

BACHELORARBEIT

**Pflegeinterventionen in der Primärversorgung, um die
Gesundheitskompetenz von chronisch Erkrankten zu verbessern:
Eine Literaturrecherche**

eingereicht von

Katharina Hermann

Zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Nursing Science (BScN)

Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von
Gerhilde Schüttengruber, Msc, BSc

Graz, am 23.02.2018

Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 23.02.2017

Katharina Hermann, eh“

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Methode.....	8
3. Ergebnisse.....	15
3.1 Komplexe Interventionen.....	16
3.2 Kommunikation	17
3.3 Case Management.....	19
3.4 Pflegeprozess	20
3.5 Beratung.....	21
3.6 Edukation	22
3.7 E-Health-Technologie.....	24
3.8 Nephrologie Service	26
3.9 Collaborative Care.....	27
3.10 Lifestyleinterventionen.....	28
4. Diskussion	35
5. Schlussfolgerung	38
6. Literaturangabe.....	39
7. Anhang	46
7.1 Checkliste nach Hawker et al. (2002).....	46
7.2 Bewertungen der 14 Studien.....	49

Zusammenfassung

Hintergrund: Chronische Erkrankungen betreffen Menschen aller Altersgruppen, Regionen und Länder und stellen eine große Herausforderung für das Gesundheitssystem dar. Die HLS-EU Studie zeigte, dass Menschen mit chronischen Erkrankungen oft eine inadäquate Gesundheitskompetenz aufwiesen. Die Gesundheitskompetenz hat direkten Einfluss auf die Gesundheit. Eine inadäquate Gesundheitskompetenz kann das Management von chronisch Erkrankten erschweren. Pflegeinterventionen in der Primärversorgung werden eingesetzt, um die Gesundheitskompetenz von Menschen mit chronischen Erkrankungen zu verbessern. Die Beiträge von Pflegepersonen, um die Gesundheitskompetenz von chronisch Erkrankten zu verbessern, wurden noch nicht vollständig erforscht. **Ziel:** Ziel der Arbeit war es aufzuzeigen, welche Pflegeinterventionen im Rahmen der Primärversorgung eingesetzt werden können, um die Gesundheitskompetenz von chronisch Erkrankten zu verbessern. **Methode:** Eine Literaturrecherche zwischen September und Oktober 2017 wurde durchgeführt, in den Datenbanken PubMed, CINAHL und Google Scholar. Anhand einer Checkliste von Hawker et al. (2002) wurde die Qualität der Literatur beurteilt. **Ergebnisse:** 14 Studien wurden eingeschlossen, die zeigten, dass Pflegeinterventionen wie komplexe Interventionen, Kommunikation, Pflegeprozess, Case Management, Edukation, Collaborative Care, Beratung, Nephrologie Service, E- Health- Technologie und Lifestyleinterventionen, in der Primärversorgung eingesetzt werden, um die Gesundheitsergebnisse von chronisch Erkrankten zu verbessern. **Schlussfolgerung:** Gezeigt wurde, dass Patienten und Patientinnen mit chronischen Erkrankungen, in der Primärversorgung, empowert und von Pflegenden unterstützt wurden, Fähigkeiten zu erlangen, Gesundheitsinformationen zu erhalten, zu verarbeiten und zu verstehen. Angemessene Entscheidungen konnten von chronisch Erkrankten selbst getroffen werden, um die eigenen Gesundheitsergebnisse zu verbessern. **Empfehlungen:** Weiterführende Forschung und Optimierung von organisatorischen Faktoren in der Praxis ist notwendig.

Schlüsselwörter: „health literacy“, „nurse“, „chronic“ und „primary“

Abstract

Background: Chronic diseases affect people of all ages, regions and countries and are an enormous challenge for the healthcare system. The HLS-EU study showed that people with chronic diseases often have inadequate health literacy. Health literacy has a direct impact on health. Inadequate health literacy can make the management of patients with chronic diseases more difficult. Nursing interventions in primary care are used to improve the health literacy of people with chronic diseases. The contributions of nurses to improve the health literacy of patients with chronic diseases have not yet been fully explored. **Objective:** The aim of the review was to identify which nursing interventions can be used in primary care in order to improve the health literacy of patients with chronic diseases. **Methods:** A literature search was conducted between September and October 2017 in the databases PubMed, CINAHL and Google Scholar. The quality of the literature was assessed on the basis of a checklist by Hawker et al. (2002). **Results:** 14 studies were included which showed that nursing interventions such as complex interventions, communication, nursing process, case management, education, collaborative care, counselling, nephrology service, e-health technology and lifestyle interventions are used in primary care to improve the health outcomes of patients with chronic diseases. **Conclusion:** It has shown that patients with chronic diseases, in primary care, were empowered and supported by nurses to achieve skills to be able to receive, process and understand health information. Appropriate decisions could be made by patients with chronic diseases by themselves in order to improve their own health outcomes. **Recommendations:** Further research and improvement of organizational factors in practice are necessary.

Keywords: "health literacy", "nurse", "chronic" and "primary"

1. Einleitung

Hintergrund

Chronische Erkrankungen verursachen den Tod von 40 Millionen Menschen im Jahr, das entspricht 70% aller Todesfälle weltweit (WHO 2017a). 15 Millionen Menschen sterben an chronischen Erkrankungen weltweit, im Alter zwischen 30 und 69 Jahren (WHO 2017a). Mehr als ein Drittel der österreichischen Bevölkerung, 2,6 Millionen Menschen, im Alter von 15 Jahren und mehr, gaben an, eine chronische Erkrankung zu haben (Statistik Austria 2014).

Aufgrund der Progression chronischer Erkrankungen wurde von der WHO (World Health Organization), die Agenda 2030 zur nachhaltigen Entwicklung geschaffen (WHO 2017a). Ziel der Agenda 2030 ist es, ein Drittel der chronischen Erkrankungen bis ins Jahre 2030 zu reduzieren (WHO 2017a).

2011 wurde die HLS-EU Studie (European Health Literacy Survey) durchgeführt, um die Gesundheitskompetenz der europäischen Bürger und Bürgerinnen, aus acht Ländern zu erheben. Gezeigt wurde, dass ein großer Prozentsatz der österreichischen Bevölkerung eine inadäquate Gesundheitskompetenz aufwies (HLS-EU Consortium 2012). Beschrieben wurde, dass Personen mit einer inadäquaten Gesundheitskompetenz häufiger chronische Erkrankungen oder damit verbundene Risikofaktoren aufwiesen und die Gesundheitskompetenz direkten Einfluss auf das Gesundheitsverhalten hat. Vorwiegend wiesen Menschen ab einem Alter von 75 Jahren und Menschen mit chronischen Erkrankungen eine inadäquate Gesundheitskompetenz auf (HLS-EU Consortium 2012). Ein signifikanter Rückgang der Gesundheitskompetenz wurde bei chronisch Erkrankten, ab einem Alter von 65 Jahren und älter gezeigt (Morris, Maclean & Littenberg 2013). Die Folgen einer inadäquaten Gesundheitskompetenz spiegeln sich in der Compliance, Adhärenz und dem Verhalten von chronisch Erkrankten wieder. Eine inadäquate Gesundheitskompetenz wirkt sich auf das Gesundheitsmanagement von chronisch Erkrankten aus, da es nicht vollständig

wahrgenommen wird oder werden kann und die Bereitschaft das Verhalten zu ändern gering ist (WHO/Europa 2013).

Aufgrund der Ergebnisse der HLS-EU Studie wurde in Österreich der Zielsteuerungsvertrag 2017 – 2021 beschlossen, um die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken. Der Bund, die Länder und die Sozialversicherungen haben anhand der Vereinbarung 15a beschlossen, die österreichische Gesundheitsversorgung fortzuführen und weiterzuentwickeln. Vorangetrieben wird die Umsetzung der Primärversorgung und die zehn gesetzten Gesundheitsziele (BMGF 2017b). Zur Umsetzung des Gesundheitsziels Drei, Stärkung der Gesundheitskompetenz, wurde eine Arbeitsgruppe, die österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz, gegründet, um die österreichischen Bürger und Bürgerinnen zu empowern. Ziel der gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik bis ins Jahr 2032 ist es, jedem Menschen in Österreich mehr Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden zu ermöglichen und die Jahre die Menschen im Zustand der Gesundheit verbringen zu erhöhen (BMGF 2017a).

Pflegerische Maßnahmen, die im Bereich des Managements von chronisch Erkrankten eingesetzt werden, gelten als essentiell und hilfreich, um die Ziele der WHO (World Health Organization) und Länder umzusetzen (WHO 2017a).

Pflegeinterventionen

„Pflegeinterventionen gelten als Pflegebehandlung auf der Grundlage klinischer Urteilsbildung und Pflegewissens und werden von Pflegenden durchgeführt, um Patientenergebnisse zu verbessern“ (McCloskey & Bulechek 2000).

Laut § 14 GuKG (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz), übernehmen Pflegende im Rahmen der pflegerischen Kernkompetenzen, die volle Verantwortung über den gesamten Pflegeprozess. Die Kernkompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfassen die eigenverantwortliche Erhebung des Pflegbedarfs, Beurteilung der Pflegeabhängigkeit, Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung, Kontrolle, Evaluation, Prävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitsberatung, Unterstützung, sowie Förderung der

Aktivitäten des täglichen Lebens, Beobachtung sowie Überwachung des Gesundheitszustands, Umsetzung von Forschungsergebnissen, Stärkung der Gesundheitskompetenz, Kommunikation sowie Gesprächsführung und psychosoziale Betreuung. Pflegeinterventionen werden nach evidenz- und forschungsbasiertem Erkenntnissen gesetzt (Jusline 2017b). Pflegende in Österreich laut § 12 GuKG sind verantwortlich für die Umsetzung von Pflegeinterventionen, Strategien, Konzepten und Programmen, um die Gesundheitskompetenz, insbesondere bei chronisch Erkrankten, zu verbessern (Jusline 2017a). Das Management von chronisch Erkrankten beinhaltet die Erkennung von Phänomenen, Screening, Behandlung, Prävention und Kontrolle. Verhaltensbezogene Risikofaktoren, die mit chronischen Erkrankungen assoziiert werden, wie Tabak- und Alkoholkonsum, körperliche Inaktivität und ungesunde Ernährung, können durch pflegerische Maßnahmen reduziert werden (WHO 2017a). Pflege umfasst die autonome und kollaborative Betreuung von Einzelpersonen, aller Altersgruppen, Familien und Gemeinschaften, in allen Umgebungen (WHO 2017b).

Gesundheitskompetenz

1986 wurde Gesundheitskompetenz, Health Literacy (HL), beschrieben als Gesundheit, die im Alltag entsteht und dort gelebt wird. Verantwortung wird für sich selbst und andere Menschen übernommen. Entscheidungen werden getroffen und Bedingungen hergestellt, um allen Menschen Gesundheit zu ermöglichen (WHO/Europa 1986).

Sorensen entwickelte für den Begriff Gesundheitskompetenz eine einheitliche Definition und veröffentlichte diese im Jahr 2012:

“Health literacy is linked to literacy and entails people’s knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgements and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course.” (Sørensen et al. 2012)

Diese Definition wurde anhand eines Modells entwickelt und umfasst die Meinungen der öffentlichen und individuellen Gesundheit. Die Domänen Gesundheitsversorgung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung wurden miteingeschlossen. Die Kernkompetenzen des Modelles beziehen sich auf den Entwicklungsprozess der Beschaffung, des Verstehens, der Beurteilung und der Anwendung von gesundheitsbezogenen Informationen. Dabei beeinflussen soziale, ökologische, individuelle und situative Determinanten den Entwicklungsprozess. Die HL umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen, um Entscheidungen treffen zu können, um die Gesundheit positiv und nachhaltig zu beeinflussen (Sørensen et al. 2012). Die funktionale HL, die interaktive HL und die kritische HL sind Formen, in denen die Gesundheitskompetenz unterteilt wird. Die funktionale HL beinhaltet die Fähigkeit des Lesens und des Schreibens, um einfache Gesundheitsinformationen verstehen zu können. Die interaktive HL beinhaltet umfangreiche soziale Fertigkeiten, um Informationen aus unterschiedlichen Quellen zu erhalten. Die kritische HL beinhaltet die Fähigkeit erhaltene Informationen zu beurteilen (Nutbeam 2000).

Chronische Erkrankungen

Chronische Erkrankungen, neigen dazu von langer Dauer zu sein und sind das Ergebnis aus einer Kombination von genetischen, psychologischen, ökologischen und verhaltensbezogenen Faktoren (WHO 2017a).

„Mischo- Kelling (1992), definierte chronische Erkrankungen, als anhaltender und dauerhafter Prozess, der degenerativ mit körperlichen, sozialen und psychischen Beeinträchtigungen oder Behinderungen einhergeht und in der Regel eine lang anhaltende medizinische Überwachung, Beobachtung und pflegerische Betreuung erfordert.“ (Pschyrembel Online 2018)

Chronische Erkrankungen werden von Kräften getrieben, die eine rasche ungeplante Urbanisierung, die Globalisierung eines ungesunden Lifestyles und die Alterung der Bevölkerung einschließt. Menschen aller Altersgruppen, Regionen und Länder sind von chronischen Erkrankungen betroffen (WHO 2017a). Statistik Austria (2014) bestätigte, dass chronische Erkrankungen mit dem Alter zunehmen.

Die am häufigsten global vorkommenden chronischen Erkrankungen sind kardiovaskuläre Erkrankungen, Karzinome, respiratorische Erkrankungen und Diabetes. Verhaltensbezogene Risikofaktoren, die mit chronischen Erkrankungen in Verbindung gebracht werden sind Tabak- und Alkoholkonsum, körperliche Inaktivität und ungesunde Ernährung (WHO 2017a).

Primärversorgung

Die Erklärung von Alma-Ata fand 1978 statt, in der die Primärversorgung, als Mittelpunkt des Gesundheitssystems definiert wurde. Dargestellt wurde die Primärversorgung 1978 als integriertes, funktionsfähiges und unterstützendes System (WHO 1978).

Patienten und Patientinnen rücken in den Mittelpunkt der Versorgung. Bedürfnisse und Erwartungen sollen wahrgenommen werden und der Gesundheitszustand und die Gesundheitsergebnisse von chronisch Erkrankten verbessert werden (WHO 2017c). Chronische Erkrankungen können frühzeitig erkannt werden und pflegerische Maßnahmen frühzeitig bereitgestellt werden (WHO 2017a). Patienten und Patientinnen können angeleitet, behandelt und aktiv in den Versorgungsprozess integriert werden und die Gesundheitskompetenz sowie Selbstmanagementfähigkeiten verbessert werden (BMGF 2014).

In Österreich wurde anhand des Gesundheitsreformumsetzungsgesetz (GRUG) 2017, der Entwurf des Primärversorgungsgesetz (PVG) 2017 veröffentlicht und wie folgt definiert:

„§ 2 Eine Primärversorgungseinheit ist eine durch verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit gemäß dem Versorgungskonzept (§ 6) nach außen, vor allem gegenüber der Bevölkerung im Einzugsgebiet, als Einheit auftretende Erstanlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem und hat als solche Angebote zur Förderung von Gesundheit und Prävention vor Krankheiten und für eine umfassende Behandlung von Akuterkrankungen und chronischen Erkrankungen zur Verfügung zu stellen sowie die für eine gesamtheitliche und kontinuierliche

Gesundheitsvorsorge und Krankenversorgung erforderlichen Maßnahmen zu koordinieren.“ (PVG 2017)

Angebotene Gesundheitsleistungen umfassen Gesundheitsförderung und Prävention, mit dem Fokus auf dem Management von chronisch Erkrankten. Diagnostische, therapeutische, pflegerische und soziale Leistungen werden bereitgestellt, welche die Versorgung gewährleisten und sicherstellen (PVG 2017). Das Kernteam besteht laut PVG (2017) aus Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinerinnen und dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege. Je nach Bedarf und Örtlichkeit können Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendheilkunde in das Kernteam aufgenommen werden (PVG 2017).

Potentielle Hindernisse und Unsicherheiten des Primärversorgungsgesetzesentwurfes wurden vom OEFOP (Österreichisches Forum Primärversorgung) identifiziert. Der OEFOP gab eine Stellungnahme ab und empfahl eine Änderung des Primärversorgungsgesetzesentwurf bis zum Ende des Jahres 2018 (OEFOP 2017). Ein Anstoß für die Gesetzesänderung war das beschriebene multiprofessionelle Team, da medizinisches Fachpersonal dominierte und Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen kaum Beachtung erhielten, während Ordinationsassistenten und Ordinationsassistentinnen nicht in das Kernteam aufgenommen wurden. Optionen und Leistungen, die im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention gesetzt werden sollen, wurden nicht genau definiert (OEFOP 2017).

Relevanz der Arbeit

Chronische Erkrankungen stellen eine große Herausforderung für das Gesundheitssystem im 21. Jahrhundert dar, da 70% der weltweiten Todesfälle aufgrund chronischer Erkrankungen verzeichnet werden (WHO 2017a). Menschen aller Altersgruppen, Regionen und Länder sind von chronischen Erkrankungen und damit assoziierter verhaltensbezogener Risikofaktoren betroffen (WHO 2017a). Statistik Austria (2017) zeigte, dass in Österreich 33.248 Menschen an einer kardiovaskulären Erkrankung, im Jahr 2016 starben. Gezeigt wurde, dass die

Gesundheitskompetenz direkten Einfluss auf die Gesundheit hat und mehr als die Hälfte der Österreicher und Österreicherinnen eine inadäquate Gesundheitskompetenz aufwiesen (HLS-EU Consortium 2012). Eine inadäquate Gesundheitskompetenz bei chronisch Erkrankten kann sich negativ auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsmanagement auswirken (WHO/Europa 2013). Ziele wurden von der WHO und Ländern gesetzt, um Menschen zu empowern. Anhand der Primärversorgung wird es möglich, chronische Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und frühzeitig pflegerische Maßnahmen zu ergreifen (WHO 2017a). Gesundheitskompetenz wird beschrieben als die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu erhalten, zu verarbeiten, zu verstehen und anzuwenden, um angemessene Entscheidungen für die eigene Gesundheit treffen zu können (Sørensen et al. 2012). Pflegerische Maßnahmen zielen darauf ab, die Gesundheitskompetenz und die Selbstmanagementfähigkeiten von chronisch Erkrankten zu stärken, um den Gesundheitszustand zu verbessern (WHO 2017c, BMGF 2014). Gesundheitskompetenz ist ein Schlüsselement, um die Selbstmanagementfähigkeiten von chronischen Erkrankten zu verbessern (Walker, Marshall & Polaschek 2013). Ein wichtiger und unverzichtbarer Bestandteil der Primärversorgung ist die Profession Pflege (Lukewich et al. 2014). Die Beiträge von Pflegepersonen in der Primärversorgung, um die Gesundheitskompetenz von chronisch Erkrankten zu verbessern, wurden noch nicht vollständig erforscht.

Forschungsziel

Das Ziel der Arbeit war es aufzuzeigen, welche Pflegeinterventionen im Rahmen der Primärversorgung eingesetzt werden können, um die Gesundheitskompetenz von chronisch Erkrankten zu verbessern.

Forschungsfrage

Die konkrete Fragestellung lautete: Welche Pflegeinterventionen im Rahmen der Primärversorgung können eingesetzt werden, um die Gesundheitskompetenz von chronisch Erkrankten zu verbessern?

2. Methode

Zur Beantwortung der zuvor genannten Forschungsfrage und des Forschungsziels wurde eine Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed, CINAHL und Google Scholar durchgeführt. Die Literaturrecherche fand zwischen September 2017 und Oktober 2017 statt.

Ein- und Ausschlusskriterien

Die Literaturrecherche wurde durch zwei gesetzte Limits, wie Aktualität und Sprache der Studien, eingegrenzt. Eingeschlossen wurden englisch- und deutschsprachige Literatur unter der Voraussetzung nicht älter als zehn Jahre zu sein. Artikel, die zur Bewertung herangezogen wurden, mussten pflegerische Maßnahmen betreffend chronisch Erkrankter beschreiben, im Setting Primärversorgung.

Suchstrategie und Auswahlverfahren

Tabelle 1: Datenbanken, Suchstrategie 1 und erzielte Treffer

Datenbanken	Suchstrategie 1	Treffer (n)
PubMed	(primary*) AND (nurs*) AND (chronic*) AND ("health literacy")	(n= 22)
CINAHL	(primary*) AND (nurs*) AND (chronic*) AND ("health literacy")	(n= 5)
Google Scholar	(primary*) AND (nurs*) AND (chronic*) AND ("health literacy") Handsuche der ersten 100 Studien	(n= 3)

Tabelle 2: Datenbanken, Suchstrategie 2 und erzielte Treffer

Datenbanken	Suchstrategie 2	Treffer (n)
PubMed	("primary health care") AND (nurs*) AND (chronic*)	(n=321)
CINAHL	("primary health care") AND (nurs*) AND (chronic*)	(n=218)

Eine Vorrecherche wurde in der Suchmaschine Google durchgeführt, um einen Überblick über die Thematik zu erhalten. Die Literaturrecherche wurde in den Datenbanken PubMed, CINAHL und Google Scholar durchgeführt. Die verwendeten Keywords wie „primary“, „nurse“, „chronic“ und „health literacy“ wurden teilweise mit Trunkierung versehen und anschließend mit den Booleschen Operator

„AND“ verbunden. Anhand der Suchstrategie 1, wurde eine limitierte Anzahl an Treffern in den Datenbanken erzielt (Tab.1). Aufgrund der limitierten Anzahl an Treffern, wurde eine weitere und breitere Suchstrategie, Suchstrategie 2, in den Datenbanken festgelegt, um eine ausreichende Trefferanzahl zu erhalten (Tab.2.). Anhand der gesetzten Limits unter der Verwendung beider Suchstrategien konnten insgesamt 569 Treffer erzielt werden. Das Referenzen Management Programm RefWorks 2.0 (RefWorks 2017) wurde verwendet, um die erzielten Treffer zu verwalten und eine Referenzliste zu erstellen. Anhand des Referenzen Management Programmes RefWorks 2.0 (RefWorks 2017) konnten 77 Studien aufgrund des Duplikatscreenings ausgeschlossen werden. Die Anzahl der Artikel nach Entfernung der Duplikate ergaben insgesamt 492 Treffer. Anhand des Titelscreenings wurden 405 Artikel ausgeschlossen und 87 Studien dem Abstractscreening unterzogen. Durch das Abstractscreening wurden 52 Studien ausgeschlossen und 35 Artikel identifiziert. Im Anschluss wurde das Studienscreening durchgeführt, in dem 20 Studien eingeschlossen und weitere 15 Artikel ausgeschlossen wurden. Aufgrund der kritischen Bewertung konnten weitere sechs Studien ausgeschlossen werden. Es wurden 14 Studien eingeschlossen, um die Forschungsfrage und das Forschungsziel zu beantworten (Abb.1).

Kritische Bewertung

Vierzehn Studien wurden eingeschlossen und einer kritischen Bewertung unterzogen (Tab.3). Anhand einer methodenspezifischen Checkliste von Hawker et al. (2002) wurden die Qualität der wissenschaftlichen Literatur bestimmt (Tab.4). Die Höchstpunktzahl der Checkliste von Hawker et al. (2002) liegt bei 36 Punkten, einer Studienqualität von 100%. Die Studien, die eine Qualität unter 80% und somit eine Punktzahl unter 28,8 Punkten aufwiesen, wurden ausgeschlossen. Die Punkte wurden anhand von neun Items und einer Likert- Skala vergeben. Die Checkliste von Hawker et al. (2002) und die Bewertungen der einzelnen Studien wurden im Anhang beigefügt.

Abbildung 1: Flowchart

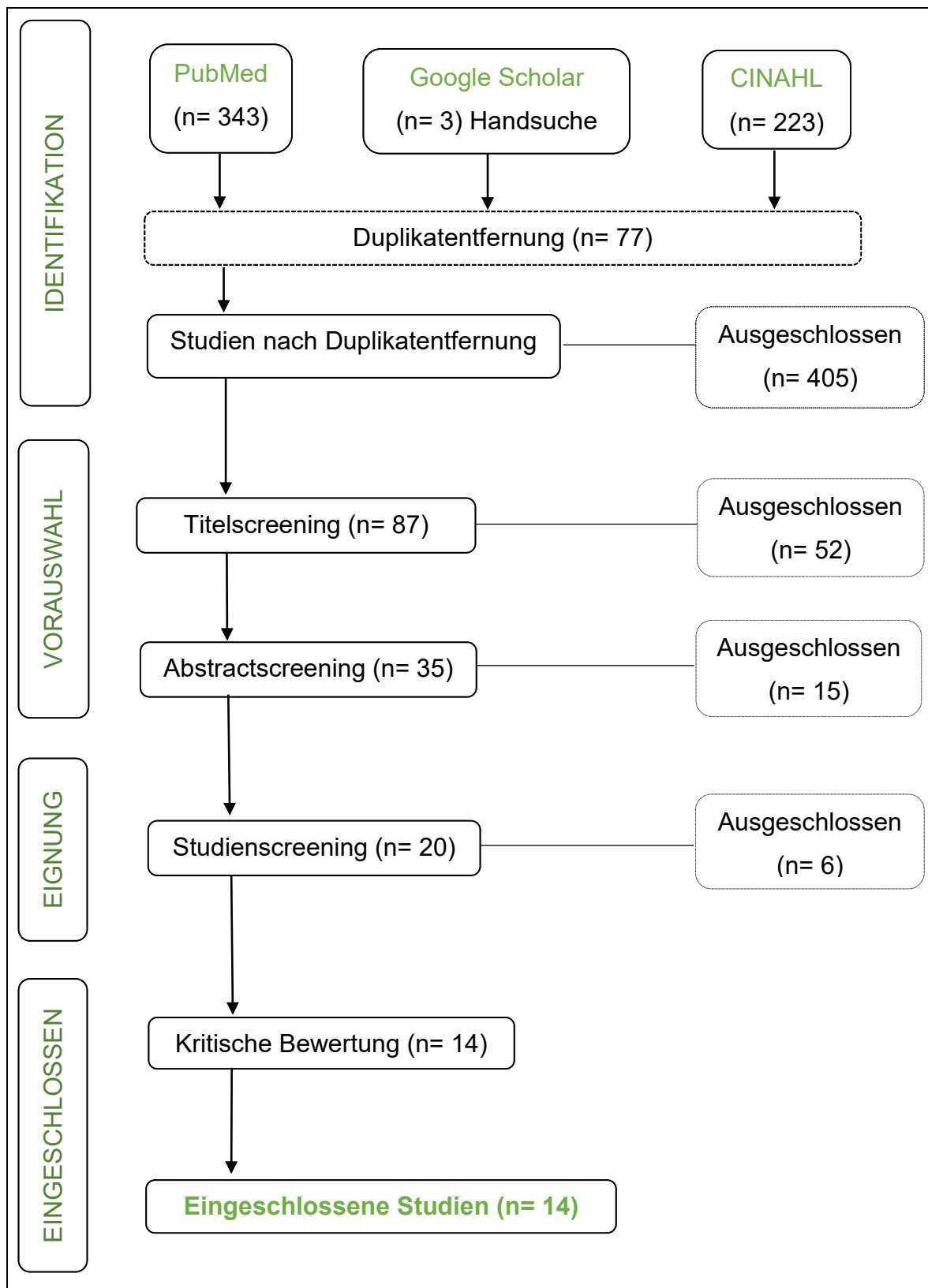


Tabelle 3: Charakteristika der ausgewählten Studien

Autoren/Jahr	Land/Setting	Titel	Ziel	Design	Hauptergebnisse
Al Sayah et. al. 2014	Kanada Primärversorgung	Health literacy and nurses' communication with type 2 diabetes patients in primary care settings	Auswirkung auf HL und Verwendung kommunikativer Komponenten	Qualitative exploratorische Studie	Kommunikation
Dennis et al. 2012	Australien Primärversorgung	Which providers can bridge the health literacy gap in lifestyle risk factor modification education: a systematic review and narrative synthesis	Auswirkung auf HL und verhaltensbezogener Risikofaktoren	Systematischer Review und narrative Synthese	komplexe Interventionen
Gilis- Januszewska et al. 2017	Polen Primärversorgung	Sustained diabetes risk reduction after real life and primary health care setting implementation of the diabetes in Europe prevention using lifestyle, physical activity and nutritional intervention. (DE-PLAN) project	Auswirkungen auf die Nachhaltigkeit einer Risikofaktorreduktion	Real-Life-Implementierung im Rahmen eines europäischen Projekts	Lifestyleinterventionen
Harris et al. 2013	Australien Primärversorgung	The impact of a brief lifestyle intervention delivered by generalist community nurses	Auswirkung auf verhaltensbezogene Risikofaktoren	Quasi-experimentelle Studie	Lifestyleinterventionen

Perez Rivas et al. 2016	Spanien Primärversorgung	Effectiveness of Nursing Process Use in Primary Care	Effektivität des Advanced Nursing Process	Retrospektive Vergleichsstudie	Pflegeprozess
Hudon et al. 2015	Kanada Primärversorgung	Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services With Chronic Diseases: A Qualitative Study of Patient and Family Experience	Erfahrungen von chronisch Erkrankten und Familienangehörigen	Deskriptiv-qualitative Studie	Case Management
Klemenc- Ketis et al. 2015	Slowenien Primärversorgung	Role of nurse practitioners in reducing cardiovascular risk factors: a retrospective cohort study	Auswirkung auf kardiovaskuläre Risikofaktoren	Retrospektive Kohorten Studie	Beratung
Murphy, Ekers & Webster 2014	UK Primärversorgung	An update to depression case management by practice nurses in primary care: a service evaluation	Auswirkung auf die Symptome	Service Evaluierung	Collaborative Care
Sargent, Forrest & Parker 2012	Australien Primärversorgung	Nurse delivered lifestyle interventions in primary health care to treat chronic disease risk factors associated with obesity: a systematic review	Auswirkungen auf verhaltensbezogene Risikofaktoren	Systematischer Review	Lifestyleinterventionen
Walker, Marshall & Polaschek 2013	Neuseeland Primärversorgung	Improving self-management in chronic kidney disease: a pilot study	Auswirkungen auf Risikofaktoren und Progression	Pilot Studie	Edukation

Walker, Marshall & Polaschek 2014	Neuseeland Primärversorgung	A prospective clinical trial of specialist renal nursing in the primary care setting to prevent progression of chronic kidney: a quality improvement report	Auswirkung auf Progression und Risikofaktoren	Prospektive klinische Studie	Nephrologie Service
Stephen, McInnes & Halcomb 2017	Australien Primärversorgung	The feasibility and acceptability of nurse-led chronic disease management interventions in primary care: An integrative review	Durchführbarkeit und Akzeptanz von Pflegeinterventionen	Integrativer Review	Lifestyleinterventionen
Taggart et al. 2012	Australien Primärversorgung	A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors	Auswirkung auf HL und verhaltensbezogener Risikofaktoren	Systematischer Review	komplexe Interventionen
Voncken- Brewster et al. 2014	Niederlande Primärversorgung	Integrating a tailored e-health self-management application for chronic obstructive pulmonary disease patients into primary care: a pilot study.	Auswirkung auf Gesundheitsergebnisse	Pilot Studie	E- Health- Technologie

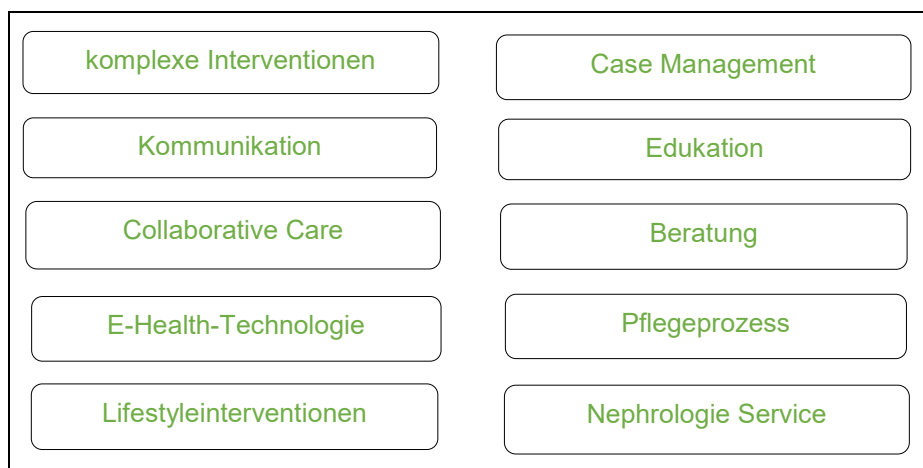
Tabelle 4: Qualität der Studien

Autoren/Jahr	Gesamtpunkteanzahl (n = Punkte)	Studienqualität (n = %)
Sargent, Forrest & Parker (2012)	36 Punkte	100 %
Taggart et al. (2012)	35 Punkte	97,22 %
Walker, Marshall & Polaschek (2014)	35 Punkte	97,22 %
Hudon et al. (2015)	35 Punkte	97,22 %
Murphy, Ekers & Webster (2014)	34 Punkte	94,44 %
Harris et al. (2013)	34 Punkte	94,44 %
Sayah et al. (2014)	34 Punkte	94,44 %
Voncken-Brewster et al. (2014)	34 Punkte	94,44 %
Stephen, McInnes & Halcomb (2017)	33 Punkte	91,66 %
Perez Rivas et al. (2016)	33 Punkte	91,66 %
Dennis et al. (2012)	33 Punkte	91,66 %
Gilis-Januszewska et al. (2017)	32 Punkte	88,88 %
Klemenc-Ketis et al. (2015)	32 Punkte	88,88 %
Walker, Marshall & Polaschek (2013)	30 Punkte	83,33 %

3. Ergebnisse

Durch den Prozess der Literaturrecherche konnten 14 Studien identifiziert und eingeschlossen werden, um die Forschungsfrage und das Forschungsziel zu beantworten (Tab.3). Die Pflegeinterventionen der 14 Studien, wurden in 10 Themenbereiche wie komplexe Interventionen, Kommunikation, Pflegeprozess, Case Management, Edukation, Collaborative Care, Beratung, Nephrologie Service, E- Health- Technologie und Lifestyleinterventionen unterteilt und anschließend synthetisiert (Abb.2).

Abbildung 2: 10 Themenbereiche



In jeder der vierzehn Studien, wurden Pflegeinterventionen beschrieben, durch die Gesundheitsergebnisse von chronisch Erkrankten im Setting der Primärversorgung verbessert werden konnten. Aufgrund der limitierten Anzahl an Treffern und der weiteren und breiteren Suchstrategie, wurden in den vierzehn Studien, nicht immer eine direkte Verbesserung der Gesundheitskompetenz beschrieben. Beschrieben wurde eine direkte Verbesserung der Gesundheitskompetenz bei chronisch Erkrankten, durch komplexe Interventionen in zwei Studien (Taggart et al. 2012, Dennis et al. 2012). Gezeigt wurde, anhand der vierzehn Studien und der Pflegeinterventionen, dass chronisch Erkrankte empowert wurden. Chronisch Erkrankte wurden von Pflegenden unterstützt, die Fähigkeiten zu verbessern, Gesundheitsinformationen zu erhalten, zu verarbeiten, zu verstehen und anzuwenden, um Entscheidungen treffen zu können und um die eigene Gesundheit positiv zu beeinflussen (Tab.9).

3.1 Komplexe Interventionen

Komplexe Interventionen (Tab.9) werden eingesetzt, um verhaltensbezogene Risikofaktoren zu reduzieren. Chronisch Erkrankte werden bei Entscheidungsfindungsprozessen unterstützt. Das Gesundheitswissen, die Gesundheitskompetenz, die Selbstmanagementfähigkeiten und die Gesundheitsergebnisse sollen verbessert werden (Taggert et al. 2012, Dennis et al. 2012).

Im systematischen Review von Dennis et al. (2012) wurde die Effektivität verschiedener Gesundheitsdienstleister untersucht, während im systematischen Review von Taggert et al. (2012) Interventionen im Setting Primärversorgung evaluiert wurden. Untersucht wurde, ob die Gesundheitskompetenz und verhaltensbezogenen Risikofaktoren bei chronisch Erkrankten, in den Bereichen Ernährung, körperliche Aktivität, Gewicht, Tabak- und Alkoholkonsum, verbessert werden konnten (Dennis et al. 2012, Taggert et al. 2012).

Pflegepersonen und andere Gesundheitsberufe stellten komplexe Interventionen bereit. Die komplexen Interventionen wurden in sechs Kategorien unterteilt wie Gruppenebildung, Beratung und Coaching, Bereitstellung von schriftlichen Informationsmaterialien, telefonbasiertes oder computerbasiertes Coaching und gemixte Interventionen (Tab.8).

Pflegende, als Berufsgruppe, stellten vorwiegend Beratung und Coaching unter Verwendung von Motivationsgesprächen bereit. Die Gesundheitskompetenz und die Selbstmanagementfähigkeiten von chronisch Erkrankten wurden von Pflegenden gestärkt und Patienten und Patientinnen bei Entscheidungsfindungsprozessen unterstützt. Gemeinsam wurden Ziele gesetzt und individuelle Versorgungspläne entwickelt (Dennis et al. 2012, Taggert et al. 2012). Gesundheitsinformationen über eine gesunde Ernährung, Steigerung der körperlichen Aktivität, Raucherstopp und Gewichtsreduktion wurden von Pflegenden bereitgestellt. Pflegende stellten chronisch Erkrankten individuelle Edukation oder Gruppenebildung und Empfehlungen bereit (Dennis et al. 2012).

Chronisch Erkrankte erhielten schriftliche Informationsmaterialien in Form von Broschüren, Videos oder Bildern. Pflegende, als Teil eines multidisziplinären Teams, stellten vorwiegend gemischte Interventionen bereit, die eine Kombination aus Gruppenebildung, individuelle Bildung, Beratung, Coaching oder dem bereitstellen von schriftlichen Informationsmaterialien waren (Dennis et al. 2012, Taggart et al. 2012).

Gezeigt wurde eine signifikante Verbesserung der Gesundheitskompetenz und Reduktion von verhaltensbezogenen Risikofaktoren in den Bereichen Ernährung, körperliche Aktivität, Gewicht und Tabakkonsum (Dennis et al. 2012, Taggart et al. 2012).

3.2 Kommunikation

Im Rahmen der Kommunikation, wird eine interaktive Kommunikationsschleife und deren Komponenten eingesetzt, um das Verständnis und die Erinnerungen von chronisch Erkrankten zu aktivieren, zu bewerten, zu überprüfen und zu verbessern (Tab.5). Die Gesundheitskompetenz, die Kommunikationsfähigkeiten, die Selbstmanagementfähigkeiten und die Gesundheitsergebnisse von chronisch Erkrankten sollen verbessert werden (Al Sayah et. al. (2014).

Tabelle 5: Komponenten der interaktiven Kommunikationsschleife

Komponenten		Bedeutung
Wiederholung von Gesundheitsinformationen	von	Wiederholungen sind Wort für Wort Wiederholungen oder verschiedene Wörter mit der gleichen Bedeutung. Wiederholungen liefern keine neuen Informationen.
Klärung von Gesundheitsinformationen	von	Klarstellungen stellen Informationen dar, die das Gesagte veranschaulichen. Klarstellungen beantworten, wie oder warum eine Aussage wahr ist oder erklären die Bedeutung dessen.
Frage nach dem Verständnis	nach dem	Ein direkter Weg, zur Beurteilung, ob Patient und Patientinnen verstehen, was besprochen oder erklärt wurde.
Überprüfung des Verständnisses	des	Anwendung interaktive Kommunikationsschleifen, zur Beurteilung, ob Patient und Patientinnen verstehen, was besprochen oder erklärt wurde.

Ermittlung der Wahrnehmungen	Ermöglicht Pflegenden und Patienten und Patientinnen zu einem gemeinsamen Verständnis über die Art der Erkrankung und des Behandlungsplans zu gelangen.
Medizinischer Fachjargon	Umfasst medizinische Begriffe, z.B.: medizinische Terminologie.
Umgangssprache	Besteht aus Wörtern, die in der Alltagssprache üblich sind mit unterschiedlichen oder spezifischen Bedeutungen.

In der qualitativen Studie von Al Sayah et. al. (2014), wurden die verschiedenen Aspekte der Kommunikation sowie die Rolle der Gesundheitskompetenz untersucht, während Pflegende im Setting Primärversorgung, eine interaktive Kommunikationsschleife bei Patienten und Patientinnen mit Diabetes anwandten (Al Sayah et. al. (2014).

Pflegende, stellten chronisch Erkrankten, Konsultationen bereit und erhoben anhand von drei Fragen die Gesundheitskompetenz (Tab.6). Gesundheitsinformationen wurden von Pflegenden bereitgestellt und die Komponenten der interaktiven Kommunikationsschleife verwendet (Tab.9). Gemeinsam wurden die Gesundheitsinformationen wiederholt und geklärt. Die Frage nach dem Verständnis wurde gestellt und das Verständnis überprüft. Die Wahrnehmungen der Patienten und Patientinnen wurde ermittelt und individuelle sowie psychische Bedürfnisse und Ressourcen in die Kommunikation miteinbezogen. Pflegende verwendeten eine einfache und klare Sprache, medizinischen Fachjargon und Umgangssprache. Die Gesundheitsinformationen fokussierten die Themen Diabetes- und Selbstmanagement und umfassten Informationen über die Art und Komplikationen von Diabetes, Fußpflege, Hypoglykämie, Hyperglykämie, Notfallsituationen, Medikation- und Insulinmanagement sowie Blutzucker- und Blutwerte. Pflegende setzten gemeinsam mit chronisch Erkrankten Ziele. Weiter wurden Empfehlungen gegeben wie die Einhaltung einer gesunderen Ernährung und Diät, die Steigerung der körperlichen Aktivität, Raucherstopp und Gewichtsreduktion. Die Diabetiker und Diabetikerinnen wurden von Pflegenden zur Selbstkontrolle angeleitet, um Fähigkeit zu erlangen, regelmäßig und selbstständig Gewichts-, Blutdruck- und Blutzuckerkontrollen durchführen zu können (Al Sayah et. al. 2014).

Gezeigt wurde, dass eine vollständige interaktive Kommunikationsschleife selten erreicht wurde und die Gesundheitskompetenz nicht wesentlich beeinflusst wurde (Al Sayah et. al. 2014).

Tabelle 6: Erhebung der Gesundheitskompetenz

Drei Fragen
1. Wie oft haben Sie Probleme, schriftliche Informationen zu verstehen, die Ihren Gesundheitszustand betreffen?
2. Wie sicher sind Sie selbst medizinische Formulare auszufüllen?
3. Wie oft hilft Ihnen jemand beim Lesen von Gesundheitsinformationen?

3.3 Case Management

Integrierte Versorgung, bietet einen strukturierten, collaborativen, dynamischen und systematischen Ansatz im Rahmen von Case Management. Dadurch sollen die Selbstmanagementfähigkeiten, die Entscheidungsfindungsprozesse und Gesundheitsergebnisse verbessert - ebenso Koordination, Kommunikation und Sicherheit in der Versorgung gewährleistet werden (Hudon et al. 2015).

In der qualitativen Studie von Hudon et al. (2015) wurde integrierte Versorgung im Rahmen von Case Management untersucht. Erforscht wurden die Erfahrungen von chronisch Erkrankten und deren Familienangehörigen, im Setting Primärversorgung (Hudon et al. 2015).

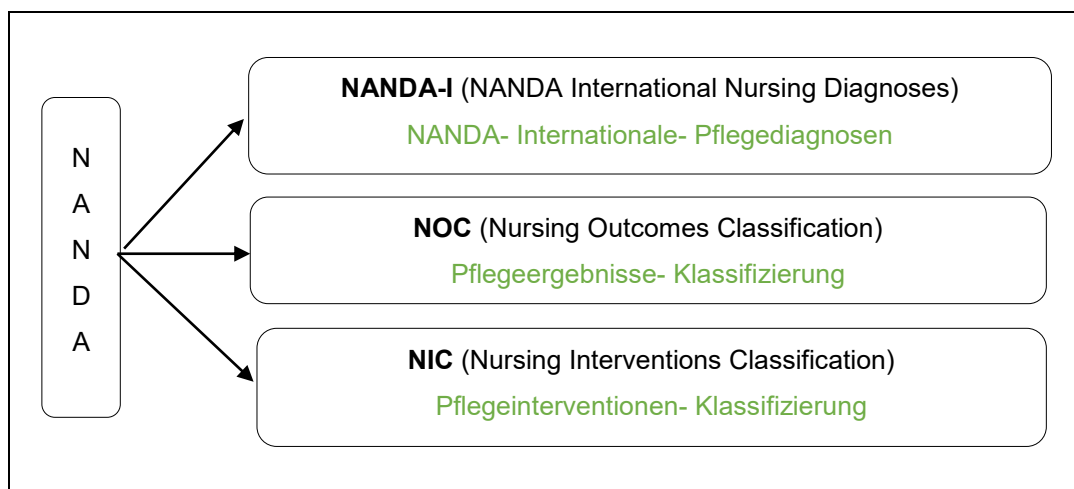
Pflegepersonen ermöglichten chronisch Erkrankten Zugang zur Versorgung. Dabei wurden die komplexen Bedürfnisse und Ressourcen von Patienten und Patientinnen und deren Familienangehörigen berücksichtigt und zukünftige Optionen und Leistungen darauf abgestimmt. Die Optionen und Leistungen von chronisch Erkrankten wurden von Pflegenden geplant, implementiert, koordiniert, priorisiert und evaluiert (Tab.9). Pflegepersonen stellten Gesundheitsinformationen bereit und entwickelten gemeinsam patientenzentrierte sowie individualisierte Versorgungspläne, um die Selbstmanagementfähigkeiten zu stärken. Chronisch Erkrankte wurden weiter bei Entscheidungsfindungsprozessen unterstützt (Hudon et al. 2015).

Anhand von Interviews wurden die Erfahrungen von Teilnehmenden erhoben und gezeigt, dass die Kommunikation und Koordination sowie der Zugang zur Versorgung verbessert werden konnte. Beschrieben wurde, dass Pflegende als bevorzugte Kontaktpersonen wahrgenommen wurden und Entscheidungsfindungsprozesse verbessert werden konnten (Hudon et al. 2015).

3.4 Pflegeprozess

Der Advanced Nursing Process, basiert auf der Pflegesprachen Klassifizierung nach NANDA (NANDA-I, NIC und NOC) und beinhaltet definierte und validierte Konzepte, mit denen pflegerische Elemente wie Diagnosen, Interventionen und Ergebnisse dokumentiert werden (Abb.3). Dadurch soll der Umfang und die Qualität der Versorgung verbessert und Transparenz geschaffen werden (Perez Rivas et al. 2016).

Abbildung 3: Standardisierte Pflegesprachen Klassifizierung nach NANDA



In der Studie von Perez Rivas et al. (2016) wurde verglichen, ob Patienten und Patientinnen, die Pflegenden zugeteilt wurden, die den Advanced Nursing Process nach NANDA (Tab.9) verwendeten, bessere Gesundheitsergebnisse erzielten, als Patienten und Patientinnen, die Pflegenden zugeteilt wurden, die den Advanced Nursing Process nicht verwendeten (Perez Rivas et al. 2016).

Insgesamt nahmen 217 Pflegende an der Studie teil und stellten Patienten und Patientinnen mit akuten und chronischen Erkrankungen Gesundheitsdienstleistungen bereit. Gesundheitsförderung, Screening, Kontrollen, Prävention, Diagnostik und Behandlung wurden angeboten. 127 Pflegepersonen verwendeten dabei den Advanced Nursing Process nach NANDA und dokumentierten anhand dieses Prozesses, während 90 Pflegende den Advanced Nursing Process nicht verwendeten (Perez Rivas et al. 2016).

Gezeigt wurde, dass durch die Verwendung des Advanced Nursing Process nach NANDA, eine höhere Gesundheitsversorgung sowie Gesundheitsförderung und Prävention bereitgestellt wurde. Die Gesundheitsergebnisse von chronisch Erkrankten konnten besser kontrolliert werden wie HbA1c, Cholesterin- und Blutdruckwerte zeigten (Perez Rivas et al. 2016).

3.5 Beratung

Pflegende führen Beratungen durch, um verhaltensbezogene Risikofaktoren zu reduzieren (Tab.9). Dabei soll das Verhalten, der Lifestyle und die Gesundheitsergebnisse verbessert werden (Klemenc- Ketis et al. 2015, Stephen, McInnes & Halcomb 2017).

In der Studie von Klemenc- Ketis et al. (2015) wurde untersucht, ob kardiovaskuläre Risikofaktoren durch pflegerischer Beratung im Setting der Primärversorgung reduziert werden konnten.

Während pflegerischer Beratungen wurde ein Assessment durchgeführt und die Familiengeschichte, demographische Daten, Blutdruck-, Cholesterin- und Blutzuckerwerte, Raucherstatus, körperliche Aktivität und das kardiovaskuläre Risiko erhoben. Eine klinische Untersuchung mit dem Fokus auf dem Herz-Kreislauf- System wurde durchgeführt. Gesundheitsinformationen wurden von Pflegenden bereitgestellt, die Themen wie die Reduktion und Vermeidung von kardiovaskulären Risikofaktoren sowie deren Bedeutungen für die Gesundheit und das Wohlbefinden beinhalteten. Zusätzlich wurden Blutabnahmen, Gewicht-,

Blutdruck- und Blutzuckerkontrollen durchgeführt und ein Elektrokardiogramm erstellt. Empfehlungen über einen gesunden Lifestyle, eine Steigerung der körperlichen Aktivität und Raucherstopp wurden gegeben. Zusätzlich wurden kostenlose präventive Workshops angeboten (Klemenc-Ketis et al. 2015).

Gezeigt wurde eine signifikante Verbesserung des Blutdrucks, der Cholesterinwerte und der körperlichen Aktivität (Klemenc-Ketis et al. 2015).

3.6 Edukation

Edukation umfasst eine Reihe von Pflegeinterventionen, um die Selbstmanagementfähigkeiten und somit auch die Gesundheitskompetenz zu verbessern (Tab.9). Menschen mit chronischen Erkrankungen werden bei Entscheidungsfindungsprozessen unterstützt, um die Gesundheitsergebnisse zu verbessern (Walker, Marshall & Polaschek 2013, Walker, Marshall & Polaschek 2014).

In der Studie von Walker, Marshall & Polaschek (2013) wurde untersucht, ob durch Edukation die Selbstmanagementfähigkeiten von Patienten und Patientinnen, mit einem hohen Progressionsrisiko einer chronischen Nierenerkrankung, verbessert und Risikofaktoren reduziert werden konnten (Walker, Marshall & Polaschek 2013).

Pflegende führten während der ersten Konsultation ein Assessment durch und erhoben das Verhalten, den Lifestyle, das Gesundheitswissen, die Adhärenz und die Selbstmanagementfähigkeiten von Patienten und Patientinnen. Ziele wurden gemeinsam gesetzt und individuelle Versorgungspläne entwickelt und dabei Patienten und Patientinnen bei der Entscheidungsfindung unterstützt. Folgende Konsultationen beinhalteten die Überprüfungen der Symptome, Ziele, Adhärenz, Titration der Medikation und der Selbstmanagementfähigkeiten. Pflegende stellten chronisch Erkrankten individuelle Edukation und Gesundheitsinformationen bereit. Die bereitgestellten Gesundheitsinformationen beinhalteten Informationen über Medikamenten-, Blutdruck-, Diabetes- und Gewichtsmanagement. Empfehlungen über eine gesunde- salzarme Ernährung sowie eine Steigerung der körperlichen

Aktivität wurden von Pflegepersonen gegeben. Chronisch Erkrankte wurden angehalten, an bestehenden Ernährungs-, und Bewegungsprogrammen teilzunehmen. Zusätzlich erhielten Patienten und Patientinnen schriftliche Informationsmaterialien, um die eigenen Ressourcen zu fördern. Chronisch Erkrankte erhielten weiter ein Büchlein, das allgemeine Informationen, Trainingsprotokolle und leere Seiten für Notizen enthielt (Walker, Marshall & Polaschek 2013).

Die Selbstmanagementfähigkeiten wurden durch das validierte Instrument Partners In Health, anhand einer neunstufigen Likert-like Skala und 13 Selbstverwaltungsdomänen bewertet (Tab.7). Die Versorgungspläne wurden auf diese Ergebnisse abgestimmt, überprüft und nach Bedarf angepasst (Walker, Marshall & Polaschek 2013).

Tabelle 7: Instrument Partners In Health

Selbstverwaltungsdomänen	Likert-Skala
1.Insgesamt, was ich über meinen Gesundheitszustand weiß.	0 (sehr wenig) bis 8 (viel)
2.Insgesamt, was ich über meine Medikamente und Behandlungen weiß.	0 (sehr wenig) bis 8 (viel)
3.Ich nehme meine Medikamente ein oder führe die von meinem Gesundheitsteam verlangten Behandlungen durch.	0 (Niemals) bis 8 (Immer)
4.Ich teile die Entscheidungen über meinen Gesundheitszustand mit meinem Gesundheitsteam.	0 (Niemals) bis 8 (Immer)
5.Ich bin in der Lage, mit medizinischen Fachkräften zu verhandeln, um die Dienstleistungen zu erhalten, die ich brauche, die zu meiner Kultur, meinen Werten und Überzeugungen passen.	0 (Niemals) bis 8 (Immer)
6.Ich nehme an Terminen teil, wie von meinem Gesundheitsteam gefordert.	0 (Niemals) bis 8 (Immer)
7.Ich behalte meine Symptome und Frühwarnzeichen im Auge.	0 (Niemals) bis 8 (Immer)
8.Ich ergreife Maßnahmen, wenn sich meine Frühwarnzeichen oder Symptome verschlechtern.	0 (Niemals) bis 8 (Immer)
9.Ich handhabe den Einfluss meiner Gesundheitszustände auf meine täglichen körperlichen Aktivitäten.	0 (nicht sehr gut) bis 8 (sehr gut)

10. Ich handhabe den Effekt meiner Gesundheitszustände auf meine Gefühle.	0 (nicht sehr gut) bis 8 (sehr gut)
11a. Ich handhabe die Auswirkungen meiner Gesundheitszustände auf mein soziales Leben.	0 (nicht sehr gut) bis 8 (sehr gut)
11b. Ich habe genug Unterstützung von meiner Familie oder Betreuern, um meine Gesundheit zu verwalten.	0 (Niemals) bis 8 (Immer)
12. Insgesamt schaffe ich es, einen gesunden Lebensstil zu leben.	0 (nicht sehr gut) bis 8 (sehr gut)

Gezeigt wurde, dass die Entscheidungsfindungsprozesse, das Verfolgen von Symptomen und Frühwarnzeichen, das Ergreifen von Maßnahmen, das Gesundheitsmanagement, der Zugang zur Versorgung und die Teilnahme an Terminen bei chronisch Erkrankten signifikant verbessert werden konnte (Walker, Marshall & Polaschek 2013).

3.7 E-Health-Technologie

E-Health-Technologie ([Tab.9](#)) wird eingesetzt, um die Selbstmanagementfähigkeiten von Patienten und Patientinnen sowie die Qualität der Versorgung, zu verbessern (Voncken-Brewster et al. 2014, Krebs, Prochaska & Rossi 2010).

In der Studie von Voncken-Brewster et al. (2014) wurde eine computerbasierte E-Health-Technologie, bestehend aus einer Gesundheitsrisikobewertung und drei weiteren Modulen eingesetzt und im Setting der Primärversorgung untersucht. Erforscht wurde, ob das Verhalten von Patienten und Patientinnen mit COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease), in den Bereichen körperliche Aktivität, Medikamentenadhärenz und Tabakkonsum verbessert werden konnte (Voncken-Brewster et al. 2014).

Pflegende führten während der Konsultationen Screenings durch und identifizierten chronisch Erkrankte, die in der Lage waren, holländisch zu schreiben und einen Computer mit Internetzugang besaßen. Patienten und Patientinnen wurden von Pflegenden bei dem Log In unterstützt, erhielten schriftliche Informationsmaterialien und wurden über die E-Health-Technologie aufgeklärt. Patienten und Patientinnen

führten selbst eine Gesundheitsrisikobewertung durch, die aus einem online Fragebogen bestand. Bei der ersten Bewertung wurde das Rauchverhalten, körperliche Aktivität, die Medikamentenadhärenz, demographische Daten und der Schweregrad der COPD erhoben. Die chronisch Erkrankten erhielten anhand der E-Health-Technologie, Feedback über das eigene Gesundheitsverhalten, welches auf dem eigenen Computer angesehen werden konnte. Das Feedback wurde auf die Gesundheitsrisikobewertung zugeschnitten und auf die Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen abgestimmt. Die E-Health-Technologie stellte zum Beispiel in der Winterzeit Empfehlungen bereit, wie - ziehen Sie sich warm an, bevor Sie nach draußen gehen, beginnen Sie langsam und wärmen Sie Ihre Muskeln auf, melden Sie sich in einem Fitnessstudio an, Beweglichkeits- und Muskelstärkungsübungen können Sie zu Hause durchführen, wenn Sie draußen trainieren, atmen Sie durch Ihre Nase oder tragen Sie einen Schal, um Patienten und Patientinnen zu motivieren und zu animieren, trotz winterlicher Verhältnisse körperliche Aktivität auszuüben. Wenn die gegebenen Empfehlungen, von der Gesundheitsrisikobewertung abwichen, wurden die Empfehlungen von Pflegenden angepasst und optimiert. Chronisch Erkrankte wurden angehalten, die Gesundheitsrisikobewertung jeden dritten Monat durchzuführen. Die drei Module, bestanden aus einer Raucherentwöhnung, der Steigerung der körperlichen Aktivität, der Verbesserung der Medikamentenadhärenz und folgenden Komponenten wie Motivationsüberzeug, sozialer Einfluss, Aktionsplanung, Selbstwirksamkeit und Nachhaltigkeit. Die Pflegenden erhielten ebenfalls jeden dritten Monat Feedbackberichte, welche Informationen über die Häufigkeit der Verwendung, die Motivationsüberzeugung, die wahrgenommenen Vor- und Nachteile, den sozialen Einfluss, die Aktionspläne und die Selbstwirksamkeit enthielt. Anhand der Feedbackberichte überwachten die Pflegenden den Gesundheitszustand und den Fortschritt. Patienten und Patientinnen wurden von Pflegenden angewiesen, die E- Health- Technologie bis zur nächsten Konsultation in einem Jahr zu verwenden und erhielten im Durchschnitt zwölf Aufforderungen, die E-Health-Technologie zu verwenden und 2 weitere Erinnerungen, die Gesundheitsrisikobewertung durchzuführen (Voncken-Brewster et al. 2014).

Das Verhalten konnte in den Bereichen Tabakkonsum, körperliche Aktivität und Medikamentenadhärenz verbessert werden (Voncken-Brewster et al. 2014).

3.8 Nephrologie Service

Screening, Coaching und Edukation im Rahmen eines Nephrologie Service werden eingesetzt, um verhaltensbezogene Risikofaktoren und die Progression von chronischen Nierenerkrankungen zu reduzieren (Tab.9). Dadurch sollen die Selbstmanagementfähigkeiten und die Gesundheitsergebnisse von chronisch Erkrankten verbessert werden (Walker, Marshall & Polaschek 2014, Walker, Marshall & Polaschek 2013).

In der Studie von Walker, Marshall & Polaschek (2014) wurde untersucht, ob Risikofaktoren von Patienten und Patientinnen mit einer chronischen Nierenerkrankung und einem hohen Risiko einer Progression, reduziert werden konnten. Evaluiert wurden die Ergebnisse eines Nephrologie Services, welcher von Pflegenden geleitet wurde, im Setting Primärversorgung (Walker, Marshall & Polaschek 2014).

Demographische Daten, Diagnosen wie Diabetes Typ 2 oder Hypertonie oder Albuminurie, das Albumin-, Kreatinin-Verhältnis, die Nichtteilnahme an geplanten Terminen von 25% oder mehr und das kardiovaskuläres Risiko wurden erhoben und chronisch Erkrankte mit einem hohen Risiko einer Progression identifiziert. Eine Ersteinschätzung anhand eines telefonischen Assessment wurde durchgeführt. Während der Konsultation wurde ein umfassendes Assessment durchgeführt und Kranken-, Familien- und Sozialgeschichte, Lifestyle, Verhalten, Gewohnheiten, Ernährung, die körperliche Aktivität und Salz- sowie Tabakkonsum erhoben. Pflegende erhoben die Adhärenz, die Selbstmanagementfähigkeiten, die Gesundheitskompetenz und das Gesundheitswissen von chronisch Erkrankten. Eine klinische Beurteilung wurde von Pflegenden anhand von Protokollen durchgeführt. Erhoben wurden Blutdruck, Puls, Gewicht, Blutzucker und Größe. Blut wurde abgenommen, die Blutzuckereinstellung überprüft und das Herz klinisch beurteilt. Pflegende stellten individuelle Edukation bereit, entwickelten gemeinsam individuelle Versorgungspläne und setzten gemeinsam Ziele. Gesundheitsinformationen wurden bereitgestellt über Themen wie Diabetes-, Blutdruck- und Medikamentenmanagement sowie Raucherstopp. Empfehlungen

wurden gegeben, wie zum Beispiel Salz nur in geringen Mengen zu konsumieren, unter 2,3 g/Tag. Pflegende stärkten die Selbstmanagementfähigkeiten und zugleich die Gesundheitskompetenz und überprüften das Wissen und den Fortschritt sowie die Umsetzung der individuellen Versorgungspläne, welche bei Bedarf neu bewertet und angepasst wurden. Ein eigenes Blutdruckprotokoll mit Titration von Antihypertensiva wurde von Pflegenden geführt und überprüft, um einen konstanten Blutdruck von 130/80 mmHg zu erreichen. Zusätzlich wurden schriftliche Informationsmaterialien bereitgestellt, wie ein Büchlein, das weitere Informationen und leere Seiten für Notizen enthielt (Walker, Marshall & Polaschek 2014).

Gezeigt wurde eine signifikante Senkung des kardiovaskulären Risikos, des Albumin- Kreatinin- Verhältnisses, der Cholesterinwerte, der Blutdruckwerte und des HbA1c. Eine Verbesserung der Selbstmanagementfähigkeiten wurde erreicht (Walker, Marshall & Polaschek 2014).

3.9 Collaborative Care

Collaborative Care ist ein Ansatz, um die Effektivität von Interventionen zu erhöhen in dem einzelnen Rollen im Primärversorgungsteams geklärt und chronische Erkrankte empowert werden. Die Selbstmanagementfähigkeiten, die Kommunikationsfähigkeiten und die Gesundheitsergebnisse von chronisch Erkrankten sollen verbessert werden und Symptome reduziert werden (Murphy, Ekers & Webster 2014, Ekers et al. 2013).

In der Studie von Murphy, Ekers & Webster (2014) wurden die Ergebnisse einer Collaborative Care präsentiert im Setting Primärversorgung (Tab.9). Untersucht wurde ein telefonbasiertes Depression Case Management, welches von Pflegenden geleitet wurde, um die Symptome von Patienten und Patientinnen mit mittelschweren bis schweren Depressionen zu reduzieren (Murphy, Ekers & Webster 2014).

Eine Beurteilung der Adhärenz, in den Bereichen der psychologischen und pharmakologischen Behandlungen sowie das Selbstmordrisiko und das Ausmaß

der Depression wurden erhoben. Chronisch Erkrankte erhielten regelmäßige Kommunikation, psychologische Unterstützung, Gesundheitsinformationen und Hilfestellungen bei der Anwendung von Selbsthilfematerialien. Die Selbstmanagementfähigkeiten sind gestärkt sowie der Fortschritt überwacht worden anhand von validierten Protokollen. Bei nicht erfolgreicher Behandlung wurde die Behandlung angepasst und optimiert oder bei Notwendigkeit eine Überweisung an medizinisches Fachpersonal initiiert. Patienten und Patientinnen erhielten zwischen einem und mehr als sechs Folgekontakten, welche der Überwachung der Symptome und des Fortschritts, der Lösung von Medikamentenunklarheiten und der Erleichterung bei der Verwendung von Selbsthilfematerialien dienten. Die Folgekontakte erfolgten regelmäßig, telefonisch oder persönlich und wurden an den Bedarf der chronisch Erkrankten angepasst (Murphy, Ekers & Webster 2014).

Das Ausmaß der Depression wurde anhand einer validierten Depressionsskala mit Punkten, dem Patient Health Questionare, gemessen (Tab.8). Die Symptome und der Fortschritt wurden anhand dieser Skala überwacht (Murphy, Ekers & Webster 2014).

Gezeigt wurde eine signifikante Symptomreduktion der Patienten und Patientinnen mit einer mittelschweren bis schweren Depression (Murphy, Ekers & Webster 2014).

Tabelle 8: Ausmaße der Depression anhand des Patient Health Questionare

Punkte	Depressionsgrad
0-10	Keine Depression
10-15	Milde bis moderate Depression
15-20	Moderate bis schwere Depression
20+	Schwere Depression

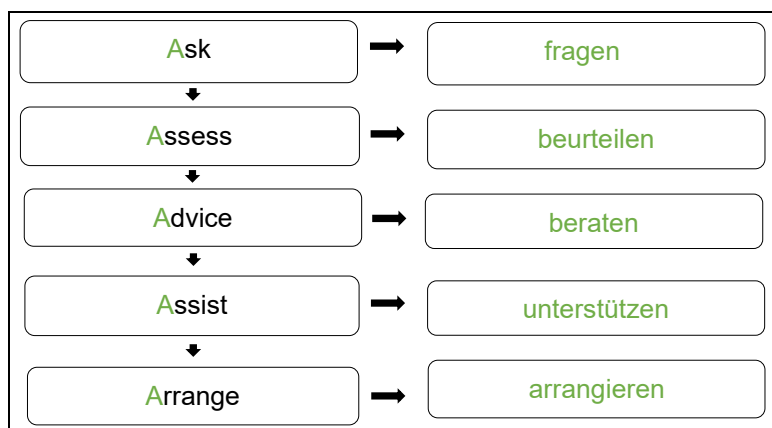
3.10 Lifestyleinterventionen

Lifestyleinterventionen werden eingesetzt, um verhaltensbezogenen Risikofaktoren sowie die Progression von chronischen Erkrankungen zu reduzieren (Tab.9).

Dadurch sollen die Gesundheitsergebnisse, das Gesundheitswissen, die Bereitschaft, das Verhalten zu ändern, das Verhalten und der Lifestyle von chronisch Erkrankten in den Bereichen Ernährung, körperliche Aktivität, Gewicht, Tabak- und Alkoholkonsum nachhaltig verbessert werden (Sargent, Forrest & Parker 2012, Gilis- Januszewska et al. 2017, Harris et al. 2013, Stephen, McInnes & Halcomb 2017, Halcomb, Moujalli, Griffiths & Davidson 2007).

Im Rahmen von Lifestyleinterventionen wird das 5As Modell eingesetzt, welches aus den Komponenten ask, assess, advise, assist und arrange besteht und nach den Schritten fragen, beurteilen, beraten, unterstützen und arrangieren eingesetzt wird (Abb.4, Tab.9). Anhand diese Models sollen verhaltensbezogenen Risikofaktoren erkannt, erhoben, bewertet und nachhaltig geändert werden (Harris et al. 2013).

Abbildung 4: 5As Modell



In der Studie von Harris et al. (2013), wurden Lifestyleinterventionen im Setting Primärversorgung evaluiert (Tab.9). Untersucht wurde, ob das Verhalten von Patienten und Patientinnen mit verhaltensbezogenen Risikofaktoren, in den Bereichen Ernährung, körperliche Aktivität, Gewicht, Tabak- und Alkoholkonsum verbessert werden konnte (Harris et al. 2013).

Während pflegerischer Konsultationen wurde ein Screening durchgeführt und Patienten und Patientinnen mit verhaltensbezogenen Risikofaktoren identifiziert. Ein Assessment wurde durchgeführt und die Bereitschaft, das Verhalten zu ändern erhoben. Ziele wurden gemeinsam gesetzt und individuelle Versorgungspläne entwickelt. Chronisch Erkrankte wurden bei der Umsetzung der Ziele unterstützt und

der Fortschritt überwacht. Beratung wurde unter der Verwendung von Motivationsgesprächen durchgeführt und beinhaltete Gespräche über gesunde Ernährung, Steigerung der körperlichen Aktivität, Gewichts- und Alkoholreduktion. Zusätzlich wurde eine Raucherentwöhnung bei Rauchern durchgeführt. Schriftliche Informationsmaterialien wie Leitfäden wurden zur Verfügung gestellt. Um die Selbstkontrolle zu fördern, wurden Selbsthilfematerialien wie Maßbänder zur Messung des Taillenumfangs und Schrittzähler ausgehändigt. Empfohlen wurde mäßige körperliche Aktivität zweimal wöchentlich für mindestens 30 Minuten/Tag, einschließlich Gehen, Joggen, Schwimmen, Aerobic, Ballspiele, Skifahren und kreisförmigem Widerstandstraining. Weiter wurde eine Diät mit niedrigem Gehalt an gesättigten Fetten, Saccharose und Salz empfohlen. Der Anteil an Gemüse und Obst pro Tag, mit bis zu sieben Portionen sollte erhöht werden. Der Energiegehalt der Diät, wurde auf 50% Kohlenhydrate, weniger als 30% gesättigte Fette, 1 g/kg Proteine pro Tag und 15 g/1000 kcal Ballaststoffe festgelegt. Eine Gewichtsreduktion von 5 kg oder 5% des Körpergewichts, bei Patienten und Patientinnen mit Übergewicht, sollte erreicht werden. Empfohlen wurde den Alkoholkonsum auf weniger als 2 Getränke pro Tag zu reduzieren und ein bis zwei alkoholfreie Tage pro Woche einzuhalten (Harris et al. 2013).

Gezeigt wurde, dass das Verhalten in den Bereichen Ernährung, körperliche Aktivität und Alkoholkonsum, sowie die Bereitschaft das Verhalten zu ändern signifikant verbessert wurde (Harris et al. 2013).

Im systematischen Review von Sargent, Forrest & Parker (2012) wurde die Effektivität von Lifestyleinterventionen evaluiert, im Setting der Primärversorgung (Tab.9). Untersucht wurde, ob verhaltensbezogene Risikofaktoren bei Patienten und Patientinnen mit Übergewicht und Adipositas reduziert werden konnten (Sargent, Forrest & Parker 2012).

Während der Konsultationen führten Pflgende Screenings und Assessments durch. Ziele wurden gemeinsam gesetzt und individuelle Versorgungspläne entwickelt. Telefonische Folgekontakte wurden hergestellt und der Fortschritt, der Gesundheitszustand und die gesetzten Ziele überprüft. Individuelle Beratung unter Verwendung von Motivationsgesprächen, zwischen 5 und 30 Minuten, wurde

bereitgestellt und Gruppenebildung angeboten. Gesundheitsinformationen über eine gesunde Ernährung, Steigerung der körperlichen Aktivität und Gewichtsreduzierung wurden zur Verfügung gestellt. Probleme wurden gemeinsam gelöst und das Gesundheitswissen verbessert. Patienten und Patientinnen wurden zur Selbstkontrolle angeleitet und erhielten Unterstützung bei der Verwendung von Selbsthilfematerialien. Zusätzlich wurden schriftliche Informationsmaterialien wie Broschüren bereitgestellt. Eine Diät mit einer Kalorienzufuhr von 1200kcal wurde empfohlen, mit einer geringen Aufnahme von Fetten sowie Zucker und einer vermehrten Aufnahme an Gemüse von zusätzlichen zwei Portionen (Sargent, Forrest & Parker 2012).

Gezeigt wurde eine signifikante Verbesserung des Gewichts, des Blutdrucks, der Cholesterinwerte, der Ernährung und der körperlichen Aktivität (Sargent, Forrest & Parker 2012).

In der Studie von Gilis- Januszewska et al. (2017) wurden Lifestyleinterventionen im Setting Primärversorgung untersucht (Tab.9). Erforscht wurde, ob eine Änderung des Verhaltens in den Bereichen körperlicher Aktivität und Ernährung bei Patienten und Patientinnen, mit einem hohen Risiko Diabetes zu entwickeln aufrechterhalten werden konnte (Gilis-Januszewska et al. 2017).

Pflegenden führten anfangs intensive und individuelle Einzelberatungsgespräche durch. Danach wurde Gruppenebildung, in denen zwischen 10 und 14 Patienten und Patientinnen teilnahmen angeboten und in weiterer Folge telefonische Motivationsgespräche und Motivationsschreiben bereitgestellt. Ziele wurden gemeinsam gesetzt und Gesundheitsinformationen gegeben, um das Gewicht und die Aufnahme von gesamt und gesättigten Fetten zu reduzieren und den Konsum von Obst, Gemüse und Ballaststoffen, sowie körperliche Aktivität zu erhöhen. Zusätzlich wurde schriftliches Informationsmaterial bereitgestellt. Empfohlen wurde zweimal wöchentlich an körperlichen Aktivitäten teilzunehmen, da einmal wöchentlich Aqua- Aerobic und einmal wöchentlich Gymnastik oder Fußball angeboten wurde. Familienangehörige wurden miteinbezogen (Gilis-Januszewska et al. 2017).

Gezeigt wurden signifikante Verbesserungen des Gewichts, des Body- Mass- Index, der Glukose-, Cholesterin- und Triglyceridwerten. Weiter konnte das Risiko Diabetes zu entwickeln gesenkt werden (Gilis-Januszewska et al. 2017).

In der Studie von Stephen, McInnes & Halcomb (2017), führten Pflegende Beratungen mit Motivationsgesprächen durch (Tab.9). Eine offene Kommunikation wurde von Pflegenden bereitgestellt, in der Beziehung und Vertrauen aufgebaut und Bedürfnisse berücksichtigt wurden. Ziele wurden gemeinsam gesetzt und individualisierte Versorgungspläne entwickelt sowie der Fortschritt überwacht. Gesundheitsinformationen über Tabak- und Alkoholkonsum, körperliche Aktivität, Blutdruck, Diabetes, Gewicht und Vermeidung multipler Risikofaktoren wurden gegeben (Stephen, McInnes & Halcomb 2017).

In dem systematischen Review von Stephen, McInnes & Halcomb (2017) wurde die Durchführbarkeit und Akzeptanz von pflegerisch geführten Interventionen untersucht. Erforscht wurde, ob verhaltensbezogene Risikofaktoren von chronisch Erkrankten im Setting Primärversorgung reduziert werden konnten (Stephen, McInnes & Halcomb 2017).

Bestätigt wurde die Durchführbarkeit und Akzeptanz von pflegerisch geführten Interventionen. Pflegende wurden als Schlüsselpersonen identifiziert und die Zufriedenheit über ihre Skills und Grades gezeigt. Pflegende hatte das Potenzial, Gesundheitsergebnisse von chronisch Erkrankten zu verbessern (Stephen, McInnes & Halcomb 2017).

Tabelle 9: Pflegeinterventionen im Setting Primärversorgung, um Gesundheitsergebnisse von chronisch Erkrankten zu verbessern

Titel, Autoren und Jahr	Pflegeinterventionen
Health literacy and nurses' communication with type 2 diabetes patients in primary care settings (Al Sayah et al. 2014)	<ul style="list-style-type: none"> • Bereitstellung von Beratung, Edukation, Coaching und Motivationsgesprächen • Bereitstellung von E- Health- Technologie, Empfehlungen und Feedback • Bereitstellung von Gesundheitsförderung, Empowerment, Prävention und Workshops
Which providers can bridge the health literacy gap in lifestyle risk factor modification education: a systematic review and narrative synthesis (Dennis et al. 2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Bereitstellung von computerbasierten oder telefonbasierten Coaching • Bereitstellung von Screening, Diagnostik und Behandlung • Bereitstellung von persönliche oder telefonische Folgekontakte
Sustained diabetes risk reduction after real life and primary health care setting implementation of the diabetes in Europe prevention using lifestyle, physical activity and nutritional intervention. (DE-PLAN) project (Gilis-Januszevska et al. 2017)	<ul style="list-style-type: none"> • Bereitstellung von psychologischer Unterstützung • Bereitstellung von Gesundheitsinformationen • Zugang zur Versorgung schaffen • Verwendung des Advanced Nursing Process nach NANDA (NANDA-I, NIC und NOC) • Erhebung und Beurteilung der Adhärenz und Compliance
Effectiveness of Nursing Process Use in Primary Care (Perez Rivas et al. 2016)	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebung und Beurteilung des Gesundheitswissen und der Wahrnehmung • Durchführung von Assessments und Ersteinschätzungen
The impact of a brief lifestyle intervention delivered by generalist community nurses (Harris et al. 2013)	<ul style="list-style-type: none"> • Bewertung des Gesundheitsrisikos • Erhebung und Beurteilung der Gesundheitskompetenz
Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services With Chronic Diseases: A Qualitative Study of Patient and Family Experience (Hudon et al. 2015)	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebung und Beurteilung der Selbstmanagementfähigkeiten • Durchführung von Kontrollen und Überwachung • Bereitstellung von schriftlichen Informationsmaterialien
Role of nurse practitioners in reducing cardiovascular risk factors: a retrospective cohort study (Klemenc-Ketis et al. 2015)	<ul style="list-style-type: none"> • Durchführung von klinischen Untersuchungen • Setzen von gemeinsamen Zielen

<p>An update to depression case management by practice nurses in primary care: a service evaluation (Murphy, Ekers & Webster 2014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung von patientenzentrierten und individualisierten Versorgungsplänen • Integration von Familienangehörigen oder sozialen Kontakten • Klärung von Gesundheitsinformationen
<p>Nurse delivered lifestyle interventions in primary health care to treat chronic disease risk factors associated with obesity: a systematic review (Sargent, Forrest & Parker 2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fragen nach dem Verständnis • Optionen planen, priorisieren, koordinieren, evaluieren und implementieren • Leistungen planen, priorisieren, koordinieren, evaluieren und implementieren • Stärkung der Gesundheitskompetenz und Selbstmanagementfähigkeiten
<p>A prospective clinical trial of specialist renal nursing in the primary care setting to prevent progression of chronic kidney: a quality improvement report (Walker, Marshall & Polaschek 2014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Stärkung der Kommunikationsfähigkeiten und des Gesundheitswissen • Stärkung der Nachhaltigkeit und der Selbstwirksamkeit • Unterstützung bei der Anwendung von Selbsthilfematerialien • Anleitung zur Selbstkontrolle
<p>Improving self-management in chronic kidney disease: a pilot study (Walker, Marshall & Polaschek 2013)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung bei Entscheidungsfindungsprozessen • Unterstützung beim Lösen von Problemen und Unklarheiten
<p>The feasibility and acceptability of nurse-led chronic disease management interventions in primary care: An integrative review (Stephen, McInnes & Halcomb 2017)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verwendung von 5As: fragen, beurteilen, beraten, unterstützen und arrangieren • Verwendung von einfacher und klarer Sprache • Vertrauen und Beziehungen aufbauen
<p>Integrating a tailored e-health self-management application for chronic obstructive pulmonary disease patients into primary care: a pilot study. (Voncken- Brewster et al. 2014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Weiterleitung oder Überweisungen initiieren an adere Gesundheitsberufe • Verwendung von klaren, evidenzbasierten und validierten Protokollen • Verwendung von medizinischem Fachjargon und Umgangssprache

4. Diskussion

Anhand der eingeschlossenen 14 Studien (Tab.3) und einer Vielzahl an gesetzten Pflegeinterventionen (Tab.9), wurde gezeigt, dass Gesundheitsergebnisse von chronisch Erkrankten, im Setting Primärversorgung verbessert werden konnten. Eine direkte Verbesserung der Gesundheitskompetenz von chronisch Erkrankten wurde in zwei Studien beschrieben, in denen komplexe Interventionen eingesetzt wurden, um verhaltensbezogene Risikofaktoren zu reduzieren (Taggart et al. 2012, Dennis et al. 2012). Komplexe Interventionen beinhalteten pflegerische Interventionen wie Beratung, Edukation und Coaching, mit oder ohne technischer oder schriftlicher Hilfsmittel sowie die Bereitstellung von Motivationsgesprächen, Gruppenedukation oder schriftlichen Informationsmaterialien (Taggart et al. 2012, Dennis et al. 2012). Sørensen definierte Gesundheitskompetenz, als die Fähigkeit, lesen und schreiben zu können, um Wissen zu erlangen, um Gesundheitsinformationen zu erhalten, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden, um selbst Entscheidungen treffen zu können, die Gesundheit positiv und nachhaltig zu beeinflussen (Sørensen et al. 2012). Gesundheitskompetenz wurde als Schlüsselement identifiziert, um die Selbstmanagementfähigkeiten von chronisch Erkrankten zu stärken (Marshall & Polaschek 2013). Pflegende stellen Gesundheitsinformationen bereit und unterstützen chronisch Erkrankte bei Entscheidungsfindungsprozessen, um angemessene Entscheidungen für die eigene Gesundheit treffen zu können. Ziele wurden gemeinsam gesetzt und Versorgungspläne entwickelt. Der Fortschritt wurde von Pflegenden überwacht und nach Bedarf angepasst und optimiert. Familienangehörige wurden in die Versorgung miteinbezogen und Kommunikationsfähigkeiten und Selbstmanagementfähigkeiten, sowie im weiteren Sinne die Gesundheitskompetenz gestärkt (Hudon et al. 2015). Pflegende unterstützen chronisch Erkrankte bei der Verwendung von Selbsthilfematerialien und Selbstkontrollen und verbesserten somit das Gesundheitswissen (Murphy, Ekers & Webster 2014). Anhand des 5As Modell, dem Fragen, dem Beurteilen, dem Beraten, dem Unterstützen und dem Arrangieren, das von Pflegenden eingesetzt wurde, konnte die Bereitschaft das Verhalten zu ändern und Gesundheitsergebnisse verbessert werden (Harris et al. 2013). Komplexe

Bedürfnisse und Ressourcen von chronisch Erkrankten wurden von Pflegenden berücksichtigt (Sargent, Forrest & Parker 2012, Gilis- Januszewska et al. 2017). Verbesserte Kontrollen der Gesundheitsergebnisse von chronisch Erkrankten wurden durch die Dokumentation anhand des Advanced Nursing Processes erreicht (Perez Rivas et al. 2016). Pflegende wurden als Schlüsselpersonen sowie als bevorzugte Kontaktpersonen wahrgenommen. (Stephen, McInnes & Halcomb 2017, Hudon et al. 2015). Pflegende wurden bereits in anderen Studien wie in der Studie von Lukewich et al. (2014) als unverzichtbarer Teil der Primärversorgung beschrieben. Auch andere Studien zeigten durch den Einsatz von Pflegeinterventionen wie Lifestyleinterventionen oder der Verwendung computergestützten Technologien Verbesserungen der Gesundheitsergebnisse und eine Reduzierung von verhaltensbezogenen Risikofaktoren bei chronisch Erkrankten (Halcomb, Moujalli, Griffiths & Davidson, 2007, Fleming & Godwin 2008, Krebs, Prochaska & Rossi 2010, Klemenc- Ketis et al. 2015, Stephen, McInnes & Halcomb 2017). Ebenso wurden bereits positive Ergebnisse einer Collaborative Care Initiative anhand einer Studie von Ekers et al. (2013) gezeigt. Festgestellt wurde, dass die Gesundheitskompetenz direkten Einfluss auf die eigene Gesundheit hat (HLS-EU Consortium 2012). Dies wurde auch anhand der Studie von Weldam et al. (2016) gezeigt, da vorwiegend chronisch Erkrankte mit inadäquater Gesundheitskompetenz, Schwierigkeiten beim Ausfüllen von Fragebögen und der Erstellung von individuellen Pflegeplänen hatten. Aufgrund dessen mussten Pflegende mehr Zeit zur Verfügung stellen, um chronisch Erkrankten bei vielfältigen Problemstellungen zu unterstützen - wie dem gemeinsamen Ausfüllen von Fragebögen und der gemeinsamen Erstellung von Pflegeplänen (Weldam et al. 2016). Festgestellt wurde auch in der Studie von Hudon et al. (2015), dass chronisch Erkrankte das Gesundheitsmanagement nicht immer wahrnehmen konnten, aufgrund von Erschöpfungszuständen und hoher Fahrtkosten. Gezeigt wurde auch, dass die Gesundheitskompetenz von chronisch Erkrankten nicht wesentlich beeinflusst wurde, durch den Einsatz pflegerischer Kommunikation, obwohl das Wiederholen und Klären von Gesundheitsinformationen von Pflegenden am häufigsten verwendet wurde (Al Sayah et al. 2014). Weiter wurden auch Hindernisse durch organisatorische Faktoren festgestellt, anhand von zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen (Stephen, McInnes & Halcomb 2017, Murphy, Ekers & Webster 2014).

Erste Schritte wurden in Österreich getätigt, um die Primärversorgung voranzutreiben, um allen Menschen einen besseren Gesundheitszustand zu ermöglichen und Menschen aktiv zu empower (PVG 2017). Der OEFOP hat eine Überarbeitung des Gesetzesentwurfs empfohlen. Aufgrund dessen ist der tatsächliche Einsatz sowie die tatsächliche Umsetzung der Primärversorgung in Österreich weiterhin ungewiss (OEFOP 2017). Statistik Austria (2015) informierte, dass die Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (SHA), im Jahr 2015, 26.513 Millionen Euro betragen und davon 555 Millionen Euro für Prävention investiert wurden, während für die stationäre Gesundheitsversorgung 12.172 Millionen Euro und die ambulante Gesundheitsversorgung 6.642 Millionen Euro ausgegeben wurden (Statistik Austria 2015). International wurde bereits gezeigt, dass vor allem durch präventive pflegerische Maßnahmen in der Primärversorgung, die Gesundheitsausgaben, die durch chronische Erkrankungen entstehen, reduziert werden können (WHO 2017a).

Limitationen

Limitationen bezogen sich auf die Verwendung der Datenbanken CINAHL, PubMed und Google Scholar, während die inkludierten Studien auf deutsch- und englischsprachige Literatur eingegrenzt wurden.

5. Schlussfolgerung

Chronisch Erkrankte wurden empowert und von Pflegenden unterstützt, um Fähigkeiten zu erlangen, Gesundheitsinformationen zu erhalten, zu verarbeiten und zu verstehen. Angemessene Entscheidungen konnten dadurch getroffen und Gesundheitsergebnisse verbessert werden. Selbstmanagementfähigkeiten und Entscheidungsfindungsprozesse wurden durch Pflegende gefördert und die Gesundheitskompetenz verbessert. Die Gesundheitskompetenz von chronisch Erkrankten konnte durch komplexe Interventionen wie Edukation, Beratung und Coaching mit oder ohne Hilfe von technologischem Einsatz verbessert werden (Taggart et al. 2012, Dennis et al. 2012). Pflegende wurden als Schlüsselpersonen identifiziert und als bevorzugte Kontaktpersonen wahrgenommen (Stephen, McInnes & Halcomb 2017, Hudon et al. 2015). Die Durchführbarkeit und Akzeptanz von Pflegeinterventionen, sowie die Zufriedenheit über die Skills und Grades von Pflegenden wie offene Kommunikation, Berücksichtigung der Bedürfnisse und Ressourcen sowie Aufbau von Beziehungen und Vertrauen wurde gezeigt (Stephen, McInnes & Halcomb 2017, Hudon et al. 2015).

Empfehlung für die Praxis

Um pflegerische Maßnahmen aktiv und effizient, nach evidenz-basiertem Wissen umzusetzen, ist eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Pflegepraxis und Pflegeforschung empfehlenswert. Organisatorische Faktoren wie zeitliche, personelle und finanzielle Ressourcen müssen verbessert werden.

Empfehlung für die Forschung

Weiterführende Forschung ist notwendig, um noch bessere Aussagen über die Effektivität von pflegerischen Maßnahmen treffen zu können, um die Pflegepraxis mit evidenz-basiertem Wissen zu unterstützen und zu verbessern.

6. Literaturangabe

Abkürzungsverzeichnis

HL = Health Literacy = Gesundheitskompetenz

WHO = World Health Organization

HLS-EU = European Health Literacy Survey

PVG = Primärversorgungsgesetz

OEFOP = Österreichisches Forum Primärversorgung

COPD = Chronic Obstructive Pulmonary Disease

SHA = System of Health Accounts

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flowchart

Abbildung 2: 10 Themnbereiche der Pflegeinterventionen

Abbildung 3: Standardisierte Pflegesprachen Klassifizierung nach NANDA

Abbildung 4: 5As Modell

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Datenbanken, Suchstrategie 1 und erzielte Treffer

Tabelle 2: Datenbanken, Suchstrategie 2 und erzielte Treffer

Tabelle 3: Charakteristika der ausgewählten Studien

Tabelle 4: Qualität der Studien

Tabelle 5: Komponenten der interaktiven Kommunikationsschleife

Tabelle 6: Erhebung der Gesundheitskompetenz

Tabelle 7: Instrument Partners In Health

Tabelle 8: Ausmaße der Depression anhand des Patient Health Questionare

Tabelle 9: Pflegeinterventionen im Setting Primärversorgung, um Gesundheitsergebnisse von chronisch Erkrankten zu verbessern

Referenzliste

Al Sayah, F, Williams, B, Pederson, JL, Majumdar, SR & Johnson, JA 2014, `Health literacy and nurses' communication with type 2 diabetes patients in primary care settings`, *Nursing research*, vol. 63, no. 6, pp. 408-417.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) 2017a, *Gesundheitsziel 3*, viewed 01 November 2017, https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2017/06/gz_kurzfassung_de_20170626.pdf

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) 2017b, *Zielsteuerungsvertrag 2017-2021*, viewed 01 November 2017, https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/2/8/6/CH1443/CMS1501063225561/zielsteuerungsvertrag_auf_bundesebene_2017-2021.pdf

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) 2014, *Das Team rund um den Hausarzt: Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich*, viewed 01 November 2017, <https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/2/6/CH1443/CMS1404305722379/primaerversorgung.pdf>

Dennis, S, Williams, A, Taggart, J, Newall, A, Denney-Wilson, E, Zwar, N, Shortus, T & Harris, MF 2012, `Which providers can bridge the health literacy gap in lifestyle risk factor modification education: a systematic review and narrative synthesis`, *BMC family practice*, vol. 13, no. 44, pp. 1471-2296.

Ekers, D, Murphy, R, Archer, J, Ebenezer, C, Kem, D & Gilbody, S 2013, `Nurse-delivered collaborative care for depression and long- term physical conditions: a systematic review and meta- analysis`, *Journal of Affective Disorders*, vol.149, pp. 14-22.

Fleming, P & Godwin, M 2008, `Lifestyle Interventions in primary care: systematic review of randomized controlled trials`, *Can Fam Physican*, vol. 54, pp. 1706-1713.

- Gilis-Januszewska, A, Lindström, J, Tuomilehto, J, Piwonska-Solska, B, Topor-Madry, R, Szybinski, Z, Peltonen, M, Schwarz, PE, Windak, A & Hubalewska-Dydejczyk, A 2017, `Sustained diabetes risk reduction after real life and primary health care setting implementation of the diabetes in Europe prevention using lifestyle, physical activity and nutritional intervention (DE-PLAN) project`, *BMC public health*, vol. 17, no. 198, pp. 1-7.
- Halcomb, E, Moujalli, S, Griffiths, R & Davidson, PM 2007, `Effectiveness of general practice nurse interventions in cardiac risk factor reduction amongst adults: A systematic review`, *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, vol. 5, no.3, pp. 269-296.
- Harris, MF, Chan, BC, Laws, RA, Williams, AM, Davies, GP, Jayasinghe, UW, Fanaian, M, Orr, N, Milat, A & CN SNAP Project Team 2013, `The impact of a brief lifestyle intervention delivered by generalist community nurses (CN SNAP trial)`, *BMC public health*, vol. 13, no. 375, pp. 1471-2458.
- Hawker, S, Payne, S, Kerr, C, Hardey, M & Powell, J 2002, `Appraising the evidence: reviewing disparate data systematically`, *Qualitative health research*, vol. 12, no. 9, pp. 1284-1299.
- HLS-EU Consortium 2012, *Comparative Report of Health Literacy in eight EU Member States*, viewed 01 November 2017, https://docs.wixstatic.com/ugd/76600e_81f8001e7ddc4df198e023c8473ac9f9.pdf
- Hudon, C, Chouinard, MC, Diadiou, F, Lambert, M & Bouliane, D 2015, `Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services With Chronic Diseases: A Qualitative Study of Patient and Family Experience`, *Annals of family medicine*, vol. 13, no. 6, pp. 523-528.
- Jusline 2017a, § 12 *GuKG Berufsbild Österreich*, viewed 02 November 2017, <https://www.jusline.at/gesetz/gukg/paragraf/12>
- Jusline 2017b, § 14 *GuKG Pflegerische Kernkompetenzen Österreich*, viewed 02 November 2017, <https://www.jusline.at/gesetz/gukg/paragraf/14>

- Klemenc-Ketis, Z, Terbovc, A, Gomiscek, B & Kersnik, J 2015, 'Role of nurse practitioners in reducing cardiovascular risk factors: a retrospective cohort study', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 24, no. 21, pp. 3077-3083.
- Krebs, P, Prochaska, JO & Rossi, JS, 2010, 'A meta- analysis of computer- tailored interventions for health behaviour change interventions', *Prev Med*, vol. 51, no. 2, pp. 214-221.
- Lukewich, J, Edge, DS, VanDenKerkhof, E & Tranmer, J 2014, 'Nursing contributions to chronic disease management in primary care', *The Journal of nursing administration*, vol. 44, no. 2, pp. 103-110.
- McCloskey, JC & Bulechek, GM, 2000, 'Nursing Interventions Classification', Mosby, St. Louis, viewed 12 January 2018, https://www.researchgate.net/profile/Maria-Mueller-Staub/publication/313622021_Eine_Studie_zur_Einfuehrung_von_NANDA-I_Pflegediagnosen_Pflege-interventionen_und_pflege-sensiblen_Patientenergebnissen/links/58a04ee2aca272046aad354c/Eine-Studie-zur-Einfuehrung-von-NANDA-I-Pflegediagnosen-Pflege-interventionen-und-pflege-sensiblen-Patientenergebnissen.pdf
- Morris, NS, Maclean, CD & Littenberg, B 2013, 'Change in health literacy over 2 years in older adults with diabetes', *The Diabetes educator*, vol. 39, no. 5, pp. 638-646.
- Murphy, R, Ekers, D & Webster, L 2014, 'An update to depression case management by practice nurses in primary care: a service evaluation', *Journal of psychiatric and mental health nursing*, vol. 21, no. 9, pp. 827-833.
- Nutbeam, D 2000, 'Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century', *Health promotion international*, vol. 15, no. 3, pp. 259-267.
- Österreichisches Forum Primärversorgung (OEFOP) 2017, *Stellungnahme des Österreichischen Forums Primärversorgung (OEFOP) zum Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 – GRUG 2017*, viewed 12 January

2018, https://primaerversorgung.org/wp-content/uploads/2017/04/OEFOP_Stellungnahme-GRUG_Final.pdf

Perez Rivas, FJ, Martin-Iglesias, S, Pacheco del Cerro, JL, Minguet Arenas, C, Garcia Lopez, M & Beamud Lagos, M 2016, `Effectiveness of Nursing Process Use in Primary Care`, *International journal of nursing knowledge*, vol. 27, no. 1, pp. 43-48.

Primärversorgungsgesetz (PVG) 2017, *Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten*, viewed 01 November 2017, https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/ME/ME_00312/index.shtml

Pschyrembel Online 2018, *Chronische Erkrankungen*, viewed 12 January 2018, <https://www-1pschyrembel-1de-1pschyrembel.han.medunigraz.at/chronische%20Erkrankungen//list/>

RefWorks 2017, *Referenzen Management Programm RefWorks 2.0*, viewed 02 November 2017, <http://www.refworks.com/refworks2/?r=references|MainLayout::init>

Sargent, GM, Forrest, LE & Parker, RM 2012, `Nurse delivered lifestyle interventions in primary health care to treat chronic disease risk factors associated with obesity: a systematic review`, *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, vol. 13, no. 12, pp. 1148-1171.

Sørensen, K, Van den Broucke, S, Fullam, J, Doyle, G, Pelikan, J, Slonska, Z & Brand, H 2012, `Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models`, *BMC public health*, vol. 12, no. 80, pp. 1471-2458.

Statistik Austria 2017, *Todesursachen*, viewed 02 November 2017, https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/021985.html

Statistik Austria 2015, *Gesundheitsausgaben Überblick*, viewed 02 December 2017, https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsausgaben/019701.html

Statistik Austria 2014, *Chronische Krankheiten: Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014*, viewed 01 November 2017, https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/index.html

Stephen, C, McInnes, S & Halcomb, E 2017, 'The feasibility and acceptability of nurse-led chronic disease management interventions in primary care: An integrative review', *Journal of advanced nursing*, pp. 1-10.

Taggart, J, Williams, A, Dennis, S, Newall, A, Shortus, T, Zwar, N, Denney-Wilson, E & Harris, MF 2012, 'A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors', *BMC family practice*, vol. 13, no. 49, pp. 1471-2296.

Voncken-Brewster, V, Tange, H, Moser, A, Nagykalai, Z, de Vries, H & van der Weijden, T 2014, 'Integrating a tailored e-health self-management application for chronic obstructive pulmonary disease patients into primary care: a pilot study', *BMC family practice*, vol. 15, no. 4, pp. 1471-2296.

Walker, RC, Marshall, MR & Polaschek, NR 2014, 'A prospective clinical trial of specialist renal nursing in the primary care setting to prevent progression of chronic kidney: a quality improvement report', *BMC family practice*, vol. 15, no. 155, pp. 1471-2296.

Walker, R, Marshall, MR & Polaschek, N 2013, 'Improving self-management in chronic kidney disease: a pilot study', *Renal Society of Australasia Journal*, vol. 9, no. 3, pp. 116-125.

Weldam, SW, Lammers, JJ, Zwakman, M & Schuurmans, MJ 2016, 'Nurses' perspectives of a new individualized nursing care intervention for COPD patients in primary care settings: A mixed method study', *Applied Nursing Research*, vol. 33, pp. 85-92.

World Health Organization (WHO) 2017a, *Noncommunicable diseases: Fact sheet*, viewed 31 October 2017, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>

World Health Organization (WHO) 2017b, *Nursing*, viewed 02 November 2017, <http://www.who.int/topics/nursing/en/>

World Health Organization (WHO) 2017c, *Primary Health Care*, viewed 01 November 2017, http://www.who.int/topics/primary_health_care/en/

World Health Organization (WHO) 1978, *Erklärung von Alma-Ata, 1978*, viewed 01 November, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf?ua=1

World Health Organization/Europa (WHO/Europa) 2013, *Gesundheitskompetenz: Health Literacy: The Solide Facts*, viewed 01. November 2017, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf

World Health Organization/Europa (WHO/Europa) 1986, *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986*, viewed 28 November 2017, [http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa Charter G.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1)

7. Anhang

7.1 Checkliste nach Hawker et al. (2002)

	Good=4	Fair=3	Poor=2	Very poor=1	Lower scores = poor quality
1.Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	Structured abstract with full information and clear title.	Abstract with most of the information.	Inadequate abstract. Very Poor No abstract.	Very Poor No abstract.	
2.Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.	Some background and literature review. Research questions outlined.	Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background.	No mention of aims/objectives. No background or literature review.	
3.Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.	Method appropriate, description could be better. Data described.	Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.	No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.	
4.Sampling:	Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was	Sample size justified. Most information given, but some missing.	Sampling mentioned but few descriptive details.	No details of sample.	

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.				
5.Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.	Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.	Minimal details about analysis.	No discussion of analysis.	
6.Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.	Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).	Brief mention of issues.	No mention of issues.	
7.Results: Is there a clear statement of the findings?	Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.	Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.	Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.	Findings not mentioned or do not relate to aims.	

<p>8.Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?</p>	<p>Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).</p>	<p>Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4.</p>	<p>Minimal description of context/setting.</p>	<p>No description of context/setting</p>	
<p>9.Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?</p>	<p>Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.</p>	<p>Two of the above (state what is missing in comments).</p>	<p>Only one of the above.</p>	<p>None of the above.</p>	

7.2 Bewertungen der 14 Studien

Studie 1: Health literacy and nurses' communication with type 2 diabetes patients in primary care settings (Al Sayah et al. 2014)

	Positive Aspekte	Negative Aspekte	Punkte
1. Abstract and title:	<ul style="list-style-type: none"> • Eine klare Beschreibung der Studie wurde geliefert • Der Titel ist so kurz wie möglich • Der Titel ist repräsentativ und gibt den Kontext der Studie wieder • Der Titel enthält alle Informationen wie Population, Setting und Keywords • Die Keywords wurden angegeben und befinden sich unter dem Abstract • Die Keywords sind im Titel vorhanden • Der Abstract beinhaltet Hintergrund, Ziel, Methodik, Ergebnisse und Diskussion • Empfehlung für die Praxis wurde im Diskussionsteil beschrieben • Es wurden keine Differenzen zwischen dem Abstract und dem Text festgestellt • Der Abstract gibt die selbe Impression als der Text • Der Abstract ist verständlich ohne den Text zu lesen 	<ul style="list-style-type: none"> • Das Design ist im Titel nicht enthalten • Die Schlussfolgerung ist im Abstract nicht enthalten 	3
2. Introduction and aims:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Einleitung wurde gut strukturiert und geht vom Generellen ins Spezifische • Die Autoren lieferten eine rationale Grundlage für die Durchführung der Studie, die auf einer Literaturrecherche basiert • Ein vollständiger und prägnanter Hintergrund ist enthalten • Die Keywords wurden definiert 	<ul style="list-style-type: none"> • Das Einreichungsjahr wurde nicht angegeben • Die Forschungsfrage ist nicht vorhanden 	3

	<ul style="list-style-type: none"> • Das Publikationsjahr der Studie war 2014 • Die Forschungslücke ist vorhanden • Das Forschungsziel wurde beschrieben und klar definiert 		
3. Method and data:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Methode ist angemessen und wurde klar definiert • Der Methodenteil wurde gut strukturiert • Das Design der Studie wurde klar beschrieben • Die gewählte Methode ist geeignet, um das Forschungsziel zu beantworten • Die Datenerhebung wurde klar beschrieben • Die Datenaufzeichnung wurde klar beschrieben 		4
4. Sampling:	<ul style="list-style-type: none"> • Das Sample wurde angegeben und ist repräsentativ • Das Sample wurde klar definiert und beschrieben • Die Samplegröße ist gerechtfertigt • Die Stichprobenstrategie war angemessen, um die Ziele zu erreichen • Das Setting wurde angegeben und klar definiert • Die Zielgruppen wurden klar beschrieben • Details zum Alter, Geschlecht, Rasse und Kontext wurden angegeben • Die Rekrutierung wurde klar beschrieben 		4
5. Data analysis:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschreibung der Datenanalyse war ausreichend rigoros • Die Datenerfassung wurde klar beschrieben • Der Prozess der Datenerhebung wurde klar beschrieben • Die Datenanalyse wurde klar beschrieben • Der Zeitraum der Datenerhebung wurde angegeben 		4

	<ul style="list-style-type: none"> • Die verwendeten Instrumente wurden klar beschrieben, benannt und referenziert • Datensättigung wurde erreicht und die Gesamtpunkteanzahl stratifiziert 		
6. Ethics and bias:	<ul style="list-style-type: none"> • Ethische Fragen wurden angesprochen • Genehmigung durch ein Ethikkomitee fand statt • Die notwendige ethische Zustimmung enthielt eine schriftliche Einverständniserklärung • Das Verhältnis zwischen Forschern und Teilnehmenden wurde angemessen berücksichtigt • Bias wurden beschrieben • Forschende waren sich der eigenen Voreingenommenheit bewusst 		4
7. Results:	<ul style="list-style-type: none"> • Klare Aussage zu den Ergebnissen wurden getroffen • Hauptergebnisse wurden klar dargestellt • Die Hauptergebnisse beantworten das Forschungsziel • Die Ergebnisse wurden explizit und leicht verständlich präsentiert, beschrieben, gut strukturiert und in logischer Reihenfolge aufbereitet • Die Ergebnisse stehen in direktem Zusammenhang mit den Zielen • Ausreichende Daten wurden vorgelegt, um die Ergebnisse zu untermauern • Tabellen wurden dargestellt, beschriftet und gekennzeichnet 		4
8. Transferability or generalizability:	<ul style="list-style-type: none"> • Der Kontext und die Einstellung der Studie wurde ausreichend beschrieben, um einen Vergleich mit anderen Kontexten und Einstellungen zu ermöglichen 		4

	<ul style="list-style-type: none"> • Der Diskussionsteil wurde gut strukturiert und geht vom Spezifischen ins Breite • Die Interpretation der Ergebnisse ergibt einen Sinn • Limitationen der Studie wurden angegeben • Die Ergebnisse sind auf eine breitere Bevölkerung übertragbar 		
9. Implications and usefulness:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Studie trägt zu neuem Wissen bei • Die Erkenntnisse sind wichtig für Politik und Praxis • Die Schlussfolgerung ist verständlich und klar • Empfehlungen für die Praxis wurden gegeben • Empfehlung für die Forschung wurden gegeben 		4
Gesamtpunkteanzahl und Qualität der Studie in Prozent: 34 Punkte = 94,44 %			

Studie 2: Which providers can bridge the health literacy gap in lifestyle risk factor modification education: a systematic review and narrative synthesis (Dennis et al. 2012)

	Positive Aspekte	Negative Aspekte	Punkte
1. Abstract and title:	<ul style="list-style-type: none"> • Eine klare Beschreibung der Studie wurde geliefert • Der Titel ist so kurz wie möglich • Der Titel ist repräsentativ und gibt den Kontext der Studie wieder • Der Titel enthält Informationen wie Population, Design und Keywords • Der Titel beinhaltet die Forschungsfrage • Die Keywords wurden angegeben und befinden sich unter dem Abstract • Die Keywords sind im Titel vorhanden • Der Abstract beinhaltet Hintergrund, Methodik, Ergebnisse und Schlussfolgerung • Das Ziel wurde im Background beschrieben • Empfehlung wurden in der Schlussfolgerung gegeben • Es wurden keine Differenzen zwischen dem Abstract und dem Text festgestellt • Der Abstract gibt die selbe Impression als der Text • Der Abstract ist verständlich ohne den Text zu lesen 	<ul style="list-style-type: none"> • Das Setting ist im Titel nicht enthalten 	3
2. Introduction and aims:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Einleitung wurde gut strukturiert und geht vom Generellen ins Spezifische • Die Autoren lieferten eine rationale Grundlage für die Durchführung der Studie, die auf einer Literaturrecherche basiert • Ein vollständiger und prägnanter Hintergrund ist enthalten • Die Keywords wurden definiert 		4

	<ul style="list-style-type: none"> • Das Publikationsjahr der Studie war 2012 • Das Einreichungsjahr der Studie war 2012 • Die Forschungslücke ist vorhanden • Das Forschungsziel wurde beschrieben und klar definiert • Die Forschungsfrage wurde gestellt 		
3. Method and data:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Methode ist angemessen und wurde klar definiert • Der Methodenteil wurde gut strukturiert • Das Design der Studie wurde klar beschrieben • Die gewählte Methode ist geeignet, um das Forschungsziel und die Forschungsfrage zu beantworten • Die Datenerhebung wurde klar beschrieben • Die Datenaufzeichnung wurde klar beschrieben 		4
4. Sampling:	<ul style="list-style-type: none"> • Das Sample wurde angegeben und ist repräsentativ • Das Sample wurde klar definiert und beschrieben • Die Samplegröße ist gerechtfertigt • Die Stichprobenstrategie war angemessen, um die Ziele zu erreichen • Das Setting wurde angegeben und klar definiert • Die Zielgruppen wurden klar beschrieben • Details zum Alter, Geschlecht, Rasse und Kontext wurden gegeben • Die Suchstrategie wurde beschrieben 		4

5. Data analysis:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschreibung der Datenanalyse war ausreichend rigoros • Die Datenerfassung wurde klar beschrieben • Der Prozess der Datenerhebung wurde klar beschrieben • Die Datenanalyse wurde klar beschrieben • Der Zeitraum der Datenerhebung wurde angegeben • Die verwendeten Instrumente wurden beschrieben, benannt und referenziert • Das Signifikanzlevel wurde angegeben 		4
6. Ethics and bias:	<ul style="list-style-type: none"> • Forschende waren sich der eigenen Voreingenommenheit bewusst • Die Qualität der Studien wurde angegeben • Bias wurden beschrieben 		4
7. Results:	<ul style="list-style-type: none"> • Klare Aussagen zu den Ergebnissen wurden getroffen • Die Hauptergebnisse wurden klar dargestellt • Die Hauptergebnisse beantworten die Forschungsfrage und das Forschungsziel • Die Ergebnisse wurden explizit und leicht verständlich präsentiert, beschrieben, gut strukturiert, und in logischer Reihenfolge aufbereitet • Die Ergebnisse stehen in direktem Zusammenhang mit den Zielen • Ausreichende Daten wurden vorgelegt, um die Ergebnisse zu untermauern • Die Tabellen wurden dargestellt, beschriftet und gekennzeichnet 	<ul style="list-style-type: none"> • Konfidenzintervalle wurden nicht angegeben 	3
8. Transferability or generalizability:	<ul style="list-style-type: none"> • Der Kontext und die Einstellung der Studie wurde ausreichend beschrieben, um einen Vergleich mit anderen Kontexten und Einstellungen zu ermöglichen 		4

	<ul style="list-style-type: none"> • Der Diskussionsteil wurde gut strukturiert und geht vom spezifischen ins breite • Die Interpretation der Ergebnisse ergibt einen Sinn • Die Limitationen der Studie wurden angegeben • Die Ergebnisse sind auf eine breite Bevölkerung übertragbar 		
9. Implications and usefulness:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Studie trägt zu neuem Wissen bei • Die Erkenntnisse sind wichtig für Forschung und Praxis • Die Schlussfolgerung ist verständlich und klar • Empfehlungen für die Praxis wurden gegeben 	<ul style="list-style-type: none"> • Empfehlung für die Forschung wurden nicht gegeben 	3
Gesamtpunkteanzahl und Qualität der Studie in Prozent: 33 Punkte = 91,66 %			

Studie 3: Sustained diabetes risk reduction after real life and primary health care setting implementation of the diabetes in Europe prevention using lifestyle, physical activity and nutritional intervention. (DE-PLAN) project (Gilis-Januszewska et al. 2017)

	Positive Aspekte	Negative Aspekte	Punkte
1. Abstract and title:	<ul style="list-style-type: none"> • Eine klare Beschreibung der Studie wurde geliefert • Der Titel ist repräsentativ und gibt den Kontext der Studie wieder • Der Titel enthält Informationen wie Population, Setting, Design und Keywords • Die Keywords wurden angegeben und befinden sich unter dem Abstract • Die Keywords sind im Titel vorhanden • Der Abstract beinhaltet Hintergrund, Methodik, Ergebnisse und Schlussfolgerung • Das Ziel wurde im Background beschrieben • Es wurden keine Differenzen zwischen dem Abstract und dem Text festgestellt • Der Abstract gibt die selbe Impression als der Text • Der Abstract ist verständlich ohne den Text zu lesen 	<ul style="list-style-type: none"> • Der Titel ist zu lang • Empfehlung sind im Abstract nicht enthalten 	3
2. Introduction and aims:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Einleitung wurde gut strukturiert und geht vom Generellen ins Spezifische • Die Autoren lieferten eine rationale Grundlage für die Durchführung der Studie, die auf einer Literaturrecherche basiert • Ein vollständiger und prägnanter Hintergrund ist enthalten • Keywords wurden definiert • Das Publikationsjahr der Studie war 2017 	<ul style="list-style-type: none"> • Eine Forschungsfrage wurde nicht gestellt 	3

	<ul style="list-style-type: none"> • Das Einreichungsjahr der Studie war 2016 • Die Forschungslücke ist vorhanden • Das Forschungsziel wurde beschrieben und klar definiert 		
3. Method and data:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Methode ist angemessen und wurde klar definiert • Der Methodenteil wurde gut strukturiert • Das Design der Studie wurde klar beschrieben • Die gewählte Methode ist geeignet, um das Forschungsziel zu beantworten • Die Datenerhebung wurde klar beschrieben • Die Datenaufzeichnung wurde klar beschrieben 		4
4. Sampling:	<ul style="list-style-type: none"> • Das Sample wurde angegeben und ist repräsentativ • Das Sample wurde klar definiert und beschrieben • Die Samplegröße ist gerechtfertigt • Die Stichprobenstrategie war angemessen, um die Ziele zu erreichen • Das Setting wurde angegeben und klar definiert • Die Zielgruppen wurden klar beschrieben • Details zum Alter, Geschlecht und Kontext wurden angegeben • Die Rekrutierung wurde beschrieben • Die Rücklaufquoten werden angegeben und erläutert 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Rasse wurde nicht angegeben 	4
5. Data analysis:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschreibung der Datenanalyse war ausreichend rigoros • Die Datenerfassung wurde klar beschrieben • Der Prozess der Datenerhebung wurde klar beschrieben • Die Datenanalyse wurde klar beschrieben • Der Zeitraum der Datenerhebung wurde angegeben 		4

	<ul style="list-style-type: none"> • Signifikanzlevel wurde angegeben 		
6. Ethics and bias:	<ul style="list-style-type: none"> • Ethische Fragen wurden angesprochen • Genehmigung durch ein Ethikkomitee fand statt • Die Richtlinien wurden eingehalten • Die Teilnehmenden waren Volontäre • Das Verhältnis zwischen Forschenden und Teilnehmenden wurden angemessen berücksichtigt • Forschern waren sich der eigenen Voreingenommenheit bewusst 	<ul style="list-style-type: none"> • Die notwendige ethische Zustimmung wurde nicht beschrieben • Bias wurden nicht beschrieben 	3
7. Results:	<ul style="list-style-type: none"> • Klare Aussagen zu den Ergebnissen wurden getroffen • Hauptergebnisse wurden klar dargestellt • Die Hauptergebnisse beantworten das Forschungsziel • Die Ergebnisse explizit und leicht verständlich präsentiert, beschrieben, gut strukturiert und in logischer Reihenfolge aufbereitet • Die Ergebnisse stehen im direkten Zusammenhang mit den Zielen • Ausreichende Daten wurden vorgelegt, um die Ergebnisse zu untermauern • Die Tabellen wurden dargestellt, beschriftet und gekennzeichnet 	<ul style="list-style-type: none"> • Konfidenzintervalle wurden nicht angegeben 	3
8. Transferability or generalizability:	<ul style="list-style-type: none"> • Der Kontext und die Einstellung der Studie wurde ausreichend beschrieben, um einen Vergleich mit anderen Kontexten und Einstellungen zu ermöglichen • Der Diskussionsteil wurde gut strukturiert und geht vom spezifischen ins breite • Die Interpretation der Ergebnisse ergibt einen Sinn • Limitationen der Studie wurden angegeben 		4

	<ul style="list-style-type: none"> • Die Ergebnisse sind auf eine breite Bevölkerung übertragbar 		
9. Implications and usefulness:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Studie trägt zu neuem Wissen bei • Die Erkenntnisse sind wichtig für Politik und Praxis • Die Schlussfolgerung ist verständlich und klar • Empfehlungen für die Forschung wurden gegeben • Empfehlungen für die Praxis wurden gegeben 		4
Gesamtpunkteanzahl und Qualität der Studie in Prozent: 32 Punkte = 88,88 %			

Studie 4: The impact of a brief lifestyle intervention delivered by generalist community nurses (Harris et al. 2013)

	Positive Aspekte	Negative Aspekte	Punkte
1. Abstract and title:	<ul style="list-style-type: none"> • Eine klare Beschreibung der Studie wurde geliefert • Der Titel ist so kurz wie möglich • Der Titel ist repräsentativ und gibt den Kontext der Studie wieder • Der Titel enthält Informationen wie, Setting, Design und Keywords • Die Keywords wurden angegeben und befinden sich unter dem Abstract • Die Keywords sind im Titel vorhanden • Der Abstract beinhaltet Hintergrund, Methodik, Ergebnisse und Schlussfolgerung • Das Ziel wurde im Background beschrieben • Es wurden keine Differenzen zwischen dem Abstract und dem Text festgestellt • Der Abstract gibt die selbe Impression als der Text • Der Abstract ist verständlich ohne den Text zu lesen • Empfehlungen für die Praxis wurden gegeben 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Population ist im Titel nicht enthalten • Empfehlungen für die Forschung wurde nicht gegeben 	3
2. Introduction and aims:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Einleitung wurde gut strukturiert und geht vom Generellen ins Spezifische • Die Autoren lieferten eine rationale Grundlage für die Durchführung der Studie, die auf einer Literaturrecherche basiert • Ein vollständiger und prägnanter Hintergrund ist enthalten • Die Keywords wurden definiert • Das Publikationsjahr der Studie war 2013 • Das Einreichungsjahr der Studie war 2012 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Forschungsfrage wurde nicht gestellt 	3

	<ul style="list-style-type: none"> • Die Forschungslücke ist vorhanden • Das Forschungsziel wurde beschrieben und klar definiert 		
3. Method and data:	<ul style="list-style-type: none"> • Der Methodenteil ist angemessen und wurde klar definiert • Der Methodenteil wurde gut strukturiert • Das Design der Studie wurde klar beschrieben • Die gewählte Methode ist geeignet, um das Forschungsziel zu beantworten • Die Datenerhebung wurde klar beschrieben • Die Datenaufzeichnung wurde klar beschrieben 		4
4. Sampling:	<ul style="list-style-type: none"> • Das Sample wurde angegeben und ist repräsentativ • Das Sample wurde klar definiert und beschrieben • Die Samplegröße ist gerechtfertigt • Die Stichprobenstrategie war angemessen, um die Ziele zu erreichen • Zielgruppen wurden klar beschrieben • Details zum Alter, Geschlecht, Rasse und Kontext wurde angegeben • Das Setting wurde angegeben und klar definiert • Die Rekrutierung wurde beschrieben • Rücklaufquote wurde angegeben und erläutert 		4
5. Data analysis:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschreibung der Datenanalyse war ausreichend rigoros • Die Datenerfassung wurde klar beschrieben • Der Prozess der Datenerhebung wurde klar beschrieben • Der Zeitraum der Datenerhebung wurde angegeben • Die Datenanalyse wurde klar beschrieben 		4

	<ul style="list-style-type: none"> • Die verwendeten Instrumente wurden klar beschrieben, benannt und referenziert • Signifikanzlevel wurde angegeben 		
6. Ethics and bias:	<ul style="list-style-type: none"> • Ethische Fragen wurden angesprochen • Genehmigung durch ein Ethikkomitee fand statt • Die notwendige ethische Zustimmung enthielt eine schriftliche Einverständniserklärung • Das Verhältnis zwischen Forschern und Teilnehmenden wurde angemessen berücksichtigt • Bias wurden beschrieben • Forschende waren sich der eigenen Voreingenommenheit bewusst 		4
7. Results:	<ul style="list-style-type: none"> • Klare Aussagen zu den Ergebnissen wurden getroffen • Hauptergebnisse wurden klar dargestellt • Die Hauptergebnisse beantworten das Forschungsziel • Die Ergebnisse wurden explizit und leicht verständlich präsentiert, beschrieben, gut strukturiert und in einer logischen Reihenfolge aufbereitet • Die Ergebnisse stehen im direkten Zusammenhang mit den Zielen • Ausreichende Daten wurden vorgelegt, um die Ergebnisse zu untermauern • Tabellen wurden dargestellt beschriftet und gekennzeichnet • Konfidenzintervalle wurden angegeben 		4

8. Transferability or generalizability:	<ul style="list-style-type: none"> • Der Kontext und die Einstellung der Studie wurde ausreichend beschrieben, um einen Vergleich mit anderen Kontexten und Einstellungen zu ermöglichen • Der Diskussionsteil wurde gut strukturiert und geht vom Spezifischen ins Breite • Die Interpretation der Ergebnisse ergibt einen Sinn • Limitationen der Studie wurden angegeben • Die Ergebnisse sind auf eine breite Bevölkerung übertragbar 		4
9. Implications and usefulness:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Studie trägt zu neuem Wissen bei • Die Erkenntnisse sind wichtig für Politik und Praxis • Die Schlussfolgerung ist verständlich und klar • Empfehlungen für die Praxis wurden gegeben • Empfehlungen für die Forschung wurden gegeben 		4
Gesamtpunkteanzahl und Qualität der Studie in Prozent: 34 Punkte = 94,44 %			

Studie 5: Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services With Chronic Diseases: A Qualitative Study of Patient and Family Experience (Hudon et al. 2015)

	Positive Aspekte	Negative Aspekte	Punkte
1. Abstract and title:	<ul style="list-style-type: none"> • Eine klare Beschreibung der Studie wurde geliefert • Der Titel ist so kurz wie möglich • Der Titel ist repräsentativ und gibt den Kontext der Studie wieder • Der Titel enthält Informationen wie, Setting, Population, Design und Keywords • Keywords wurden auf der letzten Seite angegeben • Die Keywords sind im Titel vorhanden • Der Abstract beinhaltet Ziel, Methodik, Ergebnisse und Schlussfolgerung • Empfehlung wurden gegeben Der Hintergrund wurde im Ziel beschrieben • Es wurden keine Differenzen zwischen dem Abstract und dem Text festgestellt • Der Abstract gibt die selbe Impression als der Text • Der Abstract ist verständlich ohne den Text zu lesen 		4
2. Introduction and aims:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Einleitung wurde gut strukturiert und geht vom Generellen ins Spezifische • Die Autoren lieferten eine rationale Grundlage für die Durchführung der Studie, die auf einer Literaturrecherche basiert • Keywords wurden definiert • Das Publikationsjahr der Studie war 2015 • Das Einreichungsjahr der Studie war 2015 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Forschungsfrage wurde nicht gestellt 	3

	<ul style="list-style-type: none"> • Die Forschungslücke ist vorhanden • Das Forschungsziel wurde beschrieben und klar definiert 		
3. Method and data:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Methode ist angemessen und wurde klar definiert • Der Methodenteil wurde gut strukturiert • Das Design der Studie wurde klar beschrieben • Die gewählte Methode ist geeignet, um das Forschungsziel zu beantworten • Die Datenerhebung wurde klar beschrieben • Die Datenaufzeichnung wurde klar beschrieben 		4
4. Sampling:	<ul style="list-style-type: none"> • Das Sample wurde angegeben und ist repräsentativ • Das Sample wurde klar definiert und beschrieben • Die Samplegröße ist gerechtfertigt • Die Stichprobenstrategie war angemessen, um die Ziele zu erreichen • Das Setting wurde angegeben und klar definiert • Die Zielgruppen wurden klar beschrieben • Details zum Alter, Geschlecht und Kontext wurde angegeben • Die Rekrutierung wurde beschrieben 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Rasse wurde nicht angegeben 	4
5. Data analysis:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschreibung der Datenanalyse war ausreichend rigoros • Die Datenerfassung wurde klar beschrieben • Der Prozess der Datenerhebung wurde klar beschrieben • Die Datenanalyse wurde klar beschrieben • Der Zeitraum der Datenerhebung wurde angegeben • Triangulation und Validation wurden beschrieben • Datensättigung wurde erreicht 		4

	<ul style="list-style-type: none"> • Die verwendeten Instrumente wurden beschrieben, benannt und referenziert 		
6. Ethics and bias:	<ul style="list-style-type: none"> • Ethische Fragen wurden angesprochen • Genehmigung durch ein Ethikkomitee fand statt • Die notwendige ethische Zustimmung enthielt eine schriftliche Einverständniserklärung • Das Verhältnis zwischen Forschenden und Teilnehmenden wurde angemessen berücksichtigt • Bias wurden beschrieben • Forscher waren sich der eigenen Voreingenommenheit bewusst 		4
7. Results:	<ul style="list-style-type: none"> • Klare Aussagen zu den Ergebnissen wurden getroffen • Hauptergebnisse wurden klar dargestellt • Die Hauptergebnisse beantworten das Forschungsziel • Die Ergebnisse wurden explizit und verständlich präsentiert, beschrieben, gut strukturiert und in logischer Reihenfolge aufbereitet • Die Ergebnisse stehen im direkten Zusammenhang mit den Zielen • Eine Tabelle ist vorhanden die beschriftet, beschrieben und gekennzeichnet wurde 		4
8. Transferability or generalizability:	<ul style="list-style-type: none"> • Der Kontext und die Einstellung der Studie wurde ausreichend beschrieben, um einen Vergleich mit anderen Kontexten und Einstellungen zu ermöglichen • Der Diskussionsteil wurde gut strukturiert und geht vom spezifischen ins breite 		4

	<ul style="list-style-type: none"> • Die Interpretation der Ergebnisse ergibt einen Sinn • Limitationen der Studie wurden angegeben • Die Ergebnisse sind auf eine breite Bevölkerung übertragbar 		
9. Implications and usefulness:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Studie trägt zu neuem Wissen bei • Die Erkenntnisse sind wichtig für Praxis und Politik • Die Schlussfolgerung ist verständlich und klar • Empfehlungen für die Praxis wurden beschrieben • Empfehlung für die Forschung wurden beschrieben 		4
Gesamtpunkteanzahl und Qualität der Studie in Prozent: 35 Punkte = 97,22 %			

Studie 6: Role of nurse practitioners in reducing cardiovascular risk factors: a retrospective cohort study (Klemenc-Ketis et al. 2015)

	Positive Aspekte	Negative Aspekte	Punkte
1. Abstract and title:	<ul style="list-style-type: none"> • Eine klare Beschreibung der Studie wurde geliefert • Der Titel ist so kurz wie möglich • Der Titel ist repräsentativ und gibt den Kontext der Studie wieder • Der Titel enthält Informationen wie, Population, Design und Keywords • Keywords wurden unter dem Abstrakt angegeben • Die Keywords sind im Titel vorhanden • Der Abstract beinhaltet Hintergrund, Ziel, Methodik, Ergebnisse, Design, Schlussfolgerung und Relevanz • Es wurden keine Differenzen zwischen dem Abstract und dem Text festgestellt • Der Abstract gibt die selbe Impression als der Text • Der Abstract ist verständlich ohne den Text zu lesen 	<ul style="list-style-type: none"> • Das Setting ist im Titel nicht enthalten angegeben • Empfehlung wurden im Abstract nicht gegeben 	3
2. Introduction and aims:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Einleitung wurde gut strukturiert und geht vom Generellen ins Spezifische • Die Autoren lieferten eine rationale Grundlage für die Durchführung der Studie, die auf einer Literaturrecherche basiert • Keywords wurden definiert • Das Publikationsjahr der Studie war 2015 • Die Forschungslücke wurde beschrieben • Das Forschungsziel wurde beschrieben und klar definiert 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Forschungsfrage wurde nicht gestellt • Das Einreichungsjahr der Studie wurde nicht angegeben 	3
3. Method and data:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Methode ist angemessen und wurde klar definiert 		4

	<ul style="list-style-type: none"> • Der Methodenteil wurde gut strukturiert • Das Design der Studie wurde klar beschrieben • Die gewählte Methode ist geeignet, um das Forschungsziel zu beantworten • Die Datenerhebung wurde klar beschrieben • Die Datenaufzeichnung wurde klar beschrieben 		
4. Sampling:	<ul style="list-style-type: none"> • Das Sample wurde angegeben und ist repräsentativ • Das Sample wurde klar definiert und beschrieben • Die Samplegröße ist gerechtfertigt • Die Stichprobenstrategie war angemessen, um die Ziele zu erreichen • Das Setting wurde angegeben und klar definiert • Die Zielgruppen wurden klar beschrieben • Details zum Alter, Geschlecht und Kontext wurde angegeben • Die Rekrutierung wurde beschrieben • Rücklaufquote wurde angegeben und erläutert 	Die Rasse wurde nicht angegeben	4
5. Data analysis:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschreibung der Datenanalyse war ausreichend rigoros • Die Datenerfassung wurde klar beschrieben • Der Prozess der Datenerhebung wurde klar beschrieben • Die Datenanalyse wurde klar beschrieben • Der Zeitraum der Datenerhebung wurde angegeben • Das Signifikanzlevel wurde angegeben • Die verwendeten Instrumente wurden beschrieben, benannt und referenziert 		4

6. Ethics and bias:	<ul style="list-style-type: none"> • Ethische Fragen wurden angesprochen • Genehmigung durch ein Ethikkomitee fand statt • Das Verhältnis zwischen Forschenden und Teilnehmenden wurde angemessen berücksichtigt • Bias wurden beschrieben • Forscher waren sich der eigenen Voreingenommenheit bewusst 	<ul style="list-style-type: none"> • Die notwendige ethische Zustimmung wurde nicht beschrieben 	3
7. Results:	<ul style="list-style-type: none"> • Klare Aussagen zu den Ergebnissen wurden getroffen • Hauptergebnisse wurden klar dargestellt • Die Hauptergebnisse beantworten das Forschungsziel • Die Ergebnisse wurden explizit und verständlich präsentiert, beschrieben, gut strukturiert und in logischer Reihenfolge aufbereitet • Die Ergebnisse stehen im direkten Zusammenhang mit den Zielen • Tabellen wurden dargestellt, beschriftet und gekennzeichnet 	<ul style="list-style-type: none"> • Konfidenzintervalle wurden nicht angegeben 	3
8. Transferability or generalizability:	<ul style="list-style-type: none"> • Der Kontext und die Einstellung der Studie wurde ausreichend beschrieben, um einen Vergleich mit anderen Kontexten und Einstellungen zu ermöglichen • Der Diskussionsteil wurde gut strukturiert und geht vom spezifischen ins breite • Die Interpretation der Ergebnisse ergibt einen Sinn • Limitationen der Studie wurden angegeben • Die Ergebnisse sind auf eine breite Bevölkerung übertragbar 		4
9. Implications and usefulness:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Studie trägt zu neuem Wissen bei • Die Erkenntnisse sind wichtig für Praxis und Politik • Die Schlussfolgerung ist verständlich und klar 		4

- | | | | |
|--|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Empfehlungen für die Praxis wurden beschrieben• Empfehlung für die Forschung wurden beschrieben | | |
|--|--|--|--|

Gesamtpunkteanzahl und Qualität der Studie in Prozent: 32 Punkte = 88,88 %

Studie 7: An update to depression case management by practice nurses in primary care: a service evaluation (Murphy, Ekers & Webster 2014)

	Positive Aspekte	Negative Aspekte	Punkte
1. Abstract and title:	<ul style="list-style-type: none"> • Eine klare Beschreibung der Studie wurde geliefert • Der Titel ist so kurz wie möglich • Der Titel ist repräsentativ und gibt den Kontext der Studie wieder • Der Titel enthält Informationen wie Design, Population, Setting und Keywords • Die Keywords sind im Titel vorhanden • Die Keywords wurden neben dem Abstract angegeben • Der Abstract beinhaltet Hintergrund, Ziel, Methodik, Ergebnisse und die Schlussfolgerung • Empfehlungen wurden gegeben • Es wurden keine Differenzen zwischen dem Abstract und dem Text festgestellt • Der Abstract gibt die selbe Impression als der Text • Der Abstract ist verständlich ohne den Text zu lesen 		4
2. Introduction and aims:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Einleitung wurde gut strukturiert und geht vom Generellen ins Spezifische • Die Autoren lieferten eine rationale Grundlage für die Durchführung der Studie, die auf einer Literaturrecherche basiert • Keywords wurden definiert • Das Publikationsjahr der Studie war 2014 • Die Forschungslücke ist vorhanden 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Forschungsfrage wurde nicht gestellt • Das Einreichungsjahr wurde nicht angegeben 	3

	<ul style="list-style-type: none"> • Das Forschungsziel wurde beschrieben und klar definiert 		
3. Method and data:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Methode ist angemessen und wurde klar definiert • Der Methodenteil wurde gut strukturiert • Das Design der Studie wurde klar beschrieben • Die gewählte Methode ist geeignet, um das Forschungsziel zu beantworten • Die Datenerhebung wurde klar beschrieben • Die Datenaufzeichnung wurde klar beschrieben 		4
4. Sampling:	<ul style="list-style-type: none"> • Das Sample wurde angegeben und ist repräsentativ • Das Sample wurde klar definiert und beschrieben • Die Samplegröße ist gerechtfertigt • Die Stichprobenstrategie war angemessen, um die Ziele zu erreichen • Das Setting wurde angegeben und klar definiert • Die Zielgruppen wurden klar beschrieben • Details zum Alter, Geschlecht und Kontext wurden angegeben • Die Rekrutierung wurde beschrieben • Rücklaufquote wurde angegeben 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Rasse wurde nicht angegeben 	4
5. Data analysis:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschreibung der Datenanalyse war ausreichend rigoros • Die Datenerfassung wurde klar beschrieben • Der Prozess der Datenerhebung wurde klar beschrieben • Die Datenanalyse wurde klar beschrieben • Der Zeitraum der Datenerhebung wurde angegeben • Die verwendeten Instrumente wurden beschrieben, benannt und referenziert 		4

	<ul style="list-style-type: none"> • Das Signifikanzlevel wurde angegeben 		
6. Ethics and bias:	<ul style="list-style-type: none"> • Ethische Fragen wurden angesprochen • Genehmigung durch ein Ethikkomitee fand statt • Das Verhältnis zwischen Forschenden und Teilnehmenden wurde angemessen berücksichtigt • Bias wurden beschrieben 	<ul style="list-style-type: none"> • Die notwendige ethische Zustimmung wurde nicht beschrieben 	3
7. Results:	<ul style="list-style-type: none"> • Klare Aussagen zu den Ergebnissen wurden getroffen • Hauptergebnisse wurden klar dargestellt • Die Hauptergebnisse beantworten das Forschungsziel • Die Ergebnisse wurden explizit und verständlich präsentiert, beschrieben, gut strukturiert und in logischer Reihenfolge aufbereitet • Die Ergebnisse stehen im direkten Zusammenhang mit den Zielen • Tabellen wurden dargestellt, beschriftet und gekennzeichnet • Konfidenzintervalle wurden angegeben 		4
8. Transferability or generalizability:	<ul style="list-style-type: none"> • Der Kontext und die Einstellung der Studie wurde ausreichend beschrieben, um einen Vergleich mit anderen Kontexten und Einstellungen zu ermöglichen • Der Diskussionsteil wurde gut strukturiert und geht vom spezifischen ins breite • Die Interpretation der Ergebnisse ergibt einen Sinn • Limitationen der Studie wurden angegeben • Die Ergebnisse sind auf eine breite Bevölkerung übertragbar 		4

9. Implications and usefulness:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Studie trägt zu neuem Wissen bei • Die Erkenntnisse sind wichtig für Praxis und Politik • Die Schlussfolgerung ist verständlich und klar • Empfehlungen für die Praxis wurden beschrieben • Empfehlung für die Forschung wurden beschrieben 		4
Gesamtpunkteanzahl und Qualität der Studie in Prozent: 34 Punkte = 94,44 %			

Studie 8: Effectiveness of Nursing Process Use in Primary Care (Perez Rivas et al. 2016)

	Positive Aspekte	Negative Aspekte	Punkte
1. Abstract and title:	<ul style="list-style-type: none"> • Eine klare Beschreibung der Studie wurde geliefert • Der Titel ist so kurz wie möglich • Der Titel ist repräsentativ und gibt den Kontext der Studie wieder • Der Titel enthält Informationen wie Population, Setting und Keywords • Die Keywords sind im Titel vorhanden • Die Keywords wurden neben dem Abstract angegeben • Der Abstract beinhaltet Ziel, Methodik, Ergebnisse, Schlussfolgerung und Implikation • Empfehlungen wurden gegeben • Es wurden keine Differenzen zwischen dem Abstract und dem Text festgestellt • Der Abstract gibt die selbe Impression als der Text • Der Abstract ist verständlich ohne den Text zu lesen 	<ul style="list-style-type: none"> • Das Design ist im Titel nicht enthalten • Der Hintergrund ist im Abstract nicht enthalten 	3
2. Introduction and aims:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Einleitung wurde gut strukturiert und geht vom Generellen ins Spezifische • Die Autoren lieferten eine rationale Grundlage für die Durchführung der Studie, die auf einer Literaturrecherche basiert • Keywords wurden definiert • Das Publikationsjahr der Studie war 2016 • Die Forschungslücke wurde angegeben • Das Forschungsziel wurde beschrieben und klar definiert 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Forschungsfrage wurde nicht gestellt • Das Einreichungsjahr der Studie wurde nicht angegeben 	3
3. Method and data:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Methode ist angemessen und wurde klar definiert 		4

	<ul style="list-style-type: none"> • Der Methodenteil wurde gut strukturiert • Das Design der Studie wurde klar beschrieben • Die gewählte Methode ist geeignet, um das Forschungsziel zu beantworten • Die Datenerhebung wurde klar beschrieben • Die Datenaufzeichnung wurde klar beschrieben 		
4. Sampling:	<ul style="list-style-type: none"> • Das Sample wurde angegeben und ist repräsentativ • Das Sample wurde klar definiert und beschrieben • Die Samplegröße ist gerechtfertigt • Die Stichprobenstrategie war angemessen, um die Ziele zu erreichen • Das Setting wurde angegeben und klar definiert • Die Zielgruppen wurden angegeben • Details zum Alter, Geschlecht und Kontext wurden angegeben • Die Rekrutierung wurde beschrieben • Rücklaufquote wurde beschrieben und erläutert 	<ul style="list-style-type: none"> • Details zur Rasse wurden nicht angegeben 	4
5. Data analysis:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschreibung der Datenanalyse war ausreichend rigoros • Die Datenerfassung wurde klar beschrieben • Der Prozess der Datenerhebung wurde klar beschrieben • Die Datenanalyse wurde klar beschrieben • Der Zeitraum der Datenerhebung wurde angegeben • Die verwendeten Instrumente wurden beschrieben, benannt und referenziert • Das Signifikanzlevel wurde angegeben 		4

6. Ethics and bias:	<ul style="list-style-type: none"> • Bias wurden beschrieben • Forscher waren sich der eigenen Voreingenommenheit bewusst 	<ul style="list-style-type: none"> • Genehmigung durch ein Ethikkomitee wurde nicht beschrieben • Die notwendige ethische Zustimmung wurde nicht beschrieben 	3
7. Results:	<ul style="list-style-type: none"> • Klare Aussagen zu den Ergebnissen wurden getroffen • Hauptergebnisse wurden klar dargestellt • Die Hauptergebnisse beantworten das Forschungsziel • Die Ergebnisse wurden explizit und verständlich präsentiert, beschrieben, gut strukturiert und in logischer Reihenfolge aufbereitet • Die Ergebnisse stehen im direkten Zusammenhang mit den Zielen • Tabellen wurden dargestellt, beschriftet und gekennzeichnet 		4
8. Transferability or generalizability:	<ul style="list-style-type: none"> • Der Kontext und die Einstellung der Studie wurde ausreichend beschrieben, um einen Vergleich mit anderen Kontexten und Einstellungen zu ermöglichen • Der Diskussionsteil wurde gut strukturiert und geht vom spezifischen ins breite • Die Interpretation der Ergebnisse ergibt einen Sinn • Limitationen der Studie wurden angegeben • Die Ergebnisse sind auf eine breite Bevölkerung übertragbar 		4
9. Implications and usefulness:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Studie trägt zu neuem Wissen bei • Die Erkenntnisse sind wichtig für Praxis und Politik 		4

- | | | | |
|--|---|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Die Schlussfolgerung ist verständlich und klar• Empfehlungen für die Praxis wurden beschrieben• Empfehlung für die Forschung wurden beschrieben | | |
|--|---|--|--|

Gesamtpunkteanzahl und Qualität der Studie in Prozent: 33 Punkte = 91,66 %

Studie 9: Nurse delivered lifestyle interventions in primary health care to treat chronic disease risk factors associated with obesity: a systematic review (Sargent, Forrest & Parker 2012)

	Positive Aspekte	Negative Aspekte	Punkte
1. Abstract and title:	<ul style="list-style-type: none"> • Eine klare Beschreibung der Studie wurde geliefert • Der Titel ist so kurz wie möglich • Der Titel ist repräsentativ und gibt den Kontext der Studie wieder • Der Titel enthält alle wichtigen Informationen wie Design, Population, Setting und Keywords • Die Keywords wurden angegeben und befinden sich unter dem Abstract • Die Keywords sind im Titel vorhanden • Der Abstract ist vollständig und beinhaltet Hintergrund, Ziel, Methodik, Ergebnisse, Schlussfolgerung und Empfehlungen • Es wurden keine Differenzen zwischen dem Abstract und dem Text festgestellt • Der Abstract gibt die selbe Impression als der Text • Der Abstract ist verständlich ohne den Text zu lesen 		4
2. Introduction and aims:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Einleitung wurde gut strukturiert und geht vom Generellen ins Spezifische • Die Autoren lieferten eine rationale Grundlage für die Durchführung der Studie, die auf einer Literaturrecherche basiert • Keywords wurden definiert • Das Einreichungsjahr der Studie war 2012 • Das Publikationsjahr der Studie war 2012 • Die Forschungslücke wurde angegeben 		4

	<ul style="list-style-type: none"> • Das Forschungsziel wurde beschrieben und klar definiert • Die Forschungsfrage wurde gestellt 		
3. Method and data:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Methode ist angemessen und wurde klar definiert • Der Methodenteil wurde gut strukturiert • Das Design der Studie wurde klar beschrieben • Die gewählte Methode ist geeignet, um das Forschungsziel und Forschungsfrage zu beantworten • Die Datenerhebung wurde klar beschrieben • Die Datenaufzeichnung wurde klar beschrieben 		4
4. Sampling:	<ul style="list-style-type: none"> • Das Sample wurde angegeben und ist repräsentativ • Das Sample wurde klar definiert und beschrieben • Die Samplegröße ist gerechtfertigt • Die Stichprobenstrategie war angemessen, um die Ziele zu erreichen • Das Setting wurde angegeben und klar definiert • Die Zielgruppen wurden klar beschrieben • Details zum Alter, Geschlecht, Rasse und Kontext wurden angegeben • Suchstrategie wurde angegeben 		4
5. Data analysis:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschreibung der Datenanalyse war ausreichend rigoros 		4

	<ul style="list-style-type: none"> • Die Datenerfassung wurde klar beschrieben • Der Prozess der Datenerhebung wurde klar beschrieben • Die Datenanalyse wurde klar beschrieben • Der Zeitraum der Datenerhebung wurde angegeben • Die verwendeten Instrumente wurden beschrieben, benannt und referenziert • Das Signifikanzlevel wurde angegeben 		
6. Ethics and bias:	<ul style="list-style-type: none"> • Bias wurden beschrieben • Forscher waren sich der eigenen Voreingenommenheit bewusst 		4
7. Results:	<ul style="list-style-type: none"> • Klare Aussagen zu den Ergebnissen wurden getroffen • Hauptergebnisse wurden klar dargestellt • Die Hauptergebnisse beantworten das Forschungsziel • Die Ergebnisse wurden explizit und verständlich präsentiert, beschrieben, gut strukturiert und in logischer Reihenfolge aufbereitet • Die Ergebnisse stehen im direkten Zusammenhang mit den Zielen • Tabellen wurden dargestellt, beschriftet und gekennzeichnet • Konfidenzintervalle wurden angegeben 		4
8. Transferability or generalizability:	<ul style="list-style-type: none"> • Der Kontext und die Einstellung der Studie wurde ausreichend beschrieben, um einen Vergleich mit anderen Kontexten und Einstellungen zu ermöglichen • Der Diskussionsteil wurde gut strukturiert und geht vom spezifischen ins breite • Die Interpretation der Ergebnisse ergibt einen Sinn 		4

	<ul style="list-style-type: none"> • Limitationen der Studie wurden angegeben • Die Ergebnisse sind auf eine breite Bevölkerung übertragbar 		
9. Implications and usefulness:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Studie trägt zu neuem Wissen bei • Die Erkenntnisse sind wichtig für Praxis und Politik • Die Schlussfolgerung ist verständlich und klar • Empfehlungen für die Praxis wurden beschrieben • Empfehlung für die Forschung wurden beschrieben 		4
Gesamtpunkteanzahl und Qualität der Studie in Prozent: 36 Punkte = 100 %			

Studie 10: The feasibility and acceptability of nurse-led chronic disease management interventions in primary care: An integrative review (Stephen, McInnes & Halcomb 2017)

	Positive Aspekte	Negative Aspekte	Punkte
1. Abstract and title:	<ul style="list-style-type: none"> • Eine klare Beschreibung der Studie wurde geliefert • Der Titel ist so kurz wie möglich • Der Titel ist repräsentativ und gibt den Kontext der Studie wieder • Der Titel enthält Informationen wie Population, Setting, Design und Keywords • Die Keywords sind im Titel vorhanden • Die Keywords wurden unter dem Abstract angegeben • Der Abstract beinhaltet Ziel, Hintergrund, Design, Methodik, Ergebnisse und Schlussfolgerung • Empfehlungen wurden in der Schlussfolgerung gegeben • Es wurden keine Differenzen zwischen dem Abstract und dem Text festgestellt • Der Abstract gibt die selbe Impression als der Text • Der Abstract ist verständlich ohne den Text zu lesen 		4
2. Introduction and aims:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Einleitung wurde gut strukturiert und geht vom Generellen ins Spezifische • Die Autoren lieferten eine rationale Grundlage für die Durchführung der Studie, die auf einer Literaturrecherche basiert • Keywords wurden definiert • Das Publikationsjahr der Studie war 2017 • Die Forschungslücke wurde angegeben 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Forschungsfrage wurde nicht gestellt • Das Einreichungsjahr der Studie wurde nicht angegeben 	3

	<ul style="list-style-type: none"> • Das Forschungsziel wurde beschrieben und klar definiert 		
3. Method and data:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Methode ist angemessen und wurde klar definiert • Der Methodenteil wurde gut strukturiert • Das Design der Studie wurde klar beschrieben • Die gewählte Methode ist geeignet, um das Forschungsziel zu beantworten • Die Datenerhebung wurde beschrieben • Die Datenaufzeichnung wurde beschrieben 		4
4. Sampling:	<ul style="list-style-type: none"> • Das Sample wurde angegeben und ist repräsentativ • Das Sample wurde klar definiert und beschrieben • Die Samplegröße ist gerechtfertigt • Die Stichprobenstrategie war angemessen, um die Ziele zu erreichen • Das Setting wurde angegeben und klar definiert 	<ul style="list-style-type: none"> • Details zum Alter, Geschlecht, Rasse und Kontext wurden nicht angegeben 	3
5. Data analysis:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschreibung der Datenanalyse war ausreichend rigoros • Die Datenerfassung wurde klar beschrieben • Der Prozess der Datenerhebung wurde klar beschrieben • Die Datenanalyse wurde klar beschrieben • Der Zeitraum der Datenerhebung wurde angegeben • Die verwendeten Instrumente wurden beschrieben, benannt und referenziert • Das Signifikanzlevel wurde angegeben 		4
6. Ethics and bias:	<ul style="list-style-type: none"> • Forscher waren sich der eigenen Voreingenommenheit bewusst und Bias wurden beschrieben 		4

7. Results:	<ul style="list-style-type: none"> • Klare Aussagen zu den Ergebnissen wurden getroffen • Hauptergebnisse wurden klar dargestellt • Die Hauptergebnisse beantworten das Forschungsziel • Die Ergebnisse wurden explizit und verständlich präsentiert, beschrieben, gut strukturiert und in logischer Reihenfolge aufbereitet • Die Ergebnisse stehen im direkten Zusammenhang mit den Zielen • Tabellen wurden dargestellt, beschrieben und gekennzeichnet 	<ul style="list-style-type: none"> • Konfidenzintervalle wurden nicht angegeben 	3
8. Transferability or generalizability:	<ul style="list-style-type: none"> • Der Kontext und die Einstellung der Studie wurde ausreichend beschrieben, um einen Vergleich mit anderen Kontexten und Einstellungen zu ermöglichen • Der Diskussionsteil wurde gut strukturiert und geht vom spezifischen ins breite • Die Interpretation der Ergebnisse ergibt einen Sinn • Limitationen der Studie wurden angegeben • Die Ergebnisse sind auf eine breite Bevölkerung übertragbar 		4
9. Implications and usefulness:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Studie trägt zu neuem Wissen bei • Die Erkenntnisse sind wichtig für Praxis und Politik • Die Schlussfolgerung ist verständlich und klar • Empfehlungen für die Praxis wurden beschrieben • Empfehlung für die Forschung wurden beschrieben 		4
Gesamtpunkteanzahl und Qualität der Studie in Prozent: 33 Punkte = 91,66 %			

Studie 11: A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors (Taggart et al. 2012)

	Positive Aspekte	Negative Aspekte	Punkte
1. Abstract and title:	<ul style="list-style-type: none"> • Eine klare Beschreibung der Studie wurde geliefert • Der Titel ist so kurz wie möglich • Der Titel ist repräsentativ und gibt den Kontext der Studie wieder • Der Titel enthält Informationen wie Population, Setting, Design und Keywords • Die Keywords sind im Titel vorhanden • Die Keywords wurden unter dem Abstract angegeben • Der Abstract beinhaltet Hintergrund, Methodik, Ergebnisse und Schlussfolgerung • Das Ziel ist im Hintergrund enthalten • Empfehlungen wurden gegeben • Es wurden keine Differenzen zwischen dem Abstract und dem Text festgestellt • Der Abstract gibt die selbe Impression als der Text • Der Abstract ist verständlich ohne den Text zu lesen 		4
2. Introduction and aims:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Einleitung wurde gut strukturiert und geht vom Generellen ins Spezifische • Die Autoren lieferten eine rationale Grundlage für die Durchführung der Studie, die auf einer Literaturrecherche basiert • Keywords wurden definiert • Das Publikationsjahr der Studie war 2012 		4

	<ul style="list-style-type: none"> • Das Einreichungsjahr der Studie war 2011 • Die Forschungslücke ist vorhanden • Das Forschungsziel wurde beschrieben und klar definiert • Die Forschungsfrage wurde gestellt 		
3. Method and data:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Methode ist angemessen und wurde klar definiert • Der Methodenteil wurde gut strukturiert • Das Design der Studie wurde klar beschrieben • Die gewählte Methode ist geeignet, um das Forschungsziel und Forschungsfrage zu beantworten • Die Datenerhebung wurde beschrieben • Die Datenaufzeichnung wurde beschrieben 		4
4. Sampling:	<ul style="list-style-type: none"> • Das Sample wurde angegeben und ist repräsentativ • Das Sample wurde klar definiert und beschrieben • Die Samplegröße ist gerechtfertigt • Die Stichprobenstrategie war angemessen, um die Ziele zu erreichen • Das Setting wurde angegeben und klar definiert • Die Zielgruppen wurden klar beschrieben • Details zum Alter, Geschlecht, Rasse und Kontext wurden angegeben • Die Suchstrategie wurde beschrieben 		4
5. Data analysis:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschreibung der Datenanalyse war ausreichend rigoros • Die Datenerfassung wurde klar beschrieben • Der Prozess der Datenerhebung wurde klar beschrieben • Die Datenanalyse wurde klar beschrieben 		4

	<ul style="list-style-type: none"> • Der Zeitraum der Datenerhebung wurde angegeben • Das Signifikanzlevel wurde angegeben • Die verwendeten Instrumente wurden beschrieben, benannt und referenziert 		
6. Ethics and bias:	<ul style="list-style-type: none"> • Bias wurden beschrieben • Forscher waren sich der eigenen Voreingenommenheit bewusst 		4
7. Results:	<ul style="list-style-type: none"> • Klare Aussagen zu den Ergebnissen wurden getroffen • Hauptergebnisse wurden klar dargestellt • Die Hauptergebnisse beantworten das Forschungsziel • Die Ergebnisse wurden explizit und verständlich präsentiert, beschrieben, gut strukturiert und in logischer Reihenfolge aufbereitet • Die Ergebnisse stehen im direkten Zusammenhang mit den Zielen • Tabellen wurden dargestellt, beschrieben und gekennzeichnet 	<ul style="list-style-type: none"> • Konfidenzintervalle wurden nicht angegeben 	3
8. Transferability or generalizability:	<ul style="list-style-type: none"> • Der Kontext und die Einstellung der Studie wurde ausreichend beschrieben, um einen Vergleich mit anderen Kontexten und Einstellungen zu ermöglichen • Der Diskussionsteil wurde gut strukturiert und geht vom spezifischen ins breite • Die Interpretation der Ergebnisse ergibt einen Sinn • Limitationen der Studie wurden angegeben • Die Ergebnisse sind auf eine breite Bevölkerung übertragbar 		4
9. Implications and usefulness:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Studie trägt zu neuem Wissen bei • Die Erkenntnisse sind wichtig für Praxis und Politik 		4

- | | | | |
|--|---|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Die Schlussfolgerung ist verständlich und klar• Empfehlungen für die Praxis wurden beschrieben• Empfehlung für die Forschung wurden beschrieben | | |
|--|---|--|--|

Gesamtpunkteanzahl und Qualität der Studie in Prozent: 35 Punkte = 97,22 %

Studie 12: Integrating a tailored e-health self-management application for chronic obstructive pulmonary disease patients into primary care: a pilot study (Voncken-Brewster et al. 2014)

	Positive Aspekte	Negative Aspekte	Punkte
1. Abstract and title:	<ul style="list-style-type: none"> • Eine klare Beschreibung der Studie wurde geliefert • Der Titel ist repräsentativ und gibt den Kontext der Studie wieder • Der Titel ist so kurz wie möglich • Der Titel enthält Informationen wie Population, Setting, Design und Keywords • Die Keywords sind im Titel vorhanden • Die Keywords wurden unter dem Abstract angegeben • Der Abstract beinhaltet Hintergrund, Methodik, Ergebnisse und Schlussfolgerung • Das Ziel ist im Hintergrund enthalten • Empfehlungen wurden gegeben • Es wurden keine Differenzen zwischen dem Abstract und dem Text festgestellt • Der Abstract gibt die selbe Impression als der Text • Der Abstract ist verständlich ohne den Text zu lesen 		4
2. Introduction and aims:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Einleitung wurde gut strukturiert und geht vom Generellen ins Spezifische • Die Autoren lieferten eine rationale Grundlage für die Durchführung der Studie, die auf einer Literaturrecherche basiert • Keywords wurden definiert • Das Publikationsjahr der Studie war 2014 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Forschungsfrage wurde nicht gestellt 	3

	<ul style="list-style-type: none"> • Das Einreichungsjahr der Studie war 2013 • Die Forschungslücke wurde angegeben • Das Forschungsziel wurde beschrieben und klar definiert 		
3. Method and data:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Methode ist angemessen und wurde klar definiert • Der Methodenteil wurde gut strukturiert • Das Design der Studie wurde klar beschrieben • Die gewählte Methode ist geeignet, um das Forschungsziel zu beantworten • Die Datenerhebung wurde klar beschrieben • Die Datenaufzeichnung wurde klar beschrieben 		4
4. Sampling:	<ul style="list-style-type: none"> • Das Sample wurde angegeben und ist repräsentativ • Das Sample wurde klar definiert und beschrieben • Die Samplegröße ist gerechtfertigt • Die Stichprobenstrategie war angemessen, um die Ziele zu erreichen • Das Setting wurde angegeben und klar definiert • Die Zielgruppen wurden klar beschrieben • Details zum Alter, Geschlecht und Kontext wurden angegeben • Rekrutierung wurde beschrieben • Rücklaufquote wurde angegeben und erläutert 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Rasse wurde nicht angegeben 	4
5. Data analysis:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschreibung der Datenanalyse war ausreichend rigoros • Die Datenerfassung wurde klar beschrieben • Der Prozess der Datenerhebung wurde klar beschrieben • Die Datenanalyse wurde klar beschrieben • Der Zeitraum der Datenerhebung wurde angegeben 		4

	<ul style="list-style-type: none"> • Die verwendeten Instrumente wurden beschrieben, benannt und referenziert • Der Median wurde angegeben 		
6. Ethics and bias:	<ul style="list-style-type: none"> • Ethische Fragen wurden angesprochen • Genehmigung durch ein Ethikkomitee fand statt • Die notwendige ethische Zustimmung enthielt eine schriftliche Einverständniserklärung • Das Verhältnis zwischen Forschenden und Teilnehmenden wurde angemessen berücksichtigt • Bias wurden beschrieben • Forscher waren sich der eigenen Voreingenommenheit bewusst 		4
7. Results:	<ul style="list-style-type: none"> • Klare Aussagen zu den Ergebnissen wurden getroffen • Hauptergebnisse wurden klar dargestellt • Die Hauptergebnisse beantworten das Forschungsziel • Die Ergebnisse wurden explizit und verständlich präsentiert, beschrieben, gut strukturiert und in logischer Reihenfolge aufbereitet • Die Ergebnisse stehen im direkten Zusammenhang mit den Zielen • Tabellen wurden dargestellt, beschrieben und gekennzeichnet 	<ul style="list-style-type: none"> • Konfidenzintervalle wurden nicht angegeben 	3
8. Transferability or generalizability:	<ul style="list-style-type: none"> • Der Kontext und die Einstellung der Studie wurde ausreichend beschrieben, um einen Vergleich mit anderen Kontexten und Einstellungen zu ermöglichen • Der Diskussionsteil wurde gut strukturiert und geht vom spezifischen ins breite • Die Interpretation der Ergebnisse ergibt einen Sinn 		4

	<ul style="list-style-type: none"> • Limitationen der Studie wurden angegeben • Die Ergebnisse sind auf eine breite Bevölkerung übertragbar 		
9. Implications and usefulness:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Studie trägt zu neuem Wissen bei • Die Erkenntnisse sind wichtig für Praxis und Politik • Die Schlussfolgerung ist verständlich und klar • Empfehlungen für die Praxis wurden beschrieben • Empfehlung für die Forschung wurden beschrieben 		4
Gesamtpunkteanzahl und Qualität der Studie in Prozent: 34 Punkte = 94,44 %			

Studie 13: A prospective clinical trial of specialist renal nursing in the primary care setting to prevent progression of chronic kidney: a quality improvement report (Walker, Marshall & Polaschek 2014)

	Positive Aspekte	Negative Aspekte	Punkte
1. Abstract and title:	<ul style="list-style-type: none"> • Eine klare Beschreibung der Studie wurde geliefert • Der Titel ist repräsentativ und gibt den Kontext der Studie wieder • Der Titel ist so kurz wie möglich • Der Titel enthält Informationen wie Population, Setting, Design und Keywords • Die Keywords sind im Titel vorhanden • Die Keywords wurden unter dem Abstract angegeben • Der Abstract beinhaltet Hintergrund, Methodik, Ergebnisse und Schlussfolgerung • Das Ziel ist im Hintergrund enthalten • Empfehlungen wurden gegeben • Es wurden keine Differenzen zwischen dem Abstract und dem Text festgestellt • Der Abstract gibt die selbe Impression als der Text • Der Abstract ist verständlich ohne den Text zu lesen 		4
2. Introduction and aims:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Einleitung wurde gut strukturiert und geht vom Generellen ins Spezifische • Die Autoren lieferten eine rationale Grundlage für die Durchführung der Studie, die auf einer Literaturrecherche basiert • Keywords wurden definiert • Das Publikationsjahr der Studie war 2014 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Forschungsfrage wurde nicht gestellt 	3

	<ul style="list-style-type: none"> • Das Einreichungsjahr der Studie war 2014 • Die Forschungslücke ist vorhanden • Das Forschungsziel wurde beschrieben und klar definiert 		
3. Method and data:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Methode ist angemessen und wurde klar definiert • Der Methodenteil wurde gut strukturiert • Das Design der Studie wurde klar beschrieben • Die gewählte Methode ist geeignet, um das Forschungsziel zu beantworten • Die Datenerhebung wurde klar beschrieben • Die Datenaufzeichnung wurde klar beschrieben 		4
4. Sampling:	<ul style="list-style-type: none"> • Das Sample wurde angegeben und ist repräsentativ • Das Sample wurde klar definiert und beschrieben • Die Samplegröße ist gerechtfertigt • Die Stichprobenstrategie war angemessen, um die Ziele zu erreichen • Das Setting wurde angegeben und klar definiert • Die Zielgruppen wurden klar beschrieben • Details zum Alter, Geschlecht, Rasse und Kontext wurden angegebenen • Rekrutierung wurde beschrieben • Rücklaufquote wurde beschrieben und erläutert 		4
5. Data analysis:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschreibung der Datenanalyse war ausreichend rigoros • Die Datenerfassung wurde klar beschrieben • Der Prozess der Datenerhebung wurde klar beschrieben • Die Datenanalyse wurde klar beschrieben • Der Zeitraum der Datenerhebung wurde angegeben 		4

	<ul style="list-style-type: none"> • Die verwendeten Instrumente wurden beschrieben, benannt und referenziert • Das Signifikanzlevel wurde angegeben 		
6. Ethics and bias:	<ul style="list-style-type: none"> • Ethische Fragen wurden angesprochen • Genehmigung durch ein Ethikkomitee fand statt • Die notwendige ethische Zustimmung enthielt eine mündliche und schriftliche Einverständniserklärung • Das Verhältnis zwischen Forschenden und Teilnehmenden wurde angemessen berücksichtigt • Bias wurden beschrieben • Forscher waren sich der eigenen Voreingenommenheit bewusst 		4
7. Results:	<ul style="list-style-type: none"> • Klare Aussagen zu den Ergebnissen wurden getroffen • Hauptergebnisse wurden klar dargestellt • Die Hauptergebnisse beantworten das Forschungsziel • Die Ergebnisse wurden explizit und verständlich präsentiert, beschrieben, gut strukturiert und in logischer Reihenfolge aufbereitet • Die Ergebnisse stehen im direkten Zusammenhang mit den Zielen • Tabellen wurden dargestellt, beschrieben und gekennzeichnet • Konfidenzintervalle wurden angegeben 		4
8. Transferability or generalizability:	<ul style="list-style-type: none"> • Der Kontext und die Einstellung der Studie wurde ausreichend beschrieben, um einen Vergleich mit anderen Kontexten und Einstellungen zu ermöglichen 		4

	<ul style="list-style-type: none"> • Der Diskussionsteil wurde gut strukturiert und geht vom spezifischen ins breite • Die Interpretation der Ergebnisse ergibt einen Sinn • Limitationen der Studie wurden angegeben • Die Ergebnisse sind auf eine breite Bevölkerung übertragbar 		
9. Implications and usefulness:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Studie trägt zu neuem Wissen bei • Die Erkenntnisse sind wichtig für Praxis und Politik • Die Schlussfolgerung ist verständlich und klar • Empfehlungen für die Praxis wurden beschrieben • Empfehlung für die Forschung wurden beschrieben 		4
Gesamtpunkteanzahl und Qualität der Studie in Prozent: 35 Punkte = 97,22 %			

Studie 14: Improving self-management in chronic kidney disease: a pilot study (Walker, Marshall & Polaschek 2013)

	Positive Aspekte	Negative Aspekte	Punkte
1. Abstract and title:	<ul style="list-style-type: none"> • Eine klare Beschreibung der Studie wurde geliefert • Der Titel ist repräsentativ und gibt den Kontext der Studie wieder • Der Titel ist so kurz wie möglich • Der Titel enthält Informationen wie Population, Design und Keywords • Die Keywords sind im Titel vorhanden • Die Keywords wurden unter dem Abstract angegeben • Der Abstract beinhaltet Hintergrund, Ziel, Methodik, Ergebnisse und Schlussfolgerung • Empfehlungen wurden gegeben • Es wurden keine Differenzen zwischen dem Abstract und dem Text festgestellt • Der Abstract gibt die selbe Impression als der Text • Der Abstract ist verständlich ohne den Text zu lesen 	<ul style="list-style-type: none"> • Das Setting wurde im Titel nicht angegeben 	3
2. Introduction and aims:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Einleitung wurde gut strukturiert und geht vom Generellen ins Spezifische • Die Autoren lieferten eine rationale Grundlage für die Durchführung der Studie, die auf einer Literaturrecherche basiert • Keywords wurden definiert • Das Publikationsjahr der Studie war 2013 • Das Einreichungsjahr der Studie war 2013 • Die Forschungslücke ist vorhanden • Das Forschungsziel wurde beschrieben und klar definiert 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Forschungsfrage wurde nicht gestellt 	3

3. Method and data:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Methode ist angemessen und wurde klar definiert • Der Methodenteil wurde gut strukturiert • Das Design der Studie wurde klar beschrieben • Die gewählte Methode ist geeignet, um das Forschungsziel zu beantworten • Die Datenerhebung wurde klar beschrieben • Die Datenaufzeichnung wurde klar beschrieben 		4
4. Sampling:	<ul style="list-style-type: none"> • Das Sample wurde angegeben und ist repräsentativ • Das Sample wurde klar definiert und beschrieben • Die Samplegröße ist gerechtfertigt • Die Stichprobenstrategie war angemessen, um die Ziele zu erreichen • Das Setting wurde angegeben und klar definiert • Die Zielgruppen wurden klar beschrieben • Details zum Alter, Rasse, Geschlecht und Kontext wurden angegeben • Subanalyse von Walker, Marshall & Polaschek (2013) • Rekrutierung wurde beschrieben 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Rücklaufquote wurde nicht angegeben 	3
5. Data analysis:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschreibung der Datenanalyse war ausreichend rigoros • Die Datenerfassung wurde klar beschrieben • Der Prozess der Datenerhebung wurde klar beschrieben • Die Datenanalyse wurde klar beschrieben • Der Zeitraum der Datenerhebung wurde angegeben • Die verwendeten Instrumente wurden beschrieben, benannt und referenziert • Das Signifikanzlevel wurde angegeben 		4

6. Ethics and bias:	<ul style="list-style-type: none"> • Forscher waren sich der eigenen Voreingenommenheit bewusst 	<ul style="list-style-type: none"> • Genehmigung durch Ethikkomitee wurde nicht beschrieben • Bias wurden nicht angegeben 	1
7. Results:	<ul style="list-style-type: none"> • Klare Aussagen zu den Ergebnissen wurden getroffen • Hauptergebnisse wurden klar dargestellt • Die Hauptergebnisse beantworten das Forschungsziel • Die Ergebnisse wurden explizit und verständlich präsentiert, beschrieben, gut strukturiert und in logischer Reihenfolge aufbereitet • Die Ergebnisse stehen im direkten Zusammenhang mit den Zielen • Tabellen wurden dargestellt, beschreiben und gekennzeichnet • Konfidenzintervalle wurden angegeben 		4
8. Transferability or generalizability:	<ul style="list-style-type: none"> • Der Kontext und die Einstellung der Studie wurde ausreichend beschrieben, um einen Vergleich mit anderen Kontexten und Einstellungen zu ermöglichen • Der Diskussionsteil wurde gut strukturiert und geht vom spezifischen ins breite • Die Interpretation der Ergebnisse ergibt einen Sinn • Limitationen der Studie wurden angegeben • Die Ergebnisse sind auf eine breite Bevölkerung übertragbar 		4
9. Implications and usefulness:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Studie trägt zu neuem Wissen bei • Die Erkenntnisse sind wichtig für Praxis und Politik 		4

- | | | | |
|--|---|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Die Schlussfolgerung ist verständlich und klar• Empfehlungen für die Praxis wurden beschrieben | | |
|--|---|--|--|

Gesamtpunkteanzahl und Qualität der Studie in Prozent: 30 Punkte = 83,33 %