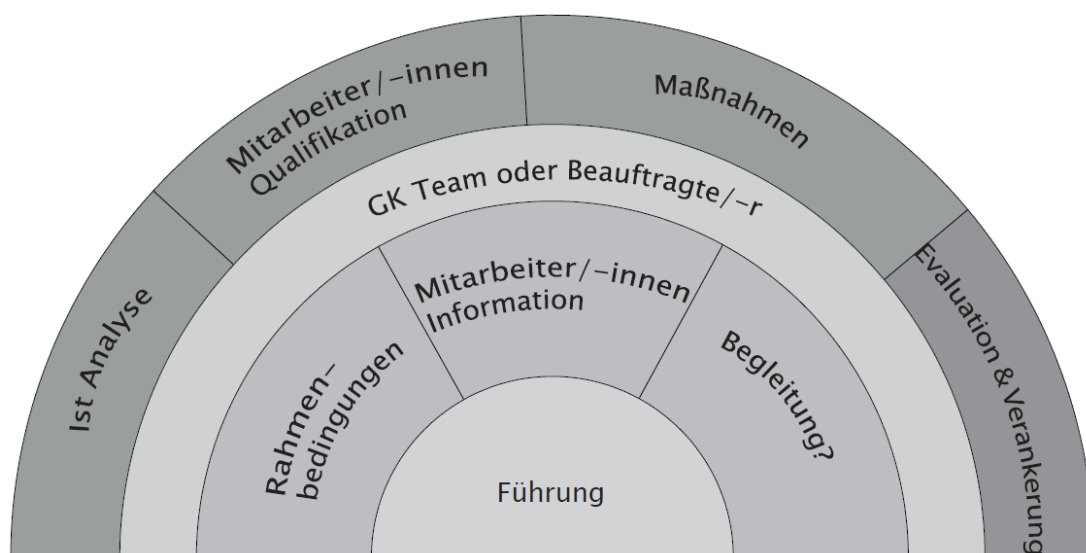


Gesundheitskompetenz in Organisationen verwirklichen – Wie kann das gelingen?

Praxisleitfaden zur Entwicklung einer gesundheitskompetenten Organisation

Version 1.0, Juni 2019



Dieser Praxisleitfaden zur Entwicklung einer gesundheitskompetenten Organisation wurde von der durch die Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK; oeppgk.at) eingesetzten Arbeitsgruppe „Gesundheitskompetente Organisationen“ (ÖPGK AG GKO) erstellt. Er soll gemeinsam mit dem Selbsteinschätzungsinstrument für Gesundheitskompetenz in Gesundheitseinrichtungen (ÖPGK 2018: Selbsteinschätzungsinstrument für Gesundheitskompetenz in Gesundheitseinrichtungen. Kurzform für Teams. Wien: ÖPGK 2018) den einfachen Start eines Organisationsentwicklungsprozesses in Richtung erhöhter Gesundheitskompetenz ermöglichen.

Mitglieder der ÖPGK-Arbeitsgruppe GKO

Werner Bencic (OÖGKK)
Christina Dietscher (BMASGK)
Lisa Gugglberger (GÖG)
Bettina Klausberger (OÖGKK)
Heike Kraus-Füreder (IfGP)
Silvia Lackner (IfGP)
Eva Leuprecht (GÖG)
Peter Nowak (GÖG)
Sonja Schuch (GIVE)
Nadine Zillmann (WiG)
Oliver Zörner (VAEB, Bad Schallerbach)

Projektassistenz

Bettina Engel (GÖG)

Zitiervorschlag: ÖPGK (2019): Gesundheitskompetenz in Organisationen verwirklichen – Wie kann das gelingen? Praxisleitfaden zur Entwicklung einer gesundheitskompetenten Organisation. Wien: ÖPGK

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK), c/o Fonds Gesundes Österreich; Aspernbrückengasse 2, 1020 Wien, Website: oeppgk.at

Inhalt

Abkürzungen.....	V
Kurzfassung	VI
Vorwort	IX
1 Einleitung	1
2 Hintergrund.....	2
2.1 Gesundheitskompetente Organisation: Was verstehen wir darunter?	2
2.2 Gesundheitskompetente Organisation: Wofür brauchen wir das?.....	3
2.3 Was sind die wissenschaftlichen und methodischen Grundlagen dieses Leitfadens?	4
3 Erfolgsbedingungen für Veränderung.....	6
4 Praxisleitfaden: Die wichtigsten Teilprozesse	8
Teilprozess 1: Die Führung der Organisation gewinnen und Führungsverantwortung aktiv gestalten.....	9
Teilprozess 2: Unterstützende Rahmenbedingungen und Anreize für Veränderung in der Organisation schaffen	10
Teilprozess 3: Mitarbeiter/-innen informieren und einbinden.....	11
Teilprozess 4:Hinzuziehen fachlicher Begleitung	13
Teilprozess 5: Eine(n) Beauftragte(n) für Gesundheitskompetenz definieren und ein Gesundheitskompetenzteam bilden	14
Teilprozess 6: Ist-Analyse und Zielableitung	15
Teilprozess 7: Maßnahmenplanung und Umsetzung	16
Teilprozess 8: Mitarbeiter/-innen qualifizieren	17
Teilprozess 9: Evaluation und dauerhafte Verankerung.....	18
Literatur	20
Anhang 1: Die 10 Merkmale einer gesundheitskompetenten Organisation.....	24
Anhang 2: Überblick über Guides und Sammlungen von Strategien sowie Umsetzungstools zur Stärkung organisationaler Gesundheitskompetenz	25

Abbildungen

Abbildung 1: Gesundheitskompetenz als Zusammenspiel von Individuum und Umwelt	2
Abbildung 2: Teilprozesse	8

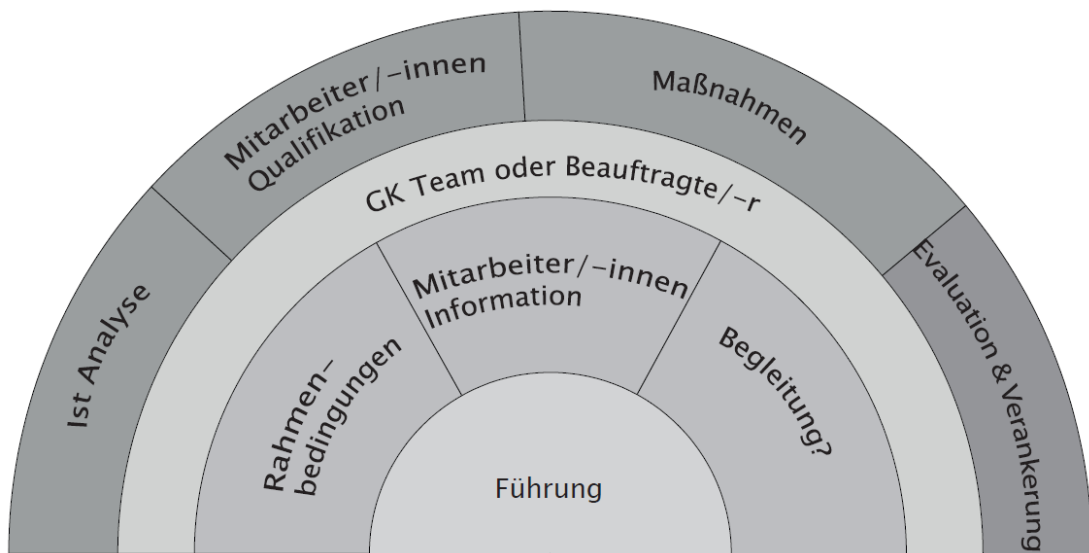
Abkürzungen

BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
GIVE	GIVE – Servicestelle für Gesundheitsförderung an Österreichs Schulen
ggf.	gegebenenfalls
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
IfGP	Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
ÖPGK	Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz
v. a.	vor allem
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
vgl.	vergleiche
WiG	Wiener Gesundheitsförderung
z. B.	zum Beispiel

Kurzfassung

Neben Individuen und ihren Familien sind Organisationen und Settings **wichtige Akteure der Gesundheitskompetenz**. In Organisationen kann Gesundheitskompetenz im Rahmen bereits vorhandener Methoden der Organisationsentwicklung eingeführt werden. Organisationsentwicklung in Richtung Gesundheitskompetenz zielt darauf ab, Organisationen und Settings so zu verändern, dass das Kriterium *Gesundheitskompetenz* in alle relevanten Entscheidungsprozesse der Organisation eingebunden wird.

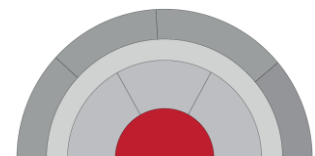
Für den Veränderungsprozess hin zur gesundheitskompetenten Organisation werden **neun Teilprozesse** veranschlagt, die Techniken und Methoden der Organisationsentwicklung und des Projektmanagements mit Strategien und Tools zur Entwicklung einer gesundheitskompetenten Organisation kombinieren.



Ausgehend von der Entscheidung der „Führung“, Gesundheitskompetenz in der eigenen Organisation zu implementieren, die zumeist am Anfang eines Organisationsentwicklungsprozesses steht, kann die Organisation **verschiedene Wege durch die Teilprozesse wählen**.

Teilprozess 1 – Die Führung der Organisation gewinnen und Führungsverantwortung aktiv gestalten:

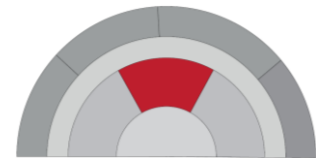
Um Organisationsentwicklung in Richtung Gesundheitskompetenz zu beginnen, ist eine klare Entscheidung der Führung für den Veränderungsprozess notwendig. Es wird ein Budget festgelegt, die Notwendigkeit kontinuierlichen Engagements wird verstanden, und Gesundheitskompetenz wird in Strategiedokumenten der Organisation verankert.





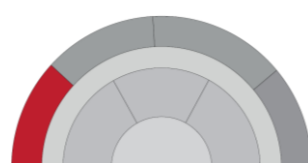
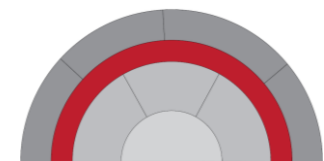
Teilprozess 2 – Unterstützende Rahmenbedingungen und Anreize für Veränderung in der Organisation schaffen: Für Organisationsentwicklung bedarf es rechtlicher, finanzieller und politischer Rahmenbedingungen. Engagierte Personen und Anreize wie Wertschätzung und Zertifikate für Mitarbeiter/-innen sind zentral für Veränderung. Qualitätsvolle Vergleichsmöglichkeiten nach innen und außen sowie eine Kooperation mit übergeordneten Einrichtungen und dem politischen Umfeld sind hilfreich.

Teilprozess 3 – Mitarbeiter/-innen informieren und einbinden: Die Mitarbeiter/-innen der Organisation werden regelmäßig über das Veränderungsvorhaben und die Ziele informiert. Die Führung beteiligt sich an der Kommunikation mit den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern, und es werden Feedbackschleifen für alle Mitarbeiter/-innen sowie genügend Raum für Partizipation eingerichtet.



Teilprozess 4 – Hinzuziehen fachlicher Begleitung: Fachliche Begleitung unterstützt mit zusätzlichem Organisationsentwicklungs-Know-how die Gestaltung von Veränderungsprozessen und -instrumenten; Organisationsentwicklung kann aber auch ohne externe Unterstützung funktionieren. Die Organisation entscheidet, ob und in welchem Ausmaß sie fachliche Begleitung benötigt.

Teilprozess 5 – Eine(n) Beauftragte(n) für Gesundheitskompetenz definieren und ein Gesundheitskompetenzteam bilden: Um die Zuständigkeiten für organisationale Gesundheitskompetenz innerhalb der Organisation klar zu regeln, wird eine verantwortliche Person („Gesundheitskompetenzbeauftragte(r)“) und je nach Größe der Organisation auch ein interdisziplinäres, interhierarchisches Team für Gesundheitskompetenz von der Führung definiert.



Teilprozess 6 – Ist-Analyse und Zielableitung: Die Ist-Analyse (Diagnose) dient dazu, die Gesundheitskompetenz-Ausgangslage in der Organisation – unter Beteiligung der Mitarbeiter/-innen – zu erheben und zu untersuchen, zum Beispiel mittels des Selbsteinschätzungsinstruments für Gesundheitskompetenz in Gesundheitseinrichtungen (ÖPGK 2018). Es werden Entwicklungsbereiche, -ziele und erste Maßnahmen abgeleitet.

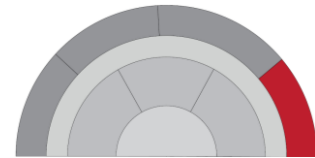
Teilprozess 7 – Maßnahmenplanung und Umsetzung: Das Gesundheitskompetenzteam und die Führung planen (auf Basis der Ist-Analyse) verschiedene Maßnahmen, die auf evidenzbasierten Instrumenten und Programmen aufbauen. Die Maßnahmen werden schrittweise umgesetzt und nach und nach ausgeweitet. Dabei werden Feedbackmechanismen und Evaluationen eingesetzt.





Teilprozess 8 – Mitarbeiter/-innen qualifizieren: Gesundheitskompetenz wird systematisch in die Personalentwicklung und die Einschulung neuer Mitarbeiter/-innen eingebaut. Notwendiges Know-how in puncto Organisationsentwicklung und Gesundheitskompetenz steht zur Verfügung.

Teilprozess 9 – Evaluation und dauerhafte Verankerung: Um einen bleibenden Nutzen aus den Maßnahmen zu gewinnen, diese sichtbar zu machen und Lernerfolge zu erzielen, ist es unumgänglich, die Maßnahmen einer Evaluation zu unterziehen. Diese beobachtet Lernerfolge auf systematische Weise, sodass Erfolge dauerhaft in der Organisation verankert werden können.



Vorwort

Menschen verbringen einen sehr großen Teil ihrer Zeit in Organisationen – sei es im Laufe ihrer Ausbildung, im Rahmen ihrer Arbeit und Freizeit, in Gesundheitseinrichtungen usw. – und sind dort daher gut erreichbar und ansprechbar. Diese Organisationen haben durch ihre Strukturen und Prozesse einen großen Einfluss auf die Gesundheit von Menschen. Durch die Verwirklichung von Gesundheitskompetenz in diesem Rahmen kann daher ein großer Beitrag zur Steigerung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung geleistet werden.

Für Gesundheitseinrichtungen ist es naheliegend, Gesundheitskompetenz in ihre Organisation zu integrieren – sie befassen sich in ihrem Alltag ständig mit Gesundheitsthematiken. Aber auch alle anderen Organisationen wie etwa wirtschaftliche Betriebe, Schulen oder Jugendzentren können Gesundheitskompetenz in ihr Tun und Handeln aufnehmen und damit einen wertvollen Beitrag für die Gesundheitskompetenz ihrer Mitarbeiter/-innen, Kundinnen/Kunden und weiterer Zielgruppen leisten.

Dieser Praxisleitfaden wurde von der Arbeitsgruppe „Gesundheitskompetente Organisationen“ (AG GKO) der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) entwickelt. Er soll eine Unterstützung für Führungskräfte, Organisationsentwickler/-innen, Mitarbeiter/-innen in der Personalentwicklung und im Qualitätsmanagement auf dem Weg zu einer gesundheitskompetenten Organisation sein. Es werden hier neun verschiedene Teilprozesse beschrieben, die sinnvoll sind, um Gesundheitskompetenz zu implementieren. Jede Organisation muss dabei ihren individuellen Weg finden. Der Praxisleitfaden ist deshalb bewusst so angelegt, dass er einerseits von verschiedenen Settings verwendet werden kann, andererseits keine bestimmte Abfolge an Schritten vorschreibt, sondern Flexibilität unterstützt.

1 Einleitung

Die Entwicklung in Richtung einer Erhöhung der Gesundheitskompetenz zielt darauf ab, den Menschen zu mehr Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu verhelfen, sie zu deren Stärkung zu befähigen und einen gleichberechtigten Zugang aller Bevölkerungsgruppen zu gesundheitsrelevanten Informationen zu ermöglichen. Gesundheitskompetenz ist eng mit den Fragen der Zielgruppenorientierung, gesundheitlichen Chancengerechtigkeit, Sicherheit und Qualität im Gesundheitssystem verwoben.

Nicht allein das Gesundheitswesen und seine Einrichtungen sind für Gesundheit zuständig, sie wird vielmehr in allen gesellschaftlichen Bereichen, Settings und Organisationen gefördert oder auch gefährdet. Bei der Förderung von Gesundheitskompetenz geht es deshalb nicht nur um die individuelle Fähigkeit, gesunde Entscheidungen treffen zu können, sondern auch um die Veränderung von gesellschaftlichen/organisationalen Kulturen, Strukturen und Prozessen. Neben den Individuen und ihren Familien werden Organisationen und Settings wie z. B. Städte, Gemeinden, Betriebe, Schulen, Jugendzentren, Kindergärten oder Gesundheitsorganisationen und deren Entscheidungsträgerinnen/-träger in Politik und Management zu wichtigen Akteurinnen/Akteuren der Gesundheitskompetenz.

In Organisationen kann Gesundheitskompetenz im Rahmen bereits vorhandener Methoden der Organisationsentwicklung eingeführt werden. Organisationsentwicklung in Richtung Gesundheitskompetenz zielt darauf ab, Organisationen und Settings so zu verändern, dass das Kriterium *Gesundheitskompetenz* in alle relevanten Entscheidungsprozesse der Organisation eingebunden wird. Dieser Leitfaden möchte Organisationen auf ihrem Weg hin zu einer „gesundheitskompetenten Organisation“ unterstützen.

Der Praxisleitfaden richtet sich insbesondere an Führungskräfte, Organisationsentwickler/-innen, Mitarbeiter/-innen in der Personalentwicklung und im Qualitätsmanagement.

Er beginnt mit einer kurzen Darstellung des Hintergrunds (Kapitel 2). Es wird begründet, *was* eine gesundheitskompetente Organisation ist, *warum* sich der Weg zu einer gesundheitskompetenten Organisation lohnt und *welche* die wissenschaftlichen und methodischen Grundlagen dieses Leitfadens sind. Kapitel 3 weist auf allgemeine, bewährte Erfolgsbedingungen für einen Organisationswandel in Richtung erhöhter Gesundheitskompetenz hin. In Kapitel 4 geht es schließlich um die konkreten Teilprozesse, die dabei helfen, Veränderung erfolgreich umzusetzen. Eine Tabelle in Sachen Umsetzungsstrategien und -tools sowie eine Literaturliste zum Nachlesen und Vertiefen befinden sich am Ende des Dokuments.

2 Hintergrund

2.1 Gesundheitskompetente Organisation: Was verstehen wir darunter?

In ihrer ursprünglichen Definition wurde Gesundheitskompetenz zunächst allein als individuelles Merkmal definiert, d. h. als personelle Fertigkeit und Fähigkeit, die für die eigene Gesundheits-erhaltung wichtigen Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzu-wenden. Neuere Analysen zeigen jedoch, dass Gesundheitskompetenz nicht von individuellen Fä-higkeiten *allein* abhängt, sondern ein Produkt individueller Fähigkeiten *und* der Anforderungen und Komplexitäten des Systems bzw. der Gesundheitsinformationen ist (Parker 2009).

Abbildung 1:
Gesundheitskompetenz als Zusammenspiel von Individuum und Umwelt



Quelle: Parker 2009

Will man Gesundheitskompetenz verbessern, sind daher neben Interventionen auf persönlicher Ebene vor allem Entwicklungen im Bereich der Organisationen bzw. Settings wichtig, um die An-forderungen im Umfeld besser den Fähigkeiten und Möglichkeiten der Nutzer/-innen bzw. Pati-entinnen/Patienten anpassen zu können (Parker 2009; Rudd 2017).

Die Definition einer gesundheitskompetenten Organisation, die 2012 vom Institute of Medicine (USA) veröffentlicht wurde, beschreibt deren Aufgaben wie folgt:

Eine gesundheitskompetente Organisation erleichtert es den Menschen, sich mit Informationen und Diensten zurechtzufinden, diese zu verstehen und zu benutzen, um auf ihre Gesundheit achten zu können. (vgl. Brach et al. 2012)

2.2 Gesundheitskompetente Organisation: Wofür brauchen wir das?

Menschen verbringen einen großen Teil ihrer Zeit in verschiedenen Organisationen – an ihrem Arbeits- oder Ausbildungsplatz, in ihrer Freizeit, beispielweise um Sport zu betreiben oder ihre Einkäufe zu erledigen, aber auch in Arztpraxen, Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen, wenn sie gesundheitliche Probleme haben oder Unterstützung benötigen. Da man Individuen in Organisationen und sogenannten Settings gut erreichen kann, haben sich diese als geeignete Orte erwiesen, die Gesundheit und auch die Gesundheitskompetenz von Individuen positiv zu beeinflussen.

3 Argumente für gesundheitskompetente Organisationen

- *Organisationen und Settings sind ideale Orte, um Menschen zu erreichen.*
 - *Gesundheitskompetenz kann in Organisationen an bestehende Strukturen und Prozesse angebunden werden.*
 - *Organisationale Strukturen und Prozesse haben einen wichtigen Einfluss auf die individuelle Gesundheit von Menschen.*
-

Neben der Erreichbarkeit von Individuen sprechen zwei weitere Argumente für die Nutzung von Organisationen, um die Gesundheitskompetenz zu erhöhen. Zum einen haben Organisationen den Vorteil, dass sie bereits bestimmte Strukturen und Prozesse aufgebaut haben, an die das Kriterium *Gesundheitskompetenz* angebunden werden kann bzw. die gesundheitskompetent „gestaltet“ werden können. Gesundheitskompetenz und Gesundheitsförderung können sich also organisationale Strukturen und Prozesse zunutze machen – es müssen keine neuen Strategien eingeführt werden, sondern bereits etablierte können um Gesundheitskompetenz erweitert werden.

Zum anderen sind gerade diese Strukturen und Prozesse in Organisationen wichtige Einflussfaktoren in Bezug auf die Gesundheit von Individuen und können unterstützend dabei wirken, möglichst gute Entscheidungen für die individuelle Gesundheit zu treffen. Individuen können also in gesundheitskompetenten Organisationen genau dort unterstützt werden, wo sie es benötigen und wo sie gut erreicht werden können.

Organisationen sind also bestens dafür geeignet, die Gesundheitskompetenz von Menschen zu steigern. Gleichzeitig profitieren Organisationen davon, wenn ihre Mitarbeiter/-innen, Kundinnen/Kunden, Patientinnen/Patienten, Nutzer/-innen usw. die Kompetenz haben, für ihre eigene Gesundheit Sorge zu tragen. *Gesundheitseinrichtungen* (Arztpraxen, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen) erreichen bessere Ergebnisse durch gesundheitskompetentere Patientinnen und Patienten, *Betriebe* profitieren von gesünderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, und *Schulen* können durch die Förderung von Gesundheitskompetenz die Lernerfolge ihrer Schülerinnen und Schüler verbessern (Kickbusch et al. 2016; McDaid 2016). Das heißt, jede Organisation – nicht nur Gesundheitseinrichtungen – kann davon profitieren, gesundheitskompetent zu sein und in der Folge mit gesundheitskompetenteren Menschen zu agieren.

Gesundheitsbezogene Einrichtungen haben aufgrund ihrer Aufgaben einen besonderen Stellenwert für die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. Die Komplexität und Unübersichtlichkeit des

Gesundheitssysteme stellen hohe Anforderungen an seine Nutzer/-innen. Viele Patientinnen/Patienten haben Schwierigkeiten, medizinische Informationen oder die Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsmethoden zu verstehen (HLS-EU-Consortium 2012). Zudem ist Fehlkommunikation mit negativen Auswirkungen auf Patientinnen/Patienten und deren Behandlungsergebnisse weitverbreitet (Brach et al. 2012). Missverständnisse treten allerdings nicht nur in medizinisch-fachlichen Situationen auf, sondern auch wenn über Rechnungen, Abläufe im Krankenhaus etc. gesprochen wird. All dies führt zu einem höheren Risiko für Fehlbehandlungen, für erneute Spitäleinweisungen, zu suboptimalen Behandlungsergebnissen, aber auch dazu, dass Personen die Verschreibungen schlechter befolgen und ein schlechteres Selbstmanagement haben (Berkman et al. 2011). Gesundheitsbezogene Einrichtungen sind somit prädestiniert dafür, die Gesundheitskompetenz ihrer Patientinnen/Patienten zu steigern. Auf dem Weg zur gesundheitskompetenten Organisation setzen gesundheitsbezogene Einrichtungen zu Beginn meist an schriftlicher oder mündlicher Kommunikation oder dem Zurechtfinden im System an und schließen nach und nach mehr Ebenen ein (Brach 2017).

Neben gesundheitsbezogenen Einrichtungen bieten viele **andere Settings und Organisationen** unserer Gesellschaft gesundheitsrelevante Informationen an oder haben gesundheitsrelevante Prozesse und Strukturen. Kantinen jeder Art, Kindergärten, Jugendzentren, Schulen, Sportvereinen, Betrieben, Geschäften, Gemeinden, Städten etc. bieten sich vielfältige Möglichkeiten, ihren Nutzerinnen und Nutzern in gesundheitlichen Fragen verständliche Informationen dort bereitzustellen, wo sie ihre alltäglichen Gesundheitsentscheidungen treffen: Was und wie esse ich heute? Wie und wie lange bewege ich mich? Wann und wie kann ich mich entspannen? Wo und wie kann ich meine unterstützenden sozialen Beziehungen pflegen? Daher werden alle diese Settings und Organisationen zu Orten, an denen Gesundheitskompetenz gefördert werden kann (boJA 2016; Kickbusch et al. 2016; Styria vitalis o. J.).

2.3 Was sind die wissenschaftlichen und methodischen Grundlagen dieses Leitfadens?

Die im Kapitel 4 formulierten Teilprozesse bauen auf zwei wissenschaftlichen Traditionen und deren Umsetzungserfahrungen auf:

1. Techniken und Methoden der Organisationsentwicklung und des Projektmanagements

Es hat sich eine Reihe unterschiedlicher Veränderungsstrategien bewährt, die sich zum Teil überschneiden: Transformationsstrategien der *systemischen Organisationsentwicklung*, der *lernenden Organisation*, der *intelligenten Organisation*, der *virtuellen Organisation*, *Business-Reengineering* und *Qualitätsmanagement*. Sie alle wenden Techniken des Veränderungsprozesses an (Grossmann et al. 2015; Pelikan/Wolff 1999), deren Grundprinzip der adäquate Einbezug aller Beteiligten und Betroffenen in den Veränderungsprozess ist. Daher muss die Entwicklung der organisationalen Gesundheitskompetenz keine eigene Methodologie erfinden, sondern kann sich vorhandener Techniken und Methoden der Organisationsentwicklung und des Projektmanagements bedienen, um Organisationen in Richtung erhöhter Gesundheitskompetenz entwickeln zu können (Pelikan 2007).

2. Spezifische Strategien und Tools zur Entwicklung einer gesundheitskompetenten Organisation

Neben den Schritten der Organisationsentwicklung gibt es eine Reihe spezifischer Wege, um organisationale Rahmenbedingungen zur Förderung der Gesundheitskompetenz zu schaffen, und eine Reihe von Strategien, Tools und Methoden, um dies umzusetzen (vgl. Tabelle in Anhang 1): z. B. Kommunikationstechniken, Strategien zur besseren Orientierung in der Organisation bzw. im Setting, Mitarbeiterschulungen etc. Diese Tools-, Strategien- und Maßnahmensammlungen sind als zu diesem Praxisleitfaden komplementäre Instrumente zu verstehen, da sie neben den hier beschriebenen Teilprozessen organisationaler Entwicklung auch Werkzeuge an die Hand geben, die die Eigenschaften einer gesundheitskompetenten Organisation spezifisch integrieren helfen (s. Anhang 1).

3 Erfolgsbedingungen für Veränderung

Jede erfolgreiche Qualitätsverbesserung braucht bestimmte Elemente eines Veränderungsprozesses: eine engagierte Führung und enthusiastische „Champions“ mit dem nötigen Fachwissen, Fähigkeiten in Trainings- und Verbesserungsmethoden, die Bereitschaft, die erforderlichen Strukturen, Prozesse und Personalveränderungen zu schaffen, und das Vertrauen, dass der wahrgenommene Nutzen größer sein wird als die Kosten (Brach 2017).

Klein zu beginnen, gemeinsam zu entwickeln, kleine Erfolge wertzuschätzen, Großes zu erreichen bildet den grundlegenden Zugang zu erfolgreichen Veränderungsprozessen.

Veränderungen lassen sich nicht einfach anordnen, sie brauchen die Akzeptanz seitens der Mitarbeiter/-innen und Zielgruppen. Diese Akzeptanz kann sich nur in einem Prozess der Mitsprache entwickeln, in dem Vertrauen, Verbindlichkeit und Interesse am Erfolg auf allen Ebenen geschaffen werden. Die Beteiligung unterschiedlicher Stakeholder-, Mitarbeiter- und Zielgruppen am Veränderungsprozess ist damit ein Grundprinzip jeder Organisationsentwicklung, v. a. in Richtung gesteigerter Gesundheitskompetenz.

Wie auch für andere Veränderungsprozesse in Organisationen gilt für die gesundheitskompetente Organisation, dass es im Zuge ihrer Etablierung notwendig ist, Strukturen und Prozesse zu schaffen, die neue Lösungen ermöglichen, diese durch Entscheidungen verbindlich zu machen und in den Regelbetrieb zu integrieren (Bellabarba/Schnappauf 1996). Wichtig ist dabei, dass Gesundheitskompetenz kein „add-on“ für die Organisation, also keine zusätzliche Struktur mit zusätzlichem Personalaufwand darstellen soll, sondern ein „add-in“. Das heißt, mittel- und längerfristig soll das Kriterium Gesundheitskompetenz in alle relevanten Entscheidungsprozesse der Organisation eingebunden werden und automatisch mitlaufen, sodass dafür möglichst wenig zusätzlicher Aufwand betrieben werden muss.

Allgemeine Erfolgskriterien und Hinweise für die Gestaltung von Veränderungsprozessen sind (Grossmann et al. 2015):

- für die zu verbessernden Bereiche funktionale Arbeitsformen finden, die Kreativität in der Entwicklung des Neuen ermöglichen, für Irritation sorgen und doch kulturell anschlussfähig sind
- eine Vernetzung von Akteurinnen/Akteuren ermöglichen, durch die Trennlinien in der Organisation und fachliche oder hierarchiebedingte Barrieren überschritten werden können
- einen guten Rhythmus von Entscheidung, Entwicklungsarbeit, neuerlicher Entscheidung und Inkraftsetzung von Ergebnissen finden
- einen guten zeitlichen Spannungsbogen in der Veränderung der Arbeit vorsehen, d. h. auch einen guten Abstand zwischen den Events, der Zeit für die Vorbereitung darauf und eine Verbindung mit dem Alltagsgeschäft ermöglicht, aber trotzdem eine gewisse Spannung im Prozess aufrechterhält

- durch die Art der Zusammenarbeit in der Entwicklung und in der Implementierung das Neue auch schon erproben und kulturell einführen
- geschützte Räume für Entwicklung und Erprobung eröffnen, aber gleichzeitig gut an die Alltagsorganisation angeschlossen bleiben
- zeitliche und personelle Ressourcen sorgfältig einsetzen, aber auch so viel wie notwendig investieren, damit die Entwicklung und Verankerung des Neuen möglich wird
- Mitarbeiter/-innen früh einbinden und kontinuierlich informieren.

Es ist wichtig, die eingeführten Veränderungsstrukturen und -prozesse reversibel und flexibel zu halten. Sie müssen einerseits mittelfristig die Stabilität des Prozesses garantieren und auf diese Weise Sicherheit und Orientierung geben, andererseits offengehalten werden für neue Themen, Ereignisse und Rahmenbedingungen. Die Entscheidung über die Gestaltung der Veränderungsprozesse stellt eine starke Interventionsmöglichkeit dar, über welche Führungskräfte verfügen. Deren Hauptaufgabe ist nicht die Erarbeitung inhaltlicher Lösungen, sondern die Organisation des Erarbeitens von Lösungen.

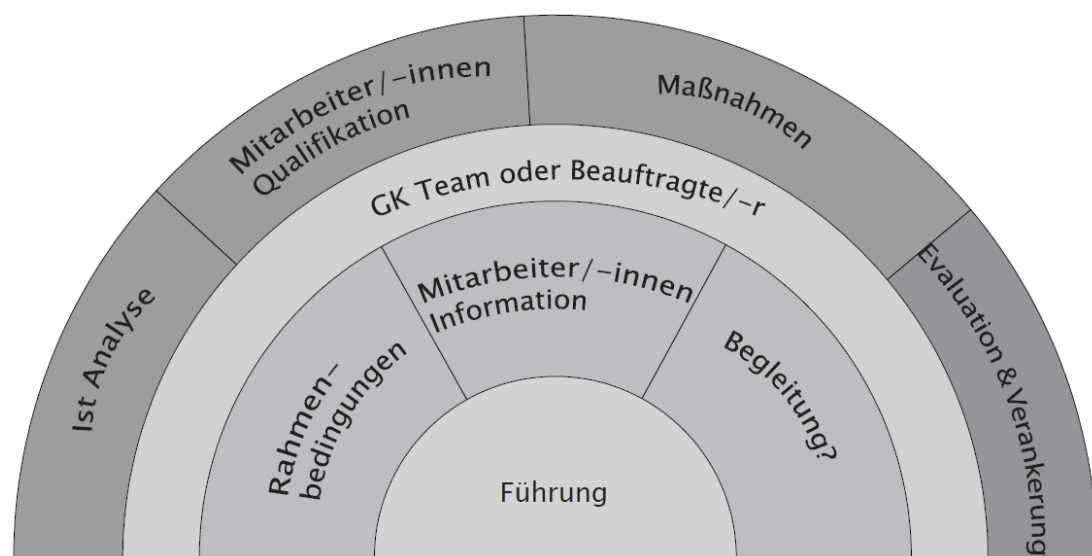
Eine gesundheitskompetente [Gesundheits-]Organisation zu werden passiert nicht über Nacht, und es kann überwältigend erscheinen [...]. Sich mit jedem der miteinander verbundenen Bereiche zu befassen hilft auf dem Weg, eine gesundheitskompetente Organisation zu werden. Es ist kein schrittweiser Prozess, und es gibt nicht den einen richtigen Anfangspunkt. Es müssen in allen Bereichen Fortschritte gemacht werden, um Ergebnisse zu erzielen, die im Laufe der Zeit aufrechterhalten werden können. Denken Sie zu Beginn daran, dass Menschen auch aus kleinen Schritten lernen. Eine kleine Änderung in einem Bereich kann ein großer Schritt nach vorn sein. Und kleine Verbesserungen ermutigen die Menschen, mehr zu tun. (vgl. Abrams et al. 2014)

4 Praxisleitfaden: Die wichtigsten Teilprozesse

Im Folgenden werden neun Teilprozesse skizziert, die einen Organisationsentwicklungsprozess in Richtung erhöhter Gesundheitskompetenz ermöglichen sollen.

- *Teilprozess 1:* Die **Führung** der Organisation gewinnen und Führungsrollen aktiv gestalten
- *Teilprozess 2:* Unterstützende **Rahmenbedingungen** und Anreize für Veränderung in der Organisation schaffen
- *Teilprozess 3:* **Mitarbeiter/-innen informieren** und einbinden
- *Teilprozess 4:* **Fachliche Begleitung** hinzuziehen?
- *Teilprozess 5:* Eine(n) **Gesundheitsbeauftragte(n)** definieren und ein **Gesundheitskompetenzteam** bilden
- *Teilprozess 6:* **Ist-Zustand** analysieren und Ziele ableiten
- *Teilprozess 7:* **Maßnahmen** planen und umsetzen
- *Teilprozess 8:* **Mitarbeiter/-innen qualifizieren**
- *Teilprozess 9:* **Evaluieren** und **Erfolge dauerhaft verankern**

Abbildung 2:
Teilprozesse

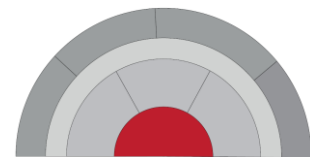


Quelle: GÖG-eigene Darstellung

In Abbildung 2 werden die Teilprozesse im Überblick dargestellt. Ausgehend von Teilprozess 1, „Führung“, der zumeist am Anfang eines Organisationsentwicklungsprozesses steht, kann die Organisation verschiedene Wege durch diese Teilprozesse wählen. Es gibt keinen linearen Weg zur gesundheitskompetenten Organisation, die Abfolge hängt vielmehr von den individuellen Rah-

menbedingungen der jeweiligen Organisation ab. Meist ist es sinnvoll, zuerst mit den grundlegenden Prozessen zu beginnen, die im zweiten Bogen von innen dargestellt werden („Rahmenbedingungen“, „Mitarbeiter/-innen informieren“ und „Begleitung hinzuziehen?“). Häufig münden diese in die Etablierung eines GK-Teams oder die Berufung einer mit GK beauftragten Person (3. Bogen), die entscheidend für die weiteren Teilprozesse der operativen Umsetzung sind. Schließlich können die Elemente des vierten Bogens in Angriff genommen werden: Analyse des Ist-Zustands, Planung und Umsetzung von Maßnahmen, Qualifikation von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern sowie Evaluation und dauerhafte Verankerung.

Teilprozess 1: Die Führung der Organisation gewinnen und Führungsverantwortung aktiv gestalten



Den Führungskräften kommt eine zentrale Rolle in der Organisationsentwicklung zu. Sie sind Auftraggeber/-innen, Entscheider/-innen und Promotorinnen/Promotoren des Prozesses. Sie bestimmen die Ziele und Rahmenbedingungen für die Entwicklung des Neuen und setzen neue Lösungen in Kraft. Sie bringen Kraft und Macht für die Durchsetzung der Veränderung ein (Grossmann et al. 2015). Führungskräfte entscheiden letztlich, wer in welcher Weise aktiv in den Veränderungsprozess einbezogen werden soll. Für die Entwicklung und Umsetzung sind sie auf andere angewiesen: nachgeordnete Führungskräfte, interne Spezialistinnen/Spezialisten, Mitarbeitergruppen, Kooperationspartner etc. Führungskräfte und ihre Helfer/-innen sind Manager/-innen des Veränderungsprozesses.

„Je mehr Personen im Prozess eine Rolle zugewiesen bekommen, desto besser die Chancen für die Qualität und Akzeptanz der Ergebnisse; ein altes Prinzip der Gemeinwesenarbeit.“

(Grossmann et al. 2015)

Dauerhafte Unterstützung durch die Führung ist wesentlich für die erfolgreiche und langfristige Umsetzung von Maßnahmen zur Förderung von Gesundheitskompetenz in der Organisation (Brach et al. 2012). Um dies zu erreichen, ist es wichtig, dass Führungskräfte die Grundkonzepte von Gesundheitskompetenz selbst verstehen, sich der Wichtigkeit von Gesundheitskompetenz bewusst sind und die nötigen Schritte der Organisationsentwicklung in Richtung gesteigerter Gesundheitskompetenz bewusst fördern und unterstützen. Dazu gehören die Verankerung von Gesundheitskompetenz in Strategiedokumenten der Organisation (z. B. Leitbild) und die Festlegung eines expliziten Ressourcenrahmens (Zeitbudget für Mitarbeiter/-innen) für Gesundheitskompetenz.

Wichtig ist, dass Führungskräfte bereits in der Vorbereitungsphase für das Thema Gesundheitskompetenz sensibilisiert und gewonnen werden. Durch (wiederkehrende) Sensibilisierungs- und Qualifizierungsmaßnahmen in Bezug auf gesundheitskompetente Organisation für die Führungskräfte selbst werden deren Identifikation mit gesundheitskompetenter Organisation und deren Engagement dafür gewährleistet. Das Engagement der Führungskräfte ist von größter Bedeutung

für den gesamten Prozess, insbesondere auch wenn die Initiative zu diesem Prozess von engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ausgeht.

Wichtige Ergebnisse des Teilprozesses:

- Die Führungskräfte verstehen die Bedeutung und Wichtigkeit von Gesundheitskompetenz.
- Eine klare Entscheidung der Führung für den Veränderungsprozess liegt vor.
- Die Führung legt ein explizites Budget für Gesundheitskompetenz fest.
- Die Führung hat die Notwendigkeit des eigenen kontinuierlichen Engagements verstanden.
- Gesundheitskompetenz ist in Strategiedokumenten der Organisation (z. B. im Leitbild) verankert.

Teilprozess 2: Unterstützende Rahmenbedingungen und Anreize für Veränderung in der Organisation schaffen



Es hat sich bewährt, von Beginn an unterstützende Rahmenbedingungen und Anreize für den geplanten Veränderungsprozess zu schaffen, um Gesundheitskompetenzmaßnahmen gut implementieren zu können. Interne Rahmenbedingungen und Anreize, die Organisationen schaffen können, sind insbesondere:

- **Engagierte Personen** („Change-Champions“, „glühende Verfechterin / glühender Verfechter“, vgl. Brach (2017)) sind entscheidender Motor des Veränderungsprozesses. Sie leisten Überzeugungsarbeit. Das „ganze Dorf“ ist nötig, um Organisationen zu transformieren. Und es sind die glühenden Verfechter/-innen, die die nötige Begeisterung einbringen.
- **Prämien/Weiterbildungsmaßnahmen:** Die Organisation könnte Prämien oder Weiterbildungsmaßnahmen anbieten, um das Engagement und die Umsetzungskompetenz der Mitarbeiter/-innen zu stärken und gesundheitskompetentere Dienstleistungen in die Praxis umzusetzen.
- **Benchmarking:** Ein möglicher Anreiz für eine Organisationsentwicklung ist der systematische Vergleich eigener Fähigkeiten und Leistungsdaten mit anderen Organisationen (Benchmarking). Systemisch betrachtet, wird durch das Aufzeigen von Unterschieden, ein selbstständiger Verarbeitungsprozess angeregt. Die damit einhergehende Analyse von Fähigkeitsdefiziten kann einen wirksamen Auslöser von Lernprozessen darstellen (Heideloff 1997). Es ist zu empfehlen, jede Möglichkeit zum Benchmarking (in Hinblick auf organisationale Gesundheitskompetenz) wahrzunehmen.
- **Nutzen:** Organisationsentwicklung in Richtung Gesundheitskompetenz kann Nutzen auf unterschiedlichen Ebenen bringen. Wenn diese verdeutlicht werden, können wichtige Anreize für die Organisation geschaffen werden. Für die Führungsebene ist der mit dem Status als gesundheitskompetente Organisation einhergehende Imagegewinn der Organisation in der Öffentlichkeit interessant; für operativ tätige Mitarbeiter/-innen am Kundenschalte kann es die Zeiterparnis sein, die durch Teach-back-Methoden im Umgang mit Kundinnen/Kunden entsteht.

Das Bereitstellen der notwendigen Rahmenbedingungen (Investitionen) für Gesundheitskompetenzmaßnahmen innerhalb der eigenen Organisation braucht häufig auch die **Unterstützung übergeordneter Einrichtungen** (z. B. Trägerorganisationen) bzw. wesentlicher Stakeholder (z. B. lokale Politik) im Umfeld. Diese können durch nationale und lokale Strategien Gesundheitskompetenz priorisieren und über rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen Anreize für die Organisation schaffen (Pelikan 2007). Es kann dabei wichtig sein, dass die Organisation diese politische Unterstützung aktiv sucht, um den „nötigen Rückenwind“ für den Veränderungsprozess in Richtung gesteigerter Gesundheitskompetenz zu schaffen. Mithilfe eines **Selbsteinschätzungsinstruments** (vgl. ÖPGK 2018) kann die Prämierung mit Zertifikaten oder Preisen (z. B. in Bronze, Silber oder Gold) verbunden werden. Dies wird teilweise auch organisationsübergreifend angeboten. So vergibt das bundesweite Netzwerk „Gesundheitskompetente Jugendarbeit“ in einem dreistufigen Auditverfahren Bronze-, Silber- oder Goldauszeichnungen an Einrichtungen der offenen Jugendarbeit (bOJA 2016).

Weitere Unterstützungen übergeordneter Einrichtungen betreffen den Einbau von Gesundheitskompetenz in Zielvereinbarungen bzw. in Leistungsverträge, gezielte Personalplanung und -entwicklung, Förderung von Infrastrukturen (z. B. Koordinations- und Kompetenzzentren für Gesundheitskompetenz). Auch die Durchführung organisationsübergreifender Projekte der Trägereinrichtung (z. B. mit dem Ziel des Benchmarkings) und die Erstellung von Leitlinien für die Umsetzung von Gesundheitskompetenz in Organisationen sind für gesundheitskompetente Organisationen wichtig.

Wichtige Ergebnisse des Teilprozesses:

- Die Führung hat „engagierte Personen“ (Change-Champions) für den Veränderungsprozess in allen relevanten Bereichen gewonnen.
- Change-Champions leisten kontinuierlich Überzeugungsarbeit im Organisationsentwicklungsprozess.
- Den engagierten Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern, Teams und Subeinheiten der Organisation werden Anreize (Dank, Wertschätzung, Sichtbarkeit, Zertifikate, Prämien ...) für ihr Engagement geboten.
- Die Organisation sucht qualitätsvolle externe und interne Vergleichsmöglichkeiten.
- Kooperationen mit übergeordneten Einrichtungen und dem politischen Umfeld sind etabliert.
- Notwendige rechtliche, finanzielle und politische Rahmenbedingungen sind geschaffen.

Teilprozess 3: Mitarbeiter/-innen informieren und einbinden



Wird eine Organisationsentwicklung eingeleitet, heißt dies, ein neues soziales System / ein eigenständiges „Entwicklungsprojekt“ zu schaffen. Das bedeutet für die involvierten Personen, zwei Systemen anzugehören. Wenn die Organisationsentwicklung keine eigene Arbeitskultur herausbildet, verharren die Mitarbeiter/-innen in erster Linie in ihren etablierten Arbeitssystemen. Nur wenn sie aus dieser Rolle und den damit verbundenen Kommunikationsmustern heraustreten und in einen neuen Arbeitszusammenhang eintreten, kann auch etwas Neues erarbeitet werden.

Diese Gleichzeitigkeit von Alltag und Veränderungsvorhaben führt häufig zu Widersprüchen (die Beteiligung an unterschiedlichen Aufgaben, die Loyalität gegenüber verschiedenen Aufgaben sowie verschiedene zeitliche Anforderungen), die es durch aufmerksame Wahrnehmung von Unsicherheiten und durch klärende Kommunikation zu bearbeiten gilt. Dem Aufbau einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung mit den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern während des Organisationswandels, hergestellt durch konsistente Kommunikation, kommt eine große Bedeutung zu. Führungskräfte haben in Veränderungsprozessen die Aufgabe, Zuversicht zu verbreiten. Klare und transparente Kommunikation über das Veränderungsvorhaben ist unabdingbar für eine erfolgreiche Veränderung, da nur auf diese Weise das Engagement der Mitarbeiter/-innen gewährleistet wird.

Erfolgreiche interne Kommunikation umfasst drei Ebenen: Mitarbeiter/-innen, Team und Organisation. Diese drei Gruppen müssen mit geeigneten Kommunikationsmitteln und -maßnahmen angesprochen werden, um ein konsistentes Bild des Wandels zu erzeugen. So kommen die notwendigen Botschaften bei den jeweiligen Interessengruppen an.

Elemente einer zielgerichteten Kommunikationsstrategie bei Veränderungen sind:

- Veränderungsziel und, daraus abgeleitet, Kommunikationsziele und -umfang definieren
- analysieren, wer betroffen ist, und diese Gruppen in die Kommunikation einbeziehen
- konsistente Kommunikationsstrategie planen und implementieren
- Kernbotschaften formulieren und geeignete Kommunikationsmedien auswählen
- Kernbotschaften während des gesamten Veränderungsprozesses evaluieren und verfolgen
- unterschiedliche Kommunikationskanäle nutzen

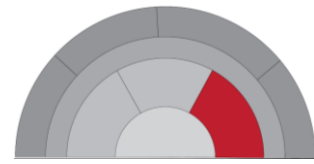
Die Ziele der Veränderung stehen im Mittelpunkt der Kommunikation: Werden Mitarbeiter/-innen über die geplanten Schritte ausreichend informiert, jedoch über das Ziel und die Gründe der Veränderung im Unklaren gelassen, ist ihre Bereitschaft zur tatsächlichen Verhaltensveränderung geringer.

Mitarbeiter/-innen müssen gut in den Kommunikationsprozess eingebunden werden. Ihre Bedenken und Erwartungen sind wichtige Hinweise für die Gestaltung des Veränderungsprozesses. Rückkoppelung in Form von Feedback erhöht die Akzeptanz und die Passung zwischen dem Veränderungsprozess und der tatsächlichen Situation in der Organisation. Eine gut geplante Kommunikationsstrategie umfasst daher immer eine gelungene Mischung aus Informationselementen und Feedbackschleifen (z. B. organisationsinterne Veranstaltungen, Newsletter).

Wichtige Ergebnisse des Teilprozesses:

- Organisationsinterne Information über das Veränderungsvorhaben und dessen Ziele wird über unterschiedliche Medien (z. B. Intranet, Rundbrief etc.) früh und im Verlauf regelmäßig geboten.
- Die Führung beteiligt sich glaubwürdig und konsistent an der Kommunikation mit den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern.
- Partizipative Kommunikationsräume und der Einbau dazugehöriger Feedbackschleifen für alle Mitarbeiter/-innen werden geboten und genutzt

Teilprozess 4: Hinzuziehen fachlicher Begleitung



Bereits früh in der Vorbereitung des Organisationsentwicklungsprozesses sollte entschieden werden, ob dem Veränderungsprozess Organisationsberater/-innen und/oder fachliche Berater/-innen zur Seite gestellt werden sollen. Deren etwaige Beauftragung erfolgt über die Führungskräfte.

Dem phasenweisen Einbezug von Beraterinnen/Beratern in den Organisationsentwicklungsprozess liegt das Ziel zugrunde, durch ihren Einsatz zusätzliches Organisationsentwicklungs-Know-how in der Organisation aufzubauen und die internen Entscheidungsinstanzen in ihrer Rolle zu stärken. Externe Organisationsberater/-innen helfen bei der Gestaltung der geeigneten Veränderungsprozesse und -instrumente.

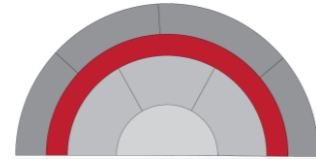
Gerade in der Implementierungsphase, der schwierigsten Phase im gesamten Veränderungsprozess, können Organisationsentwickler/-innen sehr nützlich sein, z. B. was die Gestaltung und Moderation von Meetings betrifft oder wenn es darum geht, Implementierungsstrukturen zu errichten. Häufig kann eine externe Beratung v. a. in der Selbstbewertung einer Organisation (Assessment) von Nutzen sein. Oft sehen Organisationen nur, was sie im Laufe ihrer Geschichte zu sehen gelernt haben, wobei ihnen (aufgrund der sogenannten Betriebsblindheit) viele wichtige Details entgehen. Die Hauptaufgabe externer fachlicher Begleitung liegt in der systematischen Erhellung des relevanten Wissensumfeldes einer Organisation.

Organisationsentwicklung und die Implementierung von Gesundheitskompetenz können auch ohne externe Unterstützung funktionieren. Genauso wie bei allen anderen Teilprozessen ist auch hier die Entscheidung optional – fachliche Beratung kann hilfreich sein, hat aber auch ihre Grenzen, wenn sie zum Beispiel zu Konkurrenz und Konflikten mit den Führungskräften führt. Eine mögliche Zwischenlösung ist beispielsweise, sich nur in bestimmten Phasen Unterstützung zu holen oder eigenes Personal in Richtung Organisationsentwicklung weiterzubilden.

Wichtige Ergebnisse des Teilprozesses:

- Die Entscheidung über das Hinzuziehen fachlicher Begleitung ist gefällt.
- Bei Bedarf sind Fachberater/-innen ausgewählt und beauftragt.
- Notwendiges Know-how in Sachen Organisationsentwicklung und Gesundheitskompetenz steht der Organisation zur Verfügung.

Teilprozess 5: Eine(n) Beauftragte(n) für Gesundheitskompetenz definieren und ein Gesundheitskompetenzteam bilden



Die operative Zuständigkeit für organisationale Gesundheitskompetenz soll innerhalb der Organisation klar geregelt werden. Die Führung beauftragt eine verantwortliche Person, eine(n) „Gesundheitskompetenzbeauftragte(n)“, die den Organisationswandel koordiniert.

In größeren Organisationen wird am besten ein engagiertes interdisziplinäres, interhierarchisches Team für Gesundheitskompetenz gebildet, das deren Verbesserung koordinieren soll. Da sich organisationale Gesundheitskompetenz prinzipiell auf alle Aufgaben und Einheiten einer Gesundheitseinrichtung bezieht, ist zu empfehlen, Mitarbeiter/-innen aus verschiedenen Bereichen, Disziplinen und Hierarchien am Gesundheitskompetenzteam zu beteiligen. Dessen angemessene Größe und Zusammensetzung hängen also vom Umfang und der Gliederung der Organisation ab. So kann für eine kleine überschaubare Organisation die/der Beauftragte allein oder mit einem kleinen Team von zwei bis drei Personen ausreichend sein, während in großen, vielschichtigen Organisationen Teams von 10 bis maximal 15 Personen die unterschiedlichen Perspektiven repräsentieren und zusammenarbeiten sollen.

Die Mitgliedschaft von langgedienten Mitarbeiterinnen/-Mitarbeitern mit hoher Akzeptanz vonseiten der Führung, aber auch seitens der Belegschaft ist von entscheidender Bedeutung. *Wissenskapital* (Personen, die über die notwendigen unterschiedlichen Kenntnisse verfügen), *Beziehungskapital* (Mitarbeiter/-innen mit hoher Akzeptanz vonseiten der Führung sowie der Belegschaft), *Betroffene* (betroffene Organisationseinheiten wie z. B. Leitung, Qualitätsmanagement, Personalentwicklung, Verwaltung etc.) sowie *Entscheidungskapital* (Personen, die durch Position und Funktion in der Organisation Einfluss haben) sind die Ressourcen, über die ein Gesundheitskompetenzteam verfügen sollte. Die Führungskraft zieht die Entscheidungen nicht an sich; das Gesundheitskompetenzteam trifft autonome Entscheidungen im Auftrag der Führung. Regeln und Vereinbarungen für die (Zusammen-)Arbeit werden partizipativ im Team erarbeitet. Das Gesundheitskompetenzteam braucht v. a. in der Anfangsphase geschützte Arbeitsphasen, z. B. Klausurtagungen.

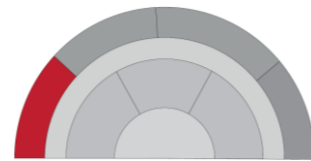
Wichtig ist es, eine Balance zwischen der Notwendigkeit einer Lokalisierung von Verantwortlichkeit für Gesundheitskompetenz (auf der einen Seite) und der Wichtigkeit, dass jede Mitarbeiterin / jeder Mitarbeiter Gesundheitskompetenz lebt (auf der anderen Seite), herzustellen (Brach 2017).

Diese (dezentralen) Entwicklungsprozesse fordern oft das Organisationsverständnis hierarchischer Verwaltungsstrukturen heraus und stehen im Widerspruch zur Idee der zentralen Steuerung und flächendeckenden Implementation von Gesundheitsprogrammen (Pelikan et al. 1993). Daher bedarf es in einer großen Organisation unter Umständen neben dem Gesundheitskompetenzteam auch einer **Steuerungsgruppe**, in der das Gesundheitskompetenzteam einen gesicherten Zugang zu den Entscheidungsträgerinnen/-trägern hat und diese die Aufträge mit dem Gesundheitskompetenzteam aushandeln, Zwischenberichte zur Kenntnis nehmen und ggf. eine Nachsteuerung veranlassen.

Wichtige Ergebnisse des Teilprozesses:

- Die Führung hat eine(n) verantwortliche(n) Gesundheitskompetenzbeauftragte(n) eingesetzt.
- Die Führung hat ein interdisziplinäres, interhierarchisches Gesundheitskompetenzteam gebildet.
- Geschützte Arbeitsphasen für das Gesundheitskompetenzteam sind möglich und werden genutzt.
- Die Führung nimmt die Arbeitsergebnisse des Gesundheitskompetenzteams zur Kenntnis und fällt, darauf aufbauend, notwendige Entscheidungen.

Teilprozess 6: Ist-Analyse und Zielableitung



Die Ist-Analyse (Diagnose) dient dazu, die Gesundheitskompetenz-Ausgangslage in der Organisation – unter Beteiligung der Mitarbeiter/-innen (und ggf. der Nutzer/-innen) zu erheben und zu untersuchen. Wie für andere Organisationsentwicklungsvorhaben gilt auch für die Implementierung von Gesundheitskompetenz, dass die Auswahl, Planung und Umsetzung der Maßnahmen auf den Ergebnissen dieser Bestandsaufnahme der Ausgangslage aufbauen sollte. Als Werkzeug für ein derartiges Assessment kann das Selbsteinschätzungsinstrument für Gesundheitskompetenz in Gesundheitseinrichtungen dienen (ÖPGK 2018). Inzwischen stehen auch Einschätzungsinstrumente für gesundheitskompetente Jugendarbeit, Gemeinden und Schulen zur Verfügung (boJA 2016; HVB 2018; Styria vitalis o. J.).

Gemäß dem Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen (nach Pelikan/Dietscher 2015) sind folgende 8 Aspekte oder Standards zentral:

1. organisationale Kapazitäten, Infrastrukturen und Ressourcen für Gesundheitskompetenz bereitstellen
2. Materialien und Angebote partizipativ entwickeln und evaluieren
3. Mitarbeiter/-innen für gesundheitskompetenten Umgang mit Patientinnen/Patienten qualifizieren
4. eine unterstützende Umwelt schaffen – Navigationshilfen
5. gesundheitskompetente Kommunikation mit Patientinnen/Patienten sicherstellen – mündlich, schriftlich, audiovisuell, digital, muttersprachlich
6. Gesundheitskompetenz von Patientinnen/Patienten und deren Angehörigen durch Lernangebote verbessern
7. Gesundheitskompetenz der Mitarbeiter/-innen verbessern und dadurch zu deren eigener Gesundheit beitragen
8. zur Gesundheitskompetenz in der Region beitragen

Außerdem zielt die Ist-Analyse darauf ab, einen Reflexions-/Sensibilisierungs-/Bewusstwerdungsprozess in Bezug auf Gesundheitskompetenz in der Organisation einzuleiten. Meist wird die Selbsteinschätzung bzw. Ist-Analyse durch das Gesundheitskompetenzteam durchgeführt, häufig

mit fachlicher Begleitung (siehe Teilprozess 4). Dieses Team soll möglichst alle wesentlichen Bereiche und Perspektiven der Organisation vertreten und wird je nach deren Größe 2–15 Personen umfassen (siehe Teilprozess 5). Ein prototypischer Ablauf einer Ist-Analyse ist im Selbsteinschätzungsinstrument für Gesundheitskompetenz in Gesundheitseinrichtungen beschrieben (ÖPGK 2018). Ausgehend von Einzelanalysen der Teammitglieder, wird eine Gesamteinschätzung erarbeitet, aus der Entwicklungsbereiche, -ziele und erste Maßnahmen abgeleitet werden.

Wichtige Ergebnisse des Teilprozesses:

- Die Ergebnisse der Ist-Analyse/Selbsteinschätzung liegen vor.
- Die Ziele des Verbesserungsprozesses sind formuliert und mit der Führung abgestimmt.
- Eine Liste prioritärer Entwicklungsbereiche liegt vor.
- Erste Vorschläge für Verbesserungsmaßnahmen liegen vor.

Teilprozess 7: Maßnahmenplanung und Umsetzung



Als Ausgangspunkt für eine systematische Planung zielgerichteter Maßnahmen können die Einschätzungsergebnisse der Ist-Analyse (siehe Teilprozess 6) dienen, die für die Organisation Wissen hinsichtlich des eigenen Status quo und des Bewusstseins ihrer eigenen Fähigkeiten schafft.

Häufig beginnen aber Organisationen den Entwicklungsprozess in Richtung gesundheitskompetenter Organisation damit, zunächst an konkreten und drängenden Alltagsproblemen anzusetzen: Die Kundinnen/Kunden legen gehäuft Beschwerden wegen unverständlicher Unterlagen ein, Patientinnen/Patienten verirren sich in Krankenhäusern, es gibt Schadenersatzklagen wegen schlechter Aufklärung etc. Dort, wo der „Leidensdruck“ und das Problembewusstsein in der Organisation bestehen, kann am leichtesten begonnen werden. Zunächst muss ein „sense of urgency“, ein *Bewusstsein für die Dringlichkeit* erreicht werden (Kotter 1995). Wenn erste Erfolge bei diesen Ausgangsproblemen erzielt sind, werden systematischere Umsetzungsanstrengungen realistischer.

In der Planungsphase ist es notwendig, die Ziele, Zielgruppen und Umsetzungsschritte zu schärfen: Wie gut eignen sich die geplanten Maßnahmen für die spezifischen Zielgruppen, mit denen die Organisation arbeitet? Was soll zuerst umgesetzt werden und wie umfassend? Die Herausforderung ist, die Maßnahmen effektiv und passend zu gestalten, d. h. Veränderungen nach Möglichkeit zu testen, zu adaptieren und zu verbessern, bevor diese Eingang in die Alltagsstruktur einer Organisation finden (= Maßnahmenplanung und Umsetzung in einem zirkulären, partizipativen Prozess).

In Anhang 2 finden sich zahlreiche Tools- und Strategiesammlungen, wie Organisationen sich in den Feldern „Verbesserung von Zugang und Navigation“, „effektive Kommunikation“, „Einbeziehung der Zielgruppe“, „Schulung der Mitarbeiter/-innen“, „Führung und Management“ sowie „bedürfnisgerechte Versorgung der Bevölkerung“ weiterentwickeln können. Hier zur Illustration einige einfache Maßnahmenbeispiele:

- Testung des Leitsystems der Einrichtung durch bewusste Begehung (z. B. Walking-Interview)
- Implementierung von „3 Fragen für meine Gesundheit“ (ÖPGK 2019a)
- Gesundheitskompetenzcoaching für Kundinnen/Kunden
- Training von Rückbestätigungstechniken in der Kommunikation mit der Zielgruppe (z. B. Teach-back)
- Kommunikationstrainings für Mitarbeiter/-innen (ÖPGK 2019b)
- Nutzertestungen einrichtungseigener Informationsmaterialien oder Formulare (z. B. Gesundheitsinformationen in der Kantine; Krankenversicherungsformulare)
- systematischer Check einrichtungsfremder Informationsmaterialien in Hinblick auf Interessenunabhängigkeit, Aktualität, Verständlichkeit etc.

Wichtige Ergebnisse des Teilprozesses:

- Das Gesundheitskompetenzteam und die Führung haben ein schrittweises Vorgehen – mit Bedacht auf die verfügbaren Ressourcen – geplant (Arbeitsplan).
- Für die Maßnahmen wurden evidenzbasierte Instrumente und Programme ausgewählt.
- Es werden Maßnahmen umgesetzt und schrittweise ausgeweitet.
- Für die Umsetzung der Maßnahmen werden Feedbackmechanismen und Evaluationen eingesetzt, die den (Miss-)Erfolg einschätzbar machen.
- Der Entwicklungsprozess ist auf nachhaltige Lösungen ausgerichtet und sieht Schritte zur Verankerung bewährter Maßnahmen in den Alltagsroutinen vor.

Teilprozess 8: Mitarbeiter/-innen qualifizieren



Gesundheitskompetenz im Rahmen von Organisationsentwicklung umzusetzen verlagert das Aufgaben- und Qualifikationsspektrum von Führungskräften, Verwaltungspersonal, Pflegekräften, Ärztinnen/Ärzten, Lehrerinnen/Lehrern, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern etc. Neues Fachwissen, neue Qualifikationen und neue Expertise werden dafür benötigt.

Organisationsbezogenes Wissen und soziale Kompetenzen für die Arbeit mit Gruppen in Organisationen sind Teil jener Ressourcen, die v. a. für jene verfügbar sein sollen, die mit der Koordination des Organisationswandels beauftragt sind (siehe Teilprozess 4 und Teilprozess 5).

Eine Ermöglichung der Qualifizierung von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern beispielsweise für Leitungsaufgaben kommt dem Organisationsentwicklungsprozess v. a. in Gesundheitseinrichtungen zugute, da dort die Wichtigkeit sozialer und organisatorischer Arbeit oft als sekundär eingestuft wird.

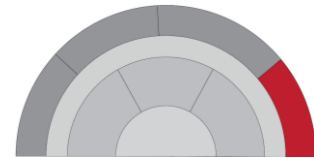
Da Mitarbeiter/-innen eine entscheidende Rolle bei der Vermittlung von Information an die Kundinnen/Kunden spielen und da Mitarbeiter/-innen mit höherer Gesundheitskompetenz die besseren Kommunikatorinnen/Kommunikatoren sind, ist die Sensibilisierung und Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern rund um das Thema Gesundheitskompetenz eine wichtige Voraussetzung für eine gesundheitskompetente Organisation. Schulungen bieten eine Möglichkeit, die

Bereitschaft von Berufsgruppen zur Verwendung klarer Kommunikationsstrategien zu steigern (Mackert et al. 2011). Gesundheitskompetente Organisationen berücksichtigen, dass alle Mitarbeiter/-innen sämtlicher Berufsgruppen Schulungen in Gesundheitskompetenz benötigen. Hinweise bezüglich empfohlener Inhalte von Mitarbeiterschulungen im Bereich Gesundheitskompetenz finden sich in der Übersichtstabelle in Anhang 2 (siehe Spalte „Mitarbeiterschulung“).

Wichtige Ergebnisse des Teilprozesses:

- Gesundheitskompetenz ist systematisch in die Personalentwicklung und die Einschulung neuer Mitarbeiter/-innen eingebaut.
- Notwendiges Know-how in Sachen Organisationsentwicklung und Gesundheitskompetenz steht den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern zur Verfügung

Teilprozess 9: Evaluation und dauerhafte Verankerung



Um aus Maßnahmen einen bleibenden Nutzen zu erzielen, sie sichtbar zu machen und durch sie Lernerfolge zu erzielen, ist es unumgänglich, die Maßnahmen einer Evaluation zu unterziehen. Evaluation/Auswertung in diesem Sinne soll ein sozialer Lernprozess sein, ein kommunikativer Vorgang, bei dem die Verankerung der Maßnahmenerfahrungen in der Alltagsroutine der Organisation erfolgt. Vordergründiges Ziel ist, die Ergebnisse der Maßnahmen in der Organisation zu verbreiten/kommunizieren, zur bisherigen Arbeit in Beziehung zu setzen und Entscheidungen in Bezug auf die Frage vorzubereiten, wie die Evaluationsergebnisse in die Alltagsarbeit der Organisation übernommen werden. Bewährte Prozesse und Maßnahmen sollten Eingang in die Struktur einer Organisation finden, d. h. sie werden in den Regelbetrieb übernommen, andere möglicherweise adaptiert. Im Sinne einer kontinuierlichen Lernschleife beginnt der Prozess wieder von neuem.

In der Implementierungsforschung spricht man dann von „full operation“, also der vollen Implementierung eines neu eingeführten Programms, wenn die neuen Strukturen in die Arbeitspraktiken eingefügt wurden (Fixsen et al. 2005). Damit ist die Implementierung allerdings noch nicht abgeschlossen, denn es folgen noch zwei weitere Phasen: die „Innovation“ und die „Nachhaltigkeit“ bzw. dauerhafte Verankerung: Die Organisation lernt aus ihren Erfahrungen und adaptiert dadurch das Programm auf innovative Weise. Erst in dieser letzten Phase kann es vollständig in der Organisation verankert werden kann.

Evaluation als Teilprozess ist hier sehr wichtig, um möglichst systematische Lernerfolge zu beobachten. Sie sollte hier keine abgekoppelte Form der Beobachtung organisatorischer Abläufe sein, sondern im Sinne einer „formativen Evaluation“ den weiteren Entwicklungsprozess (informativ) unterstützen. Zur Evaluation gehört deshalb die regelmäßige Rückkoppelung betreffend den Status quo des zu verändernden Systems an die verschiedenen Beteiligengruppen als Nachweis für Zielerreichungen und -verfehlungen sowie als Anreiz für fortlaufende Anpassungen.

Für Maßnahmen zur Erreichung spezifischer Teilziele sind jeweils adäquate Evaluationsdesigns zu entwickeln, die nach Möglichkeit sowohl auf Prozesse als auch auf Ergebnisse der Maßnahmen

fokussieren und es erlauben, einen Zusammenhang zwischen beiden herzustellen (BMGFJ 2008). Hilfreich sind hierfür Methodenhandbücher zur Evaluation (vgl. Stockmann 2007). Vor allem bei größeren Unterfangen kann angedacht werden, eine externe Evaluation zu beauftragen.

Wichtige Ergebnisse:

- Die Entscheidung für eine aussagekräftige Evaluation der gesetzten Maßnahmen ist gefällt.
- Ein Evaluationsdesign ist erarbeitet.
- Die Ergebnisse der Evaluation der Maßnahmen stehen der Führung und den betroffenen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern zur Verfügung.
- Bewährte Prozesse und Maßnahmen finden Eingang in die Strukturen der Organisation.

Literatur

- (INQA), Initiative Neue Qualität der Arbeit (2011): Gesundheitskompetenz in Unternehmen gestalten und umsetzen. Ein Handlungsleitfaden für die Praxis. Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)
- Abrams, Mary Ann; Kurtz-Rossi, Sabrina; Riffenburgh, Audrey; Savage, Barbara (2014): Building Health Literate Organizations: A Guidebook to Achieving Organizational Change. Unity Point Health
- Bellabarba, Julia; Schnappauf, Delf (Hrsg.) (1996): Organisationsentwicklung im Krankenhaus. Schriftenreihe Organisation und Medizin. Bd. 1996. Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen, Stuttgart
- Berkman, Nancy D.; Sheridan, Stacey L.; Donahue, Katrina E.; Halpern, David J.; Crotty, Karen (2011): Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. In: Ann Intern Med 155/2:97-107
- BMGFJ (2008): Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen: Konzept und Praxis in Österreich. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit Familie und Jugend. BMGFJ, Wien
- bOJA (2016): Die gesundheitskompetente Offene Jugendarbeit. bOJA – Bundesweites Netzwerk Offene Jugendarbeit, Wien
- Brach, Cindy (2017): The Journey to Become a Health Literate Organization: A Snapshot of Health System Improvement. In: Stud Health Technol Inform 2017/240:203-237
- Brach, Cindy; Dreyer, Benard; Schyve, Paul; Hernandez, Lyla M.; Baur, Cynthia; Lemerise, Andrew J.; Parker, Ruth (2012): Attributes of a Health Literate Organization. Institute of Medicine of the National Academies
- Brega, Angela G.; Barnard, Juliana; Mabachi, Natabhona; Weiss, Barry D; DeWalt, Darren A; Brach, Cindy; Cifuentes, Maribel; Albright, Karen; West, David R. (2015): AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit.
- CDC (o. J.): Making Health Literacy Real: The Beginnings of My Organizations Plan for Action.
- Cifuentes, Maribel; Brega, Angela G.; Barnard, Juliana; Mabachi, Natabhona; Weiss, Barry D.; West, David R.; Brach, Cindy (2015): Implementing the AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit: Practical Ideas for Primary Care Practices, Rockville
- Commission, The Joint (2010): Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care: A Roadmap for Hospitals. The Joint Commission
- Deasy, N., Fitzgerald, M., Kennedy, M., McGuane, B. and O'Brien, Sarah (2009): Literacy Audit for Healthcare Settings. Hg. v. (NALA), National Adult Literacy Agency. Dublin

- DeWalt, Darren A; Callahan, Leigh F.; Hawk, Victoria H.; Broucksou, Kimberley A.; Hink, Ashley (2010): Health Literacy Universal Precautions Toolkit. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality
- Dietscher, Christina; Lorenc, Jakob; Pelikan, Jürgen (2015): Toolbox 2015 zum Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganistationen (WKGKKO). Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research (LBIHPR), Wien
- Dodson, Sarity ; Good, Suvajee ; Osborne, Richard (2014): Health literacy toolkit for lowand middle-income countries: a series of information sheets to empower communities and strengthen health systems. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, New Delhi
- Fixsen, D. L.; Naoom, S. F.; Blase, K. A.; Friedman, R. M.; Wallace, F. (2005): Implementation Research: A Synthesis of the Literature. University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231), Tampa
- French, Kempa S (2015): Transforming Nursing Care Through Health Literacy ACTS. In: Nurs Clin 2015/:87–98
- Grossmann, Ralph; Bauer, Günther; Scala, Klaus (2015): Einführung in die systemische Organisationsentwicklung. Bd. 1. Auflage. Carl-Auer Verlag GmbH, Heidelberg
- Heideloff, Frank Radel, Tobias (Hg.) (1997): Organisation von Innovation. Strukturen, Prozesse, Interventionen. Rainer Hampp Verlag, München und Mering
- HLS-EU-Consortium (2012): Comparative Report on Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey. The international Consortium of the HLS-EU Project, Online
- HVB (2018): Schulen für Gesundheitskompetenz. Ein Leitfaden mit 9 Standards Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien
- Jacobson, KL; Gazmararian, JA; Kripalani, S; McMorris, KJ; Blake, SC; Brach, C. (2007): Is Our Pharmacy Meeting Patients' Needs? A Pharmacy Health Literacy Assessment Tool User's Guide. Aufl. AHRQ Publication No. 07-0051. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality
- Kickbusch, Ilona; Pelikan, Jürgen M.; Haslbeck, Jörg; Apfel, Franklin; Tsouros, Agis D. (2016): Gesundheitskompetenz. Die Fakten. Deutsche Fassung, veröffentlicht von der Careum Stiftung, Schweiz
- Kotter, John P. (1995): Leading Change: Why Transformation Efforts Fail. In: Harvard Business Review. Boston
- Kraus-Füreder, Heike; Soffried, Jürgen (2017): Methodenbox. Die gesundheitskompetente Sozialversicherung. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien

- Mackert, Michael; Ball, Jennifer; Lopez, Nichole (2011): Health literacy awareness training for healthcare workers: Improving knowledge and intentions to use clear communication techniques. In: Patient education and counseling 85/3:e225–e228
- McDaid, David (2016): Investing in health literacy. What do we know about the co-benefits to the education sector of actions targeted at children and young people? World Health Organisation, Copenhagen
- Ministry of Health (2015): Health Literacy Review: A guide. Hg. v. Health, Ministry of. Wellington
- Nielsen-Bohlman, Lynn; Panzer, Allison M; Kindig, David A (Hg.) (2004): Health Literacy. A Prescription to End Confusion. Washington
- ÖPGK (Hg.) (2018): Selbsteinschätzungsinstrument für Gesundheitskompetenz in Gesundheitseinrichtungen. Kurzform für Teams., ÖPGK, Wien
- ÖPGK (2019a): 3 Fragen für meine Gesundheit [Online]. Gesundheit Österreich. <https://oepgk.at/drei-fragen-fuer-meine-gesundheit/> [Zugriff am 18.4.2019]
- ÖPGK (2019b): Top-qualifizierte Kommunikationstrainerinnen und -trainer für Gesundheitseinrichtungen [Online]. Gesundheit Österreich. <https://oepgk.at/top-qualifizierte-kommunikationstrainerinnen-und-trainer-fuer-gesundheitseinrichtungen/> [Zugriff am 18.4.2019]
- Parker, Ruth (2009): Measuring health literacy: what? So what? Now what? In: Measures of health literacy: workshop summary, Round-table on Health Literacy. Hg. v. Hernandes, L. National Academies Press, Washington DC. S. 98–91
- Pelikan, Jürgen M. (2007): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Ein systemtheoretischer Lösungszugang. In: Prävention und Gesundheitsförderung 2/2:74–81
- Pelikan, Jürgen M.; Demmer, Hildegard; Hurrelmann, Klaus (1993): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Hg. v. Pelikan, Jürgen M.; Demmer, H.; Hurrelmann, Klaus. Juventa Verlag, Weinheim und München
- Pelikan, Jürgen M.; Dietscher, Christina (2015): Warum sollten und wie können Krankenhäuser ihre organisationale Gesundheitskompetenz verbessern? In: BundesGesundheitsblatt–Gesundheitsforschung–Gesundheitsschutz 58/:989–995
- Pelikan, Jürgen M.; Ganahl, Kristin; Röthlin, Florian (2013): Gesundheitskompetenz verbessern: Handlungsoptionen für die Sozialversicherung. Gesundheitswissenschaften. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Linz
- Pelikan, Jürgen M.; Wolff, Stephan (1999): Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation. Juventa, Weinheim, München

- Prevention, Centers for Disease Control and (1999): Scientific and Technical Information. Simply Put. Office of Communication Atlanta, GA
- Rudd, Rima E. (2017): Health Literacy Developments, Corrections, and Emerging Themes. In: Health Literacy Forschungsstand und Perspektiven. Hg. v. Schaeffer, Doris; Pelikan, Jürgen M. Hogrefe, Bern. S. 32–19
- Rudd, Rima E.; Anderson, Jennie E. (2006): The Health Literacy Environment of Hospitals and Health Centers. National Center for the Study of Adult Learning and Literacy, Boston
- Schmidt-Kaehler, Sebastian ; Vogt, Dominique; Berens, Eva-Maria; Horn, Annett ; Schaeffer, Doris (2017): Gesundheitskompetenz: Verständlich informieren und beraten. Material- und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz. Universität Bielefeld, Bielefeld
- Stockmann, Reinhard (Hg.) (2007): Handbuch zur Evaluation: Eine praktische Handlungsanleitung (Sozialwissenschaftliche Evaluationsforschung). Waxmann, Deutschland
- Strickland, K. (2011): A Health Literacy Tool Kit for Healthcare Providers: Improving Communication with Clients. The health literacy education tool kit was developed by Literacy Volunteers of Quebec (LVQ). Quebec, Literacy Volunteers of Quebec
- Styria vitalis (o. J.): Selbstbewertungsbogen Gemeinden für Gesundheitskompetenz. ZVR: 741107063. Graz
- The Joint Commission (2007): "What Did the Doctor Say?:" Improving Health Literacy to Protect Patient Safety. Hg. v. The Joint Commission, Illinois
- Thomacos, Nikos; Zazryn, Tshami (2013): Enliven Organisational Health Literacy. Self-assessment Resource. Enliven & School of Primary Health Care, Monash University, Melbourne

Anhang 1: Die 10 Merkmale einer gesundheitskompetenten Organisation

Eine gesundheitskompetente Organisation (nach Brach et al. 2012) ...

- hat eine Führung, die Gesundheitskompetenz zum integralen Bestandteil ihrer Mission bzw. ihres Leitbilds, ihrer Strukturen und Prozesse macht.
- integriert Gesundheitskompetenz in die strategische Planung, in Evaluationsmaßnahmen, in Patientensicherheit und Qualitätsentwicklung.
- fördert die Gesundheitskompetenz ihrer Mitarbeiter/-innen und überwacht Verbesserungen.
- entwickelt, implementiert und evaluiert ihre Gesundheitsinformationsangebote unter Einbeziehung der Zielgruppen, für die diese Angebote gedacht sind.
- bietet, ohne zu stigmatisieren, eine Reihe bedürfnisorientierter Methoden zur Förderung der Gesundheitskompetenz jener Bevölkerungsgruppen an, die die Leistungen der Einrichtung in Anspruch nehmen.
- setzt Strategien zur Förderung der Gesundheitskompetenz in interpersonellen Kommunikationssituationen ein und legt bei allen Kontakten Wert auf die Rückbestätigung des korrekten Verständnisses.
- ermöglicht einfachen Zugang zu Gesundheitsinformationen und Dienstleistungen und bietet Unterstützung für die Orientierung in der Organisation bzw. im System an.
- entwickelt und verwendet gedruckte, audiovisuelle und soziale Medien, deren Botschaften einfach zu verstehen und zu befolgen sind.
- fördert Gesundheitskompetenz auch in Hochrisikosituationen, einschließlich Naht- und Schnittstellen der Versorgung und der Vermittlung von Informationen über Medikamente.
- vermittelt klar, welche Leistungen durch Leistungskataloge von Versicherungen abgedeckt sind und für welche Leistungen selbst bezahlt werden muss.

Anhang 2: Überblick über Guides und Sammlungen von Strategien sowie Umsetzungstools zur Stärkung organisationaler Gesundheitskompetenz

alphabetisch geordnet (nach Quelle); Stand: 24. 10. 2018

Unterschiedliche Einrichtungen werden sich vermutlich für unterschiedliche Strategien entscheiden. Jede Einrichtung sollte entscheiden, wie gut sich ihre Strategien für die Zielgruppen eignen, mit denen sie arbeitet, und ihre Erfahrungen mit anderen teilen. Organisationen werden auch entscheiden, was sie zuerst umsetzen wollen und wie umfassend sie dies tun, bevor sie sich weiteren Punkten zuwenden. Die Herausforderung ist, die Interventionen effektiv und reliabel zu verwenden, d. h. Veränderungen nach Möglichkeit zu testen, zu adaptieren und zu verbessern, bevor diese Eingang in die Struktur einer Organisation finden.

Guides	Setting/ Organisationstyp	Dimensionen organisationaler Gesundheitskompetenz						öffentlich zugänglich
		Zugang und Na- vigation	Kommu- nikation	Partizipation („consumer involvement“)	Mit- arbeiter- schulung	Führung und Management	bedürfnisgerechte Versorgung der Bevölkerung	
1. Building Health Literate Organizations: A Guidebook to Achieving Organizational Change (Abrams et al. 2014)	Gesundheitswesen: Gesundheitseinrichtung allgemein	x	x	x	x	x	x	JA (in englischer Sprache)
Umfang: 188 Seiten; Link: http://www.unitypoint.org/filesimages/Literacy/Health%20Literacy%20Guidebook.pdf								
2. Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations (Brach et al. 2012)	Gesundheitswesen: Hausarztpraxis/Primärver- sorgungseinheit, Gesund- heitseinrichtung allgemein, Apotheke, Krankenhaus	x	x	x	x	x	x	JA (in englischer Sprache), deutsche Übersetzung: www.ongkg.at (s. Literatur)

Guides	Setting/ Organisationstyp	Dimensionen organisationaler Gesundheitskompetenz						öffentlich zugänglich
		Zugang und Na- vigation	Kommu- nikation	Partizipation („consumer involvement“)	Mit- arbeiter- schulung	Führung und Management	bedürfnisgerechte Versorgung der Bevölkerung	
Umfang: 26 Seiten; Link: http://www.who.int/global-coordination-mechanism/activities/working-groups/Ten-Health-Literacy-Attributes.pdf								
3a. AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit (2nd edition) (Brega et al. 2015)	Gesundheitswesen: Hausarztpraxis/ Primärversorgungseinheit	x	x	x	x	x	x	JA (in englischer Sprache)
3b. Health Literacy Universal Precautions Toolkit (1st ed.) (DeWalt et al. 2010)								
1 st edition: 227 Seiten; Link: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/healthliteracytoolkit.pdf 2 nd edition: 175 Seiten; Link: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/healthlittoolkit2.pdf								
4. Making Health Literacy Real: The Beginnings of My Organization's Plan for Action (CDC o. J.)	Gesundheitswesen: Gesundheitseinrichtung allgemein	x	x	x	x			JA (in englischer Sprache)
Umfang: 16 Seiten; Link: https://www.cdc.gov/healthliteracy/pdf/planning_template.pdf								
5. Guide to Implementing the Health Literacy Universal Precautions Toolkit (Cifuentes et al. 2015)	Gesundheitswesen: Hausarztpraxis/ Primärversorgungseinheit	x	x	x	x	x	x	JA (in englischer Sprache)
Umfang: 34 Seiten; Link: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/healthlit-guide_3.pdf								
6. Health Literacy Guide (Clinical Excellence Commission)	Gesundheitswesen: Gesundheitseinrichtung allgemein	x	x	x	x	x		NEIN (in englischer Sprache)
Umfang: 60 Seiten								
7. Toolkit for Literacy Friendly Healthcare Settings (Deasy 2009)	Gesundheitswesen: Gesundheitseinrichtung allgemein	x	x		x		x	JA (in englischer Sprache)
Umfang: 86 Seiten; Link: https://www.nala.ie/resources/literacy-audit-healthcare-settings								
8. Toolbox zum Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Kranken- behandlungsorganisationen (Dietscher et al. 2015)	Gesundheitswesen: Gesundheitseinrichtung allgemein, Krankenhaus	x	x	x	x	x		JA (in deutscher Sprache)
Umfang: 71 Seiten; Link: https://oepgk.at/_wissenscenter/toolbox-2015-wkgkko/								

Guides	Setting/ Organisationstyp	Dimensionen organisationaler Gesundheitskompetenz						öffentlich zugänglich
		Zugang und Na- vigation	Kommu- nikation	Partizipation („consumer involvement“)	Mit- arbeiter- schulung	Führung und Management	bedürfnisgerechte Versorgung der Bevölkerung	
9. Health Literacy Toolkit for Low- and Middle-Income Countries (Dodson et al. 2014)	Gesundheitswesen: Gesundheitseinrichtung allgemein (Länder mit niedrigem & mittlerem Einkommen) Stadt/Gemeinde: Regierung, kommunale Einrichtungen	x	x	x	x		x	JA (in englischer Sprache)
Umfang: 146 Seiten; Link: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205244/B5148.pdf?sequence=1&isAllowed=y								
10. Transforming Nursing Care Through Health Literacy ACTS (assess, collaborate, train, and survey) (French 2015)	Gesundheitswesen: Pflege	x	x	x	x		x	NEIN (in englischer Sprache)
Umfang: 98 Seiten; Link: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029646514000814?via%3Dihub								
11. Gesundheitskompetenz in Unternehmen gestalten und umsetzen ((INQA) 2011)	Arbeitsplatz: Betrieb		x	x		x		JA (in deutscher Sprache)
Umfang: 70 Seiten; Link: http://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/gesundheitskompetenz-im-unternehmen-gesima.pdf;jsessionid=6A7B509F641D550DAD2CE5756ADA3E09?__blob=publicationFile&v=1								
12. Is our Pharmacy Meeting Patients' Needs? A pharmacy health literacy assessment tool user's guide (Jacobson et al. 2007)	Gesundheitswesen: Apotheke	x	x	x	x		x	JA (in englischer Sprache)
Umfang: 65 Seiten; Link: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/pharmlit.pdf								
13. Gesundheitskompetenz. Die Fakten (Kickbusch et al. 2016)	Bildungssystem: Schule Arbeitsplatz: Betrieb Stadt/Gemeinde Markt- und Community Settings: Gesundheitseinrichtung allgemein Medien und Kommunikation	x	x	x	x	x	x	JA (in englischer und deutscher Sprache: 2014 & 2016)
Umfang (dt. Fassung): 107 Seiten; Link: https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/gesundheitskompetenz/who_health_literacy_fakten_deutsch.pdf								
14. Methodenbox. Die gesundheitskompetente Sozialversicherung (Kraus-Füreder/Soffried 2017)	Gesundheitswesen: Sozialversicherung und ihre Gesundheitseinrichtungen	x	x	x	x		x	JA (in deutscher Sprache)

Guides	Setting/ Organisationstyp	Dimensionen organisationaler Gesundheitskompetenz						öffentlich zugänglich
		Zugang und Na- vigation	Kommu- nikation	Partizipation („consumer involvement“)	Mit- arbeiter- schulung	Führung und Management	bedürfnisgerechte Versorgung der Bevölkerung	
Umfang: 140 Seiten; Link: http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.644606&version=1505478385								
15 Health Literacy: A prescription to END Confusion (Nielsen-Bohman et al. 2004)	Gesundheitswesen: Gesundheitseinrichtung allgemein Bildungssystem: Aus- und Fortbildungseinrichtungen Politik	x	x	x	x	x	x	JA (in englischer Sprache)
Umfang: 345 Seiten; Link: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216032/?term=nbk216032								
16. Gesundheitskompetenz verbessern: Handlungsoptionen für die Sozialversicherung (Pelikan et al. 2013)	Gesundheitswesen: Gesundheitseinrichtung allgemein Bildungssystem: Schule Arbeitsplatz: Betrieb	x	x	x	x	x		JA (in deutscher Sprache)
Umfang: 50 Seiten; Link: https://oepgk.at/_wissenscenter/gesundheitskompetenz-verbessern-handlungsoptionen-fuer-die-sozialversicherung/								
17.The Health Literacy Environment of Hospitals and Health Centers. Making your Healthcare Facility Literacy Friendly (Rudd/Anderson 2006, Kapitel 2 und 3)	Gesundheitswesen: Krankenhaus, Gesundheits- einrichtung allgemein	x	x		x		x	JA (in englischer Sprache)
Umfang: 164 Seiten; Link: https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/135/2012/09/healthliteracyenvironment.pdf								
18. Gesundheitskompetenz: Verständlich informieren und beraten (Schmidt-Kaehler et al. 2017)	Gesundheitswesen: Gesundheitseinrichtung allgemein	x	x	x	x	x	x	JA (in deutscher Sprache)
Umfang: 55 Seiten; Link: http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Material-_und_Methodensammlung.pdf								
19. A Health Literacy Tool Kit for Healthcare Providers: Improving Communication with Clients (Strickland 2011)	Gesundheitswesen: Gesundheitseinrichtung allgemein Bildungssystem: Aus- und Fortbildungseinrichtungen für Gesundheitsberufe		x					NEIN (in englischer Sprache)
Umfang: 5 Seiten (Kurzzusammenfassung)								

Guides	Setting/ Organisationstyp	Dimensionen organisationaler Gesundheitskompetenz						öffentlich zugänglich
		Zugang und Na- vigation	Kommuni- kation	Partizipation („consumer involvement“)	Mit- arbeiter- schulung	Führung und Management	bedürfnisgerechte Versorgung der Bevölkerung	
20. What did the doctor say? Improving health literacy to protect patient safety (The Joint Commission 2007)	Gesundheitswesen: Gesundheitseinrichtung allgemein	x	x		x	x	x	JA (in englischer Sprache)
Umfang: 64 Seiten; Link: https://www.jointcommission.org/assets/1/18/improving_health_literacy.pdf								
21. Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care (Commission 2010)	Gesundheitswesen: Gesundheitseinrichtung allgemein	x	x			x		JA (in englischer Sprache)
Umfang: 102 Seiten; Link: https://www.jointcommission.org/assets/1/6/ARoadmapforHospitalsfinalversion727.pdf								
22. Health Literacy Review (Ministry of Health 2015)	Gesundheitswesen: Gesundheitseinrichtung allgemein	x	x	x	x	x	x	JA (in englischer Sprache)
Umfang: 68 Seiten; Link: https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/health-literacy-review-a-guide-may15-v2.pdf								
23. Enliven organizational health literacy self-assessment resource (Thomacos/Zazryn 2013)	Gesundheitswesen: Gesundheitseinrichtung allgemein Sozialwesen: Sozialeinrichtung allgemein	x	x	x	x	x	x	JA (in englischer Sprache)
Umfang: 36 Seiten; Link: https://www.hqsc.govt.nz/assets/Consumer-Engagement/Resources/Enliven-health-literacy-audit-resource-Mar-2015.pdf								
24. WHCA Action Guide (2009: Teil 1) WHCA Action Guide (2010:Teil 2)	Gesundheitswesen Bildungssystem, Medien Markt und Konsum, Arbeitsplatz, Politik	x	x	x	x	x	x	JA (in englischer Sprache)
Teil 1: 48 Seiten; Link: http://www.whcaonline.org/uploads/publications/WHCAhealthLiteracy-The%20Basics.pdf Teil 2: 132 Seiten; Link: http://www.whcaonline.org/uploads/publications/WHCAhealthLiteracy-28.3.2010.pdf								

Legende: ¹ ... ND = no date