Griese L, et al. (2021): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie – Ergebnisse des HLS-GER 2

Schulz von Thun F (1981): Miteinander reden 1: Störungen und Klärungen. *Allgemeine Psychologie der Kommunikation*, Rowohlt, Reinbek bei Hamburg

Schumann H, Müller W (2000): *Visualisierung. Grundlagen und allgemeine Methoden*. Springer, Berlin, Heidelberg

Schwartzberg JG, Cowett A, VanGeest J, Wolf MS (2007): Communication techniques for patients with low health literacy: a survey of physicians, nurses, and pharmacists. *Am J Health Behav* 31 Suppl 1:96–104

Simoni JM, Franks JC, Lehavot K, Yard SS (2011): Peer interventions to promote health: conceptual considerations. *Am J Orthopsychiatry* 81:351–359. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2011.01103.x>

Sørensen K, van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, et al. (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12:80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Spranz-Fogasy T (2010): Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation. Fragen und Antworten im Arzt-Patient-Gespräch. In: Deppermann A, Reitemeier U, Schmitt R, Spranz-Fogasy T (Hrsg.): *Verstehen in professionellen Handlungsfeldern*. Narr, Tübingen, 27–116

Stockmann R (2006): *Evaluation und Qualitätsentwicklung. Grundlage für wirkungsorientiertes Qualitätsmanagement*, 1. Auflage. Waxmann

U.S. Department of Health and Human Services (2020): Health Literacy in Healthy People 2030. <https://health.gov/healthypeople/priority-areas/health-literacy-healthy-people-2030>

Walter U, Jahn I (2015): Zielgruppen erreichen. Zugangswege gestalten. Gesundheitswesen 77 Suppl 1:S14-8. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1334940>

World Health Organization (1998): Health Promotion Glossary. Switzerland

KAPITEL 6

Der Kriterienkatalog in der Praxis

Johanna Heeg, Izumi Klockmann, Daniel Lüdecke, Leonie Jaß

6.1

Einleitung

In den vorangegangenen Kapiteln wurde die Entwicklung von Kriterien zur organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz (siehe Textbox 6.1-1) vorgestellt. Die Kriterien wurden basierend auf einem umfangreichen Forschungsprozess erstellt (▷3, ▷4) und können im Rahmen des Reflexionsbogens (▷5.3) zur Selbsteinschätzung von Gesundheitseinrichtungen genutzt werden. Der Reflexionsbogen ist eingebettet in einen umfangreichen Kriterienkatalog (▷5), welcher zusätzliche Informationen zum Thema »organisationsbezogene Gesundheitskompetenz« zur Verfügung stellt.

Textbox 6.1-1: Begriffsdefinition »Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz«

Definition 1:

Gesundheitskompetente Organisationen sind »Gesundheitsorganisationen, die es den Menschen leichter machen, [Gesundheits-]Informationen und Angebote zu finden, zu verstehen und anzuwenden, um sich um ihre Gesundheit zu kümmern.« (Aus dem Englischen übersetzt aus: Brach et al., 2012, S. 1)

Definition 2:

»Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz ist der Grad, in dem Organisationen es dem Einzelnen ermöglichen, Informationen und Dienstleistungen zu finden, zu verstehen und zu nutzen, um gesundheitsbezogene Entscheidungen und Maßnahmen für sich selbst und andere zu treffen.« (Aus dem Englischen übersetzt aus: U.S. Department of Health and Human Services, 2020)

Die Kriterien zur organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz sollen sowohl in der Praxis zur Selbsteinschätzung, Maßnahmenentwicklung und Evaluation in Gesundheitsorganisationen als auch im Forschungskontext einsetzbar sein. Im Folgenden wird die praktische Erprobung der Kriterien im Fragebogenformat dargestellt. In Textbox 6.1-2 werden dazu die Begriffe »Kriterien«, »Reflexionsbogen«, »Kriterienkatalog« und »Fragebogen« definiert.

Textbox 6.1-2: Erklärung der Begriffe »Kriterien«, »Reflexionsbogen«, »Kriterienkatalog« und »Fragebogen«

Kriterien: Die Kriterien zur organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz charakterisieren, was eine Organisation haben oder tun muss, um gesundheitskompetent zu sein.

Reflexionsbogen: Der Reflexionsbogen ermöglicht Organisationen anhand von 77 Kriterien die Selbsteinschätzung ihrer organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz. Der jeweilige Handlungsbedarf wird anhand der Antwortmöglichkeiten »Keine Aktion erforderlich«, »Aktion optional« und »Aktion erforderlich« bzw. »Trifft nicht zu« eingeschätzt.

Kriterienkatalog: Der Kriterienkatalog enthält neben dem Reflexionsbogen u. a. eine Anleitung zur Arbeit mit dem Reflexionsbogen, beispielhafte Impulse zur Weiterarbeit mit den Ergebnissen und ein Glossar mit Definitionen von Kernbegriffen des Reflexionsbogens.

Fragebogen: Der Fragebogen beinhaltet die gleichen 77 Kriterien (in diesem Kontext »Items«) wie der Reflexionsbogen, unterscheidet sich aber in seiner Antwortskala. Der Fragebogen ermöglicht Organisationen die Selbsteinschätzung ihrer organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz auf Kriterien-, Unter-, Hauptkategorien- und Gesamtebene durch einen Score (Summenwert), der auf den Antwortmöglichkeiten »Gar nicht«, »Wenig«, »Teils/teils«, »Überwiegend«, »Voll und ganz« bzw. der »Trifft nicht zu«-Option basiert.

Der gesamte Prozess der Erprobung gliederte sich in drei Stufen (siehe Abbildung 6.1-1). Im ersten Schritt wurde eine Befragung von Gesundheitseinrichtungen in der Hamburger Region zur organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz geplant und durchgeführt. Ziel war es, einen ersten Überblick über den Stand der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz in der Hamburger Region zu erlangen. Diese Befragung wurde zudem genutzt, um zu prüfen, ob die Kriterien zur organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz in Zukunft auch im Rahmen eines Fragebogens eingesetzt

werden können. Im Anschluss an die Onlinebefragung erfolgte eine Praxisphase, bei der die Anwendbarkeit und Nützlichkeit der Kriterien durch ausgewählte Gesundheitsorganisationen bewertet werden sollte. Nach der anfänglichen Selbsteinschätzung anhand der Kriterien und der Ergebnisbetrachtung wurde ein Teil der Organisationen zu Workshops eingeladen, in denen Maßnahmen zur Verbesserung der eigenen organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz identifiziert und ggf. später implementiert werden sollten. Die Arbeit mit den Kriterien wurde anschließend in leitfadenbasierten Interviews evaluiert.

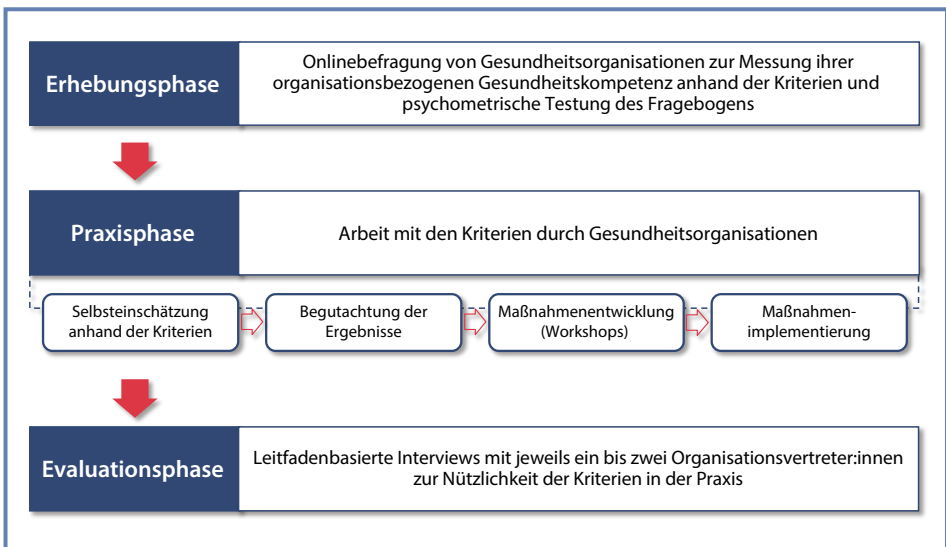


Abbildung 6.1-1: Ablauf der praktischen Erprobung der Kriterien. Quelle: eigene Darstellung.

6.2

Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz in der Region Hamburg

Um einen ersten Eindruck zu bekommen, wie die organisationsbezogene Gesundheitskompetenz in Gesundheitsorganisationen der Hamburger Region aktuell ausgeprägt ist, wurde eine Onlinebefragung durchgeführt. Eine umfassende Beschreibung der Onlinebefragung der Gesundheitsorganisationen und der Ergebnisse ist in Klockmann et al. (2023) zu finden sowie im Folgenden zusammengefasst dargestellt.

Im Zeitraum vom 20. 8. 2021 bis 17. 9. 2021 war der Befragung ein Pretest vorgeschaltet, bei dem der Erfahrenenbeirat (>2.2), zwei wissenschaftliche Kolleg:innen und zwei studentische Mitarbeitende den Onlinefragebogen zur Testung auf dessen Verständ-

lichkeit, Anwendbarkeit und Umfang ausfüllten und Feedback gaben. Basierend darauf, fanden Anpassungen an den Kriterien statt (►4.3.2).

An der Befragung konnten alle Gesundheitseinrichtungen teilnehmen, die Interesse hatten und in der Hamburger Region ansässig waren. Ausgewählt und gezielt angesprochen wurden Hamburger Gesundheitsorganisationen über eine Onlinerecherche, zudem wurde über verschiedene Verteiler und Verbände geworben. Die bereits am Projekt beteiligten Organisationen wurden ebenfalls zur Befragung eingeladen bzw. gebeten, die Befragungseinladung an ihre Mitgliedsorganisationen weiterzuleiten oder z. B. den Befragungslink über einen Newsletter oder ihre Webseite zu verbreiten. Die Befragung war keine repräsentative Erhebung von Hamburger Gesundheitseinrichtungen, sondern sollte lediglich einen ersten Eindruck über den Stand der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz in der Hamburger Region vermitteln.

Zusätzlich sollte die Befragung eine Datengrundlage bieten, um in Zukunft die Kriterien für organisationsbezogene Gesundheitskompetenz nicht nur im Rahmen eines Reflexionsbogens (►5.3), sondern auch in Form eines wissenschaftlichen Fragebogens nutzen zu können. Der Reflexionsbogen zeichnet sich dadurch aus, dass die Organisationen je Kriterium angeben, inwieweit Handlungsbedarf besteht, an dem jeweiligen Bereich zur Steigerung der eigenen Gesundheitskompetenz zu arbeiten. Die Auswahlmöglichkeiten im Reflexionsbogen sind »Keine Aktion erforderlich«, »Aktion optional« und »Aktion erforderlich«. Zudem gibt es eine »Trifft nicht zu«-Option für Kriterien, die inhaltlich nicht zu der Organisation passen, wodurch die Anzahl der Kriterien individuell reduziert werden kann. Nach dem Ausfüllen des Reflexionsbogens kann ausgezählt werden, bei wie vielen Kriterien Aktionsbedarf vorhanden bzw. nicht vorhanden ist.

Bei der Befragung kam jedoch nicht der Reflexionsbogen zum Einsatz, sondern der Fragebogen, in welchem die Organisationen die Kriterien in Form von Items hinsichtlich des Umsetzungsstands einschätzen. Die Teilnehmenden beantworteten die Frage »In welchem Maße werden die folgenden Punkte [...] aktuell umgesetzt?« auf einer fünfstufigen Skala (»Gar nicht«, »Wenig«, »Teils/teils«, »Überwiegend« und »Voll und ganz«). Zudem ist auch hier eine Auswahl der Option »Trifft nicht zu« möglich. Die inhaltlichen Bedeutungen der einzelnen Stufen der Antwortskala sowie die jeweilig zugehörigen Scores, die zwischen 0 und 4 liegen, sind in Textbox 6.2-1 abgebildet.

Der Fragebogen bietet – anders als der Reflexionsbogen – die Möglichkeit, dass die Selbsteinschätzung zu organisationsbezogener Gesundheitskompetenz auf Kriterien- (Item-), Unter-, Hauptkategorien- und Gesamtebene anhand eines Wertes gemessen werden kann. Dies ermöglicht Vergleiche der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz zwischen Organisationen sowie für eine Organisation zwischen zwei (oder mehr) Zeitpunkten (siehe Textbox 6.1-2). Ein Fragebogen ist jedoch nicht automatisch ein geeignetes Messinstrument. Hierzu muss zunächst wissenschaftlich geprüft werden, ob der Fragebogen auch zuverlässig organisationsbezogene Gesundheitskom-

Textbox 6.2-1: Antwortskala des Fragebogens und zugehörige Scores

Gar nicht (0) – Dies wird aktuell nicht umgesetzt, und es gibt keine organisationsinterne Unterstützung oder Verpflichtung zur Umsetzung.

Wenig (1) – Dies wird aktuell noch nicht umgesetzt, jedoch widmet sich die Organisation einer zukünftigen Umsetzung, und die Planung hat begonnen.

Teils/teils (2) – Dies wird in einigen der relevanten Organisationsbereiche bzw. Situationen umgesetzt, jedoch findet die Umsetzung noch sporadisch statt, und Verbesserungen sind nötig.

Überwiegend (3) – Dies wird in der Mehrheit der relevanten Organisationsbereiche bzw. Situationen umgesetzt, jedoch sind noch Verbesserungen nötig, um den Aspekt zu verankern.

Voll und ganz (4) – Dies ist Routine, wird in allen relevanten Organisationsbereichen bzw. Situationen umgesetzt und ist bereits verankert.

Trifft nicht zu (kein Score) – Im Gegensatz zur Antwortoption »Gar nicht« ist dieser Punkt irrelevant für die Arbeitsumgebung, das Handlungsfeld oder die Zielgruppen der Organisation.

petenz messen kann. Diese Prüfung wird als »psychometrische Testung« bezeichnet. Wird im Ergebnis der Fragebogen als geeignet eingeschätzt, um organisationsbezogene Gesundheitskompetenz zuverlässig zu messen, können entsprechende Vergleiche getätigt werden.

6.2.1 Durchführung und Auswertung der Befragung

Insgesamt nahmen 53 Gesundheitsorganisationen aus der Hamburger Region im Zeitraum vom 22.9.2021 bis 30.11.2021¹ an der Onlinebefragung teil und schätzten im Rahmen dessen die 77 Kriterien (Items) für ihre Einrichtung ein. Je Organisation wurde der Fragebogen nur einmal ausgefüllt. Dabei war es den Organisationen freigestellt, von wem und wie vielen Personen in der Organisation die Selbstbewertung durchgeführt wird (z. B. Geschäftsführer:in, Abteilungsleiter:in, Angestellte:r) und ob die Gesamtorganisation oder eine Untereinheit der Organisation bewertet wurde.

Die teilnehmenden Gesundheitsorganisationen wurden gebeten anzugeben, welche Zielgruppen ihre Organisation hat. Eine Übersicht über die Zielgruppen der befragten Gesundheitsorganisationen ist in Tabelle 6.2-1 dargestellt.

¹ Eine nachträglich rekrutierte Organisation beteiligte sich am 9.8.2022 an der Befragung.

Tabelle 6.2-1: Zielgruppen der befragten Organisationen.

Zielgruppen	Anzahl der Organisationen
Selbst betroffene Personen (z. B. Patient:innen, Klient:innen, Mitglieder, Kund:innen)	34
Selbst betroffene Personen sowie Angehörige	8
Angehörige (z. B. Angehörigenvereine)	1
Sonstige (z. B. Mitgliedsorganisationen, Arbeitgeber:innen, Fachkräfte)	10
Gesamt	53

Tabelle 6.2-2: Selbstbewertung der Organisationen.

Kategorien (Anzahl der Organisationen)	Mittelwert ²	Fehlende Angaben (in %) ³	Verteilung der Mittelwerte je Organisation		
			Antwortbereich ⁴	Standardabweichung ⁵	Median (25 %; 75 %) ⁶
1. Barrierefreier Zugang & Navigation (53)	3,1	0,0–20,8	1,3–3,9	0,6	3,2 (2,8; 3,4)
2. Integration, Priorisierung & Verbreitung von organisationsbezo- gener Gesundheitskompetenz (50)	2,7	3,8–24,5	0,5–4,0	0,9	3,0 (2,3; 3,3)
3. Qualifizierung, Qualitätsmanage- ment, Evaluation & Bedarfserhe- bung (52)	2,5	3,8–34,0	0,7–4,0	1,0	2,7 (1,6; 3,3)
4. Kommunikation mit Zielgruppen (52)	2,8	7,6–22,6	0,0–3,9	0,8	2,9 (2,5; 3,4)
5. Einbeziehung & Unterstützung von Zielgruppen (47)	2,3	22,6–43,4	0,0–4,0	1,0	2,4 (1,6; 3,0)

Antwortskala: »Gar nicht«, »Wenig«, »Teils/teils«, »Überwiegend« und »Voll und ganz« sowie Option »Trifft nicht zu« (siehe Textbox 6.2-1)

2 Durchschnittliche Scores je Hauptkategorie über alle Organisationen hinweg. Je höher der Wert, umso höher wurde die organisationsbezogene Gesundheitskompetenz im Durchschnitt von den Organisationen eingeschätzt. »Trifft nicht zu«-Angaben wurden in der Berechnung ausgeschlossen.

3 Prozentualer Anteil von nicht beantworteten Kriterien (Items) je Hauptkategorie über alle Organisationen hinweg, einschließlich der »Trifft nicht zu«-Angaben.

4 Zeigt die Spannweite vom jeweils niedrigsten bis zum höchsten Mittelwert je Hauptkategorie einer Organisation an.

5 Streuungsmaß: durchschnittliche Entfernung der Mittelwerte je Hauptkategorie einer Organisation vom organisationsübergreifenden Mittelwert je Hauptkategorie.

6 Genaue Mitte (50 Prozent) aller Mittelwerte je Hauptkategorie, wenn diese der Größe nach geordnet sind. Der 25-Prozent-Wert gibt entsprechend an, wo das erste Viertel, und der 75-Prozent-Wert, wo drei Viertel der geordneten Mittelwerte liegen.

6.2.2 Zentrale Ergebnisse

Im Anschluss an die Befragung wurden die Ergebnisse mithilfe eines Statistikprogramms⁷ ausgewertet und zusammengefasst. In Tabelle 6.2-2 sind die Mittelwerte (MW) und fehlenden Angaben über alle Organisationen hinweg sowie die Antwortbereiche, Standardabweichungen (SD) und Mediane für die einzelnen Hauptkategorien der Kriterien (Items) abgebildet. Der höchste Mittelwert ergab sich in der Kategorie »Barrierefreier Zugang & Navigation« (MW = 3,1; SD = 0,6). Dieser Wert bedeutet, dass Kriterien in dieser Hauptkategorie im Durchschnitt bereits überwiegend von den befragten Organisationen umgesetzt werden. Die niedrigsten Mittelwerte, d. h. die Kategorien mit dem durchschnittlich geringsten Umsetzungsgrad, fanden sich organisationsübergreifend in den Hauptkategorien »Einbeziehung & Unterstützung von Zielgruppen« (MW = 2,3; SD = 1,0) und »Qualifizierung, Qualitätsmanagement, Evaluation & Bedarfserhebung« (MW = 2,5; SD = 1,0). Die Ergebnisse der Befragung vermittelten damit einen ersten Eindruck darüber, in welchen Bereichen Gesundheitseinrichtungen in der Hamburger Region noch besonderen Entwicklungsbedarf haben.

6.2.3 Statistische Prüfung der Kriterien (Items) zur organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz als Fragebogen

Basierend auf der Onlinebefragung wurde, wie in der Einleitung von Abschnitt 6.2 beschrieben, eine weitergehende statistische Auswertung vorgenommen (»psychometrische Testung«)⁸. Ziel war es herauszufinden, ob die erhobenen Daten dafürsprechen, dass die entwickelten Kriterien auch als Items im Rahmen eines Fragebogens verwendet werden können, der zuverlässig organisationsbezogene Gesundheitskompetenz als Eigenschaft einer Gesundheitsorganisation messen kann.

Die zentralen Ergebnisse der psychometrischen Testung sind in Tabelle 6.2-3 abgebildet. In der linken Spalte sind die fünf Hauptkategorien des Fragebogens zu finden. In der Spalte »Werte auf Hauptkategorie-Ebene« ist die statistische Bewertung der fünf Hauptkategorien dargestellt. Hierbei geht es darum zu beurteilen, ob die fünf Hauptkategorien tatsächlich eigene theoretische Konstrukte abbilden, die sich inhaltlich voneinander abgrenzen und unterscheiden lassen. Die Analysen zeigen, dass es nur in der Hauptkategorie »Einbeziehung & Unterstützung von Zielgruppen« sogenannte Bodeneffekte gibt. Das bedeutet, dass der Fragebogen in dieser Hauptkategorie nicht ausreichend zwischen Organisationen mit niedriger Selbsteinschätzung bei

7 Stata/SE (StataCorp, 2017)

8 Die Berechnungen der psychometrischen Testung wurden mit der Software R (Version 4.2.1 [R Core Team, 2022]) und mit den R-Paketen »performance« (Lüdecke et al., 2021) und »parameters« (Lüdecke et al., 2020) durchgeführt.

dem jeweiligen Kriterium (Item) differenzieren kann. Deckeneffekte, welche sich auf eine unzureichende Differenzierung von Organisationen mit höherer Selbsteinschätzung bei einem Kriterium (Item) beziehen, sind in keiner Hauptkategorie vorhanden. Die Ergebnisse sprechen insgesamt für eine gleichmäßige Antwortverteilung in den ersten vier Hauptkategorien. Eine Verteilung über den gesamten Antwortbereich ist wünschenswert, um zu zeigen, dass die zugehörigen Kriterien (Items) sich dafür eignen, auch unterschiedliche Umsetzungsgrade bestimmter Aspekte organisationsbezogener Gesundheitskompetenz zu erfassen.

Auch relevant für die statistische Bewertung der fünf Hauptkategorien sind die Werte für die sogenannte interne Konsistenz, hier berechnet über Cronbachs Alpha. Die Werte für Cronbachs Alpha für die einzelnen Hauptkategorien sind alle im guten bis exzellenten Bereich, das heißt Werte von 0,8 oder größer (Bland & Altman, 1997). Dies bedeutet, dass die Selbsteinschätzung der Organisationen bei den einzelnen Kriterien (Items) einer Hauptkategorie eine hohe Übereinstimmung mit dem Gesamtergebnis einer Organisation in der jeweiligen Hauptkategorie hat. Das spricht dafür, dass alle fünf Hauptkategorien inhaltlich sehr gut durch die jeweiligen einzelnen Kriterien (Items) repräsentiert werden.

In Tabelle 6.2-3 zeigt die Spalte »Zusammenfassung der Werte auf Kriterien(Item)-Ebene«, dass es einzelne Kriterien (Items) in den Hauptkategorien gibt, die weniger gut in diese hineinpassen. Dies zeigt sich in der Tabelle unter dem Abschnitt »Itemtrennschärfe«, welche optimalerweise Werte zwischen 0,4 und 0,7 annehmen sollte (Kelava & Moosbrugger, 2020). Liegen die Werte darüber oder darunter, bedeutet dies, dass die Antworten auf einzelne Kriterien (Items) in einer Hauptkategorie nicht zum Gesamtergebnis der Antworten in einer Hauptkategorie passen und damit eventuell inhaltlich nicht zu dieser Hauptkategorie gehören. In der Hauptkategorie »Barrierefreier Zugang & Navigation« ist dies z. B. das Kriterium (Item) »Telefonische Kontakte zur Organisation sind kostenlos und zeitlich flexibel erreichbar«. In der Spalte »Itemschwierigkeit« sind Werte zwischen 0,2 und 0,8 erwünscht (Kelava & Moosbrugger, 2020). Werte außerhalb dieses Bereichs bedeuten, dass es keine ausreichende Antwortverteilung auf einzelne Kriterien (Items) einer Hauptkategorie gibt. In einem solchen Fall wurden einzelne Kriterien (Items) von zu vielen Organisationen als nicht erfüllt oder erfüllt eingeschätzt. Wie oben beschrieben, ist jedoch eine Verteilung über den gesamten Antwortbereich wünschenswert, um zu zeigen, dass die zugehörigen Kriterien (Items) sich dafür eignen, auch unterschiedliche Umsetzungsgrade bestimmter Aspekte organisationsbezogener Gesundheitskompetenz zu erfassen. Eine nicht ausreichende Antwortverteilung ist in der Hauptkategorie »Barrierefreier Zugang & Navigation« z. B. bei dem Kriterium (Item) »Das Personal hilft den Nutzer:innen, die Auswahl an Angeboten zu verstehen und z. B. Formulare richtig auszufüllen« der Fall. Hier haben die Organisationen durchschnittlich im oberen 90-Prozent-Bereich der

Antwortskala geantwortet, womit dieses Kriterium (Item) von den Organisationen zu »einfach« erfüllt wird. Dies ist insofern für einen Fragebogen ungeeignet, da dann über dieses Kriterium (Item) keine Unterscheidung von Organisationen mit höherem und niedrigerem Umsetzungsgrad von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz möglich ist.

Tabelle 6.2-3: Psychometrische Eigenschaften des Fragebogens auf Hauptkategorie- und auf Kriterien- bzw. Item-Ebene.

Hauptkategorien (Anzahl der Kriterien [Items])	Werte auf Hauptkategorie-Ebene			Zusammenfassung der Werte auf Kriterien-(Item-)Ebene	
	Bodeneffekt ⁹ (in %)	Deckeneffekt ¹⁰ (in %)	Cronbachs Alpha ¹¹	Itemtrennschärfe ¹²	Itemschwierigkeit ¹³
1. Barrierefreier Zugang & Navigation (16)	0,0	9,4	0,87	0,22–0,75	0,54–0,91
2. Integration, Priorisierung & Verbreitung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz (11)	7,5	7,5	0,93	0,50–0,91	0,51–0,78
3. Qualifizierung, Qualitätsmanagement, Evaluation & Bedarfserhebung (17)	7,5	3,8	0,95	0,42–0,90	0,31–0,88
4. Kommunikation mit Zielgruppen (25)	3,8	3,8	0,95	0,31–0,81	0,40–0,93
5. Einbeziehung & Unterstützung von Zielgruppen (8)	15,1*	0,0	0,81	–0,04–0,82	0,31–0,81

*Effekte wurden als signifikant eingestuft, wenn der Anteil der Boden- oder Deckeneffekte 15 Prozent überstieg.

9 Maß für die Verteilung der Gesamtscores der einzelnen Organisationen pro Hauptkategorie: beschreibt, wie gut der Fragebogen in der Hauptkategorie zwischen Organisationen mit niedriger Selbsteinschätzung differenzieren kann. Es sollten nicht mehr als 15 Prozent der Gesamtscores im unteren Antwortbereich (unter 10 Prozent des möglichen Gesamtscores in einer Hauptkategorie) liegen.

10 Maß für die Verteilung der Gesamtscores der einzelnen Organisationen pro Hauptkategorie: beschreibt, wie gut der Fragebogen in der Hauptkategorie zwischen Organisationen mit höherer Selbsteinschätzung differenzieren kann. Es sollten nicht mehr als 15 Prozent der Gesamtscores im oberen Antwortbereich (über 90 Prozent des möglichen Gesamtscores in einer Hauptkategorie) liegen.

11 Ein Maß für die interne Konsistenz, d. h., wie gut die Antworten auf den einzelnen Kriterien (Items) mit dem Gesamtergebnis einer Organisation in der jeweiligen Hauptkategorie übereinstimmen. Werte von 0,8 oder größer stellen gute bis exzellente Werte dar (Bland & Altman, 1997).

12 Maß für die Passung einzelner Kriterien (Items) zu dem Gesamtergebnis der Antworten in einer Hauptkategorie, welche optimalerweise Werte zwischen 0,4 bis 0,7 annehmen sollte (Kelava & Moosbrugger, 2020). Werte darüber oder darunter weisen darauf hin, dass die Antworten auf einzelne Kriterien (Items) in einer Hauptkategorie nicht zu dem Gesamtergebnis der Antworten in einer Hauptkategorie passen und damit nicht in die Hauptkategorie gehören könnten.

13 Maß für eine ausreichende Antwortverteilung auf einzelnen Kriterien (Items). Erwünscht sind Werte zwischen 0,2 und 0,8 (Kelava & Moosbrugger, 2020). Werte außerhalb dieses Bereichs sprechen für eine unzureichende Antwortverteilung auf einzelne Kriterien (Items) einer Hauptkategorie.

Zusammengefasst spricht das Ergebnis der psychometrischen Testung dafür, dass die erarbeiteten fünf Hauptkategorien des Fragebogens das theoretische Konstrukt der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz gut abbilden können. Bei Betrachtung auf Ebene der jeweiligen Hauptkategorien scheinen einzelne Kriterien (Items) die ihnen übergeordnete Hauptkategorie jedoch schlechter zu repräsentieren, was eine Grundlage dafür bietet, diese Kriterien (Items) zukünftig aus dem Fragebogen zu streichen und diesen damit zu kürzen.

Um dies statistisch genauer zu untersuchen, wäre eine weitere Befragung einer größeren Gruppe von Gesundheitsorganisationen mit dem Fragebogen notwendig. Basierend auf einer solchen Befragung, könnte der Fragebogen so überarbeitet werden, dass Gesundheitsorganisationen in Zukunft ein Fragebogen zur Verfügung gestellt werden kann, der zuverlässig misst, wie die organisationsbezogene Gesundheitskompetenz in einer Organisation ausgeprägt ist. Erst darüber werden dann statistisch sichere Vergleiche von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz zwischen Gesundheitsorganisationen und für eine Organisation zu verschiedenen Zeitpunkten möglich.

6.2.4 Fazit zur Onlinebefragung von Gesundheitsorganisationen aus der Hamburger Region

Die Onlinebefragung von Gesundheitsorganisationen aus der Hamburger Region zeigte, dass es ein Interesse unter den Gesundheitseinrichtungen gibt, sich mit dem Thema der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz auseinanderzusetzen. Für die Teilnahme an der Onlinebefragung konnten 53 Gesundheitsorganisationen gewonnen werden.

Die Organisationen schätzten in der Befragung Kriterien (Items) der Hauptkategorie »Barrierefreier Zugang & Navigation« als am besten erfüllt ein. Am geringsten erfüllt wurden die Kriterien (Items) in den Hauptkategorien »Einbeziehung & Unterstützung von Zielgruppen« und »Qualifizierung, Qualitätsmanagement, Evaluation & Bedarfserhebung« bewertet. Zudem konnten basierend auf der Onlinebefragung erste Hinweise dafür gefunden werden, dass die Kriterien (Items) für organisationsbezogene Gesundheitskompetenz in Zukunft nicht nur als Reflexionsbogen, sondern auch im Rahmen eines Fragebogens genutzt werden können. Die psychometrische Testung ergab empirische Hinweise auf eine Passung der Zuordnung der Kriterien (Items) zu den fünf Hauptkategorien. Es sind jedoch noch Folgestudien mit deutlich mehr teilnehmenden Organisationen notwendig, um die Nutzung der Kriterien (Items) im Rahmen eines Fragebogens zu ermöglichen. Erst mit einem statistisch geprüften Fragebogen kann eine zuverlässige Messung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz ermöglicht werden, sodass Organisationen sich untereinander bezüglich

ihrer organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz vergleichen und die Entwicklung ihrer eigenen organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz im Zeitverlauf evaluieren können.

6.3

Kriterien in der praktischen Anwendung

6.3.1 Workshops und Interviews mit Gesundheitsorganisationen

Die praktische Anwendbarkeit und Nützlichkeit der Kriterien wurde im nächsten Schritt im Austausch mit Hamburger Gesundheitsorganisationen evaluiert. Hierzu wurden drei unterschiedliche Gesundheitsorganisationen gebeten, eine Selbsteinschätzung ihrer organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz mit dem Fragebogen bzw. den zugehörigen Kriterien (Items) vorzunehmen.¹⁴ Es handelte sich dabei um Organisationen, die am Entstehungsprozess der Kriterien (>4) nicht beteiligt waren und damit erstmals mit diesen in Kontakt kamen. Anschließend wurde mit zwei der Organisationen jeweils ein Workshop durchgeführt. In den Workshops wurden die Organisationen durch das OHL-HAM-Projektteam darin unterstützt, basierend auf ihrer Selbsteinschätzung im Fragebogen Maßnahmen zur Steigerung ihrer organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz zu entwickeln. Hierfür wurden u. a. der Status quo, Meilensteine zur Zielerreichung der Maßnahme und dafür benötigte Ressourcen in Form eines Aktionsplanes (>5.5.2) festgehalten. Eine Übersicht über die Abläufe der Praxisphase der drei teilnehmenden Organisationen ist in Tabelle 6.3-1 dargestellt.

Dass die Arbeit mit den Kriterien und der Entwicklungsprozess hin zu einer gesundheitskompetenten Gesundheitsorganisation je nach Organisation sehr individuell ablaufen können, zeigte sich insbesondere in den Phasen der Maßnahmenentwicklung und -implementierung. So führte die Selbsteinschätzung der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz mitsamt der Ergebnisanalyse bei Organisation 2 nicht zu einer Maßnahmenentwicklung, da diese Organisation keinen durch das Projektteam begleiteten Workshop und damit keinen expliziten Auftrag zur Maßnahmenentwicklung hatte. Sowohl bei Organisation 1 als auch bei Organisation 3 konnten im Rahmen der Workshops Maßnahmen entwickelt werden. Organisation 1 fokussierte sich auf Kriterien, die in der Hauptkategorie »Kommunikation mit Zielgruppen« verortet sind. Hierbei wurden Bedarfe bei der Beratung und Aufklärung der Nutzer:innen der Ein-

¹⁴ Zu Beginn konnte eine weitere Organisation rekrutiert werden, die an der Onlinebefragung und einem Workshop zur Maßnahmenentwicklung teilnahm. Aufgrund begrenzter zeitlicher und personeller Ressourcen konnte diese Organisation jedoch nicht mehr an den weiteren Schritten der praktischen Erprobung teilnehmen.

richtung identifiziert, die verbessert werden sollten, indem beispielsweise relevante Informationsmaterialien routinemäßig von den Mitarbeitenden an die Nutzer:innen ausgehändigt werden. Mithilfe einer weiteren Maßnahme sollte zudem die routinemäßige Aktualisierung der Inhalte der ausgegebenen Informationsmaterialien für die Zukunft sichergestellt werden. Zum Zeitpunkt des abschließenden Evaluationsinterviews fand noch keine Umsetzung dieser Maßnahmen statt. Organisation 3 fokussierte sich bei der Ableitung von Maßnahmen auf die Hauptkategorie »Einbeziehung & Unterstützung von Zielgruppen«. So sollten die Zielgruppen aktiver bei den innerhalb der Einrichtung angebotenen Kursen bzw. Beratungsgesprächen eingebunden werden, indem einerseits Feedback von Personen, die diese bereits in Anspruch genommen hatten, und andererseits Kurswünsche von Interessent:innen systematisch erfasst werden. Organisation 3 gab in dem abschließenden Interview an, dass diese Maßnahme implementiert werden konnte.

Table 6.3-1: Ablauf der Praxisphase je Organisation.

Phase	Organisation 1	Organisation 2	Organisation 3
Selbsteinschätzung anhand der Kriterien (im Fragebogenformat)	Onlinebefragung	Papierbasierter Fragebogen	Onlinebefragung
Begutachtung der Ergebnisse	Erhalt eines Ergebnisberichts vom OHL-HAM-Projektteam	Selbstständige Auswertung bzw. Ergebnisberechnung der Antworten ¹⁵	Erhalt eines Ergebnisberichts vom OHL-HAM-Projektteam
Maßnahmenentwicklung	Initial-Workshop mit OHL-HAM-Projektteam zur Maßnahmenentwicklung, Erstellung eines Aktionsplans und ein nachträgliches Arbeitstreffen zur Eingrenzung bzw. Vertiefung Verbesserungsbedarfe identifiziert und zwei Maßnahmen im Bereich »Kommunikation mit Zielgruppen« beschlossen	Kein Initial-Workshop mit OHL-HAM-Projektteam zur Maßnahmenentwicklung Keine Maßnahme beschlossen	Initial-Workshop mit OHL-HAM-Projektteam zur Maßnahmenentwicklung und Erstellung eines Aktionsplans Verbesserungsbedarfe identifiziert und eine Maßnahme im Bereich »Einbeziehung & Unterstützung von Zielgruppen« beschlossen
Maßnahmenimplementierung	Keine Maßnahmen umgesetzt	Keine Maßnahme umgesetzt	Maßnahme umgesetzt

Im Anschluss an die Praxisphase wurden alle drei Organisationen im Rahmen von Interviews zur Anwendbarkeit und Nützlichkeit der Kriterien in der Praxis befragt. Die Interviews wurden basierend auf einem strukturierten Leitfaden durchgeführt.

¹⁵ Organisation 2 erhielt, basierend auf der von ihnen übermittelten Selbsteinschätzung, einen Ergebnisbericht nach Durchführung des Evaluationsinterviews.

Die Gespräche wurden aufgezeichnet, transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Dabei war das übergeordnete Ziel, Eindrücke, Gelingensbedingungen, Schwierigkeiten und Bedarfe zu identifizieren, welche die Interviewteilnehmenden in Bezug auf die Arbeit mit den Kriterien nannten.

Die gesammelten Interviewdaten wurden entsprechend der qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring (2015) ausgewertet. Ein Kategoriensystem wurde gebildet, um die Interviewinhalte zu strukturieren. Das Kategoriensystem dient in dem folgenden Abschnitt lediglich zur Ergebnislagerung der Erfahrungen, die die Organisationen in den unterschiedlichen Arbeitsphasen mit den Kriterien gemacht haben, wird selber jedoch nicht im Detail vorgestellt. Bei der Bildung des Kategoriensystems wurde ein deduktiver Ansatz (inhaltliche Strukturierung) mit der induktiven Kategorienbildung kombiniert (Mayring, 2019). Beim deduktiven Ansatz wurden die Beiträge der Interviewteilnehmenden einer vor der Auswertung der Interviews festgelegten thematischen Gliederung zugeordnet – der Struktur bzw. den Fragen des vorab entwickelten strukturierten Interviewleitfadens. Bei der induktiven Vorgehensweise wurden Kategorien direkt aus den Interviewtranskripten abgeleitet. Hierdurch wurden zusätzliche bzw. detailliertere Aspekte, die von den Teilnehmenden genannt wurden, erfasst.

6.3.2 Ergebnisse der Interviews

Eine genauere Beschreibung der Interviewergebnisse findet sich in den nachfolgenden Abschnitten. Die Ergebnisdarstellung ist untergliedert in die vier Schritte, in denen die Arbeit der Gesundheitsorganisationen mit den Kriterien erfolgte: Selbsteinschätzung anhand der Kriterien, Begutachtung der Ergebnisse, Maßnahmenentwicklung und Maßnahmenimplementierung.

Selbsteinschätzung anhand der Kriterien

Zu Beginn der Interviews berichteten die Organisationen von ihrer Vorgehensweise bei der Selbsteinschätzung anhand der Kriterien. Das Ausfüllen selber nahm laut den Teilnehmenden zwischen 30 und 60 Minuten in Anspruch und wurde abhängig von personellen Ressourcen und Organisationsstruktur entweder alleine oder zusammen mit Vorgesetzten, verschiedenen Bereichsleitungen, Personen aus dem Qualitätsmanagement und/oder der Marketingabteilung durchgeführt. Die Kriterien mit mehreren Personen auszufüllen, wurde von den Befragten als bereichernd empfunden, da über einzelne Kriterien bzw. diesbezügliche Unklarheiten diskutiert werden konnte. Gleichzeitig erschwerte dies auch die Einigung auf eine gemeinsame Einschätzung bzw. Antwort hinsichtlich einiger Kriterien. Dennoch schätzten die Organisationen das abteilungsübergreifende Beantworten der Fragen, z. B. unter Einbezug des Qualitätsmanagements oder des Personals, das im direkten Kontakt mit den Nutzer:innen

steht, als sinnvoll ein. Es wurde als Vorteil benannt, dass auf diese Weise viele Perspektiven in die Beantwortung der Fragen miteinfließen konnten:

»[...] wir fanden es halt am Ende doch gut, dass dann jetzt der Geschäftsführer oder jemand vom Projektmanagement oder Versorgungsmanagement dabei [war]. [...] [U]nd jemand dann halt aus dem unmittelbaren Geschehen, der dann Kontakt hat mit den Kunden. Weil, da haben wir gemerkt, [...] wäre ich jetzt alleine dort und hätte die Fragen beantwortet, dann hätte ich wahrscheinlich das organisatorische Gesamtpaket [...] eher vergessen [oder] nicht bewertet [...].« (Organisation 3)

Die Kriterien wurden im Aufbau als schlüssig, verständlich und übersichtlich eingeschätzt. Schwierigkeiten bei der Bearbeitung traten insbesondere aufgrund der großen Anzahl an Kriterien und im Verständnis von Begrifflichkeiten auf. Hier wurde z. B. benannt, dass das Konzept der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz bisher unbekannt und es zunächst notwendig war, sich zuerst mit den zugehörigen Begriffen auseinanderzusetzen und ein Verständnis dafür zu entwickeln. Teilweise wurde es als schwierig erlebt einzuordnen, worauf sich eine Frage im Kontext der eigenen Organisation bezog. Insbesondere bei der abteilungsübergreifenden, gemeinsamen Beantwortung der Kriterien wurde mehr Zeit benötigt, um sich diesbezüglich zu einigen:

»[...] da hatten wir zum Beispiel schon ein unterschiedliches Verständnis davon, an wen ist diese Frage gerichtet, also wer ist die Zielgruppe für die IT-Anwendung, wie ist die Frage gemeint? Und ich habe zum Beispiel den Endnutzer im Blick, oder eignet sich das für den Endnutzer, und [eine andere Mitarbeiterin] hat aber auch die Kollegen im Blick. [...] [U]nd diese Frage ›Wer ist damit gemeint?‹ und welche Bereiche, also bewertet man das jetzt für die Mitarbeiter, untereinander, oder bewertet man das für die Zielgruppe, und es war schwierig zu differenzieren in den Antwortmöglichkeiten [...].« (Organisation 3)

Begutachtung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Selbsteinschätzung empfanden die Befragten als aufschlussreich, um Stärken und Defizite der eigenen Organisation im Bereich der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz aufzuzeigen.

»Also, insgesamt hilfreich, um eine Bewertung zu den Themen zu bekommen, zu den Faktoren zu bekommen. Das noch mal differenziert zu betrachten, wo gibt es noch Verbesserungspotenzial, was machen wir gut? Oder was funktioniert schon, was funktioniert jetzt noch nicht. Insgesamt fand ich das alles sehr hilfreich.« (Organisation 3)

Durch die vielen detaillierten Kriterien entstand bei der Ergebnisbegutachtung teilweise ein Überforderungserleben. Als hilfreich wurde wahrgenommen, sich zunächst die Gesamtauswertung der einzelnen Hauptkategorien anzugucken, bevor die einzelnen Kriterien in den Fokus genommen wurden. Eine der Organisationen äußerte sich besorgt über die eigene Selbsteinschätzungsfähigkeit. Die Gefahr wurde darin gesehen, dass das eigene Ergebnis als Resultat sogenannter Betriebsblindheit bzw. des Übersehens der eigenen Defizite ggf. fälschlich besser ausfiele, als eigentlich angemessen wäre. Ebenfalls hinterfragten einige der Teilnehmenden zum Zeitpunkt der Ergebnisbegutachtung die konkreten Antworten, die sie hinsichtlich des Umsetzungsstands einzelner Kriterien in der Ausfüllphase gegeben hatten. Dies trat insbesondere dann auf, wenn das Ausfüllen in größeren Teams vorgenommen wurde:

»Als wir uns die Fragen angeschaut haben und unsere Antworten, habe ich mich teilweise gefragt: ›Wieso haben wir eigentlich hier das angeklickt?‹. [...] Also, man war jetzt im Nachhinein wieder verwirrt, wieso man das eigentlich so beantwortet hat [...]« (Organisation 3)

Die Befragten empfahlen, dass bei der Begutachtung der Ergebnisse verschiedene Personen einer Organisation beteiligt werden sollten. Hierbei wurde das Führungspersonal benannt, das Qualitätsmanagement, aber auch Personal der verschiedenen Abteilungen:

»Ich würde empfehlen, dass das auf jeden Fall mehreren Personen zugänglich gemacht wird, [...] zum einen die vielleicht dann die Aufgabe hätten, auch die erkannten Defizite zu beheben. Also sowohl Führungspositionen als auch denen, die an der Basis arbeiten, so dass es da auch zu einem Austausch kommen kann.« (Organisation 1)

Maßnahmenentwicklung

Die Organisationen schätzten die Maßnahmenentwicklung basierend auf der Selbsteinschätzung mit den Kriterien als unterschiedlich schwierig ein. Ein Teil der Befragten hatte direkt viele Ideen, was Maßnahmen zur Verbesserung eines bisher nicht erfüllten Kriteriums sein könnten, von anderen wiederum wurde es als schwierig empfunden, selbstständig Ziele zu formulieren. Weiterhin wurde der Wunsch nach einer Eingrenzung und Priorisierung der einzelnen Hauptkategorien und Kriterien für den Schritt der Maßnahmenentwicklung deutlich:

»Aber man braucht halt konkret so einen Anhaltspunkt, was möchte man denn jetzt verbessern, als dass man sagt, wir wollen jetzt nur insgesamt die Gesundheitskompetenz verbessern, sondern wirklich gezielt eigene Punkte, da wäre es sicherlich

auch hilfreich, wenn man eine Gewichtung hat, wenn also eine Gewichtung vorgegeben ist.« (Organisation 2)

In einem weiteren Interview gab eine Organisation dazu den Praxistipp, Kriterien eigenständig im Team zu priorisieren und auch inhaltliche Schwerpunkte zu setzen:

»Ich glaube, ich würde das dann so angehen, dass ich die Ergebnisse im Team bespreche und dass man vielleicht mit dem Team gemeinsam priorisiert, also wo sieht das Team jetzt den größten Handlungsbedarf, um dann auch schon dort das Commitment zu holen. Und dann vielleicht das so zu priorisieren.« (Organisation 3)

Zudem wurde es als wichtig eingestuft, die Fragestellung, die Ziele und geplanten Maßnahmen bzw. zugehörigen Schritte möglichst konkret zu formulieren und zu verschriftlichen. Die Erstellung eines Aktionsplans wurde für die Konkretisierung der Ziele, Maßnahmen und deren Umsetzung als sinnvoll eingeschätzt. Gleichzeitig wurde dieser Schritt je nach eigener Vorerfahrung auch als komplex und herausfordernd beschrieben und die Unterstützung durch das OHL-HAM-Projektteam hierbei als Entlastung erlebt. Insgesamt wurden nachfolgende Termine mit dem OHL-HAM-Projektteam zur Besprechung der Ergebnisse und der Planung von Veränderungsmaßnahmen als hilfreich empfunden. In diesem Kontext wurde auch der Hinweis gegeben, dass eine externe Unterstützung, insbesondere für die Entwicklung von Maßnahmen, als sehr hilfreich für die Organisationen eingeschätzt wurde.

»[...] ich fände das tatsächlich hilfreich, wenn man von außen Anregung kriegt, [...] wie zum Beispiel andere das umsetzen, oder was Möglichkeiten einer Umsetzung wären, ja? Wenn Punkt X für Sie nur teilweise zutrifft, mehr Möglichkeiten, das zu verändern und zu verbessern, in dem und dem Maßstab. Das fände ich schon sehr hilfreich. Das ist so [...] ›Unternehmensberatung light‹ [,] die man da kriegt, auf der Ebene. Das finde ich ganz sinnvoll. Weil grad [...] wenn man in so einem Alltag drin ist, merkt man manche Dinge halt auch einfach nicht mehr [...] also, da braucht man einen Blick von außen.« (Organisation 2)

Maßnahmenimplementierung

Die Umsetzung der Maßnahmen wurde von den befragten Organisationen als besonders herausfordernd erlebt. Zwei der drei Organisationen beschlossen Maßnahmen zur Förderung ihrer organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz, empfanden aber in der Implementierung u. a. eine hohe Arbeitsbelastung sowie geringe personelle und zeitliche Ressourcen als Barrieren. Zudem wurden lange Koordinationsprozesse über verschiedene Abteilungen als umständlich erlebt. Trotz der genannten Schwierigkei-

ten in der Implementierungsphase konnte eine der Organisationen die geplante Maßnahme umsetzen:

»Wir hatten die konkrete Fragestellung und einen konkreten Fahrplan sozusagen. Dadurch, dass das dann in der Umsetzung über mehrere Köpfe sozusagen oder über mehrere Abteilungen [...] ging, hat sich das hingezogen [...] Dann haben wir noch mal den Prozess oder die Sinnhaftigkeit dieser Zielsetzung hinterfragt. Und ob das so, wie wir uns das damit überlegt haben, ob das überhaupt so sinnvoll ist, und sind dann nach dieser Korrekturschleife sozusagen noch mal zum Endergebnis gekommen, was für uns jetzt sinnvoll erscheint und effektiv erscheint. Insgesamt also war das ein bisschen langwierig und ein bisschen umständlich, das Resultat ist aber sehr schön, was dann aus diesem Projekt für uns entstanden ist [...].«
(Organisation 3)

Als Voraussetzungen für die Umsetzung von Maßnahmen wurden von allen Befragten primär zeitliche und personelle Ressourcen benannt. Diese wären darüber hinaus auch für die Maßnahmenplanung vorab und für die Evaluation der Maßnahmen notwendig. Wichtig sei zudem, eine Person zu benennen, die eine entsprechende Position habe, um die Verantwortung für das Projekt zu tragen und eine gute Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Schnittstellen zu ermöglichen sowie sich um die Mitnahme aller Angestellten zu dem Thema bzw. den Projekten dazu zu kümmern. Die Beteiligung der Angestellten bzw. Teams wäre zudem wichtig, um Widerständen in der Umsetzung der Maßnahmen vorzubeugen und die Maßnahmen so zu planen, dass diese z. B. auch im direkten Kund:innenkontakt realistisch umsetzbar seien. Auch das Qualitätsmanagement wurde als wichtig erachtet, um Veränderungen offiziell und bereichsübergreifend in einer Organisation zu implementieren. Zudem wurde die Verpflichtung der Gesamtorganisation – und nicht nur einzelner Teilbereiche derselben – zu organisationsbezogener Gesundheitskompetenz als wichtiger Entwicklungsfaktor genannt. Ein zentraler Baustein dafür sei beispielsweise die Integration des Konzepts der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz in die Verfahrensweisungen der Organisation.

»Ich glaube auch, also, das Unternehmen muss schon gewillt sein, da Prozesse [oder] Prozessänderungen zu initiieren. Wenn das einfach so nebenbei mitgedacht wird, ist es, glaube ich, nicht so richtig zielführend. Besser, man sagt: ›Ja, uns ist es ein Anliegen, eine gesundheitskompetenzfördernde Organisation zu sein«, und dann ist man da auf jeden Fall zielstrebig, zielorientierter, wie es ist, wenn man sagt: ›Wir können das mitdenken« und würden noch prüfen, was wir machen können. Also, da muss, glaube ich [...] in der Unternehmensstrategie auch ein bisschen stärker mitgedacht werden.« (Organisation 3)

Fazit der Gesundheitsorganisationen zur Arbeit mit den Kriterien

Zusammenfassend empfanden alle befragten Organisationen die Beschäftigung mit den Kriterien zur organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz als sehr hilfreich für die Identifikation von Verbesserungsbedarfen und die Entwicklung von neuen Ideen und Maßnahmen. Für die zukünftige Nutzung wurde von den Organisationen angegeben, dass die Kriterien insbesondere zur regelmäßigen Evaluation genutzt werden sollten sowie auch als Erinnerungsstütze, in welchen Bereichen noch Entwicklungsbedarfe bestehen und welche Maßnahmenumsetzungen bereits erfolgreich waren.

»[...] also, ich glaube, ich würde ihn nutzen, um mich zu erinnern, welche Aspekte in der Organisation wichtig sind, um zu überprüfen, ob wir das auch wirklich erfolgreich implementiert haben oder ob es Nachbesserungsbedarf gibt.« (Organisation 1)

Zudem empfahlen alle befragten Organisationen anderen Organisationen die Anwendung der Kriterien:

»Ich würde es auf jeden Fall empfehlen. Ich finde das ein sehr hilfreiches Tool, um, wie gesagt, die Themen zu fokussieren und gegebenenfalls zu priorisieren. Und [...] wenn man [das] nicht hätte, wüsste ich gar nicht, von welcher Seite ich an das Thema mich rantrauen kann, um die Themen einzeln zu erfassen, und überhaupt welche Themen umfasst die gesundheitskompetenzfördernde Organisation.« (Organisation 3)

Es wurden auch Verbesserungsbedarfe und Wünsche durch die Befragten geäußert. Hier wurde genannt, dass teilweise eine Konkretisierung von Begriffen oder auch die Integration von Definitionen bestimmter Begriffe hilfreich wäre. Zudem wurde der Wunsch nach mehr Unterstützung und Anregungen von außen geäußert. Hierbei wurde der Bedarf nach Beispielen genannt, wie andere Organisationen einzelne Kriterien umsetzen, insbesondere auch Beispiele für verschiedene Organisationstypen. Bedarfe wurden geäußert bezüglich Vergleichsmöglichkeiten mit anderen Organisationen, Normwerten und einer vorgegebenen Gewichtung einzelner Kriterien bzw. Hauptkategorien im Auswertungsprozess zur besseren Identifikation von Entwicklungspotenzialen. Alternativ gab es aber auch eine Idee, die Nutzung der Kriterien im Checklistenformat zu ermöglichen, um das Verständnis und die Bearbeitung zu vereinfachen. Als eine Idee zur Reduktion der Fragen und Komplexität wurde die Möglichkeit genannt, nur einzelne Bereiche zu beantworten, die der Organisation besonders wichtig sind, oder auch die detaillierten Fragen eher noch mal in übergeordneten Fragen zusammenzufassen, um die Komplexität und Detailliertheit der Kriterien zu reduzieren und damit die Bearbeitung zu vereinfachen und zu verkürzen. In dem Kon-

text war eine weitere Überlegung das stärkere Zuschneiden auf bestimmte Organisationstypen. Zudem wurde der Wunsch nach einer ergänzenden Schulung zu dem Thema geäußert, um die Arbeit mit den Kriterien zu erleichtern.

6.3.3 Zentrale Botschaften aus den Interviews

Im Rahmen der Interviews zeigten sich verschiedene positive Aspekte bzw. Gelingensbedingungen sowie Schwierigkeiten bei der Arbeit mit den Kriterien zur organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz (für eine zusammenfassende Darstellung siehe Abbildung 6.3-1). Während die Organisationen motiviert waren, sich mit organisationsbezogener Gesundheitskompetenz auseinanderzusetzen, bestanden hierzu auch noch große Unklarheiten. Die Selbsteinschätzung der Kriterien wurde als hilfreich erlebt, um sich mit dem Thema auseinanderzusetzen und Stärken und Defizite bzw. Verbesserungspotenziale der eigenen Organisation zu identifizieren. Gleichzeitig konnte die Auseinandersetzung mit den vielen detaillierten Kriterien als Herausforderung oder Überforderung erlebt werden, insbesondere, wenn wenig Vorerfahrung mit dem Konzept bestand. Förderlich für die erfolgreiche Entwicklung und Implementierung von Maßnahmen zur Steigerung von organisationsbezogener Gesundheitskompe-

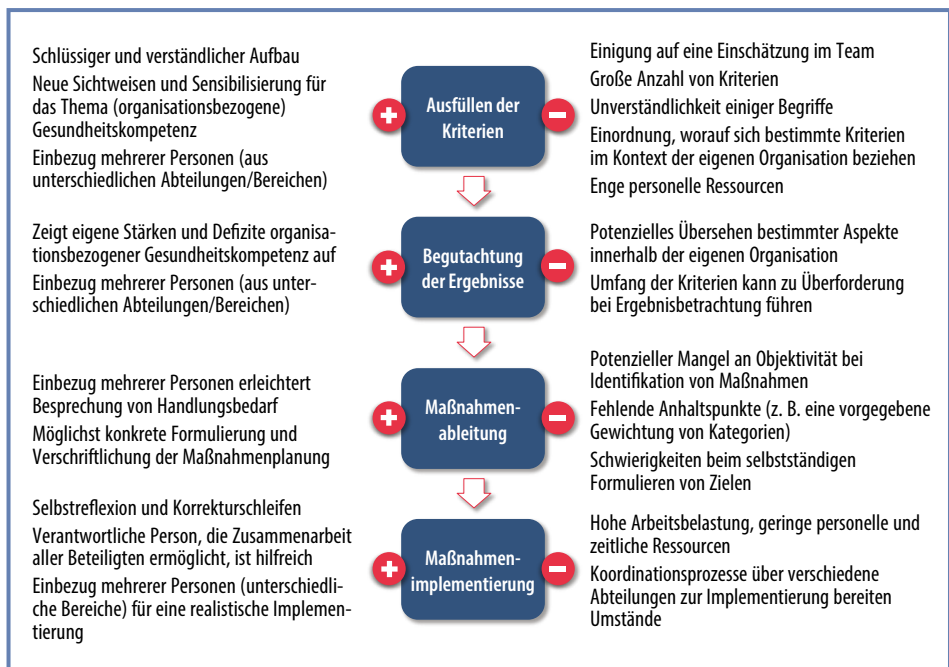


Abbildung 6.3-1: Kurzzusammenfassung der Interviewergebnisse: positive Aspekte (+) und negative Aspekte (-) der Arbeit mit den Kriterien. *Quelle: eigene Darstellung.*

tenz in einer Gesundheitsorganisation ist insbesondere die ausreichende Verfügbarkeit von zeitlichen und personellen Ressourcen. Auch eine abteilungsübergreifende Bearbeitung des Themas innerhalb einer Organisation unter Federführung einer verantwortlichen Person mit ausreichend Entscheidungsspielraum sowie die Beteiligung verschiedener Personalgruppen wurde als potenziell bereichernd eingeschätzt. Darüber hinaus wurde durch die Befragten berichtet, dass eine Implementierung in Organisationsleitlinien bzw. -strukturen wie den Qualitätszielen und dem Qualitätsmanagement als wichtige Voraussetzung zur nachhaltigen Veränderung und Integration von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz eingeschätzt wird. Für die konkrete Arbeit mit den Kriterien wurde deutlich, dass ein Bedarf nach mehr Aufklärung und Information über die Begriffe und Konzepte besteht, welche in den Kriterien angesprochen werden. Zudem wurde der Wunsch nach mehr Anregungen von außen genannt. Hierbei wurden insbesondere Praxisbeispiele zur konkreten Umsetzung von Maßnahmen aus anderen Organisationen oder auch eine entsprechende Schulung aufgeführt. Zudem wurde der Wunsch genannt, Orientierungswerte (Normwerte) zu erhalten, ab wann ein Kriterium oder eine Hauptkategorie von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz als ausreichend erfüllt eingeschätzt werden kann. Als hilfreiche Weiterentwicklung wurde zudem eine mögliche Reduktion der Kriterien für verschiedene Organisationstypen bzw. -schwerpunkte oder auch die Entwicklung von übergeordneten, zusammenfassenden Fragen für einzelne Hauptkategorien vorgeschlagen.

6.3.4 Anpassungen des Kriterienkataloges und des Reflexionsbogens, basierend auf den Interviewergebnissen

Basierend auf den Anmerkungen aus den Interviews, wurden einige Anpassungen an dem Kriterienkatalog und dem darin integrierten Reflexionsbogen vorgenommen. Die entsprechenden Anpassungen sind in der aktuellen Fassung des Kriterienkatalogs (>5) integriert. Um Anwender:innen des Reflexionsbogens das Verständnis der Kriterien zu erleichtern, wurde ein Glossar entwickelt und dem Kriterienkatalog hinzugefügt, welches nun zum Nachschlagen von Begriffen verwendet werden kann (>5.6). Durch die Einbettung des Kriterienkataloges in das vorliegende Buch wird zudem eine tiefere Auseinandersetzung mit dem Thema ermöglicht. Aufgenommen wurde u. a. eine Empfehlung, dass mehrere Personen in den Gesamtprozess eingebunden werden sollten, insbesondere auch die jeweiligen Bereichsverantwortlichen. Dies soll u. a. einer Verhinderung von »Betriebsblindheit« (Organisation 2) in allen Arbeitsschritten dienen.

Um die Selbsteinschätzung mit dem Reflexionsbogen zu erleichtern, wurde dieser um eine detaillierte Anleitung zum Ausfüllen ergänzt. Es wird insbesondere der Einbezug von Mitarbeitenden unterschiedlicher Hierarchieebenen und unterschiedlicher Abteilungen bzw. Personen mit unterschiedlichen fachlichen Hintergründen sowie

Nutzer:innen empfohlen. Eine weitere Empfehlung besteht darin, dass der Reflexionsbogen zunächst einmal komplett durchgelesen und die für die Organisation irrelevanten Kriterien durch »trifft nicht zu« herausgefiltert werden sollten, wodurch eine erste Reduktion der Kriterien erreicht werden kann. Dieser Schritt ermöglicht ein genaueres Zuschneiden auf die jeweilige Organisation. Auf eine vorgegebene Gewichtung besonders wichtiger Punkte oder ein vorgegebenes Zuschneiden auf Organisationstypen wurde verzichtet, um eine individuelle Auswahl relevanter Kriterien für die jeweilige Organisation zu ermöglichen. Hierbei besteht weiteres Forschungspotenzial hinsichtlich einer Reduktion der Kriterien für einzelne Organisationstypen. Des Weiteren wurde ein Feld angelegt, in dem vor dem Ausfüllen gemeinsam definiert wird, für welche Organisationseinheit der Reflexionsbogen durchgegangen wird. Dies soll Unklarheiten reduzieren, für welchen Organisationsbereich Kriterien eingeschätzt werden, was insbesondere beim gemeinsamen Ausfüllen mit Kolleg:innen aus unterschiedlichen Bereichen oder Positionen eine Herausforderung darstellen kann.

Zur Vereinfachung der Arbeit mit den Kriterien bzw. der Maßnahmenentwicklung wurde der Hinweis in den Kriterienkatalog aufgenommen, dass zunächst nur einzelne Kriterien fokussiert werden sollten. Dies soll eine Überforderung bei der Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen verhindern. Hierbei wurde eine Fokussierung auf bis zu zwei Kriterien vorgeschlagen. Als Hilfestellung zur Kriterienauswahl wurden Antwortoptionen eingeführt, anhand derer angegeben wird, wie erforderlich eine Aktion ist. Es wird dabei den Organisationen überlassen, die Erforderlichkeit einer Aktion selbst einzuschätzen. Dies basiert auf der Annahme, dass auch Organisationen desselben Typs (z. B. Krankenhaus, Apotheke) in der Praxis zu unterschiedlich sein können, um vorab eine Kriterienauswahl für jeden Organisationstypen zu treffen. Zur Formulierung konkreter Maßnahmen für die ausgewählten Kriterien wurde zudem eine Aktionsplanvorlage in den Kriterienkatalog integriert.

6.4 Zusammenfassung

Die Onlinebefragung hat gezeigt, dass Gesundheitsorganisationen aus der Hamburger Region interessiert sind, über ihre organisationsbezogene Gesundheitskompetenz nachzudenken und diese einzuschätzen. Gleichzeitig war die Zahl der Teilnehmenden an der Onlinebefragung mit 53 Organisationen geringer als erwartet. Zum einen könnte dies ein Hinweis für die noch unzureichende Bekanntheit dieses Konzeptes sein. Zum anderen könnten weitere Hemmnisse wie begrenzte zeitliche Ressourcen oder Unsicherheit im Umgang mit dem Thema Organisationen daran gehindert haben, an der Befragung teilzunehmen.

Im Rahmen der statistischen Ergebnisanalyse der Onlinebefragung unter Gesundheitseinrichtungen der Hamburger Region konnten erste Hinweise gefunden werden, dass die Kriterien auch als Items in einem Fragebogen, d. h. als Messinstrument, für organisationsbezogene Gesundheitskompetenz verwendet werden können. Hierzu wird jedoch noch weitere Forschung benötigt. Die Nutzung der Kriterien (Items) im Rahmen eines Fragebogens zu ermöglichen, ist von großer Bedeutung, um einen Vergleich des Standes von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz zwischen Organisationen oder Zeitpunkten tätigen zu können. Hierüber wäre auch eine Identifikation von Normwerten möglich, welche Organisationen in die Lage versetzen, eine Einordnung des eigenen Standes im Vergleich zu anderen Gesundheitsorganisationen zu tätigen.

In den Interviews mit Hamburger Gesundheitsorganisationen ist deutlich geworden, dass noch Unsicherheiten in Bezug auf organisationsbezogene Gesundheitskompetenz bestehen. Gleichzeitig wurde der Wunsch deutlich, sich mit dem Thema zu beschäftigen und dieses in der eigenen Organisation zu verankern. Die entwickelten Kriterien können einen Beitrag dazu leisten, organisationsbezogene Gesundheitskompetenz greifbarer zu machen, indem konkrete Kriterien zur Selbsteinschätzung und Evaluation angeboten werden. Dies kann das Verständnis für organisationsbezogene Gesundheitskompetenz in den Gesundheitsorganisationen fördern und den Einstieg in die Auseinandersetzung mit dem Thema für Gesundheitsorganisationen erleichtern.

Als Hemmnis für die Auseinandersetzung mit organisationsbezogener Gesundheitskompetenz stellte sich in den Interviews mit den drei Hamburger Gesundheitsorganisationen insbesondere die Knappheit zeitlicher und personeller Ressourcen heraus. Um es Gesundheitsorganisationen zu ermöglichen, mehr Ressourcen in die Implementierung und Evaluation von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz zu investieren, könnte perspektivisch eine vermehrt politische Auseinandersetzung und Förderung des Themas notwendig sein. Insgesamt scheint die Schaffung eines Bewusstseins für organisationsbezogene Gesundheitskompetenz und seine Bedeutung in der Gesundheitsversorgung relevant zu sein, um das Konzept stärker in die Qualitätsziele von Gesundheitsorganisationen zu integrieren und damit einen Rahmen für die Weiterentwicklung und Implementierung in den Organisationen zu ermöglichen.

LITERATURVERZEICHNIS

- Bland JM, Altman DG (1997): Cronbach's alpha. *BMJ* 314:572. <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7080.572>
- Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, et al. (2012): Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations
- Kelava A, Moosbrugger H (2020): Deskriptivstatistische Itemanalyse und Testwertbestimmung. In: Moosbrugger H, Kelava A (Hrsg.): *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Springer, Berlin, Heidelberg, 143–158

Klockmann I, Jaß L, Härter M, von dem Knesebeck O, et al. (2023): Multi-staged development and pilot testing of a self-assessment tool for organizational health literacy. *BMC Health Serv Res* 23:1407. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10448-0>

Lüdecke D, Ben-Shachar M, Patil I, Makowski D (2020): Extracting, computing and exploring the parameters of statistical models using R. *J Open Source Softw* 5:2445. <https://doi.org/10.21105/joss.02445>

Lüdecke D, Ben-Shachar M, Patil I, Waggoner P, Makowski D (2021): Performance: An R package for assessment, comparison and testing of statistical models. *J Open Source Softw* 6:3139. <https://doi.org/10.21105/joss.03139>

Mayring P (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*, 12., überarbeitete Auflage. Beltz, Weinheim, Basel

Mayring P (2019): *Qualitative Inhaltsanalyse – Abgrenzungen, Spielarten, Weiterentwicklungen*. *Forum Qual Sozialforschung Forum Qual Soc Res Vol 20:No 3* (2019): *Qualitative Content Analysis I*. <https://doi.org/10.17169/FQS-20.3.3343>

R Core Team (2022): *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria

StataCorp (2017): *Stata/SE: Release 15.1*. StataCorp LLC, College Station, TX

U.S. Department of Health and Human Services (2020): *Health Literacy in Healthy People 2030*. <https://health.gov/healthypeople/priority-areas/health-literacy-healthy-people-2030>

KAPITEL 7

Die Zukunft organisationsbezogener Gesundheitskompetenz

7.1

Resümee des Erfahrenenbeirats

Kerstin Hagemann, Ursel Beckmann, Cornelia Koschnitzke

7.1.1 Vorstellung des Erfahrenenbeirats

Jede von uns dreien hat eine andere persönliche Motivation, sich unabhängig vom Erfahrenenbeirat ehrenamtlich in der Selbsthilfe zu engagieren. Eine Gemeinsamkeit ist, dass wir uns in der Arbeit – trotz unterschiedlicher Inhalte – mit dem Thema »Gesundheitskompetenz« in Bezug auf Ratsuchende wie auch Organisationen im Gesundheitsbereich beschäftigen.

Das Gesundheitssystem ist so komplex und unübersichtlich, dass die gesundheitliche Selbsthilfe eine wichtige Rolle in der Navigation und Wissensvermittlung übernimmt. Wir unterstützen Nutzer:innen, die richtigen Ansprechpartner:innen und Informationen zu finden, versuchen Therapievorschläge in einer leichter verständlichen Sprache zu erklären und informieren über Leistungsansprüche.

Wir unterstützen mit unserem Wissen im Schmerznetzwerk, einer Senior:innen-gruppe und in der Patient:innenvertretung Nutzer:innen in ihren individuellen Anliegen und im gemeinsamen Austausch. Dabei ist uns wichtig, die Erfahrungen von Nutzer:innen gesundheitlicher Dienstleistungen nicht nur in der Beratung zu thematisieren, sondern die damit verbundenen strukturellen Probleme an das professionelle System zurückzumelden. Dafür bietet die Mitarbeit im Erfahrenenbeirat einen guten Zugang. Wir beteiligen uns mit unserer Perspektive an der Projektentwicklung und können einen Beitrag leisten, dass Organisationen in der Vermittlung von Gesundheitsinformationen besser werden.

7.1.2 Bedeutung der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz

Die organisationsbezogene Gesundheitskompetenz aller an der Versorgung Beteiligten ist in jedem Kontakt der Nutzer:innen mit dem komplexen Gesundheitssystem von zentraler Bedeutung. Es beginnt mit der Frage: »Wer ist überhaupt zuständig? Gehe ich erst zur Hausärztin (wenn ich überhaupt einen Termin bekomme) oder doch besser in die Notaufnahme? Den Beipackzettel lese ich besser gar nicht erst, und ob mir eine Rehabilitation zusteht? Die Kosten für den Zahnersatz kann ich nicht bezahlen, und ist die vorgeschlagene Knieoperation notwendig?« An diesen Beispielen zeigt sich, dass Behandlungsqualität und Patient:innensicherheit von der Kompetenz der Akteur:innen abhängen, transparent und verständlich zu informieren und ggf. weiter zu verweisen.

Die Organisationen stehen vor der gleichen Herausforderung wie die Nutzer:innen des Gesundheitssystems. Sie müssen einen Überblick über die Struktur und regionale Versorgung haben und für die eigene Zielgruppe eine gute Beratung leisten.

Wenn das gelingt, lässt sich die individuelle Gesundheitskompetenz der Nutzer:innen erhöhen, die Angebote werden zielgerichteter genutzt und die Patient:innensouveränität gestärkt.

Wir erleben in unserer Arbeit bei den Gesundheitsorganisationen Lücken und Mängel in der Vermittlung von Informationen und Navigation durch das Gesundheitssystem. Für Nutzer:innen zählt es zu den Alltagserfahrungen, mit mehreren Stellen Kontakt aufzunehmen und sich die gewünschten Informationen mühsam zusammenzusuchen. Ob die Informationen dann aber aktuell und zuverlässig sind, ist eine andere Frage.

Die unterschiedlichen Organisationen haben unterschiedliche Interessen, und Nutzer:innen benötigen die Fähigkeit, das zu erkennen. Sie sind für gesundheitliche Entscheidungen auf vollständige und zuverlässige Informationen angewiesen. Ist der geplante Eingriff sinnvoll, oder steht ein monetäres Motiv dahinter? Verweigert die gesetzliche Krankenversicherung zu Recht eine Leistung? Wir erleben, dass häufig unzureichend informiert wird.

Von hoher Bedeutung ist in allen gesundheitlichen Fragen das persönliche Gespräch. Ärzt:innen müssen verständlich über Diagnosen, geplante Therapien und Alternativen aufklären. Nur dann können Patient:innen wirksam einwilligen. Die gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Behandelnden und Patient:innen unterstreicht die Relevanz von verständlicher Kommunikation und guten schriftlichen Informationen. Darüber hinaus sind schriftliche Patient:inneninformationen, wie standardisierte Unterlagen z. B. in Form von Packungsbeilagen bei Medikamenten oder Aufklärungsbögen, weit davon entfernt, leicht verständlich zu sein.

In der Pandemie haben digitale Anwendungen sprunghaft zugenommen, und für viele ist dieser Weg gut zugänglich und eine Erleichterung. Für andere sind damit

zusätzliche Hürden verbunden, weil die Sicherheit im Umgang mit Smartphone oder Computer fehlt oder diese Geräte und ein Internetzugang gar nicht vorhanden sind. Gerade im Internet stößt man auf Desinformation, interessengeleitete Darstellungen, Werbung und gleichzeitig gute, qualitätsgeprüfte Angebote.

Auch physische Barrieren erschweren den Zugang in die gesundheitliche Versorgung. Praxen sind nicht barrierefrei, und z. B. Sportvereine haben keine Angebote für Menschen mit Behinderung. Ein weiteres Beispiel ist die fehlende Barrierefreiheit von Internetseiten, die dadurch für sehbehinderte oder blinde Personen nicht zu nutzen sind.

Und immer noch erfahren wir von Wissenslücken in der Behandlung von chronischen Erkrankungen, z. B. in Bezug auf Schmerztherapie oder Begleitung psychisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen. Deshalb leisten z. B. Kontakt- und Informationsstellen für die Selbsthilfe (KISS) einen wichtigen Beitrag in der Gesundheitsversorgung. Chronisch kranke und behinderte Menschen profitieren von einem Netzwerk zwischen Medizin, Selbsthilfe und sozialen Angeboten. Hier erhalten Betroffene eher in der Selbsthilfe, bei Beratungsstellen oder Verbänden die entscheidenden Hinweise als von den Leistungserbringer:innen.

Wir wünschen uns für unsere Tätigkeit in der Selbsthilfe, uns mehr auf die Kernaufgaben der gegenseitigen Unterstützung konzentrieren zu können und weniger mit Fragen konfrontiert zu werden, die eher in das »professionelle System« gehören und dort kompetent beantwortet werden sollten. Zum Beispiel beziehen sich viele Anfragen von Nutzer:innen auf Leistungen einer Krankenversicherung, die durch die Krankenversicherung selbst nicht hinreichend erklärt werden.

Kurzum: Dreh- und Angelpunkt einer nutzer:innenorientierten Gesundheitsversorgung sind gesundheitskompetente Akteur:innen und Organisationen, die die individuelle Gesundheitskompetenz und gesundheitliche Chancengleichheit stärken. Sie sollten das Ziel verfolgen, die Anforderungen für die Nutzer:innen mit verständlichen Informationen, verlässlicher Navigation und transparenten Strukturen zu verringern.

7.1.3 Beteiligung am Projekt

Als wir vom OHL-HAM-Team angesprochen wurden, ob wir an der Entwicklung eines Kriterienkatalogs zur Bestimmung der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz mitarbeiten wollen, haben wir zugesagt und waren überzeugt, dem Projekt aus unserer Nutzer:innenperspektive wertvolle und praxisnahe Impulse geben zu können.

Viele der in den Haupt- und Unterkategorien definierten Qualitätsmerkmale des Kriterienkatalogs sind an die Nutzer:innen der Organisationen adressiert, und wir konnten dazu beitragen, diese aus unserer Sicht zu priorisieren und zu erläutern, warum bestimmte Merkmale wichtig in der Kommunikation mit der jeweiligen Ziel-

gruppe sind. Wir haben die Entwicklung des Kriterienkatalogs begleitet, haben den Pretest erprobt und unsere Einschätzungen zum Beispiel zur Verständlichkeit schriftlich zurückgemeldet.

Auch zum Glossar sind Anmerkungen und Ergänzungen aufgenommen worden. Regelmäßig sind wir über den Projektstand informiert worden und haben uns in Videokonferenzen ausgetauscht. Diese Treffen waren konstruktiv und wertschätzend. Wir waren kein »schmückendes Beiwerk«, weil die Beteiligung von Nutzer:innen jetzt verpflichtend dazugehört, unser Blickwinkel ist in den Arbeitsprozess des OHL-HAM-Teams eingeflossen und hat Berücksichtigung gefunden.

7.1.4 Bedeutung des Projekts

Der Kriterienkatalog schärft das Bewusstsein für die Vielfalt von Themen, die für die Nutzer:innen wichtig sind. Gut ist, dass er als Bestandsaufnahme für jede Art von Gesundheitsorganisation einzusetzen ist. Ein Krankenhaus kann den Kriterienkatalog genauso anwenden wie eine Apotheke, Krankenkasse oder Selbsthilfeorganisation.

Der Kriterienkatalog sollte in die Qualitätssicherung jeder Organisation aufgenommen werden. Die Fragenkomplexe machen Stärken und Schwächen sichtbar, die Umsetzung konkreter Maßnahmen kann daraus abgeleitet, dann geprüft und bewertet werden.

Nach dem Einsatz des Kriterienkatalogs war die Befragung von Nutzer:innen von beteiligten Organisationen geplant. Aufgrund der COVID-19-Pandemie und weiteren Faktoren wie der auch damit verbundenen Ressourcenknappheit innerhalb der Organisationen ist eine Umsetzung während der Projektlaufzeit jedoch leider nicht möglich gewesen.

Es wäre spannend gewesen zu erfahren, welche Wahrnehmung Nutzer:innen von den Merkmalen haben, die sie im Kontakt direkt betreffen. Rückmeldungen der Nutzer:innen zur Qualität der Kommunikation, Navigation und kommunikativen und physischen Barrierefreiheit hätten dem Projekt sicher mehr Zugkraft gegeben. Wir wünschen uns, dass das in einem weiteren Projekt nachgeholt werden kann.

Aber auch ohne diesen Schritt ist der Kriterienkatalog ein gutes Instrument zur Selbsteinschätzung und unterstützt konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz.

7.1.5 Fazit und Ausblick

Allein die Begriffe und Abkürzungen aller Reformen, mit denen das Gesundheitswesen transparenter und effizienter strukturiert werden soll, sind so vielfältig, dass der Überblick fehlt. Die Verordnungen haben kaum für mehr Transparenz gesorgt. Die

Trennung zwischen den Sektoren ist nicht überwunden, Leistungen werden gekürzt und an anderer Stelle ausgeweitet, Hausärzt:innen können die Aufgabe, durch das System zu lotsen, kaum erfüllen. Es bleibt unübersichtlich und herausfordernd für diejenigen, die das System nutzen müssen. Nutzer:innen erleben das System zudem in unterschiedlichen Rollen, und jede Rolle erfordert andere Fähigkeiten.

Eine hohe Gesundheitskompetenz aller an der Versorgung beteiligten Organisationen ist unverzichtbar, um verlässlich zu informieren, Wissen zu vermitteln und die Nutzer:innen in gesundheitsrelevanten Entscheidungen zu stärken.

Wir wünschen uns eine leicht zugängliche zentrale Informationsstelle, die allen Beteiligten mit geprüften und vertrauenswürdigen Informationen hilft, das Gesundheitssystem intelligent zu nutzen.

Die Digitalisierung wird an Bedeutung zunehmen, und das sehen wir als Chance für die Nutzer:innen. Sie können sich leicht und mit wenig Aufwand informieren und bekommen zum Beispiel mit der elektronischen Patient:innenakte mehr Einblick in die sie betreffende medizinische Dokumentation. Andererseits zieht die Digitalisierung neue Hürden ein und grenzt Nutzer:innen aus, denen der Zugang ins Internet fehlt. Auch wenn immer mehr Menschen fit im Umgang mit digitalen Medien sind, darf das nicht vorausgesetzt werden.

Es gilt, die Beteiligung von Nutzer:innen in Gesundheitsorganisationen zu ermöglichen. So wie wir als Beirat im Projekt eingebunden waren, kann dies auch in anderen Organisationen gelingen.

Bereits seit 2004 sind die Organisationen, die maßgeblich die Interessen von Patient:innen und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen vertreten, auf Bundes- und Landesebene in vielen Gremien der Gesundheitsversorgung beteiligt (§ 140f SGB V Absatz 2).

In Hamburg fehlt eine Stabsstelle, die die Interessent:innen für die Vertretung in den Gremien auf Landesebene gewinnt, qualifiziert und begleitet. Die Mitsprache von Nutzer:innen ist wichtig, damit ihre Belange von den Akteur:innen berücksichtigt werden. Auch das zählt zur organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz und ist ein Qualitätsmerkmal.

Die Mitarbeit in dem Projekt endet für uns mit diesem Beitrag. Es war bereichernd, und wir hoffen, dass der Kriterienkatalog in Hamburg und darüber hinaus bekannt wird und von vielen Gesundheitsorganisationen für eine Bestandsaufnahme eingesetzt wird.

7.2

Perspektive einer Gesundheitsorganisation

Sabine Haul

In diesem Kapitel wird aus der praktischen Erfahrung einer Apotheke mit der Weiterentwicklung ihrer organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz berichtet. Hierbei soll es um die Frage gehen, welche Möglichkeiten Apotheken haben, durch die Arbeit an ihrer organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz die individuelle Gesundheitskompetenz ihrer Nutzer:innen zu stärken und diese bei Gesundheitsentscheidungen zu unterstützen. Dieses Empowerment von Zielgruppen erfordert die Arbeit an organisationsbezogener Gesundheitskompetenz, da nur die gesundheitskompetente Organisation Zugangsbarrieren für die Zielgruppen erkennen und reduzieren sowie angemessen auf die Bedürfnisse ihrer Nutzer:innen reagieren und sie unterstützen kann. Im Folgenden sollen Chancen und Entwicklungspotenziale für gesundheitskompetente Apotheken beschrieben und die Herausforderungen bei der Umsetzung von entsprechenden Maßnahmen in der Praxis reflektiert werden.

7.2.1 Möglichkeiten zur Stärkung von Gesundheitskompetenz in Apotheken

Apotheken sind ein idealer Ort zur Stärkung von Gesundheitskompetenz. Die Gründe dafür sind zahlreich. So gibt es nach dem Apothekengesetz einen öffentlichen Auftrag für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, die dort von hoch qualifiziertem Fachpersonal übernommen wird. Apotheken sind leicht zu finden und damit eine sehr niedrigschwellige Anlaufstelle für alle Menschen im Umkreis. Die Beratung in Apotheken umfasst auch nicht medikamentöse Maßnahmen und Unterstützung bei der Suche nach präventiven Maßnahmen (z. B. Ernährungsberatung, Hausmittel, Rauchentwöhnung, Suchtberatung, Gewichtsreduktion oder Stressreduktion). Darüber hinaus existieren weitere Möglichkeiten zur Umsetzung von Gesundheitskompetenz in Apotheken, welche im Folgenden anhand von drei der fünf Hauptkategorien des Kriterienkatalogs (>5) beleuchtet werden.

Barrierefreier Zugang & Navigation

Apotheken bieten Onlinesprechstunden (Telepharmazie) an, die erfahrungsgemäß aber noch nicht häufig in Anspruch genommen werden. Deutlich häufiger ist der direkte Kontakt vor Ort oder per Telefon. Auch Hausbesuche bei immobilen Patient:innen sind möglich, aber noch eher unüblich. Apotheken sind barrierefrei und häufig gut eingestellt auf Menschen mit Behinderungen oder kognitiven Einschränkungen.

gen. Ferner unterstützen Apotheken die Navigation im Gesundheitswesen. Sie können ideale Lotsen für ihre Kund:innen sein, indem sie an umliegende Ärzt:innen, Anbieter:innen verschiedener Therapierichtungen (z. B. Herzsport, Entspannungskurse oder Ergotherapie) und an soziale, sozialpsychiatrische und Familienberatungsangebote verweisen.

Kommunikation mit Zielgruppen

Apotheken können Gesundheitskompetenz stärken, indem sie zum Beispiel Informationsmaterial zur Patient:innensicherheit oder einen Gesprächsleitfaden bzw. Flyer zur Vorbereitung auf den Ärzt:innen- oder Krankenhausbesuch zur Verfügung stellen. Daneben bieten auch Erklärvideos, Übungsangebote für besondere Arzneiformen (z. B. Inhalatoren oder Pens), Flyer, Handzettel oder Patientenpässe mit individuellen Gesundheitsdaten Unterstützung.

Was Diversität betrifft, ist in vielen Apotheke grundsätzlich ein Bewusstsein für kulturelle oder religiöse Bedürfnisse vorhanden. So werden individuelle Wünsche und Hintergründe berücksichtigt. Sprachliche Barrieren können beispielsweise häufig überwunden werden durch mehrsprachiges Personal und Flyer bzw. Handzettel, die in die jeweilige Landessprache übersetzt sind. Aber auch hier gibt es bisher kein systematisches Vorgehen. Ähnlich ist es beim Einsatz der Einfachen Sprache, deren Art und Qualität meist den jeweiligen Mitarbeitenden überlassen bleibt.

In Apotheken gibt es niedrighschwellige Möglichkeiten für individuelle Fragen in einem geschützten Raum. Die individuelle, persönliche Beratung vor Ort wird besonders in Akut- oder Notsituationen und bei hoher Krankheitslast genutzt. Es besteht oft ein sehr großes Vertrauen in das Personal von Apotheken. In der Apotheke erhalten die Menschen Hilfestellung, wenn bei einem Selbstmedikationswunsch bzw. dem Bericht von akuten Beschwerden deutlich wird, dass ein Arztbesuch erforderlich ist.

Die Kommunikation in Apotheken ist grundsätzlich um Transparenz bemüht und erfolgt im besten Fall nach den aktuellen Leitlinien. Dabei kommt jedoch ein hoher Aufwand für die Erklärung von Rabattverträgen und Lieferengpässen und generell zu Kosten bei Arzneimitteln hinzu, sodass die eigentliche gesundheitliche Beratung oft zu kurz kommt.

Einbeziehung & Unterstützung von Zielgruppen

In Apotheken erfolgt die Unterstützung des Selbstmanagements durch die erweiterte Beratung bei der Durchführung pharmazeutischer Dienstleistungen. Weiterhin gibt es die kontinuierliche, sich wiederholende Beratung mit Speicherung der Kund:innendaten in der Apothekensoftware und z. B. die Möglichkeit, besondere Hinweise zu hinterlegen oder Folgetermine anzubieten. In Gesprächen der Medikationsanalyse lernen Patient:innen, worauf sie selbst achten können und was sie selbst mitteilen soll-

ten. Zudem bestehen Übungsmöglichkeiten mit Placebos bei Handhabung bestimmter Arzneiformen, und auch Hilfen zur korrekten Anwendung sowie schriftliche Hinweise, Erklärvideos, Flyer oder beschriftete Etiketten können zur Verfügung gestellt werden.

Die Durchführung von Patient:innenveranstaltungen für Betroffene und Angehörige (Vorträge zu bestimmten Erkrankungen, z. B. chronischem Schmerz, Polymedikation oder Demenz und Aktionstage, z. B. zu den Themen »Blutdruck« oder »Rollatorparcours«) unterstützt das Selbstmanagement der Patient:innen. Dennoch liegt es letztlich im Ermessen der Apothekeninhaber:innen, ob diese Veranstaltungen angeboten werden.

7.2.2 Zentrale Herausforderungen bei der Stärkung von Gesundheitskompetenz

Während in Apotheken bereits in vielen Bereichen Gesundheitskompetenz gestärkt wird, ist zu betonen, dass unsere Gesellschaft die Kompetenzen der Apotheken vor Ort nicht voll ausschöpft. Für die Zukunft wäre es hierbei z. B. wünschenswert, wenn über eine Erweiterung der Beratungsangebote und der Honorierungsmodelle nachgedacht werden würde.

Auch aufseiten des Apothekenpersonals bestehen Herausforderungen. So muss das Personal gut informiert sein über die aktuellen Angebote im Gesundheitswesen, um eine sinnvolle Lotsenfunktion ausüben zu können. Jedoch fehlen hier bspw. Ressourcen für eine regelmäßige Aktualisierung und Betreuung der abgelegten Flyer, um deren Aktualität und Auffindbarkeit zu gewährleisten. Die Ausweitung der Lotsen- und Beratungsfunktion von Apotheken erfordert Kapazitäten, kann aber das Apothekenpersonal auch entlasten, weil Patient:innen zielgerichtet weitergeleitet werden können. Denn die Betreuung von Patient:innen und Angehörigen, die sich im Gesundheitssystem verlassen und verloren fühlen, erfordert häufig viel zeitliche und personelle Ressourcen.

Die Qualifizierung zur Vermittlung von Gesundheitskompetenz bezieht sich in Apotheken hauptsächlich auf die pharmazeutische Beratung bei der Abgabe von Arzneimitteln. Diese ist über die Apothekenbetriebsordnung geregelt. Darüber hinausgehende Beratung liegt im Ermessen der Inhaber:innen und Mitarbeitenden der Apotheke. Sie beruht dann meist auf dem persönlichen Engagement Einzelner und spielt grundsätzlich eine eher untergeordnete Rolle.

Personalmangel, Bürokratie, notwendige Fortbildungen und andere Schwerpunkte in der alltäglichen Arbeit erschweren erfolgreiche Vermittlung von Gesundheitskompetenz. Häufig ist auch die individuelle Gesundheitskompetenz der Mitarbeitenden selbst eingeschränkt. Oft fehlt das Bewusstsein für die Notwendigkeit einer multi-

dimensionalen Versorgung und die multifaktoriellen Ursachen von Erkrankungen. Die Durchführung von »runden Tischen« oder gemeinsamen Fallbesprechungen mit den anderen Professionen könnte hier sehr zielführend sein.

Eine weitere Herausforderung ist, dass in Apotheken sehr viele Teilzeitkräfte arbeiten. Es ist nicht einfach sicherzustellen, dass alle wissen, wo sie welche Information finden bzw. in welchen Fällen die Mitgabe einer bestimmten Information hilfreich ist bzw. welche Flyer aktuell zur Unterstützung in der Apotheke vorhanden sind.

7.2.3 Evaluation der Aktivitäten zur Stärkung von Gesundheitskompetenz

In Apotheken gibt es keine einheitliche Evaluation zur Vermittlung von Gesundheitskompetenz allgemein, sondern nur bezogen auf die Beratung bei Abgabe von Arzneimitteln durch eine freiwillige Teilnahme an Testkäufen.

Allgemein sind bestimmte Fortbildungen für Mitarbeitende zwar Pflicht, aber die Testkäufer:innen bewerten in erster Linie nur die pharmazeutische Beratung. Hier muss über ein eigenes Tool die interne Kommunikation und Information sichergestellt werden. Dies erfordert eine zusätzliche strukturierte Evaluation der Ergebnisse, um nachzuverfolgen, wie oft Mitarbeitende zusätzliche Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz anbieten bzw. empfehlen.

7.2.4 Stärkung von Gesundheitskompetenz in Hamburger Apotheken

Ein sinnvoller Einsatz für die Verbesserung und Vermittlung von Gesundheitskompetenzen ist die interprofessionelle Zusammenarbeit in lokalen Gesundheitszentren und Netzwerken wie in Hamburg (z. B. Lohbrügger Gesundheitszentrum, Poliklinik Veddel, Landesinitiative Leben mit Demenz in Hamburg, Gesundheitskiosk Billstedt/Horn). In diesen Netzwerken ist ein Austausch über bereits vorhandene und fehlende Angebote möglich, und alle Mitglieder stärken ihre Gesundheitskompetenz dadurch, dass sie die Angebote und Möglichkeiten der übrigen Mitglieder kennen und gezielt dorthin verweisen. Häufig finden Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenzen an mehreren Anlaufstellen parallel statt (z. B. in der Beratung bei Demenzsyndrom), was nachhaltige Effekte haben kann.

7.3

Perspektive der Wissenschaft

Daniel Lüdecke, Johanna Heeg

Das vorliegende Buch beschreibt die Entwicklung und Erprobung eines Kriterienkatalogs zur Messung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Dieser wurde mit dem Ziel entwickelt, in der Praxis von den Gesundheitsorganisationen selbstständig eingesetzt werden zu können. Im Vordergrund steht die Identifikation von Bereichen, für die ein Handlungsbedarf im Sinne der Verbesserung organisationsbezogener Gesundheitskompetenz gesehen wird. Der Kriterienkatalog unterstützt somit Gesundheitsorganisationen, Maßnahmen zur Verbesserung ihrer eigenen Gesundheitskompetenz zu entwickeln und diese zu evaluieren. Die Basis des Kriterienkatalogs bildet ein umfassender empirischer Entwicklungsprozess. Dieser umfasste mehrere Methoden und begann mit einer Übersichtsarbeit, bei der Kriterien zur Charakterisierung von gesundheitskompetenten Organisationen aus der bisherigen Literatur ermittelt wurden. Gruppendiskussionen mit Organisationen des Gesundheitswesens wurden durchgeführt, um die durch die Übersichtsarbeit gefundenen Kriterien zu ergänzen. Im Rahmen eines Delphi-Prozesses wurde die Relevanz der Kriterien ermittelt. Im Anschluss wurden ein projektinternes Review der Kriterien durchgeführt und ein abschließendes Feedback vom Erfahrenenbeirat und von den am Delphi-Prozess beteiligten Organisationen eingeholt. Kapitel 4 (>4) beschreibt den Entwicklungsprozess im Detail.

7.3.1 Anwendbarkeit des Kriterienkatalogs in der Versorgungspraxis

Der hier vorgestellte Kriterienkatalog unterscheidet sich von anderen in deutscher Sprache verfügbaren Tools – eine Übersicht über deutsch- und englischsprachige Tools gibt es in Kapitel 3 (>3) –, denn er ist nicht auf bestimmte Typen von Gesundheitsorganisationen begrenzt. Vielmehr wird die organisationsbezogene Gesundheitskompetenz umfassend durch eine Vielzahl von Kriterien abgebildet. Damit verknüpft ist die Schwierigkeit, den Kriterienkatalog in der Anwendung handhabbar zu machen, da dieser nicht auf die Eigenschaften bestimmter Organisationstypen zugeschnitten ist. Jedoch zeigte sich während des Entwicklungsprozesses, dass es im praktischen Alltag für die Gesundheitsorganisationen ohnehin viel einfacher ist, nur für ausgewählte Handlungsbereiche Maßnahmen zur Entwicklung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz zu ergreifen (die Erfahrungen bezüglich der Praxistauglichkeit sind in Kapitel 6 [>6] beschrieben). In der Arbeit mit dem Kriterienkatalog findet eine Selbsteinschätzung der Organisationen statt, um die für sie relevanten Kri-

terien zu bestimmen und zu priorisieren. Da der Kriterienkatalog das Konzept der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz umfassend abdeckt, kann sich jede Gesundheitsorganisation darin wiederfinden. Somit kann der Kriterienkatalog von vielen unterschiedlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens eingesetzt werden (die entsprechenden Schritte zur Anwendung des Kriterienkatalogs beschreibt das Kapitel 5 [▷5]) und ist eines der ersten deutschsprachigen Tools, das dies ermöglicht.

7.3.2 Messung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz in der Versorgungsforschung

Neben den Tools, die in der Versorgungs*praxis* zum Einsatz kommen, werden zusätzlich Instrumente in der Versorgungs*forschung* benötigt, um organisationsbezogene Gesundheitskompetenz zu messen und damit die einrichtungsbezogene Erfassung organisationsbezogener Gesundheitskompetenz zu ermöglichen, diese aber auch einrichtungsübergreifend vergleichen zu können. Dazu liegen bereits einige Instrumente vor, die allerdings aus unserer Sicht wichtige Aspekte noch nicht ausreichend berücksichtigen. So gibt es auf der einen Seite verschiedene Instrumente, die sich in erster Linie auf bestimmte Arten von Organisationen wie Krankenhäuser (Pelikan & Dietscher, 2015), Apotheken (Jacobson et al., 2007) oder Primärversorgungspraxen (Altin et al., 2015) beziehen und für diese wissenschaftlich getestet bzw. als Machbarkeitsstudie durchgeführt wurden. Darüber hinaus gibt es weitere Instrumente, die aber noch nicht im Rahmen von wissenschaftlichen Studien erprobt wurden (z. B. Rudd & Anderson, 2006). Die Fokussierung auf bestimmte Organisationstypen schränkt den Anwendungsbereich dieser Instrumente deutlich ein. Auf der anderen Seite gibt es Instrumente, die nicht auf bestimmte Organisationstypen begrenzt sind, das Konzept der organisationsbezogenen Gesundheitskompetenz aber eher eng fassen (Kowalski et al., 2015). Diesen Instrumenten liegt häufig ein eindimensionales Verständnis von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz zugrunde. Das heißt, unterschiedliche Aspekte, wie sie durch die Hauptkategorien des Reflexionsbogens im Kriterienkatalog (▷5) beschrieben sind, werden hier nur unzureichend abgedeckt. Damit ist eine differenziertere Messung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz über unterschiedliche Organisationstypen hinweg schwierig. Im Laufe des Projekts OHL-HAM hat sich daher gezeigt, dass weiterhin der Bedarf an einem wissenschaftlichen Messinstrument besteht. Folglich wurden die entwickelten Kriterien als Grundlage herangezogen, um einen wissenschaftlichen Fragebogen zur Erfassung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz zu entwickeln und zu erproben. Dieser umfasst im ersten Entwurf die gleichen 77 Items wie der Reflexionsbogen, die in 17 Unterskalen und die folgenden fünf Skalen eingeteilt wurden: 1) »Barrierefreier Zugang & Navigation«, 2) »Integration, Priorisierung & Verbreitung von organisa-

tionsbezogener Gesundheitskompetenz«, 3) »Qualifizierung, Qualitätsmanagement, Evaluation & Bedarfserhebung«, 4) »Kommunikation mit Zielgruppen« und 5) »Einbeziehung & Unterstützung von Zielgruppen«. Dieser Fragebogen wurde bereits einer ersten Pilotphase unterzogen, deren Ergebnisse in Kapitel 6 (>6) sowie in Klockmann et al. (2023) genauer beschrieben sind. Diese zeigten unter anderem, dass die interne Konsistenz des Fragebogens, also die Zusammenstellung der Skalen und die Passung der einzelnen Items zu ihren jeweiligen Skalen, inhaltlich gut begründet und ersten empirischen Ergebnissen zufolge ebenfalls belastbar ist.

7.3.3 Zusammenfassung

Die Weiterentwicklung organisationsbezogener Gesundheitskompetenz trägt dazu bei, Zugangsbarrieren zu Versorgungsangeboten zu reduzieren und die Gesundheitsversorgung für alle Menschen zu verbessern. Um dies zu erreichen, benötigen die Einrichtungen des Gesundheitswesens konkrete und praktische Handreichungen. Der hier vorgelegte Kriterienkatalog leistet hierfür einen wichtigen Beitrag und unterstützt Gesundheitsorganisationen dabei, Maßnahmen zur Verbesserung ihrer Gesundheitskompetenz zu entwickeln und zu überprüfen. Darüber hinaus stellt auch der entwickelte wissenschaftliche Fragebogen einen wertvollen Beitrag zum Forschungsstand über Instrumente zur Messung organisationsbezogener Gesundheitskompetenz dar. Der Ansatz, organisationsbezogene Gesundheitskompetenz mehrdimensional zu messen, führt zwar zwangsläufig zu einem umfassenderen Fragebogen, der zahlreiche Items beinhaltet. Jedoch ist dieser Ansatz im Einklang mit anderen Forschungsarbeiten, in denen Fragebögen entwickelt und validiert wurden, die ebenfalls verschiedene Dimensionen von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz abdecken (Weidmer et al., 2012). Nichtsdestotrotz ist es wichtig, den hier entwickelten Fragebogen in größeren Studien weiter zu validieren. Auch wenn organisationsbezogene Gesundheitskompetenz in der Breite mit den verschiedenen Dimensionen angemessen erfasst wird, sind eine Überarbeitung der Skalen und insbesondere eine Reduktion der Anzahl der Items – zumindest für den wissenschaftlichen Einsatz – empfehlenswert.

LITERATURVERZEICHNIS

- Altin SV, Lorrek K, Stock S (2015): Development and validation of a brief screener to measure the Health Literacy Responsiveness of Primary Care Practices (HLPC). *BMC Fam Pract* 16. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0336-4>
- Jacobson KL, Gazmararian JA, Kripalani S, McMorris KJ, et al. (2007): Is our pharmacy meeting patients' needs? A pharmacy health literacy assessment tool user's guide
- Klockmann I, Jaß L, Härter M, von dem Knesebeck O, et al. (2023): Multi-staged development and pilot testing of a self-assessment tool for organizational health literacy. *BMC Health Serv Res* 23:1407. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10448-0>

Kowalski C, Lee S-YD, Schmidt A, Wesselmann S, et al. (2015): The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): Development and validation. *BMC Health Serv Res* 15:47. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0707-5>

Pelikan JM, Dietscher C (2015): Die Gesundheitskompetenz von Gesundheitseinrichtungen entwickeln. Strategien und Beispiele. Ein Themenpapier des ONGKG

Rudd RE, Anderson JE (2006): The Health Literacy Environment of Hospitals and Health Centers. *Partners for Action: Making Your Healthcare Facility Literacy-Friendly*

Weidmer BA, Brach C, Hays RD (2012): Development and evaluation of CAHPS survey items as-sessing how well healthcare providers address health literacy. *Med Care* 50:S3-11. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182652482>

Biografische Angaben der Herausgeber:innen und Autor:innen

Beckmann, Ursel Dipl.-Chem., Studienrätin, Engagement in der Selbsthilfearbeit im SchmerzNetzwerk Hamburg.

Bremer, Daniel Dr. rer. biol. hum., Dipl.-Soz., wissenschaftlicher Referent für Gesundheitsberichterstattung, Ministerium für Justiz und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein. Bis 2021 Koordinator des Center for Health Care Research (CHCR) und des Hamburger Netzwerks für Versorgungsforschung (HAM-NET) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE).

▷ Kontakt: daniel.bremer@jumi.landhs.de

Brütt, Anna Levke Dr. phil., Dipl.-Psych., Leitung der Nachwuchsgruppe Rehafor-schung, Department für Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut und der Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Arbeitsschwerpunkte: patient:innenorientierte Versorgung und partizipative Versorgungsforschung.

▷ Kontakt: a.bruett@uke.de

Hagemann, Kerstin Sozialarbeiterin, Mitgründerin und Vorstand der Hamburger Patienten-Initiative e. V. Initiiert soziale Projekte, aktuell im Kulturbereich. Aktivistin für Barrierefreiheit und Inklusion. 2017 mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande ausgezeichnet.

▷ Kontakt: kerstin.hagemann@hamburg.de

Härter, Martin Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych., Studium der Psychologie und Humanmedizin an den Universitäten Würzburg, Padua (Italien) und Freiburg. Promotionen in Psychologie und Medizin sowie Habilitation an der Universität Freiburg. Seit 2008 Direktor des Instituts und der Poliklinik für Medizinische Psychologie und seit 2017 Co-Direktor des Instituts für Psychotherapie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Seit 2017 Sprecher des Hamburger Netzwerks für Versorgungsforschung (HAM-NET) und Vorstandsmitglied des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung, seit 2022 Hauptgeschäftsführer.

▷ Kontakt: m.haerter@uke.de

Haul, Sabine Apothekerin für Geriatrische Pharmazie, Mitarbeiterin Elefanten-Apotheke Bergedorf, Dozentin. Schwerpunkte: Arzneimitteltherapiesicherheit, Medikationsmanagement, Interprofessionelle Zusammenarbeit, Demenznetzwerk, Mitarbeit im Lohbrügger Gesundheitszentrum.

▷ Kontakt: sabine@haul-hamburg.de

Heeg, Johanna Studium der Psychologie im Bachelor und Master an der Universität Hamburg. Leiterin des OHL-HAM-Projekts am Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Forschungsschwerpunkt: Individuelle Gesundheitskompetenzförderung von Menschen mit Abhängigkeit von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, Entwicklung digitaler Gesundheitsinformationsangebote, Forschung zur organisationbezogenen Gesundheitskompetenz.

▷ Kontakt: j.heeg@uke.de

Jaß, Leonie B. Sc., studentisch-wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Masterstudentin der Gesundheitswissenschaften. Arbeitsschwerpunkte: Forschung zu organisationsbezogener Gesundheitskompetenz.

▷ Kontakt: ohl-ham@uke.de

Klockmann, Izumi Soziologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt OHL-HAM am Institut für Medizinische Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Davor in mehreren Forschungsprojekten zu digitalen Medien in Bildungs- und Verwaltungskontexten tätig gewesen. Mitwirkung an Zeitschriftenbeiträgen, Büchern und weiteren Publikationsformaten in deutscher und englischer Sprache. Tätigkeitsschwerpunkte: Forschung zu organisationsbezogener Gesundheitskompetenz bzw. der medizinsoziologischen Versorgungsforschung.

▷ Kontakt: ohl-ham@uke.de

Knesebeck, Olaf von dem Prof. Dr. phil., Studium der Sozialwissenschaften, Informationswissenschaft sowie Entwicklungs- und Sozialpsychologie an der Universität Düsseldorf. Direktor des Instituts für Medizinische Soziologie. Herausgeber des International Journal of Public Health und Sprecher des Center for Health Care Research & Public Health (CHCR & PH) am UKE. Arbeitsschwerpunkte: Stigmaforschung, Sozial-epidemiologie, Versorgungsforschung, Präventionsforschung, Evaluationsforschung und internationale Vergleiche.

▷ Kontakt: o.knesebeck@uke.de

Kofahl, Christopher Dr. phil., Dipl.-Psych., stellvertretender Direktor des Instituts für Medizinische Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Forschungsschwerpunkte: Patientenorientierung und Selbsthilfe, Public Health, Gesundheitskompetenz, Migration und Gesundheit, Versorgungsforschung.

▷ Kontakt: kofahl@uke.de

Koschnitzke, Cornelia Mitglied im Patient:innenbeirat partizipative Versorgungsforschung, Mitarbeit im Projekt GET.FEEDBACK am UKE, Mitarbeiterin im Netzwerk Norderstedt (NeNo), Leitung einer Nachbarn-für-Nachbarn-Seniorengruppe.

Lindemann, Christina Dr. PH, M. Sc. Epidemiology, Gesundheitswissenschaftlerin, Koordinatorin für Versorgungsforschung des Center for Health Care Research & Public Health (CHCR & PH) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Arbeitsschwerpunkte: Vernetzung der Akteure der Versorgungsforschung in der Metropolregion Hamburg, Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses der Versorgungsforschung und Public Health in Hamburg sowie Identifikation relevanter Forschungsfelder für die Versorgungsforschung in Hamburg.

▷ Kontakt: ch.lindemann@uke.de

Lüdecke, Daniel Dr. phil., Diplom-Gerontologe, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinische Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) und in Lehre und Forschung tätig. Leiter des OHL-HAM-Projekts. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheit im Alter, organisationsbezogene Versorgungsforschung und Methoden der Versorgungsforschung. Sprecher der AG Methoden der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie.

▷ Kontakt: d.luedecke@uke.de

Scherer, Martin Prof. Dr. med., Facharzt für Allgemeinmedizin, Direktor des Instituts und Poliklinik für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Sprecher des Center for Health Care Research & Public Health (CHCR & PH). Forschungsschwerpunkte: Versorgungsforschung, Über- und Unterversorgung, Leitlinien, Entwicklung von Qualitätsindikatoren, systematische Übersichtsarbeiten, chronische Erkrankungen, Multimorbidität.

▷ Kontakt: m.scherer@uke.de

Seeralan, Tharanya M. Sc., Psychologin in Weiterbildung als Psychologische Psychotherapeutin in Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Arbeitsschwerpunkte: Patient:innen- und Stakeholderbeteiligung in der Versorgungsforschung, sektorenübergreifende, gestufte und koordinierte Versorgung psychisch kranker Menschen, Implementierung neuer Versorgungsmodelle in der hausärztlichen Regelversorgung.

▷ Kontakt: t.seeralan@uke.de

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 2.1-1: Entwicklung des Center for Health Care Research, Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung, 2006 bis 2023. Quelle: eigene Darstellung.</i>	14
<i>Abbildung 2.1-2: Mitglieder des Hamburger Netzwerkes für Versorgungsforschung. Weitere Informationen zu den Mitgliedern des HAM-NET auf: https://www.ham-net.de/. Quelle: eigene Darstellung.</i>	15
<i>Abbildung 2.1-3: Struktur und Aufbau des Hamburger Netzwerkes für Versorgungsforschung. Quelle: eigene Darstellung.</i>	17
<i>Abbildung 2.2-1: Struktur des HAM-NET-Erfahrenenbeirats. Quelle: eigene Darstellung.</i>	23
<i>Abbildung 2.3-1: Strukturmodell der Gesundheitskompetenz nach Rudinger et al. (2014, S. 30). Quelle: eigene Nachbildung nach Rudinger et al. (2014, S. 30).</i>	29
<i>Abbildung 2.3-2: Components of Literacy (Institute of Medicine, 2004, S. 38). Quelle: eigene Nachbildung, aus dem Englischen übersetzt aus Institute of Medicine (2004, S. 38).</i>	32
<i>Abbildung 3.1-1: Flowchart des Screeningprozesses. Quelle: eigene Darstellung.</i>	52
<i>Abbildung 3.1-2: Anzahl an Publikationen je Land und Jahr. Quelle: eigene Darstellung.</i>	53
<i>Abbildung 3.1-3: Anzahl der Publikationen je Publikationstyp und Jahr. Quelle: eigene Darstellung.</i>	54
<i>Abbildung 4.1-1: Entwicklungsprozess des Reflexionsbogens zur Selbsteinschätzung organisationsbezogener Gesundheitskompetenz. Quelle: eigene Darstellung.</i>	86
<i>Abbildung 6.1-1: Ablauf der praktischen Erprobung der Kriterien. Quelle: eigene Darstellung.</i>	163
<i>Abbildung 6.3-1: Kurzzusammenfassung der Interviewergebnisse: positive Aspekte (+) und negative Aspekte (-) der Arbeit mit den Kriterien. Quelle: eigene Darstellung.</i>	179

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 3.1-1:</i> Ausgewertete 60 Publikationen des Literaturreviews (sortiert nach Jahr und Land).	49
<i>Tabelle 3.2-1:</i> Anzahl an Unterkategorien und extrahierten Kriterien je Hauptkategorie.	56
<i>Tabelle 3.3-1:</i> Konzepte und Terminologien organisationsbezogener Gesundheitskompetenz.	64
<i>Tabelle 3.4-1:</i> Deutschsprachige Instrumente für alle Organisationstypen.	68
<i>Tabelle 3.4-2:</i> Deutschsprachige Instrumente für bestimmte Organisationstypen.	68
<i>Tabelle 3.4-3:</i> Englischsprachige Instrumente für diverse Organisationstypen.	69
<i>Tabelle 3.4-4:</i> Englischsprachige Instrumente für bestimmte Organisationstypen.	70
<i>Tabelle 4.2-1:</i> Organisationstypen, Anzahl an Organisationen und Anzahl an Teilnehmenden je Workshop.	87
<i>Tabelle 4.3-1:</i> Zuordnung der aus den Workshops neu gewonnenen Kriterien zu den fünf Hauptkategorien des Reflexionsbogens.	88
<i>Tabelle 4.3-2:</i> Nicht thematisierte Kriterien auf Unterkategorienebene je Workshop.	93
<i>Tabelle 4.3-3:</i> Anzahl überarbeiteter Kriterien je Entwicklungsschritt.	95
<i>Tabelle 5.2-1:</i> Beispielhafte Tabelle für eine Organisation, auf die a) nicht zutrifft.	113
<i>Tabelle 5.2-2:</i> Beispiel für eine fertig ausgefüllte Tabelle.	113
<i>Tabelle 5.4-1:</i> Beispiel für eine ausgefüllte Tabelle zur ersten Unterkategorie »Zugang zur Organisation und zu ihren Angeboten«.	127
<i>Tabelle 5.4-2:</i> Beispiel für eine ausgefüllte Tabelle zur zweiten Unterkategorie »Navigation innerhalb der Organisation«.	128
<i>Tabelle 5.4-3:</i> Beispiel für eine ausgefüllte Tabelle zur dritten Unterkategorie »Navigation im Gesundheitssystem«.	128
<i>Tabelle 5.4-4:</i> Beispiel für die ersten Zeilen der Auszählungstabelle.	128
<i>Tabelle 5.4-5:</i> Auszählung Ihrer Ergebnisse – Anzahl der eingetragenen Kreuze je Unterkategorie.	129
<i>Tabelle 5.5-1:</i> Vorschläge zur Formulierung eines Aktionsplans.	131
<i>Tabelle 6.2-1:</i> Zielgruppen der befragten Organisationen.	166
<i>Tabelle 6.2-2:</i> Selbstbewertung der Organisationen.	166
<i>Tabelle 6.2-3:</i> Psychometrische Eigenschaften des Fragebogens auf Hauptkategorie- und auf Kriterien- bzw. Item-Ebene.	169
<i>Tabelle 6.3-1:</i> Ablauf der Praxisphase je Organisation.	172

Textboxenverzeichnis

<i>Textbox 2.3-1:</i> Begriffsdefinition »Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz«	38
<i>Textbox 3.2-1:</i> Unterkategorien der 1. Hauptkategorie »Kommunikation mit Nutzer:innen«	56
<i>Textbox 3.2-2:</i> Unterkategorien der 2. Hauptkategorie »Einfacher Zugang & Navigation«	57
<i>Textbox 3.2-3:</i> Unterkategorien der 3. Hauptkategorie »Integration & Priorisierung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz«	58
<i>Textbox 3.2-4:</i> Unterkategorien der 4. Hauptkategorie »Assessments & Organisationsentwicklung«	59
<i>Textbox 3.2-5:</i> Unterkategorien der 5. Hauptkategorie »Einbeziehung & Unterstützung der Nutzer:innen«	60
<i>Textbox 3.2-6:</i> Unterkategorien der 6. Hauptkategorie »Information & Qualifikation des Personals«	61
<i>Textbox 3.3-1:</i> Deutsche Übersetzung der zehn Attribute einer gesundheitskompetenten Gesundheitsorganisation von Brach et al. (2012; zitiert nach: Pelikan, 2017, S. 67)	62
<i>Textbox 3.5-1:</i> Kommunikation mit Nutzer:innen (Hauptkategorie 1)	72
<i>Textbox 3.5-2:</i> Einfacher Zugang & Navigation (Hauptkategorie 2)	72
<i>Textbox 3.5-3:</i> Integration & Priorisierung von organisationsbezogener Gesundheitskompetenz (Hauptkategorie 3)	73
<i>Textbox 3.5-4:</i> Assessments & Organisationsentwicklung (Hauptkategorie 4)	73
<i>Textbox 3.5-5:</i> Einbeziehung & Unterstützung der Nutzer:innen (Hauptkategorie 5)	73
<i>Textbox 3.5-6:</i> Information & Qualifikation des Personals (Hauptkategorie 6)	74
<i>Textbox 4.4-1:</i> Gliederung des Reflexionsbogens in Haupt- und Unterkategorien	96
<i>Textbox 5.1-1:</i> Begriffsdefinition »Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz«	106
<i>Textbox 5.1-2:</i> Hauptkategorien des Reflexionsbogens	106
<i>Textbox 5.2-1:</i> Begriffsdefinitionen zur Selbstreflexion	113
<i>Textbox 6.1-1:</i> Begriffsdefinition »Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz«	161
<i>Textbox 6.1-2:</i> Erklärung der Begriffe »Kriterien«, »Reflexionsbogen«, »Kriterienkatalog« und »Fragebogen«	162
<i>Textbox 6.2-1:</i> Antwortskala des Fragebogens und zugehörige Scores	165

Abkürzungsverzeichnis

ASPIRED	Messung von Patientenorientierung mittels patientenberichteter Erfahrungsmaße (Assessment of Patient-Centeredness through Patient-Reported Experience Measures)
BGG	Behindertengleichstellungsgesetz
BITV	Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CAHPS	Consumer Assessment of Health Providers and Systems
C-CAT	Communication Climate Assessment Toolkit
CHCR	Center for Health Care Research
CHCR & PH	Center for Health Care Research & Public Health
COMET	Integrierte und gestufte Versorgung psychischer Erkrankungen durch Überwindung sektoraler Behandlungsbarrieren (Collaborative and Stepped Care in Mental Health by Overcoming Treatment Sector Barriers)
HAM-EmCare	Wissen und Gesundheitskompetenz zum Thema Notfall in der Hamburger Bevölkerung (Emergency Care in Hamburg – Public Knowledge, Beliefs, and Utilization)
HAM-NET	Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung
HCHE	Hamburg Center for Health Economics
HL-COM	Health Literacy-Sensitivity of Communication
HLEHHC	Health Literacy Environment of Hospitals and Health Centers
HLHO-10	Health Literate Health Care Organization 10 Item Questionnaire
HLPC	Health Literacy Responsiveness of Primary Care Practices
I-COMET	Transfer von gestuften und integrierten Versorgungsmodellen bei psychischen Erkrankungen (Implementation of Stepped and Collaborative Care Models for Mental Disorders by Overcoming Treatment Sector Barriers)
IOM	Institute of Medicine
KISS	Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen
NAAL	National Assessment of Adult Literacy

NALA	National Adult Literacy Agency
NALS	National Adult Literacy Survey
NAM	National Academy of Medicine
OHL	organizational health literacy
OHL-HAM	Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz in der Region Hamburg (Organizational Health Literacy in the Hamburg Metropolitan Area)
Org-HLR	Organisational Health Literacy Responsiveness
PEMAT	Patient Education Materials Assessment Tool
REALM	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
S-TOFHLA	Kurzversion des Test of Functional Health Literacy in Adults
TOFHLA	Test of Functional Health Literacy in Adults
UHH	Universität Hamburg
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
WCAG	Web Content Accessibility Guidelines
WHO	World Health Organization
WKGKKO-I	Selbstbewertungs-Instrument zum Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen

Weitere Autoren im oekom verlag

Alexander Schiebel

Gift und Wahrheit

Wie Konzerne und Politik ihre Macht missbrauchen, um Umweltaktivist:innen mundtot zu machen

Erscheinungstermin: 10.10.2023

208 Seiten, Broschur

Preis: 20 €, ISBN 978-3-96238-286-5

Alexander Schiebel wurde in Südtirol vor Gericht gestellt, weil er die Pestizidgeschäfte der Agrarlobby aufdeckte. Inzwischen freigesprochen, zeigt er in seinem neuen Buch, wie solche Einschüchterungsklagen Umweltaktivist*innen überall in Europa mundtot machen sollen.

Evi Zemanek (Hrsg.)

Ozon

Natur- und Kulturgeschichte eines flüchtigen Stoffes

Erscheinungstermin: 12.09.2023

320 Seiten, Klappenbroschur, mit Farbbogen

Preis: 32 €, ISBN 978-3-98726-034-6

Hoch oben schützt Ozon vor UV-Strahlung, am Boden hingegen schädigt es unsere Lungen. Der neue Band der Stoffgeschichten erzählt von der Entdeckung und ökologischen Bedeutung dieses ambivalenten Stoffes und den Debatten, die sich um ihn entspannen.

Weitere Autoren im oekom verlag

Stefan Brunnhuber

Freiheit oder Zwang

Wer kann Nachhaltigkeit besser – Offene Gesellschaften oder Autokratien?

Erscheinungstermin: 10.10.2023

208 Seiten, Gebunden

Preis: 22 €, ISBN 978-3-98726-036-0

Zerstrittene Ampelregierungen und gewählte Klimaleugner: Funktioniert Nachhaltigkeit in Demokratien überhaupt? Oder brauchen wir eine »Ökodiktatur«, um handlungsfähig zu sein? Stefan Brunnhuber zieht ein weitsichtiges Fazit, wie wir auf dieser Welt überleben können.

Alexandra Achenbach

Meine nachhaltige Küche – on a budget

111 Ideen & Lifehacks für wenig Geld

Erscheinungstermin: 10.10.2023

144 Seiten, Broschur, vierfarbig mit zahlreichen Abbildungen

Preis: 14 €, ISBN 978-3-98726-037-7

Eine umweltbewusste und gesunde Küche muss nicht teuer sein. Mit 111 Ideen von Müsliriegel bis Wurmkomposter zeigt Alexandra Achenbach, wie man bewusst einkauft, Geld spart und die Umwelt schont. Inklusive DIY-Anleitungen und leckerer Rezeptideen.

Weitere Autoren im oekom verlag

P. Blenke, C. Reisinger

Klimakurve kriegen

Was wir jetzt tun können, um unsere Klimaziele noch zu erreichen

Erscheinungstermin: 02.11.2023

168 Seiten, gebunden, vierfarbig mit zahlreichen Illustrationen

Preis: 20 €, ISBN 978-3-98726-060-5

Dieser Praxisratgeber beleuchtet fünf Sektoren: Energie, Industrie, Gebäude, Verkehr und Landwirtschaft. Er zeigt leicht verständlich und nachvollziehbar auf, was Unternehmen und Privatpersonen aktiv gegen den Klimawandel tun können.

H. Pauli

Der grüne Weckruf

Wie Nachhaltigkeit und Klimaschutz gelingen

Erscheinungstermin: 07.09.2023

184 Seiten, gebunden

Preis: 24 €, ISBN 978-3-98726-053-7

Um die Klimaerwärmung und das Artensterben zu stoppen, ist es notwendig, Probleme grundsätzlicher anzugehen und unsere Werte kritisch zu hinterfragen. Hierzu liefert der Unternehmer und Ingenieur Hans Pauli viele wichtige Anregungen und Lösungsansätze.

Weitere Autoren im oekom verlag

Konzeptwerk Neue Ökonomie e.V. (Hrsg.)

Bausteine für Klimagerechtigkeit

8 Maßnahmen für eine solidarische Zukunft

Erscheinungstermin: 02.11.2023

320 Seiten, Broschur, vierfarbig, mit zahlreichen Abbildungen

Preis: 19 €, ISBN 978-3-98726-073-5

Eine klimagerechte Welt ist möglich, aber wir müssen Wege finden, sofort mit dem Wandel zu starten. Von gerechter Wohnraumverteilung über autofreie Städte bis zu sozialen Garantien: Dieses Buch beschreibt Maßnahmen, die bis 2030 umsetzbar sind.

Stadt Kassel, S. Völker (Hrsg.)

Kultur und Nachhaltigkeit

Handlungsfelder und Praxisbeispiele

Erscheinungstermin: 07.09.2023

252 Seiten, Broschur

Preis: 26 €, ISBN 978-3-98726-058-2

Ob bei Filmfestivals, im Theater oder in Museen – Kultur kann und muss einen aktiven Beitrag für mehr Nachhaltigkeit leisten. 29 Autorinnen und Autoren bringen hier ihre fachliche Expertise ein, diskutieren zentrale Handlungsfelder – und geben Einblicke in Projekte aus der Praxis.

In den vergangenen Jahren hat die Wissenschaft ihre Aufmerksamkeit verstärkt auf das Thema der individuellen Gesundheitskompetenz gerichtet – und gezeigt, dass große Teile der deutschen Bevölkerung eine geringe Gesundheitskompetenz aufweisen. Informationen und Angebote rund um Gesundheit sind für viele schwer zu finden, zu verstehen oder anzuwenden. Daher gewinnt neben der individuellen Gesundheitskompetenz auch die organisationsbezogene Gesundheitskompetenz an Bedeutung. Die Idee ist, dass Gesundheitseinrichtungen Menschen dabei helfen, sich im komplexen Gesundheitssystem zurechtzufinden.

In Deutschland gibt es noch wenig Erfahrung mit diesem Ansatz. Das Forschungsprojekt »Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz in der Region Hamburg (OHL-HAM)« setzt hier an und entwickelte einen konkreten Kriterienkatalog – ein wichtiger Beitrag für eine bessere organisationsbezogene Gesundheitskompetenz und Qualitätssicherung in der Region Hamburg und darüber hinaus.

Izumi Klockmann ist Soziologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt »Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz in der Region Hamburg (OHL-HAM)« am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Davor war sie in mehreren Forschungsprojekten zu digitalen Medien in Bildungs- und Verwaltungskontexten tätig.

Johanna Heeg ist Psychologin und Projektleiterin im Projekt »Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz in der Region Hamburg (OHL-HAM)«. Ihre Forschungsschwerpunkte sind die individuelle und die organisationsbezogene Gesundheitskompetenzförderung.

Olaf von dem Knesebeck leitet das Institut für Medizinische Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) und ist Sprecher des »Center for Health Care Research & Public Health (CHCR & PH)« am UKE.

Martin Härter ist Direktor des Instituts und der Poliklinik für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) sowie Sprecher des »Hamburger Netzwerks für Versorgungsforschung (HAM-NET)«.

Daniel Lüdecke arbeitet als Projektleiter des Projekts »Organisationsbezogene Gesundheitskompetenz in der Region Hamburg (OHL-HAM)«. Er ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinische Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE).

