

Masterarbeit

Die Stärkung der Gesundheitskompetenz von älteren Menschen durch Pflegende, im Setting Krankenhaus – ein Scoping Review

eingereicht von

Markus Herbert Huber, BScN

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

(MSc)

Medizinische Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaft

unter Anleitung von

Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ scient.med. Franziska Großschädl, BSc, MSc

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ rer.cur., Diplompflegepädagogin Christa Lohrmann

Eidesstattliche Erklärung

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

Graz, 27. November 2020

Markus Herbert Huber, BScN eh.

Danksagung

Ein besonderer Dank für die fachliche Betreuung und Unterstützung bei der Verfassung meiner Masterarbeit gilt Frau Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ scient.med. Franziska Großschädl, BSc, MSc und Frau Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ rer.cur., Diplompflegepädagogin Christa Lohrmann.

Danke an meine KommilitonInnen, vor allem Kerstin, Marlene und Thomas, für die gegenseitige Unterstützung während des gesamten Studiums.

Ein weiterer Dank gilt meiner Familie und all meinen Freunden und Freundinnen, die mich durch das gesamte Studium hinweg unterstützt und bestärkt haben.

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung.....	ii
Danksagung.....	iii
Tabellenverzeichnis.....	vi
Abbildungsverzeichnis.....	vii
Abkürzungsverzeichnis.....	viii
Zusammenfassung.....	x
Abstract.....	xi
1. Einleitung.....	1
1.1. Salutogenese und Kohärenzgefühl.....	1
1.2. Entwicklung und Definition der Gesundheitskompetenz.....	2
1.2.1. Ebenen der Gesundheitskompetenz.....	3
1.2.2. Integriertes Modell der Gesundheitskompetenz.....	4
1.3. Europäische Gesundheitskompetenzstudie (HLS-EU).....	6
1.3.1. Messinstrumente der Gesundheitskompetenz.....	7
1.3.2. Ergebnisse der Europäische Gesundheitskompetenzstudie.....	8
1.4. Gesundheitskompetenz älterer Menschen.....	10
1.5. Die Rolle der Gesundheitskompetenz im Gesundheitssystem.....	12
1.6. Die Rolle der Pflege.....	13
1.7. Forschungslücke.....	14
1.8. Forschungsziel und Forschungsfrage.....	14
2. Methodik.....	16
2.1. Design.....	16
2.2. Methodologischer Rahmen.....	17
2.2.1. Suchstrategie.....	17
2.2.2. Einschlusskriterien.....	19
2.2.3. Studienpopulation.....	19
2.2.4. Interventionen und Outcome.....	22
2.3. Bewertung der Studienqualität.....	22
2.3.1. Studienausswahl.....	23
2.4. Studienqualität der inkludierten Studien.....	25
2.5. Datenextraktion und Analyse.....	26
3. Ergebnisse.....	28
3.1. Studiencharakteristik.....	28
3.2. Interventionen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz.....	31

3.2.1.	Mündliche Beratungsgespräche	31
3.2.2.	Informationsmaterial und Kommunikationstools.....	32
3.2.3.	Teach-back-Methode.....	33
3.2.4.	Selbsthilfegruppe.....	34
3.3.	Auswirkungen auf die Gesundheitskompetenz	37
3.3.1.	Auswirkung auf Selbstbestimmtheit	37
3.3.2.	Auswirkung auf Medikamentenadhärenz.....	39
3.3.3.	Auswirkung auf Partizipation.....	40
3.3.4.	Auswirkung auf Wissen	40
3.3.5.	Gesundheitsbezogene Ergebnisse.....	41
4.	Diskussion	44
4.1.	Diskussion der Interventionen.....	44
4.2.	Diskussion der Hauptergebnisse	47
4.3.	Methodologische Qualität	49
4.4.	Stärken und Limitation.....	51
4.5.	Implikation für weitere Forschung.....	52
4.6.	Praxisempfehlungen.....	52
4.7.	Schlussfolgerung	55
5.	Referenz	56
5.1.	Bundesgesetze	66
6.	Anhang.....	i
6.1.	Suchstrategie PubMed.....	i
6.2.	Suchstrategie CENTRAL	i
6.3.	Suchstrategie Cochrane Database of Systematic Reviews.....	ii
6.4.	Suchstrategie CINAHL	ii
6.5.	Suchstrategie Handsuche.....	ii

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Entwicklung der Gesundheitskompetenz nach Nutbeam (Quelle: Kickbusch & Maag, 2018; Nutbeam, 2015; Pelikan et al., 2019)	3
Tabelle 2 PICOS-Schema.....	15
Tabelle 3 Keywords und Synonyme.....	18
Tabelle 4 Suchstrategie.....	19
Tabelle 5 Einschlusskriterien.....	21
Tabelle 6 Einstufung der Bias-Risiken.....	26
Tabelle 7 grundlegende Studiencharakteristika.....	30
Tabelle 8 Übersicht der durchgeführten Interventionen.....	35
Tabelle 9 Übersicht der untersuchten Outcomes und Hauptergebnisse	42
Tabelle 10 Empfehlungen für zukünftige Forschung & Pflegepraxis.....	54

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Integriertes Modell der Gesundheitsförderung nach Sørensen et al. (2012), S. 9; eigene Darstellung	5
Abbildung 2 Allgemeiner Index der Gesundheitskompetenz der teilnehmenden EU-Länder nach Sørensen et al. (2015); eigene Darstellung	9
Abbildung 3 Lebenserwartung bei der Geburt nach Roser et al. (2013); eigene Darstellung	11
Abbildung 4 Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitsbefragung nach Statistik Austria (2020); eigene Darstellung	21
Abbildung 5 PRISMA-Flowchart nach Moher et al. (2009); eigene Darstellung.....	24

Abkürzungsverzeichnis

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
ATHIS	Austrian Health Interview Survey
ANP	Advanced Nurse Practitioner
BECCI	Behavioural Change Counselling Index
CCL	Canadian Council for Learning
CI	Konfidenzintervall
DM	Diabetes mellitus
DQoL	Diabetes Quality of Life measure
EAHC	Executive Agency for Health and Consumers
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
G9-EHFScBS	deutsche Version der 9-item European Heart Failure Self-care Behaviour Scale
HAD	Hospital Anxiety and Depression Scale
HLQ	Health Literacy Questionnaire
HLS-EU	European Health Literacy Survey
HLS-EU-Q47	Health Literacy Survey Questionnaire
ICN	International Council of Nurses
IG	Interventionsgruppe
IHI	Institute for Healthcare Improvement
IOM	Institute of Medicine
JBI	Joanna Briggs Institute

KAS	Kim Alliance Scale
KCCQ	Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire
KG	Kontrollgruppe
MEP	Medication Education Program
MeSH-Term	Medical Subject Heading
METER	Medical Term Recognition Test
MMSE	Mini-Mental-State-Examination
N	Anzahl der Elemente in der Grundgesamtheit
n	Anzahl der Ausprägung
NYHA	New York Heart Association
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PICOS	Population, Intervention, Comparison, Outcome, Setting
PMIQ	Personal and Medical Information Questionnaire
REALM	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
SAQ	Self-care Abilities Questionnaire
SNCQ	Satisfaction with Nursing Care Questionnaire
S-REALM	short-Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
TOFLA	Test of Functional Health Literacy in Adults
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
VAS	Visuelle Analogskala
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Zusammenfassung

Einleitung: Ältere PatientInnen verfügen oft über eine mangelnde oder unzureichende Gesundheitskompetenz. Dies führt unter anderem dazu, dass die Kohorte der Älteren weniger präventive Leistungen in Anspruch nimmt oder über eine schlechtere Medikamentenadhärenz verfügt. Daraus resultieren ein schlechterer Gesundheitszustand, Aufnahmen in ein Krankenhaus sowie eine erhöhte Mortalität. Zusätzlich stellen komplexe Gesundheitssysteme eine Hürde in der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen für ältere PatientInnen dar. Das Ziel dieser Arbeit ist es, aufzuzeigen welche Interventionen von Pflegepersonen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von älteren Menschen durchgeführt und in der internationalen Literatur beschrieben werden.

Methode: Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde das Design eines *Scoping Reviews* gewählt. Es wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed, Ovid sowie CINAHL durchgeführt, welche durch eine Handsuche in unterschiedlichen Datenbanken ergänzt worden ist. Die ausgewählten Studien wurden mit Hilfe von Bewertungsinstrumenten kritisch beurteilt. Anschließend erfolgte eine narrative und tabellarische Darstellung der Ergebnisse.

Ergebnisse: Durch die Literaturrecherche und anschließender Beurteilung konnten insgesamt acht Studien eingeschlossen werden. Diese waren sechs Interventionsstudien, eine Kohortenstudie und eine mit einem Mixed-Methods-Design. Aus den Studienergebnissen konnten vier Interventionsarten zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von älteren PatientInnen synthetisiert werden. Diese sind Beratungsgespräche, Informationsmaterialien, die „*teach-back-Methode*“ und Selbsthilfegruppen. Vor allem mündliche Beratungsgespräche durch Pflegepersonen haben einen positiven Einfluss auf die Gesundheitskompetenz der älteren PatientInnen.

Schlussfolgerung: Dieses *Scoping Review* zeigt auf, dass es derzeit eine geringe Studienlage zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von älteren PatientInnen im Krankenhaus durch Pflegepersonen gibt. Auf Grund der Heterogenität der inkludierten Studien ist eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse in dieser Arbeit kritisch zu hinterfragen. Um die Partizipation von älteren Menschen zu fördern ist es umso wichtiger die Gesundheitskompetenz in Curricula der Gesundheits- und Krankenpflege aufzunehmen sowie die Ausbildung von PflegeexpertInnen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von älteren PatientInnen.

Abstract

Aim: Older people often have an inadequate or insufficient degree of health literacy. This may lead in older people to less use of preventive health services or having poorer medication adherence. Adverse effects of that are poor health condition, hospital admissions and increased mortality. Another barrier for older people is the complexity of the health care system. The aim of this study is to examine which interventions executed by nurses are effective to strength the health literacy of older patients in a hospital.

Method: The design of a scoping review was chosen to answer the research question. A systematic literature research was conducted in PubMed, Ovid and CINAHL. This was supplemented by a literature research in the internet. Included studies were critically assessed with a suitable assessment tool. This was followed by a narrative and tabular presentation of the results.

Results: Eight studies could be included for this scoping review. These were six intervention studies, one cohort study and a mixed-methods study. Four types of intervention for strengthening the health literacy of older patients could be synthesized from the study results. These are structured education by nurses, health related information material, teach back method and support groups. Structured education by caregivers in particular has a positive impact on health literacy of older patients.

Conclusion: This scoping review shows that there are currently a small number of studies on the strengthening of health literacy of older patients in the hospital by nurses. The study results were heterogeneous. It is therefore difficult to compare the results and they should be critically examined. In order to promote the participation of older people, it is important to include health literacy in nursing curricula and to train nursing experts of health promotion to strengthen the health literacy of older patients in hospital.

1. Einleitung

“Health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn, work, play and love. Health is created by caring for oneself and others, by being able to take decisions and have control over one’s life circumstances, and by ensuring that the society one lives in creates conditions that allow the attainment of health by all its members.”(WHO, 1986; S. 4)

Mit der Ottawa Charta, 1986, erzielte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) einen Umbruch im Sinne der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention für die gesamte Weltbevölkerung. Eines der Ziele dahinter war es, mehr Kontrolle über die eigene Gesundheit zu erlangen. Dieser Umschwung ermöglichte es den Konzepten der Salutogenese und der Gesundheitskompetenz Gegenstand der damaligen zeitgenössischen Forschung zu werden (Saboga-Nunes et al., 2019).

1.1. Salutogenese und Kohärenzgefühl

Mit dem Modell der Salutogenese untersuchte der Soziologe Aaron Antonovsky, was den Menschen gesund hält. Seine Antwort auf diese Frage war das Kohärenzgefühl, in Originalsprache „*The Sence of Coherence*“. Der Kohärenzsinn beschreibt die Fähigkeiten der Mobilisation von Widerstandsressourcen angesichts psychosozialer und physischer Stressfaktoren (Mittelmark & Bauer, 2017). Das Kohärenzgefühl setzt sich aus drei Komponenten zusammen. Diese sind das Gefühl Zusammenhänge zu verstehen, das Vertrauen das eigene Leben gestalten zu können und die Überzeugung, dass das Leben einen Sinn hat. Diese Aspekte stehen in ständiger Interaktion mit den persönlichen Ressourcen und externen Stimuli (Bengel et al., 2001). Epistemologisch gesehen ist Gesundheit ein lebenslanger dynamischer Lernprozess durch die Verbesserung der Gesundheitskompetenz (Eriksson, 2017).

1.2. Entwicklung und Definition der Gesundheitskompetenz

Der aus dem englischen Sprachraum stammende Begriff „*health literacy*“ wird häufig mit dem Terminus Gesundheitskompetenz ins Deutsche übersetzt (Fousek et al., 2012, Jordan & Hoebel, 2015). In dieser Arbeit wird für eine einheitliche Begriffsbestimmung ebenfalls diese Übersetzung gewählt.

Der Ursprung des Begriffs der Gesundheitskompetenz ist mit der 1973 stattfindenden „*Will Rogers Conference on Health Education*“ in Saranac Lake, New York, in Verbindung zu bringen. In dieser interdisziplinären Konferenz prägte der Professor für Gesundheitserziehung Scott K. Simonds den Begriff der Gesundheitskompetenz, den er als Ergebnis von Gesundheitserziehung verstand. Seine aus der Konferenz resultierende Forderung war eine qualifizierte, bereits im Kindergarten stattfindende Gesundheitserziehung, durch hochqualifizierte Lehrpersonen (Okan, 2019). Die Ansatzpunkte der Forschung beschäftigten sich mit der funktionalen Gesundheitskompetenz, im engeren Sinne mit den Fähigkeiten des Lesens und Verstehens von gesundheitsrelevanten Informationen. Durch Don Nutbeam wurde der Fokus auf die funktionale Gesundheitskompetenz um die Aspekte der interaktiven und kritischen Gesundheitskompetenz erweitert (Röthlin et al., 2017), worauf später noch näher eingegangen wird.

Ende der 90er Jahre kam es in den Vereinigten Staaten von Amerika bereits zu ersten nationalen Erhebungen der Lese- und Schreibfähigkeiten von Personen ab dem 16. Lebensjahr. Diese waren zum Beispiel das „*Young Adult Literacy Assessment*“ im Jahr 1985 und dem „*National Adult Literacy Survey*“ 1992 (National Center for Education Statistics, 2018). Daraus resultierten Programme der Erwachsenenbildung mit einem Fokus auf die Gesundheitsförderung. Im Jahr 1995 erklärt das „*Joint Committee on National Health Education Standards*“ die Gesundheitskompetenz als Schwerpunkt der schulischen Gesundheitserziehung. In dieser Bildungsreform wurde der Begriff der Gesundheitskompetenz definiert als die Fähigkeit eines Individuums grundlegende Gesundheitsinformationen und Leistungen zu erwerben, interpretieren und verstehen, sowie die Kompetenz solche Informationen zur Gesundheitsförderung zu nutzen (Joint Committee on National Health Education Standards, 1995; S. 11 - eigene Übersetzung).

Dieser Ansatz lässt darauf schließen, dass eine Person in der Lage ist, die Kompetenzen der funktionalen Gesundheitskompetenz anzuwenden, um gesundheitsbezogene Informationen wie Verordnungen und Anweisungen folgen und durchführen zu können (Parker et al., 1995).

Im Jahr 1998 brachte die WHO das Konzept der Gesundheitsförderung mit Gesundheitskompetenz in Verbindung. Gesundheitskompetenz wurde folglich als geistige und soziale Fähigkeit beschrieben, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, verstehen und als Einfluss auf die eigenen Gesundheit anzuwenden (Fousek et al., 2012).

1.2.1. Ebenen der Gesundheitskompetenz

Nach Nutbeam (2000) ist die Gesundheitskompetenz eine Zusammensetzung aus Gesundheitserziehung und Kommunikation, mit dem Ziel der Gesundheitsförderung und Prävention. Laut ihm ist die Gesundheitskompetenz ein Ergebnis von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, wie zum Beispiel Edukation (Sørensen et al., 2012).

Er beschrieb die funktionale Gesundheitskompetenz nicht als Maß für eine Leistung, sondern was diese Fähigkeiten ermöglichen können. Daraus resultierte ein dreistufiges Modell, welches die Entwicklung der Gesundheitskompetenz einer Person beschreibt. Diese sind die funktionelle, interaktive und kritische Gesundheitskompetenz (Nutbeam, 2000), welche in Tabelle 1 zusammengefasst werden.

Tabelle 1 Entwicklung der Gesundheitskompetenz nach Nutbeam (Quelle: Kickbusch & Maag, 2018; Nutbeam, 2015; Pelikan et al., 2019)

Stufen der Entwicklung	Fähigkeit	Beschreibung
funktionelle Ebene	Verstehen	Grundlegende Fähigkeiten des Lesens und Schreiben als Basis der Gesundheitskompetenz.
interaktive Ebene	Finden	Soziale Fähigkeiten zur aktiven Teilnahme an der eigenen Gesundheit; die Fähigkeit Gesundheitsinformationen aus unterschiedlichsten Medien und Kommunikationen zu extrahieren und zu verstehen. Die Fähigkeit in Interaktion mit Gesundheitsberufen zu treten.
kritische Ebene	Entscheidungsfindung	Gesundheit und Lebensqualität durch Entscheidungsfindung verbessern; Kognitive und soziale Fähigkeiten um Gesundheitsinformationen kritisch zu analysieren und anzuwenden, um über wirtschaftliche und politische Determinanten Kontrolle auszuüben.

Das Modell sollte die Entwicklung von Wissen und Fähigkeiten einer Person beschreiben, um mehr Autonomie und Eigenverantwortung über die eigene Gesundheit zu erlangen (Fousek et al., 2012).

1.2.2. Integriertes Modell der Gesundheitskompetenz

Sørensen et al. (2012) führten im Rahmen der Europäischen Gesundheitskompetenzstudie (HLS-EU) eine systematische Literaturübersichtsarbeit durch, um eine integrierte Definition der Gesundheitskompetenz, sowie ein konzeptionelles Modell aus bereits bestehenden Forschungsarbeiten zu erstellen (Röthlin et al., 2017).

Das Resultat ihrer Arbeit war das integrierte Modell der Gesundheitskompetenz, Abbildung 1. Sørensen et al. (2012) definierten Gesundheitskompetenz als Fähigkeit einer Person die eigene Gesundheit und die der umgebenden Gesellschaft in einen Kontext zu setzen, um zu erkennen welche Faktoren die Gesundheit beeinflussen und zu wissen wie dagegen vorgegangen werden kann. Im Zentrum stehen das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen einer Person, um Gesundheitsinformationen zu finden, verstehen, bewerten und anzuwenden. Durch diese Fähigkeiten können Urteile und Entscheidungen der Gesundheitsförderung, Prävention und Krankheitsbewältigung im Alltag getroffen werden. Mit dem Ergebnis der lebenslangen Erhaltung der Gesundheit und einer Verbesserung der Lebensqualität. Nach Sørensen et al. (2012) kann die Verbesserung der Gesundheitskompetenz auf zwei Ebenen beeinflusst werden. Diese sind gesellschaftliche, individuelle, ökonomische sowie situationsabhängige Determinanten auf der individuellen Ebene. Gegenübergestellt sind Einflussgrößen des Systems. Darunter wird verstanden, dass Situationen leichter verständlich dargestellt werden. Dazu zählen unter anderem ein verbesserter Zugang zu Leistungen oder die Partizipation von PatientInnen (Fousek et al., 2012).

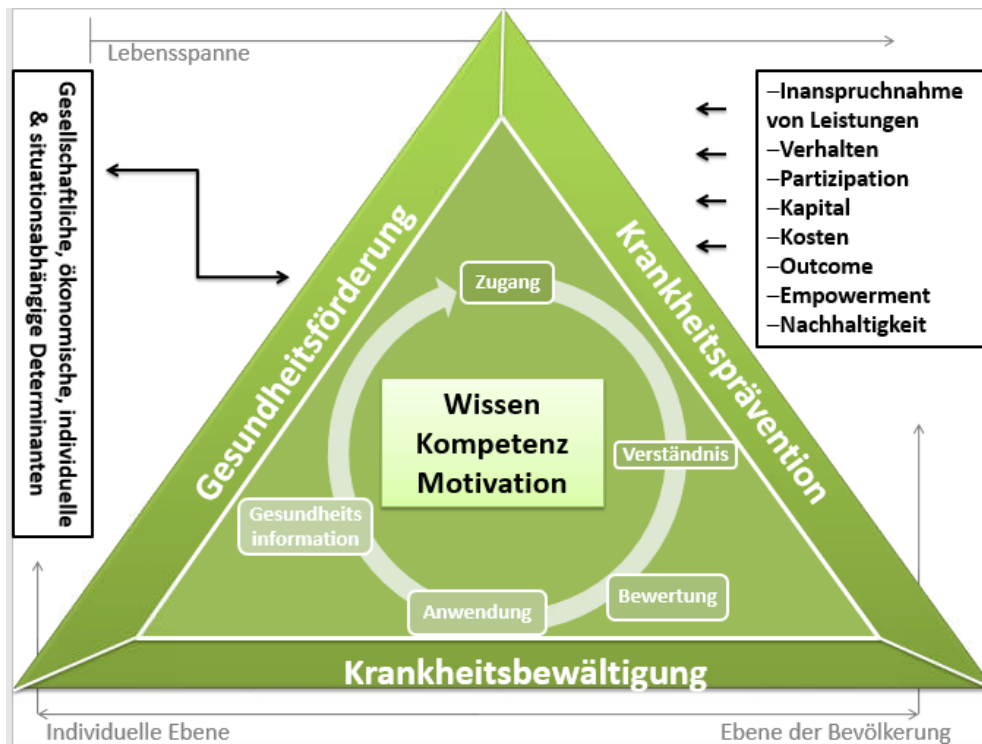


Abbildung 1 Integriertes Modell der Gesundheitsförderung nach Sørensen et al. (2012), S. 9; eigene Darstellung

Bis heute konnte noch nicht bewiesen werden wie der Grad der Gesundheitskompetenz mit den Ergebnissen der Gesundheit korreliert. Ein hohes Bildungsniveau alleine reicht zum Beispiel nicht aus, um medizinische oder technische Fachtermini zu verstehen (Nielsen-Bohlman et al., 2004). Studienergebnisse belegten statistisch signifikante Unterschiede zwischen dem Grad der Gesundheitskompetenz und die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen (Berkman et al., 2004, Nielsen-Bohlman et al., 2004). Es wurde belegt, dass Menschen mit einem niedrigeren Grad von Gesundheitskompetenz vermehrt Krankenhausaufenthalte hatten, außerdem leiden sie zudem häufiger an Komorbiditäten (Nielsen-Bohlman et al., 2004). Ein Großteil der durchgeführten Forschung stammt aus dem amerikanischen Raum, jedoch wurden auch im Lauf der Jahre in Europa Erhebungen durchgeführt. Es entstand der „*European Health Literacy Survey*“, welcher im nächsten Kapitel näher beschrieben wird.

1.3. Europäische Gesundheitskompetenzstudie (HLS-EU)

Die Gesundheitsversorgung wird immer mehr patientInnenzentriert und vermittelt den PatientInnen mehr Verantwortung für ihre eigene Versorgung. Um fundierte Entscheidungen treffen zu können, wird ein gewisser Grad an Gesundheitskompetenz benötigt. Darunter fallen Fähigkeiten, wie das Lesen von gesundheitsrelevanten Informationen, das Verstehen von medizinischen Anordnungen und eine aktive Teilnahme im Rahmen von gesundheitsrelevanten Interaktionen (Storms et al., 2017). Trotz zunehmendem Fokus auf die Gesundheitskompetenz von politischen Entscheidungsträgern und WissenschaftlerInnen gab es kaum Daten über den Grad der Gesundheitskompetenz der europäischen Bevölkerung (Sørensen et al., 2015). So wurde im Zeitraum von 2009 bis 2012 das „*European Health Literacy Survey*“ (HLS-EU) durchgeführt. Die Erhebung hatte fünf Ziele: (1) Entwicklung eines Instrumentes zur Erfassung der Gesundheitskompetenz, (2) eine Vergleichsmöglichkeit der acht teilnehmenden EU-Länder schaffen, (3) Indikatoren festlegen, (4) Schaffung nationaler Beiräte und (5) Etablierung eines Europäischen Gesundheitskompetenz Netzwerkes (Pelikan et al., 2019).

Die Erhebungen fanden 2011 in acht Europäischen Ländern statt. Befragt wurden je 1000 EinwohnerInnen ab dem 15. Lebensjahr. Die teilnehmenden Länder waren Österreich, Bulgarien, Deutschland, Griechenland, Irland, Niederlande, Polen und Spanien (Pelikan et al., 2019). Für die Erhebung wurde der Fragebogen „*European Health Literacy Survey Questionnaire*“ (HLS-EU-Q47) verwendet (Pelikan et al., 2019). Es werden keine Angaben für eine neuerliche und breiter angesetzte Erhebung im Rahmen der HLS-EU gegeben.

Neben dem HLS-EU-Q47 gibt es weitere Instrumente zur Erhebung des Grades der Gesundheitskompetenz. Diese erheben zum Beispiel Fähigkeiten des Lesens und Schreibens (Finbråten et al., 2018). Auf einige Messinstrumente wird im nächsten Kapitel näher eingegangen.

1.3.1. Messinstrumente der Gesundheitskompetenz

Aus der Literatur gehen einige Instrumente zur Erhebung der Gesundheitskompetenz hervor. Dazu zählen zum Beispiel der „*Health Literacy Questionnaire*“ (HLQ) (Hawkins et al., 2017), „*The Medical Term Recognition Test*“ (METER), „*Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*“ (REALM) oder der „*Test of Functional Health Literacy in Adults*“ (TOFHLA) (Finbråten et al., 2018, Marques & Lemos, 2017, Baker, 2006, Altin et al., 2014).

Die beiden Tests REALM und TOFHLA zählen auf Grund ihrer ausgiebigen Überprüfungen hinsichtlich Reliabilität und Validität zu den Goldstandards zur Erhebung der Gesundheitskompetenz (Collins et al., 2012).

„*Test of Functional Health Literacy*“ (TOFHLA): Dieses Instrument dient der Erhebung des Verständnisses von gesundheitsrelevanten Informationen (Collins et al., 2012). Außerdem ist es ein Indikator für die Lesefähigkeit einer Person (Baker et al., 1999). Insgesamt besteht das Instrument aus 17 numerischen Elementen und aus drei Leseelementen. Die Dauer der Durchführung beträgt zirka 22 Minuten. Das Ergebnis sind drei Einstufungen der Gesundheitskompetenz in adäquat, marginal und inadäquat (Collins et al., 2012). In der Studie von Parker et al. (1995) wird der TOFHLA als zuverlässiges Instrument zur Erhebung der funktionalen Gesundheitskompetenz im Gesundheitswesen beschrieben (Cronbach's Alpha: 0,98).

„*Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*“ (REALM): Dieses Messinstrument erhebt die Fähigkeit der Aussprache von gesundheitsrelevanten Worten (Collins et al., 2012) und die Lesefähigkeit der befragten Person (Baker et al., 1999). Insgesamt besteht der Test aus 125 medizinischen Begriffen in der Langversion (Dumenci et al., 2013) und aus 66 Begriffen in der Kurzversion, welche abgefragt werden. Die Erhebung dauert zirka 3 Minuten und liefert wie der TOFHLA drei Ergebnisse (Collins et al., 2012). Das Ergebnis ist das Sprachverständnis (Dumenci et al., 2013) und der Umfang des Wortschatzes einer Person (Baker, 2006). In mehreren Erhebungen wurde das REALM als valides und reliables Instrument zur Erhebung des Grades der Gesundheitskompetenz beschrieben (Bass et al., 2004, Dumenci et al., 2013, Voigt-Barbarowicz & Brütt, 2020).

Die beiden genannten Instrumente eignen sich für die klinische Anwendung (Collins et al., 2012, Marques & Lemos, 2017). REALM und TOFHLA sind Messinstrumente mit einer objektiven Erhebung. Dies bedeutet, dass der Test von einer erhebenden Person abgefragt wird. Im Vergleich dazu stellt der HLS-EU-Q47 eine subjektive Selbsteinschätzung der Gesundheitskompetenz dar (Altin et al., 2014, Duong et al., 2015).

„European Health Literacy Survey Questionnaire“ (HLS-EU-Q47): Der Fragebogen besteht aus 47 Items und basiert auf einer 12-teiligen Matrix. Diese setzt sich aus den drei Domänen Gesundheitsförderung, Prävention und Krankheitsbehandlung und den vier Stadien zur Bearbeitung von gesundheitsrelevanten Informationen zusammen. Diese Stadien sind das Finden, Verstehen, Bewerten und Anwenden von Gesundheitsinformationen. Das Ergebnis ist eine Selbsteinschätzung der allgemeinen Gesundheitskompetenz auf individueller Ebene. Die Ergebnisse werden in inadäquate, problematische, suffiziente und exzellente Gesundheitskompetenz kategorisiert (Sørensen et al., 2013, Pelikan et al., 2019, Röthlin et al., 2017).

Bei diesem Instrument ist anzumerken, dass das Antwortverhalten der befragten Person beeinflusst werden kann. So können soziale, kulturelle und psychologische Hintergründe eine Auswirkung auf die Antworten haben (Duong et al., 2015, Röthlin et al., 2017).

1.3.2. Ergebnisse der Europäische Gesundheitskompetenzstudie

Den Ergebnissen der HLS-EU zufolge hatten von den insgesamt 7795 StudienteilnehmerInnen 12,4% eine inadäquate und 35,2% eine problematische Gesundheitskompetenz. In Österreich (n=979) hatten 56,4% der befragten StudienteilnehmerInnen eine limitierte Gesundheitskompetenz. Im Vergleich dazu wiesen in den Niederlanden zirka 29% der befragten Personen eine limitierte Gesundheitskompetenz auf. Jedoch gibt es einen großen Unterschied zwischen den teilnehmenden Ländern. So hatten 1,8% der StudienteilnehmerInnen aus den Niederlanden eine inadäquate Gesundheitskompetenz, im Vergleich zu Bulgarien, wo rund ein Viertel einen inadäquaten Grad der Gesundheitskompetenz hatten (Sørensen et al., 2015). Eine Zusammenfassung der Ergebnisse der teilnehmenden europäischen Länder kann aus der Abbildung 2 entnommen werden.

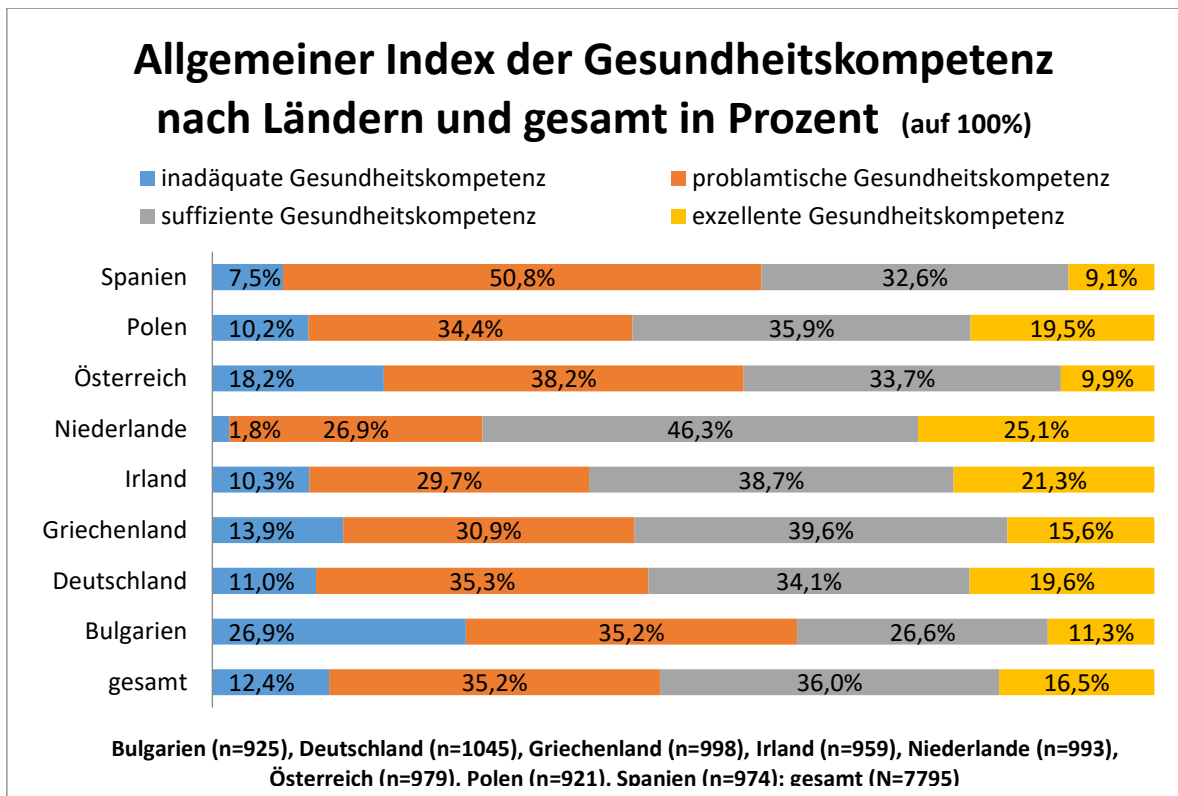


Abbildung 2 Allgemeiner Index der Gesundheitskompetenz der teilnehmenden EU-Länder nach Sørensen et al. (2015); eigene Darstellung

Im Rahmen der HLS-EU konnten durch Subgruppenanalysen sogenannte vulnerable Gruppen ermittelt werden. Personen dieser Gruppen wiesen einen limitierten Grad der Gesundheitskompetenz auf (48% aller StudienteilnehmerInnen). Dazu zählen unter anderen jene Personen, welche die eigene Gesundheit als schlecht eingestuft hatten, eine niedrige Bildungsstufe hatten sowie auch ältere Menschen. Vor allem Personen ab dem 65. Lebensjahr hatten eine limitierte Gesundheitskompetenz (Sørensen et al., 2015).

Aus den Ergebnissen der HLS-EU für Österreich resultierend, wurden von VertreterInnen der österreichischen Politik zehn Gesundheitsziele definiert. Mit diesen Zielen soll allen in Österreich lebenden Menschen das höchst Maß an Gesundheit ermöglicht werden. Durch gesundheitsfördernde Initiativen soll die Gesundheit gestärkt und das Gesundheitssystem folglich auch entlastet werden. Dem dritten Gesundheitsziel, „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“, wurde die höchste Priorität zugesprochen (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2017).

Welche Auswirkungen eine inadäquate und problematische Gesundheitskompetenz mit sich bringen kann wird anhand der vulnerablen Gruppe der älteren Menschen beschrieben. In dieser Arbeit liegt der Fokus ebenfalls auf diese Alterskohorte.

1.4. Gesundheitskompetenz älterer Menschen

Eine limitierte Gesundheitskompetenz kann unerwünschte gesundheitliche Folgen mit sich bringen. Diese sind zum Beispiel eine inadäquate Navigation im Gesundheitssystem oder ein schlechteres Management der eingenommenen Medikamente. Vor allem ältere Menschen können davon betroffen sein (Brainard et al., 2016). Durch den demografischen Wandel stehen nicht nur die Zukunft des Gesundheits- und Pflegewesens vor Herausforderungen, sondern es entstehen auch Gedanken der Bedarfsentwicklung im Gesundheitssystem (Heigl, 2002).

Einerseits kam es in den vergangenen Jahrzehnten zu einem Anstieg der Lebenserwartung der Bevölkerung, wie es in Abbildung 3 erkenntlich ist lag sie im Jahr 1960 für die an der HLS-EU teilnehmenden europäischen Länder im Durchschnitt noch bei 69,8 Jahren, so betrug die Lebenserwartung 2000 bereits 77,6 Jahre (Roser et al., 2013). Andererseits bringt die steigende Lebenserwartung ebenso ein erhöhtes Risiko für Erkrankungen, wie zum Beispiel Schlaganfälle, koronare Herzkrankheiten und Demenz mit sich. Mit zunehmendem Alter steigt auch das Risiko für das Vorhandensein einer chronischen Erkrankung (Atella et al., 2019, Vogt et al., 2017).

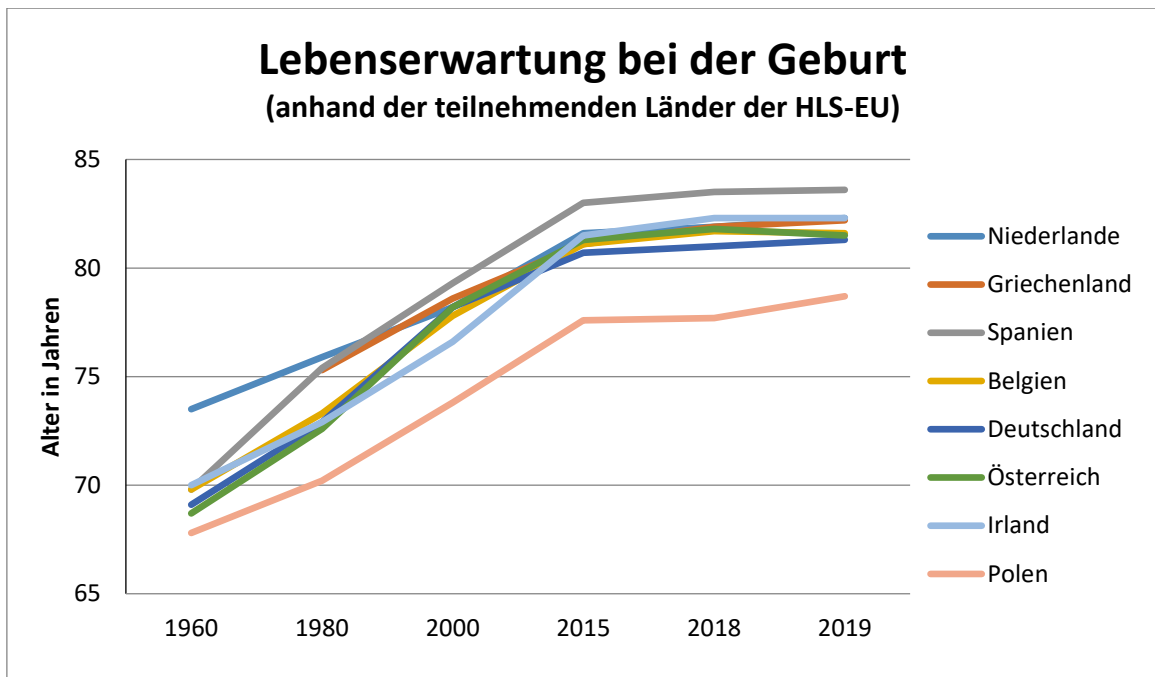


Abbildung 3 Lebenserwartung bei der Geburt nach Roser et al. (2013); eigene Darstellung

Das Ergebnis der HLS-EU, dass ältere Menschen einen niedrigeren Grad der Gesundheitskompetenz aufweisen, kann durch internationale Studien bestärkt werden. Meist tritt ab dem 60. Lebensjahr eine Einschränkung der Gesundheitskompetenz auf (Fernandez et al., 2016, Manafò & Wong, 2012, Kolar et al., 2017).

Ein inadäquater oder mangelhafter Grad der Gesundheitskompetenz führt bei älteren Menschen unter Umständen zu verlängerten Krankenhausaufenthalten oder häufigeren Wiederaufnahmen in Krankenanstalten. Dies geschieht zum Beispiel auf Grund von mangelndem Symptommanagement einer bestimmten Erkrankung (Atella et al., 2019, Fernandez et al., 2016, Thilo et al., 2012). Dies kann einem schlechten Medikamentenmanagement zu Grunde liegen (Atella et al., 2019, Kolar et al., 2017, Serbim et al., 2019, Vogt et al., 2017). Außerdem besteht durch die limitierte Gesundheitskompetenz bei älteren Menschen ein erhöhtes Risiko für Mortalität sowie eine geringe Inanspruchnahme von präventiven Leistungen, wie Vorsorgeuntersuchungen (Kolar et al., 2017, Thilo et al., 2012).

Die eingeschränkte funktionale Gesundheitskompetenz stellt eine Barriere im Finden von gesundheitsrelevanten Informationen für ältere PatientInnen dar, beziehungsweise können jene Informationen schwer verstanden werden (Vogt et al., 2017).

Außerdem kann es zu Schwierigkeiten in der Navigation durch das komplexe Gesundheitssystem kommen (Kolar et al., 2017, Zamora & Clingerman, 2011), siehe Kapitel 1.5. Des Weiteren beeinflusst, in Bezug auf Entscheidungen der eigenen Gesundheit betreffend, eine limitierte Gesundheitskompetenz den Prozess der Entscheidungsfindung von älteren Menschen (MacLeod et al., 2017, Serbim et al., 2019, Vogt et al., 2017). Ilona Kickbusch (2001) beschrieb die Fähigkeiten eines Menschen, welche zur gesundheitsbezogenen Entscheidungsfindung notwendig sind. Diese sind die Selbstwirksamkeit, Autonomie und Selbstbestimmung im Sinne von Empowerment, Selbstvertrauen als auch das Mitwirken zur Verbesserung der eigenen Gesundheit. Daraus resultiert zum Beispiel ein selbstmotiviertes Lernen über Vorsorgeuntersuchungen durch unterschiedliche Arten von Medien (Manafò & Wong, 2012).

Wie erwähnt, kann das komplexe Gesundheitssystem älteren PatientInnen mit limitierter Gesundheitskompetenz den Zugang zu angemessener Betreuung und Behandlung erschweren. Was das genau bedeuten kann wird im folgenden Kapitel beschrieben.

1.5. Die Rolle der Gesundheitskompetenz im Gesundheitssystem

Auf Grund der Komplexität der unterschiedlichen Gesundheitssysteme stehen ältere PatientInnen zunehmend vor immer größer werdenden Bürden (Nielsen-Bohlman et al., 2004). So sind die Rahmenbedingungen der Systeme oft ein Hindernis in Bezug auf die Verfügbarkeit und die Verständlichkeit von gesundheitsrelevanten Informationen (Fousek et al., 2012). Zu diesen Barrieren zählen zum Beispiel der Fachjargon von medizinischen Verordnungen, Schreiben von Versicherungsgesellschaften oder Inhalte von Zustimmungserklärungen. Somit ist die Komplexität eines Systems mit der Gesundheitskompetenz der PatientInnen in ständiger Wechselwirkung. Die Selbstorganisation von älteren PatientInnen, zum Beispiel mit chronischen Erkrankungen, wird zum Erhalt des eigenen Gesundheitsstatus immer wichtiger. Das „*Institute of Medicine Committee on Health Literacy*“ identifizierte Aspekte, welche die Gesundheitskompetenz positiv beeinflussen können. Diese sind (1) Pflege und Selbstorganisation bei chronischen Krankheiten, (2) Kommunikation zwischen GesundheitsexpertInnen und PatientInnen, (3) PatientInnensicherheit und Qualität der Leistungen, (4) Zugang zu Leistungen, (5) Zeit sowie (6) Kosten (Nielsen-Bohlman et al., 2004).

In den genannten Aspekten finden vor allem Pflegepersonen Anhaltspunkte, um ältere PatientInnen gesundheitsfördernd unterstützen und somit deren Gesundheitskompetenz stärken zu können. Welche Rolle Pflegepersonen in einer gesundheitsfördernden Position spielen, wird im nächsten Kapitel beschrieben.

1.6. Die Rolle der Pflege

Pflegepersonen verfügen über ein breitgefächertes Wissen, welches sie im Rahmen von Aufklärungs-, Beratungs- und Entlassungsgesprächen anwenden (Shannon, 2017, Kempainen et al., 2012). Somit nehmen Pflegepersonen eine tragende Rolle im Sinne der Gesundheitsförderung und Edukation von PatientInnen ein (Kolar et al., 2017). Gemäß §14, Absatz 1 des österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) obliegt dem *„gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege die eigenverantwortliche Erhebung des Pflegebedarfs, [...], die Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung im Rahmen der Pflege.“* und in Verbindung mit Absatz 2, Ziffer 7 GuKG die *„Förderung der Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung und Prävention“* von PatientInnen (Rechtsinformationssystem des Bundes, 2016).

Auf Grund dessen, dass Pflegepersonen im Rahmen der Durchführung von pflegerischen Maßnahmen viel Zeit gemeinsam mit den PatientInnen verbringen, sollten sie in der Lage sein zu erkennen, wann PatientInnen bereit, aber auch motiviert sind, gesundheitsrelevante Informationen zu erhalten. Es zeigt sich, dass PatientInnen den Anweisungen und Informationen von Pflegepersonen folgen können, was eine gute Basis für Edukation und Empowerment darstellt (Kolar et al., 2017). Aus Erhebungen geht jedoch hervor, dass Pflegepersonen den Grad der Gesundheitskompetenz der PatientInnen des Öfteren falsch einschätzen. Dies kann unter Umständen zu Missverständnissen der medizinischen und therapeutischen Verordnungen führen (Shannon, 2017, Wittenberg et al., 2018). Um dem vorzubeugen ist eine adäquate Interaktion zwischen Pflegepersonen und älteren PatientInnen zum Beispiel während dem Entlassungsgespräch essenziell (Maniaci et al., 2008). So führt eine an den Patienten oder die Patientin angepasste Kommunikation dazu, dass gesundheitsrelevante Informationen von jenen korrekt aufgenommen werden können (Lindquist et al., 2012).

Außerdem kann die Selbstpflegekompetenz durch geeignete Maßnahmen zur Veränderung der Lebensgewohnheiten der PatientInnen begünstigt werden (Kolar et al., 2017). Dies führt zur bestehenden Forschungslücke, welche im Rahmen dieser Arbeit bearbeitet werden soll.

1.7. Forschungslücke

Eine vorangehende Literaturrecherche in diversen Datenbanken zeigte, dass es kaum nationale oder internationale Studien über Interventionen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von älteren Menschen ab 55 Jahren gibt. Aus der Arbeit von Vogt et al. (2017) geht hervor, dass die meisten AutorInnen die Kohorte der älteren Menschen meist als homogene Gruppe betrachten und keine weitere Differenzierung der älteren Altersgruppen mehr erfolgt. Es existieren nur wenige Studien, in denen die erforschten Interventionen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von älteren Menschen durch Pflegepersonen durchgeführt worden sind. Die Vorabrecherche identifizierte eine Vielzahl an Studien zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von PatientInnen mit chronischen Erkrankungen (Crengle et al., 2018, Kim & Utz, 2019, Liu et al., 2019). Ein häufig untersuchtes Setting waren Langzeitpflegeeinrichtungen oder Einrichtungen der Primärversorgung (Larsen et al., 2019, Smylie et al., 2018). Durch den demografischen Wandel und der steigenden Lebenserwartung ist es umso wichtiger Interventionen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von älteren Menschen im Krankenhaus aufzuzeigen. Dahinter liegt sowohl eine pflegerische Relevanz zur Thematik, als auch für die politische Entscheidungsfindung. Daraus ergeben sich das nachfolgend beschriebene Forschungsziel und die Forschungsfrage.

1.8. Forschungsziel und Forschungsfrage

Das Ziel dieser Arbeit ist es aufzuzeigen, welche Methoden es international zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Menschen ab 55 Jahren gibt, welche von Pflegepersonen im Krankenhaus angewandt werden können.

Die Forschungsfrage dieses Scoping Reviews hat sich aus dem PICOS-Schema, welches in Tabelle 2 ersichtlich ist, abgeleitet und lautet wie folgt:

„Welche Methoden zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von älteren Menschen, ab 55 Jahren, gibt es in der internationalen Literatur, welche von Pflegepersonen im Setting Krankenhaus Anwendung finden?“

Tabelle 2 PICOS-Schema

<u>P</u>opulation	Personen ab dem 55. Lebensjahr
<u>I</u>ntervention	jegliche von Pflegepersonen durchgeführten Interventionen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz
<u>K</u>ontrolle	standardisierte Versorgung
<u>O</u>utcome	gestärkte Gesundheitskompetenz sowie Besserung der Fähigkeiten, welche zur Verbesserung der Gesundheit beitragen
<u>S</u>etting	Krankenhaus; stationär

2. Methodik

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde das Design eines *Scoping Reviews* gewählt. Im Kapitel der Methodik werden das Forschungsdesign sowie die systematische Literaturrecherche näher beschrieben. Außerdem wird auf das Vorgehen in der Datenanalyse eingegangen.

2.1. Design

Das Ziel eines *Scoping Reviews* ist die Kartierung von vorhandener Literatur (Armstrong et al., 2011), sowie die Erkundung des Ausmaß von bereits bestehenden Forschungsarbeiten zu einer gewissen Thematik (Gagliardi et al., 2016, Munn et al., 2018). Das Design des *Scoping Reviews* ähnelt dem einer Literaturübersicht und findet Anwendung wenn a) eine enge Forschungsfrage nicht definiert werden kann, b) Studien eine Reihe von unterschiedlichen Techniken der Datenerfassung und Analyse angewandt haben, c) keine vorherige Synthese zum Thema durchgeführt worden ist und d) die Qualität der eingeschlossenen Studien nicht überprüft wurde (Victoor et al., 2012).

Ähnlich der systematischen Übersichtsarbeit werden auch *Scoping Reviews* anhand eines strukturierten Prozesses konzipiert. Die methodischen Schritte zur Erstellung eines *Scoping Reviews* unterscheiden sich jedoch in einigen Punkten (Munn et al., 2018). Sowohl in der systematischen Übersichtsarbeit als auch im *Scoping Review* wird zu Beginn eine rigorose, reproduzierbare und umfassende Recherche der internationalen Literatur durchgeführt. Eine systematische Übersichtsarbeit beantwortet eine Frage gemäß einer starren Reihe an a priori definierten Faktoren. Im Vergleich dazu versucht ein *Scoping Review* eine breiter gestellte Forschungsfrage mit dem Wissen aus verschiedenen Disziplinen und Quellen zu beantworten (Peters et al., 2015).

2.2. Methodologischer Rahmen

Die Erarbeitung der vorliegenden Masterarbeit basierte auf der beschriebenen Methodik des Joanna Briggs Instituts (JBI). Das Manual des JBI ist auf den Rahmenmodellen von Arksey & O'Malley (2005) und Levac et al. (2010) aufbauend. Der Prozess zur Erstellung eines *Scoping Reviews* gliedert sich in neun Schritte: (1) Zielsetzung und Fragestellung, (2) Definition von Einschlusskriterien, (3) Definieren des methodologischen Vorgehens, (4) Recherche nach Evidenz, (5) Studiauswahl, (6) Datenextraktion, (7) grafische Darstellung der Ergebnisse und (8) deren Zusammenfassen. Der neunte Schritt (fortlaufende Beratung mit ExpertInnen) wurde in dieser Arbeit nicht durchgeführt (von Elm et al., 2019).

Das Kapitel der Suchstrategie beschreibt das Vorgehen der ersten drei Schritte anhand des Manuals des JBI.

2.2.1. Suchstrategie

Um sich mit der Thematik der Gesundheitskompetenz näher auseinander zu setzen wurde vorab eine allgemeine Recherche im Internet durchgeführt. Der Fokus dieser Suche lag dabei auf den Ergebnissen des „*European Health Literacy Survey*“, den Gesundheitszielen der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) sowie allgemeinen Interventionen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz aller Altersgruppen. Außerdem sollten Synonyme und Teilbereiche der Gesundheitskompetenz aufgezeigt werden, welche in die Literaturrecherche mit aufgenommen werden konnten. Aus diesem iterativen Prozess resultierten folglich die Schlüsselbegriffe für die Literaturrecherche.

Die systematische Literaturrecherche begann im Juni 2020 und dauerte bis Ende Juli 2020. Die Suche fand in den Datenbanken *PubMed*, *CINAHL* („*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*“) und „*Cochrane Central Register of Controlled Trials and Cochrane Database of Systematic Reviews*“ über *Ovid* statt. Um möglichst den gesamten Umfang an verfügbarer Literatur zu erhalten wurde eine Handsuche auf den Internetseiten *Google Scholar* und *ISI Web of Knowledge* durchgeführt. Außerdem wurde nach sogenannter grauer Literatur recherchiert (*greyLit.org*). Die Referenzlisten der für den Ergebnisteil eingeschlossenen Studien wurden ebenfalls für eine Handsuche herangezogen.

Das Ziel war es Primärstudien zu identifizieren, welche für den Ergebnisbericht herangezogen werden konnten.

Für die Schlüsselbegriffe, sogenannte Keywords, wurden aus der allgemeinen Recherche Synonyme generiert, welche anschließend ins Englische übersetzt worden sind. Eine Übersicht der verwendeten Keywords und zugehörigen Synonyme ist in der Tabelle 3 ersichtlich

Tabelle 3 Keywords und Synonyme

Schlüsselbegriff	Synonym
Gesundheitskompetenz	"Medication Adherence" OR "Health Literacy" OR "self-management" OR "Health Communication" OR "Patient Participation" OR "Empowerment"
Alter	"older adults" OR "senior*" OR "aged" OR "old aged" OR "elderly" OR "middle aged"
Pflege	"nurse professionals" OR "nursing" OR "nurse*"
Krankenhaus	"Hospitals" OR "hospital" OR "inpatient"

Für die abgeleiteten Suchbegriffe wurden in den verwendeten Datenbanken nach *“Medical Subject Headings”* (MeSH-Terms) und *„Medical Headings“* (MH) gesucht. Dieser Begriff beschreibt ein Schlagwortsystem, welches aus den Synonymen zum gesuchten Begriff besteht (Simon, 2018). Diese sind im Anhang (*Suchstrategie*) ersichtlich.

Des Weiteren wurden die Keywords mit Bool’schen Operatoren *„AND“* beziehungsweise *„OR“* miteinander verknüpft. Außerdem wurden Trunkierungen angewandt, um andere Schreibweisen des Suchbegriffes in der Recherche zu berücksichtigen. Dafür wurde der Platzhalter *„*“* gesetzt.

Als erweiterte Suchfunktion wurde der Suchbefehl *„Title/Abstract“* gewählt. Daraus wurde die Suchstrategie, wie in Tabelle 4 dargestellt, generiert. Eine exakte Darstellung der Recherche ist im Anhang ersichtlich.

Tabelle 4 Suchstrategie

	Health literacy Medication adherence Self-management Health communication Patient participation empowerment	OR
AND	Aged Aged, 80 and over Older adults Senior* Elderly Middle aged	OR
AND	Nursing Nurses Nurse-patient relation Nurse profession Nursing intervention	OR
AND	Hospital Inpatient	OR

Es wurde ein Titel- und Abstractscreening bei den Studien aus der Literaturrecherche durchgeführt. Entsprachen diese Studien den Einschlusskriterien wurde in weiterer Folge ebenso deren Volltext gelesen.

2.2.2. Einschlusskriterien

Die Studien, welche für das *Scoping Review* herangezogen wurden, mussten vordefinierten Einschlusskriterien entsprechen. Eine Zusammenfassung dieser Kriterien wird in der Tabelle 5 dargestellt. Der Fokus der Einschlusskriterien lag vor allem auf dem Alter der StudienteilnehmerInnen, dem Setting und der durchgeführten Intervention.

2.2.3. Studienpopulation

Eingeschlossen wurden jene Studien, deren StudienteilnehmerInnen ein durchschnittliches Alter von 55 Jahren oder mehr hatten.

Der primäre Grenzwert für das Alter wurde auf 65 Jahre und darüber festgelegt. Im Rahmen der ersten systematischen Literaturrecherche konnten anhand dieses Kriteriums des Alters nur zwei Studien (Bosley, 2016, Hyrkas & Wiggins, 2014) eingeschlossen werden.

Eine Durchsicht der ausgeschlossenen Studien zeigte, dass das durchschnittliche Alter der StudienteilnehmerInnen 55 Jahre betrug. Diese Alterskohorte fällt per Definition in die Altersgruppe der Personen im mittleren Alter. Per Beschreibung des MeSH-Terms „*middle aged*“ beinhaltet diese Gruppe alle Personen zwischen dem 45. und dem 64. Lebensjahr (PubMed, 1966b). Weitere definierte Altersgruppen sind „*aged*“, welche Personen zwischen dem 65 und 79. Lebensjahr beinhaltet (PubMed, 1966a) sowie die Gruppe der über 80 jährigen, definiert als „*aged, 80 and over*“ (PubMed, 1987).

Somit wurde der Grenzwert für das Alter der StudienteilnehmerInnen auf 55 Jahre herabgesetzt und eine zweite systematische Literaturrecherche durchgeführt.

Die Auswahl dieser Altersgrenze konnte durch die Ergebnisse der österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) gestärkt werden. Diese Befragung ist eine österreichweite Erhebung zum Thema Gesundheit, welche vom Bundesministerium für Gesundheit und der Bundesgesundheitsagentur in Auftrag gegeben wurde. Die Prävalenzerhebung soll repräsentative Ergebnisse zur Gesundheit der österreichischen Bevölkerung (ab dem 15. Lebensjahr) darstellen (Statistik Austria, 2020).

Die Ergebnisse aller bisherigen ATHIS-Erhebungen zeigten einen Anstieg an chronischen Krankheiten oder dauerhaften gesundheitlichen Problemen in der Alterskohorte der 45- bis 59-jährigen. Eine grafische Darstellung der prozentuellen Verteilung der Antworten ist in Abbildung 4 ersichtlich. So äußerten zum Beispiel im Jahr 2006/07 rund 40% der befragten TeilnehmerInnen (N=6991,9) in dieser Altersgruppe an einer chronischen Krankheit oder einem dauerhaften Gesundheitsproblem zu leiden. Im Jahr 2014 äußerten bereits 53% der StudienteilnehmerInnen (N=72335,4) der 60 bis 74-jährigen an einer chronischen Krankheit oder einem dauerhaften Gesundheitsproblem zu leiden. In der Erhebung von 2019 gaben 65% der über 75 Jährigen (N=7417,9) an ein solches Leiden zu haben (Statistik Austria, 2020).

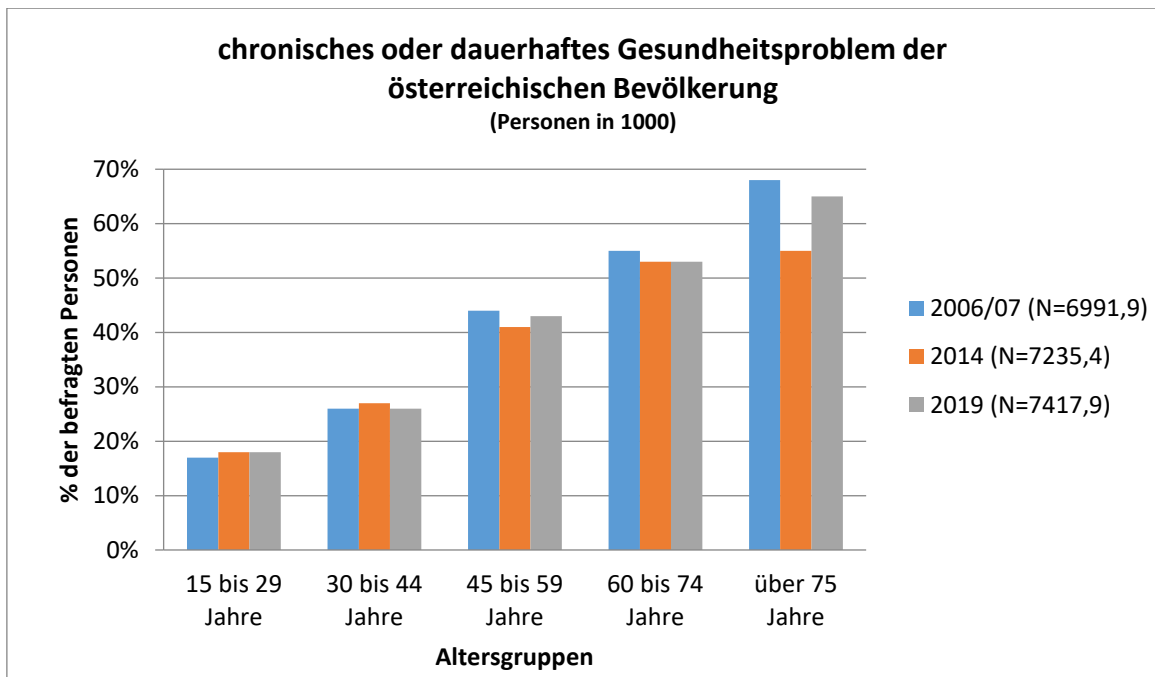


Abbildung 4 Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitsbefragung nach Statistik Austria (2020); eigene Darstellung

Ähnliche Daten sind auch aus der Trendstudie von Atella et al. (2019) zu entnehmen. Auch hier zeigte sich ein deutlicher Anstieg im Auftreten von chronischen Erkrankungen in der Altersgruppe der 50-jährigen und älteren StudienteilnehmerInnen.

In der Recherche wurde kein Fokus auf das Vorhandensein von bestimmten Vorerkrankungen gelegt, um möglichst unterschiedliche Interventionen aus den Studien zu erhalten.

Tabelle 5 Einschlusskriterien

Einschlusskriterien	Inhalt
Population	durchschnittliches Alter > 55; Vorerkrankungen jeglicher Art, Geschlecht unabhängig betrachtet
Intervention	Intervention zur Stärkung der Gesundheitskompetenz; durchgeführt von Pflegepersonen
Outcome	Wissen, Medikamentenadhärenz, Lebensqualität, Selbstpflegekompetenzen, Selbstorganisation, Symptomkontrolle, Zufriedenheit, „ <i>shared decision-making</i> “, Partizipation
Setting	stationäres Setting im Krankenhaus

2.2.4. Interventionen und Outcome

Die Interventionen der eingeschlossenen Studien orientierten sich am integrierten Modell der Gesundheitsförderung nach Sørensen et al. (2012), Abbildung 1. Somit musste die Intervention einen Einfluss auf das Wissen, die Kompetenz oder die Motivation der StudienteilnehmerInnen haben. Die Intensität, Dauer oder Art der Durchführung der Interventionen wurde in der Studienauswahl nicht berücksichtigt. Ein Kriterium zum Einschluss der Studie, welches erfüllt werden musste, waren die durchführenden Personen. So musste die Intervention von Pflegepersonen in einem Krankenhaus durchgeführt werden.

Weitere Einschlusskriterien waren die erhobenen Ergebnisse der Studien. Die Interventionen sollten einen Einfluss auf die persönlichen Fähigkeiten der StudienteilnehmerInnen zur Reaktion auf Gesundheitsförderung, Prävention und Krankheitsbewältigung haben. Dazu zählen nach der Definition von Kickbusch (2001) die Selbstwirksamkeit, Partizipation und Empowerment in Bezug auf die Gesundheitskompetenz.

Das Setting, in welchem die Studien durchgeführt werden mussten, waren Krankenhäuser. Die Begründung hierfür liegt in der Relevanz der Thematik der Gesundheitssysteme in Wechselwirkung mit der Gesundheitskompetenz (Nielsen-Bohlman et al., 2004). Es gab keine nähere Eingrenzung in Bezug auf Fachrichtung oder Abteilungen.

Entsprachen die Studien nach dem Titel- und Abstractscreening, sowie der Sichtung der Volltexte den gegebenen Einschlusskriterien wurden sie einer kritischen Bewertung unterzogen. Der Auswahlprozess wird im nachfolgenden Kapitel beschrieben.

2.3. Bewertung der Studienqualität

Die ausgewählten Studien wurden vom Autor dieser Arbeit auf ihre methodologische Qualität überprüft. Das Ziel dieser Bewertung war es, die interne Validität, Präzision und Übertragbarkeit sowie die Anwendung der Ergebnisse, also die externe Validität (Cochrane Collaboration, 2020) der Studien zu überprüfen.

Abhängig vom Studiendesign der ausgewählten Studien wurde ein geeignetes Instrument des Joanna Briggs Instituts ausgewählt. Diese Erhebungsinstrumente waren das Instrument zur Bewertung von randomisierten Kontrollstudien sowie jenes für quasi-experimentelle Studien (Tufanaru et al., 2020). Des Weiteren wurde das Bewertungsinstrument für Kohortenstudien (Moola et al., 2020) und für die Bewertung des qualitative Studienteils der *Mixed-Methods-Studie* wurde das Instrument von Lockwood et al. (2015) ausgewählt. Die Auswahl fiel auf diese Instrumente, damit ähnliche Voraussetzungen für die kritische Bewertung der Studien gegeben waren.

Die Instrumente zur Bewertung bestanden aus neun bis dreizehn Fragen, welche mit „ja“, „nein“ oder „unklar“ beantwortet werden konnten. Bei Unklarheiten der Bewertung wurden die Anleitungen der einzelnen Bewertungsinstrumente herangezogen. Die Qualitätsbeurteilungen der Studien sind beim Autor zur Einsicht verfügbar.

2.3.1. Studienauswahl

Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche konnten in allen genannten Datenbanken und durch die Handsuche insgesamt 1428 Studien identifiziert werden. Nach dem Ausschluss der Duplikate (n=20) und dem Titel- und Abstractscreening wurden 35 Studien zur Überprüfung der Volltexte herangezogen. Diese wurden zuvor ins Literaturverwaltungsprogramm „*Endnote X9*“ exportiert. Insgesamt konnten durch diesen Auswahlprozess acht Studien eingeschlossen werden, welcher im PRISMA-Flowchart nach Moher et al. (2009), in der Abbildung 5, ersichtlich ist.

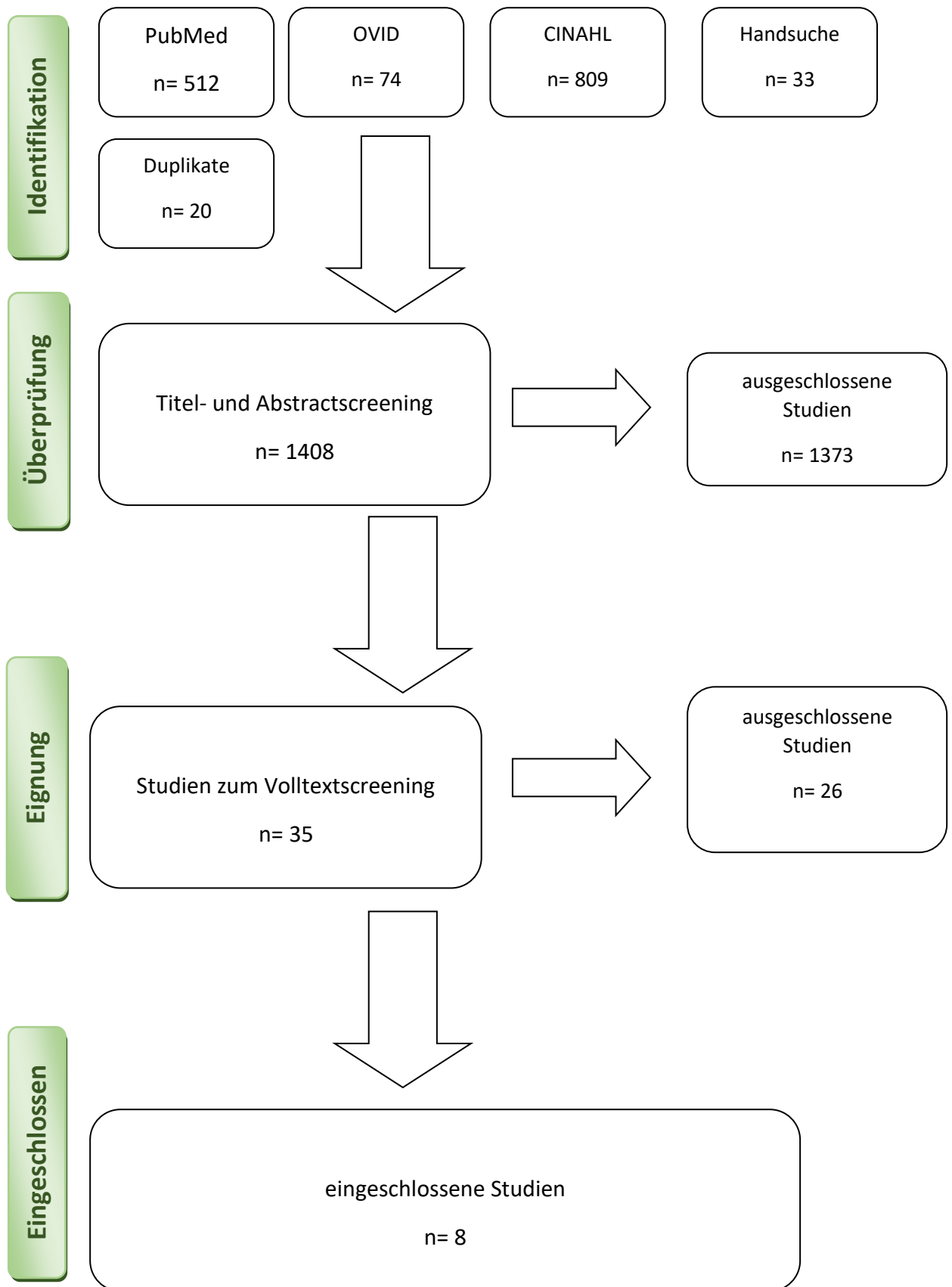


Abbildung 5 PRISMA-Flowchart nach Moher et al. (2009); eigene Darstellung

2.4. Studienqualität der inkludierten Studien

Das folgende Kapitel befasst sich mit der methodologischen Qualität der inkludierten Studien. Eine Zusammenfassung der Beurteilung ist in der Tabelle 6 ersichtlich.

Hinsichtlich einer Verzerrung der Stichproben wurden drei Studien (Bosley, 2016, Hyrkas & Wiggins, 2014, Jangland et al., 2012) mit einem hohen Risiko beurteilt. In der Studie von Bosley (2016) wurden zwei Gruppen zu unterschiedlichen Zeitpunkten untersucht. Demografische Unterschiede wurden mangelhaft erwähnt, mit Ausnahme des durchschnittlichen Alters, somit ist eine Verzerrung der Studienpopulation nicht auszuschließen. In der nicht-randomisierten Interventionsstudie von Hyrkas & Wiggins (2014) gab es keine verdeckte Zuteilung zur Interventions- oder Kontrollgruppe, weshalb das Risiko für einen „*selection bias*“ als hoch eingestuft wurde. Die TeilnehmerInnen der Interventionsgruppe in der Studie von Jangland et al. (2012) wurden statistisch signifikant häufiger von der Warteliste rekrutiert, als jene der Kontrollgruppe.





























In drei Studien (Bosley, 2016, Cui et al., 2019, Hoffmann et al., 2007) wurde das Risiko für ein Vorhandensein eines „*performance bias*“ als unklar eingestuft, da keine dezidierten Angaben zur Verblindung der durchführenden Personen gegeben wurden. In vier von acht Studien (Hyrkas & Wiggins, 2014, Jangland et al., 2012, Köberich et al., 2015, Partiprajak et al., 2011) wurde das Risiko für einen „*performance bias*“ als hoch eingestuft. Zwar wurden die Interventionen beschrieben, jedoch wurden die durchführenden Berufsgruppen nicht verblindet.

In keiner der sieben quantitativen Studien konnte ein „*detection bias*“ identifiziert werden, da alle PartizipantInnen in den einzelnen Studien mit Hilfe derselben Messinstrumente erhoben worden sind. Ein geringes Risiko für einen „*attrition bias*“ gibt es in den Studien von Hoffmann et al. (2007) und Köberich et al. (2015), da die Ergebnismessung auf Basis einer „*Intention-to-treat-Analyse*“ basierte. Im Vergleich dazu wurden in den anderen Studien keine Angaben getätigt, weshalb das Risiko als unklar eingestuft worden ist.

In der Kohortenstudie von Shen et al. (2006) wurde eine akzeptable Rekrutierung der TeilnehmerInnen durchgeführt. Basierend auf der Tatsache, dass keine validen Instrumente zur Erhebung angewandt worden sind besteht ein großes Risiko in der Verzerrung der Ergebnisse.

Die mangelhafte Beschreibung der Methodik der Studie und einer mäßigen Darstellung der Ergebnisse lassen den Nutzen für Forschung und Praxis als Risikofaktor gelten.

Tabelle 6 Einstufung der Bias-Risiken

AutorInnen (Jahr)	<i>selection bias</i>	<i>performance bias</i>	<i>detection bias</i>	<i>attrition bias</i>
Bosley (2016)				
Cui et al. (2019)				
Hoffmann et al. (2007)				
Hyrkas & Wiggins (2014)				
Jangland et al. (2012)				
Köberich et al. (2015)				
Partiprajak et al. (2011)				
Shen et al. (2006)	Kohortenstudie			
<i>+... geringes Risiko ?... unklares Risiko -... hohes Risiko</i>				

2.5. Datenextraktion und Analyse

Die Datenextraktion erfolgte anhand der Vorgaben, wie sie im Manual des Joanna Briggs Instituts vorgegeben waren. Daraus resultierte eine tabellarische Darstellung der Ergebnisse, gegliedert in AutorInnen der Studien, Jahr und Land der Publikation sowie demografische Angaben zu den StudienteilnehmerInnen. Diese Daten basierten auf dem durchschnittlichen Alter der TeilnehmerInnen sowie und auch auf beschriebene Vorerkrankungen. Diese Angaben sind der Tabelle 7 im Ergebnisteil dieser Arbeit ersichtlich.

Im Rahmen der Datenanalyse wurden die extrahierten Ergebnisse narrativ in die Art der Interventionen und in Bezug auf deren Auswirkungen auf die Gesundheitskompetenz in Kategorien synthetisiert. Die tabellarischen Darstellungen sind in den Tabellen 8 und Tabelle 9 im Ergebnisteil zu sehen.

Für die Interpretation der Ergebnisse wurde für die Wahrscheinlichkeit eines Effekts der Intervention ein p-Wert unter 0,05 ($p \leq 0,05$) angenommen. Um Fehlinterpretationen zu vermeiden wurde zusätzlich ein 95-prozentiges Konfidenzintervall (CI) berücksichtigt.

3. Ergebnisse

Im folgenden Kapitel erfolgt die Darstellung der Ergebnisse. Dieser Teil der Arbeit befasst sich mit den Ergebnissen aus der Literaturrecherche und der Studienqualität. Anschließend folgen eine Beschreibung der durchgeführten Interventionen, sowie daraus resultierende Ergebnisse.

3.1. Studiencharakteristik

Aus der systematischen Literaturrecherche gehen sechs Interventionsstudien hervor. Davon waren zwei Studien (Cui et al., 2019, Hoffmann et al., 2007) randomisierte Kontrollstudien und eine hatte das Design einer nicht-randomisierten Studie (Hyrkas & Wiggins, 2014). Drei Studien hatten das Design einer quasi-experimentellen Studie (Bosley, 2016, Jangland et al., 2012, Köberich et al., 2015). Die Studie von Partiprajak et al. (2011) war das Design *Mixed-Methods* Studie und eine inkludierte Studie war eine Kohortenstudie (Shen et al., 2006).

Der Zeitraum, in jenem die Studien publiziert worden sind lag zwischen 2006 und 2019. Die Studien von Bosley (2016) und Hyrkas & Wiggins (2014) stammen aus den USA und zwei aus Australien (Hoffmann et al., 2007, Shen et al., 2006). Eine Studie stammte aus China (Cui et al., 2019) und eine aus Thailand (Partiprajak et al., 2011). Die Studie von Köberich et al. (2015) wurde in Deutschland und jene von Jangland et al. (2012) in Schweden durchgeführt. Alle Studien wurden in englischer Sprache veröffentlicht.

Das Setting, in welchem die Interventionen durchgeführt worden sind variierte zwischen den Studien. So fanden drei Studien auf internistischen Stationen statt (Cui et al., 2019, Hoffmann et al., 2007, Köberich et al., 2015). Zwei der inkludierten Studien wurden auf chirurgischen Stationen durchgeführt (Hyrkas & Wiggins, 2014, Jangland et al., 2012). In der Studie von Shen et al. (2006) war das Setting eine Station für Akutgeriatrie in einem Krankenhaus. Zwei Studien fanden in Akutkrankenhäusern ohne nähere Bezeichnung der Station statt (Bosley, 2016, Partiprajak et al., 2011).

Die Größe der StudienteilnehmerInnen variierte ebenfalls zwischen den einzelnen Studien. Die kleinste Samplegröße waren 60 StudienteilnehmerInnen in der Studie von Shen et al. (2006). Die größte Anzahl an StudienteilnehmerInnen hatte die Studie von Köberich et al. (2015) mit insgesamt 3735 PatientInnen. Das Intervall des Durchschnittsalters lag zwischen 55 Jahren (Cui et al., 2019) und 78,5 Jahren (Shen et al., 2006).

Die Gründe für den stationären Aufenthalt der StudienteilnehmerInnen waren Erkrankungen des Herzens (Cui et al., 2019, Köberich et al., 2015), Insult (Hoffmann et al., 2007), eine geplante Operation (Jangland et al., 2012) oder Schulungen für Diabetes mellitus Typ2 (Partiprajak et al., 2011). In drei Studien wurden keine Angaben zu den Diagnosen gegeben (Bosley, 2016, Hyrkas & Wiggins, 2014, Shen et al., 2006).

Tabelle 7 grundlegende Studiencharakteristika

AutorInnen (Jahr)	Design	Land & Setting	Population (N)	Ø Alter in Jahren *	Erkrankungsbild der StudienteilnehmerInnen
Bosley (2016)	Quasi- Experiment	USA Akutkrankenhaus	N=250	76,26	ohne nähere Bezeichnung
Cui et al. (2019)	RCT	China Kardiologie	N=265	IG: 55,1 KG: 56,6	Herzinsuffizienz; NYHA II-IV
Hoffmann et al. (2007)	RCT	Australien <i>Stroke Unit</i>	N=138	67, 4 IG: 67,2 KG: 69,1	Insult oder transitorische ischämische Attacke
Hyrkas & Wiggins (2014)	nicht- randomisierte Kontrollstudie	USA chirurgische und internistische Station	N=3690	IG: 62,96 KG: 64,47	ohne Diagnose; Medikamenteneinnahme
Jangland et al. (2012)	Quasi- Experiment	Schweden Chirurgie	N=451	IG I: 58 IG II: 58,5	Warteliste für Operation oder Notaufnahme – ohne nähere Bezeichnung einer Diagnose
Köberich et al. (2015)	Kontrollstudie ohne Verblindung	Deutschland Kardiologie	N=3735	61,7 IG: 63,1 KG: 60,2	Herzinsuffizienz; NYHA II-IV
Partiprajak et al. (2011)	<i>Mixed Method</i>	Thailand Universitätsklinik	N=100	66,67	Diabetes mellitus Typ2
Shen et al. (2006)	Kohortenstudie	Australien Akutgeriatrie	N=60	78,5	ohne Diagnose, mindestens eine Medikation
<p>* Interventionsgruppe (IG) & Kontrollgruppe (KG) N= Anzahl der Elemente in der Grundgesamtheit Ø ... durchschnittliches Alter</p>					

3.2. Interventionen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz

Die Interventionen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Älteren, welche in den Studien durchgeführt wurden, wiesen einige Parallelen untereinander auf. So konnten jene in mündliche Beratungsgespräche oder Selbsthilfegruppen eingeteilt werden. Weitere Intervention zur Stärkung der Gesundheitskompetenz waren die „*teach-back-Methode*“ oder die Anwendung von Informationsmaterialien. Eine deskriptive Darstellung der durchgeführten Interventionen ist in Tabelle 8 ersichtlich.

3.2.1. Mündliche Beratungsgespräche

Die Intervention von mündlichen Beratungsgesprächen wurde in drei Studien angewandt (Cui et al., 2019, Köberich et al., 2015, Shen et al., 2006). Die Inhalte der Gespräche wurden anhand des Grades der Gesundheitskompetenz der StudienteilnehmerInnen angepasst (Cui et al., 2019) und individuell für die teilnehmende Person abgehalten (Cui et al., 2019, Köberich et al., 2015, Shen et al., 2006). In den Beratungsgesprächen wurde über krankheitsspezifisches Wissen gesprochen. Themen wie die Pathophysiologie und Symptome einer Herzinsuffizienz wurden erläutert, sowie das selbstständige Messen von Vitalfunktionen und Gewicht. Ein weiterer Schwerpunkt war die Ernährung und spezielle Diätformen für PatientInnen mit einer Herzinsuffizienz (Cui et al., 2019, Köberich et al., 2015). Außerdem wurden Beratungen im Rahmen der Medikamentenadhärenz und Selbstpflege geführt. In allen drei Studien wurden die Interventionen von Pflegepersonen durchgeführt (Cui et al., 2019, Köberich et al., 2015, Shen et al., 2006). Zusätzlich zu den Beratungsgesprächen wurden den TeilnehmerInnen Informationsmaterialien und Tagebücher für die Aufzeichnung der Vitalfunktionen und des Gewichts ausgehändigt. (Cui et al., 2019, Köberich et al., 2015). In der Studie von Shen et al. (2006) basierten die Beratungsgespräche auf einem von Pflegepersonen entwickeltem Schulungsprogramm zur Stärkung des Wissens der Medikamentenadhärenz von älteren Menschen. In mehreren 30-minütigen Schulungseinheiten wurden den StudienteilnehmerInnen Informationen über ihre Medikamente, wie die Pharmakodynamik, Dosierung und Einnahmezeitpunkt gegeben. Das vermittelte Wissen wurde im Rahmen des Entlassungsgesprächs von dem zuständigen Arzt oder der zuständigen Ärztin erhoben.

In den Studien von Cui et al. (2019) und Köberich et al. (2015) wurden zusätzlich in bestimmten Abständen Telefonate oder persönliche Gespräche bei Nachuntersuchungen in den Kliniken mit den StudienteilnehmerInnen geführt. In diesen zusätzlichen Beratungsgesprächen konnten aufgetretene Fragen oder Wissenslücken der älteren PatientInnen von den Pflegepersonen aufgearbeitet werden.

3.2.2. Informationsmaterial und Kommunikationstools

Zwei der Studien untersuchten den Effekt von Informationsmaterial und Kommunikationstools zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von älteren Menschen im Krankenhaus. Die Grundlage für die Intervention waren entweder Informationsbroschüren (Hoffmann et al., 2007) oder sogenannte „*tell-us Karten*“ als Kommunikationstool (Jangland et al., 2012)

In der Studie von Hoffmann et al. (2007) wurden mit Hilfe eines Computersystems speziell auf die einzelnen StudienteilnehmerInnen zugeschnittene Informationsbroschüren erstellt. Diese wurden zusätzlich zur herkömmlichen Betreuung der PatientInnen zur Verbesserung des Wissens über Insult sowie zur Stärkung der Selbstwirksamkeit und dem Selbstpflegeverhalten verwendet. Die TeilnehmerInnen konnten selbst entscheiden, wie umfangreich der Inhalt der Broschüre war, beziehungsweise konnte auch die Schriftgröße bestimmt werden. Es konnte zwischen 34 Themen gewählt werden, welche im Rahmen eines Assessments von Pflegepersonen erhoben worden sind. Diese waren unter anderem die Pathophysiologie eines Insults sowie dessen Auswirkungen, präventive Maßnahmen und Rehabilitation. Das Design und die inhaltliche Darstellung der Broschüren entsprachen den Handlungsempfehlungen zur Erstellung von gesundheitsrelevanten Informationsmaterialien.

Eine weitere Art von Hilfsmitteln, welche angewandt worden sind waren Kommunikationstools. In der Studie von Jangland et al. (2012) wurden den StudienteilnehmerInnen in der Interventionsgruppe sogenannte „*tell-us Karten*“ ausgehändigt.

Die beidseitig bedruckten Karten dienten dazu, die Tagesziele oder spezifische Fragen am Entlassungstag notieren zu können. Auf einer Seite war eine kurze Anleitung des Hilfsmittels aufgedruckt. Jene sollte den Studienteilnehmer oder die Studienteilnehmerin dazu ermutigen eine aktive Rolle in ihrer Versorgung zu übernehmen. Auf der anderen Seite gab es die Antwortmöglichkeiten (a) „*Das ist mir heute wichtig*“ und (b) „*Das ist mir vor der Entlassung wichtig*“. Außerdem erhielten die StudienteilnehmerInnen standardisierte Informationen über präoperative Aufklärungen sowie dem Entlassungsmanagement.

3.2.3. Teach-back-Methode

Die dritte Art der Interventionen, welche sich aus der Literaturrecherche ergeben hat, war die sogenannte „*teach-back-Methode*“ (Bosley, 2016, Hyrkas & Wiggins, 2014).

Der pädagogische Ansatz der „*teach-back-Methode*“ ist eine evidenz-basierte und einfach anzuwendende Methode mit dem Fokus auf Vertrauen und Respekt zwischen Pflegepersonen und PatientInnen. Die zu schulenden Inhalte wurden in einfachen Worten vermittelt. Abschließend sollte das Gelernte in eigenen Worten wiedergeben werden. So wurde evaluiert, ob der Patient oder die Patientin die Informationen verstanden hatte und gegebenenfalls konnten erneute Beratungsgespräche durchgeführt werden (Bosley, 2016, Hyrkas & Wiggins, 2014).

In der Studie von Bosley (2016) wurde die „*teach-back-Methode*“ zur Sturzprävention bei PatientInnen über 65 Jahren angewandt. Pflegepersonen übermittelten den StudienteilnehmerInnen klare Instruktionen aus dem Programm „*Always use teach-back*“, welches vom „*Institute for Healthcare Improvement*“ empfohlen worden ist. Diese Empfehlungen beinhalteten zum Beispiel die Anwendung von Informationsmaterial und einfacher Sprache, das Miteinbeziehen der Familienangehörigen sowie die Dokumentation der Anwendung der „*teach-back-Methode*“.

Mit dem Ziel die Medikamentenadhärenz zu stärken und das Risiko für eine Wiederaufnahme ins Krankenhaus zu reduzieren untersuchten Hyrkas & Wiggins (2014) den Effekt der „*teach-back-Methode*“ bei älteren StudienteilnehmerInnen im Krankenhaus. Die Adhärenz beschreibt das Ausmaß in dem PatientInnen den Anweisungen folgen, welche für ihre Behandlung vorgegeben worden sind.

Die StudienteilnehmerInnen der Interventionsgruppe erhielten von Pflegepersonen Hilfsmittel, wie Medikamentendispenser, zur einfacheren Handhabung ihrer Medikamente. Die Pflegepersonen wurden ebenso angehalten die StudienteilnehmerInnen aktiv nach ihrem Wissen über die eingenommene Medikation zu befragen und dahingehend auch Schulungen anzubieten. Zusätzlich erhielt eine Subgruppe motivierende Gespräche als weitere Intervention (Hyrkas & Wiggins, 2014).

3.2.4. Selbsthilfegruppe

Eine andere Intervention, welche durch die systematische Literaturrecherche identifiziert werden konnte war jene der Selbsthilfegruppe, welche von einer sogenannten „*Advanced Practice Nurse*“ (ANP) geleitet wurde. Diese Intervention wurde in der *Mixed-Methods* Studie von Partiprajak et al. (2011) für ältere Personen als hilfreich beschrieben, um den Umgang mit chronischen Erkrankungen zu verbessern.

Das Ziel der Selbsthilfegruppen waren die Stärkung des Empowerments der einzelnen StudienteilnehmerInnen sowie der Aufbau von sozialen Netzwerken unter Menschen mit derselben Erkrankung, sowie Barrieren im Sinne der Krankenversorgung und Krankheitsbewältigung zu minimieren. Außerdem sollten die Selbstachtung und Selbstwirksamkeit gefördert werden. Eine zentrale Rolle in der Abhaltung dieser Gruppensitzungen hatte der ANP. Die Aufgaben dieser Pflegeperson gliederten sich in sechs Punkte. Diese waren (1) die Überwachung und Management von Gesundheitsproblemen, (2) Förderung von Gruppenübungen, (3) Edukation im Sinne des Selbstpflegeverhaltens, (4) Koordination eines multidisziplinären Teams, (5) *Case- und Care-Management* sowie (6) Überweisung zu ÄrztInnen und anderen Berufen des Gesundheitswesens. Im Rahmen der Gruppensitzungen konnte der ANP individuell auf Wissenslücken der StudienteilnehmerInnen eingehen und Schulungen dahingehend durchführen (Partiprajak et al., 2011).

Tabelle 8 Übersicht der durchgeführten Interventionen

AutorInnen	durchführende Berufsgruppe	Intervention	Kontrolle
mündliche Beratungsgespräche			
Cui et al. (2019)	Pflegepersonen & ÄrztInnen	an den Grad der Gesundheitskompetenz angepasste strukturierte Edukation durch SpezialistIn für Herzinsuffizienz; Entlassungsgespräch im Beisein der Angehörigen; Informationsbroschüre; Tabelle mit Bewegungsangeboten	standardisierte Informationsweitergabe durch ÄrztIn und Pflegeperson; Entlassungsgespräch; Informationsbroschüre
Köberich et al. (2015)	IG: Pflegepersonen KG: ÄrztInnen	Edukation über unterschiedliche Aspekte der Herzinsuffizienz; schriftliches Informationsmaterial und Tagebuch	ärztliche Aufklärung ohne Edukation durch Pflegepersonen
Shen et al. (2006)	Pflegepersonen	pflegerisch-initiiertes Medikamenten Edukationsprogram (MEP); Erstellen von Informationsmaterial basierend auf eine Medikamentendatenbank; strukturierte Edukation während des Aufenthalts; Überprüfung des Wissens am Entlassungstag der PatientInnen	keine ¹
Informationsmaterial			
Hoffmann et al. (2007)	IG: Pflegepersonen KG: Gesundheitsfachkraft (health professionals)	computergenerierte und auf PatientIn abgestimmtes Informationsmaterial	standardisiertes Informationsmaterial
Jangland et al. (2012)	Gesundheitsfachkraft; vorwiegend Pflegepersonen	„tell-us Karten“ mit Fragen von den PatientInnen bezüglich Entscheidungsfindung und Entlassungsmanagement zur Stärkung der Partizipation der PatientInnen	herkömmliche Pflege und Betreuung, welche abhängig war vom Wissensstand der betreuenden Pflegeperson

Teach-Back-Methode			
Bosley (2016)	Pflegepersonen	„ <i>teach-back-Methode</i> “ zur Sturzprävention	keine ¹
Hyrkas & Wiggins (2014)	Pflegepersonen	patientInnenzentrierte Edukation im Sinne der „ <i>teach-back-Methode</i> “ bei der Entlassung, in Bezug auf Medikamentenadhärenz. Sowie die Vergabe von Medikamentendispenser Subgruppe: zusätzliche motivierende Gespräche durch speziell geschulte Pflegepersonen	standardisierte Betreuung in Bezug auf Medikamentenadhärenz
Selbsthilfegruppe			
Partiprajak et al. (2011)	Advanced Nurse Practitioner	durch ANP geführte Selbsthilfegruppe für PatientInnen mit Diabetes mellitus Typ 2	standardisierte Versorgung
¹ keine Kontrollgruppe IG... Interventionsgruppe KG... Kontrollgruppe			

3.3. Auswirkungen auf die Gesundheitskompetenz

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Studien kategorial dargestellt. Es wird unterschieden zwischen Auswirkungen auf die Selbstbestimmtheit der StudienteilnehmerInnen, Medikamentenadhärenz, Partizipation und Wissen. Außerdem wurden Auswirkungen bezüglich gesundheitsbezogener Ergebnisse klassifiziert.

3.3.1. Auswirkung auf Selbstbestimmtheit

In vier der inkludierten Studien wurde untersucht, ob eine Veränderung der Selbstbestimmtheit durch die gesetzten Interventionen stattgefunden hatte (Cui et al., 2019, Hoffmann et al., 2007, Köberich et al., 2015, Partiprajak et al., 2011).

In der Studie von Partiprajak et al. (2011) gab es einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe hinsichtlich der Fähigkeit zur Selbstbestimmtheit ($p=0,000$) durch die Selbsthilfegruppe. Die AutorInnen begründeten dies damit, dass die StudienteilnehmerInnen eine aktive Rolle in ihrer Gesundheitsförderung, Prävention und Krankheitsbewältigung einnehmen mussten. Ein wesentlicher Faktor in der Intervention der Selbsthilfegruppen war die beziehungsweise der ANP. Die Pflegeperson reagierte auf Veränderungen des Gesundheitszustandes der StudienteilnehmerInnen und konnte dahingehend gezielte Interventionen ableiten. In der qualitativen Datenerhebung gab eine befragte Person an, dass die ANP mit einfachen Worten die Erkrankung und deren Auswirkungen erklärt hatte, was für ein leichteres Verständnis bei den StudienteilnehmerInnen gesorgt hat (Partiprajak et al., 2011; eigene Übersetzung). Testungen ergaben eine statistisch signifikant höhere Lebensqualität ($p=0,000$) in der Interventionsgruppe.

Durch die Intervention der Beratung kam es in der Studie von Köberich et al. (2015) nach drei Monaten der Intervention zu einem statistisch signifikanten Unterschied in der Interventionsgruppe hinsichtlich des Gesamtsummenwertes der „*European Heart Failure Self-care Behaviour Scale*“ (G9-EHFS_cBS) ((95% CI) = 3,14 (1,66; 4,61); $p<0,001$).

So kam es zu dem Ergebnis, dass sich StudienteilnehmerInnen der Interventionsgruppe statistisch signifikant häufiger täglich gewogen haben ((95% CI) 0,83 (0,5; 1,16); $p < 0,001$) als im Vergleich jener TeilnehmerInnen der Kontrollgruppe ((95% CI) 0,02 (-0,25; 0,29); $p = 0,089$). Es kam in der Interventionsgruppe, drei Monate nach der Beratung, zu keinem statistisch signifikanten Unterschied hinsichtlich der korrekten Einnahme ihrer Medikation ((95% CI) -0,02 (-0,22; 0,18); $p = 0,864$). In diesem *Item* der Skala erzielte die Kontrollgruppe einen statistisch signifikanten Unterschied ((95% CI) 0,27 (0,01; 0,53); $p = 0,042$).

Die Lebensqualität, erhoben mit dem „*Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire*“ (KCCQ), ergab hinsichtlich des Gesamtsummenscore des Messinstrumentes eine statistisch signifikante Verbesserung nach drei Monaten in der Interventionsgruppe ((95% CI) -8,99 (-13,63; -4,34); $p < 0,001$) jedoch zu keiner Verbesserung in der Kontrollgruppe ((95% CI) -4,54 (-9,76; 0,68); $p = 0,087$). Es ergab sich kein statistisch signifikanter Unterschied der Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich des Grades der Pflegeabhängigkeit ($p = 0,676$) (Köberich et al., 2015).

Durch die Intervention des computergenerierten Informationsmaterials in der Studie von Hoffmann et al. (2007) kam es zu keinem statistisch signifikanten Unterschied zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe hinsichtlich ihrer Selbstwirksamkeit. Es ergab sich kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen bezüglich Informationsbeschaffung ($p = 0,27$) oder in der Kommunikation mit ÄrztInnen ($p = 0,2$). Des Weiteren ergab sich in der Selbstwirksamkeit zur Symptomkontrolle kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen ($p = 0,64$). Gemessen am Punktescore der „*Hospital Anxiety and Depression Scale*“ (HAD) zeigt sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe hinsichtlich Angst und Depression ($p = 0,03$). Anhand des Mittelwertes der Skala wiesen StudienteilnehmerInnen eine höhere Auffälligkeit der Emotionen auf als jene TeilnehmerInnen der Interventionsgruppe.

Die Intervention der mündlichen Beratung in der Studie von Cui et al. (2019) führte zu einem statistisch signifikanten Unterschied zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe hinsichtlich ihres Selbstpflegeverhaltens ($p < 0,01$). Demnach verfügten StudienteilnehmerInnen der Interventionsgruppe über eine bessere Medikamentenadhärenz ($p = 0,008$) und über mehr soziale Unterstützung ($p = 0,006$).

Des Weiteren wies die Interventionsgruppe ein signifikant besseres Management der Herzinsuffizienz auf als die TeilnehmerInnen der Kontrollgruppe. Dies bezog sich in der Studie auf die Einhaltung von verordneten Diäten (0,001) und auf Symptomkontrolle (0,009). In einem Zeitraum von 12 Monaten wurden dreizehn StudienteilnehmerInnen aus der Kontrollgruppe und fünf aus der Interventionsgruppe in ein Krankenhaus wiederaufgenommen. Retrospektiv ergab sich ein statistisch signifikanter Unterschied der Gruppen hinsichtlich der Wiederaufnahme in ein Krankenhaus ($p=0,036$).

3.3.2. Auswirkung auf Medikamentenadhärenz

Hyrkas & Wiggins (2014) untersuchten den Effekt der „*teach-back-Methode*“ auf die Medikamentenadhärenz bei älteren StudienteilnehmerInnen.

Die Medikamentenadhärenz der TeilnehmerInnen wurde 30 Tage nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erhoben. In der Interventionsgruppe haben rund 99% ($n=157$) der StudienteilnehmerInnen mit der Einnahme der verordneten Medikation begonnen. Im Vergleich dazu haben zirka 95% ($n=75$) der TeilnehmerInnen aus der Kontrollgruppe mit der Medikamenteneinnahme begonnen. Es zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich der Medikamenteneinnahme ($p=0,1$). Außerdem konnte kein signifikanter Unterschied der Gruppen hinsichtlich der korrekten Einnahme der Medikamente ($p=0,24$) festgestellt werden. Ebenso gab es keinen statistisch signifikanten Unterschied in der Häufigkeit der Wiederaufnahme in ein Krankenhaus ($p=0,15$) zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe. Eine Subgruppe aus der Interventionsgruppe, bestehend aus 57 StudienteilnehmerInnen, erhielt als zusätzliche Intervention ein motivierendes Gespräch durch Pflegepersonen. Auch hier gab es keinen statistisch signifikanten Unterschied in der Medikamentenadhärenz der TeilnehmerInnen der Subgruppe ($p=0,56$) (Hyrkas & Wiggins, 2014).

3.3.3. Auswirkung auf Partizipation

Die Studie von Jangland et al. (2012) erhob die Partizipation der StudienteilnehmerInnen, sowie die Qualität der Pflege aus Sicht der TeilnehmerInnen.

Nach der Intervention der „*tell-us Karten*“ zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe hinsichtlich der Möglichkeit sich in der Entscheidungsfindung zu beteiligen. StudienteilnehmerInnen der Interventionsgruppe beteiligten sich signifikant häufiger an pflegerischen Entscheidungen ($p=0,2$). Ebenso hatte diese Gruppe signifikant häufiger die Möglichkeit medizinische Entscheidungen mit zutreffen ($p=0,004$). Die StudienteilnehmerInnen der Interventionsgruppe bewerteten die Qualität der Pflege (0,008), die Empathie von Pflegepersonen (0,004) und den respektvollen Umgang mit den PatientInnen ($p=0,011$) statistisch signifikant besser als die TeilnehmerInnen der Kontrollgruppe (Jangland et al., 2012).

StudienteilnehmerInnen aus der Interventionsgruppe gaben an, dass das Kommunikationstool der „*tell-us Karten*“ hilfreich war. Sie wurden im Dialog mit Pflegepersonen signifikant öfters als nützlich bezeichnet, als im Gespräch mit ÄrztInnen ($p<0,001$). Insgesamt haben 56% ($n=67$) der StudienteilnehmerInnen die Karten in der Interaktion mit Pflegepersonen als nützlich angegeben. Im Vergleich dazu wurde dies von 25% ($n=30$) der TeilnehmerInnen für den Dialog mit ÄrztInnen geäußert. Ebenso wurden die Karten für das Entlassungsgespräch mit Pflegepersonen signifikant besser bewertet als im Gespräch mit ÄrztInnen ($p<0,001$) (Jangland et al., 2012).

3.3.4. Auswirkung auf Wissen

Das „*Medication Education Program*“ (MEP), durchgeführt von Pflegepersonen, zeigte einen statistisch signifikanten Effekt auf die Verbesserung des Wissens über Medikamente in der Interventionsgruppe ($p<0,05$). Dies betraf die Variablen des Medikamentennamens ($p<0,01$), Dosierung ($p<0,01$), Zeitpunkt der Einnahme ($p<0,01$) sowie den Nutzen der Arzneimittel ($p<0,01$) aber auch das Wissen häufiger Nebenwirkungen ($p=0,025$).

StudienteilnehmerInnen mit einem niedrigeren Ergebnis des Mini-Mental-Status-Tests (MMSE; 20-24 Punkte) wussten statistisch signifikant seltener den korrekten Zeitpunkt der Medikamenteneinnahme ($p=0,025$) als jene TeilnehmerInnen mit einem höheren Punktwert (25-30 Punkte). Testungen zeigten, dass die Anzahl der eingenommenen Medikamente ein negativer Prädiktor zur Wiedergabe von Medikamentendetails war. Nach der Intervention zeigte sich, dass das Alter und der Bildungsgrad ebenso ein negativer Prädiktor für die Wiedergabe von Medikamentendetails waren (Shen et al., 2006).

Durch die Anwendung der Informationsbroschüre hat sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe hinsichtlich einer Veränderung des Wissens in Bezug auf Schlaganfälle ergeben (Hoffmann et al., 2007).

3.3.5. Gesundheitsbezogene Ergebnisse

In der Studie von Bosley (2016) kam es durch die Anwendung der „*teach-back-Methode*“ zu keinem statistisch signifikanten Unterschied in der Häufigkeit von aufgetretenen Stürzen. Jedoch verwendeten Pflegepersonen nach der Intervention signifikant häufiger die „*teach-back-Methode*“ ($p=0,005$) und vermittelten den StudienteilnehmerInnen klare Instruktionen zur Sturzprävention ($p=0,000$).

Den Ergebnissen von Hoffmann et al. (2007) zufolge gab es durch die Anwendung von Informationsmaterial keine signifikante Veränderung des Gesundheitsstatus der StudienteilnehmerInnen der Interventionsgruppe oder der Kontrollgruppe. Die erhobenen Domänen des Gesundheitszustandes waren unter anderem Schmerzen ($p=0,93$), Gefühle ($p=0,57$), tägliche Aktivitäten ($p=0,96$) und soziale Aktivitäten ($p=0,48$).

Die Intervention der Selbsthilfegruppe von Partiprajak et al. (2011) führte in der Interventionsgruppe zu signifikant niedrigeren systolischen Blutdruckwerten ($p=0,012$). Es gab keine statistisch signifikanten Unterschiede beider Gruppen hinsichtlich des *Body-Mass-Index* ($p=0,739$), Cholesterolverhalten ($p=0,185$) und dem HbA_{1c}-Wert ($p=0,506$).

Tabelle 9 Übersicht der untersuchten Outcomes und Hauptergebnisse

AutorInnen	Untersuchte Ergebnisse	Datenerhebung	Hauptergebnisse
Bosley (2016)	Häufigkeit und Schwere von Stürzen; Anwendung und Dokumentation der „ <i>teach-back-Methode</i> “	Fallzahlen; Interviewfragen	Kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen in Bezug auf Stürzen per 1000 PatientInnentage. häufigere Anwendung der „ <i>teach-back-Methode</i> “
Cui et al. (2019)	Selbstpflegekompetenz; Symptomkontrolle; Wiederaufnahme in ein Krankenhaus	Krankengeschichte; chinesische Version des Fragebogens nach DeVellis und DeVellis ¹	statistisch signifikanter Unterschied zwischen IG und KG bezüglich Medikamentenadhärenz (p=0,008), Diät (p=0,001) und Symptomkontrolle (p=0,009). weniger Wiederaufnahmen in ein Krankenhaus innerhalb von 12 Monaten (nach der Entlassung) in der IG (p=0,036).
Hoffmann et al. (2007)	krankheitsspezifisches Wissen; Selbstwirksamkeit; Angst und Depression; funktioneller Gesundheitsstatus <i>follow-up</i> : Zufriedenheit mit den Informationsbroschüren; Informationsbedarf	“ <i>Knowledge of Stroke Questionnaire</i> ”; “ <i>Self-Efficacy to Perform Self-Management Behaviour Scale</i> ”; “ <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> ”; “ <i>COOP/WONCA Tafel</i> ” <i>follow-up</i> : 10 Punkte Visuelle Analogskala; Interview	kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen in Bezug auf Wissen, Selbstwirksamkeit und Wahrnehmung des Gesundheitszustandes. IG statistisch signifikant zufriedener mit dem Informationsmaterial (p=0,003). KG will statistisch signifikant zusätzlich mehr Information erhalten (p<0,001).
Hyrkas & Wiggins (2014)	demografische Daten, körperliche Gebrechen; Medikamentenadhärenz; therapeutische Allianz aus Sicht der StudienteilnehmerInnen und Empowerment; Verhaltensänderungen	Befragung nach der Entlassung (Entlassungstag, 48-72h danach, 30 Tage danach) ² ; „ <i>Self-reported medication screening scale</i> “; „ <i>Kim Alliance Scale</i> “; „ <i>Behavioural Change Counselling Index</i> “	kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen in Bezug auf Wiederaufnahme, PatientIn-BetreuerIn-Beziehung und Medikamentenadhärenz. Selbstwirksamkeit der KG verbesserte sich signifikant von T1 zu T2 ² (p=0,00) und T2 bis T3 ² (p=0,00).

Jangland et al. (2012)	Wahrnehmung der StudienteilnehmerInnen bezüglich Pflege und Pflegequalität Nutzen der „ <i>tell-us Karten</i> “	Fragebogen „ <i>Quality from the Patient’s Perspective</i> “ – Kurzversion; Interview	IG statistisch signifikant mehr Mitspracherecht in medizinischen Belangen (p=0,004) und bei pflegerischen Entscheidungen (p=0,002).
Köberich et al. (2015)	Selbstpflegeverhalten in Bezug auf Herzinsuffizienz; Pflegeabhängigkeit; Lebensqualität	deutschsprachige Version der „ <i>European Heart Failure Self-care Behaviour Scale</i> “; Pflegeabhängigkeitsskala; deutschsprachige Version des „ <i>Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire</i> “	Selbstpflegeverhalten der IG statistisch signifikant verbessert (p<0,001). Lebensqualität in IG verbessert (p<0,001). kein statistisch signifikanter Unterschied der Pflegeabhängigkeit zwischen den beiden Gruppen (p=0,0,676).
Partiprajak et al. (2011)	demografische Daten; Selbstpflegekompetenz; Lebensqualität; empfundene Pflegequalität der StudienteilnehmerInnen; qualitative Daten	“ <i>Personal and Medical Information Questionnaire</i> ”; “ <i>Self-care Abilities Questionnaire</i> ”; “ <i>Diabetic Quality of Life Questionnaire</i> ”; “ <i>Satisfaction with Nursing Care Questionnaire</i> ”; semistrukturiertes Interview	In der IG konnte ein niedriger systolischer Blutdruck gemessen werden (p=0,012). Es gibt keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen und den Laborparametern oder Vitalzeichen. Die IG weißt statistisch signifikant eine höhere Fähigkeit der Selbstversorgung (p=0,000), Lebensqualität (p=0,000) und eine höhere Zufriedenheit mit der Pflege (p=0,000) auf als die KG.
Shen et al. (2006)	Wissen über Medikamente; Medikamentenadhärenz; Zufriedenheit mit dem Programm	Interview; “ <i>Pill count Method</i> ”; 4-Punkte Likert-Skala	statistisch signifikant mehr Wissen bezüglich ihrer Medikation (p=0,001). Anzahl der verschriebenen Medikamente ist ein negativer Prädiktor für Wiedergabefähigkeit der Medikamente. Ebenso das Alter und der Grad des Schulabschlusses.
¹ nicht näher bezeichnet ² Zeitpunkte der Entlassung IG... Interventionsgruppe KG... Kontrollgruppe			

4. Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit war es, international angewandte Interventionen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von älteren Menschen aufzuzeigen. Diese mussten von Pflegepersonen durchgeführt worden sein und im Setting Krankenhaus stattgefunden haben. Nach einer systematischen Literaturrecherche konnten acht Studien zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen werden. Gefolgt von einer kritischen Bewertung der Studien wurden die extrahierten Ergebnisse in die beiden Kategorien Art der Intervention und Hauptergebnisse stratifiziert. In diesem Kapitel folgen die Diskussion und eine Gegenüberstellung der gefundenen Ergebnisse sowie die Darstellung der Stärken und Limitationen dieser Arbeit. Abschließend werden Implikationen für die Pflegepraxis und zukünftige Forschung gegeben.

4.1. Diskussion der Interventionen

Dieses Scoping Review zeigt auf, dass bereits pflegerische Interventionen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Personen ab dem 55. Lebensjahr, im Krankenhaus, in der internationalen Literatur vorhanden sind. Jedoch ist zu vermerken, dass keine Differenzierungen der älteren Altersgruppen vorgenommen wurden. Demzufolge wird die Altersgruppe der über 65-jährigen als homogene Gruppe betrachtet. Dies wurde zuvor bereits in der Arbeit von Vogt et al. (2017) beschrieben und kann somit bestärkt werden. Aus den Studien haben sich Parallelen ergeben, aus denen vier Interventionskategorien generiert werden konnten. Diese umfassten mündliche Beratungsgespräche, die „*teach-back-Methode*“, Informationsmaterial sowie Selbsthilfegruppen.

Es konnten zwei Kommunikationsstrategien identifiziert werden. In drei der inkludierten Studien wurden mündliche Beratungsgespräche untersucht (Cui et al., 2019, Köberich et al., 2015, Shen et al., 2006). Zwei Studien befassten sich mit dem Effekt der „*teach-back-Methode*“ (Bosley, 2016, Hyrkas & Wiggins, 2014).

Mögliche kognitive Defizite von älteren Menschen können dazu führen, dass neue Informationen schwer verstanden oder in das Langzeitgedächtnis aufgenommen werden können (Chesser et al., 2016). Forschungsergebnisse zeigten auf, dass Gesundheitsinformationen, welche sich auf die individuellen Bedürfnisse der PatientInnen beziehen, einerseits deren Gesundheitskompetenz maßgeblich verbessern, aber auch deren Selbstpflegekompetenz positiv beeinflussen (Yen & Leasure, 2019). Daher ist es von hoher Priorität, dass ältere PatientInnen gesundheitsrelevante Informationen auf diese Art dargelegt bekommen, um diese im Sinne der Gesundheitsförderung maximal nutzen zu können (Keçeci & Bulduk, 2012). So wurde die „*teach-back-Methode*“ auch von der „*Agency for Healthcare Research and Quality*“ (AHRQ) und dem „*Institute for Healthcare Improvement*“ (IHI) als Methode zur Überprüfung des Verständnisses empfohlen. Die „*teach-back-Methode*“ ist eine einfache Intervention zur Abwicklung von Beratungsgesprächen, abgehalten von Pflegepersonen. Gesundheitsrelevante Informationen werden in einer für PatientInnen einfach verständlichen Sprache vermittelt. Die PatientInnen werden abschließend aufgefordert das Gelernte in eigenen Worten wiederzugeben und bei Bedarf können Beratungen adaptiert und erneut abgehalten werden (Yen & Leasure, 2019).

In zwei Studien (Hoffmann et al., 2007, Jangland et al., 2012) wurde die Anwendung von einer Informationsbroschüre und einem Kommunikationstool zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von älteren PatientInnen erforscht. Studienergebnissen zufolge sinkt die Lesefähigkeit mit zunehmendem Alter. Das Lesen stellt einen komplexen Prozess dar, welcher durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst wird. Diese sind das Sehen, Konzentration, der Wortschatz einer Person sowie das Gedächtnis und dazugehörige Fähigkeiten zur Informationsverarbeitung. Ältere PatientInnen sind oft gefordert medizinische Verordnungen wiederholend nachzulesen oder gar aus dem Gedächtnis heraus zu befolgen (Baker et al., 2000, Baker et al., 2008). Die kognitiven Fähigkeiten von älteren PatientInnen korrelieren stark mit ihrem Grad der funktionellen Gesundheitskompetenz (Barnes et al., 2004, Delavar et al., 2020). Wiederum sind schlechte kognitive Fähigkeiten mit einem schlechteren Verständnis für medizinische Verordnungen, einer limitierten Selbstpflegekompetenz und einer erhöhten Mortalität assoziiert (Baker et al., 2008).

Damit Gesundheitsbroschüren für ältere PatientInnen im Krankenhaus lesbar sind, sollen sie mit einfachem Vokabular geschrieben und durch Bilder ergänzt werden (DeMarco & Nystrom, 2010, Kim & Lee, 2014).

Die Studie von Partiprajak et al. (2011) befasste sich mit einer Selbsthilfegruppe, welche von Pflegepersonen geleitet wurde. Beratungen bezüglich Selbstpflegekompetenz gelten schon länger als Grundelement der Edukation von älteren PatientInnen mit chronischen Erkrankungen, um die eigene Gesundheit zu fördern. Selbsthilfegruppen sollen eine Veränderung des Verhaltens bewirken. Dies basiert darauf, dass betroffene PatientInnen mit Gleichgesinnten in Interaktion treten und soziale Anliegen miteinander teilen können. Charakteristisch für solche Gruppen ist, dass die Isolation von Betroffenen verhindert werden soll durch das beständige Vorhandensein von Hilfe in Krisensituationen. Auf Grund des vermittelten Gemeinschaftsgefühls, sowie einem enormen Informationsaustausch und durch nicht wertende Akzeptanz untereinander sollen Einzelne befähigt werden die Kontrolle über das eigene Leben zu erlangen (Funnell, 2010, Pender et al., 2014).

Pflegepersonen im Krankenhaus spielen eine zentrale Rolle in der Gesundheitsförderung der PatientInnen. Sie können Beratungen tätigen, welche zu einer fundierten Entscheidungsfindung und Verhaltensänderungen der PatientInnen führen (Norton, 1998, Runciman et al., 2006). In zwei der inkludierten Studien wurden die Interventionen sowohl von Pflegepersonen als auch von ÄrztInnen durchgeführt (Cui et al., 2019, Köberich et al., 2015). In den meisten Studien wurden die Interventionen ausschließlich von Pflegepersonen durchgeführt (Bosley, 2016, Hyrkas & Wiggins, 2014, Jangland et al., 2012, Shen et al., 2006). In der Studie von Hoffmann et al. (2007) leiteten sowohl Pflegepersonen als auch ÄrztInnen und TherapeutInnen die PatientInnen zur Anwendung der „tell-us“ Karten an. Die Selbsthilfegruppe der Studie von Partiprajak et al. (2011) wurde von einer sogenannten „Advanced Practice Nurse“ geleitet.

Die aus den Studien resultierenden Ergebnisse ließen sich anhand einiger Parallelen in Kategorien stratifizieren. Auf diese Ergebnisse wird im nächsten Kapitel eingegangen.

4.2. Diskussion der Hauptergebnisse

Für eine Kategorisierung der Hauptergebnisse der inkludierten Studien wurden die erhobenen Resultate in fünf Bereiche unterteilt. Diese sind Auswirkungen auf die Selbstbestimmtheit der PatientInnen, Medikamentenadhärenz, Partizipation, Wissen und gesundheitsbezogene Ergebnisse.

In den Studien von Cui et al. (2019) und Köberich et al. (2015) zeigte sich eine signifikante Verbesserung der Selbstbestimmtheit beider Interventionsgruppen. Durch die Intervention der mündlichen Beratung bei älteren PatientInnen mit der Diagnose Herzinsuffizienz verbesserte sich das Symptommanagement und das Verhalten in Bezug auf die Erkrankung. Die Studie von Hjelm et al. (2012) bestärkt die Bedeutsamkeit der Beratung von älteren PatientInnen durch Pflegepersonen. Denn eine Verbesserung der Selbstbestimmtheit kann die funktionale Kapazität eines Menschen, das Wohlbefinden sowie die Prognose des Krankheitsverlaufs signifikant beeinflussen. Eine gestärkte Selbstbestimmtheit befähigt PatientInnen dazu bessere gesundheitsbezogenen Entscheidungen zu treffen. Das zeigte auch die Anwendung der „tell-us“ Karten. StudienteilnehmerInnen der Interventionsgruppe beteiligten sich signifikant häufiger an pflegerischen sowie medizinischen Entscheidungsfindungen durch den Einsatz dieses Hilfsmittels. Diese Intervention zeigte auch signifikante Verbesserungen in der Abhaltung von Entlassungsgesprächen zwischen Pflegepersonen und älteren PatientInnen (Jangland et al., 2012). Jedoch gibt es Barrieren für ältere PatientInnen, welche mit einer limitierten Gesundheitskompetenz einhergehen. In der Studie von Matthews et al. (2012) konnten einige dieser Hindernisse identifiziert werden. Diese waren mangelnde Lese- und Schreibfähigkeiten, welche PatientInnen durch Floskeln zu verschleiern versuchten. Außerdem wurden grundlegende Anordnungen nicht verstanden und die Medikamenteneinnahme geschah nicht wie von den ÄrztInnen verordnet. Hierzu zählten auch die limitierten numerischen Fähigkeiten der PatientInnen.

Das computergenerierte Informationsmaterial, in Form von Broschüren, welche in der Studie von Hoffmann et al. (2007) angewandt worden war, zeigte keine signifikante Verbesserung des Wissens der Interventionsgruppe.

Jedoch gaben jene StudienteilnehmerInnen an, detailliertere Informationen bezüglich eines Schlaganfalls erhalten zu haben als TeilnehmerInnen der Kontrollgruppe. Dieses Ergebnis unterscheidet sich von jenen der Studie von Smith et al. (2019), in welcher die StudienteilnehmerInnen der Kontrollgruppe einfach formulierte und gestaltete Broschüren erhalten haben. Das durchschnittliche Alter der StudienteilnehmerInnen war 76 Jahre, im Vergleich zur Hoffmann et al. (2007) mit 68 Jahren. Die Kontrollgruppe in Smith et al. (2019) zeigte signifikante Verbesserungen der Gesundheitskompetenz. Die StudienteilnehmerInnen fühlten sich von den Gesundheitsberufen verstanden und konnten mit jenen auch in Interaktion treten. Außerdem gaben sie an zu wissen, wie sie die gesundheitsrelevanten Informationen korrekt anwenden konnten.

Eine weitere Kommunikationsstrategie, welche untersucht wurde, war die „*teach-back-Methode*“. Diese Intervention zeigte keine signifikante Veränderung in der Häufigkeit von aufgetretenen Stürzen (Bosley, 2016). Es ergab sich auch keine signifikante Verbesserung der Medikamentenadhärenz nach Beratungsprogrammen in Form der „*teach-back-Methode*“ (Hyrkas & Wiggins, 2014). Das „*Institute of Medicine*“ (IOM) identifizierte Situationen, in denen die Kommunikation zwischen PatientInnen und Gesundheitsberufen sichergestellt werden muss, um ein bestmögliches Verständnis der gesundheitsrelevanten Informationen zu gewährleisten. Dazu zählt unter anderem das Entlassungsmanagement im Krankenhaus (Griffey et al., 2015). Studienergebnissen zufolge wenden nur 40%, von 304 der befragten GesundheitsexpertInnen, Kommunikationsstrategien wie die „*teach-back-Methode*“ an. Jedoch zeigte sich ein signifikanter Unterschied, dass Pflegepersonen diese Methode öfters angewandt haben als ÄrztInnen oder PharmazeutInnen (Schwartzberg et al., 2007).

Als wirksame Intervention zeigte sich die von einer „*Advanced Practice Nurse*“ (ANP) geleitete Selbsthilfegruppe für ältere, an Diabetes mellitus Typ2 erkrankte PatientInnen. Diese Gruppenintervention hatte sowohl signifikante Auswirkungen auf die Selbstbestimmtheit der PatientInnen als auch auf gesundheitsbezogene Ergebnisse, wie niedrigere systolische Blutdruckwerte (Partiprajak et al., 2011). Solche Selbsthilfegruppen sollen PatientInnen befähigen Fertigkeiten zur Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung zu entwickeln, Bewältigungsstrategien sowie eine Veränderung von Verhaltensmustern zur Prävention von Depression und Angst ermöglichen. Außerdem sollen sie einen Erfahrungsaustausch zwischen Gleichgesinnten ermöglichen (Evans & Connis, 1995).

Vorangehende Studien zeigten bereits die Relevanz von Pflegepersonen in der Interaktion mit PatientInnen in Form einer patientInnenzentrierten Kommunikation. So konnte durch eine interaktive Kommunikation zwischen Pflegepersonen und PatientInnen mit Diabetes mellitus die Selbstpflegekompetenz der chronisch Erkrankten verbessert werden. Dies ist essenziell für die Versorgung von PatientInnen mit limitierter Gesundheitskompetenz (Rootman, 2004).

4.3. Methodologische Qualität

Eine kritische Bewertung der Studienqualität war notwendig, um das Risiko für das Vorhandensein eines Bias beurteilen zu können. Das folgende Kapitel befasst sich mit der methodologischen Qualität der inkludierten Studien.

Ein wichtiges Kriterium, welches die inkludierten Studien vorweisen mussten war das Alter der StudienteilnehmerInnen. Der „cut-off“ lag bei 55 Jahren. Hier ist zu erwähnen, dass in keiner der Studien eine Einteilung in Altersgruppen durchgeführt worden war. Es gab einerseits keine Unterteilung, wie zum Beispiel die Alterskategorien anhand der *MeSH-Terms*, andererseits wurden die StudienteilnehmerInnen als homogene Gruppe betrachtet. Das Alter der angegebenen demografischen Daten bewegte sich zwischen 55 und 78 Jahren. Das durchschnittliche Alter lag um die 65 Jahre. Daher können keine dezidierten Aussagen bezüglich der Effektivität der Interventionen auf PatientInnen ab dem 65. Lebensjahr getätigt werden.

Es liegt ein Unterschied in der Charakteristik der StudienteilnehmerInnen vor. So wurden in vier Studien keine Angaben zu den Diagnosen der StudienteilnehmerInnen gegeben (Bosley, 2016, Hyrkas & Wiggins, 2014, Jangland et al., 2012, Shen et al., 2006). In zwei Studien wurden TeilnehmerInnen mit einer Herzinsuffizienz eingeschlossen (Cui et al., 2019, Köberich et al., 2015). Hoffmann et al. (2007) rekrutierte StudienteilnehmerInnen nach einem Schlaganfall und in der Studie von Partiprajak et al. (2011) waren teilnehmende Personen mit Diabetes mellitus Typ2 beteiligt. Außerdem war ein Unterschied im Setting der Durchführung erkenntlich. Auch die Größe der Krankenhäuser variierte.

Ein weiterer Unterschied zwischen den inkludierten Studien lag in den durchgeführten Interventionen. Einerseits wichen die Interventionen selbst stark voneinander ab, was einen Vergleich nur anhand kleiner Parallelen zugelassen hat. Andererseits konnten auch keine Vergleiche zwischen den durchführenden Pflegepersonen angestellt werden. Die Ausbildung und der Grad der Akademisierung von Pflegepersonen unterscheiden sich weltweit, womit eine Gegenüberstellung schwer bis kaum möglich ist.

Auch die Erhebung der Ergebnisse in den Studien war untereinander nicht vergleichbar. Es wurden unterschiedliche Outcomes erhoben, welche sich minimal anhand der Beschreibungen in annähernd ähnliche Kategorien unterteilen ließen. Zudem wurden in jeder Studie andere Messinstrumente für die Datenerhebung angewandt. Abgesehen von den Studiendesigns waren auch die Zeitpunkte der Erhebungen kaum vergleichbar, zumal nicht immer eine Erhebung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus durchgeführt worden war. Auch die angegebenen Effektmaße variierten zwischen den Studien. Die Angaben zum Jahr der Publikationen lassen darauf schließen, dass in den letzten 15 Jahren vermehrt Forschung im Bereich Gesundheitskompetenz durchgeführt worden ist. Dies kann möglicherweise dadurch begründet werden, dass 2011 die europäische Gesundheitskompetenzstudie (HLS-EU) durchgeführt worden ist. Daraus resultierend, entstanden international weitere Erhebungen der Gesundheitskompetenz, zum Beispiel in Deutschland, Twain und Portugal (Doyle et al., 2012, Duong et al., 2015, Espanha & Ávila, 2016, Jordan & Hoebel, 2015). Rückblickend auf die 1986 verfasste Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung kam es zu weiteren globalen Konferenzen der WHO. Als oberstes Ziel galt es politische, soziale und ökonomische Chancengleichheiten für alle zu ermöglichen (WHO, 2019). Daraus resultierend wurde auch der wissenschaftliche Fokus auf das Thema Gesundheitskompetenz größer, was zu vertiefender wissenschaftlicher Tätigkeit geführt haben kann, wie sie zum Beispiel von Ilona Kickbusch durchgeführt wurde (Kickbusch & Gleicher, 2012).

4.4. Stärken und Limitation

Eine Stärke dieser Arbeit liegt in der Neuartigkeit. Im Rahmen der Literaturrecherche konnte keine inhaltlich vergleichbare Arbeit identifiziert werden. Somit handelt es sich nach dem Wissen des Autors um das erste systematisch durchgeführte Scoping Review, das sich mit der Stärkung der Gesundheitskompetenz von älteren Menschen durch Pflegepersonen, im Setting Krankenhaus, beschäftigt hat.

Des Weiteren zählt als Stärke dieser Arbeit das systematische Vorgehen. So wurde eine Suchstrategie generiert, mit welcher in mehreren Datenbanken recherchiert worden ist. Die Literaturrecherche wurde zusätzlich durch eine Handsuche im Internet und den Referenzlisten der Studien ergänzt. Aufzuzeigen ist, dass die Studien aktuell sind. Die älteste Studie, welche inkludiert worden ist, wurde 2006 veröffentlicht. Die als letztes publizierte Studie war aus dem Jahr 2019. Zudem wurde die methodologische Qualität der Studien mit Hilfe hochwertiger Bewertungsinstrumente des Joanna Briggs Instituts kritisch hinterfragt.

Eine Limitation dieser Arbeit liegt in der Heterogenität der inkludierten Studien. Wie bereits beschrieben, variierten die Studien stark durch die demografischen Charakteristika der StudienteilnehmerInnen aber auch durch das methodische Vorgehen der Datenerhebung. Es wurde eine Synthese der Daten durchgeführt, obwohl jene schwer miteinander vergleichbar waren. Somit ist auch keine allgemeingültige Aussage über den Effekt der Interventionen möglich.

Eine Schwäche ist außerdem, dass nur das durchschnittliche Alter der StudienteilnehmerInnen beachtet werden konnte. Somit konnte keine Differenzierung in einzelne Alterskohorten getätigt werden. Eine weitere Limitation ist die sprachliche Einschränkung. Mit der Tatsache, dass nur englisch- und deutschsprachige Studien eingeschlossen worden sind, ist es nicht auszuschließen, dass relevante Studien in anderen Sprachen ausgeschlossen worden sind. Eine Schwäche ist, dass die Literaturrecherche und die Studienbewertung nur von einem *Reviewer*, anstelle von mindestens zwei, durchgeführt worden ist.

Abschließend werden Empfehlungen für weitere Forschung und Praxis ausgesprochen, welche in der Tabelle 10 zusammengefasst werden.

4.5. Implikation für weitere Forschung

Es gibt eine Vielzahl an Publikationen, welche Interventionen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von diversen vulnerablen Gruppen untersuchten. Jedoch gibt es kaum Studien für ältere Personen. Daher ist es umso wichtiger in künftigen Erhebungen den Fokus auf unterschiedliche Alterskohorten zu legen. Außerdem sollte sich zukünftige Forschung auch mit den Altersgruppen der über 65-jährigen auseinandersetzen und Stratifizierungen der älteren StudienteilnehmerInnen vornehmen. Dies ist besonders wichtig, um Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention und Krankheitsbewältigung für jene Altersgruppen ableiten zu können. Wie bereits beschrieben können kognitive Fähigkeiten mit zunehmendem Alter abnehmen, daher ist es umso wichtiger Forschungsarbeiten für jene PatientInnen durchzuführen. Eine weitere Empfehlung ist die Erhebung des Grads der Gesundheitskompetenz der StudienteilnehmerInnen, um eine bessere Vergleichbarkeit der Studienergebnisse durchführen zu können. Von höchster Priorität ist die Durchführung von pflegewissenschaftlicher Forschung sowohl im Design von qualitativer als auch quantitativer Forschungsarbeiten. Beruhend auf der Tatsache, dass nur wenige Studien mit Interventionen von Pflegepersonen publiziert sind, sollte hier vermehrt Forschung betrieben werden. Ausgehend von einem Fachkräftemangel und einer immer älter werdenden Bevölkerung besteht Handlungsbedarf, um fachgerechte Praxisempfehlungen für Pflegepersonen geben zu können. Daraus könnte die Erstellung von wissenschaftlich fundierten Handlungsempfehlungen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von älteren Menschen für die Praxis resultieren.

4.6. Praxisempfehlungen

Das österreichische Gesundheits- und Krankenpflegegesetz besagt, dass die Stärkung der Gesundheitskompetenz von PatientInnen den Tätigkeitsbereich von Pflegepersonen umfasst. Um dies gewährleisten zu können, gehört die Thematik der Gesundheitskompetenz stärker in die Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege verankert. Ausgehend davon sollten Instrumente zur Erhebung der Gesundheitskompetenz in die Praxis implementiert werden. Dies wäre zum Beispiel im Rahmen des Pflegeassessments als Teilschritt des Pflegeprozesses möglich.

Ebenso sollten in diesem Prozess Interventionen, angepasst an die Bedürfnisse der älteren PatientInnen geplant, durchgeführt und evaluiert werden. Solche Maßnahmen und Interventionen werden bereits im Maßnahmenkatalog der „*Agency for Healthcare Research and Quality*“ (AHRQ) beschrieben. Jedoch sollten jene Interventionen an die Kohorte der älteren PatientInnen und deren Fähigkeiten adaptiert werden.

Aus den Ergebnissen dieser Arbeit lässt sich ableiten, dass mündliche Beratungsgespräche, Informationsmaterial sowie Kommunikationstools, die „*teach-back-Methode*“ und Selbsthilfegruppen international Anwendung finden und einen positiven Effekt auf die Selbstpflegekompetenz und dem Wissen der PatientInnen haben. Welche Auswirkungen diese Interventionen auf den Grad der Gesundheitskompetenz von älteren PatientInnen haben konnte auf Grund der heterogenen Studien nicht getätigt werden. Ausgehend davon müssen bereits einfache Kommunikationsstrategien in den Alltag der Praxis Einkehr finden. Zusätzlich sollten auf das Sprachniveau der PatientInnen angepasste gesundheitsrelevante Informationsbroschüren erstellt und publiziert werden. Hierfür wäre zum Beispiel die Implementierung von „*Advanced Nurse Practitioner*“ (ANP) empfehlenswert. Das „*International Council of Nurses*“ (ICN) definiert eine beziehungsweise einen ANP als akademisierte Pflegeperson, zumindest auf Masterniveau. Universitär ausgebildete Pflegepersonen verfügen über ExpertInnenwissen mit Kompetenzen zur erweiterten pflegerischen Praxis. Dadurch verfügen ANPs verstärkt über Fähigkeiten in den Domänen der Edukation, Forschung und Praxis sowie Management, als im Vergleich zu generalistisch ausgebildetem Pflegepersonal. Ein wichtiger Punkt im Tätigkeitsbereich der „*Advanced Practice Nurse*“ ist die Anwendung von Forschungsergebnissen in der Versorgung von PatientInnen zur Verbesserung der Pflegequalität (Schober et al., 2020). Mit dem Fortschreiten der Akademisierung des Pflegeberufs ist es zu empfehlen, dass SpezialistInnen für jegliches Belangen der Gesundheitskompetenz ausgebildet und in der Praxis implementiert werden.

Wie bereits von Fousek et al. (2012) beschrieben wurde, sollen Mechanismen der Partizipation Teil der Gesundheitsförderung sein. Im Rahmen einer interdisziplinären Zusammenarbeit sollen PatientInnen in deren Entscheidungsfindung bestärkt und unterstützt werden. Dies wird ermöglicht, indem der Grad der Gesundheitskompetenz der älteren PatientInnen von Pflegepersonen richtig erkannt wird und dahingehend adäquate Interventionen abgeleitet werden. Basierend auf grundlegenden Kommunikationsstrategien und gesundheitsrelevanten Informationsmaterialien kann dies ermöglicht werden.

Tabelle 10 Empfehlungen für zukünftige Forschung & Pflegepraxis

Forschungs- & Praxisempfehlungen
Durchführung von pflegewissenschaftlicher Forschung
Studien mit Pflegepersonen als durchführende Berufsgruppe durchführen
weitere Differenzierung der älteren Altersgruppen vornehmen
Gesundheitskompetenz verstärkt in Curricula der Gesundheits- und Krankenpflege implementieren
Assessmentinstrumente zur Erhebung der Gesundheitskompetenz implementieren
Ausbildung hinsichtlich der Anwendung von Kommunikationsstrategien für Pflegepersonen
Anwendung von Beratungsgesprächen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von älteren PatientInnen
Fokus auf Akademisierung der Pflege beibehalten
Ausbildung von PflegeexpertInnen, am Beispiel der „<i>Advanced Practice Nurse</i>“
Partizipation der PatientInnen
PatientInnen zur fundierten pflegerischen und medizinischen Entscheidungsfindung befähigen

4.7. Schlussfolgerung

Durch den demografischen Wandel und der steigenden Lebenserwartung der Bevölkerung stehen Pflegepersonen vor der Herausforderung angemessene Interventionen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von älteren Menschen anzuwenden. Die Anzahl publizierter Studien bezüglich Gesundheitskompetenz und dieser Alterskohorte ist limitiert. Aufgrund ihrer Heterogenität ist ein Vergleich schwer möglich. Jedoch zeigte sich, dass mündliche Beratungsgespräche von Pflegepersonen die funktionelle Gesundheitskompetenz von älteren PatientInnen signifikant verbessern können. Auch Selbsthilfegruppen zeigen sich im Gegensatz zu gesundheitsrelevantem Informationsmaterial als effektive Methode zur Verbesserung der Selbstbestimmtheit und Partizipation von PatientInnen.

Es ist von hoher Priorität Gesundheitskompetenz verstärkt in die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung aufzunehmen, damit Pflegepersonen befähigt werden den Grad der Gesundheitskompetenz der PatientInnen adäquat einzuschätzen. So wird es älteren PatientInnen ermöglicht eine aktive Rolle in ihrer Gesundheitsversorgung zu übernehmen und Gesundheitsergebnisse zu verbessern.

5. Referenz

- ALTIN, S. V., FINKE, I., KAUTZ-FREIMUTH, S. & STOCK, S. 2014. The evolution of health literacy assessment tools: a systematic review. *BMC Public Health*, 14, 1207.
- ARKSEY, H. & O'MALLEY, L. 2005. Scoping Studies: Towards a Methodological Framework. *International Journal of Social Research Methodology - INT J SOC RES METHODOL*, 8, 19-32.
- ARMSTRONG, R., BURFORD, B., DOYLE, J. & WATERS, E. 2011. 'Scoping the scope' of a Cochrane review. *Journal of Public Health*, 33, 147.
- ATELLA, V., PIANO MORTARI, A., KOPINSKA, J., BELOTTI, F., LAPI, F., CRICELLI, C. & FONTANA, L. 2019. Trends in age-related disease burden and healthcare utilization. *Aging Cell*, 18, e12861.
- BAKER, D. W. 2006. The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med*, 21, 878-83.
- BAKER, D. W., GAZMARARIAN, J. A., SUDANO, J. & PATTERSON, M. 2000. The Association Between Age and Health Literacy Among Elderly Persons. *The Journals of Gerontology: Series B*, 55, S368-S374.
- BAKER, D. W., WILLIAMS, M. V., PARKER, R. M., GAZMARARIAN, J. A. & NURSS, J. 1999. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns*, 38, 33-42.
- BAKER, D. W., WOLF, M. S., FEINGLASS, J. & THOMPSON, J. A. 2008. Health Literacy, Cognitive Abilities, and Mortality Among Elderly Persons. *Journal of General Internal Medicine*, 23, 723-726.
- BARNES, D. E., TAGER, I. B., SATARIANO, W. A. & YAFFE, K. 2004. The Relationship Between Literacy and Cognition in Well-Educated Elders. *The Journals of Gerontology: Series A*, 59, M390-M395.
- BASS, P., WILSON, J. & GRIFFITH, C. 2004. A Shortened Instrument for Literacy Screening. *Journal of general internal medicine*, 18, 1036-8.
- BENGEL, J., STRITTMATTER, R. & WILLMANN, H. 2001. Was hält Menschen gesund. *Antonovskys Modell der Salutogenese–Diskussionsstand und Stellenwert. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Kapitel 2, S. 23-35.*

- BERKMAN, N. D., DEWALT, D. A., PIGNONE, M. P., SHERIDAN, S. L., LOHR, K. N., LUX, L., SUTTON, S. F., SWINSON, T. & BONITO, A. J. 2004. Literacy and health outcomes: Summary. *AHRQ evidence report summaries*. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- BOSLEY, E. 2016. Implementation and Evaluation of Teach-back as a Pedagogical Method for Delivering Fall Prevention Education to Older Adults in an Inpatient Hospital Setting. *Implementation & Evaluation of Teach-back as a Pedagogical Method for Delivering Fall Prevention Education to Older Adults in an Inpatient Hospital Setting*, 1-1.
- BRAINARD, J., LOKE, Y., SALTER, C., KOÓS, T., CSIZMADIA, P., MAKAI, A., GÁCS, B., SZEPES, M. & IROHLA, C. 2016. Healthy ageing in Europe: prioritizing interventions to improve health literacy. *BMC research notes*, 9, 270-270.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND FRAUEN 2017. Gesundheitsziele Österreich Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Kurzfassung. In: GMBH, G. Ö. (ed.).
- CHESSER, A. K., KEENE WOODS, N., SMOTHERS, K. & ROGERS, N. 2016. Health Literacy and Older Adults: A Systematic Review. *Gerontology & geriatric medicine*, 2, 2333721416630492-2333721416630492.
- COCHRANE COLLABORATION. 2020. *Literaturbewertung* [Online]. Available: <https://www.cochrane.de/de/literaturbewertung> [Accessed 06. November 2020].
- COLLINS, S. A., CURRIE, L. M., BAKKEN, S., VAWDREY, D. K. & STONE, P. W. 2012. Health literacy screening instruments for eHealth applications: a systematic review. *J Biomed Inform*, 45, 598-607.
- CRENGLE, S., LUKE, J. N., LAMBERT, M., SMYLIE, J. K., REID, S., HARRÉ-HINDMARSH, J. & KELAHER, M. 2018. Effect of a health literacy intervention trial on knowledge about cardiovascular disease medications among Indigenous peoples in Australia, Canada and New Zealand. *BMJ Open*, 8, e018569.
- CUI, X., ZHOU, X., MA, L. L., SUN, T. W., BISHOP, L., GARDINER, F. W. & WANG, L. 2019. A nurse-led structured education program improves self-management skills and reduces hospital readmissions in patients with chronic heart failure: a randomized and controlled trial in China. *Rural Remote Health*, 19, 5270.

- DELAVAR, F., PASHAEYPOOR, S. & NEGARANDEH, R. 2020. The effects of self-management education tailored to health literacy on medication adherence and blood pressure control among elderly people with primary hypertension: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 103, 336-342.
- DEMARCO, J. & NYSTROM, M. 2010. The Importance of Health Literacy in Patient Education. *Journal of Consumer Health on the Internet*, 14, 294-301.
- DOYLE, G., CAFFERKEY, K. & FULHAM, J. 2012. *The European Health Literacy Survey: Results from Ireland*.
- DUMENCI, L., MATSUYAMA, R. K., KUHN, L., PERERA, R. A. & SIMINOFF, L. A. 2013. On the Validity of the Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) Scale as a Measure of Health Literacy. *Communication methods and measures*, 7, 134-143.
- DUONG, T., PHAM, V., NGUYEN, T., PHAM MINH, K., TRUONG, Q., NGUYEN, K., CHANG, P. & ASSOCIATION, A. 2015. *Health literacy Surveys in Taiwan and Vietnam*.
- ERIKSSON, M. 2017. The Sense of Coherence in the Salutogenic Model of Health . *In*: MITTELMARK, M., SAGY, S., ERIKSSON, M., BAUER, G., PELIKAN, J., LINDSTRÖM, B. & ESPNES, G. A. (eds.) *The Handbook of Salutogenesis*.
- ESPANHA, R. & ÁVILA, P. 2016. Health literacy survey Portugal: A contribution for the knowledge on health and communications. *Procedia Computer Science*, 100, 1033-1041.
- EVANS, R. L. & CONNIS, R. T. 1995. Comparison of brief group therapies for depressed cancer patients receiving radiation treatment. *Public Health Rep.* 110(3):306-311, 110.
- FERNANDEZ, D., LARSON, J. & ZIKMUND-FISHER, B. 2016. Associations between health literacy and preventive health behaviors among older adults: Findings from the health and retirement study. *BMC Public Health*, 16.
- FINBRÅTEN, H., WILDE-LARSSON, B., NORDSTRÖM, G., PETTERSEN, S. & GUTTERSUD, Ø. 2018. Establishing the HLS-Q12 short version of the European Health Literacy Survey Questionnaire: Latent trait analyses applying Rasch modelling and confirmatory factor analysis. *BMC Health Services Research*, 18.
- FOUSEK, S., DIMOTTNER, B. & NOWAK, P. 2012. Health Literacy – Grundlagen und Vorschläge für die Umsetzung des RahmenGesundheitszieles „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ *In*: GESUNDHEITS, B. F. (ed.).

- FUNNELL, M. M. 2010. Peer-based behavioural strategies to improve chronic disease self-management and clinical outcomes: evidence, logistics, evaluation considerations and needs for future research. *Family practice*, 27 Suppl 1, i17-i22.
- GAGLIARDI, A. R., BERTA, W., KOTHARI, A., BOYKO, J. & URQUHART, R. 2016. Integrated knowledge translation (IKT) in health care: a scoping review. *Implementation Science*, 11, 38.
- GRIFFEY, R. T., SHIN, N., JONES, S., AGINAM, N., GROSS, M., KINSELLA, Y., WILLIAMS, J. A., CARPENTER, C. R., GOODMAN, M. & KAPHINGST, K. A. 2015. The impact of teach-back on comprehension of discharge instructions and satisfaction among emergency patients with limited health literacy: A randomized, controlled study. *Journal of Communication in Healthcare*, 8, 10-21.
- HAWKINS, M., GILL, S. D., BATTERHAM, R., ELSWORTH, G. R. & OSBORNE, R. H. 2017. The Health Literacy Questionnaire (HLQ) at the patient-clinician interface: a qualitative study of what patients and clinicians mean by their HLQ scores. *BMC Health Serv Res*, 17, 309.
- HEIGL, A. 2002. Aktive Lebenserwartung: Konzeptionen und neuer Modellansatz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35, 519-527.
- HJELM, C., DAHL, A., BROSTRÖM, A., MÅRTENSSON, J., JOHANSSON, B. & STRÖMBERG, A. 2012. The influence of heart failure on longitudinal changes in cognition among individuals 80 years of age and older. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 994-1003.
- HOFFMANN, T., MCKENNA, K., WORRALL, L. & READ, S. J. 2007. Randomised trial of a computer-generated tailored written education package for patients following stroke. *Age Ageing*, 36, 280-6.
- HYRKAS, K. & WIGGINS, M. 2014. A comparison of usual care, a patient-centred education intervention and motivational interviewing to improve medication adherence and readmissions of adults in an acute-care setting. *A comparison of usual care, a patient-centred education intervention and motivational interviewing to improve medication adherence and readmissions of adults in an acute-care setting*, 22, 350.
- JANGLAND, E., CARLSSON, M., LUNDGREN, E. & GUNNINGBERG, L. 2012. The impact of an intervention to improve patient participation in a surgical care unit: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 528-538.

- JOINT COMMITTEE ON NATIONAL HEALTH EDUCATION STANDARDS 1995. National Health Education Standards: Achieving Health Literacy.
- JORDAN, S. & HOEBEL, J. 2015. Gesundheitskompetenz von erwachsenen in deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 58, 942-950.
- KEÇEÇI, A. & BULDUK, S. 2012. Health Education for the Elderly.
- KEMPPAINEN, V., TOSSAVAINEN, K. & TURUNEN, H. 2012. Nurses' roles in health promotion practice: An integrative review. *Health promotion international*, 28.
- KICKBUSCH, I. 2001. Health literacy: Addressing the health and education divide. *Health promotion international*, 16, 289-97.
- KICKBUSCH, I. & GLEICHER, D. 2012. *Governance for health in: the 21st century*, World Health Organization. Regional Office for Europe.
- KIM, S. H. & UTZ, S. 2019. Effectiveness of a Social Media-Based, Health Literacy-Sensitive Diabetes Self-Management Intervention: A Randomized Controlled Trial. *J Nurs Scholarsh*, 51, 661-669.
- KIM, Y. J. & LEE, G. E. 2014. Evaluation of Readability of Health Leaflets and Health Literacy of Elderly Inpatients in a Medical Cente. *J Korean Gerontol Nurs*, 16, 9-17.
- KÖBERICH, S., LOHRMANN, C., MITTAG, O. & DASSEN, T. 2015. Effects of a hospital-based education programme on self-care behaviour, care dependency and quality of life in patients with heart failure - a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 24, 1643-1655.
- KOLAR, T. R., KAUČIČ, B. & KOLNIK, T. 2017. The role of the nurse in improving health literacy among older adults. *Pielegniarstwo XXI wieku / Nursing in the 21st Century*, 16.
- LARSEN, A. K., THYGESEN, L. C., MORTENSEN, O. S., PUNNETT, L. & JØRGENSEN, M. B. 2019. The effect of strengthening health literacy in nursing homes on employee pain and consequences of pain – a stepped-wedge intervention trial. *Scand J Work Environ Health*, 45, 386-395.
- LEVAC, D., COLQUHOUN, H. & O'BRIEN, K. K. 2010. Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*, 5, 69.

- LINDQUIST, L. A., GO, L., FLEISHER, J., JAIN, N., FRIESEMA, E. & BAKER, D. W. 2012. Relationship of health literacy to intentional and unintentional non-adherence of hospital discharge medications. *Journal of general internal medicine*, 27, 173-178.
- LIU, X. B., AYATOLLAHI, Y., YAMASHITA, T., JARADAT, M., SHEN, J. J., KIM, S. J., LEE, Y. J., HWANG, J., YEOM, H., UPADHYAY, S., LIU, C., CHOI, H. & YOO, J. W. 2019. Health Literacy and Mortality in Patients With Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Res Gerontol Nurs*, 12, 99-108.
- LOCKWOOD, C., MUNN, Z. & PORRITT, K. 2015. Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *Int J Evid Based Healthc*, 13, 179-87.
- MACLEOD, S., MUSICH, S., HAWKINS, K. & ARMSTRONG, D. 2017. The growing need for resources to help older adults manage their financial and healthcare choices. *BMC Geriatrics*, 17.
- MANAFÒ, E. & WONG, S. 2012. Health literacy programs for older adults: a systematic literature review. *Health education research*, 27 6, 947-60.
- MANIACI, M. J., HECKMAN, M. G. & DAWSON, N. L. Functional health literacy and understanding of medications at discharge. *Mayo Clinic Proceedings*, 2008. Elsevier, 554-558.
- MARQUES, S. R. L. & LEMOS, S. M. A. 2017. Health literacy assessment instruments: literature review. *Audiol Commun Res [Internet]*, 22, e1757.
- MATTHEWS, L. A., SHINE, A. L., CURRIE, L., CHAN, C. V. & KAUFMAN, D. R. 2012. A Nurse's Eye-View on Health Literacy in Older Adults. *NI 2012 : 11th International Congress on Nursing Informatics, June 23-27, 2012, Montreal, Canada. International Congress in Nursing Informatics (11th : 2012 : Montreal, Quebec)*, 2012, 204-204.
- MITTELMARK, M. & BAUER, G. 2017. The Meanings of Salutogenesis. In: MITTELMARK, M., SAGY, S., ERIKSSON, M., BAUER, G., PELIKAN, J., LINDSTRÖM, B. & ESPNES, G. A. (eds.) *The Handbook of Salutogenesis, Kapitel 2, S. 7-14*.
- MOHER, D., LIBERATI, A., TETZLAFF, J., ALTMAN, D. G. & GROUP, P. 2009. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS med*, 6, e1000097.

- MOOLA, S., MUNN, Z., TUFANARU, C., AROMATARIS, E., SEARS, K., SFETCU, R., CURRIE, M. P., QURESHI, R., MATTIS, P., LISY, K. & MU, P.-F. 2020. Chapter 7: Systemic review of etiology and risk. *In: AROMATARIS, E. & MUNN, Z. (eds.) Manual for Evidence Synthesis.*
- MUNN, Z., PETERS, M. D. J., STERN, C., TUFANARU, C., MCARTHUR, A. & AROMATARIS, E. 2018. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18, 143.
- NATIONAL CENTER FOR EDUCATION STATISTICS. 2018. *National Adult Literacy Survey (NALS)* [Online]. Available: <https://nces.ed.gov/statprog/handbook/nals.asp> [Accessed 07. November 2020].
- NIELSEN-BOHLMAN, L., PANZER, A. M. & KINDIG, D. A. 2004. The extent and associations of limited health literacy. *Health literacy: a prescription to end confusion*. National Academies Press (US).
- NORTON, L. 1998. Health promotion and health education: what role should the nurse adopt in practice? *Journal of Advanced Nursing*, 28, 1269-1275.
- NUTBEAM, D. 2000. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21st century. *Health Promotion International*, 15.
- OKAN, O. 2019. From Saranac Lake to Shanghai: A brief history of health literacy. *In: OKAN, O., BAUER, U., LEVIN-ZAMIR, D., PINHEIRO, P. & SØRENSEN, K. (eds.) International Handbook Of Health Literacy - Research, practice and policy across the lifespan, Kapitel 2, S. 21-39.*
- PARKER, R. M., BAKER, D. W., WILLIAMS, M. V. & NURSS, J. R. 1995. The test of functional health literacy in adults. *Journal of General Internal Medicine*, 10, 537-541.
- PARTIPRAJAK, S., HANUCHARURNKUL, S., PIASEU, N., BROOTEN, D. & NITYASUDDHI, D. 2011. Outcomes of an advanced practice nurse-led type-2 diabetes support group. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 15, 288-304.

- PELIKAN, J., GANAHL, K., VAN DEN BROUCKE, S. & SØRENSEN, K. 2019. Measuring health literacy in Europe: Introducing the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *In*: OKAN, O., BAUER, U., LEVIN-ZAMIR, D., PINHEIRO, P. & SØRENSEN, K. (eds.) *International Handbook of Health Literacy: Research, Practice and Policy across the Life-span, Kapitel 8, S. 115-138*.
- PENDER, N., MURDAUGH, C. & PARSON, M. A. 2014. Health Promotion in Nursing Practice. 7 ed.: Pearson, Kapitel 9, S. 198-214.
- PETERS, M. D., GODFREY, C. M., KHALIL, H., MCINERNEY, P., PARKER, D. & SOARES, C. B. 2015. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc*, 13, 141-6.
- PUBMED. 1966a. *aged* [Online]. Available: <https://www-1ncbi-1nlm-1nih-1gov-10013b5xf0df9.han.medunigraz.at/mesh/68000368> [Accessed 16. November 2020].
- PUBMED. 1966b. *middle aged* [Online]. Available: <https://www-1ncbi-1nlm-1nih-1gov-10013b55e1238.han.medunigraz.at/mesh/?term=middle+aged> [Accessed 06. November 2020].
- PUBMED. 1987. *aged, 80 and over* [Online]. Available: <https://www-1ncbi-1nlm-1nih-1gov-10013b5xf0df9.han.medunigraz.at/mesh/68000369> [Accessed 16. November 2020].
- RECHTSINFORMATIONSSYSTEM DES BUNDES. 2016. *Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG)* [Online]. Available: https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetze_snummer=10011026 [Accessed 20. Oktober 2020].
- ROOTMAN, I. 2004. Health promotion and literacy: Implications for nursing. *The Canadian journal of nursing research = Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 36, 13-21.
- ROSER, M., ORTIZ-OSPINA, E. & RITCHIE, H. 2013. *Life Expectancy* [Online]. Available: <https://ourworldindata.org/life-expectancy> [Accessed 09. Noveber 2020].
- RÖTHLIN, F., GANAHL, K. & NOWAK, P. 2017. Empfehlungen für eine international vergleichbare Erhebung von Gesundheitskompetenz (HLS-Neu) in Österreich. 1 ed.
- RUNCIMAN, P., WATSON, H., MCINTOSH, J. & TOLSON, D. 2006. Community nurses' health promotion work with older people. *Journal of Advanced Nursing*, 55, 46-57.

- SABOGA-NUNES, L., BITTLINGMAYER, U. & OKAN, O. 2019. Salutogenesis and health literacy: The health promotion simplex! *In: OKAN, O., BAUER, U., LEVIN-ZAMIR, D., PINHEIRO, P. & SØRENSEN, K. (eds.) International Handbook of Health Literacy. Research, Practice and Policy across the Life-Span.*
- SCHOBER, M., LEHWALDT, D., ROGERS, M., STEINKE, M., TURALE, S., PULCINI, J., ROUSSEL, J. & STEWART, D. 2020. Advanced Practice Nursing. *In: NURSES, I. C. O. (ed.) Guidelines on Advanced Practice Nursing 2020.*
- SCHWARTZBERG, J. G., COWETT, A., VANGEST, J. & WOLF, M. S. 2007. Communication techniques for patients with low health literacy: a survey of physicians, nurses, and pharmacists. *Am J Health Behav*, 31 Suppl 1, S96-104.
- SERBIM, A., PASKULIN, L. & NUTBEAM, D. 2019. Improving health literacy among older people through primary health care units in Brazil: feasibility study. *Health promotion international.*
- SHANNON, C. 2017. Working together to understand community health literacy. *Cogent Medicine*, 4.
- SHEN, Q., KARR, M., KO, A., CHAN, D. K. Y., KHAN, R. & DUVALL, D. 2006. Evaluation of a medication education program for elderly hospital in-patients. *Geriatric Nursing*, 27, 184-192.
- SIMON, M. 2018. Literaturrecherche. *In: BRANDENBURG, H., PANFIL, E.-M. & SCHREMS, B. (eds.) Pflegewissenschaft 2 - Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung.* Hogrefe Verlag.
- SMITH, C. A., CHANG, E., GALLEGGO, G., KHAN, A., ARMOUR, M. & BALNEAVES, L. G. 2019. An education intervention to improve decision making and health literacy among older Australians: a randomised controlled trial. *BMC Geriatrics*, 19, 129.
- SMYLIE, J., O'BRIEN, K., XAVIER, C. G., ANDERSON, M., MCKNIGHT, C., DOWNEY, B. & KELAHER, M. 2018. Primary care intervention to address cardiovascular disease medication health literacy among Indigenous peoples: Canadian results of a pre-post-design study. *Can J Public Health*, 109, 117-127.
- SØRENSEN, K., PELIKAN, J. M., RÖTHLIN, F., GANAHL, K., SLONSKA, Z., DOYLE, G., FULLAM, J., KONDILIS, B., AGRAFIOTIS, D., UITERS, E., FALCON, M., MENSING, M., TCHAMOV, K., VAN DEN BROUCKE, S. & BRAND, H. 2015. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*, 25, 1053-8.

- SØRENSEN, K., VAN DEN BROUCKE, S., FULLAM, J., DOYLE, G., PELIKAN, J. & SLONSKA, Z. 2012. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BioMed Central Public Health*, 25, 12-80.
- SØRENSEN, K., VAN DEN BROUCKE, S., PELIKAN, J., FULLAM, J., DOYLE, G., SLONSKA, Z., KONDILIS, B., STOFFELS, V., OSBORNE, R. & BRAND, H. 2013. Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC public health*, 13, 948.
- STATISTIK AUSTRIA. 2020. *Österreichische Gesundheitsbefragung 2019 - Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation* [Online]. Available: http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/4/index.html?includePage=etailedView§ionName=Gesundheit&pubId=794 [Accessed 04. November 2020].
- STORMS, H., CLAES, N., AERTGEERTS, B. & VAN DEN BROUCKE, S. 2017. Measuring health literacy among low literate people: an exploratory feasibility study with the HLS-EU questionnaire. *BMC Public Health*, 17, 475.
- THILO, F., SOMMERHALDER, K. & HAHN, S. 2012. Health literacy-a concept for professional nursing? *Pflege*, 25, 427-438.
- TUFANARU, C., MUNN, Z., AROMATARIS, E., CAMPBELL, J. & HOPP, L. 2020. Chapter 3: Systematic review of effectiveness. In: AROMATARIS, E. & MUNN, Z. (eds.) *JBIManual for Evidence Synthesis*.
- VICTOOR, A., DELNOIJ, D. M. J., FRIELE, R. D. & RADEMAKERS, J. J. 2012. Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 12, 272.
- VOGT, D., SCHÄFER, D. & QUENZEL, G. 2017. *Health Literacy bei älteren Menschen - Konsequenzen für die Stärkung der Nutzerkompetenz*. Dissertation, Universität Bielefeld.
- VOIGT-BARBAROWICZ, M. & BRÜTT, A. L. 2020. The Agreement between Patients' and Healthcare Professionals' Assessment of Patients' Health Literacy-A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*, 17.
- VON ELM, E., SCHREIBER, G. & HAUPT, C. C. 2019. Methodische Anleitung für Scoping Reviews (JBI-Methodologie). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 143, 1-7.

WHO 1986. Ottawa Charter for Health Promotion.

WHO 2019. Sieben Jahre Gesundheit 2020: Lehren aus der Umsetzung des gesundheitspolitischen Rahmenkonzepts der Europäischen Region. Kopenhagen.

WITTENBERG, E., FERRELL, B., KANTER, E. & BULLER, H. 2018. Health Literacy: Exploring Nursing Challenges to Providing Support and Understanding. *Clinical journal of oncology nursing*, 22, 53-61.

YEN, P. H. & LEASURE, A. R. 2019. Use and Effectiveness of the Teach-Back Method in Patient Education and Health Outcomes. *Federal practitioner : for the health care professionals of the VA, DoD, and PHS*, 36, 284-289.

ZAMORA, H. & CLINGERMAN, E. 2011. Health Literacy Among Older Adults A Systematic Literature Review. *Journal of gerontological nursing*, 37, 41-51.

5.1. Bundesgesetze

GuKG, BGBl I Nr. 108/1997, in der Fassung BGBl Nr. 75/2016.

6. Anhang

6.1. Suchstrategie PubMed

((((((("Medication Adherence"[Title/Abstract] OR "Health Literacy"[Title/Abstract]) OR "self management"[Title/Abstract]) OR "Health Communication"[Title/Abstract]) OR "Patient Participation"[Title/Abstract]) OR "Empowerment"[Title/Abstract]) OR (((("Medication Adherence"[MeSH Terms] OR "Health Literacy"[MeSH Terms]) OR "self-management"[MeSH Terms]) OR "Health Communication"[MeSH Terms]) OR "Patient Participation"[MeSH Terms]) OR "Empowerment"[MeSH Terms])) AND (((("Aged"[Title/Abstract] OR "older adult"[Title/Abstract]) OR "senior*"[Title/Abstract]) OR "old aged"[Title/Abstract]) OR "elderly"[Title/Abstract]) OR ("Aged"[MeSH Terms] OR "aged, 80 and over"[MeSH Terms]) OR "Middle Aged"[MeSH Terms])) AND (((("Nurses"[MeSH Terms] OR "nurse-patient relations"[MeSH Terms]) OR ("Nursing"[MeSH Terms] OR "Nursing"[MeSH Subheading])) OR ("nurse profession*"[Title/Abstract] OR "Nursing"[Title/Abstract]) OR "nursing intervention"[Title/Abstract])) AND ((("Hospitals"[MeSH Terms] OR "Inpatients"[MeSH Terms]) OR ("hospital"[Title/Abstract] OR "inpatient"[Title/Abstract]))

6.2. Suchstrategie CENTRAL

-
- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| 1. health literacy.ti,sh,hw. | 13. middle aged.ti,sh,hw. |
| 2. medication adherence.ti,sh,hw. | 14. 9 or 10 or 11 or 12 |
| 3. self-management.ti,sh,hw. | 15. "nurs* ".ti,sh,hw. |
| 4. health communication.ti,sh,hw. | 16. nursing intervention.ti,sh,hw. |
| 5. patient participation.ti,sh,hw. | 17. nurse professional.ti,sh,hw. |
| 6. empowerment.ti,sh,hw. | 18. 15 or 16 or 17 |
| 8. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 | 19. hospital.ti,sh,hw. |
| 9. aged.ti,sh,hw. | 20. inpatient.ti,sh,hw. |
| 10. older adults.ti,sh,hw. | 21. 19 or 20 |
| 11. "senior* ".ti,sh,hw. | 22. 8 and 14 and 18 and 21 |
| 12. elderly.ti,sh,hw. | |
-

6.3. Suchstrategie Cochrane Database of Systematic Reviews

-
- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. health literacy.ti,kw. | 13. elderly.ti,kw. |
| 2. medication adherence.ti,kw. | 14. 9 or 10 or 11 or 12 or 13 |
| 3. self-management.ti,kw. | 15. nurse-patient relation.ti,kw. |
| 4. health communication.ti,kw. | 16. nursing.ti,kw. |
| 5. patient participation.ti,kw. | 17. "nurs*".ti,kw. |
| 6. patient education.ti,kw. | 18. nursing intervention.ti,kw. |
| 7. empowerment.ti,kw. | 19. nurse professional.ti,kw. |
| 8. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 | 20. 15 or 16 or 17 or 18 or 19 |
| 9. aged.ti,kw. | 21. hospital.ti,kw. |
| 10. older adults.ti,kw. | 22. inpatient.ti,kw. |
| 11. "senior*".ti,kw. | 23. 21 or 22 |
| 12. old aged.ti,kw. | 24. 8 and 14 and 20 and 23 |
-

6.4. Suchstrategie CINAHL

-
- | | |
|----|--|
| S1 | (MH "Medication Compliance") OR "medication adherence" OR (MH "Health Literacy") OR "health literacy" OR (MH "Self-Management") OR "self-management" OR "health communication" OR (MH "Consumer Participation") OR "patient participation" OR (MH "Empowerment") OR "empowerment" OR (MH "Patient Education") OR "patient education" |
| S2 | (MH "Aged") OR "aged" OR (MH "Aged, 80 and Over") OR "elderly" OR "old aged" (MH "Middle Aged") OR "middle aged" |
| S3 | (MH "Nursing Interventions") OR "nursing intervention" OR (MH "Nursing Practice") OR "nurse professional" OR "nursing" |
| S4 | "inpatient" OR (MH "Inpatients") OR "hospital" |
| S5 | S1 AND S2 AND S3 AND S4 |
-

6.5. Suchstrategie Handsuche

ISI Web of Knowledge

S1 TI=(health literacy OR medication adherence)

S2 TI=(elderly OR aged)

S3 TI=(nurs*)

S4 S1 AND S2 AND S3

greyLit.org

Health literacy AND aged

Google Scholar

(health literacy OR medication adherence OR empowerment) AND nurs* AND (aged OR elderly) AND (hospital OR inpatient NOT nursing home)
