

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



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** 185
Kerstin Hagemann, Ursel Beckmann, Cornelia Koschnitzke
- 7.2 **Perspektive einer Gesundheitsorganisation** 190
Sabine Haul
- 7.3 **Perspektive der Wissenschaft** 194
Daniel Lüdecke, Johanna Heeg

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

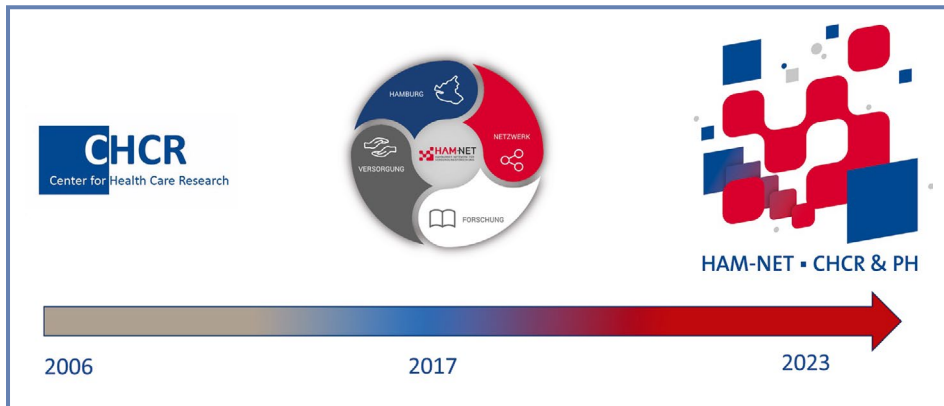


Abbildung 2.1-1: Entwicklung des Center for Health Care Research, Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung, 2006 bis 2023. *Quelle: eigene Darstellung.*

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

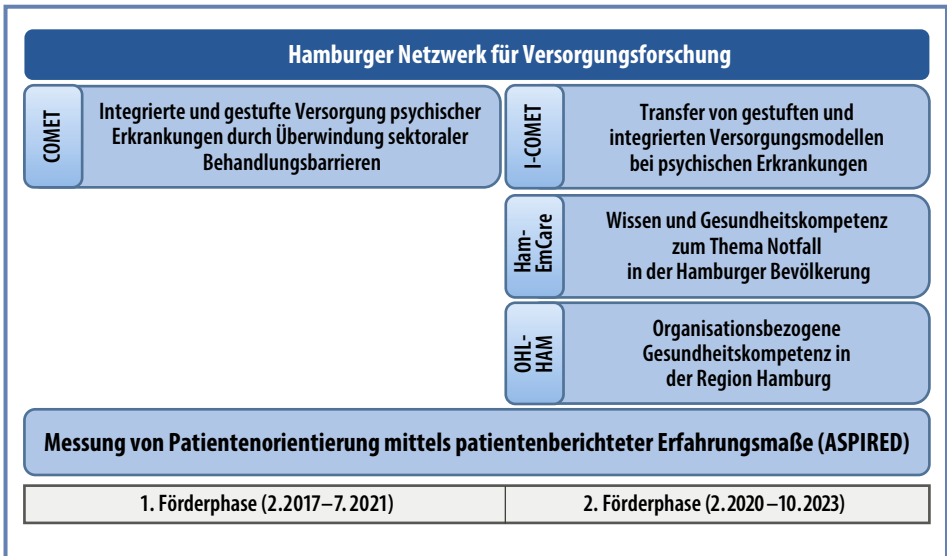


Abbildung 2.1-3: Struktur und Aufbau des Hamburger Netzwerks für Versorgungsforschung.
Quelle: eigene Darstellung.

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 Schneeballsystem 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 Krankheitserfahrungen 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 Forschungstraining 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.

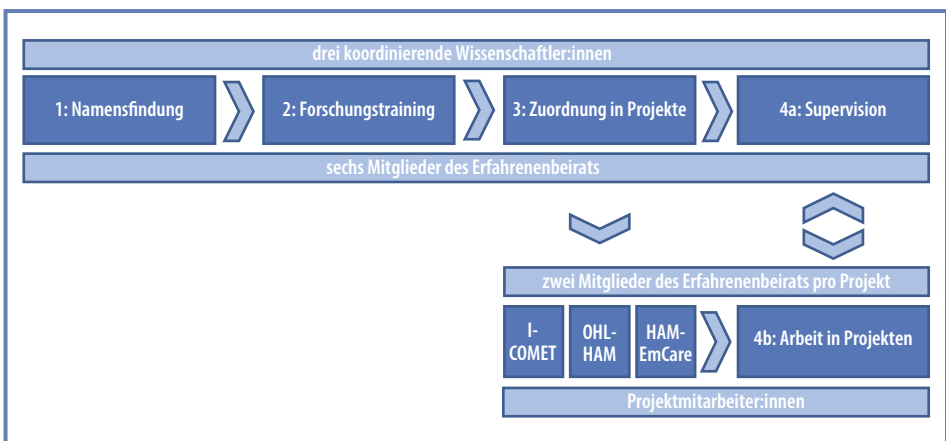


Abbildung 2.2-1: Struktur des HAM-NET-Erfahrenenbeirats. Quelle: eigene Darstellung.

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 Verantwortungsübernahme, 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 handeln-

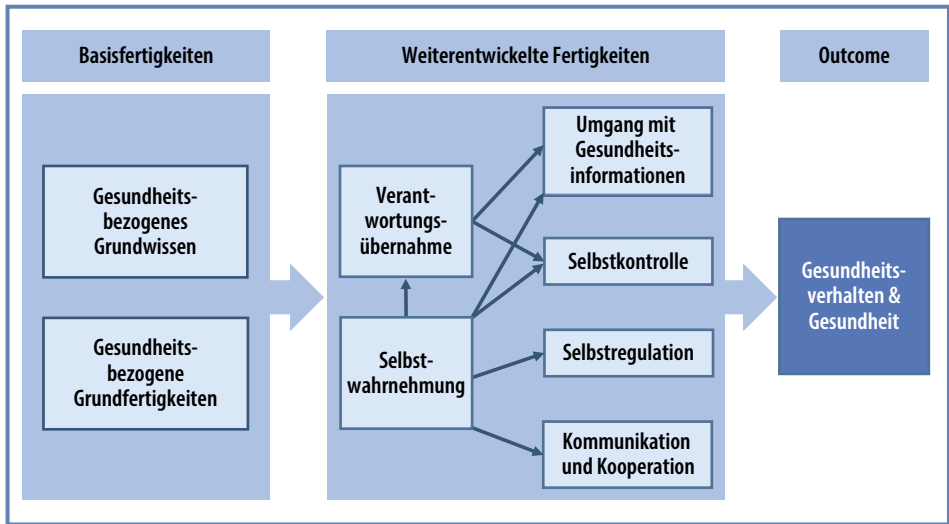


Abbildung 2.3-1: Strukturmodell der Gesundheitskompetenz nach Rudinger et al. (2014, S. 30).

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.

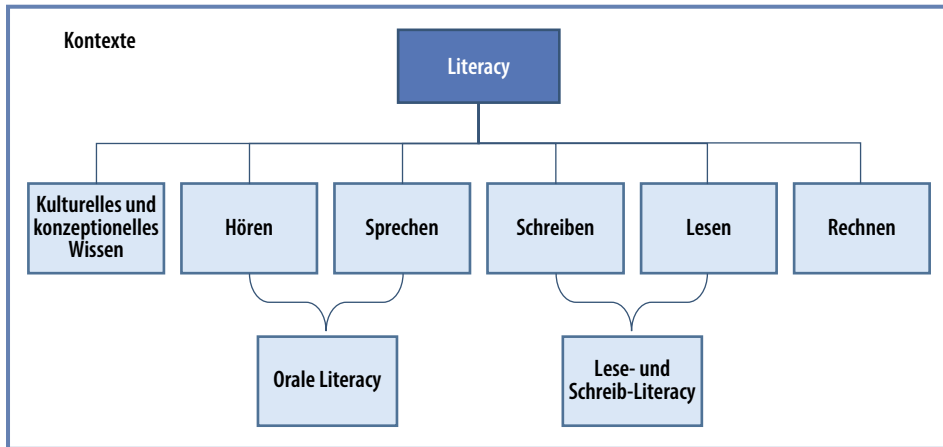


Abbildung 2.3-2: Components of Literacy (Institute of Medicine, 2004, S. 38).

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 Ärztebl 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>

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).

