

Präv Gesundheitsf
<https://doi.org/10.1007/s11553-024-01167-3>
Eingegangen: 18. Mai 2024
Angenommen: 17. September 2024

© The Author(s) 2024



Katharina Rathmann^{1,2}  · Inga Münch³ · Nadine Fischbock⁴ · Nicola Häberle⁵ · Emese László^{1,2} · Jürgen Soffried⁶ · Saskia Maria De Gani^{7,8} · Marie-Luise Dierks⁴ · Eva Maria Bitzer⁵

¹ Fachbereich Gesundheitswissenschaften, Hochschule Fulda, Fulda, Deutschland

² Public Health Zentrum Fulda (PHZF), Fulda, Deutschland

³ Bertelsmann Stiftung, Programm Gesundheit, Gütersloh, Deutschland

⁴ Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

⁵ Public Health & Health Education, Pädagogische Hochschule Freiburg, Freiburg, Deutschland

⁶ Fachbereich Public Health, Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH, Graz, Österreich

⁷ Zentrum für Gesundheitskompetenz, Careum Stiftung, Zürich, Schweiz

⁸ Departement Gesundheit, Kalaidos Fachhochschule, Zürich, Schweiz

Organisationale Gesundheitskompetenz und Qualitätsmanagement – Freund, Feind oder friedvolle Koexistenz? Ergebnisse eines Workshops mit Expert*innen für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

Das Thema Gesundheitskompetenz (GK) hat spätestens seit dem Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz (NAP GK) Auftrieb in Forschung und Praxis in Deutschland erhalten. Eine maßgebliche Forderung des NAP GK ist es, Lebenswelten gesundheitskompetent zu gestalten und dadurch die Gesundheitskompetenz aller Menschen zu stärken. Neben den individuellen Fähigkeiten, spielen auch die Rahmenbedingungen, Anforderungen sowie die Reife und Änderungs-sensibilität von Organisationen oder Systemen eine zentrale Rolle. Dieser relationale Ansatz ist unter dem Konzept der organisationalen Gesundheitskompetenz (OGK) bekannt.

Bislang konzentrierten sich Maßnahmen darauf, Selbstbewertungsinstrumente zur Messung der OGK auf den Weg zu bringen oder Maßnahmen zur Stärkung
Published online: 16 October 2024

der OGK in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung im deutschsprachigen Raum zu erproben. Die Frage der nachhaltigen Gestaltung von Strukturen und Prozessen – im Sinne des ganzheitlichen Ansatzes des OGK-Konzepts – wird erst durch den Fachbereich OGK im Deutschen Netzwerk Gesundheitskompetenz e. V. (DNGK) tiefergehend bearbeitet. Wie dies gelingen kann, ist Gegenstand des Beitrags.

Hintergrund

Die Gesundheitskompetenz von Patient*innen bzw. Klient*innen und deren Angehörigen sowie von Leitungs- und Fachpersonen im Gesundheitswesen – d. h. deren Fähigkeiten, Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden – ist nicht nur von den persönlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten abhängig, sondern wird ganz maßgeblich auch vom Ausmaß der OGK in den

Versorgungseinrichtungen beeinflusst, also wie sehr die Strukturen und Prozesse Standards bzw. Handlungsfelder der OGK berücksichtigen ( **Abb. 1**). Eine solche Organisation entwickelt bspw. Strukturen, die die Förderung der Gesundheitskompetenz im Leitbild und in der Einrichtungskultur festschreibt und die bspw. den Patient*innen und den Mitarbeitenden einen leichten Zugang zu gesundheitsbezogenen Informationen und Dienstleistungen ermöglicht, Orientierung schafft, und sie in viele Entscheidungen einbindet [3, 21, 30]. Ziel einer gesundheitskompetenten Organisation ist es, Strukturen zu einer nachhaltigen Etablierung der OGK in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung aufzubauen und die Gesundheitskompetenz von Leitungspersonen, Mitarbeitenden und Patient*innen bzw. Klient*innen zu verbessern [39]. Damit sind viele Aspekte adressiert, die im Qualitätsmanagement (QM) ebenfalls berücksichtigt werden.



Abb. 1 ▲ Acht Standards (Handlungsfelder)^a der organisationalen Gesundheitskompetenz. (Eigene Darstellung in Anlehnung an „International Self-Assessment Tool“; GK Gesundheitskompetenz, Nutzende Patient*innen bzw. Bewohner*innen und deren Angehörige [42]). (Quelle: Rathmann et al. [22, 35]. In Anlehnung an das „International Self-Assessment Tool“ [42] erfolgt die Stärkung der organisationalen Gesundheitskompetenz entlang von 8 Standards. Aufgrund der Erfahrungen im Projekt „Entwicklung der Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung [EwiKo]“ [27] mit den Praxispartnern aus Einrichtungen der [Alten-]Pflege, bei denen die Bezeichnung „Standards“ zu Verständnisschwierigkeiten und Konfusion mit den „Pflegestandards“ geführt hat, wurde die Bezeichnung „Standard“ durch „Handlungsfeld“ ausgetauscht)

QM-Systeme geben hierbei keine Ziele vor, sondern liefern das Instrumentarium, mit dem Einrichtungen ihre (Qualitäts-)Ziele erreichen können. Sofern OGK kann als Zielsetzung von Organisationen definiert wird, stellt sich die Frage, ob und wie dieses Ziel durch Instrumente des QM erreicht werden kann?

Ein geringes Ausmaß an Gesundheitskompetenz wirkt sich bspw. negativ auf die subjektive Gesundheit und das Gesundheitsverhalten aus, führt zu häufigeren Krankenhauseinweisungen und kann Folgekosten für die Gesundheitsversorgung verursachen [15]. Einrichtungen der Gesundheitsversorgung wie Krankenhäuser, Einrichtungen der Pflege oder Eingliederungshilfen sind als Lebenswelten und Settings geeignet, um gezielt Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz umzusetzen und zum kompetenten Umgang mit Gesundheitsinformationen ihrer Mitarbeitenden (d. h. Gesundheitsfachpersonen), Patient*innen bzw. Bewohner*innen oder deren Angehörigen beizutragen [22, 35].

Bislang liegt der Fokus der Forschung zur OGK auf der Entwicklung von kurzen [17] und ausführlichen Selbstbewertungsinstrumenten [7, 16, 24–28, 42], von denen die kurzen Instrumente auch für vergleichende Analysen der OGK in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung genutzt werden [5, 14, 30, 32, 33].

So zeigt eine Querschnittbefragung von Krankenhäusern während der COVID-19-Pandemie („coronavirus disease 2019“) in Deutschland, dass Krankenhausleitungen Wert darauf legen, dass Patient*innen sich leicht in ihren Einrichtungen zurechtfinden können [12]. Während der COVID-19-Pandemie wurden signifikant mehr Mitarbeitende zum Thema Gesundheitskompetenz geschult. Trotz dieser Bemühungen ist jedoch eine aktive Einbeziehung von Patient*innen in die Entwicklung und Bewertung von Gesundheitsinformationen bisher nur in geringem Ausmaß in der Versorgung realisiert worden. Die Krankenhausleitungen erkannten einen Verbesserungsbedarf bei der Förderung von OGK, dem sie zum Zeitpunkt der

Befragung allerdings nur schwer nachkommen konnten [12].

Eine weitere Studie untersuchte, wie sich die professionelle Gesundheitskompetenz bei Ärzt*innen und Pflegefachpersonen in Deutschland darstellt und wie diese die Bewältigung der mit der Förderung der Gesundheitskompetenz verbundenen professionellen Aufgaben einschätzen [40]. Professionelle Gesundheitskompetenz stellt ein Element der OGK dar und ist nicht gleichzusetzen mit der persönlichen Gesundheitskompetenz der Fachpersonen im Gesundheitswesen. Sie bezieht sich vielmehr auf die Fähigkeit, die Motivation und das Wissen von Gesundheitsprofessionen, im Arbeitsumfeld relevante Gesundheitsinformationen zu finden und sie angemessen und verständlich an Patient*innen weiterzugeben. Professionelle Gesundheitskompetenz zeigt sich in der Unterstützung von Patient*innen, informierte Entscheidungen über ihre Gesundheit zu treffen und sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden. Die Studie zeigt, dass die Befragten optimistisch in Bezug auf ihre Fähigkeiten zur Förderung der Gesundheitskompetenz eingestellt sind. Dennoch zeigen die Ergebnisse die vorhandenen Schwierigkeiten auf, wie bspw. fehlende Rahmenbedingungen und unterstreichen die Notwendigkeit, die professionelle Gesundheitskompetenz zu stärken [40].

Eine weitere Beobachtungsstudie verweist darauf, dass Pflegefachpersonen im akutstationären Versorgungsbereich wichtig für den niederschweligen Zugang zu Gesundheitsinformationen für Patient*innen sind [9]. Durch bspw. Erläuterungen und Erklärungen in pflegerischen Handlungen unterstützen sie die Förderung und Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patient*innen. Aufgrund fehlenden Wissens zum Konzept der Gesundheitskompetenz, aber auch dem Fehlen expliziter Strukturen und Prozesse ist die Unterstützung in der Anbahnung von Gesundheitskompetenz durch Pflegefachpersonen derzeit stark abhängig von deren individuellen Haltung und Einstellung. Um dieser Herausforderung zu begegnen, braucht es, neben der Sensibilisierung für die hohe gesundheitskompetenzfördernde Wir-

Präv Gesundheitsf <https://doi.org/10.1007/s11553-024-01167-3>
 © The Author(s) 2024

K. Rathmann · I. Münch · N. Fischbock · N. Häberle · E. László · J. Soffried · S. M. De Gani · M.-L. Dierks · E. M. Bitzer

Organisationale Gesundheitskompetenz und Qualitätsmanagement – Freund, Feind oder friedvolle Koexistenz? Ergebnisse eines Workshops mit Expert*innen für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

Zusammenfassung

Hintergrund. Der Workshop „Organisationale Gesundheitskompetenz und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen – Freund, Feind oder friedvolle Koexistenz?“ diente als Forum zur Diskussion der Frage, ob und wie die Standards der organisationalen Gesundheitskompetenz (OGK) mit dem Qualitätsmanagement (QM) im Gesundheitswesen verknüpft werden können.

Methoden. Um ein vertieftes Verständnis für potenzielle Ansatzpunkte zwischen den Konzepten der OGK und dem QM zu entwickeln, wurde eine Fokusgruppendifkussion im Rahmen eines Workshops zum oben genannten Thema durchgeführt. Eingeladen waren sowohl QM-Beauftragte als auch ausgewählte OGK-Expert*innen. Insgesamt $n = 30$ Personen nahmen an dem Workshop teil und diskutierten in 6 Arbeitsgruppen die Schnittmengen zwischen Standards der OGK und dem QM in der Gesundheitsver-

sorgung. Die zentralen Diskussionspunkte wurden mittels einer Inhaltsanalyse der Notizen, Audioaufnahmen und Transkripte ausgewertet.

Ergebnisse. Sowohl OGK als auch QM verfolgen das Ziel, die Patient*innenorientierung zu verbessern und durch gezieltere Information und Aufklärung die Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung zu erhöhen. Für die Praxis relevant ist die strategische Verzahnung beider Konzepte zum Wohl der Patient*innen und des Gesundheitswesens insgesamt. Die Diskussion zeigt, dass sowohl eine komplementäre Integration von OGK und QM im Gesamtsystem als auch eine fokussierte Verankerung einzelner OGK-Standards im QM vielversprechende Ansätze darstellen, die OGK im Gesundheitswesen voranzutreiben. Zugleich wird hervorgehoben, dass die Bekanntheit und das Verständnis von OGK in der Praxis noch gesteigert werden müssen.

Um OGK erfolgreich zu implementieren, sind klare Rahmenbedingungen, ausreichende Ressourcen, die Unterstützung durch das Management und Forschung zu den Prozessen und Ergebnissen unerlässlich. Auch ist der systematische Einbezug der Patient*innen dabei zentral – von der Kokreation bis zur Diskussion finanzieller Aspekte.

Schlussfolgerung. Die Ergebnisse des Workshops legen eine Koexistenz und sogar eine synergetische Beziehung zwischen OGK und QM im Gesundheitswesen nahe. Die Verankerung von OGK in QM-Systemen bietet eine Chance, die Gesundheitskompetenz, die Patient*innensicherheit und auch die Versorgungsqualität wesentlich zu erhöhen.

Schlüsselwörter

Implementierung · Qualitätssicherung · Organisationsentwicklung · Gesundheitsversorgung · Patient*innenorientierung

Organizational health literacy and quality management—friend, foe, or peaceful coexistence? Findings of a workshop with quality management experts in health care

Abstract

Introduction. The workshop, entitled “Organizational health literacy and quality management in healthcare—friend, foe, or peaceful coexistence?”, served as a forum for the discussion of the question whether and how organizational health literacy (OHL) can be linked with quality management (QM) in the healthcare sector.

Methods. In order to develop a deeper understanding of potential starting points between the concepts of OHL and QM, a focus group discussion was held as part of a workshop on the above-mentioned topic. Both QM representatives and selected OHL experts were invited. A total of 30 people took part in the workshop and discussed the intersections between OHL standards and QM in the healthcare sector in six groups of tables. The (qualitative) material of the

photo documentation and notes of the group discussions were analyzed along the table groups and OHL standards.

Results. It becomes evident that both OHL and QM aim to improve patient orientation and enhance the quality and safety of healthcare provision through better information and enlightenment. Overall, the findings provide important insights for practice and highlight the importance of strategically intertwining the two concepts for the benefit of patients and the healthcare system as a whole. The discussion reveals that both a complementary integration of OHL and QM in the overall system and a focused incorporation of individual OHL standards in quality management present promising approaches to advance organizational health literacy in healthcare. At the same time,

it is emphasized that the awareness and understanding of OHL in practice need to be increased. For the successful implementation of OHL, clear frameworks, further research, adequate resources, and support from management are essential.

Conclusion. The outcomes of the workshop indicate that a coexistence and even a synergistic relationship between OHL and QM in healthcare are possible. The incorporation of OHL into QM systems offers an opportunity to significantly enhance patient safety and the quality of care.

Keywords

Implementation · Quality assurance · Organizational development · Health care provision · Patient orientation

kung bei Patient*innen, v.a. etablierte Strukturen und Prozesse, die gesundheitskompetenzfördernde Maßnahmen integrieren [9].

Wie Maßnahmen zur Stärkung der OGK in Einrichtungen der Gesund-

heitsversorgung umgesetzt und wie das Konzept der OGK in Strukturen und in Prozessen von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung nachhaltig verankert werden können, stellt eine bislang

unbeantwortete Frage der Gesundheitskompetenzforschung dar [37].

Anknüpfungspunkte von OGK und QM

Um Gesundheitskompetenz nachhaltig in Organisationen zu implementieren (bspw. in einrichtungsinterne Strukturen und Prozesse des QM oder des betrieblichen Gesundheitsmanagements) werden u. a. Maßnahmen und Möglichkeiten im Deutschen Netzwerk Gesundheitskompetenz (DNGK; [37]) und von anderen Akteur*innen diskutiert. Ein einrichtungsinternes QM dient u. a. der kontinuierlichen Sicherung und Verbesserung der Patient*innenversorgung sowie der Organisationsentwicklung. Mit dem primären Ziel einer größtmöglichen Patient*innensicherheit sollen neben einer bewussten Patient*innenorientierung auch die Perspektiven der an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteur*innen berücksichtigt werden [10].

Das deutsche Gesundheitssystem ist durch umfangreiche Regelungen zum QM geprägt [11]. Die QM-Richtlinie (QM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) versteht unter QM die systematische und kontinuierliche Durchführung von Maßnahmen innerhalb einer Einrichtung mit dem Ziel, die Qualität in der Patient*innenversorgung zu fördern [10]. Ein einrichtungsinternes QM zielt u. a. darauf ab, die Qualität der Patient*innenversorgung dauerhaft sicherzustellen und zu verbessern. Mit dem übergeordneten Ziel, die Patient*innensicherheit zu maximieren, sollen neben einer gezielten Patient*innenorientierung auch die Perspektiven der an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteur*innen berücksichtigt werden [10].

Die ISO 9000er-Normenreihe und das Exzellenzmodell der „European Foundation for Quality Management“ (EFQM) beschrieben branchenübergreifend Qualitätsanforderungen und werden im Gesundheitswesen vielfach direkt genutzt [2, 13] oder dienen zur Entwicklung von gesundheitssystem- bzw. sektorspezifischer Qualitätsregelwerke, von denen das KTQ-Modell („Koope-ration für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“) in Krankenhäusern verbreitet ist [19]. Zentrale Elemente der im Gesundheitswesen

etablierten QM-Systeme adressieren Kund*innen- bzw. Patient*innen- und Mitarbeiter*innenorientierung, Kommunikation, Qualitätsmessung und -verbesserung sowie die verantwortungsvolle Rolle der Führungskräfte [11, 37]. **Tab. 1** beschreibt solche zentralen Elemente von QM-Konzepten im Gesundheitswesen und ihre Passung zum Konzept der OGK [13]. Kund*innen- bzw. Mitarbeiter*innenorientierung sowie die verantwortungsvolle Rolle der Führungskräfte sind die ersten auffälligen Schnittmengen zwischen QM-Systemen (u. a. DIN ISO 9001, EFQM, KTQ) und dem Konzept der OGK [37]. Theoretisch besitzen QM-Systeme damit nicht nur zahlreiche inhaltliche Anknüpfungspunkte, um Aspekte der OGK in Einrichtungen des Gesundheitswesens dauerhaft und nachhaltig zu verankern, sondern sie liefern auch das Instrumentarium, um die oGK-Strategie einer Einrichtung umzusetzen. Es geht also nicht darum, die Norm (oder EFQM oder KTQ) zu ändern, sondern es ginge vielmehr darum aufzuzeigen, wie und an welcher Stelle man mit Hilfe der jeweiligen QM-Systeme oGK in Einrichtungen verankern kann.

Wie genau nun das QM genutzt und/oder adaptiert werden kann, um OGK nachhaltig zu erhöhen und zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Patient*innen bzw. Bewohner*innen und Fachpersonen in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung beizutragen, war Gegenstand eines Workshops mit Expert*innen aus dem QM im Gesundheitswesen. Der Fokus lag hierbei auf den Schnittmengen zwischen den Standards der OGK (**Abb. 1**) und dem QM im Gesundheitswesen (**Tab. 1**).

Fragestellung

Ob die Anknüpfungspunkte zwischen der OGK und dem QM und die vermuteten Ähnlichkeiten beider Konzepte von den QM-Beauftragten ebenso wie wahrgenommen würden, war Gegenstand des Workshops „OGK und QM: Freund, Feind oder friedvolle Koexistenz“. QM-Beauftragte und -Expert*innen aus Deutschland, Österreich

und der Schweiz diskutierten dabei die folgenden Leitfragen:

1. Welche Anknüpfungspunkte weisen das Konzept der OGK und Systeme des QM im Gesundheitswesen auf?
2. Können QM-Systeme dazu dienen, die Standards der OGK in Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung zu implementieren?
3. Und falls ja, wie könnte dies langfristig und nachhaltig implementiert werden?

Ziel war es, ein vertieftes Verständnis für mögliche Ansatzpunkte zwischen dem Konzept der OGK und den QM-Kriterien zu entwickeln.

Methodik und Datenbasis

Der Workshop fand im Rahmen der 58. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP e.V.), des Deutschen Netzwerks Gesundheitskompetenz (DNGK e.V.) und des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz (NAP) mit dem Titel „Gesundheitskompetenz in Krisenzeiten“ am 29.08.2023 in Hannover statt. Um die Einschätzungen und Bewertungen von QM-Expert*innen hinsichtlich der Schnittmengen und Integrationsmöglichkeiten der beiden Konzepte zu erfahren, wurde eine Fokusgruppendif- kussion durchgeführt.

Feldzugang und Rekrutierung

Die Teilnahme am Workshop war über drei Zugänge möglich: Zum einen konnten Interessierte sich regulär über die Kongressanmeldung für den Workshop anmelden. Zum anderen erhielten ausgewählte QM-Beauftragte (ca. $n=300$) aus Kliniken in Niedersachsen und den um Hannover umliegenden Bundesländern sowie Expert*innen ($n=10$) zum Konzept der Gesundheitskompetenz eine persönliche Einladung der Fachbereichsvorsitzenden per E-Mail, in der sie über das Workshopthema informiert wurden. Der dritte Zugang erfolgte anhand der offen verfügbaren Adressangaben der Klinik-QM-Beauftragten in Deutschland. Dabei wurden nur die Adressat*innen berücksichtigt, die in Kli-

Tab. 1 Grundsätzliche Elemente von Qualitätsmanagementkonzepten und ihre Passung zu Standards der organisationalen Gesundheitskompetenz

Kernelemente des QM [11]	QM-Konzepte (z. B. ISO 9001, ...)	Passung der OGK-Standards (s. Abb. 1) mit QM-Kernelementen
Kund*innen-/Patient*innenorientierung ^a	☑	Standard 2: gemeinsame Entwicklung und Testung von leicht verständlichen Materialien zur Gesundheit/ Gesundheitsversorgung und leicht zugängliche Materialien Standard 4: Orientierung/Navigation zur und innerhalb der Einrichtung Standard 5: gesundheitskompetente und patient*innenorientierte Kommunikation Standard 6: Gesundheitskompetenz der Nutzenden
Mitarbeiter*innenorientierung	☑	Standard 7: Gesundheitskompetenz der Leitungs- und Fachpersonen
Prozessorientierung	☑	Alle Standards
Leistungsmessung	☑	Alle Standards
Verbesserung	☑	Alle Standards
Ganzheitlichkeit	×	Alle Standards
Kommunikation und Kooperation ^b	~	Standard 3: Schulung zur GK von Fach-/Leitungspersonen und zur gesundheitskompetenten/patient*innenzentrierten Kommunikation Standard 5: gesundheitskompetente und patient*innenorientierte Kommunikation
Verantwortung und Führung	☑	Standard 1: Gesundheitskompetenz im Leitbild und der Einrichtungskultur

☑ Grundsatz im QM vorhanden, X Grundsatz nicht im QM enthalten; ~ nicht übergreifend für QM-Systeme überprüft, OGK organisationale Gesundheitskompetenz, QM Qualitätsmanagement
^aPatient*innenorientierung wurde durch Verfasser*innen ergänzt (Quelle: [10, 11, 13, 37])
^bIn Qualitätsmanagementrichtlinie (QM-RL) des G-BA genannt

niken der angrenzenden Bundesländer rund um Hannover (u.a. Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Hamburg, Bremen, Hessen) beschäftigt sind. Auf diese Weise wurde sichergestellt, dass den Adressat*innen eine möglichst kurze Anreise zum Tagungsort möglich war. Die Teilnahme am Workshop stand den geladenen Teilnehmer*innen kostenfrei zur Verfügung. Über die beschriebenen Wege gelang es, insgesamt 30 QM-Beauftragte, vorwiegend aus Krankenhäusern, und OGK-Expert*innen (auch aus Österreich und der Schweiz) für die Teilnahme an dem Workshop zu gewinnen.

Workshopdurchführung

Der Workshop war auf eine Dauer von insgesamt 150 min angelegt, begann im Plenum (ca. 30 min), dem sich eine Arbeit in Kleingruppen anschloss (ca. 60 min), und endete im Plenum (ca. 45 min). Im

Einzelnen gestaltete sich der Ablauf wie folgt: Mit dem Ziel, ein gemeinsames Verständnis für das Thema und einen Ausgangspunkt für die weitere Diskussion zu schaffen, folgte nach der formellen Begrüßung durch die Vorsitzenden des Fachbereichs ein einführender Vortrag zur persönlichen und organisationalen Gesundheitskompetenz sowie zu den theoretischen Bezügen zwischen dem Konzept der OGK und den Anforderungen der QM-Systeme. Anschließend teilten sich die Teilnehmenden auf 6 thematische Tischgruppen auf, die ihrer individuellen oder beruflichen Expertise und Interessen entsprachen. Die Kleingruppen an den Tischen bearbeiteten schwerpunktmäßig einen von 6 bzw. 7 der 8 Standards der OGK nach [18, 26]. Folgende Standards wurden bearbeitet:

1. Gesundheitskompetenz in Leitbild und Einrichtungskultur,
2. Entwicklung und Testung von (Gesundheits-)Informationen,

3. Befähigung und Schulung des Personals zur Gesundheitskompetenz,
4. Navigation in der Organisation,
5. gesundheitskompetente Kommunikation und
6. Gesundheitskompetenz der Nutzenden.

Jede Tischgruppe wurde moderiert durch sog. Tischpat*innen (Mitglieder des Fachbereichs OGK des DNGK), alle Teilnehmenden erhielten ein gedrucktes Handout zum jeweiligen OGK-Standard, das neben einer Erläuterung des Standards auch Praxisbeispiele enthielt [23] und diskutierten nach einer kurzen Vorstellungsrunde die beiden folgenden Fragen:

1. Wie kann der entsprechende OGK-Standard mit dem QM verbunden werden?
2. Wie würde die Übernahme von diesem OGK-Standard Ihre Arbeit im QM bereichern?

Die Teilnehmenden formulierten, nach eingehender Diskussion in den Tischgruppen, Stichpunkte zu den gestellten Fragen. Diese wurden durch die Tischpat*innen handschriftlich auf Metaplanwänden dokumentiert. Nach einer kurzen Pause fanden sich alle Teilnehmenden wieder im Plenum zusammen. Die Tischpat*innen führten kurz in den jeweils fokussierten Standard ein, und ein*e Teilnehmer*in präsentierte die jeweiligen Diskussionsergebnisse der Tischgruppe. Nach jeder Ergebnisvorstellung konnten Fragen gestellt und Anmerkungen aus dem Plenum erörtert werden.

Die mündlichen Präsentationen sowie die Diskussionen wurden mittels Audioaufnahmegerät aufgezeichnet. Zusätzlich wurde eine Fotodokumentation der tischgruppenbezogenen Metaplanwände mit Notizen und Zusammenfassungen erstellt. Zum Abschluss des Workshops fassten die Fachbereichsvorsitzenden die wichtigsten Erkenntnisse zusammen und gaben den Teilnehmenden einen Ausblick zum weiteren Vorgehen im Nachgang des Workshops. Am Ende wurde allen eilnehmenden die Möglichkeit angeboten, sich in einen E-Mail-Verteiler einzutragen, um persönlich

über weitere Veranstaltungen zum Thema informiert zu werden.

Datenauswertung

Die Datenauswertung erfolgte unmittelbar nach der Erhebung durch die Autor*innen. Dabei wurden die Audioaufnahmen mithilfe der Software NoScribe transkribiert und zusammen mit der Fotodokumentation und den Protokollen nach Ruddat [38], entlang der OGK-standardbezogenen Tischgruppen, zu zusammenfassenden Diskussionsaspekten qualitativ ausgewertet. Die zentralen Ergebnisse wurden neben dem kritischen Konsensprozess innerhalb des Autor*innenteams auch einer Validierung durch die Teilnehmenden im Rahmen eines digitalen Folgeworkshops (Februar 2024) unterzogen. Diese Vorgehensweise sicherte sowohl die Konsistenz und den Abgleich der Ergebnisse als auch eine fundierte und praxisnahe Ableitung der Schlussfolgerungen.

Ergebnisse

Nicht ganz unerwartet hat der Workshop die Frage, ob die Konzepte OGK und QM Freund, Feind oder koexistent sind, nicht eindeutig beantworten können. Während sich einige Workshopteilnehmende ausdrücklich für die Verzahnung von OGK mit dem QM aussprachen, äußerten andere die Befürchtung, dass mit einer Integration von OGK im QM die Eigenständigkeit des OGK-Konzepts und damit die Relevanz der Inhalte verloren gehen könnte.

Alle Teilnehmenden konzedierten, dass das Konzept der Gesundheitskompetenz in der Praxis noch zu wenig bekannt sei und eine förderliche Haltung der Organisation allein nicht ausreiche. Vielmehr müssten Rahmenbedingungen geschaffen werden (Beispiele: Schulungen, QM-Fragebögen, feste Verantwortlichkeiten), um die OGK im QM und generell in den Einrichtungen zu implementieren. Auch sprachen sich einige Teilnehmende dafür aus, dass bspw. einzelne Teilbereiche aus dem Konzept der OGK verpflichtend eingeführt werden sollten (wie z.B. die gemeinsame Erstellung und Testung von leicht zu-

gänglichen und leicht verständlichen Gesundheitsinformationen), um wirksam zu werden. Dafür brauche es sog. „Health Literacy-Champions“ als Prozess- oder Changemanager*innen – also Verantwortliche – die den Auftrag dafür bekommen, OGK in der Organisation zu steuern. Hierfür sei insbesondere die Rückendeckung vom Management nötig. Im Folgenden werden die Ergebnisse entlang der sechs Kleingruppen bearbeiteten Standards vorgestellt und mit exemplarischen Zitaten illustriert (■ Tab. 2).

Standard 1: Gesundheitskompetenz in Leitbild und Einrichtungskultur

Die Diskussion zum Standard „Leitbild und Einrichtungskultur“ verdeutlichte, dass OGK nicht nur auf dem Papier im Leitbild stehen, sondern als Teil der Kultur und aktiv als Aushängeschild für die Einrichtungphilosophie gelebt werden sollte – hier wurde v. a. die Notwendigkeit aktiver Umsetzung im Einrichtungsalltag betont. Auch sollte die OGK als holistische Führungsphilosophie und Handlungsfrage in den Einrichtungen gelebt werden – ganz im Sinne „Verhältnisprävention vor Verhaltensprävention“. Insbesondere die Leitungsebenen müssten als Vorbild für gesundes bzw. gesundheitskompetentes Führen (Top-down-Ansatz) fungieren und die OGK in Verbindung mit Bottom-up-Bemühungen (bspw. durch die Einbindung des Betriebsrats oder der Personalvertretung) voranbringen. Hierbei seien Change-management-Ansätze hilfreich. Vor allem brauche es aber verbindliche Strukturen und Ressourcen. Ob der Aufbau neuer vs. die Nutzung bestehender Strukturen (bspw. im QM) hilfreich für die Berücksichtigung von Standard 1 sei, wurde allerdings durchaus kontrovers diskutiert (■ Tab. 2).

Standard 2: Entwicklung und Testung von (Gesundheits-)Informationen

Im Austausch über diesen Standard sprach sich die Mehrheit dafür aus qualitativ hochwertige, aber nicht notwen-

digerweise selbst entwickelte Informationsmaterialien bereitzustellen, die ggf. an die Einrichtung, z. B. durch Gestaltung, Logo etc. angepasst werden sollten. Das reine Informationsmanagement werde bereits durch QM-Prozesse abgedeckt. Allerdings seien nicht alle Schwerpunkte des Standards 2 umfassend im QM enthalten. Indikatoren für die Überprüfung des patient*innenseitigen Verständnisses von Informationen sollten festgelegt werden, da diese bislang nicht im QM vorhanden seien.

Standards 3 und 7: Befähigung und Schulung des Personals zur GK

In erster Linie dürfe das OGK-Konzept und die Umsetzung von OGK-Maßnahmen kein „add-on“ für die Einrichtung oder das Personal bedeuten. Wichtig sei insbesondere zu Standard 3, dass das Gesundheitsfachpersonal in den Einrichtungen sog. Warnsignale („red flags“) bei Patient*innen mit einer geringen GK wahrnehmen könne. Dafür brauche es professionelle Gesundheitskompetenz. Die Haltung und Einstellung dazu – so die Teilnehmenden – beginne bereits in den Köpfen des Personals („Gold in den Köpfen“). Bei knapper Ressourcenausstattung in den Einrichtungen brauche es dafür auch gewisse Anreize: Während die Motivation dafür bei Einzelnen (intrinsisch) teils schon vorhanden sein, sollte bzw. könnte die Motivation dafür extrinsisch (durch die Einrichtung) gesteigert werden (z. B. durch entsprechende Anreizsysteme etc.). Zentral sei auch die Vorbildfunktion (z. B. durch die Leitungsebene) und auch ausreichende zeitliche Ressourcen seien sehr wichtig. Zudem brauche es regelmäßige Schulungen zu OGK und Techniken zur Stärkung der OGK. Ein direkter Bezug zum QM wurde jedoch durch die Diskutant*innen nicht hergestellt. Dies ist jedoch kritisch aus Sicht der Autor*innen zu betrachten, da Fortbildung und Personalqualifikation zentrale Aspekte im QM darstellen. Um die hier von den Teilnehmenden gewünschten Kompetenzen bei (Gesundheits-)Fachpersonen aufzubauen, kann das QM insofern dienlich sein, als dass das Fort-

Tab. 2 Exemplarische Zitate aus den Kleingruppendiskussionen während des Workshops (eigene Darstellung)

Standards bzw. Handlungsfeld der OGK	Zitate (Beispiele)
Standard 1 – Gesundheitskompetenz in Leitbild und Einrichtungskultur	<p>„Das muss nicht nur im Leitbild stehen, sondern muss auch gelebt werden.“</p> <p>„Letztendlich brauchen wir dafür verbindliche Strukturen. Ohne verbindliche Strukturen, ohne Ressourcen ist das sicherlich nicht machbar.“</p>
Standard 2 – leichte und verständliche Gesundheitsinformationen	<p>„Nicht überall das Werk neu erfinden, sondern vielmehr Prozesse zu definieren, um qualitätsgesicherte Informationen, die es ja gibt in der Welt, [...], die tatsächlich systematisch nach einheitlichen Qualitätsstandards sozusagen an Land zu ziehen und bereitzustellen oder zugänglich zu machen.“</p> <p>„Informationsmanagement (kann) im Rahmen der QM-Prozesse zu großen Teilen gut mit abgedeckt werden (z. B. durch) partizipative Aspekte (wie) Beschwerdemanagement, Patientenfragen, die in QM passieren.“</p> <p>„Prozessorientierung des QM, wo Risiken und Chancen identifiziert werden, vom Ansatz her eigentlich gut geeignet ist, um das Thema auch mit zu bearbeiten.“</p> <p>„Sicherlich [kommt] im klassischen Qualitätsmanagement nicht alles vor, was jetzt ein gutes, gesundheitskompetenzförderliches Informationsmanagement auszeichnen würde. [Es müssten] bessere Indikatoren festgelegt werden, was passiert eigentlich, wenn Patient*innen nicht gut informiert sind.“</p>
Standard 3 – Befähigung und Schulung des Personals zur GK	<p>„Was braucht es denn überhaupt? Wir müssen dafür Sorge tragen, dass das Personal ‚red flags‘ erkennt, sowas. Also Patienten mit einer gering ausgebildeten Gesundheitskompetenz und dann adäquat reagieren kann.“</p> <p>„Irgendwann sind wir auch dazu gekommen zu überlegen, naja, damit die das können, müssen die selber auch gesundheitskompetent sein. Was vermitteln wir denn da eigentlich? Eigentlich muss das Personal noch stärker wissen, wo finden wir Informationen, wie bewerten und interpretieren wir Informationen?“</p> <p>„Aber weiter mit der Schulung, den Inhalten des Standards 3, ‚Red Flags‘ erkennen und sich selber eben als Leitungsperson gesundheitskompetent zu verhalten [...]“</p> <p>„Da wurde auch berichtet, dass wir mit sinkenden Bildungsniveaus ein Stück weit umgehen müssen. Also auch bei dem Personal, das qualifiziert wird. Das ist eine Herausforderung.“</p> <p>„Dann haben wir über Anreizsysteme gesprochen. Wie kann [man das in den] Vordergrund rücken? Wie kann man Häuser dazu zwingen, zum Beispiel, das stärker umzusetzen? Da kam man natürlich dann auch an den Punkt, wurde auch schon genannt, keine Doppelstrukturen bitte, sondern vielleicht über eine besondere Vergütung.“</p> <p>„Vorbildfunktion bezieht sich natürlich hier auf gesamte Organisation, aber auch die Leitung, das kann ja auch eine Abteilungsleitung sein, ..., auch hier, sozusagen im Sinne der Gesundheitskompetenz, sich selber auch gesundheitskompetent zu verhalten.“</p> <p>„Und das haben wir jetzt hier ... auch breiter noch diskutiert, ist eben nicht dieser Punkt dieses ‚ad-on‘ [...] Also nicht, dass das wieder was oben drauf Gefropftes ist, sondern dass man doch bitte schön die Systeme [zusammenzubringt], die man eben hat, [...] QM, BGM und versucht das damit zu verzahnen.“</p>
Standard 4 – Navigation und Orientierung in der Organisation	<p>„Navigation, das sind so Beispiele wie barrierearmer Erstkontakt, Telefon, Internet, Informationen bereitstellen, Wegbeschreibungen, Orientierungshilfen geben und Empfang, Symbolik, das waren hier Beispiele.“</p> <p>„Navigation, Patientennavigation ist immer interdisziplinär ... Da heißt es Rezeption, da heißt es Information, da heißt es Infotresen, da sagt noch jemand Pförtner ... Dann ist wieder Bau und Technik im Spiel, jetzt müssen wir überall die Beschilderung ändern. Und das überfrachtet das klassische QM. Das kann ein klassischer Qualitätsmanager nicht mehr leisten ... Dann brauche ich Unternehmenskommunikation, die machen es hübsch, die sind kreativ, die sind aber nicht die, die so auf die Konsistenz achten. Da brauche ich dann wieder doch den QMLer, oder den Organisationsentwickler.“</p> <p>„Also, der klassische QMB kann das nicht machen. Navigation ist interdisziplinär. Da brauchen sie IT, Unternehmenskommunikation, Bau- und Technik und auch QM. Und vielleicht noch andere. Da muss auch noch jemand das Geld geben. Und drittens, QM führt das Nachhaltigkeitskonzept von Anfang an dazu.“</p> <p>„Start und Landung sind immer die sensibelsten Phasen. Wie kommt der Patient ins Krankenhaus, in die Praxis? Und wie kommt dahinter wieder raus? Und deswegen wird Navigation ganz schnell assoziiert mit Patientenadministration. Die sehen den Patienten noch am Anfang oder da meldet er sich an. Und am Ende kommt es da an wie ein Check-out und dann wird was abgerechnet. Und das ist so ein bisschen die Falle, dass man sagt, naja, da kümmert sich dann die Patientenadministration, die gehört oft auch zum Medizincontrolling, die kümmern sich schon. Und da muss man eben einen Auftrag haben von der obersten Leitung. Nein, das ist nicht ‚jeder macht so ein bisschen was‘, sondern wir brauchen jemanden, der das ganzheitlich betreut. Wie die Person, die Stelle, dann heißt. Also das muss passen in die Struktur vor Ort. Ja, es muss jemand sein, ich sag mal, das müssen Menschen sein, ein oder wie viel auch immer, wo die Tür aufgeht und nicht die Tür zu geht, wenn man sagt, wir wollen heute mal ein paar Patienten haben. Das waren so die Erkenntnisse. Wir kamen dann auch irgendwann auf die Kulturfrage, ans freie Arbeiten.“</p> <p>„Der Begriff Navigation verkauft sich besser. Da denkt der Medizincontroller gleich, oh, gut navigiert ist kürzere Liegedauer. Das ist einfach so. Da denkt der an Informationen, gute Navigation, dann stehen die nicht alle hier vorne an der Reihe an der Rezeption. Man kann das auch den Pflegekräften so nennen, schauen Sie mal, da wollen wir ja hin, also wir mit einem Pad und die Patienten, die es irgendwie schaffen, wir wissen nicht, haben alle Patienten ein Smartphone, da kann der da gucken, gehen Sie zu ihm, dann gibt es ja auch wieder die Sicherheit, Patienten können sich bewegen, ohne dass eine Pflegekraft nebenherläuft. Wir haben tatsächlich für uns die Prämisse, wir müssen uns darauf einstellen, dass wir die Prozesse mit weniger Personal in Zukunft gestalten müssen.“</p>

Tab. 2 (Fortsetzung)

Standards bzw. Handlungsfeld der OGK	Zitate (Beispiele)
Standard 5 – gesundheitskompetente Kommunikation	<p>„Verordnungscharakter hilft auf jeden Fall bei der Umsetzung. Wenn das sehr gut explizit da drinsteht, dann hilft das, wenn man's nachher umsetzen will.“</p> <p>„Ich selbst bin jemand, der seit drei Jahren Nutzertestungen umsetzt und begleitet, meist mit pensionierten Versicherten. Ich kann es allen nur ans Herz legen. Sie werfen ihre Entwürfe mindestens dreimal weg und am Ende kommt ganz was anderes heraus, als Sie am Anfang entworfen haben.“</p> <p>„Da geht es um Banalitäten wie, dass es einen Unterschied macht, es Patienten verwirren könnte, wenn der Arzt von ‚Sonografie‘ spricht und die Pflegekraft von ‚Ultraschall‘, weil es ist nicht garantiert ist, dass er weiß, dass es dasselbe ist.“</p>
Standard 6 – Stärkung der Gesundheitskompetenz der Nutzenden	<p>„Ein zweiter Punkt war die Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen ... Wenn man sozusagen evaluiert, dass es nicht bei der Evaluation bleibt.“</p> <p>„Und was bei uns auch ein zentraler Diskussionspunkt war, war tatsächlich, wem das nützt in den Gesundheitseinrichtungen, dass die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten höher wird.“</p>

BGM Betriebliches Gesundheitsmanagement, OGK organisationale Gesundheitskompetenz, QM Qualitätsmanagement

bildungsangebot um Schwerpunkte der OGK dahingehend ausgerichtet wird.

Standard 4: Navigation und Orientierung

Die Teilnehmenden beschrieben eine effektive Navigation innerhalb von Gesundheitseinrichtungen als bedeutsam, da hier der erste und letzte Kontakt sowie sensibelste Phasen des Patient*innenerlebnisses stattfinden. Eine erfolgreiche Navigation umfasst bspw. einen barrierearmen Erstkontakt, die Bereitstellung von Informationen, klare und einfach zu verstehende Wegbeschreibungen, Orientierungshilfen und letztlich auch das Entlass- und das Schnittstellenmanagement.

Die Teilnehmenden identifizierten drei wichtige Aspekte für eine Verknüpfung der Patient*innennavigation entlang des OGK-Standards mit dem QM:

- **Interdisziplinarität der Patient*innennavigation:** Die Zusammenarbeit verschiedener Abteilungen und Fachbereiche (Rezeption/Patient*innenadministration, Bau und Technik, IT, Unternehmenskommunikation und Organisationsentwicklung) der Gesundheitseinrichtungen sei erforderlich. Dies überschreite allerdings den traditionellen Rahmen des QM und erfordere eine integrative Herangehensweise.
- **Notwendigkeit eines spezialisierten „Prozess-/Changemanagers“:** Die Komplexität der Patient*innennavigation erfordert

z. B. eine*n Prozessmanager*in, der/die beauftragt ist, dieses Thema zu steuern. Diese Rolle erfordert Fachkenntnisse in verschiedenen Bereichen.

- **Einbindung des QM von Anfang an:** Patient*innennavigation geht über den traditionellen Rahmen des QM hinaus, dennoch ist es wichtig, das QM von Anfang an einzubeziehen. QM verfügt über einen ganzheitlichen Blick auf Prozesse und kann wertvolle methodische Unterstützung bieten.

Die Teilnehmenden fassten zusammen, dass eine erfolgreiche Navigation in Gesundheitseinrichtungen eine ganzheitliche und integrierte Herangehensweise erfordert, die die Komplexität der Organisation und die Bedürfnisse der Patient*innen gleichermaßen berücksichtigt. Für sie stellt die Verbindung mit dem QM sicher, dass dieser Aspekt angemessen verwaltet und kontinuierlich verbessert werden kann.

Standard 5: Gesundheitskompetente Kommunikation

Die Teilnehmenden betonten die Bedeutung gesundheitskompetenter Kommunikation in ihren Gesundheitsorganisationen und schlagen vor, diese in QM-Instrumente (z. B. Fragebögen) zu integrieren. Ihre Vorschläge umfassten:

- **Einbeziehung spezifischer Techniken einer Gesundheitskompetenz förderlichen Kommunikation:** Durch die Integration von Techniken

wie z. B. „aktives Zuhören“ oder der „teach back“ in QM-Protokolle kann deren Standardpraxis gewährleistet werden.

- **Gemeinsame Entwicklung und Testung von (Gesundheits-)Informationsmaterialien mit Nutzenden:** Alle gedruckten oder online verfügbaren Informationsmaterialien sollten Nutzertests durchlaufen, um sicherzustellen, dass sie verständlich sind und den Bedürfnissen der Patient*innen gerecht werden.
- **Teambasierte Verantwortung:** Eine einheitliche Kommunikation über multidisziplinäre Teams hinweg ist entscheidend. Einheitliche Terminologie fördert die Klarheit und reduziert Missverständnisse.
- **Offener Dialog:** Gesundheitsorganisationen sollten proaktiv Kommunikationsfehler und -beschwerden in verschiedenen Foren (z. B. Fallbesprechungen und Ethikkommissionen) ansprechen können.

Standard 6: Gesundheitskompetenz der Nutzenden

Die Mitwirkenden der Kleingruppe zu diesem Thema stellten fest, dass die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Nutzenden bereits weitgehend im QM der Institutionen verankert ist. Dies spiegelte sich in verschiedenen Maßnahmen wider, darunter die Einrichtung von Patient*innenbeiräten, Patient*innenbefragungen, Schulungen, die Bereitstellung von Informationsmaterialien sowie den Entlassgesprächen.

Tab. 3 Exemplarische Zitate der Plenumsdiskussionen (Eigene Darstellung)

Übergeordnete Plenumsdiskussion – Möglichkeiten zur Verzahnung von OGK und QM	„Das Qualitätsmanagement ist der Klebstoff, sozusagen, eines Unternehmens oder einer Organisation [...]. Weil sie ja zwischen den unterschiedlichen Bereichen quasi so interagieren und immer alle mitnehmen müssen, vor allem diejenigen, die dann verantwortlich sind.“
	„Es geht hier darum, Prozesse zu gestalten, prozessorientiert vorzugehen und nicht nur einfach QS-Daten nachschicken, Berichte zu erstellen. Also das auch wahrnehmen zu dürfen, ist auch nochmal wichtig. Weil, das muss klar sein, die Personen, die das Ganzheitliche anfassen, die generieren Stress [...]. Ein QMB, ist meine Erfahrung, den qualifizieren Sie auch so, die müssen wissen, ich habe eine unbequeme Rolle. Ich kann nur wirksam sein, wenn ich mich unbeliebt mache und unbequem bin. Und das macht man bei Prozessveränderungen und Verhaltensveränderungen.“
	„Das klassische Qualitätsmanagement, der klassische QMB ist nicht der richtige dafür, oder die richtige. Sondern, es braucht eine Art Prozessmanager, Change-Manager [...]. Es braucht jemanden, der den Auftrag dafür bekommt, das Ganze zu steuern.“
	„QM von Anfang an mitnehmen. Wer auch immer dann den Auftrag bekommt. Weil, QMler haben einen guten Blick für Nachhaltigkeit. Die sind so ein Garant. Und erkennen schon mögliche Tricks und Fallen, wenn man am Anfang nicht aufpasst, dann müssen die am Ende nachbessern. Das machen die auch nicht gern.“
	„QM wird gerne als Detektor für Pflichterfüllung genannt. Oder Nicht-Pflichterfüllung. Und deswegen ist das schön, sie hier am Anfang mit dazu zu nehmen.“
	„Eine mögliche Stelle wäre vielleicht doch die Patientensicherheit [...], wo man es [OGK] anknüpfen könnte [...], weil dort geht es um die Gesundheitskompetenz.“
	„[...] was ist denn ein Anreiz? Warum sollte ein Haus das machen? Also wir werden immer konfrontiert, auch mit der Aussage, wir haben ja keine Zeit. Also wenn wir überlegen, wo und wie wird Gesundheitskompetenz von Patient*innen erkannt und gefördert, dann ist das wahrscheinlich im Rahmen von Assessments, bei der Aufnahme, beim Pflegeprozess und im Rahmen von Beratungen. Diese Dinge finden wir eigentlich in Pflegestandards. Überall in jedem Pflegestandard [...] Pflegekräfte, zum Beispiel, sollen ein Assessment machen, sollen beraten, sollen aufklären, sollen zeigen, nach dem Krankenhaus, was sind die Stellen, wo man sich informieren kann. Also da steht das irgendwie schon, und das ist sogar relevant für das Qualitätsmanagement in so einem Haus. Warum passiert das nicht?“
	„Was wir auch noch diskutiert haben, ist die Klärung der Zuständigkeit für das Thema Gesundheitskompetenz. Soll das wirklich die QM-Verantwortliche sein oder müsste es eine separate Stelle geben oder wer soll das wirklich sein?“
	„Wo wir es integrieren können, wäre bei/nach Entscheidungshilfen, um dort das System zu entlasten.“
	„[...] eine Stabstelle als Unternehmensentwicklung, die Qualitätsmanagement und OGK oder BGM beinhaltet, weil wir auch gesagt haben, wir wollen diese doppelte Dokumentation doch nicht, es muss zusammenstehen.“
	„Aber es [OGK] muss sichtbar werden, wenn es kein übergeordnetes System hat, dann wird es nicht sichtbar, sondern eher untergemogelt.“
	„Wir haben es, mit den Strukturen und den eigenen Stabstellen und den eigenen Regeln, haben wir genau kontrovers diskutiert und gesagt, never, nicht noch mal Parallelstrukturen, es gibt schon zu viel Paralleles, es muss integriert werden in bestehende Systeme und Tools und nicht eine eigene Welt aufbauen, das ist dann wieder [eine] Blase [...] Weil, es gibt keinen Erkenntnismangel, der ist da, sondern es gibt einen Ressourcenmangel.“
	„OGK ist zu wichtig, als dass es im QM untergeht. Das war der Tenor, der aus der Gruppe herauskam. Dann ist das eine, man macht eine eigene Person, einen eigenen Bereich, eine Stabstelle, oder man verknüpft.“

OGK organisationale Gesundheitskompetenz, QM Qualitätsmanagement, QS Qualitätssicherung

Regelmäßige Evaluierungen dieser Maßnahmen fänden statt, jedoch bestehe eine Lücke bei der Überführung von Evaluationsergebnissen in konsequente Maßnahmen, d. h. der Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen, wie z. B. Patientenschulungen oder -anleitungen.

Ein möglicher Ansatzpunkt für die stärkere Integration von OGK war für sie die Verknüpfung mit dem Aspekt der Patient*innensicherheit. Dies eröffne ihrer Meinung nach neue Möglichkeiten, die GK der Nutzenden gezielt zu stärken und so die Sicherheit und Zufriedenheit der Patient*innen zu erhöhen.

Bei der verstärkten Integration von OGK in das QM seien jedoch wichtige Aspekte zu beachten:

- **Der Nutzen von OGK für die Organisation muss deutlich aufgezeigt werden:** Dies umfasst nicht nur die Verbesserung der Patient*innenzufriedenheit und -sicherheit, sondern auch potenzielle Effekte auf die Effizienz und Qualität der Versorgung, z. B. über die Abbildung in „patient reported outcomes“ (PROM) und „patient reported experience measures“ (PREM).
- **Die Zuständigkeiten für OGK müssen innerhalb der Einrichtung klar definiert sein,** um eine effektive

Umsetzung sicherzustellen, einschließlich einer klaren Aufteilung zwischen QM-Beauftragten (QMB) und anderen Abteilungen.

- **Der Kostenfaktor muss bei der Integration von OGK von den Einrichtungen berücksichtigt werden:** Es ist möglich, dass zusätzliche Ressourcen erforderlich sind, um Schulungen, Materialien oder andere Maßnahmen zur Stärkung der GK umzusetzen. In einigen Fällen kann eine Beteiligung der Nutzenden (z. B. Patient*innen) an den Kosten erwogen werden, um eine nachhaltige Umsetzung sicherzustellen.

Zusammenfassung der Plenumsdiskussion

In der Gesamtschau der Plenumsdiskussion lassen sich folgende übergreifende Themen identifizieren (■ Tab. 3):

- Die Teilnehmenden wünschen sich konkrete Rahmenbedingungen auf regulatorischer und auf organisationsbezogener Ebene. Diese sollten bspw. die Implementierung von Schulungen, die Integration von OGK-Aspekten in das Qualitätsmanagement und die klare Festlegung von Verantwortlichkeiten in Organisationen beinhalten.
- Für die Teilnehmenden stellte es sich als Herausforderung dar, dass das Konzept der OGK in der Praxis noch wenig bekannt ist. Ein vielversprechender Ansatz zur Dissemination und Implementierung von OGK ist die Ernennung von „health literacy-champions“ als Prozess- und Change-Manager*innen in den Einrichtungen, die das Thema aktiv bearbeiten und umsetzen. Diese Personen sollten den Auftrag erhalten, OGK in der Organisation zu steuern und voranzutreiben. Dabei ist die aktive Unterstützung des Managements unerlässlich, um nachhaltige Veränderungen zu bewirken und OGK fest im organisatorischen Kontext zu verankern.

Die Ergebnisse des Workshops sowie die Möglichkeiten zur Verankerung von Schwerpunkten der OGK in bestehenden QM-Systemen werden Fachbereichsintern aufbereitet und mit den QM-Expert*innen in weiteren (digitalen) Treffen diskutiert.

Diskussion

Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, die theoretisch naheliegenden Anknüpfungspunkte zwischen den Standards der OGK und den Anforderungen im QM im Gesundheitswesen einem „Praxischeck“ zu unterziehen. Der Workshop „OGK und QM: Freund, Feind oder friedvolle Koexistenz?“ versammelte rund 30 QM-Beauftragte und Gesundheitskompetenzexpert*innen hauptsächlich

aus Deutschland, und ergänzend aus Österreich und der Schweiz, um zu diskutieren, ob und wie das Konzept der OGK mit dem QM verknüpft werden kann, und wie dies langfristig verstetigt werden könnte.

Im Zuge der zunehmenden Bedeutung von OGK im Gesundheitswesen, sowie des Stellenwerts von QM, eröffnete sich ein interessantes und vielschichtiges Diskussionsfeld. Die Ergebnisse des Workshops zeigen, dass für die Expert*innen eine Antwort auf die Ausgangsfrage schwer zu finden ist, denn für sie wären sowohl eine friedvolle Koexistenz als auch eine synergetische Beziehung zwischen OGK und QM im Gesundheitswesen möglich. Sie bestätigen: Nicht nur OGK sondern auch QM zielen darauf ab, die Patient*innenorientierung zu verbessern und die Qualität der Gesundheitsversorgung steigern zu können.

Der gegenwärtige Forschungsstand zu Erfolgsfaktoren bei der Implementierung von Konzepten der OGK in die Praxis zeigt, dass sowohl eine systematische Einbindung der OGK in die Organisationsstruktur als auch eine stärkere Integration in die (Gesundheits-)Politik und -praxis erforderlich ist [21, 30].

Eine Verstetigung des OGK-Ansatzes in der Management- und Mitarbeitenebene bedarf – wie anderen Change-Prozessen auch – die Berücksichtigung von umfassenden Maßnahmen zur Organisationsentwicklung. Dazu gehören Methoden und Ansätze, wie Schulungen, Coachings und Prozessoptimierungen. Außerdem werden sowohl in der Literatur als auch durch die Expert*innen organisatorische Unterstützungsstrukturen und eine systematische Herangehensweise gefordert [21]. Die Unterstützung durch das Management und die (Abteilungs-)Leitung sind dafür maßgeblich, ebenso wie Ressourcen und notwendige Rahmenbedingungen [4, 8].

Im Kontext der umfassenden regulatorischen Rahmenbedingungen im deutschen Gesundheitswesen, die auf die Gewährleistung hoher Patient*innensicherheit und Versorgungsqualität abzielen, betont die QM-RL des G-BA [10] die Notwendigkeit eines systematischen und kontinuierlichen Ansatzes zur

Qualitätsförderung im Rahmen der Patientenversorgung. Dies ist in § 1 (Ziele des QM) als systematische und kontinuierliche Durchführung von Aktivitäten definiert, mit denen eine anhaltende Qualitätsförderung im Rahmen der Patientenversorgung erreicht werden soll. Ein bestehendes QM ist daher notwendig, um die Integration von OGK-Standards und Umsetzung von OGK-Standards zu sichern und weiterzuentwickeln.

Ein Ansatzpunkt, um das Konzept der OGK mit dem QM und darin verankerten Grundelementen zu verzahnen, entsteht durch die Orientierung an den Patient*innen bzw. Bewohner*innen. Hier bietet bspw. der Ansatz „value based healthcare“ (VBHC) eine gute Möglichkeit, um die Versorgung an den Bedürfnissen der Patient*innen auszurichten und so das bestmögliche Ergebnis bei den Patient*innen zu erreichen [6]. Damit wird der Blick weg von einer standardisierten Versorgung (Prinzip „one pill fits all“), hin zu einer ganzheitlichen, möglichst individuellen Gesundheitsversorgung gerichtet. In die Entscheidung, welches gesundheitsbezogene Ergebnis („value“) für den/die Patient*in am besten erscheint, kann und muss mit den Patient*innen selbst erhoben werden und führt als individuelles Versorgungsziel zur Auswahl der Behandlung und Therapie. Es gilt, die Behandlung an den mit Patient*innen gemeinsam erarbeiteten Therapiezielen auszurichten. Durch Befragungen (mittels Fragebogen) werden bereits heute schon „Patient Reported Outcome Measures (PROM)“ und „Patient Reported Experience Measures (PREM)“ erfasst. Sie dienen der Bewertung der Ergebnis- sowie der Struktur- und Prozessqualität der Behandlung aus Sicht der Patient*innen. Insbesondere PREMs bieten einen Ansatzpunkt, um Aspekte der GK/OGK zu erheben. PREMs weisen zahlreiche Überschneidungen zu Inhalten aus Fragebögen zur OGK in der Versorgung auf, in denen Patient*innen zu ihrer Einschätzung der Verständlichkeit und Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung befragt werden. Bislang jedoch ohne Konsequenzen oder eine regelhafte Überführung der Ergebnisse in die Versorgungspraxis. Daneben zählen weitere Erfolgsfakto-

ren für die Implementierung von OGK in (Gesundheits-)Organisationen [21, 30], die mit den Ergebnissen des Expert*innenworkshops übereinstimmen.

Aus dem Workshop kristallisieren sich zwei Hauptherausforderungen zur Implementierung der OGK mit Hilfe des QM heraus:

- die geringe Bekanntheit des Konzepts der OGK in der Praxis und
- die Befürchtung in den Organisationen, mit der Implementierung von OGK eine zusätzliche Arbeitsbelastung zu erfahren.

Der Workshop identifizierte auch Ansatzpunkte für eine erfolgreiche Integration: Es bedarf einer stärkeren Sensibilisierung für und Nutzbarmachung von OGK und einer klaren Definition von Zuständigkeiten sowie der Bereitstellung von Ressourcen. Dies lässt sich bspw. über die Integration der OGK-Konzeptbestandteile in die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe erreichen. OGK und professionelle Gesundheitskompetenz sollen als eigenständige Themen in Lehrpläne von medizinischen und pflegerischen Ausbildungsprogrammen aufgenommen werden [20]. Die Integration von OGK in klinische Praktika und Rotationsprogramme ermöglicht es bspw. Studierenden, die Konzepte in der Praxis anzuwenden und zu verstehen, wie OGK die Versorgung von Patient*innen beeinflussen kann. Schulungen von Gesundheitsfachpersonen sollten Übungen und Praxis- bzw. Fallbeispiele umfassen [22, 29, 31, 35].

Erste Konzepte für Schulungen von (Gesundheits-)Fachberufen zur Gesundheitskompetenz und im Bereich patient*innenzentrierter Kommunikation sind bereits vorhanden. Beispielhaft sind die Materialsammlungen aus dem Projekt „EwiKo“ („Entwicklung von Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung – ein Kooperationsprojekt zwischen der AOK PLUS und der Hochschule Fulda“ [36]) anzuführen, in dessen Rahmen Toolboxes und Praxisleitfäden für und mit Gesundheitseinrichtungen entwickelt wurden, um Maßnahmen zur Stärkung der OGK in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung Schritt-für-Schritt umzusetzen

[18, 30, 34]. Fortbildungsprogramme für bereits praktizierende Leistungserbringende in der ambulanten und stationären Versorgung können OGK-Themen aufgreifen und sie mit den erforderlichen Fähigkeiten und Kenntnissen ausstatten, um OGK in ihren jeweiligen Arbeitsumgebungen umzusetzen.

Weiterhin sind Verbesserungen in der Patientensicherheit und Versorgungsqualität durch OGK-Maßnahmen zu vermuten: Die Integration gesundheitskompetenzfördernder Maßnahmen (z. B. „teach back“, „chunk and check“) sollte in feste und etablierte Prozesse des Versorgungsalltags in der ambulanten und stationären Versorgung überführt werden, wie z. B. in die ärztliche Visite, bei Vorsorgeuntersuchungen, für das Medikationsmanagement oder das Entlassmanagement. Auch interprofessionelle Teambesprechungen, in denen die patient*innenbezogene Gesundheitskompetenz sowie OGK-fördernde Maßnahmen berücksichtigt werden, stellen Ansatzpunkte für die nachhaltige Implementierung von OGK in die Versorgung und langfristig in das QM dar. Im Versorgungsalltag könnten verbesserte OGK-Prozesse, z. B. in der internen Kommunikation wie Absprachen zwischen Schichtwechsellern oder Dokumentationen, verbessert werden, um die Patient*innensicherheit und Versorgungsqualität zu erhöhen.

Zukünftige Forschung sollte sich darauf konzentrieren, praktikable Instrumente und Methoden zu entwickeln, die eine effektive Implementierung und Messung der OGK in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung ermöglichen. Hierbei können Rahmenbedingungen im QM, in der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie die Bereitstellung ausreichender Ressourcen beitragen. Zudem können „health literacy champions“ [1] als Change-Manager*innen in den Einrichtungen unterstützen und die Umsetzung von OGK in der Organisation steuern. Die Sicherstellung der Einbindung zentraler Stakeholder und die Entwicklung spezifischer Anreizsysteme zur Implementierung der OGK sind jedoch unerlässlich für den Erfolg. Insgesamt unterstreichen die Workshopergebnisse die Bedeutung der OGK

für die Weiterentwicklung von Gesundheitsorganisationen und liefern wichtige Impulse für die Implementierung und Förderung dieses Konzepts in der Praxis.

Stärken und Schwächen

Das gewählte Vorgehen erlaubte in relativ kurzer Zeit unterschiedliche Perspektiven einzubeziehen und dabei Einblicke in die Strukturen, Arbeitsprozesse der Teilnehmenden zu ermöglichen. Trotz einer gründlichen und theoretisch fundierten Planung der Kleingruppenarbeit sind bestimmte Limitationen zu berücksichtigen. Es konnte keine theoretische Sättigung erreicht werden, wodurch eine Generalisierung der Ergebnisse nicht möglich ist. Zudem besteht die Gefahr der sozialen Erwünschtheit, welche die Authentizität der erhobenen Daten beeinträchtigen kann [41]. Teilnehmende, die eloquent und dominant auftreten, könnten die Perspektiven anderer in Diskussionen überdeckt haben oder dazu führen, dass diese Aspekte erst gar nicht zur Diskussion gestellt wurden. Die dargestellten Ergebnisse des Workshops könnten durch die Auswahl der QM-Beauftragten beeinflusst sein, die besonders aufgeschlossen für neue Konzepte sind oder einen hohen Leidensdruck in ihren Einrichtungen erfahren. Ebenso kamen die teilnehmenden QMB aus stationären Einrichtungen, nicht jedoch aus der ambulanten Versorgung. Schließlich lag der Fokus auch mehrheitlich auf dem Deutschen Gesundheitsversorgungssystem.

Fazit für die Praxis

- **Zahlreiche Anknüpfungspunkte zwischen dem Konzept der organisationalen Gesundheitskompetenz (OGK) und dem Qualitätsmanagement (QM) wurden für die Expert*innen sichtbar (u. a. Patient*innen- und Mitarbeitendenorientierung, patient*innenzentrierte und gesundheitskompetente Kommunikation und Verantwortung durch die Leistungsebene), die im QM und OGK-Konzept zentrale Schwerpunkte darstellen.**
- **Befragungen im Rahmen von PREM („Patient Reported Experience Mea-**

ures“) oder Nutzendenbefragungen stellen Ansatzpunkte für die Berücksichtigung des Konzepts der OGK dar.

- Notwendige Bereitstellung von Ressourcen und Unterstützungspersonen, die sich den Maßnahmen zur OGK annehmen. Dies müssten nicht zwangsläufig die Verantwortlichen für das QM sein.
- OGK und die Maßnahmen sollten in Prozesse und Strukturen eingebunden sein und nicht als „add-on“ von Fach- und Führungskräften betrachtet und wahrgenommen werden.
- Konzept und Maßnahmen der OGK sollten im QM deutlich sichtbar sein und nicht im QM aufgehen.
- Neben dem QM wurden weitere Möglichkeiten zur Integration von OGK (z. B. im betrieblichen Gesundheitsmanagement [BGM], Patient*innensicherheit, Case-Management, Entlassungsmanagement etc.) deutlich.
- Die Implementierung von OGK in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sollte standardbezogen bzw. schrittweise erfolgen, damit entlang prioritärer einrichtungsspezifischer Bedarfe und ressourcenschonend vorgegangen werden kann. Dabei sind die Akteure und Organisationen aktiv einzubinden.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Katharina Rathmann

Fachbereich Gesundheitswissenschaften,
Hochschule Fulda
Fulda, Deutschland
katharina.rathmann@gw.hs-fulda.de

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. K. Rathmann, I. Münch, N. Fischbock, N. Häberle, E. László, J. Soffried, S.M. De Gani, M.-L. Dierks und E.M. Bitzer geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Die Veranstaltungen wurden unter Berücksichtigung ethisch-wissenschaftlicher Grundsätze durchgeführt. Die Teilnehmenden wurden über den Zweck

der Veranstaltungen informiert. Bezogen auf die Pre-Conference in Hannover (August 2023) wurden die Teilnehmenden über die Bild- und Tonaufnahmen und Protokolle bereits bei der Einladung aufgeklärt. Eine Anmeldung zur Veranstaltung wurde als Zustimmung zu den Aufnahmen betrachtet und am Tag der Veranstaltung wurde nochmals mündlich darauf hingewiesen. Die Aufnahmen dienten der fachlichen Dokumentation und waren nur für die Mitglieder des Fachbereichs zugänglich. Ebenso wurde im Webinar auf das schriftliche Protokoll aufmerksam gemacht. Die Daten wurden anonymisiert, um die Vertraulichkeit und den Datenschutz zu wahren.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Ayre J, Zhang M, Mouwad D, Zachariah D, McCaffery KJ, Muscat DM (2023) Systematic review of health literacy champions: who, what and how? *Health Promot Int* 38(4):1–16. <https://doi.org/10.1093/heapro/daad074>
2. Bitzer EM, Diel F (2023) Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. In: Schwartz FW, Walter U, Siegrist J, Kolip P, Leidl R, Busse R et al (Hrsg) *Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen*, 4. Aufl. Elsevier, München, 5696–718
3. Bitzer EM, Sørensen K (2018) Gesundheitskompetenz – Health Literacy. *Gesundheitswesen* 80:754–766. <https://doi.org/10.1055/a-0664-0395>
4. Charoghchian Khorasani E, Tavakoly Sany SB, Tehrani H, Doosti H, Peyman N (2020) Review of organizational health literacy practice at health care centers: outcomes, barriers and facilitators. *Int J Environ Res Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207544>
5. De Gani SM, Nowak-Flück D, Nicca D, Vogt D (2020) Self-assessment tool to promote organizational health literacy in primary care settings in Switzerland. *Int J Environ Res Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249497>
6. Deerberg-Wittram J, Kirchberger V, Rüter F (2023) Was ist Value-Based Health Care? In: Deerberg-Wittram J, Kirchberger V, Rüter F (Hrsg) *Das Value-Based Health Care Buch. Gesundheitsversorgung nachhaltig gestalten*, 1. Aufl. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S 10–22
7. Dietscher C, Lorenc J, Pelikan JM (2015) Das Selbstbewertungs-Instrument zum Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen (WKGKKO-I). <https://oepgk.at/website2023/wp-content/uploads/2018/10/selbstbewertungs-instrument-zum-wiener-konzept.pdf>. Zugegriffen: 26. Apr. 2024
8. Farmanova E, Bonneville L, Bouchard L (2018) Organizational health literacy: review of theories, frameworks, guides, and implementation issues. *Inquiry* 55:1–17. <https://doi.org/10.1177/0046958018757848>
9. Fischbock N, Neal AN, Rathmann K, Dierks ML (2024) Gesundheitskompetenz und Pflege – eine Analyse der berufsbezogenen Förderung von Gesundheitskompetenz bei Patienten_innen in der akuten stationären Versorgung Eine Beobachtungsstudie
10. G-BA (2024) Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3427/QM-RL_2024-01-18_ik-2024-04-20.pdf. Zugegriffen: 26. Apr. 2024
11. Große C, Radic D, Radic M (2019) Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen – Theorie und Status Quo gesetzlicher Regelungen in Deutschland. *Gesundh ökon Qual manag* 24(01):26–33. <https://doi.org/10.1055/a-0577-2145>
12. Häberle N, Lander J, Dierks ML, Bitzer EM (2024) Organisationale Gesundheitskompetenz in deutschen Krankenhäusern während der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse einer Querschnittstudie unter Krankenhausleitungen
13. Hensen P (2019) *Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen*, 2. Aufl. Springer, Wiesbaden
14. Janson P, Rathmann K (2021) Berufliche Belastungen, psychische Beanspruchung und Gesundheitskompetenz bei Pflegekräften in der ambulanten Altenpflege: Eine quantitative Online-Befragung in ausgewählten bayerischen Großstädten. *Präv Gesundheitsf* 16(4):344–353. <https://doi.org/10.1007/s11553-020-00826-5>
15. Kaper MS, Sixsmith J, Reijnveld SA, de Winter AF (2021) Outcomes and critical factors for successful implementation of organizational health literacy interventions: a scoping review. *Int J Environ Res Public Health* 18(22):314–322. <https://doi.org/10.3390/ijerph182211906>
16. Klockmann I, Jaß L, Härter M, von dem Knesebeck O, Lüdecke D, Heeg J (2023) Multi-staged development and pilot testing of a self-assessment tool for organizational health literacy. *BMC Health Serv Res*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2643873/v1>
17. Kowalski C, Lee SYD, Schmidt A, Wesselmann S, Wirtz MA, Pfaff H, Ernstmann N (2015) The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): development and validation. *BMC Health Serv Res* 15:47. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0707-5>
18. László E, Spatzier D, Rathmann K (2024) Entwicklung, Pretestung und Erprobung von Selbstbewertungsinstrumenten zur Erhebung der organisationalen Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (Erfahrungen aus dem Krankenhaus, Einrichtungen der (Alten-)Pflege und Eingliederungshilfe im Projekt „EwiKo“ in Deutschland)
19. Leal W (2020) *Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung*, 1. Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg <https://doi.org/10.1007/978-3-662-59675-3>
20. Nickl J, Rathmann K (2023) Gesundheitskompetenz in der Pflege- und Physiotherapie-Ausbildung. In: Rathmann K, Dadaczynski K,

- Okan O, Messer M (Hrsg) Gesundheitskompetenz. Springer, Berlin, Heidelberg, S 727–736 https://doi.org/10.1007/978-3-662-62800-3_57-1
21. Pelikan JM, Dietscher C, Straßmayr C (2023) Organisationale Gesundheitskompetenz: Überblick. In: Rathmann K, Dadaczynski K, Okan O et al (Hrsg) Gesundheitskompetenz. Springer, Berlin, Heidelberg, S 687–703 https://doi.org/10.1007/978-3-662-62800-3_4-1
 22. Rathmann K, Dadaczynski K, Lutz J, Richardt A, Salewski L et al (2021) Toolbox zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (Version 1). <https://ewiko-gesundheitskompetenz.de/medien/toolbox-gesundheitsversorgung.pdf>. Zugriffen: 26. Apr. 2024
 23. Rathmann K, Fischbock N, Häberle N, Soffried J (2023) Handouts im Rahmen des Workshops „Freund, Feind oder friedvolle Ko-Existenz? Organisationale Gesundheitskompetenz und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen“. <https://t1p.de/gc6p4>. Zugriffen: 26. Apr. 2024
 24. Rathmann K, Kogel L, Lutz J, Salewski L, Vockert T, Wetzel L, Zelfl L, Spatzier D (2023a) Selbstcheck zur Erfassung der Gesundheitskompetenz in der stationären (Alten-)Pflege. <https://ewiko-gesundheitskompetenz.de/medien/selbstcheck-pflege.pdf>. Zugriffen: 26. Apr. 2024
 25. Rathmann K, Kogel L, Lutz J, Salewski L, Vockert T, Wetzel L, Zelfl L, Spatzier D (2023b) Selbstcheck zur Erfassung der Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Eingliederungshilfe. <https://ewiko-gesundheitskompetenz.de/medien/selbstcheck-eingliederungshilfe.pdf>. Zugriffen: 26. Apr. 2024
 26. Rathmann K, Kogel L, Lutz J, Salewski L, Vockert T, Wetzel L, Zelfl L, Spatzier D (2023c) elbstcheck zur Erfassung der Gesundheitskompetenz in Krankenhäusern. <https://ewiko-gesundheitskompetenz.de/medien/selbstcheck-krankenhaeuser.pdf>. Zugriffen: 26. Apr. 2024
 27. Rathmann K, Kogel L, Lutz J, Salewski L, Vockert T, Wetzel L, Zelfl L, Spatzier D (2023d) Selbstcheck zur Erfassung der Gesundheitskompetenz in Werkstätten für Menschen mit Behinderung. <https://ewiko-gesundheitskompetenz.de/medien/selbstcheck-wfbm.pdf>. Zugriffen: 26. Apr. 2024
 28. Rathmann K, Kogel L, Lutz J, Salewski L, Vockert T, Wetzel L, Zelfl L, Spatzier D (2023e) Selbstcheck zur Gesundheitskompetenz in Leichter Sprache. <https://ewiko-gesundheitskompetenz.de/medien/selbstcheck-leichte-sprache.pdf>. Zugriffen: 26. Apr. 2024
 29. Rathmann K, László E Quellen zu den Selbstchecks und Praxisleitfäden im Projekt „EwiKo“. <https://t1p.de/x9lgj>. Zugriffen: 26. Apr. 2024
 30. Rathmann K, László E (2024a) Gesundheitskompetenz. In: Hartung S, Wihofszky P (Hrsg) Gesundheit und Nachhaltigkeit. Springer, Berlin, Heidelberg
 31. Rathmann K, László E (2024b) Gesundheitskompetenz in die Praxis bringen: Überblick über Tools zur Stärkung der organisationalen Gesundheitskompetenz. <https://fuldok.hs-fulda.de/opus4/frontdoor/index/index/docId/1032>. Zugriffen: 26. Apr. 2024
 32. Rathmann K, László E (2024c) Übersicht über Instrumente zur Erfassung der organisationalen Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. <https://fuldok.hs-fulda.de/opus4/frontdoor/index/index/docId/1031>. Zugriffen: 26. Apr. 2024
 33. Rathmann K, László E (2024d) Übersicht über Konzepte und Merkmale der organisationalen Gesundheitskompetenz. <https://fuldok.hs-fulda.de/opus4/frontdoor/index/index/docId/1034>. Zugriffen: 26. Apr. 2024
 34. Rathmann K, László E, Wetzel LD, Spatzier D (2023) Schritt-für-Schritt-Anleitung zur Entwicklung der organisationalen Gesundheitskompetenz: In sieben Schritten zur gesundheitskompetenten Einrichtung. <https://fuldok.hs-fulda.de/opus4/frontdoor/index/index/docId/1011>. Zugriffen: 26. Apr. 2024
 35. Rathmann K, Lutz J, Richardt A, Salewski L, Vockert T, Zelfl L, Spatzier D (2021) Toolbox zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Eingliederungshilfe in den Bereichen Wohnen und Arbeiten (Version 1). <https://ewiko-gesundheitskompetenz.de/medien/toolbox-eingliederungshilfe.pdf>. Zugriffen: 26. Apr. 2024
 36. Rathmann K, Lutz J, Richardt A, Salewski L, Zelfl L, Vockert T (2021) Entwicklung der Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (EwiKo). <https://ewiko-gesundheitskompetenz.de/>. Zugriffen: 26. Apr. 2024
 37. Rathmann K, Münch I (2023) Organisationale Gesundheitskompetenz und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen: Freund, Feind oder friedvolle Ko-Existenz? *QUALITAS* 22(4):30–31. <https://doi.org/10.1007/s43831-023-0159-2>
 38. Ruddat M (2012) Auswertung von Fokusgruppen mittels Zusammenfassung zentraler Diskussionsaspekte. In: Schulz M, Mack B, Renn O et al (Hrsg) Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Springer VS, Wiesbaden, S 195–206 https://doi.org/10.1007/978-3-531-19397-7_10
 39. Schaefer C, Bitzer EM, Dierks ML (2019) Mehr Organisationale Gesundheitskompetenz in die Gesundheitsversorgung bringen! Ein Positionspapier des DNGK. <https://dngk.de/wp-content/uploads/2022/01/dngk-pos-pap-ogk-2019-11-16.pdf>. Zugriffen: 26. Apr. 2024
 40. Schaeffer D, Haarmann A, Griese L (2023) Professionelle Gesundheitskompetenz ausgewählter Gesundheitsprofessionen in Deutschland. Ergebnisse des HLS-PROF-GER. https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/sites/default/files/2023-06/2023_06_20_Ergebnisbericht_Studie_professionelle_Gesundheitskompetenz.pdf. Zugriffen: 26. Apr. 2024
 41. Tausch A, Menold N (2015) Methodische Aspekte der Durchführung von Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung. Welche Anforderungen ergeben sich aufgrund der besonderen Zielgruppen und Fragestellungen? *GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften, Köln, S 1–51* (GESIS Papers 12)
 42. Working Group HPH & HLO (2019) International self-assessment tool organizational health literacy (responsiveness) for hospitals – SAT-OHL-Hos-v1.0-EN-international. https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/SAT-OHL-Hos-v1%20-EN-international_update1.1_1.pdf. Zugriffen: 26. Apr. 2024

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.