

DNVF Memorandum Gesundheitskompetenz (Teil 1) – Hintergrund, Relevanz, Gegenstand und Fragestellungen in der Versorgungsforschung: Kurzfassung

DNVF Memorandum Health Literacy (Part 1) – Background, Relevance, Research Topics and Questions in Health Services Research: Short Version

Autoren

Nicole Ernstmann^{1, 2}, Ullrich Bauer³, Eva-Maria Berens⁴, Eva Maria Bitzer⁵, Torsten Michael Bollweg³, Martin Danner⁶, Andrea Dehn-Hindenberg⁷, Marie Luise Dierks⁸, Erik Farin⁹, Sandra Grobosch¹⁰, Frederik Haairig¹¹, Sarah Halbach^{1, 12}, Alfons Holleederer¹³, Andrea Icks¹⁴, Christoph Kowalski¹⁵, Ursula Kramer¹⁶, Edmund Neugebauer¹⁷, Orkan Okan³, Jürgen Pelikan¹⁸, Holger Pfaff¹⁹, Jochen Sautermeister²⁰, Doris Schaeffer⁴, Laura Schang²¹, Hilde Schulte²², Achim Siegel²³, Leonie Sundmacher²¹, Dominique Vogt²⁴, Horst Christian Vollmar²⁵, , Stephanie Stock²⁶

Institute

- 1 Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Forschungsstelle für Gesundheitskommunikation und Versorgungsforschung (CHSR), Universitätsklinikum Bonn, Bonn
- 2 Institut für Patientensicherheit (IfPS), Universitätsklinikum Bonn, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Bonn
- 3 Fakultät für Erziehungswissenschaft, AG 2 Sozialisation, Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Zentrum für Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter (ZPI), Universität Bielefeld, Bielefeld,
- 4 Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung, Universität Bielefeld, Bielefeld
- 5 Fachrichtung Public Health & Health Education, Pädagogische Hochschule Freiburg, Freiburg im Breisgau
- 6 Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankungen und ihren Angehörigen e. V., Düsseldorf, BAG SELBSTHILFE
- 7 Medizinische Psychologie, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover
- 8 Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover
- 9 Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung, Medizinische Fakultät der Universität Freiburg, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg
- 10 Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie, Deutsches Diabetes-Zentrum (DDZ), Leibniz-Zentrum für Diabetes-Forschung an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf
- 11 Zentrum für evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV), Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden, Dresden
- 12 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA), Köln
- 13 Fachbereich 01 Humanwissenschaften, Universität Kassel, Kassel
- 14 Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie, Centre for Health and Society, Medizinische Fakultät, Heinrich Heine Universität Düsseldorf, Düsseldorf
- 15 Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Berlin
- 16 Initiative Präventionspartner c/o sanawork Gesundheitskommunikation, Healthon e. V., Freiburg
- 17 Campus Neuruppin, Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, Neuruppin
- 18 Competence Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care, Gesundheit Österreich GmbH, Wien, Austria
- 19 IMVR – Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft, Humanwissenschaftliche Fakultät und Medizinische Fakultät, Universität zu Köln, Köln
- 20 Moraltheologisches Seminar, Katholisch-Theologische Fakultät, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Bonn
- 21 Fachbereich Health Services Management, Ludwig-Maximilians-Universität München, München
- 22 Frauenselbsthilfe Krebs, Bonn
- 23 Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen
- 24 Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Bielefeld
- 25 Medizinische Fakultät, Abteilung für Allgemeinmedizin, Ruhr-Universität Bochum, Bochum
- 26 Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE), Klinikum der Universität zu Köln, Köln

Schlüsselwörter

Versorgungsforschung, Gesundheitskompetenz, Forschungsagenda

Key words

Health services research, Health literacy, Research agenda

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1191-3401>

Gesundheitswesen 2020; 82: 639–645

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0941-3790

Korrespondenzadresse

Prof. Nicole Ernstmann

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Forschungsstelle für Gesundheitskommunikation und Versorgungsforschung (CHSR)

Universitätsklinikum Bonn

Venusberg-Campus 1

53127 Bonn

nicole.ernstmann@ukbonn.de



Die Langfassung dieses Beitrags finden Sie online unter <https://doi.org/10.1055/a-1191-3689>

ZUSAMMENFASSUNG

Mehr als die Hälfte der deutschen Bevölkerung hat Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen. Es ist eine wichtige Aufgabe der Versorgungsforschung zu untersuchen, wie sich die Professionen und Organisationen des Gesundheitssystems dieser Herausforderung stellen können. Die vorliegende Kurzfassung des DNVF Memorandums Gesundheitskompetenz (Teil 1) nimmt Begriffsbestimmungen der individuellen und organisationalen Gesundheitskompetenz vor, präsentiert den nationalen und internationalen Forschungsstand und stellt ethische Aspekte der versorgungsbezogenen Gesundheitskompetenzforschung dar. Vor diesem Hintergrund werden zentrale Forschungsgegenstände und zukünftige Forschungsdesiderata abgeleitet.

ABSTRACT

More than half of the German population has difficulties in dealing with health information. It is an important task of health services research to examine how healthcare professionals and health care organizations can meet this challenge. This short version of the DNVF Memorandum Health Literacy (Part 1) defines the terms of individual and organizational health literacy, presents the national and international state of research and ethical aspects of health literacy research in health care settings. Central research topics and future research desiderata are derived.

Einleitung

Studien zeigen, dass mehr als die Hälfte der deutschen Bevölkerung den Umgang mit Gesundheitsinformationen als schwierig einschätzt, so z. B. bezüglich der Beurteilung der Zuverlässigkeit von Informationen oder bezüglich der Frage, ob eine ärztliche Zweitmeinung sinnvoll wäre. Dieser Anteil ist bei Personen mit niedriger Bildung, geringem sozioökonomischen Status, Migrationshintergrund, chronischer Krankheit und im höheren Lebensalter noch höher [1]. Es stellt sich daher die Frage, ob und wie sich die Professionen und Organisationen des Gesundheitssystems dieser Herausforderung stellen. Das zu untersuchen, ist eine der Aufgaben der Versorgungsforschung [2]. Vor diesem Hintergrund richtet sich das vorliegende „Memorandum Gesundheitskompetenz: Hintergrund, Relevanz, Gegenstand und Fragestellungen in der Versorgungsforschung“ des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e.V. (DNVF) an Versorgungsforschende, an wissenschaftliche Einrichtungen, an wissenschaftliche Fachgesellschaften, an Forschungs- und Gesundheitsministerien, an Stiftungen und weitere Forschungsförderer sowie an interessierte Akteure aus der Versorgungspraxis und der Öffentlichkeit.

Das Memorandum knüpft unmittelbar an den Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz [3] an. In diesem wurden vor dem Hintergrund der Gesundheitskompetenzdefizite in der Bevölkerung Maßnahmen vorgeschlagen, die die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken können. Zentrale Ziele dieser Maßnahmen sind die Förderung der Gesundheitskompetenz in allen Lebenswelten, die nutzerfreundliche Gestaltung des Gesundheitssystems, die Stär-

kung der Gesundheitskompetenz insbesondere chronisch kranker Menschen und der Ausbau der Gesundheitskompetenzforschung [3]. Das Memorandum vertieft und operationalisiert diese Forderungen für die Fragestellungen und Gegenstandsbereiche der Versorgungsforschung [2]. Nicht betrachtet werden Aspekte, die mit Fragen der Messung bzw. Operationalisierung der Gesundheitskompetenz zusammenhängen. Sie werden im zweiten Teil des vorliegenden Memorandums aufbereitet.

Begriffsbestimmung

„Gesundheitskompetenz“ („Health Literacy“) kann definiert werden als das Wissen, die Motivation und die Fähigkeit von Individuen, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und bei gesundheitsrelevanten Entscheidungen anzuwenden, um die Gesundheit und Lebensqualität zu erhalten oder zu verbessern. Diese Dimensionen beziehen sich auf den Umgang mit Informationen aus den Bereichen Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Krankheitsbewältigung [3, 4]. Die Gesundheitskompetenz ist dabei spezifisch für den Gegenstand, auf den sie sich bezieht: Personen können sich in bestimmten Bereichen in hohem Maß gesundheitskompetent verhalten und gleichzeitig in Bezug auf andere Settings oder Erkrankungen deutliche Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen haben [3].

In der Modellierung des Konstrukts Gesundheitskompetenz lassen sich 3 Facetten unterscheiden, die die oben genannten Dimensionen der Gesundheitskompetenz des European Health Literacy

Consortiums ergänzen können [5]. Die (1) funktionale Gesundheitskompetenz beschreibt die Grundkompetenzen für das Lesen und Verstehen von Gesundheitsinformationen, die erforderlich sind, um alltägliche Anforderungen zu bewältigen. Die (2) interaktive Gesundheitskompetenz umfasst kognitive und schriftsprachliche Kompetenzen, die zusammen mit sozialen Fähigkeiten genutzt werden, um an Alltagsaktivitäten teilzunehmen und relevante Informationen aus verschiedenen Kommunikationsformen zu erhalten und anzuwenden. Die (3) kritische Gesundheitskompetenz beschreibt fortgeschrittene kognitive und soziale Kompetenzen, die für einen kritischen Umgang mit Informationen oder das Hinterfragen von gesundheitsbezogenen Informationen und Umweltbedingungen benötigt werden.

Die individuelle Gesundheitskompetenz wird als relationales Konstrukt verstanden: Demnach ist die Frage, wie gut sich Personen in einer Umwelt zurechtfinden und gesundheitskompetent agieren, von der Umwelt und von der Gestaltung der Informationen abhängig [6]. Vor diesem Hintergrund gewinnt die Ausgestaltung der Strukturen von (Gesundheits-) Systemen und Organisationen an Bedeutung. Das zugrundeliegende Konzept der organisationalen Gesundheitskompetenz wurde in den letzten zehn Jahren entwickelt [7]. Die beiden bekanntesten Ansätze im deutschsprachigen Raum sind das Konzept des Institute of Medicine (IOM) „10 Attributes of Health Literate Organizations“ [8] und das darauf aufbauende in Österreich entwickelte Konzept „Gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen“ [8–10]. Das Konzept kann anhand eines Selbstbewertungsinstrumentes (WKGKKO-I) implementiert werden [11]. Ein Kurzinstrument zur Selbstbewertung der organisationalen Gesundheitskompetenz (HLHO-10) wurde in Deutschland am Beispiel von zertifizierten Brustzentren validiert und wird mittlerweile in zahlreichen Ländern eingesetzt [12].

Forschungsstand

Im englischsprachigen Raum belegen Forschungsbefunde die hohe Prävalenz niedriger Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung. In den USA, Kanada, Australien und weiteren Ländern hat ca. die Hälfte der Bevölkerung Schwierigkeiten, mit gesundheitsrelevanter Information umzugehen [13–15]. Ähnliche Befunde liegen inzwischen auch für Europa vor [16–18]. Die Ergebnisse der bevölkerungsweiten Surveys deuten zudem durchgängig auf einen sozialen Gradienten: Ein geringer Bildungsgrad und niedriger Sozialstatus sowie das Vorhandensein eines Migrationshintergrunds sind eng mit niedriger Gesundheitskompetenz assoziiert [13–17]. Die Ergebnisse der HLS-EU Studie bestätigen auch frühere zumeist US-amerikanische Zusammenhänge für Europa: Personen mit geringerer Gesundheitskompetenz haben ungesündere Lebensstile, weisen einen schlechteren Gesundheitszustand auf und nehmen Einrichtungen des Krankenbehandlungssystems häufiger in Anspruch [18, 19].

In Deutschland wurde das Health-Literacy-Konzept erst mit einiger Zeitverzögerung aufgegriffen, sodass hier bislang erst wenige Studien zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung vorliegen. Eine gewisse Ausnahme bilden Arbeiten zur Mental Health Literacy [20–24]. Zu den Studien, die nicht auf diese spezifische Gruppe abstellt gehören u. a. eine Studie zur Gesundheitskompetenz von

gesetzlich Krankenversicherten [25], 2 Studien zur Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen [26, 27] sowie eine repräsentative Untersuchung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland (HLS-GER) [28]. Auch wurde Gesundheitskompetenz als Teil der Befragung „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) des Robert-Koch-Instituts erhoben [29]. Nach dem HLS-GER hat mehr als die Hälfte der Bevölkerung Deutschlands Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformation und weist eine niedrige Gesundheitskompetenz auf. Im Rahmen des bevölkerungsbasierten Monitorings oder der setting- bzw. zielgruppenspezifischen Erhebung der Gesundheitskompetenz sind spezifische ethische Aspekte zu berücksichtigen. Diese werden im folgenden Kapitel skizziert.

Ethische Aspekte

Gesundheitskompetenz lässt sich auch als eine Aufgabe wechselseitiger Unterstützung, auch durch sozialpolitische und sozialstaatliche Maßnahmen begreifen (Solidarität). Dabei hat die Stärkung von Gesundheitskompetenz die Selbstbestimmung von Personen zu respektieren und insbesondere der Hilfe zur Selbsthilfe zu dienen. So werden sowohl die Würde der Person geachtet als auch die Selbstwirksamkeit und Selbstregulationsfähigkeit gefördert (Subsidiarität). Zudem ist auf eine gerechte Verteilung von Gütern (z. B. Zugang zu Bildung oder Beratung) zu achten, die der Förderung der Gesundheitskompetenz von Menschen dienlich sind (Gerechtigkeit). Der Einsatz entsprechender Mittel und Maßnahmen hat effizient und verhältnismäßig zu erfolgen.

Grundsätzlich sind alle Tendenzen der Engführung von Gesundheitskompetenz, etwa durch zweckrationale Funktionalisierung oder Pathologisierung, zu kritisieren, weil mit ihnen unrealistische Anforderungen oder Instrumentalisierungen, aber auch starre Identitätszuschreibungen oder gar Diskriminierungen einhergehen können, die mit der Würde des Menschen nicht vereinbar sind und zu gesellschaftlicher Entsolidarisierung führen können. Hierzu gehören Mechanismen der Ausgrenzung von Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz oder sozialversicherungsrechtliche Sanktionen der Solidargemeinschaft von schädlichem Gesundheitsverhalten.

Vor diesem Hintergrund ist Gesundheitskompetenzforschung gesellschaftlich wünschenswert und ethisch geboten. Dabei sollten die normativen Grundannahmen, die im Prozess des wissenschaftlichen Arbeitens eine Rolle spielen – neben den wissenschaftstheoretischen Grundannahmen und der theoretischen Fundierung – kontinuierlich reflektiert werden [30]. Im Folgenden werden die konsentrierte Forschungsagenda und die spezifischen Forschungsdesiderata dargestellt.

Forschungsagenda

Aspekte individueller oder organisationaler Gesundheitskompetenz sollten in allen Teildisziplinen (► **Tab. 1**) der Versorgungsforschung berücksichtigt werden. Dies umfasst die Untersuchung von Strukturen, Prozessen, Ergebnissen und Kosten der Kranken- und Gesundheitsversorgung unter besonderer Berücksichtigung der Patienten- und Angehörigenperspektive und der komplexen Kontextbedingungen der Versorgung [32–36]. Es betrifft alle Aufga-

► **Tab. 1** Gesundheitskompetenzfragestellungen in der Versorgungsforschung (Teildisziplinen und Aufgaben der Versorgungsforschung in Anlehnung an [31]).

Teildisziplin der VF Aufgaben der VF	Bedarfsforschung	Zugangsforschung	Inanspruchnahmeforschung	Organisationsbezogene VF	Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung	Gesundheitsökonomische VF
Methodische VF	Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung von Bedürfnissen von Personen mit niedriger GK	Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung von Zugangsbarrieren von Personen mit niedriger GK	Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung von gesundheitsrelevantem (Inanspruchnahme-) Verhalten von Personen mit niedriger GK	Entwicklung von GK-Screening Instrumenten zum Einsatz in Versorgungsrichtungen	Entwicklung von kompetenzbasierten Qualitätsindikatoren auf der Prozess- und Outcome-Ebene	Verknüpfung von GK-Monitoring-Surveys mit Routinedaten der Sozialversicherungen/ bottom-up Krankheitskostenstudien
Beschreibende und erklärende VF	Untersuchung des Zusammenhangs zwischen individueller GK und Versorgungsbedürfnissen	Untersuchung der individuellen GK als Zugangsbarriere zu Versorgungsangeboten bei vulnerablen Personengruppen	Untersuchung des Einflusses der individuellen GK auf die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten	Untersuchung des Zusammenspiels von Patienten- und Behandler-GK in Versorgungseinrichtungen	Untersuchung des Einflusses der individuellen GK auf unerwünschte Ereignisse im Krankenhaus	Untersuchung des Einflusses der individuellen GK auf die Inanspruchnahme/ Kosten einer Behandlung
Interventions- und Evaluationsforschung	–	Entwicklung von Interventionen zur Reduzierung von GK-sensiblen Zugangsbarrieren zu Versorgungsangeboten	Entwicklung von edukativen Interventionen zur Erhöhung der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten	Entwicklung von Maßnahmen zur Erhöhung der organisationalen Gesundheitskompetenz	Entwicklung von Angehörigenschulungen zur Erhöhung der Patientensicherheit chronisch kranker Menschen	Gesundheitsökonomische Evaluationen von Interventionen zur Erhöhung der individuellen oder organisationalen GK
Implementationsforschung	–	Implementierung von Patientenschulungsangeboten und -strukturen in Praxen und Kliniken zur Reduzierung von Zugangsbarrieren	Implementierung von gesundheitskompetenzsteigernden Maßnahmen zur Erhöhung der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten	Untersuchung förderlicher und hemmender Faktoren der Implementierung von Maßnahmen zur Erhöhung der organisationalen Gesundheitskompetenz	Implementierung von kompetenzbasierten Indikatoren in der internen und externen Qualitätssicherung von Versorgungsorganisationen	Gesundheitsökonomische Begleitforschung zur Implementierung von Maßnahmen zur Erhöhung der individuellen oder organisationalen GK

Versorgungsforschung (VF), Gesundheitskompetenz (GK).

ben der Versorgungsforschung, von der Entwicklung von Forschungsmethoden und Interventionen bis zur Implementierungs- und Evaluationsforschung (► **Tab. 1**). Dabei sollten die zukünftig zu adressierenden Fragestellungen im Bereich der gesamten Behandlungskette liegen, von der Primär- und Akutversorgung über die Rehabilitation, die ambulante oder stationäre pflegerische Versorgung bis hin zur palliativen Versorgung. Veranschaulichende exemplarische Fragestellungen zu den einzelnen Gegenstandsbereichen werden in ► **Tab. 1** dargestellt.

Fazit und Ausblick

Vor dem Hintergrund des beschriebenen Forschungsstands, der Forschungsgegenstände und Fragestellungen der Gesundheitskompetenzforschung lassen sich folgende spezifische Desiderata für die Versorgungsforschung ableiten:

- Initiierung von interdisziplinären Forschungsvorhaben, die medizinisches, versorgungswissenschaftliches, psychologisches, soziologisches, pädagogisches und gesundheitsökonomisches Wissen bündeln, um vertieftes Grundlagenwissen zu den Mechanismen der Entwicklung von individueller und organisationaler Gesundheitskompetenz zu schaffen.
- Entwicklung, Evaluation und Implementierung von theoretischen und evidenzbasierten Interventionen, die diese Mechanismen nutzen.
- Entwicklung, Evaluation und Implementierung von Interventionen, die in verschiedenen Settings und Sektoren des Gesundheitssystems greifen.
- Entwicklung, Evaluation und Implementierung von Interventionen, die in unterschiedlichen Lebensphasen greifen.
- Entwicklung, Evaluation und Implementierung von Interventionen für insbesondere vulnerable Personengruppen.
- Fokussierung von Forschungsvorhaben auf den relationalen Aspekt der Gesundheitskompetenz: Anpassung des Gesundheitssystems an die Bedürfnisse der Menschen, nicht die Menschen an die Anforderungen des Systems [37].
- Berücksichtigung ethischer Gesichtspunkte, v. a. des Grundprinzips der Patientenautonomie und somit des Rechts auf Nicht-Informieren, auf Nicht-Wissen und auf das Treffen nicht informierter Entscheidungen. Kritische Diskussion normativer Aspekte der Versorgungsforschung [38].
- Realisierung der Patientenorientierung durch die Anwendung partizipativer Forschungsansätze [39].

- Ausbau der internationalen Vernetzung zwischen Wissenschaftlern und Fachgesellschaften (z. B. Health Literacy Europe, International Association for Communication in Healthcare, Academy of Communication in Healthcare).
- Ausschreibung von Gesundheitskompetenzforschung durch die Forschungsförderer: Setzen von Impulsen und Steuerung von Themen, um die Datenlücken durch kontinuierliche Förderung von Gesundheitskompetenzforschung zu schließen.
- Schaffung von geeigneten Rahmenbedingungen der Förderung: Ermöglichung der Entwicklung und Implementierung von theorie- und evidenzbasierten Interventionen durch die Anpassung von Ressourcen und Förderzeiträumen.

Konsentierungsprozess des Memorandums

Das Memorandum ist aus einer Initiative der Arbeitsgruppe Gesundheitskompetenz des DNVF entstanden. Mitglieder der Arbeitsgruppe haben mit der Unterstützung externer Experten, unter der Begleitung einer hierfür gegründeten Steuerungsgruppe sowie in Kooperation mit dem Deutschen Netzwerk Gesundheitskompetenz e.V. (DNKG) einen Entwurf des Memorandums erarbeitet. Dieser wurde im nächsten Schritt unter den Mitgliedern des DNVF konsentiert.

Folgende Fachgesellschaften (Sektion 1) haben sich im Rahmen des Kommentierungsprozesses beteiligt:

- Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V.
- Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
- Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft e.V.

Folgende wissenschaftliche Institute und Forschungsverbände (Sektion 2) haben sich im Rahmen des Kommentierungsprozesses beteiligt:

- Abteilung Organisationsbezogene Versorgungsforschung, Department für Versorgungsforschung, Fakultät VI - Medizin und Gesundheitswissenschaften, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
- Center for Health Care Research, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf & Universität Hamburg
- Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
- Landesinstitut für Gesundheit des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)
- LVR-Institut für Versorgungsforschung (LVR-IVF)

- Medizinische Hochschule Brandenburg (MHB), Theodor Fontane
- Zentrum für Medizinische Versorgungsforschung (ZMV), Psychiatrische und Psychotherapeutische Klinik, Universitätsklinikum Erlangen

Folgende juristische Personen und Personenvereinigungen (Sektion 3) haben sich im Rahmen des Kommentierungsprozesses beteiligt:

- Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V. (DRL)

Folgende persönliche Mitglieder (Sektion 4) haben sich im Rahmen des Kommentierungsprozesses beteiligt:

- Priv.-Doz. Dr. med. Eva Blozik
- Dr. Martina Bögel
- Prof. Dr. Adina Dreier-Wolfgramm
- Dr. Manuela Glattacker
- Priv.-Doz. Dr. Susanne Knappe
- Prof. Dr. Michael Koller
- Fabienne Wagner

Folgende Fördermitglieder haben sich im Rahmen des Kommentierungsprozesses beteiligt:

- Roche Pharma AG

Das Memorandum wird von folgenden ordentlichen institutionellen Mitgliedern des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e. V. getragen:

Sektion „Fachgesellschaften“ (Sektion 1):

- Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V.
- Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittel Epidemiologie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie e.V.
- Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie

Sektion „Wissenschaftliche Institute und Forschungsverbände“ (Sektion 2):

- BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH
- Centre for Health and Society, Universitätsklinikum Düsseldorf
- Center for Health Care Research, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- Gesundheit Österreich GmbH
- Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln (KöR)

- Landesinstitut Gesundheit des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
- LVR-Institut für Versorgungsforschung (LVR-IVF)
- Medizinische Hochschule Brandenburg (MHB), Theodor Fontane
- OFFIS e.V.
- Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung, Universitätsklinikum Freiburg

Sektion „Juristische Personen und Personenvereinigungen“ (Sektion 3):

- Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.
- Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V.
- OptiMedis AG

Danksagung

Die Autoren danken Frau Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke und Herrn Prof. Dr. Dr. Martin Härter als Vorstandsvertreter sowie allen beteiligten Mitgliedern des DNVF für ihre kritische und hilfreiche Durchsicht und Kommentierung des Memorandums. Darüber hinaus hat eine Steuerungsgruppe die Inhalte des Memorandums im Vorfeld erarbeitet sowie die Erstellung des Memorandums begleitet. Dafür danken wir: Prof. Dr. Matthias Augustin, Miriam Blümel, Katja Cramer, PD Dr. Freia De Bock, Prof. Dr. Robert P. Finger, Prof. Dr. Eva Grill, Annekathrin Haase, Marie Sophia Heide, Anna Isselhard, Prof. Dr. Detmar Jobst, Cornelia Kittlick, Prof. Dr. Michael Koller, Stefan Peters, Prof. Dr. Martina Roes, Dr. Gundolf Schneider, Antje Schütt, Dr. Christine von Reibnitz, Dr. Beate Weikert, Dr. Heide Weishaar

Interessenkonflikt

Dr. Christoph Kowalski ist Mitarbeiter der Deutschen Krebsgesellschaft. Alle anderen Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Schaeffer D, Berens E-M, Vogt D. Health Literacy in the German Population. *Dtsch Arztebl Int* 2017; 114: 53–60. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0053
- [2] Bitzer EM, Ernstmann N, Stock S et al. Gesundheitskompetenz. In: Pfaff H, Neugebauer EAM, Glaeske G, Schrappe M, Hrsg. *Lehrbuch Versorgungsforschung: Systematik-Methodik-Anwendung*. 2. Aufl. Schattauer Verlag; 2017: 164–167
- [3] Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U et al. Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Im Internet: <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/>; Stand: 11.11.2019
- [4] Sørensen K, van den Broucke S, Fullam J et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012; 12: 80. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80
- [5] Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000; 15: 259–267. DOI: 10.1093/heapro/15.3.259
- [6] Squiers L, Peinado S, Berkman N et al. The health literacy skills framework. *J Health Commun* 2012; 17 (Suppl 3): 30–54. DOI: 10.1080/10810730.2012.713442
- [7] Farmanova E, Bonneville L, Bouchard L. Organizational Health Literacy: Review of Theories, Frameworks, Guides, and Implementation Issues. *Inquiry* 2018; 55: 46958018757848. DOI: 10.1177/0046958018757848
- [8] Brach C, Keller D, Hernandez LM et al. Ten attributes of health literate health care organizations: Institute of Medicine of the National Academies Washington, DC. 2012
- [9] Pelikan JM, Dietscher C. Warum sollten und wie können Krankenhäuser ihre organisationale Gesundheitskompetenz verbessern? *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2015; 58: 989–995. DOI: 10.1007/s00103-015-2206-6
- [10] Dietscher C, Pelikan J. Gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen. *Präv Gesundheitsf* 2016; 11: 53–62. DOI: 10.1007/s11553-015-0523-0
- [11] Dietscher C, Lorenc J, Pelikan J. Das Selbstbewertungs-Instrument zum Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen (WKGKKO-I) (24.06.2019). Im Internet: https://oepgk.at/wp-content/uploads/2018/10/003-tool_hlo.pdf
- [12] Kowalski C, Lee S-YD, Schmidt A et al. The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): development and validation. *BMC Health Serv Res* 2015; 15: 47. DOI: 10.1186/s12913-015-0707-5
- [13] Australian Bureau of Statistics Health Literacy, Australia: Catalogue No. 4233.0. Canberra: Australian Bureau of Statistics; 2008
- [14] Canadian Council on Learning (CCL) Health literacy in Canada: A healthy understanding, 2008. Ottawa, Ont: Canadian Council on Learning; 2008
- [15] Kutner M, Greenburg E, Jin Y et al. The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. NCES 2006-483. National Center for Education Statistics. 2006
- [16] Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* 2015; 25: 1053–1058. DOI: 10.1093/eurpub/ckv043
- [17] [Anonym] Comparative Report of Health Literacy in eight EU member states: The European Health Literacy survey HLS-EU (second revised and extended version). 2012
- [18] Pelikan J, Ganahl K. Die europäische Gesundheitskompetenz-Studie: Konzept, Instrument und ausgewählte Ergebnisse. In: Schaeffer D, Pelikan JM, Hrsg. *Health literacy: Forschungsstand und Perspektiven*. Bern: Hogrefe; 2017: 93–125
- [19] HLS-EU Consortium Comparative Report of Health Literacy in eight EU member states: The European Health Literacy survey HLS-EU. 2012; Im Internet: <http://health-literacy.eu>
- [20] Angermeyer MC, Matschinger H. Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia. Trend analysis based on data from two population surveys in Germany. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 331–334. DOI: 10.1192/bjp.186.4.331
- [21] Tomczyk S, Muehlan H, Freitag S et al. Is knowledge “half the battle”? The role of depression literacy in help-seeking among a non-clinical sample of adults with currently untreated mental health problems. *J Affect Disord* 2018; 238: 289–296. DOI: 10.1016/j.jad.2018.05.059
- [22] Stolzenburg S, Freitag S, Evans-Lacko S et al. Individuals with currently untreated mental illness: causal beliefs and readiness to seek help. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019; 28: 446–457. DOI: 10.1017/S2045796017000828
- [23] Bonabi H, Müller M, Ajdacic-Gross V et al. Mental Health Literacy, Attitudes to Help Seeking, and Perceived Need as Predictors of Mental Health Service Use: A Longitudinal Study. *J Nerv Ment Dis* 2016; 204: 321–324. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000488

- [24] Schomerus G, Angermeyer MC, Baumeister SE et al. An online intervention using information on the mental health-mental illness continuum to reduce stigma. *Eur Psychiatry* 2016; 32: 21–27. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2015.11.006
- [25] Zok K. Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. *WIdO monitor* 2014; 11: 1–12
- [26] Tiller D, Herzog B, Kluttig A et al. Health literacy in an urban elderly East-German population – results from the population-based CARLA study. *BMC Public Health* 2015; 15: 883. DOI: 10.1186/s12889-015-2210-7
- [27] Quenzel G, Schaeffer D. Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Bielefeld: Universität Bielefeld; 2016
- [28] Schaeffer D, Vogt D, Berens E-M et al. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Ergebnisbericht. Bielefeld. 2017
- [29] Jordan S, Hoebel J. Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland : Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2015; 58: 942–950. DOI: 10.1007/s00103-015-2200-z
- [30] Baumann W, Farin E, Menzel-Begemann A et al. Memorandum IV: Theoretische und normative Fundierung der Versorgungsforschung. *Gesundheitswesen* 2016; 78: 337–352. DOI: 10.1055/s-0042-105511
- [31] Pfaff H, Neugebauer E, Glaeske G, Schrappe M, Nellessen-Martens G, Hrsg. *Lehrbuch Versorgungsforschung: Systematik – Methodik – Anwendung*; mit 19 Tabellen. Stuttgart: Schattauer; 2011
- [32] Schrappe M, Pfaff H. Einführung in Konzept und Grundlagen der Versorgungsforschung. In: Pfaff H, Neugebauer EAM, Glaeske G, Schrappe M, Hrsg. *Lehrbuch Versorgungsforschung: Systematik-Methodik-Anwendung*. 2. Aufl. Schattauer Verlag; 2017: 1–68
- [33] Pfaff H, Albert U-S, Bornemann R et al. Methoden für die organisationsbezogene Versorgungsforschung. *Gesundheitswesen* 2009; 71: 777–790. DOI: 10.1055/s-0029-1239515
- [34] Ansmann L, Albert U-S, Auer R et al. DNVF-Memorandum III – Methoden für die Versorgungsforschung, Teil 4 – Konzept und Methoden der organisationsbezogenen Versorgungsforschung: Kurzfassung. *Gesundheitswesen* 2019; 81: 220–224. DOI: 10.1055/a-0862-0407
- [35] Icks A, Chernyak N, Bestehorn K et al. Methoden der gesundheitsökonomischen Evaluation in der Versorgungsforschung. *Gesundheitswesen* 2010; 72: 917–933. DOI: 10.1055/s-0030-1262859
- [36] Pfaff H. Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff H, Hrsg. *Gesundheitsversorgung und Disease Management: Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung*. Bern: Huber; 2003: 13–25
- [37] Sørensen K. Shifting the Health Literacy Mindset to Enhance People-Centred Health Services: Office of Disease Prevention and Health Promotion. Im Internet: <https://health.gov/news/blog/2018/07/shifting-the-health-literacy-mindset-to-enhance-people-centred-health-services/>; Stand: 26.04.2018
- [38] Strech D, Marckmann G. Normative Versorgungsforschung. Eine orientierte Einführung (in Themen, Methoden und den Status quo in Deutschland). *GuS* 2012; 66: 8–15. DOI: 10.5771/1611-5821-2012-2-8
- [39] Farin E. Partizipative Versorgungsforschung. In: Pfaff H, Neugebauer EAM, Glaeske G, Schrappe M, Hrsg. *Lehrbuch Versorgungsforschung: Systematik-Methodik-Anwendung*. 2. Aufl. Schattauer Verlag; 2017: 182–186