

**Gesundheitskompetente Organisationen**  
**Zweiter Teilbericht –**  
**Umsetzungsbedingungen in der**  
**ambulanten Medizin und der ambulanten Pflege**

**Doris Schaeffer und Dominique Vogt**

Universität Bielefeld

Interdisziplinäres Zentrum für

Gesundheitskompetenzforschung (IZGK)

Bielefeld, November 2022

Wir danken Dr. Eva Maria Berens für die zahlreichen Diskussionen und Anregungen und Dr. Alexander Haarmann für die kritische Durchsicht des Berichts. Unser Dank gilt außerdem wir den Teilnehmer:innen des digitalen Workshops zur Umsetzung von gesundheitskompetenten Organisationen sowie den Interviewpartner:innen für die Unterstützung des Vorhabens.

**Zitation:** Schaeffer, D., & Vogt, D. (2022). Gesundheitskompetente Organisationen. Zweiter Teilbericht - Umsetzungsbedingungen in der ambulanten Medizin und Pflege. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld.



Das Projekt wurde aus Mitteln des Bundes gefördert, Förderkennzeichen Kapitel 1504 Titel 54401, ZMVI1-2520FSB201, Laufzeit 08/2020-12/2022 und vom Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Patientinnen und Patienten initiiert.

Projektleitung: Prof. Dr. Doris Schaeffer, Prof. Dr. Ullrich Bauer, Prof. Dr. Claudia Hornberg, Prof. Dr. Orkan Okan

## Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht schließt an den Teilbericht 1 „Gesundheitskompetente Organisationen. Bestandsaufnahme existenter Konzepte und Basis-Materialsammlung“ (Vogt/Schaeffer 2022) an, in dem eine Zusammenstellung vorliegender Konzepte, Ansätze und Arbeitshilfen zum Thema vorgenommen wurde, um auch im deutschen Gesundheitssystem die Entwicklung von gesundheitskompetenten Gesundheitsorganisationen (GKO) anzuregen. Im Teilbericht 2 wurde der Frage nachgegangen, welche Rahmen- und Umsetzungsbedingungen erforderlich sind, welche Hindernisse bei der Implementation bestehen, und was bedacht werden muss, um auch in Deutschland erfolgreich entsprechende Entwicklungsprozesse zu ermöglichen.

Dazu erfolgte eine explorative Erhebung, in der zwei bislang in der Diskussion wenig beachtete Versorgungssegmente im Mittelpunkt standen (ambulante medizinische Versorgung und ambulante Pflege). Beide Bereiche haben die durch die voranschreitende Ambulantisierung – gemeint ist die Begrenzung stationärer Kapazitäten zugunsten des Ausbaus ambulanter, wohnortnaher Versorgungsstrukturen – zunehmend an Bedeutung gewonnen, finden aber erst sehr langsam Berücksichtigung in der GKO-Diskussion. Die sich dort jeweils stellenden Herausforderungen und Ansprüche an die Entwicklung von GKO in Deutschland sowie die fördernden und hemmenden Implementationsbedingungen wurden im Rahmen eines Workshop mit Expert:innen bzw. Ärzt:innen aus der ambulanten medizinischen Versorgung und qualitativer Expert:inneninterviews mit Fachpersonen und Leitungskräften aus der Pflege explorativ ermittelt.

Von den Befragten beider Settings wird die Informationsvermittlung, Kommunikation und auch die Förderung von Gesundheitskompetenz als sehr wichtig, aber schwierig angesehen, weil ihr etliche strukturelle und finanzielle Hürden entgegenstehen, und dies beeinflusst offenbar die Reformbereitschaft und den Veränderungswillen – das aber in unterschiedlicher Weise. Damit die Entwicklung von GKO in der ambulanten Versorgung in Deutschland gelingen kann, müssen – aus Sicht der Befragten – eine Reihe an unterschiedlichen Voraussetzungen erfüllt sein und reicht die Bereitstellung von Instrumenten und Arbeitshilfen nicht aus.

Die Ergebnisse verdeutlichen zudem, dass eine Umsetzung des GKO-Konzepts umfangreiche Vorbereitungs- und Begleitmaßnahmen bedingt. All dies dürfte ohne Fördermittel kaum realisierbar sein, so dass Investitionen in die Umsetzung von GKO erforderlich sind. Bisher gibt es in Deutschland noch keine umfassenden, systematischen Maßnahmen- und Investitionsprogramme zur Förderung der Gesundheitskompetenz und auch von GKO in Deutschland. Die vorgelegte explorative Analyse zeigt einmal mehr, wie wichtig es ist, diese anzustoßen.

## Summary

The present report comprises the second part of the overall report on health-literate organisations and builds on the sub-report 1 "Health-literate organisations. Inventory of existing concepts and basic collection of sources" (Vogt/Schaeffer 2022), in which inventory of international and national literature on health-literate organisations was made - especially on existing approaches, concepts, tools and instruments, on the basis of which a collection of sources was created in order to stimulate the development of health-literate health organisations (HLO) also in the German health system. In this report on part of the study, the question was addressed as to which framework and implementation conditions are necessary, which obstacles exist in implementation, and what needs to be considered in order to successfully enable corresponding development processes in Germany as well.

For this purpose, an exploratory survey was conducted, which focused on two segments specifically in of healthcare that have received little attention in the discussion so far (primary health care in medicine and nursing). Both areas have become increasingly important due to the advancing deinstitutionalization and shift to increased provision of ambulatory (health)care, but are only very slowly being taken into account in the HLO discussion. The challenges and demands on the development of HLOs in Germany as well as the facilitating and inhibiting conditions for implementation were determined exploratorily in a workshop with experts and doctors from outpatient medical care and in qualitative interviews with experts and managers from the field of nursing.

The interviewees from both settings consider the dissemination of information, communication, and the promotion of health literacy to be very important, but difficult, because there is a number of structural and financial obstacles, and this obviously influences the willingness to reform and the will to change – however in different ways. For the development of HLOs to be successful in primary health care in Germany, a number of different prerequisites must be met – from the interviewees' point of view – and the provision of instruments and working tools is not sufficient.

The results also illustrate that implementation of the HLO concept in line with its objectives requires extensive preparatory and accompanying measures. All this is unlikely to be feasible without funding, so that investments in the implementation of HLOs are necessary. So far, there are no comprehensive, systematic programmes of measures and investments to promote health literacy and also HLOs in Germany. The exploratory analysis presented shows once again how important it is to initiate these.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1 Hintergrund und Projektziele</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Workshop mit Expert:innen aus der ambulanten Medizin</b> .....	<b>9</b>
<b>3 Qualitative Interviews mit Expert:innen der ambulanten Pflege</b> .....	<b>21</b>
<b>4 Umsetzungschancen und Implementationsbedingungen von GKO in der ambulanten Medizin und der ambulanten Pflege</b> .....	<b>29</b>
<b>5 Schlussbetrachtung</b> .....	<b>37</b>
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>38</b>

# 1 Hintergrund und Projektziele

Der vorliegende Bericht schließt an den Teilbericht 1 „Gesundheitskompetente Organisationen. Bestandsaufnahme vorliegender Konzepte und Basis-Materialiensammlung“ (Vogt/Schaeffer 2022) an. Ausgehend von den vorliegenden empirischen Befunden wurde dort gezeigt, dass der Förderung der Gesundheitskompetenz<sup>1</sup> in Deutschland eine hohe Bedeutung zukommt und dabei – anknüpfend an das relationale Verständnis von Gesundheitskompetenz (Parker 2009; Parker/Ratzan 2010) – den Rahmenbedingungen und Strukturen des Gesundheitssystems besondere Aufmerksamkeit zu schenken ist. Damit bezieht sich das Projekt zugleich auf den Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz, in dem ausdrücklich betont wird, wie bedeutsam es ist, das Thema Gesundheitskompetenz strukturell im Gesundheitssystem und seinen Organisationen zu verankern und entsprechend auch in Deutschland die Entwicklung von *Gesundheitskompetenten Organisationen* anzustreben (Schaeffer et al. 2018, S. 38). Ähnlich die Stellungnahme des Deutschen Netzwerk für Gesundheitskompetenz (DNGK 2019). In etlichen Ländern – insbesondere den USA – werden solche „Health Literate Organizations“ bereits zu realisieren versucht. Gesundheitskompetente Organisationen (GKO) zeichnen sich dadurch aus, dass sie ihren Nutzer:innen auf allen Ebenen den Zugang zu und den Umgang mit Gesundheitsinformationen und -dienstleistungen erleichtern (Brach et al. 2012; Dietscher et al. 2015), und stellen einen wichtigen Schritt auf dem Weg zu einem nutzerfreundlichen und gesundheitskompetenten Gesundheitssystem dar.

Das hier im Mittelpunkt stehende Projekt will ein Beitrag dazu leisten, die nötigen Voraussetzungen und Grundlagen dafür zu schaffen, auch in Deutschland zu GKO zu gelangen und die Förderung der organisationalen Gesundheitskompetenz durch entsprechende Organisations- und Settingentwicklung anzustoßen.

Dazu sollte

- eine Bestandsaufnahme<sup>2</sup> der internationalen und nationalen Literatur über gesundheitskompetente Organisationen – besonders über existente Ansätze, Konzepte, Arbeitshilfen, Checklisten, Instrumente und erforderliche unterstützende Rahmenbedingungen – vorgenommen und darauf basierend eine Materialsammlung angelegt werden. Sie wurde mit dem ersten Teilbericht vorgelegt (Vogt/Schaeffer 2022).
- Ebenso sollten Überlegungen zur Implementation des Konzepts in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung in Deutschland erfolgen und dabei die bislang relativ wenig in der GKO Diskussion beachteten Bereiche „ambulante Medizin“ und „ambulante Pflege“ im Fokus stehen. Diese Überlegungen sind Gegenstand dieses Berichts.

---

<sup>1</sup> Gesundheitskompetenz basiert „auf allgemeiner Literalität und umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten oder verbessern“ (Sørensen et al. 2012, S. 3; nach Pelikan/Ganahl 2017, S. 94).

<sup>2</sup> Die Ergebnisse der Bestandsaufnahme werden vom Projektpartner des AIXTRA für die Erarbeitung eines onlinebasierten Methodenkoffers genutzt.

Die vorgenommene Bestandsaufnahme hat gezeigt, dass das GKO-Konzept in der internationalen Gesundheitskompetenzdiskussion seit längerem gut verankert ist und bereits eine Reihe an konzeptionellen Ansätzen, Instrumenten und Arbeitshilfen zum Thema gesundheitskompetente Organisationen vorliegen (ex. Vogt/Schaeffer 2022; Pelikan 2019; Farmanova et al. 2018; auch Bremer et al. 2021). Dennoch steht nach wie vor einiges an Entwicklungsarbeit an. So bedarf es eines konzeptionellen Rahmens organisationaler Gesundheitskompetenz für die unterschiedlichen Versorgungssettings und auch darauf basierender validierter Instrumente zur Einschätzung bzw. Messung organisationaler Gesundheitskompetenz, denn bislang konzentrierte sich die Konzeptentwicklung vorwiegend auf das Krankenhaus (Pelikan et al. 2022).

In Deutschland wird erst seit relativ kurzer Zeit über organisationale Gesundheitskompetenz bzw. gesundheitskompetente (Gesundheits-)Organisationen diskutiert. Auch die Konzeptentwicklung befindet sich noch am Anfang. Das gilt auch für die Übertragung international vorliegender Konzepte und existenter Instrumente auf das hiesige Gesundheitssystem und seine Organisationen sowie – nicht zu vergessen – die Ermittlung der hier gegebenen Implementationsbedingungen. Sie steht ebenfalls noch weitgehend aus (Vogt/Schaeffer 2022).

Um sie empirisch fundiert angehen zu können, sollten die an die Umsetzung von GKO bestehenden Anforderungen in den beiden Versorgungssettings „ambulante Medizin“ und „ambulante Pflege“ aus Sicht von dort tätigen Fachpersonen und Führungskräften explorativ ermittelt werden. Ebenso sollte der Frage nachgegangen werden, welche Rahmenbedingungen für eine Weiterentwicklung der dort bestehenden Einrichtungen zu einer GKO erforderlich sind bzw. welche fördernden und hemmenden Bedingungen bei der Implementation des Konzepts in Deutschland zu erwarten sind.

Konkret wurde gefragt,

- wie die Entstehung und Entwicklung von GKO im deutschen Gesundheitssystem gefördert werden kann,
- welche Bedingungen zur Umsetzung einer gesundheitskompetenten Organisation erforderlich sind, ebenso welche Chancen und Anknüpfungspunkte, aber auch welche Hindernisse bei der Implementation bestehen können und was bedacht werden muss, um im deutschen Gesundheitssystem erfolgreich Entwicklungsprozesse zur gesundheitskompetenten Organisation einleiten zu können.

Zur Beantwortung der Fragen wurden

- (1) ein Workshop<sup>3</sup> mit Expert:innen bzw. Ärzt:innen aus der ambulanten medizinischen Versorgung und
- (2) qualitative Expert:inneninterviews mit Fachpersonen und Führungskräften aus der Pflege über die Chancen und Umsetzungsbedingungen von GKO in den jeweiligen Versorgungssettings durchgeführt.

Die Ergebnisse dieser Arbeitsschritte werden nachfolgend dargestellt.

---

<sup>3</sup> Ein weiterer Workshop wird vom Partnerprojekt des AIXTRA durchgeführt (voraussichtlich Oktober 2022). Er dient der Usability-Testung des von AIXTRA auf der Basis der Bestandsaufnahme entwickelten online Methodenkoffers.

## 2 Workshop mit Expert:innen aus der ambulanten Medizin

### *Konzept des Workshops und Vorgehensweise*

Im Projekt „Gesundheitskompetente Organisationen“ wurde auf einen partizipativen Ansatz und eine möglichst frühe Einbindung der Praxis gesetzt – dies mit dem Ziel, auf diese Weise eine nachhaltige Etablierung des Themas zu ermöglichen. Deshalb sah der Projektplan vor, zwei gemeinsame Workshops mit Expert:innen aus Einrichtungen der ambulanten medizinischen und ambulanten pflegerischen Versorgung durchzuführen, wobei einer in der Verantwortung der Universität Bielefeld und einer des in der des Partnerprojekts der RWTH Aachen stehen sollte. Beide Versorgungssettings (ambulante Medizin und ambulante Pflege) haben durch die voranschreitende Ambulantisierung (Schaeffer/Ewers 2002; Rothgang/Müller 2019) stark an Bedeutung gewonnen, finden in der GKO-Diskussion bislang noch relativ wenig Berücksichtigung (Ausnahme: de Gani et al. 2020)<sup>4</sup>.

Im Zuge der Vorbereitung des Workshops wurde rasch deutlich, dass ein gemeinsamer Workshop zur Ermittlung der Umsetzungsbedingungen wenig sinnvoll ist, weil sich die anvisierten Versorgungssettings „ambulante Medizin“ und „ambulante Pflege“ und die dazu gehörigen Organisationen große Unterschiede aufweisen. So unterscheiden sich die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen (SGB V und XI), die Ausrichtung, die Struktur und Art der Organisationen sowie die Arbeitsweise in beiden Versorgungssettings. Daher wurde beschlossen, Expert:innen beider Versorgungssettings getrennt zu befragen und zwei separate Workshops durchzuführen. Einer der Workshops sollte ausschließlich auf die ambulante Medizin und die dort gegebenen Bedingungen und Herausforderungen konzentriert sein; ein zweiter Workshop auf die ambulante Pflege. Mit dieser Zweiteilung sollte in beiden Bereichen die Möglichkeit zu einer tiefergehenden inhaltlichen Diskussion zum Thema organisationale Gesundheitskompetenz in den jeweiligen Settings gegeben werden.

Im Verlauf der Vorbereitung des zweiten geplanten Workshops zeigte sich, dass die ambulante Pflege durch die anhaltende Corona-Pandemie und deren Folgen vor große Herausforderungen in ihrem Arbeitsalltag gestellt ist. Trotz aufwändiger Rekrutierungsbemühungen gestaltete sich die Terminfindung und Teilnehmer:innenrekrutierung für einen Workshop mit Expert:innen aus der ambulanten Pflege daher sehr schwierig. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, aber dennoch dem Projektziel zu entsprechen, wurde beschlossen, statt eines Workshops einzelne Expert:inneninterviews mit ausgewählten Fachpersonen und Führungskräften aus unterschiedlichen Bereichen der ambulanten Pflege durchzuführen, weil sie terminlich leichter zu organisieren sind. Diese Anpassung des methodischen Vorgehens erwies sich als gewinnbringend (siehe Kapitel 3).

---

<sup>4</sup> Zu erwähnen sind auch die Bemühungen im Netzwerk „Measuring population and organizational Health Literacy“ (M-POHL) der WHO Europa, ein Instrument für den ambulanten Versorgungsbereich zu entwickeln und zu pilotieren.

Der *Workshop mit Expert:innen der ambulanten Medizin* war ursprünglich als Präsenztreffen geplant. Aufgrund der anhaltenden Corona-Pandemie wurde der Workshop digital durchgeführt. Er fand im April 2021 statt. Zu den Teilnehmer:innen gehörten Ärzt:innen aus unterschiedlichen Bereichen der Praxis und aus der Wissenschaft.

Die *Rekrutierung* der Workshopteilnehmer:innen erfolgte gemeinsam mit dem Partnerprojekt des AIXTRA. Dazu wurde zunächst eine Liste von potenziell teilnehmenden Fachpersonen und Leitungskräften erarbeitet, wobei Gender-Aspekte besonders beachtet wurden. In einem zweiten Schritt wurden die ausgewählten Personen schriftlich und mündlich kontaktiert, ausführlich informiert und persönlich eingeladen. Insgesamt wurden 25 Personen aus der ambulanten Medizin zu dem Workshop eingeladen. Teilgenommen haben schlussendlich 23 Personen. Das Konzept und die Dauer des Workshops wurden dem digitalen Format angepasst und beliefen sich schlussendlich auf drei Stunden. Der Workshop wurde von den Projektleiter:innen strukturiert und moderiert.

**Tabelle 1: Übersicht Teilnehmer:innen des Workshops**

<b>ANZAHL</b>	<b>BEREICH /BERUFSFELD</b>
<b>15</b>	Vertreter:innen der ambulanten Medizin (Praxis und Wissenschaft)
<b>2</b>	Medizinisches Versorgungszentrum
<b>1</b>	Hausärzteverband
<b>2</b>	Bündnis Junge Ärzte
<b>1</b>	„Was hab‘ ich?“ gGmbH
<b>2</b>	Gemeinnützige Stiftungen

*Ziel* war es zu diskutieren, wie die Entwicklung und Umsetzung gesundheitskompetenter Gesundheitsorganisationen in der ambulanten Medizin in Deutschland gelingen kann. Besonderes Interesse bestand daran, mit den Teilnehmenden zu erörtern, wie der Informationsstand zum Thema GKO einzuschätzen ist und welche Potenziale, aber auch Hürden in den Organisationen der ambulanten Medizin bei der Umsetzung des GKO-Konzepts zu erwarten sind. Dazu wurden folgende im Vorfeld erarbeitete Leitfragen<sup>5</sup> im Rahmen des Workshops mit den Teilnehmenden diskutiert:

- Welche Anforderungen sollten gesundheitskompetente Organisationen in der ambulanten Medizin aus Sicht der Teilnehmenden erfüllen?
- Welche Rahmenbedingungen sind zur (Weiter-)Entwicklung zu einer GKO in der ambulanten Medizin erforderlich?

<sup>5</sup> Zur Vorbereitung des vom Partnerprojekt des AIXTRA der RWTH Aachen zu entwickelnden online basierten Methodenkoffers wurde vom Aachener Projektteam eine weitere Forschungsfrage des Workshops im Rahmen einer Kleingruppe diskutiert. Die Auswertung und Darstellung der dazu gewonnenen Ergebnisse obliegen dem Partnerprojekt.

- Welche fördernden und hindernden Faktoren sind bei der Implementation zu erwarten?

Zum *Ablauf des Workshops*: Zu Beginn erfolgten eine kurze Begrüßung durch die Moderator:innen, eine Einführung in die wissenschaftliche Diskussion und in vorliegende empirische Befunde zur Gesundheitskompetenz in Deutschland sowie ein Impulsvortrag zur organisationalen Gesundheitskompetenz. Anschließend erfolgte eine gemeinsame Diskussion des Workshopthemas mit allen Teilnehmenden auf der Basis von Leitfragen.

In einem weiteren, zweiten Teil des Workshops wurden die Teilnehmenden in zwei Kleingruppen unterteilt, die der Vertiefung der Diskussion dienten. Die Diskussion in den Kleingruppen erfolgte ebenfalls auf der Basis von Leitfragen sowie weiteren Themen, die aus dem ersten Teil des Workshops resultierten. Sie wurden ihrerseits durch das Projektteam moderiert.

In einem dritten Teil des Workshops wurden die Ergebnisse der Kleingruppen im Plenum des Workshops dargestellt und diskutiert. Abschließend erfolgte eine Bündelung der Ergebnisse aller Diskussionsrunden.

Die im Rahmen des Workshops (sowohl im Plenum wie auch in den Kleingruppen) geführten Diskussionen wurden schriftlich protokolliert und in einem Ergebnisprotokoll gebündelt. Das Ergebnisprotokoll wurde allen Teilnehmenden des Workshops im Nachgang zur Ergänzung und Kommentierung zugesendet. Das Protokoll enthielt zudem mehrere Fragen und Priorisierungsoptionen, die von den Teilnehmenden beantwortet werden sollten. Wichtig war es zu erfahren, welche Punkte der Diskussion die Teilnehmenden für zentral hielten und welche im Rahmen des Konzepts „Gesundheitskompetente Organisationen“ aus ihrer Sicht prioritär adressiert werden sollten.

Die Erkenntnisse des Workshops und die Kommentierungen des Protokolls der Teilnehmenden wurden anschließend zusammenfassend ausgewertet. Sie werden nachfolgend dargestellt.

### ***Ergebnisse der Diskussionen während des Workshops***

Zu Beginn des Workshops erfolgte, wie erwähnt, zunächst eine Einführung in das Projektvorhaben. Dabei wurde kurz in die zurückliegende konzeptionelle und definitorische Auseinandersetzung über Gesundheitskompetenz eingeführt. Ebenso wurden die für Deutschland vorliegenden Forschungsbefunde dargestellt, die samt und sonders zeigen, dass die Gesundheitskompetenz in Deutschland nicht sehr gut ausgeprägt ist und sich in den letzten Jahren sogar verschlechtert hat. Wie der Health Literacy Survey Germany 2 (HLS-GER 2) zeigt, weisen 58,8 Prozent der Bevölkerung in Deutschland eine geringe Gesundheitskompetenz auf (Schaeffer et al. 2021a). Die Studie zeigt außerdem, dass Gesundheitskompetenz einem starken sozialen Gradienten folgt und der Anteil geringer Gesundheitskompetenz bei einzelnen Bevölkerungsgruppen besonders hoch ist. Dazu gehören Menschen mit niedriger Bildung,

niedrigem Sozialstatus, mit eigener Migrationserfahrung und solche im höheren Lebensalter (Schaeffer et al. 2021a; Schaeffer et al. 2021b, S. 724). Unterstrichen wurde, dass der Förderung von Gesundheitskompetenz daher hohe gesellschaftliche Bedeutung zukommt und das GKO-Konzept dazu einen wichtigen Ansatzpunkt bildet, der in Deutschland noch wenig verbreitet ist und auch international in der ambulanten Medizin bislang kaum erprobt wurde, so dass bei der Umsetzung in mehrfacher Hinsicht Neuland zu betreten sein wird. Umso wichtiger ist es, die Umsetzungsbedingungen vorab zu eruieren, wie es das Ziel des Workshops sei.

In Reaktion auf diesen Impuls wurde von den Teilnehmenden zunächst weniger das Thema (organisationale) Gesundheitskompetenz diskutiert. Vielmehr erfolgte eine intensive Debatte über die Themen „Patient:inneninformation“ und „Kommunikation“ und die dabei in der ambulanten medizinischen Versorgung bestehenden Probleme und Herausforderungen. Einigkeit herrschte darüber, dass beide Themen im Alltag ärztlichen Handelns seit langem große Schwierigkeiten aufwerfen, die dringend anzugehen sind. Betont wurde, dass die referierten Zahlen zur Gesundheitskompetenz sich mit der Sicht der Beteiligten decken und auch sie die Förderung der Gesundheitskompetenz der Patient:innen für eine wichtige und drängende Aufgabe halten. Zum Beleg und zur Illustration folgten zahlreiche Erfahrungsberichte mit Beispielen, die verdeutlichten, dass Ärzt:innen im Alltag mit ganz unterschiedlich gelagerten Herausforderungen und Problemen im Bereich der Kommunikation und Information konfrontiert sind. Auf der einen Seite sehen sie sich Patient:innen gegenüber, die sehr gut informiert und hochkompetent sind, ja Expert:innen in eigener Sache darstellen. Ihnen stehen auf der anderen Seite Patientengruppen gegenüber mit eher niedriger Bildung, Schwierigkeiten im Umgang mit Informationen und oft auch dem impliziten Wunsch, die Verantwortung für gesundheits- und krankheitsbezogene Entscheidungen an die Ärzt:innen abzugeben. Dieses den Alltag charakterisierende Spektrum mit seinen zwei extremen Polen wird als sehr herausfordernd für die Kommunikation und Vermittlung von Information angesehen.

Hervorgehoben wurde als zweiter Punkt, dass Patient:innen dazu tendieren, Ärzt:innen nicht oder kaum zuzuhören, obschon diese sich intensiv um sorgfältige Informationsvermittlung und Erklärung bemühen. Häufig, so der Tenor der Diskussion, lassen sich Patient:innen „berieseln“ und reagieren nicht auf Information, sei es, weil sie Schwierigkeiten haben, inhaltlich oder sprachlich schwierige Informationen zu verstehen und nachzuvollziehen oder aber, weil sie abgelenkt sind etc. Ein wesentlicher Punkt der Diskussion drehte sich daher um die von den Moderator:innen aufgeworfene Frage, wie Patient:innen im Umgang mit Informationen unterstützt werden können, um Gesundheitskompetenz „auf- und auch auszubauen“ und welche Strategien dazu erforderlich sind.

Dazu erfolgte – immer wieder durchbrochen von Praxisbeispielen über die Schwierigkeiten der Kommunikation – ein Erfahrungsaustausch über unterschiedliche Strategien der ärztlichen Information – insbesondere über die Vermeidung von Fachsprache und die Potenziale leicht verständlicher bzw. einfacher Sprache. Sie wird nach den Aussagen der Teilnehmenden des Workshops als essenziell angesehen, um Informationen besser vermitteln zu können. Leicht

verständliche Sprache<sup>6</sup> ist aus ihrer Sicht daher sowohl bei mündlicher wie auch bei schriftlicher Information enorm wichtig. Allerdings, so wurde betont, müsse auch hier die Heterogenität der Patient:innen beachtet werden. Besonders informierte und expertisierte Patient:innen können sich durch einfache Sprache (bzw. ein zu niedriges Sprachniveau) leicht abgestoßen fühlen und mit Abwehr reagieren.

Offen blieb – so ist rückblickend zu resümieren – ob niedergelassene Ärzt:innen über die entsprechende Kompetenz zur Vermittlung von Informationen in leicht verständlicher Sprache verfügen.

Die Teilnehmenden wiesen auf einen weiteren aus Sicht der Teilnehmer:innen bedeutsamen Aspekt: auf die Erstellung und Bereitstellung von ergänzendem, multimedial aufbereiteten Informationsmaterialien. Solche Materialien wurden von ihnen wichtig erachtet, eben weil Informationen oft an Patient:innen vorbeirauschen oder nicht so rasch in ihrer Tragweite erfasst werden können. Daher ist hilfreich über solche Materialien zu verfügen, sei es um die Informationsvermittlung damit zu untermauern und zu veranschaulichen oder sie Patient:innen mitgeben zu können, sodass diese sie später nachlesen können. Dass bei der Erstellung und Aufbereitung von Informationen ein partizipatives Vorgehen erfolgen und die Patientensicht einbezogen werden sollte, stieß durchgängig auf Zustimmung. Denn auch im Bereich der Erstellung und Vermittlung von Informationen bestehen noch weitreichende Wissenslücken darüber, welche Formate und Formen der Information und Informationsvermittlung von den unterschiedlichen Zielgruppen als „motivierend“ und ansprechend empfunden werden.

Wichtig sei darüber hinaus, so wurde betont, Patient:innen außerdem auf bestehende vertrauenswürdige Information und Informationsquellen, zuverlässige Internetseiten, Informationsangebote und Informationsportale hinzuweisen, so beispielsweise auf das Portal für Gesundheitsinformationen des Bundesministeriums für Gesundheit (<https://gesund.bund.de/>), das des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (<https://www.gesundheitsinformation.de/>) oder auch auf Informationsangebote von Fachgesellschaften zu verschiedenen Krankheiten (u. a. Krebsinformationsdienst des DKFZ). Sie seien den Patient:innen oftmals unbekannt. Ähnliches gelte allerdings teilweise auch für Ärzt:innen, so wurde selbstkritisch geäußert und auf die im Bereich digitaler Gesundheitskompetenz bestehenden Defizite seitens der Ärzt:innen hingewiesen, die ebenfalls dringend behoben werden müssten.

Zugleich gaben die Workshopteilnehmer:innen zu bedenken, dass Patient:innen der Umgang mit digitalen Informationsangeboten oft schwer falle. Denn sie müssen selbst „aktiv“ werden und die Information ihrerseits einholen (Informationen suchen/finden, verstehen und nutzen). Doch genau das ist für viele nicht einfach. Wünschenswert ist es aus Sicht der Ärzt:innen

---

<sup>6</sup> In diesem Kontext wurde auf die Initiative ‚Was hab‘ ich?‘ hingewiesen. Dabei handelt es sich um ein Sozialunternehmen, deren Mitarbeitende medizinische Befunde auf Wunsch von Patient:innen anonym und kostenlos in eine für sie leicht verständliche Sprache übersetzen. Patient:innen können auf der Webseite ihre Arztbriefe, Ausschnitte daraus oder einzelne Fachbegriffe zur Übersetzung einreichen (<https://washabich.de/projekt>).

daher, über stärker „zugehende“ Informationsangebote zu verfügen. Dazu gehören im weitesten Sinn auch GKO, bei denen es um die Frage geht, wie *Organisationen* ihre Nutzer:innen bestmöglich mit Gesundheitsinformationen versorgen, sie im Umgang mit Informationen unterstützen und ihre Gesundheitskompetenz stärken können.

Als weiterer, im Kontext von Information und Kommunikation in der ambulanten Medizin aus Sicht der Teilnehmer:innen zu berücksichtigender Aspekt wurde angeführt, dass Patient:innen sich oftmals in Krisensituationen befinden, etwa starke Schmerzen haben oder eine schwerwiegende Diagnose mitgeteilt bekommen haben etc. In solchen Situationen sind sie meist in einer Art Schockzustand, der ihre Aufmerksamkeit bindet und erst einmal verarbeitet werden muss, so dass sie nicht in der Lage sind, Informationen aufzunehmen. Deshalb sollte bei der Kommunikation und Vermittlung von Information auch bedacht werden, dass diese zum „richtigen“ Zeitpunkt erfolgt und die Patient:innen auch wirklich aufnahmefähig sind. Dazu ist es aus Sicht der Ärzt:innen sinnvoll und erstrebenswert, weitere, ergänzende Termine für den Austausch von Informationen zu ermöglichen, bei denen die erforderlichen Informationen wiederholt vermittelt werden und auch geprüft wird, ob und wie Patient:innen sie aufgenommen und verstanden haben. Angespielt wird hier auf Methoden wie Teach Back (<http://www.teach-backtraining.org/>), die von den Teilnehmenden jedoch nicht explizit benannt wurde und – wie sich auf Nachfrage der Moderatoren zeigte – bislang noch wenig bekannt sind.

Ähnliches gilt für Arbeitshilfen zum Thema Gesundheitskompetenz, wie sie für Deutschland in Form einer Material- und Methodensammlung erarbeitet wurden (Schaeffer et al. 2020; Schmidt-Kaehler et al. 2017) und weitere Materialien (Vogt/Schaeffer 2022). Die Existenz solcher Materialien scheint Ärzt:innen – so der Eindruck aus dem Workshop – weitgehend unbekannt zu sein. Das trifft auch auf das GKO-Konzept sowie darin eingeschlossene Maßnahmen und Strategien, die Organisationen nutzen können, um ihren Nutzer:innen auf allen Ebenen Zugang zu Gesundheitsinformationen zu ermöglichen und den Umgang mit ihnen zu erleichtern. Auch sie sind in der Ärzteschaft, so der Workshopeindruck – noch wenig bekannt. Wichtig ist es daher, dort zunächst einmal über das GKO-Konzept und auch über vorhandene Materialien und Methoden zu informieren.

Ein weiterer Diskussionskomplex lässt sich mit dem Thema Navigation im Gesundheitssystem umschreiben. Unter den Teilnehmenden herrschte Einigkeit darüber, dass das deutsche Gesundheitssystem sehr unübersichtlich und komplex ist, besonders in der weit verzweigten ambulanten Versorgung. Betont wurde, dass viele der existenten Versorgungsmöglichkeiten/-einrichtungen den Patient:innen nicht bekannt sind und das auch für die Unterschiede zwischen den einzelnen Sektoren der Versorgung und ebenso für die Möglichkeiten der Informationssuche (Frage der Verantwortung offen) gilt. Ein Fokus bei der Ermöglichung von GKO sollte daher auch auf die Stärkung der „*Gesundheitssystemkenntnis*“ gerichtet werden. Dies steht in Übereinstimmung mit aktuellen empirischen Befunden. Sie zeigen, dass auch die Systemkenntnis und die navigationale Gesundheitskompetenz in Deutschland nicht gut ausgeprägt sind (Griese et al. 2022; Schaeffer et al. 2021a).

### ***Potenziale bei der Umsetzung des GKO-Konzepts im Bereich der ambulanten Medizin***

In der Diskussion über die zu erwartenden Chancen und Hürden bei der Umsetzung des GKO-Konzepts im Bereich der ambulanten Medizin wurden von den Teilnehmer:innen eine Reihe an Potenzialen angeführt. Allem anderen voran wurde auf die Tatsache hingewiesen, dass Ärzt:innen nach wie vor zentrale und häufig auch erste *Anlaufstelle* für gesundheits- und krankheitsrelevante Informationen von Patient:innen sind, was etliche Studien bestätigen (Baumann et al. 2020; Gille et al. 2021; Hurrelmann et al. 2022; RKI 2019). Konsens bestand auch darüber, dass insbesondere Hausärzt:innen über viele Phasen des Lebenslaufs hinweg kontinuierliche Begleiter:innen ihrer Patient:innen sind. Daher kennen sie ihre Patient:innen und teilweise auch die Familiensituation sehr gut und dies seit vielen Jahre. Dies wurde von den Teilnehmenden als wichtiger Punkt für die „Nachhaltigkeit“ und zugleich auch für den Erfolg bzw. Misserfolg der Versorgung und Kommunikation angesehen. Damit kommt ihnen – so wurde betont – eine wichtige Schlüsselrolle bei der Stärkung von Gesundheitskompetenz zu. Dies gilt insbesondere in den Bereichen, in denen eine intensive Betreuung, Begleitung der Patient:innen nötig ist wie z. B. im Fall chronischer Krankheit und Multimorbidität.

Auf Nachfrage der Moderator:innen wurden auch die *räumlichen Gegebenheiten* von den Workshopteilnehmenden als ein zu beachtendes Potenzial bei der Verankerung des GKO-Ansatzes in Organisationen der ambulanten Medizin gesehen. Dazu wurden von den Teilnehmenden Anregungen geäußert, wie das Wartezimmer von Arztpraxen beispielsweise als „Informationsbörse“ für Informationsfilme, Fact Sheets, QR Codes und weiteres Material genutzt werden kann. Dazu existieren bereits erste Bemühungen und Pilotprojekte.

Außerdem dürften sich mit der voranschreitenden Digitalisierung neue Chancen dafür eröffnen, die Gesundheitskompetenz der Patient:innen zu stärken und auch einige der hier bislang existierenden Probleme anzugehen. In der Diskussion wurde beispielhaft auf die elektronische Patientenakte (EPA) und auf digitale Anwendungen (Apps) hingewiesen, die Patient:innen bei der Navigation und Orientierung im Gesundheitssystem als „Lotsen“ unterstützen können oder die bei der Krankheitsbewältigung hilfreich sind. Angeführt wurden zudem Beispiele digitaler Anwendungen für Menschen mit kognitiven oder sprachlichen Einschränkungen, in denen die Gesundheitskompetenz durch die bildliche Vermittlung von Informationen und zielgruppenorientierte Risikokommunikation gestärkt wird. Eine weitere, künftig wichtige Möglichkeit, transparente und passgenaue Patienteninformation bereitzustellen, wurde in der EPA gesehen.

Zugleich wurde betont, dass zu beachten ist, dass viele der mit der Digitalisierung neu geschaffenen Möglichkeiten sowohl den Fachpersonen in der ambulanten Medizin als auch den Patient:innen nicht immer bekannt sind und sie zudem bestimmte Fähigkeiten benötigen, um solche Angebote angemessen nutzen/nutzbringend anwenden zu können. Nicht immer sind diese Fähigkeiten vorhanden. Auch hier ist also Information und Kompetenzförderung erforderlich.

Von einigen Teilnehmenden wurde in diesem Zusammenhang auf andere Versorgungsbereiche hingewiesen, in denen Kommunikation, Information und Edukation schon heute besser und nutzerfreundlicher umgesetzt werden – so beispielsweise im Bereich der Rehabilitation oder in der geriatrischen Versorgung. Sie verfügen bereits über eine Reihe an Maßnahmen und guten Beispielen, die genauer unter dem Gesichtspunkt „Lessons Learned“ geprüft werden sollten.

### ***Hürden bei der Umsetzung des GKO-Konzepts im Bereich der ambulanten Medizin***

Danach gefragt, welche Hürden im Setting „Arztpraxis“ bei der Entwicklung zu einer gesundheitskompetenten Organisation gesehen werden, wurde vor allem auf strukturelle Hindernisse hingewiesen, die einer Förderung der Gesundheitskompetenz und auch der Implementation des GKO-Ansatzes entgegenstehen: So erlauben die gegebenen Rahmenbedingungen in Deutschland aus Sicht der Ärzt:innen *kaum Zeit und Raum für Kommunikation und Information* – wie seit vielen Jahren kritisiert wird (ex. Irving et al. 2017; Schaeffer et al. 2007). Beklagt wurde von den Ärzt:innen auch ein zeit- und ressourcenverschlingendes Übermaß an *Bürokratie*, das ebenfalls Zeit für Kommunikation und Information raubt. Für wichtig wurde daher erachtet, dass GKO-Konzepte künftig auch diese Aspekte adressieren und darauf zielen sollte, Bürokratie abzubauen und administrative Vorgänge einfacher zu gestalten, um dadurch Zeit und Raum für Kommunikation und Information zu schaffen. Eine ebenso bedeutsame bestehende Hürde, so die teilnehmenden Ärzt:innen, stellen *finanzielle Ressourcen* bzw. die fehlende Vergütung einer „sprechenden Medizin“ dar, die eine patientengerechte Kommunikation und Information zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patient:innen erlauben. Während in anderen Ländern bereits entsprechende Vorgaben und Möglichkeiten geschaffen wurden, steht dies in der ambulanten medizinischen (und pflegerischen) Versorgung in Deutschland noch aus.

Für die Implementation des GKO-Konzepts und die Förderung von Gesundheitskompetenz wurde zudem als wesentlich angesehen, die *Kompetenz der Ärzteschaft zur patienten- bzw. personenzentrierten Kommunikation* und Informationsvermittlung zu verbessern und den hier bestehenden hohen Qualifizierungsbedarf aufzugreifen. Generell sollten die Themen Gesundheitskompetenz, Informationsvermittlung und Kommunikation – auch das wurde nachdrücklich betont – zukünftig besser in der Aus-, Fort-, und Weiterbildung verankert werden. Dazu gehören unbedingt auch Trainings, Schulungen und Weiterbildungen zur Stärkung der *digitalen* Gesundheitskompetenz, ebenso zur Sensibilisierung und Kommunikation mit Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz; Strategien zur Verwendung leicht verständlicher Sprache wie auch didaktische Methoden zur Vermittlung von Informationen, um schon jetzt die Umsetzung von GKO-Angeboten angehen zu können. Wie dies andeutet, bestehen aus Sicht der Teilnehmenden *etliche Leerstellen* bei dem *Thema Gesundheitskompetenz in der Aus- und Weiterbildung*, die es aus ihrer Sicht schnell zu füllen gilt. Dazu sollte das Thema (organisationale) Gesundheitskompetenz für die Akteur:innen systematisch „durchdekliniert“ werden: was ist Inhalt des Begriffs/Konzepts? Was sind bisherige Erkenntnisse? Was sind notwendige Erfordernisse?

Was bedeutet dies im praktischen Alltag? Die bis dato bestehenden Leerstellen in der Aus-, Fort-, und Weiterbildung liegen – so wurde von einer Teilnehmenden angemerkt – vor allem darin begründet, dass der Arztberuf nicht primär auf *Kommunikation und Information* ausgerichtet ist.

Wichtig ist aus Sicht der Workshopteilnehmer:innen ebenfalls, Möglichkeiten zu schaffen, um die Herausforderungen, die im Alltag ärztlichen Handelns mit der Kommunikation und Information im Alltag einhergehen, *reflektieren* zu können – sei es im Rahmen von Fortbildungen oder aber regelmäßiger Super- oder Intervision. Als Beispiel wurden Fragen zur Bedeutung von Schwierigkeiten im Umgang mit Informationen oder zum Umgang mit informationsresistenten oder aber mit überinformierten Patient:innen genannt. Mit der Bereitstellung solcher Reflexionsmöglichkeiten kann zugleich ein wichtiger Beitrag zur Entstehung einer neuen patienten- bzw. personenzentrierte *Kommunikationskultur* geleistet werden.

Eine anders gelagerte Hürde bei der Implementation des GKO-Ansatzes in der ambulanten Medizin (Arztpraxen, medizinischen Versorgungszentren/ Gesundheitszentren) wurde in der vorherrschenden monodisziplinären und häufig siloartigen Arbeitsweise der Ärzt:innen gesehen. Das aus der Zersplitterung der ambulanten medizinischen Versorgung mit überwiegend Einzelpraxen erwachsene „*Einzelkämpfertum*“ der niedergelassenen Ärzt:innen und die damit einhergehende Mentalität stehen zudem einem kooperativen Vorgehen, das auf Teamarbeit beruht, entgegen. Dabei wurde explizit auf die häufig schwierige, aber wichtige *Zusammenarbeit und Kollegialität* zwischen den Ärzt:innen hingewiesen. Um gemeinsam und abgestimmt zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Patient:innen beitragen zu können, wurden eine gute Kommunikation und eine enge Zusammenarbeit zwischen den Ärzt:innen für wichtig gehalten. Diese sind nach Aussagen der Teilnehmenden jedoch noch optimierungsbedürftig, und auch das sollte bei der Umsetzung des GKO-Konzepts beachtet werden.

Zum Einzelkämpfertum gehört den Ausführungen der Teilnehmenden zufolge auch, dass die Beziehungen zu *anderen* Professionen oft eher lose sind und die interprofessionelle Kooperation hakt – auch dann, wenn es um die Kommunikation mit oder die Information von Patient:innen geht. Dass etwa auch die Apotheker:innen oder die ambulante Pflege einen substanziellen Beitrag zur Versorgungsgestaltung und auch Gesundheitskompetenzförderung leisten (können), gerät den Workshopteilnehmenden zufolge bei niedergelassenen Ärzt:innen eher selten in den Blick, ebenso, dass die Stärkung von Gesundheitskompetenz auf ineinandergreifenden Strategien und Kooperationen mit diesen Professionen basieren sollte. Nach wie vor wird ihnen im Alltag eine eher distanzierte Haltung entgegengebracht, aber zugleich beklagt, dass der Arztberuf überfrachtet ist und dringend Entlastungen von Aufgaben erforderlich sind. Auch bei der Kommunikation mit und Information von Patient:innen wird das für sinnvoll gehalten. Für die Workshopteilnehmenden ist vorstellbar, auch hier intensiver mit medizinischen Fachangestellten und besonders mit Pflegenden zu kooperieren. Ganz in diesem Sinn wurde die Etablierung von Community Health Nurses für Deutschland für wichtig erachtet, speziell, um sie an der Stärkung der Gesundheitskompetenz zu beteiligen.

Die Teilnehmer:innen berichteten außerdem von einem spürbaren Veränderungsdruck in der Medizin. Besonders junge Ärzt:innen stellen die existierenden Arbeitsbedingungen, Ausbildungen und Versorgungskonzepte partiell in Frage und wollen Veränderungen. Von dem jetzt anstehenden Generationswechsel in der Ärzteschaft erhoffen sie zugleich größere Innovationsbereitschaft. Damit dürften sich, so die Vermutung, auch die Chancen zur Verankerung des GKO-Ansatzes in der ambulanten Medizin verbessern, denn die Stärkung der Gesundheitskompetenz erfordert – wie betont wurde – einen Mentalitätswandel vom Muster des „Kapitän“, der alles immer unter Kontrolle hat und immer Herr der Situation ist, hin zu „Begleiter:innen“.

**Tabelle 2: Übersicht über bestehende Potenziale und Hürden**

Potenziale	Hürden
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ärzt:innen sind erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem und essentiell für den Erfolg bzw. Misserfolg der weiteren Versorgung</li> <li>- Insbesondere Hausärzt:innen sind kontinuierliche Begleiter:innen in allen Phasen des Lebenslaufs. Sie kennen die Patient:innen und teilweise auch die Familiensituation über viele Jahre. Damit kann „Nachhaltigkeit“ in der Versorgung und Kommunikation hergestellt werden.</li> <li>- Räumliche Bedingungen: Das Wartezimmer in Arztpraxen als Informationsbörse nutzen (Filme, Fact Sheets, QR Codes)</li> <li>- Nutzung digitaler Anwendungen/Kommunikation (z.B. nach der persönlichen Konsultation)</li> <li>- Transparente und passgenaue Information über die elektronische Patientenakte</li> <li>- Großer Veränderungsdruck und steigende Innovationsbereitschaft durch Generationswechsel in der Ärzteschaft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GKO-Konzept ist bislang nicht durchgängig in der Ärzteschaft bekannt, auch GK Tools und Arbeitsmaterialien nicht</li> <li>- es besteht nicht genügend Raum und Zeit für gesundheitskompetente Gespräche in den Arztpraxen</li> <li>- Unzureichende Vergütung „sprechender Medizin“ (vorhandene Vorgaben und Möglichkeiten existieren im stationären Bereich und sind auch in der ambulanten Versorgung nötig)</li> <li>- Kompetenzen der Ärzteschaft für die Förderung von Gesundheitskompetenz müssen erst gestärkt und ihr Qualifizierungsbedarf adressiert werden. Dazu sind Weiterbildungen (digitale Kompetenzen, aber auch Stärkung der Gesundheitskompetenz, Sensibilisierung Kommunikation und Gesundheitskompetenz) notwendig.</li> <li>- Monodisziplinäre Arbeitsweise statt interprofessioneller Teamarbeit</li> <li>- Arztberuf und dessen Erwartungen sind bislang nicht primär auf die Kommunikation ausgerichtet. Braucht es eine weitere Profession, um Ärzt:innen zu entlasten?</li> <li>- Stärke der Gesundheitskompetenz fordert erst einen Mentalitätswandel, dies wird aber zu selten diskutiert</li> </ul>

**Fazit**

Ziel des Workshops war es zu diskutieren, wie die Entwicklung und Umsetzung gesundheitskompetenter Gesundheitsorganisationen in Deutschland in der ambulanten Medizin gelingen kann und welche Potenziale, aber auch Hürden in den dortigen Organisationen bei der Förderung der Gesundheitskompetenz bestehen.

Wie die zurückliegenden Ausführungen gezeigt haben, wird die Stärkung der Gesundheitskompetenz und Implementation des GKO-Konzepts von den Workshopteilnehmer:innen durchgängig als *wichtige Aufgabe* bezeichnet, die im hiesigen Gesundheitswesen noch kaum explizit angesprochen wurde. Auch darüber, dass dabei vor allem die zahlreichen bestehenden Probleme im Bereich der *Kommunikation, Information* und Interaktion mit Patient:innen der Veränderung bedürfen und anzugehen sind, herrschte Einigkeit, ebenso dass es dazu neuer

Herangehensweisen und Konzepte bedarf. Im Zentrum der Bemühungen sollte dabei die Frage stehen, wie Patient:innen im Umgang mit Informationen unterstützt werden können, um Gesundheitskompetenz „auf- und auch auszubauen“ und welche Strategien dazu erforderlich sind.

Deutlich wurde außerdem, dass die Organisationen der ambulanten Medizin wie die Hausarztpraxen aus Sicht der Ärzt:innen als *primäre Anlauf- und Versorgungsinstanz von Patient:innen* angesehen werden – auch dann, wenn es um Informationsfragen geht. Sie sind zudem kontinuierliche *Begleiter:innen in vielen Phasen des Lebenslaufs*. Deshalb sind sie – wie unterstrichen wurde – für die Stärkung der Gesundheitskompetenz geradezu prädestiniert.

Zugleich wurde allerdings kritisch angemerkt, dass die Möglichkeiten der Patientenkommunikation im Praxisalltag begrenzt sind (siehe auch Irving et al. 2017; Schaeffer et al. 2019). Ursächlich dafür sind vor allem die bestehenden Kommunikationsstrukturen und *restriktiven Rahmenbedingungen* in der ambulanten medizinischen Versorgung: Zwar sollte die Arztpraxis aus Sicht der Workshopteilnehmenden ein Ort guter Patientenkommunikation und der Stärkung der Gesundheitskompetenz sein, doch setzen dort bestehende finanzielle und bürokratische Zwänge und enge Zeitfenster der Kommunikation deutliche Grenzen. Dies zu *verändern* wird als Voraussetzung für den Erfolg der Einführung von GKO angesehen. Bei der Einführung des GKO-Konzepts in der ambulanten Medizin ist das zu beachten.

Auffällig ist, dass organisatorische Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz, auf die der GKO-Ansatz vornehmlich zielt, wenig zur Sprache gekommen sind. Auch das Thema Stärkung der Kommunikations- und Informationskompetenz der Gesundheitsprofessionen wurde kaum angesprochen. Zugleich wurde seitens der Teilnehmer:innen betont, wie groß der bestehende *Qualifikationsbedarf* ist – speziell beim Thema Kommunikation, Vermittlung von Information und dem Umgang mit geringer Gesundheitskompetenz, existente Arbeitsmaterialien und Methoden zur Förderung von Gesundheitskompetenz, aber auch, wenn es um das GKO-Konzept geht. Denn dies ist Ärzt:innen bislang wenig geläufig. Für die Implementation des GKO-Konzepts ist es daher zunächst einmal erforderlich, umfangreiche *Aufklärungsarbeit* über Inhalte des Konzepts und vorhandene Materialien und Methoden zu leisten. Wichtig ist außerdem, die (Kommunikations-, Informations- und Edukations-)Kompetenz der Ärzt:innen zu verbessern und die Einführung von GKO durch entsprechende Qualifikationsmaßnahmen vorzubereiten und zu begleiten.

Mit der voranschreitenden *Digitalisierung* werden sich neue Chancen und weitere Möglichkeiten zur Stärkung der Gesundheitskompetenz eröffnen, die ebenfalls eine entsprechende digitale Kompetenz der Ärzteschaft voraussetzen. Auch dazu sind Qualifizierungsmaßnahmen erforderlich.

Sie sollten zudem darauf zielen, zum anstehenden Mentalitätswandel beizutragen und die inner- und interprofessionelle Kommunikation und Kooperation stärken, denn auch die Stärkung

der Gesundheitskompetenz ist Aufgabe aller Gesundheitsprofessionen und kann nur gemeinsam und integriert gelingen.

Ganz ist diesem Sinn ist abschließend zu betonen, dass die Förderung von Gesundheitskompetenz in ambulanten Versorgungssettings aus Sicht der Workshopteilnehmenden auf eine enge kollegiale Zusammenarbeit aller beteiligten Gesundheitsprofessionen, also auf eine gefestigte interprofessionelle Kooperation angewiesen ist, die in Deutschland nicht selbstverständlich vorausgesetzt werden kann – ein Aspekt den die Pflegenden unterstreichen, wie später zu sehen sein wird. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz sollte somit – so das Fazit des Workshops – auf ineinandergreifenden und interprofessionellen Strategien basieren.

### 3 Qualitative Interviews mit Expert:innen der ambulanten Pflege

#### *Methodisches Vorgehen*

Die explorative Ermittlung der Sichtweise von Fachpersonen und Führungskräften aus der ambulanten Pflege auf das Thema GKO und die erforderlichen Implementationsbedingungen in diesem Versorgungssetting erfolgte in Form von leitfadengestützten telefonischen bzw. digitalen Expert:inneninterviews.

Sie konzentrierten sich – ähnlich wie bei den Ärzt:innen – auf die Frage, wie die Entwicklung und Umsetzung gesundheitskompetenter Gesundheitsorganisationen in der ambulanten Pflege in Deutschland gelingen kann. Dazu wurde nach einer kurzen Darlegung des Interviewanliegens und Erläuterung des GKO-Konzepts gefragt, wie der Stellenwert dieses Konzept für die ambulante Pflege eingeschätzt wird. Ebenso wurde die Bedeutung von Information und Kommunikation in der ambulanten Pflege angesprochen. Aufgrund der anhaltenden Corona-Pandemie wurde anschließend die aktuelle Situation in der ambulanten Pflege thematisiert und als letztes gefragt, welche Möglichkeiten zur Entwicklung von GKO in der ambulanten Pflege aktuell gesehen werden und welche Implementationschancen und -hürden bei der Einführung des Konzepts zu erwarten sind.

Ziel war es, für die Interviews sowohl Personen aus der Pflegewissenschaft, aus Berufsvverbänden, Fachgesellschaften als auch der Praxis ambulanter Pflege zu gewinnen. Die Rekrutierung der Interviewpartner:innen erfolgte auf der Basis von vorab durchgeführten Recherchen und über Schlüsselpersonen des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe e.V. sowie über einschlägig ausgewiesene Pflegewissenschaftler:innen. Die ausgewählten potenziellen Interviewpartner:innen wurden telefonisch kontaktiert, über das Vorhaben informiert und um Benennung von potenziellen Expert:innen gebeten. Insgesamt wurden 20 Personen angefragt, von denen 10 einem Interview zugestimmt haben (Tabelle 3).

**Tabelle 3: Übersicht Experteninterviews**

INTERVIEW	FUNKTION
A01	Leitungskraft ambulante Pflege; Mitglied Berufsverband
A02	Leitungskraft ambulante Pflege; Mitglied Berufsverband
A03	Referent:in Berufsverband
A04	Referent:in gemeinnützige Stiftung
A05	Expert:in aus der Pflegewissenschaft (Hochschule), diverse Mitgliedschaften in Fachgesellschaften
A06	Expert:in aus der Pflegewissenschaft (Hochschule), diverse Mitgliedschaften in Fachgesellschaften
A07	Referent:in Berufsverband, diverse Mitgliedschaften in Fachgesellschaften
A08	Leitungskraft ambulante Pflege
A09	Leitungskraft ambulante psychiatrische Pflege
A10	Leitungskraft Pflegedienst, Mitglied Berufsverband

Die Interviews wurden im Zeitraum von April 2021 bis Januar 2022 durchgeführt. Sie erfolgten telefonisch oder digital und wurden mit dem Einverständnis der Befragten für die Datenaufbereitung und -auswertung aufgezeichnet und später auf der Basis der Aufnahmen ausführlich protokolliert und passagenweise transkribiert. Anschließend erfolgte die Auswertung nach den thematischen Kategorien des Leitfadens (Meuser/Nagel 2002). Alle Aufzeichnungen wurden nach abgeschlossener Bearbeitung gelöscht.

## **Ergebnisse**

### **Gesundheitskompetenz – ein (un)bekanntes Konzept?**

Danach befragt, wie der Stellenwert von Gesundheitskompetenz und speziell des GKO-Konzepts für die ambulante Pflege einzuschätzen ist, zeigte sich, dass die meisten Interviewpartner:innen bislang wenig mit beiden Konzepten verbinden und kaum mit ihnen in Kontakt gekommen sind. Das Thema Gesundheitskompetenz ist – so die durchgängig geäußerte Vermutung – noch nicht in der Pflege angekommen. Das gilt auch für bereits angestoßene Aktivitäten und speziell für Pflegende erarbeitete Materialien zur Sensibilisierung für das Thema wie beispielsweise die „Kurzinformation Gesundheitskompetenz“ für Pflegefachpersonen, die vom DBfK und NAP erstellt wurden (Schaeffer et al. 2020). Dazu exemplarisch eine der befragten Expert:innen:

*„Also, ich glaube, dass das Thema [Gesundheitskompetenz] nicht bekannt ist bei Pflegekräften insbesondere in der ambulanten Pflege. Es mag sein, dass es in der stationären Pflege schon ein bisschen verbreiteter ist. [...] Meine Erfahrung ist, dass Gesundheitsförderung und Prävention, einschließlich Gesundheitskompetenz, noch nicht mal als Begriffe präsent sind, [...]. Viele wissen gar nicht, was damit gemeint ist. [...] Solche „modernen“ Begriffe sind glaube ich, in der Pflege insgesamt nicht geläufig.“ (A04: 118-129)*

Das Zitat bekräftigt, dass Gesundheitskompetenz auch in der *ambulanten* Pflege kein bereits vertrautes Konzept darstellt und damit wichtige Voraussetzungen für die Umsetzung von GKO nicht gegeben sind. Wenn überhaupt wird das Konzept offenbar mit Prävention und Gesundheitsförderung gleichgesetzt, worunter sowohl die Stärkung gesundheitlicher Ressourcen Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen wie aber auch die Gesundheitsförderung der professionellen Pflegepersonen verstanden wird (siehe auch Horn/Schaeffer 2013), wie der nachfolgende Interviewauszug zeigt:

*„[...] Also, da sind ja zwei Sachen zu unterscheiden. Einmal die Gesundheitsförderung und -kompetenz von Pflegebedürftigen und einmal Eigenschutz. [...] Wenn man jetzt von den Pflegenden ausgeht, gehört da natürlich auch eine gewisse Selbstpflege dazu, um überhaupt seine Arbeitsfähigkeit zu erhalten und gesund zu bleiben.“ (A08: 85-88)*

„Eigenschutz“ und auch „Selbstpflege“ meinen hier die Gesundheitsförderung bzw. die Stärkung der Gesundheitskompetenz der professionellen Pflegepersonen, womit im Grunde auch ein wichtiges Merkmal gesundheitskompetenter Organisationen angesprochen ist: Denn die Gesundheitskompetenz von Mitarbeitenden zu fördern und diese bei der

Gesundheitserhaltung zu unterstützen, ist Bestandteil der Entwicklung zur GKO (ex. De Gani et al. 2020; Dietscher/Pelikan 2016). Eben dieser Bestandteil wird hier angemahnt und dies kann als erster Hinweis darauf verstanden werden, dass die ambulante Pflege sehr belastet ist und deshalb ihrerseits „Schutz“ und „Pflege“ benötigt, um überhaupt arbeitsfähig zu bleiben – ein Aspekt, auf den zurückzukommen sein wird.

Gleichzeitig wird in den Interviews durchgängig betont, welche hohen Stellenwert Information und generell Kommunikation im Alltag der ambulanten Pflege einnehmen bzw. einnehmen sollten und dass die Vermittlung von Information speziell in der ambulanten Pflege eine wichtige *fachliche Aufgabe* darstellt. Von einigen der interviewten Expert:innen wird verstärkend angemerkt, dass Pflegenden allein aufgrund gesetzlicher Vorgaben und auch vorliegender Expertenstandards zur Information und Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen verpflichtet sind.

Ergänzend wird angeführt, dass Kommunikation und Informationsvermittlung von Pflegebedürftigen und Angehörigen – ähnlich wie von den Ärzt:innen – auch deshalb als wichtige professionelle Aufgabe anzusehen sind, weil sie für die *direkte* Pflege unverzichtbar sind. Das beginnt bereits beim Erst- bzw. Aufnahmegespräch mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen:

*„[...] Schon wenn wir einen Pflegebedürftigen aufnehmen, hat man sehr viele Informationen weiterzugeben [...]. Zugleich [...] ist die Situation neu und verunsichernd, so dass die Leute die Informationen nicht alle aufnehmen können. [...] Sie ist meist auch so umfangreich, das können die Leute nicht alles beim ersten Mal erfassen. Deshalb muss man es dokumentieren und ihnen auch etwas Schriftliches dalassen, damit sie hinterher nochmal nachlesen oder nachfragen können.“ (A08:176-183)*

Wie der Textauszug zeigt, erfordert allein das Aufnahmegespräch in der ambulanten Pflege eine umfangreiche Information der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, etwa über die Einschätzung ihrer Situation, die Leistungsmöglichkeiten der ambulanten Pflege oder auch über Finanzierungsfragen etc. Oft übersteigen sie die Aufnahmekapazität der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen. Unterstützend zur mündlichen Information werden von den Pflegenden deshalb schriftliche Dokumente und Informationsmaterialien eingesetzt, die den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zur Verfügung gestellt werden, um die nötigen Informationen auch im Nachgang des Aufnahmegesprächs „durch Nachlesen“ verarbeiten oder „Nachfragen“ vorbereiten zu können<sup>7</sup>.

Doch auch, wenn Pflegeziele besprochen oder wenn Pflegeleistungen erklärt und erbracht werden, stellen Kommunikation und Informationsvermittlung wichtige Aufgaben dar, die für die direkte Pflege und die Sicherung von „Compliance“ in der Pflege unverzichtbar sind. Wie fast

---

<sup>7</sup> Woher sie dieses Material beziehen und wie sie die Qualität der zur Verfügung gestellten schriftlichen Informationen einschätzen, wird nicht thematisiert.

überall spielt auch hier die Einbindung der Angehörigen in die Kommunikation und Information eine wichtige Rolle. Sie sind wichtigste Bezugsperson der Pflegebedürftigen und übernehmen oft eine Art Schutzfunktion. Zudem sind sie meist an der Pflege beteiligt. Deshalb ist es wichtig, sie einzubinden und sie ebenfalls ausführlich zu informieren.

Als weiterer wichtiger Teil der in der ambulanten Pflege zu leistenden Informationsvermittlung wird die Information über Fragen der Orientierung und Navigation im Gesundheitssystem und seinen Einrichtungen angeführt, das für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen oft schwer überschaubar ist:

*„[...] wer ist im System, wer kann eine Einschätzung geben [...]. Um das herauszufinden, muss man enorme Kenntnisse haben. Dafür muss man die Bevölkerung kompetent machen und das auch noch so, dass sie es verstehen kann und darf nicht nur belehren.“  
(A07: 124-127)*

Betont wird hier, dass der Umgang mit dem Gesundheitssystem und seinen unterschiedlichen Bereichen (u. a. Medizin, Pflege, soziale Hilfen, Rehabilitation, Palliativversorgung) umfangreiche Gesundheitssystemkenntnis verlangt. Das gilt besonders im Fall von Pflegebedürftigkeit, denn sie geht meist mit mehreren Funktionseinschränkungen und oft auch mit Multimorbidität einher, so dass nicht nur Pflegeleistungen, sondern zahlreiche weitere Versorgungsmaßnahmen aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen erforderlich sind. Die Suche nach einzelnen Diensten und Leistungsanbietern setzt gute Kenntnis des Gesundheitssystems und seiner Instanzenvielfalt voraus. Doch besitzen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen vielfach keine solche Kenntnis und benötigen, wie das Zitat unterstreicht, auch hier entsprechende Information und Unterstützung im Umgang mit dem Gesundheitssystem – eine ebenfalls wichtige Aufgabe in der ambulanten Pflege.

Oft übernehmen die Pflegenden dabei stellvertretend für die meist vulnerablen Pflegebedürftigen und deren Angehörige die Funktion als Koordinationsinstanz und auch als Case Manager. Dabei stoßen sie jedoch auf unterschiedliche Hürden. Denn zum einen kostet dies Zeit und damit auch Geld, was nicht refinanziert wird – ein Aspekt, auf den später noch eingegangen wird. Zum anderen sind bei der gemeinsamen ambulanten Versorgung von Pflegebedürftigen – so wird in vielen Interviews betont – eine enge Kooperation und ein reibungsloser Informations- und Kommunikationsfluss zwischen den verschiedenen beteiligten Ärzt:innen (Haus- und Fachärzt:innen) und Pflegenden über die gemeinsam zu versorgenden Patient:innen unverzichtbar. Im Alltag läuft der Informationsaustausch wie auch die Absprache zwischen den Beteiligten jedoch oft nicht störungsfrei. Die Pflegenden koordinieren deshalb häufig die professionsübergreifende Kooperation und stellen den Informationsfluss sicher: holen etwa die von den an der Versorgung beteiligten Haus- und Fachärzt:innen nötigen Informationen ein und leiten sie weiter, koordinieren das Medikamentenregime und stimmen die Versorgung ab, was ebenfalls oft umfangreiche Kommunikation und Information erfordert. Eine ähnliche Funktion übernehmen sie auch zwischen den betreuten Pflegebedürftigen und den Krankenkassen. Anlass sind beispielsweise Fragen der Kostenregulation und auch unverständliche Formulare

der Krankenkassen, die von den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen nicht allein bearbeitet werden können, so dass sich ambulante Pflegedienste hier in der Verantwortung sehen.

Festhalten lässt sich, dass das Thema Gesundheitskompetenz bzw. GKO in der ambulanten Pflege noch wenig bekannt zu sein scheint. Gleichwohl aber werden Kommunikation, Information und Informationsvermittlung als wichtige Aufgabe im Alltag ambulanter Pflege verstanden. Sie umfasst nicht nur die Information Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen über unterschiedlichste Themen, sondern auch den Informationsaustausch mit anderen Gesundheitsprofessionen zum Zweck der Sicherung und Koordination der Versorgung Pflegebedürftiger.

### **Aktuelle Situation und Herausforderungen in der ambulanten Pflege**

Immer wieder wird in den Experteninterviews betont, dass eine professionell befriedigende Pflege unter den gegebenen Bedingungen nahezu unmöglich ist und die Situation der ambulanten Pflege schwierig, ja prekär ist. Sie lässt, so die Befragten, keinen Spielraum für weitere Aufgaben und für neue Projekte zu, seien sie noch so innovativ und sinnvoll. Auch eine ausführliche Patienteninformation wird unter den gegebenen Bedingungen in der ambulanten Pflege für kaum realisierbar gehalten. Dazu fehlt es an vielen Voraussetzungen, so etwa an dazu nötigen zeitlichen Ressourcen:

*„Informationsvermittlungskompetenz haben Pflegende gelernt und wenden sie auch im Alltag an, sofern die zeitlichen Möglichkeiten gegeben sind. [...] Aber die zeitlichen Ressourcen, die dafür zu Verfügung stehen, die sind viel zu eng getaktet.“ (A07: 31-34)*

Erneut unterstreicht der Textauszug, dass die Vermittlung von Informationen von Pflegenden als Kernaufgabe angesehen wird, die aber angesichts der bestehenden knappen zeitlichen Ressourcen zu kurz kommt oder – so der Tenor in den Interviews – sogar entfällt. Neben der fehlenden Zeit liegt das außerdem an den bestehenden Vergütungsstrukturen in der ambulanten Pflege:

*„[...] das Gespräch stärkt [zwar] ganz viele Kompetenzen, hat aber den geringsten Wert für die ambulante Pflege als Unternehmen.“ (A02: 5:39).*

Betont wird hier, dass Information und Kommunikation für die Pflegedienste geringen „Wert“ haben, weil sie nicht oder nicht ausreichend refinanzierbar sind und damit für den Pflegedienst – hier als „Unternehmen“ bezeichnet – zum Kostenfaktor werden. Solange aber keine ausreichende und angemessene Vergütung kommunikativer Leistungen – unabhängig, ob Information, Beratung, Edukation oder Kompetenzförderung – möglich sind, wird es den Befragten zufolge schwierig sein, diese Aufgaben so im Alltag ambulanter Pflege zu realisieren, wie es wünschenswert wäre, so die pessimistische Einschätzung in den Interviews. Diese Einschätzung ist nicht neu (ex. Paquet 2020, Schaeffer et al. 2007, 2008), doch wird in den Interviews betont, dass sie deutlicher denn je zutrifft.

Verstärkt wird dies den Befragten zufolge durch eine weitere Entwicklung, die ebenfalls seit langem öffentlich beklagt wird und sich momentan zuspitzt. Angesprochen ist das Thema

*Fachkräfte- bzw. Personalmangel.* In vielen Regionen besteht seit geraumer Zeit ein großer Personalmangel in der ambulanten Pflege. Er hat aus Sicht der Befragten seit der Pflegereform 2017 deutlich zugenommen und spitzt sich durch die Corona-Pandemie aktuell stark zu. Angeführt dafür werden unterschiedliche Gründe: zum einen die Vergütung, schwierige Arbeitsbedingungen, hohe Belastungen, aber auch die geringe Attraktivität des Pflegeberufs in Deutschland. Dadurch ist die Nachwuchsgewinnung schwierig und besteht die Tendenz zur Abwanderung, die den Expert:innen zufolge vielerorts zu beobachten ist. Gerade die ambulante Pflege leidet darunter, dass bereits heute der bestehende Personalbedarf nicht gedeckt werden kann. Noch schwieriger wird die Zukunft eingeschätzt, wenn das Fachkräftepotenzial infolge des demografischen Wandels weiter schrumpft. Denn auch diese Entwicklung dürfte, so wird vermutet, die ambulante Pflege besonders treffen, weil es hier schon jetzt an jungem Nachwuchs fehlt, der die ambulante Pflege als Berufsfeld wählt.

Der Personalmangel hat zugleich spürbare Auswirkungen auf die Bedeutung des Themas Gesundheitskompetenz in der ambulanten Pflege.

*„Der Fachkräftemangel [verschlechtert] die Situation, auch für das Thema Informationsvermittlung immer mehr, weil einfach die Ressourcen dafür zu gering sind. Auch [...] die Berufsgruppe selbst steht vor großen Herausforderungen. Sich Gesundheitskompetenz (als Konzept) überhaupt aneignen und anwenden zu können [...] oder sich neues Wissen und Methoden dazu anzueignen, das ist im Augenblick fast gar nicht möglich.“ (A07: 7-14)*

Noch einmal wird hier unterstrichen, dass die restriktiven personellen und zeitlichen Rahmenbedingungen in der ambulanten Pflege keinen Spielraum für die Stärkung von Gesundheitskompetenz Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen erlauben. Mehr noch: sie verhindern zugleich, dass die Pflegenden sich mit neuen Konzepten auseinandersetzen und entsprechend fortbilden können. Auch aus diesem Grund stellt Gesundheitskompetenz aus Sicht der Befragten ein bislang eher untergeordnetes Thema in der ambulanten Pflege dar.

Zudem, so die Einschätzung in den Interviews, fehlt es für die Förderung von Gesundheitskompetenz an der nötigen Qualifikation. Bislang ist das Thema weder in den Ausbildungen, noch den Fort- und Weiterbildungen ausreichend verankert. Somit hängt die Stärkung der Gesundheitskompetenz im pflegerischen Alltag bislang stark von der „natürlichen“ Kompetenz und dem Erfahrungswissen der einzelnen Pflegenden ab – ein Dilemma. Nur wenige Pflegenden sind daher den Befragten zufolge bislang in der Lage, mit Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz und dem entsprechenden Methodenrepertoire angemessen umzugehen: z. B. Pflegebedürftigen Entlassungsbriefe in einfacher Sprache zu erläutern oder sicherzustellen, ob sie richtig verstanden wurden etc.

Durch die anhaltende *Corona-Pandemie* und die daraus resultierenden Konsequenzen für den ambulanten Pflegealltag ist die Situation in der ambulanten Pflege noch schwieriger geworden, so die Einschätzung in den Interviews. Die Pandemie hat auch die ambulante Pflege mit einer

ganzen Reihe an zusätzlichen Aufgaben konfrontiert: Dazu exemplarisch zwei Interviewauszüge:

*„Jetzt sind natürlich noch viele zusätzliche Aufgaben dazu gekommen mit der Einhaltung der Hygienemaßnahmen und dem ganzen Testen und auch vieles andere [...]“ (A08: 10-14).*

*„Also sich auf diese Probleme vorzubereiten war schwierig. Gerade am Anfang [der Pandemie], waren die ambulanten Dienste sehr damit beschäftigt, erstmal selbst einen Weg für sich zu finden. Es gab da ja nur unzureichende Ausstattungen und Schutzmaterialien oder es haben Klient:innen Maßnahmen abgesagt, aus Angst vor einer Ansteckung. Das waren so viele Themen, die die ambulante Pflege beschäftigt haben, und da ging es noch nicht unbedingt darum, was die Familien jetzt für Informationen oder Schulungen brauchen. Das war da einfach nicht im Blick [...]“ (A06: 99-105)*

Ad hoc mussten die ambulanten Pflegedienste ihre gesamte Arbeit auf die neue Situation umstellen und ihre Arbeitsweise an die Corona-Pandemie anpassen: sich neu mit Hygieneregeln befassen, Schutzmaterialien organisieren, mit z. T. ungesichertem wissenschaftlichem Kenntnisstand, mit Verunsicherung ihrer Klienten und mit Absagen umgehen, Einsatzpläne daher flexibel halten und immer wieder umgestalten und mit Ansteckungsangst umgehen lernen – kurz, es waren zahlreiche Fragen zu klären, um eine neue, situations- bzw. pandemieangepasste Arbeitsweise zu finden, was gerade am Anfang der Pandemie schwierig war.

Fragen der Information und Beratung von Patient:innen und Angehörigen, die über die unmittelbare Behandlung und Pflege hinaus gehen, sind daher in den Hintergrund geraten, zumal die pflegedienstinterne Anpassung an die Pandemie die gesamte Kapazität absorbiert hat. Doch wurden sie binnen Kürze wieder relevant und sind im Verlauf immer wichtiger geworden. Für viele Pflegebedürftigen sind die Pflegenden seither zentrale Ansprechpartner:innen für Fragen und Unsicherheiten rund um das Coronavirus (z. B. zum Infektionsgeschehen, den existierenden Impfstoffen, AHA-Regeln), aber auch bei anderen Gesundheits- und Versorgungsfragen geworden. Dazu hat beigetragen, dass die Nutzung der medizinischen Versorgung und eine telefonische und/oder persönliche Erreichbarkeit von Ärzt:innen zeitweise schwierig war. Nicht zuletzt aufgrund ihrer oft langjährigen Beziehung zu den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen wurden die Pflegenden in dieser Zeit mehr und mehr zu einer Vertrauensinstanz, an die Pflegebedürftige sich mit all ihren Gesundheitsfragen wenden. Dadurch haben Informations- und Beratungsaufgaben in der ambulanten Pflege deutlich zugenommen, und zugleich wurde sie mit neuen Themen konfrontiert. Allerdings waren (und sind) sie genau auf diese Themen nicht ausreichend vorbereitet.

*„[...] Also ich glaube, dass die Mitarbeiter:innen der ambulanten Pflege damit überfordert sind. Also Impffragen gut zu beantworten, da halte ich viele für überfordert. Ich glaube auch nicht, dass entsprechende Fortbildungen zu diesen Themen angeboten werden, vielleicht grundsätzlich zum Thema Corona, aber nicht, wie ich mit diesen Fragen umgehe und wie ich Angehörige und Klient:innen informiere. Da befürchte ich, dass genau solche Fragen nicht in Fortbildungen angesprochen werden.“ (A06: 114-128)*

Insgesamt – so zeigt der Textauszug – ist die Situation in der ambulanten Pflege durch die Corona-Pandemie in vielfacher Hinsicht angespannter geworden. Die Pandemie hat zahlreiche neue Aufgaben mit sich gebracht, auf die rasch und unter Unsicherheit reagiert werden musste – dies ohne die nötige Qualifizierung. Diese Entwicklung hält an: Der unkalkulierbare Verlauf der Pandemie geht immer wieder mit neuen und anderen Herausforderungen einher und dass, wie auch die Unwägbarkeit, der Aufgabenzuwachs und die ehemals bestehenden Belastungen führen dazu, dass sich die ambulante Pflege am „Limit“ sieht.

### **Voraussetzungen für die Implementation von GKO in der ambulanten Pflege**

Fragt sich, wie die Implementation des GKO-Konzepts angesichts dieser Situation – der anhaltenden Pandemie und dem zunehmenden Fachkräftemangel – ermöglicht werden kann. Die Reaktion der Expert:innen auf diese Frage ist zurückhaltend:

*„Die sind alle so am Limit durch das ewige Einspringen und dann die Quarantäne, wo sie die Ausfälle kompensieren müssen, dass die sagen: Kommen Sie mir nicht noch mit so etwas. [...] Es ist ja so, wenn einer ausfällt, muss ein anderer einspringen. [...] Da ist im Moment so gar keine Bereitschaft da, überhaupt etwas zusätzlich zu investieren.“ (A08: 51-55)*

Betont wird hier erneut die durch die Corona-Pandemie ausgelöste Zuspitzung der Belastung, ja Überlastung der Pflegenden. Diese lässt nach Einschätzung dieser Expertin keinen Raum für die Implementation neuer Ansätze wie dem GKO-Konzept, obgleich die enthaltenen Inhalte und Methoden geeignet wären, zur Lösung vieler in der ambulanten Pflege bestehenden Probleme und Herausforderungen bei der Information und Kommunikation beizutragen.

Nach einer Erläuterung der bestehenden Zweifel werden dennoch unterschiedliche Aspekte angeführt, die bei der Implementation eines solchen Konzepts beachtet werden müssten:

*„Also, wir brauchen ein hohes Engagement auf der Leitungsebene und auch eine entsprechende Qualifizierung auf der Leitungsebene. Ich denke, die Leitungsebene muss schon akademisiert sein, damit solche Dinge überhaupt ins Bewusstsein rücken. Dann muss das auch in der Philosophie eines Unternehmens verankert sein, also dass Beratung, Information von Klienten wichtig sind. Natürlich müssen auch die Rahmenbedingungen stimmen, was die finanziellen Dinge angeht. Auch innerhalb der Organisation braucht es (stimmige) Bedingungen: die Mitarbeitenden müssen qualifiziert werden, bewusst auf dieses Ziel hin. Sie brauchen auch entsprechende zeitliche Ressourcen für Konzeptentwicklung und ein systematisches Konzept [...], um dies im Arbeitsalltag dann auch umsetzen zu können.“ (A06: 239ff)*

Als wesentlich für eine gelingende Implementation des GKO-Ansatzes wird ein entsprechendes Engagement auf der Leitungsebene angesehen, ebenso eine Verankerung in den Organisationszielen und Leitbildern, eigene institutionsspezifische Konzeptentwicklung sowie vorbereitende Qualifizierungsmaßnahmen für die Umsetzung des GKO-Konzepts und generell für die Förderung von Gesundheitskompetenz (siehe auch Nolte/Groenewegen 2021). Nicht weniger wichtig ist, so der Tenor auch in anderen Interviews, die Schaffung von Rahmenbedingungen, die mit dieser Aufgabe konform gehen und die gesetzlich abgesichert sind, so dass

die Pflegenden legitimiert sind, die Förderung von Gesundheitskompetenz im Arbeitsalltag als Aufgabe aufzugreifen und zu garantieren, dafür auch ausreichende zeitliche, personelle und finanzielle Ressourcen einsetzen können. Spontan werden von den Pflegenden hier viele der Voraussetzungen und Bedingungen angeführt, die auch in der GKO-Diskussion als Umsetzungsbedingung genannt werden.

Angemerkt wird allerdings auch, dass die Schaffung aufgabenangemessener Rahmenbedingungen allein nicht ausreicht, denn bei vielen Pflegenden fehlt bislang ein Bewusstsein der Bedeutung von Gesundheitskompetenz. Für notwendig wird daher gehalten, Gesundheitskompetenz flächendeckend in der Aus-, Fort- und Weiterbildung zu verankern. Dazu wird vorgeschlagen, das Thema Gesundheitskompetenz in den mehrmals im Jahr stattfindenden Fortbildungen aufzugreifen und dabei an andere praxisrelevante, bereits bekannte Themen und Inhalte anzuknüpfen. Beispielhaft wird hier die Integration des Themas in Fortbildungen zur Gesundheitsförderung genannt.

Allerdings wird auch in diesem Kontext noch einmal zu bedenken gegeben, dass die Motivation und Teilnahmbereitschaft an Fort- und Weiterbildungen aufgrund der anhaltenden Corona-Pandemie bei den Pflegenden gering ist. Deshalb, so der Vorschlag, sollte über weitere Strategien nachgedacht werden, etwa solche, durch die die „[...] *Pflegedienste selbst eine Antwort finden* [...]“ (A05: 44). Gemeint ist, dass an existierende Strukturen und Abläufe anknüpfend kleine und einzelne Aktivitäten angestoßen werden und so versucht wird, das GKO-Konzept Stück für Stück umzusetzen. So könnte aus Sicht der Befragten eine Möglichkeit bestehen, dass Gesundheitskompetenz – wie zuvor erwähnt – nicht als weiteres, neu zu implementierendes Thema angesehen und zudem den gegebenen personellen Bedingungen in der ambulanten Pflege Rechnung getragen wird. Denn die meisten Mitarbeitenden sind in Teilzeit beschäftigt und in Schichtwechselbetrieb tätig und daher zeitlich nur eingeschränkt verfügbar.

Obschon die Befragten eher skeptisch sind, in der ambulanten Pflege gegenwärtig ein weiteres neues Konzept, wie die Entwicklung zur GKO einzuführen, wird gleichzeitig betont, dass die Pflege aufgrund ihrer Nähe und der Intensität ihrer Beziehung zu den Pflegebedürftigen – zumindest theoretisch – großes Potenzial hat, zur Stärkung der Gesundheitskompetenz beizutragen. Vor allem das Vertrauensverhältnis zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen wird als wichtige Voraussetzung für diese Aufgabe angesehen. Darüber hinaus könnte die Entwicklung zur GKO für die ambulante Pflege eine Chance darstellen, um attraktiver für den Nachwuchs zu werden und auch Abwanderungstendenzen in der Pflege entgegenzuwirken oder neue Mitarbeiter:innen zu rekrutieren.

**Tabelle 4: Übersicht über bestehende Potenziale und Hürden**

Potenziale	Hürden
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vermittlung von Informationen wird als Kernaufgabe im Alltag ambulanter Pflege angesehen</li> <li>- Pflegende sind Vertrauensinstanz für Pflegebedürftige</li> <li>- Pflegende kennen die Pflegebedürftigen und Angehörigen oftmals über viele Jahre und haben eine enge Beziehung zu ihnen.</li> <li>- Pflegende sind in den Alltag der Pflegebedürftigen eingebunden und daher eine wichtige „Anlaufstelle“ für Gesundheits- und Krankheitsfragen</li> <li>- Pflegende unterstützen die Orientierung im Versorgungssystem sowie die Organisation der Versorgung und übernehmen dabei häufig Koordinations- und Case Management Aufgaben für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GKO-Konzept ist bislang nicht in der Pflege bekannt, auch GK-Tools und Arbeitsmaterialien nicht</li> <li>- es besteht nicht genügend Raum und Zeit für gesundheitskompetente Gespräche und Beratung</li> <li>- Unzureichende Vergütung für Information und Kommunikation in der Pflege</li> <li>- Fachkräfte- und Personalmangel verhindert Implementation neuer Konzepte</li> <li>- Corona-Pandemie hat Belastungssituation in der Pflege massiv verstärkt</li> <li>- Kompetenz der Pflegenden für die Förderung von Gesundheitskompetenz muss gestärkt und bestehender Qualifizierungsbedarf adressiert werden. Dazu sind Weiterbildungen notwendig, in denen sie für die den Umgang mit geringer Gesundheitskompetenz sensibilisiert werden, zur Verbesserung der (digitalen) Gesundheitskompetenz, den Umgang mit entsprechenden Methoden und Materialien befähigt werden.</li> </ul>

**Fazit**

Insgesamt kann das Thema Gesundheitskompetenz und auch GKO in der ambulanten Pflege nicht als bekannt vorausgesetzt werden – so der Eindruck aus den Expert:inneninterviews. Mit Blick auf die Implementation deutet dies an, dass auch in der Pflege – ähnlich wie in der ambulanten Medizin – zunächst grundlegende Informations- und Aufklärungsarbeit über das GKO-Konzept zu leisten ist, um so die nötigen Voraussetzungen für die Umsetzung von GKO zu schaffen. Gleichwohl werden Kommunikation und Informationsvermittlung im pflegerischen Alltag als wichtige Aufgabe und als wesentlicher Teil pflegerischer Arbeit verstanden. Genau betrachtet gliedert er sich in zwei unterschiedliche Bereiche: Zum einen in die Information von Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen über pflegerelevante und krankheits- oder krankheitsfolgenbezogene Fragen und neuerlich zur Corona-Pandemie und deren Folgen sowie über versorgungsorganisatorische Fragen. Zum anderen spielt Information eine wichtige Rolle, um die pflegedienstinterne Kommunikation zu gewährleisten und die zur Koordination der Versorgung der Pflegebedürftigen nötige interprofessionelle Kooperation sicherzustellen.

Die Sichtweise der Pflege ähnelt hier partiell der der Ärzt:innen, denn auch sie unterstreichen die Wichtigkeit der interprofessionellen Kooperation und Kommunikation zur Sicherung einer ambulanten Versorgung. In anderen Bereichen unterscheidet sich die Sichtweise aber auch. So kommen etwa Kommunikationsschwierigkeiten oder Herausforderungen bei der Vermittlung von Information an Pflegebedürftige nicht zur Sprache. Schwierigkeiten werden vornehmlich mit Blick auf beteiligte Kooperationspartner:innen thematisiert, speziell auf Ärzt:innen. Wie dies zu interpretieren ist, muss an dieser Stelle offenbleiben. Es könnte jedoch ein Hinweis darauf sein, dass Information und Kommunikation mit Pflegebedürftigen und Angehörigen zwar als wichtig angesehen werden, aber angesichts der bestehenden Herausforderungen

faktisch eine eher untergeordnete Rolle spielen (müssen) und daher als weniger problembelastet empfunden werden als etwa die aktuelle Situation der ambulanten Pflege.

Denn diese wird in der Summe betrachtet als sehr schwierig eingeschätzt. Den Expert:innen zufolge ist die ambulante Pflege ein seit Jahren vernachlässigter und überstrapazierter Versorgungsbereich, in dem sich die vorhandenen Probleme immer weiter aufgeschichtet haben und der durch die Corona-Pandemie nun am „Limit“ angelangt ist (auch Schulze/Holmberg 2021). Angesichts dieser Situation wird bezweifelt, ob es chancenreich ist, gegenwärtig in der ambulanten Pflege die Weiterentwicklung zur GKO anzustreben. Dies könnte sowohl die Pflegedienste als auch die dort tätigen Pflegenden endgültig überlasten und das Gelingen von entsprechenden Innovations- und Implementationsbemühungen von vornherein gefährden.

In jedem Fall aber setzt die Einführung des GKO-Konzepts auch in der ambulanten Pflege (sowohl auf der Leitungsebene wie auch bei den Mitarbeitenden) umfangreiche Qualifikationsmaßnahmen voraus, wenn eine gelingende, zielkonforme Umsetzung ermöglicht werden soll (Messer/Murau 2022). Dabei kann an bestimmte Qualifikationsgrundlagen angeknüpft werden, sie müssten jedoch deutlich ausgebaut werden.

Als weitere Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung des GKO-Konzepts werden strukturelle Veränderungen angeführt. Ähnlich wie bei den Ärzt:innen werden vor allem die Schaffung angemessener zeitlicher Spielräume für Kommunikation, Information, Edukation und entsprechende Re-Finanzierungsmöglichkeiten genannt. Darin eingeschlossen ist auch die Kommunikation und Kooperation mit Kolleg:innen und anderen Gesundheitsprofessionen.

Angeführt wurden aber auch fördernde Faktoren, die für die Weiterentwicklung ambulanter Pflegedienste zu GKO sprechen. Auch die ambulante Pflege wird von den Expert:innen als Instanz angesehen, die für die Förderung der Gesundheitskompetenz prinzipiell gut geeignet, ja sogar prädestiniert ist. Als Begründung wird auf die Nähe, Vertrautheit und Intimität der Beziehung zwischen den Pflegebedürftigen und den Pflegenden hingewiesen, ebenso auf die Einbindung der Pflegenden in den Alltag, aus der sich zahlreiche Anknüpfungspunkte für die Stärkung von Gesundheitskompetenz ergeben. Zudem hat sie Zugang zu den Angehörigen und damit zu einer weiteren, sehr wichtigen Bevölkerungsgruppe, wenn es um die Stärkung von Gesundheitskompetenz geht.

## 4 Umsetzungschancen und Implementationsbedingungen von GKO in der ambulanten Medizin und der ambulanten Pflege

Treten wir an dieser Stelle zurück und versuchen zu resümieren, was aus den zuvor dargestellten Erhebungsergebnissen geschlussfolgert werden kann.

*Ziel* des hier im Mittelpunkt stehenden Untersuchungsschritts war es, zu eruieren, wie die Umsetzungschancen und Implementationsbedingungen von GKO im deutschen Gesundheitssystem einzuschätzen sind und den Blick dabei auf zwei in der GKO-Diskussion bislang weniger beachtete Settings – ambulante Medizin und ambulante Pflege – zu richten. Denn die Konzeptdiskussion konzentriert sich bislang vorwiegend auf den Krankenhausbereich. Erst sporadisch zeichnen sich Veränderungen ab. Doch so wichtig das Krankenhaus als Versorgungsinstanz ist; seit langem unterliegt die ambulante Versorgung einem stetigen Bedeutungsgewinn; und das gilt auch für die hier angesiedelten Versorgungsinstanzen – speziell in der ambulanten Medizin<sup>8</sup> und der ambulanten Pflege. Denn mit der seit den 1980er Jahren erhobenen Forderung nach einer prioritär ambulanten Versorgung hat eine sukzessiv voranschreitende Ambulantisierung eingesetzt (Rothgang/Müller 2019; Schaeffer/Ewers 2002; SVR 2012). Seither erfolgte eine kontinuierliche Ausweitung der ambulanten Versorgung – sowohl in der ambulanten Medizin wie auch der ambulanten Pflege (ebd.).<sup>9</sup> Die Ausweitung war jedoch größtenteils auf einen quantitativen Ausbau beschränkt; eine qualitative Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung unterblieb weitgehend (Schaeffer et al. 2008) und dies ist eine der Ursachen für den in Deutschland hier inzwischen bestehenden Problemdruck u. a. gekennzeichnet durch Fehlverteilung und wachsenden Personalmangel (Büscher et al. 2020, Hämel/Schaeffer 2012, 2013; SVR 2012, 2014). Doch mit dem Problemdruck ist zugleich auch der Reformdruck gestiegen und hierin liegt eine Chance für Innovation und Veränderung.

Fragt sich aber, wie dies in der Praxis gesehen wird: Besteht auch dort Reformbereitschaft und entsprechender Handlungs- und Veränderungswille? Wird in dem GKO-Konzept eine Chance zu einer sinnvollen und positiven Veränderung gesehen oder eine weitere Belastung? Und was sind in den jeweiligen Settings die wichtigsten Bedingungen für eine gelingende Umsetzung und Implementation, und welche Anregungen sind dabei zu beachten? Darum soll es jetzt noch einmal bilanzierend vor dem Hintergrund der Workshop- und Interviewergebnisse gehen. Dabei ist daran zu erinnern, dass die Ergebnisse auf einer ersten, explorativen Erhebung basieren und nicht überinterpretiert werden dürfen. Gleichwohl stimmen die in der

---

<sup>8</sup> Damit stimmen – zumindest für die Medizin – vorliegende Befunde überein. Hausärzt:innen sind nach wie vor wichtige Anlaufstelle bei Gesundheitsfragen für die Bevölkerung (Baumann et al. 2020; Gille et al. 2021; Hurlmann et al. 2022).

<sup>9</sup> So ist beispielsweise die Zahl ambulant tätiger Ärzt:innen in den letzten Jahren von 92.289 im Jahr 1990 auf 161.400 im Jahr 2020 gestiegen (Bundesärztekammer 2021). Die Zahl der angestellten Ärzt:innen in der ambulanten Versorgung ist besonders stark angewachsen: von 8.271 im Jahr 2000 auf 46.543 (Bundesärztekammer 2001; 2021). Die Zahl der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten hat sich im Zeitraum von 1999 bis 2017 von rund 183.800 auf 390.300 mehr als verdoppelt (Rothgang/Müller 2019, S. 13). Bemühungen um einen parallelen Abbau der Krankenhausversorgung blieben dagegen begrenzt (Busse/Berger 2018).

explorativen Untersuchung gewonnenen Erkenntnisse weitgehend mit denen zurückliegender Studien überein (ex. Büscher et al. 2020; Schaeffer et al. 2008; SVR 2014).

### **Chancen für die Entwicklung von GKO in der ambulanten Medizin und der Pflege**

Die zurückliegenden Ausführungen haben deutlich gemacht, dass mit der Entwicklung von GKO in beiden Versorgungssettings Neuland betreten wird und zu erwarten ist, dass die dortigen Akteure zunächst einmal mit dem Konzept vertraut gemacht werden müssen. Dabei gibt es zahlreiche Anknüpfungspunkte. Denn Informationsvermittlung und Kommunikation werden sowohl in der ambulanten Medizin wie auch in der ambulanten Pflege als wichtige Aufgaben angesehen, die im Alltag meist zu kurz kommen. Allein deshalb empfinden sie das GKO-Konzept als interessant und relevant – speziell die Ärzt:innen<sup>10</sup>.

Von beiden befragten Berufsgruppen, vor allem aber von den Ärzt:innen wird zudem besonders auf die Schwierigkeiten der Kommunikation und Interaktion mit Patient:innen und deren unterschiedliche Informationsvoraussetzungen abgehoben, wenn es um das Thema GKO geht. Die Ausführungen der Pflege dazu sind spärlicher, was nicht zwingend bedeutet, dass Information und Kommunikation im Pflegealltag störungsfrei verlaufen, sondern eher, dass sie vermutlich einen anderen Stellenwert im Pflegealltag einnehmen. Nach wie vor ist die Pflege in Deutschland noch stark auf hands-on-nursing, also eher handwerkliche Pflegeaufgaben konzentriert, die faktisch im Alltag häufig eher „schweigend“ und kommunikations- und informationsarm verrichtet werden (Haslbeck 2010), was auch auf bestimmte Teile der Medizin zutrifft. Diese und andere im Alltag in der Medizin und Pflege bestehenden Herausforderungen im Bereich der Kommunikation und Information werden im Zuge der Umsetzung des GKO-Konzepts ebenfalls aufzugreifen und zu bearbeiten sein.

Sowohl die befragten medizinischen Expert:innen wie auch den Pflegeexpert:innen betonen einen speziell in der ambulanten Versorgung wichtigen Aspekt und unterstreichen die hohe Bedeutung *professioneller* Information, Kommunikation und Kooperation, sei sie professionsintern oder professionsübergreifend. Denn zahlreiche Patient:innen werden gemeinsam von mehreren Gesundheitsprofessionen behandelt, die aber unterschiedlichen Einrichtungen angehören, so dass wichtig ist, den dazu nötigen Informationsfluss und die Koordination und Integration der unterschiedlichen Leistungen sicherzustellen. In der ambulanten Versorgung ist das sehr aufwändig, weil die Zersplitterung und Fragmentierung von Diensten und Einrichtungen hier besonders groß ist und sich integrierte Versorgungsmodelle (etwa lokale Gesundheits- oder Primärversorgungszentren, siehe Klapper/Cichon 2021; Schaeffer et al. 2015; SVR

---

<sup>10</sup> Bemerkenswert ist, dass Information und Kommunikation deshalb als wichtig eingeschätzt werden, weil sie unabdingbar für die Aufgabenrealisierung sind. Damit einhergehend konzentrieren sich die Ausführungen inhaltlich auf die Bewältigung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Präventive oder gesundheitsförderliche Aspekte, wie sie für das Gesundheitskompetenzkonzept ebenfalls konstitutiv sind, bleiben de-thematisiert. Hier deutet sich eine Engführung der Perspektive an, die sich seinerzeit auch bei der Einführung von Gesundheitsförderung als Aufgabe der Pflege (Horn/Schaeffer (2013) und auch in der ambulanten Medizin gezeigt hat (Bahrs/Matthiessen 2007). Sie ist bei der Entwicklung von GKO in Deutschland zu beachten.

2014) in Deutschland nicht wie gewünscht und erhofft durchgesetzt haben. Nach wie vor dominiert in der ambulanten Medizin das seit langem für überholt erklärte Modell der Einzelpraxis (sowohl in der hausärztlichen wie der fachärztlichen Versorgung) und in der ambulanten Pflege sind es kleine Pflegedienste. Ähnliches gilt auch für die rehabilitative oder palliative Versorgung oder den Bereich der sozialen Hilfen. Die kleinteilige und zersplitterte Struktur erklärt, warum einrichtungsübergreifende Integration, Kommunikation und Information in der ambulanten Versorgung in Deutschland so bedeutsam sind – auch wenn es um die Förderung von Gesundheitskompetenz geht. In den vorliegenden GKO-Konzepten spielt dieser Punkt bislang eine eher untergeordnete Rolle, müsste bei der Umsetzung des Konzepts in ambulanten Settings aber unbedingt beachtet werden.

Die Workshop- und Interviewbefunde deuten auf eine weitere Gemeinsamkeit: Von den Befragten beider Settings wird die Informationsvermittlung, Kommunikation und auch die Förderung von Gesundheitskompetenz als schwierig angesehen, weil ihr strukturelle und finanzielle Hürden entgegenstehen und dies beeinflusst offenbar die Reformbereitschaft und den Veränderungswillen – das aber in unterschiedlicher Weise. Während von den befragten Mediziner:innen im GKO-Konzept trotz aller Widrigkeiten eher eine Chance gesehen wird und es als Möglichkeit zur Innovation und Modernisierung tradierter, überholter Strukturen und Routinen wahrgenommen wird, fällt die Einschätzung der Pflegeexpert:innen pessimistischer aus. Sie beurteilen die Umsetzungschancen angesichts der aktuellen Situation in der Pflege eher skeptisch. Sie befürchten, die Entwicklung zu einer GKO könnte als weitere „Add-on“ Aufgabe in einem ohnehin überlasteten Alltag verstanden werden und halten sie deshalb momentan für nur schwer umsetzbar.

Verständlich wird dies, wenn die jahrzehntelange, wenig erfolgreiche Reformdiskussion in der Pflege in Deutschland betrachtet wird, in deren Ergebnis die Pflege nach wie vor eine randständige Position im Gefüge der Gesundheitsprofessionen einnimmt, die nicht mit dem durch den demografischen und epidemiologischen Wandel hervorgerufenen Aufgaben- und Anforderungszuwachs in Übereinstimmung steht, und auch nicht mit dem dadurch hervorgerufenen Bedeutungszuwachs der (ambulanten) Pflege einhergeht (Schaeffer et al. 2008; SVR 2014). Die Corona-Pandemie hat die angespannte Situation so verstärkt, dass eher Berufsflucht- und Abwanderungswünsche zugenommen haben, als dass Innovationsmotivation und Veränderungsbereitschaft entstanden sind (Schulze/Holmberg 2021). Anders ist die Situation in der ambulanten Medizin: Warnrufe, etwa angesichts drohender personeller Engpässe, finden hier deutlich schneller politisches Gehör und münden, wie die letzten Jahre gezeigt haben, rascher in verbessernden Gesetzesinitiativen und Maßnahmen zur Personalgewinnung – etwa durch den Ausbau von Studienmöglichkeiten und -gängen etc.. In der Pflege verhalten solche Warnrufe.

In der ambulanten Pflege sind die Chancen für die Einführung des GKO-Konzepts daher nicht günstig. Für die Implementation des GKO-Konzepts heißt dies vor allem, dass eine wichtige Aufgabe in der Motivierung und Stärkung der Handlungsbereitschaft bei den beteiligten

Akteur:innen liegen sollte und muss. Sie dürfte entscheidend davon abhängig sein, inwieweit es gelingt, den Eindruck zu vermeiden, dass die Entwicklung zu einer GKO eine weitere Zusatzaufgabe in einem ohnehin aufgabengefüllten Alltag darstellt.

Zu diskutieren ist in diesem Zusammenhang ein weiterer Aspekt. Er betrifft die räumliche Situation. Sie wurde von den Befragten kaum thematisiert. Die Ausführungen sind auf die face-to-face Interaktion mit Patient:innen und mündliche Information beschränkt. Doch spielen die räumlichen Gegebenheiten einer Organisation im GKO-Konzept eine bedeutsame Rolle, und das gilt auch für die Umsetzung, weil das Konzept u.a. auch darauf zielt, den Nutzer:innen die Navigation und die Aufnahme von Information innerhalb einer Organisation zu erleichtern (z.B. durch gut sichtbare und leicht verständliche Kennzeichnung der Gebäude und Räumlichkeiten und eben ausführliche verständliche Information; siehe Rudd 2020). Während Arztpraxen oder medizinische Versorgungszentren über feste Räumlichkeiten verfügen, die zugleich besser, intensiver und kreativer mit Information ausgestattet werden können und sollten, etwa im Wartebereich – wie andeutungsweise im Workshop diskutiert wurde –, können ambulante Pflegedienste eher als *fluide* Organisationen bezeichnet werden. Verfügbare Räumlichkeiten dienen vornehmlich der Organisation und dem Management von Pflege, nicht der Patient:innenversorgung. Sie findet außerhalb, in der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen statt, in der Information in der Tat auf die face-to-face Interaktion und mündliche Information – ggf. unterstützt durch schriftliche Information – beschränkt ist. Umso wichtiger ist hier die Fähigkeit (und Zeit) zur mündlichen Information und Kommunikation, wobei die speziellen Bedingungen der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen zu beachten sind, denn dort bestimmen die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen die Regeln. Zugleich begrenzen die fehlenden räumlichen Potenziale zur Förderung von Gesundheitskompetenz die hier bestehenden Möglichkeiten.

Festzuhalten bleibt, dass die Einführung oder Entwicklung von GKO in der ambulanten Medizin trotz aller bestehenden Hindernisse als chancenreich angesehen wird – besonders um existierende Herausforderungen bei der Kommunikation und Informationsvermittlung besser adressieren und lösen zu können. Hingegen wird eine erfolgreiche Einführung des Konzepts in der ambulanten Pflege zum jetzigen Zeitpunkt eher kritisch eingeschätzt, dies nicht allein aus Gründen mangelnder Relevanz und Potenzialen, sondern wegen der beschriebenen, hier anzutreffenden problematischen Situation und Bedingungen, die nicht für kurzfristig veränderbar gehalten werden. Sollten dennoch entsprechende Bemühungen erfolgen, dürfte es unabdingbar sein, in der ambulanten Pflege vor Beginn einer Implementation die nötigen Motivationsvoraussetzungen zu schaffen und auch das GKO-Konzept an die besonderen Bedingungen in diesem Setting anzupassen.

Überlegenswert ist überdies, einen solchen Umsetzungsversuch mit anderen Innovationsbemühungen zu verknüpfen – etwa der Beförderung der Digitalisierung und der digitalen Gesundheitskompetenz in der ambulanten Pflege. Auch dieses Thema und der hier in Deutschland und in allen Bereichen des Gesundheitssystems bestehende internationale Entwicklungsrückstand wurde in dem Workshop und den Interviews nicht angesprochen. Er bedarf aber

dennoch der Beachtung bei einer Umsetzung des GKO-Konzepts, denn ein Großteil an Patient:innen recherchiert inzwischen digital nach gesundheits- und krankheitsbezogenen Informationen und stößt dabei im Internet oder anderen digitalen Informationsmedien auch auf fragwürdige oder falsche Informationen und trägt diese bzw. die daraus resultierenden Fragen und Verunsicherung an Ärzt:innen und Pflegende heran, die damit konstruktiv umgehen und nicht abweisend reagieren sollten. Denn auch hier sind sie als Förderer von Gesundheitskompetenz gefragt.

### ***Erforderliche Bedingungen für eine gelingende Umsetzung von GKO***

Abschließend soll noch einmal bilanzierend gefragt werden, welche weiteren Bedingungen erfüllt sein müssen, wenn die Entwicklung von GKO in der ambulanten Versorgung in Deutschland gelingen soll. Denn dies zu ermöglichen wird – wie die zurückliegenden Ausführungen deutlich gemacht haben – eine anspruchsvolle Aufgabe sein, deren Umsetzung an eine ganze Reihe von Voraussetzungen gebunden ist, die sich komprimiert folgendermaßen darstellen lassen:

- Wie mehrfach betont wurde, ist davon auszugehen, dass das Konzept Gesundheitskompetenz bzw. organisationale Gesundheitskompetenz sowohl in der ambulanten Medizin als auch in der ambulanten Pflege kaum bekannt sind und beide Professionen daher noch wenig mit den bei der Umsetzung anzugehenden Aufgaben vertraut sind. Deshalb ist es wichtig, *vor* der Einführung zunächst ein *Assessment* der Ausgangssituation – des vorhandenen Wissens über das Konzept, der vorhandenen Probleme und Herausforderungen in der anvisierten Gesundheitseinrichtung, der Motivation etc. im Sinne einer Ist- oder Ausgangs-Analyse vorzunehmen.
- Hohe Bedeutung kommt außerdem der begleitenden *Informations- und Aufklärungsarbeit* zu, etwa darüber, was unter persönlicher und organisationaler Gesundheitskompetenz zu verstehen ist, welche bisherigen empirischen Erkenntnisse zu beiden Ansätzen vorliegen und welche Strategien und Methoden zur Stärkung der Gesundheitskompetenz existieren. Dabei sollte versucht werden, alle in der jeweiligen Einrichtung tätigen Akteur:innen – egal, auf welcher Ebene sie engagiert sind – für das Thema (organisationale) Gesundheitskompetenz zu sensibilisieren und Handlungs- und Veränderungsbereitschaft zu wecken und stärken. Dazu könnte es wichtig sein, zu prüfen, inwieweit das GKO-Konzept auch als Lösungsansatz für ohnehin bestehende Schwierigkeiten und Herausforderungen in der Kommunikation mit Nutzer:innen der Organisation betrachtet werden kann. Und in jedem Fall ist es wichtig, den zu erwartenden Nutzen der Konzeptumsetzung herauszuarbeiten und zu unterstreichen, der von der Einführung des Konzepts für die Mitarbeitenden zu erwarten ist.
- Wie die Ausführungen gezeigt haben, besteht in beiden Versorgungssettings – der ambulanten Medizin wie der ambulanten Pflege – zudem erheblicher *Qualifikationsbedarf*, vor

allem um die Kompetenz zur patienten-/personenzentrierten Kommunikation und zur Informationsvermittlung zu verbessern. Dies kann langfristig nur gelingen, wenn die Themen Gesundheitskompetenz, Informationsvermittlung und Kommunikation fest in der Aus-, Fort-, und Weiterbildung verankert werden. Wichtig ist es dabei – im Sinne des Public Health orientierten Verständnis von (organisationaler) Gesundheitskompetenz –, eine ressourcenorientierte Perspektive einzunehmen, die über klinisch-medizinische Aspekte hinausgeht und auch die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention einschließt. Kurzfristig ist es notwendig, die Entwicklung zur GKO durch entsprechende organisationsinterne Qualifizierungsmaßnahmen zu begleiten.

- Essenziell für eine gelingende Umsetzung des GKO-Konzepts ist außerdem die *Schaffung angemessener struktureller Bedingungen*. Dazu gehört vor allem die Bereitstellung ausreichender zeitlicher, finanzieller und personeller Ressourcen. Denn in beiden Settings behindern strukturelle Hürden die Implementation des GKO-Konzepts, allem anderen voran der Mangel an *Zeit und Raum für Kommunikation und Informationsvermittlung*, ebenso an ausreichenden finanziellen Ressourcen für diese Aufgabe. Hinzu kommt bei den Ärzt:innen und vermutlich auch den Pflegenden das ressourcenverschlingende Übermaß an *Bürokratie*, das seinerseits notwendige Zeitressourcen raubt. Bei den Pflegenden und auch den Ärzt:innen wirkt sich außerdem die extreme Arbeitsbelastung durch den Personalmangel sowie die durch die während der Corona-Pandemie hinzugekommenen Aufgaben negativ aus. Bei der Implementation des GKO-Konzepts müssen auch diese Aspekte adressiert und ein Beitrag dazu geleistet werden, Bürokratie abzubauen, administrative Vorgänge einfacher zu gestalten, um so mehr Zeit und Raum für Kommunikation und Information zu schaffen.
- Die Einführung neuer Konzepte erfordert nicht nur ausreichendes „Konzeptwissen“, um eine zielkonforme Umsetzung zu ermöglichen, sondern auch „Implementationswissen“ und ein entsprechendes „Implementations-Know How“ (Ansell et al. 2017; Nolte/Groenewegen 2021). Dies gilt für die Umsetzung des GKO-Konzepts in der ambulanten medizinischen und pflegerischen Versorgung in besonderer Weise, denn beide Settings zeichnen sich durch hohe Arbeitsbelastung und dadurch eingeschränkte Veränderungsbereitschaft aus. Besonders gilt das für die ambulante Pflege und die hier vorfindbare motivationale Ausgangslage, die sich durch Zurückhaltung und Skepsis auszeichnet. Zugleich ist zu beachten, dass Innovationen und Veränderungen generell zunächst fast immer auf Widerstand stoßen (Zapf 1994) und ausreichender Motivierung bedürfen – ein wichtiger, auch bei der Implementation des GKO-Konzepts in Organisationen der ambulanten Medizin und Pflege zu berücksichtigender Aspekt. Während aber die meisten in der ambulanten Medizin tätigen Ärzt:innen selbst über vorzunehmende Veränderungen wie die Entwicklung zur GKO entscheiden, obliegt diese Entscheidung in der ambulanten Pflege der Leitung bzw. der dahinterstehenden Organisation oder dem Verband.

Doch so oder so, angesichts der gegebenen Ausgangslage in beiden Settings ist es ratsam, bei der Umsetzung großen Wert auf ein *kooperatives und partizipatives Vorgehen* zu legen (Ansell et al. 2017; Schaeffer et al. 2018), in dem die Beteiligten in beiden Settings von Beginn an in den Prozess der Implementation eingebunden und an ihm beteiligt werden: gemeinsam konzeptionelle und methodische Fragen diskutieren und auch die Umsetzungsplanung und -durchführung gemeinsam gestalten. Nur so gelingt es, dass sich alle Beteiligten mit dem Vorhaben identifizieren und es als kooperativ anzugehendes, ja gemeinsames Projekt verstehen und umsetzen.

- Darüber hinaus dürfte außerdem eine *systematische Implementations- und Steuerungsbegleitung* sein. Sie ist sinnvoll, um die Motivation der einzubindenden Akteure immer wieder neu zu stimulieren, ebenso um die Innovationsbereitschaft und den Handlungswillen auch dann aufrecht zu erhalten, wenn sich Hindernisse und Widrigkeiten zeigen. Denn diese sind immer zu erwarten, wenn gewohnte Handlungspraktiken, herkömmliche Arbeitskulturen und Routinen verändert werden sollen (Haarmann et al. 2017) und auch, wenn ein Handlungsfeld unter Problemdruck steht. Problemdruck kann sich förderlich auswirken, wie der Workshop mit den Ärzt:innen andeutete, aber eben auch hinderlich – so der Eindruck aus den Interviews mit den Pflegeexpert:innen. Ist letzteres der Fall, bedarf es in der Regel unbedingt externer Hilfestellungen in Form einer Steuerungs- und Implementationsbegleitung.
- Die Umsetzung des GKO-Konzepts und die Förderung der (organisationalen) Gesundheitskompetenz sollten darüber hinaus auf *interprofessionellen* Strategien basieren. Gemeint ist, dass auch die anderen an der Versorgung und Pflege beteiligten Einrichtungen bzw. Professionen nicht außer Acht gelassen und ebenfalls kooperativ eingebunden werden sollten. Gerade in der ambulanten Versorgung steht der nötigen interprofessionellen Kooperation bei der Versorgung oft ein organisationsbedingtes „Einzelkämpfertum“ entgegen, dass – wie die zurückliegenden Ausführungen gezeigt haben – kontraproduktiv ist. Ähnliches gilt für Standesdünkel und überholte Muster der Arbeitsteilung zwischen Medizin und Pflege (Frenk et al. 2010; John/von Stillfried 2021). Daher ist es umso wichtiger, ein Bewusstsein dafür zu entwickeln, dass eine erfolgreiche Implementation des GKO-Konzepts auch eine einrichtungsübergreifende bzw. interprofessionelle Kooperation erfordert.
- Während das GKO-Konzept in Deutschland bislang kaum umgesetzt wurde, existieren in anderen Ländern schon erste Implementationsbemühungen: Sowohl in Österreich (Dietzsch et al. 2015), als auch in der Schweiz (Nicca et al. 2021) erfolgen in verschiedenen Settings Versuche, die organisationale Gesundheitskompetenz zu fördern. Für Deutschland ist es wichtig, die dort gesammelten Erfahrungen genauer zu eruieren und auszuwerten, um aus ihnen zu lernen und beachtenswerte Hinweise für die Umsetzung des GKO-Konzepts in Deutschland zu gewinnen. Ähnliches gilt für den Austausch und die

gemeinsame Reflektion über die bei der Implementation gesammelten Erfahrungen und Lehren. Auch sie sind wichtig und überdies förderlich für den weiteren Prozessverlauf.

## 5 Schlussbemerkung

International und auch national wird inzwischen in vielen Dokumenten und Statements betont, dass es wichtig und wünschenswert ist, zu einem nutzerfreundlichen und gesundheitskompetenten Gesundheitssystem mit ebensolchen Organisationen zu gelangen. Exemplarisch sei hier noch einmal auf den für Deutschland erarbeiteten Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz und seine Strategiepapiere hingewiesen, in denen entsprechende Empfehlungen dazu ausgesprochen wurden, oder auch auf das Netzwerk „Measuring population and organizational Health Literacy“ (M-POHL) der WHO Europa, in dem aktuell die Erprobung und Pilotierung des GKO Konzepts in mehreren europäischen Ländern angestrebt wird (Pelikan et al. 2022). Mit den vorliegenden Projektergebnissen, der Materialsammlung und dem geplanten, darauf basierenden Material- und Methodenkoffer mit Arbeitshilfen und Instrumenten für die Praxis durch das Partnerprojekt AIXTRA, erfolgt ein weiterer Schritt, um auch in Deutschland die Umsetzung von GKO zu anzuregen.

Doch mit der alleinigen Bereitstellung von Instrumenten und Arbeitshilfen dürfte es nicht getan sein. Das deuten die Ergebnisse der explorativen Erhebung an. Sie zeigen, dass der Analyse der Implementationsbedingungen künftig noch intensivere Beachtung geschenkt werden muss und eine lediglich explorative Ermittlung nicht ausreicht – insbesondere dann nicht, wenn eine zielkonforme Umsetzung ermöglicht werden soll. Dazu ist genaueres und detaillierteres Wissen notwendig.

Die Ergebnisse verdeutlichen außerdem, dass eine zielkonforme Umsetzung des GKO-Konzepts umfangreiche Vorbereitungs- und Begleitmaßnahmen bedingt. All dies dürfte ohne Fördermittel kaum realisierbar sein, so dass *Investitionen* in die Umsetzung von GKO erforderlich sind. Bislang gibt es in Deutschland noch keine umfassenden, systematischen Maßnahmen- und Investitionsprogramme zur Förderung der Gesundheitskompetenz und auch von GKO in Deutschland. Die vorgelegte explorative Analyse zeigt einmal mehr, wie wichtig es ist, diese anzustoßen.

## Literaturverzeichnis

- Ansell, C., Sørensen, E., & Torfing, J. (2017). Improving policy implementation through collaborative policymaking. *Policy & Politics*, 45(3), 467–486, <https://doi.org/10.1332/030557317X14972799760260>
- Bahrs, O., & Matthiessen, P. F. (2007). Gesundheitsfördernde Praxen. Die Chancen einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis. Bern: Huber.
- Baumann, E., Czerwinski, F., Rosset, M., Seelig, M. & Suhr, R. (2020). Wie informieren sich die Menschen in Deutschland zum Thema Gesundheit? Erkenntnisse aus der ersten Welle von HINTS Germany. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 63(9), 1151–1160. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03192-x>
- Brach, C., Keller, D., Hernandez, L. M., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., Schyve, P., Lemerise, A. J., & Schillinger, D. (2012). *Ten attributes of health literate health care organizations. NAM Perspectives*. [http://gahealthliteracy.org/wp-content/uploads/2014/07/BPH\\_Ten\\_HLit\\_Attributes.pdf](http://gahealthliteracy.org/wp-content/uploads/2014/07/BPH_Ten_HLit_Attributes.pdf) [Zugriff am 11.01.2022]
- Bremer, D., Klockmann, I., Jaß, L., Härter, M., von dem Knesebeck, O., & Lüdecke, D. (2021). Which criteria characterize a health literate health care organization? – A scoping review on organizational health literacy. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06604-z>
- Büscher, A., Schröder, D., Gruber, E. M., Bäumker, M.-T., & Zeiser, S. (2020). *Empfehlungen zur Entwicklung von personellen Vorgaben für ambulante Pflegeeinrichtungen*. Abschlussbericht. Osnabrück: Universität Osnabrück.
- Busse, R. & Berger, E. (2018). Weniger (Standorte, Betten und Fälle) ist mehr (Zugang, Qualität und Ergebnisse) – Standpunkte der Gesundheitsökonomie. In D. Janssen, & B. Augurzky (Eds.), *Krankenhauslandschaft in Deutschland: Zukunftsperspektive – Entwicklungstendenzen – Handlungsstrategien* (pp. 99–114). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundesärztekammer (2001). Tabelle 3: Ärztinnen/Ärzte nach Bezeichnungen und Tätigkeitsarten. Stand 31.12.2000. Zugriff am 25.04.2022. Verfügbar unter: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Stat2000\\_Tabelle\\_\\_3.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Stat2000_Tabelle__3.pdf).
- Bundesärztekammer (2021). Ärztestatistik zum 31. Dezember 2020. Zugriff am 25.04.2022. Verfügbar unter: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik\\_2020/2020-Statistik.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik_2020/2020-Statistik.pdf).
- De Gani, S. M., Nowak-Flück, D., Nicca, D., & Vogt, D. (2020). Self-Assessment Tool to Promote Organizational Health Literacy in Primary Care Settings in Switzerland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24). <https://doi.org/10.3390/ijerph17249497>
- Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz (DNGK) (2019). Die organisationale Gesundheitskompetenz stärken. *Qualitas* 2019, No. 03: 18. Zugriff am 11.01.2022. Verfügbar unter: [https://dngk.de/wp-content/uploads/2019/10/DNGK\\_qualitas\\_1910.pdf](https://dngk.de/wp-content/uploads/2019/10/DNGK_qualitas_1910.pdf)
- Dietscher, C., Lorenc, J., & Pelikan, J. (2015). *Das Selbstbewertungs-Instrument zum Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen (WKGKKO-I). Reihe Gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen (3)*. Ludwig Boltzmann Institut, Wien. [https://oepgk.at/wp-content/uploads/2018/10/003-tool\\_hlo.pdf](https://oepgk.at/wp-content/uploads/2018/10/003-tool_hlo.pdf) [Zugriff am 11.01.2022]

- Dietscher, C., & Pelikan, J. (2016). Gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen. Machbarkeitsstudie zur organisationalen Selbstbewertung mit dem Wiener Instrument in österreichischen Krankenhäusern. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 11(1), 53–61
- Farmanova, E., Bonneville, L., & Bouchard, L. (2018). Organizational Health Literacy: Review of Theories, Frameworks, Guides, and Implementation Issues. *Inquiry*, 55. <https://doi.org/10.1177/0046958018757848>
- Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Spulveda J, Serwadda S, & Zurayk H (2010). Health Professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(4), 1923–1958
- Gille, S., Griese, L., & Schaeffer, D. (2021). Preferences and Experiences of People with Chronic Illness in Using Different Sources of Health Information: Results of a Mixed-Methods Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24). <https://doi.org/10.3390/ijerph182413185>
- Griese, L., Schaeffer, D., & Berens, E.-M. (2022). Navigational Health Literacy among People with Chronic Illness. *Chronic Illness*, 1–12. <https://doi.org/10.1177/17423953211073368>
- Haarmann, A., Pierson, A., Gerstl, S., & Gallinat, A. (2017). *Recommendations Report on Applicability and Transferability of Practices into Different Settings and Countries*. Brussels: JA-CHRODIS. <http://chrodis.eu/our-work/05-health-promotion/wp05-activities/transfer/>
- Hämel, K., & Schaeffer (2012). Fachkräftemangel in der Pflege – viel diskutiert, politisch ignoriert? *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 66(1), 41–49
- Hämel, K., & Schaeffer, D. (2013). Who cares? Fachkräftemangel in der Pflege. *Zeitschrift für Sozialreform*, 59(4), 413–431
- Haslbeck, J. (2010). *Medikamente und chronische Krankheit. Selbstmanagementanforderungen im Krankheitsverlauf aus Sicht der Erkrankten*. Bern: Huber.
- Horn, A., & Schaeffer, D. (2013). Gesundheitsförderung und Prävention von Pflegebedürftigkeit – eine explorative Analyse der Problemsicht der ambulanten Pflege. *Pflege & Gesellschaft*, 18(1), 34–49
- Hurrelmann, K., Klinger, J., & Schaeffer, D. (2022). Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland im Zeitvergleich der Jahre 2014 und 2020. *Das Gesundheitswesen*. <https://doi.org/10.1055/a-1709-1011>
- Irving, G., Neves, A. L., Dambha-Miller, H., Oishi, A., Tagashira, H., Verho, A. et al. (2017). International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open*, 7(10), e017902. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017902>
- John, B., & von Stillfried, D. (2021). Arbeitsteilung zwischen Praxen und Krankenhäusern 2030 – aus der Sicht niedergelassener Ärzte. In B. Simon, & N. Krämer (Eds.), *Zukunft der Gesundheitsversorgung* (pp. 203–219). Wiesbaden: Springer Fachmedien. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-33007-1\\_16](https://doi.org/10.1007/978-3-658-33007-1_16)
- Klapper, B., & Cichon, I. (Eds.) (2021). *Neustart! Für die Zukunft unseres Gesundheitswesens*. Berlin: MWV – Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Messer, M. & Murau, T. (2022). Förderung organisationaler Gesundheitskompetenz aus Sicht von Pflegefachpersonen. Ergebnisse einer qualitativen Studie. *Prävention und Gesundheitsförderung*. <https://doi.org/10.1007/s11553-022-00993-7>

- Meuser, M., & Nagel, U. (2002). *Vom Nutzen der Expertise. Das Experteninterview* (pp. 257–272). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Nicca, D., Jaks, R., Stürmer, N., Guggiari, E., & De Gani, SM. (2021). *Evaluationsbericht des Pilotprojekts Selbst-Assessment Gesundheitskompetente Organisation*. Zürich.
- Nolte, E., & Groenewegen, P. (2021). *How can we transfer service and policy innovations between health systems? Policy Brief*. Copenhagen: TO-REACH & European Observatory. <https://to-reach.eu/wp-content/uploads/2021/05/PolicyBrief-40-TO-REACH-How.pdf> [Zugriff am 02.05.2021]
- Paquet, R. (2020). Struktureller Reformbedarf in der Pflegeversicherung – ein Vierteljahrhundert nach ihrer Einführung. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Eds.), *Pflege-Report 2020* (pp. 3–21). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-61362-7\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-662-61362-7_1)
- Parker, R. (2009). *Measuring health literacy: What? So what? Now what. Measures of health literacy: workshop summary* (pp. 91–98). Washington, DC: National Academies Press.
- Parker, R., & Ratzan, S.C. (2010). Health literacy: a second decade of distinction for Americans. *Journal of Health Communication*, 15(S2), 20–33. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.501094>
- Pelikan, J. M., Straßmayr, C., & Nowak, P. (2022). *The HLS 2022 Project on Piloting the International Self-Assessment Tool for Organizational Health Literacy of Hospitals (OHL-Hos 2022)*
- Pelikan, J. M. & Ganahl, K. (2017). Die europäische Gesundheitskompetenz-Studie: Konzept, Instrument und ausgewählte Ergebnisse. In D. Schaeffer, & J. M. Pelikan (Eds.), *Health literacy. Forschungsstand und Perspektiven* (pp. 93–125). Bern: Hogrefe.
- Pelikan, J. (2019). Health-literate healthcare organisations. In K. Sørensen, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro, U. Bauer, & O. Okan (Eds.), *International Handbook of Health Literacy* (pp. 539–555). Bristol: Policy Press.
- RKI – Robert Koch-Institut (2019). *Kommunikation und Information im Gesundheitswesen aus Sicht der Bevölkerung. Patientensicherheit und informierte Entscheidung (KomPaS)*. Sachbericht. Berlin: Robert Koch-Institut. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Praevention/abschlussbericht/2019-08-01\\_Sachbericht\\_KomPaS.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Praevention/abschlussbericht/2019-08-01_Sachbericht_KomPaS.pdf) [Zugriff am 30.11.2020]
- Rothgang, H., & Müller, R. (2019). *Pflegereport 2019. Ambulantisierung der Pflege*. Berlin: BARMER GEK.
- Rudd, R. (2010). The Health Literacy Environment Activity Packet. First Impressions & Walking Interview. Health Literacy Studies. Zugriff am 11.01.2022. Verfügbar unter: <https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/135/2012/09/activitypacket.pdf>
- Schaeffer, D., & Ewers, M. (Eds.) (2002). *Ambulant vor Stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker*. Bern: Huber.
- Schaeffer, D., Müller-Mundt, G., & Haslbeck, J. (2007). *Bewältigung komplexer Medikamentenregime bei chronischen Erkrankungen – Herausforderungen aus der Sicht der Gesundheitsprofessionen*. Bielefeld: IPW-Paper.
- Schaeffer, D., Büscher, A., & Ewers, M. (2008). Ambulante pflegerische Versorgung alter Menschen. In A. Kuhlmeier, & D. Schaeffer (Eds.), *Alter, Gesundheit und Krankheit* (pp. 352–369). Bern: Huber.
- Schaeffer, D., Hämel, K., & Ewers, M. (2015). *Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada*. Weinheim: BeltzJuventa.

- Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U., & Kolpatzik, K. (2018). *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*. Berlin: KomPart 2018. <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de> [Zugriff am 12.01.2022]
- Schaeffer, D., Vogt, D., & Gille, S. (2019). *Gesundheitskompetenz. Perspektive und Erfahrungen von Menschen mit chronischer Erkrankung*. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- Schaeffer, D., Ewers, M., Horn, A., Büker, C., Gille, S., Wagner, F., & Weskamm, A. (2020). *Kurzinformation für Pflegefachpersonen. Herausgegeben von Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) und Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz (NAP)*. Berlin: DBfK/NAP.
- Schaeffer, D., Berens, E.-M., Gille, S., Griese, L., Klinger, J., de Sombre, S., Vogt, D., & Hurrelmann, K. (2021a). *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2*. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld. <https://doi.org/10.4119/unibi/2950305>
- Schaeffer, D., Berens, E.-M., Vogt, D., Gille, S., Griese, L., Klinger, J., & Hurrelmann, K. (2021b). Health literacy in Germany – findings of a representative follow-up survey. *Deutsches Ärzteblatt International*, (118), 723–729. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0310>
- Schmidt-Kaehler, S., Vogt, D., Berens, E. M., Horn, A., & Schaeffer, D. (2017). *Gesundheitskompetenz – verständlich informieren und beraten: Material- und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz*. <https://doi.org/10.2390/0070-pub-29081993>
- Schulze, S., & Holmberg, C. (2021). Bedeutung und Belastung von Pflegekräften während der Corona Krise. *Public Health Forum*, 29(1), 32–35
- Sørensen, K., van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12(80), 1–13. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80> [Zugriff am 12.01.2022]
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012). *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung*. Sondergutachten 2012. Bonn: SVR.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014). *Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. Gutachten 2014. Bonn: SVR.
- Vogt, D., & Schaeffer, D. (2022). *Gesundheitskompetente Organisationen. Bestandsaufnahme vorliegender Konzepte und Basis-Materialsammlung*. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK). Bielefeld: Universität Bielefeld.
- Zapf, W. (1994). Über soziale Innovationen. In W. Zapf W. (Ed.), *Modernisierung, Wohlfahrtsentwicklung und Transformation: Soziologische Aufsätze 1987 bis 1994* (pp. 23–40). Berlin: Sigma.