

Vermittlung von Gesundheitskompetenz als Aufgabe professioneller Pflege

Bachelorarbeit
Zur Erlangung des Grades „Bachelor of Science“ (B.Sc.)

Erstprüfer: T. Immenroth, M.A.

Zweitprüfer: Prof. Dr. M. Frank

Günther, Friederike

Braunschweig, den 02.10.2020

„People cannot achieve their fullest health potential
unless they are able to take control of those things
which determine their health“¹

¹ World Health Organization (Hrsg.), 1986, S. 1

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Problemherleitung.....	1
1.2	Forschungsfrage	2
1.3	Aufbau der Arbeit.....	3
2	Gesundheitskompetenz: konzeptionelle Einordnung und Relevanz.....	3
2.1	Begriffsbestimmung Gesundheitskompetenz.....	3
2.2	Gesundheitskompetenz im Kontext von Prävention und Gesundheitsförderung	7
2.3	Entwicklung der Gesundheitskompetenz in Deutschland	11
2.3.1	Gesundheitskompetenz in Deutschland	11
2.3.2	Bedeutung von Gesundheitskompetenz in Deutschland ...	13
2.3.3	Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz .	15
3	Patientenedukation zur Stärkung der Gesundheitskompetenz.....	17
3.1	Begriffsbestimmung Patientenedukation.....	17
3.2	Relevanz von Patientenedukation	20
4	Methode	22
4.1	Datenanalyse.....	22
4.2	Bewertung der Literatur	24
5	Gesundheitskompetenz vor dem Hintergrund chronischer Erkrankungen.....	26
5.1	Begriffsbestimmung und Relevanz chronischer Erkrankungen.....	26
5.2	Bewältigungsanforderungen und -strategien von Patienten mit chronischen Erkrankungen	28
5.2.1	Trajektmodell.....	28
5.2.2	Rollenbild des chronisch erkrankten Patienten.....	29
5.2.3	Selbstmanagement und Empowerment.....	31
5.3	Gesundheitskompetenz zur Bewältigung chronischer Erkrankungen	33
6	Patientenedukation im Kontext professioneller Pflege	35
6.1	Professionelle Pflege als Vermittler von Gesundheitskompetenz 35	
6.1.1	Begriffsbestimmung und Ausrichtung professioneller Pflege 35	
6.1.2	Gesundheitskompetenz im Kontext professioneller Pflege.....	36
6.2	Patientenedukation als Tätigkeit professionell Pflegenden	39

6.2.1	Sozial- und berufsrechtliche Rahmenbedingungen pflegegeleiteter Patientenedukation	39
6.2.2	Spezifitäten pflegegeleiteter Patientenedukation	42
6.3	Voraussetzungen und Barrieren für eine gelingende Patientenedukation in der professionellen Pflege	45
7	Auswirkungen von pflegegeleiteter Patientenedukation auf die Gesundheitskompetenz chronisch erkrankter Patienten	47
8	Diskussion	51
9	Fazit und Ausblick	54
	Literaturverzeichnis	57
	Anhang I: Gliederung der Teilfragen in Recherchekomponenten	68
	Anhang II: Tabellarische Darstellung der Suchstrategien	69
	Anhang III: Rechercheergebnisse in deutscher Sprache	71
	Anhang IV: Rechercheergebnisse in englischer Sprache	72
	Anhang V: Dokumentation der Literaturrecherche nach dem PRISMA Flow Diagramm	73
	Anhang VI: Bewertungssystem evidenzbasierter Praxis nach Rosswurm und Larrabee (1999)	74
	Anhang VII: Literaturbewertung Cochrane Library Deutschland	75

Anmerkung:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text auf eine geschlechterspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten stets gleichberechtigt für die weibliche, männliche und diverse Form.

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
BGBI	Bundesgesetzblatt
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
CH	Cinahl headings
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
Ebd.	Ebenda
f., ff.	folgende Seite(n)
HLS-EU	European Health Literacy Survey
HLS-EU-Q	European Health Literacy Survey Questionnaire
HLS-GER	Deutscher Health Literacy Survey
Hrsg.	Herausgeber
ICN	International Council of Nursing
i.d.R.	in der Regel
KrPflG	Krankenpflegegesetz

MeSH	Medical Subject Headings
o.J.	ohne Jahr
PfIBG	Pflegeberufegesetz
PfIBRefG	Pflegeberufereformgesetz
PSG II	Zweites Pflegestärkungsgesetz
RA	rheumatoide Arthritis
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
SBG XI	Elftes Sozialgesetzbuch
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organisation, deutsch: Weltgesundheitsorganisation

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Konzeptionelles und logisches Modell von umfassender Gesundheitskompetenz nach Sørensen, K. et al. (2012)	6
Abbildung 2: Niveau der Gesundheitskompetenz des Gesamtindex in der HLS-GER und der HLS-EU Stichprobe in Prozent	12
Abbildung 3: Studienergebnisse zur Ausprägung der Gesundheitskompetenz in Deutschland	13
Abbildung 4: Parallelen zwischen Pflegeprozess und pflegegeleiteter Patientenedukation	44
Abbildung 5: Darstellung der Ergebnisse der Literaturrecherche	73

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Teilfragen und Recherchekomponenten	68
Tabelle 2: Darstellung der Recherchekomponenten und untergeordnete Schlagwörter	69
Tabelle 3: Rechercheergebnisse in deutscher Sprache	71
Tabelle 4: Rechercheergebnisse in englischer Sprache.....	72

1 Einleitung

1.1 Problemherleitung

Die Bedeutung chronischer, nichtübertragbarer Krankheiten nimmt weltweit an Bedeutung zu. Im Zusammenhang mit dem demographischen Wandel zählen sie zu den großen Herausforderungen des Gesundheitssystems.² Mit dem Fortschreiten medizinischer und therapeutischer Möglichkeiten werden chronische Krankheiten immer mehr von kurzfristigen Todesursachen zu langfristigen Lebensbegleitern. Die dadurch entstehende Verschiebung der Krankheitslast führt auf der einen Seite zu einem Vorantreiben gesundheitsförderlicher und präventiver Bemühungen, wie beispielsweise dem Ausbau von Vorsorgepraktiken, dem Erhalt der Lebensqualität oder Maßnahmen zur Stärkung der Selbstmanagementfähigkeiten chronisch erkrankter Personen.³ Auf der anderen Seite sehen sich Betroffene vor den Herausforderungen eines Lebens mit einem komplexen und langfristigen Krankheitsverlauf gegenübergestellt. Aufgrund vielfältiger körperlicher, psychischer und sozialer Folgen wirken sich chronische Erkrankungen in besonderer Weise auf die Lebensführung der Betroffenen aus. Das Krankheitsgeschehen verläuft nicht gleichförmig. Symptome treten in einzelnen Krankheitsphasen unterschiedlich stark ausgeprägt aus.⁴ Für eine erfolgreiche Bewältigung chronischer Krankheiten wird in diesem Zusammenhang immer mehr das Vorhandensein bzw. die Stärkung einer ausgeprägten Gesundheitskompetenz gefordert.⁵ Das individuelle Maß an Gesundheitskompetenz gilt als wesentliche Voraussetzung um sich im Gesundheitssystem zurecht zu finden und gesundheitsbezogene Informationen zu verstehen und bewerten zu können.⁶

Während Health Literacy international bereits seit mehreren Jahrzehnten ein eigenes Forschungsthema darstellt, rückt das Thema Gesundheitskompetenz auch zunehmend in den Fokus deutscher Forschungsuntersuchungen.⁷ Ergebnisse einer repräsentativen Studie

² Vgl.: Schaeffer, D./ Haselbeck, J., 2016, S. 244

³ Vgl.: Dietscher, C./ Pelikan, J., 2016, S: 420

⁴ Vgl.: Schaeffer, D. et al. 2018, S. 45

⁵ Vgl.: Ebd.

⁶ Vgl.: Schaeffer, D. et al, 2016, S. 53

⁷ Vgl.: Kolpatzki, K./ Schaeffer, D./ Vogt, D., 2018, S. 7f

zum Stand der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung (HLS-GER) zeigen, dass mehr als die Hälfte der Bevölkerung, 54,3%, über eine eingeschränkte bis unzureichende Gesundheitskompetenz verfügen.⁸ Davon sind mit einem Anteil von 73% Menschen mit chronischen Krankheiten betroffen.⁹

1.2 Forschungsfrage

Die Förderung der Gesundheitskompetenz wird als Aufgabenfeld aller Gesundheitsberufe beschrieben. Dabei gelten besonders Maßnahmen im Bereich der Patientenedukation als erfolgreich.¹⁰ Sie sollen neben einem positiven Erleben von Selbstwirksamkeit, Betroffene zu gesundheitsfördernden Lebens- und Verhaltensweisen befähigen.¹¹

Während der Berufsgruppe der Pflege¹² auf internationaler Ebene bei der Durchführung edukativer Tätigkeiten eine zentrale Funktion zugeschrieben wird, findet die Pflege in Untersuchungen zur Förderung der Gesundheitskompetenz, im deutschsprachigen Raum noch relativ wenig Berücksichtigung.¹³ Derzeit wird das Führen von Gesprächen in der Pflege oft nicht als Interaktionsarbeit oder edukative Tätigkeit anerkannt, sondern vielerorts als „Schwatz“ abgetan.¹⁴

Im Rahmen der vorliegenden Bachelorarbeit soll der Frage nachgegangen werden, in wie fern pflegegeleitete Patientenedukation zur Stärkung der Gesundheitskompetenz bei chronisch kranken Patienten beitragen kann. Dabei soll das Potential pflegegeleiteter Patientenedukation herausgestellt und die Rolle professionell Pflegenden als Vermittler von Gesundheitskompetenz in den Fokus gerückt werden.

⁸ Vgl.: Schaeffer, D. et al., 2017, S. 13

⁹ Vgl.: Kolpatzik, K./ Schaeffer, D./ Vogt, D., 2018, S. 10

¹⁰ Vgl.: Bitzer, E.-M./ Spörhase, U., 2016, S. 23

¹¹ Vgl.: Lenartz, N./ Soellner, R./ Rudinger, G., 2016, S. 14

¹² Im Folgenden synonym mit professioneller Pflege/ beruflich Pflegenden gleichgesetzt. Mit allen Begriffsverwendungen geht das Innehaben einer mindestens dreijährigen, erfolgreich abgeschlossenen Berufsausbildung nach den Kriterien des Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG) einher.

¹³ Vgl.: Kolpatzki, K./ Schaeffer, D./ Vogt, D., 2018, S. 7f

¹⁴ Vgl.: Zegelin, A., 2015, S. 26

1.3 Aufbau der Arbeit

Zur Beantwortung der Forschungsfrage, in wie fern pflegegeleitete Patientenedukationen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz bei chronisch kranken Patienten beitragen kann, soll zunächst ein theoretischer Bezugsrahmen gegeben werden. Neben einer Begriffsbestimmung und konzeptionellen Einordnung soll die Relevanz sowie Maßnahmen von Gesundheitskompetenz und Patientenedukation dargestellt werden. Nach einer ausführlichen Beschreibung des methodischen Vorgehens wird auf die besondere Verlaufsdynamik und Bedürfnisse chronisch Kranker eingegangen. Dabei findet eine Kontextualisierung chronischer Erkrankungen mit Gesundheitskompetenz statt. Anschließend findet eine Verortung der Berufsgruppe Pflege in das Konzept Gesundheitskompetenz statt. Die Eignung professioneller Pflege zur Durchführung von Patientenedukation wird geprüft, bevor abschließend eine studienbasierte Übersicht über die Wirksamkeit pflegegeleiteter Interventionen hinsichtlich der Gesundheitskompetenz chronisch erkrankter Patienten gegeben wird. Nach einer daran anknüpfenden Diskussion wird abschließend ein Ausblick und eine Empfehlung für die pflegerische Praxis gegeben.

2 Gesundheitskompetenz: konzeptionelle Einordnung und Relevanz

2.1 Begriffsbestimmung Gesundheitskompetenz

Das Wort Gesundheitskompetenz ist auf den aus dem anglo-amerikanischen Raum stammenden Begriff Health Literacy zurückzuführen. Wörtlich übersetzt meint dies gesundheitliche Literalität. Entstanden aus der amerikanischen Alphabetisierungsdiskussion ist hiermit eine Schriftsprachkompetenz gemeint.¹⁵ Literale Fähigkeiten werden als Voraussetzung für das Verstehen von gesundheitsrelevanten Informationen und die Fähigkeit sich angemessen im Gesundheitssystem zu verhalten, verstanden.¹⁶ Vielfach wird das Erlangen dieser Kompetenzen auch mit einer für Therapie und

¹⁵ Vgl.: Schaeffer, D./ Pelikan, J. M., 2017, S. 11

¹⁶ Vgl.: Kolpatzik, K./ Schaeffer, D., Vogt, D., 2018, S. 8

Behandlung erforderlichen Compliance gleichgesetzt.^{17, 18} Mit zunehmender Diskussion um eine einheitliche Definition von Health Literacy findet eine Ausweitung, der unter Literacy verstanden Kompetenzen, statt. Während das Konzept anfänglich auf einem rein funktionalen Verständnis beruhte und sich ausschließlich an Krankheit bzw. Krankheitsbewältigung orientierte, wird dem Konzept zunehmend die Bedeutung einer Alltagskompetenz, die für das Treffen von gesundheitsrelevanten Entscheidungen und Handlungen benötigt wird, zugeschrieben.¹⁹ Die unterschiedliche Auslegung von Literacy führen dabei bis heute zu einem anhaltenden definitorischen Diskurs.²⁰

Ältere, an Krankheit, bzw. Krankheitsbewältigung orientierte Ansätze von Health Literacy sahen lange Zeit die Lese- und Schreibfähigkeit von Patienten als erforderlich für den Umgang mit Anforderungen bei Therapie und Behandlung an.²¹ Durch das von der WHO veröffentlichten Health Promotion Glossary (1998) fand erstmals eine Erweiterung statt.²² Mit einer Orientierung an Gesundheitsförderung und Public Health erfolgt ein Perspektivwechsel. Galt Health Literacy anfänglich ausschließlich als ein, auf die Ebene des Individuums bezogener Ansatz, so rückt nun eine populationsbezogene Betrachtung in den Vordergrund. Die ursprünglich medizinisch-klinische und zugleich defizitorientierte Sichtweise wird durch eine ressourcenorientierte Perspektive abgelöst. Zugang zu Partizipation und Empowerment werden dabei als Schlüsselkonzepte verstanden.²³ Es findet eine Abwendung von einem rein funktionalen Verständnis von Gesundheitskompetenz statt.²⁴

Literacy bzw. Literalität wird in diesem Zusammenhang eine umfangreichere Bedeutung als der des bloßen Lesens von Informationen und das Einhalten von Behandlungsterminen zugesprochen. Eine schlechte oder eingeschränkte Literalität hat, dem Verständnis von

¹⁷ Vgl.: Schaeffer, D./ Pelikan, J. M., 2017, S. 11

¹⁸ Vgl.: Kolpatzik, K./ Schaeffer, D./ Vogt, D., 2018, S. 8

¹⁹ Vgl.: Schaeffer, D./ Pelikan, J. M., 2017, S. 11

²⁰ Vgl.: Ebd.

²¹ Vgl.: Ebd.

²² Vgl.: Nutbeam, D., 1998

²³ Vgl.: Ebd., S. 351

²⁴ Vgl.: Ebd., S. 357

Nutbeam, D. (1998), nicht nur negative Auswirkungen auf die Gesundheit zu Folge, sondern begünstigt auch eine schlechte persönliche, soziale und kulturelle Entwicklung des Einzelnen. Der Autor beschreibt Gesundheitskompetenz als Voraussetzung für die Gesunderhaltung.²⁵ Kickbusch, I./ Maag, D. (2008) gehen in ihrer Definition noch einen Schritt weiter und beschreiben Gesundheitskompetenz als „the capacity to make sound health decisions in the context of every day life“²⁶. Literalität wird in diesem Zusammenhang als Schlüsselkompetenz verstanden, die es Menschen befähigt, eigenverantwortlich über ihre Gesundheit zu entscheiden, Informationen zu erhalten und Verantwortung zu übernehmen.²⁷

Neben Nutbeam, D. haben sich eine Vielzahl weiterer Wissenschaftler aus den unterschiedlichsten Disziplinen mit einer Definition von Gesundheitskompetenz befasst. So erfasst die Forschergruppe um Malloy-Weir, L. J./ Charles, C./ Gafni, A. (2016) in einem Review aus dem Jahr 2016, 250 unterschiedliche Definitionen von Health Literacy.²⁸

Eine der neueren, im europäischen Raum viel zitierten Definitionen von Gesundheitskompetenz, wurde im Rahmen des von 2009 bis 2012 durchgeführten Europäischen Health Literacy Survey (HLS-EU) erarbeitet.²⁹ Mit dem Ziel, bisherige Definitionsansätze zu integrieren, beschreibt die Forschergruppe um Sørensen, K./ Van den Broucke, S./ Fullam, J. et al. (2012) Gesundheitskompetenz als „linked to literacy and entails people’s knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgements and take decisions in everyday life concerning health care, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course“³⁰. Literacy wird hierin als mehrdimensionales Konzept verstanden.

²⁵ Vgl.: Nutbeam, D., 1998, S. 356

²⁶ Kickbusch, I./ Maag, D., 2008, S. 206

²⁷ Vgl.: Kickbusch, I./ Maag, D., 2008, S. 206

²⁸ Vgl.: Malloy-Weir, L. J. et al. 2016, S. 338

²⁹ Vgl.: Schaeffer, D. et al., 2016, S. 7

³⁰ Sørensen, K. et al., 2012, S. 3

In Verbindung mit Wissen, Motivation und Kompetenzen, werden literale Fähigkeit als Voraussetzung erachtet, um gesundheitsbezogene Informationen in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung zu erhalten, zu verstehen, einschätzen und anwenden zu können.^{31, 32} Individuen sollen befähigt werden, in allen Lebenslagen, gesundheitsbezogene Entscheidungen informiert und eigenverantwortlich zu treffen und so aktiv zu einer Erhöhung ihrer Lebensqualität beizutragen.³³ Das von den Forschern entwickelte konzeptionelle Modell von Health Literacy baut dabei nicht nur auf bestehenden Definitionsansätzen auf, sondern schließt auch mögliche Determinanten mit ein. Gesundheitskompetenz wird als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die sich in allen Lebensbereichen des Individuums wiederfinden lässt, verstanden (Vgl.: Abb. 1).³⁴

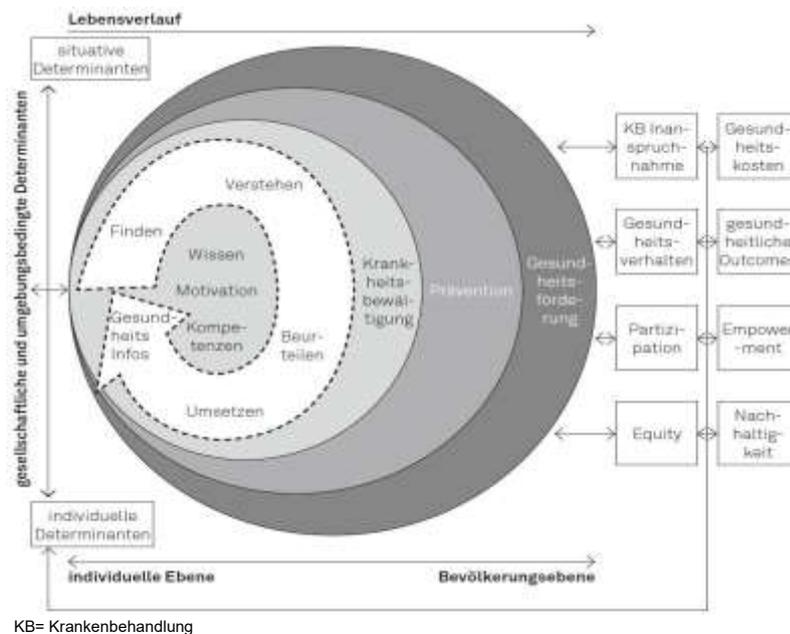


Abbildung 1: Konzeptionelles und logisches Modell von umfassender Gesundheitskompetenz nach Sørensen, K. et al. (2012)³⁵

Die von Sørensen, K. et al. (2012) entwickelte Definition stärkt das Rollenbild eines aktiven, selbstbestimmenden Nutzers im Umgang mit

³¹ Vgl.: Sørensen, K. et al., 2012, S. 11

³² Vgl.: Kolpatzik, K./ Schaeffer, D./ Vogt, D., 2018, S. 8

³³ Vgl.: Schaeffer, D. et al., 2016, S. 7

³⁴ Vgl.: Vogt, D., 2017, S. 14 (Dissertation)

³⁵ Aus: Pelikan, J. M./ Ganahl, K., 2017, S. 95

Gesundheit und Krankheit. Darüber hinaus verdeutlicht es den Paradigmenwechsel der Patienten-Nutzerrolle im Gesundheitssystem. Längst gelten Patienten nicht mehr als passive Empfänger von Dienstleistungen im Gesundheitswesen, sondern können und sollen aktiv an Behandlungen und Therapien teilnehmen. An Stelle der einst auf Compliance konzentrierten Betrachtungsweise des Patienten tritt eine gesundheits- und ressourcenorientierte Perspektive. Gesundheitserhaltung und eine informierte Entscheidungsfindung löst dabei eine bloße Therapietreue ab. Für die Bewältigung dieses Perspektivenwechsels gilt Gesundheitskompetenz als entscheidend.³⁶

2.2 Gesundheitskompetenz im Kontext von Prävention und Gesundheitsförderung

Die Begriffe „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“ werden in der Literatur vielfach gemeinsam genannt, jedoch nicht einheitlich verwendet.³⁷ Vielmehr können Strategien der Prävention, als auch Konzepte der Gesundheitsförderung, als sich ergänzende Interventionen zur Stärkung gesundheitsbezogener Schutzfaktoren und zur Abschirmung bzw. zur Abschwächung von Risikofaktoren verstanden werden.³⁸

Der Begriff der „Krankheitsprävention“, meist verkürzt als „Prävention“ bezeichnet³⁹, ist auf das lateinische Wort „praevenire“ (zuvorkommen) zurückzuführen.⁴⁰ Prävention umfasst in diesem Sinne „alle zielgerichteten Maßnahmen – mit dem Ziel, gesundheitliche Beeinträchtigungen bzw. eine Krankheit zu verhindern, sie weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern“.⁴¹ Erste, vorrangig durch Mediziner geprägte, präventive Ansätze finden sich bereits zu Beginn des 19. Jahrhundert wieder. Hier galt es, durch die Einführung von Hygienemaßnahmen, die Verbreitung von Ansteckungen und das Ausbrechen von Erkrankungen zu vermeiden.⁴² Seit den 1950er Jahren

³⁶ Vgl.: Kolpatzik, K./ Schaeffer, D./ Vogt, D., 2018, S. 8

³⁷ Vgl.: Hurrelmann, K. et al, 2018, S. 23

³⁸ Vgl.: Hurrelmann, K./ Richter, M., 2013, S. 148

³⁹ Vgl.: Hurrelmann, K. et al, 2018, S. 23

⁴⁰ Vgl.: Walter, U./ Patzelt, C./ Nowik, D., 2016 (Internet)

⁴¹ Walter, U./ Patzelt, C./ Nowik, D., 2016 (Internet)

⁴² Vgl.: Schlich, W., 2018, S. 6

richtet sich das Verständnis von Prävention zunehmend auch auf Maßnahmen zur Vorbeugung von nicht-ansteckenden, meist chronischen Erkrankungen.⁴³ Prävention wird somit im Sinne der klassischen, durch Mediziner geprägten Definition, als Krankheitsverhütung verstanden.⁴⁴ Basierend auf dem biomedizinischen Modell werden Störungen im Organismus als krankheitsverursachend angesehen. Um ihnen entgegenzuwirken bedarf es gezielter präventiver Interventionen sowie ätiologisches Wissen über die Entstehung und Veränderung spezifischer Erkrankungen.^{45, 46} Da jedoch nicht immer alle Einflussfaktoren oder die Art ihres kausalen Zusammenwirkens bekannt ist, sind präventive Maßnahmen oftmals nicht an spezifischen Eingriffen ausgerichtet, sondern orientieren sich vielfach an Beeinflussung von Bedingungs- oder Risikofaktoren. Besonders bei komplexen Bedingungsgefügen multipler Faktoren, wie beispielsweise chronische Erkrankungen, orientieren sich präventive Maßnahmen häufig an ganzen Krankheitsspektren.⁴⁷ Präventive Interventionen richten sich somit stark an die Krankheitsvermeidung und die Reduzierung von Risiken, die sich negativ auf die Gesundheit des Individuums bzw. einzelner Bevölkerungsgruppen auswirken können, aus.⁴⁸ Präventive Maßnahmen umfassen sowohl den Ansatz des Verhaltens als auch den des Verhältnisses.⁴⁹ Unabhängig von der Ebene der Intervention, lassen sich präventive Maßnahmen zeitlich in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterscheiden.⁵⁰ Um dargereichte Gesundheitsinformationen zu verstehen oder entsprechend aufgeklärt handeln zu können, ist ein ausreichendes Maß an Gesundheitskompetenz notwendig.⁵¹

⁴³ Vgl.: Schlich, W., 2018, S. 6

⁴⁴ Vgl.: Hasseler, M., 2011, S. 56

⁴⁵ Vgl.: Schlich, W., 2018, S. 8

⁴⁶ Vgl.: Leppin, A., 2018, S. 47

⁴⁷ Vgl.: Ebd.

⁴⁸ Vgl.: Schlich, W., 2018, S. 8

⁴⁹ Vgl.: Angele, S./ Calero, C., 2019, S.323

⁵⁰ Vgl.: Hasseler, M., 2011, S. 56

⁵¹ Vgl.: Abel, T. et al., Stand: 30.06.2018 (Internet)

Das Rahmenkonzept für Strategien der Gesundheitsförderung ist auf die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1986 zurückzuführen.⁵² Forderungen der Charter beziehen sich dabei auf eine Sicherung der Gesundheit der Bevölkerung als gesamtpolitische Aufgabe, die sich auf allen gesellschaftlichen Ebenen sowie allen Politikbereichen erstreckt (Health in All Policies). Eine gesundheitsförderliche Gesetzgebung soll geschaffen werden, um Umweltbelastungen zu reduzieren und Individuen ein gesundes Handeln zu erleichtern. Neben der Ausrichtung auf die Lebenswelt der Gesamtbevölkerung wird auch die Stärkung von Ressourcen und Potentialen des Einzelnen gefordert.⁵³ Menschen sollen, im Sinn von Empowerment, dahingehend bestärkt werden, ihre Bedürfnisse und Stärken wahrzunehmen und zu einer Verbesserung ihrer Gesundheit befähigt werden.^{54, 55} Mit der Orientierung an Ressourcen und Kompetenzen findet eine Umorientierung statt. Anstelle das von einer Verhütung von Krankheiten, wie bei der Prävention, ausgegangen wird, steht die Förderung von Gesundheit im Fokus.⁵⁶

Dabei grenzt sich die Ausrichtung der Gesundheitsförderung mit ihrer salutogenetischen Auffassung von dem bio-medizinischen Verständnis der Prävention deutlich ab.^{57, 58}

Basierend auf der von der WHO veröffentlichten Ottawa Charta von 1986, definiert Nutbeam, D. (1998) Gesundheitsförderung als „process of enabling people to increase control over, and improve their health“⁵⁹. Nutbeam, D. (1998) versteht Gesundheitsförderung in diesem Zusammenhang als einen umfassenden politischen und sozialen Prozess. Gesundheitsfördernde Maßnahmen zielen demnach nicht nur auf eine Stärkung individueller Fähigkeiten und Fertigkeiten ab, sondern richten sich auch an sozialen, ökonomischen und wirtschaftlichen

⁵² Vgl.: Baumgarten, K./ Sterdt, E., 2019, S. 282

⁵³ Vgl.: Schlich, W., 2018, S. 7

⁵⁴ Vgl.: Altgeld, T./ Kolip, P., 2018, S. 62

⁵⁵ Vgl.: Baumgarten, K./ Sterdt, E., 2019, S. 282

⁵⁶ Vgl.: Kaba-Schönstein, L./ Troja, A., 2019, S. 35

⁵⁷ Vgl.: Altgeld, T./ Kolip, P., 2018, S. 58

⁵⁸ Vgl.: Schlich, W., 2018, S. 7

⁵⁹ Nutbeam, D., 1998, S. 351

Gegebenheiten aus. Allen Maßnahmen und Intervention unterliegt eine Fokussierung auf das Individuum, bzw. der Zielgruppe. Um ein gesundheitsförderliches Verhalten zu stärken, müssen sie, laut Nutbeam, D. (1998), in den Mittelpunkt der Betrachtung gerückt und aktiv an Entscheidungsprozessen beteiligt werden. Partizipation und Empowerment gelten daher als wesentliche Konzepte gesundheitsfördernder Maßnahmen.^{60, 61} Mit einer zielgruppenorientierten Perspektive stellt der Settingansatz eine der wichtigsten Umsetzungsstrategie der Gesundheitsförderung dar.⁶² Dabei geht das Verständnis von Gesundheitskompetenz über das Verstehen und Anwenden von Gesundheitsinformationen hinaus. Vielmehr ist Gesundheitskompetenz in diesem Kontext als Fähigkeit, alltagspraktisches Wissen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit auf individuelle Bedürfnisse wie auch auf eine gesundheitsprägende Lebensumgebung, anzuwenden. Neben alltagspraktischem Wissen zählt zu einer ausgeprägten Gesundheitskompetenz auch ein spezialisiertes Wissen. Personen, mit einer guten Gesundheitskompetenz, sind über individuelle und kollektive Gesundheitsrisiken und Maßnahmen zur Krankheits- und/oder Symptombewältigung informiert. Sie sind in der Lage Gesundheitswissen selbst zu erschließen und Angebote zur Gesunderhaltung und -förderung aktiv zu nutzen.⁶³

Obwohl sich Prävention und Gesundheitsförderung in Ansätzen und Konzeptionen unterscheiden, stellen beide Ansätze keine Gegensätze dar, sondern sind vielmehr als einander ergänzend zu betrachten.⁶⁴ Beiden Interventionsansätzen obliegt das gemeinsame Ziel die gesundheitliche Lebensqualität, sowohl von gesunden als auch von kranken Personen, zu stärken. Durch eine Senkung der Krankheitslast

⁶⁰ Vgl.: Altgeld, T./ Kolip, P., 2018, S. 57

⁶¹ Vgl.: Nutbeam, D., 1998, S. 351

⁶² Vgl.: Altgeld, T./ Kolip, P., 2018, S. 62f

⁶³ Vgl.: Abel, T. et al., Stand: 30.06.2018 (Internet)

⁶⁴ Vgl.: Schlich, M., 2018, S. 8

bzw. des Risikopotentials und der Förderung von Gesundheitspotentialen ergänzen sich beide Ansätze.^{65, 66}

Unter dem Aspekt einer ganzheitlichen Strategie im Gesundheitssektor sind Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zusammenzudenken. Je nach Bedarf des Individuums oder einer Bevölkerungsgruppe finden einzelne Konzepte und Interventionen Anwendung und tragen so zur Gesunderhaltung bei. Aufgrund der vielschichtigen Perspektiven entstehen oft begriffliche Vermischungen bzw. Unklarheiten, welche Maßnahme trennscharf präventiven Ansätzen oder Gesundheitsförderung zuzuordnen ist. Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung stellen in jedem Alter wirksame Strategien dar, um die Gesundheitspotenziale des Individuums und der Bevölkerung zu fördern. Beiden Ansätzen wohnt das gesamtgesellschaftliche Ziel inne, die Gesundheit zu erhalten und Lebensqualität, Mobilität und Leistungsfähigkeit des Individuums und der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern.^{67, 68, 69} Gesundheitskompetenz ist als individuelle Fertigkeit zu beschreiben, die es Betroffenen ermöglicht, gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen zu erhalten und zu verstehen sowie die Kompetenz, sich diese für die eigene Lebenswelt zu Nutze zu machen.⁷⁰

2.3 Entwicklung der Gesundheitskompetenz in Deutschland

2.3.1 Gesundheitskompetenz in Deutschland

Das Thema Gesundheitskompetenz stand in Europa und Deutschland lange Zeit kaum im Fokus wissenschaftlicher Untersuchungen. Mit der Veröffentlichung der Studienergebnisse des European Health Literacy Surveys (HLS-EU) änderte sich dies.⁷¹ Die Durchführung des HLS-EU generierte erstmalig Daten für einen internationalen Vergleich von Gesundheitskompetenz in Europa.⁷² Der von 2009-2012 international

⁶⁵ Vgl.: Hurrelmann, K./ Richter, M., 2013, S. 148

⁶⁶ Vgl.: Kaba-Schönstein, L./ Troja, A., 2019, S. 31

⁶⁷ Vgl.: Hasseler, M., 2011, S. 61

⁶⁸ Vgl.: Kaba-Schönstein, L./ Troja, A., 2019, S. 31

⁶⁹ Vgl.: Leppin, A., 2018, S. 35

⁷⁰ Vgl.: Abel, T. et al., Stand: 30.06.2018 (Internet)

⁷¹ Vgl.: Kolpatzik, K./ Schaeffer, D./ Vogt, D., 2018, S. 8

⁷² Vgl.: Lenartz, N./ Soellner, R./ Rudinger, G., 2016, S. 11

durchgeführten Studie folgte 2016 eine für Deutschland repräsentative Untersuchung. Mit dem deutschen Health Literacy Survey (HLS-GER)⁷³ wurden erstmals valide Daten zum Stand der Gesundheitskompetenz in der deutschen Bevölkerung erhoben.⁷⁴

Die Datenerhebung erfolgte mittels einer persönlichen Befragung von 2000 Menschen anhand des bereits im HLS-EU erprobten European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q) Instruments. Die Darstellung der Ergebnisse wurde auch hier in die Bereiche ausgezeichnete, ausreichende, problematische und unzureichende Gesundheitskompetenz gegliedert.⁷⁵ Die Ergebnisse der Studie zeigen auf, dass 54,3% der Deutschen über eine eingeschränkte, bzw. problematische oder inadäquate Gesundheitskompetenz verfügen. Mit 7,3% sieht sich nur jeder siebte von 100 Bürgern keinen Schwierigkeiten gegenüber, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, einzuschätzen und zu nutzen. Eine als ausreichend bezeichnete Gesundheitskompetenz konnte bei 38,4% der Teilnehmer ausgemacht werden (Vgl.: Abb. 2).⁷⁶ Die Ergebnisse des HLS-GER geben nicht nur Aufschluss über den Stand der Gesundheitskompetenz der deutschen Bevölkerung, sondern lassen auch einen internationalen Vergleich zu.

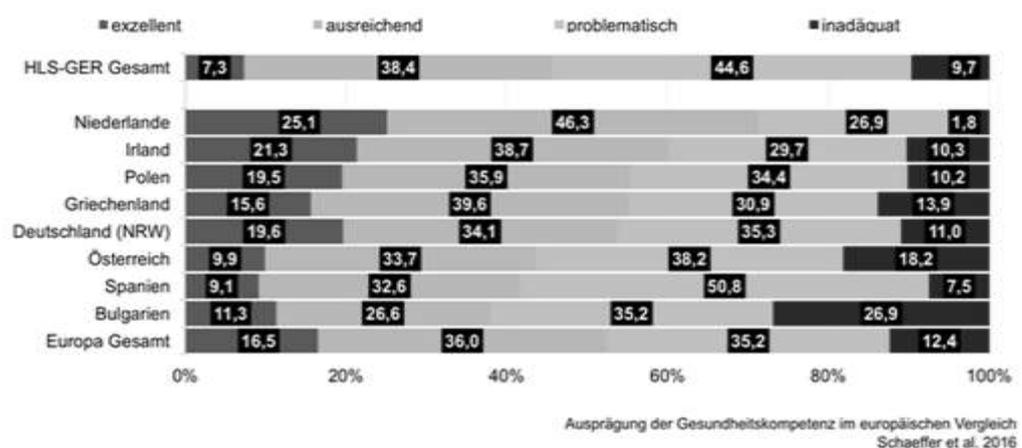


Abbildung 2: Niveau der Gesundheitskompetenz des Gesamtindex in der HLS-GER und der HLS-EU Stichprobe in Prozent⁷⁷

⁷³ Vgl.: Schaeffer, D. et al., 2016

⁷⁴ Vgl.: Ebd., S. 39

⁷⁵ Vgl.: Ebd., S. 21

⁷⁶ Vgl.: Ebd., S. 39

⁷⁷ Aus: Schaeffer, D. et al., 2016, S. 13

Deutschland ist, im Vergleich zu anderen europäischen Ländern, im Mittelfeld angesiedelt und ist u.a. hinter den Niederlanden, Irland und Polen einzuordnen.⁷⁸

2.3.2 Bedeutung von Gesundheitskompetenz in Deutschland

Die Ergebnisse des HLS-GER veranschaulichen u.a., dass die Ausbildung der Gesundheitskompetenz mit sozio-demographischen Faktoren zusammenhängt. Der Anteil einer eingeschränkten Gesundheitskompetenz zeigt sich besonders bei Personen mit einem niedrigen Sozialstatus (78%), bei Menschen mit chronischen Krankheiten (73%), mit Migrationshintergrund (71%), mit geringem Bildungsniveau (62%) und Personen in einem höherem Lebensalter (66%) (vgl.: Abb. 3).⁷⁹

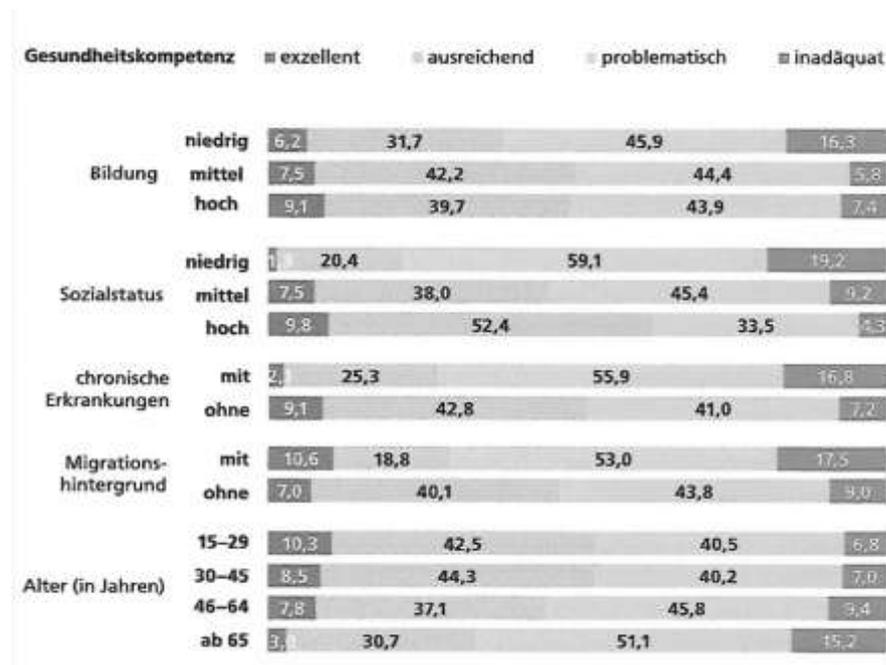


Abbildung 3: Studienergebnisse zur Ausprägung der Gesundheitskompetenz in Deutschland⁸⁰

⁷⁸ Vgl.: Schaeffer, D. et al., 2017, S. 13

⁷⁹ Vgl.: Kolpatzik, K./ Schaeffer, D./ Vogt, D., 2018, S. 10

⁸⁰ Aus: Schaeffer, D. et al., 2018, S. 24

Damit sind jene Personen betroffen, die bereits ohnehin höheren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind und über eine schlechtere Ressourcenausstattung verfügen.⁸¹

Des Weiteren weisen Ergebnisse des HLS-GER auf eine Korrelation zwischen einer geringen Gesundheitskompetenz und dem Gesundheitszustand, dem Gesundheitsverhalten und der Nutzung gesundheitlicher Dienstleistungen hin. Die Studienergebnisse bestätigen einen Zusammenhang zwischen einer niedrigen Gesundheitskompetenz und einem schlechteren Gesundheitszustand, ungesünderen Verhaltensweisen und einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitssystems.^{82, 83} Insbesondere die Krankheitsbewältigung und -versorgung stellt viele Ältere und Menschen mit chronischen Erkrankungen vor Herausforderungen.⁸⁴

Resultate weiterer Studien zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland schließen sich diesen Aussagen an und bestätigen mit ihren Daten die Auswirkungen einer eingeschränkten Gesundheitskompetenz. Die 2015 durchgeführte Studie von Jordan, S./ Hoebel, J., „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA)⁸⁵ betont u.a. die Relevanz einer guten Gesundheitskompetenz in Bezug zu einem guten Gesundheitszustand, einem gesundheitsförderlichen Verhalten, der Senkung von Risikofaktoren, sowie einer Reduktion von Nutzen und Kosten der Gesundheitsversorgung. Der dabei zutragen kommende Einfluss sozialer Determinanten auf die Gesundheitskompetenz wird neben Jordan, S./ Hoebel, J. (2015) auch in den Studienergebnissen von Zok, K. (2014) herausgestellt.^{86, 87}

⁸¹ Vgl.: Schaeffer, D. et al., 2016, S. 97

⁸² Vgl.: Schaeffer, D. et al., 2017, S. 13f

⁸³ Vgl.: Schaeffer, D. et al., 2016, S. 97

⁸⁴ Vgl.: Kolpatzik, K./ Schaeffer, D./ Vogt, D., 2018, S. 10

⁸⁵ Vgl.: Jordan, S./ Hoebel, J., 2015

⁸⁶ Vgl.: Ebd., S. 974

⁸⁷ Vgl.: Zok, K., 2014, S. 10

Alle Studienergebnisse konstatieren eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz für die deutsche Bevölkerung.^{88, 89, 90} Eingeschränkte gesundheitliche Kompetenzen unterliegen dabei sozi-ökonomischen Determinanten und äußern sich in u.a. in Schwierigkeiten bei dem Zugang, dem Verstehen und Bewerten von gesundheitsrelevanten Informationen. Menschen mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz in Deutschland nehmen präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen seltener in Anspruch als Personen mit einer höheren Gesundheitskompetenz.^{91, 92} Als besonders vulnerable Gruppen werden Menschen mit einem niedrigen Bildungshintergrund, mit Migrationshintergrund, sowie ältere Personen und chronisch Erkrankte identifiziert.^{93, 94}

2.3.3 Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz

Die Ergebnisse des in Kapitel 2.3.2 beschriebenen HLS-GER und des HL-EU unterstreichen die Bedeutung von Gesundheitskompetenz. Basierend auf den Erkenntnissen des Surveys wird die Notwendigkeit der Vorantreibung von Interventionsentwicklungen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz deutlich.⁹⁵ Im Rahmen der Untersuchungen des HLS-GER wird zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz eine gesamtgesellschaftliche Strategie gefordert. Dabei werden neben Herausforderungen auf politischer Ebene, eine Intensivierung der Forschung zur Gesundheitskompetenz gefordert. Die Notwendigkeit von zielgruppenspezifische Interventionsentwicklungen um, besonders bei vulnerablen Gruppen, wie z.B. chronisch Erkrankten, bestehende Wissens- und Kompetenzdefizite, auszugleichen. Dabei stehen die Entwicklung neuer und anderer Informations- und Vermittlungsstrategien genauso wie die Unterstützung der bei der Verarbeitung, Beurteilung und

⁸⁸ Vgl.: Schaeffer, D. et al., 2016, S. 96

⁸⁹ Vgl.: Jordan, S./ Hoebel, J., 2015, S. 974

⁹⁰ Vgl.: Zok, K., 2014, S. 12

⁹¹ Vgl.: Jordan, S./ Hoebel, J., 2015, S. 949

⁹² Vgl.: Zok, K., 2014, S. 12

⁹³ Vgl.: Schaeffer, D. et al., 2016, S. 99

⁹⁴ Vgl.: Jordan, S./ Hoebel, J., 2015, S. 948

⁹⁵ Vgl.: Schaeffer, D. et al., 2016, S. 97

Nutzung von Informationen im Mittelpunkt der Interventionsbemühungen.⁹⁶

Ein weiterer Punkt zur Stärkung der Gesundheitskompetenz wird in der Gestaltung eines nutzerfreundlicheren Gesundheitssystems beschrieben. Hierbei gilt es nicht nur die Navigation durch das System zu erleichtern und transparenter zu gestalten, sondern auch zeitliche und finanzielle Rahmenbedingungen zu schaffen, um Raum für die Kommunikation und Information durch Gesundheitsprofessionen zu schaffen.⁹⁷

Mit der Erstellung des Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz⁹⁸ werden, unter der Schirmherrschaft des ehemaligen Bundesministers für Gesundheit Hermann Gröhe⁹⁹, Handlungsfelder der Prävention und Gesundheitsförderung in den Blick genommen und 15 aufeinander abgestimmte Empfehlungen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz aufgezeigt. Auch hier wird die Förderung der Gesundheitskompetenz als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden. Als Interventionsbereiche werden ebenfalls Lebenswelten, das Gesundheitssystem, Forschung und chronische Erkrankungen identifiziert.¹⁰⁰

Die aus dem Aktionsplan hervorgehenden Empfehlungen sollen dazu beitragen, die Gesundheitskompetenz von Menschen in allen Lebenswelten zu fördern und das Gesundheitssystem nutzerfreundlicher zu gestalten. Ziel ist es u.a., die Autonomie von Patienten zu stärken und den Einzelnen zu einem adäquaten Umgang mit Gesundheit und Krankheit zu befähigen.¹⁰¹

Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz innerhalb der Bevölkerung richten sich an ein Verständnis für und ein Wissen von Erkrankungen. Sie sollen neben einem positiven Erleben von

⁹⁶ Vgl.: Schaeffer, D. et al., 2016, S. 99f

⁹⁷ Vgl.: Ebd., S. 101

⁹⁸ Vgl.: Schaeffer, D. et al., 2018

⁹⁹ Hermann Gröhe, Jurist, CDU/CSU, Bundesminister für Gesundheit von Dezember 2013 bis März 2018 (vgl.: Deutscher Bundestag (Hrsg.), o. J. (Internet))

¹⁰⁰ Vgl.: Schaeffer, D. et al., 2018, S. 30

¹⁰¹ Vgl.: Seidel, G., 2019, S. 47

Selbstwirksamkeit, gesundheitsfördernde Lebens- und Verhaltensweisen bestärken.¹⁰² Dabei gelten edukative Maßnahmen als erfolgreiche Intervention zur Vermittlung von Gesundheitskompetenz.¹⁰³ In Hinblick auf eine nutzerfreundliche Gestaltung des Gesundheitssystems und einem Leben mit chronischer Erkrankung werden Interventionsmöglichkeiten wie zielgruppenspezifische Vermittlung von Informationen, Beratung, Bildung und Anleitung, beschrieben.^{104, 105, 106} Insbesondere Maßnahmen der Beratung und Patientenedukation sollen eine anwaltschaftliche Unterstützung für Menschen mit chronischen Erkrankungen darstellen und ein selbstbestimmtes Leben trotz Einschränkungen ermöglichen.¹⁰⁷

Als wesentliche Akteure zur Steigerung der Gesundheitskompetenz werden eine Vielzahl von Organisationen, Verbänden und Berufsgruppen identifiziert. Dabei werden sowohl Gesetzgeber und Vertreter der Politik, als auch Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäuser, Arztpraxen und Pflegeeinrichtungen genannt.¹⁰⁸ Neben Akteuren des Gesundheitswesens werden auch Gesundheitsprofessionen wie die professionelle Pflege explizit für eine erfolgreiche Umsetzung der Maßnahmen erwähnt.^{109, 110}

3 Patientenedukation zur Stärkung der Gesundheitskompetenz

3.1 Begriffsbestimmung Patientenedukation

Der Begriff Patientenedukation oder englisch „patient education“, ist ein internationaler, vor allem in der Pflegewissenschaft etablierter Terminus.¹¹¹ Abgeleitet von dem lateinischen Verb „ducare“, welches übersetzt „etwas ziehen“ oder „etwas herausziehen“ meint, bezieht sich

¹⁰² Vgl.: Lenartz, N./ Soellner, R./ Rudinger, G., 2016, S. 14

¹⁰³ Vgl.: Bitzer, E.-M./ Spörhase, U., 2016, S. 23

¹⁰⁴ Vgl.: Schaeffer, D. et al., 2018, S. 39

¹⁰⁵ Vgl.: Ebd., S. 47

¹⁰⁶ Vgl.: Schaeffer, D. et al., 2019, S. 3

¹⁰⁷ Vgl.: Ebd., S.8

¹⁰⁸ Vgl.: Schaeffer, D. et al., 2018, S. 44

¹⁰⁹ Vgl.: Ebd., S. 43

¹¹⁰ Vgl.: Schaeffer, D. et al, 2016, S. 101

¹¹¹ Vgl.: Brenner, A., 2014, S. 29

Education hier auf „das Hervorlocken einer Motivation aus einer Person, um sie auf ein Ziel hinführen zu können“¹¹². Interventionen im Sinne von dem aus dem Englischen übersetzten „Education“ gehen dabei über die vermeidliche, ausschließliche deutsche Bedeutung „Erziehung“ hinaus. Unter dem Begriff werden verschiedenste Lern- und Bildungsmaßnahmen zusammengefasst. Die drei wesentlichen Kernaktivitäten finden sich in Maßnahmen von Information, Schulung und Beratung.¹¹³ Der Begriff Patient beschreibt eine Person mit einem definierten gesundheitlichen Problem oder eine Person, die medizinischer Behandlung bedarf.¹¹⁴

Betroffenen sollen durch Interventionen der Patientenedukation befähigt werden, eine aktive Rolle im Versorgungsgeschehen einnehmen zu können. Gesundheitliche Probleme, angezeigte Therapie- und Verhaltensmaßnahmen sollen so im Alltag händelbar werden.¹¹⁵ Durch eine gezielte Vermittlung von Wissen und Fähigkeiten, sollen Betroffene befähigt bzw. motiviert werden mit gesundheitlichen Einschränkungen umgehen zu können, therapeutische Notwendigkeiten zu erlernen und in Kooperation mit Akteuren des Gesundheitssystems geeignete Lösungen für sich finden zu können.¹¹⁶ Edukative Aufgaben gewinnen zunehmend Bedeutung bei der Betreuung chronisch erkrankter und älterer Menschen. Durchzuführende Interventionen lassen sich dabei auf der Ebene der Gesundheitsförderung, der Prävention und der Rehabilitation verorten.¹¹⁷

Im deutschsprachigen Raum subsumieren sich unter dem Oberbegriff Patientenedukation eine Reihe unterschiedlicher Aktivitäten. Mit dem einheitlichen Ziel Menschen in der Wissensbildung und Erarbeitung neuer Strategien im Umgang mit Gesundheitsstörungen zu unterstützen, vereint Edukation die Aufgabenfelder Information, Beratung und Anleitung. Obgleich die Begriffe theoretisch differenziert zu betrachten

¹¹² Brenner, A., 2014, S. 30

¹¹³ Vgl.: Abt-Zegelin, A. 2014, S. 13

¹¹⁴ Vgl.: Brenner, A., 2014, S. 29

¹¹⁵ Vgl.: Müller-Mundt, G., 2016, S. 710

¹¹⁶ Vgl.: Jurkowitsch, R. E., 2016, S. 15

¹¹⁷ Vgl.: Müller-Mundt, G., 2014, S. 708

sind, finden sie in der Praxis oftmals einen fließenden Übergang ineinander.¹¹⁸ Allen gemein ist dabei ein gesundheitsfördernder oder präventiver Ansatz.¹¹⁹

Das Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e.V. definiert Patientenedukation als „alle pädagogischen/psychologischen Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes und des Kohärenzgefühls des Patienten oder Pflegebedürftigen- die Familie ist immer einbezogen. Unter Aspekten der Pflege ist Alltagskompetenz die wesentliche Zielgröße. Außer Patienten sind auch andere Klienten des Gesundheits-Pflegefeldes gemeint. Patientenedukation umfasst vier Hauptstrategien: Information, Beratung, Schulung und Moderation.“¹²⁰

Mit dem Bereich der Moderation fand erst jüngst eine Ergänzung des Interventionsfelds Patientenedukation statt. Unter Moderation sind Interventionen wie Gruppengespräche z.B. zur Information oder Konfliktlösung bei Angehörigen eines Pflegebedürftigen, etwa zu Beginn oder bei schwieriger Entwicklung der Pflegesituation, zu verstehen.¹²¹ Unter Information ist eine knappe, mündliche, schriftliche oder mediale Weitergabe von Sachverhalten oder gezielten Mitteilungen gemeint.¹²² ¹²³ Beratung beschreibt einen ergebnisoffenen dialogischen Prozess. Durch eine Orientierung an den individuellen Bedürfnissen des Gegenübers, hier der Patient, wird dieser zur Entscheidungsfindung befähigt.¹²⁴ Schulungen sind ein zielorientierter, didaktisierter Prozess. Sie können als Gruppenschulungen, Einzelschulungen oder in Form von kurzen Sequenzen (Mikroschulungen) stattfinden.¹²⁵

¹¹⁸ Vgl.: Hacker, M./ Slobodebka, S./ Titzer, H., 2017b, S. 39

¹¹⁹ Vgl.: Zegelin, A., 2015, S. 16

¹²⁰ Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e.V. (Hrsg.), Stand: Juli 2020 (Internet)

¹²¹ Vgl.: Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e.V. (Hrsg.), Stand: Juli 2020 (Internet)

¹²² Vgl.: Ebd.

¹²³ Vgl.: Kocks, A./ Segmüller, T., 2017, S. 72

¹²⁴ Vgl.: Ebd., S. 73

¹²⁵ Vgl.: Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e.V. (Hrsg.), Stand: Juli 2020 (Internet)

3.2 Relevanz von Patientenedukation

Edukative Aufgaben nehmen im Zuge des sozio-epidemiologischen Wandels an Bedeutung zu. Eine steigende Lebenserwartung, bedingt durch verbesserte Lebensbedingungen und zur Verfügung stehenden medizinischen Interventionsmöglichkeiten, verbessert dabei auch die Überlebenschancen von Menschen mit schweren chronischen Erkrankungen und Behinderungen. Besonders bei langfristigen Krankheitsverläufen, wie sie für den Großteil aller epidemiologischen Erkrankungen signifikant ist, sind edukative Unterstützungsangebote für eine gute Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Familien entscheidend.¹²⁶ Darüber hinaus haben diagnostische und therapeutische Interventionen in der Gesundheitsversorgung zu einer Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten geführt.¹²⁷ Das gesundheitliche Leistungsspektrum wird breiter. Behandlungsmethoden werden nicht nur vielfältiger, sondern auch zunehmend komplexer.¹²⁸ Patienten sehen sich in diesem System einer hohen Komplexität an verschiedenen Zuständigkeiten und Leistungserbringern gegenüber.¹²⁹ Neben dem wachsenden Leistungs- und Versorgungsanspruch ist auch ein sich verändernder Anspruch der Patienten selbst zu erkennen. Patienten sind zunehmend kritischer und fordern ein aktives Mitbestimmungsrecht bei der Therapieplangestaltung. Viele Betroffene möchten aktiver sein und informierte Entscheidungen treffen.¹³⁰ Darüber hinaus nimmt die Anzahl der von chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit betroffenen Menschen zu. Chronisch erkrankte Personen müssen lernen ein Alltagsleben trotz Einschränkungen zu führen. Soziale und subjektive Aspekte, sowie die Frage nach Bewältigungsmöglichkeiten, stellen sich zunehmend.¹³¹ Diese Herausforderungen sind in erster Linie mit Lernaufgaben verbunden.¹³² Eine gelingende Patientenedukation soll chronisch kranke Menschen

¹²⁶ Vgl.: Müller-Mundt, G., 2014, S. 705

¹²⁷ Vgl.: Schrappe, M., 2018, S. 68

¹²⁸ Vgl.: Abt-Zegelin, A., 2014, S. 11

¹²⁹ Vgl.: Schmidt-Kaehler, S. et al, 2019, S. 5

¹³⁰ Vgl.: Kocks, A./ Segmüller, T., 2017, S. 73

¹³¹ Vgl.: Schaeffer, D./ Haselbeck, J., 2016, S. 243

¹³² Vgl.: Kocks, A./ Segmüller, T., 2017, S. 73

befähigen, als gleichberechtigte und kompetente Ko-Produzenten bei Fragen zu ihrer gesundheitlichen Versorgung zu agieren.¹³³

Der Wunsch nach mehr Eigenverantwortung und Selbstbestimmtheit wird dabei nicht zuletzt von Versicherern und Politikern gefordert.¹³⁴ Beispielhaft sind hier die Einführung von Patientenmanagementprogrammen oder Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz zu nennen. Auch vor dem Hintergrund sich verkürzender Verweildauern in Krankenhäusern und der bereits erwähnten Zunahme an chronischen Erkrankungen, lässt sich ein steigender Bedarf an Patientenedukation ableiten. Ziel einer gelingenden Patientenedukation ist es dabei u.a. die Zahl der Wiedereinweisungen in das Krankenhaus zu verringern und die Versorgung im ambulanten Bereich zu stärken.¹³⁵

Während der Bereich der Patientenedukation beispielsweise in den Vereinigten Staaten von Amerika schon seit den 1930er Jahren der professionellen Pflege obliegt, werden edukative Aufgaben in Deutschland vorwiegend von Medizинern und Psychologen getragen.¹³⁶ ¹³⁷ Im deutschsprachigen Raum befindet sich die Berufsgruppe Pflege noch am Anfang dieser Aufgabenübernahme.¹³⁸ Mit der Einführung der Pflegeversicherung Mitte der 1990er-Jahre werden jedoch vermehrt Akzente auf edukative und beratende Aufgaben professioneller Pflege gelegt.¹³⁹ Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff (vgl.: nur § 14 SGB XI¹⁴⁰) verstärkt die Rolle professioneller Pflege als Berater zusätzlich.¹⁴¹ Nicht zuletzt tragen auch die Akademisierungsbestrebungen der beruflich Pflegenden in Deutschland zu einem verstärkten Diskurs über Konzepte der Patientenedukation, der

¹³³ Vgl.: Müller-Mundt, G., 2014, S. 708

¹³⁴ Vgl.: Abt-Zegelin, A., 2014, S. 11

¹³⁵ Vgl.: Kocks, A./ Segmüller, T., 2017, S. 73

¹³⁶ Vgl.: Müller-Mundt, G., 2014, S. 716

¹³⁷ Vgl.: Abt-Zegelin, A. 2014, S. 13

¹³⁸ Vgl.: Ebd.

¹³⁹ Vgl.: Müller-Mundt, G., 2014, S. 718f

¹⁴⁰ Vgl.: Sozialgesetzbuch, Elftes Buch, Zweites Pflegestärkungsgesetz (SGB XI), BGBl. I 2015, S. 2438f

¹⁴¹ Vgl.: Wingenfeld, K./ Böscher, A., 2017, S: 10

Förderung von Selbstmanagement und der Patienten- und Angehörigenberatung als Aufgabenfeld professioneller Pflege bei.¹⁴²

4 Methode

4.1 Datenanalyse

Anhand einer systematischen Literaturrecherche soll im Folgenden die Frage, in wie fern pflegegeleitete Patientenedukation einen Beitrag zur Stärkung der Gesundheitskompetenz bei chronisch Kranken leisten kann, beantwortet werden.

In einem ersten Schritt erfolgt hierzu eine Zergliederung der Arbeitshypothese in einzelne Teilfragen. In einem weiteren Arbeitsschritt werden darauf basierend spezifische Fragekomponenten ermittelt um abschließend Suchstrategien für die Recherche bilden zu können. Die Erstellung der Teilfragen dient dabei sowohl der Eingrenzung des Forschungsfelds, als auch einer transparenten Darstellung der Herangehensweise zur Bearbeitung der Fragestellung.

Basierend auf der zugrunde liegenden Forschungsfrage werden drei Teilfragen ermittelt:

1. Welche Bedeutung hat Gesundheitskompetenz für die Bewältigung bzw. das Leben mit chronischen Krankheiten?
2. Wie lässt sich Patientenedukation im Kontext professioneller Pflege verorten?
3. Welchen Einfluss hat pflegegeleitete Patientenedukation auf die Gesundheitskompetenz chronisch kranker Patienten?

Teilfrage eins und zwei sind dabei separat voneinander zu betrachten und als vorerst unabhängige Teilziele zu verstehen. Die erste Teilfrage orientiert sich an der Situation der Pflegebedürftigen. In dieser Arbeit an chronisch erkrankten Personen. Die zweite Teilfrage fokussiert die

¹⁴² Vgl.: Müller-Mundt, G., 2014, S: 791

durchzuführende Intervention, hier pflegegeleitete Patientenedukation. In der dritten Teilfrage werden die beiden vorangegangenen Teilziele zusammengebracht und auf gemeinsame Schnittmengen überprüft.

Für die erste Teilfrage werden die Komponenten K1: Gesundheitskompetenz und K2: chronische Erkrankung bestimmt. Der zweiten Teilfrage werden die Komponenten K3: professionelle Pflege und Komponente K4: Patientenedukation zugeordnet. Die Zusammenführung der Komponenten K1 bis K4 geben abschließend Aufschluss über die Beantwortung der dritten Teilfrage (siehe Anhang I). Der so entstehende Erkenntnisgewinn soll Rückschlüsse auf die zugrundeliegende Hypothese ermöglichen.

Im Folgenden werden die festgelegten Komponenten durch spezifische Stich- und Schlagwörter für die weitere Recherche ergänzt. Dazu werden Such- und Schlagwörter, sowohl für die deutsche als auch für die englische Sprache ermittelt (siehe Anhang II). Die Such- und Schlagwörterbildung wird unter Verwendung des im Internet frei zugänglichen Synonymwörterbuchs des Dudenverlags¹⁴³ sowie das Schlagwortregister der Onlinedatenbank Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) durchgeführt. Die Bildung äquivalenter Such- und Schlagwörter in englischer Sprache erfolgt mit Unterstützung des kostenlosen Übersetzungsportals DeepL¹⁴⁴.

Während des Rechercheverlaufs findet eine Anpassung der Zusammenstellung der Stich- und Schlagwörter statt. Es erfolgt eine Ergänzung von Variationen der Suchbegriffe sowie eine Reduzierung von Synonymen und ähnlichen Begriffen.

Die Such- und Schlagwörter innerhalb einer Komponente werden mit dem Operator „Oder“/ „OR“ verbunden. Um eine Schnittmenge der Komponenten untereinander zu erhalten erfolgt eine sukzessive Verknüpfung dieser Ergebnisse mit den Operatoren „UND“/ „AND“ (siehe Anhang II). Neben der Verwendung der bolschen´ Operatoren, findet die

¹⁴³ Vgl.: Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.), o.J. (Internet)

¹⁴⁴ Vgl.: DeepL GmbH (Hrsg.), o.J., Internet

Literaturrecherche über das Schneeballprinzip statt. Es erfolgt eine Eingrenzung der Suchstrategien auf Veröffentlichungen ab dem Jahr 2015. Die aufgetanen Quellen müssen als Volltext zugänglich sein und in deutscher oder englischer Sprache vorliegen. Dargestellte Ergebnisse müssen sich auf pflegeleitete Patientenedukation als Intervention beziehen, die an chronisch erkrankte, erwachsene Personen adressiert sind.

Die systematische Literaturrecherche erfolgt im Zeitraum vom 31.08.2020 bis 06.09.2020. Der Rechercheprozess findet dabei unter Verwendung der gleichen Begriffe, in den Onlinedatenbanken PubMed (Public Medline), Cochrane (the Cochrane Library) und CINHAL, sowie im Internet über google scholar statt (siehe Anhang III und Anhang IV). In den Datenbanken Cochrane und PubMed wurde die Suche mit Cinahl headings (CH) bzw. Medical Subject Headings (MeSH) durchgeführt. Darüber hinaus erfolgt eine händische Suche in der Bibliothek der Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften in Wolfsburg.

4.2 Bewertung der Literatur

Der vorangegangenen Datenanalyse schließt sich eine Sichtung der Literatur hinsichtlich der Eignung für die Beantwortung der Forschungsfrage an (siehe Anhang V).

Mittels eines ersten Screenings der identifizierten Literatur erfolgt in einem ersten Schritt die Durchsichtung der aufgetanen Quellen auf Duplikate. Anschließend werden die Quellen, basierend auf den im Vorfeld aufgestellten Ein- und Ausschlusskriterien, auf ihre Eignung für die weitere Verwendung überprüft. Für die Beurteilung der Qualität der eingeschlossenen Literatur werden verschiedene Checklisten zur Bewertung herangezogen. Die Anzahl der darin erfüllten Kriterien erlaubt eine Einschätzung der Qualität der Rechercheergebnisse.

Um Rückschlüsse über eine evidenzbasierte Praxis anzugeben, wird das Bewertungssystem nach Rosswurm und Larrabee (1999)¹⁴⁵ herangezogen (siehe Anhang VI). Zur Bewertung der internen und

¹⁴⁵ Vgl.: LoBiondo-Wood, G./ Haber, J., 2005, S. 674

externen Validität der Rechercheergebnisse findet eine Orientierung an den von der Cochrane Library Deutschland¹⁴⁶ veröffentlichten Bewertungskriterien statt (siehe Anhang VII).

Darüber hinaus werden die, im Rahmen der Literaturrecherche ermittelten Ergebnisse, explizit hinsichtlich einer klar formulierten Forschungsfrage, sowie der Darstellung eines nachvollziehbaren Begründungszusammenhangs und der Wahl eines passenden Designs zur Beantwortung der Forschungsfrage, überprüft. Es folgt eine Überprüfung der Literatur hinsichtlich der Verwendung geeigneter Stichproben und Methodenwahl zur Datenerhebung. Es findet eine Bewertung nach Kriterien, wie eine ausreichende Qualität der Messinstrumente und Angemessenheit, sowie der Durchführung der Auswertungsmethode statt. Die Berücksichtigung ethischer Aspekte finden neben der angemessenen Beschreibung der Ergebnisse, Einfluss in die Bewertung der Studien. Geführte Diskussionen werden kontextgebunden zur Forschungsfrage, eines logischen, theoriegeleiteten Aufbaus, sowie der Kausalität der Schlussfolgerung und daraus hervorgehender Empfehlungen hinterfragt.

Anhand der aufgestellten Kriterien und unter Verwendung der genannten Bewertungsinstrumente wurden zur Beantwortung der zugrunde liegenden Forschungsfrage drei Studien^{147, 148, 149}, und eine Empfehlung eines nationalen Expertenkomitees aus den Vereinigten Staaten von Amerika¹⁵⁰ inkludiert.

¹⁴⁶ Vgl.: The Cochrane Collaboration (Hrsg.), 2020 (Internet)

¹⁴⁷ Vgl.: Grønning, K./ Midttun, L./ Steinsbekk, A., 2016

¹⁴⁸ Vgl.: Riley, L. et al., 2017

¹⁴⁹ Vgl.: Gorina, M./ Limonero, J. T./ Álvarez, M., 2018

¹⁵⁰ Vgl.: Melnyk, B. M. et al, 2016

5 Gesundheitskompetenz vor dem Hintergrund chronischer Erkrankungen

5.1 Begriffsbestimmung und Relevanz chronischer Erkrankungen

Chronische, nichtübertragbare Krankheiten haben weltweit an Bedeutung zugenommen. Sie zählen, in Zusammenhang mit dem demographischen Wandel, zu den großen gesellschaftlichen Herausforderungen des Gesundheitssystems.¹⁵¹ Bereits 2014 konstatiert die WHO, seien 68% aller Krankheits- und Todesfälle weltweit auf chronische Erkrankungen zurück zuführen gewesen.¹⁵² Chronische Erkrankungen verändern damit das Mortalitäts- und Morbiditätsspektrum und treten an die Stelle der einst dominierenden Infektionskrankheiten.¹⁵³ Diese Tendenzen sind auch in Deutschland zu erkennen. Des Weiteren ist in Verbindung hierzu ein zunehmender Anstieg von Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit zu beobachten.¹⁵⁴ Zu den weltweit häufigsten auftretenden chronischen Erkrankungen zählen kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes, Erkrankungen der Atemwege, sowie bösartige Neubildungen.¹⁵⁵

Definitorenische Ansätze und Formulierungen hinsichtlich der Bedeutung von chronisch krank sind vielfältig. Die WHO (2014) definiert chronische Erkrankungen als „diseases of long duration and generally slow progression“¹⁵⁶. Chronische und nichtübertragbare Erkrankungen werden dabei zusammengefasst.¹⁵⁷ Dieser sehr allgemeine Definition stehen zahlreiche, tiefgreifende Definitionsansätze gegenüber. Besonders in Hinblick auf Kriterien und Merkmalen von Chronizität lassen sich Unterschiede bei der Begriffsbestimmung erkennen. Lubkin, I. M. (2002) nimmt sich dem Thema beispielsweise aus pflegerischer Perspektive an und verortet chronische Krankheit als „das irreversible Vorhandensein bzw. die Akkumulation oder dauerhafte Latenz von Krankheitszuständen oder Schädigungen, wobei im Hinblick auf

¹⁵¹ Vgl.: Schaeffer, D./ Haselbeck, J., 2016, S. 244

¹⁵² Vgl.: World Health Organization, 2014, S. 9

¹⁵³ Vgl.: Schaeffer, D., 2017, S. 54

¹⁵⁴ Vgl.: Ebd.

¹⁵⁵ Vgl.: World Health Organization, 2014, S. 10

¹⁵⁶ Busse, R. et al., 2010, S. 9

¹⁵⁷ Vgl.: Busse, R., et al., 2010, S. 9

unterstützende Pflege, Förderung der Selbstversorgungskompetenz, Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit und Prävention weiterer Behinderung das gesamte Umfeld des Patienten gefordert ist“¹⁵⁸. Neben einer reinen Krankheitsbeschreibung werden in diesem Ansatz Auswirkungen und Einflussfaktoren der Krankheit auf die Fähigkeiten und Alltagsbewältigung des Betroffenen berücksichtigt. Die Definition geht über das rein medizinische Verständnis hinaus und schließt das Erleben und den Kontext der Bewältigung mit ein.¹⁵⁹ Eine andere Herangehensweise der Begriffseingrenzung ist dem Vorgehen von Hüper, C./ Helliger B. (2015)¹⁶⁰ zu entnehmen. Sie definieren chronische Erkrankungen anhand von dafür spezifischen Charakteristika. Neben der Dauerhaftigkeit als wesentliches Merkmal, nennen die Autoren einen phasenhaften Verlauf des Krankheitsbildes als bezeichnend. Mit dem Verweis auf parallel auftretende chronische Erkrankungen in zunehmenden Lebensalter, werden gleichzeitig nebeneinanderher verlaufende Krankheitsverlaufskurven als typisch genannt. Auf Grund ihrer multifaktoriellen Ursachen gelten chronische Krankheiten nicht als kausal, sondern als symptomatisch behandelbar. Die Symptomkontrolle gilt dabei als oberstes Therapieziel. Lebens- und Umweltbedingungen gelten als Determinanten des multifaktoriellen Geschehens. Mit einer kontinuierlichen Auseinandersetzung der Krankheitslast, obliegt die Hauptarbeit der Krankheitsbewältigung den Erkrankten und ihren Angehörigen selbst.¹⁶¹

Beide Definitionsansätze, sowohl der von Lübkin, I. M. (2002) als auch der von Hüper, C./ Helliger, B. (2015), sind für den weiteren Verlauf der Arbeit als ergänzend zu der von der WHO (2015) getroffenen Definition chronische Erkrankung zu verstehen. Die sich ergänzenden Beschreibungen begründen die Komplexität und die damit einhergehenden multifaktoriellen Bewältigungsanforderungen und -

¹⁵⁸ Lübkin, I. M., 2002, S. 26

¹⁵⁹ Vgl.: Lübkin, I. M., 2002, S. 26

¹⁶⁰ Vgl.: Hüper, C./ Helliger, B., 2015

¹⁶¹ Vgl.: Ebd. S. 55f

strategien, denen sich Erkrankte und deren Angehörigen gegenübersehen.^{162, 163}

5.2 Bewältigungsanforderungen und -strategien von Patienten mit chronischen Erkrankungen

5.2.1 Trajektmodell

Im Unterschied zu Akuterkrankungen sind chronische Krankheiten nicht heilbar und durch Langfristigkeit und Dauerhaftigkeit gekennzeichnet.¹⁶⁴ Neben dieser temporalen Dimension, wohnt chronischen Krankheiten eine besondere Verlaufsdynamik inne.¹⁶⁵ Die charakteristisch wechselnde Abfolge von krisenhaften, instabilen und stabilen Phasen werden in dem von Anselm Corbin, J. M./ Strauss, A. (2010) entworfenen Konzept der Krankheitsverlaufskurve (Illness Trajectory) dargestellt.¹⁶⁶ Das zur Versorgung von chronisch Kranken entwickelte Pflegemodell basiert auf zahlreichen wissenschaftlichen Erhebungen, die sich, über einen Zeitraum von dreißig Jahre, mit der Interaktion und Bewältigung chronischer Erkrankungen befasst haben.¹⁶⁷ Der phasenhafte Krankheitsverlauf wird durch Verlaufskurven gekennzeichnet. Diese äußern sich durch eine besonders dichte Akkumulation und Verkettung von Ereignissen negativ oder positiv und stellen den physischen und psychologischen Stand der Krankheit dar.¹⁶⁸ Negative Verlaufskurven (Fallkurven) beinhalten, Lorenz-Krause, R. (2005) zu Folge, die Phänomenologie des Erleidens und gehen oftmals einher mit Identitätsverlust, Handlungs- und Orientierungslosigkeit, bis hin zu einem psychischen und/oder physischen Zusammenbruch der betroffenen Person. Die Abwärtsbewegung im Krankheitsverlauf ist dabei u.a. durch einen Anstieg der Pflegebedürftigkeit und einem individuellen Erleidensprozess gekennzeichnet. Neue soziale Gegebenheiten beeinflussen die Krankheits- und Pflegverlaufskurve hingegen positiv (Steigkurve). Die Wirkung positiver Ereignisse eröffnet in diesem

¹⁶² Vgl.: Lubkin, I. M., 2002, S. 26

¹⁶³ Vgl.: Hüper, C./ Hellige, B., 2015, S. 55f

¹⁶⁴ Vgl.: Schaeffer, D./ Haselbeck, J., 2016, S. 244

¹⁶⁵ Vgl.: Schaeffer, D., 2017, S. 57

¹⁶⁶ Vgl.: Corbin, J. M/ Strauss, A., 2010, S. 47f

¹⁶⁷ Vgl.: Lorenz-Krause, R., 2005, S. 6

¹⁶⁸ Vgl.: Hüper, C./ Hellige, B., 2015, S. 63

Zusammenhang die Möglichkeit einer zuversichtlichen Entwicklung von Handlungsaktivitäten und der eigenen Identitätsentfaltung im Leben mit Krankheit.¹⁶⁹ Der Verlauf der einzelnen Phasen unterliegt keiner chronologischen Reihenfolge und kann durch Arbeit positiv oder negativ gestaltet werden.¹⁷⁰ Mit einem multidimensionalen und interdisziplinären Verständnis von Arbeit löst das Konzept die traditionell medizinisch-pflegerisch verortete Arbeitsleistung ab und bezieht den Betroffenen aktiv mit ein. Zur Bewältigung chronischer Erkrankungen und einer aktiven Gestaltung der Krankheitsverlaufskurve werden, je nach Phase, eine Arbeitsteilung zwischen Betroffenen selbst, deren Angehörigen und Professionellen, unter Berücksichtigung biographischer Anpassungsleistungen, gefordert.¹⁷¹ Der Interaktionsprozess dient als Grundlage um die, aus der Krankheitslast resultierenden Aufgaben mit den Alltagsaufgaben der Betroffenen und ihren Familien übereinzubringen.¹⁷² Allen Bewältigungsaufgaben sind dabei nicht als einmalige, sondern als dauerhafte Aufgabe zu sehen und gehen mit neuen (Lern-) Herausforderungen einher.¹⁷³

5.2.2 Rollenbild des chronisch erkrankten Patienten

Der Umgang mit dem stetigen Phasenwechsel und einer daraus hervorgehenden Unkalkulierbarkeit und Ungewissheit darüber, wie lange ein Zustand anhält und in welche Richtung er sich entwickelt, zählt zu den größten Herausforderungen für chronisch kranke Personen.¹⁷⁴ Dabei beeinflussen chronische Erkrankungen oft das gesamte Leben und wirken sich meist negativ auf Biographie und Identität des Betroffenen aus.¹⁷⁵ Die Bewältigung einer Krankheit und der aus ihr hervorgehenden Symptome verlangen von allen Beteiligten ein hohes Maß an Arbeit und Anpassungserfordernissen.^{176, 177} Dabei steht die

¹⁶⁹ Vgl.: Lorenz-Krause, R., 2005, S. 8f

¹⁷⁰ Vgl.: Hüper, C./ Hellige, B., 2015, S. 63

¹⁷¹ Vgl.: Corbin, J. M./ Strauss, A., 2010, S. 48

¹⁷² Vgl.: Hüper, C./ Hellige, B., 2015, S. 60f

¹⁷³ Vgl.: Schaeffer, D., 2016, S. 58

¹⁷⁴ Vgl.: Ebd., S. 57

¹⁷⁵ Vgl.: Schmacke, N., 2019, S.21

¹⁷⁶ Vgl.: Corbin, J. M./ Strauss, A., 2010, S. 24

¹⁷⁷ Vgl.: Schaeffer, D./ Haselbeck, J., 2016, S. 244

Aufrechterhaltung der eigenen Handlungsfähigkeit im zentralen Mittelpunkt der Bewältigungsstrategien.¹⁷⁸

Die Dauerhaftigkeit der chronischen Erkrankung führt u.a. zu einer veränderten Kranken- und Patientenrolle. Anders als bei akuten Krankheiten, beschränkt sich das Arzt-Patientenverhältnis nicht auf einen, bis zur Genesung, temporär begrenzten Zeitraum. Um an seiner Genesung mitzuwirken, muss der chronisch kranke Patient mehr investieren, als einzig den Hinweisen des behandelnden Arztes Folge zu leisten. Vielmehr sind chronisch Kranke aufgefordert aktiv an ihrer Gesunderhaltung mit zu wirken. Aufgaben wie Selbstbeobachtung, Monitoring von Symptomen, Selbststeuerung und Selbstmanagement zählen zu konstanten Aufgaben zwischen irreversiblen und wechselhaften Phasen der Krankheitsverlaufskurve.¹⁷⁹ Ärztliche Ratschläge können demnach nur als ein Teil der Krankheitsbewältigung verstanden werden und müssen im Gesamtkontext der Lebensbedingungen des Betroffenen gemeinsam getroffen und angepasst werden.¹⁸⁰ Diese veränderte Rollenbild führt zu einem Paradigmenwechsel in der Arzt-Patienten-Beziehung. Chronisch kranke Personen werden zum Ko-Produzenten ihrer Gesundheit und zu Experten ihrer Erkrankung.^{181, 182}

Die aktive Miteinbeziehung des Patienten in die Therapieplangestaltung birgt, neben einem hohen Maß an Autonomie aber auch Herausforderungen. Entscheidung über die Auswahl und Ausgestaltung von Therapieoptionen zu treffen, sowie krankheitsbedingte psychische und physische Begleit- und Folgeprobleme zu bewältigen, bedarf ein hohes Maß an Kompetenz der Betroffenen.¹⁸³ Der phasenhafte Verlauf chronischer Erkrankungen beschränkt sich nicht allein auf medizinische Symptome, sondern wird oftmals durch psychologische und soziale Probleme begleitet.¹⁸⁴ Betroffene sehen sich im Verlauf einem immer

¹⁷⁸ Vgl.: Schaeffer, D., 2016, S. 57

¹⁷⁹ Vgl.: Schaeffer, D./ Haselbeck, J., 2016, S. 244

¹⁸⁰ Vgl.: Schmacke, N, 2019, S. 22

¹⁸¹ Vgl.: Schäfer, C., 2017, S. 19

¹⁸² Vgl.: Corbin, J. M./ Strauss, A., 2010, S. 103

¹⁸³ Vgl.: Müller.Mundt, G., 2014, S. 707

¹⁸⁴ Vgl.: Corbin, J. M./ Strauss, A., 2015, S. 55

komplexer werdenden Versorgungsbedarf gegenüber und benötigen Unterstützungsangebote der unterschiedlichsten Dienstleister aus Gesundheits- und Sozialwesen. Die Bewältigung chronischer Krankheiten macht eine, gut aufeinander abgestimmte, multiprofessionelle Versorgung erforderlich.¹⁸⁵ Eine Orientierung und die bedarfsgerechte Inanspruchnahme der einzelnen Versorgungseinrichtung stellt viele der Erkrankten dabei vor große Herausforderungen. Um sich im intransparenten Versorgungswesen bewegen zu können, fehlt es ihnen oft an dafür notwendigem Wissen und Kompetenz.¹⁸⁶ Schaeffer, D. (2016) verweist in diesem Zusammenhang auf die Ergebnisse der HLS-GER. Der Studie zu Folge beschrieben 52% der Befragten chronisch kranken Menschen Schwierigkeiten oder große Schwierigkeiten bei der Informationsfindung hinsichtlich Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen.¹⁸⁷

5.2.3 Selbstmanagement und Empowerment

Selbstmanagementfähigkeiten können in erster Linie als „Hilfe zur Selbsthilfe“ verstanden werden.¹⁸⁸ Mit dem Ziel Personen zu einer Verbesserung der Selbststeuerung und der zu einer aktiven eigenständigen Problembewältigung zu befähigen, beschreibt Seidel, S. (2019) Selbstmanagement als Sammelbegriff für unterschiedliche, kompetenzfördernde Fähigkeiten, Fertigkeiten und Methoden.¹⁸⁹

In Bezug auf chronische Erkrankungen ist der Fokus auf Krankheitsbewältigung und dafür erforderliche Handlungskompetenzen gerichtet. Betroffene sollen gestärkt werden, ihre Krankheitssituation zu managen und gemeinsam mit Akteuren im Gesundheitswesen ihre Krankheitslast zu bewältigen. Abhängig von der Krankheitsverlaufphase ändern sich die Anforderungen des Betroffenen im Umgang mit der Erkrankung. Chronisch erkrankte Personen sind häufiger als andere Personen gefordert ihren Alltag (neu) zu strukturieren um

¹⁸⁵ Vgl.: Hüper, C./ Helliger, B., 2015, S. 56

¹⁸⁶ Vgl.: Schaeffer, D./ Haselbeck, J., 2016, S. 246

¹⁸⁷ Vgl.: Schaeffer, D., 2016, S. 58

¹⁸⁸ Vgl.: Seidel, G., 2019, S. 50

¹⁸⁹ Vgl.: Ebd., S. 50

krankheitsbedingte Anforderungen zu bewältigen.¹⁹⁰ Neben der Bewältigung körperlicher Einschränkungen gilt es auch soziale Beziehungen und die eigene Rollensituation als chronisch Kranker zu gestalten.¹⁹¹

Um die mit chronischen Erkrankungen einhergehenden physischen und psychischen Anforderungen zu bewältigen, sind laut Seidel, G. (2019) Kompetenzen in drei wesentlichen Bereichen gefordert. Zum einen im Bereich des direkten Krankheitsgeschehens und der Krankheitssymptome, wie, z.B. Schmerzen, Monitoring von Symptomen oder der Medikamenteneinnahme. Als weiteren Bereich identifiziert die Autorin das veränderte Rollenverständnis der Erkrankten, beispielsweise die Entwicklung eines krankheitsbedingt veränderten, oft negativen Selbstbildes. Der Umgang mit emotionalen Problemen, wie Depressionen oder Angst, die mit dem Auftreten einer chronischen Krankheit einhergehen können, beschreibt Seidel, G. (2019) als dritten Bereich.¹⁹²

Selbstmanagementkompetenzen sind demnach in den Dimensionen kognitiver Kompetenz, Handlungskompetenz und Ressourcen, Selbstmotivation, Selbstbeobachtung und Selbststeuerung und der Fähigkeit Probleme zu lösen. Dazu müssen Betroffene u.a. in ihrer Gesundheitskompetenz gestärkt und befähigt werden fachliche Informationen zu verstehen und diese für die individuelle Lebenssituation anzupassen und zu nutzen.¹⁹³

Empowerment beschreibt einen „mehrschichtigen sozialen Prozess, durch den Individuen und Gruppen Verständnis für und Kontrolle über ihre Lebensbedingungen gewinnen“¹⁹⁴. Der Begriff Empowerment ist in diesem Zusammenhang als „Ermächtigung“ und „Vermittlung von Handlungskompetenzen“ zu verstehen.¹⁹⁵ Als Prozess der Selbstermächtigung und selbstbestimmten Überwindung von

¹⁹⁰ Vgl.: Melin, S./ Klapper, B., 2019, S. 86

¹⁹¹ Vgl.: Schaeffer, D/ Haselbeck, J., 2016, S. 245

¹⁹² Vgl.: Seidel, G., 2019, S. 51

¹⁹³ Vgl.: Ebd., S. 50f

¹⁹⁴ Loss, J./ Warrelmann, B./ Lindacher, V., 2016, S. 443

¹⁹⁵ Vgl.: Loss, J./ Warrelmann, B./ Lindacher, V., 2016, S. 443

benachteiligten Lebensumständen wurde der Begriff Empowerment von dem brasilianischen Pädagogen und Theologen Paulo Freire geprägt. Unter der Einbeziehung der Stärken und Erfahrungen von Betroffenen soll der Empowerment-Prozess den jeweiligen Personen in diesem Sinne ein größtmögliches Maß an Autonomie verleihen und sie zu einer selbstbestimmten Lebensgestaltung befähigen.¹⁹⁶

Konzeptionelle Ansätze des Empowerments sind im Gesundheitswesen in erster Linie im Bereich der Gesundheitsförderung anzusiedeln. Die in dem Konzept veranschlagte Rolle eines aktiven, selbstbestimmten Partners, der eigene Gesundheitspotentiale entwickelt und informierte Entscheidungen trifft, löst dabei die einstige Rolle des passiven Empfängers von Gesundheitsleistungen ab.¹⁹⁷

5.3 Gesundheitskompetenz zur Bewältigung chronischer Erkrankungen

Aus den vorangegangenen Punkten lässt sich der Facettenreichtum und die Komplexität der Aufgaben, die chronische Krankheiten von Betroffenen fordern, entnehmen. Ähnlich verhält es sich mit daraus hervorgehenden notwendigen Kompetenzen zur Krankheits- und Alltagsbewältigung.^{198, 199, 200, 201} Gesundheitskompetenz wird in diesem Zusammenhang vielfach erwähnt und als positiver Einfluss auf den Umgang mit chronischen Krankheiten dargestellt.^{202, 203}

Eine gute Gesundheitskompetenz beeinflusst beispielsweise die Effekte des Empowerment-Prozesses positiv. Personen werden befähigt sich aktiv für Gesundheitsanliegen zu engagieren und für die eigene Gesundheit einzutreten.²⁰⁴ Mit der Subsumierung von Fähigkeiten des Selbstmanagements, Empowerments und Gesundheitskompetenz in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung beschreiben Melin,

¹⁹⁶ Vgl.: Schaeffer, D., 2016, S. 58

¹⁹⁷ Vgl.: Gossens, J., 2016, S. 88

¹⁹⁸ Vgl.: Schaeffer, D., 2017, S. 60

¹⁹⁹ Vgl.: Seidel, G., 2019, S. 51

²⁰⁰ Vgl.: Melin, S./ Klapper, B., 2019, S. 86

²⁰¹ Vgl.: Schaeffer, D./ Haselbeck, J., 2016, S., 244

²⁰² Vgl.: Müller-Mund, G., 2014, S. 707

²⁰³ Vgl.: Schaeffer, D./ Haselbeck, J., 2016, S. 244

²⁰⁴ Vgl.: Steinbach, H., 2017, S. 55

S./ Klapper, B. (2019) Gesundheitskompetenz als Schlüsselkompetenz für ein gesundheitsförderliches Verhalten chronisch kranker Patienten. Die Autoren betonen bei ihrer Aussage den Einfluss des Patienten selbst auf eine erfolgreiche Krankheitsbewältigung. Gesundheitskompetenz wird, neben einer multiprofessionellen Zusammenarbeit der beteiligten Professionen und der Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen, als entscheidender positiver Effekt für die Aufrechterhaltung des Gesundheitsstatus beschrieben.²⁰⁵

Um sich in der Vielfalt des Gesundheitswesens zurecht zu finden und eine multiprofessionelle Versorgung zu koordinieren, bedarf es von Personen mit chronischen Erkrankungen vielfältige Kompetenzen im Umgang mit Informationen. Müller-Mundt, G. (2014) nennt mit Verweis auf die WHO, die, unter Gesundheitskompetenz zusammengefasste Fähigkeit, Krankheits- und Therapierelevante Informationen zu finden, zu verstehen und bewerten zu können als entscheidende Fähigkeit von Betroffenen für die Krankheitsbewältigung.²⁰⁶ Gesundheitskompetenz wird hier als Fähigkeit, psychische, physische und soziale Begleit- und Folgeerkrankungen chronischer Erkrankungen, sowie erforderliche Therapiemaßnahmen im Alltag organisieren und managen zu können bezeichnet.²⁰⁷

Schaeffer, D./ Heaselbeck, J. (2016) schließen sich den Aussagen von Müller-Mundt, G. (2014) an. Sie folgern, dass eine ausreichende Gesundheitskompetenz als wesentliche Fähigkeit für das Managen von wechselnden Krankheitsphasen entscheidend ist. Insbesondere für Aufgaben der Selbstbeobachtung, dem Monitoring von Symptomen, der Selbststeuerung und dem Selbstmanagement bedarf es eines ausreichenden Maßes an Kompetenz und Wissen der Betroffenen.²⁰⁸

²⁰⁵ Vgl.: Melin, S./ Klapper, B., 2019, S. 82

²⁰⁶ Vgl.: Müller-Mundt, G., 2014, S. 707

²⁰⁷ Vgl.: Ebd.

²⁰⁸ Vgl.: Schaeffer, D./ Haselbeck, J., 2016, S. 244f

6 Patientenedukation im Kontext professioneller Pflege

6.1 Professionelle Pflege als Vermittler von Gesundheitskompetenz

6.1.1 Begriffsbestimmung und Ausrichtung professioneller Pflege

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit werden professionell Pflegende als beruflich Pflegende bezeichnet, denen nach dem Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (PflBRefG) §1 Abs. 1 Pflegeberufegesetz (PflBG), die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Pflegefachmann bzw. Pflegefachfrau erteilt wurde²⁰⁹ und die Voraussetzungen nach §2 PflBG zur Führung der Berufsbezeichnung erfüllen²¹⁰. Gemäß § 4 Abs. 2 PflBG umfassen Aufgaben professioneller Pflege „die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs(...), die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses (...)“²¹¹ sowie „die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität in der Pflege (...)“²¹².

Die Ausrichtung professionellen pflegerischen Handelns geht u.a. aus der 2002 vom International Council of Nurses (ICN) getroffenen Definition für Pflege hervor. Das International Council of Nurses (ICN) definiert Pflege wie folgt:

„Nursing encompasses autonomous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups and communities, sick or well and in all settings. Nursing includes the promotion of health, prevention of illness, and the care of ill, disabled and dying people. Advocacy, promotion of a safe environment, research, participation in shaping health policy and in patient and health systems management, and education are also key nursing roles.“²¹³

Neben der Förderung und dem Erhalt der Gesundheit als wichtige Aufgabe, geht aus diesem Definitonsansatz eine pflegerische

²⁰⁹ Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG), BGBl. I, 2017, S. 2582

²¹⁰ Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG), BGBl. I, 2017, S. 2582f

²¹¹ Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG), BGBl. I, 2017, S. 2583

²¹² Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG), BGBl. I, 2017, S. 2583

²¹³ International Council of Nurses (ICN) (Hrsg.), 2002, Nursing Definitions, (Internet)

Zuwendung gleichermaßen an alle Menschen in allen Lebensbereichen hervor. Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung stehen dabei genauso wie Gesundheitsberatung und -schulung im Aufgabenfokus professioneller Pflege.²¹⁴ Pflegerische Tätigkeiten sind dabei so zugestaltet, „dass der hilfebedürftige Mensch ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben in Würde führen kann.“²¹⁵ Als ein Hauptanliegen professioneller Pflege beschreibt Zegelin, A. (2015) die individuelle Unterstützung von Menschen bei der Alltagsbewältigung. Dazu zählen der Autorin zufolge Hilfestellungen bei Mobilität, Ernährung, Umgang mit Schmerzen und Beeinträchtigungen Pflege von Körper und Seele, dem Empfinden von Freude, dem Einhalten von Therapien, der Sinnfindung und der Kommunikation mit anderen Menschen.²¹⁶

6.1.2 Gesundheitskompetenz im Kontext professioneller Pflege

Die Berufsgruppe der Pflege wird von Thilo, F./ Sommerhalder, K./ Hahn, S. (2012) als zentraler Akteur im Gesundheitswesen bei der Vermittlung von Gesundheitskompetenz identifiziert. Mit dem Auftrag Menschen in allen Lebensphasen bei der Erhaltung und Förderung der Gesundheit zu unterstützen beschreiben die Autoren die Interaktion von Patienten mit Pflegefachpersonen als Möglichkeit gesundheitsrelevante Informationen zu erhalten und zum Treffen einer informierten Entscheidung befähigt zu werden.²¹⁷

Es existieren zahlreiche Definitionsansätze zur Begriffsbestimmung von Gesundheitskompetenz, eine Berücksichtigung der Berufsgruppe Pflege findet nur in wenigen konzeptionellen Ansätzen Einzug.²¹⁸ Anhand einer umfangreichen Literaturrecherche ermitteln die Forscher Thilo, F./ Sommerhalder, K./ Hahn, S. (2012) eine operationalisierte Definition von Gesundheitskompetenz für die professionelle Pflege. Aufbauend auf Analyseergebnissen aus 27 Definitionen von Gesundheitskompetenz

²¹⁴ Vgl.: Müller, K., 2018, S. 84

²¹⁵ Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e.V. (Hrsg.), o.J. (Internet)

²¹⁶ Vgl.: Zegelin, A., 2015, S. 15

²¹⁷ Vgl.: Thilo, F./ Sommerhalder, K./ Hahn, S., 2012, S. 435

²¹⁸ Vgl.: Ebd., S. 427

aus dem Zeitraum 1980 bis 2009²¹⁹, definieren die Autoren Gesundheitskompetenz für die Pflege wie folgt:

„Gesundheitskompetenz ermöglicht der/dem Patienten(in)/Angehörigen, gesundheitsrelevante Informationen zu erschließen, zu verstehen, zu nutzen, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden, Fragen im Kontext von Gesundheit und Krankheit zu stellen und eigene Bedürfnisse zu formulieren. Um gesundheitskompetent zu sein, benötigt die/der Patient(in)/Angehörige die Fähigkeiten des Lesens, Schreibens und Rechnens. Gesundheitskompetenz trägt dazu bei, informierte Entscheidungen zu treffen und dadurch eine aktive Rolle für die Gesundheit zu übernehmen, um diese aufrechtzuerhalten, zu fördern und wiederherzustellen.“²²⁰

Obwohl eine empirische Untersuchung dieser Formulierung bislang aussteht, verweisen die Autoren auf die Notwendigkeit einer praxisrelevanten Definition von Gesundheitskompetenz für die Pflege. Denn, so Thilo, F./ Sommerhalder, K./ Hahn, S. (2012), nur mit einer bedarfsgerechten und einheitlichen Begriffsbestimmung wird das Konzept der Gesundheitskompetenz für die professionelle Pflege verständlich, brauchbar und integrierbar. Konkrete Interventionsmöglichkeiten zur Förderung der Selbstständigkeit, wie Ausbau der Selbstmanagementfähigkeiten und des Wissens von Patienten, können so in die Praxis implementiert werden und Patienten und Angehörige dazu befähigen mit Gesundheit und Krankheit umzugehen. Die definitorische Grundlage bietet einen Ausgangspunkt für eine vertiefende Untersuchung in der Pflegeforschung.²²¹ Die Bedeutung von Gesundheitskompetenz, im Rahmen von Gesundheitsförderung wird herausgestellt. Die Voraussetzung für eine wirksame Patientenedukation wird geschaffen und als Aufgabe professioneller Pflege sichtbar gemacht.²²²

²¹⁹ Vgl.: Thilo, F./ Sommerhalder, K./ Hahn, S., 2012, S. 428

²²⁰ Thilo, F./ Sommerhalder, K./ Hahn, S., 2012, S. 434

²²¹ Vgl.: Thilo, F./ Sommerhalder, K./ Hahn, S., 2012, S. 435f

²²² Vgl.: Ebd., S. 436

Mit Bezugnahme auf den von Thilo, F./ Sommerhalder, K./ Hahn, S. (2012) entwickelten Definitionsansatz beschreiben Hacker, M./ Slobodenka, S./ Titzer, H. (2017a) den Bereich der Patientenedukation als wesentliches Tätigkeitsfeld professioneller Pflege zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Patienten.²²³

Steinbach, H. (2017) betont die Bedeutung von Gesundheitskompetenz als Voraussetzung für das Verstehen und die Umsetzung von selbstpflegerischen, therapeutischen, gesundheitsfördernden oder präventiven Maßnahmen. In diesem Zusammenhang sei es die Aufgabe Pfleger, zu verhindern, dass Patienten durch mangelnde Kompetenzen Schaden nehmen. Als mögliche pflegerische Maßnahme zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Patienten nennt die Pflegewissenschaftlerin edukative Maßnahmen. Interventionen wie das Vermitteln von Informationen, das Führen von Patientenschulungen und Beratung sollen dazu beitragen gesundheitsbezogene Kompetenzen von Patienten zu verbessern.²²⁴ Interventionen wie das Informieren, Anleiten oder Beraten können unabhängig von Gesundheitszustand und Alter, die Gesundheitskompetenz des Patienten und seinen Angehörigen verbessern.²²⁵

Die Vermittlung von Informationen und zielgruppenspezifischen Wissen, besonders in der stationären somatischen Versorgung von Menschen mit chronischen Krankheiten, wird auch von Ewers, M./Schaeffer, D./ Meleis, A. I. (2017), als Aufgabe professionell Pfleger gesehen. Pflegerische Interventionen liegen den Autoren zu folge, neben der Bereitstellung von Informationen, in edukativen Tätigkeiten.²²⁶

Mit der Herausstellung der Pflege als wichtige Kommunikations- und Informationsvermittlungsinstanz für alle Patienten und Angehörigen, schreiben auch Kolpatzik, K./ Schaeffer, D./ Vogt, D. (2018) der Berufsgruppe Pflege eine entscheidende Rolle bei der Vermittlung von Gesundheitskompetenz zu. Die Berufsgruppe sei, so die Autoren,

²²³ Vgl.: Hacker, M./ Slobodenka, S./ Titzer, H., 2017a, S. 25ff

²²⁴ Vgl.: Steinbach, H., 2017, S. 57f

²²⁵ Vgl.: Ebd., S. 58

²²⁶ Vgl.: Ewers, M./Schaeffer, D./ Meleis, A. I., 2017, S. 240

besonders bei der Beantwortung von Fragen zur Krankheitsbewältigung und dem Umgang mit Funktionseinschränkungen und Pflegebedürftigkeit oftmals erster Ansprechpartner für Betroffene.²²⁷ Mit dem Verweis auf pflegerische Potentiale bei der Durchführung von Interventionen oder der Aufnahme und Entlassung aus dem Krankenhaus, sowie der Unterstützung bei der Versorgungsgestaltung in den Spätphasen chronischer Erkrankungen, nennen die Autoren, Handlungsfelder und Ansatzpunkte für eine Förderung der Gesundheitskompetenz durch Pflegefachpersonen.²²⁸

6.2 Patientenedukation als Tätigkeit professionell Pflegender

6.2.1 Sozial- und berufsrechtliche Rahmenbedingungen pflegegeleiteter Patientenedukation

Ausgehend von den gesundheitspolitischen Bestrebungen, eines Care Continuums²²⁹ zur sektorenübergreifenden Versorgung von Patienten im Gesundheitssystem, nimmt die Berufsgruppe der Pflege eine tragende Rolle ein. Pflegerische Interventionen, vor allem im Bereich edukativer Tätigkeiten, finden sich insbesondere im V. und XI. Sozialgesetzbuch (SGB) wieder. Gesetzesnovellierungen und Richtlinien fordern die Notwendigkeit von Patientenedukation und betten sie u.a. im Aufgabenfeld professionell Pflegender ein.²³⁰

Mit dem in §11 SGB V beschriebenen Rechtsanspruch auf Versorgungsmanagement wird Patienten ein gesetzlicher Anspruch auf Leistungen zur Abwendung, Beseitigung, Minderung oder zum Ausgleich von Behinderung oder Pflegebedürftigkeit zugesprochen (vgl. nur § 11 Abs. 2 SGB V²³¹). Aus diesem Anspruch geht nicht nur eine Interaktion und Kooperation aller an der Versorgung beteiligten Akteure des Gesundheitswesens hervor, sondern schließt auch die Berufsgruppe der professionellen Pflege in die Versorgung mit ein. Der aus diesem

²²⁷ Vgl.: Kolpatzik, K./ Schaeffer, D./ Vogt, D., 2018, S. 11

²²⁸ Vgl.: Ebd.

²²⁹ Care Continuum: Modell der nicht-unterbrochenen Gesundheitsversorgung, vgl. hierzu: Bochdansky, T., 2015

²³⁰ Vgl.: Segmüller, T., 2018b, S. 15

²³¹ Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), BGBl. I 1988 S. 2477, zuletzt geändert durch Artikel 311 V. v. BGBl. I 19.06.2020 S. 1328

Paragrafen hervorgehende Rechtsanspruch auf Versorgungsmanagement verlangt unter Abs. 4 des selbigen Paragrafen, nicht nur die Miteinbeziehung der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, sondern auch explizit die Einbindung eines Pflegeberaters nach § 7a SGB XI²³² (vgl. nur § 11 Abs. 4 SGB V). Patienten- und gesundheitsedukative Interventionen wie Beratung, Information, Schulung oder pflegeprofessionelles Case Management sind somit als zentrale Bestandteile eines gelingenden Versorgungsmanagements innerhalb der Versorgungslandschaft des Gesundheitssystems zu betrachten.

Der gesicherte Rechtsanspruch auf Unterstützung des Entlassungsmanagements bestärkt die bereits beschriebene Verbindung zwischen SGB V und SGB XI (vgl. nur § 39 Abs 1a SGB V²³³). Die Berufsgruppe der professionellen Pflege wird auch hier als verbindendes Glied beschrieben. Die Schaffung eines Überleitungsmanagements soll eine nahtlose Versorgung bei der Behandlung chronisch erkrankter und Hilfe- und Pflegebedürftiger gewährleisten.²³⁴ Ähnliche Ziele sind auch dem nationalen Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege zu entnehmen.²³⁵ Durch pflegegeleitetes informieren, beraten oder vermitteln von Schulungen, soll der individuelle Unterstützungsbedarf des Patienten erhoben werden und eine an den Bedürfnissen des Patienten orientierten Entlassung geplant werden. Im Rahmen des Entlassungsmanagement ist es die Aufgabe professioneller Pflege, unter Einbeziehung der Angehörigen den Versorgungsbedarf zu evaluieren und die Versorgung durch alle an der Behandlung beteiligten Akteure zu koordinieren.²³⁶

²³² Sozialgesetzbuch, Elftes Buch, Soziale Pflegeversicherung (SGB XI), BGBl. I 1994 S. 1014, zuletzt geändert durch Artikel 5 G v. BGBl. I 19.05.2020 S. 1018

²³³ Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), BGBl. I 1988 S. 2477, zuletzt geändert durch Artikel 311 V. v. BGBl. I 19.06.2020 S. 1328

²³⁴ Vgl.: Segmüller, T. 2018b, S. 16

²³⁵ Vgl.: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.), 2019, S. 25

²³⁶ Vgl.: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.), 2019, S. 25

Durch die Einführung des zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) findet, mit der Beschreibung des Begriffs der Pflegebedürftigkeitsbegriff (vgl. nur § 14 Abs.2 SGB XI²³⁷), eine Akzentuierung der Ausgestaltung pflegerischer Handlungsfelder u.a. in der Beratung statt. In Verbindung mit dem Verständnis von Pflegebedürftigkeit, wird hier die Frage nach Selbstständigkeit im Umgang mit den Auswirkungen von Krankheit und funktionellen Beeinträchtigungen in den Mittelpunkt gerückt.²³⁸ Neben der Verrichtung reiner körperbezogener Maßnahmen werden somit verschiedene Formen der psychosozialen Unterstützung, sowie Tätigkeiten im Bereich Anleitung und Beratung in den Fokus pflegerischen Handelns gerückt. Aufgabe von beruflich Pflegenden ist es, pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen oder Bezugspersonen darin zu unterstützen, die Auswirkungen gesundheitlicher Probleme zu bewältigen.²³⁹ Pflegefachliche Anleitung und Beratung, im Sinne von „Education“, soll Patienten und Angehörige befähigen, alltags- und krankheitsbezogene Herausforderungen zu bewältigen und die Selbstständigkeit der Betroffenen stärken.²⁴⁰

Mit dem Inkrafttreten der jüngsten Reform des Krankenpflegegesetz 2020, wird die „Bedarfserhebung und Durchführung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen“ (§4 Abs. 3 PflBRefG²⁴¹) als explizites Ausbildungsziel und als für Pflegefachpersonen vorgehaltene Aufgabe genannt. Als weitere Vorbehaltstätigkeit wird das Aufgabenfeld der „Beratung, Anleitung und Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen bei der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit, sowie bei der Erhaltung und Stärkung der eigenständigen Lebensführung und Alltagskompetenz unter Einbeziehung ihrer sozialen Bezugspersonen“ (§4 Abs. 3 PflBRefG) erstmalig gesetzlich festgeschrieben. Das Pflegeberufereformgesetz trägt somit nicht nur zu einer konkreten Erweiterung des Aufgabenfelds beruflicher Pflege bei, sondern verdeutlicht auch, den bereits mit dem Krankenpflegegesetz

²³⁷ Sozialgesetzbuch, Elftes Buch, Zweites Pflegestärkungsgesetz (SGB XI), BGBl. I 2015, S. 2438f

²³⁸ Vgl.: Wingenfeld, K./ Büscher, A., 2017, S. 7

²³⁹ Vgl.: Ebd., S. 7f

²⁴⁰ Vgl.: Ebd., S. 10

²⁴¹ Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG), BGBl. I, 2017, S. 2583

2004 getroffenen Wandel, weg von einem krankheitsorientierten Handeln hin zu einem der Gesunderhaltung dienlichen Aufgabenspektrum pflegerischer Tätigkeiten.²⁴² Handlungsfelder wie Pflegeberatung stehen dabei im Fokus und werden u.a. erstmalig als Vorbehaltsaufgaben für Pflegefachpersonen festgeschrieben.²⁴³

6.2.2 Spezifitäten pflegegeleiteter Patientenedukation

Wie bereits in Kapitel 2.2 beschrieben, obliegt keinem Akteur im Gesundheitswesen ein exklusives Vorrecht bei der Vermittlung von Patientenedukation.²⁴⁴ Die Art und Weise wie die Vermittlung von Informationen, Beratung, Anleitung und/oder Schulung im Setting Pflege stattfindet, ist jedoch in seiner Ausführung einzigartig und weist einige Besonderheiten aus.²⁴⁵

Pflegegeleitete Patientenedukation wird von Abt-Zegelin (2002) als gleichberechtigter „Interaktionsprozess zwischen Patienten und den Pflegenden, welcher sich mit der Unterstützung von Menschen im Umgang mit den Auswirkungen einer Krankheit befasst“²⁴⁶, definiert. Dabei wird der Patient, im Verständnis einer evidenzbasierten Pflege, als ebenbürtiger Partner in der pflegerischen Versorgung betrachtet.²⁴⁷

Der Fokus pflegegeleiteter Patientenedukation liegt demnach auf der Stärkung der Alltagskompetenz des Patienten.^{248, 249} Pflegetheorien beschreiben als Zielgröße professionell pflegerischen Handelns, die Unterstützung des Betroffenen bei Wiedererlangung der Fähigkeit Alltagsaktivitäten selbst zu gestalten.²⁵⁰

Pflegegeleitete edukative Interventionen unterscheiden sich in besonderer Weise zu denen anderen Akteuren im Gesundheitswesen.²⁵¹ Anders als beispielsweise bei der ärztlichen Aufklärung, steht das

²⁴² Vgl.: Brieskorn-Zink, M., 2009, S. 168

²⁴³ Vgl.: Weiß, T./ Meißner, T./ Kepma, 2018, S.130

²⁴⁴ Vgl.: Zegelin, A. 2015, S. 16

²⁴⁵ Vgl.: Segmüller, T., 2018a, S. 6

²⁴⁶ Abt-Zegelin, 2002, zit. nach Brenner, A., 2014, S. 30f

²⁴⁷ Vgl.: Brenner, A., 2014, S. 31

²⁴⁸ Vgl.: Abt-Zegelin, A., 2014, S. 14

²⁴⁹ Vgl.: Brenner, A., 2015, S. 31

²⁵⁰ Vgl.: Abt-Zegelin, A., 2014, S. 14

²⁵¹ Vgl.: Gossens, J., 2016, S. 92

Alltagsleben mit der Krankheit und nicht ausschließlich deren Bewältigung im Fokus pflegerischen Handelns.²⁵² Edukative Interventionen finden sich dabei oftmals integriert in Tätigkeiten des normalen Tagesablaufs wieder. Die Weitergabe bzw. Bereitstellung von Informationen, Beratung oder anleitende Elemente finden dabei parallel, in einer Verknüpfung aus Dialog und Alltagshandlung, zur pflegerischen Handlung statt.²⁵³

Ein weiteres spezifisches Merkmal pflegegeleiteter Patientenedukation ist der vorherrschende „Ad-hoc-Charakter“ der Interventionsnachfrage.²⁵⁴ Besonders im SGB XI Bereich sind professionell Pflegende für viele Patienten häufig der erste Kontakt.²⁵⁵ Für Fragen hinsichtlich eines Alltagslebens mit Krankheiten oder der Versorgungsgestaltung bei der Aufnahme oder Entlassung aus dem Krankenhaus oder dem Managen von chronischen Krankheiten, kommt der Berufsgruppe eine tragende Rolle zu.²⁵⁶ Einzelne Intervention finden dabei nicht trennscharf voneinander losgelöst statt, sondern greifen oftmals ineinander über und orientieren sich an den Bedürfnissen des Patienten.²⁵⁷

Die unmittelbare Handlungsbegleitung erleichtert es Patienten neu vermitteltes Wissen zu kontextualisieren und für das eigene Handeln übertragbar zu machen. Dies widerspricht nicht nur der klassischen Beratungssituation in herkömmlicher Weise, sondern zeichnet sich auch durch ein gemeinsam stattfindendes, lösungsorientiertes Handeln aus.²⁵⁸ Bei der Gestaltung der Vermittlung von Patientenedukation ist es weniger die Aufgabe professioneller Pflege Informationen nur zu vermitteln, sondern viel mehr die Gestaltung und Schaffung von Bedingungen unter denen edukative Interventionen stattfinden können.²⁵⁹ Pflegerische Unterstützungsleistung erstreckt sich in diesem Zusammenhang über

²⁵² Vgl.: Zegelin, A., 2015, S. 25

²⁵³ Vgl.: Gossens, J., 2016, S. 91

²⁵⁴ Vgl.: Segmüller, T., 2018a, S. 6

²⁵⁵ Vgl.: Zegelin, A., 2015, S. 26

²⁵⁶ Vgl.: Kolpatzik, K./ Schaeffer, D., Vogt, D., 2018, S. 11

²⁵⁷ Vgl.: Segmüller, T., 2018a, S. 6

²⁵⁸ Vgl.: Gossens, J., 2016, S. 92

²⁵⁹ Vgl.: Bastable, S. B./ Gonzales, K. M., 2017, S. 12

rein körperbezogene Interventionen hinaus. Informierende und beratende Anteile pflegerischer Arbeit sind ein fester Bestandteil pflegegeleiteter Interaktionen und eine wichtige Ressource für Patienten bei der Alltagsbewältigung.²⁶⁰

Edukative Interventionen sind jedoch nicht nur Bestandteil des Pflegeprozesses, sondern sind auch mit dem prozesshaften Ablauf desselben vergleichbar. Formal betrachtet, orientieren sich sowohl der Pflegeprozess als auch der Prozess der Patientenedukation an den Schritten (Problem-) Einschätzung, Planung, Implementierung und Evaluation (vgl. Abb. 4).²⁶¹

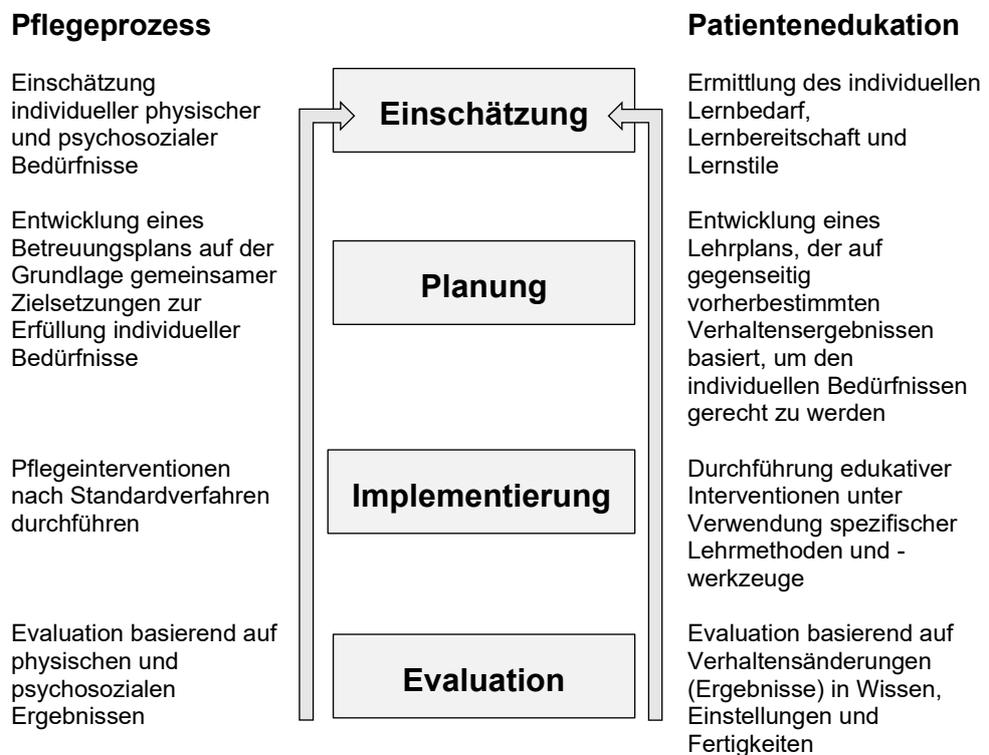


Abbildung 4: Parallelen zwischen Pflegeprozess und pflegegeleiteter Patientenedukation²⁶²

Der auf pflegerische Unterstützung basierende Pflegeprozess rückt die Ermittlung physischer und psychosozialer Bedürfnisse des Patienten in den Mittelpunkt der Betrachtung. Der Prozess der Patientenedukation, basierend auf Grundlage der Lernbedürfnisse, Lernbereitschaft und

²⁶⁰ Vgl.: Gossens, J., 2016, S. 93

²⁶¹ Vgl.: Bastable, S. B./ Gonzales, K. M., 2017, S. 10

²⁶² Eigene Darstellung in starker Anlehnung an Bastable, S. B./ Gonzales, K. M., 2017, S. 10 f

Lernvoraussetzungen des Patienten, gilt als erfolgreich, wenn sich Veränderungen in den Wissens Einstellungen und Fertigkeiten ergeben. Lernanlässe können dabei in Form von geplanten Einheiten aber auch spontan (ad-hoc), im Rahmen informeller Bildungssitzungen oder zufälliger Begegnungen z.B. bei der Versorgung des Patienten entstehen.²⁶³ Beide Prozesse unterliegen den Teilschritten Einschätzung und Evaluierungen, wobei die Planungs- und Implementierungsphasen ständig neu ausgerichtet werden.²⁶⁴

6.3 Voraussetzungen und Barrieren für eine gelingende Patientenedukation in der professionellen Pflege

Edukative Interventionen sollen chronisch erkrankten Menschen und ihren Angehörigen u.a. zu einem Höchstmaß an Autonomie und Lebensqualität befähigen und sie in die Lage versetzen als gleichberechtigter und kompetenter Ko-Produzent ihrer eigenen Gesundheitsversorgung kritische Entscheidungen zu treffen. Die Berücksichtigung individueller Ressourcen und Präferenzen der Betroffenen ist für eine gelingende Patientenedukation entscheidend.²⁶⁵

Pflegegeleitete Patientenedukation ist eng verwoben mit dem Pflegeprozess.²⁶⁶ Als integrativer Bestandteil pflegerischer Versorgung finden edukative Interventionen auf einer partnerschaftlichen Basis statt und beziehen den Patienten und seine individuellen Bedürfnisse in den Vermittlungsprozess mit ein. Während der partnerschaftlichen Zusammenarbeit entstehen sogenannte „teachable moments“.²⁶⁷ Sie bieten die Basis für eine erfolgreiche Durchführung edukativer Interventionen.²⁶⁸ Der Aufbau einer solchen auf partnerschaftliches Verständnis und Partizipation beruhenden Beziehung bedarf u.a. gute kommunikative Fähigkeiten der Pflegefachkraft.²⁶⁹ Für eine gelingende Vermittlung von Informationen oder eine erfolgreiche Durchführung von Beratung und/oder Schulungen, müssen professionell Pflegende in der

²⁶³ Vgl.: Bastable, S. B./ Gonzales, K. M., 2017, S. 11

²⁶⁴ Vgl.: Ebd., S. 10 f

²⁶⁵ Vgl.: Müller-Mundt, G., 2014, S. 708

²⁶⁶ Vgl.: Gossens, J., 2016, S. 93

²⁶⁷ Vgl.: Dietscher, C./ Pelikan, J., 2016, S. 425

²⁶⁸ Vgl.: Bastable, S. B./ Gonzales, K. M., 2017, S. 12

²⁶⁹ Vgl.: Brenner, A., 2014, S. 26

Lage sein, Patienten mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz zu identifizieren. Sie müssen die individuellen Bedürfnisse des Betroffenen erkennen und über die nötige Kompetenz verfügen, geeignete edukative Interventionen auszuwählen. Die Fokussierung der Selbstmanagementfähigkeiten des Patienten können dabei als Schlüsseldimension fungieren, um z.B. Kommunikationsbarrieren zu überwinden.²⁷⁰

Derweil werden, den Pflegeprozess betreffende Interventionen, u.a. durch Personalabbau und medizinische Dominanz, immer weiter zurück gefahren.²⁷¹ Die Berufsgruppe der professionellen Pflege tut sich schwer pflegespezifischen Aufgaben nach zu kommen, Pflegefachkräfte arbeitet häufig am Limit.²⁷² Enge Handlungsvorgaben und Personalkürzungen führen vieler Orts zuerst zu einem Wegfall interaktiver Tätigkeiten.²⁷³

Darüber hinaus definiert sich Pflege oftmals immer noch als handwerklich. Längere Gespräche gelten häufig nicht als Arbeit mit Patienten. Für eine veränderte Wahrnehmung pflegerischer Tätigkeiten innerhalb und außerhalb der Berufsgruppe, sei, so Zegelin, A. (2015), eine Weiterqualifizierung professioneller Pflege in den Bereichen Information, Beratung und Schulung zwingend erforderlich.²⁷⁴

Um die Effektstärke bzw. die Wirksamkeit pflegegeleiteter Patientenedukation zu messen werden i.d.R. fremde Outcome Parameter genutzt. Ein einheitliches, pflegespezifisches Instrument existiert derzeit nicht.²⁷⁵

²⁷⁰ Vgl.: Bastable, S. B./ Myery, G. M., 2017, S. 221

²⁷¹ Vgl.: Zegelin, A., 2015, S. 25

²⁷² Vgl.: Ebd., S. 16

²⁷³ Vgl.: Ebd.

²⁷⁴ Vgl.: Ebd., S. 26

²⁷⁵ Vgl.: Abt-Zegelin, A., 2014, S. 14

7 Auswirkungen von pflegegeleiteter Patientenedukation auf die Gesundheitskompetenz chronisch erkrankter Patienten

Der Einfluss, der von pflegegeleiteter Patientenedukation hinsichtlich der Gesundheitskompetenz chronisch erkrankter Patienten ausgeht, wird in verschiedenen Studien mit unterschiedlichen Designs untersucht^{276, 277, 278} und in Expertenempfehlungen²⁷⁹ betont.

Eine von Riley, L. et al. (2017) in den Vereinigten Staaten von Amerika durchgeführte Umfrage, stellt Pflegefachkräfte u.a. als wesentliche Schnittstelle bei der Versorgung von chronisch erkrankten Menschen heraus.²⁸⁰ Vor dem Hintergrund, dass die Rolle professionell Pflegender in der Primärversorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen in der Zukunft zunehmen wird, haben die Forscher ihre Umfrage an den dafür erforderlichen Bedürfnisse der Pflegefachkräfte orientiert. Mit dem Ziel pädagogische und berufliche Herausforderungen professionell Pflegender bei der Behandlung an rheumatoider Arthritis (RA)²⁸¹ erkrankter Patienten in der Primärversorgung zu verstehen, wurde eine E-Mail-Befragung unter 2338 beruflich Pflegenden durchgeführt.²⁸² Rückschlüsse auf die daraus hervorgegangenen Ergebnisse lassen die Autoren zu dem Ergebnis kommen, dass Pflegefachkräfte in der multidisziplinären Versorgung an RA erkrankter Patienten entscheidend sind. Professionell Pflegende übernehmen eine wichtige Rolle bei der Schnittstellenkommunikation und Koordination der einzelnen Leistungsanbieter ein. Sie schließen eine wichtige Ressourcenlücke und ermöglichen chronisch kranken Patienten den Zugang zu einer gesundheitlichen Versorgung.²⁸³ Um dieses Potential wirksam in der

²⁷⁶ Vgl.: Riley, L., et al., 2017

²⁷⁷ Vgl.: Gorina, M./ Limonero, J. T./ Álvarez, M., 2018

²⁷⁸ Vgl.: Grønning, K./ Midttun, L./ Steinsbekk, A., 2016

²⁷⁹ Vgl.: Melnyk, B. M. et al., 2016

²⁸⁰ Vgl.: Riley, L. et al, 2017, S. 679

²⁸¹ Rheumatoide Arthritis (RA) oder chronische Polyarthritits beschreibt eine schubweise verlaufende, chronische Entzündung der Gelenkschleimhaut. Phasenweise auftretende entzündliche Prozess führen dabei zu destruirenden Gelenksveränderungen. RA ist, in den westlichen Industrieländern, die am häufigsten auftretende Form der Arthritis. Neben Schmerzen belastet Betroffenen vor allem eine eingeschränkte Beweglichkeit im Alltag. Vgl.: Renz.Polster, H./ Krautzig, S. (Hrsg.), 2008a, S. 1077ff

²⁸² Vgl.: Riley, L. et al., 2017, S. 674

²⁸³ Vgl.: Ebd. S. 677f

Praxis umzusetzen sei es jedoch u.a. erforderlich, so die Autoren, Strukturen der interdisziplinären Kommunikation zu verbessern. Darüber hinaus müsse Pflegekräften vermehrten Zugang zu pädagogischen Instrumenten und Ressourcen sowie Weiterbildung und Schulung hinsichtlich des Managements von RA ermöglicht werden.²⁸⁴

Auch die Autoren Menyk, B. M. et al. (2016) schreiben im Rahmen ihrer Zusammenfassung der Million Hearts Initiative der professionellen Pflege eine gewichtete Rolle bei der Verbesserung der Gesundheitskompetenz chronisch erkrankter Menschen zu. Dabei rückt die nationale Initiative zur Verbesserung der kardiovaskulären Gesundheit der Nation durch evidenzbasierte Praktiken, Prävention und pflegegeleitete Patientenedukation in den Fokus.^{285, 286} Die Autoren betonen in ihren Empfehlungen den Erfolg pflegegeleiteter Interventionen im Hinblick auf eine Förderung der Verhaltensänderung bei chronisch kranken Patienten.²⁸⁷ Besonders Maßnahmen in Form von durch Pflegefachkräfte geführte Telefonate und telefonische Beratungsprogramme, bezüglich einer gesünderen Lebensführung, konnten einen positive Effekt auf das Outcome an kardiovaskulären erkrankten Personen erzielen.²⁸⁸

Die Ergebnisse des von Gorina, M./ Limonero, J. T./ Álvarez, M. (2018) durchgeführten systematischen Reviews stellen ebenfalls Pflegefachkräfte als wirkungsvolle Akteure bei der Vermittlung von Gesundheitskompetenz bei chronisch kranken Patienten heraus. Basieren auf der Untersuchung randomisierter kontrollierter Studien zwischen den Jahren 2000 und 2015, schreiben die Autoren professionell Pflegenden eine aktive Rolle bei der Durchführung

²⁸⁴ Vgl.: Riley, L. et al., 2017, S. 679

²⁸⁵ Kardiovaskulär (kardio, griech. = Herz; vas, lat. = Gefäß) bedeutet, das Herz und das Gefäßsystem bzw. das Herz-Kreislauf-System betreffend. Vgl.: Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, rechtsfähige Stiftung des bürgerlichen Rechts, Stand: 18.06.2019 (Internet)
Herz-Kreislauf-Erkrankungen bilden die häufigste Todesursache in Deutschland und sind ursächlich für insgesamt etwa 40 Prozent aller Sterbefälle. Sie sind mit erheblichen individuellen Krankheitsfolgen verbunden. Vgl.: Robert Koch-Institut (Hrsg.), Stand: 10.01.2020 (Internet)

²⁸⁶ Vgl.: Menyk, B. M. et al., 2016, S. 46

²⁸⁷ Vgl.: Ebd., S. 48

²⁸⁸ Vgl.: Ebd., S. 50

edukativer Interventionen zur Verbesserung der Kontrolle und des Umgangs mit chronischen Krankheiten zu.²⁸⁹ In Anbetracht einer zunehmenden Inzidenz an Diabetes Mellitus Typ 2²⁹⁰, Hypertonie²⁹¹ und Hypercholesterinämie²⁹² erkrankter Menschen, untersuchten die Forscher die Wirksamkeit pflegegeleiteter Patientenedukation. Pflegefachkräfte mussten dazu aktiv an der Durchführung edukativer Maßnahmen in der Primärversorgung beteiligt sein. Aufgetane Studienergebnisse wurden hinsichtlich einer Verbesserung der Kontrolle von Krankheitssymptomen und dem Managen der Erkrankung selbst analysiert.²⁹³ Mit dem Fokus auf von Pflegefachkräften geleiteten edukativen Interventionen identifizierte die Forschergruppe Gorina, M./ Limonero, J. T./ Álvarez, M. (2018) neben Telefonaten oder telefonischer Beratung auch Maßnahmen, die im direkten Kontakt mit dem Patienten stattfanden. Den größten Wirkungsgrad wiesen die jeweiligen Interventionen auf, wenn sie eingebettet in ein multidisziplinäres Team aus Versorgungsleitern stattfanden.²⁹⁴ Basierend auf den pflegegeleiteten Maßnahmen konnten Verbesserungen in Bereichen wie

²⁸⁹ Vgl.: Gorina, M./ Limonero, J. T./ Álvarez, M., 2018, S. 149

²⁹⁰ Diabetes mellitus oder Zuckerkrankheit ist ein Überbegriff für verschiedene Stoffwechselerkrankungen. Hauptformen sind der Typ-1- und Typ-2-Diabetes mellitus. Kennzeichnend für Diabetes Mellitus Typ 2 ist eine vorherrschende Insulin-Resistenz und ein damit verbundener relativer Insulinmangel mit begleitender Sekretionsstörung von Insulin. Ist eine konsequente Lebensstiländerung nicht ausreichend, ist die orale Einnahmen von Medikamenten oder im weiteren Verlauf das spritzen von Insulin notwendig. In Deutschland leiden circa 7,2 Prozent der Erwachsenen im Alter von 18 bis 79 Jahren an Diabetes mellitus. Circa 90 bis 95 Prozent davon sind an Typ-2-Diabetes erkrankt. Vgl.: Bundesministerium für Gesundheit, Stand: 13.07.2020 (Internet) Informationen und Schulungen gelten für Betroffenen als besonders wichtige Hilfsmittel um ein Leben trotz Krankheit führen zu können. Vgl.: Renz-Polster, H./ Krautzig, S. (Hrsg.), 2008b, S.872

²⁹¹ Chronische arterielle Hypertonie beschreibt einen dauerhaft, erhöhten systolischen Blutdruckwert über 140mmHg und einen diastolischen Wert von über 90mmHg. Einhergehend mit einem häufig unbemerkten oder unzureichend eingestellten Bluthochdruck können kardiovaskuläre Folgeschäden wie Schlaganfall oder koronarer Herzkrankheit (Verengung der Herzkranzgefäße) auftreten. Als entscheidend für eine erfolgreiche Behandlung gilt die Motivation und Handlungsbereitschaft des Patienten selbst. Vgl.: Renz-Polster, H./ Krautzig, S. (Hrsg.), 2008c, S. 177 u. S. 187

²⁹² Hypercholesterinämie oder auch Erhöhung der Cholesterinwerte im Blut, ist eine meist nahrungsmittelabhängige Erhöhung der Blutfettwerte im menschlichen Organismus. Eine dauerhafte Erhöhung des Cholesterinwerts geht häufig mit einem Risiko für Arteriosklerose einher. Therapiemaßnahmen finden sich in erster Linie in einer umfangreichen Diät wieder. Vgl.: Renz-Polster, H./ Krautzig, S. (Hrsg.), 2008b, S.905ff

²⁹³ Vgl.: Gorina, M./ Limonero, J. T./ Álvarez, M., 2018, S. 141

²⁹⁴ Vgl.: Ebd., S. 148

Selbstmanagementfähigkeit, der Lebensstilführung, sowie klinischen Parametern, wie eine Senkung des systolischen und diastolischen Blutdruckwerten oder einer Senkung des Cholesterinspiegels im Blut festgestellt werden.²⁹⁵ Als Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung nennen die Autoren die Wahrnehmung und Identifizierung persönlicher und sozialer Determinanten der Betroffenen. Wirksame Interventionen, so die Verfasser, bedürfen einer Anpassung an die individuellen Bedürfnisse und Lebenssituationen der Patienten.²⁹⁶ Obwohl eine positive Auswirkung pflegegeleiteter Patientenedukation auf den Umgang mit Diabetes mellitus Typ 2, Hypertonie und Hypercholesterinämie herausgestellt werden konnten, konnten die Autoren kein dafür verantwortliches Hauptmerkmal identifizieren. Die vorherrschende Heterogenität bei der Durchführung edukativer Strategien, Methoden und einer bestehenden Disparität der dafür zu Verfügung stehenden Bewertungskriterien, lässt, so die Verfasser, keinen Rückschluss auf eine am besten geeignete pflegeleitete Intervention zu. Basierend auf ihren Forschungsergebnissen sprechen sich Gorina, M./ Limonero, J. T./ Álvarez, M. (2018) für ein Voranbringen und die Weiterentwicklung von evidenzbasierten pflegegeleiteten edukativen Intervention aus. Für eine Schaffung valider theoretischer Bezugsrahmen sind, so die Autoren, jedoch weitere Forschungen notwendig.²⁹⁷

Ein durch pflegegeleitete Patientenedukation verbesserter Umgang mit der Krankheitslast, ist auch den Studienergebnissen von Grønning, K./ Midttun, L./ Steinsbekk, A. (2016) zu entnehmen. In einer qualitativen Studie mit einem randomisierten kontrollierten Studiendesign wurde untersucht, wie Patienten mit chronisch entzündlicher Polyarthrit nach einem von Pflegefachkräften geleiteten Patientenschulungsprogramm den Umgang mit ihrer Krankheit, gegenüber Patienten einer Kontrollgruppe, die keinerlei Schulung erhielten, beschreiben.²⁹⁸ Personen, die an dem Edukationsprogramm teilnahmen, äußerten ein

²⁹⁵ Vgl.: Gorina, M./ Limonero, J. T./ Álvarez, M., 2018, S. 149

²⁹⁶ Vgl.: Ebd.

²⁹⁷ Vgl.: Ebd.

²⁹⁸ Vgl.: Grønning, K./ Midttun, L./ Steinsbekk, A., 2016, S. 2

gestärktes Selbstvertrauen im Umgang mit den Folgen von Arthritis, was ihnen ein gutes Gefühl gab. Das gestärkte Selbstvertrauen wurde dem Erfahrungsaustausch mit anderen Teilnehmern in der Gruppe und dem Lernen von etwas Neuem zugeschrieben. Durch die Maßnahme gewonnenes Selbstvertrauen wurde u.a. im Umgang mit Krankheitsschwankungen, einem positiv veränderten Gesundheitsverhalten und dem Wissen über Medikamente verbunden.²⁹⁹

8 Diskussion

Der Umgang mit chronischen Erkrankungen stellt Betroffenen vor große Herausforderungen. Gesundheitskompetenz wird in diesem Zusammenhang vielfach erwähnt und als positiver Einflussfaktor für den Umgang mit chronischen Krankheiten dargestellt.^{300, 301} Für eine gute Gesundheitskompetenz sprechen dabei Fähigkeiten, wie ein gutes Zurechtfinden im Gesundheitssystem, dem Managen wechselnder Krankheitsphasen sowie dem Selbst- und Symptommonitoring.^{302, 303} Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz äußern sich demnach in einem verbesserten Verständnis und Wissen über die eigene Erkrankung und gehen einher mit einer verbesserten Selbstwirksamkeit sowie gesundheitsförderlichen Verhaltensänderungen.^{304, 305}

Pflegegeleitete Patientenedukation erfüllt diese Kriterien und stellt eine Interventionsmöglichkeit, um die Gesundheitskompetenz von chronisch kranken Patienten zu stärken, dar.^{306, 307, 308, 309} Dabei bildet die Berufsgruppe nicht nur eine wichtige Schnittstelle bei der häufig sehr komplexen Versorgungsgestaltung chronisch erkrankter Menschen,

²⁹⁹ Vgl.: Ebd., S. 5

³⁰⁰ Vgl.: Müller-Mundt, G., 2014, S. 707

³⁰¹ Vgl.: Schaeffer, D./ Haselbeck, J., 2016, S. 244

³⁰² Vgl.: Müller-Mundt, G., 2014, S. 707

³⁰³ Vgl.: Schaeffer, D./ Haselbeck, J., 2016, S. 244f

³⁰⁴ Vgl.: Lenartz, N./ Soellner, R./ Rudinger, G., 2016, S. 14

³⁰⁵ Vgl.: Melin, S./ Klapper, B., 2019, S. 86

³⁰⁶ Vgl.: Grønning, K./ Midttun, L./ Steinsbekk, A., 2016, S. 5

³⁰⁷ Vgl.: Melnyk, B. M., et al. 2016, S. 48

³⁰⁸ Vgl.: Riley, L. et al, 2017, S. 674

³⁰⁹ Vgl.: Gorina, M./ Limonero, J. T./ Álvarez, M., 2018, S. 149

sondern ermöglicht vielen auch den Zugang zu einem bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgungsangebot.³¹⁰

Durch von professionell Pflegenden geleiteten edukativen Interventionen lässt sich eine Verbesserung der Lebensstilführung von Betroffenen beobachten.^{311, 312, 313} Pflegegeleitete Patientenedukation konnte hier u.a. zur Förderung der Verhaltensänderung bei chronisch kranken Patienten hinsichtlich eines gesundheitsfördernden Verhalten beitragen.³¹⁴ Edukative Maßnahmen, die durch professionell Pflegende erteilt werden, befähigen Patienten zu einer verbesserten Symptomkontrolle und fördern die zum Umgang mit der Erkrankung erforderlichen Selbstmanagementfähigkeiten.³¹⁵ Dies äußert sich neben einer gesünderen Lebensstilführung auch in einem verbesserten Umgang mit dem oftmals wechselhaften Krankheitsverlauf.^{316, 317, 318} Darüber hinaus beschrieben Patienten, die an pflegegeleiteten Programmen teilgenommen haben, mehr Selbstvertrauen im Umgang mit dem Medikamentenmanagement und positiveren Einstellung zur Krankheitsbewältigung.³¹⁹

Für eine besonders effektive Gestaltung pflegegeleiteter Patientenedukation ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit der einzelnen Akteure im Gesundheitssystem notwendig. Forschungsergebnisse weisen hier u.a. auf Handlungsbedarf bei der Verbesserung von Kommunikationsstrukturen hin.³²⁰ Ebenso entscheidend für eine wirkungsvolle Patientenedukation ist der Einfluss der individuellen Fähigkeiten und Bedürfnissen der Betroffenen auf den Edukationsprozess. Soziale und persönliche Determinanten der

³¹⁰ Vgl.: Riley, L. et al., 2017, S. 674

³¹¹ Vgl.: Melnyk, B. M., et al. 2016, S. 48

³¹² Vgl.: Grønning, K./ Midttun, L./ Steinsbekk, A., 2016, S. 5

³¹³ Vgl.: Gorina, M./ Limonero, J. T./ Álvarez, M., 2018, S. 149

³¹⁴ Vgl.: Melnyk, B. M., et al. 2016, S. 48

³¹⁵ Vgl.: Gorina, M./ Limonero, J. T./ Álvarez, M., 2018, S. 149

³¹⁶ Vgl.: Melnyk, B. M., et al. 2016, S. 48

³¹⁷ Vgl.: Grønning, K./ Midttun, L./ Steinsbekk, A., 2016, S. 5

³¹⁸ Vgl.: Gorina, M./ Limonero, J. T./ Álvarez, M., 2018, S. 149

³¹⁹ Vgl.: Grønning, K./ Midttun, L./ Steinsbekk, A., 2016, S. 5

³²⁰ Vgl.: Riley, L. et al. 2017, S. 679

Patienten müssen bei der Durchführung edukativer Maßnahmen berücksichtigt werden.³²¹

Eine am besten für die Praxis geeignete edukative Maßnahme lässt sich dabei nicht identifizieren. Trotz der positiv erkennbaren Wirkung pflegegeleiteter Patientenedukation hinsichtlich einer Stärkung der für eine gute Gesundheitskompetenz erforderlichen Fähigkeiten, lässt sich kein signifikanter Unterschied im Wirkungsgrad der verschiedenen Maßnahmen ermitteln. So konnten neben von Pflegefachkräften geführten Telefonaten oder gezielter telefonischer Beratung, auch bei Interaktionen, die im direkten Kontakt mit Patienten durchgeführt wurden, positive Auswirkungen erzielt werden.^{322, 323} Die vorherrschende Heterogenität ist dabei auf fehlende einheitliche Maßnahmen und Strukturen pflegegeleiteter Patientenedukation zurückzuführen.³²⁴ Des Weiteren besteht eine Disparität der dafür erforderlichen Bewertungskriterien. In der professionellen Pflege getroffenen edukative Maßnahmen sind zwar wirkungsvoll aber unterliegen keinem Modell das in der Praxis priorisiert werden kann. Empfehlungen werden wirtschaftlich orientiert getroffen und sprechen sich in erster Linie für die Durchführungen der am kostengünstigen Intervention aus.³²⁵

Vor dem Hintergrund eines demographischen Wandels und der Zunahme chronischer Erkrankungen sprechen sich unterschiedliche Forschergruppen für eine Weiterentwicklung pflegegeleiteter Patientenedukation aus.^{326, 327} Mit einem Verweis auf die Notwendigkeit und dem Potential pflegegeleiteter edukativer Maßnahmen werden neben einer Schaffung eines validen theoretischen Bezugsrahmen einheitliche Bewertungskriterien gefordert. Pflegefachkräften soll der Zugang zu pädagogischen Instrumenten, Weiterbildungen und Schulungen erleichtert werden.³²⁸ Darüber hinaus spricht sich die

³²¹ Vgl.: Gorina, M./ Limonero, J. T./ Álvarez, M., 2018, S. 149

³²² Vgl.: Melnyk, B. M., et al. 2016, S. 47

³²³ Vgl.: Gorina, M./ Limonero, J. T./ Álvarez, M., 2018, S. 148

³²⁴ Vgl.: Ebd., S. 149

³²⁵ Vgl.: Ebd.

³²⁶ Vgl.: Riley, L. et al. 2017, S. 679

³²⁷ Vgl.: Gorina, M./ Limonero, J. T./ Álvarez, M., 2018, S. 149

³²⁸ Vgl.: Riley, L. et al. 2017, S. 679

Forschergruppe Gorina, M./ Limonero, J. T./ Álvarez, M. (2018) für eine weiterreichende Entwicklung evidenzbasierter pflegegeleiteter edukativer Interventionen aus.³²⁹

9 Fazit und Ausblick

Vor dem Hintergrund des soziodemographischen Wandels und einer zunehmenden Inzidenz chronischer Erkrankungen nimmt Gesundheitskompetenz einen immer größer werdenden Stellenwert ein. Ein Leben mit chronischen Krankheiten geht oftmals mit vielfältigen Herausforderungen einher. Um ein Leben trotz Einschränkungen führen zu können wird von Betroffenen ein hohes Maß an Selbstmanagementfähigkeiten gefordert. Dabei müssen sich Erkrankte nicht nur in der Vielfalt des Versorgungsangebot im Gesundheitswesen zurechtfinden, sondern auch einen oft phasenweisen Krankheitsverlauf managen.

Gesundheitskompetenz wird in diesem Zusammenhang als Schlüsselkompetenz verstanden. Die damit verbundenen Fähigkeiten Informationen zu erhalten, zu verstehen und kritisch bewerten zu können gelten als entscheidend für einen erfolgreichen Umgang mit chronischen Erkrankungen.

Wirksame Maßnahmen zur Vermittlung von Gesundheitskompetenz können im Rahmen von edukative Maßnahmen stattfinden. Als vielerorts erster Kontakt zum Gesundheitswesen werden Pflegefachkräfte als wesentliche Akteure bei der Vermittlung genannt. Mit einer besonderen Beziehung zu Patienten und einer an den Selbstmanagementfähigkeiten des Patienten orientierten Haltung werden professionell Pflegende vielfach als Vermittler von Gesundheitskompetenz genannt.

Die Wirksamkeit pflegegeleiteter Patientenedukation wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit überprüft und konnte bestätigt werden.

³²⁹ Vgl.: Gorina, M./ Limonero, J. T./ Álvarez, M., 2018, S. 149

Pflegegeleitete Patientenedukation trägt zu einer Stärkung der Gesundheitskompetenz bei chronisch kranken Patienten bei. Durch pflegegeleitete edukative Maßnahmen begünstigen u.a. gesundheitsfördernde Verhaltensänderungen und führen zu gesundheitsbewussteren Lebensstiländerungen bei chronisch kranken Personen. Betroffene verfügen, nach der Teilnahme an Maßnahmen pflegegeleiteter Patientenedukation, über eine bessere Symptomkontrolle und mehr Selbstbewusstsein im Umgang mit ihrer Erkrankung. Managementfähigkeiten in Bezug auf den Umgang mit Medikamenten und den oftmals schwankenden Krankheitsverlauf konnten verbessert werden. Pflegegeleitete Patientenedukation ermöglicht chronisch kranken Patienten einen verbesserten Zugang zu gesundheitsbezogenen Leistungen. Durch die Teilnahme an pflegegeleiteten edukativen Maßnahmen werden Betroffenen befähigt mit ihrer Krankheit selbstbewusst umzugehen und Determinanten ihrer eigenen Gesundheit zu kontrollieren.

Während pflegegeleitete Patientenedukation international bereits zu einem festen Bestandteil professionell pflegerischer Tätigkeit zählen, übernehmen Pflegefachkräfte diese Aufgabe hier zu Lande nur sporadisch und teilweise beiläufig. In Anbetracht des demographischen Wandels und einer zunehmenden Inzidenz chronischer Erkrankungen, einhergehend mit einer, für diese Personengruppe attestierten niedrigen Gesundheitskompetenz, stellt das Aufgabengebiet Patientenedukation große Potentiale für eine Ausgestaltung pflegerischer Tätigkeiten dar. Die Vermittlung von Gesundheitskompetenz wird auch langfristig eine große Rolle bei der Versorgung der Bevölkerung spielen. Professionell Pflegende erfüllen alle Voraussetzungen für die Übernahme dieser Tätigkeit. Eine Ausdifferenzierung der dafür notwendigen Rahmenbedingungen, wie etwa die Schaffung von einheitlichen Evaluationskriterien zur Bewertung edukativer Maßnahmen, sowie die Ausdifferenzierung edukativer Tätigkeiten in Fort- und Weiterbildung sind notwendig. Des Weiteren ist eine Verankerung der Übernahme dieser Tätigkeiten im beruflichen Selbstbewusstsein innerhalb der Berufsgruppe erforderlich. Die voranschreitenden

Akademisierungsbestrebungen können als erster Schritt hierzu verstanden werden. Gesetzesnovellierungen und Reform ebnet ebenfalls den Weg für die vermehrte Ausbau edukativer Interventionen in der professionellen Pflege. Bei allen Bestrebungen bleibt jedoch anzumerken, dass weitere Forschungen notwendig sind. Methoden zur Vermittlung von Gesundheitskompetenz bedürfen einer zielgruppenspezifischen Evaluation und einen einheitlichen Bewertungsrahmen um ein evidenzbasiertes Portfolio edukativer Maßnahmen für die professionelle Pflegepraxis zu schaffen.

Literaturverzeichnis

Abel, T./ Bruhin, E./ Sommerhalder, K./ Jordan, S. (2018): Health Literacy/ Gesundheitskompetenz, <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/health-literacy-gesundheitskompetenz/>. Stand: 20.06.2018. Zuletzt geprüft am 31.08.2020

Abt-Zegelin, A. (2014), Beraten, Informieren und Schulen als Pflegeaufgabe: Das Wittener Konzept, in: Plessl-Schorn, B. (Hrsg.), Patienten- und Angehörigenedukation, Wien, S. 11-22

Altgeld, T./ Kolip, P. (2018): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung, in: : Hurrelmann, K./ Richter, M./ Klotz, T./ Stock, S. (Hrsg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung, 5. Auflage, Berlin, S. 57- 74

Angele, S./ Calero, C. (2019): Deutschland Stärkung präventiver Potenziale in der Pflegeberatung, in: Bundesgesundheitsblatt 2019, Nr. 62, S. 320–328

Bastable, S. B./ Gonzalez, K. M. (2017): Overview of Education in Health Care, in: Bastable, S. B.: Essentials of Patient Education, 2. Auflage, Burlington, Massachusetts, S. 3-22

Bastable, S. B./ Myers, G. M. (2017): Literacy in the Adult Patient Population, in: Bastable, S. B.: Essentials of Patient Education, 2. Auflage, Burlington, Massachusetts, S. 187-238

Baumgarten, K./ Sterdt, E. (2019): Innovative Strategien der Gesundheitsförderung, in: Staats, M. (Hrsg.): Die Perspektive(n) der Gesundheitsförderung, Weinheim, Basel, S. 282-295

Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.) (o.J.): Stichwörter im Überblick, <https://www.duden.de/synonyme/inhaltsuebersicht>. Zuletzt geprüft am 01.09.2020

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e.V.
(Hrsg.) (o.J.): Die Bedeutung professioneller Pflege,
<https://www.dbfk.de/de/themen/Bedeutung-professioneller-Pflege.php>,
zuletzt geprüft am 02.09.2020

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
(Hrsg.) (2019): Der Expertenstandard Entlassungsmanagement in der
Pflege, 2. Aktualisierung 2019, in: Deutsches Netzwerk für
Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.): Expertenstandard
Entlassungsmanagement in der Pflege 2. Aktualisierung 2019,
Osnabrück, S. 18- 51

Dietscher, C./ Pelikan, J. (2016): Soziologie der Krankheitsprävention,
in Richter, M/ Hurrelmann, K. (Hrsg.), Wiesbaden, S. 417-434

Engel, R. (2020): Das Beratungsverständnis der Pflege, in: Engel, R.:
Gesundheitsberatung in der professionellen Gesundheits- und
Krankenpflege, Wien, S. 35-58

Ewers, M./ Schaeffer, D./ Meleis, A. I. (2017): „Teach more, do less“ -
Förderung von Health Literacy als Aufgabe der Pflege, in: Schaeffer, D./
Pelikan, J. M. (Hrsg.): Health Literacy, Bern, S. 237- 257

Gorina, M./ Limonero, J. T./ Álvarez, M. (2018): Effectiveness of primary
healthcare educational interventions undertaken by nurses to improve
chronic disease management in patients with diabetes mellitus,
hypertension and hypercholesterolemia: A systematic review, in:
International Journal of Nursing Studies, Nr. 86, S. 139-150

Gossens, J. (2016): Empowerment, in: Jurkowitsch, R. E./ Schröder, G.
(Hrsg.): Edukation und Kommunikation im Gesundheitswesen, Wien, S.
87-95

Grønning, K./ Midttun, L./ Steinsbekk, A. (2016): Patients' confidence in
coping with arthritis after nurse-led education; a qualitative study, in:
BMC Nurse Nr. 15 28, veröffentlicht am 04.04.2016

Hacker, M./ Slobodenka, S./ Titzer, H. (2017a): Aufgabenbereiche der Pflege im Kontext der Edukation (pflegerische Kernkompetenz), in: Hacker, M./ Slobodenka, S./ Titzer, H., Edukation in der Pflege, Wien, S. 21-38

Hacker, M./ Slobodenka, S./ Titzer, H. (2017b):Edukation von Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen, in: Hacker, M./ Slobodenka, S./ Titzer, H., Edukation in der Pflege, Wien, S. 39-83

Hasseler, M. (2011): Theoretische und konzeptionelle Grundlagen der Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege, in: Hasseler, M.: Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege – ein konzeptioneller Ansatz, Weinheim, Basel, S. 55-92

Hüber, C./ Helliger, B. (2015): Grundlagen und Konzepte professioneller Pflegeberatung, in: Hüber, C./ Helliger, B. (Hrsg.): Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke, 3. Auflage, Frankfurt am Main, S. 49-101

Hurrelmann, K./ Richter, M. (2013): Definition von Gesundheit und Krankheit- Wege zu einem integrativen Konzept, in: Hurrelmann, K./ Diewald M. (Hrsg.): Gesundheits- und Medizinsoziologie, Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung, 8. Auflage, Weinheim, Basel, S. 113-154

Hurrelmann, K./ Richter, M./ Klotz, T./ Stock, S. (2018): Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, in: Hurrelmann, K./ Richter, M./ Klotz, T./ Stock, S. (Hrsg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung, 5. Auflage, Berlin, S. 23-33

International Council of Nurses (ICN) (Hrsg.) (2002), Nursing Definition, <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>, Stand: 2002, zuletzt geprüft am 02.09.2020

Jordan, S./ Hoebel, J. (2015): Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland, Bundesgesundheitsblatt, Nr. 58, S. 942-950

- Jurkowitsch, R. E. (2016): Edukation und Kommunikation im Gesundheitswesen, in: Jurkowitsch, R. E./ Schröder, G. (Hrsg.): Edukation und Kommunikation im Gesundheitswesen, Wien, S. 13-32
- Kaba-Schönstein, L./ Troja, A. (2019): Historische Perspektive der Gesundheitsförderung, in: Staat, M. (Hrsg.): Perspektive(n) der Gesundheitsförderung, Weinheim, Basel, S. 30-46
- Kickbusch, I./ Maag, D. (2008): Health Literacy, International Encyclopedia of Public Health, Nr. 3, S. 204-211
- Kocks, A./ Segmüller, T. (2017): Ein Kernstück der Pflege, JuKiP, Nr. 6, S. 71-75
- Kolpatzik, K./ Schaeffer, D./ Vogt, D. (2018): Förderung der Gesundheitskompetenz- eine Aufgabe der Pflege, GGW, Nr. 2, S. 7-14
- Lenartz, N./ Soellner, R./ Rudinger, G. (2016): Health Literacy, in: Jungbauer-Gans, M./ Kriwy, P. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitssoziologie, Wiesbaden, S. 1-19
- Leppin, A. (2018): Konzepte und Strategien der Prävention, in: Hurrelmann, K./ Richter, M./ Klotz, T./ Stock, S. (Hrsg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung, 5. Auflage, Berlin, S. 47-55
- LoBiondo-Wood, G./ Haber, J. (2005): Forschungsanwendung in der Praxis, in: LoBiondo-Wood, G./ Haber, J.: Pflegeforschung 2. Auflage, München, Jena, S. 653-706
- Lorenz-Krause, R. (2005): das Trajekt-Modell als Bezugsrahmen der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve, in: Gerwin, B./ Lorenz-Krause, R. (Hrsg.): Pflege- und Krankheitsverläufe aktiv steuern und bewältigen, Münster, S. 6-35
- Loss, J./ Warrelmann, B./ Lindacher, V. (2016): Gesundheitsförderung: Ideen, Konzepte und Vorgehensweisen, in: Richter, M./ Hurrelmann, K. (Hrsg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit, Wiesbaden, S. 435-450

Lubkin, I. M. (2002): Was versteht man unter Chronizität?, in: Lorenz-Krause, R./ Niemann, H. (Hrsg.): Chronisch Kranksein, Bern, S. 19-54

Malloy-Weir, L. J./ Charles, C./ Gafni, A./ Entwistle, V. (2016): A review of health literacy: Definitions, interpretations, and implications für policy initiatives, Journal of Public Health Policy, Nr. 37, S. 334-352

Melin, S./ Klapper, B. (2019): Wege zur Unterstützung chronisch Kranker, in: Seidel, G./ Meierjürgen, R./ Melin, S./ Krug, J./ Dierks, M.-L. (Hrsg.): Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen, Baden-Baden, S. 81-89

Melnyk, B. M./ Orsolini, L./ Gwalik, K./ Braun, L. T./ Chyun, D. A./ Conn, V. S./ Dunbar-Jacob, J./ Lewis, L. M./ Melkus, G. D'E./ Millan, A./ Rice, V. H./ Wilbur, JE, Nowlin, S./ Olin, A. R. (2016): The Million Hearts initiative: Guidelines and best practice, The Nurse Practitioner, Nr. 2, S. 46-53

Moher, D./ Liberati, A./ Tetzlaff, J./ Altman, D. G./ The PRISMA Group (2009): Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement, PLoS Medicine, Nr. 6, S. 1-6

Müller, K. (2018): Berufsverständnis, in: Büker, C./ Lademann, J./ Müller, K. (Hrsg.): Moderne Pflege heute, Stuttgart, S. 81-102

Müller-Mundt, G. (2014), Patientenedukation als Aufgabe der Pflege, in: Schaeffer, D./ Wingenfeld, K. (Hrsg.), Handbuch Pflegewissenschaften, Studienausgabe, Weinheim und Basel, S. 705-726

Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e.V. (Hrsg.) (2019), Patientenedukation, <https://patientenedukation.de/themen/patientenedukation>. Stand: Juli 2020. Zuletzt geprüft am 02.09.2020

Nutbeam, D. (1998): Health promotion glossary, Health Promotion International, Nr. 4, S. 349-364

- Pelikan, J. M./ Ganahl, K. (2017): Die europäische Gesundheitskompetenz-Studie: Konzept, Instrument und ausgewählte Ergebnisse, in: Schaeffer, D./ Pelikan, J. M. (Hrsg.): Health Literacy, Bern, S. 93-125
- Riley, L./ Harris, C./ McKay, M./ Gondran, S. E./ DeCola, P./ Soonasara, A. (2017): The role of nurse practitioners in delivering rheumatology care and services: Results of a U.S. survey, in: Journal of the American Association of Nurse Practitioners, Nr. 29, S. 673-681
- Renz-Polster, H./ Krautzig, S. (Hrsg.) (2008a): Rheumatologie, in: Renz-Polster, H./ Krautzig, S. (Hrsg.): Basislehrbuch Innere Medizin, 4. Auflage, München, Jena, S. 1062-1123
- Renz-Polster, H./ Krautzig, S. (Hrsg.) (2008b): Stoffwechsel und Ernährung, in: Renz-Polster, H./ Krautzig, S. (Hrsg.): Basislehrbuch Innere Medizin, 4. Auflage, München, Jena, S. 844-926
- Renz-Polster, H./ Krautzig, S. (Hrsg.) (2008c): Herz, in: Renz-Polster, H./ Krautzig, S. (Hrsg.): Basislehrbuch Innere Medizin, 4. Auflage, München, Jena, S. 26-196
- Robert Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitsmonitoring, https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Chronische_Erkrankungen/HKK/HKK_node.html. Stand: 10.01.2020. Zuletzt geprüft am 22.09.2020
- Schaeffer, D. (2017): Chronische Krankheit und Health Literacy, in: Schaeffer, D./ Pelikan, J. M. (Hrsg.): Health Literacy, Bern, S. 53-70
- Schaeffer, D./ Berens, E.-M./ Weishaar, H./ Vogt, D. (2017): Gesundheitskompetenz in Deutschland-Nationaler Aktionsplan, Public Health Forum, Nr. 1, S. 13-15
- Schaeffer, D./ Haselbeck, J. (2016): Bewältigung chronischer Erkrankungen, in: Richter, M./ Hurrelmann, K. (Hrsg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit, Wiesbaden, S. 234-256

Schaeffer, D./ Hurrelmann, K./ Bauer, U./ Kolpatzik, K. (Hrsg.) (2018):
Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die
Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken, 1. Auflage, Berlin

Schaeffer, D./ Schmidt-Kaehler, S./ Dierks, M. L./ Ewers, M./ Vogt, D.
(2019): Strategiepapier #2 zu den Empfehlungen des Nationalen
Aktionsplans, Berlin

Schaeffer, D./ Pelikan, J. M. (2017): Health Literacy: Begriff, Konzept,
Relevanz, in: Schaeffer, D./ Pelikan, J. M. (Hrsg.): Health Literacy,
Bern, S. 11-18

Schaeffer, D./ Vogt, D./ Berens, E.-M./ Hurrelmann, K. (2016):
Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland, Bielefeld

Schäfer, C. (2017): Grundlagen der Patientencompliance und
Adhärenz, in: Schäfer, C.: Patientencompliance, 2. Auflage,
Wiesbaden, S. 13-40

Schlich, W. (2018): Gesundheit, Prävention und Gesundheitsförderung,
in: Schlich, W.: Gesundheit systematisch fördern, von der Absicht zur
Realisierung, Wiesbaden, S. 5-8

Schmacke, N. (2019): Chronische Krankheiten und Selbstmanagement,
in: Seidel, G./ Meierjürgen, R./ Melin, S./ Krug, J./ Dierks, M.-L. (Hrsg.):
Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen, Baden-Baden, S.
21-30

Schmidt-Kaehler, S./ Schaeffer, D./ Hurrelmann, K./ Pelikan, J. (2019),
Gesundheitskompetenz als Standard auf allen Ebenen im
Gesundheitssystem verankern, in: Nationaler Aktionsplan
Gesundheitskompetenz (Hrsg.), Strategiepapier #4 zu den
Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans, Berlin

Schrappe, M. (2018): Das Verständnis von Patientensicherheit-
revisited, in: Aktionsbündnis Patientensicherheit (Hrsg.): APS-
Weißbuch Patientensicherheit, Berlin, S. 85-215

Seidel, G. (2019): Selbstmanagement, Patienten- und Gesundheitskompetenz, in: Seidel, G./ Meierjürgen, R./ Melin, S./ Krug, J./ Dierks, M.-L. (Hrsg.): Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen, Baden-Baden, S. 47-80

Segmüller, T. (2018a): Begriffsklärung des Terminus pflegebezogene Patientenedukation, in: Hochschule Ludwigshafen (Hrsg.): Auszug des Studienbriefes Beraten, Informieren und Schulen in der Pflege, Ludwigshafen, S. 4-14

Segmüller, T. (2018b): Sozialrechtliche Grundlagen pflegegeleiteter Patientenedukation, in: Hochschule Ludwigshafen (Hrsg.): Auszug des Studienbriefes Beraten, Informieren und Schulen in der Pflege, Ludwigshafen, S. 14-28

Sørensen, K./ Van den Brouck, S./ Fullman, J./ Doyle, G./ Pelikan, J./ Slonska, Z./ Brand, H./ (HLS-EU) Consortium Health Literacy Projekt European (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models, BMC Public Health , Nr. 12, S.1-13

Steinbach, H. (2017): Individuum und Gesundheit, in: Steinbach, H.: Gesundheitsförderung und Prävention, 5. Auflage, Wien, S. 26-60

Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, rechtsfähige Stiftung des bürgerlichen Rechts (Hrsg.): Glossar, <https://www.gesundheitsinformation.de/kardiovaskulaer.2004.de.html?term=494>, Stand: 18.06.2019. Zuletzt geprüft am 22.09.2020

The Cochrane Collaboration (Hrsg.) (2020), Literaturbewertung, <https://www.cochrane.de/de/literaturbewertung#val>. Zuletzt geprüft am 08.09.2020

Thilo, F./ Sommerhalder, K./ Hahn, S. (2012): Gesundheitskompetenz- ein Konzept für die professionelle Pflege?, Pflege, Nr. 25, S. 427-438

Vogt, D. (2017): Health Literacy bei älteren Menschen- Konsequenzen für die Stärkung der Nutzerkompetenz, Bielefeld (Dissertation)

Walter, U./ Patzelt, C./ Nowik, D. (2016): Gesundheitsförderung und Prävention in der Rehabilitation,
<https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-und-praevention-in-der-rehabilitation/>, Stand 22.11.2016. Zuletzt geprüft am 01.09.2020

Weiß, T./ Meißner, T./ Kepma (2018): Kommentierte Textausgabe des Pflegeberufgesetzes (Artikel 1 des Pflegeberufereformgesetzes) mit Materialien, in: Weiß, T./ Meißner, T./ Kepma, S.:
Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG), Wiesbaden, S. 130- 133

Wingenfeld, K./ Büscher, A. (2017), Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes, Bielefeld/ Osnabrück

World Health Organization (Hrsg.) (2014): Global target 1, in World Health Organization (Hrsg.): Global Status Report on noncommunicable diseases 2014, Geneve, S. 9-22

Worlds Health Organization (Hrsg.) (1986): Ottawa Charta for Health Promotion, S. 1-5

Zegelin, A. (2015): Alltag Leben trotz Krankheit- pflegerische Unterstützung umfasst informieren, beraten und schulen, in: Segmüller, T. (Hrsg.): Beraten, Informieren und Schulen in der Pflege, Frankfurt am Main, S. 15-47

Zok, K. (2014): Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten, WldO Monitor, Nr. 12, S. 1-12

Anhang

Anhang I: Gliederung der Teilfragen in Recherchekomponenten

Tabelle 1: Teilfragen und Recherchekomponenten³³⁰

Teilfragen und Recherchekomponenten
<p>1. Welche Bedeutung hat Gesundheitskompetenz für die Bewältigung bzw. das Leben mit chronischen Krankheiten?</p> <p>Komponente 1: Gesundheitskompetenz Komponente 2: chronische Erkrankung</p>
<p>2. Wie lässt sich Patientenedukation im Kontext professioneller Pflege verorten?</p> <p>Komponente 3: professionelle Pflege Komponente 4: Patientenedukation</p>
<p>3. Welchen Einfluss hat pflegegeleitete Patientenedukation auf die Gesundheitskompetenz chronisch kranker Patienten?</p> <p>Komponente 1: Gesundheitskompetenz Komponente 2: chronische Erkrankung und Komponente 3: professionelle Pflege Komponente 4: Patientenedukation</p>

³³⁰ Eigene Darstellung

Anhang II: Tabellarische Darstellung der Suchstrategien

Tabelle 2: Darstellung der Recherchekomponenten und untergeordnete Schlagwörter³³¹

Recherchekomponenten und untergeordnete Schlagwörter		
Komponenten- nummer	Schlagörter	
Komponente 1 (K1)	Gesundheitskompetenz	
	deutsch	Gesundheitskompetenz
	englisch	health literacy „OR“ health promotion „OR“ health prevention
Komponente 2 (K2)	Chronische Erkrankung	
	deutsch	chronische Erkrankung „ODER“ chronisch krank
	englisch	chronic disease „OR“ chronic illness „OR“ long term conditions „OR“ chronic conditions
Komponente 3 (K3)	Professionelle Pflege	
	deutsch	Professionelle Pflege „OR“ Gesundheits- und Krankenpflege „OR“ pflegegeleitet

³³¹ Eigene Darstellung

	englisch	Nurse „OR“ nurses „OR“ nursing „OR“ nurse led
Komponente 4 (K4)	Patientenedukation	
	deutsch	Beratung „ODER“ Patientenedukation
	englisch	patienten education „OR“ educational

Anhang III: Rechercheergebnisse in deutscher Sprache

Tabelle 3: Rechercheergebnisse in deutscher Sprache³³²

Rechercheergebnisse in deutscher Sprache			
Recherche- komponente	Such- und Schlagwörter	Trefferanzahl	
		Google scholar	LIVIVO
K1 „UND“ K2	(Gesundheitskompetenz) UND (chronische Erkrankung ODER chronisch krank))	640	27
K3 „UND“ K4	((professionelle Pflege ODER Gesundheits- und Krankenpflege ODER pflegegeleitet) UND (Beratung ODER Patientenedukation))	454	62
K1 „UND“ K2 „UND“ K3	(Gesundheitskompetenz) UND (chronische Erkrankung ODER chronisch krank)) UND ((professionelle Pflege ODER Gesundheits- und Krankenpflege ODER pflegegeleitet) UND (Patientenedukation ODER Beratung))	33	3

³³² Eigene Darstellung

Anhang IV: Rechercheergebnisse in englischer Sprache

Tabelle 4: Rechercheergebnisse in englischer Sprache³³³

Rechercheergebnisse in englischer Sprache				
Recherche- komponenten	Such- und Schlagwörter	Trefferanzahl		
		CLINHALE	PuBMed	Cochrane Library
K1 „AND“ K2	((health literacy OR health promotion OR health prevention) AND (chronic disease OR chronic illness OR long term condition OR chronic condition))	867	3987	141
K3 „AND“ K4	(nurse OR nurses OR nursing OR nurse led) AND (patient education OR educational)	313	6110	87
(K1 „AND“ K2) „AND“ (K3 „AND“ K4)	((health literacy OR health promotion OR health prevention) AND (chronic disease OR chronic illness OR long term condition OR chronic condition)) AND ((patient education OR educational) AND (nurse OR nurses OR nursing OR nurse led))	17	73	7

³³³ Eigene Darstellung

Anhang V: Dokumentation der Literaturrecherche nach dem PRISMA Flow Diagramm

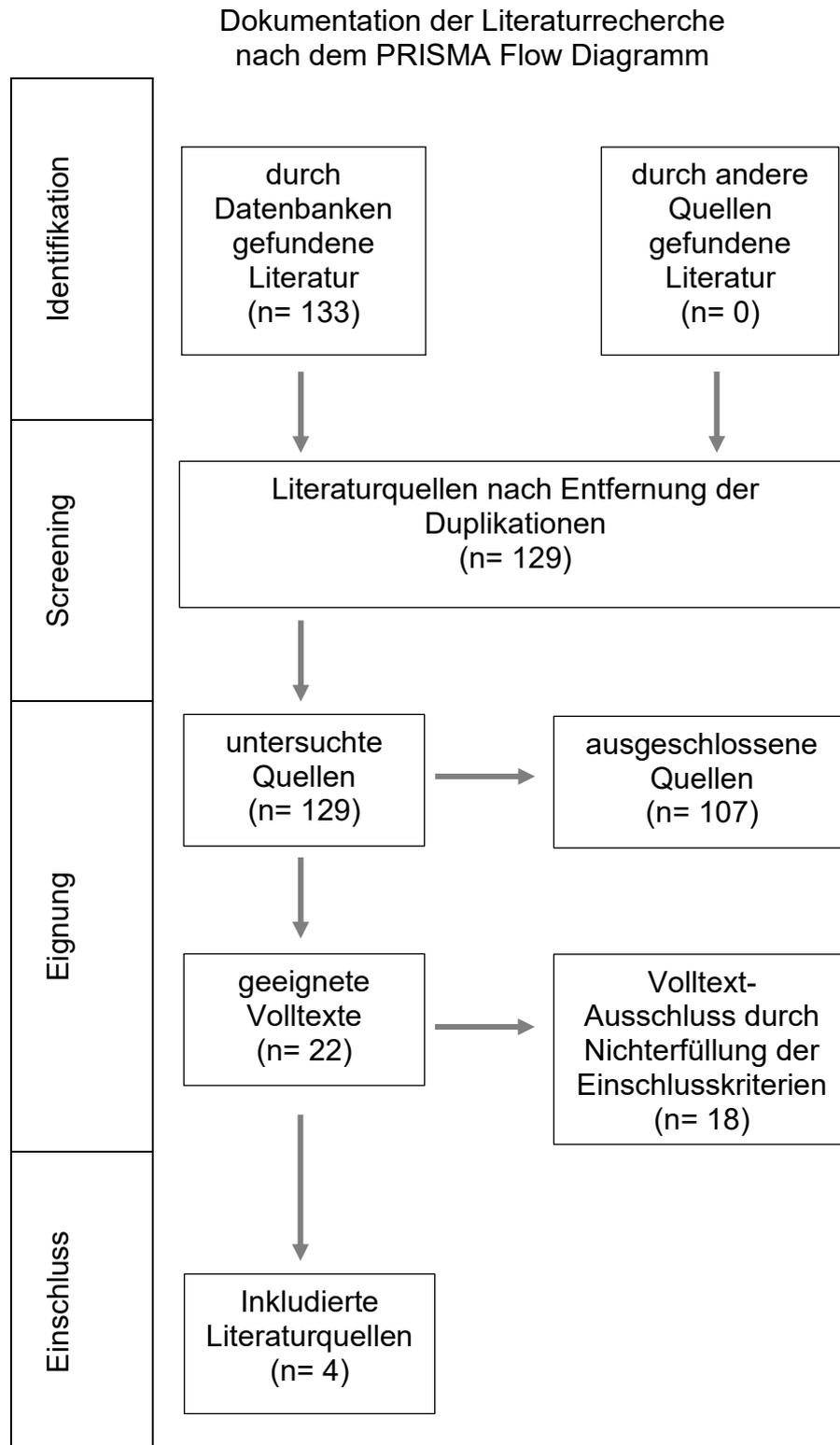


Abbildung 5: Darstellung der Ergebnisse der Literaturrecherche³³⁴

³³⁴ Eigene Darstellung in starker Anlehnung an Moher, D. et al. (2009)

Anhang VI: Bewertungssystem evidenzbasierter Praxis nach Rosswurm und Larrabee (1999)

Tabelle 5: Bewertungssystem evidenzbasierter Praxis nach Rosswurm und Larrabee (1999)³³⁵

Bewertungssystem zur Beurteilung evidenzbasierter Praxis nach Rosswurm und Larrabee (1999)		
I.	a.	Metaanalyse randomisierter Verfahren
	b.	Ein randomisierter kontrollierter Versuch
II.	a.	Eine gut konzipierte kontrollierte Studie ohne Randomisierung
	b.	Ein weiterer Typ einer gut konzipierten quasiexperimentellen Studie
III.		Vergleichende, Korrelationsstudie und andere deskriptive Studien
IV.		Evidenz aus Berichten von Expertenkomitees und Expertenmeinungen

³³⁵ In starker Anlehnung an LoBiondo-Wood, G./ Haber, J., 2005, S. 674

Systematik der Literaturbewertung Cochrane Deutschland³³⁶ **Einführung**

Einen ersten Anhalt in der Evidenzbeurteilung leisten Systematiken zur Evidenzklassifikation. So bieten je nach Art der Fragestellung bestimmte Studiendesigns besonders gute Voraussetzungen, systematische Fehler und somit verzerrte Ergebnisse zu vermeiden. Jedoch sollte zusätzlich beurteilt werden, inwieweit eine Studie diese Anforderung tatsächlich erfüllt.

Die Beurteilung einer Studie lässt sich systematisieren, indem drei wesentliche Aspekte nacheinander bearbeitet werden: Gültigkeit (interne Validität), Größe und Präzision sowie Übertragbarkeit und Anwendbarkeit der Ergebnisse. Diese dreiteilige Untersuchungsstruktur lässt sich grundsätzlich auf jede patientenorientierte Studie anwenden. Unterschiede in den jeweiligen Unterkriterien ergeben sich aus der Art der Fragestellung.

Eine Artikelserie in JAMA (verkürzte Version des Centre for Health Evidence) stellt das Vorgehen exemplarisch für verschiedene Fragestellungen vor. Auch verschiedene Lehrbücher führen übersichtlich in die Beurteilungssystematik unterschiedlicher Studientypen ein. EbM Grundkurse legen besonderen Wert auf das Training einer effizienten Literaturbewertung (appraisal skills).

Systematische Übersichtsarbeiten, evidenzbasierte Leitlinien, HTA Berichte und journal clubs beinhalten bereits eine kritische Bewertung. Auch die Qualität dieser Forschungssyntheseprodukte ist wiederum einer kritischen Beurteilung zugänglich. Leitlinien für Forschungsberichte (Reporting Guidelines) geben vor, welche Details für die Beurteilung von Studienqualität wichtig sind und daher Teil eines Studienreports darstellen sollten.

Systematik der Literaturbewertung

- Sind die Ergebnisse gültig? (interne Validität)
- Übersicht: Stichworte zur Qualitätsbewertung unterschiedlicher Studien
- Was sind die Ergebnisse?
- Sind die Ergebnisse wichtig und übertragbar? (externe Validität)

1. Sind die Ergebnisse gültig? (interne Validität)

Unterschiedliche Studientypen sind für verschiedene Arten systematischer Fehler empfindlich. So ist für Aussagen zur Wirksamkeit einer Therapie die Struktur- und Beobachtungsgleichheit der Vergleichsgruppen essentiell. Die Qualität systematischer

³³⁶ The Cochrane Collaboration (Hrsg.), 2020 (Internet)

Übersichtsarbeiten hängt dagegen wesentlich von der Qualität und Vergleichbarkeit der eingeschlossenen Studien ab. Zudem gilt Publikationsbias als wichtige Quelle einer möglicherweise erheblichen Verzerrung der Ergebnisse. Eine Meta-Analyse ohne umfassende Literatursuche oder auf der Basis von methodisch fragwürdigen Studien würde daher als unzuverlässig eingestuft.

Übersicht: Stichworte zur Qualitätsbewertung unterschiedlicher Studien	
Therapie (RCT)	Systematische Übersichtsarbeit
Randomisierung	Fokussierte Fragestellung
Verdeckte Zuordnung (concealed allocation)	Definierte Einschlusskriterien für Studien
Angabe von Studienausfällen (drop outs)	Umfassende Literatursuche
Intention to Treat Analyse	Qualitätsbeurteilung der Studien
Verblindung	Untersuchung auf Heterogenität der Studien
Diagnose	Prognose
Geeigneter (Gold)standard	Gut definierte Patientengruppe
Verblindeter Vergleich	Vergleichbares Erkrankungsstadium
Breites Patientenspektrum	Vollständiges u. ausreichend langes Follow up
Überprüfung mit Standard unabhängig vom Testergebnis	Relevante und gut definierte Endpunkte
Test ausreichend beschrieben (replizierbar)	Berücksichtigung wesentlicher prognostischer Faktoren

2. Was sind die Ergebnisse?

a) Art der Ergebnisse

Ergebnisse werden in Therapiestudien z.B. als relatives Risiko, relative Risikoreduktion, absolute Risikoreduktion oder mittlere Differenz angegeben. Bei Meta-Analysen wird in der Regel ein gepooltes

Risikomaß (Odds Ratio oder relatives Risiko) oder eine gepoolte mittlere Differenz angegeben. Diese Ergebnisse werden bei Cochrane-Reviews standardmäßig auch graphisch angegeben (Forest plot).

b) Stärke des Effektes

Es muss entschieden werden, ob es sich um einen im vorhandenen Kontext relevanten Effekt handelt. Beispielsweise mag eine absolute Risikoreduktion von 1% bei ausreichend großer Fallzahl einer Metaanalyse statistisch signifikant sein. Doch ist zu hinterfragen, ob es sich hier um eine therapie-rechtfertigende Größenordnung handelt. Wichtig ist an dieser Stelle auch die Beurteilung der Häufigkeit von Nebenwirkungen. In der Abwägung kann die Berechnung einer NNT oder NNH sinnvoll sein.

c) Präzision der Schätzung

Liegt ein großer Effekt vor, sollte überprüft werden, ob das Konfidenzintervall auch klinisch irrelevante Effektstärken oder Gleichheit (z.B. relatives Risiko = 1,0) miteinschließt. In diesem Fall kann nicht ausreichend sicher davon ausgegangen werden, dass wirklich ein relevanter Unterschied zwischen den Therapien vorliegt. Andersherum kann bei kleinen, als unwesentlich bewerteten Effektstärken eine Aussage über Unwirksamkeit nur getroffen werden, wenn auch die Grenzen des Konfidenzintervalls im Bereich unwesentlicher Effektstärken liegen.

3. Sind die Ergebnisse wichtig und übertragbar? (externe Validität)

a) Sind die Ergebnisse auf meinen Patienten anwendbar (Übertragbarkeit)

Eine hochselektionierte Studienpopulation beeinträchtigt nicht die interne Validität, sofern die Selektion für beide Vergleichsgruppen die gleiche ist. Es kann jedoch die Übertragbarkeit (externe Validität) einschränken, wenn die Zusammensetzung wesentlich von einer repräsentativen Patientengruppe abweicht. Ein guter Hinweis auf die Übertragbarkeit von Studienergebnissen auf den eigenen Patienten ist die Überlegung, ob er, würde die Studie hier und heute durchgeführt, den Einschlusskriterien entspräche.

b) Wurden alle wichtigen Endpunkte berücksichtigt?

Welche Endpunkte für den eigenen Patienten und seinen Arzt wichtig sind, muss aus dem klinischen Zusammenhang heraus entschieden werden. Grundsätzlich sind patientenbezogene Endpunkte wie Mortalität, Lebensqualität, Funktion, Auftreten von Komplikationen etc. so genannten Surrogatparametern, wie etwa Laborwertveränderungen vorzuziehen.

c) Wie sieht die Kosten-Nutzen – Abwägung im eigenen Kontext aus? Ausstattung und Expertise vor Ort sind ebenso wie persönliche Werte des Patienten, gesundheitspolitischer Kontext und Präferenzen des Arztes von wesentlichem Einfluss in der Abwägung zwischen Nutzen und Schaden einer wirksamen Intervention.

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten und nicht veröffentlichten Schriften entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit ist in gleicher oder ähnlicher Form im Rahmen einer anderen Prüfung noch nicht vorgelegt worden.

Braunschweig, 02.10.2020

Ort, Datum



Unterschrift