



1

2

3

4 **Für ein kompetentes Gesundheitssystem:**

5 **Organisationale Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Ge-**
6 **sundheitsversorgung**

7

8 **Ein Positionspapier des DNGK**

9

10 Corinna Schaefer, Eva-Maria Bitzer und Marie-Luise Dierks für den Vorstand des DNGK
11 (Vorstandsentswurf - Stand 18.10.2019)

12

Konsultations-Entwurf des DNGK-Vorstands 18.10.2019



13 **1. Präambel**

14

15 **1.1. Hintergrund**

16 Die Definition von Gesundheitskompetenz [1] und die Gewichtung ihrer Determinanten haben
17 sich in der Weise verändert, dass die Verantwortung der Gesellschaft und der Versorgung-
18 einrichtungen deutlich stärker hervorgehoben wird. Dies ist unter anderem Überlegungen zur
19 sozialen Ungleichheit geschuldet, nach denen es obsolet ist, Menschen die Verantwortung für
20 ihre Gesundheit aufzubürden, wenn sie gleichzeitig - etwa durch einen niedrigen sozioökono-
21 mischen Status oder eingeschränkte Kognition - struktureller gesundheitlicher Benachteiligung
22 ausgesetzt sind. [2,3]

23 In Anlehnung an das *US Department of Health and Human Services* zur Neudefinition von
24 Health Literacy hat das Deutsche Netzwerk Gesundheitskompetenz, gemeinsam mit dem
25 Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung, als neue Definition von Health Literacy vorge-
26 schlagen:

27 *Gesundheitskompetenz ist der Grad, zu dem Individuen durch das Bildungs-, Sozial*
28 *und / oder Gesundheitssystem in die Lage versetzt werden, die für angemessene ge-*
29 *sundheitsbezogene Entscheidungen relevanten Gesundheitsinformationen zu finden,*
30 *zu verarbeiten und zu verstehen* [4]

31 Dies macht deutlich, dass

- 32 • sowohl individuelle Fähigkeiten und Eigenschaften wie auch gesellschaftliche Strukturen
33 und organisationale Bedingungen am Entstehen von Gesundheitskompetenz beteiligt sind
34 und
- 35 • das Ziel jeglicher Aktivität zur Förderung von Gesundheitskompetenz darin besteht, den
36 Menschen individuell angemessene Entscheidungen zu ermöglichen.

37 Dabei verstehen wir unter „individuell angemessenen gesundheitsbezogenen Entscheidun-
38 gen“ solche, die den individuellen Werten, Zielvorstellungen und Lebensumständen der Bür-
39 ger*innen und Patient*innen entsprechen, selbst wenn diese nicht das medizinisch beste Er-
40 gebnis zum Ziel haben oder nach wohlbegründeter Abwägung allgemein anerkannten, auch
41 evidenzbasierten, Empfehlungen widersprechen.



42 Eine so definierte Gesundheitskompetenz zu erreichen, liegt nicht allein in der Verantwor-
43 tung des oder der Einzelnen, sondern muss als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe begrif-
44 fen werden. Gerade die Einrichtungen, die die Gesundheitsversorgung gestalten, tragen hier
45 eine besondere Verantwortung und sollen Maßnahmen zur Unterstützung der Gesundheits-
46 kompetenz ihrer Klient*innen einsetzen.

47

48 **1.2. Auf wen beziehen sich die Forderungen zu organisationaler** 49 **Gesundheitskompetenz?**

50 Für die Förderung individueller Gesundheitskompetenz tragen Organisationen vieler gesell-
51 schaftlicher Bereiche Verantwortung, dazu gehören etwa das Bildungs-, Sozial- oder Gesund-
52 heitswesen sowie Medien.

53 Dieses Positionspapier beschäftigt sich mit der organisationalen Gesundheitskompetenz in
54 **Einrichtungen der Gesundheitsversorgung**, und zwar konkret

55 *in allen Einrichtungen, mit denen Bürger*innen und / oder Patient*innen im Zusammen-*
56 *hang mit Gesundheitsentscheidungen in Kontakt kommen.*

57 Dazu gehören zunächst Organisationen, die Gesundheitsleistungen erbringen (Krankenhäu-
58 ser wie Praxen), aber auch Kostenträger und weitere Akteure, wie beispielsweise Gremien der
59 Selbstverwaltung.

60 Ihre Aufgabe besteht zum einen darin, den Patient*innen und Bürger*innen verständliche Ori-
61 entierung bzw. Navigation durch das komplexe deutsche Gesundheitssystem zu vermitteln.
62 [5]

63 Zum anderen sollen sie Strukturen zur Entwicklung, Verbreitung und Vermittlung von vertrau-
64 enswürdigem Wissen unterhalten. Auf diese Weise können sie verlässliche Informationen ver-
65 fügbar machen, die Bürger*innen und Patient*innen zur Orientierung bei und zur Bewältigung
66 von Gesundheitsproblemen benötigen. [6]

67 Indem diese Organisationen dafür Verantwortung übernehmen, Menschen bei der Entschei-
68 dungsfindung zum Umgang mit Gesundheitsproblemen und bei der Navigation im Gesund-
69 heitssystem bestmöglich zu unterstützen, tragen sie zu einer gerechten, patientenzentrierten
70 Versorgung bei.

71 *„Health organizations can empower the populations they serve and address inequity*
72 *by ensuring they are health literacy responsive”. [7]*



73 **1.3. Unverzichtbar für gesundheitskompetente Organisationen: Verlässliche**
74 **Gesundheitsinformationen**

75 Gesundheitskompetentes Handeln und Förderung der Gesundheitskompetenz braucht auf al-
76 len Ebenen valides, breit verfügbares medizinisches Wissens und verlässliche Gesundheitsin-
77 formationen, die auf Basis anerkannter methodischer Standards entwickelt werden.

78 Anforderungen an solche Gesundheitsinformationen sind in einem breiten nationalen Konsens
79 beschrieben. [8] Sie bilden eine zentrale Voraussetzung für individuelle Gesundheitsentschei-
80 dungen. Organisationale Gesundheitskompetenz setzt verlässliche Gesundheitsinformation
81 im Sinne der „Guten Praxis Gesundheitsinformation“ zwingend voraus.

82

83 **1.4. Unverzichtbar für gesundheitskompetente Organisationen: Gute**
84 **Kommunikation**

85 Den größten Stellenwert bei der Vermittlung von Information und dem Abwägen von Entschei-
86 dungen von Patient*innen hat das gemeinsame Gespräch - mit Ärzt*innen, Pflegenden oder
87 Vertreter*innen anderer Gesundheitsberufe. Dafür bedarf es guter Kommunikationskompe-
88 tenz der Gesundheitsberufe. Ohne verständliche, wertschätzende und zielgruppengenaue
89 Kommunikation erreichen verlässliche Informationen ihre Adressaten nicht. Zu guter Kommu-
90 nikation in Gesundheitsfragen gehört auch, zunächst ergebnisoffen und gemeinsam individu-
91 elle Behandlungsziele zu ermitteln. Gesundheitskompetente Organisationen halten entspre-
92 chende Kommunikationsschulungen für ihre Mitarbeiter*innen vor.

93

94

Konsultations-Entwurf des DNGK-Vorstands 18.10.2019



95 **2. Gesundheitskompetente Organisationen ...**

96 (modifiziert nach [9])

97 ... stellen den betroffenen Menschen mit seinen individuellen Bedürfnissen, Fähigkeiten, Wert-
98 vorstellungen, Behandlungszielen und seinem sozialen Umfeld ins Zentrum und richten ihre
99 Strukturen und Prozesse daran aus, ihm individuell angemessene Entscheidungen zu ermög-
100 lichen;

101 ... bilden die in ihnen arbeitenden Menschen darin aus und fort, die individuelle Gesundheits-
102 kompetenz bei Entscheidungen zu fördern;

103 ... ermöglichen Menschen mit unterschiedlichen körperlichen, kognitiven, sprachlichen, ethni-
104 schen, kulturellen oder weiteren individuellen Voraussetzungen die größtmögliche Teilhabe an
105 allen Versorgungsprozessen und -entscheidungen;

106 ... ermöglichen den in ihnen arbeitenden Menschen sowie Patient*innen und Bürger*innen
107 den Zugang zu wissenschaftlich belastbaren, hochwertigen, verlässlichen und verständlichen
108 Gesundheitsinformationen im Sinne der „Guten Praxis Gesundheitsinformation“;

109 ... unterstützen Patient*innen und / oder Bürger*innen beim Zurechtfinden beziehungsweise
110 Navigieren im Gesundheitssystem und bieten alle Informationen in unterschiedlichen, indivi-
111 duell angepassten, nicht direktiven Formaten an;

112 ... binden betroffene Patient*innen und / oder Bürger*innen in die Entwicklung, Implementie-
113 rung und Evaluation von organisationsinternen Strukturen, Prozessen und Informationen ein;

114 ... etablieren Kommunikationsstrukturen auf Augenhöhe mit Patient*innen und / oder Bür-
115 ger*innen, die zu Fragen ermutigen und bestmögliches individuelles Verstehen sicherstellen.

116

Konsultationsentwurf des DNGK-Vorstands 18.10.2019



3. Acht Thesen zur organisationalen Gesundheitskompetenz

- 117
118
119 I. Gesundheitskompetenz ist eine individuelle Kompetenz, es braucht aber zwingend för-
120 dernde Strukturen in Politik und Gesellschaft, insbesondere in Einrichtungen des Ge-
121 sundheitswesens, damit Individuen diese Kompetenz entwickeln und durchsetzen kön-
122 nen.
- 123 II. Wenn individuelle kognitive oder sprachliche Fähigkeiten eingeschränkt sind, obliegt
124 es in besonderem Maße den betreuenden Gesundheitsorganisationen und deren
125 (Be)Handelnden, Betroffenen individuell angemessene Entscheidungen zu ermögli-
126 chen.
- 127 III. Gesundheitskompetenz ist keine statische Größe, über die ein Mensch immer im sel-
128 ben Maße verfügt, sondern sie verändert sich abhängig von individuell erlebten Situa-
129 tionen und Erkrankungen oder Krankheitsstadien. Darauf müssen gesundheitskompe-
130 tente Organisationen reagieren.
- 131 IV. Die Förderung von Gesundheitskompetenz kann dazu führen, dass Individuen sich be-
132 wusst gegen Interventionen entscheiden, die von Expert*innen als wirksam und emp-
133 fehlenswert angesehen werden. Gesundheitskompetente Organisationen unterstützen
134 die Autonomie der Patient*innen und erkennen an, dass sie Expert*innen für ihr eige-
135 nes Wohl sind.
- 136 V. Organisationale Gesundheitskompetenz ist zuerst eine Frage der Haltung und dann
137 eine Frage angemessener, definierter Prozesse.
- 138 VI. Einrichtungen der Gesundheitsversorgung brauchen Rahmenbedingungen, die ihre
139 Anstrengungen für ein bürger- oder patientenzentriertes, die Gesundheitskompetenz
140 förderndes Handeln unterstützen und dies nicht durch falsche Anreize konterkarieren.
- 141 VII. Die ideelle und finanzielle Förderung organisationaler Gesundheitskompetenz ist eine
142 gemeinschaftliche Verpflichtung und Aufgabe aller Akteure der Gesundheitsversor-
143 gung. Sie bedarf geeigneter, breit akzeptierter Instrumente, auf die alle Akteure sich
144 verständigen können.
- 145 VIII. Das Konzept der „Organisationalen Gesundheitskompetenz“ bedeutet einen Perspek-
146 tivwechsel: Nicht der einzelne braucht Fähigkeiten, um ein komplexes Gesundheits-
147 system zu durchdringen, sondern das System muss Strategien bereitstellen, um der
148 Komplexität der Menschen gerecht zu werden.



149 4. Ausblick: Eckpunkte zur Förderung Organisationaler 150 Gesundheitskompetenz

151 Es gibt viele Konzepte im Gesundheitswesen, die Teilaspekte von organisationaler Gesund-
152 heitskompetenz abbilden. Diese gilt es zu nutzen und zusammenzuführen:

153 Organisationale Gesundheitskompetenz als Modell ist verwandt mit theoretischen Konzepten
154 der Patientenorientierung [10,11], Patientenzentriertheit [12] und der Responsivität der Ver-
155 sorgung [13].

156 Für die praktische Umsetzung in den Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung gibt es
157 international bereits vereinzelt speziell auf die Förderung der organisationalen Gesundheits-
158 kompetenz zugeschnittene Selbstbewertungssysteme (z.B.[14]) deren Adaptation auf die na-
159 tionale Situation aussteht.

160 Zahlreiche Anknüpfungspunkte bieten aber auch Managementkonzepte wie das der gesund-
161 heitsfördernden Krankenhäuser [15]), der selbsthilfefreundlichen Krankenhäuser [16] oder der
162 Auditleitfaden „Exzellente Patientenschulung in der Medizinischen Rehabilitation“ [17,18]. Sys-
163 tematisch geprüft werden sollten weitere Möglichkeiten, Gesundheitskompetenz institutionell
164 bzw. organisationell zu verankern, insbesondere die klassischen und bereits breit in der ge-
165 sundheitlichen Versorgung etablierten Qualitätsmanagementsysteme (z. B. DIN EN ISO 9000,
166 EFQM, QEP; KTQ).

167 Um organisationale Gesundheitskompetenz im bestehenden Gesundheitssystem voranzu-
168 bringen, ist eine Vielzahl von Maßnahmen notwendig, bei denen alle Adressaten sowie Pati-
169 ent*innen und Bürger*innen eingebunden sein sollten:

- 170 • Erfassung und Dokumentation bereits bestehenden Initiativen und Instrumente („Kar-
171 tierung“);
- 172 • Sammlung und Analyse (förderliche Faktoren und Barrieren) von Beispielen gelunge-
173 ner Umsetzung von organisationaler Gesundheitskompetenz;
- 174 • Verbesserung der Sichtbarkeit und Implementierung verlässlicher Gesundheitsinfor-
175 mationen im Sinne der „Guten Praxis Gesundheitsinformation“ [19];
- 176 • Adaptation beziehungsweise Entwicklung von Kriterien für organisationale Gesund-
177 heitskompetenz für Einrichtungen des Gesundheitswesens im Sinne der unter 1.2. be-
178 schriebenen Organisationen;



- 179
- (Weiter) Entwicklung von Standards für gesundheitskompetente Organisationen
- 180
- Erarbeitung von Vorschlägen / Maßnahmen zur Implementierung;
- 181
- Vernetzung der von der Förderung organisationaler Gesundheitskompetenz betroffe-
- 182
- ner Einrichtungen;
- 183
- Am Gemeinwohl orientierte Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem schaffen, die
- 184
- es allen Gesundheitsprofessionen – den ärztlichen wie den therapeutischen Gesund-
- 185
- heitsberufen und auch der Pflege – ermöglichen, die Gesundheitskompetenz ihrer Ad-
- 186
- ressaten durch Information, Beratung, Bildung und Anleitung aktiv zu fördern [2];
- 187
- Adressatengerechte Strategien zur Förderung der Gesundheits- und Nutzerkompetenz
- 188
- der unterschiedlichen Nutzergruppen im Gesundheitswesen entwickeln und umsetzen
- 189
- und dabei vulnerable Gruppen wie Menschen mit geringen sozio-kulturellen und öko-
- 190
- nomischen Ressourcen, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit chroni-
- 191
- scher Erkrankung oder im höheren Lebensalter besonders berücksichtigen.
- 192
- 193

Konsultations-Entwurf des DNGK-Vorstands 18.10.2019



Literatur

- ¹ Bitzer EM, Sorensen K. Gesundheitskompetenz – Health Literacy. Gesundheitswesen 2018; 80: 754-766. Internet: <https://t1p.de/erct> (Zugriff: 1.10.2019)
- ² Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U, Kolpatzik H (Hrsg). Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin 2019. Internet: <https://t1p.de/2dsv> (Zugriff: 1.10.2019)
- ³ Robert Koch Institut. Soziale Unterschiede in Deutschland: Mortalität und Lebenserwartung. J Health Monitoring 2019; 481) Internet: <https://t1p.de/vejl> (Zugriff: 8.10.2019)
- ⁴ Bitzer EM, Ernstmann N für das Deutsche Netzwerk Gesundheitskompetenz und das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung. Vorschlag für eine erweiterte Definition von Health Literacy. Köln, August 2019 Internet: <https://t1p.de/p9ri> (Zugriff: 1.10.2019)
- ⁵ Sachverständigenrat Gesundheit. Gesundheitskompetenz und kundige Lotsen zur bedarfsgerechten Navigation durch ein komplexes Gesundheitssystem. In: Gutachten 2018, Kapitel 1.3. Bonn/Berlin 2018. Internet: <https://t1p.de/jw1a> (Zugriff: 18.10.2019)
- ⁶ Sachverständigenrat Gesundheit. Steuerungsinstrument Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen. In: Gutachten 2018, Kapitel 12.4. Bonn/Berlin 2018. Internet: <https://t1p.de/jw1a> (Zugriff: 18.10.2019)
- ⁷ Trezona A, Rowlands G, Nutbeam D. Progress in Implementing National Policies and Strategies for Health Literacy-What Have We Learned so Far? Int J Environ Res Public Health. 2018 Jul 23;15(7). pii: E1554. doi: 10.3390/ijerph15071554. Internet: <https://t1p.de/jtw6> (Zugriff: 1.10.2019)
- ⁸ DNEbM Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin. Gute Praxis Gesundheitsinformation. Berlin 2015. Internet: <https://t1p.de/jkzv> (Zugriff: 1.10.2019)
- ⁹ Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, Parker R, Dreyer B et al (2012) Ten attributes of health literate health care organizations. Institute of Medicine, Washington, DC. Internet: <https://t1p.de/oiq2> (Zugriff: 1.10.2019)
- ¹⁰ Klemperer D. Patientenorientierung im Gesundheitswesen. GQMG Newsletter.2000; 1(7): 15-16. Internet: <https://t1p.de/6ayw> (Zugriff: 1.10.2019)
- ¹¹ Delbanco T, Berwick DM, Boufford JI, Edgman-Levitan S, Ollenschläger G, Plamping D, Rockefeller RG. Healthcare in a land called PeoplePower: nothing about me without me. Health Expect 2001;4: 144-150. Internet: <https://t1p.de/v9kp> (Zugriff: 1.10.2019)
- ¹² Klemperer D. Qualität in der Medizin. Der patientenzentrierte Qualitätsbegriff und seine Implikationen. Dr. med. Mabuse 1996; Heft Januar/Februar, S. 22-27. Internet: <https://t1p.de/8z7t> (Zugriff: 1.10.2019)
- ¹³ World Health Organization. Health System Responsiveness. Genf 2019. Internet: <https://t1p.de/q3ng> (Zugriff: 1.10.2019)
- ¹⁴ ÖPGK Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz. Selbsteinschätzungsinstrument für Gesundheitskompetenz in Gesundheitseinrichtungen. Kurzform für Teams. Version 1.0. Wien: ÖPGK, 2018. Internet: <https://t1p.de/lkcf> (Zugriff: 1.10.2019)



¹⁵ DNGfK Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen. Grundsatzdokumente. Hamburg 2019. Internet: <https://t1p.de/h55z> (Zugriff: 1.10.2019)

¹⁶ NAKOS Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen. Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Berlin 2019. Internet: <https://t1p.de/scnv> (Zugriff: 1.10.2019)

¹⁷ Bitzer EM, Dierks ML, Heine W, Becker P, Vogel H, Beckmann U, Butsch R, Dörning H, Brüggemann S. Teilhabebefähigung und Gesundheitskompetenz in der medizinischen Rehabilitation – Empfehlungen zur Stärkung von Patientenschulungen. Die Rehabilitation 2009; 48(04): 202-210. Internet: <https://t1p.de/bxbd> (Zugriff: 1.10.2019)

¹⁸ DEGEMED Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation. Zertifizierungsverfahren. Auditleitfaden Exzellente Patientenschulung 1.0. Berlin 2011. Internet: <https://t1p.de/4bdh> (Zugriff: 1.10.2019)

¹⁹ Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) Konzept für ein Nationales Gesundheitsportal. Köln 2018. Internet: <https://t1p.de/grgj> (Zugriff: 1.10.2019)

Konsultations-Entwurf des DNGK-Vorstands 18.10.2019



SYNOPSIS RÜCKMELDUNGEN POSITIONSPAPIER OGK

Allgemeine Kommentare

- Ich bin mit diesem Positionspapier des DNGK sehr einverstanden. Insbesondere die Akzentverschiebung von der individuellen zur System-Verantwortlichkeit ist ganz in meinem Sinne. Nur so kann ein Schuh daraus werden!
- Eine generelle Bemerkung: Im gesamten Text ist immer wieder von „organisational“ die Rede – ein ziemlich technischer, all-tages Sprachlich ungebrauchlicher Begriff, vermutlich ein Anglizismus. Sollte man nicht lieber von „organisationsbezogen“ sprechen? „Und / oder“ gehört nicht in solche Texte: das „oder“ schließt „beides“ mit ein. Zahlreiche redaktionellen Anmerkungen in getrenntem Dokument
- Das Positionspapier zur Organis. Gesundheitskompetenz unterstütze ich sehr gerne.
- Ich bin prinzipiell mit dem Dokument einverstanden, würde aber ein paar Hinweise geben. Insbesondere fällt mir auf, dass hier und da doch noch ein eher individuumszentriertes Denken durchscheint.
- Mein großes Kompliment zu diesem Papier – es ist aus meiner Sicht großartig formuliert und von einer Haltung getragen, mit der ich mich sehr gut identifizieren kann! Meinerseits vollste Unterstützung.
- Eine allgemeine Anmerkung: Die Form des Genderns (mit *) finde ich sehr gut. Mir ist aufgefallen, dass dies an einigen Stellen noch nicht konsistent ist (z.B. S. 4, Zeile 89 ‚Adressaten‘).
- Gesundheitskompetenz impliziert für mich, auch zu wissen, was ich tun sollte oder muss, um gar nicht erst krank zu werden: Welche Form der (Primär-)Prävention sollte ich kennen, für mich bewerten und dann gegebenenfalls anwenden (z.B. gesund essen und mich ausreichend bewegen, Übergewicht vermeiden, Alkohol-Limits kennen etc.) oder durchführen lassen (z.B. Impfung, Koloskopie, Mammographie, Zahnarztbesuch, Hautkrebsscreening, Check-up-35...)?
- Vielen Dank an die Autoren, den vorgelegten Entwurf unterstütze ich gerne



Zeile	Kommentar	Begründung	Kommentar DNGK-Vorstand
4	Obertitel weglassen oder umformulieren Der Titel in Zeile 5 ist völlig ausreichend, ebenso der Untertitel in Zeile 8	Für ein kompetentes Gesundheitssystem – diese Formulierung als Titel wird zurzeit noch mehrheitlich missverstanden werden, da der Begriff kompetent in diesem Kontext noch nicht trennscharf besetzt ist.	Umformuliert in: Mehr Organisationale Gesundheitskompetenz in die Gesundheitsversorgung bringen! Ein Positionspapier des DNGK
16-30	Definition Gesundheitskompetenz: Würde es hier ggf. Sinn machen, die Definition deutlicher auf den Kontext der organisationalen Gesundheitskompetenz zu beziehen, da individuelle Aspekte hier fast vollständig ausgeblendet sind?		Das Paper zitiert diese (eingereichte) Definition, daher keine Änderung möglich. Nicht berücksichtigt
17/18	Vorschlag: Die Definition von Gesundheitskompetenz und die Gewichtung ihrer Determinanten <i>verändern</i> sich: Die Verantwortung der Gesellschaft und der Versorgungseinrichtungen wird stärker hervorgehoben.	Noch kann dieser Prozess nicht als abgeschlossen bezeichnet werden, bzw. die Neufassung dürfte bislang weder allgemein bekannt noch allgemein anerkannt sein. Sonst wäre das Positionspapier ja nicht notwendig. Aufteilung in zwei Sätze zur besseren Lesbarkeit	Plausibel, Berücksichtigt
18	Muss es nicht heißen 'hervorgehoben' werden sollte'? –		Wir nehmen eine Veränderung der Diskussion wahr, d.h., wir verstehen das schon als Zustandsbeschreibung, nicht nur als Forderung. Nicht berücksichtigt
19	Hier muss unbedingt eingefügt werden ‚allein den Menschen die Verantwortung...‘ - dies vor allem dann, wenn der nap als belegt zitiert wird.		Berücksichtigt
19	Dies ist unter anderem Überlegungen zur sozialen Ungleichheit geschuldet. Es ist nicht gerechtfertigt, Menschen...	Bessere Lesbarkeit und Verständlichkeit durch zwei Sätze, stärkere Betonung der zentralen Botschaft, die darin steckt.	Berücksichtigt



20-22	<p>In Z. 20-22 heißt es "wenn sie gleichzeitig - etwa durch einen niedrigen sozioökonomischen Status oder eingeschränkte Kognition - struktureller gesundheitlicher Benachteiligung ausgesetzt sind"</p> <p>Ich würde vorschlagen, dass man wirklich auf die Verantwortung der Determinanten abzielt: z.B: "etwa durch Gesundheitsversorgungseinrichtungen und -fachpersonal, die nicht auf die Bedürfnisse der Patient*innenschaft ausgerichtet sind - struktureller gesundheitlicher Benachteiligung ausgesetzt sind".</p>	<p>Die genannten Beispiele sind noch sehr nah an Eigenschaften des Individuums.</p>	<p>Vorgeschlagene Formulierung erscheint zu monokausal. Die strukturelle Benachteiligung geht sehr viel weiter als nur die mangelnde Bedürfnisorientierung der Gesundheitseinrichtungen. sozioökonomischer Status ist der einzige signifikante Prädiktor für Gesundheit. Und es gibt Daten, die belegen, dass ein z.B. Umzug Gesundheitsoutcomes verbessert. Das sind Aspekte, die zunächst einmal nichts mit den Gesundheitseinrichtungen zu tun haben. Es erscheint vielmehr so, dass aus der strukturellen Benachteiligung aufgrund individueller Merkmale sich die besondere Verantwortung von Gesundheitsorganisationen ergibt. Aber gesundheitskompetente Gesundheitsorganisationen werden nicht alle strukturellen Benachteiligungen von Individuen aufheben können.</p> <p>Nicht berücksichtigt</p>
27	<p>Aus meiner Sicht ist die Def (ev auch die des US Departments xyxyx- ich habe sie nicht) etwas unglücklich formuliert, weil sie die Verantwortung für den Erwerb von HL allein dem System zuschreibt und damit eine Vereinseitigung vornimmt (in der anschließenden Detaillierung wird dies übrigens wieder aufgehoben). Auch im NAP haben wir explizit gegen solche Vereinseitigungen ausgesprochen. Sprachlich besehen ist die Formulierung ebenfalls etwas verbesserbar, da denglich: deshalb folgender Änderungsvorschlag: statt 'GK ist der grad xyxyx' besser: „...wird entscheidend durch den grad xyxyx geprägt xyxy“ .</p>		<p>Ist ein Zitat einer bereits eingereichten Definition und kann daher nicht geändert werden.</p> <p>Nicht berücksichtigt</p>
31-36	<p>In Z. 31-36 kommt ein nach wie vor sehr Individuumszentriertes Bild der Gesundheitskompetenz zum Ausdruck. Warum stehen hier wieder individuelle Fähigkeiten an erster Stelle, und nicht die Verantwortung des jeweiligen Systems? Ich würde hier eine klarere Positionierung vorschlagen. Zuerst sind Systeme, Angebote, Dienstleister in der Verantwortung, und erst nachrangig das Individuum.</p>		<p>Dieser Kommentar geht am Kernanliegen des Positionspapiers und dem DNGK-Verständnis von Gesundheitskompetenz vorbei, nämlich Individuen individuell angemessene Entscheidungen zu ermöglichen. Die Verantwortung dafür, dies zu ermöglichen, liegt unter anderem auch bei Gesundheitseinrichtungen. Aber es bleiben individuelle Entscheidungen. Dieser Fokus ist auch unerlässlich in Abgrenzung zur Gesundheitsförderung.</p>



	Das kann man klarer ausdrücken. Z.B. "Dies macht deutlich, dass die Ursachen für einen Mangel an Gesundheitskompetenz nicht auf individueller Ebene zu suchen sind, sondern dass bei der Ausbildung und Verbesserung der Gesellschaftlichen Gesundheitskompetenz u.a. Bildungs- Sozial-, und Gesundheitssystem in der Pflicht sind. (in Z. 42 ff. kommt das klarer zum Ausdruck, aber eben etwas spät)		Nicht berücksichtigt.
32	...sowohl individuelle Fähigkeiten und Eigenschaften als (statt wie) auch gesellschaftliche Strukturen...		Berücksichtigt
35	"den Menschen" ersetzen durch "allen Menschen"	stärkere Betonung des Anspruchs	Berücksichtigt
35	„jeglicher“ ist ebenfalls zu scharf formuliert. Ich würde ‚von‘ präferieren.		Berücksichtigt t
	Zudem frage ich mich, ob es nicht an der Zeit ist, das Thema ‚Entscheidungsfindung‘ theoretisch etwas differenzierter zu betrachten.	Wir alle wissen, dass Entscheidungen (und besonders schwerwiegende Gesundheitsentscheidungen) selten (analog dem rational choice model) informiert, explizit und rational gefällt werden, sondern oft intuitiv und implizit, und auch, dass Entscheidungen noch nicht zwingend zu entsprechenden Handlungen führen.	Es geht in dem Abschnitt darum, dass <i>angemessene gesundheitsbezogene Entscheidungen ermöglicht</i> werden sollen. Das heißt, seitens der Organisationen sollen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden. Das bedeutet aber nicht, dass jede/r <i>rationale</i> Entscheidungen treffen muss. Wer eine Bauchentscheidung trifft, und die verfügbaren Angebote zur Informationsvermittlung nicht in Anspruch nimmt, fällt trotzdem eine individuell angemessene Entscheidung, genau wie derjenige, der sie delegiert. Entscheidungstheorie ist ein weites Feld und lässt sich nicht in einem Spiegelstrich abhandeln, das wäre in diesem Format unangemessen und ist nicht das Thema des Abschnitts. Nicht berücksichtigt)
36-38	Deshalb ist überlegenswert in Zeile 36 (und 38) ergänzend ‚und Handlungen‘ einzufügen.	(siehe vorheriger Kommentar)	Berücksichtigt
38	Zeile 38 einfügen: 'solche, die explizit oder implizit gefällt werden sowie....' (denn wie gesagt viele Entscheidungen werden nicht explizit gefällt).		s.o., es geht um das Ermöglichen von angemessenen Entscheidungen, damit sind nicht nur explizit gefällte gemeint. Nicht berücksichtigt
37-41		Diese Formulierung gefällt mir ausgesprochen gut!	:)



39	...entsprechen. Dies gilt auch dann, wenn diese Entscheidungen nicht...	Bessere Lesbarkeit und Verständlichkeit, Wiederaufnahme des bezogenen Substantivs "Entscheidungen"	Formulierung wird durch die Trennung unschärfer, in der Diskussion war den Autoren wichtig, beide Aspekte zusammen zu formulieren. Nicht berücksichtigt
43	Zeile 43 statt 'muss begriffen werden' wäre 'stellt xyxy dar' sinnvoller und weniger apodiktisch;		Da dies noch zu wenig geschieht, war die Überspitzung hier ganz bewusst. Im Sinne von Z.19 aber in „muss „auch begriffen werden“ geändert.
45-46	Formulierungsvorschlag: 'und tragen eine besondere Verantwortung bei der Förderung der Gesundheitskompetenz'		Geändert: „kommt besondere Verantwortung zu“
46	Gerade die Einrichtungen, die die Gesundheitsversorgung gestalten, tragen hier eine besondere Verantwortung. Ihre Aufgabe ist es, die Gesundheitskompetenz aller Nutzer*innen zu ermöglichen, zu unterstützen und zu fördern und dafür entsprechende Rahmbedingungen zu schaffen.	Maßnahmen - einsetzen eher schwammig? Verben wie ermöglichen und fördern konkreter? Klient*innen erneut anderer Begriff, nach "Menschen", Bürger*innen und Patient*innen, nicht in allen Settings der Gesundheitsversorgung gebräuchlich? Neutral mit Nutzer*innen?	Teilweise berücksichtigt, zusammengeführt mit nächstem Kommentar <i>Nutzer*innen</i> nicht übernommen, da zu sehr kundenorientiert konnotiert und zu wenig mit Fürsorgepflicht.
50	Wieder eine starke Individuumszentrierung. Warum argumentiert man, dass man individuelle GK fördern will, und nicht "damit die Gesundheitsversorgungssysteme angemessen auf die in der Gesellschaft vorherrschenden, verschiedenen Level der Gesundheitskompetenz ausgerichtet sind".	Verschiedene Level der Gesundheitskompetenz sind ein Fakt, und die Systeme müssen so ausgerichtet sein, dass sie Menschen mit jedem Level von GK erreichen. Nicht anders herum. Das ist hier für mich die wahre Frage: Meint man Organisationale GK ernst, oder redet man doch wieder vom Individuum?	Teilweise berücksichtigt. „Gesundheitskompetenz“ aus dem Satz gestrichen und wieder auf die individuell angemessene Entscheidung fokussiert. Unterschiedliche GK-Level sind Fakt und darauf soll das System sich einstellen, in der Tat. Wichtig im System bleibt trotzdem das Individuum mit seinen Bedürfnissen und Belastungen. Organisationale GK darf nicht dahingehen missverstanden werden, dass es übergeordnet „gute“ Entscheidungen gibt, die für alle gelten müssen. Entsprechend auch „Merkmale gesundheitskompetenter Organisationen“ geändert



50	Die Organisationen tragen eben nicht die Verantwortung (formal nicht), deshalb ist aus meiner Sicht eine andere Formulierung nötig (ist Aufgabe vieler Organisationen...)		Geändert in "stehen in der Verantwortung"
51/52	..., dazu gehören das Bildungswesen, das Sozialwesen, das Gesundheitswesen sowie die Medien.	Verbesserung Lesbarkeit (nicht alle Begriffe lassen sich auf ein "das" beziehen, die Bereiche sollten auch inhaltlich getrennt betrachtet werden, weil sie das rein organisatorisch sind)	Berücksichtigt
55	Nur eine Kleinigkeit – hier ist das ‚a‘ in ‚allen‘ nicht kursiv.		Geändert
56	eine offenerere Formulierung wäre wünschenswert: 'Gesundheitsfragen und -entscheidungen'		Geändert
57 - 59	...erbringen: Krankenhäuser ebenso wie Praxen von Ärzt*innen, Psycholog*innen und weiteren Versorgungsanbietern sowie gesundheitsbezogene Beratungsstellen. Ebenso dazu gehören die Kostenträger, die Gremien der Selbstverwaltung und viele weitere Akteure im Gesundheitswesen.	Aufgeführte Definitionen/Akteure greifen zu kurz. Es gibt viel mehr Berufsgruppen als Adressaten dieses Zielepapiers, von Apothekern über die Sozialarbeiter im Gesundheitswesen bis zu vielen weiteren Jobtitles bzw. Ausbildungsgängen! Wegen längerer Aufzählung zwei Sätze.	Berücksichtigt; Apotheken explizit ergänzt, die werden bislang zu wenig adressiert.
60	Der Text widerspricht der Definition und ist sprachlich merkwürdig, muss es nicht heißen 'verständliche Information zur Orientierung xyxyx vermitteln?' (sonst Orientierung ... ermöglichen)		Geändert
61		im Gesundheitswesen statt durch das ?	Geändert
63 ff	Hier wird "vertrauenswürdige Wissen" angesprochen, was im Sinne von Evidence-Based Medicine sinnvoll ist. Ich würde trotzdem folgende Ergänzung vorschlagen: "vertrauenswürdige und für Bürger*innen nutzbares/nützliches Wissen". "	Vertrauenswürdige" bezieht sich ja vor allem darauf, dass medical professionals zufrieden sind. "nutzbar und nützlich" bezieht sich darauf, dass die Menschen tatsächlich etwas damit anfangen können, was auch beinhaltet, dass das Wissen in einem Modus präsentiert wird, der an Wissensbestände und Sprachgewohnheiten von Patient*innen anknüpft.	Zentrale Voraussetzung für gute Entscheidungen ist, dass die Information, auf deren Basis Entscheidungen getroffen werden, so wenig verzerrt wie möglich sind. Und die „anerkannten Standards“ der „Guten Praxis“ schließen die Zielgruppenspezifische Aufbereitung explizit mit ein. Satz zur zielgruppenspezifischen Aufbereitung ergänzt.



63	nicht einverstanden	Alle Adressaten können Wissen verbreiten und vermitteln. Die Generierung von Wissen bzw. Gesundheitsinformation ist etwas anderes! Nicht alle Adressaten müssen auch selbst "entwickeln".	Satz modifiziert
64	Zeile 64 Strukturen ‚unterhalten‘??? besser: ‚herstellen und xyxyx‘ (auf diese Weise =streichen)		Sie sollen die Strukturen nicht nur herstellen, sondern für den dauerhaften Unterhalt sorgen (Verstetigung) Nicht übernommen
65	bei streichen	ist nicht wirklich notwendig zum Verständnis, aber ein "Lesestopper"	Satz geändert , siehe nächster Kommentar
66	Hier wird implizit, dass ohne verlässliche Informationen keine Bewältigung von Gesundheitsproblemen stattfindet ("benötigen"). Das scheint mir vielleicht etwas optimistisch/idealistisch gedacht. Vielleicht kann man "benötigen" durch "unterstützen" ersetzen, damit man klar ausdrückt: Patient*innen sind ohne uns nicht unfähig oder dumm.		Es geht nicht darum, Patient*innen als „dumm“ herabzusetzen. Es geht darum, auf Basis des besten gesicherten Wissens zu entscheiden. Entscheidungen können individuell völlig unangemessen sein, wenn sie auf falschen Informationen beruhen. Deshalb sind unverzerrte Informationen nötig, nicht optional. Bürger*innen sind nicht dumm, wenn sie diese Informationen nicht kennen. Falls gemeint ist, dass die Formulierung „Bewältigung“ Missverständnisse impliziert: Satz geändert in „bei Gesundheitsfragen benötigen“
66	„Gesundheitsprobleme“ impliziert meines Erachtens bereits Krankheit. Die Ergänzung um „Gesundheitsfragen“ (—> zur Orientierung bei und zur Bewältigung von Gesundheitsfragen und Gesundheitsproblemen) könnte diese Erweiterung reflektieren.		Satz modifiziert
67	hier habe ich mit der Formulierung ‚Verantwortung übernehmen‘ ein Problem (= sehr direkte Übersetzung) und würde eine gekürzte Formulierung vorschlagen: Durch die Wahrnehmung dieser Aufgaben können Gesundheitseinrichtungen/org. zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und Milderung von Ungleichheit beitragen		Geändert



68	um Gesundheitsfragen ergänzen		modifiziert
73-81	Hier habe ich mich gefragt, ob es sinnvoll wäre, ggf. auch die Leitlinie Evidenzbasierte Gesundheitsinformation zu zitieren? Oder ist diese mit der ‚Guten Praxis Gesundheitsinformation‘ automatisch inkludiert?		Alle im Positionspapier abgebildeten Anforderungen sind in der guten Praxis Gesundheitsinformation adressiert. Nicht berücksichtigt
75-81	Ich würde hier viel stärker betonen, dass gewaltige Anstrengungen damit verbunden sein müssen, dass Informationen nutzbar gemacht werden können. D.h. sprachlich herunterbrechen, konkret beschreiben, nachvollziehbar, für alle Menschen nutzbar. Sonst haben wir wieder nur Hochglanzbroschüren, die korrekt sind, aber nicht genutzt werden (können); s. auch Z. 106-108	Evidenz ist gut, aber ohne Zugänglichkeit ist sie vergebens.	Hochglanzbroschüren sind in der Regel gerade nicht evidenzbasiert. Da scheint ein eklatantes Missverständnis vorzuliegen. Satz zur zielgruppenspezifischen Aufbereitung ergänzt, die unverzichtbar in der GPGI gefordert wird und dort beschrieben ist. Teilweise berücksichtigt
76	Zeile 76 ‚medizinisches Wissen‘ greift definitiv zu kurz, es gibt schließlich auch nicht medizinische Berufe mit wichtigem Fachwissen; deshalb: ‚gesundheitsrelevantes Wissen		Geändert
78	nicht einverstanden mit "in einem breiten nationalen Konsens": Anforderungen an solche Gesundheitsinformationen sind in konsentierten Empfehlungen beschrieben, beispielsweise in der "Guten Praxis Gesundheitsinformation [8].	Obwohl der KID an der GPGI beteiligt war und die Ziele nach wie vor vollumfänglich unterstützt, sehen wir nicht, dass die dort formulierten Anforderungen derzeit schon "breiter nationaler Konsens" wären – das entspricht einfach nicht der Realität bzw. ist hier vermutlich missverständlich. Der Name der GPGI taucht zudem zunächst nicht auf, nur, wenn man den Quellenverweis ansieht, weiß man, dass sie gemeint ist, und warum sie im nächsten Satz überhaupt auftaucht.	An der GPGI waren 26 Personen aus unterschiedlichen Einrichtungen beteiligt, Informationsersteller, Kassen, ärztliche Einrichtungen, Universitäten, Patienten und Verbraucher. Das Papier ist von diesen Einrichtungen konsentiert worden. Daher scheint der Begriff „breiter nationaler Konsens“ angemessen. Nicht berücksichtigt
83-92		Abschnitt 1.4 – Wundervoll – I couldn't agree more!	



85	Zeile 85 statt ‚den größten‘ bitte ‚hohen‘, denn sonst wird nur noch die Patienten*inneninteraktion in den Blick genommen und wäre verkürzt		Geändert
87	Die Aussage zum Stellenwert sollte mit einer Quelle belegt werden.	Vermieden werden sollten Missverständnisse anhand der wachsenden Zahl von Studien, die das Internet an erster Stelle bei der Nutzung (nicht bei der Präferenz bzw. dem Stellenwert!) zeigen.	Dazu erfolgte keine systematische Recherche, daher wird im Positionspapier selektive Literatur zitiert. ABER: Quellen u.a. : KBV-Versicherten-Befragung 2017/2018 Bertelsmann Stütung: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Studie_Gesundheitsinfosuche-Literaturueberblick.pdf und https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Studie_Gesundheitsinfos_Interviews.pdf Für Krebspatienten: https://www.thieme.de/de/presse/informationsquelle-krebskranke-71467.htm Beispielhaft untersucht auch in: Gummersbach, Elisabeth; Schmitt, Jürgen in der; Mortisier, Achim; Abholz, Heinz-Harald; Wegscheider, Karl; Pentzek, Michael: Teilnahmebereitschaft am Mammographiescreening Dtsch Arztebl Int 2015; 112: 61-8; DOI: 10.3238/arztebl.2015.0061
87	87 ff Kommunikationskompetenz greift viel zu kurz, es geht um Informationsvermittlungskompetenz und das ist eine dem Charakter nach edukative Kompetenz, die über fach-exoertise und reine kommunikationsexpertise hinausgeht. Das wird in der aktuellen Diskussion zu wenig beachtet. es wäre daher wichtig, stärker im Text zu differenzieren		Passage modifiziert
90		Anmerkung; Hier werden „Gesundheitsfragen“ genannt.	



91	... ergebnisoffen und gemeinsam individuelle Ziele der jeweils geplanten Gesundheitsmaßnahmen zu ermitteln.	Vorsicht mit der Fokussierung auf "Behandlungsziele" – Gesundheitskompetenz betrifft auch Früherkennung, Diagnostik, Nachsorge etc.	Geändert in „individuelle Ziele“,
91	Vorschlag: Erweiterung um Präventions-, Diagnose- und Behandlungsziele (z.B. Hämoocult, Bluttest oder Koloskopie, Ziel: Genauigkeit bei Darmkrebsvorsorge oder Diagnostik)		s.o.
93-92	Bei 1.4 kann man vielleicht noch ergänzen "Gute Kommunikation heißt nicht allein, dass ein medical professional evidenzbasiert und kompetent kommuniziert hat, sondern gute Kommunikation heißt, dass die Informationsbedürfnisse eines Patienten befriedigt werden und Konsens über das weitere Vorgehen besteht" o.ä.; also in Richtung: medical professionals müssen nicht nur mehr und besser kommunizieren, sondern sie müssen auch zuhören lernen und Patient*innen ermutigen, Fragen zu stellen	-> In Z. 114 f. wird das bspw. ganz schön ausgedrückt.	Satz modifiziert
95-115		sehr schön formuliert.	
96		Die Formatierung und Aussage der Quellenangabe ist missverständlich. Besser wäre es, einen konkreten Bezug im Text selbst herzustellen. Sollte es sich hier um ein modifiziertes Zitat der benannten Quelle handeln, so kommt das nicht gut heraus. Wichtig wäre auch zu erläutern, warum das DNGK hier tatsächlich so konkret auf eine einzelne Quelle rekurriert und sie modifiziert in ein Positionspapier übernimmt. Ein oder zwei Sätze dazu?	ergänzt
98	"Behandlungsziele" erweitern	s. Kommentar zu Zeile 91	Geändert in „Ziele“, s.o.
108		noch mal Quellenverweis zur GPGI?	ja
109/10	...bei der Orientierung im Gesundheitssystem...		Geändert



109/1 10	... Gesundheitssystem. Gesundheitskompetente Organisationen bieten alle Informationen in unterschiedlichen...	zwei inhaltlich getrennte Forderungen, zwei Absätze	Umgestellt und getrennt
117- 148	<ul style="list-style-type: none"> S. 6, Abschnitt 3 ebenfalls sehr schön formuliert. Hier dachte ich nur, dass Punkt VI möglicherweise etwas abstrakt bleibt bzw. nicht spontan deutlich wird, was mit den Anreizen gemeint ist. 	Vielleicht gilt das aber auch für alle Punkte, die ja in dieser klaren Kürze ohne weitere Erläuterungen auskommen müssen. Es ist mir nur deshalb aufgefallen, weil ich gewahr wurde, wie schädlich und fatal sich die falschen Anreize in der konkreten Praxis auswirken können und wie kontraproduktiv dies für die ‚Gesundheitskompetenz‘ ist.	
119	Zeile 119 Punkt 1 sollte man dem relationalen Modell entsprechend umformulieren		Konkreter Formulierungsvorschlag fehlt – Nicht berücksichtigt.
119 ff	Warum nicht so etwas wie: "Es bestehen in der Gesellschaft große Unterschiede darin, wie Menschen mit Informationen umgehen und umgehen können, die ihre Gesundheit betreffen. Hierauf ist das Gesundheitsversorgungssystem bisher nur mangelhaft eingestellt."	Ich finde es nicht optimal, dass der erste Satz der Thesen ist: "GK ist eine individuelle Kompetenz". Da sind wir wieder ganz stark in der Denktradition, die wir eigentlich überwinden wollen.	Zunächst geht es mit diesem Papier darum, die Brücke zu schlagen zwischen einem alten und einem neuen Verständnis von GK. Und dann ist Gesundheitskompetenz in der aktuell am häufigsten zitierten Definition in der Tat eine individuelle Kompetenz, denn es geht darum, Informationen auf eigene Gesundheitsfragen anzuwenden. Das bleibt immer individuell. Das Gesundheitssystem kann dabei unterstützen, indem es dafür sorgt, dass Menschen nur hochwertige Informationen leicht finden und verstehen und gemeinsam daraus eine zu den eigenen Zielen, Lebensumständen und Wertvorstellungen passende Entscheidung zu treffen. Nicht berücksichtigt
121 ff	Warum sollen wieder Individuum Kompetenzen entwickeln? Warum nehmen wir nicht ernsthaft die Systeme in die Verantwortung und sagen: "Gesundheitssysteme müssen sich signifikant weiterentwickeln, um auf die verschiedenen individuellen Bedarfe adäquat reagieren zu können"?	Es geht in Z. 121 f. auch genauso individuumszentriert weiter	s.o.



123-126	Vorschlag: "Verschiedene Menschen bringen verschiedene Voraussetzungen, Erwartungen, Haltungen mit, die beeinflussen, wie Interaktionen mit dem Gesundheitssystem verlaufen. Das Gesundheitssystem ist derzeit nicht adäquat darauf vorbereitet, bei solchen Unterschiedlichkeiten stets effiziente Kommunikation zu ermöglichen."	These II ist stark Individuums- und Defizit-orientiert. Warum sprechen wir von individuellen Einschränkungen, und nicht von der eingeschränkten Fähigkeit des Gesundheitsversorgungssystems, auf verschiedenartige Menschen einzugehen?	Weil es Individuen mit unterschiedlichen Voraussetzungen gibt und einige stärker auf die Unterstützung des Systems angewiesen sind als andere, und gerade die sind i.d.R. heute benachteiligt. Nicht berücksichtigt
125	...und deren Mitarbeiter*innen, Betroffenen...	Nicht alle Mitarb. sind Behandler, das wird auch durch die Klammerkonstruktion nicht wirklich deutlich.	Geändert
125	Unbedingt einfügen: 'zur Förderung der GK beizutragen und Ermöglichung xyxyx beizutragen' tätig werden.		Bezug unklar. Inhaltlich: Das Paper richtet sich an Gesundheitsorganisationen. Diese sind nicht primär darauf ausgelegt (und die Mitarbeiter nicht darin ausgebildet), edukative und didaktische Aufgaben wahrnehmen (das wäre die allgemeine Förderung der GK aber), aber sie können Strukturen schaffen, die Menschen mit geringer GK trotzdem gute Entscheidungen ermöglichen. Adressaten für die allgemeine Förderung der GK wären eher Bildungseinrichtungen, die dieses Paper explizit nicht adressiert. Nicht berücksichtigt
128	...im selben Maß verfügt. Sie verändert sich...	Zwei Sätze für bessere Betonung und Lesbarkeit	Berücksichtigt
128	Erlebten Situationen, <i>Interventionen (Diagnostik und Therapie)</i> und Erkrankungen oder Krankheitsstadien.		Berücksichtigt
134	... das diese Expert*innen...	Bezug wird deutlicher	Berücksichtigt
136-137		These V: Mir ist hier unklar, um wessen Haltungen es geht. Organisationen? Medical Professionals? Patient*innen?	Berücksichtigt
136	wirklich???? Haltungen laufen sich oft leer, wenn sie nicht durch adäquate Strukturen gesichert werden.		Erst braucht es die Haltung, um die entsprechenden Strukturen zu etablieren und zu verstetigen. Also erst die Haltung, diese zeitigt die Handlungen, das ist der Gedanke der These. Beides gehört zusammen. Aber Anderherum werden es sinnentleerte Strukturen, und die sind nicht nachhaltig (siehe Zertifizierungen)



			Nicht berücksichtigt
140	Zu hinterfragen	Aus der Formulierung selbst (noch dazu in einem Satz mit anderen Botschaften) wird nicht deutlich, was mit falschen Anreizen und Konterkarieren konkret gemeint ist: Extra Satz, verdeutlichen?	erläuternd ein Schlagwort („Ökonomisierung“) eingefügt
145-148	. M.E. sollte das These Nummer 1 sein. <i>Zuerst</i> sollte systemseitige Verantwortung betont worden, und irgendwann ganz am Ende (wenn überhaupt) das Individuum.	Auch die letzte These zeigt: Wir sind immer noch relativ im Denken über Individuen verhaftet	didaktisch sinnvoll, wenn diese These den Abschluss der vorherigen und damit das Fazit bildet. Nicht berücksichtigt.
145f	auch hier müsste stärker relational argumentiert werden, denn was nützen beispielsweise wunderbare Sportstätten, wenn keiner Sport machen möchte?		Kein konkreter Änderungsvorschlag. Nicht berücksichtigt
157-159	...gibt es international bereits einzelne Selbstbewertungssysteme, die speziell auf die Förderung der organisationalen Gesundheitskompetenz zugeschnitten sind. Deren Adaptation auf die nationale Situation steht aus.	Ist das damit gemeint?	berücksichtigt
160-166	...der "Gesundheitsfördernden Krankenhäuser", der "Selbsthilfe-freundlichen Krankenhäuser" etc.	Auch wenn die Bezeichnungen vielleicht noch nicht als "Fachbegriff" etabliert sind, so sollte man ihre besondere Definition bzw. die Zertifizierung im Text kenntlich machen.	ok
164	...insbesondere durch die klassischen...	Ist das gemeint?	Geprüft werden sollten weitere Möglichkeiten [...], insbesondere die klassischen ... Ist sprachlich korrekt, daher nicht berücksichtigt.
170	bereits bestehender (statt bestehenden) Initiativen.		Berücksichtigt
170	Bei den Maßnahmen (Z. 170ff.) kommen die Adressat*innen wieder ganz zum Schluss. An <i>erster</i> Stelle sollte m.E. Stehen: Patient*innen involvieren, befragen, mitgestalten, teilhaben lassen.	Die ganze Forschung macht doch wenig Sinn, wenn nicht an allererster Stelle die Menschen stehen, um die es geht.	Steht im allerersten Satz vor den Spiegelstrichen: bei denen alle Adressaten sowie Patient*innen und Bürger*innen eingebunden sein sollten



170f	170 f die ersten 4 Punkte lesen sich wie der Ausschreibungstext des BMG zu gesundheitskompetenten Gesundheitseinrichtungen - ist das wirklich sinnvoll??? Sollte man nicht besser stark straffen?		Kein konkreter Änderungsvorschlag, Nicht berücksichtigt
172	Sammlung von Beispielen gelungener Umsetzung von organisationaler Gesundheitskompetenz und Analyse förderlicher Faktoren und Barrieren	bessere Lesbarkeit	Ok.
179	...Organisation;	Semikolon nach allen Punkten der Aufzählung oder nirgends	Berücksichtigt
183	Schaffung von am Gemeinwohl orientierten Rahmenbedingungen, die...	sprachlich angepasst an die anderen Aufzählungspunkte	Berücksichtigt
184		Besser wäre es, hier "allen Gesundheitsprofessionen"	Berücksichtigt
		ohne Erweiterung stehen zu lassen, denn es fehlen hier mehrere Berufsgruppen, z.B. die Apotheker, Sozialarbeiter und viele mehr, siehe auch Kommentare Zeile 57/58/59	Berücksichtigt
187		Aufzählungszeichen korrigieren	Berücksichtigt
187	Entwicklung und Umsetzung adressatengerechter...	sprachlich angepasst an die anderen Aufzählungspunkte	Berücksichtigt
189	Hier habe ich mich gefragt, ob man statt ‚vulnerable Gruppen‘ vielleicht ‚...und dabei besondere Belange von / spezifische Herausforderungen für Menschen mit z.B. geringen sozio-kulturellen und ökonomischen... besonders berücksichtigen.‘ schreiben könnte?		Berücksichtigt
191	"Menschen mit Behinderung“ in die Aufzählung aufnehmen?		Berücksichtigt
194 ff	Literatur: Bei 1 stimmt der Link nicht)	Alle anderen stimmen, habe reingeklickt).	Korrigiert