



Ludwig Boltzmann Institut  
Health Promotion Research



Ludwig Boltzmann Gesellschaft

## Die Gesundheitskompetenz von Krankenbehandlungsorganisationen stärken – welche Rahmenbedingungen braucht es dafür?

*Christina Dietscher*

Senior Researcher, LBIHPR, Wien

*Jürgen M. Pelikan*

Key Researcher, LBIHPR, Wien

Direktor, WHO-CC für Gesundheitsförderung im Krankenhaus und in  
Gesundheitseinrichtungen am LBIHPR, Wien

Dank an Jakob Lorenc für Unterstützung im Projekt

LBIHPR: A-1020 Vienna, Untere Donaustraße 47, Austria | [office@lbihpr.lbg.ac.at](mailto:office@lbihpr.lbg.ac.at) | [www.lbihpr.lbg.ac.at](http://www.lbihpr.lbg.ac.at) | +43 1 2121493 -10 | FAX - 50

in co-operation  
with academic and  
practice partners



bm:uk





# Überblick

1. Gesundheitskompetenz (Health literacy) – ein Konzept mit zwei (oder drei) Seiten
2. Gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen – wozu brauchen wir das, und was kann das heißen?
3. Welche Rahmenbedingungen können Gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen unterstützen?
  1. Ein umfassend anschlussfähiges Konzept
  2. Verfügbare Instrumente zur Unterstützung von Messung und Umsetzung
  3. Organisationale Kapazitäten und Strukturen
  4. Ein unterstützendes Umfeld
4. Fazit und Empfehlungen



# **1. GESUNDHEITSKOMPETENZ – EIN KONZEPT MIT ZWEI (ODER DREI) SEITEN**

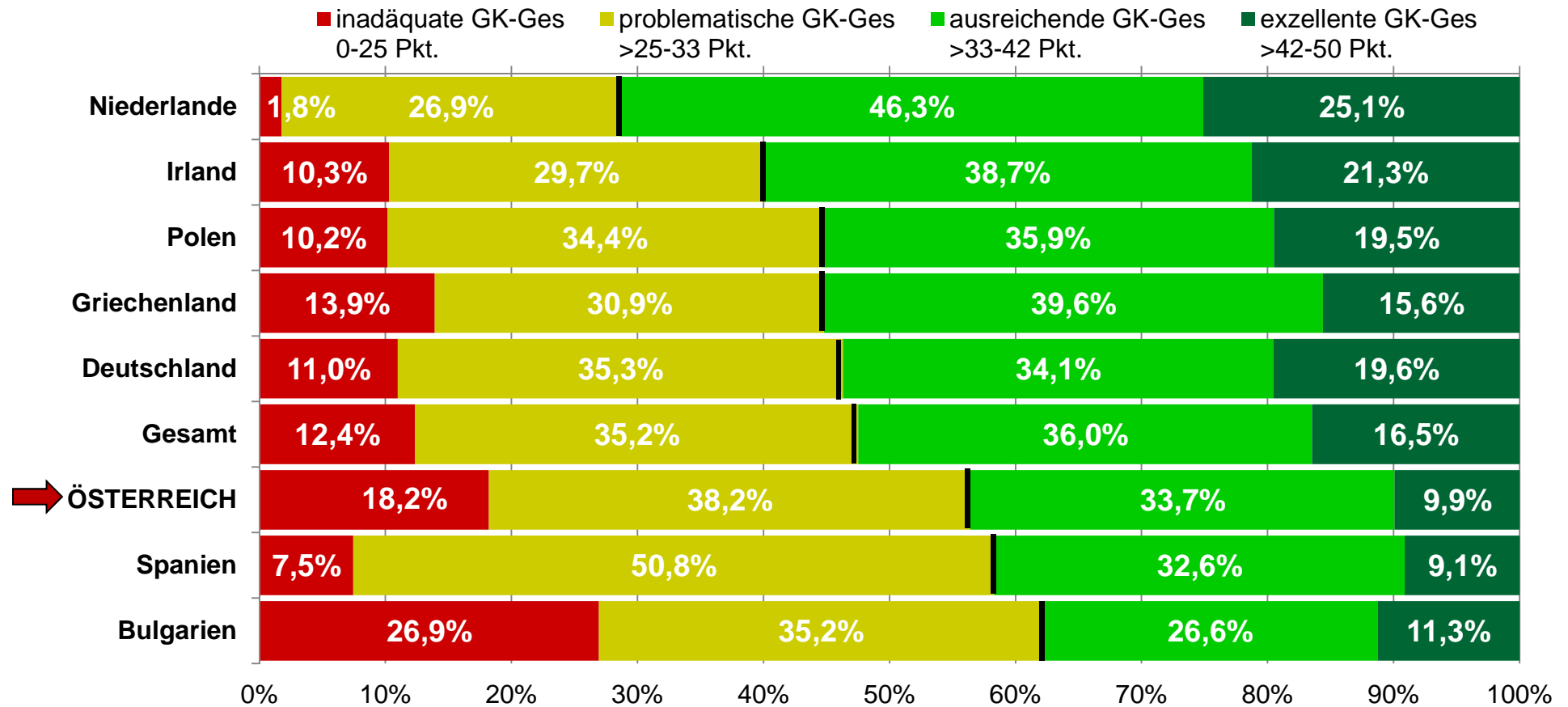


## Gesundheitskompetenz ist Basis für alltägliche Entscheidungen und Handlungen

1. In der **Gesundheitsgesellschaft** (Kickbusch, 2006) ist jede Entscheidung auch eine **Gesundheitsentscheidung**.
2. In der **Multioptions-Gesellschaft** (Gross, 1994) fällen wir – als Berufstätige, KonsumentInnen, BürgerInnen, PatientInnen – täglich viele **Entscheidungen**.
3. Unsere **Gesundheitskompetenz** bestimmt mit, wie sich Entscheidungen auf Gesundheit und **Lebensqualität** auswirken – sie ist eine täglich benötigte **Ressource** für gesundheitsbezogene **Entscheidungen** und **Handlungen**.
4. Wie Gesundheit ist **Gesundheitskompetenz** empirisch **ungleich verteilt** und hängt auch mit sozio-ökonomischen Faktoren zusammen.
5. Damit ist Gesundheitskompetenz eine **soziale Determinante** der Gesundheit.
6. Es gibt erprobte **gesundheitsförderliche Interventionen** zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung → **gesundheitliche Ungleichheit** kann auch durch Stärkung der Gesundheitskompetenz bekämpft werden.



## Gesundheitskompetenz – in Österreich schlechter als im Durchschnitt von 8 untersuchten Ländern!



AT[N=979] BG[N=925] DE (NRW)[N=1045] EL[N=998] ES[N=974] IE[N=959] NL[N=993] PL[N=921] Eu [N=7795]



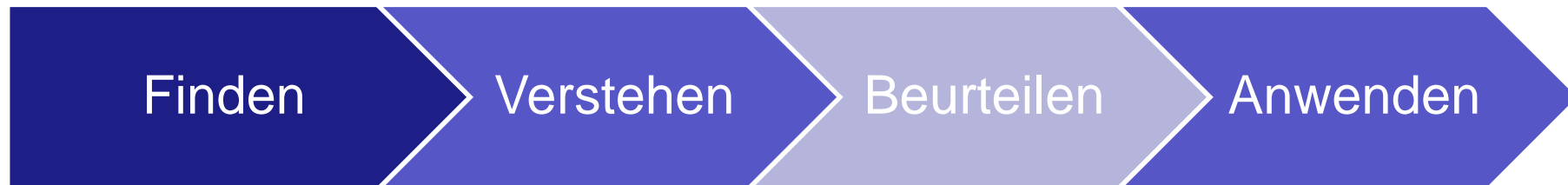
## Gesundheitskompetenz baut auf Grundkompetenzen auf





## Gesundheitskompetenz umfasst vier spezifische Fähigkeiten

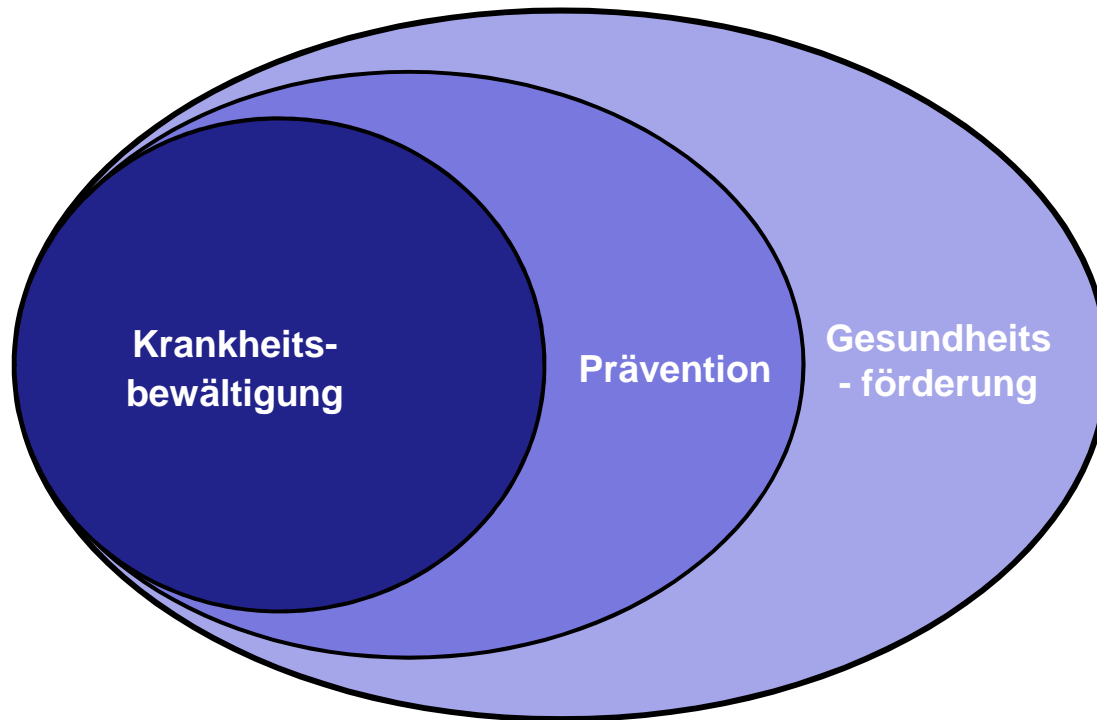
### Gesundheitsrelevante Informationen zu...



Teil der Definition der HLS-EU Studie (Sorensen et al. 2012)



## Gesundheitskompetenz bezieht sich auf drei Lebensbereiche

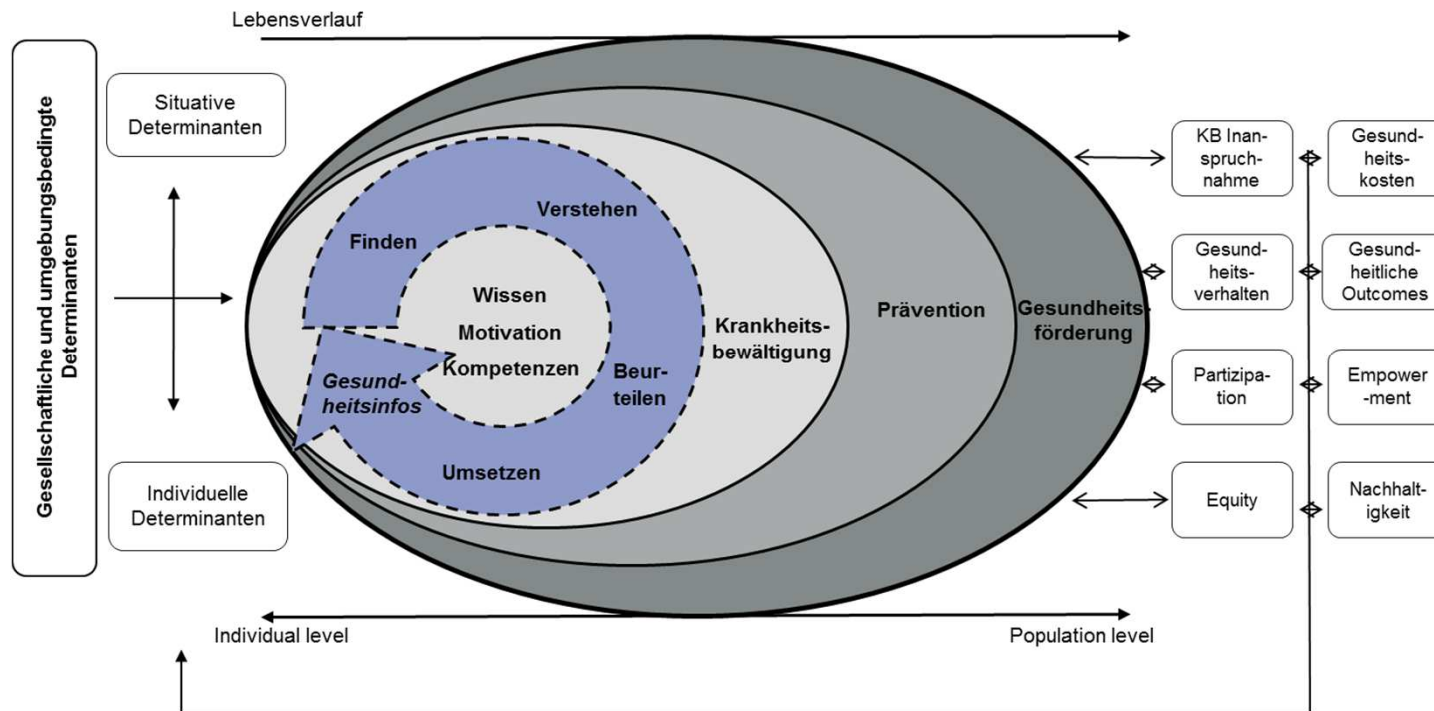


Teil der Definition der HLS-EU Studie  
(Sorensen et al. 2012)





## Gesundheitskompetenz als *umfassendes* Konzept – Integriertes Modell & Definition der HLS-EU Studie (Sorensen et al 2012)



Gesundheitskompetenz basiert auf „**Literacy**“ und umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten, **Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden**, um in Bezug auf **Krankenbehandlung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung alltägliche Entscheidungen treffen und Handlungen setzen zu können**, die die Lebensqualität im Lebensverlauf erhalten oder verbessern.  
(nach Sorensen et al.2012)



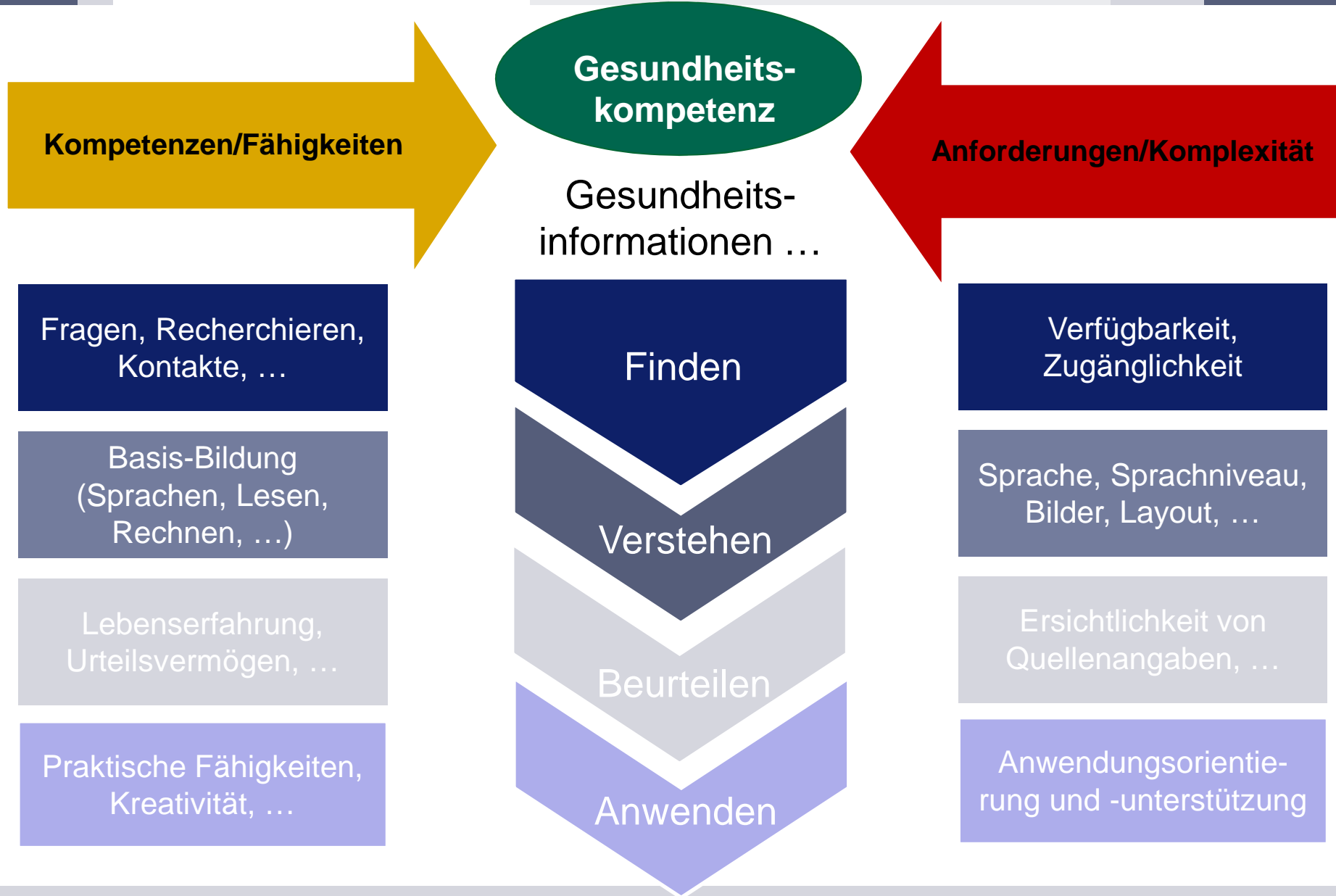
## Gesundheitskompetenz – ein Konzept mit zwei (oder drei) Seiten



Quelle: Parker, 2009

**Kompetenzen / Fähigkeiten** X **Anforderungen / Komplexität** = **Gesundheitskompetenz**

Gleichung Gesundheitskompetenz: Quelle: Brach 2013





## **2. GESUNDHEITSKOMPETENTE KRANKENBEHANDLUNGSORGANISATIONEN – WOZU BRAUCHEN WIR DAS, UND WAS KANN DAS HEIßEN?**



## Personen mit geringer Gesundheitskompetenz ...

- nehmen Vorsorgeangebote weniger in Anspruch
- brauchen mehr medizinische Notfallbehandlungen
- werden häufiger hospitalisiert
- Verstehen Gesundheitsinformationen schlechter
- Sind weniger gut in der Lage, Medikamente richtig einzunehmen
- haben eine schlechtere Mitwirkung an Behandlung und Pflege
- haben schlechtere Behandlungsergebnisse
- haben ein höheres Risiko, Komplikationen zu erleiden
- haben mehr ungeplante Wiederaufnahmen
- verursachen etwa 3-5% der Krankenbehandlungskosten (Eichler, Wieser und Brügger 2009)
- → umgekehrt kann die Verbesserung der Gesundheitskompetenz Effektivität und Effizienz des Krankenbehandlungssystems erhöhen!

*(Vgl. Berkmann et al. 2011 sowie zitierte Studien in Brach et al. 2012)*



## Die zwei (oder drei) Seiten der Gesundheitskompetenz und ihre Konsequenzen für Interventionen



Quelle: Parker, 2009

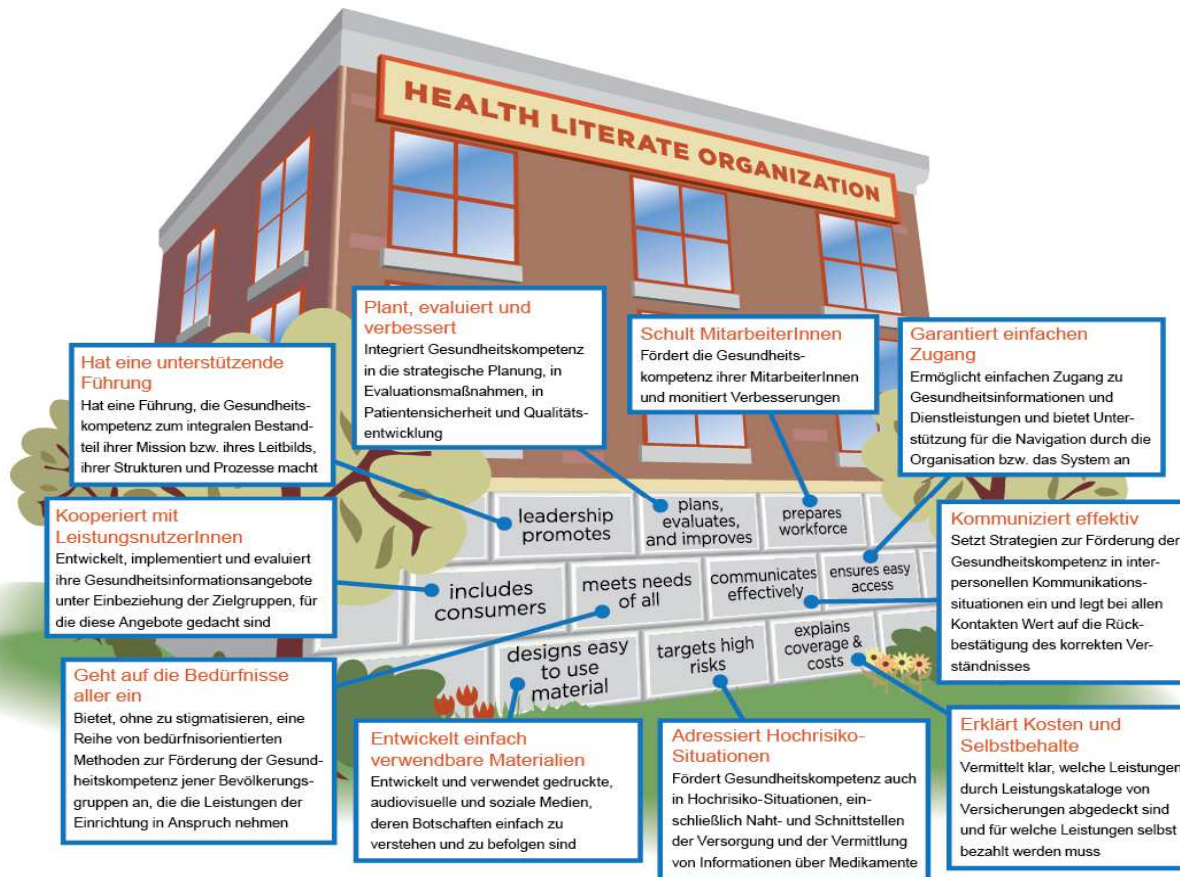
Patient/inn/en und Bevölkerung individuell schulen, beraten, coachen, trainieren

Kompensatorische Maßnahmen setzen – für spezifische Zielgruppen

Krankenbehandlungssystem und Krankenbehandlungsorganisationen einfacher nutzbar machen – für alle



# IoM Gesamtansatz „Gesundheitskompetente Krankenbehandlungs-Organisation“ (Brach, et al. 2012)



*Gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen erleichtern den Menschen das Auffinden, Verstehen und Nutzen von gesundheitsbezogenen Informationen und Dienstleistungen.*

(Brach et al. 2012)

Diese Grafik repräsentiert die Standpunkte der AutorInnen dieses Diskussionspapiers und nicht notwendiger Weise jene der Organisationen der AutorInnen oder des Institute of Medicine. Das Dokument wurde nicht dem Begutachtungsprozess des Institute of Medicine unterzogen und ist kein Bericht dieses Instituts oder des National Research Council.



## Merkmale einer gesundheitskompetenten Organisation- das IoM-Konzept (Brach et al. 2012)

Die Organisation ...

1. Hat eine Führung, die Gesundheitskompetenz unterstützt
2. Integriert Gesundheitskompetenz in die strategische Planung, in Qualitätsmanagement und Monitoring
3. Schult die MitarbeiterInnen
4. Bezieht die Zielgruppen in die Entwicklung von Materialien mit ein
5. Geht auf die Bedürfnisse aller (auch vulnerabler Gruppen) ein
6. Verwendet effektive Kommunikations-Strategien einschließlich Rückbestätigung
7. Garantiert einfachen Zugang zu Informationen und Angeboten und unterstützt die Navigation durch die Organisation / das System
8. Entwickelt leicht anwendbare schriftliche und audiovisuelle Materialien in Ergänzung zur gesprochenen Kommunikation
9. Unterstützt Gesundheitskompetenz in Hochrisiko-Situationen wie z.B. Patienten-Transfers
10. Kommuniziert klar über Kosten und Selbstbehalte





# **RAHMENBEDINGUNGEN 1 – EIN UMFASSEND ANSCHLUSSFÄHIGES KONZEPT**



## Weiterentwicklung des IoM-Konzepts für eine bessere Anschlussfähigkeit an ...

- Umfassendes Verständnis von Gesundheitskompetenz
  - Fokus auf Krankenbehandlung + Prävention + Gesundheitsförderung
- Qualitätsbewegungen
  - Indikatoren für Strukturen, Prozesse, Ergebnisse für Qualitätsentwicklung + Benchmarking
  - Gesundheitskompetenz von Patient/inn/en + Mitarbeiter/inne/n (+ Region)
- Andere Reformbewegungen (z.B. Gesundheitsförderndes Krankenhaus)
  - Anschlussfähigkeit an nationale / regionale Schwerpunkte
  - Gesundheitskompetenz für unterschiedliche Rollen – Patient/in, Bewohner/in, ...
  - Geringe Gesundheitskompetenz kompensieren + verbessern
- Evidenz
  - Studien über Zusammenhänge zwischen der Gesundheitskompetenz von Systemen / Organisationen, klinischen Outcomes und Lebensqualität



## Das „Wiener Konzept der Gesundheitskompetenten Krankenbehandlungsorganisation“: 12 inhaltliche und 3 Implementierungsbereiche

Gesundheitskompetenz von ...	Stakeholder-Gruppen			D) Organisationaler Strategien, Kapazitäten Implementierungsprozesse
	A) PatientInnen	B) MitarbeiterInnen	C) Bevölkerung	
<b>Bereich 1:</b> Zugang zu, Leben und Arbeiten in der Einrichtung	A1 GK für Leben und Navigieren	B1 GK für Navigieren und Arbeiten	C1 GK für Navigieren und Zugang	D(i) Grundsätze und Kapazitätsentwicklung für die Implementierung
<b>Bereich 2:</b> Diagnose, Behandlung und Pflege	A2 GK für Ko-Produktion von Gesundheit	B2 GK für gesundheitskompetente Kommunikation mit PatientInnen	C2 GK für Koproduktion in der kontinuierlichen Versorgung	
<b>Bereich 3:</b> Krankheitsmanagement und Prävention	A3 GK für Krankheitsmanagement und -prävention	B3 GK für Krankheitsmanagement und -prävention	C3 GK für Krankheitsmanagement und -prävention	D(ii) Monitoring von GK-Strukturen und -prozessen
<b>Bereich 4:</b> Lebensstilentwicklung	A4 GK für Lebensstilentwicklung	B4 GK für Lebensstilentwicklung	C4 GK für Lebensstilentwicklung	



## **RAHMENBEDINGUNGEN 2 – VERFÜGBARE INSTRUMENTE**



## Gesundheitskompetenz – Messinstrumente



*Quelle: Parker, 2009*

**Persönliche Fähigkeiten**  
Ex: REALM, TOFHILA, **NVS**,  
**Chew's 3**

**Beurteilung der  
Schwierigkeit  
komplexer Aufgaben**  
HALS, HLS-CH, **HLS-EU**,  
HLQ

**Situative Anforderungen**  
Readability Formulare, CAHPS, AHRQ  
Pharmacy HL Assessment Tool



## Messinstrument zum Wiener Konzept: 9 Standards, 22 Sub-Standards, 160 Indikatoren

	Patient/inn/en	Mitarbeiter/innen	Bevölkerung	Organisationale Kapazitäten und Prozesse
BEREICH 1: Zugang zu, Leben und Arbeiten in der Einrichtung	<b>Standard 3: Navigationshilfen</b> 3.1 Barrierefreier Kontakt über Internet und Telefon 3.2 Gut verständliche Anreise-Informationen 3.3 Orientierungshilfen im Eingangsbereich 3.4 ein verständliches Leitsystem 3.5 Frei zugängliche Gesundheitsinformationen in der Organisation			<b>Standard 1: Management-Grundsätze und Unternehmensstrukturen</b> 1.1 Gesundheitskompetenz als Unternehmensverantwortung. 1.2 Qualitätssicherung der Gesundheitskompetenz  <b>Standard 8: Partizipative Entwicklung von Materialien und Angeboten</b> 8.1 Einbeziehung von Patient/inn/en 8.2 Einbeziehung von Mitarbeiter/inne/n  <b>Standard 9: Vorbildwirkung und Dissemination</b>
BEREICH 2: Diagnose, Behandlung und Pflege	<b>Standard 4: Gesundheitskompetente Kommunikation mit Patient/inn/en</b> 4.1 in mündlichen Kommunikationssituationen 4.2 über schriftliche und audiovisuelle Kanäle 4.3 durch Ermöglichen muttersprachlicher Kommunikation 4.4 auch in Risiko-Situationen	<b>Standard 2: Kommunikationskompetenz der Mitarbeiter/innen</b> 2.1 für Diagnose, Therapie, Pflege und Entlassungsvorbereitung 2.2 für Gesundheitsförderung und Prävention	<b>Standard 7: Gesundheitskompetenz in der Region fördern</b> 7.1: Kontinuität und Kooperation in der Versorgung	
BEREICH 3: Krankheitsmanagement und Prävention	<b>Standard 5: Gesundheitskompetenz der Patient/inn/en fördern</b> 5.1 für das Krankheitsmanagement	<b>Standard 6: Gesundheitskompetenz der Mitarbeiter/inn/en fördern</b> 6.1 für das Management gesundheitlicher Berufsrisiken		
BEREICH 4: Lebensstilentwicklung	<b>Standard 5: Gesundheitskompetenz der Patient/inn/en fördern</b> 5.2 für die Lebensstilentwicklung	<b>Standard 6: Gesundheitskompetenz der Mitarbeiter/inn/en fördern</b> 6.2 für die Lebensstilentwicklung	<b>Standard 7: Gesundheitskompetenz in der Region fördern</b> 7.2 Beiträge zur öffentlichen Gesundheit	



## Der ISQUA-Prozess der Standard-Entwicklung

1. Bedarf für neue Standards klären
2. Beziehung zu existierenden Standards klären
3. Einen Standards-Entwicklungsplan aufstellen
4. Standards auf Forschung, Leitlinien und Experten-Input aufbauen
5. Wichtige Stakeholder in den Entwicklungsprozess einbeziehen
6. Ziel und Zweck der Standards definieren
7. Einen klaren Rahmen für die Standards formulieren
8. Die Standards klar formulieren
9. Die Standards testen / pilotieren
10. Die Zustimmung einer Standard-Behörde oder Agentur einholen
11. Anwender und Assessoren informieren und schulen
12. Zeitrahmen und Strategie für die Implementation planen
13. Zufriedenheit mit den Standards monitieren, Daten auswerten



## Pilot-Erhebung in Österreich

- 2013: Konzeptentwicklung
- 2013/14: Literatursuche – Instrumente, Indikatoren
- März 2014: Experten-Workshop zum Draft-Instrument
- Sommer 2014: Einladung von österreichischen Krankenhäusern zur Beteiligung
- Oktober 2014-Jänner 2015: Pilot-Erhebung
- Frühjahr 2015: Auswertungen, Publikation





## Gesundheitskompetenz – Umsetzungs-Instrumente



Quelle: Parker, 2009

### Individuelle Fähigkeiten entwickeln:

Beratungs-,  
Schulungs-,  
Trainings-,  
Coaching-Konzepte

### Kompensatorische Maßnahmen für vulnerable Gruppen setzen:

Dolmetschdienste, Case-  
Management,  
...

### Organisationen besser zugänglich, verständlicher, nutzbar machen:

Telefon-Hotline,  
Website,  
Leitsysteme,  
Kommunikationsleitlinien,  
Leitlinien für einfache  
Sprache,  
Patientenfeedbacks einholen,  
Personalschulungs-Konzepte,  
...





## **RAHMENBEDINGUNGEN 3 – ORGANISATIONALE KAPAZITÄTEN UND STRUKTUREN AUSBAUEN**



## Organisationale Kapazitäten – Infrastrukturen und Ressourcen für Gesundheitskompetenz

- Auftrag der Führung
- Aufmerksamkeit der Führung
- Integration in Unternehmensziele und Aktionspläne
- Klare personelle Zuständigkeiten
  - Interdisziplinäre Steuergruppe
  - Gewidmete Arbeitszeit
- Gewidmetes Budget
- Schulungskonzepte für die Mitarbeiter/innen
- Definition von Zielen, Kennzahlen und Umsetzungsmaßnahmen
- Monitoring und Berichtswesen



## **RAHMENBEDINGUNGEN 4 – EIN UNTERSTÜTZENDES UMFELD**



# Gesundheitspolitik

Österreichisches **Rahmengesundheitsziel 3** – die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken: GK ...

- ein wichtiger Eckpunkt zur Förderung der Gesundheit und der gesundheitlichen Chancengleichheit der Bevölkerung.
- soll Menschen dabei unterstützen, im Alltag eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen, die ihre Gesundheit fördern.
- Dazu gilt es bei allen, insbesondere **benachteiligten Gruppen der Bevölkerung**,
  - die persönlichen Kompetenzen und das Verantwortungsbewusstsein zu stärken,
  - den Zugang zu verständlicher, unabhängiger und qualitätsgesicherter Information zu erleichtern
  - sowie das Bewusstsein für Gesundheitsvorsorge zu fördern.
- Im Gesundheitssystem soll die Rolle der Patientinnen und Patienten bzw. Nutzer/innen und damit auch die **Patientensouveränität** gestärkt werden.
- Für die Menschen soll es auf einfache Weise möglich sein,
  - sich im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsystem **zurechtzufinden**
  - und die Rolle als **verantwortliche Partner/innen im System** wahrzunehmen



## Gesetzliche und finanzielle Anreize

- §15a-Vereinbarung zur Zielsteuerung-Gesundheit
  - Art. 6 (1) Im Sinne der Patientenorientierung ist die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung so zu stärken, dass die aktive Beteiligung der Betroffenen in Entscheidungsprozessen möglich ist.
  - Art. 38 (1): Verpflichtung der Sozialversicherung gemeinsam mit Bund und Ländern digitale Informationssysteme aus dem eHealth-Bereich zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung einzusetzen
  - Art. 39 (1): Verpflichtung der Länder, gemeinsam mit Bund und Sozialversicherung digitale Informationssysteme aus dem eHealth-Bereich zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung einzusetzen
- Bisheriger wenig Bezug zu den Kernleistungen des Krankenbehandlungssystems – hier besteht noch Ausbaupotenzial!
  - Einbau von patientenbezogenen Maßnahmen in Leistungskataloge
  - Qualitätsstandards für Leistungserbringer definieren –
    - z.B. Einsatz von Teach-Back
    - Expert-Patient-Programme und Kooperation mit Selbsthilfe unterstützen



## Aus-, Fort- und Weiterbildung

- Standardmäßige Kommunikationsschulungen in der Ausbildung aller Gesundheitsberufe
- Fortbildungsangebote von
  - Trägerorganisationen
  - Berufsgruppenverbänden
  - Fachgesellschaften
- Weiterbildung zum / zur
  - ExpertIn / TrainerIn für Patientenkommunikation
  - ExpertIn für einfache Sprache
  - ...





## Nationale Unterstützungsstelle / Kompetenzzentrum

- Entwicklung / Empfehlung von Instrumenten zur Messung und zur Implementierung von Gesundheitskompetenz in Organisationen
- Bereitstellung von nach Gesundheitskompetenz-Kriterien qualitätsgesicherten Informationsmaterialien, Wörterbüchern für einfache Sprache, Apps, ...
  - Entwickelt in Kooperation mit Patientenvertreter/inne/n
- Fort- und Weiterbildungsangebote für Fachpersonal
- Empfehlung von Indikatoren für das Qualitätsmanagement von Gesundheitseinrichtungen
- Gesundheitskompetenz als Thema in Qualitätsberichten



## Anbindung an die Wissenschaft

- Regelmäßige Surveys auf Bevölkerungsebene
- Organisationsübergreifende Surveys
- Vergleichende Analyse der Daten zur Generierung von Evidenz



# Vernetzung und Austausch mit den relevanten Stakeholdern

- Kooperation mit Organisationen und Netzwerken im Krankenbehandlungssystem
  - Gesundheitspolitik
  - Sozialversicherung
  - Berufsgruppenverbände wie Ärztekammer, Gesundheits- und Krankenpflegeverband, KrankenhausdirektorInnen
  - Gesundheitsfördernde Krankenhäuser
- Systematische Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Patientenvertretung
  - Selbsthilfeorganisationen
  - Patientenanwaltschaft
- Einbeziehung von ExpertInnen für einfache Sprache
- Sektorenübergreifende Kooperation, z.B.
  - Bildungssektor
  - Betriebe



## 4. FAZIT UND EMPFEHLUNGEN



## Zusammenfassung: Gesundheitskompetenz ...

- hat große Bedeutung für alle Lebensbereiche
- hat in Österreich Entwicklungsbedarf
- ist in der österreichischen Gesundheitspolitik angekommen
  - Rahmengesundheitsziele
  - Zielsteuerungsvertrag
  - Plattform Gesundheitskompetenz
- hat besondere Bedeutung für das Krankenbehandlungssystem
  - kann einen beträchtlichen Beitrag zur Verbesserung der Behandlungsergebnisse leisten
  - Kann Gesundheitsförderung und Prävention unterstützen
- Für die Implementierung in Krankenbehandlungseinrichtungen liegen bereits Konzepte, Instrumente und Praxiserfahrungen vor



## Empfehlungen

- Für die Sicherung der Integration von Gesundheitskompetenz in die Krankenbehandlung braucht es
  - Weiterhin gesundheitspolitische Unterstützung
  - Ein klares, anschlussfähiges und erprobtes Konzept
  - Instrumente für die Messung und Umsetzung
  - eine Stärkung organisationaler Kapazitäten – Ressourcen und Infrastrukturen
  - Gesetzliche Grundlagen und Finanzierungsanreize für Krankenbehandlungsorganisationen
  - Integration in Aus-, Fort- und Weiterbildung
  - Nationale Unterstützungsstelle (Instrumente)
  - Anbindung an die Wissenschaft (Daten, Evidenz)
  - Organisation von Vernetzung und Austausch mit allen Stakeholdern

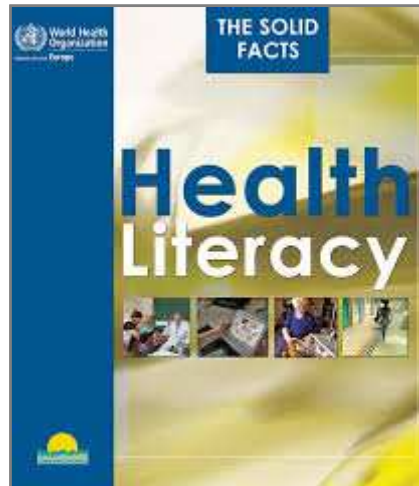


## Ausgewählte Quellen für Interventionen & Maßnahmen



**Brach et al. (2012): Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations**

[http://iom.edu/~media/Files/Prospectives-Files/2012/Discussion-Papers/BPH\\_Ten\\_HLit\\_Attributes.pdf](http://iom.edu/~media/Files/Prospectives-Files/2012/Discussion-Papers/BPH_Ten_HLit_Attributes.pdf)



**WHO Regional Office for Europe (2013): Health Literacy. The Solid Facts.**

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf)



**Pelikan, et al. (2013): Gesundheitskompetenz verbessern. Handlungsoptionen für die Sozialversicherung.**

[www.oegkk.at/wissenschaft](http://www.oegkk.at/wissenschaft)



Ludwig Boltzmann Institut  
Health Promotion Research



Ludwig Boltzmann Gesellschaft

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

christina.dietscher@lbihr.lbg.ac.at  
juergen.pelikan@lbihr.lbg.ac.at

<http://www.lbihr.lbg.ac.at>  
<http://www.health-literacy.eu>

LBIHR: A-1020 Vienna, Untere Donaustraße 47, Austria | [office@lbihr.lbg.ac.at](mailto:office@lbihr.lbg.ac.at) | [www.lbihr.lbg.ac.at](http://www.lbihr.lbg.ac.at) | +43 1 2121493 -10 | FAX - 50

in co-operation  
with academic and  
practice partners



bm:uk

