

Health Literate Organizations – ein Konzept zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten in Krankenversorgungseinrichtungen

Inga Münch, MPH

Prof. Dr. Marie-Luise Dierks



Medizinische Hochschule
Hannover

Definition Gesundheitskompetenz/ Health Literacy auf der individuellen Ebene von Personen

Fähigkeiten und Fertigkeiten von
Personen, Gesundheitsinformationen zu
finden, zu verstehen, zu bewerten und für
gesundheitsbezogene Entscheidungen
anzuwenden.

(Institute of Medicine, 2004)

Geringe Gesundheitskompetenz (GK) und dessen Folgen für die Person und das Gesundheitssystem

Eine geringe GK kann einhergehen mit...

- Medikationsfehlern
- mangelndem Wissen über eigene Erkrankung
- mehr Notfallbehandlungen, Krankenhausaufenthalten und Wiedereinweisungen
- schlechterer Gesundheitsvorsorge, schlechterem Umgang mit chronischer Erkrankung

Gesundheitskompetenz-Befragungen in Europa, Österreich und Deutschland

European Health Literacy Survey (HLS-EU)

Erhebungszeitraum: Sommer 2011

**Studie „GEDA“,
volljährige Wohn-
bevölkerung der BRD
(HLS-EU-Q16)**

RKI

HLS-Jugend

LBIHPR im Auftrag des
Hauptverbands der österreichischen
Sozialversicherungsträger

HLS-Österreich

LBIHPR

**Repräsentative
Umfrage unter
GKV-Versicherten
(HLS-EU-Q16)**

AOK, WidO

HLS-GER (HLS-EU-Q47)

Universität Bielefeld,
Fakultät für Gesundheits-
wissenschaften

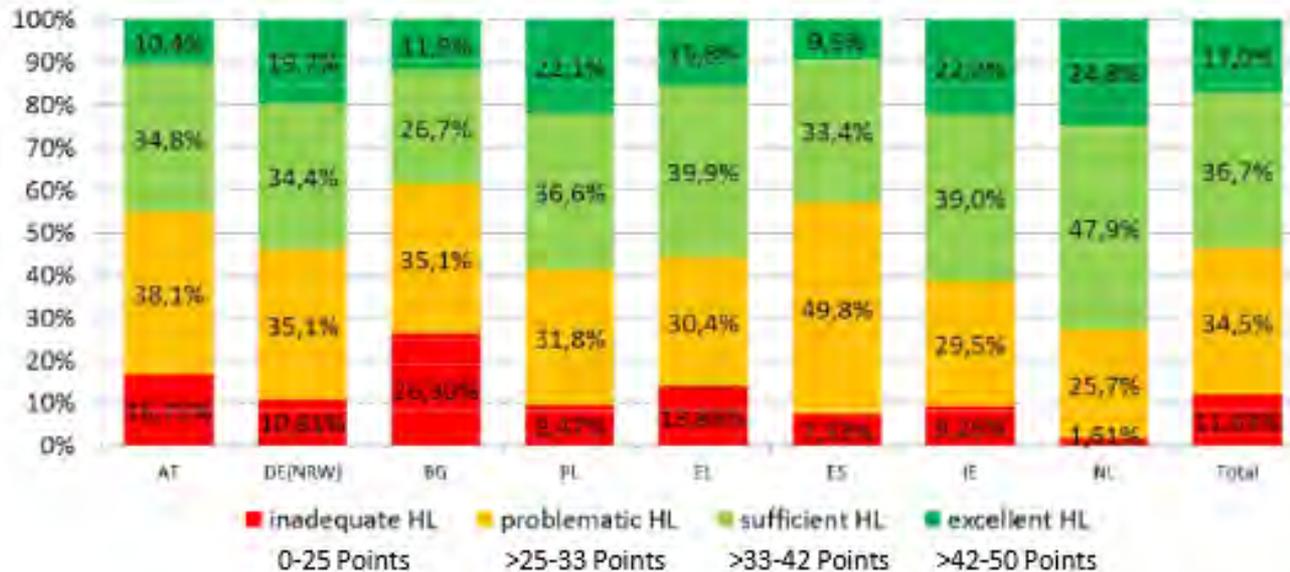
**Österreichische
MigrantInnen-
Gesundheitskompetenz-
Studie (GKM)**

LBIHPR

HLS-Österreich-Neu ?

Ergebnisse aus dem HLS-EU 2011

Percentages of different levels of the general HL-Index in the 8 participating countries and the total sample of HLS-EU



Quelle: HLS-EU Fact Sheet (<https://www.healthliteracyeurope.net/hls-eu>)

- The general HL Index is based on means of all 47 items of the HLS-EU Instrument. It is standardized between 0 and 50, where 0 is the minimal possible health literacy and 50 is the maximal possible health literacy.

Gesundheitskompetenz als relationales Konzept



Quelle: eigene Darstellung nach Pelikan und Dietscher 2015, adaptiert nach Parker 2009

Gesundheitskompetenz ist nicht nur von den individuellen Fähigkeiten und erworbenen Kompetenzen einer Person abhängig, sondern auch von der Verständlichkeit und Vermittlungsform der Informationen durch die Leistungserbringer/Anbieter.

Gesundheitskompetenzförderung in Versorgungseinrichtungen – Konzept der Health Literate Organizations (IOM 2012)



Quelle: Brach et al. 2012

Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen

Gesundheits-kompetenz von ...	Stakeholder-Gruppen			D) Organisations- le Strategien, Ka- pazitäten Imple- mentierungs- prozesse
Gesundheits-kompetenz für ...	A) PatientInnen	B) MitarbeiterInnen	C) Bevölkerung	
BEREICH 1: Zugang zu, Leben und Arbeiten in der Einrich- tung	A1 GK für Leben und Navigieren	B1 GK für Navigie- ren und Arbeiten	C1 GK für Navigie- ren und Zugang	D(i) Grundsätze und Kapazitäts- entwicklung für die Implementierung
BEREICH 2: Diagnose, Behandlung und Pflege	A2 GK für Ko- Produktion von Gesundheit	B2 GK für gesund- heitskompetente Kommunikation mit PatientInnen	C2 GK für Kopro- duktion in der kon- tinuierlichen Ver- sorgung	
BEREICH 3: Krankheitsmanagement und Prävention	A3 GK für Krank- heitsmanagement und -prävention	B3 GK für Krank- heitsmanagement und -prävention	C3 GK für Krank- heitsmanagement und -prävention	D(ii) Monitoring von GK- Strukturen und -prozessen
BEREICH 4: Lebensstilentwicklung	A4 GK für Lebens- stilentwicklung	B4 GK für Lebens- stilentwicklung	C4 GK für Lebens- stilentwicklung	D(iii) Anwaltschaft und Netzwerken für die Dissemina- tion

Quelle:
Dietscher, C., Lorenc, J.,
Pelikan, J. (2015)

Studie zu gesundheitskompetenten Organisationen in deutschen Krankenversorgungseinrichtungen

Durchgeführt an der
Medizinischen Hochschule Hannover
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und
Gesundheitssystemforschung
(Münch, I., Junius-Walker, U., Dierks, M.-L.)

Methodik und Sample

- **Qualitative Befragung** von Krankenversorgungseinrichtungen in einem ausgewählten Bundesland,
- Befragungszeitraum 01/2015 bis 03/2016,
- insgesamt **35 Experten-Interviews** in:
 - **3 Krankenhäusern** (mit kardiologischer Abteilung, unterschiedliche Trägerschaft und Bettenzahl)
 - **3 Rehaeinrichtungen** (kardiologischer Schwerpunkt, unterschiedliche Trägerschaft und Bettenzahl)

Methodik und Sample

- **Leitfadengestützte Experteninterviews** mit je 4 Leitungspersonen pro Klinik sowie je 3-4 Mitarbeitern aus dem operativen Bereich der Kliniken
- **Auswertung: inhaltsanalytisches Verfahren** (zusammenfassend und skalierend, nach Mayring und Kuckartz)

Forschungsfragen

- Welche Elemente der GKO werden bereits explizit/implizit in der Versorgung umgesetzt?
- Kennen die Experten das Konzept der Gesundheitskompetenz, bzw. der gesundheitskompetenten Organisation (GKO) und was verstehen sie darunter?
- Was sind fördernde und hemmende Umsetzungsbedingungen für das HLO-Konzept des IOM?
- Wie ist die Akzeptanz dieses Konzepts in deutschen Kliniken?
- Was sind die Voraussetzungen für die Versorgung, um das Konzept umzusetzen?

Sample

Kliniken	Gesamt	Strategischer Bereich				Operativer Bereich		
		GF/Dir.	ÄL	PDL	KL	Pflege	Arzt	SD
Rehakliniken	17	3	3	3	1	2	2	3
Krankenhäuser	18	3	3	3	1	2	3	3
Gesamt	35	6	6	6	2	4	5	6
Gesamt nach Bereichen		20 Interviews				15 Interviews		

Ergebnisse

Gründe die für die Umsetzung sprechen:

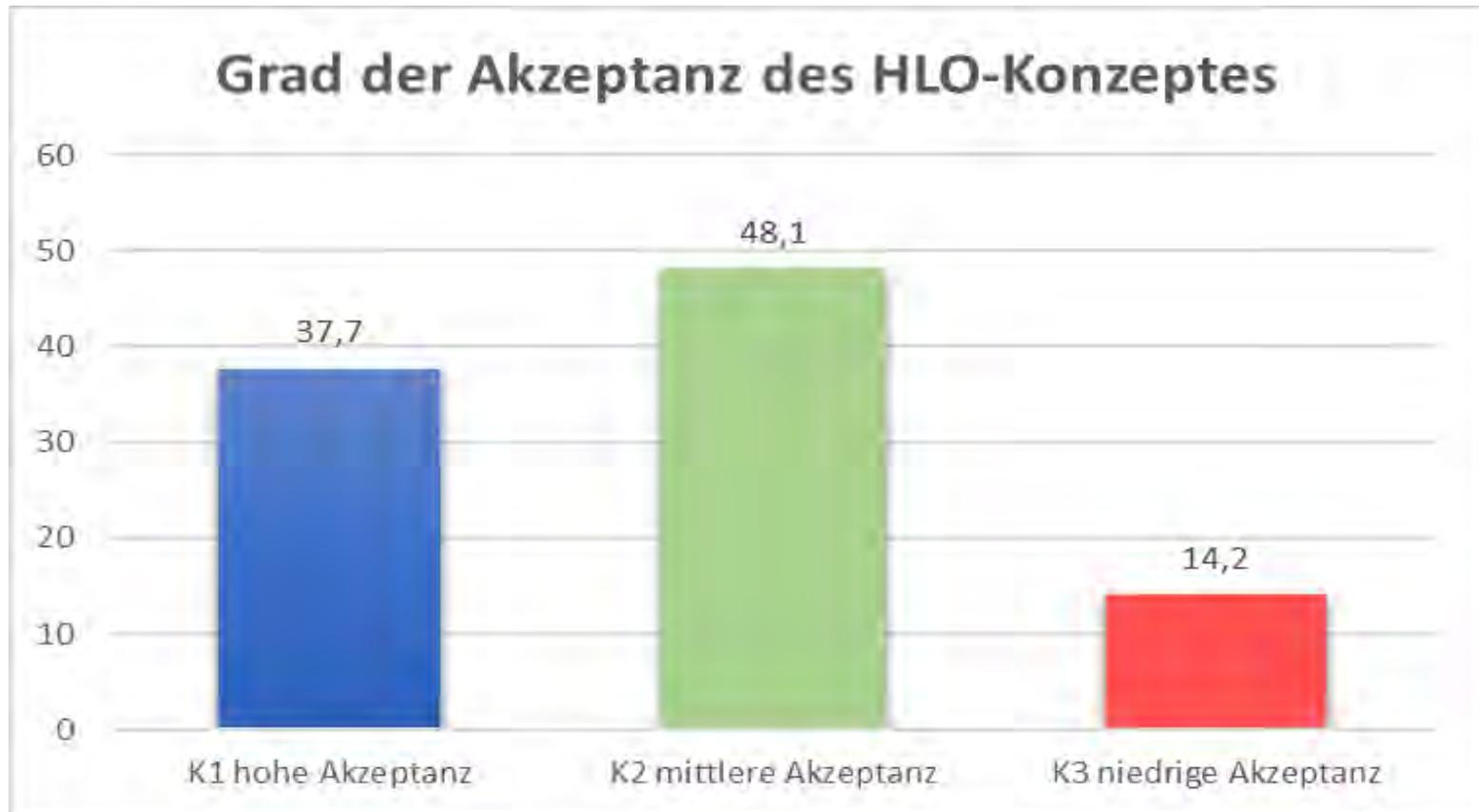
- **Informationsbedürfnis** und **Anspruch** der Patienten ist deutlich gewachsen
- **Demografische Entwicklung**, höherer Anteil an **dementen Patienten** im älteren Patientenkontext
- Externes, **soziales Netz** der Patienten ist geringer geworden
- Häufiger Umgang mit Patienten, die deutsch als **Fremdsprache** haben
- Anteil der gesundheitsrelevanten Entscheidungen, die die Patienten selber treffen müssen, hat zugenommen
- Schnelllebiges Gesundheitssystem (z.B. kürzere Liegedauern aufgrund **DRG-System**)

Ergebnisse

Hemmende Umsetzungsbedingungen:

- **Wirtschaftlicher Druck** der Kliniken
- **Personaleinsparungen** und **hohe Arbeitsbelastung der Mitarbeiter**
- **kurze Verweildauern** lassen keinen intensiven, kommunikativen Kontakt zu Patienten zu:
 - „Selbst wenn ich an einem Tag Zeit für den Patienten hätte, ist der Patient aber nicht mehr da.“
(Pflege, KH, freigemeinnütziger Träger)
- **kurzer Kontakt mit häufig schwer kranken Patienten** lässt wenig Handlungsspielraum in Akuthäusern

Ergebnisse: Akzeptanz des HLO-Konzeptes aus der Sicht deutscher Experten (Codes: n = 106)



Ergebnisse: Schwerpunkt Kommunikation

**Gesprächsqualität:
Eine GKO geht auf die
Bedürfnisse aller ein.**



„Es gibt Patienten, die setzen sich in Szene, die nimmt man wahr und wer das nicht macht im Alltag, wer sich nicht irgendwie deutlich erkennbar zeigt, der wird auch nicht wahrgenommen.“ (KH1P)

Ergebnisse: Schwerpunkt Kommunikation



Gesprächsqualität: Eine GKO kommuniziert effektiv.

„Vom Grundsatz ist es schon so, dass man mit den Patienten auf seiner Ebene kommuniziert. Es macht keinen Sinn, wenn ich in meiner Sprache unterwegs bin, wie in jeder Fachsprache. [...] Das führt zu Verunsicherung. [...] Aber ja, das wird immer wieder gepredigt. Ich glaube auch, dass es in großen Teilen auch umgesetzt wird. Aber wie gesagt, das ist schwer zu kontrollieren.“ (KH1ÄD)

„Der Alltag gibt es manchmal nicht her. Es ist keine Entschuldigung. [...] Phasenweise hat der Patient Glück, der still im Bett liegt. Dann wird er auch mal gefragt, wie es ihm geht, ansonsten wird standardmäßig gefragt, geht es Ihnen gut? Und man hofft auf ja. [...]“ (KH1P)

Ergebnisse: Schwerpunkt Kommunikation



Navigation: Eine GKO garantiert einfachen Zugang zu ihren Informationen und Dienstleistungen.

„[Unsere] Ausschilderung finde ich deutlich und gut. Aber es gibt ja immer Menschen, da können noch so viele Schilder sein, man ist trotzdem aufgeregt. Jeder, der ins Krankenhaus muss, hat Angst, das ist klar [...] und dann hat man auch eine eingeschränkte Wahrnehmung, glaube ich. Und dann ist es eher gut, wenn da auch Menschen sind, die so führen und leiten.“ (KH1SD2)

Ergebnisse: Schwerpunkt Informationen

Eine GKO entwickelt einfach verwendbare Materialien.



„Da gibt’s wunderschöne Videosequenzen, die dauern vielleicht zwei Minuten, wenn man das auf dem Tablet dem Patienten zeigt und sagt, gucken Sie mal, so läuft das ab. Dann versteht er das sofort.“ (R2ÄD1)

„Die Älteren glaube ich nicht, die wollen wirklich jemanden haben, der einfach da ist und ihnen auch mal zuhört, mit ihren Ängsten und Bedürfnissen.“ (KH2SD2)

Fazit

Die im stationären Versorgungssystem vorgegebene Verpflichtung zur Qualitätssicherung führt dazu, dass einige Elemente des IOM-Konzepts längst unter anderen Stichworten implementiert wurden.

- in **Rehakliniken**: bereits in großem Umfang und sogar teilweise organisiert, aber nur implizit. Interesse am Konzept wurde deutlich.
- in **Krankenhäusern**: vereinzelt, durch vorgegebene gesetzl. Strukturen (Zertifizierung, QM, Patientenfürsprecher), nur implizit, Interesse am Konzept, aber wenig Ressourcen für Umsetzung vorhanden

Fazit

Das Konzept der **gesundheitskompetenten Organisation** ist den Experten in den Kliniken **bisher nicht bekannt**.

Der Begriff der **Gesundheitskompetenz** ist **nicht gänzlich fremd**, wird von den Experten jedoch mit anderen Begriffen in Verbindung gebracht:
z.B. Patientenzufriedenheit, Patientenorientierung
→ zufriedene und kompetent entlassene Patienten tragen zur Kundenbindung bei.

Voraussetzungen für die Implementierung

- **konkrete Zielvorgaben** in den einzelnen Merkmalen des IOM-Konzepts nötig
- ein **Instrument zur Messung der GK** von Patienten, um den Nutzen des Konzeptes in der Organisation abbilden zu können
- finanzielle und zeitliche **Ressourcen** für die Umsetzung
- deutliche **Abgrenzung zu QM-/QS-Verfahren**
- **Arbeitshilfen** in deutscher Sprache für die Umsetzung in den Kliniken

Literatur

- Parker, R. (2009): Measuring health literacy: what? So what? Now what? In: Hernandez, L. (Hrsg.) Measures of health literacy: workshop summary, roundtable on health literacy. National Academies Press, Washington DC, S. 91-98.
- Pelikan, J.M., Dietscher, C. (2015): Warum sollten und wie können Krankenhäuser ihre organisationale Gesundheitskompetenz verbessern? Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 9, 989-995.
- Brach, C., Keller, D., Hernandez, L.M., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., Schyve, P., Lemerise, A.J., Schillinger, D.: Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations. Discussion Paper; 2012.
- Quenzel, G., Schaeffer, D. (2016) Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- WidO-Monitor (2014): Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz – Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten, 11 (2), S. 1-12.
- Fact Sheet HLS EU (<https://www.healthliteracyeurope.net/hls-eu>) (Zugriff am 20.06.17)
- Dietscher, C., Lorenc, J., Pelikan, J. (2015): Das Selbstbewertungs-Instrument zum Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen (WKGKKO-I) (<https://oepgk.at/wissenscenter/das-selbstbewertungs-instrument-zum-wiener-konzept-gesundheitskompetenter-krankenbehandlungsorganisationen-wkgkko-i-2/>) (Zugriff am 20.06.2017)