



1

2

3

4 **Für ein kompetentes Gesundheitssystem:**

5 **Organisationale Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Ge-**
6 **sundheitsversorgung**

7

8 **Ein Positionspapier des DNGK**

9

10 Corinna Schaefer, Eva-Maria Bitzer und Marie-Luise Dierks für den Vorstand des DNGK
11 (Vorstandsentswurf - Stand 18.10.2019)

12

Konsultations-Entwurf des DNGK-Vorstands 18.10.2019



13 1. Präambel

14

15 1.1. Hintergrund

16 Die Definition von Gesundheitskompetenz [1] und die Gewichtung ihrer Determinanten haben
17 sich in der Weise verändert, dass die Verantwortung der Gesellschaft und der Versorgung-
18 einrichtungen deutlich stärker hervorgehoben wird. Dies ist unter anderem Überlegungen zur
19 sozialen Ungleichheit geschuldet, nach denen es obsolet ist, Menschen die Verantwortung für
20 ihre Gesundheit aufzubürden, wenn sie gleichzeitig - etwa durch einen niedrigen sozioökono-
21 mischen Status oder eingeschränkte Kognition - struktureller gesundheitlicher Benachteiligung
22 ausgesetzt sind. [2,3]

23 In Anlehnung an das *US Department of Health and Human Services* zur Neudefinition von
24 Health Literacy hat das Deutsche Netzwerk Gesundheitskompetenz, gemeinsam mit dem
25 Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung, als neue Definition von Health Literacy vorge-
26 schlagen:

27 *Gesundheitskompetenz ist der Grad, zu dem Individuen durch das Bildungs-, Sozial*
28 *und / oder Gesundheitssystem in die Lage versetzt werden, die für angemessene ge-*
29 *sundheitsbezogene Entscheidungen relevanten Gesundheitsinformationen zu finden,*
30 *zu verarbeiten und zu verstehen* [4]

31 Dies macht deutlich, dass

- 32 • sowohl individuelle Fähigkeiten und Eigenschaften wie auch gesellschaftliche Strukturen
33 und organisationale Bedingungen am Entstehen von Gesundheitskompetenz beteiligt sind
34 und
- 35 • das Ziel jeglicher Aktivität zur Förderung von Gesundheitskompetenz darin besteht, den
36 Menschen individuell angemessene Entscheidungen zu ermöglichen.

37 Dabei verstehen wir unter „individuell angemessenen gesundheitsbezogenen Entscheidun-
38 gen“ solche, die den individuellen Werten, Zielvorstellungen und Lebensumständen der Bür-
39 ger*innen und Patient*innen entsprechen, selbst wenn diese nicht das medizinisch beste Er-
40 gebnis zum Ziel haben oder nach wohlbegründeter Abwägung allgemein anerkannten, auch
41 evidenzbasierten, Empfehlungen widersprechen.



42 Eine so definierte Gesundheitskompetenz zu erreichen, liegt nicht allein in der Verantwor-
43 tung des oder der Einzelnen, sondern muss als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe begrif-
44 fen werden. Gerade die Einrichtungen, die die Gesundheitsversorgung gestalten, tragen hier
45 eine besondere Verantwortung und sollen Maßnahmen zur Unterstützung der Gesundheits-
46 kompetenz ihrer Klient*innen einsetzen.

47

48 **1.2. Auf wen beziehen sich die Forderungen zu organisationaler** 49 **Gesundheitskompetenz?**

50 Für die Förderung individueller Gesundheitskompetenz tragen Organisationen vieler gesell-
51 schaftlicher Bereiche Verantwortung, dazu gehören etwa das Bildungs-, Sozial- oder Gesund-
52 heitswesen sowie Medien.

53 Dieses Positionspapier beschäftigt sich mit der organisationalen Gesundheitskompetenz in
54 **Einrichtungen der Gesundheitsversorgung**, und zwar konkret

55 *in allen Einrichtungen, mit denen Bürger*innen und / oder Patient*innen im Zusammen-*
56 *hang mit Gesundheitsentscheidungen in Kontakt kommen.*

57 Dazu gehören zunächst Organisationen, die Gesundheitsleistungen erbringen (Krankenhäu-
58 ser wie Praxen), aber auch Kostenträger und weitere Akteure, wie beispielsweise Gremien der
59 Selbstverwaltung.

60 Ihre Aufgabe besteht zum einen darin, den Patient*innen und Bürger*innen verständliche Ori-
61 entierung bzw. Navigation durch das komplexe deutsche Gesundheitssystem zu vermitteln.
62 [5]

63 Zum anderen sollen sie Strukturen zur Entwicklung, Verbreitung und Vermittlung von vertrau-
64 enswürdigem Wissen unterhalten. Auf diese Weise können sie verlässliche Informationen ver-
65 fügbar machen, die Bürger*innen und Patient*innen zur Orientierung bei und zur Bewältigung
66 von Gesundheitsproblemen benötigen. [6]

67 Indem diese Organisationen dafür Verantwortung übernehmen, Menschen bei der Entschei-
68 dungsfindung zum Umgang mit Gesundheitsproblemen und bei der Navigation im Gesund-
69 heitssystem bestmöglich zu unterstützen, tragen sie zu einer gerechten, patientenzentrierten
70 Versorgung bei.

71 *„Health organizations can empower the populations they serve and address inequity*
72 *by ensuring they are health literacy responsive”. [7]*



73 **1.3. Unverzichtbar für gesundheitskompetente Organisationen: Verlässliche**
74 **Gesundheitsinformationen**

75 Gesundheitskompetentes Handeln und Förderung der Gesundheitskompetenz braucht auf al-
76 len Ebenen valides, breit verfügbares medizinisches Wissens und verlässliche Gesundheitsin-
77 formationen, die auf Basis anerkannter methodischer Standards entwickelt werden.

78 Anforderungen an solche Gesundheitsinformationen sind in einem breiten nationalen Konsens
79 beschrieben. [8] Sie bilden eine zentrale Voraussetzung für individuelle Gesundheitsentschei-
80 dungen. Organisationale Gesundheitskompetenz setzt verlässliche Gesundheitsinformation
81 im Sinne der „Guten Praxis Gesundheitsinformation“ zwingend voraus.

82

83 **1.4. Unverzichtbar für gesundheitskompetente Organisationen: Gute**
84 **Kommunikation**

85 Den größten Stellenwert bei der Vermittlung von Information und dem Abwägen von Entschei-
86 dungen von Patient*innen hat das gemeinsame Gespräch - mit Ärzt*innen, Pflegenden oder
87 Vertreter*innen anderer Gesundheitsberufe. Dafür bedarf es guter Kommunikationskompe-
88 tenz der Gesundheitsberufe. Ohne verständliche, wertschätzende und zielgruppengenaue
89 Kommunikation erreichen verlässliche Informationen ihre Adressaten nicht. Zu guter Kommu-
90 nikation in Gesundheitsfragen gehört auch, zunächst ergebnisoffen und gemeinsam individu-
91 elle Behandlungsziele zu ermitteln. Gesundheitskompetente Organisationen halten entspre-
92 chende Kommunikationsschulungen für ihre Mitarbeiter*innen vor.

93

94

Konsultations-Entwurf des DNGK-Vorstands 18.10.2019



95 **2. Gesundheitskompetente Organisationen ...**

96 (modifiziert nach [9])

97 ... stellen den betroffenen Menschen mit seinen individuellen Bedürfnissen, Fähigkeiten, Wert-
98 vorstellungen, Behandlungszielen und seinem sozialen Umfeld ins Zentrum und richten ihre
99 Strukturen und Prozesse daran aus, ihm individuell angemessene Entscheidungen zu ermög-
100 lichen;

101 ... bilden die in ihnen arbeitenden Menschen darin aus und fort, die individuelle Gesundheits-
102 kompetenz bei Entscheidungen zu fördern;

103 ... ermöglichen Menschen mit unterschiedlichen körperlichen, kognitiven, sprachlichen, ethni-
104 schen, kulturellen oder weiteren individuellen Voraussetzungen die größtmögliche Teilhabe an
105 allen Versorgungsprozessen und -entscheidungen;

106 ... ermöglichen den in ihnen arbeitenden Menschen sowie Patient*innen und Bürger*innen
107 den Zugang zu wissenschaftlich belastbaren, hochwertigen, verlässlichen und verständlichen
108 Gesundheitsinformationen im Sinne der „Guten Praxis Gesundheitsinformation“;

109 ... unterstützen Patient*innen und / oder Bürger*innen beim Zurechtfinden beziehungsweise
110 Navigieren im Gesundheitssystem und bieten alle Informationen in unterschiedlichen, indivi-
111 duell angepassten, nicht direktiven Formaten an;

112 ... binden betroffene Patient*innen und / oder Bürger*innen in die Entwicklung, Implementie-
113 rung und Evaluation von organisationsinternen Strukturen, Prozessen und Informationen ein;

114 ... etablieren Kommunikationsstrukturen auf Augenhöhe mit Patient*innen und / oder Bür-
115 ger*innen, die zu Fragen ermutigen und bestmögliches individuelles Verstehen sicherstellen.

116

Konsultationsentwurf des DNGK-Vorstands 18.10.2019



3. Acht Thesen zur organisationalen Gesundheitskompetenz

- 117
118
119 I. Gesundheitskompetenz ist eine individuelle Kompetenz, es braucht aber zwingend för-
120 dernde Strukturen in Politik und Gesellschaft, insbesondere in Einrichtungen des Ge-
121 sundheitswesens, damit Individuen diese Kompetenz entwickeln und durchsetzen kön-
122 nen.
- 123 II. Wenn individuelle kognitive oder sprachliche Fähigkeiten eingeschränkt sind, obliegt
124 es in besonderem Maße den betreuenden Gesundheitsorganisationen und deren
125 (Be)Handelnden, Betroffenen individuell angemessene Entscheidungen zu ermögli-
126 chen.
- 127 III. Gesundheitskompetenz ist keine statische Größe, über die ein Mensch immer im sel-
128 ben Maße verfügt, sondern sie verändert sich abhängig von individuell erlebten Situa-
129 tionen und Erkrankungen oder Krankheitsstadien. Darauf müssen gesundheitskompe-
130 tente Organisationen reagieren.
- 131 IV. Die Förderung von Gesundheitskompetenz kann dazu führen, dass Individuen sich be-
132 wusst gegen Interventionen entscheiden, die von Expert*innen als wirksam und emp-
133 fehlenswert angesehen werden. Gesundheitskompetente Organisationen unterstützen
134 die Autonomie der Patient*innen und erkennen an, dass sie Expert*innen für ihr eige-
135 nes Wohl sind.
- 136 V. Organisationale Gesundheitskompetenz ist zuerst eine Frage der Haltung und dann
137 eine Frage angemessener, definierter Prozesse.
- 138 VI. Einrichtungen der Gesundheitsversorgung brauchen Rahmenbedingungen, die ihre
139 Anstrengungen für ein bürger- oder patientenzentriertes, die Gesundheitskompetenz
140 förderndes Handeln unterstützen und dies nicht durch falsche Anreize konterkarieren.
- 141 VII. Die ideelle und finanzielle Förderung organisationaler Gesundheitskompetenz ist eine
142 gemeinschaftliche Verpflichtung und Aufgabe aller Akteure der Gesundheitsversor-
143 gung. Sie bedarf geeigneter, breit akzeptierter Instrumente, auf die alle Akteure sich
144 verständigen können.
- 145 VIII. Das Konzept der „Organisationalen Gesundheitskompetenz“ bedeutet einen Perspek-
146 tivwechsel: Nicht der einzelne braucht Fähigkeiten, um ein komplexes Gesundheits-
147 system zu durchdringen, sondern das System muss Strategien bereitstellen, um der
148 Komplexität der Menschen gerecht zu werden.



149 **4. Ausblick: Eckpunkte zur Förderung Organisationaler** 150 **Gesundheitskompetenz**

151 Es gibt viele Konzepte im Gesundheitswesen, die Teilaspekte von organisationaler Gesund-
152 heitskompetenz abbilden. Diese gilt es zu nutzen und zusammenzuführen:

153 Organisationale Gesundheitskompetenz als Modell ist verwandt mit theoretischen Konzepten
154 der Patientenorientierung [10,11], Patientenzentriertheit [12] und der Responsivität der Ver-
155 sorgung [13].

156 Für die praktische Umsetzung in den Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung gibt es
157 international bereits vereinzelt speziell auf die Förderung der organisationalen Gesundheits-
158 kompetenz zugeschnittene Selbstbewertungssysteme (z.B.[14]) deren Adaptation auf die na-
159 tionale Situation aussteht.

160 Zahlreiche Anknüpfungspunkte bieten aber auch Managementkonzepte wie das der gesund-
161 heitsfördernden Krankenhäuser [15]), der selbsthilfefreundlichen Krankenhäuser [16] oder der
162 Auditleitfaden „Exzellente Patientenschulung in der Medizinischen Rehabilitation“ [17,18]. Sys-
163 tematisch geprüft werden sollten weitere Möglichkeiten, Gesundheitskompetenz institutionell
164 bzw. organisationell zu verankern, insbesondere die klassischen und bereits breit in der ge-
165 sundheitlichen Versorgung etablierten Qualitätsmanagementsysteme (z. B. DIN EN ISO 9000,
166 EFQM, QEP; KTQ).

167 Um organisationale Gesundheitskompetenz im bestehenden Gesundheitssystem voranzu-
168 bringen, ist eine Vielzahl von Maßnahmen notwendig, bei denen alle Adressaten sowie Pati-
169 ent*innen und Bürger*innen eingebunden sein sollten:

- 170 • Erfassung und Dokumentation bereits bestehenden Initiativen und Instrumente („Kar-
171 tierung“);
- 172 • Sammlung und Analyse (förderliche Faktoren und Barrieren) von Beispielen gelunge-
173 ner Umsetzung von organisationaler Gesundheitskompetenz;
- 174 • Verbesserung der Sichtbarkeit und Implementierung verlässlicher Gesundheitsinfor-
175 mationen im Sinne der „Guten Praxis Gesundheitsinformation“ [19];
- 176 • Adaptation beziehungsweise Entwicklung von Kriterien für organisationale Gesund-
177 heitskompetenz für Einrichtungen des Gesundheitswesens im Sinne der unter 1.2. be-
178 schriebenen Organisationen;



- 179 • (Weiter) Entwicklung von Standards für gesundheitskompetente Organisationen
- 180 • Erarbeitung von Vorschlägen / Maßnahmen zur Implementierung;
- 181 • Vernetzung der von der Förderung organisationaler Gesundheitskompetenz betroffe-
- 182 ner Einrichtungen;
- 183 • Am Gemeinwohl orientierte Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem schaffen, die
- 184 es allen Gesundheitsprofessionen – den ärztlichen wie den therapeutischen Gesund-
- 185 heitsberufen und auch der Pflege – ermöglichen, die Gesundheitskompetenz ihrer Ad-
- 186 ressataten durch Information, Beratung, Bildung und Anleitung aktiv zu fördern [2];
- 187 • Adressatengerechte Strategien zur Förderung der Gesundheits- und Nutzerkompetenz
- 188 der unterschiedlichen Nutzergruppen im Gesundheitswesen entwickeln und umsetzen
- 189 und dabei vulnerable Gruppen wie Menschen mit geringen sozio-kulturellen und öko-
- 190 nomischen Ressourcen, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit chroni-
- 191 scher Erkrankung oder im höheren Lebensalter besonders berücksichtigen.
- 192
- 193

Konsultations-Entwurf des DNGK-Vorstands 18.10.2019



Literatur

- ¹ Bitzer EM, Sorensen K. Gesundheitskompetenz – Health Literacy. Gesundheitswesen 2018; 80: 754-766. Internet: <https://t1p.de/erct> (Zugriff: 1.10.2019)
- ² Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U, Kolpatzik H (Hrsg). Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin 2019. Internet: <https://t1p.de/2dsv> (Zugriff: 1.10.2019)
- ³ Robert Koch Institut. Soziale Unterschiede in Deutschland: Mortalität und Lebenserwartung. J Health Monitoring 2019; 481) Internet: <https://t1p.de/vejl> (Zugriff: 8.10.2019)
- ⁴ Bitzer EM, Ernstmann N für das Deutsche Netzwerk Gesundheitskompetenz und das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung. Vorschlag für eine erweiterte Definition von Health Literacy. Köln, August 2019 Internet: <https://t1p.de/p9ri> (Zugriff: 1.10.2019)
- ⁵ Sachverständigenrat Gesundheit. Gesundheitskompetenz und kundige Lotsen zur bedarfsgerechten Navigation durch ein komplexes Gesundheitssystem. In: Gutachten 2018, Kapitel 1.3. Bonn/Berlin 2018. Internet: <https://t1p.de/jw1a> (Zugriff: 18.10.2019)
- ⁶ Sachverständigenrat Gesundheit. Steuerungsinstrument Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen. In: Gutachten 2018, Kapitel 12.4. Bonn/Berlin 2018. Internet: <https://t1p.de/jw1a> (Zugriff: 18.10.2019)
- ⁷ Trezona A, Rowlands G, Nutbeam D. Progress in Implementing National Policies and Strategies for Health Literacy-What Have We Learned so Far? Int J Environ Res Public Health. 2018 Jul 23;15(7). pii: E1554. doi: 10.3390/ijerph15071554. Internet: <https://t1p.de/jtw6> (Zugriff: 1.10.2019)
- ⁸ DNEbM Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin. Gute Praxis Gesundheitsinformation. Berlin 2015. Internet: <https://t1p.de/jkzv> (Zugriff: 1.10.2019)
- ⁹ Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, Parker R, Dreyer B et al (2012) Ten attributes of health literate health care organizations. Institute of Medicine, Washington, DC. Internet: <https://t1p.de/oiq2> (Zugriff: 1.10.2019)
- ¹⁰ Klemperer D. Patientenorientierung im Gesundheitswesen. GQMG Newsletter.2000; 1(7): 15-16. Internet: <https://t1p.de/6ayw> (Zugriff: 1.10.2019)
- ¹¹ Delbanco T, Berwick DM, Boufford JI, Edgman-Levitan S, Ollenschläger G, Plamping D, Rockefeller RG. Healthcare in a land called PeoplePower: nothing about me without me. Health Expect 2001;4: 144-150. Internet: <https://t1p.de/v9kp> (Zugriff: 1.10.2019)
- ¹² Klemperer D. Qualität in der Medizin. Der patientenzentrierte Qualitätsbegriff und seine Implikationen. Dr. med. Mabuse 1996; Heft Januar/Februar, S. 22-27. Internet: <https://t1p.de/8z7t> (Zugriff: 1.10.2019)
- ¹³ World Health Organization. Health System Responsiveness. Genf 2019. Internet: <https://t1p.de/q3ng> (Zugriff: 1.10.2019)
- ¹⁴ ÖPGK Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz. Selbsteinschätzungsinstrument für Gesundheitskompetenz in Gesundheitseinrichtungen. Kurzform für Teams. Version 1.0. Wien: ÖPGK, 2018. Internet: <https://t1p.de/lkcf> (Zugriff: 1.10.2019)



¹⁵ DNGfK Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen. Grundsatzdokumente. Hamburg 2019. Internet: <https://t1p.de/h55z> (Zugriff: 1.10.2019)

¹⁶ NAKOS Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen. Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Berlin 2019. Internet: <https://t1p.de/scnv> (Zugriff: 1.10.2019)

¹⁷ Bitzer EM, Dierks ML, Heine W, Becker P, Vogel H, Beckmann U, Butsch R, Dörning H, Brüggemann S. Teilhabebefähigung und Gesundheitskompetenz in der medizinischen Rehabilitation – Empfehlungen zur Stärkung von Patientenschulungen. Die Rehabilitation 2009; 48(04): 202-210. Internet: <https://t1p.de/bxbd> (Zugriff: 1.10.2019)

¹⁸ DEGEMED Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation. Zertifizierungsverfahren. Auditleitfaden Exzellente Patientenschulung 1.0. Berlin 2011. Internet: <https://t1p.de/4bdh> (Zugriff: 1.10.2019)

¹⁹ Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) Konzept für ein Nationales Gesundheitsportal. Köln 2018. Internet: <https://t1p.de/grgj> (Zugriff: 1.10.2019)

Konsultations-Entwurf des DNGK-Vorstands 18.10.2019