



Mehr Organisationale Gesundheitskompetenz in die Gesundheitsversorgung bringen!

Ein Positionspapier des DNGK

Corinna Schaefer, Eva-Maria Bitzer und Marie-Luise Dierks für den Vorstand des DNGK (Vorstandsbeschluss vom 15.11.2019)

Korrespondenz:

DNGK – Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz e.V.
Geschäftsstelle, Immenzaun 3, 51429 Bergisch Gladbach
Tel: 02204 911259 – E-Mail: info@dngk.de
Internet: <https://www.dngk.de>

Bitte wie folgt zitieren:

Schaefer C, Bitzer EM, Dierks ML für den Vorstand des DNGK. Mehr Organisationale Gesundheitskompetenz in die Gesundheitsversorgung bringen! Ein Positionspapier des DNGK. Köln, 15.11.2019. [cited: YYYY-MM-DD]. Internet: <https://dngk.de/gesundheitskompetenz/organisationale-gesundheitskompetenz-positions-papier-2019/>



1. Präambel

1.1. Hintergrund

Die Definition von Gesundheitskompetenz [1] und die Gewichtung ihrer Determinanten ändern sich in der Weise, dass die Verantwortung der Gesellschaft und der Versorgungseinrichtungen deutlich stärker als zu Beginn der deutschen Diskussion hervorgehoben wird. Dies ist nicht zuletzt den Überlegungen zur sozialen Ungleichheit geschuldet: Es ist obsolet, allein den Menschen die Verantwortung für ihre Gesundheit aufzubürden, wenn sie gleichzeitig - etwa durch einen niedrigen sozioökonomischen Status oder eingeschränkte Kognition - struktureller gesundheitlicher Benachteiligung ausgesetzt sind. [2,3]

In Anlehnung an das *US Department of Health and Human Services* zur Neudefinition des Begriffs Health Literacy hat das Deutsche Netzwerk Gesundheitskompetenz, gemeinsam mit dem Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung, als neue Definition von Health Literacy vorgeschlagen:

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

Dies macht deutlich, dass

- sowohl individuelle Fähigkeiten und Eigenschaften als auch gesellschaftliche Strukturen und organisationale Bedingungen am Entstehen von Gesundheitskompetenz beteiligt sind und
- das Ziel von Aktivitäten zur Förderung von Gesundheitskompetenz darin besteht, allen Menschen individuell angemessene gesundheitsbezogene Entscheidungen und Handlungen zu ermöglichen.

Dabei verstehen wir unter „individuell angemessenen gesundheitsbezogenen Entscheidungen“ solche, die den individuellen Werten, Zielvorstellungen und Lebensumständen der Bürger*innen und Patient*innen entsprechen, selbst wenn diese Entscheidungen nicht das medizinisch beste Ergebnis zum Ziel haben oder nach wohlbegründeter Abwägung allgemein anerkannten, auch evidenzbasierten, Empfehlungen widersprechen.



Eine so definierte Gesundheitskompetenz zu erreichen, liegt nicht allein in der Verantwortung des oder der Einzelnen, sondern muss auch als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe begriffen werden. Gerade Einrichtungen, die Gesundheitsversorgung gestalten, kommt hier eine besondere Verantwortung zu. Ihre Aufgabe ist es, allen Klient*innen entsprechend ihrer Bedürfnisse gute Gesundheitsentscheidungen zu ermöglichen, sie zu unterstützen und entsprechende Rahmbedingungen zu schaffen.

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

Für die Förderung individueller Gesundheitskompetenz stehen Organisationen vieler gesellschaftlicher Bereiche in der Verantwortung, dazu gehören das Bildungswesen, das Sozialwesen, das Gesundheitswesen sowie die Medien.

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

*in allen Einrichtungen, mit denen Bürger*innen oder Patient*innen im Zusammenhang mit Gesundheitsfragen und -entscheidungen in Kontakt kommen.*

Dazu gehören zunächst Organisationen, die Gesundheitsleistungen erbringen, Krankenhäuser ebenso wie Praxen von Ärzt*innen, Psycholog*innen und weiteren Versorgungsanbietern, Apotheken sowie gesundheitsbezogene Beratungsstellen. Ebenso dazu gehören die Kostenträger, die Gremien der Selbstverwaltung und viele weitere Akteur*innen im Gesundheitswesen.

Die Aufgabe all dieser Organisationen besteht zum einen darin, den Patient*innen und Bürger*innen verständliche Orientierung bzw. Navigation im deutschen Gesundheitssystem zu ermöglichen. [5]

Zum anderen sollen sie Strukturen zur Verbreitung, Vermittlung und ggf. Entwicklung von vertrauenswürdigen Wissen unterhalten. Auf diese Weise können sie verlässliche Informationen verfügbar machen, die Bürger*innen und Patient*innen zur Orientierung bei Gesundheitsfragen und Bewältigung von gesundheitsbezogenen Problemen benötigen. [6]

Durch die Umsetzung dieser Aufgaben tragen die Organisationen zu einer gerechten, patientenzentrierten Versorgung bei.

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



1.3. Unverzichtbar für gesundheitskompetente Organisationen: Verlässliche Gesundheitsinformationen

Gesundheitskompetentes Handeln und die Förderung der Gesundheitskompetenz brauchen auf allen Ebenen valides, breit verfügbares, gesundheitsrelevantes Wissen und verlässliche Gesundheitsinformationen, die auf Basis anerkannter methodischer Standards entwickelt werden.

Anforderungen an solche Gesundheitsinformationen sind in einem breiten nationalen Konsens in Form der „Guten Praxis Gesundheitsinformation“ beschrieben worden. [8] Dazu gehört neben der systematisch-kritischen Bewertung der Evidenz zur Minimierung von Verzerrung auch die vielfältige, zielgruppengerechte Aufbereitung von Wissen, so dass es für möglichst viele Menschen nutzbar ist. So entwickelte Informationen bilden eine zentrale Voraussetzung für individuelle Gesundheitsentscheidungen. Organisationale Gesundheitskompetenz setzt die Nutzung verlässlicher Gesundheitsinformation im Sinne der „Guten Praxis Gesundheitsinformation“ zwingend voraus.

1.4. Unverzichtbar für gesundheitskompetente Organisationen: Gute Kommunikation

Ein hoher Stellenwert bei der Vermittlung von Information und dem Abwägen von Entscheidungen von Patient*innen kommt dem gemeinsamen Gespräch zu - mit Ärzt*innen, Pflegenden oder Vertreter*innen anderer Gesundheitsberufe. Dafür bedarf es einer guten Kommunikationskompetenz dieser Gesundheitsberufe. Ohne verständliche, wertschätzende und auf die individuellen Bedürfnisse der Erkrankten abgestimmte Kommunikation erreichen verlässliche Informationen ihre Adressaten nicht. Zu guter Kommunikation in Gesundheitsfragen gehört auch, zunächst ergebnisoffen und gemeinsam individuelle Ziele zu ermitteln. Um dies zu gewährleisten, müssen Behandelnde ihre Patient*innen zu Fragen ermutigen, verständlich antworten, aber auch lernen, den Betroffenen zuzuhören. Gesundheitskompetente Organisationen führen entsprechende Kommunikationsschulungen für ihre Mitarbeiter*innen regelmäßig durch.



2. Gesundheitskompetente Organisationen

Brach et al. 2012 [9] haben bereits 10 Merkmale für „health literate health care organizations“ beschrieben. Diese beziehen sich - wie andere, umfangreichere Standards - ausschließlich auf Leistungserbringer, insbesondere Krankenhäuser. Bezogen auf andere Einrichtungen im Gesundheitssystem, wie unter 1.2 beschrieben, lassen sich daraus folgende Merkmale ableiten:

Gesundheitskompetente Organisationen ...

... stellen den betroffenen Menschen mit seinen individuellen Bedürfnissen, Fähigkeiten, Wertvorstellungen, Zielen und seinem sozialen Umfeld ins Zentrum und richten ihre Strukturen und Prozesse daran aus, ihm individuell angemessene Entscheidungen zu ermöglichen;

... unterstützen Patient*innen und Bürger*innen bei der Orientierung im Gesundheitssystem

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

... bilden die in ihnen arbeitenden Menschen darin aus und fort, bei gesundheitsbezogenen Entscheidungen bestmöglich auf die individuellen Voraussetzungen und Anforderungen der Patient*innen und Bürger*innen einzugehen;

... ermöglichen den in ihnen arbeitenden Menschen sowie Patient*innen und Bürger*innen den Zugang zu wissenschaftlich belastbaren, hochwertigen, verlässlichen und verständlichen Gesundheitsinformationen im Sinne der „Guten Praxis Gesundheitsinformation“ [8];

... bieten alle verlässlichen Informationen in unterschiedlichen, individuell angepassten, nicht direktiven Formaten an;

... binden betroffene Patient*innen und Bürger*innen in die Entwicklung, Implementierung und Evaluation von organisationsinternen Strukturen, Prozessen und Informationen ein;

... etablieren Kommunikationsstrukturen auf Augenhöhe mit Patient*innen und Bürger*innen, die zu Fragen ermutigen und bestmögliches individuelles Verstehen sicherstellen.



3. Acht Thesen zur organisationalen Gesundheitskompetenz

- I. Gesundheitskompetenz ist eine individuelle Kompetenz, es braucht aber zwingend fördernde Strukturen in Politik und Gesellschaft, insbesondere in Einrichtungen des Gesundheitswesens, damit Individuen diese Kompetenz entwickeln und durchsetzen können.
- II. Wenn individuelle kognitive oder sprachliche Fähigkeiten bei Menschen eingeschränkt sind, obliegt es in besonderem Maße den betreuenden Gesundheitsorganisationen und deren Mitarbeiter*innen, den Betroffenen individuell angemessene Entscheidungen zu ermöglichen.
- III. Gesundheitskompetenz ist keine statische Größe, über die ein Mensch immer im selben Maße verfügt. Vielmehr verändert sie sich abhängig von individuell erlebten Situationen, Maßnahmen und Erkrankungen oder Krankheitsstadien. Darauf müssen gesundheitskompetente Organisationen reagieren.
- IV. Die Förderung von Gesundheitskompetenz kann dazu führen, dass Individuen sich bewusst gegen Interventionen entscheiden, die von Expert*innen als wirksam und empfehlenswert angesehen werden. Gesundheitskompetente Organisationen unterstützen die Autonomie der Patient*innen und erkennen an, dass diese Expert*innen für ihr eigenes Wohl sind.
- V. Organisationale Gesundheitskompetenz ist zuerst eine Frage der Haltung der in ihnen Arbeitenden und dann eine Frage angemessener, definierter Prozesse.
- VI. Einrichtungen der Gesundheitsversorgung brauchen Rahmenbedingungen, die ihre Anstrengungen für ein bürger- oder patientenzentriertes, die Gesundheitskompetenz förderndes Handeln unterstützen und dies nicht durch falsche Anreize („Ökonomisierung“) konterkarieren.
- VII. Die ideelle und finanzielle Förderung organisationaler Gesundheitskompetenz ist eine gemeinschaftliche Verpflichtung und Aufgabe aller Akteure der Gesundheitsversorgung. Sie bedarf geeigneter, breit akzeptierter Instrumente, auf die alle Akteure sich verständigen können.
- VIII. Das Konzept der „Organisationalen Gesundheitskompetenz“ bedeutet einen Perspektivwechsel: Nicht der einzelne braucht Fähigkeiten, um ein komplexes Gesundheitssystem zu durchdringen, sondern das System muss Strategien bereitstellen, um der Komplexität der Menschen gerecht zu werden.



4. Ausblick: Eckpunkte zur Förderung Organisationaler Gesundheitskompetenz

Es gibt bereits heute einige Konzepte im Gesundheitswesen, die Teilaspekte von organisationaler Gesundheitskompetenz adressieren. Diese gilt es zu nutzen und zusammenzuführen:

So ist Organisationale Gesundheitskompetenz als Modell verwandt mit theoretischen Konzepten der Patientenorientierung [9,10], der Patientenzentriertheit [11] und der Responsivität der Versorgung [12].

Für die praktische Umsetzung in den Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung gibt es international bereits einzelne Selbstbewertungssysteme, die speziell auf die Förderung der organisationalen Gesundheitskompetenz zugeschnitten sind(z.B. [13]). Deren Adaptation auf die nationale Situation steht aus.

Zahlreiche Anknüpfungspunkte bieten aber auch Managementkonzepte wie das der „gesundheitsfördernden Krankenhäuser“ [14]), der „selbsthilfefreundlichen Krankenhäuser“ [15] oder der Auditleitfaden „Exzellente Patientenschulung in der Medizinischen Rehabilitation“ [16,17]. Systematisch geprüft werden sollten weitere Möglichkeiten, Gesundheitskompetenz institutionell bzw. organisational zu verankern, insbesondere die klassischen und bereits breit in der gesundheitlichen Versorgung etablierten Qualitätsmanagementsysteme (z. B. DIN EN ISO 9000, EFQM, QEP; KTQ).

Um organisationale Gesundheitskompetenz im bestehenden Gesundheitssystem voranzubringen, ist eine Vielzahl von Maßnahmen notwendig, bei denen alle Adressaten sowie Patient*innen und Bürger*innen systematisch eingebunden sein sollen:

- Erfassung und Dokumentation bereits bestehender Initiativen und Instrumente („Kartierung“);
- Sammlung von Beispielen gelungener Umsetzung von organisationaler Gesundheitskompetenz und Analyse förderlicher Faktoren und Barrieren;
- Verbesserung der Sichtbarkeit und Implementierung verlässlicher Gesundheitsinformationen im Sinne der „Guten Praxis Gesundheitsinformation“ [18];
- Adaptation beziehungsweise Entwicklung von Kriterien für organisationale Gesundheitskompetenz für Einrichtungen des Gesundheitswesens im Sinne der unter 1.2. beschriebenen Organisationen;



- (Weiter) Entwicklung von Standards für gesundheitskompetente Organisationen;
- Erarbeitung von Vorschlägen / Maßnahmen zur Implementierung;
- Vernetzung der von der Förderung organisationaler Gesundheitskompetenz betroffener Einrichtungen;
- Schaffung von am Gemeinwohl orientierte Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem, die es allen Gesundheitsprofessionen ermöglichen, die Gesundheitskompetenz ihrer Adressaten durch Information, Beratung, Bildung und Anleitung aktiv zu fördern [2];
- Entwicklung und Umsetzung von adressatengerechten Strategien zur Förderung der Gesundheits- und Nutzerkompetenz der unterschiedlichen Nutzergruppen im Gesundheitswesen unter Berücksichtigung besonderer Belange von Menschen mit geringen sozio-kulturellen und ökonomischen Ressourcen, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit chronischer Erkrankung, Behinderung oder im höheren Lebensalter.

Literatur

¹ Bitzer EM, Sorensen K. Gesundheitskompetenz – Health Literacy. Gesundheitswesen 2018; 80: 754-766. Internet: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30176683> (Zugriff: 15.11.2019)

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 Klemperer D. Patientenorientierung im Gesundheitswesen. *GQMG Newsletter*.2000; 1(7): 15-16. Internet: <https://t1p.de/6ayw> (Zugriff: 1.10.2019)
- ¹⁰ 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)
- ¹¹ 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)
- ¹² World Health Organization. Health System Responsiveness. Genf 2019. Internet: <https://t1p.de/q3ng> (Zugriff: 1.10.2019)
- ¹³ 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)
- ¹⁴ DNGfK Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen. Grundsatzdokumente. Hamburg 2019. Internet: <https://t1p.de/h55z> (Zugriff: 1.10.2019)
- ¹⁵ 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)
- ¹⁶ 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)
- ¹⁷ DEGEMED Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation. Zertifizierungsverfahren. Auditleitfaden Exzellente Patientenschulung 1.0. Berlin 2011. Internet: <https://t1p.de/4bdh> (Zugriff: 1.10.2019)
- ¹⁸ Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) Konzept für ein Nationales Gesundheitsportal. Köln 2018. Internet: <https://t1p.de/grqj> (Zugriff: 1.10.2019)