

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Pflege & Management

Diplomstudiengang Pflege

**Patientenedukation im Krankenhaus.
Analyse deutscher Pflegezeitschriftenartikel von 2000 – 2011**

Diplomarbeit

Tag der Abgabe: 28. Februar 2013

Vorgelegt von : Saskia – Viola Ruthe

Matrikelnummer: 1615685

Adresse: 

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. P. Stratmeyer

Zweiter Prüfer: Prof. Dr. H. Ansen

Für meine Eltern
und
die drei J's in meinem Leben

Ich danke Herrn Prof. Dr. Stratmeyer für die große Geduld und Unterstützung

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis.....	5
Einleitung.....	6
1 Begriffsbestimmungen.....	9
1.1 Begriffsbestimmung „Patientenedukation“.....	9
1.2 Begriffsbestimmung „Information“.....	12
1.3 Begriffsbestimmung „Anleitung“.....	13
1.4 Begriffsbestimmung „Schulung“.....	13
1.5 Begriffsbestimmung „Beratung/ Pflegeberatung“.....	14
1.6 Qualifikationen und Kompetenzvoraussetzungen.....	22
2 Bedarfsbestimmung Patientenedukation	27
2.1 Der demographische Wandel.....	27
2.2 Die veränderte Patientenrolle.....	29
2.3 Die Verkürzung der Verweildauer.....	30
3 Methodisches Vorgehen.....	30
3.1 Zielsetzungen der Analyse	32
3.2 Vorstellungen der Pflegefachzeitschriften.....	32
3.2.1 Die Pflegefachzeitschrift „Die Schwester Der Pfleger. Die führende Zeitschrift für Pflegeberufe“.....	32
3.2.2 Die Pflegefachzeitschrift „Pflegezeitschrift. Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege“.....	33
3.2.3 Die Pflegefachzeitschrift „Pflegerwissenschaft“	34
3.2.4 Die Pflegefachzeitschrift „Pflege & Gesellschaft. Zeitschrift für Pflegerwissenschaft“.....	35
3.3 Auswahl der Artikel.....	35
3.4 Bildung und Erstellung der Analysekategorien.....	37
3.4.1 Analysekategorie: A Allgemeines.....	38
3.4.2 Analysekategorie: B Definitionen/ Theoretischer Hintergrund.....	38
3.4.3 Analysekategorie: C Ziele	38
3.4.4 Analysekategorie: D Aktueller Stand	39
3.4.5 Analysekategorie: E Bedarf/ Legitimation.....	39
3.4.6 Analysekategorie: F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug.....	39
3.4.7 Analysekategorie: F1.1 Praxis.....	40
3.4.8 Analysekategorie: F2.1 Studie.....	40
3.4.9 Analysekategorie: G Qualifikation.....	41
3.5 Das Auswertungsverfahren.....	41
4 Ergebnisdarstellungen.....	42
4.1 Ergebnisse der Analysekategorie: A Allgemeines.....	43

4.2 Ergebnisse der Analysekatgorie: B Definitionen/ Theoretischer Hintergrund	45
4.2.1 Ergebnisse der Analysekatgorie: B1 Definitionen	46
4.2.2 Ergebnisse der Analysekatgorie: B2 Pflgeetheoretischer Hintergrund	51
4.3 Ergebnisse der Analysekatgorie C Ziele.....	52
4.4 Ergebnisse der Analysekatgorie D Aktueller Stand.....	55
4.5 Ergebnisse der Analysekatgorie E Bedarf/ Legitimation.....	57
4.6 Ergebnisse der Analysekatgorie F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug.....	60
4.6.1 Ergebnisse der Analysekatgorie F1 Praxis.....	61
4.6.2 Ergebnisse der Analysekatgorie F2 Studie.....	66
4.7 Ergebnisse der Analysekatgorie F1.1 Praxis.....	66
4.7.1 Ergebnisse der Analysekatgorie F1.1.1.....	66
4.7.2 Ergebnisse der Analysekatgorie F1.1.2.....	67
4.7.3 Ergebnisse der Analysekatgorie F1.1.3.....	69
4.7.4 Ergebnisse der Analysekatgorie F1.1.4.....	69
4.7.5 Ergebnisse der Analysekatgorie F1.1.5.....	71
4.8 Ergebnisse der Analysekatgorie F2.1 Studie.....	73
4.9 Ergebnisse der Analysekatgorie G Qualifikation.....	78
4.9.1 Ergebnisse der Analysekatgorie G1.....	78
4.9.2 Ergebnisse der Analysekatgorie G2.....	80
4.10 Beantwortung der Forschungsfragen.....	83
5 Fazit.....	89
Literatur.....	106
Anhang.....	124
Eidesstattliche Erklrung.....	133

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	
Information, Anleitung, Schulung, Beratung, Edukation: Hauptcharakteristika - Qualifikationen und Kompetenzen.....	26
Tabelle 2	
Tabellarisches Kategoriensystem.....	91
Tabelle 3	
Tabellarische Ergebnisdarstellung.....	93

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	
Pflegeberatungsansätze.....	104
Abbildung 2	
Integrative Beratung nach Sander- Problem- und Erfahrungsfelder.....	105

Einleitung

Patientenedukation im Rahmen von Beratung, Schulung, Anleitung und Information wird von der Gesundheitspolitik, der Praxis selbst und der Pflegewissenschaft seit vielen Jahren gefordert. Aufgrund des sozio-epidemiologischen Wandels, der sich durch eine veränderte Gesellschaftsstruktur, die Zunahme an chronischen Erkrankungen und die strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen zeigt, wird dieses vor die Aufgabe gestellt, sich den daraus resultierenden Anforderungen und Herausforderungen anzunehmen. Die Lösungs- und Unterstützungsmöglichkeiten, um diesen zu begegnen, liegen unter anderem in dem Bereich der Patientenedukation.

Das Forschungsinteresse für diese Arbeit entwickelte sich auf der Grundlage eines Fachartikels, der im Jahr 2000 erschien. Im Rahmen einer Literaturanalyse wurde den Fragen nachgegangen, welche Rolle und welchen Stellenwert die Pflege in der Patientenedukation einnimmt. Auf die Frage, inwieweit Konzepte der Beratung und Anleitung Eingang in die Pflegepraxis gefunden haben und ob Pflegende in Patientenschulungsprogramme eingebunden sind, haben die Autorinnen anhand der ihnen zur verfügbaren Informationen keine Einschätzungen vorgenommen. Die Autorinnen kommen aber unter anderem zu dem Schluss, dass auf der Grundlage ihrer vorliegenden Literatur insgesamt der Eindruck vermittelt wird, dass die Pflege zum damaligen Zeitpunkt noch nicht in der Lage war, Beratung und Anleitung in der geforderten Qualität und Breite wahrzunehmen.¹

Dieses gab mir den ersten Anstoß, sich dem Thema Patientenedukation im Krankenhaus zu nähern. Ein weiterer Grund ist die eigene Erfahrung innerhalb der täglichen Praxis im Rahmen meiner Arbeit als Krankenschwester im Krankenhaus. Sätze wie: „Könntest du Herrn Meyer mal eben schnell zeigen ...“ oder: „Schwester, wie mache ich das denn mit meinem Ehemann, wie soll das nur funktionieren, ich kann doch selber gar nicht... sehen Sie doch mal...“ oder Patienten, die sich nach kurzer Rückkehr in die vertraute Umgebung aufgrund einer zum Beispiel dekompensierten Herzinsuffizienz wieder in die Klinik begeben müssen und bei denen deutlich wird, dass aufgrund mangelnden Wissens über Tabletteneinnahme und Trinkmengenbeschränkung dieser körperliche Zustand

¹ Vgl. Brinkhoff; Müller-Mundt et al. 2000, S. 42

herbeigeführt worden ist, zeigen, dass im Rahmen des Klinikalltags Situationen entstehen, die deutlich werden lassen, wie notwendig Patientenedukation im Krankenhaus sein kann. Das Ziel dieser Diplomarbeit ist, im Rahmen einer Fachzeitschriftenartikelanalyse zu untersuchen, wie Patientenedukation im Krankenhaus im Verlauf von 11 Jahren praktisch umgesetzt und dargestellt wird, inwieweit sich das Verständnis von Patientenedukation, Pflegeberatung, Schulung, Anleitung und Information in den Jahren 2000 – 2011, bezogen auf die Patientenedukation im Krankenhaus, verändert hat und ob sich diesbezüglich Unterschiede im Anspruch an die Qualifikationen und Qualifikationsvoraussetzungen im Erhebungszeitraum feststellen lassen.

Aus einer vorher festgelegten Anzahl von Fachzeitschriften wurden diese Fachartikel entnommen. Zu den Fachzeitschriften gehören: „Die Schwester Der Pfleger. Die führende Zeitschrift für Pflegeberufe“, „Pflegezeitschrift. Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege“, „Pflegerwissenschaft“ und die Fachzeitschrift „Pflege & Gesellschaft. Zeitschrift für Pflegetheorie“.

Der Fokus der Betrachtung liegt dabei auf der somatischen Gesundheits- und Krankenpflege² innerhalb von allgemeinen Krankenhäusern³.

Der Erhebungsbeginn der Artikel ab dem Jahr 2000 wurde aufgrund des oben genannten Artikels getroffen. Das Ende der Artikelerhebung wurde mit dem Beginn der Ausarbeitung dieser Diplomarbeit gesetzt.

Die Diplomarbeit ist in 5 Kapitel unterteilt. Im Anschluss an die Einleitung erfolgen im ersten Kapitel die Begriffsbestimmungen von Patientenedukation, Beratung/ Pflegeberatung, Schulung, Anleitung und Information. Dieses wird vorgenommen, um eine einheitliche, aktuelle Ausgangslage zu bestimmen, die mit dem Untersuchungsfeld verglichen werden kann. Eine Ableitung von Qualifikationen und Kompetenzen wird auf der Grundlage der Begriffsbestimmung vorgenommen.

Im Rahmen der Bedarfsbestimmung von Patientenedukation werden im zweiten Kapitel ausgewählte Aspekte, wie zum Beispiel der demographische Wandel, beleuchtet. Im Anschluss daran erfolgt im dritten Kapitel die Vorstellung des Forschungsdesigns. Neben

² Die somatische Gesundheits- und Krankenpflege bezieht sich hierbei auf den Körper/ Leib. Soma: Körper, Leib; somatisch: körperlich, leiblich. Vgl. Duden 2013

³ Unter allgemeine Krankenhäuser werden alle Einrichtungen verstanden, die nach §107, Abs. 1, SGB V als Krankenhaus gelten. Zu unterscheiden sind Hochschulkliniken, Plankrankenhäuser, Krankenhäuser mit und ohne Versorgungsauftrag. Vgl. Bundesministerium der Justiz 2013 und Vgl. Simon 2010, S. 25

der Beschreibung der genutzten Methode, in Anlehnung an die Inhaltsanalyse, wird das Forschungsfeld, bestehend aus den oben genannten Pflegefachzeitschriften und Artikeln, vorgestellt. Das entworfene Analysekategoriensystem, der inhaltliche Ablauf und das Auswertungsverfahren werden beschrieben. Die Ergebnisse der einzelnen Analysekatoren werden im vierten Kapitel vorgestellt und mit der Beantwortung der Forschungsfragen abgeschlossen. In einem abschließenden Fazit wird die Diplomarbeit beendet.

Dieser Diplomarbeit liegt eine CD anbei. Auf dieser befinden sich die einzelnen Ergebnistabellen des Analysekategoriensystems.

Zur sprachlichen Vereinfachung, und damit zur Verbesserung der Lesbarkeit, wird in der Diplomarbeit der Ausdruck der männlichen Geschlechtsform verwendet, dieses impliziert ebenfalls das weibliche Geschlecht.

1 Begriffsbestimmungen

Um sich der gestellten Frage zu nähern, ob sich das Verständnis von Patientenedukation, Pflegeberatung, Schulung, Anleitung und Information in dem festgelegten Erhebungszeitraum auf der Grundlage der zu analysierenden Artikel verändert hat, ist es notwendig, diese Begriffe im Vorfeld zu bestimmen, bzw. das aktuelle Verständnis, das innerhalb der Fachliteratur abgebildet wird, darzulegen. Es folgen die Begriffsbestimmungen: Patientenedukation, Pflegeberatung/ Beratung, Schulung, Anleitung und Information. Bezogen auf die Frage des veränderten Qualifikationsanspruches, werden aus den festgelegten Begriffsbestimmungen die Qualifikationsvoraussetzungen bzw. Anforderungen abgeleitet, um sich im Verlauf der Analyse der Frage zu nähern.

1.1 Begriffsbestimmung „Patientenedukation“

Der aus dem englischsprachigen Raum kommende Begriff „patient education“ wurde zur Abgrenzung von herkömmlichen Ansätzen der Patientenschulung „patient teaching“ im anglo-amerikanischen Raum eingeführt. Je nach Konzeptlage wird dort auch der Begriff der Familienedukation benutzt.⁴

In der deutschen Übersetzung entspricht Edukation den allgemeinen Begriffen: Erziehung, Bildung/ Ausbildung und Unterricht.⁵

Im deutschsprachigen Raum werden die Begriffe Patienten-/ Familienedukation in der Pflege bevorzugt. In der somatischen Versorgung, im gesundheitlich-politischen Diskurs und auch im Leistungsrecht wird weiterhin der Begriff der Patientenschulung beibehalten.⁶ Die Patientenedukation impliziert laut der Autorin *Müller-Mundt* die Information, Beratung und Anleitung. Sie bezeichnet diese als edukative Interventionen, welche zum Ziel haben, die Entscheidungs- und Handlungskompetenzen der Patienten und ihrer Angehörigen einerseits zu stärken und somit andererseits den Prozess der Schaffung von Autonomie und Lebensqualität unter Berücksichtigung der individuellen Ressourcen zu unterstützen. Edukative Interventionen konzentrieren sich hierbei auf die Einleitung und Unterstützung von Lernprozessen auf den Ebenen des kognitiven, emotionalen und pragmatischen/ instrumentellen Lernens. Je nach gelagertem Problem, bzw. individuell gesteckten Zielen, finden hierzu die Methoden der Information, Aufklärung und Beratung

⁴ Vgl. Müller-Mundt 2011, S. 708

⁵ Vgl. Deutsch-Englisch-Wörterbuch 2012

⁶ Vgl. Müller-Mundt 2011, S. 708

Anwendung. Die Interventionen setzen ein gezieltes didaktisches Vorgehen, eine systematische Einschätzung des Edukationsbedarfs, sowie die individuellen Lernvoraussetzungen und -fähigkeiten voraus.⁷

Aus den einst paternalistischen Modellen, welche den Patienten eine passive Rolle im Geschehen zusprachen und Patientenschulung als Unterweisung verstanden wurde, bei der die Wissensvermittlung zur Sicherstellung der Krankheits- und Therapieeinsicht in die Notwendigkeit und der Befolgung von Therapieregimen und Verhaltensanweisungen im Vordergrund standen, wird derzeit die zentrale Aufgabe von Pflegenden- *Müller-Mundt* spricht hier von Gesundheitsprofessionen- darin gesehen, im gemeinsamen Einvernehmen mit Patienten und Angehörigen Wege und Lösungen zu suchen, die es ihnen ermöglichen, trotz der Begrenzungen durch Erkrankung und Therapie ein „normales“, autonomes Leben zu führen. Dafür ist es notwendig, die Betroffenen dahingehend zu unterstützen, sich das erforderliche Wissen zu erschließen und die nötigen Kompetenzen zu entwickeln, um Strategien zu entfalten, die helfen, ihre persönlichen und gesundheitsbezogenen Ziele und die daraus resultierenden Maßnahmen miteinander in Einklang zu bringen, bzw. sie in den Alltag zu integrieren.⁸

Die Patientenedukation beinhaltet für die Autorin *Abt-Zegelin* die Aktivitäten der Information, Schulung und Beratung. In einer konkreten Patientensituation vermischen sich diese Maßnahmen, sie lassen sich aber im Ansatz unterscheiden. Wie oben angeführt, meint Information nach *Abt-Zegelin* Mitteilung. Schulung wird verstanden als geplante, zielorientierte und prozesshafte Veranstaltung. Nach *Abt-Zegelin* fallen Anleitung, Instruktion, Training und Unterweisung ebenfalls in den Bereich der Schulung. Sie haben ebenfalls das Ziel, Wissen und Fertigkeiten zu vermitteln. *Abt-Zegelin* bezeichnet dieses als Bildung.⁹ Ratsuchende erhalten die Möglichkeit, neue Erkenntnisse zu gewinnen, um diese dann in ihr eigenes Weltbild und in ihren Lebensalltag zu integrieren.¹⁰ Der Bereich Beratung bezeichnet einen ergebnisoffenen, gemeinsamen Problemlösungsprozess.¹¹ Beratung orientiert sich an den vom Ratsuchenden vorgegebenen Themen und Problemen des zu Beratenden. Sowohl der Weg als auch das Ziel werden in einem Prozess der Orientierung, Planung und Entscheidung gemeinsam gestaltet.¹²

⁷ Vgl. ebenda 2011, S. 709f

⁸ Vgl. Müller-Mundt 2011, S. 707f

⁹ Vgl. Abt-Zegelin, in: London 2003, S. 21

¹⁰ Vgl. ebenda 2003, S. 21

¹¹ Vgl. ebenda 2003, S. 21

¹² Vgl. Fröse 2010, S. 73

Für *London* besitzen Pflegekräfte eine edukative Funktion, dieses geschieht allein schon durch den unmittelbaren Kontakt, den sie zu Patienten und Angehörigen haben.¹³

„Pflegekräfte fungieren als Bindeglieder zwischen den Menschen und dem Erleben, das beim Individuum mit pflegerisch relevanten Veränderungen verbunden ist. [...] Beispiele für solche Veränderungen wären eine Krankheit, eine Verletzung oder eine unumgängliche Umstellung der Lebensgewohnheiten. Das damit verbundene Erleben muss physisch, emotional und spirituell ins Dasein des Betroffenen integriert werden. Pflegekräfte aber können diesen Prozess forcieren. Sie fördern Wachstum und Unabhängigkeit. Sie helfen dem Patienten, seine Fähigkeiten zu erkennen und steuern ihn in Richtung einer optimierten Selbstpflege. Ein wichtiges Mittel zur Förderung dieser Integrationsprozesse ist die gewissenhafte Vermittlung von Information, das heißt die Beratung von Patienten und Angehörigen.“¹⁴

Die Beratung und somit die Patientenedukation ist für *London* ein integraler, unumgänglicher Bestandteil, ein grundlegendes Element pflegerischen Handelns.¹⁵ „Denn jedes mal, wenn sie in Sicht- oder Hörweite eines Patienten oder Angehörigen sind, lernt dieser etwas von Ihnen.“¹⁶

Für *London* beginnt die Beratung von Patienten und deren Angehörigen schon bei der gewissenhaften Vermittlung von Informationen, um Veränderungsprozesse innerhalb von Krankheitsverläufen oder Lebensveränderungen zu fördern. Dabei ist die Patienten- und Angehörigenberatung nach *London* weit mehr als das bloße Anbieten von Informationen. Patienten- und Angehörigenberatung hat zum Ziel, die Einstellung und das Verhalten der Betroffenen und ihrer Angehörigen so zu verändern, dass dieses sich förderlich auf ihre Gesundheit auswirkt.¹⁷

Die Pflegekraft übernimmt die Rolle eines Lehrers oder Trainers. Sie kann den Patienten dabei helfen, die Krankheit zu interpretieren und Krankheitserfahrungen mit all ihren Implikationen in das Leben zu integrieren.¹⁸ Danach ist Beratung nicht das Ziel, sondern ein Instrument, das Mittel zum Zweck, ein Werkzeug, um therapeutische Ziele zu erreichen.¹⁹

Wird das Werkzeug Beratung in Pflegehandlungen integriert, können nach *London* edukative Maßnahmen ganz selbstverständlich im Kontext anderer pflegerischer Maßnahmen durchgeführt werden.²⁰ „Eine gute Beratung zeichnet sich dadurch aus, dass

¹³ Vgl. London 2003, S. 27

¹⁴ London 2003, S. 27

¹⁵ Vgl. London 2003, S. 27

¹⁶ London 2003, S. 28

¹⁷ Vgl. London 2003, S. 86

¹⁸ Vgl. ebenda 2003, S. 28

¹⁹ Vgl. ebenda 2003, S. 30

²⁰ Vgl. ebenda 2003, S. 30

sie die Klienten in die Lage versetzt, sachgerechte und wohlüberlegte Entscheidungen zu treffen.“²¹

Für die Autorin Klug Redman ist Patientenedukation ebenfalls ein Kernbestandteil der praktischen Arbeit von Pflegekräften. Für sie erfolgt Patientenedukation direkt während der Patientenbetreuung selbst oder separat in speziellen Programmen.²² Die Autorin *London* bezeichnet dieses als informell oder formell.²³

„Patientenedukation umfasst den Prozess von Diagnose und Intervention. In der Beurteilungsphase werden Art des Bedarfs und Lernmotivation ermittelt und gemeinsam mit dem Patienten Ziele formuliert. Die Intervention beinhaltet die exakt auf den Lernbedarf des Patienten zugeschnittene und stimulierende Anleitung. Während des gesamten Schulungsprozess wird die Durchführung evaluiert. In zeitlichen Intervallen wird evaluiert, ob die gesetzten Lernziele erreicht wurden.“²⁴

Der Edukations- und Pflegeprozess sind Vorgänge, die parallel zueinander verlaufen. Beide umfassen die Phasen des Assessments, der Diagnose, der Ziele, der Intervention und Evaluation²⁵

1.2 Begriffsbestimmung „Information“

Information meint die Unterrichtung und wird oft als Synonym für „Nachricht“ verwendet. Es ist ein Mittel, um vorhandenes Wissen zu ergänzen mit der Absicht, einerseits Ungewissheiten und Unsicherheiten zu beseitigen und andererseits die Orientierungsfähigkeit eines Menschen zu steigern.²⁶

In Anlehnung an *Abt-Zegelin* und *Steinbock* wird „Information geben“ als eine gezielte Mitteilung, die Bereitstellung von Medien und die Vermittlung von Fakten verstanden.²⁷

Die alleinige Weitergabe von Informationen impliziert nach *London* aber nicht eine Verhaltensänderung und damit eine Veränderung eines Krankheitsverlaufs.²⁸

London gibt ebenfalls zu bedenken, dass neue Informationen nur in Relation zu dem schon bereits Bekannten verstanden werden. „Fragen und Konflikte entstehen dann, wenn die neuen Informationen nicht mit den bereits bekannten in Einklang gebracht werden können. In solchen Fällen fällt es schwerer, sich die neuen Informationen zu eigen zu machen.“²⁹

²¹ London 2003, S. 86

²² Vgl. Klug Redman 2009, S. 15

²³ Vgl. London 2003, S. 79

²⁴ Klug-Redman 2009, S. 15

²⁵ Vgl. Klug-Redman 2009, S. 16

²⁶ Vgl. Dewe; Schaeffer 2012, S. 64

²⁷ Vgl. Abt-Zegelin; Steinbock, 2003, S. 36

²⁸ Vgl. London 2003, S. 28

²⁹ London 2003, S. 86

Für die Autorin *Müller-Mundt* bezieht sich Information auf die Erschließung und Bereitstellung von Wissen. Das Resultat von Information ist ergebnisoffen und nicht kontrollierbar.³⁰

1.3 Begriffsbestimmung „Anleitung“

Ewers zufolge ist der Begriff „Anleitung“ eine pädagogisch geleitete Interaktion von Pflegekräften mit unterschiedlichen Zielgruppen, die auf die Herausbildung spezifischer Fähigkeiten und Fertigkeiten der Patienten mit dem damit einhergehenden Ziel der Erhöhung pflegerischer Handlungskompetenz ausgerichtet ist. Als Anleitung bezeichnet der Autor einen geplanten und reflektierten Lernprozess, der mit Blick auf die jeweilige Zielgruppe spezifischen Lehr- und Lernzielen folgt, didaktische und methodische Entscheidungsprozesse erfordert und mit Instrumenten zur Überprüfung von Lernfortschritten verknüpft ist.³¹

Im Unterschied zur Schulung wird laut *Schneider* eine Anleitung dann nötig, wenn eine Person noch nicht in der Lage ist, ein bestimmtes Wissen umzusetzen, eine begründete Wahl von Lösungsalternativen zu treffen oder eine Handlung folgerichtig durchzuführen. In der Anleitung geht es um ein selektives Lernangebot, welches meist einer realen Situation entspringt³² und laut der Autorin *Müller-Mundt* damit einen unmittelbaren Handlungsbezug hat. Dieses unterscheidet sie von einer vermittlungsorientierten Schulung, welche komplexere Lernangebote beinhaltet.

Anleitung hat die Herstellung oder Wiederherstellung von sowohl Handlungskompetenzen als auch die Handlungsautonomie zum Ziel.³³

1.4 Begriffsbestimmung „Schulung“

Für *Müller-Mundt* und *Schaeffer* ist eine effektive Patientenschulung ein zielgerichtetes und planvolles Vorgehen, das auf die spezifischen Problemlagen und Ressourcen der Betroffenen zugeschnitten ist. Um dieses effektiv umzusetzen, ist eine systematische Einschätzung des individuellen Schulungsbedarfs, der Lernvoraussetzungen und Lernfähigkeiten notwendig und grundlegend. Dabei gilt es zu beachten, die Betroffenen dahingehend zu unterstützen und sie zu befähigen, in ihrer konkreten Lebenssituation und unter der Wahrung eines höchstmöglichen Maßes an Lebensqualität, selbstbestimmte

³⁰ Vgl. Müller-Mundt 2011, S. 709 und Vgl. Dewe; Schaeffer 2012, S. 64

³¹ Vgl. Ewers 2001, S. 6

³² Vgl. Schneider 2002, S. 2ff

³³ Vgl. Müller-Mundt 2011, S. 709

Entscheidungen über die Ausgestaltung der Therapie und Versorgung auf der Grundlage adäquater Informationen treffen zu können.³⁴

Klug Redman nutzt in ihrem 1996 erschienen Grundlagenwerk³⁵ „Patientenschulung und –beratung“ die Definition von Barteltt, wonach Patientenschulung als geplante Lernerfahrung definiert wird, die eine Kombination von Methoden nutzt: Unterricht, Beratung und verhaltensändernde Techniken, die das Wissen und das Gesundheitsverhalten der Patienten beeinflussen.³⁶ Für die Autorin ist die Patientenschulung ein beratender Vorgang mit dem Ziel, eine Veränderung im Verhalten oder im Wissen von Patienten zu erreichen. Patientenschulung bedeutet für Klug Redman die Untersuchung des Lernbedürfnisses und der Lernbereitschaft des Patienten, eine Einleitung von Aktivitäten, die geeignet sind, eine Veränderung im Wissen oder im Verhalten des Lernenden zu erreichen und schließlich die Auswertung der Ergebnisse.

„Ein komplexes System von Motivations-, Lehr-, und Lernmodellen wird in diesem übergeordneten Prozeßmodell verwendet.“³⁷

Im Rahmen von Schulung unterscheidet die Autorin *Klug Redman* die kognitiven, affektiven und psychomotorischen Kompetenzen, die es im Schulungs -, also Lernprozess, zu erwerben gilt. Die kognitiven Kompetenzen beziehen sich auf die Vermittlung von Wissen und Kenntnissen. Die affektive Lernkompetenz beinhaltet die Arbeit an der Einstellung und Werthaltung, bezogen auf die Akzeptanz der Krankheit und die Übernahme eigenverantwortlichen, selbständigen Handelns. Die psychomotorische Kompetenz bezieht sich auf das Erlernen motorischer Fähig- und Fertigkeiten, die zur Förderung und Steigerung der Handlungskompetenz verhelfen.³⁸

Patientenschulung ist die institutionalisierte und regelhafte Form von Anleitung und Information, wie sie z.B. für Menschen mit klar umschriebenen chronischen Krankheiten angeboten wird.³⁹

1.5 Begriffsbestimmung „Beratung/ Pflegeberatung“

Nähert man sich dem Feld der Beratung wird deutlich, dass der Begriff der Beratung unterschiedlich verstanden und genutzt wird.

³⁴ Vgl. Müller-Mundt; Schaeffer 2001, S. 226ff

³⁵ Die Autorinnen Abt-Zegelin, Tolsdorf bezeichnen das 1996 veröffentlichte Buch von Frau B. Klug Redman in der 2009, 2., vollständig überarbeiteten Auflage, als das Grundlagenwerk und den Klassiker unter den Büchern zur Patientenedukation. Vgl. Abt-Zegelin; Tolsdorf 2009, S. 11

³⁶ Vgl. Klug Redman 1996, S. 9

³⁷ Klug Redman, 1996, S. 11

³⁸ Vgl. Klug Redman 1996, S. 12f

³⁹ Vgl. Koch-Straube 2008, S. 83f

Beratung beginnt mit einer uns allen vertrauten Kommunikationsform; transitiv als „jemanden beraten“ oder reflexiv als „sich beraten lassen“.⁴⁰

Beratung ist zu einem immanenten Geschehen unseres Alltags geworden.⁴¹ „Semiprofessionell“ als Alltagsberatung innerhalb von z.B. Verkaufsberatung, die Beratung bei einem Friseur oder informell, zum Beispiel durch den guten Ratschlag eines Freundes oder Kollegen.⁴² Für die Autorin *Koch-Straube* ist Alltagsberatung eher „situativ und ungeplant“ innerhalb eines informellen nicht institutionalisierten Rahmens⁴³. Die professionelle Intervention hingegen findet in den dafür vorgesehenen Institutionen mit den dementsprechenden beratungswissenschaftlichen Ansätzen statt. Diese gestaltet sich nach Ansicht der Autorin *Koch-Straube* zielorientiert und methodengeleitet.⁴⁴

In psychosozialen, sozialen und gesundheitsberuflichen, psychologischen und pädagogischen Arbeitsfeldern gilt Beratung als eine zentrale Hilfs- und Unterstützungsform mit geregelten Institutionalisierungs- und Professionalisierungsformen.⁴⁵ „Professionelle Beratung setzt ein oder ist erforderlich, wenn individuelle Kompetenz oder das erforderliche Hilfenetz für Lösungen oder Bewältigung einer krisenhaften Situation nicht mehr ausreicht oder überfordert ist.“⁴⁶

In der Abgrenzung zur Therapie geht es für die Autorin *Koch-Straube* innerhalb von Beratung um begrenzte Problemsituationen von „gesunden“ Persönlichkeiten, die in der Überwindung oder Bewältigung ihrer derzeitigen Probleme unterstützt werden.⁴⁷ Dabei orientiert sich Beratung an der Thematik, die der Klient vorgegeben hat und an den Zielen, die zwischen Berater und Klient gemeinsam vereinbart werden. Beratung arbeitet weniger mit den Defiziten, sondern mit den Stärken und Kompetenzen des zu Beratenden.⁴⁸ „Der Prozess der Beratung ist in den Lebenskontext des Klienten eingebunden und arbeitet flexibel mit den „Unterstützungsangeboten“ [Hervorhebung im Original], die in der Lebenswelt der Klienten sichtbar werden.“⁴⁹

Um sich dem Thema Beratung zu nähern, nutzt die Autorin *Palesch* in ihrer aktuellen Publikation die von Sickendiek erstellte allgemeine Definition, in der Beratung als „[...] eine Interaktion zwischen zumindest zwei Beteiligten, bei der die beratende[n] Person[en]

⁴⁰ Vgl. Engel; Nestmann; Sickendiek 2004a, S. 34 und Vgl. Schaeffer; Schmidt-Kaehler 2012, S. 69f

⁴¹ Vgl. Schröder 2004, S. 49

⁴² Vgl. Kuckeland; Scherpe; Schneider 2008, S.3

⁴³ Vgl. Koch-Straube 2008, S. 68

⁴⁴ Vgl. ebenda 2008, S. 69

⁴⁵ Vgl. Engel; Nestmann; Sickendiek 2004a, S. 34

⁴⁶ Koch-Straube 2008, S. 66

⁴⁷ Vgl. Koch-Straube 2008, S. 72

⁴⁸ Vgl. Koch-Straube 2008, S. 73

⁴⁹ Koch-Straube 2008, S. 73

die Ratsuchende[n] - mit Einsatz kommunikativer Mittel - dabei unterstützen, in Bezug auf eine Frage oder auf ein Problem mehr Wissen, Orientierung oder Lösungskompetenzen zu gewinnen“⁵⁰ verstanden wird.

Beratung kann einen informativen und anleitenden Charakter besitzen. Im Zentrum der Beratung steht aber die dialogische Bearbeitung von Problemen, deren Ausdeutung die gemeinsame Reflexion und das Aufzeigen von Handlungsoptionen ist, die bei der Problembearbeitung und bei der Suche nach Lösungen unterstützen sollen. Das Ziel von Beratung ist nach *Müller-Mundt* die Förderung der Selbsthilfe-, Selbststeuerung- und Problemlösungsfähigkeiten von Patienten.⁵¹ Daraus können dann im weiteren Verlauf dezidierte Beratungsprozesse entstehen.⁵²

Engel, Nestmann und Sickendiek bezeichnen Beratung als einen helfenden Kommunikations- und Handlungsprozess, der neben der Weitergabe von Informationen auch der Orientierungs-, Entscheidungs-, Planungs- und Handlungshilfe in gesundheitlichen Problemlagen dienlich wird.⁵³ Beratung gilt im Vergleich zur Therapie als Kurzintervention und basiert auf unterschiedlichen theoretischen Konzepten.⁵⁴ Beratung kann, je nach professionellem und disziplinspezifischem Standort, einerseits als pädagogische Bildungschance und andererseits als alltags- und lebensweltorientierte Bewältigungshilfe in der sozialen Arbeit oder als therapienahe Intervention in klinisch-psychologischen und medizinisch-psychologischen Handlungsfeldern verstanden werden.⁵⁵ Beratung „[...] stellt ein komplexes Geschehen zwischen Berater/ innen und Ratsuchenden, deren sozialer Umwelt und den kulturellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die sich auf das Geschehen auswirken, dar.“⁵⁶

Beratung richtet sich sowohl an einen einzelnen Menschen⁵⁷ als auch an Gruppen. Sie bedient sich der direkten und indirekten Kommunikation.⁵⁸

⁵⁰ Palesch 2012, S. 43

⁵¹ Vgl. Müller-Mundt 2011, S. 709

⁵² Vgl. Koch-Straube 2008, S. 84

⁵³ Vgl. Engel; Nestmann; Sickendiek 2012, S. 25

⁵⁴ Engel, Nestmann und Sieckendiek führen in ihrem aktuellen Buchbeitrag zum Thema theoretische Konzepte von Beratung, in Schaeffer und Schmidt-Kaehler, 2012, S. 25Ff, das Konzept der Alltags- und Lebensweltorientierung nach Tiersch, die Perspektive und Ausrichtung der ressourcenorientierte Beratung und die lösungsorientierte Beratung, die aufgrund der Offenheit des Konzeptes, Elemente anderer Beratungskonzepte wie ressourcen-, lebensweltorientierte und systemische Beratungskonzepte in sich aufnehmen kann, an.

⁵⁵ Vgl. Engel; Nestmann; Sickendiek 2004a, S. 38

⁵⁶ Engel; Nestmann; Sickendiek 2012, S. 25

⁵⁷ Die klassische Beratungsform ist die Face-to-Face Beratung. Eine Begegnung zwischen zwei Menschen, innerhalb eines persönlichen Gesprächs. Vgl. Fröse 2010, S. 16

⁵⁸ Vgl. Dewe; Schaeffer 2012, S. 61

Für *Dewe* und *Schaeffer* charakterisiert sich Beratung ebenfalls durch Problemlösungsorientiert- und Fallbezogenheit, Freiwilligkeit; es gilt, dass das Prinzip der Niederschwelligkeit, Unabhängigkeit und Neutralität gewahrt wird und dass ein respektvoller Umgang mit dem zu Beratenden gepflegt wird.⁵⁹

Wie oben schon angedeutet wird, weisen die Beratung und die dazugehörigen Beratungsprozesse drei unterschiedliche Formalisierungsgrade auf. Der erste Formalisierungsgrad ist die informelle, alltägliche Beratung; Merkmale des Beratungsprozesses sind in diesem Fall, dass Beratung innerhalb von alltäglichen Interaktionen zwischen Menschen stattfindet. Diese Situationen sind selten standardisiert und weisen spezifische Handlungs- und Kommunikationsstrategien auf. Der zweite Formalisierungsgrad ist die halbformalisierte Beratung. Beratung ist ein Element der professionellen Interaktion, wie beispielsweise als Bestandteil des Pflegeprozesses. Der dritte Grad ist die formalisierte Beratung. Die Merkmale des Beratungsprozesses liegen dort im professionellen, theoriegeleiteten Beratungsangebot mit methodischer und fachlicher Beratungslegitimation.⁶⁰

Jedes Beratungskonzept setzt an unterschiedlichen Schwerpunkten in Bezug auf das Menschenbild, die Veränderung des Verhaltens, die Nutzung von Methoden und die Zielsetzungen von Beratung an.⁶¹

Für den deutschsprachigen Raum liegt nach Erachten der Autorinnen *Hüper* und *Hellige* derzeit eine überschaubare Anzahl von pflegewissenschaftlichen Veröffentlichungen zum Thema Pflegeberatung vor. Wobei Pflegeberatung, wie aus den oben angeführten Ausführungen deutlich wird, neben der Anleitung und Schulung auch unter dem Begriff Patientenedukation subsumiert wird.⁶²

Um sich dem Thema der Pflegeberatung zu nähern, unterscheidet *Stratmeyer* fünf Pflegeberatungsansätze, in denen das Handlungsfeld der Pflegeberatung verortet werden kann: die humanistisch-altruistische Pflegebegleitung, der vermittlungsorientierte Pflegeberatungsansatz, der verhaltensorientierte Pflegeberatungsansatz, der handlungsorientierte Pflegeberatungsansatz und der systemisch-konstruktivistische Pflegeberatungsansatz.⁶³ *Stratmeyer* hat dazu eine Beratungsmatrix erstellt. Diese ist unter Abbildung 1, Seite 104 zu finden.

⁵⁹ Vgl. ebenda 2012, S. 71f

⁶⁰ Vgl. Hüper; Hellige 2007, S. 99 und Vgl. Nestmann 2004, S. 548ff in: Nestmann, Engel; Sieckendiek, 2004

⁶¹ Vgl. Nestmann; Engel; Sieckendiek, 2004b, S. 605f

⁶² Vgl. Hüper; Hellige 2007, S. 51

⁶³ Vgl. Stratmeyer 2005, S. 45ff

Für *Stratmeyer* gibt es nicht „das eine“ Konzept der Pflegeberatung. Pflegeberatung hat sich seiner Ansicht nach mit unterschiedlichen Orientierungen gezielt auf die jeweilige Bedarfssituation einzustellen. Wobei sich nicht aus jedem Ansatz das Beste „rauszusuchen“ gilt, wie aus einem Werkzeugkasten, in dem man sich frei bedienen kann, sondern die einzelnen Ansätze geben Orientierung in einem vorstrukturierten Handlungskorridor mit all ihren dazugehörigen wissenschaftlichen, philosophischen und theoretischen Hintergründen.⁶⁴

Die Charakteristika, Ziele, Funktionen und Merkmale von Pflegeberatung lassen sich laut *Stratmeyer* an die sozialpädagogische Beratung ansiedeln.⁶⁵

Allgemein betrachtet dient die Pflegeberatung der Information, Aufklärung und Anleitung, der Unterstützung und Rückmeldung, der Vermittlung und der emotionalen und sozialen Entlastung. Pflegeberatung versucht, den Betroffenen und Angehörigen oder Bezugspersonen, in schwierigen Situationen, die durch Krankheit oder Pflegebedürftigkeit auftretenden Anpassungs- und Bewältigungsproblemen entstehen (zum Beispiel körperliche Beeinträchtigung, psychische Leiden oder soziale Probleme), nützlich und behilflich zu sein. Pflegeberatung kann hierbei eine konkrete Hilfestellung (als niederfrequentes Angebot) bei einem klar umschriebenen Problem, zum Beispiel die korrekte Einnahme von Medikamenten, sein. Des Weiteren kann Pflegeberatung aber auch die unterstützende Begleitung längerfristiger Krankheits- und Pflegeprozesse darstellen.⁶⁶

Pflegeberatung weist einen geringen Institutionalierungsgrad auf; sie findet oftmals in Kombination mit körperbezogener Arbeit statt, bzw. innerhalb von Pflegeleistungen. Dieser Umstand unterscheidet Pflegeberatung von allgemeiner Beratung und hebt sie von anderen Beratungsleistungen in anderen Handlungsfeldern ab.⁶⁷

Koch-Straube und auch *London* bezeichnen diese Besonderheit als integralen Bestandteil von Pflege. Sie ist ein unumgänglicher Bestandteil, ein grundlegendes Element pflegerischen Handelns.⁶⁸ Für *Koch-Straube* ist Beratung

„[...] eine „professionelle Unterstützungsleistung, die in einem gemeinsamen Prozess der Orientierung, Planung, Entscheidung und Handlung versucht, bio-psycho-soziale Ressourcen von Personen und sozialökologische und -ökonomische Ressourcen von Umweltsystemen (soziale

⁶⁴ Vgl. *Stratmeyer* 2005, S. 55

⁶⁵ Vgl. ebenda 2005, S. 43

⁶⁶ Vgl. ebenda 2005, S. 43 f

⁶⁷ Vgl. ebenda 2005, S. 44

⁶⁸ Vgl. *Koch-Straube* 2008, S. 74

Beziehungen und Netzwerke; Organisation und Institution; gebaute und natürliche Umwelt) zu entdecken, zu fördern, zu erhalten und aufeinander zu beziehen.“⁶⁹

Dabei ist für sie eine dialogische Kommunikation, die Achtung vor der Einzigartigkeit der Würde des Menschen, die Wahrnehmung der Kompetenz der Pflegebedürftigen, die Förderung der Ressourcen, der Respekt vor der Selbstbestimmung, der Einbezug von Umweltbedingungen, das biografische Gewordensein und die Zukunftsperspektiven des Gegenübers innerhalb von Beratung zielführend.⁷⁰

Für *Koch-Straube* lässt sich die Pflegeberatung im integrativen Beratungskonzept⁷¹ verorten, da ihres Erachtens dieses Konzept dem Anspruch und den Besonderheiten der Pflege, bzw. der Pflegeberatung gerecht wird.⁷² Die Besonderheiten sind für die Autorin zum einen, dass im Mittelpunkt der Pflege und somit auch der Beratung der Mensch steht, der akut lebensbedrohlich oder chronisch krank ist, und dieser besonderen Situation innerhalb von Beratung Rechnung getragen werden muss.⁷³ Dies geht ihrer Ansicht nach weit über die Entwicklung und Unterstützung psychosozialer Kompetenzen und Ressourcen innerhalb von psychosozialer Beratung hinaus.⁷⁴ Eine weitere Besonderheit ist zum anderen der dichte Kontakt innerhalb der Begegnung von Pflegenden und Patienten. Die Dichte bezieht sich hierbei einerseits auf die Häufigkeit und zeitliche Dauer⁷⁵ des Kontaktes und andererseits auf die Intensität. Die Intensität bezieht sich auf die Kenntnisse der Lebenssituation der zu betreuenden Patienten, da Pflegende einen Einblick in die

⁶⁹ Nestmann 1997, S. 33f zitiert in: Koch-Straube 2008, S. 74

⁷⁰ Vgl. Koch-Straube 2008, S. 66

⁷¹ Die Integrative Beratung leitet sich von der therapeutischen Schule der integrativen Therapie ab, dessen theoretische Fundierung auf Petzold, H. (1988) und Perls, F. (1987) zurückgeht. (Vgl. Harting, M. in: Brinker-Meeyendriesch, E.; Schneider, A.; Schneider, K. 2005, S.69). Diese ist den humanistisch orientierten Verfahren zuzurechnen. (Vgl. Koch-Straube, 2008, S. 113) Die Integrative Beratung basiert auf dem Systemverbund von drei psychotherapeutischen Richtungen: der Gestalttherapie, der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie. (Koch- Straube 2008, S. 113). Im Mittelpunkt des Konzeptes stehen die Konzepte der Ko-respondenz (verstanden als Interaktion und in Beziehung zu stehen, mit der und in der Umwelt), die Integration und die Leiblichkeit. Das Konzept der Ko-respondenz bildet das Rahmenkonzept und stellt Theorien über Persönlichkeit, Entwicklung, Krankheit/ Gesundheit, Therapie und Beratung bereit. Die Integration wird verstanden als lebenslanger menschlicher Prozess, in dem Anforderungen und Herausforderungen des Lebens integriert werden. Beratung kann den Menschen in dieser Aufgabe dahingehend unterstützen, gerade herausragende, kritische, nicht zu bewältigen erscheinende Ereignisse ins Leben zu integrieren. Vgl. Koch-Straube 2008, S. 113ff

⁷² Ihrer Ansicht nach muss „das Rad nicht neu erfunden“ werden, um Beratung im Feld der Pflege zu verordnen aber die vorhandenen Konzepte müssen für die Erfordernisse der Pflege geeignet sein. In der Überprüfung dieser sollten zentrale Aspekte der Pflege Berücksichtigung finden: Die Leiblichkeit des Menschen, das Leben zwischen Kranksein und Gesundsein, die Lebenswelt und der Kontextbezug, die Biografieorientierung und die Beziehung zwischen Pflegenden und Gepflegten. Vgl. Koch-Straube 2008, S. 103f

⁷³ Vgl. Koch-Straube 2008, S. 113

⁷⁴ Vgl. ebenda 2003, S. 85

⁷⁵ Bezogen auf einen Krankenhausaufenthalt: die „Rund-um-die-Uhr-Pflege“ Vgl. Koch-Straube 2008, S. 78

täglichen Lebensprozesse und –muster der Patienten erhalten und deshalb deren gelebte Erfahrungen und gesundheitlichen Bedürfnisse oftmals besser verstehen.⁷⁶

Die zentrale Besonderheit in der Pflege und somit in der Pflegeberatung ist für *Koch-Straube* der Aspekt der Leiblichkeit⁷⁷. Eine leiborientierte Pflege fordert, so *Koch-Straube*, eine leiborientierte Beratung bzw. ist diese integraler Bestandteil der Pflege.⁷⁸ Die Betrachtungsweise der Leiborientierung ist für *Koch-Straube* ebenfalls im integrativen Beratungsansatz zu finden, da die Leiblichkeit eine der zentralen Mittelpunkte des Konzeptes darstellt.⁷⁹

Die Autorinnen *Hüper und Hellige* beschreiben die derzeit ausgeübte Beratungspraxis in der Pflege als zufällig. Die Durchführung ist oft davon abhängig, ob Beratung in freie Zeitfenster innerhalb der Pflegehandlungen jeder einzelnen Pflegekraft integriert werden kann. Nur in wenigen Bereichen, wie zum Beispiel der Diabetesberatung, der Stoma- oder Inkontinenzberatung, wird dieses konsequent durchgeführt. Um Beratung in die alltägliche Pflegehandlung zu integrieren, fehlen feste Rahmenbedingen und unabdingbare Voraussetzungen wie Ort und Zeit, eine solide Finanzierung und eine Handlungsorientierung durch theoretische Entwürfe für die praktische Durchführung von Pflegeberatung.⁸⁰

Die Autorinnen definieren Pflegeberatung als Unterstützungsleistung. Pflegeberatung ist hilfreich in der Bewältigung der Pflegebedürftigkeit, die durch eine akute oder chronische Krankheit, durch Behinderung oder Altersgebrechlichkeit verursacht wird. Die inhaltliche Ausgestaltung ist abhängig vom Beratungsbedarf der zu Pflegenden und ihren Bezugspersonen. Der Bedarf wird auf der Ebene der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve ermittelt. Dieses impliziert ebenfalls die Gesundheitsförderung und Prävention. Im gemeinsamen Dialog zwischen der Pflegeberaterin und den Betroffenen entwickeln sie verschiedene Lösungsmöglichkeiten, die dem erhobenen Bedarf gerecht werden. Dabei wird zwischen „Information und Orientierung“, „Deutung und Klärung“ und „Handlung

⁷⁶ Vgl. Koch-Straube 2008, S. 78f

⁷⁷ Leiblichkeit bezieht sich auf die künstliche Aufhebung der Trennung von Körper und Geist. Der Körper wird von seinen Gedanken, Gefühlen und Phantasien bestimmt. Der Körper - der Leib - ist Träger der daraus resultierenden unterschiedlichen Dimensionen menschlichen Lebens und Erlebens. Kein Gefühl geschieht ohne körperliche Reaktion und kein körperliches Erleben ohne psychischen Widerhall. (Vgl. Koch-Straube 2008, S. 115f) Innerhalb der Pflege wird nicht nur der Körper und dessen Krankheit therapiert, sondern auch der Leib. Es ist Begegnung zwischen Subjekten und deren Interaktionen in und mit der Welt, bezogen auf Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft. Vgl. Koch-Straube 2008, S. 76ff

⁷⁸ Vgl. Koch-Straube 2008, S. 103

⁷⁹ Vgl. Harking 2005, S. 69

⁸⁰ Vgl. Hüper; Hellige 2007, S. 9

und Bewältigung⁸¹ nach Sander unterschieden. In der Abbildung 3, Seite 102, wird dieses verdeutlicht. Der Prozess der Beratung gestaltet sich kooperativ.⁸² Die Pflegberaterin nimmt eine kooperative, wertschätzende, durch Respekt, Authentizität und die Achtung vor der Biografie gekennzeichnete Beratungshaltung ein, um einerseits Sicherheit und Angenommensein zu vermitteln und andererseits die Selbstbestimmung und Verantwortung aller Beteiligten zu erhalten und zu fördern.⁸³

Die Stärkung der persönlichen Kompetenzen und die Förderung des Wohlbefindens gestalten ebenfalls den Prozess der Pflegeberatung.⁸⁴

Das von ihnen entwickelte Pflegeberatungsmodell vereint drei Konzepte aus Pädagogik, Psychologie und Sozialarbeitswissenschaft. Diese bilden die Basis der professionell pflegerischen Beratung. Die Grundlagen des Modells ist die von Corbin/ Strauss entwickelte Pflege- und Krankheitsverlaufskurve⁸⁵ welche die Basis für das Wissen und Verständnis der Anpassungs- und Bewältigungsleistung von Menschen mit chronischen Erkrankungen und ihren Bezugspersonen bildet, sowie das von Antonovsky entwickelte Salutogenese-Modell⁸⁶, Ausgangspunkt für das Wissen und den Zugang zu den

⁸¹ Sander ordnet drei Beratungsangebote zur Lösung und Bewältigung eines Problems zu: „Information und Orientierung“ dient der Aneignung von Wissen und Sachverhalten. Sie bilden die Handlungsgrundlage; „Deutung und Klärung“ dient dem Ordnen von Erlebtem, Erfahrungen, Unbekanntem, möglichen Zusammenhängen und Einstellungen; „Handlung und Bewältigung“ zum Erwerb von Kompetenzen, Übungen oder Handlungserprobung. Vgl. Hüper; Hellige 2007, S. 96

⁸² Vgl. Hüper; Hellige 2007, S. 10

⁸³ Vgl. Hüper; Hellige 2007, S. 10 und Vgl. Hüper; Hellige 2007, S. 73

⁸⁴ Vgl. ebenda 2007, S. 94

⁸⁵ Das Konzept wurde von Corbin und Strauss zum Erleben und zur Bewältigung chronischer Krankheiten entwickelt. Das Konzept umfasst zum einen die physiologischen und psychologischen Phänomene eines Krankheitsverlaufes, dieses beinhaltet ebenfalls das Erkennen von Symptomen und Zeichen einer Krankheit. Zu anderen werden die wichtigen und zeitgleichen soziologischen Phänomene der notwendigen Arbeit und Arbeitsbeziehungen abgebildet, die innerhalb von Krankheitsverlaufskontrolle und Krankheitsverlaufsgestaltung auftreten. Krankheitsbewältigung wird als hocharbeitsteiliger, meist lebenslang andauernder, phasenhafter Prozess verstanden, indem die Arbeitsteilung zwischen den Betroffenen, den Angehörigen und den Professionellen je nach Situation immer wieder neu ausgehandelt werden muss. Die Zielsetzung ist die Integration von Krankheit und Krankheitsfolgen im Rahmen biographischer Arbeit. Das beinhaltet: sich mit der Krankheit abfinden und die Wiederherstellung von Identität und somit die Gestaltung eines Neuentwurfes der eigenen Biographie (Biographie verstanden als biographische Zeit, die Selbstkonzeption und der eigene Körper, bezogen auf die eigene Wahrnehmung dessen in der Welt). Vgl. Hüper; Hellige 2007, S. 60-67

⁸⁶ Das Modell der Salutogenese (Salus, lat. Unverletzlich, Heil, Glück) basiert auf der Annahme, dass Menschen weder absolut gesund noch absolut krank sind. Menschen bewegen sich auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum mit den jeweiligen Enden der Gesundheit und Krankheit. Krankheit ist kein isoliert zu betrachtendes Phänomen. Es stellt sich nicht die Frage wie Krankheiten entstehen und wie sie behandelt werden können, sondern wie ein Mensch mehr gesund und weniger krank wird? (Vgl. Hüper; Hellige 2007, S. 76). Dabei ist das Kohärenzgefühl zentraler Mittelpunkt und richtungsweisend im Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Kohärenz, bezogen auf das Gefühl der Verstehbarkeit, als Fähigkeit eines Menschen, die innere und äußere Umgebung nicht als chaotisch, willkürlich oder unerklärlich zu empfinden und zu verarbeiten. Das Gefühl von Handhabbarkeit und Bewältigbarkeit, bezogen auf die Überzeugung bei Anforderungen Lösungen zu finden, bzw. Problemlösungsressourcen zu besitzen, sie zu nutzen und zu mobilisieren. Und das Gefühl von Sinnhaftigkeit und Bedeutsamkeit des Lebens. Die Fähigkeit eines Menschen, dieses Leben sinnvoll zu gestalten. Vgl. Hüper; Hellige 2007, S. 78f

gesundheitsfördernden Widerständen und Ressourcen und auch das integrative Beratungsmodell⁸⁷ von Sander (siehe Abbildung 3, Seite 102). Es dient der Systematisierung des Beratungsprozesses durch die Unterscheidung zwischen „Information und Orientierung“, „Deutung und Klärung“, sowie „Handlung und Bewältigung“.⁸⁸

Wie auch bei *Koch-Straube* ist für *Hüper* und *Hellige* die körpernahe Begegnung innerhalb der Pflegeberatung im Pflegeprozess eine Besonderheit. Ihrem Erachten nach ist es wichtig, die Menschen/ die Pflegebedürftigen nicht auf ihre Körperlichkeit zu reduzieren und ihre Mängel in der Alltagsbewältigung zu kompensieren und über Beratung zu steuern⁸⁹, sondern es

„[...] wird die Notwendigkeit zur Beratung hier aus der Begegnung abgeleitet; einer Begegnung zwischen „Leib-Geist-Seele-Subjekten“. „Mit der Berührung des Leibes erreichen wir den Menschen in vielfältiger Weise, wecken Erinnerungen oder Hoffnungen oder Ängste [...]. Wir tasten Vorstellungen über das Leben, über die Welt an.“ (Koch-Straube 2001, S. 74).⁹⁰

1.6 Qualifikationen und Kompetenzvoraussetzungen

Die vorangegangenen Punkte der Patienteninformation, -anleitung, -schulung und der Pflegeberatung zusammengefasst unter dem Begriff der Patientenedukation, benötigen in ihrer Durchführung unterschiedliche Kompetenzen, um eine erfolgreiche Umsetzung zu gewährleisten. Im folgenden Abschnitt werden diese Kompetenzen aus den oben angeführten Begriffsbestimmungen abgeleitet und mit einzelnen beruflichen Qualifikationen in Verbindung gebracht. Unter Kompetenzen werden an dieser Stelle die Fähigkeiten, das Wissen und die Denkmethode verstanden, die eine Person im Laufe seines Lebens in der Interaktion mit der Umwelt entwickelt und erwirbt.⁹¹ In der Betrachtung des Begriffes „Kompetenz“, wird dieser in der Literatur in unterschiedliche

⁸⁷ Das integrative Beratungskonzept nach Sander vereint drei Problem-/ Erfahrungsfelder und ordnet ihnen beratende Lösungsangebote zu. Die Erfahrungsfelder beziehen sich auf die Lebenswelterfahrung, die Beziehungserfahrung und die Selbsterfahrung. Die aus den Feldern resultierenden Probleme ordnet Sander drei Beratungsangebote zur Lösung oder Bewältigung des Problems zu. Darauf folgt eine Systematisierung in einer Matrix, indem er neun unterschiedliche Beratungstypen den jeweiligen Problemfeldern mit ihren Lösungsangeboten zuordnet. Diese Typisierung ermöglicht eine erleichterte Beratungsdokumentation, transparentere Beratungsprozesse und eine stärker abgestimmte Klientenerwartung mit dem Beratungsangebot. Der Beratungsprozess in der integrativen Beratung basiert auf der humanistischen Psychologie von C. R. Rogers, in der das klientenzentrierte Beziehungskonzept mit ihrer klientenzentrierten Gesprächsführung im Mittelpunkt steht, das durch empathisches Verstehen, Akzeptanz und Kongruenz gekennzeichnet ist. Vgl. Hüper; Hellige 2007, S. 96ff

⁸⁸ Vgl. Hüper; Hellige 2007, S. 51f

⁸⁹ Vgl. ebenda 2007, S. 100

⁹⁰ Koch-Straube 2001, S. 74 zitiert in: Hüper; Hellige 2007, S. 100

⁹¹ Vgl. Lang 2008, S. 14

Teilkompetenzen und Kompetenzdimensionen unterteilt.⁹² Dazu gehören unter anderem: Sozialkompetenz, Selbstkompetenz/ Personalkompetenz, Methodenkompetenz, Sachkompetenz, Kommunikationskompetenz.⁹³ Des Weiteren wird die Dimension der Handlungskompetenz aufgeführt, die sich aus den Dimensionen Fachkompetenz, Humankompetenz und Sozialkompetenz entfaltet. Laut *Bohrer, Kuckeland et al.* werden diese durch die Kompetenzdimensionen konkretisiert und spezifiziert.⁹⁴ Kompetenzen sind mehr als abprüfbares Wissen oder direkt beobachtbare Fertigkeiten, sie umfassen auch Einstellungen und Haltungen.⁹⁵

Qualifikation wird als ein Komplex von Kenntnissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten verstanden, die Personen im Rahmen ihrer beruflichen Ausübung zur Verfügung stehen müssen. Qualifikationen können durch Zertifizierungsprozeduren überprüft werden.⁹⁶

Wie in Punkt 1.2 aufgeführt, ist das Informieren einerseits die reine Vermittlung von Fakten, um das Wissen des Gegenübers zu erweitern. Andererseits ist es notwendig, diese Informationen so zu vermitteln, dass sie erstens verstanden werden und zweitens diese zu vermittelnden Informationen so aufzubereiten, dass sie mit dem bereits Bekannten in Einklang gebracht werden können. Auch wenn das Resultat von Information ergebnisoffen und nicht kontrollierbar ist, setzt es trotzdem voraus, dass der Informant die Informationen so aufbereitet, dass diese situationsgerecht und kognitiv fassbar vermittelt werden. Denn

„[...] wissenschaftliches Wissen und Alltagswissen stellen unterschiedliche Typen von Wissen dar, die jeweils anderen Relevanzkriterien folgen und nur bedingt vereinbar sind. Wissenschaftliches Wissen ist analytisch orientiert und zielt auf Erkenntnisgewinn. Alltagswissen hingegen ist handlungsorientiert und auf Problemlösung ausgerichtet. Damit wissenschaftliches Wissen im Alltag nutzbar gemacht und damit es überhaupt angeeignet werden kann, ist [es notwendig diese] in handlungstaugliche Information umzusetzen, ja es in handlungsrelevantes Praxiswissen zu übersetzen [...] Das ist weitaus schwieriger als üblicherweise unterstellt und verlangt eine Reihe an Kompetenzen, über die keineswegs alle Rezipienten verfügen [...].“⁹⁷

⁹² Vgl. Briedis; Schaeper 2004, S. 5f und Vgl. Bohrer; Kuckeland et al. 2008, S. 10

⁹³ Sozialkompetenz beinhaltet alle Fähigkeiten, die den Austausch von Informationen, Verständigung, Aufbau und Gestaltung sozialer Beziehungen ermöglichen. Selbstkompetenz beinhaltet alle Fähigkeiten und Einstellungen die die individuelle Sicht und Haltung auf die Welt, zur Person und zur Arbeit ausdrückt. Methodenkompetenz beinhaltet das Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten eine Bewältigung von Aufgaben und Probleme ermöglichen, durch die Auswahl, Planung und Umsetzung von Lösungsstrategien. Sachkompetenz/ Fachkompetenz beinhaltet Kenntnisse, Fertig- und Fähigkeiten. Häufig wird dieser Begriff mit Arbeitsplatz spezifischen Fertigkeiten, Fähigkeiten und Kenntnissen verbunden. Vgl. Briedis; Schaeper 2004, S. 5f

⁹⁴ Vgl. Bohrer; Kuckeland et al. 2008, S. 10

⁹⁵ Vgl. Isfort 2011, S. 23

⁹⁶ Vgl. Lang 2008, S.14

⁹⁷ Dewe; Schaeffer 2012, S. 65

Bezogen auf die Kompetenzen kann festgehalten werden, dass Kommunikations- Fach- und Methodenkompetenz notwendig sind, um Information und Wissen mitzuteilen. Dabei bezieht sich die Methodenkompetenz zum einen auf die eigene Aneignung, Erweiterung und Aktualitätsüberprüfung des Fachwissens und zum anderen auf die adressatengerechte Weitergabe des Fachwissens. Des Weiteren erfordert es ein Maß an Sozialkompetenz für die Ermittlung der Bedürfnisse und das Verständnis des Adressaten, bezogen auf die zu übermittelnden Informationen.

Im Rahmen der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung sollen laut Krankenpflegegesetz (KrpflG, §3, Abs. 1) diese Kompetenzen vermittelt werden.⁹⁸

Unter Anleitung wird in Punkt 1.3 eine Vermittlung von Fähigkeiten und Fertigkeiten verstanden, die zum Ziel hat, die pflegerischen Handlungskompetenzen der Patienten zu erhöhen. Es werden Fähigkeiten und Fertigkeiten vermittelt, die einen direkten Bezug zu einer bestimmten Handlung haben bzw. aus einer realen Situation hervorgehen. Für die Umsetzung ist ein geplanter und reflektierter Lernprozess mit spezifischen Lehr –und Lernzielen und die abschließende Überprüfung des Gelernten notwendig. Das erfordert eine didaktische, methodische und instrumentelle Ausarbeitung und Aufbereitung der zu vermittelnden Thematik.

Es lassen sich folgende Kompetenzen ableiten: Kommunikationskompetenz, Fachkompetenz, Methodenkompetenz und Sozialkompetenz.

Neben der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung, die diese Kompetenzen vermittelt, ist eine Vertiefung dieser Kompetenzen innerhalb der Weiterbildung „Praxisanleitung“ zu finden. Inhalte des theoretischen Unterrichts sind zum Beispiel die Aufgaben und Bedingungen bei der Anleitung, Kommunikation und Gesprächsführung und der Anleitungsprozess.⁹⁹

Im Vergleich zur Anleitung ist Schulung (siehe 1.4) ein vermittlungsorientiertes, zielgerichtetes, geplantes, prozesshaftes, auf die individuellen Problemlagen im Rahmen einer systematischen Bedarfserhebung unter Einbezug der Kompetenzen und Ressourcen des zu Schulenden (Patienten) ausgerichtetes, komplexes Lerngebot. Durch unterschiedliche Methoden und Techniken sollen Patienten befähigt und unterstützt werden, Kompetenzen (Fähigkeiten, Fertigkeiten und Wissen) zu erwerben, eigene Entscheidungen zu treffen und gegebenenfalls ihr Verhalten zu ändern. Im Anschluss einer Schulung erfolgt eine Evaluation, die Überprüfung des Gelernten.

⁹⁸ Vgl. Bundesministerium der Justiz 2003

⁹⁹ Vgl. Isfort 2011, S. 27

Die davon abzuleitenden Kompetenzen sind: Kommunikationskompetenz, Methodenkompetenz, Sozialkompetenz, Selbstkompetenz, Fachkompetenz. Auf eine detaillierte, inhaltliche Bestimmung der einzelnen Kompetenzen muss an dieser Stelle verzichtet werden.

Auf Grund des hohen pädagogischen Anteils ist der Erwerb dieser Kompetenzen, die notwendig sind, im Bereich einer pädagogischen Aus- und Weiterbildung/ eines Studiums anzusiedeln.

Aus der Begriffsbestimmung „Beratung/ Pflegeberatung“, die in 1.5 getroffen wurde, können folgende Kompetenzen abgeleitet werden: Kommunikationskompetenz, Fachkompetenz, Methodenkompetenz, Sozialkompetenz, Selbstkompetenz. Die Kompetenzdimensionen, die sich daraus ergeben, sind unter anderem die Kommunikationsfähigkeit, in Bezug auf die Anwendung von Frage- und Gesprächstechniken innerhalb der Beratungssituationen. Das Wissen und die Kenntnisse beziehen sich auf ein umfangreiches Fachwissen, das für einen bestimmten Beratungskontext notwendig ist und die Kompetenzdimension der Problemlösefähigkeit, um gemeinsam mit dem zu Beratenden Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln und dieses anzustoßen.¹⁰⁰

Beratung erfordert „[...] eine fundierte Qualifizierung, die nicht hinreichend im Rahmen einer Berufsausbildung der Kranken- oder Altenpflege oder im Schnelldurchlauf einer Fortbildung erworben werden kann, sondern v.a. einer akademischen Qualifizierung vorbehalten werden sollte.“¹⁰¹

Wie in 1.1 ersichtlich wird, geht Patientenedukation aus der Summe von Information, Anleitung, Beratung und Schulung hervor. Dabei ist die Schwerpunktsetzung und Ausrichtung abhängig von der jeweiligen Betrachtungsweise der unter 1.1 genannten Autoren. Wird Edukation als Prozess gesehen und Information, Anleitung, Schulung und Beratung als Methoden dieses Prozesses, bedeutet das, bezogen auf den Bereich der Kompetenzen und Kompetenzdimensionen, ein ausgeprägtes Vorhandensein dieser oben genannten Kompetenzen. Wobei der hohe Anspruch nicht nur im ausgeprägten und umfangreichen Vorhandensein dessen liegt, sondern in dem gezielten Nutzbar-machen dieser Kompetenzen, das bedeutet, Informationen zu geben, wenn diese von Nöten sind, anzuleiten wenn Fertigkeiten gestärkt werden müssen, zu schulen, um Kompetenzen und Ressourcen zu unterstützen und zu fördern, zu beraten, wenn emotionale Entlastung und

¹⁰⁰ Vgl. Bohrer, Kuckeland et al. 2008, S. 10

¹⁰¹ Stratmeyer 2005, S. 55

Hilfestellungen gefordert sind und zu unterscheiden, wann und an welcher Stelle und in welchem Umfang dieses benötigt wird, mit dem Ziel, ein höchstmögliches Maß an Autonomie und Lebensqualität für die Patienten, chronisch Erkrankten und ihren Bezugspersonen sichern zu helfen.¹⁰² Da der Bereich der Beratung ein Handlungsfeld der Patientenedukation darstellt, ist der Kompetenzerwerb für die Durchführung von Patientenedukation ebenfalls innerhalb eines Hochschulstudiums zu finden.

In der folgenden Tabelle sind die Hauptcharakteristika von Information, Anleitung, Schulung, Beratung und Patientenedukation mit den dazugehörigen Kompetenzen und Qualifikationsvoraussetzungen prägnant zusammengefasst.

	Hauptcharakteristika	Kompetenzen/ Qualifikationen
Patienteninformation	ergebnisoffen Vermittlung von Wissen	Kommunikations-, Fach-, Sozial-, Methodenkompetenz Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung
Patientenanleitung	ergebnisorientiert Vermittlung einzelner Fähig- und Fertigkeiten Erhöhung der Handlungskompetenz	Kommunikations-, Fach-, Sozialkompetenz, Methodenkompetenz Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung Weiterbildung z.B. Praxisanleitung
Patientenschulung	zielgerichtet, geplant, prozesshaft und ergebnisorientiert Methoden geleitet Lernen von komplexen Fertigkeiten Verhaltensänderung <u>Stärkung der Entscheidungsfähigkeit</u>	Kommunikations-, Fach-, Sozialkompetenz, Methodenkompetenz, Selbstkompetenz pädagogische Ausbildung/ Studium
Pflegeberatung	ergebnisoffen Dialogischer Prozess Ressourcenorientiert Unterstützend, begleitend Methoden geleitet	Kommunikations-, Fach-, Sozialkompetenz und Methodenkompetenz Selbstkompetenz Akademische Ausbildung
Patientenedukation	Maßnahmen von Information, Anleitung, Schulung und Beratung Ressourcenorientiert, prozesshaft unterstützend, begleitend Methoden geleitet	Kommunikations-, Fach-, Sozialkompetenz, Methodenkompetenz Selbstkompetenz Akademische Ausbildung

Tabelle 1: Information, Anleitung, Schulung, Beratung, Edukation: Hauptcharakteristika, Qualifikationen und Kompetenzen

Die Ermittlung des Bedarfs von Patientenedukation wird im anschließenden Kapitel 2 durchgeführt und betrachtet.

¹⁰² Vgl. Müller-Mundt 2011, S. 708

2 Bedarfsbestimmung Patientenedukation

Das Thema Patientenedukation, subsumiert unter den Begriffen von Beratung, Schulung, Anleitung, und Information¹⁰³, hat in den vergangenen Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen, um den sozio-epidemiologischen Veränderungen und den daraus resultierenden Folgen für das Gesundheitswesen zu begegnen.

Im folgenden Kapitel wird der Bedarf an Patientenedukation anhand ausgewählter Aspekte näher beleuchtet. Zu diesen gehört der demographische Wandel, der unter anderem mit einer Zunahme der chronischen Erkrankungen einhergeht, die veränderte Patientenrolle und die kürzere Verweildauer innerhalb von Krankenhausaufenthalten mit Einführung der Diagnosis Related Groups.

Die Bedarfsbestimmung von Patientenedukation wird durchgeführt, um zum einen den Legitimationshintergrund näher zu betrachten, das heißt, auf welcher Begründungsgrundlage Patientenedukation stattfindet oder überhaupt stattfinden soll und zum anderen, um diese mit den Bedarfsbestimmungen, die in den Artikeln getätigt werden, zu vergleichen.

2.1 Der demographische Wandel

Die demographische Entwicklung wird als Prozess des „dreifachen Alterns“ der Gesellschaft beschrieben. Das bedeutet zum einen, dass die Zahl der Gruppe der über 60-jährigen aufgrund steigender Lebenserwartung zunimmt und zum anderen, dass der Anteil der Gruppe der über 60-jährigen den Anteil der unter 20-jährigen übersteigt und es bei einem zusätzlichen Geburtenrückgang und dem damit verbundenen Absinken der Bevölkerungszahl kommt. In der Gruppe der über 60-jährigen nimmt der Anteil der Hochaltrigen über 80 Jahren besonders stark zu.¹⁰⁴

Nach der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung werden im Jahr 2030 37 Prozent (jeder vierte) der Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland zu den 60-jährigen und Älteren zählen.¹⁰⁵

Durch den stetigen Fortschritt in der Medizin und den verbesserten Lebensbedingungen ist die Lebenserwartung der Menschen in den letzten Jahrzehnten in der Bundesrepublik Deutschland angestiegen. Diese veränderte Lebenserwartung geht einher mit der Zunahme von chronischen- und chronisch-degenerativen Erkrankungen und einer Multimorbidität, was zur Folge hat, dass ältere Menschen im Durchschnitt häufiger und auch länger im

¹⁰³ Vgl. Abt-Zegelin 2003, S. 21

¹⁰⁴ Vgl. Blüher, Kuhlmeier 2011, S. 186

¹⁰⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt 2010, S. 5

Krankenhaus verweilen müssen und es somit zu einer Zunahme von Krankenhausbehandlungen kommt. Daneben kommen zu den Einzelerkrankungen häufig Symptome wie Inkontinenz, kognitive Defizite, Immobilität, Sturzgefährdung, Schmerzen und andere komplizierende Faktoren hinzu. Es entstehen somit neben den Belastungen der Erkrankungen, Funktionseinschränkungen und Behinderungen, die sich auf die Fähigkeit, den Alltag zu bewältigen, auswirken.¹⁰⁶

Aus dem demographischen Wandel geht somit auch ein Wandel innerhalb des Krankheitsspektrums hervor.¹⁰⁷ Dabei nehmen Herz-Kreislauf-erkrankungen und die Neubildungen von Krebs einen besonderen Stellenwert ein; sie sind die am häufigsten auftretenden Diagnosen bezogen auf den Anteil der älteren Generationen.¹⁰⁸ Für die Betroffenen beinhaltet das neben eventuell vermehrten Krankenhausaufenthalten eine lang andauernde Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung, bzw. eine durch den medizinischen Fortschritt herbeigeführte Verlängerung der Verlaufs-dauer gerade im Hinblick auf chronische Erkrankungen und einer eventuell daraus resultierenden Pflegebedürftigkeit.¹⁰⁹

Im Jahr 2020 werden etwa 2,81 Millionen Menschen pflegebedürftig sein. Im Jahr 2050 liegt die Anzahl der Pflegebedürftigen bei zirka 4,36 Millionen Menschen.¹¹⁰

Daraus resultiert, dass im Rahmen edukativer Maßnahmen, Patienten und auch Angehörige bei der Suche nach tragfähigen Versorgungsarrangements im Alltag unterstützt werden müssen, um eine Versorgung bei komplexen Gesundheitseinschränkungen und /oder kognitiver Funktionseinbußen zu gewährleisten.¹¹¹ Dabei sind die Erhaltung von Autonomie und Lebensqualität und die Unterstützung bei der Integration des Krankheits- und Therapiemanagements in den Alltag im Rahmen einer präventiven Ausrichtung zielführend.¹¹² Es ist möglich, durch Prävention die Ausbildung der Krankheiten und deren Schweregrad und Verlauf zu mildern.¹¹³ Edukative Aufgaben, bezogen auf die chronischen Erkrankungen, sind somit auf den Ebenen der Gesundheitsförderung, der Prävention und Rehabilitation angesiedelt.¹¹⁴

¹⁰⁶ Sachverständigenrat Gesundheit 2009

¹⁰⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt 2010, S. 10ff

¹⁰⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt 2010, S. 10ff

¹⁰⁹ Vgl. Schaeffer; Schmidt-Kaehler 2012, S. 14

¹¹⁰ Vgl. Palesch 2012, S. 22

¹¹¹ Vgl. Müller-Mundt 2011, S. 708

¹¹² Vgl. Müller-Mundt 2011, S. 705

¹¹³ Vgl. Robert Koch-Institut 2012, S. 67

¹¹⁴ Vgl. Müller-Mundt 2011, S. 708

2.2 Die veränderte Patientenrolle

Die Umstrukturierung des Gesundheitswesens, bezogen auf die Ökonomisierung, geht einher mit dem Zugewinn von mehr Mitbestimmung und gleichzeitiger Übernahme von Eigenverantwortung. Im Rahmen dieser Neuorientierung wird der Patient sowohl als Nutzer, als auch Kunde innerhalb des Gesundheitswesens verstanden. „Sie werden zunehmend als wichtige Koproduzenten und als Experten für ihre eigene Gesundheit akzeptiert.“¹¹⁵ Dieses spiegelt sich ebenfalls in dem veränderten Verständnis der Arzt-Patientenbeziehung wider; zum Beispiel im Modell „shared decision making“, in dem alle Entscheidungen, von der Diagnose bis zur Therapie, vom Arzt und Patienten auf gleichberechtigter Ebene getroffen werden. Dieses gilt vor allem bei Diagnosen, die unterschiedliche Behandlungsalternativen und Auswirkungen eröffnen (zum Beispiel bei Krebserkrankungen) und der Arzt in diesem Fall die individuellen Werte und Präferenzen des Patienten nicht antizipieren kann.¹¹⁶

In dieser Neuorientierung des Rollenverhältnisses und -verständnisses sehen *Schaeffer* und *Schmidt- Kaehler* Gefahren, bezogen auf die Rollenanforderungen und Erwartungen, die diese innehaben und es aufgrund dessen zu einer Überforderung der Rolleninhaber kommt; zum einen, wenn die individuellen und sozialen Ressourcen nicht ausreichen, um die Anforderungen der Eigenverantwortung und Eigenbeteiligung zu übernehmen und nachzukommen und zum anderen aufgrund der Krankheitsbedingungen und fehlenden Informationen, Patienten nicht in der Lage sind, Entscheidungen mit zu treffen und zu tragen.¹¹⁷

Patientenedukation in Form von Beratung kann einen Beitrag dazu leisten, die Autonomiegewinnung zu fördern und zu stärken und den Betroffenen im Rahmen der neuen Rollensituation Unterstützung bieten, um den neuen Anforderungen gerecht zu werden¹¹⁸

Um als eigenverantwortlicher, selbständiger und „gleichberechtigter“ Akteur im Gesundheitswesen innerhalb des eigenen Krankheitsmanagements fungieren zu können, stehen Patienten und deren Bezugspersonen vor der Aufgabe sich zu informieren, um diesen Rollenanforderungen gerecht zu werden. Durch den Zuwachs an Kommunikationsmedien, besonders im Hinblick auf das Internet, entsteht ein mannigfaltiges Angebot an sowohl qualitativ hochwertigen als aber auch mangelhaften

¹¹⁵ Vgl. Robert Koch-Institut 2011

¹¹⁶ Vgl. Pfaff; Janssen; Scheibler 2003, S.11f

¹¹⁷ Vgl. Schaeffer; Schmidt; Kaehler 2012, S. 13ff

¹¹⁸ Vgl. ebenda 2012, 13ff

Informationen zur Verfügung. Die Herausforderung liegt dabei in der Auswahl, Filterung und Bewertung der gewonnenen Informationen. Im Rahmen der Patientenedukation gilt es, Patienten darin zu unterstützen, diese Vielzahl an Informationen zu interpretieren und die gewonnenen Informationen sinnvoll in den Alltag oder in das Handeln zu integrieren.¹¹⁹

2.3 Die Verkürzung der Verweildauer

Mit Einführung der Diagnosis Related Groups (diagnosebezogene Fallpauschalen) und der daraus resultierenden Verkürzung der Verweildauer, sind Betroffene gefordert, im Rahmen ihrer Behandlungsprozesse mitzuwirken. Eventuelle Pflegebedürftigkeit ist kein Grund, länger im Krankenhaus verweilen zu müssen.¹²⁰ Bezogen auf die Verkürzung der Verweildauer entspricht dieses den Wünschen vieler Betroffener, da sie Krankenhausaufenthalte vermeiden möchten oder nicht länger als notwendig in ihnen verweilen wollen und um länger in der gewohnten Umgebung bleiben zu können. Dieses setzt ein edukativ ausgerichtetes Entlassungsmanagement voraus, um Betroffene im Rahmen der Kompetenzentwicklung für die Bewältigung ihres Krankheits- und Therapiemanagements zu unterstützen und vorzubereiten.¹²¹

3 Methodisches Vorgehen

Das Ziel der Diplomarbeit ist, im Rahmen einer Analyse zu untersuchen, inwieweit sich das Thema der Patientenedukation in der Pflege, bezogen auf das Krankenhaus, verändert hat und wie sich der (inhaltliche)Verlauf von Patientenedukation darstellt. Hierbei sind die Aspekte der Qualifikation/ Qualifikationsvoraussetzungen, die Darstellung und reale Umsetzung von Patientenedukation im Krankenhaus untersuchungsführend. Die Analyse bezieht sich auf Pflegefachzeitschriften und die dazugehörigen Fachartikel, die dieses Thema explizit behandeln.

Es wurde das Medium der Zeitschriften für die Analyse gewählt, da von der Grundannahme ausgegangen worden ist, dass die Pflegefachzeitschriften mit ihren fachbezogenen Artikeln den aktuellen Stand, wissenschaftliche Erkenntnisse und praxisrelevante Inhalte sowie Themen, inklusive ihrer Umsetzungen von der Praxis aufnehmen und dem Leser zur Verfügung stellen.¹²²

Die Analyse der Fachartikel wird in Anlehnung an die wissenschaftliche Methode der Inhaltsanalyse durchgeführt. Durch die Inhaltsanalyse können die Eigenschaften eines

¹¹⁹ Vgl. Schaeffer, Schmidt-Kaehler 2012, 17

¹²⁰ Vgl. Hüper; Hellige 2007, S. 14

¹²¹ Vgl. Müller-Mundt 2011, S. 706

¹²² Vgl. 3.2 Vorstellung der Pflegefachzeitschriften

Textes objektiv und systematisch bestimmt und beschrieben werden.¹²³ Der Autor *Früh* bezeichnet die Inhaltsanalyse als „[...] empirische Methode zur systematischen, intersubjektiv nachvollziehbaren Beschreibung inhaltlicher und formaler Merkmale von Mitteilungen [...]“¹²⁴

Zu Beginn der Untersuchung wurde deutlich, dass die Methode der Inhaltsanalyse so modifiziert werden musste, um sich den gelegten Zielsetzungen der Analyse zu nähern.

Das „Grundgerüst“ der Analyse basiert auf dem systematischen Vorgehen der Inhaltsanalyse. Wobei sowohl quantitative als auch qualitative Aspekte mit berücksichtigt werden. *Lamnek* beschreibt die inhaltliche Systematik der Qualitativen Inhaltsanalyse dabei in der Bestimmung der zu untersuchenden Grundgesamtheit, die Bestimmung der Analyseeinheit und der Analysedimension und Bildung von Analysekatoren.¹²⁵ *Mayring* weist darauf hin,

„das[s] am Anfang wissenschaftlichen Vorgehens immer ein qualitativer Schritt steht. Ich muss erst wissen, was ich untersuchen will, ich muss es benennen [...]. In ihrem Zentrum steht ja fast immer die Anwendung eines Kategoriensystems auf das zu untersuchende Material. Diese Kategorien müssen erst erarbeitet werden, müssen am Material ausprobiert werden. Das ist Hauptbestandteil inhaltsanalytischer Arbeit, ein Vorgehen, das eindeutig qualitativer Art ist. Von diesem qualitativen Anfangsschritt hängen entscheidend die Ergebnisse der Inhaltsanalyse ab. Erst auf der Basis können quantitative Analyseschritte vorgenommen werden, sofern sie angestrebt werden [...]“¹²⁶

Die Grundgesamtheit dieser Untersuchung umfasst Pflegefachzeitschriften, die in den Jahren von 2000 bis 2011 untersucht wurden. Die Fachzeitschriften und die Auswahlkriterien für diese werden im Verlauf vorgestellt. Die Analyseeinheit bezieht sich in diesem Fall auf Fachartikel der ausgewählten Zeitschriften. Eine genaue Selektion der zu untersuchenden Artikel wird durch die genaue Bestimmung von Ausschlusskriterien geschaffen. Die Analysedimension bezieht sich auf das Thema Patientenedukation im Krankenhaus, wobei die zu erforschenden Themenschwerpunkte innerhalb der gebildeten Analysekatoren „gefasst“/ mit berücksichtigt werden. Es folgen die Vorstellungen der gewählten Zeitschriften, die daraus entnommenen Fachartikel und das entwickelte Kategorienschema. Zu Beginn werden die Fragestellungen und daraus resultierenden Zielsetzungen der Analyse aufgezeigt.

¹²³ Vgl. Lamnek 2010, S.434

¹²⁴ Früh 2007, S. 27

¹²⁵ Vgl. Lamnek 2010, S. 449 - 452

¹²⁶ Mayring 2010, S. 20

3.1 Zielsetzungen der Analyse

1. Wie wird Patientenedukation im Krankenhaus praktisch umgesetzt und dargestellt?
2. Hat sich das Verständnis von Patientenedukation, Beratung, Schulung, Anleitung und Information im untersuchten Zeitraum verändert?
3. Hat sich der Anspruch an die Qualifikation, um Patientenedukation, Beratung, Schulung, Anleitung und Information durchzuführen, in den letzten 11 Jahren verändert?

3.2 Vorstellungen der Pflegefachzeitschriften

Die Grundlage der Analyse basiert ausschließlich auf Fachartikel ausgewählter Krankenpflegefachzeitschriften, die sich der Thematik der Patientenedukation im Krankenhaus widmen.

Die Auswahl der Fachzeitschriften bezieht sich zum einen auf die Popularität der Zeitschriften (Auflagenstärke und die Dauer der Veröffentlichungen) und zum anderen auf die Pflegewissenschaftlichkeit, bezogen auf die wissenschaftliche Anerkennung innerhalb der Pflegefachwelt.

Um den Stand des deutschen Gesundheitswesens, bezogen auf das Krankenhaus, zu bestimmen, waren die Auswahlkriterien der Zeitschriften zum einen der Ort der Veröffentlichung (deutschlandweit) und zum anderen die Veröffentlichung in deutscher Sprache. Die Zeitschriftenauswahl bezog sich also auf deutschsprachige Ausgaben mit einem direkten Bezug auf die deutsche Pflegelandschaft/ deutscher Krankenhäuser.

Es folgt die Vorstellung der ausgewählten Zeitschriften.

3.2.1 Die Pflegefachzeitschrift „Die Schwester Der Pfleger. Die führende Zeitschrift für Pflegeberufe“

Die Pflegefachzeitschrift „Die Schwester Der Pfleger“ erscheint seit 1962 im 52. Jahrgang und wird veröffentlicht durch Bibliomed, medizinische Verlagsgesellschaft mbH, ein Tochterunternehmen der B. Braun Melsungen AG.¹²⁷

Die damals erste Ausgabe erschien unter dem Titel „Die Schwester: eine Zeitschrift für Krankenpflege“. Dieser Titel wurde zehn Jahre später in „Die Schwester Der Pfleger“ umbenannt.¹²⁸ Die Zeitschrift ist seit 2006 offizielles Organ des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe, DBfK.¹²⁹ Die Berufsverbandszeitschrift „Pflege aktuell:

¹²⁷ Vgl. Bibliomed 2013a

¹²⁸ Vgl. Deutsche Nationalbibliothek 2013a

¹²⁹ Vgl. Bibliomed 2013b

Fachzeitschrift des deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe“ wurde in die Zeitschrift „Die Schwester Der Pfleger“ integriert.¹³⁰

Mit einer Auflagestärke von 50532 Exemplaren bezeichnet der Verlag diese als die größte Fachzeitschrift für Pflegeberufe in Deutschland. Die Erscheinungsweise jeder einzelnen Zeitschriftenausgabe erfolgt zum Ersten eines Monats. Die Inhalte der Zeitschrift richten sich an alle Beschäftigten der Pflegeberufe in Krankenhäusern und Einrichtungen der stationären Altenhilfe, sowie Mitglieder des Berufsverbandes durch die Verbandsinformationen des DBfK. Durch Schwerpunktthemen zu Pflegemethoden und -problemen, aktuelle Einzelbeiträge aus der Praxis, Informationen zur berufspolitischen Entwicklung der Pflege und juristische Fachbeiträge, soll ein literarischer Beitrag zur Aus-, Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals in Krankenhäusern, Rehakliniken und Pflegeheimen geleistet werden. Die Artikel können als praxisnah bezeichnet werden, da diese aus der Praxis für die Praxis stammen. Die Wissensvermittlung und der Praxisbezug sind Orientierungspunkte innerhalb der redaktionellen Arbeit. Die Orientierungspunkte der redaktionellen Arbeit liegen in der Wissensvermittlung und dem Praxisbezug.¹³¹ Die Jahresverzeichnisse seit 2000 sind online einsehbar.¹³²

3.2.2 Die Pflegefachzeitschrift „Pflegeteitschrift. Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege“

Die Zeitschrift „Pflegeteitschrift. Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege“ erscheint im Verlagsunternehmen W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart. Die erste Ausgabe wurde unter dem Titel „Deutsche Schwesternzeitung: Zeitschrift für die Kranken- und Kinderkrankenpflege“ 1948 veröffentlicht. Ab 1971 erscheint die Zeitschrift unter dem Namen „Deutsche Krankenpflegezeitschrift“ und wird seit 1993 unter dem aktuellen Titel „Die Pflegeteitschrift. Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege“ geführt und veröffentlicht.¹³³

Die Druckauflage betrug laut Mediainformationen des Verlages 5793 Hefte pro Ausgabe für das Jahr 2012.¹³⁴ Die Zeitschrift ist eine monatlich erscheinende Fachzeitschrift für professionell Pflegende in den verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung. Laut Mediainformation des Verlages beinhaltet dieses Lehrkräfte in Aus-, Fort- und

¹³⁰ Vgl. Deutsche Nationalbibliothek 2013b

¹³¹ Vgl. Bibliomed 2013c

¹³² Vgl. Bibliomed 2013d

¹³³ Vgl. Deutsche Nationalbibliothek 2013c

¹³⁴ Die Mediadaten für das Jahr 2011 sind nicht mehr öffentlich zugänglich. Es wird von der Grundannahme ausgegangen, dass es sich um eine stabile Auflagenstärke handelt, mit einem festen Leserkreis und es daher nur zu geringen Abweichungen kommt.

Weiterbildungseinrichtungen, Mitarbeiter der Hochschullehre und Forschung, Leitungskräfte auf den verschiedenen Führungsebenen in der Pflege, Mitarbeiter der Qualitätssicherung oder Stabsstelle, Pflegefachkräfte in der stationären und ambulanten Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege sowie Auszubildende und Studierende. Das Ziel der Fachzeitschrift ist es, den Theorie-Praxis-Transfer innerhalb der Pflege zu unterstützen. Zu den Kernrubriken der Zeitschrift gehören die Pflegepraxis, die Pflegewissenschaft, das Pflegemanagement und die Pflegepädagogik. Zudem enthält die Zeitschrift aktuelle Meldungen und Hintergrundberichte aus der Berufs- und Gesundheitspolitik.¹³⁵

Die Artikel innerhalb der Rubrik Pflegewissenschaft werden vor der Veröffentlichung in einem Peer-Review-Verfahren¹³⁶ überprüft.¹³⁷ Die Jahresverzeichnisse sind ab 1999 online einsehbar.

3.2.3 Die Pflegefachzeitschrift „Pflegerwissenschaft“

Die Zeitschrift „Pflegerwissenschaft“ des Hpsmedia GmbH Verlags erscheint monatlich als Print- und Online-Ausgabe. Aus dem 1999 hervorgegangenem Projekt PrinterNet des Hpsmedia Verlags, welches zur damaligen Zeit die Zeitschriften „Pflegepädagogik und Pflegemanagement“ vereinte, wurde 2003 die Pflegefachzeitschrift „Pflegerwissenschaft“. Die Zeitschrift „Pflegerwissenschaft“ bezeichnet sich als unabhängige, internationale¹³⁸ und peer-reviewte Fachzeitschrift für Pflege- und Gesundheitswissenschaft. Laut Mediadaten des Verlags nutzen 77000 Online-Leser und 12000 Pflegenden die Zeitschrift. Das „Archiv [ist] mit mehr als 1000 Fachartikeln und über 450 Buchrezensionen an mehr als 40.000 Arbeitsplätzen in der Pflege (-wissenschaft) im Einsatz.“¹³⁹

Die Zielgruppe der Zeitschrift sind Multiplikatoren, Lehrer für Pflegeberufe, Pflegermanager, Wissenschaftler und Pflegepraktiker.¹⁴⁰ Die Jahresverzeichnisse der Fachzeitschrift sind ab 1998 online einsehbar.¹⁴¹

¹³⁵ Vgl. Kohlhammer Verlag 2013a

¹³⁶ Peer-Review-Verfahren: Bewertung einer wissenschaftlichen Arbeit durch unabhängige Gutachter, Wissenschaftler desselben Fachgebiets. Das Peer-Review-Verfahren gilt als das gängigste Verfahren der Qualitätsprüfung vor der Veröffentlichung von Beiträgen in wissenschaftlichen Zeitschriften. Im Umkehrschluss ist das Peer-Review-Verfahren in der Anwendung ein wichtiger Faktor bei der Einschätzung der Bedeutung einer wissenschaftlichen Zeitschrift. Vgl. Universitätsbibliothek der Humboldt-Universität zu Berlin 2013

¹³⁷ Vgl. Kohlhammer Verlag 2013b

¹³⁸ Vgl. Hpsmedia GmbH 2013a

¹³⁹ Hpsmedia GmbH 2013b

¹⁴⁰ Vgl. Hpsmedia GmbH 2013c

¹⁴¹ Vgl. Hpsmedia GmbH 2013d

3.2.4 Die Pflegefachzeitschrift „Pflege & Gesellschaft. Zeitschrift für Pflegewissenschaft“

Die Pflegefachzeitschrift „Pflege und Gesellschaft. Zeitschrift für Pflegewissenschaft“ ist seit 1997 offizielles Organ der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP). Die DGP war bis 2006 Herausgeber der Pflegefachzeitschrift.¹⁴²

Die Zeitschrift erschien bis 2006 viermal jährlich. Ein Verzeichnis der veröffentlichten Artikel ist von 1996 bis 2008 unter der offiziellen Web-Seite der Gesellschaft abruf- und einsehbar. Die vorhandenen Artikel sind als PDF -dateien gespeichert, wobei 1996, 1997 und 2002 vier Ausgaben der Zeitschrift nicht im Artikelverzeichnis aufgeführt werden.¹⁴³

Die DGP übergab 2006 die redaktionellen Aufgaben, sowie die Verwaltung der Abonnenten und den Vertrieb der Zeitschrift, an den Juventa Verlag. Aus der damaligen Zusammenlegung mit der im Juventa Verlag erschienenen Zeitschrift „Pflege Magazin“ entstand die heutige Fachzeitschrift „Pflege & Gesellschaft. Zeitschrift für Pflegewissenschaft“. Die Zeitschrift erscheint weiterhin viermal jährlich. Die eingereichten Beiträge werden einem anonymisierten Peer-Review-Verfahren unterzogen.¹⁴⁴

Laut Medizininformation des Verlages umfasst die Auflage eine Größe von 1500 Zeitschriften. Der Bezieherkreis besteht aus Hochschullehrern, Wissenschaftlern, Schulleitungen und Studenten in den Bereichen Pflege, Pflegewissenschaft, Gesundheit, Altenhilfe, Hebammenwesen, Weiterbildungsabsolventen, sowie Führungskräfte in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialbereichs. Die Zeitschrift will einen Beitrag dazu leisten, einen wissenschaftlichen Diskurs und die Weiterentwicklung der Pflegewissenschaft zu führen, Forschungsergebnisse vorstellen, methodologische Auseinandersetzungen und innovative Ideen für die Praxis diskutieren und theoretische Beiträge zu unterschiedlichen Themen der Pflegewissenschaft vorstellen. Die Inhaltsverzeichnisse der Zeitschrift ab 2006, Heft 1, werden vom Verlag innerhalb eines Gesamtregisters dem Leser online zur Verfügung gestellt¹⁴⁵

3.3 Auswahl der Artikel

Die Auswahl der Artikel in den oben genannten Pflegefachzeitschriften erfolgte über die Sichtung der Inhaltsverzeichnisse und Gesamtregister, die dem Leser von den Verlagen

¹⁴² Vgl. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. 2013a

¹⁴³ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. 2013b

¹⁴⁴ Vgl. Beltz Juventa Verlag 2013a

¹⁴⁵ Vgl. Beltz Juventa Verlag 2013b

online zur Verfügung gestellt werden.¹⁴⁶ Im ersten Schritt wurde jeder einzelne Artikel der Inhaltsverzeichnisse der Zeitschriften auf die Schlagwörter: „Patientenedukation/ Edukation“, „Pflegeberatung/ Beratung“, „Patientenschulung/ Schulung“, „Patientenanleitung/ Anleitung“ „Patienteninformation/ Information“ in Kombination mit dem Wort „Krankenhaus“ oder ohne diese Kombination untersucht und dahingehend ausgewählt. Artikel, die keinen direkten Anwendungsbezug zur Patientenedukation im Krankenhaus vermuten ließen, zum Beispiel Artikelüberschriften, welche die Thematik von Anleitungssituationen der Krankenpflegeschüler innerhalb der direkten Krankenhauspraxis thematisierten, wurden bereits in der ersten allgemeinen Vorauswahl nicht mit berücksichtigt. Nach der ersten allgemeinen Sichtung der Inhaltsverzeichnisse und der ersten Artikelvorauswahl wurden Ausschlusskriterien definiert, um die Artikel zu bestimmen, die keinen direkten Anwendungsbezug zum Thema Patientenedukation im Krankenhaus hatten.

Wie in der Einleitung beschrieben, ist das Ziel dieser Diplomarbeit, die Darstellung und Umsetzung von Patientenedukation im Krankenhaus innerhalb der allgemeinen somatischen Krankenpflege zu analysieren.

Erstes Ausschlusskriterium war der Ort der Durchführung. Das bedeutete, dass alle Artikel, die sich nicht auf das Krankenhaus bezogen, ausgeschlossen wurden. Dazu gehörten die ambulante und stationäre Altenpflege, die Rehabilitationspflege und die Wohlfahrtspflege/ Behindertenhilfe.

Zweites Ausschlusskriterium war die Berufs- und Bezugszugehörigkeit. Das bedeutete, dass alle Artikel, die sich nicht auf die allgemeine, somatische Erwachsenenpflege bezogen, ausgeschlossen wurden. Dazu gehörten die Kinderkrankenpflege, die Krankenpflege in der Psychiatrie und das Hebammenwesen.

Artikel, die sich inhaltlich mit der Thematik der Patientenedukation innerhalb von Aus-, Fort-, oder Weiterbildung beschäftigten, wurden nicht mit in die Analyse einbezogen und waren somit ein weiteres Ausschlusskriterium.

Ebenfalls fanden Artikel, die sich mit der Bedarfsermittlung von Edukation einzelner Krankheitsbilder auseinandersetzten, keine Beachtung. Diese wurden nicht mit in die Analyse einbezogen.

¹⁴⁶ Die Schwester Der Pfleger: www.bibliomed.de/jahresinhaltsverzeichnisse

Pflegezeitschrift: www.pflegezeitschrift.de

Pflegewissenschaft: www.pflege-wissenschaft.info/shop?page=shop.browse&category-id=1

Pflege & Gesellschaft: www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/pflege-gesellschaft

Das fünfte Ausschlusskriterium war die allgemeine Betrachtung von Patientenedukation. Schon während der ersten Vorauswahl wurde deutlich, dass sich Autoren dem Thema Patientenedukation, Beratung, Schulung, Anleitung und Information widmeten aber keine konkrete Umsetzung dieser aufzeigten oder sich kein Anwendungsbezug auf das Krankenhaus feststellen ließ.

Eine weitere Selektion der Artikel erfolgte beim aktiven Durchlesen der ausgewählten Zeitschriftenbeiträge, wenn deutlich wurde, dass die Beiträge die oben genannten Ausschlusskriterien behandelten, dieses aber durch die gewählte Überschrift des Verfassers nicht eindeutig ersichtlich war.

3.4 Bildung und Erstellung der Analysekatoren

Um die unter 3.1 gestellten Fragen zu beantworten ist es notwendig, Analysekatoren-Themenkataloge zu finden, die einerseits auf alle Artikel anzuwenden sind und andererseits die gewünschten Fragestellungen beantworten.

Die gebildeten Analysekatoren wurden zum einen aus den Kapiteln 1 (Begriffsbestimmungen) und 2 (Bedarfsermittlung) konzipiert und zum anderen aus den vorhandenen Artikeln selbst herausgebildet.¹⁴⁷ Dass heißt, zu Beginn wurden die ersten 8 identifizierten Artikel aus zwei von vier Pflegefachzeitschriften gesichtet¹⁴⁸ und daraus ein Kategorienkatalog geschaffen, der im Verlauf modifiziert und im Anschluss auf alle Artikel angewandt wurde. Das bedeutet, dass die Analysekatoren somit gleichzeitig die Codierungseinheiten bilden.

Die Analysekatoren sind so konzipiert, dass sie zum einen eine quantitative und zum anderen eine qualitative Auswertung ermöglichen. Innerhalb der einzelnen Analysekatoren wurden Unterkategorien gebildet. Diese wurden in Form von Aussagen konzipiert. Die Analysekatoren werden somit inhaltlich genauer bestimmt und definiert und grenzen sich somit klar voneinander ab. Dieses ermöglicht eine zielgerichtete Analyse der einzelnen Artikel.¹⁴⁹

¹⁴⁷Nach Bortz und Döring wird diese Mischform von deduktiver und induktiver Erstellung eines Kategoriensystems in der Praxis angewandt, um ein Kategoriensystem zu erstellen. Vgl. Bortz; Döring 2006, S. 151

¹⁴⁸ Die Analysekatoren wurden aus jeweils 8 Artikeln zweier Zeitschriften konzipiert. Die Bestimmung der Zeitung erfolgte nach dem Losprinzip. Die Bestimmung der Artikel erfolgte systematisch, das heißt, die ersten 8 Artikel (die durch die erste Vorauswahl gefiltert worden sind) der Zeitschriften wurden ausgewählt. Die Inhalte der Artikel waren zu diesem Zeitpunkt nicht bekannt.

¹⁴⁹ Nach Atteslander müssen Kategoriensysteme unterschiedliche Kriterien erfüllen: Die Kategorien eines Kategoriensystems müssen voneinander unabhängig, die Ausprägungen jeder Kategorie vollständig und nach Dimensionen (einheitliches Klassifikationsprinzip) ausgerichtet und die Definitionen jeder Kategorie und ihrer Ausprägung müssen eindeutig definiert sein. Vgl. Atteslander 2010, S. 203f

Die Analysekategorien sind in tabellarischer Form zusammengestellt. Das tabellarische Kategoriensystem ist auf Seite 91 exemplarisch beigelegt. Die Ordnung der einzelnen Kategorien erfolgte alphabetisch-numerisch. Diese systematische Sortierung wurde aufgrund der Übersichtlichkeit und Abgrenzung zur numerischen Gliederung der Diplomarbeit gewählt. Es folgt die Vorstellung der einzelnen Erhebungskriterien.

3.4.1 Analysekategorie: A Allgemeines

Die allgemeinen Daten des Artikels werden erhoben. Darunter fallen die Überschrift, das Erscheinungsjahr, der Autor/ die Autoren des Artikels, die Seitenzahlen und die Rubrik, unter welcher der Artikel erscheint. Eine Inhaltscharakterisierung fasst den Artikel zur Übersichtlichkeit und Nachvollziehbarkeit kurz und prägnant zusammen. Um den einzelnen Artikel in der Gesamtheit zu identifizieren, erhält jeder eine Artikelnummer. Diese Nummer soll die Übersicht innerhalb der Auswertung gewährleisten.

3.4.2 Analysekategorie: B Definitionen/ Theoretischer Hintergrund

Jeder Artikel wird in Bezug auf eine Definitionserstellung und einem beschriebenen pflegetheoretischen Hintergrund untersucht. Die Ermittlung des pflegetheoretischen Hintergrunds kann Aufschluss darüber geben, aus welchem Blickwinkel Patientenedukation im Krankenhaus betrachtet wird, bzw. ob sich Patientenedukation, die im Krankenhaus durchgeführt wird, auf einen pflegetheoretischen Hintergrund¹⁵⁰ bezieht oder ein direkter Zusammenhang durch den Autor hergestellt wird.

Die Analysekategorie B „Definition/ Theoretischer Hintergrund“ ist unterteilt in:

- B1: Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert.
- B2: Ein pflegetheoretischer Hintergrund wird einbezogen.

3.4.3 Analysekategorie: C Ziele

Jeder Artikel wird hinsichtlich der Ziele von Patientenedukation im Krankenhaus untersucht. Dieses gilt ebenfalls für die Zielsetzungen durchgeführter und beschriebener edukativer Maßnahmen im Krankenhaus, die im Artikel vorgestellt werden. Die Analysekategorie soll Aufschluss darüber geben, ob sich im Verlauf des

¹⁵⁰ Nach Meleis ist eine Theorie das geistige Bild eines umfassenden Blicks auf ein Phänomen und seiner Beziehung zu anderen Phänomenen. Theorien sind abstrakte Darstellungen von Realitäten, die geordnete, klare und systematische Aussagen zu wichtigen Fragen einer Fachrichtung geben (in diesem Fall der Pflege) und diese als logisches Ganzes darstellen. Pflgetheorien werden verwendet, um Aufgaben und Ziele von Pflege darzustellen. Vgl. Meleis 1997, S. 28f

Erhebungszeitraumes eine Veränderung bestimmen lässt oder sich gegebenenfalls Hauptziele ermitteln lassen.

Die Analysekategorie C „Ziele“ beinhaltet:

- C: Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt.

3.4.4 Analysekategorie: D Aktueller Stand

Um den Verlauf von Patientenedukation im Krankenhaus im definierten Erhebungszeitraum zu analysieren war es notwendig, die Einschätzungen und Bewertungen der Autoren zum Thema Patientenedukation im Krankenhaus zum Zeitpunkt der Artikelveröffentlichung aufzunehmen.

Die Analysekategorie D „Aktueller Stand“ wird definiert in:

- D: Der Artikel beschreibt den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, bezogen auf das Krankenhaus.

3.4.5 Analysekategorie: E Bedarf/ Legitimation

Die Kategorie „Bedarf/ Legitimation“ geht den Fragen nach, auf welchem Hintergrund der Autor oder die Autoren die Notwendigkeit an Edukation im Krankenhaus sieht/ sehen und wann Edukation im Krankenhaus stattfinden sollte.

Die Analysekategorie E „Bedarf/ Legitimation“ wird spezifiziert:

- E1: Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert.

- E2: Im Artikel wird der Zeitpunkt, wann Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung stattfinden sollte, bestimmt.

3.4.6 Analysekategorie: F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug

Die Erhebungskategorie „Artikelart/ Inhaltlicher Bezug“ wird gewählt, um die Art des Artikels und den inhaltlichen Bezug näher zu bestimmen und festzuhalten. Dabei wurde bestimmt, ob sich der Artikel auf ein Praxisbeispiel, ein Projekt aus der Praxis, die Vorstellung eines Konzeptes oder auf eine in der Praxis durchgeführte Studie bezieht.

Die Analysekategorie F „Artikelart/ Inhaltlicher Bezug“ ist unterteilt in:

- F1: Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltlich mit der Thematik auseinander.

- F2: Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor.

3.4.7 Analysekatgorie: F1.1 Praxis

Die genauere Betrachtung von Patientenedukation im Krankenhaus wird durch die Erhebungskategorie „Praxisbericht“ durchgeführt. Dieser Punkt soll im Verlauf der Analyse Aufschluss darüber geben, in welchem Bereich, in welchem Krankenhaus, Patientenedukation durchgeführt wird und ob weitere Kooperationspartner daran beteiligt sind. Des Weiteren soll in dieser Kategorie erhoben werden, ob Patientenedukation dauerhaft eingeführt worden ist. Die edukativen Maßnahmen „Schulung“ und „Beratung“, die in den Artikeln aufgeführt und beschrieben werden, sollen in dieser Erhebungskategorie näher bestimmt und dargestellt werden. Dabei liegt der Fokus zum einen auf den Gemeinsamkeiten und den Unterschieden der aufgeführten Maßnahmen, und zum anderen werden diese mit den inhaltlichen Aspekten aus Kapitel 2 verglichen.

Die Analysekatgorie F1 „Praxis“ wird spezifiziert in:

- F1.1.1: Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich?
- F1.1.2: Wenn ja, welches Krankenhaus/ Abteilung ist beteiligt, wer ist Kooperationspartner?
- F1.1.3: Wurde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung dauerhaft eingeführt?
- F1.1.4: Beispiel für einen Schulungsaufbau/ -ablauf/ - inhalt und Ergebnis.
- F1.1.5: Beispiel für einen Beratungsaufbau/ - ablauf/ - inhalt.

3.4.8 Analysekatgorie: F2.1 Studie

In der Erhebungskategorie „Studie“ wird die im Artikel vorgestellte Studie zum Thema „Edukation im Krankenhaus“ untersucht. Dabei werden die Initiatoren, die Ziele, der Inhalt und die Ergebnisse, die im Artikel vorgestellt werden, betrachtet. Die Analysekatgorie soll Aufschluss darüber geben, ob es eine wissenschaftliche Auseinandersetzung im Rahmen von Forschungsgeschehen zum Thema Patientenedukation im Krankenhaus gibt.

Die Analysekatgorie F2 „Studie“ wird spezifiziert in:

- F2.1.1: Vorstellung der Initiatoren der Studie.
- F2.1.2: Ziele der Studie.
- F2.1.3: Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Aufbau, Ablauf).

3.4.9 Analysekategorie: G Qualifikation

Die Erhebungskategorie „Qualifikation“ soll Aufschluss darüber geben, welche derzeitigen Personen mit welchen Qualifikationen Patientenedukation im Krankenhaus durchführen und welche Qualifikationsvoraussetzungen bzw. Qualifikationsanforderungen, um dieses durchführen zu können, vom Autor/ von den Autoren des Artikels gefordert werden. Eventuelle Abweichungen vom „Ist- zum Sollzustand“ können somit ermittelt werden.

Die Analysekategorie G „Qualifikation“ ist unterteilt in:

- G1: Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus durchführen.
- G2: Der Artikel stellt geforderte Qualifikationen/ Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor.

3.5 Das Auswertungsverfahren

Um die Nachvollziehbarkeit der Analyse herzustellen, wird im folgenden Punkt das Auswertungsverfahren in den durchgeführten Schritten beschrieben.

Nach der Bestimmung der Zeitschriften unter den durch Einbezug der Ausschlusskriterien gewonnenen Artikeln, wurde wie unter 3.4 beschrieben ein Kategoriensystem konzipiert und tabellarisch zusammengefasst. Die Analysekategorien wurden auf alle, unter Einbeziehung der Ausschlusskriterien gewonnenen Fachartikel, angewandt. Die tabellarischen Analysekategorien der identifizierten Artikel befinden sich auf der beiliegenden CD. Die nicht in die Analyse einbezogenen Artikel wurden in tabellarischer Form mit dem jeweilig markierten Ausschlusskriterium festgehalten. Die nicht einbezogenen Artikel befinden sich zur Gesamtübersicht aller Artikel in der Anlage 1. Der Anspruch an das gewonnene Material lag auf der Wiedergabe einer „unverfälschten“ Erhebung der Aussagen, die in jedem Artikel getroffen wurde, um neben der quantitativen eine qualitative Auswertung zu gewährleisten. Das bedeutet, die einzelnen Kategorien werden durch den Autor selbst in Form von Zitaten wiedergegeben oder beantwortet. In der praktischen Umsetzung bedeutet dies, dass die Beantwortung aus dem Text selbst hervorgeht. In der Kategorie „Praxisbericht“, bezogen auf die Darstellung des Bereiches bzw. Krankenhauses, in welchem Patientenedukation durchgeführt wird, wurde von dieser Form abgewichen. In diesem Fall wurde die Möglichkeit des Textvergleiches (Vgl.) herangezogen.

Die eventuelle Kritik an dem Vorgehen, dass eine Zuordnung der Textanteile in die dazugehörigen Kategorien der Erhebungstabelle eine eventuelle Fehlerquelle in sich birgt, da die Objektivität bzw. die Interpretation durch den subjektiven Blick auf den Text gefärbt ist, wird an dieser Stelle auf das Geltend-machen innerhalb der qualitativen Forschung hingewiesen,

„[da] [...] jeder Forscher ein mehr oder weniger normal sozialisierter Alltagsmensch ist und daher über die Richtigkeit, Angemessenheit oder Stimmigkeit einer wissenschaftlichen Interpretation entscheiden kann. Es wird also die prinzipielle erkenntnislogische Ähnlichkeit von alltagsweltlichem Fremdverstehen und wissenschaftlich kontrolliertem Nachvollzug postuliert.“¹⁵¹

In einem weiteren Schritt erfolgte die tabellarische Erhebung (Tabellarisches Kategoriensystem, siehe Seite 91) der einzelnen Artikel, bezogen auf die Analysekriterien.¹⁵²

Für die quantitative Auswertung wurden die erstellten Kategorien bezogen auf die Artikel in die deskriptiven Kategorien: vorhanden, teilweise vorhanden¹⁵³, nicht vorhanden eingeteilt und markiert. In Anlehnung der Frequenzanalyse¹⁵⁴ wurden die Daten ausgewertet.

Im letzten Schritt wird eine inhaltliche Erhebung der Kategorien vorgenommen.

4 Ergebnisdarstellungen

Innerhalb des zu untersuchenden Zeitraumes von 11 Jahren konnten insgesamt 95 Artikel in den 4 Pflegefachzeitschriften identifiziert werden. Unter Anwendung der Ausschlusskriterien wurden insgesamt 37 Artikel bestimmt.¹⁵⁵ Die zu untersuchenden Artikel und die dazugehörigen Analysekatoren sind innerhalb der Ergebnisdarstellung in tabellarischer Form zusammengefasst. Die Ergebnistabelle ist auf Seite 93 zu finden.

¹⁵¹ Lamnek 2010, S. 466

¹⁵² Beschreibung der Erhebungstabelle: In der vertikalen Anordnung befinden sich die zu untersuchenden Artikel. Diese wurden chronologisch (Erscheinungsdatum) sortiert. In der horizontalen Ausrichtung befinden sich die Analysekriterien. Aufgrund der Übersicht wurden nur die alphabetisch-numerische Markierungs- und Sortierungsformen der Analysekriterien übernommen. Es entstand somit eine Matrixtabelle/ Gittertabelle. Die Artikel können mit den Kategorien einzeln in Beziehung gesetzt und ebenfalls als Gesamtheit betrachtet und ausgewertet werden.

¹⁵³ Teilweise vorhanden bedeutet, dass die Beantwortung der Analysekatoren durch den Text indirekt bzw. sich auf das speziell genannte Beispiel im Artikel bezieht.

¹⁵⁴ Mayring bezeichnet diese auch als Häufigkeitsanalyse. In der Frequenzanalyse/ Häufigkeitsanalyse werden bestimmte Elemente des zu untersuchenden Materials ausgezählt und im Auftreten ihrer Häufigkeit mit anderen Elementen verglichen. Die Elemente sind in diesem Fall die Analyseeinheiten des Kategoriensystems. Vgl. Mayring 2010, S. 13ff.

¹⁵⁵ Eine tabellarische Aufstellung der ausgeschlossenen Artikel und die dazugehörigen Ausschlusskriterien sind, wie bereits erwähnt, in der Anlage 1 zu finden. Diese wurden zur allgemeinen Übersicht und Nachvollziehbarkeit in diese Diplomarbeit eingepflegt.

Die tabellarischen Analysekategoriensysteme der einzelnen Artikel befinden sich auf der beiliegenden CD. Es folgt die inhaltliche Darstellung der Ergebnisse.

4.1 Ergebnisse der Analysekatgorie: A Allgemeines

In der Analysekatgorie A, welche zur allgemeinen Bestimmung der Artikeldaten konzipiert wurde, kann festgehalten werden, dass, bezogen auf die 37 Artikel, innerhalb des erhobenen Zeitraums:

- 16 Artikel in der Zeitschrift „Die Schwester Der Pfleger“,
- 10 Artikel in der „Pflegezeitschrift“,
- 9 Artikel in der Zeitschrift „Pfle gewissenschaft“ und
- 2 Artikel innerhalb der Fachzeitschrift „Pfle ge & Gesellschaft“ veröffentlicht wurden.

Bezogen auf die Gesamtheit aller erschienenen Ausgaben der jeweiligen Fachzeitschriften kann damit festgehalten werden, dass

- in „Die Schwester Der Pfleger“ mit insgesamt 132 Ausgaben¹⁵⁶ die Thematik in 15 Ausgaben (19,8 %) behandelt worden ist. Artikel 25 und 26 sind zusammen in einer Ausgabe erschienen,
- in „Pflegezeitschrift“, mit ebenfalls 132 Ausgaben, die Thematik in 10 Ausgaben (13,2 %) behandelt wurde,
- in „Pfle gewissenschaft, mit insgesamt 132 Ausgaben pro Monat, das Thema in 9 Ausgaben (11,8%) behandelt und
- in „Pfle ge & Gesellschaft“, mit 4 Auflagen pro Jahr, das Thema in einer veröffentlichten Ausgabe (0,4%) behandelt worden ist (Artikel 2 und 3 wurden in einer Ausgabe veröffentlicht).

Es kann somit festgehalten werden, dass der Anteil der Artikel, bezogen auf das zu erforschende Thema, in der Zeitschrift „Pfle ge & Gesellschaft“ am geringsten ausfällt und damit ein weniger relevantes Thema für die Zeitschrift vermuten lässt. In der Zeitschrift „Die Schwester Der Pfleger“ findet sich in 19,8%, das bedeutet in jeder fünften Ausgabe, ein Beitrag zum zu erforschenden Thema.

Weitere Aussagen können nicht getroffen werden, da keine Vergleichsgruppe/ kein Vergleichsthema vorhanden ist.

Bezogen auf das Erscheinungsdatum und die Erscheinungshäufigkeit wurden im Jahr 2000 und 2001 jeweils 4 Artikel, 2002 und 2003 jeweils 2 Artikel, 2004 1 Artikel, 2005 5

¹⁵⁶ Die Zeitschrift erscheint einmal pro Monat. Für den Zeitraum von 11 Jahren ergibt das eine Gesamtausgabe der Zeitschriften von 132.

Artikel, 2006 3 Artikel, 2007 6 Artikel, 2008 3 Artikel, 2009 und 2010 jeweils 2 und 2011 3 Artikel veröffentlicht. An dieser Stelle kann festgehalten werden, dass 2007 die meisten Artikel zur Thematik veröffentlicht worden sind. Die Frage, ob berufspolitische Veränderungen, wie zum Beispiel die Novellierung des Krankenpflegegesetzes 2003/2004, in dem die Befähigung von Beratung, Anleitung und Unterstützung als Zielsetzung der Krankenpflege gesetzliche Verankerung fanden¹⁵⁷, sich auf das Erscheinungsdatum bzw. die Erscheinungs- und Themenrelevanz niederschlugen, kann in diesem Fall die Vermutung zulassen, dass dieses keine inhaltliche Relevanz hatte.

In Bezug auf die Erhebung der Autoren lässt sich an dieser Stelle festhalten, dass insgesamt 5 Autoren mehrere Artikel publiziert haben. Zu den Autoren gehören:

- Abt-Zegelin, A. mit insgesamt 4 Artikeln¹⁵⁸.

In den Artikeln wird ein Bezug zueinander hergestellt.

- Thomas, B. und Wirnitzer B. mit 3 Artikeln¹⁵⁹.

Die 3 Artikel nehmen Bezug zu einem durchgeführten Projekt und sind in ihrer Gesamtheit auch die einzigen Autoren, die einen Projektverlauf/ Praxisverlauf dokumentierten und veröffentlichten.

- Landenberger, M. mit insgesamt zwei Artikeln¹⁶⁰.

- Naegele, M. hat zu einem Thema mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung einen Artikel in der Zeitschrift „Die Schwester Der Pfleger“ und „Pflegezeitschrift“ veröffentlicht¹⁶¹.

Die Betrachtung der Überschriften der einzelnen Artikel wurde in Bezug auf Wort oder Wortkombination untersucht. Diese Wort und Wortkombinationen sind:

- Das Wort „Eduktion“
- Die Wortkombination „Eduktion mit Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information“
- Das Wort „Beratung“
- Die Wortkombination „Beratung und Schulung/ Anleitung“
- Die Wortkombination „Beratung und Information“
- Das Wort „Schulung“

¹⁵⁷ Vgl. Bundesministerium der Justiz, 2013

¹⁵⁸ Artikel 1: Vgl. Abt-Zegelin 2000, S. 56ff; Vgl. Artikel 5: Vgl. Abt-Zegelin 2001, S. 126 ff; Vgl. Artikel 13: Vgl. Abt-Zegelin 2004, S. 98ff; Vgl. Artikel 26: Abt.Zegelin 2007, S. 1074ff

¹⁵⁹ Artikel 6: Vgl. Thomas; Wirnitzer 2001, S. 469Ff; Artikel 12: Vgl. Thomas; Wirnitzer 2001, S. 869ff; Artikel 17: Vgl. Thomas; Wirnitzer 2005, S. 472ff

¹⁶⁰ Artikel 22: Vgl. Bernd; Horn; Knerr et al. 2007, S. 5ff und Artikel 32: Vgl. Book; Horn; Jahn et al. 2009, S. 613ff

¹⁶¹ Artikel 20: Vgl. Naegele 2006a, S. 432ff und Artikel 21: Vgl. Naegele 2006b, S. 350ff

- Das Wort „Information“
- Das Wort „Anleitung“

Diese Untersuchung wurde durchgeführt, um einerseits mögliche Veränderungen im Wortgebrauch, bezogen auf den zeitlichen Verlauf, festzustellen und andererseits den inhaltlichen Schwerpunkt zu ermitteln.

- Das Wort „Eduktion“ ist in 5 Artikeln¹⁶² zu finden.
- Die Wortkombination „Eduktion mit Beratung/Schulung/ Anleitung/ Information“ ist in 5 Artikeln¹⁶³ zu finden.
- Das Wort „Beratung“ wurde in 16 Artikeln¹⁶⁴ gebraucht.
- Die Wortkombination Beratung und Schulung/ Anleitung wurde nicht genutzt.
- Die Wortkombination „Beratung und Information“ konnte in einem Artikel¹⁶⁵ identifiziert werden.
- Das Wort „Schulung“ ist in 6 Artikeln¹⁶⁶ gefunden worden.
- Das Wort „Information“ in 3 Artikeln¹⁶⁷.
- Das Wort „Anleitung“ wurde nicht benutzt.

Das Thema Beratung kann somit als inhaltliche Schwerpunktsetzung bezeichnet werden.

Die Erhebung der Rubriken, in welchen die einzelnen Artikel erscheinen, wurde durchgeführt, um die Einordnung des Themas bzw. den Praxisbezug zu ermitteln. Dabei kann festgestellt werden, dass die größte Anzahl mit insgesamt 9 Artikeln innerhalb der Rubrik „Praxis/ Pflegepraxis“ zu finden ist.¹⁶⁸

Die Erhebung der Seitenzahlen wurde ausschließlich für die Literaturdatenerhebung vorgenommen.

4.2 Ergebnisse der Analysekategorie: B Definitionen/ Theoretischer Hintergrund

Es folgt die Ergebnisdarstellung der Analysekategorie B. Diese ist unterteilt in Analysekategorie B1, in der die Definitionsbestimmungen innerhalb der Artikel untersucht werden und in B2, die den pflegetheoretischen Hintergrund betrachtet.

¹⁶² Zu den Artikeln gehören: Artikel 5, 20, 21, 30, 31

¹⁶³ Zu den Artikeln gehören: Artikel 1, 12, 13, 26, 29

¹⁶⁴ Zu den Artikeln gehören: Artikel 2, 3, 4, 6, 8, 11, 16, 19, 22, 24, 25, 27, 28, 34, 35, 36

¹⁶⁵ Diese Wortkombination wurde in Artikel 32 benutzt.

¹⁶⁶ Zu den Artikeln gehören: Artikel 7, 9, 10, 17, 18, 37

¹⁶⁷ Zu den Artikeln gehören: Artikel 14, 23, 33

¹⁶⁸ Vgl. Tabelle 3, tabellarische Ergebnisdarstellung, S. 93ff

4.2.1 Ergebnisse der Analysekategorie: B1 Definitionen

Es wurden für die Analysekategorie B1 „Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert“ 11 Artikel identifiziert¹⁶⁹, in denen Information, Anleitung, Schulung, Beratung und Patientenedukation definiert bzw. Aussagen zu diesen Begriffen getroffen wurden.¹⁷⁰ 3 Artikel wurden mit „teilweise vorhanden“ markiert, da diese nur indirekte Aussagen zu den erhobenen Bereichen treffen.¹⁷¹

Die einzelnen Artikel geben zu einem der Begrifflichkeiten oder zu mehreren Auskunft. In 26 Artikeln des erhobenen Zeitraumes konnten keine Definitionen ermittelt werden.

Aufgrund der Übersichtlichkeit erfolgt eine Aufschlüsselung der Begrifflichkeiten mit der Anzahl der identifizierten Artikel. Die inhaltliche Darstellung erfolgt im Anschluss im Rahmen einer alphabetischen Aufzählung.

Innerhalb der identifizierten Artikel wurden:

- in vier Artikeln (Artikel 1, 21, 32, 33) Aussagen zum Thema Patienteninformation/ Information getroffen,
- in drei Artikeln (Artikel 12, 17, 32) der Begriff der Patientenanleitung näher betrachtet,
- in vier Artikeln (Artikel 1, 5, 17, 21) der Begriff der Patientenschulung/ Schulung definiert,
- in sechs Artikeln (Artikel 2, 3, 12, 15, 21, 32) eine Definition bzw. Aussage zum Beratungsbegriff getroffen und
- in vier Artikeln (Artikel 1, 12, 21, 26) der Begriff der Patientenedukation bestimmt.

a) Information

In der inhaltlichen Betrachtung im Verlauf der 11 Jahre kann festgehalten werden, dass Patienteninformation als Kommunikationsprozess verstanden wird in dem es gilt, das Wissen des Kommunikationsadressaten zu erweitern oder Wissenslücken desselben zu schließen. Information wird als die Basis für Wissensbildung verstanden.¹⁷² 2010 wird in Artikel 33 zum ersten Mal das Thema der evidenzbasierten Information aufgenommen. Die Autoren führen die vom International Council of Nurses (ICN) bestimmten Kriterien für

¹⁶⁹ Vgl. Tabelle 3, tabellarische Ergebnisdarstellung S. 93ff

¹⁷⁰ Zu den Artikel gehören: Artikel 1, 2, 3, 5, 12, 15, 17, 19, 21, 26, 30, 32, 33,

¹⁷¹ Zu den Artikeln „teilweise vorhanden“ gehören: 19, 26, 30

¹⁷² Artikel 21: Vgl. Naegele 2006b, S. 351 und Artikel 32: Vgl. Kitzmantel 2009, S. 613

gute Gesundheitsinformationen an, diese beinhalten drei Informationseigenschaften: die Informationen müssen sachlich richtig, klar und relevant für den Patienten sein.¹⁷³

Der Artikel 1 bezeichnet Patienteninformation als Mittel zur Unterstützung der Selbstpflege.¹⁷⁴

Bezogen auf die Begriffsbestimmung „Information“ in Kapitel 2 kann festgehalten werden, dass die benannten Definitionen in den oben genannten Artikeln wiederzufinden sind. Unterschiede sind im Rahmen der evidenzbasierten Information und in dem nicht weiter ausgeführten Selbstpflegeaspekt, der im ersten Artikel aufgeführt wurde, zu finden. Ein weiterer Unterschied besteht in der Thematisierung, dass der Bereich der Informationsweitergabe ein ergebnisoffener Kommunikationsprozess ist. Dieses wird in den oben genannten Artikeln nicht thematisiert.

b) Anleitung

Für den zu untersuchenden Zeitraum von 11 Jahren kann festgehalten werden, dass es innerhalb dieser Untersuchung ein einheitliches Verständnis von Anleitung gibt. Wobei der Handlungsauftrag und das Durchführungsverständnis von Anleitung sich innerhalb der 11 Jahre zunehmend konkretisieren.

2003 wird Anleitung als eine patientennahe und direkte Vermittlung festgelegter Techniken und Interventionen verstanden.¹⁷⁵ 2005 wird Anleitung als ein Vertrautmachen einer zu erlernenden Fertigkeit, zum Beispiel die subkutane Injektion, verstanden¹⁷⁶, und 2009 beinhaltet Anleitung das Erlernen eines bestimmten Handlungsinhaltes und –ablaufs. Dabei wird die Handlung zunächst gemeinsam mit Professionellen durchgeführt und anschließend durch selbstständiges Üben gesichert.¹⁷⁷

Bezogen auf die Begriffsbestimmung „Anleitung“, die in Punkt 1.3 beschrieben wird, kann festgehalten werden, dass das inhaltliche Verständnis von Anleitung nicht abweicht und innerhalb der Ausführungen und Konkretisierung sich Unterschiede feststellen lassen.

c) Schulung

Bezogen auf das Verständnis von Patientenschulung/ Schulung kann für den zu untersuchenden Zeitraum festgehalten werden, dass inhaltliche Übereinstimmungen

¹⁷³ Artikel 33: Vgl. Köpke; Meyer 2010, S. 13

¹⁷⁴ Artikel 1: Vgl. Abt-Zegelin 2000, S. 56

¹⁷⁵ Artikel 12: Vgl. George; George 2003, S. 968

¹⁷⁶ Artikel 17: Vgl. Behrens; Gottwald et al. 2005, S. 474

¹⁷⁷ Artikel 32: Vgl. Kitzmantel, 2009, S. 613f

festzustellen sind, wobei die inhaltlichen Ausführungen sich im Verlauf der 11 Jahre zunehmend konkretisieren.

Im Jahr 2000 wurde unter dem Begriff Mikroschulung eine kurze, an einen bis zwei Adressaten gerichtete Schulung, in der eine bestimmte Verhaltensweise oder Technik unterrichtet wird, verstanden.¹⁷⁸ Eine Konkretisierung des Schulungsbegriffs wird in Artikel 5 aufgeführt; dort umfasst Schulung einen zielgerichteten Prozess, durch den Wissen, Fähigkeiten und Haltung durch die Schritte der Einschätzung, der gemeinsamen Zielerarbeitung, Unterstützung der Zielerreichung und Evaluation von Handlungen realisiert wird.¹⁷⁹ Im Jahr 2006 wird Schulung als ein zielorientiertes, strukturiertes und geplantes Vermitteln von Wissen und Fertigkeiten verstanden.¹⁸⁰

Ein wesentlicher Unterschied im Verständnis bzw. der Ausrichtung von Patientenschulung ist der Einbezug der Patientenperspektive. Patientenschulung beinhaltet in Artikel 17 die Ermittlung des Lernbedarfs und der Lernbereitschaft des Patienten und das Einleiten von Aktivitäten, die benötigt werden, eine Veränderung im Wissen oder im Verhalten zu erreichen, des Weiteren beinhaltet es die Auswertung der Schulungsergebnisse.¹⁸¹

Für den Bereich „Patientenschulung/ Schulung“ kann festgehalten werden, dass das inhaltliche Verständnis in der Gesamtheit in Bezug auf die Begriffsbestimmung „Schulung“ in Punkt 1.4 nicht abweicht.

d) Beratung

Von den erhobenen 11 Artikeln in der Analysekategorie B1 wurde in insgesamt 6 Artikeln eine Definition bzw. Aussage zum Begriff der Beratung gefunden.

Die Artikel 19 und 30 wurden in der tabellarischen Ergebnisdarstellung mit teilweise vorhanden markiert, da sich dieser nur indirekt auf das Thema Beratung bezieht.

In Artikel 2, erschienen im Jahr 2000, wird Beratung als professionelle Unterstützungsleistung verstanden, welche in einem gemeinsamen Prozess der Orientierung, Planung, Entscheidung und Handlung versucht, vorhandene Ressourcen zu entdecken, zu fördern, zu erhalten und aufeinander zu beziehen. Diese Ressourcen gehen aus den sozialen Beziehungen/ Netzwerken, Organisationen und Institutionen und der gebauten und natürlichen Umwelt des zu Beratenden hervor.¹⁸²

¹⁷⁸ Artikel 1: Vgl. Abt-Zegelin 2000, S. 58

¹⁷⁹ Artikel 5: Vgl. Abt-Zegelin; Bösing et al. 2001, S. 130

¹⁸⁰ Artikel 21: Vgl. Naegele 2006b, S. 351

¹⁸¹ Artikel 17: Vgl. Behrens; Gottwald et al. 2005, S. 474

¹⁸² Artikel 2: Vgl. Koch-Straube 2000, S. 2

In dem ebenfalls 2000 erschienenen Artikel 3 ist Beratung ein nach methodischen Gesichtspunkten gestalteter Problemlösungsprozess, durch den die Eigenbemühungen des Ratsuchenden unterstützt und optimiert, bzw. seine Kompetenzen zur Bewältigung der anstehenden Aufgaben oder des Problems verbessert werden.¹⁸³

Im Jahr 2003, in Artikel 12, wird unter Angehörigenberatung ein halbstandardisiertes und zielgeleitetes vorgetragenes Gespräch zwischen Angehörigen und Personen des Behandlungsteams, bzw. besonderen Experten des Gesundheitsdienstleisters verstanden. Diese inhaltlich strukturierte Vorgehensweise unterscheidet das Beratungsgespräch von „offenen“ Gesprächssituationen.¹⁸⁴

In Artikel 15 umfasst Beratung neben Informationsvermittlung und Patientenschulung insbesondere das Miteinbeziehen der individuellen Probleme und Bedürfnisse der Betroffenen. Die Beratung orientiert sich an der Perspektive des Betroffenen. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf dem subjektiven Krankheitserleben. Die Hilfestellung und Unterstützung bei geringfügigen Problemen kann als Beratung verstanden werden. Das Eigenverantwortliche ist hierbei die Unterstützung der Patienten in der persönlichen Auseinandersetzung mit der existenziellen Erfahrung Krankheit und dem sich daraus entwickelnden subjektiven Erleben des Krankseins. Dieses kommt einem individual-psychologischen Beratungsverständnis sehr nahe. Beratung in der Pflege bewegt sich zwischen Patienteninformation, Wissensvermittlung und individual-psychologischer Beratung, wobei die Übergänge fließend sind.¹⁸⁵

Der Autor Naegele unterteilt in Artikel 21, 2006, Beratung in Alltagsberatung, semiprofessionelle Beratung und professionelle Beratung. Professionelle Beratung versteht der Autor als ergebnisoffen, dialogisch und prozesshaft. Sie findet im Kontext professioneller Tätigkeit statt und ist auf die Kompetenzen und Lebenswirklichkeit des Patienten ausgerichtet und angepasst. In der semiprofessionellen Beratung steht die Beratung als solches nicht im Mittelpunkt.¹⁸⁶

Der Artikel 30, erschienen 2008, wird ebenfalls in der tabellarischen Ergebnisdarstellung innerhalb der Analysekategorie mit „teilweise vorhanden“ markiert, da er keine klare Definition stellt. In diesem Artikel wird im Rahmen eines pflegerischen Beratungsverständnisses der Patient im Umgang mit der Erkrankung als aktiver Partner und Experte seiner Situation verstanden und anerkannt.¹⁸⁷

¹⁸³ Artikel 3: Vgl. Knelange; Schieron 2000, S. 4

¹⁸⁴ Artikel 12: Vgl. George; George 2003, S. 968

¹⁸⁵ Artikel 15: Vgl. Huber 2005, S. 109

¹⁸⁶ Artikel 21: Vgl. Naegele 2006b, S. 351

¹⁸⁷ Artikel 30: Vgl. Adler 2008, S. 794

In Artikel 32, erschienen 2009, wird Beratung als Anbieten von Information, mit gleichzeitiger Kontrolle von Aufnahme und Verständnis durch den Patienten, verstanden. Beratung ist einerseits Unterstützung innerhalb der Krankheitsbewältigung und andererseits Entscheidungshilfe, wenn Patienten innerhalb von Entscheidungsfindung mit diesen überfordert sind.¹⁸⁸

Der Artikel 19 wurde in der Ergebnistabelle mit „teilweise vorhanden“ markiert. Die Autoren geben keine Begriffsbestimmung, äußern sich aber zu diesem Bereich. Dieser Artikel hebt sich von allen identifizierten Artikeln ab. Die Autoren fordern das Verbot des Begriffes „Pflegerberatung“. Ihrer Ansicht nach sind unter dieser Bezeichnung völlig unterschiedliche Konzepte und Dimensionen verborgen. Diese wären somit der Anhaltspunkt dafür, dass Beratung und Pflege so oft unterschiedlich interpretiert werden.¹⁸⁹ Bezogen auf das inhaltliche Verständnis von „Beratung“ kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass sich drei Gemeinsamkeiten feststellen lassen: zum einen wird Beratung als prozesshaftes Geschehen verstanden, zum anderen gilt es, innerhalb von Beratung, die individuellen Aspekte des zu Beratenden zu beachten, und außerdem bietet Beratung eine Möglichkeit, Krankheitserleben und die daraus resultierenden Probleme zu bewältigen, bzw. den Bewältigungsprozess zu unterstützen.

Davon abweichend ist der Artikel 12, der Beratung als zielgerichtetes, halboffenes, standardisiertes Geschehen und vorgetragenes Gespräch versteht. An dieser Stelle gilt es anzumerken, dass die Aussage ein „vorgetragenes Gespräch“ ein Widerspruch in sich beinhaltet.

Ein inhaltlicher Vergleich zur Begriffsbestimmung „Beratung/ Pflegerberatung“ unter Punkt 1.5 ist nur bedingt möglich, da der Umfang der Betrachtung in einem Fachartikel häufig komprimierter ausfällt. An dieser Stelle kann aber festgehalten werden, dass die oben genannten Aspekte ebenfalls in den Ausführungen in Punkt 1.5 zu finden sind.

e) Patientenedukation

Der Edukationsbegriff wurde innerhalb der 11 identifizierten Artikel viermal bestimmt. Zusammenfassend lässt sich für den gesamten Erhebungszeitraum feststellen, dass der Begriff der Patientenedukation mit den Maßnahmen von Information, Anleitung, Schulung

¹⁸⁸ Artikel 32: Vgl. Book; Horn et al. 2009, S. 613 f

¹⁸⁹ Artikel 19: Vgl. Bossle; Köberich et al. 2006, S. 133

und Beratung verbunden wird¹⁹⁰ und dieser aus Gründen der internationalen, einheitlichen Sprachregelung aus dem Englischen übernommen wurde.¹⁹¹

Patientenedukation wird sowohl als Bildungsmaßnahme¹⁹² als auch als Begleitungs-, Unterstützungs- und Entlastungsleistungen verstanden, welche auf die Ziele, die Fähigkeiten und die Bedürfnisse der Betroffenen abgestimmt sind.¹⁹³

An dieser Stelle kann eine Begriffsübereinstimmung innerhalb der identifizierten Artikel festgestellt werden. Dieses bezieht sich ebenfalls auf die gestellte Begriffsbestimmung in Punkt 2.1.6, wobei dort die inhaltliche Umsetzung wesentlich umfangreicher gestaltet ist.

4.2.2 Ergebnisse der Analysekategorie: B2 Pflergetheoretischer Hintergrund

Es wurden für die Analysekategorie B2 „Ein pflergetheoretischer Hintergrund wird einbezogen“ 10 von 37 Artikeln identifiziert, die einen pflergetheoretischen Hintergrund innerhalb ihres Artikels aufführen. Zu diesen Artikeln gehören: Artikel 1, 6, 9, 20, 22, 23, 25, 32, 34, 36. Dabei wurden 3 Artikel (1, 6, 25) nur mit „teilweise vorhanden“ markiert, da pflergetheoretische Begrifflichkeiten genutzt worden sind, ein Bezug zu dem jeweiligen theoretischen Hintergrund jedoch nicht oder nur im Ansatz aufgeführt wurde.

Zusammenfassend kann für diese Kategorie festgehalten werden, dass die Selbstpflergetheorie von D. E. Orem, das Modell der Salutogenese von A. Antonovsky, die Humanistische Psychologie von C. Rogers, die kooperative Beratung nach Ch. Hüper/ B. Hellige und die Grundlagen der Patientenschulung nach F. London und B. Klug Redmann als theoretische Grundlagen genutzt worden sind. Die detaillierte Ergebnisdarstellung beinhaltet: Artikel, Erscheinungsdatum, Theorie, inhaltlicher Bezug des Artikels.

- Artikel 1, 2000: D.E. Orem - Praxisbeispiel¹⁹⁴
- Artikel 6, 2001: A. Antonovsky, D. E. Orem - Praxisbeispiel¹⁹⁵
- Artikel 9, 2002: D. E. Orem -Praxiskonzept¹⁹⁶
- Artikel 20, 2006: A. Antonovsky - Artikel zum Thema¹⁹⁷
- Artikel 22, 2007: D. E. Orem - Praxisleitlinie¹⁹⁸

¹⁹⁰ Artikel 12: Vgl. George; George 2003, S. 966; Artikel 21: Vgl. Naegele 2006b, S. 351; Artikel 26: Vgl. Abt-Zegelin; Adler 2007, S. 1074

¹⁹¹ Artikel 1: Vgl. Abt-Zegelin 2000, S. 57; Artikel 12: Vgl. George; George 2003, S. 966; Vgl. Abt-Zegelin; Adler 2007, S. 1074

¹⁹² Artikel 21: Vgl. Naegele 2006b, S. 351

¹⁹³ Artikel 12: Vgl. George; George 2003, S. 966

¹⁹⁴ Artikel 1: Vgl. Abt-Zegelin 2000, S. 57 und S. 59

¹⁹⁵ Artikel 6: Vgl. Thomas; Winitzer 2001, S. 472 und S. 469f

¹⁹⁶ Artikel 9: Vgl. Chaux de la; Sailer, 2002, S. 225 ff

¹⁹⁷ Artikel 20: Vgl. Naegele 2006a, S. 432 ff

¹⁹⁸ Artikel 22: Vgl. Bernd; Horn et al. 2007, S. 6ff

- Artikel 23, 2007 : A. Antonovsky - Praxisbeispiel¹⁹⁹
- Artikel 25, 2007: D. E. Orem - Artikel zum Thema²⁰⁰
- Artikel 32, 2009: D. E. Orem - Studie²⁰¹
- Artikel 34, 2010: C. Rogers - Praxiskonzept²⁰²
- Artikel 36, 2011: Ch. Hüper; B. Hellige; F. London und B. Klug Redmann - Praxisbeispiel²⁰³

Es konnte kein Zusammenhang zwischen dem pflege-theoretischen Hintergrund und einem Krankenhaus, in dem das Praxisbeispiel durchgeführt worden ist, festgestellt werden.

4.3 Ergebnisse der Analysekategorie C Ziele

Für die Analysekategorie C wurden 19 Artikel identifiziert, die sich zum Erhebungspunkt äußern.²⁰⁴ Artikel 13 wurde mit „teilweise vorhanden“ markiert, da in diesem Artikel die Ziele nur indirekt bestimmt werden.

Es folgt eine inhaltliche Zusammenfassung der identifizierten Artikel, bezogen auf die Ziele von Patientenedukation, Beratung, Schulung und Information, wobei nicht immer eine klare Unterteilung der Bereiche vorgenommen werden kann, da es innerhalb der Artikel zu einer Vermischung kommt, bzw. eine einheitliche Zielsetzung für mehrere Bereiche bestimmt wird.

Bezogen auf die Zielsetzungen für Patientenedukation kann festgehalten werden, dass innerhalb der identifizierten Artikel drei Artikel (1, 20, 30) die Ziele von Patientenedukation bestimmen.

Die Zielsetzung der Patientenedukation in Artikel 1 ist die Übertragung von Wissen und Handeln an die Betroffenen.²⁰⁵

In Artikel 20, der die Zielsetzungen von Patientenedukation innerhalb der Onkologie betrachtet, ist das Zurückerlangen der Kontrolle über das eigene Leben, die Reduzierung von Ängsten, die Entwicklung von realistischen Erwartungen, die Förderung von Selbstpflege und das „sich sicher und aufgehoben fühlen“ zielführend.²⁰⁶ Ein zentraler Ansatz von Patientenedukation ist in Artikel 30 die Stärkung der vorhandenen Kompetenzen und die Hinführung zu einer positiven Krankheitsbewältigung. Durch

¹⁹⁹ Artikel 23: Vgl. Jacobs 2007, S. 312ff

²⁰⁰ Artikel 25: Vgl. Kolbe 2007, S. 999

²⁰¹ Artikel 32: Vgl. Book; Horn et al. 2009, S. 613ff

²⁰² Artikel 34: Vgl. Bamberger 2010, S. 1184

²⁰³ Artikel 36: Vgl. Beinsen 2011, S. 533ff

²⁰⁴ Zu den Artikeln gehören: Artikel 1, 6, 8, 9, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 25, 29, 30, 33, 35, 37

²⁰⁵ Artikel 1: Vgl. Abt-Zegelin 2000, S. 56

²⁰⁶ Artikel 20: Vgl. Naegele 2006a, S. 433

Information, Beratung und Schulung sollen Patienten am Behandlungsgeschehen aktiv beteiligt werden.²⁰⁷

Für die Zielsetzungen der Beratung kann festgehalten werden, dass keiner der im Verlauf genannten Artikel separate Ziele für die Beratung setzt. Beratung wird immer in Kombination mit Schulung, Anleitung oder Information verbunden. Zu den Artikeln gehören: Artikel 6, 16, 17, 19, 35, und Artikel 37.

Artikel 13 und 35 wurden mit „teilweise vorhanden“ markiert, da die Artikel nur eine indirekte Zielsetzung stellen.

In Artikel 6 sollen durch Beratung und Schulung Kompetenzen entwickelt werden, die einen eigenverantwortlichen Umgang mit der Gesundheit ermöglichen. Dabei sind Gesundheitserhaltung, Gesundheitsstabilisierung, das Erlangen der Selbständigkeit und die Steigerung der Lebensqualität zielführend.²⁰⁸

Die Ziele von Beratung und Schulung sind in Artikel 8 ebenfalls in den Bereichen der Förderung von Gesundheit und Selbständigkeit, der Stärkung der Handlungskompetenzen und der Erhöhung der Lebensqualität, die es zu erreichen gilt, zu finden.²⁰⁹

Die Ziele von Beratung und Information werden in Artikel 13, 2004, der mit „teilweise vorhanden“ markiert wurde, mit der Aufarbeitung von speziellen Ängsten und Sorgen beschrieben.²¹⁰

Durch Beratung und Anleitung soll den Patienten in Artikel 16, 2005, ermöglicht werden, Wissen über ihre Krankheit und Behandlung zu erlangen, eigenverantwortlich und selbständig innerhalb ihrer Krankheit und Therapie zu handeln und mitzuwirken, um dadurch ein selbstbestimmtes Leben mit einer verbesserten Lebensqualität führen zu können.²¹¹

Zentrales Ziel von Pflegeberatung und –schulung in Artikel 17 ist es, ein selbstbestimmtes Leben zu führen.²¹²

In Artikel 19 sind die Gesundheitsförderung, die Prävention und Rehabilitation, neben der strukturellen Wissensvermittlung zur Förderung der pflegfachlichen Kompetenz für Patienten und ihren Angehörigen, Ziele von Beratung.²¹³

²⁰⁷ Artikel 30: Vgl. Adler 2008, S. 792f

²⁰⁸ Artikel 6: Vgl. Thomas; Wirtzner 2001, S. 471f

²⁰⁹ Artikel 8: Vgl. Thomas; Wirtzner 2001, S. 869

²¹⁰ Artikel 13: Vgl. Abt-Zegelin 2004, S. 98

²¹¹ Artikel 16: Vgl. Moltmann; Witt 2005, S. 430

²¹² Artikel 17: Vgl. Behrens; Gottwald et al. 2005, S. 473

²¹³ Artikel 19: Vgl. Bossle; Köberich et al. 2006, S. 133

In Artikel 35 ist das eigenverantwortliche und selbstständige Handeln im Krankheitsmanagement von Patienten und deren Angehörigen innerhalb einer Trachealkanülensprechstunde zielführend.²¹⁴

Die Umsetzung und Durchführung von Gelerntem innerhalb einer Schulung, das Erkennen der Relevanz der Umsetzung von gelehrten Schulungsinhalten und die Erweiterung des Wissens sind Ziele von Beratung in Artikel 37.²¹⁵

Die Zielsetzungen von Patientenschulungen wurden in Artikeln 9, 12, 18, 23, 25, 29, 37 identifiziert, wobei die Artikel 12 und 23 das Thema Angehörigenschulung mit berücksichtigen.²¹⁶

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass für den Bereich der Schulung die Zielsetzungen auf der Vermittlung und den Erwerb von Wissen und Fertigkeiten²¹⁷, der Stärkung der Handlungskompetenzen²¹⁸, der Übernahme von Verantwortung²¹⁹ und der Steigerung der Lebensqualität und Selbstständigkeit zu finden sind²²⁰.

Der Aspekt der Vermeidung von Komplikationen innerhalb des Krankheitsverlaufs als Zielsetzung einer Schulung, wird in Artikel 29 dargestellt.²²¹ Die Frequenz von Krankenhausaufenthalten zu minimieren, ist eine im Vergleich zu den identifizierten Artikeln weitere Zielsetzung von Schulung in Artikel 18.²²²

Der Bereich Zielsetzung von Information wurde innerhalb der 19 identifizierten Artikel in Artikel 14 und in Artikel 33 bestimmt.

Durch Informationen können Ängste und Unsicherheiten auf Seiten der Patienten abgebaut werden.²²³ Evidenzbasierte Information hat das Ziel, den Patienten dahingehend zu unterstützen, Entscheidungen auf der Grundlage seiner eigenen Präferenzen und seiner vorhandenen Ressourcen zu treffen.²²⁴

²¹⁴ Artikel 35: Vgl. Hallbauer; Welle 2011, S. 31

²¹⁵ Artikel 37: Vgl. Seeling 2011, S. 344

²¹⁶ Artikel 12: Vgl. George; George, 2003, S. 969 und Artikel 23: Vgl. Jacobs 2007, S. 313 f

²¹⁷ Artikel 9: Vgl. Chau de la; Sailer, 2002, S. 227; Artikel 12: Vgl. George; George, 2003, S. 970; Artikel 18: Vgl. Herlyn 2005, S. 628 und Artikel 29: Vgl. Sicksch, 2008, S. 595

²¹⁸ Artikel 12: Vgl. George; George, 2003, S. 970; Artikel 23: Vgl. Jacobs, 2007, S. 313f; Artikel 29: Vgl. Sicksch, 2008, S. 595 und Artikel 37: Vgl. Seeling, 2011, S. 343

²¹⁹ Artikel 9: Vgl. Chau de la; Sailer, 2002, S. 227; Artikel 18: Vgl. Herlyn 2005, S. 628 und Artikel 25: Vgl. Kolbe 2007, S. 999

²²⁰ Artikel 18: Vgl. Herlyn 2005, S. 628; Artikel 25: Vgl. Kolbe 2007, S. 999; Artikel 29: Vgl. Sicksch 2008, S. 595 und Artikel 37: Vgl. Seeling 2011, S. 343

²²¹ Artikel 29: Vgl. Sicksch 2008, S. 595

²²² Artikel 18: Vgl. Herlyn 2005, S. 628

²²³ Artikel 14: Vgl. Deutschmann 2005, S. 105

²²⁴ Artikel 33: Vgl. Köpke; Meyer 2010, S. 13

4.4 Ergebnisse der Analysekatgorie D Aktueller Stand

Zur Analysekatgorie D wurden in 23 Artikeln Aussagen zum aktuellen Stand von Edukation im Krankenhaus aufgeföhrt. Es folgt eine Auflistung der Jahre mit den dazugehörigen Artikeln.

- Im Jahr 2000: Artikel 1, 2, 3²²⁵
- Im Jahr 2001: Artikel 5, 6²²⁶
- Im Jahr 2002: Artikel 9²²⁷
- Im Jahr 2003: Artikel 11, 12²²⁸
- Im Jahr 2005: Artikel 14, 15, 17, 18²²⁹
- Im Jahr 2006: Artikel 21²³⁰
- Im Jahr 2007: Artikel 23, 24, 26, 27²³¹
- Im Jahr 2008: Artikel 29²³²
- Im Jahr 2009: Artikel 31, 32²³³
- Im Jahr 2010: Artikel 34²³⁴
- Im Jahr 2011: Artikel 37²³⁵

Das prägnanteste Ergebnis innerhalb dieser Katgorie ist, dass in 18 Artikeln über den gesamten Erhebungszeitraum beschrieben wird, dass Patientenedukation, Beratung, Schulung und Information durch die Pflegenden nicht, punktuell oder nur intuitiv stattfindet.²³⁶ Diese Interventionen werden während der allgemeinen praktischen Arbeit durchgeführt und häufig nicht dokumentiert. Ein gemeinsames und professionelles Verständnis zu den Themen ist nicht vorhanden. Des Weiteren fehlen Kompetenzen, um diese Interventionen durchführen zu können.

Es folgen Beispiele, die diesen Verlauf und die Ergebnisse verdeutlichen.

In Artikel 1, in dem ein Patienteninformationszentrum vorgestellt wird, heißt es:

²²⁵ Artikel 1: Vgl. Abt-Zegelin 2000, S. 56; Artikel 2: Vgl. Koch-Straube 2000, S. 2; Artikel 3: Vgl. Knelange; Schieron 2000, S. 4

²²⁶ Artikel 5: Vgl. Abt-Zegelin; Bösing 2001, S. 126f; Artikel 6: Vgl. Thomas; Wirmitzer 2001, S. 472

²²⁷ Artikel 9: Vgl. Chaux de la; Sailer 2002, S. 224

²²⁸ Artikel 11: Vgl. Schwartz 2003, S. 588; Artikel 12: Vgl. George; George 2003, S. 966

²²⁹ Artikel 14: Vgl. Deutschmann 2005, S. 103f; Artikel 15: Vgl. Huber 2005, S. 107; Artikel 17: Vgl. Behrens; Gottwald et al. 2005, S. 475; Artikel 18: Vgl. Herlyn, 2005, S. 628

²³⁰ Artikel 21: Vgl. Naegele 2006b, S. 351

²³¹ Artikel 23: Vgl. Jacobs 2007, S. 312; Artikel 24: Vgl. Bohlender; Kautz, 2007, S. 219; Artikel 26: Vgl. Abt-Zegelin; Adler 2007, S. 1074; Artikel 27: Schneider 2007, S. 1078

²³² Artikel 29: Vgl. Sicksch 2008, S. 596

²³³ Artikel 31: Vgl. Imbery; Sailer 2009, S. 150; Artikel 32: Vgl. Book; Horn et al. 2009, S. 618

²³⁴ Artikel 34: Vgl. Bamberger 2010, S. 1181

²³⁵ Artikel 37: Vgl. Seeling 2011, S. 339

²³⁶ Zu den Artikeln gehören: Artikel 1, 2, 3, 5, 6, 9, 11, 12, 15, 17, 21, 23, 24, 26, 31, 32, 34, 36

„Eher zufällig oder punktuell werden Kranke über das Management ihrer schlecht heilenden Wunde, über Umgang mit Schmerzen, [...] aufgeklärt. [...] Bisher existieren in der Pflege dazu kaum Konzepte.“²³⁷

In Artikel 9, der ein Schulungs- und Anleitungskonzept für tracheotomierte Patienten vorstellt, heißt es: „[...] Schulung, Anleitung und Beratung [findet] im stationären Bereich meist nebenbei während anderer pflegerischer Verrichtungen [...] [statt]. Institutionalisierte und strukturierte Formen der Patientenschulung sind bislang eher die Ausnahme.“²³⁸

In Artikel 15, welcher sich inhaltlich mit Patientenedukation im Krankenhaus auseinandersetzt, wird beschrieben:

„Gleichzeitig wird in der Literatur nicht verschwiegen, dass Beratung in der Pflege derzeit eher ein Schattendasein fristet und Pflegende nicht die nötigen Kompetenzen haben, um beratend tätig werden zu können. [...] Pflegende sind noch weit davon entfernt, Beratung und Anleitung in der geforderten Qualität und Breite wahrzunehmen. Aus Sicht der Experten fehlt vielen von ihnen nicht nur die Qualifikation für die Wahrnehmung edukativer Aufgaben, sondern auch die dafür erforderlichen Konzepte und Systeme [...].“²³⁹

Der Artikel 36, der ein Praxisprojekt zum Thema Beratung und Schulung vorstellt, deutet an, „[...] dass Beratungsgespräche im Pflegealltag meist ungeplant sind und handlungsbegleitend erfolgen.“²⁴⁰

Gründe für die oben genannte Situation sind vielschichtig und werden unterschiedlich benannt.²⁴¹

Zum einen werden die notwendigen Kompetenzen in Aus-, Fort- und Weiterbildung wenig konkret vermittelt²⁴² und somit fehlen die notwendigen Qualifikationen für die Durchführung, zum anderen fehlen die notwendigen Konzepte für die Umsetzung.²⁴³ Des Weiteren wird darauf hingewiesen, dass die Durchführung von der Haltung der einzelnen Pflegekraft abhängig ist, die maßgeblich dazu beiträgt, ob und wie Beratung und Schulung stattfinden, welche Ziele damit verfolgt und wie sie durchgeführt werden, da diese nicht als wertvolle Pflegeinterventionen erkannt werden.²⁴⁴

Die Gründe für eine verminderte Umsetzung sich dem Beratungsauftrag mit der nötigen Motivation zu widmen, liegen in der zunehmenden Arbeitsdichte, der verringerten

²³⁷ Abt-Zegelin 2000, S. 56

²³⁸ Chaux de la; Sailer 2002, S. 224

²³⁹ Huber 2005, S 107

²⁴⁰ Beinsen 2011, S. 537

²⁴¹ Zu den Artikeln gehören: Artikel 5, 15, 17, 24, 31, 32

²⁴² Artikel 5: Vgl. Abt-Zegelin; Bösing et al. 2001, S. 126

²⁴³ Artikel 15: Vgl. Huber 2005, S 107

²⁴⁴ Artikel 17: Vgl. Behrens; Gottwald et al. 2005, S. 475

zeitlichen Spielräume und den schwindenden Personalressourcen.²⁴⁵ Ebenfalls wird auf die fehlende strukturierte Verankerung der Patientenedukation in der klinischen Versorgung hingewiesen.²⁴⁶

Weitere Gründe für die mangelnde Durchführung liegen zum einen in einer vermuteten mangelhaften Kommunikationskompetenz der Pflegenden welche mit einer Verunsicherung, Überforderung und Vermeidung verbunden ist. Zum anderen wird Beratung von den Pflegenden laut Artikel 32 häufig als Zusatzleistung und nicht als Teil der pflegerischen Kernaufgaben betrachtet.²⁴⁷

In den Artikeln 18 und 27 werden positive Erfolge von Edukations-/ Schulungsprogrammen für einzelne Krankheits- und Themenbereiche beschrieben; zum Beispiel bei Diabetes mellitus, Asthma bronchiale und innerhalb einer Schmerztherapie.²⁴⁸

Im Gegensatz dazu stehen Artikel 14, 29 und 37. Innerhalb des Artikels 14 wird der Informationsbedarf von Patienten und Angehörigen und die Informationsweitergabe innerhalb von Entlassungsgesprächen thematisiert und betrachtet. Daraus geht hervor, dass Patienten und Angehörige zum einen nicht ausreichend in die Entlassungsplanung mit einbezogen werden und zum anderen, dass die erhaltenen Informationen, gerade im Hinblick auf die häusliche Weiterversorgung, als unzureichend angesehen werden können.²⁴⁹ Artikel 29 weist auf das Fehlen von Schulungsprogrammen für Herztransplantationspatienten hin.²⁵⁰ In Artikel 37 wird auf die Rückständigkeit von evidenzbasierten Selbstmanagementschulungen für chronische Erkrankungen aufmerksam gemacht, bzw. darauf dass für die meisten chronischen Krankheiten und deren Folgen keine offiziell anerkannten Selbstmanagement-Lernprogramme existieren.²⁵¹

4.5 Ergebnisse der Analysekategorie E Bedarf/ Legitimation

Es folgt die Ergebnisdarstellung der Analysekategorie E.

Die Kategorien E1: „Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Pflegeberatung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert“,

und E2: „Im Artikel wird der Zeitpunkt, wann Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information stattfinden sollte, bestimmt“, werden in diesem Abschnitt gemeinsam vorgestellt.

²⁴⁵ Artikel 24: Vgl. Bohlender; Kautz 2007, S. 219

²⁴⁶ Artikel 31: Vgl. Imbery; Sailer 2009, S. 150

²⁴⁷ Artikel 32: Vgl. Book; Horn et al. 2009, S. 618

²⁴⁸ Artikel 18: Vgl. Herlyn, 2005, S. 628, Artikel 27: Vgl. Schneider 2007, S. 1078

²⁴⁹ Artikel 14: Vgl. Deutschmann 2005, S. 103f

²⁵⁰ Artikel 29: Vgl. Sicksch 2008, S. 596

²⁵¹ Artikel 37: Vgl. Seeling 2011, S. 339

Die Bestimmung des Bedarfes und die Legitimationsbegründung (E1) für Patientenedukation im Krankenhaus wurde innerhalb der identifizierten 37 Artikel in 24 Artikeln thematisiert. Es folgt die Darstellung der 24 Artikel, sortiert nach den Erscheinungsjahrgängen.

- Im Jahr 2000: Artikel 1, 2, 4²⁵²
- Im Jahr 2001: Artikel 5, 6, 7²⁵³
- Im Jahr 2002: Artikel 9²⁵⁴
- Im Jahr 2003: Artikel 11²⁵⁵
- Im Jahr 2004: Artikel 13²⁵⁶
- Im Jahr 2005: Artikel 15, 16, 17, 18²⁵⁷
- Im Jahr 2006: Artikel 19, 20²⁵⁸
- Im Jahr 2007: Artikel 22, 23, 24, 25, 26²⁵⁹
- Im Jahr 2008: Artikel 28, 30²⁶⁰
- Im Jahr 2009: Artikel 31, 32²⁶¹
- Im Jahr 2010: Artikel 33²⁶²
- Im Jahr 2011: Artikel 37²⁶³

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Hauptaspekte für die Bedarfsbestimmung und Begründung, warum Edukation im Krankenhaus stattfinden soll, sich in den Artikeln auf fünf Themengebiete beziehen, wobei innerhalb der Artikel Mehrfachnennungen identifiziert werden konnten. Aus Gründen der Übersicht wird im folgenden Abschnitt für die Analysekategorie E1 nur das Wort Patientenedukation benutzt.

- Der Bedarf und Legitimation von Patientenedukation im Krankenhaus geht aus der veränderten Patienten- und Angehörigenrolle hervor. Durch die Forderung, dass Patienten mehr Eigenverantwortung innerhalb des eigenen Krankheitsmanagements

²⁵² Artikel 1: Vgl. Abt-Zegelin 2000, S. 57; Artikel 2: Vgl. Koch-Straube 2000, S. 3; Artikel 4: Vgl. Pinkert; Renneke 2000 S. 50

²⁵³ Artikel 5: Vgl. Vgl. Abt-Zegelin; Bösing et al. 2001, S. 127; Artikel 6: Vgl. Thomas; Wirmitzer 2001, S. 469 Artikel 7: Vgl. Steimel; Richter-Kessler 2001, S. 562

²⁵⁴ Artikel 9: Vgl. Chaux de la, Ch.; Sailer, M., 2002, S. 221f

²⁵⁵ Artikel 11: Vgl. Schwartz, 2003, S. 589

²⁵⁶ Artikel 13: Vgl. Abt-Zegelin 2004, S. 98

²⁵⁷ Artikel 15: Vgl. Huber 2005, S. 107; Vgl. Artikel 16: Vgl. Moltmann; Witt 2005, S. 430; Artikel 17: Vgl. Behrens; Gottwald et al. 2005, S. 472f; Artikel 18: Vgl. Herlyn 2005, S. 629

²⁵⁸ Artikel 19: Vgl. Bossle; Köberich et al. 2006, S. 133, Artikel 20: Vgl. Naegele 2006a, S. 433

²⁵⁹ Artikel 22: Vgl. Bern; Horn et al. 2007, S. 6; Artikel 23: Vgl. Jacobs 2007, S. 312; Artikel 24: Vgl. Bohlender; Kautz, 2007, S. 219; Artikel 25: Vgl. Kolbe 2007, S. 998; Artikel 26: Vgl. Abt-Zegelin, Adler 2007, S. 1074

²⁶⁰ Artikel 28: Vgl. Spörer 2008, S. 374f; Artikel 30: Vgl. Adler 2008, S. 792

²⁶¹ Artikel 31: Vgl. Imbery; Sailer 2009, S. 150f; Artikel 32: Vgl. Book; Horn et al. 2009, S. 615

²⁶² Artikel 33: Vgl. Köpke; Meyer 2010, S. 12f

²⁶³ Artikel 37: Vgl. Seeling 2011, S. 338

und im Versorgungsprozess übernehmen sollen und damit das Recht auf Selbstbestimmung gestärkt wird, benötigen Patienten und deren Angehörige Unterstützung und Hilfestellung, um diesen Anspruch gewährleisten und umsetzen zu können. Diesen Themenbereich behandeln die Artikel 4, 6, 7, 9, 17, 18, 20, 26, 28, 31.

- Von der Verkürzung der Verweildauer, bezogen auf die stationäre Versorgung als Konsequenz der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs / Fallpauschalen), werden der Bedarf und die Legitimation an Edukation abgeleitet. Artikel 4, 6, 17, 19, 20, 23, 26, 28
- Ein weiteres Themengebiet stellt der gesellschaftliche und demographische Wandel dar. Darunter fallen die demographischen Veränderungen der Bevölkerungsstruktur, die steigende Anzahl der chronisch Erkrankten und hochbetagten Menschen und die Zunahme von multimorbiden Krankheitsbildern. Auf diesem Hintergrund wird innerhalb der Artikel die Bedarfsbestimmung und Legitimation von Edukation begründet und abgeleitet. Artikel 4, 5, 13, 17, 18, 22, 25, 28, 30
- Im vierten Themenbereich innerhalb der Bedarfsbestimmung und Legitimation sind Aspekte der gesetzlichen Veränderungen (zum Beispiel das novellierte Krankenpflegegesetz) und die daraus resultierende Bedarfsbestimmung in den Artikeln zu finden. Die Veröffentlichungen der nationalen Expertenstandards des deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) werden thematisiert und der Bedarf und die Legitimation davon abgeleitet. Artikel 15, 16, 19, 26, 28, 33, 37
- In Artikel 1, 2, 11, 31 wird der Bedarf/ die Legitimation an Patientenedukation im Krankenhaus aus der pflegerischen Tätigkeit heraus abgeleitet oder begründet.

Zu Kategorie E2, die sich auf den Durchführungszeitpunkt, wann Edukation im Krankenhaus stattfinden soll, bezieht, konnten von 37 Artikeln 4 Artikel identifiziert werden, die inhaltliche Aussagen zu dieser Thematik treffen.

Zu den Artikeln gehören Artikel 1, 17, 25 und 28. In den restlichen 33 Artikeln wurde diese Thematik nicht behandelt.

In Artikel 1 sollten die Interventionen dort angeboten werden, wo Pflege direkt „abgerufen“ wird. Der Zeitpunkt, um diese durchzuführen, wird entweder vom Patienten

signalisiert oder sollte nach Abklingen der akuten Beschwerden mit Zunahme der Selbständigkeit, spätestens vor der Entlassung aus dem Krankenhaus, stattfinden.²⁶⁴

Innerhalb des Artikels 17 wird der Zeitpunkt für einen Schulungsprozess betrachtet. Dieser sollte beginnen, wenn die Notwendigkeit von Vermittlung über Krankheitswissen, die selbständige Übernahme von Pflegemaßnahmen oder Verhaltensänderungen erforderlich werden.²⁶⁵

Laut Artikel 25, in dem Edukation als Teil der Entlassungsplanung betrachtet wird, sollte die Edukation schon bereits im Krankenhaus beginnen, vor allem dann, wenn innerhalb des Krankheitsgeschehens eine Stabilisierung und die Auseinandersetzung mit der Erkrankung eingetreten sind.²⁶⁶

Wie in Artikel 1 und so auch in Artikel 8 finden Schulungsmaßnahmen innerhalb des Pflegealltags direkt am Patientenbett statt.²⁶⁷

In der Analysekatgorie D1 wurde deutlich, dass der Umstand, dass edukative Maßnahmen während der pflegerischen Handlungen stattfinden, thematisiert wird, es aber nur in den oben genannten vier Artikeln zu einer genauen Zeitpunktbestimmung kommt. Es entsteht der Eindruck (siehe Seite 55), dass die Durchführung von edukativen Maßnahmen innerhalb von Pflegehandeln bemängelt wird aber keine Anhaltspunkte dafür gegeben werden, wie eine Umsetzung, bezogen auf den Zeitpunkt, erfolgen könnte.

4.6 Ergebnisse der Analysekatgorie F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug

Die Analysekatgorie wurde in F1 „Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel, stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltlich mit der Thematik auseinander“ und F2 „Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Pflegeberatung / Schulung/ Anleitung/ Information die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor“ unterteilt.

Innerhalb der 37 identifizierten Artikel konnten 32 Artikel der Kategorie F1 und 5 Artikel der Kategorie F2 zugeordnet werden. Artikel 17 und 37 sind in beiden Kategorien vorhanden, das bedeutet, diese Artikel geben sowohl ein Praxisbeispiel, als auch eine Studie wieder oder belegen ihr angeführtes Beispiel durch eine durchgeführte Studie.

Die Ergebnisse dieser Kategorien werden getrennt voneinander vorgestellt.

²⁶⁴ Vgl. Abt-Zegelin 2000, S. 57

²⁶⁵ Vgl. Behrens; Gottwald et al. 2005, S. 475

²⁶⁶ Vgl. Kolbe 2007, S. 1000

²⁶⁷ Vgl. Spörer 2008, S. 375

4.6.1 Ergebnisse der Analysekategorie F1 Praxis

Für die Analysekategorie F1 konnten 32 Artikel identifiziert werden²⁶⁸, wobei Artikel 2 mit „teilweise vorhanden“ markiert wurde, da das genannte Praxisbeispiel einer fiktiven Darstellung entspringt.

Innerhalb dieser 32 Artikel wurde in 23 Artikeln ein Praxisbeispiel/ -projekt/ -konzept vorgestellt. Artikel 22 enthält die Beschreibung einer Praxisleitlinie. 8 Artikel setzten sich inhaltlich mit der Thematik Patientenedukation im Krankenhaus auseinander und stellen theoretische Konzepte für die Praxis vor.

Die identifizierten Artikel werden im Verlauf beschrieben. Aufgrund der Übersichtlichkeit werden die Praxisprojekte inhaltlich sortiert vorgestellt.

Innerhalb der 23 Artikel, die ein Praxisbeispiel/ Praxisprojekt oder ein Praxiskonzept vorstellen, kann festgehalten werden, dass in 8 Artikeln die Konzeption bzw. Errichtung eines Patienteninformationszentrums dargestellt wird²⁶⁹, wobei sich Artikel 4, 5 und 26 auf dasselbe Patienteninformationszentrum beziehen. In einem Artikel²⁷⁰ wird sowohl ein Patienteninformationszentrum als auch ein Schulungskonzept vorgestellt.

In den 8 identifizierten Artikeln wird unter einem Patienteninformationszentrum eine Biblio- und Mediathek verstanden, die Patienten, Angehörige und Besucher durch ein vielfältiges Angebot zu Fragen von Krankheit und Gesundheit informieren und beraten. Innerhalb dieser Zentren werden Patientenschulungen zu ausgewählten Themen oder Hilfsmitteln direkt angeboten oder an ausgewählte Anbieter weiter vermittelt.²⁷¹ Unterschiede innerhalb der Durchführung sind, dass zum einen das Angebot in Artikel 6 innerhalb einer virtuellen Pflegesprechstunde abgerufen werden kann²⁷² und zum anderen ein besonderer Fokus auf der Fortbildung der Mitarbeiter zum Thema Beratung in Artikel 24 gelegt wird.²⁷³

In weiteren 9 von 23 Artikeln werden Schulungskonzepte vorgestellt, die unter anderem auch Beratungsaspekte mit einbeziehen. Zu den Schulungskonzepten gehören:

²⁶⁸ Zu den Artikel gehören: Artikel 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36 und Artikel 37.

²⁶⁹ Zu den 8 Artikeln gehören: Artikel 1, 4, 5, 6, 23, 24, 26, 31

²⁷⁰ In Artikel 6 wird sowohl ein Patienteninformationszentrum als auch ein Schulungskonzept vorgestellt.

²⁷¹ Artikel 1: Vgl. Abt-Zegelin 2000, S. 57f; Artikel 4: Vgl. Pinkert; Renneke, 2000 S. 50f, Artikel 5: Vgl. Abt-Zegelin; Bösing et al. 2001, S. 127f; Artikel 23: Vgl. Jacobs 2007, S. 314; Artikel 24: Vgl. Bohlender; Kautz 2007, S. 219f, Artikel 26: Vgl. Abt-Zegelin.; Adler 2007, S. 1075f; Artikel 31: Vgl. Imbery; Sailer 2009, S. 151

²⁷² Artikel 6: Vgl. Thomas; Wimitzer 2001, S. 471

²⁷³ Artikel 24: Vgl. Bohlender; Kautz 2007, S. 220

- Vorstellung eines Schulungskonzeptes „am Patientenbett“. Innerhalb eines Projektes werden auf ausgewählten Stationen eines Krankenhauses Patienten zu unterschiedlichen Themen geschult.²⁷⁴
- Vorstellung einer individuellen stationären Angehörigenschulung.²⁷⁵
- Erneute Vorstellung des Schulungskonzeptes, das in Artikel 6 dargestellt wird. Innerhalb des Artikels werden ebenfalls Evaluationsergebnisse der Schulungen unterbreitet.²⁷⁶
- Vorstellung eines Schulungs- und Anleitungskonzeptes für tracheotomierte Patienten innerhalb von mehreren HNO-Stationen (Hals-Nasen-Ohr).²⁷⁷
- Vorstellung eines Schulungs- und Anleitungskonzeptes „am Patientenbett“ für Menschen mit eingeschränkter Mobilität nach hüftnahen Frakturen.²⁷⁸
- Vorstellung eines Vaskulitis - Schulungsprogramms.²⁷⁹
- Vorstellung eines stationären Patientenschulungsprogramms für Patienten nach einer Herztransplantation.²⁸⁰
- Vorstellung eines Schulungs- und Beratungskonzeptes für Patienten nach einer Nierentransplantation.²⁸¹
- Vorstellung eines Schulungskonzeptes der „Progressiven Muskelrelaxation nach Jacobsen“ für onkologische Patienten nach Erhalt einer Chemotherapie.²⁸²

Beratungs- und Informationskonzepte werden in 3 Artikeln thematisiert:

- Vorstellung eines Informations- und Beratungskonzeptes für Epilepsiekranken.²⁸³
- Vorstellung eines Beratungs- und Anleitungskonzeptes im Rahmen der „Kinästhetik“.²⁸⁴
- Vorstellung eines Praxisprojektes, in dem Pflegefachberater Beratung und Schulung durchführen.²⁸⁵

²⁷⁴ Artikel 6: Vgl. Thomas; Wirmitzer 2001, S. 472f

²⁷⁵ Artikel 7: Vgl. Steimel; Richter-Kessler 2001, S. 562

²⁷⁶ Artikel 8: Vgl. Thomas; Wirmitzer 2001; S. 869

²⁷⁷ Artikel 9: Vgl. Chaux de la; Sailer 2002, S. 228

²⁷⁸ Artikel 17: Vgl. Behrens; Gottwald et al. 2005, S. 474f

²⁷⁹ Artikel 18: Vgl. Herlyn 2005, S. 629

²⁸⁰ Artikel 29: Vgl. Sicksch 2008, S. 594f

²⁸¹ Artikel 36: Vgl. Beinsen 2011, S. 533ff

²⁸² Artikel 37: Vgl. Seeling 2011, S. 343

²⁸³ Artikel 13: Vgl. Abt-Zegelin 2004, S. 98

²⁸⁴ Artikel 16: Vgl. Moltmann; Witt 2005, S. 430f

²⁸⁵ Artikel 28: Vgl. Spörer 2008, S. 375

Des Weiteren beinhalten 3 Artikel Praxisbeispiele, in denen die Einführung einer Stoma- und Inkontinenzsprechstunde²⁸⁶, einer Multiple Sklerose –Sprechstunde²⁸⁷ und eine Sprechstunde für Patienten mit Trachealkanülen²⁸⁸ beschrieben werden.

Innerhalb der 32 ermittelten Artikel, die einen praktischen Bezug zum Thema herstellen, konnte ein Artikel identifiziert werden, der im Rahmen einer Praxisleitlinie Aspekte von Beratung integriert. Die Praxisleitlinie „Ernährung/ Ernährungsberatung“ wurde für onkologische Patienten, die unter dem ANE- Syndrom²⁸⁹ leiden, konzipiert.²⁹⁰

Es folgt die Vorstellung der 8 Artikel²⁹¹, die sich inhaltlich mit der praktischen Umsetzung von Edukation, Beratung, Schulung, Anleitung und Information auseinandersetzen.

- Anhand eines fiktiven Beispiels wird in Artikel 2, erschienen im Jahr 2000, aufgezeigt, wann Unterstützungsleistungen im Rahmen von Beratung und Information stattfinden sollten, um Patienten und Angehörigen in ihren jeweiligen Krankheits- und veränderten Lebenssituationen Unterstützung zu bieten.²⁹²
- In Artikel 12 werden Möglichkeiten aufgezeigt, wie Patienten und Angehörige von Pflegenden systematisch in Entscheidungsprozesse mit einbezogen, transparent informiert und beraten, in Behandlungsabläufe eingewiesen, integriert und geschult werden können.²⁹³ Die Aspekte der Schulung und Beratung werden unter F1.1.4 und F1.1.5 auf Seite 69 und 71 vorgestellt.
- Die Möglichkeiten des Internets, um Patienteninformationen bereitzustellen, werden in Artikel 14 beschrieben. Krankenhäuser könnten über speziell gestaltete Seiten im Internet und Intranet Patienten und Angehörigen die Möglichkeit bieten, sich zu informieren und virtuell auszutauschen. Die Aufgaben des Pflegepersonals liegen dabei in der Vermittlung und Betreuung der virtuellen Angebote und Hinweise.²⁹⁴ „Durch das Gefühl, mitreden zu können, erlangen die PatientInnen zugleich mehr Partizipation d. h., es ist eine stärkere Mitbeteiligung und Integration der PatientInnen möglich.“²⁹⁵

²⁸⁶ Artikel 11: Vgl. Schwartz 2003, S. 588f

²⁸⁷ Artikel 30: Vgl. Adler 2008, S. 792ff

²⁸⁸ Artikel 35: Vgl. Hallbauer; Welle 2011, S. 31f

²⁸⁹ ANE-Syndrom bedeutet: Anorexia (Appetitmangel), Nausea (Übelkeit), Emesis (Erbrechen). Vgl. Bernd; Horn et al. 2007, S. 5

²⁹⁰ Vgl. Bernd; Horn et al. 2007, S. 11f

²⁹¹ Zu den 8 Artikeln gehören: Artikel 2, 12, 14, 15, 20, 21, 25, 33, 34

²⁹² Vgl. Koch-Straube 2000, S. 2

²⁹³ Vgl. George; George 2003, S. 966ff

²⁹⁴ Vgl. Deutschmann 2005, S. 111f

²⁹⁵ Deutschmann 2005, S. 105

- Eine inhaltliche Auseinandersetzung zum Thema Beratung im Krankenhaus erfolgt in Artikel 15. Im Rahmen einer Literaturanalyse wurde ermittelt, dass vorhandene Schulungs- und Informationsmaterialien zum Thema Diabetes mellitus, Inkontinenz und Stomaanlagen keine Grundlage für eine patientenorientierte Beratung bieten. Gründe dafür sind zum einen die Vermischung von Wissensvermittlung innerhalb von Schulung und psychosozialer Beratung. Zum anderen sind die Zielsetzungen auf Verhaltensänderung und Vermittlung von medizinischem Wissen ausgelegt. Die geringen Einflussmöglichkeiten der Patienten auf das Geschehen und die fehlenden Kompetenzen von Pflegenden innerhalb der Durchführung, werden als weitere Gründe festgehalten. Die Lösungsmöglichkeiten liegen hierbei auf einer systemischen Betrachtung d. h., der Einbezug des sozialen Umfeldes und einer interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb des therapeutischen Teams. Die Rolle der Pflegenden wird hier als die eines Lotsen beschrieben: ein Vermittler an Spezialisten wie Sozialarbeiter oder Psychologen, wenn die eigenen Beratungsgrenzen ersichtlich werden.²⁹⁶
- Artikel 20 und 21 werden inhaltlich zusammengefasst, da der Ursprung der Artikel von einem Autor und einer Diplomarbeit entspringt. Artikel 20 wurde in der Zeitschrift „Die Schwester Der Pfleger“ und Artikel 21 in der Zeitschrift „Pflegerwissenschaft“ veröffentlicht. Beide Artikel sind im Juni 2006 erschienen. In den Artikeln wird ein Konzeptentwurf für pflegebezogene Patientenedukation in der Onkologie vorgestellt. Grundorientierung für den Aufbau eines Patientenedukationssystems in der Onkologie bildet eine ausgewählte Leitlinie. Diese zeigt verschiedene Bereiche auf und setzt Richtlinien fest, welche gegeben sein müssen, damit ein Patientenedukationssystem umsetzbar wird. In Artikel 20 werden die Inhalte der Leitlinie für ein Patientenedukationsprogramm vorgestellt, in Artikel 21 einzelne, schon erprobte, Elemente eines Edukationssystems: Nähe der Berater zum Patienten, Prozessbegleitung, Ressourcen zum Erstellen, Implementieren, Evaluieren – Know-how, Bibliothek, externes Angebot, Patientenedukation als Organisationsziel, interdisziplinäre Zusammenarbeit²⁹⁷, welche die Grundlagen der Konzeption bilden.

²⁹⁶ Vgl. Huber 2005, S 109f

²⁹⁷ Artikel 20: Vgl. Naegele 2006a, S. 433 und Artikel 21: Vgl. Naegele 2006b, S. 353

- In Artikel 25 erfolgt eine inhaltliche Auseinandersetzung mit Patientenedukation im Krankenhaus für Menschen mit einer Herzinsuffizienz.²⁹⁸ Die aufgeführten Schulungsaspekte werden in F1.1.4 thematisiert.
- Artikel 33, erschienen im Jahr 2010, widmet sich dem Bereich der evidenzbasierten Patienteninformation und der Rolle der Pflegenden innerhalb des Bereiches der informierten Entscheidungsfindung. Der Fokus liegt aber hierbei auf der Anleitung und dem Training von Patienten in Fertigkeiten und Fähigkeiten, um die therapeutisch-diagnostischen Entscheidungen auszuführen, die zwischen Arzt und Patient getroffen wurden. Angestrebtes Ziel ist oftmals, die „Compliance“ der Patienten zu erhöhen. Nur in Ausnahmefällen begleiten die Pflegenden die Vorbereitung, Begleitung und Unterstützung bei informierten Entscheidungsfindungen. Aufgrund der fehlenden strukturierten Entscheidungshilfen für Inhalte und Ziele von Beratung und Informationen (am Beispiel des Expertenstandards „Sturzprophylaxe“), wird der derzeitigen Situation innerhalb der Durchführung der Pflegenden eine Beliebigkeit anheim gestellt.²⁹⁹
- Innerhalb des Artikels 34 wird ein entwickeltes Beratungskonzept vorgestellt: „Wittener Werkzeuge – ein Doublecare-Beratungsansatz für die Pflege“, das im Rahmen einer Seminargruppenarbeit der Universität Witten/ Herdecke konzipiert wurde. Ausgangspunkt und Grundlage innerhalb von Beratungsgesprächen zwischen Pflegenden und Patienten sind die Beratungsmodalitäten (Begegnungssituationen), welche sich in sehen, hören, fühlen, sprechen und tun unterteilen lassen. Damit sich eine für den Patienten hilfreiche Begegnung entwickeln kann, wurden die oben genannten Beratungsmodalitäten konkretisiert. Fünf beraterische Werkzeuge wurden von den Beratungsmodalitäten abgeleitet: Achtsamkeit, Einlassung, Empathie, Ressourcing und Berührung. Die Umsetzung und Anwendung dieser Werkzeuge werden mit der Bezeichnung PatientCare versehen. Die Umsetzung und Anwendung der Beratungswerkzeuge auf den Berater wird als SelfCare beschrieben. SelfCare bezieht sich hierbei, abgeleitet von den oben genannten Beratungsmodalitäten, auf Introspektion, Intuition, Sich-Selbst-Spüren, Selbstermutigung und Selbststärkung. Die Wege und Methoden innerhalb der Umsetzung, die diese auf systematische Weise unterstützen, werden mit DoubleCare beschrieben.³⁰⁰ „Mit sich und mit anderen in einer Art und Weise

²⁹⁸ Vgl. Kolbe 2007, S. 989ff

²⁹⁹ Vgl. Köpke; Meyer 2010, S. 12ff

³⁰⁰ Vgl. Bamberger 2010, S. 1182ff

umgehen, die kraftvoller, ideenreicher und mutiger macht – und mit einem größeren Vertrauen in sich selbst und in andere korrespondiert.“³⁰¹

4.6.2 Ergebnisse der Analysekatgorie F2 Studie

Innerhalb der Analysekatgorie F2 „Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Pflegeberatung/ Schulung/ Anleitung/ Information, die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor“, wurden für den Erhebungszeitraum von 11 Jahren 7 Artikel identifiziert. Artikel 19 wurde mit „teilweise vorhanden“ markiert und im Verlauf darauf nur punktuell eingegangen, da die Autoren das Ergebnis ihrer durchgeführten Studie limitieren und die gezogene Stichprobe als nicht repräsentativ erachten.³⁰² Aufgrund der Übersichtlichkeit und Nachvollziehbarkeit findet die thematische und inhaltliche Ergebnisdarstellung der Studien in Punkt 4.8, Ergebnisse der Analysekatgorie F2.1 Studie, statt.

4.7 Ergebnisse der Analysekatgorie F1.1 Praxis

Die Ergebnisse der Analysekatgorien F1.1.1 bis F1.1.5 werden im Verlauf vorgestellt. Aus Gründen der Übersichtlichkeit und des Verständnisses erfolgt eine Darstellung der Bezeichnungen der Analysekatgorien.

- F1.1.1: Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich?
- F1.1.2: Wenn ja, welches Krankenhaus/Abteilung ist beteiligt, wer ist Kooperationspartner?
- F1.1.3: Wurde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt?
- F1.1.4: Beispiel für einen Schulungsaufbau/ -ablauf/ -inhalt/ und Ergebnis.
- F1.1.5: Beispiel für einen Beratungsaufbau/ -ablauf/ -inhalt.

Innerhalb der Ergebnisdarstellung der einzelnen Katgorien wird nur die Katgorienbezeichnung aufgeführt.

4.7.1 Ergebnisse der Analysekatgorie F1.1.1

Wie in Punkt 4.6.1 ersichtlich wird, konnten in 23 Artikeln konkrete Praxisbeispiele, Praxisprojekte oder –konzepte ermittelt werden. Ausgehend von 23 Artikeln wurde in 17 Artikeln ein Durchführungsbereich beschrieben.

³⁰¹ Bamberger 2010, S. 1184

³⁰² Vgl. Bossle; Köberich et al. 2006, S. 139

In 7 Artikeln³⁰³ wurden chirurgische Stationen inklusive einer Hals-Nasen-Ohren Klinik als Umsetzungsbereich angeführt.

In den Artikeln 22 und 37 wurde die Onkologie³⁰⁴ und in den Artikeln 13 und 30 die Neurologie³⁰⁵ benannt. Der Durchführungsbereich in Artikel 23 und 24, welche ein Patienteninformationszentrum³⁰⁶ vorstellen, wird das jeweilige Krankenhaus als Durchführungsbereich angegeben. Das Patienteninformationszentrum aus Artikel 31 findet seinen Wirkungsbereich in einem Herzzentrum.³⁰⁷ Artikel 18 bezieht sich auf ein Vaskulitiszentrum.³⁰⁸ Der Bereich in Artikel 6 wird nur durch die allgemeine Beschreibung „acht Stationen“ bestimmt³⁰⁹ und in Artikel 7 werden 3 Krankenhausbetriebsstätten angeführt.³¹⁰

An dieser Stelle lässt sich festhalten, dass in den Artikeln 6 und 8, die sich aufeinander beziehen, da der Artikel 8 die Evaluationsergebnisse des vorgestellten Modellprojektes in Artikel 6 beschreibt, von ursprünglich 8 Stationen, die Ergebnisse nur einer Station vorgestellt werden, bzw. nur diese Station im Rahmen der Bestimmung des Durchführungsbereichs weiterhin aufgeführt wird.³¹¹

4.7.2 Ergebnisse der Analysekategorie F1.1.2

Für die Analysekategorie F1.1.2 wurden in 22 Artikeln Hinweise identifiziert, in denen eine Bestimmung von Krankenhäusern vorgenommen wurde.³¹² In der genauen Betrachtung der Artikel konnte festgestellt werden, dass es zu Mehrfachnennungen von Krankenhäusern kam. Artikel 1 und 37 wurden mit „teilweise vorhanden“ markiert, da nur die allgemeinen Hinweise „ein westfälisches Schwerpunktkrankenhaus“ und „Durchführung in einer Klinik“ getätigt wurden.³¹³

Innerhalb des Erhebungszeitraums von 11 Jahren konnten 17 Krankenhäuser identifiziert werden, in denen Aktivitäten im Rahmen von Patientenedukation durchgeführt worden sind und die in den zu analysierenden Artikeln veröffentlicht wurden. Zu den Krankenhäusern, die mehrfach aufgeführt wurden, gehören das Kreiskrankenhaus

³⁰³ Zu den Artikeln gehören: Vgl. Artikel 8, S. 869f; 9, S. 228; 11, S. 589; 13, S. 98; 17, S. 476; 29, S. 594; 30, S. 795; 35, S. 31; 36, S. 532

³⁰⁴ Vgl. Artikel 22, S. 5; Vgl. Artikel 37, S. 346

³⁰⁵ Vgl. Artikel 13, S., 98; Vgl. Artikel 30, S. 794

³⁰⁶ Vgl. Artikel 23, S. 312; Vgl. Artikel 24, S. 220f

³⁰⁷ Vgl. Artikel 31, S. 151

³⁰⁸ Vgl. Artikel 18, S. 629

³⁰⁹ Vgl. Artikel 6, S. 473

³¹⁰ Vgl. Artikel 7, S. 563

³¹¹ Artikel 6: Vgl. Thomas; Wimitzer 2001, S. 473 und Artikel 8: Vgl. Thomas; Wimitzer 2001, S. 869f

³¹² Zu den Artikeln gehören: Artikel 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 16, 18, 22, 23, 24, 26, 28, 29, 30, 31, 35, 36, 37

³¹³ Vgl. Artikel 1, S. 57; Vgl. Artikel 37, S. 38

Lüdenscheid, welches in drei Artikeln aufgeführt wurde³¹⁴, das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder³¹⁵ und das Krankenhaus München-Neuperlach, welche in jeweils 2 Artikeln benannt wurden.³¹⁶

Für die 14 weiteren Kliniken kann festgehalten werden, dass 6 Universitätskliniken in den Artikeln genannt worden sind.³¹⁷

Bezogen auf die Frage der Kooperationspartner kann festgehalten werden, dass 4 wissenschaftliche Institutionen aufgeführt worden sind, die Krankenhäuser in ihren Aktivitäten unterstützen und wissenschaftlich begleiten: das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/ Herdecke³¹⁸, das Zentrum für Angewandte Pflegeforschung, Pflegeökonomie und -wirtschaftslehre ZePP der Katholischen Fachhochschule Freiburg³¹⁹, die Fachhochschule Hannover³²⁰ und die Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg/ mit der Technischen Universität München.³²¹

Laut Statistischem Bundesamt gab es im Jahr 2011 2045 Krankenhäuser.³²² In 17 Krankenhäusern konnten für die Jahre 2000 – 2011 Aktivitäten zur Patientenedukation in den identifizierten Artikeln festgestellt werden, bzw. 17 Krankenhäuser waren bereit, ihre Aktivitäten im Rahmen von 4 Pflegefachzeitschriften zu veröffentlichen und der „Pflegefachwelt“ zu präsentieren. Bezogen auf die Gesamtheit aller Artikel steht das Verhältnis der 37 Artikel zum Thema Patientenedukation im Krankenhaus zu 2045 Krankenhäusern. Auch wenn in der kritischen Auseinandersetzung mit dem Ergebnis der Hinweis angeführt werden würde, dass sich die Untersuchung nur auf 4 Fachzeitschriften bezieht, kann von diesem Ergebnis eine Tendenz abgeleitet werden. Im Rahmen der Frage, die es in dieser Arbeit zu untersuchen galt, wie sich die Darstellung und Umsetzung von Edukation im Krankenhaus innerhalb der Praxis abbildet, kann positiv festgehalten werden, dass Krankenhäuser Aktivitäten zur Patientenedukation durchführen aber diese nur bedingt im Rahmen von Fachzeitschriften veröffentlichen; negativ formuliert: die praktische Umsetzung von Patientenedukation, Beratung, Schulung, Anleitung, Information findet innerhalb von Krankenhäusern nur punktuell statt und wird nur

³¹⁴ Vgl. Artikel 4, 5, 26

³¹⁵ Vgl. Artikel 26, 30

³¹⁶ Vgl. Artikel 6, 8

³¹⁷ Vgl. Artikel 9, 18, 22, 23, 35, 36

³¹⁸ Vgl. Artikel 1, 4, 5, 26

³¹⁹ Vgl. Artikel 31, S. 152

³²⁰ Vgl. Artikel 36, S. 533

³²¹ Vgl. Artikel 22, S. 5

³²² Vgl. Statistisches Bundesamt 2011

punktuell gefördert und unterstützt. Setzt man dieses Ergebnis mit dem Ergebnis aus Punkt 4.4 in Verbindung, in dem ersichtlich wird, dass Pflegekräfte nur punktuell, intuitiv, nicht strukturiert Patientenedukation im Sinne von Beratung, Schulung, Anleitung und Information durchführen, könnte dieses als Spiegelbild verstanden werden, bzw. dass sich dieses bedingt.

4.7.3 Ergebnisse der Analysekategorie F1.1.3

In der kritischen Auseinandersetzung mit dem Ergebnis der Analysekategorie F1.1.3 wurde deutlich, dass die Frage nach einer Dauerhaftigkeit relativ ist und diese zu Beginn der Analyse nicht festgelegt wurde. Des Weiteren kann durch das vorhandene Material nicht nachvollzogen werden, ob die angeführten Beispiele noch heute Bestand haben. Das heißt, auch wenn vor 5 Jahren ein Praxisbeispiel seit 3 Jahren durchgeführt worden ist, besteht die Möglichkeit, dass dieses am Ende des Erhebungszeitraums nicht mehr existiert. Nur im Artikel 35, erschienen im Januar 2011, mit einer Durchführungszeit von 5 Jahren, kann von einer beständigen Einführung gesprochen werden. Es lässt vermuten, dass das Praxisbeispiel „Kanülensprechstunde“, welches in Artikel 35 vorgestellt wird, am Ende des Erhebungszeitraums 2011 noch existiert.³²³

4.7.4 Ergebnisse der Analysekategorie F1.1.4

Für die Analysekategorie F1.1.4 konnten 14 Artikel³²⁴ identifiziert werden, die sich dem Thema Patientenschulung widmeten. Artikel 25 und 30 wurden mit „teilweise vorhanden“ markiert, da sie nur Teilaspekte der Schulungen, wie zum Beispiel Schulungsinhalte, vorstellen.

Mit Ausnahme der Artikel 5, 6, 12 und 24 werden innerhalb der 14 Artikel Schulungsaspekte für unterschiedliche Krankheitsbilder und Patientengruppen aufgeführt. Dazu gehören Patienten und deren Angehörige, die sich auf die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt vorbereiten³²⁵, Patienten mit hüftnahen Frakturen³²⁶, tracheotomierte Patienten³²⁷, Patienten mit systemischer Vaskulitis³²⁸, Patienten mit dem Krankheitsbild der Herzinsuffizienz³²⁹, Patienten nach einer Herztransplantation³³⁰,

³²³ Vgl. Hallbauer; Welle 2011, S. 31

³²⁴ Zu den 14 Artikeln gehören: Artikel 5, 6, 7, 8, 9, 12, 17, 18, 25, 29, 30, 36, 37

³²⁵ Vgl. Artikel 7; S. 562f

³²⁶ Vgl. Artikel 8, S. 870 und Vgl. Artikel 17, S. 474f

³²⁷ Vgl. Artikel 9, S. 229ff

³²⁸ Vgl. Artikel 18, S. 629ff

³²⁹ Vgl. Artikel 25, S. 1000

³³⁰ Vgl. Artikel 29, S. 594f

nierentransplantierte Patienten³³¹, Patienten, die an Multiple Sklerose erkrankt sind³³² und Patienten, die im Rahmen einer onkologischen Erkrankung eine Chemotherapie erhalten.³³³ In Artikel 6 wird die Analogie eines Schulungsprozesses vorgestellt, wobei die Zielgruppe nicht genau bestimmt wird.³³⁴ In Artikel 12 erfolgt eine thematische Auseinandersetzung mit dem Bereich der Patientenschulung. Es wird ein möglicher Schulungsablauf inklusive inhaltlicher Aspekte vorgestellt.³³⁵

Der Artikel 5 stellt ein Schulungskonzept für Pflegende zum Thema „Pflegende schulen Patienten und deren Bezugspersonen zur Selbstpflege“ vor.³³⁶ In Artikel 24 werden die Inhalte eines Intensivseminars für Pflegekräfte zum Thema Beratung vorgestellt.³³⁷

Die Durchführung der Patientenschulungen findet in den Artikeln 6, 7, 17, 36, 37 direkt am Patientenbett statt.³³⁸ In Artikel 18 ist ein eigens für die Schulung ausgestatteter Raum Ort der Durchführung.³³⁹ Die Durchführung der Schulungen erfolgt durch das Pflegepersonal, mit Ausnahme der Artikel 7 und 18. In Artikel 7 führen Pflegefachberater und in Artikel 18 geschulte Trainer eines interdisziplinären Teams die Schulungen durch.³⁴⁰

Der Ablauf der Schulung erfolgt über die Bedarfsermittlung, die Festlegung von Schulungszielen, die Durchführung der daraus abgeleiteten Maßnahmen und die Evaluation. Der Schulungsprozess erfolgt analog zum Pflegeprozess, dieser Hinweis wird in Artikel 8 und 17 gegeben.³⁴¹

In den Artikeln 6, 8 und 17 werden anhand von Messinstrumenten der Schulungsbedarf, die Selbständigkeit und die Kompetenzen erhoben.³⁴² In Artikel 9 erfolgt die Einschätzung der vorhandenen Kompetenzen, um den Schulungsbedarf abzuleiten, ebenfalls über festgelegte Einschätzungskriterien.³⁴³ In Artikel 29 beginnt die Schulung schon indirekt durch das Aushändigen einer Broschüre.³⁴⁴ Die Zielsetzungen der Schulung werden mit dem Patienten festgelegt. Außerdem orientieren sich diese an der Pflegeplanung und an

³³¹ Vgl. Artikel 36, S. 534ff

³³² Vgl. Artikel 30, S. 793

³³³ Vgl. Artikel 37, S. 343ff

³³⁴ Vgl. Artikel 6, S. 472f

³³⁵ Vgl. Artikel 12, S. 969 f

³³⁶ Vgl. Artikel 5, S. 130f

³³⁷ Vgl. Artikel 24, S. 220

³³⁸ Vgl. Artikel 6, S. 472; Vgl. Artikel 7, S. 562; Vgl. Artikel 17, S. 474f; Vgl. Artikel 37, S. 343f

³³⁹ Vgl. Artikel 18, S. 631

³⁴⁰ Vgl. Artikel 7, S. 562; Vgl. Artikel 18, S. 631

³⁴¹ Vgl. Artikel 8, S. 870; Artikel 17, S.

³⁴² Vgl. Artikel 6, S. 472f; Vgl. Artikel 8, S. 870; Vgl. Artikel 17, S. 474f

³⁴³ Vgl. Artikel 9, S. 229

³⁴⁴ Vgl. Artikel 29, S. 595

den individuellen Lernbedürfnissen³⁴⁵ oder sind im Vorfeld getroffen worden. Dieses wird ersichtlich durch die festgelegten Inhalte einer Schulung in den Artikeln 18, 29, 36 und 37.³⁴⁶ Der Ablauf und die Inhalte der Schulungen sind auf die speziellen Erfordernisse, die die jeweilige Krankheitssituation mit sich bringt, angepasst. Die Vermittlung von Wissen und das Erlernen bestimmter Fertigkeiten und Fähigkeiten sind in allen Artikeln zu finden. Die Tätigkeiten und Fähigkeiten werden solange geübt, bis der Patient oder der Angehörige die jeweiligen Handlungen selbständig und sicher ausführen kann.³⁴⁷ Artikel 18 und 37 können als standardisierte Schulungsprogramme verstanden werden, da diese eine feste Ablauf- und Inhaltsstruktur und Methodik aufweisen. In Artikel 9, 18, 29, 37 wird ebenfalls auf den Einsatz unterschiedlicher Lehrmethoden hingewiesen.³⁴⁸ Der Hinweis für eine anschließende Evaluation der Schulungen wird in Artikel 6, 8, 9, 18, 29, 36 und 37 gegeben.³⁴⁹ Die Schulungen aus Artikel 17, 37 wurden im Rahmen einer Studie durchgeführt und in dieser auch evaluiert. Diese werden in Punkt 4.8 vorgestellt. Für die Gesamtheit der Artikel kann festgehalten werden, dass im Vergleich zur Begriffsbestimmung „Schulung“ (bezogen auf die Bedarfsermittlung, Schulungsplanung, Durchführung und Evaluation) in Punkt 1.4 eine Übereinstimmung zu finden ist.

4.7.5 Ergebnisse der Analysekategorie F1.1.5

Für die Analysekategorie F1.1.5 kann festgehalten werden, dass in 10 Artikeln der Bereich der praktischen Umsetzung einer Beratung thematisiert wurde.³⁵⁰ Innerhalb dieser 10 Artikel konnten Artikel identifiziert werden, die neben dem Beratungsaspekt ebenfalls das Thema der Patientenschulung aufnahmen, bzw. die vorgestellten Schulungen auch einen Beratungsanteil enthielten.³⁵¹ Zu diesen Artikeln gehören Artikel 6, 7, 12, 36, 37.

Das Beratungsgespräch bildet die Basis für eine Schulung, die in Artikel 6 vorgestellt wird.³⁵² In Artikel 7 wird das Beratungsgespräch im Rahmen einer Angehörigenschulung am Patientenbett durchgeführt.³⁵³ Der Artikel 12 setzt sich inhaltlich mit der Thematik der Beratung auseinander. Es wird neben einem theoretisch dargestellten Schulungsablauf

³⁴⁵ Vgl. Artikel 7, S. 562f; Vgl. Artikel 8, S. 870

³⁴⁶ Vgl. Artikel 18, S. 631; Vgl. Artikel 29, S. 594f; Vgl. Artikel 36, S. 534; Vgl. Artikel 37, S. 343ff

³⁴⁷ Vgl. Artikel 6, S. 472f; Artikel 7, S. 562f; Vgl. Artikel 8, S. 870; Vgl. Artikel 17, S. 474f; Vgl. Artikel 37, S. 343f

³⁴⁸ Vgl. Artikel 9, S. 229f; Vgl. Artikel 18, S. 630; Vgl. Artikel 29, S. 596; Vgl. Artikel 37, S. 344ff

³⁴⁹ Vgl. Artikel 6, S. 473; Vgl. Artikel 8, S. 871ff; Vgl. Artikel 9, S. 232f; Vgl. Artikel 18, S. 631; Vgl. Artikel 29, S. 595f; Vgl. Artikel 36, S. 537; Vgl. Artikel 37, S. 347ff

³⁵⁰ Zu den Artikeln gehören: Artikel 6, 7, 11, 12, 13, 28, 30, 35, 36, 37

³⁵¹ Siehe 4.7.4, Ergebnisse der Analysekategorie F1.1.4

³⁵² Vgl. Artikel 6, S. 472

³⁵³ Vgl. Artikel 7, S. 563

ebenfalls ein theoretischer Beratungsablauf aufgeführt.³⁵⁴ Die Inhalte der Pflegeberatung für nierentransplantierte Patienten werden im Artikel 36 vorgestellt.³⁵⁵ Die Inhalte des Beratungsgesprächs, welches im Rahmen einer Einzelschulung für „Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen“ stattfindet, wird in Artikel 37 vorgestellt.³⁵⁶ In Artikel 11, 30, 35 findet Beratung im Rahmen einer Sprechstunde statt. In Artikel 11 werden Beratungsinhalte einer Inkontinenzsprechstunde, in Artikel 30 Schwerpunkte einer Multiple Sklerose –Sprechstunde und in Artikel 35 Beratungsinhalte einer Sprechstunde für tracheotomierte Patienten dargestellt.³⁵⁷ Die Beratung anhand von Edukationskarten für epilepsieerkrankte Patienten wird in Artikel 13 vorgestellt. Der Artikel 28 stellt den Ablauf einer Pflegefachberatung vor.³⁵⁸

Für die 10 oben genannten Artikel, die sich mit der praktischen Umsetzung von Beratung auseinandersetzen, kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass nur Artikel 12 eine Definition von Beratung bereitstellt.³⁵⁹

Bezogen auf die Ermittlung des Beratungsbedarfs werden in 5 Artikeln (6, 11, 12, 28, 36) Hinweise zur Bedarfsbestimmung gegeben. In Artikel 6 entsteht der Beratungsbedarf auf Grundlage eines vorhandenen Selbstpflegedefizits. Innerhalb des Artikels 11 bilden das Pflegeaufnahmegespräch, die Pflegeanamnese und ein Inkontinenz-Assessment die Grundlage für die Bedarfsbestimmung an Beratung. Der Beratungsbedarf in Artikel 12 wird anhand der Kenntnisse des Krankheitsverlaufes, bzw. welcher sich daraus ergibt, ermittelt. Selbstpflegedefizit und komplexe Versorgungsprobleme bilden die Grundlage für eine Pflegefachberatung in Artikel 28. In Artikel 36 wird im Rahmen eines Beratungsassessments der Beratungsbedarf abgeleitet und bestimmt. Auf die Ermittlung vorhandener Ressourcen der Patienten und Angehörigen wird nur in Artikel 12 und Artikel 30 eingegangen.³⁶⁰

Die Ausrichtung des Beratungsgeschehens und der Beratungsinhalte liegen in den Artikeln 6, 11, 12, 13, 28, 30, 35, 36, 37 auf der Weitergabe von Informationen, bezogen auf medizinisch-pflegerisches Wissen über manuelle Fähigkeiten und Fertigkeiten.³⁶¹ Wobei psychosoziale Aspekte (zum Beispiel Ängste, Sorgen, Selbst- und Körperwahrnehmung,

³⁵⁴ Vgl. Artikel 12, S. 968

³⁵⁵ Vgl. Artikel 36, S. 536 f

³⁵⁶ Vgl. Artikel 37, S. 344

³⁵⁷ Vgl. Artikel 11, S. 589; Vgl. Artikel 30, S. 795; Vgl. Artikel 35, S. 32

³⁵⁸ Vgl. Artikel 13, S. 99; Vgl. Artikel 28, S. 375f

³⁵⁹ Ergebnisse Analysekatgorie B1, S. 45

³⁶⁰ Vgl. Artikel 6, S. 472; Vgl. Artikel 11, S. 589; Vgl. Artikel 12, S. 968; Vgl. Artikel 28, S. 375f; Vgl. Artikel 36, S. 537; Vgl. Artikel 12, S. 968; Vgl. Artikel 30, S. 794

³⁶¹ Vgl. Artikel 6, S. 472; Vgl. Artikel 11, S. 589; Vgl. Artikel 12, S. 968; Vgl. Artikel 28, S. 375f; Vgl. Artikel 30, S. 794; Vgl. Artikel 35, S. 32; Vgl. Artikel 36, S. 536; Vgl. Artikel 37, S. 344

der Umgang mit krankheitsbedingten Einschränkungen im Beruf oder Freizeit) innerhalb der Artikel 7 und 36 einen inhaltlichen Anteil besitzen.³⁶²

Eine Evaluation der Beratung findet in Artikel 11, 28, 35 statt.³⁶³ Die Durchführung der Beratung findet in Artikel 6, 7, 12, 13, 28, 30, 36 und 37 direkt am Patientenbett, in Artikel 11 und 35 in einem separaten Raum statt.³⁶⁴ In 5 Artikeln nehmen die Angehörigen des Patienten am Beratungsgeschehen teil.³⁶⁵ Ein pflegetheoretischer Bezug wird, durch die Nutzung von theoretischen Begrifflichkeiten, in Artikel 6 und 36 hergestellt.³⁶⁶

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich das theoretische Verständnis von Beratung in Punkt 1.5 in der praktischen Umsetzung widerspiegelt, wobei ersichtlich wird, dass der Fokus auf der praktischen Hilfestellung durch die Weitergabe von Informationen und manuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten liegt. In wieweit die emotionale und soziale Entlastung innerhalb der Beratung eine Rolle spielen, kann an dieser Stelle nur vermutet werden, da nur 2 Artikel diese im Ansatz thematisieren. Der theoretische Rahmen, der die Grundlage einer Beratung bilden sollte, von dem das Menschenbild, die Haltung und die Nutzung von Methoden abgeleitet werden, wird nur in zwei Artikeln thematisiert. Wie und ob sich diese in der realen Beratungssituation wiederfinden, kann an dieser Stelle nicht beurteilt werden.

4.8 Ergebnisse der Analysekategorie F2.1 Studie

Wie bereits in 4.6.2 beschrieben, wurden innerhalb des Erhebungszeitraumes von 11 Jahren 7 Artikel identifiziert³⁶⁷, in denen eine Studie zum Thema vorgestellt wird. Die vorgestellte Studie in Artikel 19 wurde mit „teilweise vorhanden“ markiert. Zum einen limitieren die Autoren das Ergebnis und zum anderen bezeichnen sie die erhobene Stichprobe als nicht repräsentativ.³⁶⁸ Aus Gründen der Vollständigkeit wird diese in Kürze vorgestellt. Die Ergebnisse der Analysekategorien F2.1.1 bis F.2.1.4 werden im Verlauf gemeinsam, bezogen auf die identifizierten Artikel, vorgestellt.

In Artikel 3, erschienen im Jahr 2000, werden Auszüge einer Diplomarbeit dargestellt, die sich den Fragen widmet, ob Beratung eine pflegerische Aufgabe ist und wie diese ausgeübt

³⁶² Vgl. Artikel 7, S. 563; Vgl. Artikel 36, S. 536

³⁶³ Vgl. Artikel 11, S. 589; Vgl. Artikel 28, S. 376; Vgl. Artikel 35, S. 32

³⁶⁴ Vgl. Artikel 6, S. 472; Vgl. Artikel 7, S. 562; Vgl. Artikel 12, S. 968; Vgl. Artikel 13, S. 99, Vgl. Artikel 28, S. 375f; Vgl. Artikel 30, S. 794; Vgl. Artikel 36, S. 536; Vgl. Artikel 37, S. 344; Vgl. Artikel 11, S. 589; Vgl. Artikel 35, S. 32

³⁶⁵ Vgl. Vgl. Artikel 6, S. 472; Vgl. Artikel 7, S. 562; Vgl. Artikel 12, S. 968; Vgl. Artikel 28, S. 375f; Vgl. Artikel 35, S. 32

³⁶⁶ Vgl. Artikel 6, S. 472; Vgl. Artikel 36, S. 536

³⁶⁷ Zu den Artikeln gehören: Artikel 3, 10, 17, 19, 27, 32 und 37

³⁶⁸ Vgl. Artikel 19, S. 135 und S. 139

wird.³⁶⁹ Mittels 12 durchgeführter Interviews wird diesen Fragen nachgegangen. Die Interviewteilnehmer bestanden aus einer vorher definierten Gruppe an examiniertem Krankenpflegepersonal ohne weitere Zusatzqualifikation und einer aktuellen Berufstätigkeit ausschließlich auf allgemeinen Pflegestationen. Die erhobenen Daten der Interviews wurden innerhalb eines Kategoriensystems analysiert.³⁷⁰ Im Rahmen der durchgeführten Interviews wurde festgestellt, dass Beratung von Pflegekräften durchgeführt wird. Es ist aber nicht klar erkennbar, ob es aus einem beruflichen oder eher persönlichen Auftrag im Rahmen der Pflege entspringt. Pflegekräfte sind noch nicht in der Lage, Beratung professionell auszuüben. Hierzu fehlt es an Fähigkeiten zur Reflexion des eigenen beruflichen Handelns und der eigenen Person. Beratung in der Somatik wird eher als persönlicher, weniger als offizieller Arbeitsauftrag betrachtet. Der berufliche Schwerpunkt liegt in der „manuellen“ Versorgung der Patienten. Pflegekräfte werden innerhalb der Aus- und Fortbildung nicht ausreichend auf die kommunikativen Anteile des Aufgabenfeldes Beratung vorbereitet. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass Beratung in der Pflege in den wenigsten Fällen professionell geleistet werden kann.³⁷¹

Im Rahmen der Verlaufsbeobachtung in Form einer multizentrischen prospektiven Panelstudie wurde untersucht, ob ein bundesweites Hypertonie-, Behandlungs- und Schulungsprogramm die Betreuungs- und Versorgungsqualität von Patienten mit Diabetes mellitus und Hypertonie optimiert. Die Durchführung und Ergebnisse der Studie werden in Artikel 10, erschienen im Jahr 2002, vorgestellt.³⁷² Initiator der Studie war der Verband der Diabetes – Beratung- und –Schulungsberufe Deutschland (VDBD). Die Studie wurde vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke begleitet. Nach Beendigung eines standardisierten Schulungsprogramms wurden die teilnehmenden Patienten anhand einer standardisierten Fragebogenerhebung zu festgelegten Zeiträumen begleitet. Dabei stand eine medizinische Datenerhebung im Vordergrund. Die Studie hat ergeben, dass durch die Schulung komplexe Zusammenhänge vereinfacht vermittelt werden konnten und dies dazu beigetragen hat, dass Medikamente regelmäßig eingenommen, der Blutdruck selbständig kontrolliert wurde und vielleicht eher Kontrolltermine bei den entsprechenden Ärzten wahrgenommen wurden.³⁷³

³⁶⁹ Vgl. Artikel 3, S.4

³⁷⁰ Vgl. Artikel 3, S. 7

³⁷¹ Vgl. Artikel 3, S. 7ff

³⁷² Vgl. Artikel 10, S. 904

³⁷³ Vgl. Artikel 10, S. 904 f

Der Artikel 17, erschienen 2005, stellt eine Studie vor, die begleitend zu einem Schulungsprojekt durchgeführt worden ist. Das Schulungsprojekt wird im Artikel 8 vorgestellt. Innerhalb des Artikels 17 wird dieses Projekt zusammenfassend dargestellt. Im Rahmen einer innerbetrieblichen Schulung wurden die Pflegekräfte auf das Projekt vorbereitet.³⁷⁴ Ziel der Studie ist es, neben der Integration von Schulung und Anleitung als pflegerische Aufgabe innerhalb des Stationsablaufs³⁷⁵ zu ermitteln, welche Auswirkung Pflegeberatung und -schulung auf Patienten und Angehörige, bezogen auf Wissensvermittlung, Umgang mit Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Selbstständigkeit und Alltagsgestaltung hat. Des Weiteren wird erhoben, wie sich die Auswirkungen von Pflegeberatung und -schulung auf die Pflegekräfte darstellen.³⁷⁶ Die Grundlage der Datenerhebung basiert auf einer durchgeführten Interventions-/ Kontrollstudie von Patienten mit eingeschränkter Mobilität nach hüftnahen Frakturen. Es wurden Schulungen, Anleitungen und Selbstständigkeitstests durchgeführt.³⁷⁷ Die Datenauswertung erfolgte nach der Methode der „Grounded Theory“.³⁷⁸

Innerhalb der Gruppe der geschulten Patienten konnte festgestellt werden, dass die Patienten, im Vergleich zu den nichtgeschulten Patienten, erheblich selbstständiger waren. Des Weiteren verkürzte sich die Krankenhausverweildauer in der häufigsten Altersklasse zwischen 77 und 84 Jahren um 10 Tage. Durch Schulung und Anleitung kommt es zu einer Optimierung der geplanten Weiterversorgung im häuslichen Bereich. Durch die aktive Beteiligung am Schulungs- und Pflegeprozess werden die sozialen und pflegerischen Handlungskompetenzen von Patienten und Angehörigen gestärkt. Bezogen auf die Pflegekräfte kann festgehalten werden, dass Pflegeberatung und -schulung nicht mehr intuitiv und zufällig stattfindet, sondern geplant und reflektiert.³⁷⁹

Der Artikel 19 stellt ein Forschungsprojekt vor, das im Rahmen einer Hochschulveranstaltung von Studenten durchgeführt worden ist. Ziel hierbei war die thematische Auseinandersetzung mit Forschungs- und Entwicklungsmethoden. Mittels einer Fragebogenerhebung, die von den Studenten der Hochschulveranstaltung konzipiert wurde, sollte den Fragen nachgegangen werden, wo Pflegende Beratungstätigkeiten durchführen können, was Beschäftigte im Gesundheitswesen unter Beratung verstehen und

³⁷⁴ Vgl. Artikel 17, S. 476

³⁷⁵ Vgl. Artikel 13, S. 472

³⁷⁶ Vgl. Artikel 13, S. 476f

³⁷⁷ Vgl. Artikel 13, S. 472

³⁷⁸ Vgl. Artikel 13, S. 476

³⁷⁹ Vgl. Artikel 13, S. 472

welche Kompetenzen und Fähigkeiten Beratende im Gesundheitswesen aufweisen sollten.³⁸⁰Die weitere Darstellung der Studie und deren Ergebnisse findet an dieser Stelle aus den oben genannten Gründen keine Berücksichtigung.

In Artikel 27, erschienen im Jahr 2007, wird eine Studie und deren Ergebnisse vorgestellt. Im Rahmen der Studie wird der Frage nachgegangen, inwiefern sich eine pflegerische Beratung positiv auf das Schmerzempfinden und die Lebensqualität auswirken kann. Die Untersuchung wurde auf einer chirurgischen Station des Kreiskrankenhauses Grevenbroich durchgeführt.

Es wurde eine schriftliche Patientenbefragung im Kontrollgruppendesign durchgeführt. Aus allen, über einen Zeitraum von vier Monaten, elektiv operierten Patienten, wurde eine repräsentative Stichprobe gezogen. Per Zufallsprinzip wurden die Patienten in drei Gruppen eingeteilt. Die erste Gruppe bekam am Tag vor der Operation eine einfach gehaltene Informationsbroschüre zum Thema Schmerzbehandlung (Broschürengruppe). Vor der Operation erhielt die zweite Gruppe (Gesprächsgruppe) ein standardisiertes Beratungsgespräch mit grundsätzlich denselben Inhalten. Keine besonderen pflegerischen Beratungsangebote erhielt die dritte Gruppe (Kontrollgruppe). Eine schriftliche Befragung der ausgewählten Patienten erfolgte am dritten postoperativen Tag zu folgenden Themenbereichen: Die Situation des Patienten vor der Operation, Beurteilung der durchgeführten, schmerztherapeutischen Maßnahmen und Erfahrungen und Erkenntnisse der Patienten im Laufe der Behandlung.³⁸¹ Die Studie hat ergeben, dass sich präoperativ eine pflegerische schmerztherapeutische Beratung positiv auf das Befinden und die Wahrnehmung der Schmerzintensität auswirkt, die Patienten in ihrer Selbsteinschätzung und Selbstpflegefähigkeit gestärkt werden und dass eine pflegerische schmerztherapeutische Beratung von den Patienten gewünscht wird.³⁸²

Im Jahr 2009 wird in Artikel 32 die konzeptionelle Arbeit einer Praxisleitlinie für Patienten mit chemotherapie-bedingten Nebenwirkungen vorgestellt. Die Praxisleitlinie wurde im Rahmen einer vom deutschen Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Studie³⁸³ in zwei Universitätskliniken entwickelt.³⁸⁴ Diese Praxisleitlinie soll zur Minderung der Nebenwirkungen wie Appetitmangel, Übelkeit und Erbrechen, auf der Grundlage von Handlungsempfehlungen für Information, Beratung und Anleitung, beitragen. Patienten sollen durch die Interventionen motiviert werden, am

³⁸⁰ Vgl. Artikel 19, S. 134

³⁸¹ Vgl. Artikel 27, S. 1078f

³⁸² Vgl. Artikel 27, S. 1081f

³⁸³ Vgl. Artikel 32, S. 613

³⁸⁴ Vgl. Artikel 32, S. 619

Behandlungsgeschehen teilzunehmen. Die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und das Selbstmanagement liegen dabei im Vordergrund. Die Praxisleitlinie dient gleichzeitig der Verbesserung der pflegerischen Aufgabenwahrnehmung.³⁸⁵ Es wurde auf der Basis der evidenzbasierten Praxisleitlinie eine schriftliche Informationsbroschüre und ein strukturiertes Beratungsgespräch konzipiert. Die Informationsbroschüre und das strukturierte Beratungsgespräch sollen nach einem festgelegten Schema innerhalb eines Chemotherapiezyklus zum Einsatz kommen.³⁸⁶ Das an der Studie teilnehmende Pflegepersonal wurde eigens für die Durchführung der Studie geschult.³⁸⁷

Im Rahmen einer Studie wurde die entwickelte Praxisleitlinie überprüft. Die Ergebnisse der Studie wurden zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Artikels ausgewertet.³⁸⁸

Die Auswertungsergebnisse der vorgestellten Studie in Artikel 32 konnten bis zum Ende des Erhebungszeitraumes 2011 in den 4 Fachzeitschriften nicht identifiziert werden.

In Artikel 37, erschienen im Jahr 2011, wird die im Rahmen einer explorativen Pilotstudie konzipierte und modifizierte Einzelschulung zur „Progressiven Muskelrelaxation nach Jacobsen“, mit anschließender Beratung für Patienten, die eine Chemotherapie erhalten, vorgestellt.³⁸⁹ In dem Artikel wird ebenfalls ein erarbeitetes Qualifikationskonzept für Pflegefachkräfte erläutert. Im Rahmen dieses Qualifikationskonzeptes sollen Pflegefachkräfte zum einen qualifiziert werden, die Einzelschulungen durchzuführen und zum anderen die Datenerhebungen als Studienassistenten vorzunehmen. Dies geschieht in einer 20 - stündigen Fortbildung nach einem festgelegten Schulungsplan.³⁹⁰

Die Aspekte der Schulung und Beratung wurden unter 4.7.4 und 4.7.5 aufgenommen. Für den Bereich F2.1 – F2.1.4. kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass der Artikel nur die Evaluationsergebnisse bereit stellt. Auf welcher Grundlage die Ergebnisse produziert worden sind, ist nicht ersichtlich. Im Rahmen einer Ergebniszusammenfassung kann festgehalten werden, dass Pflegende das edukative Konzept als Modell in die tägliche Arbeit integrieren konnten und sich die Pflege-Patient-Beziehung positiv intensivierte. Insgesamt nahmen 15 Patienten an der Schulung teil. 87, 5% der geschulten Patienten haben die Progressive Muskelrelaxation zu Hause durchgeführt. Die nach der Schulung erhaltene Beratung wird auf einer Likert Skala von 73, 3% als sehr hilfreich bestimmt.³⁹¹

³⁸⁵ Vgl. Artikel 32, S. 613

³⁸⁶ Vgl. Artikel 32, S. 615f

³⁸⁷ Vgl. Artikel 32, S. 615

³⁸⁸ Vgl. Artikel 32, S. 619

³⁸⁹ Vgl. Artikel 37, S. 338

³⁹⁰ Vgl. Artikel 37, S. 346

³⁹¹ Vgl. Artikel 37, S. 347

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass:

- bezogen auf die gestellte Frage, ob es eine wissenschaftliche Auseinandersetzung im Rahmen von Forschungsgeschehen zum Thema Patientenedukation im Krankenhaus gibt, diese im Rahmen von durchgeführten Studien vollzogen worden sind und dass innerhalb dieser Forschungsgeschehen, die Mitarbeiter der Krankenhäuser systematisch für die Bereiche Beratung, Schulung und Anleitung geschult worden sind. Die Ergebnisse der Artikel 10, 17, 27 zeigen, dass Aktivitäten von Schulung, Beratung und Information sich positiv auf den Behandlungs- und Therapieverlauf auswirken, die Kompetenzen der Patienten gestärkt werden und sich die Aktivitäten positiv auf die Patienten-Pflegenden-Beziehung auswirkten. Die kritische Frage, die sich aus dem Ergebnis formulieren lässt, ist, ob das Engagement der Krankenhäuser nur im Rahmen Prestige fördernder und geförderter Studien steigt, bezogen auf die geförderten Schulungsaktivitäten, um Pflegende auf die Aktivitäten von Beratung und Schulung vorzubereiten.
- die Studienergebnisse in Artikel 3 die Ergebnisse der „Analysekategorie D Aktueller Stand“ für das Jahr 2000 bestätigen.

4.9 Ergebnisse der Analysekategorie G Qualifikation

Der Bereich der Qualifikationen und Qualifikationsvoraussetzungen wird unter den Analysekategorien G1 und G2 näher betrachtet. Die Ergebnisse werden im Verlauf vorgestellt.

4.9.1 Ergebnisse der Analysekategorie G1

Es folgt die Ergebnisdarstellung der Analysekategorie G1, in der die Qualifikationen von Pflegenden, die Patientenedukation/ Pflegeberatung/ Schulung/ Anleitung/ Informationen durchführen, bestimmt und abgebildet werden.

Es konnten innerhalb des Erhebungszeitraums 11 Artikel³⁹² identifiziert werden, in denen eine Beschreibung von Qualifikationen der ausführenden Personen aufgeführt worden ist. Die Markierung „teilweise vorhanden“ erfolgte für einen Artikel, da in diesem nur der allgemeine Hinweis, „der Mitarbeiter erhält eine Weiterbildung“, angeführt wurde.³⁹³

Die Auffälligkeit dieser Kategorie ist die Tatsache, dass für die Pflegenden, die in den vorgestellten Praxisbeispielen oder Studien erwähnt werden, entweder eine spezielle, für

³⁹² Zu den Artikeln gehören: Artikel 1, 6, 7, 11, 16, 17, 23, 26, 28, 32, 35, 37

³⁹³ Vgl. Artikel 11, S. 588

das Praxisbeispiel ausgerichtete Fortbildung erhielten oder das die Pflegenden schon spezielle Fort- und Weiterbildungen haben.³⁹⁴

Nur in Artikel 1 wird der Hinweis gegeben, dass die Durchführung des Praxisbeispiels (Betreuung eines Patienteninformationszentrums) von einer Krankenschwester vorgenommen wird.³⁹⁵

In den für das Praxisbeispiel ausgerichteten Qualifizierungsmaßnahmen, wurden sowohl Grundlagen von Beratung, Schulung und Anleitung, als auch die notwendigen Fach- und Methodengrundlagen vermittelt.³⁹⁶

Die vorhandenen Qualifikationen der Personen, die in den Praxisbeispielen aufgeführt worden sind, beinhalten alle eine mehrjährige Berufserfahrung, unterschiedliche Fachweiterbildungen oder Hochschulabschlüsse.³⁹⁷

Bezogen auf die Fragestellungen, wie die praktische Durchführung von Patientenedukation im Krankenhaus umgesetzt und dargestellt wird und ob sich der Qualifikationsanspruch verändert hat, kann festgehalten werden:

An den aufgeführten Qualifikationen wird ersichtlich, dass in der praktischen Umsetzung von Patientenedukation im Krankenhaus, bezogen auf den Erhebungszeitraum von 11 Jahren, eine Übereinstimmung festgestellt werden kann. Die praktische Umsetzung der Patientenedukation im Krankenhaus in den dargestellten Artikeln, wird von Gesundheits- und Krankenpflegepersonal mit mindestens einer Zusatzqualifikation durchgeführt. Anhand der Qualifizierungsmaßnahmen, die vorgenommen wurden, damit Gesundheits- und Krankenpflegepersonal die Praxisbeispiele oder Studienbeispiele umsetzen können, lässt sich ableiten, dass die reine Krankenpflegeausbildung nicht ausreicht, um Maßnahmen von Patientenedukation durchzuführen. Dieses gilt für den gesamten Erhebungszeitraum. Damit wird das Ergebnis der „Analysekategorie D Aktueller Stand“ bestätigt, indem die fehlenden Kompetenzen und Qualifikationen unter anderem als Begründungen aufgeführt werden, warum Patientenedukation nur unzureichend, punktuell und intuitiv ausgeführt wird.³⁹⁸

Welche Qualifikationen in den Artikeln gefordert werden, um Patientenedukation durchzuführen, wird im anschließenden Abschnitt untersucht. Die ermittelten

³⁹⁴ Fortbildungsmaßnahmen werden in den Artikeln 1, 16, 17, 37 aufgeführt.

³⁹⁵ Vgl. Artikel 1, S. 57

³⁹⁶ Vgl. Artikel 6, S. 472; Vgl. Artikel 16, S. 430f; Vgl. Artikel 17, S. 474; Vgl. Artikel 32, S. 615; Vgl. Artikel 37, S. 346

³⁹⁷ Vgl. Artikel 7, S. 563; Vgl. Artikel 23, S. 313; Vgl. Artikel 26, S. 1976; Vgl. Artikel 28, S. 375; Vgl. Artikel 35, S. 31

³⁹⁸ Vgl. Ergebnis „Analysekategorie D Aktueller Stand“, S. 55f

Qualifikationen werden mit den geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen verglichen.

4.9.2 Ergebnisse der Analysekategorie G2

Für die Analysekategorie G2 konnten 8 Artikel³⁹⁹ identifiziert werden, die den Bereich der Qualifikationsvoraussetzungen thematisierten. Dabei lag der Fokus im Rahmen der Qualifikationsvoraussetzungen auf Fort- oder Weiterbildungsmaßnahmen (zum Beispiel die Fachweiterbildung „Pfleger in der Onkologie“, die Weiterbildungsmaßnahme bezogen auf die Stoma- und Inkontinenzpflege, Praxisanleiterfortbildung).⁴⁰⁰ In zwei Artikeln wird ein internationaler Vergleich zum Thema Qualifikationsvoraussetzungen und Patientenedukation hergestellt. Die aufgeführten Anforderungen sind ein akademischer Abschluss mit dem Hinweis der regelmäßigen Teilnahme an Fortbildungen und die Weiterqualifizierung zur Advanced Practice Nurse.⁴⁰¹ Ein Hinweis, dass Patientenedukation pädagogische Qualifikationen erfordert, wird in einem Artikel gegeben.⁴⁰²

Im Rahmen eines Vergleichs zwischen der Qualifikationsbestimmung G1 und den Qualifikationsvoraussetzungen G2 kann eine Übereinstimmung in Bezug auf die Fort- und Weiterbildungen festgehalten werden. Abweichend davon sind die ermittelten Hochschulabschlüsse in G1. Die klare Qualifikationsvoraussetzung eines Hochschulstudiums wurde in G2 nicht gestellt. Eine weitere Auffälligkeit ist in Artikel 1 zu finden. Die Qualifikation wird durch die Bezeichnung „Krankenschwester“ kenntlich gemacht, für die erforderlichen Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation durchzuführen, wird in Artikel 1 eine „pädagogische Qualifikation“ festgehalten.⁴⁰³

Die Frage, die es im Rahmen dieser Untersuchung zu beantworten galt, war, ob sich eine Veränderung der Qualifikationen zu den geforderten Qualifikationsvoraussetzungen/Qualifikationsanforderungen, um Patientenedukation durchzuführen, feststellen lässt, führt zu dem Ergebnis, dass sich dieses nicht verändert hat. Es lässt sich dennoch feststellen, dass, bezogen auf die Kompetenzanforderungen die in den Artikeln gestellt werden, um Patientenedukation, Schulung, Beratung, Anleitung, Information durchzuführen, diese von

³⁹⁹ Zu den Artikeln gehören: Artikel 1, 11, 12, 15, 20, 21, 25, 35

⁴⁰⁰ Vgl. Artikel 11, S. 590; Vgl. Artikel 12, S. 969; Vgl. Artikel 15; S. 110; Artikel 20, S. 434; Vgl. Artikel 21, S. 353, Vgl. Artikel 35, S. 31

⁴⁰¹ Vgl. Artikel 20, S. 434; Vgl. Artikel 25, S. 999

⁴⁰² Vgl. Artikel 1, S. 59

⁴⁰³ Vgl. Artikel 1, S. 57 und S. 59

den Qualifikationsanforderungen/ Voraussetzungen abweichen. Es stellt sich die Frage, ob die im Verlauf vorgestellten Kompetenzanforderungen durch Fort- und Weiterbildung abgedeckt werden. Es fällt ebenfalls auf, dass in keinem der Artikel eine klare Qualifikationsbestimmung, die über den allgemeinen Hinweis „Fort- und Weiterbildung“ hinausgeht, vorgenommen wird. Eine nähere Betrachtung der Kompetenzanforderungen die gestellt werden, um Patientenedukation, Schulung, Beratung und Anleitung durchführen zu können, soll diese Diskrepanz verdeutlichen.

Für die Analysekatgorie G2 konnten 10 Artikel⁴⁰⁴ identifiziert werden, die sich zum Thema Kompetenzen äußerten.

Die Markierung „teilweise vorhanden“ wurde einmal durchgeführt. In dem identifizierten Artikel wird ein allgemeiner Hinweis zum Thema Kompetenzen, bezogen auf das Praxisprojekt, getätigt. Pflegende sollten für die Erweiterung ihres Wissens zu den Krankheiten der Patienten auf den Stationen vorhandene Fachliteratur im Rahmen ihrer stationären Tätigkeit lesen.⁴⁰⁵

In drei Artikeln werden die erforderlichen Kompetenzen für die Betreuung spezifischer Patientengruppen beleuchtet.⁴⁰⁶ Die Kompetenzanforderungen, welche im Rahmen von Patientensprechstunden von Bedeutung sind, werden einmal thematisiert.⁴⁰⁷

Für die folgende Auswertung werden diese Artikel mit in die allgemeine Bestimmung von Kompetenzanforderungen mit einbezogen. Werden besondere Kompetenzen in den identifizierten Artikeln aufgeführt, so werden diese im Verlauf kenntlich gemacht.

Bezogen auf die Kompetenzanforderungen wird deutlich, dass sich die Begrifflichkeiten von Edukation, Beratung, Schulung und Anleitung überschneiden, bzw. die Methoden der Patientenedukation als Schulung und Beratung verstanden werden.⁴⁰⁸ Die Kombination Beratung und Schulung, bezogen auf die Kompetenzen, wurde zweimal identifiziert.⁴⁰⁹

Dieses konnte ebenfalls für die Kombination Patientenedukation und Schulung bestimmt werden.⁴¹⁰ Die geforderten Kompetenzen aus den identifizierten Artikeln werden in zwei Themenbereiche zusammengefasst. Dabei werden Edukationskompetenz und

⁴⁰⁴ Zu den Artikeln gehören: Artikel 3, 5, 6, 13, 17, 19, 24, 29, 30, 34

⁴⁰⁵ Vgl. Artikel 13, S. 100

⁴⁰⁶ In Artikel 11 werden Kompetenzen für die Stoma- /Inkontinenzpflege und Beratung bestimmt. Vgl. Artikel 11, S. 590; In Artikel 21, die Kompetenzvoraussetzungen für die onkologische Pflege. Vgl. Artikel 21, S. 353, Die Darstellung der erforderlichen Kompetenzen für die Betreuung von Patienten mit der Diagnose Multiple Sklerose erfolgt in vgl. Artikel 30, S. 793; In Artikel 35, S. 31 werden die Kompetenzerfordernisse innerhalb der Betreuung von tracheotomierter Patienten erörtert.

⁴⁰⁷ Vgl. Artikel 12, S. 968f

⁴⁰⁸ Vgl. Artikel 5, S. 126 und S. 129; Vgl. Artikel 12, S. 968f; Vgl. Artikel 29, S. 596

⁴⁰⁹ Vgl. Vgl. Artikel 6, S. 472; Artikel 30, S. 793f

⁴¹⁰ Vgl. Artikel 5, S. 129 und Vgl. Artikel 29, S. 596

Schulungskompetenz gemeinsam vorgestellt, da diese Kombination auch in den Artikeln vorgenommen worden ist. Die Beratungs- und Schulungskompetenzen wurden nicht zusammen gefasst, da der überwiegende Anteil der Artikel, bezogen auf die Kompetenzen, sich mit der Thematik Beratungskompetenz auseinandersetzt.

1. Edukations- und Schulungskompetenz:

Es konnten 3 Artikel⁴¹¹ identifiziert werden, die Edukations- und Schulungskompetenzen bestimmten. Die Verbindung zwischen Edukations- und Schulungskompetenz wurde in zwei Artikeln hergestellt.⁴¹² In zwei Artikeln wird, wie oben erwähnt, die Kompetenzanforderung für Schulung und Beratung bestimmt, da diese Anforderungen identisch sind,⁴¹³ wird in diesem Bereich die Schulungskompetenz aufgeführt und die Beratungskompetenz im folgenden Themenbereich.

Für die geforderten Kompetenzen kann zusammenfassend festgehalten werden, dass Fachkompetenz, Lernkompetenz, Methodenkompetenz, Sprachkompetenz, Sozialkompetenz und Humankompetenz (Selbstreflexion und Entdecken eigener Ressourcen) und systemische Kompetenz benötigt werden, um Patientenedukation durchzuführen. Wobei die Fach-, Methoden- und Sprachkompetenz mehrfach aufgeführt worden ist.⁴¹⁴

2. Beratungskompetenzen:

Die Kompetenzbestimmung für den Bereich Beratung konnte in 6 Artikeln identifiziert werden.⁴¹⁵ Zu den geforderten Kompetenzen gehören:

Methodenkompetenz, Feldkompetenz, Fachkompetenz, Sozialkompetenz, Kommunikationskompetenz, systemische Kompetenz.⁴¹⁶

Die Beratungshaltung sollte aus der Empathie, Kongruenz und Akzeptanz hervorgehen.⁴¹⁷

⁴¹¹ Zu den Artikeln gehören: Vgl. Artikel 5, S. 129; Vgl. Artikel 17, S. 475; Vgl. Artikel 29, S. 596, Vgl. Artikel 30, S. 793

⁴¹² Vgl. Artikel 5, S. 129 und Artikel 29, S. 596

⁴¹³ Vgl. Artikel 30, S. 793; Vgl. Artikel 6, 472

⁴¹⁴ Vgl. Artikel 5, S. 129; Artikel 29, S. 596; Vgl. Artikel 30, S. 793

⁴¹⁵ Zu den Artikeln gehören: Artikel 3, 6, 19, 24, 30, 34

⁴¹⁶ Vgl. Artikel 3, S. 4; Vgl. Artikel 6, S. 472; Vgl. Artikel 19, S. 134; Vgl. Artikel 24, S. 220; Vgl. Artikel 30, S. 793, Vgl. Artikel 34, S. 1183

⁴¹⁷ Vgl. Artikel 3, S. 4

In Abschnitt 1.6 erfolgte auf der Grundlage der Begriffsbestimmungen Information, Anleitung, Schulung, Beratung/ Pflegeberatung eine Ableitung und Bestimmung der Kompetenzen mit den dazugehörigen Qualifikationen.

Aber auch ohne die nähere Betrachtung der inhaltlichen Aspekte der einzelnen Kompetenzen, die in den Artikeln aufgeführt worden sind, stellt sich die Frage, ob Fort- und Weiterbildungen in der Pflege dieses Kompetenzspektrum aufgreifen, thematisieren und vermitteln, um Patientenedukation, Beratung und Schulung durchzuführen oder ob die Vermittlung dieses Kompetenzspektrum nicht eher in akademischen Ausbildungsstätten wie bereits in Abschnitt 1.6 thematisiert, zu finden ist.

Die Frage, die sich daran anschließt, ist, inwieweit sich die eingeführten dualen Pflegestudiengänge auf die Patientenedukation im Krankenhaus auswirken. Dieser Aspekt soll an anderer Stelle noch einmal aufgegriffen werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass eine Diskrepanz zwischen Qualifikationsvoraussetzungen und geforderten Kompetenzen besteht.

Im Anschluss erfolgen eine zusammenfassende Ergebnisbetrachtung und die Auseinandersetzung mit den eingangs gestellten Forschungsfragen.

4.10 Beantwortung der Forschungsfragen

Auf der Grundlage einer Analyse vier deutscher Fachpflegezeitschriften wurde der Forschungsfrage nachgegangen, wie Patientenedukation im Krankenhaus praktisch umgesetzt und dargestellt wird. Des Weiteren sollte im Rahmen dieser Analyse die Frage untersucht werden, inwieweit sich das Verständnis von Patientenedukation, Pflegeberatung, Schulung, Anleitung und Information in den Jahren 2000 – 2011, bezogen auf die Patientenedukation im Krankenhaus, verändert hat und ob sich diesbezüglich Unterschiede im Anspruch an die Qualifikationen und Qualifikationsvoraussetzungen im Erhebungszeitraum feststellen lassen.

In Anlehnung an die Forschungsmethode und an das Forschungsdesign der Inhaltsanalyse, wurden die Artikel der Pflegezeitschriften auf der Basis festgelegter Ein- und Ausschlusskriterien innerhalb eines Analysekategoriensystems geordnet und die Daten erhoben. Die Auswertung erfolgte zum einen auf der quantitativen Datenerhebung im Rahmen einer Frequenzanalyse und zum anderen qualitativ, bezogen auf die inhaltliche Betrachtung der erhobenen Daten.

Im Rahmen dieser Analyse konnten für den Erhebungszeitraum von 11 Jahren 37 Artikel innerhalb von 4 Pflegefachzeitschriften identifiziert werden, die sich mit der Thematik

Patientenedukation im Krankenhaus beschäftigten. Der größte Anteil der Publikationen wurde in den populärwissenschaftlichen Pflegezeitschriften „Die Schwester Der Pfleger“ und „Pflegezeitschrift“ identifiziert. Die Schwerpunktsetzung der thematischen Beschreibung der Artikel, bezogen auf Artikelüberschriften, beruht auf dem Wort „Beratung“.

Es konnte festgestellt werden, dass, innerhalb des theoretischen Verständnisses von Patientenedukation, Beratung, Schulung, Anleitung und Information innerhalb der Artikel, die diese näher bestimmten, keine Unterschiede zu den Begriffsbestimmungen in Kapitel 1 zu finden war und dass sich auch innerhalb der Artikel ein einheitliches Verständnis dieser Begrifflichkeiten abzeichnen ließ und sich diese Begriffe im Laufe der Jahre inhaltlich zunehmend konkretisierten. Wobei in 26 Artikeln keine Aussage zur Begriffsbestimmung getätigt wurde. Bezogen auf diese Artikel entstand der Eindruck, dass davon ausgegangen wird, dass in diesem Fall der Leser ein eigenes Bild, ein Verständnis zur Thematik hat und dieses mit dem geschriebenen deckungsgleich ist, bzw. eine Übereinstimmung und umgekehrt.

Information wird über die 11 Jahre als die Basis von Wissensbildung verstanden. Das theoretische Verständnis der Anleitung entwickelte sich vom „Vermitteln“ über das „Vertraut machen“ hin zum konkreten Erlernen einzelner Fertigkeiten und Fähigkeiten. Das Verständnis von Schulung entwickelt sich vom Erlernen einer Technik zum zielorientierten, strukturierten, geplanten Prozess, in dem Wissen und Fertigkeiten vermittelt werden, zum „partnerschaftlichen“ Prozess, indem der Lernbedarf und die Lernbereitschaft mit in den Mittelpunkt rücken. Zum gemeinsamen Verständnis von Beratung gehören die Aspekte, dass Beratung ein prozesshaftes Geschehen ist, der die Möglichkeit bietet, Krankheitserleben positiv zu beeinflussen und bei der Bewältigung dessen eine Unterstützungsmöglichkeit bietet. In den Artikeln, die Patientenedukation betrachteten, wird dieses einheitlich mit den Maßnahmen Information, Anleitung, Schulung und Beratung verbunden.

Innerhalb der Zielsetzungen für Patientenedukation, Beratung, Schulung, Anleitung und Information wurde deutlich, dass es zu einer Vermischung der Begrifflichkeiten kommt bzw. das im Bereich der Zielsetzung von Beratung, diese mit den Interventionen aus Schulung, Anleitung und Information in Verbindung gebracht wird. Dies bestätigt die Aussage in Punkt 1.5 in dem Pflegeberatung allgemein betrachtet der Information, Aufklärung und Anleitung dient und wird im Rahmen der Betrachtung der durchgeführten

Praxisbeispiele ebenfalls deutlich. Die psychosozialen Aspekte werden kaum bis gar nicht thematisiert.

Bezogen auf den pflge-theoretischen Hintergrund kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass kein Bezug auf die Pflegekonzepte der identifizierten Krankenhäuser genommen wurde. Das lässt die Vermutung zu, dass die Praxisbeispiele, bzw. die schriftliche Ausarbeitung derer, auf einer theoriegeleiteten Überzeugung stattfand aber nicht zwangsläufig das dortige Pflegeverständnis/ Pflegekonzept widerspiegelt. Die Verknüpfung der Selbstfürsorge-Defizit-Theorie von D.E. Orem und Praxis wurde in sechs von zehn Artikeln hergestellt. Diese wurde dreimal mit dem Modell der Salutogenese von A. Antonovsky verbunden.

Für die Bedarfsbestimmung an Patientenedukation im Krankenhaus, kann festgehalten werden, dass der Aspekt der veränderten Patientenrolle innerhalb des Krankheitsmanagements und im Versorgungsprozess und der daraus entstehende Bedarf an Unterstützung und Hilfestellung, um diese Rolle auskleiden zu können und der gesellschaftliche und demographische Wandel, zentrale Themen in Bezug auf die Bedarfserhebung innerhalb der Artikel über den Erhebungszeitraum von 11 Jahren darstellen.

Im Rahmen dieser Analyse wurde deutlich, dass die überwiegenden Aktivitäten (innerhalb der vorgestellten Artikel) von Patientenedukation im Krankenhaus im Rahmen von Schulungsgeschehen stattfinden. Die Aufschlüsselung einzelner Schulungselemente wird vorgenommen und beschrieben. Wie in den theoretischen Zielsetzungen ebenfalls deutlich wurde, nimmt, innerhalb von Beratungssituationen, der Anteil an Informationen, die Vermittlung und das Erlernen von Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Erhöhung der Handlungskompetenzen und der Selbstständigkeit, einen großen Stellenwert ein. Beratung innerhalb von Praxisbeispielen findet entweder in separaten Patienteninformationszentren, innerhalb von Sprechstunden oder direkt am Patientenbett, in Kombination mit pflegerischem Anleitungs- und Schulungshandeln, statt.

Bezogen auf die Gruppe der zu Schulenden kann festgehalten werden, dass die konzipierten edukativen Maßnahmen sich auf die Patientengruppen mit chronischen Erkrankungen richten.⁴¹⁸

Zur wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Thema „Patientenedukation im Krankenhaus“ konnten Studien ermittelt werden, die sich dieser Thematik widmeten. Im Rahmen dieser Studien wurden Pflegenden systematisch und gezielt geschult, um den

⁴¹⁸ Vgl. Robert Koch Institut 2012, S. 67

praktischen Anforderungen in Bezug auf die Umsetzung von Beratung und Schulung, die in diesen Studien durchgeführt worden sind, zu unterstützen. Eine wissenschaftliche Begleitung von Praxisprojekten fand durch 4 identifizierte Hochschuleinrichtungen im Erhebungszeitraum von 11 Jahren statt. Obwohl es keine Vergleichsgruppe zur Beurteilung des Ergebnisses gibt, kann an dieser Stelle die Aussage getroffen werden, dass eine geringe wissenschaftliche Begleitung stattfand.

Bezogen auf die Qualifikation, um Patientenedukation durchzuführen, kann festgehalten werden, dass über den Erhebungszeitraum von 11 Jahren immer wieder thematisiert wird, dass Pflegende nicht, punktuell oder intuitiv edukative Maßnahmen umsetzen und ihnen die dafür notwendigen Kompetenzen und Qualifikationen fehlen. Die Gründe dafür liegen unter anderem in der geringen Vermittlung dieser Kompetenzen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Eine systematische und unterstützende Vorbereitung des Pflegepersonals, um Patientenedukation, Beratung, Schulung, Anleitung und Information durchführen zu können, findet nur im Rahmen von Studien statt. In nur einem Artikel wurde ein besonderes Augenmerk auf die interne Fortbildung der Mitarbeiter innerhalb eines Krankenhauses zum Thema Beratung gelegt.

Zwischen den geforderten Qualifikations- und Kompetenzvoraussetzungen innerhalb der Artikel konnte eine Diskrepanz zwischen den festgelegten Qualifikationsvoraussetzungen und den konkret gestellten Kompetenzen ermittelt werden. Die Qualifikationsvoraussetzungen lagen in den Bereichen Fort- und Weiterbildung. Die geforderten Kompetenzen können in den Bereich der akademischen Hochschulausbildung eingeordnet werden. Eine konkrete Berufsbezeichnung oder ein Hochschulstudiengang wurde nicht festgelegt. Die Teilnahme der in den Artikeln benannten Krankenhäuser im Erhebungszeitraum von 11 Jahren konnte auf die Anzahl von „17 Krankenhäuser“ erhoben werden.

Zur praktischen Umsetzung und Darstellung der Patientenedukation im Krankenhaus:

Auf der Grundlage der Ergebnisse dieser Analyse soll nun ein Bezug zur allgemeinen Situation von Patientenedukation im Krankenhaus hergestellt werden.

An der geringen Anzahl identifizierter Artikel, bezogen auf die praktische Umsetzung und dem Ergebnis, dass Pflegepersonal die edukativen Maßnahmen auch nach 11 Jahren weiterhin nicht, punktuell oder nur intuitiv durchführt, kann abgeleitet werden, dass strukturierte und geplante Patientenedukation, Beratung, Schulung, Anleitung und

Information in der Praxis nur in geringen Maßen umgesetzt wird. Wenn dieses erfolgt, liegt der Schwerpunkt auf der Informationsweitergabe, dem Anleiten und dem Schulen von Verhaltensweisen, die es zu verändern gilt. Der Beratungsschwerpunkt liegt auf der Informationsweitergabe von Wissen im Rahmen anleitender, schulischer Aktivitäten. An der geringen Ausführung pflertheoretischer Hintergründe innerhalb dieser Analyse, kann für die Gesamtheit abgeleitet werden, dass die Bezugnahme auf pflertheoretische Hintergründe nicht stattfindet. Die Anzahl der teilnehmenden Krankenhäuser verdeutlicht ebenfalls, dass die aktive Umsetzung und Förderung von Patientenedukation, Beratung, Schulung, Anleitung und Information nicht gegeben ist. Wie bereits in 4.7.2 kritisch erwähnt, könnte die derzeitig unstrukturierte Umsetzung der edukativen Maßnahmen ein Spiegelbild dessen sein. Es lässt vermuten, dass Patientenedukation innerhalb der Arbeitsablaufsorganisation in den Krankenhäusern nur in kleinen Teilen (zum Beispiel im Rahmen von Entlassungsmangement) berücksichtigt wird, innerhalb der täglichen Arbeit auf den Stationen aber kein „Raum“ dafür vorhanden ist. Das Ergebnis der Analyse bestätigt diese Aussage. In nur vier von siebenunddreißig Artikeln wird ein genauer Zeitpunkt bestimmt, wann Patientenedukation stattfinden sollte. Lediglich in einem Artikel wird der Vorsatz eines Krankenhauses beschrieben „[...] Beratung [...] zu einer lebendigen Kultur werden zu lassen [...]“⁴¹⁹ und Mitarbeiter dahingehend zu unterstützen und fortzubilden.⁴²⁰

Zum Verständnis von Patientenedukation, Pflegeberatung, Schulung, Anleitung und Information im Krankenhaus:

Bezogen auf die zu erforschende Frage, inwieweit sich das Verständnis von Patientenedukation, Pflegeberatung, Schulung, Anleitung und Information in den Jahren 2000 – 2011 im Krankenhaus verändert hat, kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass ein überwiegend gemeinsames begriffliches Verständnis von Patientenedukation, Beratung, Schulung, Anleitung und Information vorhanden ist und dieses sich weiterentwickelt und konkretisiert. Jenes zeigt sich ebenfalls in der Bedarfserhebung und den Zielsetzungen von Patientenedukation, Beratung, Schulung, Anleitung und Information, wobei die pflertheoretischen Grundlagen und Grundannahmen unterschiedlich sind. Die Herstellung eines Bezuges zum allgemeinen Verständnis in der

⁴¹⁹ Bohlender; Kautz 2007, S. 220

⁴²⁰ Vgl. Bohlender; Kautz 2007, S. 219f

Gesamtheit aller veröffentlichten Publikationen, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden.

Eine Diskrepanz zeichnet sich zwischen dem theoretischen Verständnis und der praktischen Umsetzung (Theorie-Praxis-Transfer), wie es in oben genannter praktischer Umsetzung deutlich geworden ist, ab. Diese Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis stellt sich ebenfalls in der folgenden zu beantwortenden Frage dar, ob sich der Anspruch an die Qualifikation und Qualifikationsvoraussetzungen verändert hat.

Zum Anspruch an die Qualifikation und Qualifikationsvoraussetzungen:

Es konnte festgestellt werden, dass sich im Verlauf der gesamten Erhebungsjahre die Umsetzung und Durchführung der edukativen Maßnahmen in Form von: nicht, punktuell oder intuitiv darstellt und mehrfach das Nicht-Vorhandensein von Kompetenzen und fehlenden Qualifikation, seitens der Pflegenden mit einer Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung, thematisiert wurde. In den analysierten Artikeln lag das Qualifikationsniveau der Pflegenden, die innerhalb der Praxisbeispiele vorgestellt wurden, auf Berufserfahrung, Fort- und Weiterbildung und vereinzelt auf einem akademischen Hochschulabschluss. Die Kompetenzen, die innerhalb der Artikel gefordert wurden, sind im Rahmen akademischer Hochschulabschlüsse zu erlangen. Die Diskrepanz liegt zwischen den theoretischen Forderungen bzw. den theoretischen Ansprüchen und den realen Qualifikationen sowie Durchführungssituationen.

Wird die gesetzliche Ausbildungszielsetzung des Krankenpflegegesetzes mit einbezogen, die fordert, im Rahmen der Ausbildung, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse, fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zu vermitteln und dass innerhalb der Ausbildung dazu befähigt werden soll, zu beraten und anzuleiten⁴²¹ und dieses mit den getroffenen Kompetenz- und Qualifikationsaussagen der Pflegenden und der realen Durchführung der Patientenedukation verglichen, wird die Theorie-Praxis-Diskrepanz ebenfalls deutlich. Es entsteht der Eindruck, dass die Ausbildungscurricula nicht oder nur unzureichend den neu gestellten Ansprüchen an die Pflege und gesetzlichen Forderungen gerecht werden. Die Frage, die sich daran anschließt, ist, inwieweit die eingeführten dualen Pflegestudiengänge sich auf die Patientenedukation im Krankenhaus auswirken und ob die Absolventen dieser Studiengänge eine Multiplikatorenfunktion im

⁴²¹ Vgl. Bundesministerium der Justiz 2003

Rahmen der allgemeinen Pflegetätigkeiten auf den Stationen übernehmen und sich somit die „Theorie-Praxis-Schere“ schließen lässt.

5 Fazit

Eine der Herausforderungen innerhalb des Gesundheitswesens wird in den kommenden Jahren sein, die aus dem gesellschaftlichen Wandel hervorgehenden Anforderungen zu bewältigen, mit dem Ziel, die große Gruppe der älteren Generationen bei der Bewahrung und Rückgewinnung von Selbstständigkeit und Autonomie und den Erhalt an größtmöglicher Lebensqualität zu unterstützen. Patientenedukation kann einen Beitrag dazu leisten.

Im Rahmen dieser Diplomarbeit konnte aber ermittelt werden, dass die praktische Umsetzung und Durchführung innerhalb der Krankenhäuser, bezogen auf die Berufsgruppe der Pflegenden auf den Stationen, weiterhin nicht geplant, gezielt und strukturiert vorgenommen wird. Die weiterführende Frage, die sich aus der Analyse ergab, bezieht sich auf das Ergebnis der 17 teilnehmenden Krankenhäuser. Es stellt sich die Frage, warum Krankenhäuser Patientenedukation, durchgeführt von Pflegekräften, so wenig unterstützen und so wenige Strukturen schaffen, damit diese durchgeführt werden kann?

In Betrachtung der Diagnosis Related Groups/ Fallpauschalen wird deutlich, dass Pflegeleistungen nur bedingt aufgenommen und berücksichtigt wurden. Die Frage, die sich für die Patientenedukation im Krankenhaus ergibt, ist, inwieweit diese Interventionen über das Entlassungsmanagement hinaus ein wirtschaftliches Interesse der Krankenhäuser wecken, um Patientenedukation geplant, gezielt und strukturiert in ihre Ablauforganisation zu integrieren und Pflegekräfte dahingehend zu unterstützen und zu fördern. Es hegt sich der Verdacht, es würde zum einen das Ergebnis von nur 17 identifizierten Krankenhäusern bestätigen und zum anderen, dass innerhalb der vergangenen Jahre wenig strukturierte, flächendeckende Einführungen von Edukationsmaßnahmen in der somatischen Gesundheits- und Krankenpflege erfolgten und dass Patientenedukation primär nicht in den Rahmen wirtschaftlicher Interessen von Krankenhäusern passt.

Bezieht man die geforderten Kompetenzen und zunehmende Akademisierung innerhalb der Pflege mit ein, würde das eventuell bedeuten, dass hochqualifiziertes Personal anspruchsvolle Leistungen, bezogen auf die Edukation, erbringt, die schlussendlich nicht im Rahmen der Fallpauschalen abgerechnet werden können, da sie diese nicht mit abdecken.

Diese Aspekte könnten im Rahmen einer anderen wissenschaftlichen Arbeit aufgenommen und untersucht werden.

Tabelle 2: Tabellarisches Kategoriensystem

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	
A2 Artikelnummer/ Überschrift	
A3 Erscheinungsjahr	
A4 Autor/ Autoren	
A5 Seitenzahl	
A6 Rubrik	
A7 Inhaltscharakterisierung	
B Definitionen/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	
B2 Ein pflegetheoretischer Hintergrund wird einbezogen	
C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt	
D Aktueller Stand	
D Der Artikel beschreibt den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, bezogen auf das Krankenhaus	
E Bedarf/ Legitimation	
E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert	
E2 Im Artikel wird der Zeitpunkt, wann Patientenedukation/ Beratung/ Schulung stattfinden sollte, bestimmt	
F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug	
F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltlich mit der Thematik auseinander	
F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema	

Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor	
F1.1 Praxis	
F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich?	
F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/ Abteilung ist beteiligt, wer ist Kooperationspartner?	
F1.1.3 Wurde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt	
F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/ -ablauf/ -inhalt/ und Ergebnis	
F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/ -ablauf/ -inhalt	
F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	
F2.1.2 Ziel der Studie	
F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf, Aufbau)	
F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse	
G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus durchführen	
G2 Der Artikel stellt geforderte Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor	

Tabelle 3: Tabellarische Ergebnisdarstellung

Analysekategorie Jahr/ Artikel	A Allgemeines		B Definition/ Theoretischer Hintergrund		C Ziele	D Aktu- eller Stand	E Bedarf/ Legiti- mation		F Artikel- art/ Inhalt. Bezug		F1.1 Praxisbericht					F2.1 Studie				G Qualifi- kation		
	A	A6	B1	B2	C	D	E1	E2	F1	F2	F1.1.1	F1.1.2	F1.1.3	F1.1.4	F1.1.5	F2.1.1	F2.1.2	F2.1.3	F2.1.4	G1	G2	
2000																						
1. Abt-Zegelin, A. (2000) Neue Aufgabe für die Pflege: Patientenedukation. Information, Schulung und Beratung von Betroffenen und Angehörigen. Die Schwester Der Pfleger, 39. Jahrgang (1), Seite 56 - 59	X	AFW	X	X	X	X	X	X	X			I									X	X
2. Koch-Straube, U. (2000): Beratung in der Pflege – eine Skizze. Pflege & Gesellschaft, 5.Jahrgang, Heft 1, Seite 1 - 3	X	B	X			X	X		I													
3. Knelange, Ch.; Schieron, M. (2000) Beratung in der Pflege – als Aufgabe erkannt und professionell ausgeübt? Pflege & Gesellschaft, 5. Jahrgang, Heft 1, Seite 4 – 11	X	B	X			X				X						X	X	X				X
4. Pinkert, Ch.; Renneke, S. (2000) Modellprojekt „Patienten-Informations- Zentrum“ _ Mündigkeit durch professionelle Beratung. Pflegezeitschrift, 53. Jahrgang, (1), Seite 50 – 51	X	PM					X		X		X	X										

Analysekategorie Jahr/ Artikel	A Allgemeines		B Definition/ Theoretischer Hintergrund		C Ziele	D Aktueller Stand	E Bedarf/ Legitimation		F Artikelart/ Inhalt. Bezug		F1.1 Praxisbericht					F2.1 Studie				G Qualifikation	
	A	A6	B1	B2	C	D	E1	E2	F1	F2	F1.1.1	F1.1.2	F1.1.3	F1.1.4	F1.1.5	F2.1.1	F2.1.2	F2.1.3	F2.1.4	G1	G2
2001																					
5. Abt-Zegelin, A.; Bösing, U.; Lang, P.; (2001) Patienten- und Familienedukation erfordern neue Kompetenzen. PrInterNet, (6), Seite 126 - 132	X		X			X	X		X			X	X	X							X
6. Thomas, B.; Wirnitzer, B. (2001) Pflegerberatung im Krankenhaus München- Neuperlach: Patienten und Pflegende in einer neuen Rolle. Pflegerzeitschrift, 54. Jahrgang, (7), Seite 469 – 473	X			X	X	X	X		X		X	X		X	X					X	X
7. Richter-Kessler, R.; Steimel, R. (2001) Individuelle stationäre Angehörigenschulung: Schon vor der Entlassung die Zeit danach proben. Pflegerzeitschrift, 54. Jahrgang, (8), Seite 562 – 563	X						X		X		X	X	X	X	X					X	
8. Thomas, B.; Wirnitzer, B. (2001) Pflegerberatung im Krankenhaus München- Neuperlach: Erste Ergebnisse des Modellprojekts. Pflegerzeitschrift, 54. Jahrgang, (12), Seite 869 – 872	X				X				X		X	X		X							

Analysekategorie Jahr/ Artikel	A Allgemeines		B Definition/ Theoretischer Hintergrund		C Ziele	D Aktueller Stand	E Bedarf/ Legitimation		F Artikelart/ Inhalt. Bezug		F1.1 Praxisbericht					F2.1 Studie				G Qualifikation		
	A	A6	B1	B2	C	D	E1	E2	F1	F2	F1.1.1	F1.1.2	F1.1.3	F1.1.4	F1.1.5	F2.1.1	F2.1.2	F2.1.3	F2.1.4	G1	G2	
2002																						
9. Chaux de la, Christian; Sailer, Marcel (2002) Die konzeptionelle Verankerung der Patientenorientierung in Patientenschulungs- und Anleitungsprogrammen. PrInterNet, (10), Seite 221 – 234	X			X	X	X	X		X		X	X			X							
10. Evers, G.; Mayer, H.; Nonn, C. R.; Osterbrink, B. (2002) Schulung von Patienten mit Diabetes und Hypertonie – Zwischenergebnis einer Langzeitbeobachtung - Die Schwester Der Pfleger, 42. Jahrgang, (11), Seite 904-909	X									X						X	X	X	X			
2003																						
11. Schwartz, F. (2003) Inkontinenz-Assessment. Professionelle Beratung in der Inkontinenz-Sprechstunde am Beispiel der Harzerkliniken Goslar. Die Schwester Der Pfleger, 42. Jahrgang, (8), Seite 588 – 590	X					X	X		X		X	X	X		X						I	X
12. George, U.; George, W. (2003) Beratung und Anleitung. Angehörigenedukation. Mit Betroffenen die Pflege gestalten. Die Schwester Der Pfleger, 43. Jahrgang, (12), Seite 699 – 670	X		X		X	X			X					X	X							X

Analysekategorie Jahr/ Artikel	A Allgemeines		B Definition/ Theoretischer Hintergrund		C Ziele	D Aktueller Stand	E Bedarf/ Legitimation		F Artikelart/ Inhalt. Bezug		F1.1 Praxisbericht					F2.1 Studie				G Qualifikation		
	A	A6	B1	B2	C	D	E1	E2	F1	F2	F1.1.1	F1.1.2	F1.1.3	F1.1.4	F1.1.5	F2.1.1	F2.1.2	F2.1.3	F2.1.4	G1	G2	
2004																						
13. Abt-Zegelin, A. (2004) Patientenedukation. Epilepsie – Beratung und Information durch die Pflege. Die Schwester Der Pfleger, 43. Jahrgang, (2), Seite 98 - 101	X				I		X		X		X	X			X							I
2005																						
14. Deutschmann, L. (2005): Möglichkeiten des Internets zur Verbesserung der Patienteninformation. Pflegewissenschaft, (2), Seite 104 – 113	X				X	X			X													
15. Huber, M. (2005) Beratungskonzepte in der Pflege: Die Lücke zum Patienten schließen. Pflegezeitschrift, 58. Jahrgang, (2), Seite 107 – 110	X		X			X			X													X
16. Moltmann, E.; Witt, M. (2005) Beratung und Anleitung am Beispiel kinästhetischer Mobilisation:Wissen vermittelt Sicherheit. Pflegezeitschrift, 58. Jahrgang, (7), Seite 430 – 431	X				X		X		X		X										X	

Analysekategorie Jahr/ Artikel	A Allgemeines		B Definition/ Theoretischer Hintergrund		C Ziele	D Aktueller Stand	E Bedarf/ Legitimation		F Artikelart/ Inhalt. Bezug		F1.1 Praxisbericht					F2.1 Studie				G Qualifikation		
	A	A6	B1	B2	C	D	E1	E2	F1	F2	F1.1.1	F1.1.2	F1.1.3	F1.1.4	F1.1.5	F2.1.1	F2.1.2	F2.1.3	F2.1.4	G1	G2	
17. Behrens, J.; Gottwald, Ch.; Thomas, B.; Wirnitzer, B.; (2005) Schulung und Anleitung in der stationären Krankenpflege zur Förderung der Selbständigkeit bei älteren Menschen mit eingeschränkter Mobilität nach hüftnahen Frakturen. Pflegewissenschaft, (9), Seite 472 – 479	X		X		X	X	X	X	X	X	X			X			X	X	X	X	X	X
18. Herlyn, K.(2005) Patientenschulung bei systemischer Vaskulitis: Das Leben Lebenswert halten. Pflegezeitschrift, 58. Jahrgang, (10), Seite 628 – 631	X				X	X	X		X		X	X		X								
2006																						
19. Bossle, M.; Köberich, St.; Lipp, J.; Meier, M. (2006) Beratung im Gesundheitswesen - Chance für die Pflege? Pflegewissenschaft, (3), Seite 133 – 139	X		I		X		X			I						X	I	X	I			X
20. Naegele, M. (2006a): Onkologie. Mit dem Krebs umgehen lernen. Patientenedukation in der onkologischen Pflege. Die Schwester Der Pfleger, 45. Jahrgang, (6), Seite 432 – 436	X			X	X		X		X													X

Analysekategorie Jahr/ Artikel	A Allgemeines		B Definition/ Theoretischer Hintergrund		C Ziele	D Aktu- eller Stand	E Bedarf/ Legiti- mation		F Artikel- art/ Inhalt. Bezug		F1.1 Praxisbericht					F2.1 Studie				G Qualifi- kation	
	A	A6	B1	B2	C	D	E1	E2	F1	F2	F1.1.1	F1.1.2	F1.1.3	F1.1.4	F1.1.5	F2.1.1	F2.1.2	F2.1.3	F2.1.4	G1	G2
21. Naegele, M. (2006b) Konzeptentwurf zur Patientenedukation in der Onkologie: Krankheitsbewältigung gezielt unterstützen. Pflegezeitschrift, 59. Jahrgang, (6), Seite 350 – 353	X		X			X			X												X
2007																					
22. Bernd, U.; Horn, I.; Knerr, A.; Landenberger, M.; Renz, P. (2007) Ernährung/ Ernährungsberatung für Patienten mit chemotherapie-bedingten Beschwerden. Pflegewissenschaft, (1), Seite 5 - 13	X			X			X		X		X	X									
23. Jacobs, B. (2007) Patienteninformationszentrum. Anlaufstelle für Wissensdurstige. Die Schwester Der Pfleger, 46. Jahrgang, (4), Seite 312 - 315	X			X	X	X	X		X		X	X	X							X	
24. Bohlender, C.; Kautz, B. (2007) Pflegerische Beratung als Bestandteil des beruflichen Selbstverständnisses: Qualität spürbar machen. Pflegezeitschrift, 60. Jahrgang, (4), Seite 219 – 221	X					X	X		X		X	X		X							X

Analysekategorie Jahr/ Artikel	A Allgemeines		B Definition/ Theoretischer Hintergrund		C Ziele	D Aktueller Stand	E Bedarf/ Legitimation		F Artikelart/ Inhalt. Bezug	F1.1 Praxisbericht					F2.1 Studie				G Qualifikation			
	A	A6	B1	B2	C	D	E1	E2	F1	F2	F1.1.1	F1.1.2	F1.1.3	F1.1.4	F1.1.5	F2.1.1	F2.1.2	F2.1.3	F2.1.4	G1	G2	
25. Kolbe, N. (2007) Beratung und Steuerung. Pflege als Koordinator für Menschen mit Herzinsuffizienz. Die Schwester Der Pfleger, 46. Jahrgang, (11), Seite 998 – 1001	X	P		I	X		X	X	X						I							X
26. Abt-Zegelin, A.; Adler, A. (2007) Patienteninformationszentrum. Edukative Unterstützung der Patienten im Krankenhaus. Die Schwester Der Pfleger, 46. Jahrgang, (12), Seite 1974 – 1077	X	S	I			X	X		X		X									X		
27. Schneider, F. (2007) Patientenberatung – Pflegerische Aufklärung kann perioperative Schmerzen reduzieren. Die Schwester Der Pfleger, 46. Jahrgang, (12), Seite 1087 – 1082	X	S				X				X						X	X	X	X			
2008																						
28. Spörer, S. (2008) Pflegefachberatung – Spezialisten sichern Pflegequalität. Die Schwester Der Pfleger, 47. Jahrgang, (5), Seite 374 – 377	X	M						X	X	X			X	X		X					X	

Analysekategorie Jahr/ Artikel	A Allgemeines		B Definition/ Theoretischer Hintergrund		C Ziele	D Aktueller Stand	E Bedarf/ Legitimation		F Artikelart/ Inhalt. Bezug	F1.1 Praxisbericht					F2.1 Studie				G Qualifikation			
	A	A6	B1	B2	C	D	E1	E2	F1	F2	F1.1.1	F1.1.2	F1.1.3	F1.1.4	F1.1.5	F2.1.1	F2.1.2	F2.1.3	F2.1.4	G1	G2	
29. Sicksch, M. (2008) Patientenedukation – Schulungsprogramme für Patienten nach Herztransplantation. Die Schwester Der Pfleger, 47. Jahrgang ,(7), Seite 594 – 597	X	S			X	X			X		X	X		X								X
30. Adler, G. (2008) Patientenedukation bei MS. Betroffene zu Experten machen. Die Schwester der Pfleger, 47. Jahrgang, (9), Seite 792 – 795	X	S	I		X		X		X		X	X	X	X								X
2009																						
31. Imbery, C.; Sailer, M. (2009) Das Patienten-Information-Zentrum (PIZ) am Herz-Zentrum Bad Krozingen: Patientenedukation strukturieren. Pflegezeitschrift, 62. Jahrgang, (3), Seite 150 – 153	X	PP				X	X		X		X	X										
32. Book, K.; Horn, I.; Jahn, P.; Kitzmann, M.; Landenberger, M.; Renz, P.; Stukenkemper, J.; Thoke-Colberg, A. (2009) Information und Beratung für Patienten mit chemotherapie-bedingten Nebenwirkungen – Entwicklung einer evidenzbasierten pflegerischen Praxisleitlinie. Pflegerwissenschaft, (11), Seite 613 – 619	X	NA	X	X		X	X		X						X	X	X	X	X			

Analysekategorie Jahr/ Artikel	A Allgemeines		B Definition/ Theoretischer Hintergrund		C Ziele	D Aktueller Stand	E Bedarf/ Legitimation		F Artikelart/ Inhalt. Bezug	F1.1 Praxisbericht					F2.1 Studie				G Qualifikation			
	A	A6	B1	B2	C	D	E1	E2	F1	F2	F1.1.1	F1.1.2	F1.1.3	F1.1.4	F1.1.5	F2.1.1	F2.1.2	F2.1.3	F2.1.4	G1	G2	
2010																						
33. Köpke, S.; Meyer, G. (2010) Eine Aufgabe der Pflege? Evidenzbasierte Patienteninformation und informierte, geteilte Entscheidungsfindung. Pflegezeitschrift, 63. Jahrgang, (1), Seite 12 – 15	X		X		X		X		X													
34. Bamberger, G. G. (2010) Artikelserie. Beratungsgespräche in der Pflege – Rückblick und Ausblick. Die Schwester Der Pfleger, 49. Jahrgang, (12), Seite 1180 – 1184	X			X		X			X												X	
2011																						
35. Hallbauer, M.; Weller, C. (2011) Herausforderung Kanülensprechstunde. Beratung rund um die „Kanüle“ Die Schwester Der Pfleger, 50. Jahrgang, (1), Seite 30 – 32	X				I				X		X	X	X		X						X	X
36. Beinsen, A.-K. (2011) Pflegeberatung nach Nierentransplantation – Weiterleben mit neuer Niere. Die Schwester der Pfleger, 50. Jahrgang, (6), Seite 532 – 537	X			X		X			X		X	X		X	X							

Analysekategorie Jahr/ Artikel	A Allgemeines		B Definition/ Theoretischer Hintergrund		C Ziele	D Aktueller Stand	E Bedarf/ Legitimation		F Artikelart/ Inhalt. Bezug		F1.1 Praxisbericht					F2.1 Studie				G Qualifikation	
	A	A6	B1	B2	C	D	E1	E2	F1	F2	F1.1.1	F1.1.2	F1.1.3	F1.1.4	F1.1.5	F2.1.1	F2.1.2	F2.1.3	F2.1.4	G1	G2
37. Seeling, St. (2011) Einzelschulung – Progressive Muskelrelaxion (PMR) – als Intervention in einer Pilotstudie. Pflegerwissenschaften, (6), Seite 338 – 348	X	NA	X		X	X	X		X	X	X	I		X	X				X	X	
Ergebnis: 37 Artikel 16 Die Schwester Der Pfleger 2 Pflege und Gesellschaft 10 Pflegezeitschrift 9 Pflegewissenschaft																					
Erscheinungshäufigkeit 2000: 4 Artikel 2001: 4 Artikel 2002: 2 Artikel 2003: 2 Artikel 2004: 1 Artikel 2005: 5 Artikel 2006: 3 Artikel 2007: 6 Artikel 2008: 3 Artikel 2009: 2 Artikel 2010: 2 Artikel 2011: 3 Artikel		1 AFW 2 NA 2 B 1 M 3 PM 1 PI 1 BF 2 PPA 3 P 6 PP 7 S 1 PW 1 PF 1 APF 1 PH																			
Ergebnis:																					
Vorhanden (x)	37		11	9	18	23	24	4	31	6	17	20	8	12	10	4	5	6	6	11	17
Teilweise vorhanden (I)			3	1	1				1	1		2		2			2		1	1	1
Nicht vorhanden			23	27	18	14	13	33	20	30	20	15	29	23	27	33	30	31	30	12	19

Legende der Ergebnistabelle

Nicht markierte Felder : nicht vorhanden (Der Autor hat sich zu dieser Kategorie nicht geäußert)
Mit einem „I“ markierte Felder : teilweise vorhanden
Mit einem „X“ markierte Felder : vorhanden

A Allgemeine Daten: Zeitschrift, Artikelnummer, Überschrift, Erscheinungsjahr, Autor/ Autoren, Seitenzahl

A6 Rubrik

B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert

B2 Ein pflegetheoretischer Hintergrund wird einbezogen

C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt

D Der Artikel beschreibt den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information bezogen auf das Krankenhaus

E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert

E2 Im Artikel wird der Zeitpunkt, wann Patientenedukation/ Beratung/ Schulung stattfinden sollte, bestimmt

F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel, stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltliche mit der Thematik auseinander

F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor

F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich

F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/ Abteilung ist beteiligt, wer ist Kooperationspartner

F1.1.3 Wurde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt

F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/ -ablauf/ -inhalt/ und Ergebnis

F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/ -ablauf/ -inhalt

F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie

F2.1.2 Ziel der Studie

F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Aufbau, Ablauf)

F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse

G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung / Information im Krankenhaus durchführen

G2 Der Artikel stellt die geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor

Rubrikkenzeichnungen:

PM - Pflegemanagement

M - Management

PW - Pflegewissenschaft

S - Schwerpunkt

B - Beitrag

PPA - Pflegepädagogik

PP - Pflegepraxis

P - Praxis

PI - Pflegeinformatik

BF - Berufsfragen

APF - Angewandte Pflegeforschung

PF - Pflegeforschung

PH - Public Health

NA - Nicht aufgeführt

AFW - Aus-, Fort- und Weiterbildung

Abbildung 1
Pflegeberatungsansätze

	Fachhochschule Hamburg Studiengang Pflege		Patientenschulung und -beratung I Eine Einführung		Fachtheorie Pflegewissenschaft (HS)
	1. Humanistisch- altruistischer Pflegeberatungsansatz	2. Lerntheoretischer Pflegeberatungsansatz	3. Verhaltensorientierter Pflegeberatungsansatz	4. Handlungsorientierter Pflegeberatungsansatz	5. Systemtheoretischer Pflegeberatungsansatz
<i>gedeuter Situations- kontext</i>	Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Perspektivlosigkeit, Leiderfahrung, physische, psychische, soziale Desinteresse	Informationsmängel; Trainingsmängel; Mangel an Kenntnissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten	veränderungsresistente, nicht krankheitsgerechte Lebensweise, (z.B. Stressverhalten, Non-Compliance)	Unzufriedenheit über, Leiden unter veränderungsresistenter, nicht krankheitsgerechter Lebensführung, (z.B. Stresserleben, vermeidbare Krankheitsrückfälle u.ä.)	instabiles soziales System (durch krankheitsbedingte Anforderungen, biografische Neuorientierung und Probleme der Alltagsbewältigung)
<i>Zielorien- tierung</i>	Emotionale Entlastung, Rollenentlastung	Problemlösung durch Verhaltensänderung	Problemlösung durch Verhaltensänderung	reflektierter, bewusster und selbstbestimmter Umgang mit der Krankheit und seinen Auswirkungen	Handlungskontingenzen durch Verbesserung der Selbstorganisationsfähigkeiten erhöhen (Systemgleichgewicht)
<i>Beratungs- angebot</i>	Fürsorge, Beistand, Empathie, Verständnis, Zuwendung	Lehr-Lernprozess: Informationsvermittlung, Unterweisung, Üben usw.	Wahrnehmungsübungen, Gedächtnishilfen, Selbstkontrolltechniken, Monitoring, kognitive Umstrukturierungen, Verhaltensmodifikation, Kompetenztraining, Coping-Training usw.	Reflexion des eigenen Handelns (Selbstverstehen), Verbesserung der Handlungsmöglichkeiten (z.B. Rollenspiele); autonome Entscheidungen (z.B. Kreativitätstechniken)	Einbezug des sozialen Systems (Familie, Freunde, pflegende Angehörige u.ä.) Systemrekonstruktion: Klärung der Systembeziehungen (Relationen); Kontextverschiebung, -gestaltung
<i>Rollendefi- nitionen</i>	„professionelle/r Altruist/in“ (Dewe) und Leidende/r, Hilflöse/r, Bedürftige/r	Lehrende/r (Wissende/r) und Lernende/r (Unwissende/r)	Verhaltenstrainer/in und Klient/in	nondirektive/v Berater/in und Klient/in	Beobachtersystem und Klientensystem
<i>Interven- tionsfokus</i>	emotionales Erleben	Wissen und Können	längerfristiges Verhalten; Einstellungen (bei kognitiven Techniken)	autonomes Handeln	systemisches Handeln
<i>Theoreti- scher Bezugs- rahmen</i>	Humanistische Psychologie (z.B. Maslow), klientenzentrierte Gesprächsführung (Rogers), „weiche“ psychotherapeutische Wirkfaktoren (Bauer), Humanistische Pflege (z.B. Watson)	Lerntheorie; Didaktiktheorien: Lernzielorientierung; Unterrichtsmethoden Patientenschulung (Klug-Redman)	Behaviorismus (Lerntheorie); Verhaltensmedizin (Petermann); Geragogik (Skiba)	Humanistische Psychologie; Phänomenologie (z.B. Benner); Hermeneutik, Kommunikatives Handeln (Habermas, Dewe) klientenzentrierte Gesprächsführung; Transaktionsanalyse (Brearley/Birchley); Beziehungspflege (Bauer); Psychodynamische Krankenpflege (Peplau); Handlungsorientierte Pflege (Wittneben)	Systemtheorie (Wilke, Luhmann); systemische Familientherapie (z.B. Welter-E.); Gerontologische Beratung (Weakland/Herr); z.T. Zielerreichungstheorie (King); z.T. Adaptationsmodell (Roy)
<i>Beratungs- setting</i>	überwiegend „ad-hoc“-Situationen; → aktives Zuhören, Spiegeln, Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte	institutionalisiertes Unterrichten als Einzelschulung (z.B. im Rahmen der Pflegeplanung) oder als Gruppenschulung in Form von Einzelveranstaltungen oder Folgeveranstaltungen	institutionalisierter Beratungsprozess (Einzel oder Gruppen) mit konkreten Zielen der Verhaltensänderung	grundlegende humanistische Haltung, „ad hoc“-Situationen; institutionalisierter Beratungsprozess	„ad hoc“-Situationen; institutionalisierter Beratungsprozess

Erstellt von Peter Stratmeyer
C:\Eigene Dateien\Benu\liches\FH Hamburg\Pflegeberatung\Lehrprobe.doc

Vgl. Stratmeyer 2001, S. 7ff

Abbildung 2

Integrative Beratung nach Sander- Problem- und Erfahrungsfelder

Problem-Erfahrungsfelder			
Lösungsangebote	Lebenswelt-erfahrung	Beziehungs-erfahrung	Selbst-erfahrung
Information und Orientierung	Typ 1 Sachberatung in den Gebieten Beruf, Arbeit, Recht, Verwaltung, Institutionen, Gesundheit usw.	Typ 2 Ehevorbereitungsberatung, Sexualberatung, klassische Erziehungsberatung usw.	Typ 3 Berufsberatung, Begabungsberatung, diagnostische Beratung, Gesundheitsberatung, Eignungsberatung
Deutung und Klärung	Typ 4 Klärende und überschaubar machende Beratung in Verwaltung, Politik, Gemeinwesen, Wirtschaft usw.	Typ 5 Paarberatung, Familienberatung, Personalberatung, Organisationsberatung, Institutionsberatung usw.	Typ 6 Psychotherapeutische Beratung, Krisenberatung, Sterbeberatung, Selbstklärung, existenzielle Beratung
Handlung und Bewältigung	Typ 7 Schuldnerberatung, Beratung über den effektiven Umgang mit Institutionen, Behörden, Verwaltungen usw.	Typ 8 Mediationsberatung, Trennungsberatung, lösungsorientierte Familienberatung, Verhaltensmodifikation bei Paaren und Familien	Typ 9 Gesundheitsberatung, Stressberatung, Meditationstechniken, Verhaltensmodifikation bei seelischen und körperlichen Störungen

Abb. 10: Problemerkämpfungsfelder und Lösungsangebote der integrativen Beratung

Quelle: Sander 1999, S. 36

Vgl. Hüper; Hellige 2007, S. 97

Literatur

Abt-Zegelin, Angelika (2000)

Neue Aufgabe für die Pflege: Patientenedukation. Information, Schulung und Beratung von Betroffenen und Angehörigen.

Die Schwester Der Pfleger, 39. Jahrgang (1), Seite 56 - 59

Abt-Zegelin, Angelika; Bösing, Ute; Lang, Petra; (2001)

Patienten- und Familienedukation erfordern neue Kompetenzen.

PrInterNet, (6), Seite 126 - 132

Abt-Zegelin, Angelika (2003)

Einleitung zur Deutschen Ausgabe.

In: London, Fran.

Informieren, Schulen, Beraten. Praxishandbuch zur pflegebezogenen Patientenedukation. Bern: Huber

Abt-Zegelin, Angelika; Steinbock, Sonja (2003)

Angehörige informieren, schulen und beraten.

Forum Sozialstation, (4), Seite 36 -38

Abt-Zegelin, Angelika (2004)

Patientenedukation. Epilepsie – Beratung und Information durch die Pflege.

Die Schwester Der Pfleger, 43. Jahrgang (2), Seite 98 - 101

Abt-Zegelin, Angelika; Adler, Aloys (2007)

Patienteninformationszentrum. Edukative Unterstützung der Patienten im Krankenhaus.

Die Schwester Der Pfleger, 46. Jahrgang (12), Seite 1974 – 1077

Abt –Zegelin, Angelika; Tolsdorf, Mareike (Hrsg.) (2009)

Geleitwort zur deutschsprachigen Ausgabe.

In: Klug Redman, Barbara. Patientenedukation. Kurzlehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe.

2., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Huber

Adler, Gudrun (2008)

Patientenedukation bei MS. Betroffene zu Experten machen.

Die Schwester der Pfleger, 47. Jahrgang (9), Seite 792 – 795

Antonovsky, A. (1997)

Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit.

Tübingen: dgvt

Atteslander, Peter (2010)

Methoden der empirischen Sozialforschung.

13., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Schmidt

Bamberger, Günther G. (2010)

Artikelserie. Beratungsgespräche in der Pflege – Rückblick und Ausblick.

Die Schwester Der Pfleger, 49. Jahrgang (12), Seite 1180 – 1184

Behrens, Johann; Gottwald, Christa; Thomas, Birgit; Wirnitzer, Bruno (2005)

Schulung und Anleitung in der stationären Krankenpflege zur Förderung der Selbständigkeit bei älteren Menschen.

Pflegewissenschaft, (9), Seite 472 - 479

Beinsen, Ann-Katrin (2011)

Pflegeberatung nach Nierentransplantation – Weiterleben mit neuer Niere.

Die Schwester der Pfleger, 50. Jahrgang (6), Seite 532 – 537

Beltz Juventa Verlag (2013a)

Zeitschriften. Pflege & Gesellschaft. Impressum

<http://www.juventa.de/>

Zugriff: 20.1.2013

Beltl Juventa Verlag (2013b)

Zeitschrift. Pflege & Gesellschaft. Mediadaten

<http://www.juventa.de/#>

Zugriff: 201.1.2013

Bernd, Ute; Horn, Ingrid; Knerr, Astrid; Landenberger, Margarete; Renz, Petra (2007)

Ernährung/ Ernährungsberatung für Patienten mit chemotherapie-bedingten Beschwerden.

Pflegewissenschaft, (1), Seite 5 - 13

Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft mbH (2013a)

Der Bibliomed Verlag.

<https://www.bibliomed.de/bibliomed>

Zugriff: 20.1.2013

Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft mbH (2013b)

Mediadaten Print/ Online. Themen 2013. Mediadaten Nr. 43.

https://www.bibliomed.de/c/document_library/get_file?uuid=5bef7f25-836f-4a7c-8093-3efdc015bc2b&groupId=232125

Zugriff: 20.1.2013

Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft mbH (2013c)

Mediadaten Print/ Online. Titelporträt, Mediadaten Nr. 43.

https://www.bibliomed.de/c/document_library/get_file?uuid=5bef7f25-836f-4a7c-8093-3efdc015bc2b&groupId=232125

Zugriff: 20.1.2013

Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft mbH (2013d)

Zeitschriften. Jahresverzeichnisse. Die Schwester Der Pfleger.

<https://www.bibliomed.de/jahresinhaltsverzeichnisse>

Zugriff: 20.1.2013

Blüher, Stefan; Kuhlmeier, Adelheid (2011)

Demographische Entwicklung in Deutschland – Konsequenzen für Pflegebedürftigkeit und pflegerischer Versorgung.

In: Schaeffer, Doris, Wingenfeld, Klaus (Hrsg)

Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: München

Bohlender, Carola; Kautz, Bianca (2007)

Pflegerische Beratung als Bestandteil des beruflichen Selbstverständnisses: Qualität spürbar machen.

Pflegezeitschrift, 60. Jahrgang (4), Seite 219 – 221

Bohrer, Annerose; Kuckeland, Heidi; Oetting-Roß, Claudia; Scherpe, Manuela, Schneider, Kordula (Hrsg. Prodos) (2008)

Beratung gestalten.

Grundlagen der Pflege. Hefte für die Aus-, Fort- und Weiterbildung, Heft 25, Seite 10

Book, Katrin; Horn, Ingrid; Jahn, Patrick; Kitzmann, Maria; Landenberger, Margarete; Renz, Petra; Stukenkemper, Jörg; Thoke-Colberg, Anette (2009)

Information und Beratung für Patienten mit chemotherapie-bedingten Nebenwirkungen – Entwicklung einer evidenzbasierten pflegerischen Praxisleitlinie.

Pflegewissenschaft, (11), Seite 613 - 619

Bortz, Jürgen; Döring, Nicola (2006)

Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler.

4., überarbeitete Auflage, Heidelberg: Springer

Bossle, Michael; Köberich, Stefan; Lipp, Judith; Meier, Mellita (2006):

Beratung im Gesundheitswesen - Chance für die Pflege?

Pflegewissenschaft, (3), Seite 133 – 139

Briedis, Kolja; Schaeper, Hilde (2004)

Kompetenzen von Hochschulabsolventen, berufliche Anforderungen und Folgerungen für die Hochschulreform. Projektbericht.

http://www.bmbf.de/pub/his_projektbericht_08_04.pdf

Zugriff: 15.2.2013

Brinker-Meyendriesch, Elfriede; Schneider, Alfred; Schneider, Kordula (2005)

Pflegepädagogik. Für Studium und Praxis.

2. überarbeitete und aktualisierte Auflage, Heidelberg: Springer

Brinkhoff, Petra; Müller-Mundt, Gabriela; Plechberger, Sabine; Schaeffer, Doris (2000)

Patientenedukation – (k) ein zentrales Thema in der deutschen Pflege?

Pflege & Gesellschaft, 5. Jahrgang, Heft 2, Seite 42 - 53

Bundesministerium der Justiz (2003)

Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG).

http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflg_2004/gesamt.pdf

Zugriff: 13.2.2013

Bundesministerium der Justiz (2013)

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V). Gesetzliche Krankenversicherung.

Dritter Abschnitt. Beziehungen zu Krankenhäusern und anderen Einrichtungen.

www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/

Zugriff: 20.2.2013

Chaux de la, Christian; Sailer, Marcel (2002)

Die konzeptionelle Verankerung der Patientenorientierung in Patientenschulungs- und Anleitungsprogrammen.

PrInterNet, (10), Seite 221 – 234

Corbin, Juliet M.; Strauss, Anselm L. (2004)

Weiter leben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheiten.

2., vollständig überarbeitete und erweiterte Ausgabe, Bern: Huber

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (2013a)

Die DGP. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V.-

<http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/>

Zugriff: 4.1.2013

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (2013b)

Pflege & Gesellschaft.

<http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/pflege-gesellschaft>

Zugriff: 3.1.2013

Deutsche Nationalbibliothek (2013a)

Katalog der Deutschen Nationalbibliothek.

<http://d-nb.info/012905488/about/html>

Zugriff: 21.1.2013

Deutsche Nationalbibliothek (2013b)

Katalog der Deutschen Nationalbibliothek.

<http://d-nb.info/015018504/about/html>

Zugriff: 21.1.2013

Deutsche Nationalbibliothek (2013c)

Katalog der Deutschen Nationalbibliothek.

www.portal.dnb.de/resolver.htm?referrerResultId=idn%3D01054657X

[%26any&referrerPosition=0&identifier01278821X](http://www.portal.dnb.de/resolver.htm?referrerResultId=idn%3D01054657X%26any&referrerPosition=0&identifier01278821X)

Zugriff: 21.1.2013

Deutsch-Englisch-Wörterbuch (2012)

Education.

www.dict.cc/englisch-deutsch/education.html

Zugriff: 11.10.2012

Deutschmann, Lisa (2005)

Möglichkeiten des Internets zur Verbesserung der Patienteninformation.

Pflegewissenschaft, (2), Seite 104 – 113

Dewe, Bernd (2005)

Transfer, Transformationen oder Relationierung von Wissen – Theoretische Überlegungen zur berufsbezogenen Wissensforschung.

In: Schaffer, Doris (Hrsg.): Wissenstransfer in der Pflege Workshopbericht. Veröffentlichungsreihe des Institutes für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P06-133. Bielefeld: IPW, S.19 - 30

Dewe, Bernd; Schaeffer, Doris (2011)

Zur Interventionslogik von Beratung in Differenz zu Information, Aufklärung und Therapie.

In: Schaeffer, Doris; Schmidt-Kaehler, Sebastian (Hrsg.) (2012):

Lehrbuch Patientenberatung.

2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber

Duden (2013)

Soma, somatisch.

www.duden.de/suchen/dudenonline/soma

Zugriff: 20.2.2013

Evers, Georges; Mayer, Herbert; Nonn, Cleo R.; Osterbrink, Brigitte (2002)

Schulung von Patienten mit Diabetes und Hypertonie – Zwischenergebnis einer Langzeitbeobachtung -.

Die Schwester Der Pfleger, 42. Jahrgang (11), Seite 904 - 909

Engel, Frank; Nestmann, Frank; Sieckendiek, Ursel (2004a)

Das Handbuch der Beratung. Disziplinen und Zugänge.

Band1, Tübingen: dgvt

Engel, Frank; Nestmann, Frank; Sieckendiek, Ursel (2004b)

Das Handbuch der Beratung. Ansätze, Methoden und Felder.
Band 2, Tübingen: dgvt-Verlag,

Engel, Frank; Nestmann, Frank; Sieckendiek, Ursel (2012)

Theoretische Konzepte der Beratung.
In: Schaeffer, Doris; Schmidt-Kaehler, Sebastian (Hrsg.):
Lehrbuch Patientenberatung.
2.,vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Bern: Hans Huber Verlag

Ewers, Michael (2001)

Anleitung als Aufgabe der Pflege. Ergebnisse einer Literaturanalyse.
Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität
Bielefeld (IPW), Oktober 2001.
Veröffentlicht unter:
<http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-115.pdf>
Zugriff vom 8.10.12

Fröse, Sonja (2010)

Was sie über Pflegeberatung wissen sollten.
Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft

Früh, Werner (2011)

Inhaltsanalyse. Theorie und Praxis.
7. Auflage, Konstanz: UVK (UTB 2501)

George, Ute; George, Wolfgang (2004)

Beratung und Anleitung. Angehörigenedukation. Mit Betroffenen die Pflege
gestalten.
Die Schwester Der Pfleger, 43. Jahrgang (12), Seite 699 – 670

Hallbauer, Meike; Weller, Cathèrine (2011)

Herausforderung Kanülensprechstunde. Beratung rund um die „Kanüle“
Die Schwester Der Pfleger, 50. Jahrgang (1), Seite 30 – 32

Harking, Martina (2005)

Beratung in der Pflege – Annäherung an einen für das Handlungsfeld der Pflege spezifischen Zugang.

In: Brinker-Meyendriesch, Elfriede; Schneider, Alfred; Schneider, Kordula:

Pflegepädagogik. Für Studium und Praxis.

2. überarbeitete und aktualisierte Auflage, Heidelberg: Springer

Hpsmedia GmbH (2013a)

Verlagsinformation

<http://www.lernwelten.info/shop/ueber-hpsmedia>

Zugriff: 15.1.2013

Hpsmedia GmbH (2013b)

Pflegewissenschaft. Mediadaten.

http://www.lernwelten.info/images/stories/Mediadaten_Pflegewissenschaft_2012.pdf

Zugriff: 15.1.2013

Hpsmedia GmbH (2013c)

Pflegewissenschaft. Mediadaten.

<http://www.pflege-wissenschaft.info/shop/mediadaten>

Zugriff: 15.1.2013

Hpsmedia GmbH (2013d)

Katalog. Pflegewissenschaft

http://www.pflege-wissenschaft.info/shop?page=shop.browse&category_id=1

Zugriff: 15.1.2013

Herlyn, Karen (2005)

Patientenschulung bei systemischer Vaskulitis: Das Leben Lebenswert halten.

Pflegezeitschrift, 58. Jahrgang (10), Seite 628 - 631

Huber, Matrin (2005)

Beratungskonzepte in der Pflege: Die Lücke zum Patienten schließen.
Pflegezeitschrift, 58. Jahrgang (2), Seite 107 – 110

Hüper, Christa; Hellige, Barbara (2007)

Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke.
Rahmenbedingungen – Grundlagen – Konzepte – Methoden.
Frankfurt am Main: Mabuse

Hurrelmann, Klaus; Von Reibnitz, Christine; Schnabel, Peter-Ernst (Hrsg.) (2001)

Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und
Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen. Weinheim: Juventa,

Imbery, Claudia; Sailer, Marcel (2009)

Das Patienten-Information-Zentrum (PIZ) am Herz-Zentrum Bad Krozingen:
Patientenedukation strukturieren.
Pflegezeitschrift, 62. Jahrgang (3), Seite 150 – 153

Isfort, Michael (2011)

Professionelles Pflegehandeln.
In: Pflege Heute. Lehrbuch für Pflegeberufe.
5., vollständig überarbeitete Auflage, München: Urban & Fischer

Jacobs, Beke (2007)

Patienteninformationszentrum – Anlaufstelle für Wissensdurstige –
Die Schwester Der Pfleger, 46. Jahrgang (4), Seite 312 - 315

Klug-Redman, Barbara (2009)

Patientenedukation. Kurzlehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe.
2., vollständig überarbeitete Auflage, Hrsg: Abt-Zegelin, A., Tolsdorf, M.
Bern: Huber

Klug-Redman, Barbara (1996)

Patientenschulung und –beratung.

Deutsche Ausgabe herausgegeben von Jürgen Osterbrink

Berlin: Ullstein Mosby

Knelange, Christel; Schieron, Martin (2000)

Beratung in der Pflege – als Aufgabe erkannt und professionell ausgeübt?

Pflege & Gesellschaft, 5. Jahrgang, Heft 1, Seite 4 - 11

Koch-Straube, Ursula (2000)

Beratung in der Pflege – eine Skizze.

Pflege & Gesellschaft, 5. Jahrgang, Heft 1, Seite 1 – 3

Koch–Straube, Ursula (2003)

Beratung in der Pflege.

In: Deutscher Verein für Pflegewissenschaft (Hrsg.) Das Originär der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen.

Pflege & Gesellschaft, Sonderausgabe, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S.81 - 88

Koch–Straube, Ursula (2008)

Beratung in der Pflege.

2., vollständig überarbeitete Auflage, Bern: Huber

Köpke, Sascha; Meyer, Gabriele (2010)

Eine Aufgabe der Pflege? Evidenzbasierte Patienteninformation und informierte, geteilte Entscheidungsfindung.

Pflegezeitschrift, 63. Jahrgang (1), Seite 12 – 15

Kolbe, Nina (2007)

Beratung und Steuerung. Pflege als Koordinator für Menschen mit Herzinsuffizienz.

Die Schwester Der Pfleger, 46. Jahrgang (11), Seite 998 – 1001

Kuckeland, Heidi; Scherpe, Manuela; Schneider, Kordula (2008)

Beratung in der Pflege- Zukunftsorientierte Aufgaben für Pflegekräfte.

Unterricht Pflege, 13. Jahrgang, Heft 13, Seite 2 - 11

Lamnek, Siegfried (2010)

Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch.

5., überarbeitete Auflage, Weinheim: Beltz

Lang, Daniela S. (2008)

Soziale Kompetenz und Persönlichkeit. Zusammenhänge zwischen sozialer Kompetenz und den Big Five der Persönlichkeit bei jungen Erwachsenen.

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Doktor der Philosophie.

<http://kola.opus.hbz->

[nrw.de/volltexte/2008/340/pdf/Soziale_Kompetenz_und_Persoenlichkeit.pdf](http://kola.opus.hbz-nrw.de/volltexte/2008/340/pdf/Soziale_Kompetenz_und_Persoenlichkeit.pdf)

Zugriff: 15.2.2013

London, Fran (2003)

Informieren, Schulen, Beraten. Praxishandbuch zur pflegebezogenen Patientenedukation.

1. Auflage, Bern: Huber

Mayring, Philipp (2010)

Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken.

11., aktualisierte und überarbeitete Auflage, Weinheim: Beltz

Meleis, Afaf; Moers, Martin; Schaeffer, Doris; Steppe, Hilde (1997)

Pflegetheorien. Beispiele aus den USA.

Bern: Hans Huber Verlag

Moltmann, Eva; Witt, Matthias (2005)

Beratung und Anleitung am Beispiel kinästhetischer Mobilisation: Wissen vermittelt Sicherheit.

Pflegezeitschrift, 58. Jahrgang (7), Seite 430 – 431

Müller-Mundt, Gabriele; Schaeffer, Doris (2001)

Patientenschulung in der Pflege.

In: Hurrelmann, Klaus; Schnabel, Peter-Ernst (Hrsg.): Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen.

Weinheim: Juventa

Müller-Mundt, Gabriele (2011)

Patientenedukation als Aufgabe der Pflege.

In: Schaeffer, Doris; Wingenfeld, Klaus (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft.

Weinheim: Juventa

Naegele, Matthias (2006a)

Onkologie. Mit dem Krebs umgehen lernen. Patientenedukation in der onkologischen Pflege.

Die Schwester Der Pfleger, 45. Jahrgang (6), Seite 432 – 436

Naegele, Matthias (2006b)

Konzeptentwurf zur Patientenedukation in der Onkologie: Krankheitsbewältigung gezielt unterstützen.

Pflegezeitschrift, 59. Jahrgang (6), Seite 350 – 353

Nestmann, Frank (Hrsg.) (1997)

Beratung – Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis.

Tübingen: dgvt

Pinkert, Christiane; Renneke, Sandra (2000)

Modellprojekt „Patienten-Informations-Zentrum“ - Mündigkeit durch professionelle Beratung.

Pflegezeitschrift, 53. Jahrgang (1), Seite 50 - 51

Palesch, Anja (2012)

Ambulante Pflege. Grundlagen und Konzepte für die Praxis.

1. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer

Perls, F., Hefferline, R.F., Goodman P. (1979)

Gestalt-Therapie.

Band 1 und 2, Stuttgart: Klett-Cotta

Petzold, H. (1988)

Integrative Bewegungs- und Leibtherapie.

Paderborn: Junfermann

Pfaff, Holger; Janssen, Christian; Scheibler, Fülöp (2003)

Shared decision making: eine Übersichtsartikel über die internationale Forschungsliteratur.

Sozial- und Präventivmedizin, 48. Jahrgang, 3, Seite 11 - 23

http://shared-decision-making.de/deutsch/dokumente/Scheibler_2003_SDM.pdf

Zugriff: 20.2.2013

Richter-Kessler, R.; Steimel, R. (2001)

Individuelle stationäre Angehörigenschulung: Schon vor der Entlassung die Zeit danach proben.

Pflegezeitschrift, 54. Jahrgang (8), Seite 562 - 563

Robert Koch-Institut (2011)

GBE Kompakt. Kompetenz und Souveränität im Gesundheitswesen 2011.

Ausgabe 02

www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?

[p_uid=gasts&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=13955::Kranke nhaus](http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gasts&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=13955::Kranke nhaus)

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2012)

Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“.

Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin

Rogers, C. R. (2002)

Die klientenzentrierte Psychotherapie.

Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch

Rogers C. R. (1972)

Die nicht-direktive Beratung.

5. Auflage, Frankfurt am Main: Fischer

Sachverständigenrat Gesundheit (2009)

Sondergutachten 2009. Multimorbidität und Anforderungen an Leitlinien.

<http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=183>

Zugriff: 20.2. 2013

Sander, K. (1999):

Personenzentrierte Beratung. Ein Arbeitsbuch für Ausbildung und Praxis.

Weinheim: Beltz-Verlag

Schaeffer, Doris (2005)

Wissenstransfer in der Pflege – ein Problemabriss.

In: Schaeffer, Doris (Hrsg.): Wissenstransfer in der Pflege Workshopbericht.

Veröffentlichungsreihe des Institutes für Pflegewissenschaft an der Universität

Bielefeld, P06-133. Bielefeld: IPW, Seite 5 - 18

Schaeffer, Doris; Wingenfeld, Klaus (Hrsg.) (2011)

Handbuch Pflegewissenschaft.

Weinheim: Juventa

Schaeffer, Doris; Schmidt-Kaehler, Sebastian (Hrsg.)(2012)

Lehrbuch Patientenberatung.

2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Bern: Huber

Schneider, Frank (2007)

Patientenberatung – Pflegerische Aufklärung kann perioperative Schmerzen reduzieren.

Die Schwester Der Pfleger, 46. Jahrgang (12), Seite 1078 - 1082

Schneider, Kordula (2002)

Neue Arbeitsfelder in der Pflege – eine definitorische Klärung von Beratung, Anleitung und Schulung.

Unterricht Pflege, 7. Jahrgang, Heft 4, Seite 2 – 8

Schröder, Anette (2004)

Psychologie und Beratung.

In: Engel, Frank; Nestmann, Frank; Sickendiek, Ursel (Hrsg.):

Das Handbuch der Beratung. Disziplinen und Zugänge. Band1. Tübingen: dgvt

Seeling, Stefanie (2011)

Einzelschulung – Progressive Muskelrelaxation (PMR) – als Intervention in einer Pilotstudie.

Pflegewissenschaft, (6), Seite 338 – 348

Sicksch, Mirko (2008)

Patientenedukation – Schulungsprogramme für Patienten nach Herztransplantation.

Die Schwester Der Pfleger, 47. Jahrgang (6), Seite 594 – 597

Simon, Michael (2010)

Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise.

3., überarbeitete und aktualisierte Auflage, Bern: Huber

Spörer, Sonja (2008)

Pflegefachberatung – Spezialisten sichern Pflegequalität:

Die Schwester Der Pfleger, 47. Jahrgang (5), Seite 374 – 377

Statistisches Bundesamt (2010)

Demographischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige. Heft 2.

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/KrankenhausbehandlungPflegebeduerftige5871102109004.pdf?_blob=publicationFile

Statistisches Bundesamt (2011)

Krankenhäuser. Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung 2011.

www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Gesellschaft/Staat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KrankenaeeuserBL.html

Zugriff am: 08.02.2013

Stratmeyer, Peter (2001)

Pflegeberatung zwischen Patientenschulung, sozialer Arbeit und Psychotherapie. Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript.

Vortrag vom 26.10.2001 an der Humboldt Universität Berlin.

Stratmeyer, Peter (2005)

Orientierung und Ansätze der Pflegeberatung.

Pflegemagazin, 6.Jahrgang, Heft 2, Seite 42 - 57

Schwartz, Felicitas (2003)

Inkontinenz-Assessment. Professionelle Beratung in der Inkontinenz-Sprechstunde am Beispiel der Harzerkliniken Goslar.

Die Schwester Der Pfleger, 42. Jahrgang (8), Seite 588 – 590

Thomas, Birgit; Wirnitzer, Bruno (2001)

Pflegeberatung im Krankenhaus München-Neuperlach: Patienten und Pflegende in einer neuen Rolle.

Pflegezeitschrift, 54. Jahrgang (7), Seite 469 - 473

Thomas, Birgit; Wirnitzer, Bruno (2001)

Pflegeberatung im Krankenhaus München-Neuperlach: Erste Ergebnisse des Modellprojekts.

Pflegezeitschrift, 54. Jahrgang (12), Seite 869 - 872

Universitätsbibliothek der Humboldt-Universität zu Berlin (2013)

Bibliotheksglossar. Peer-Review-Verfahren.

<http://www.ub.hu-berlin.de/bibliotheksglossar/peer-review-verfahren>

Zugriff: 16.2.2013

W. Kohlhammer Verlag GmbH (2013a)

Mediadaten. Titel-Portrait. Media-Information 2013

<http://tisrv09.kohlhammer.de/kohlhammer.de/download/Portale/Zeitschriften/Pflegezeitschrift/Service/Mediainfo2013.pdf>

Zugriff: 30.1. 2013

W. Kohlhammer Verlag GmbH (2013b)

Pflegezeitschrift. Produktbeschreibung.

http://www.kohlhammer.de/wms/instances/KOB/appDE/nav_magazine.php?product=0945-1129

Zugriff: 30.1.2013

Anhang

Anhang 1	
Nicht gewählte Artikel.....	125
Anhang 2	
CD: Tabellarische Ergebniszusammenstellung der 37 Artikel.....	132

Anhang 1

Nicht gewählte Artikel

	Kinder- kran- ken- pflege	Ambu- lan- te und statio- näre Alten- Pfle- ge, Artikel zum Thema SGBXI	Aus-, Fort-, und Weiter- bildung	Auslän- discher Beitrag zum Thema Patienten- edukation	Edukations- bedarfs ermittlung bezogen auf bestimmte Patienten- gruppen/ Krankheits- bilder	Allgemeiner Beitrag zum Thema Patientenedu- kation/ Pflegerberatung etc. in der Pfleger	Sonstiges (Artikel, die die Schlagwörter in der Überschrift enthalten, diese haben jedoch keinen Bezug zum Krankenhaus oder Pflegerkräften, es werden andere Berufsgruppe innerhalb des Gesundheitswesens benannt)
Die Schwester Der Pfleger							
Löser, A. (2000): Pflegerberatung in der Onkologie: Patienten zur Übernahme eigener Verantwortung motivieren. 1. Teil. 39. Jahrgang, 10, Seite 820 – 824						X	
Löser, A. (2000): Pflegerberatung in der Onkologie. Patienten zur Übernahme eigener Verantwortung motivieren. 2. Teil. 39. Jahrgang, 11, Seite 925 – 928						X	
Oulerich, K.; Schmidt, G. (2001): Patienten- und Angehörigenanleitung. Fit für die Dialyse. - Schulungs- und Informationsprogramm für praedialytische Patienten. 40. Jahrgang, 7, Seite 600 – 602						X	
Abt-Zegelin, A. (2005): Patientenedukation – Was Patienten über ihre Krankheit denken – Subjektive Vorstellung von Krankheit und Gesundheit - 44. Jahrgang, 1, Seite 53 -55						X	
Fecke, B. (2007): Beratung – Pfleger am Telefon . 46. Jahrgang, (12), Seite 1084 – 1088							X
Quasdorf, T. (2008): Schulungs- und Beratungsangebote. Patientenedukation im multikulturellen Umfeld. Die Schwester Der Pfleger, 47. Jahrgang, 2, Seite 132 – 136						X	

Abt-Zegelin, A.; Bamberger, G.G.; Tolsdorf, M. (2009) Beratungsgespräch in der Pflege. „Bitte bleiben Sie hier...“ 48. Jahrgang, 7, Seite 652 – 655						X	
Rosendahl, S. (2009): Klientenzentrierte Kommunikation. Telefonische Beratung von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz. 48. Jahrgang,8, Seite 812 – 815						X	
Dr. Abt-Zegelin, A.; Bamberger, G. G; Rust, J. (2009): Beratungsgespräche in der Pflege – „Setzen Sie sich doch einen Moment ...“ 48. Jahrgang, 9 , Seite 856 - 861						X	
BAG Prävention, Rehabilitation und Beratung des DBfK (2009): Beispiel aus der Praxis. Beratung durch Pfleger in der Rehabilitation. 48. Jahrgang (9), Seite 892 – 894							X
Abt-Zegelin, A.; Schäfer, A. (2009): Sichere Versorgung. Patientenedukation und Patientensicherheit greifen ineinander. Die Schwester Der Pfleger, 48. Jahrgang, 10, Seite 970 – 973						X	
Abt-Zegelin, A.; Bamberger, G. G. (2010): Beratungsgespräche in der Pflege – „Gehen Sie ein Stück mit mir...?“ 49. Jahrgang, 2, Seite 128 – 132						X	
Dr. Abt-Zegelin, A.; Bamberger, G.G.; Donner, D. (2010): Beratungsgespräche in der Pflege. „Ich möchte vertrauen können...“ 49. Jahrgang, 5, Seite 438 – 442						X	
Grether, T. (2010): Pflegerstützpunkte im Test. Beratung aus einer Hand. 49. Jahrgang, 12, Seite 1218 – 1220		X					

Pflege & Gesellschaft							
Engel, F.; Sichendiek, U. (2005) Beratung – ein eigenständiges Handlungsfeld mit neuen Herausforderungen. 10. Jahrgang, Heft 4, Seite 163 – 171						X	
Kleve, H. (2005) Beratung im Pflegesystem – eine systemtheoretische Perspektive. 10. Jahrgang, Heft 4, Seite 172 – 181						X	
Rommelspacher, B. (2005) Transkulturelle Beratung in der Pflege. 10. Jahrgang, Heft 4, Seite 182 – 189						X	
Tiesmeyer, K. (2007) Eduktion in der pädiatrischen Onkologie – anfällig für Ungleichheit? 12. Jahrgang, Heft 4, Seite 330 – 342	X						
Müller-Mundt, G. (2008) Bewältigungsherausforderungen des Lebens mit chronischem Schmerz – Anforderungen an die Patientenedukation. 13. Jahrgang, Heft 1, Seite 32 – 47					X		
Eckhardt, R.; Gövercin, M.; Ruhnau-Wüllenweber, M.; Steinhagen-Thiessen, E.; Wegel, S. (2011) Beratungsangebote vor dem Hintergrund des demographischen Wandels (Beiträge). 16. Jahrgang, Heft 3, Seite 235 – 254		X					
PrInterNet/ Pflegewissenschaft							
Lay, R. (2001) Beratungskompetenz in der Pflege. 9, Seite 195 – 200			X				
Huber, M. (2002) Patientenberatung und – edukation – Welche Anforderungsprofile werden an die Pflege in Zukunft gestellt? 3, Seite 65 – 71						X	

George, U.; George, W. (2004) Angehörigenedukation als Inhalt der Aus- und Weiterbildung. 4, Seite 210 – 214			X				
Jahncke-Latteck, Ä.-D.; Weber, P. (2004) Pflegeberatung in der Wohngruppe der Behindertenhilfe 10, Seite 548 -555							X
Dokken, H.; Huber, B. Stukenkemper, J.; Thoke-Colberg, A. (2005) Wissens- und Beratungsbedarf von Tumorpatienten zu Nebenwirkungen der Chemotherapie. 5, Seite 289 – 295					X		
Doll, A.; Hummel-Gaatz, S. (2006) Lernfeld Beratung in der Pflege. Umsetzung des Lernfeldkonzeptes in der Fachweiterbildung für onkologische Pflege. 4, Seite 206 – 217			X				
Marquard, S.; Wiedemann, R. (2006) Die Anleitung zur Selbstuntersuchung der Brust als Aufgabe der Pflege. 10, Seite 560 – 566						X	
Schäfer, D. (2009): Beratungs- und Unterstützungsbedarf von Frauen mit Harninkontinenz. 1, Seite 28 – 34					X		
Fringer, A.; Schnepf, W. (2009) Anforderungen an die Schulung ehrenamtlicher Helfer im Bereich der Angehörigenpflege. Die Sicht der Experten. 7, Seite 431 – 440		X					
Bühler, N.; Panfil, E.-M. (2011) Patienteninformationsbro schüren zum Thema Rauchen und Passivrauchen in der Schwangerschaft und Wochenbett: Eine kritische Analyse. 6, Seite 349 – 357	X						
Pflegezeitschrift							
Carstens, A. (2000) Beratung „von Rolli zu Rolli“. 53. Jahrgang, 6, Seite 388							X

Mensdorf, . (2000) Teil 7 – Die Diabetesassistentin/ Die Diabetesberaterin: Ernährungs- und Gesundheitsberatung. 53. Jahrgang, 8, Seite 515 – 519							X
Haas-Unmüßig, P. (2001) Kompetenzen in der Pflegerberatung: Neue Aufgaben erfordern umfassende Weiterbildung. 54. Jahrgang, 4, Seite 285 – 286			X				
Kepler, P. (2001) Arbeit an der Schnittstelle: Überleitungspflege informieren, beraten und managen. 54. Jahrgang, 7, Seite 467 – 468							X
Kulzer, B. (2001) Diabetes mellitus, Krankheitserleben, Schulung, MEDIAS-2 Motivationsprobleme von Typ-2-Diabetikern: Schulung muss im Alltag ankommen. 54. Jahrgang, 9, Seite 637 – 640						X	
Niedbal, B. (2001) Diabetes mellitus, Schulung, Ernährungsberatung, Insulintherapie. Schulung von Typ-2-Diabetikern: Lernen für mehr Lebensqualität. 54. Jahrgang, 9, Seite 643 – 647						X	
Krämer, U.; Schnabel, M. (2004) Pflegerberatung: Autonomie und Lebenswelt der Patienten bilden die Basis. 57. Jahrgang, (4), Seite 237 – 241						X	
Schomburg, I. et al. (2005) Vom Pfadfinder zum Fall-Berater: Behandlungspfade und Unterstützungs- management. 58. Jahrgang, 1, Seite 42 -44							X
Beier, J.; Mertin, M.; Müller, I. (2005) Der Begriff „Beratung in der Pflege“. 58. Jahrgang, 2, Seite 1 – 6						X	

Beier, J. (2005) Prinzipien patientenorientierter Information und Beratung. Pädagogische Strategien situationsgerecht anwenden. 58. Jahrgang 10, Seite 636 – 639						X	
Feldhaus-Plumin, E. (2005) Beratung in der Pflege: Grundlagen in der Ausbildung legen. 58. Jahrgang, 10, Seite 640 – 642			X				
Olbrich, Ch. (2005) Ideolektik als Ansatz für Beratung in der Pflege: Den anderen Menschen verstehen. 58. Jahrgang, 10, Seite 643 – 645						X	
Piechotta, G. (2006) Pflegerische Beratung im multikulturellen Kontext: Im Mittelpunkt steht der Mensch. 59. Jahrgang, 4, Seite 215 – 218						X	
Projektgruppe „Fast Track“ am St.- Vincentius-Krankenhaus- Speyer (2006) Aufklärung und Beratung sind wichtig. „Fast Track“ in der Viszeralchirurgie – Teil 1: Operationsvorbereitung. Projektgruppe „Fast Track“ am St.- Vincentius-Krankenhaus Speyer. 59. Jahrgang, 12, Seite 744 – 746						X	
Lohmann, I. (2006) Stillen im klinischen Wochenbett: Mit professioneller Beratung Fehler vermeiden. 59. Jahrgang, (12), Seite 748 – 751	X						
Ludwig, D. et al. (2007) Fallsituationen für den Erwerb von Beratungskompetenz konstruieren: Inhaltliche und methodische Bausteine. 60. Jahrgang, 1, Seite 37 -39						X	

Besendorfer, A.; Schulz, B. (2007) Patienten brauchen Informationen - Umsetzung des Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz“ 60. Jahrgang, 10, Seite 556 – 559					X		
Schule, E. et al. (2008) Der Einfluss von Patientenedukation auf das Schmerzempfinden bei Patienten mit einer malignen Tumorerkrankung. Influence of patient education on pain experience in patient with malignant tumors 61. Jahrgang, 4, Seite 214 – 219				X			
Notdurft, I. (2008) Gesundheitsförderung und Salutogenese: Patientenzentrierte Beratung in der Pflege. 61. Jahrgang, 7, Seite 388 – 391						X	
Hartwig, M. (2009) Sodbrennen - eine Volkskrankheit. Evidenzbasierte Ansätze für die pflegerische Beratung 62. Jahrgang, 7, Seite 408 – 411					X		
Backhaus, J.; Hörmann, C. (2009) Multiprofessionelle Beratung von Frauen mit Darmkrebs: Beratung macht Mut! 62. Jahrgang, 9, Seite 530 – 533					X		
Allwicher, V. (2010) Ein professionelles Handlungsfeld. Die Beratung von Pflegenden Angehörigen im Kontext von § 7a SGB XI. 63. Jahrgang, 1, Seite 16 – 18		X					
Messer, M. (2010) Präventive Maßnahmen und professionelle Beratung bei Osteoporose. 63. Jahrgang, 3, Seite 182 - 183							X
Keitel, P. (2010) Mehr Kundenbindung durch individuelle Einzelschulungen: Angehörige durch Pflegekurse. 63. Jahrgang, 6, Seite 368 -371		X					

Westein, S. (2010) Ratsuchenden zur Seite stehen. Ein bundesweites Netzwerk für Pflegeberatung geschaffen. 63. Jahrgang, 7, Seite 392 – 393		X					
Lötzerich, U. (2010) Rechtsanspruch auf Pflegeberatung. Noch zu viele Pflegebedürftige und Angehörige verkennen neue Hilfebchancen. 63. Jahrgang, 7, Seite 394		X					
Hackmann, M. (2011) Zur Geschichte der Gesundheitsförderung und Prävention in der ambulanten Pflege. Mehr als Hygiene und Beratung. 64. Jahrgang, 2, Seite 116 - 119		X					
Papenkordt, U. (2011) Tabuthema Harn- und Stuhlinkontinenz. Gut beraten, sicher unterwegs. 64. Jahrgang, 6, Seite 329 - 333					X		
58 Artikel	3	8	5	1	7	26	8

Anhang 2

CD: Tabellarische Ergebniszusammenstellung der 37 Artikel

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 28.02.2013

Inhaltsverzeichnis

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 1: Modellprojekt „Patienten-Informations-Zentrum“: Mündigkeit durch professionelle Beratung.....	4
Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 2: Beratung in der Pflege –eine Skizze.....	8
Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 3: Beratung in der Pflege – als Aufgabe erkannt und professionell ausgeübt? Darstellung zweier qualitativer Studien aus stationären Bereichen der psychiatrischen und somatischen Krankenpflege	12
Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 4: Modellprojekt „Patienten-Informations-Zentrum“: Mündigkeit durch professionelle Beratung.....	23
Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 5: Patienten- und Familienedukation erfordern neue Kompetenzen.....	28
Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 6: Pflegeberatung im Krankenhaus München-Neuperlach: Patienten und Pflegende in einer neuen Rolle.....	36
Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 7: Individuelle stationäre Angehörigenschulung: Schon vor der Entlassung die Zeit danach proben.....	43
Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 8: Pflegeberatung im Krankenhaus München-Neuperlach: Erste Ergebnisse des Modellprojekts.....	47
Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 9: Die konzeptionelle Verankerung der Patientenorientierung in Patientenschulungs- und anleitungsprogrammen.....	54
Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 10: Schulung von Patienten mit Diabetes und Hypertonie. – Zwischenergebnisse einer Langzeitbeobachtung	63
Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 11: Inkontinenz - Assessment. Professionelle Beratung in der Inkontinenz-Sprechstunde am Beispiel der Harzkliniken Goslar.....	68
Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 12: Beratung und Anleitung: Angehörigenedukation. Mit Betroffenen die Pflege gestalten.....	72
Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 13: Patientenedukation. Epilepsie – Beratung und Information durch die Pflege.....	79
Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 14: Möglichkeiten des Internets zur Verbesserung der Patienteninformation.....	83
Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 15: Beratungskonzepte in der Pflege: Die Lücke zum Patienten schließen.....	88

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 16: Beratung und Anleitung am Beispiel kinästhetischer Mobilisation: Wissen vermittelt Sicherheit.....	93
Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 17: Schulung und Anleitung in der stationären Krankenpflege zur Förderung der Selbständigkeit bei älteren Menschen mit eingeschränkter Mobilität nach hüftnahen Frakturen.....	97
Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 18: Patientenschulung bei systemischer Vaskulitis: Das Leben lebenswert erhalten.....	106
Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 19: Beratung im Gesundheitswesen - Chance für die Pflege.....	112
Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 20: Onkologie. Mit dem Krebs umgehen lernen. Patientenedukation in der onkologischen Pflege.....	117
Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 21: Konzeptentwurf zur Patientenedukation in der Onkologie: Krankheitsbewältigung gezielt unterstützen.....	122
Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 22: Ernährung/ Ernährungsberatung für Patienten mit chemotherapie-bedingten Beschwerden. Eine evidenz-basierte pflegerisch-interdisziplinäre Praxisleitlinie.....	128
Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 23: Patienteninformationszentrum. Anlaufstelle für Wissensdurstige.....	133
Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 24: Pflegerische Beratung als Bestandteil des beruflichen Selbstverständnisses: Qualität spürbar machen.....	137
Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 25: Beratung und Steuerung. Pflege als Koordinator für Menschen mit Herzinsuffizienz.....	142
Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 26: Patienteninformationszentrum. Edukative Unterstützung der Patienten im Krankenhaus.....	145
Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 27: Pflegeberatung. Pflegerische Aufklärung kann perioperative Schmerzen reduzieren.....	149
Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 28: Pflegefachberatung. Spezialisten sichern Pflegequalität.....	154
Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 29: Patientenedukation. Schulungsprogramm für Patienten nach Herztransplantation.....	159
Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 30: Patientenedukation bei MS. Betroffene zu Experten machen.....	164
Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 31: Das Patienten-Informationen-Zentrum (PIZ) am Herz-Zentrum Bad Krozingen: Patientenedukation strukturieren.....	169

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 32: Information und Beratung für Patienten mit chemotherapie-bedingten Nebenwirkungen. Entwicklung einer evidenzbasierten pflegerischen Praxisleitlinie.....	176
Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 33: Evidenzbasierte Patienteninformation und informierte, geteilte Entscheidungsfindung: Eine Aufgabe für die Pflege?.....	182
Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 34: Artikelserie. Beratungsgespräche in der Pflege – Rückblick und Ausblick.....	187
Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 35: Herausforderung Kanülsprechstunde. Beratung rund um die „Kanüle“.....	193
Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 36: Pflegeberatung nach Nierentransplantation. Weiterleben mit neuer Niere.....	197
Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 37: Einzelschulung – Progressive Muskelrelaxation (PMR) – als Intervention in einer Pilotstudie.....	203

Tabellarische Kategoriensysteme

2000

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 1: Modellprojekt „Patienten-Informations-Zentrum“: Mündigkeit durch professionelle Beratung

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	Die Schwester Der Pfleger
A2 Artikelnummer/ Überschrift	Artikel 1 Modellprojekt „Patienten-Informations-Zentrum“: Mündigkeit durch professionelle Beratung
A3 Erscheinungsjahr	1/ 2000
A4 Autor/ Autoren	Abt-Zegelin, Angelika
A5 Seitenzahl	Seite 56 - 59
A6 Rubrik	Aus-, Fort-, Weiterbildung
A7 Inhaltscharakterisierung	Im Artikel wird ein Patienteninformationszentrum vorgestellt.
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	<p>„In diesem Beitrag versteht sich Patienteninformation als weitergehend, im Sinne von Unterstützung zur Selbstpflege weit über den Klinikaufenthalt hinaus.“ (S. 56)</p> <p>„Aus Gründen der internationalen Sprachregelung wurde der Begriff Patienten-/ Familien „edukation“ [Hervorhebung im Original] hier beibehalten. Zwar ist in der deutschen Sprache diese Bezeichnung ungewöhnlich, sie erinnert unangenehm an „Erziehung“ [Hervorhebung im Original] – aber trotz intensiver Diskussion schien kein anderer prägnanter Begriff geeignet.“ (S. 57)</p> <p>„Mikroschulungen verstehen sich als kurze, an einen bis zwei Adressaten gerichtete Schulungen, in der jeweils eine bestimmte Verhaltensweise oder Technik unterrichtet wird.“ (S. 58)</p>
B2 Ein pflegetheoretischer Hintergrund wird einbezogen	„Viele Pflegende haben den Anspruch, „rehabilitierend“ [Hervorhebung im Original] zu pflegen, und eine Vielzahl von Pflegemodellen/ -theorien stützen den Ansatz, die Betroffene

	möglichst unabhängig zu machen. Ganz explizit leistet dies das Modell nach <i>Dorothea Orem</i> [Hervorhebung im Original].“ (S. 57)
C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt	„In diesem Beitrag soll ein Plädoyer dafür gehalten werden, Patientenedukation systematisch in pflegerisches Handeln zu integrieren, d.h. bei sehr viel mehr Pflegesituationen das Ziel/ den Anspruch zu verfolgen, Wissen und Handeln auf die Betroffenen zu übertragen.“ (S. 56) Patientenedukation verfolgt das Ziel: Wissen und Handeln auf die Betroffenen zu übertragen. „[...] Patientenberatung hat auch das Ziel, dem Kranken ein Stück Autonomie und Würde „zurückzugeben“ [Hervorhebung im Original].“ (S. 56) „Patienten und ihre Familien benötigen Hilfen, um ihren Alltag zu bewältigen. Diese Informationen unterscheiden sich von der ärztlichen Aufklärung über Krankheit.“ (S.56)
D Aktueller Stand	
D Der Artikel beschreibt den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, bezogen auf das Krankenhaus	„Eher zufällig oder punktuell werden Kranke über das Management ihrer schlecht heilenden Wunde, über Umgang mit Schmerzen, [...] aufgeklärt.“ (S. 56) „Bisher existieren in der Pflege dazu kaum Konzepte. Besonders im Bereich chronischer Leiden machen diese Hilfen Sinn: Betroffene möchten heute mehr wissen, sie sehen sich zunehmend als aktive Partner und kritische Konsumenten [...].“ (S. 56)
E Bedarf/ Legitimation	
E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert	„Pfleger haben einen guten Zugang zu Patienten, sie sind durch individuelle Pflegeplanung informiert, können sich rasch situativ orientieren und die richtige Sprache finden.“ (S. 57)
E2 Im Artikel wird der Zeitpunkt, wann Patientenedukation/Beratung/ Schulung stattfinden sollte, bestimmt	„Außerdem scheint es sinnig, dort Information, Beratung und Schulung anzubieten, wo Pflege auch tatsächlich direkt „abgerufen“ [Hervorhebung im Original] wird. Ein günstiger Zeitpunkt wird eventuell von Betroffenen signalisiert. Als geeignet erweisen sich Situationen nach Abklingen der akuten Beschwerden, vor Entlassung aus dem Krankenhaus und „Verselbständigung“ [Hervorhebung im Original] oder zu Beginn der häuslichen Pflege.“ (S.

	57)
F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug	
F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltlich mit der Thematik auseinander	<p>Im Artikel wird ein Praxisbeispiel vorgestellt. (Vgl. S. 57)</p> <p>1. Errichtung eines Patienteninformationszentrum(PIZ). „Hierunter wird eine Biblio-/ Mediothek verstanden, die von Betroffenen genutzt werden kann.“ (S.57)</p> <p>2. Mikroschulungen „Im Rahmen der Arbeit zur Patientenedukation wurde ein Konzept zu pflegebezogenen kleinen Trainings entwickelt. [...] Zur Zeit werden die Inhalte und die Vorgehensweise in Dossiers zusammengefasst, ein Konzept „Subkutane Selbstinjektion“ [Hervorhebung im Original] und „Kompressionstherapie“ [Hervorhebung im Original] liegen vor. Es ist geplant, 20 bis 30 Themen entsprechend aufzubereiten.“ (S. 58)</p>
F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation, Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor	
F1.1 Praxis	
F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich	
F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/ Abteilung ist beteiligt, wer ist Kooperationspartner	<p>Ein westfälisches Schwerpunktkrankenhaus und ein großer ambulanter Pflegedienst (näheres wird nicht beschrieben). Kooperationspartner: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Witten/ Herdecke. (Vgl. S. 57)</p>
F1.1.3 Wurde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung dauerhaft eingeführt	
F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/ -ablauf/ -inhalt und Ergebnis	

F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/-ablauf/ -inhalt	
F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	
F2.1.2 Ziel der Studie	
F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf, Aufbau)	
F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse	
G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus durchführen	„Das PIZ wird von einer Krankenschwester geleitet, ein Arbeitskreis in der Klinik kümmert sich um die weitere Entwicklung.“ (S. 57)
G2 Der Artikel stellt die geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor	„Patientenedukation erfordert, neben pädagogischen Qualifikationen, zahlreiche Fähigkeiten. Immer sind mehrere Aspekte zu bedenken: - Zeitpunkt - Vorwissen - Seelische Verfassung - Motivation - Manuelle/ geistige Fähigkeiten - Ressourcen - Interessen - Umfeld - Lernstile - Bewältigungsstrategien.“ (S. 59)

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 2: Beratung in der Pflege –eine Skizze

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	Pflege & Gesellschaft
A2 Artikelnummer/ Überschrift	Artikel 2 Beratung in der Pflege –eine Skizze
A3 Erscheinungsjahr	5. Jahrgang, Heft - Nr. 1, 2000
A4 Autor/ Autoren	Koch-Straube, Ursula
A5 Seitenzahl	Seite 1 - 3
A6 Rubrik	Beiträge
A7 Inhaltscharakterisierung	An einem fiktiven Alltagsbeispiel innerhalb der Pflege, nimmt die Autorin Bezug auf die derzeitige Beratungssituation in der Pflege.
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	Allgemeine Definition Beratung: „Nestmann definiert Beratung als eine „professionelle Unterstützungsleistung“ [Hervorhebung im Original] die in einem gemeinsamen Prozeß der Orientierung, Planung, Entscheidung und Handlung versucht, bio-psychoziale Ressourcen und sozialökologische und –ökonomische Ressourcen von Umweltsystemen (soziale Beziehungen und Netzwerke; Organisationen und Institutionen; gebaute und natürliche Umwelt) zu entdecken, zu fördern, zu erhalten und aufeinander zu beziehen.“ (S. 2)
B2 Ein pflege-theoretischer Hintergrund wird einbezogen	
C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt	„Ziel psychosozialer Beratung ist es, die Entfaltung von Einzelnen in formellen und informellen sozialen Systemen zu ermöglichen; selbstbestimmtes und selbstkontrolliertes Gestalten von Alltag und Leben, die Bearbeitung ihrer Anforderungen und die Nutzung ihrer Entwicklungschancen zu sichern sowie Belastungen und Krisen zu verhindern, möglichst früh anzugehen sowie deren Folgen für Personen und Systeme konstruktiv zu bewältigen.“ (Nestmann, a.a.O. S.33-34). Hier [bezogen auf Definition und Ziele] finden sich „Stichworte“

	[Hervorhebung im Original] aus interaktionistischen Pflege-theorien wieder, wie zum Beispiel der gemeinsame Prozeß des Aushandelns; Ressourcenorientierung, Krisenbewältigung, Selbständigkeit, Prävention. Und ohne Mühe – jedoch mit anderen Schwerpunktsetzungen und Ergänzungen – lässt sich diese Beschreibung von Beratung als Folie über die Erfordernisse von Pflege legen.“ (S. 2)
D Aktueller Stand	
D Der Artikel beschreibt den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, bezogen auf das Krankenhaus	Im Mittelpunkt dieses Aufsatzes steht „[...] die Beratung im Verbund alltäglichen Pflegens und im Rahmen spezifischer Pflegeaufgaben. Anlässen und Notwendigkeiten gibt es genug, auch wenn sie im Pflegealltag meist nicht wahrgenommen oder aufgegriffen werden: die verbal oder non-verbal geäußerten Ängste vor der Operation, die Sorge um die nicht mehr ausreichend versorgte Familie oder die versäumte Arbeit, Hemmungen und Schwierigkeiten, sich in Medizinbetrieb zurechtzufinden, die Furcht vor der Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, ganz besonders bei Behinderungen und chronischen Krankheiten [...]. Zuhören und tröstende Worte (die Beistand signalisieren) oder gute Ratschläge, als die gängigsten interaktiven Reaktionen von Pflegenden [...] können hilfreich sein, reichen jedoch nicht aus. Sie bleiben an der Oberfläche und beziehen den Menschen in seiner besonderen Lebenssituation, in seinem vielfältigen Eingebundensein in seiner Lebenswelt außerhalb der Institution, seine biografischen Prägungen und seine Zukunftserwartungen nicht ein.“ (S. 2)
E Bedarf/ Legitimation	
E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert	
E2 Im Artikel wird der Zeitpunkt, wann Patientenedukation/ Beratung/ Schulung stattfinden sollte, bestimmt	
F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug	
F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich	Artikel zum Thema: Beratung in der Pflege Fiktives Beispiel: „Frau Mehring, 82 Jahre alt, liegt wegen der Folgen eines Oberschenkelhalsbruches im

<p>inhaltlich mit der Thematik auseinander</p>	<p>Krankenhaus. Ärzte, Pflegende und Sozialdienst kommen zu der Überzeugung, dass eine direkte Übersiedlung ins Pflegeheim unumgänglich ist. Die Angehörigen werden über die Einschätzung informiert und stimmen unter dem Gewicht der professionellen Argumente trotz leisen Zweifels zu. Der Krankenhaus-Sozialdienst ist bei der Suche nach einem geeigneten Heimplatz behilflich und erfolgreich. Frau Mehring – geschwächt durch die Krankheit und leicht desorientiert - wird in den Entscheidungsprozeß nur in der weise wohlmeinenden Informierens und Zuredens involviert. Frau Mehring zieht zum festgesetzten Zeitpunkt in das Pflegeheim um und teilt das Zimmer mit einer ihr gänzlich unbekanntem Frau.</p> <p>Die hier knapp skizzierte Art und Weise einer Übersiedlung in ein Pflegeheim ist Normalität, das Räderwerk der institutionellen Abläufe funktioniert. Doch wo finden wir die Unterstützungsleistungen für die Patientin bzw. Bewohnerin und ihre Angehörigen, um diese plötzliche und einschneidende Umwälzung im Lebensgefüge persönlichkeitsorientiert und sozialökonomisch zu entscheiden und zu bewältigen. [...] Ist hier nicht dezidiert und gezielt Beratung gefragt, die selbstverständlich Information und Anleitung von Patienten, Bewohnern und Angehörigen beinhalten, aber wesentlich auch bio-psychoziale Bewältigungshilfen?“ (S. 2f)</p>
<p>F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Beratung / Schulung/ Anleitung/ Information, die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor</p>	
<p>F1.1 Praxis</p>	
<p>F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich</p>	
<p>F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/Abteilung ist beteiligt wer ist Kooperationspartner</p>	
<p>F1.1.3 Wurde Patientenedukation/</p>	

Beratung/ Schulung/ Anleitung dauerhaft eingeführt	
F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/-ablauf/ -inhalt und Ergebnis	
F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/-ablauf/ -inhalt	
F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	
F2.1.2 Ziel der Studie	
F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf, Aufbau)	
F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse	
G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus durchführen	
G2 Der Artikel stellt die geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor	

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 3: Beratung in der Pflege – als Aufgabe erkannt und professionell ausgeübt? Darstellung zweier qualitativer Studien aus stationären Bereichen der psychiatrischen und somatischen Krankenpflege

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	Pflege & Gesellschaft
A2 Artikelnummer/ Überschrift	Artikel 3 Beratung in der Pflege – als Aufgabe erkannt und professionell ausgeübt Darstellung zweier qualitativer Studien aus stationären Bereichen der psychiatrischen und somatischen Krankenpflege
A3 Erscheinungsjahr	5. Jahrgang, Heft - Nr. 1, 2000
A4 Autor/ Autoren	Knelange, Christel; Schieron Martin
A5 Seitenzahl	Seite 4 - 11
A6 Rubrik	Beiträge
A7 Inhaltscharakterisierung	Die Autoren stellen Auszüge zweier Diplomarbeiten vor. Innerhalb von durchgeführten Befragungen/ Interviews (Studie) wurde der Frage nachgegangen, inwieweit Beratung als Aufgabenbereich der Pflege gesehen wird, und das Verständnis des Beratungsbegriffs von Pflegekräften und wie Pflegekräfte Beratung in ihrem Pflegealltag umsetzen, wird thematisiert. Die Autoren stellen die Interviewergebnisse und Lösungsansätze vor und ziehen im Anschluss ein Resümee. (Hinweis: die vorgestellten Untersuchungen innerhalb der psychiatrischen Krankenpflege wurden nicht mit einbezogen, da diese nicht zur vorliegenden Untersuchungsfrage/ -schema dieser Diplomarbeit passen)
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Pflegeberatung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	„Für Dorsch ist Beratung ‚ein vom Berater nach methodischen Gesichtspunkten gestalteter Problemlösungsprozeß, durch den die Eigenbemühungen des Ratsuchenden unterstützt/ optimiert bzw. seine Kompetenzen zur Bewältigung der anstehenden Aufgaben/ des Problems verbessert werden.‘ (Dorsch 1982, 88) Dieser Definition können wir uns gut anschließen, zeigt sie doch, daß Beratung mehr sein muß als reine Informationsvermittlung. Zudem ist klar erkennbar, daß Beratung keine lenkende Ratgebung ist, da bei einem Ratschlag die Eigenbemühungen des Ratsuchenden weder optimiert noch unterstützt werden.“ (S. 4)

	<p>„Diese Ausführungen zeigen unserer Ansicht nach deutlich die Unterschiede zu reiner Informationsvermittlung und Alltagsgesprächen. Die Abgrenzung zum therapeutischen Bereich bedarf jedoch noch einer genaueren Betrachtung. Während viele Autoren der Ansicht sind, daß zwischen Beratung und Therapie ein fließender Übergang bestünde, zeigen andere Autoren klare Unterschiede auf. So betrachtet Nestmann [...] Beratung eher als ressourcenorientiert, während er die Psychotherapie als rein defizitorientiert beschreibt. Grenzen zwischen Therapie und Beratung gibt es grundsätzlich im Schweregrad der Störungen, über die hinaus eine Beratung nicht mehr indiziert ist. [...] Speziell für die psychiatrische Pflege, aber übertragbar auch auf die Pflege im somatischen Bereich könnte dies bedeuten, dass das pflegerische Beratungsgespräch eher die Auswirkungen der Krankheit beinhaltet, das ärztliche oder psychotherapeutischen Gespräch eher die Krankheit selbst [...].“ (S. 4f)</p>
B2 Ein pflegetheoretischer Hintergrund wird einbezogen	
C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt	
D Aktueller Stand	
D Der Artikel beschreibt den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, bezogen auf das Krankenhaus	<p>„Beratung als pflegerisch relevantes Thema findet bisher nur geringe Beachtung in Fachzeitschriften und Lehrbüchern. Dies steht jedoch im Gegensatz zu der von uns formulierten These, daß Beratung ein zentraler Aufgabenbereich der Pflege ist.“ (S. 4)</p>
E Bedarf/ Legitimation	
E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert	

E2 Im Artikel wird der Zeitpunkt, wann Patientenedukation/ Beratung/ Schulung stattfinden sollte, bestimmt	
F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug	
F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltlich mit der Thematik auseinander	
F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Beratung / Schulung/ Anleitung/ Information die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor	Artikel zum Thema. Inhaltliche Vorstellung zweier Diplomarbeiten. „Ausgehend von der These, dass Beratung ein zentraler Aufgabenbereich der Pflege ist, vermutete ich, daß dies von Pflegekräften des stationären somatischen Bereiches nicht so klar gesehen wird. Fokus meiner Untersuchungen waren dementsprechend die Fragen: „Wird Beratung als Arbeitsauftrag gesehen?“ und „Fühlen sich die Pflegekräfte einer solchen Aufgabe gewachsen?“[Hervorhebungen im Original]“ (S. 5)
F1.1 Praxis	
F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich	
F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/ Abteilung ist beteiligt, wer ist Kooperationspartner	
F1.1.3 Wurde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung dauerhaft eingeführt?	
F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/ -ablauf/ -inhalt und Ergebnis	
F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/ -ablauf/ -inhalt	
F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	

F2.1.2 Ziel der Studie	„Die Auseinandersetzung mit diesem Thema führte uns zu einer selbstkritischen Betrachtungsweise unseres eigenen Pflegealltags. Ist Beratung eine pflegerische Aufgabe? Wenn ja, wird sie ausgeübt? Wie wird sie ausgeübt?“ (S. 4)
F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf, Aufbau)	<p>Untersuchungsdesign</p> <p>„Zur Untersuchung unserer Fragestellungen erschien uns der qualitative Forschungsansatz am sinnvollsten, da er die ganzheitliche Würdigung der Erfahrungen des Einzelnen zulässt, ohne diese durch vorgegebene Antworten einzuschränken. Qualitative Forschung verlässt sich weniger auf Zahlen und Messungen als auf zwischenmenschliche Kommunikation.</p> <p>Als Methode der Datengewinnung wurden leitfadengestützte Experteninterviews gewählt, weil wir davon ausgehen, dass der Interviewpartner über einen komplexen Wissensstand zum Thema der Untersuchung verfügt. Dies bedeutet, dass die interviewten Pflegekräfte als repräsentative Experten für ihr eigenes Arbeitsfeld betrachtet wurden. Die geführten Interviews wurden mit Tonband aufgezeichnet und anschließend transkribiert.(...)Die Auswertung des Datenmaterials erfolgte in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (1996, 91). Hierbei wird sprachliches Material systematisch und schrittweise in Einheiten zerlegt und die herausgefilterten Analyseaspekte in Kategoriensysteme eingeordnet. Der letzte Arbeitsschritt bestand in der interpretativen Diskussion der gewonnen Daten, die mit Hilfe verschiedenster theoretischer Erkenntnisse geführt wurden.“ (S. 5)</p> <p>„Auswahlkriterien für die InterviewteilnehmerInnen waren die abgeschlossene dreijährige Krankenpflegeausbildung ohne weitere Zusatzqualifikation und eine aktuelle Berufstätigkeit ausschließlich auf allgemeinen Pflegestationen.“ (S. 7)</p> <p>Anzahl der geführten Interviews: 12 Alter der Befragten: zwischen 22 und 41 Jahren Geschlecht: 10 x weiblich, x männlich Berufserfahrung seit Examen: zwischen 1,5 und 17 Jahren Berufliche Position: Krankenschwester/ -pfleger im Stationsdienst Fachrichtung: 6x Pneumologie, 2 x HNO, 1 x Allgemeinchirurgie, 1 x Innere Medizin, 1 x Gynäkologie/ Geburtshilfe, 1 x Neurologie. (Vgl. S. 7)</p>

<p>F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse</p>	<p>„Die Ergebnisse der Untersuchungen werden getrennt voneinander dargestellt, da die Schwerpunkte der Studien unterschiedlich gelagert waren, was sich auch auf die Auswahl der Interviewpartner auswirkte.“ (S. 5)</p> <p>„Diese nun folgende Darstellung der Untersuchungsergebnisse orientiert sich an den von mir während der Analyse des Datenmaterials aufgestellten Kategorien. Diese werden jedem Abschnitt in Frageform vorangestellt.</p> <p>Kategorie 1: Was verstehen Pflegekräfte unter Beratung: [Hervorhebungen im Original] Unter diesem Begriff verstehen die befragten Pflegekräfte zunächst das vermitteln von Informationen oder das Erklären von fachspezifischen Fragen oder aber eine in speziellen Institutionen erbrachte Dienstleistung. Den Pflegekräften erscheint der Beratungsbegriff in Bezug auf die kommunikativen Anteile ihrer eigenen Arbeit sehr fremd. Dies können sie nicht miteinander in Verbindung bringen und bevorzugen zum beschreiben ihrer Gespräche mit Patienten Begriffe wie „Schwätzchen halten“, „Hilfe geben“, oder „auf den Patienten eingehen“. Diese Bezeichnungen entsprechen besser ihrer persönlichen Beziehung zum Patienten. Dies lässt vermuten, dass die inhaltlichen Dimensionen des Beratungsbegriffes nicht bekannt sind, was wohl u. a. an seiner noch recht seltenen Verwendung in Verbindung mit der Pflege zu liegen scheint. [Hervorhebungen im Original]</p> <p>Kategorie 2: [Hervorhebungen im Original] Wie ordnen Pflegekräfte diesen Aspekt ihrer Tätigkeit unter professioneller Sichtweise ein? [Hervorhebungen im Original]“ Nachdem den Pflegekräften drei Beratungsformen – Alltagsberatung/ gespräch, psychosoziale Beratung [4] [Hervorhebungen im Original], klinische Beratung [...] – vorgestellt wurden, sollten sie die von Ihnen geführten Gespräche diesen Begriffen zuordnen. Von einem Drittel der Befragten wird ausschließlich die Alltagsberatung genannt, während ein weiteres Drittel sich ausschließlich bei der psychosozialen Beratung wiederfindet. Das letzte Drittel sieht sowohl Anteile der Alltagsberatung, der psychosozialen Beratung, aber auch z. T. der klinischen Beratung in der eigenen Arbeit. Hierbei läßt die starke Betonung der Alltagsberatung zwei Schlüsse zu. Zum einen muß gefragt werden, ob in Gesprächen mit Patienten und Angehörigen nicht der Wert gesehen</p>
---	--

wird, den diese ihren Fragen an das Pflegepersonal beimessen (vgl. u. a. Cassier-Woidasky 1998) und der für eine deutsche Positionierung der Pflege wichtig ist (vgl. Seidl 1993, 102). Andererseits lässt sich vermuten, daß viele Beratungsanfragen von Pflegekräften als für sie alltäglich angesehen werden und sie so zu dieser Zuordnung kommen. Dies läßt verschieden Schlüsse zu. Der wichtigste scheint zu sein, dass Pflegekräfte oft den Berufsalltag nicht vom alltäglichen Privatleben – das berufliche Verhältnis zum Patienten nicht vom persönlichen Verhältnis zum Patienten – trennen. Wäre dem so, müsste dies wiederum bedeuten, daß die kommunikative Arbeit der pflegerischen Arbeit nicht primär als berufliches Geschehen bewertet werden, sondern als ‚privater Bereich‘ im Berufsleben. Dies deutet auf eine mangelnde Reflexion der beruflichen Rolle hin.

Kategorie 3:

Liegen Beratungsanfragen im pflegerischen Verantwortungsbereich? [Hervorhebungen im Original]

Die befragten Pflegekräfte werden mit vielen Beratungsanfragen konfrontiert. Nahezu alle im Krankenhaus vertretenen und mit der Pflege kooperierenden Berufsgruppen und natürlich Patienten und Angehörigen wenden sich mit spezifischen Anfragen an sie.

Zuständig fühlen sie sich jedoch nur für Anfragen von Patienten/ Angehörigen und aus der eigenen Berufsgruppe. Dies gilt jedoch auch nicht uneingeschränkt, da nur bestimmte Themen als dem eigenen Arbeitsauftrag zugehörig angesehen werden. Bezogen auf Kollegen aus der eigenen Berufsgruppe sind hier in erster Linie der arbeitsbezogene Informationsaustausch und der Austausch über problematische Arbeitssituationen zu nennen.

Mit Ausnahme der von Aufklärungsgesprächen über bevorstehende Untersuchungen und die nach dem Krankenaufenthalt anstehende häusliche Versorgung fühlen sich die Pflegekräfte für alle Anfragen von Seiten der angehörigen und Patienten verantwortlich. Allerdings werden diesen Beratungsaufgaben unterschiedliche Wertigkeiten – von ‚gehört halt dazu‘ bis zu ‚sehr wichtig‘ und ‚entscheidend für meine Berufswahl‘ [Hervorhebungen im Original] – zugeschrieben. Dies zeigt, daß keine einheitliche Bewertung der genannten Beratungsaufgaben stattfindet und deshalb auch die Wahrnehmung dieser Aufgabe vom subjektiven Empfinden der einzelnen Pflegekraft abhängt. Ursachen hierfür scheinen persönliche Vorlieben für bestimmte Arbeitsaufgaben, mangelnde Ausbildung in diesem

Bereich und Überforderung durch belastende Gespräche zu sein. Weiterhin ist zu vermuten daß der hohe subjektive Grad der Bewertung von Beratung auch Auswirkungen auf die Annahmen von Beratungsanfragen hat. Gerade bei Anfragen, die weniger das vorhandene Fachwissen abfragen, sondern menschliche Zuwendung erfordern, bleibt es der einzelnen Pflegekraft überlassen, ob sie sich dieser Aufgabe annimmt oder gar nicht bearbeitet [...].

Kategorie 4:

Wie wurde die vorhandene Beratungskompetenz erworben? [Hervorhebungen im Original]

Pflegekräfte kommunizieren täglich mit den unterschiedlichsten Menschen, daher wird vorausgesetzt, dass sie diesem Bereich über Kompetenzen verfügen. Die Befragten Pflegekräfte geben jedoch alle an, diese Kompetenzen nicht im Rahmen ihrer Ausbildung erlernt zu haben. Die meisten Pflegekräfte nennen Lebens- und Berufserfahrung als „Lehrmeister“ [Hervorhebung im Original]. Einige Pflegekräfte sehen diese Kompetenzen als ‚in die Wiege gelegt bekommen‘ an. Auch hier zeigt sich erneut ein hohes subjektives Potenzial. Jede Pflegekraft macht andere Erfahrungen und geht damit ganz individuell um. Oft werden jedoch einmal gemachte Erfahrungen auf andere Situationen übertragen. An dieser Stelle vermischen sich die wertvollen Erfahrungen der Pflegekräfte mit einem Kardinalfehler der Beratung, nämlich diese nicht als einmalig speziell und individuell zu sehen (vgl. Brunner/ Schönig 1990, 155). Als geradezu gefährlich erscheint jedoch die Ansicht, dass kommunikative Kompetenzen angeboren seien. Wäre dies der Fall, könnten diese Kompetenzen nicht als professionsdefinierend betrachtet werden, daß sie nicht erlernbar wären. Dies würde ebenfalls bedeuten, daß kommunikative Aspekte der Pflege nicht als Arbeit gesehen zu werden bräuchten und sie entsprechend auch nicht entlohnt werden müßten.

Kategorie 5:

Wodurch werden Pflegekräfte bei Gesprächen mit Angehörigen/ Patienten Grenzen gesetzt? [Hervorhebungen im Original]

Von diesem Punkt an bezogen sich die Ausführungen der Pflegekräfte ausschließlich auf die Patienten- und Angehörigengespräche. Dies lässt die Vermutung zu, dass gerade diese Gespräche für die Pflegekräfte bedeutsamer sind als z.B. Gespräche mit kooperierenden

	<p>Berufsgruppen.</p> <p>Grenzen beim führen dieser Gespräche erfahren Pflegekräfte zum einen durch äußere Faktoren – Zeitdruck, rechtliche Unsicherheiten („was darf ich sagen?“) – aber auch durch personenimmanente Aspekte. Hierzu zählen in erster Linie mangelnde Kenntnisse über den eigenen Umgang mit belastenden Gesprächen. Daß die persönliche Beratung als zu stark empfunden wird, führt oft dazu, daß Beratungsanfragen von Patienten/ Angehörigen einfach nicht bearbeitet werden. Auch hier zeigt sich, daß mit diesem Aspekt sehr subjektiv umgegangen wird. Je mehr ertragen werden kann, desto mehr wird beraten. Nicht erlernte Selbstreflexionsfähigkeit muß auch hier von den Pflegekräften aus Gründen des Selbstschutzes durch Subjektivität ersetzt werden.</p> <p>Kategorie 6: Wie Wichtig ist die Beziehung zum Gesprächspartner beim führen beruflicher Beratungsgespräche? [Hervorhebungen im Original]</p> <p>Die Intensität von Beratungen hängt für die Pflegekräfte sehr eng mit der Person des ratsuchenden zusammen. Dies heißt, Beratung scheint nur dann im vom Ratsuchenden gewünschten Maß stattfinden, wenn die Beziehung zu ihm als stimmig empfunden wird. Ist dies nicht der Fall, so fällt die Beratung „...schon etwas anders aus...“ [Hervorhebung im Original]. Erneut zeigt sich hier die große Subjektivität beim Führen von Beratungsgesprächen – diesmal bedingt durch Sympathie oder Antipathie. Hier stellt sich die Frage, was passiert mit Angehörigen und Patienten, die einem ganzen Stationsteam unsympathisch sind?</p> <p>Kategorie7:</p> <p>Wie fühlen sich Pflegekräfte in belastenden Gesprächssituationen? [Hervorhebungen im Original]</p> <p>Die befragten Pflegekräfte fühlen sich, wenn es dann doch zu intensiv Beratungsgesprächen (z. B. über Tod, Krebs, allgemeine Ängste) kommt, oft hilflos, zwiespältig und überfordert. Dies liegt u. a. daran, daß sie für den Ratsuchenden etwas tun möchten, dessen Ergebnis für ihn und für sie selber sichtbar ist. Dieses Problemlösungsverhalten basiert vermutlich auf der sehr auf manuelle Pflgetätigkeiten ausgerichteten Ausbildung. Trotzdem erscheint es erstaunlich, daß Gesprächen kaum oder keine Wirkung zugesprochen wird. Für sich selbst empfinden die Pflegekräfte die Möglichkeit zum Gespräch in schwierigen Situationen</p>
--	---

nämlich sehr wohl als entlastend. Andererseits empfinden viele Pflegekräfte die geballten Emotionen eines solchen Gespräches als für sich selber sehr belastend und wissen damit nicht umzugehen.

Kategorie 8:

Wie verarbeiten Pflegekräfte diese Belastung? [Hervorhebungen im Original]

Hierbei wird von zwei Personen die für sie gegebene Möglichkeit zur Supervision als entlastend beschrieben. Alle anderen Pflegekräfte müssen auf individuelle Verarbeitungsmechanismen wie z.B. Gespräche im privaten Umfeld, eigene Fähigkeit zur Distanzierung aber auch die Möglichkeit der Teilzeitarbeit zurückgreifen. Dies zeigt, daß dem größten Teil der Pflegekräfte von Seiten des Arbeitgebers keine Möglichkeit gegeben wird, berufliche Probleme vor Ort des Entstehens zu bearbeiten. Sie werden mit diesen Belastungen alleine gelassen und müssen sich auf sich selbst verlassen. Dies scheint für einige ausreichend zu sein, andere jedoch leiden darunter sehr.

Kategorie 9:

Welche Hilfen wünschen sich Pflegekräfte, um mit diesen Belastungen klarzukommen?

[Hervorhebungen im Original]

Hierzu äußerten sich nur die Pflegekräfte, die mit den ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten nicht zufrieden waren (2/3 der Befragten). Diese würden die Möglichkeit zum vermehrten kollegialen Austausch, bevorzugt unter Anleitung einer professionellen Fachkraft, z. B. Supervisor, sehr begrüßen. Die Pflegekräfte scheinen also gut zu wissen, was ihnen potentiell helfen könnte, diese Belastungen zu verarbeiten. Erstaunlich erscheint jedoch, daß die Möglichkeit der eigenen Fort- und Weiterbildung nur von einer Person genannt wird. Dies könnte bedeuten, daß die Pflegekräfte durch die vielseitigen Belastungen ihres Berufes so beeinträchtigt sind, daß die Kraft fehlt, sich selbst um Abhilfe zu bemühen und Hilfen darum ausschließlich von Vorgesetzten eingefordert werden.

Abschließende Betrachtung [Hervorhebungen im Original]

Beratung wird von Pflegekräften durchgeführt, wobei nicht klar herauskommt, ob dies als beruflicher oder eher persönlicher Auftrag im Rahmen der Pflege gesehen wird.

Entscheidend ist jedoch, daß die befragten Pflegekräfte z. Zt. noch nicht in der Lage sind

Beratung professionell auszuüben. Hierzu fehlt es ihnen insbesondere an Fähigkeiten zur Reflexion des eigenen beruflichen Handelns und der eigenen Person. Dies führt dazu, daß Pflegekräfte Verdrängungsmechanismen einsetzen müssen, um die scheinbar unüberwindbare Lücke zwischen dem eigenen Anspruch, Beratung leisten zu können und dadurch gleichzeitig stark belastet zu sein, überwinden helfen (vgl. Schmidbauer 1992, 97). Hierbei entwickelt jede einzelne Pflegekraft subjektive Strategien, um diese Situation ertragen zu könne. Dies spricht einerseits für ein hohes Maß an persönlicher Kompetenz in Bezug auf die Verarbeitung der individuell schwierigen Situation, betont jedoch die bereits mehrfach erwähnte Subjektivität und somit Unprofessionalität bezogen auf beruflich ausgeübte Beratungstätigkeiten.

Untersuchungsübergreifende Ergebnisse

Wesentlich gemeinsame Erkenntnisse unsere Studien ist, dass Beratung von Pflegekräften faktisch durchgeführt wird. Allerdings scheint Beratung in der Somatik weniger als offizieller Arbeitsauftrag betrachtet zu werden denn als persönlicher Auftrag für die einzelne Pflegekraft. [...] Desweiteren fühlt sich keine der befragten Pflegekräfte durch die allgemeine dreijährige Krankenpflegeausbildung für diesen Aspekt pflegerischer Arbeit genügend vorbereitet [...] Für die in der somatischen Pflege tätigen Krankenpflegekräfte scheint dies auch nicht ganz so wichtig, da sie ihren beruflichen Schwerpunkt in der „manuellen“ Versorgung der Patienten sehen. Das eingehen auf Beratungsanfragen wird eher als eine, durch ihre und die Persönlichkeit der Patienten/ Angehörigen bedingte, private Zusatzleistung brachtet. Darum erscheint ihnen die durch Lebens- und Berufserfahrung gewonnene Sicherheit bei Gesprächen mit Patienten/ Angehörigen als Qualifikation ausreichend.

Als paradox erscheint jedoch unter dieser Prämisse die Erkenntnis, dass viele Pflegekräfte Überforderungsmomente beschreiben, die im Zusammenhang mit dem Thema der Beratungsanfrage, äußere Umstände (z. B. Zeitdruck, Funktionspflege) oder der eigenen emotionalen Verfassung stehen. Während die meisten Pflegekräfte den genannten Aspekten ihre Überforderungsgefühle zuschreiben, vermuten wir jedoch weitere Ursachen.

Beratung und erfolgreiche Kommunikation erfordern nicht nur theoretisches Wissen und praktische kommunikative Kompetenzen, sondern auch ein hohes Maß an professioneller

	<p>Selbstreflexion. Diese scheint bei den meisten Pflegekräften nur sehr gering ausgeprägt zu sein, was ihnen jedoch auf keinen Fall zur Last gelegt werden kann. Die allgemeine Krankenpflegeausbildung legt in ihrer derzeitigen Form nur wenig Wert auf die Entwicklung von Kompetenzen, die in erster Linie der Persönlichkeitsentwicklung zugeordnet werden können, z.B. den kritischen Umgang mit der eigenen Person und dem eigenen beruflichen Handeln.</p> <p>Wir sind aufgrund unserer Untersuchung der Ansicht, dass Pflegekräfte durch diese Mängel in der Aus- und Fortbildung nicht ausreichend auf die kommunikativen Anteile ihres zukünftigen Aufgabenfeldes vorbereitet werde. Aus diesem Grund können ihnen diese Mängel nicht ausschließlich persönlich angelastet werden. Trotzdem sind sie vorhanden und zeigen sich in erster Linie in einem subjektiven Umgang mit Beratungsanfragen. Diese werden unter anderem nach momentaner persönlicher Befindlichkeit, akuten Arbeitsaufwand oder eigener Betroffenheit durch das Beratungsthema mehr oder weniger oder gar nicht bearbeitet. Selbst wenn sie bearbeitet werden, geschieht dies vornehmlich aus Intuition, Lebens- und Berufserfahrung und nicht aus professioneller Beratungskompetenz. Auf Grund dieser Feststellung kommen wir zu der Ansicht, daß Beratung in der Pflege zur Zeit in den wenigsten Fällen professionell geleistet werden kann.“ (S. 7ff)</p>
G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus durchführen	
G2 Der Artikel stellt die geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor	<p>„Ergänzend möchten wir jedoch festhalten, dass wir Beratung als ein professionelles, d.h. beruflich ausgeübtes Geschehen betrachten, dass vom Berater Kompetenzen auf verschiedensten Gebieten verlangt und somit erlernt werden muß. Neben diesen Kompetenzen (z. B. Methodenvielfalt, Fachwissen, Feldkompetenz) muß sich der Berater zusätzlich ethische Grundwerte aneignen, die sich am deutlichsten über die Beratungsvariablen Empathie, Kongruenz und Akzeptanz (vgl. u. a. Rogers 1983) erklären.“ (S. 4)</p>

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 4: Modellprojekt „Patienten-Informations-Zentrum“: Mündigkeit durch professionelle Beratung

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	Pflegezeitschrift
A2 Artikelnummer/ Überschrift	Artikel 4 Modellprojekt „Patienten-Informations-Zentrum“: Mündigkeit durch professionelle Beratung
A3 Erscheinungsjahr	1/ 2000
A4 Autor/ Autoren	Pinkert, Christiane; Renneke, Sandra
A5 Seitenzahl	Seite 50 - 51
A6 Rubrik	Pflegemanagement
A7 Inhaltscharakterisierung	Im Artikel wird ein Patienteninformationszentrum vorgestellt.
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	
B2 Ein pflegetheoretischer Hintergrund wird einbezogen	
C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt	
D Aktueller Stand	
D Der Artikel beschreibt den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, bezogen auf das Krankenhaus	

E Bedarf/ Legitimation	
E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert	„Durch die sich wandelnden Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung und die einschneidenden Veränderungen im Gesundheitswesen (Verkürzungen der Liegedauer kommt der pflegebezogenen Patientenedukation immer größere Bedeutung zu. Die steigende Anzahl chronisch kranker Menschen erfordert neue Behandlungskonzepte, die nicht auf Heilung ausgerichtet sind, sondern auf Erhalt oder Die Förderung größtmöglicher Patientenautonomie. Der Wandel der Patientenrolle vom passiven Empfänger pflegerischer und medizinischer Versorgungsleistungen hin zum aktiven, mündigen Partner muss zu Pflegekonzepten führen, die die Eigenverantwortung und die Selbstbestimmung der Patienten unterstützen. Zudem führen gesetzlich vorgegebene Einschränkungen von professionellen Pflegeleistungen dazu, dass Patienten und Angehörigen mit einer Vielzahl neuer Aufgaben konfrontiert werden.“ (S. 50)
E2 Im Artikel wird der Zeitpunkt, wann Patientenedukation/ Beratung/ Schulung stattfinden sollte, bestimmt	
F Artikelart7 Inhaltlicher Bezug	
F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltlich mit der Thematik auseinander	<p>Der Artikel stellt ein Praxisbeispiel vor.</p> <p>„Von einem amerikanischen Vorbild ausgehend, sind in Deutschland zwei Patienten- Informations-Zentren (PIC) entstanden. Dort werden Leistungen der pflegerischen Information, Schulung und Beratung für Betroffene und Angehörige angeboten. Zudem sollen pflegerische Konzepte der Patientenedukation entwickelt und für die Praxis zugänglich gemacht werden. Das erste PIC Deutschlands ist im Mai 1999 im Kreiskrankenhaus Lüdenscheid eröffnet worden. Von den ersten Erfahrungen dieser Einrichtung soll im Folgenden berichtet werden.“ (S. 50)</p> <p>„Das Patienten-Informations-Zentrum ist als ein pflegerisches Modellprojekt zur Gesundheitsförderung konzipiert worden.“ (S. 50)</p> <p>„Das Patienten-Informations-Zentrum in Lüdenscheid besteht nun seit 1999, zunächst in Form einer Bibliothek für PatientenInnen und Angehörige, aber auch für andere BürgerInnen</p>

des Kreises. Es stellt Informationen über verschiedene Erkrankungen zur Verfügung und soll dabei unterstützen, mit Auswirkungen einer Erkrankung, mit Behinderung oder Pflegebedürftigkeit im Alltag umzugehen. Dieses Ziel ist nicht allein durch die Bereitstellung von Informationen zu erreichen, sondern erfordert zudem die Vermittlung praktischer Fähigkeiten und die Beratung betroffener Menschen und ihrer Angehörigen. Daher wird nun damit begonnen, Schulungsprogramme zu entwickeln, wobei MitarbeiterInnen aller Berufsgruppen eingebunden werden. Zur Zeit finden bereits neue Schulungsmaßnahmen statt, die sich auf einzelne pflegerische Fertigkeiten beziehen. Diese sogenannten Mikro-Schulungen werden angeboten, um PatientInnen das erforderliche Wissen und praktische Fähigkeiten, wie zum Beispiel die Subkutan-Injektion oder das Anlegen eines Kompressionsverbands zu vermitteln. Das PIC soll aber darüber hinaus auch als Schaltstelle zur Bündelung und Koordination bereits bestehender Schulungsangebote des Hauses fungieren. Durch eine derartige Vernetzung soll es Interessierten erleichtert werden, ein entsprechendes Angebot wahrzunehmen. Übergreifend finden auf Initiative des PIC größere interdisziplinäre Informationsveranstaltungen zu bestimmten Themenbereichen statt, die an eine breite Öffentlichkeit gerichtet sind.“ (S. 51)

Evaluation

„Die Evaluation des Patienten-Informations-Zentrums in Lüdenscheid konzentriert sich in der Anfangsphase auf die Ermittlung der BesucherInnenzahl sowie auf die Erstellung eines „Nutzerprofils“ [Hervorhebung im Original]. Dazu wird von den MitarbeiterInnen ein kurzer, leicht verständlicher Fragebogen eingesetzt, den die BesucherInnen ausfüllen können. In diesem Fragebogen werden nicht nur die demographischen Daten erhoben, es wird vor allem nach den Themenschwerpunkten, der Verständlichkeit, der Angebotenen Literatur und der Nutzung der Medien gefragt. Seit der Eröffnung [...] werden durchschnittlich 250 bis 300 BesucherInnen gezählt. Die Auswertung der Fragebögen zeigt deutlich, dass nicht nur stationäre PatientInnen, sondern auch Angehörige und andere BürgerInnen das Angebot nutzen. Die hauptsächliche Auslastung liegt in den Nachmittagsstunden. Auffallend ist, dass viele NutzerInnen ein zweites oder drittes Mal wiederkommen, weil sie das Angebot als hilfreich und nützlich erfahren haben. Bei der Informationssuche wird hauptsächlich auf

	<p>Bücher und Broschüren zurückgegriffen, aber auch das Internet ist eine sehr begehrte Informationsquelle. Die meisten NutzerInnen sind mit dem Vorhandenen Angebot, was Themenschwerpunkte und Verständlichkeit betrifft, zufrieden.</p> <p>Zusätzlich gewünscht werden vor allem Informationen zu speziellen Krankheitsbilder, Ernährung oder Diät und den Umgang mit chronischen Erkrankungen. Hier zeigt sich, dass das ärztliche Aufklärungsgespräch offensichtlich nicht immer dem Informationsbedarf der Patientinnen und Angehörigen entspricht. Auch wegen rechtlicher Fragen, Beschwerden oder Auskünften jeglicher Art wird das PIC aufgesucht. In diesen Fällen werden die NutzerInnen freundlich weitervermittelt oder mit entsprechenden Kontaktadressen versorgt.“ (S. 50 f)</p>
F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor	
F1.1 Praxis	
F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich	
F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/ Abteilung ist beteiligt, wer ist Kooperationspartner	Kreiskrankenhaus Lüdenscheid in Kooperation mit dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/ Herdecke. (Vgl. S. 50)
F1.1.3 Wurde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt	„Das erste PIC Deutschlands ist im Mai 1999 im Kreiskrankenhaus Lüdenscheid eröffnet worden.“ (S. 50)
F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/-ablauf/ -inhalte und Ergebnis	
F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/-ablauf/ -inhalte	
F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	
F2.1.2 Ziel der Studie	

F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf, Aufbau)	
F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse	
G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus durchführen	
G2 Der Artikel stellt die geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Pflegeberatung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor	

2001

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 5: Patienten- und Familienedukation erfordern neue Kompetenzen

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	PrInterNet/ Pflegewissenschaft
A2 Artikelnummer/ Überschrift	Artikel 5 Patienten- und Familienedukation erfordern neue Kompetenzen
A3 Erscheinungsjahr	06/ 2001
A4 Autor/ Autoren	Abt-Zegelin Angelika; Bösing, Ute; Lang, Petra,
A5 Seitenzahl	Seite 126 - 132
A6 Rubrik	Pflegemanagement
A7 Inhaltscharakterisierung	„In der Auseinandersetzung mit dem Thema Patienten- Familienedukation konzentriert sich dieser Artikel auf die Kompetenzerweiterung von Pflegenden, um Patienten und Bezugspersonen/ Familienangehörige gezielt schulen zu können.“(S. 126) Die Autorinnen entwickelten ein Schulungskonzept für Pflegende, um Patienten und Angehörige im Bereich der Selbstpflege zu schulen. Dieses wird in Teilen innerhalb des Artikels vorgestellt. Das Schulungskonzept „Pflegende schulen Patienten und Bezugspersonen zur Selbstpflege“ wurde in einem westfälischen Modellkrankenhaus mit dem ersten integrierten Patienteninformationszentrum (PIC) eingeführt. Die Inhalte und Aufgaben des PIC werden ebenfalls vorgestellt.
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	„Wir verstehen Schulung als zielgerichteten Prozess, durch den Wissen, Fähigkeiten sowie Haltung mittels der Schritte Einschätzung, gemeinsame Zielerarbeitung, Unterstützung der Zielerreichung und Evaluation von Handlungen realisiert werden. Dieser Schulungsprozess dient für Pflegende als roter Leitfaden in einer konkreten Schulungssituation.“ (S. 130)
B2 Ein pflge theoretischer Hintergrund wird einbezogen	
C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information	

werden im Artikel dargestellt	
D Aktueller Stand	
D Der Artikel beschreibt den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, bezogen auf das Krankenhaus	<p>„Die in der Pflege durchgeführte Patientenedukation, im Sinne von Empowerment, verläuft bisher häufig punktuell, unstrukturiert, unreflektiert und wird nicht dokumentiert. In der Pflegepraxis ergibt sich der Aufgabenbereich Patientenedukation aus dem engen und kontinuierlichen Kontakt zwischen Patienten und Pflegenden. Ein professionelles, gemeinsames Pflegeverständnis über Information, Schulung und Beratung von Patienten/ Bezugspersonen besteht noch nicht. Im Krankenpflegegesetz ist die ‚Anregung und Anleitung zu gesundheitsförderndem Verhalten‘ gesetzlich vorgeschrieben (Klie/ Stascheit 1997, S. 394). Praktisch wird die Vermittlung dieser spezifisch pflegerischen Dienstleistung in der Aus- und Fortbildung vernachlässigt.“ (S. 127)</p> <p>„Kompetenzen zur Information, Schulung und Beratung von Patienten und Bezugspersonen werden bisher in Aus-, Fort- und Weiterbildung wenig konkret vermittelt.“ (S. 126)</p>
E Bedarf/ Legitimation	
E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Pflegeberatung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert	<p>„Der Schulungsbedarf ergibt sich zunächst aus demographischen Veränderungen der Bevölkerungsstruktur. Der prozentuale Anstieg der älteren Bevölkerung und zunehmend medizinische Möglichkeiten erfordern einen vermehrten Betreuungsbedarf von gerontologischen sowie chronisch erkrankten Patienten mit multimorbiden Krankheitsbildern. Daraus lässt sich ein steigender Bedarf an Patientenedukation ableiten. Dabei gewinnt die Patientenedukation in einem Behandlungskonzept, das nicht mehr nur allein auf Heilung ausgerichtet ist, an Wichtigkeit. Ein Schwerpunkt wird in der Vermittlung von Bewältigungsstrategien mit der Erkrankung im Alltag sein. Kostenersparungen im Gesundheitssystem führen zu einer kürzeren stationären Verweildauer. Patienten werden früher nach Hause entlassen. Sie selbst oder ihre Bezugspersonen müssen teilweise sehr komplexe Pflegesituationen bewerkstelligen, woraus das Bedürfnis nach Information und Anleitung wächst. In der gesetzlichen Krankenversicherung wird die aktive Rolle und Eigenverantwortung des Patienten gefordert (SGB V, § 1, 1997, S. 124). Hinzu kommt, dass Patienten über Therapie, Diagnostik sowie deren Auswirkung und weitere Möglichkeiten der Lebensgestaltung Aufklärung und Unterstützung erwarten.“ (S. 127)</p>

E2 Im Artikel wird der Zeitpunkt, wann Patientenedukation/ Beratung/ Schulung stattfinden sollte, bestimmt	
F Artikelart7 Inhaltlicher Bezug	
F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel, stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltlich mit der Thematik auseinander	<p>Der Artikel stellt ein entwickeltes Schulungskonzept: „Pflegerische Schulung von Patienten und Bezugspersonen zur Selbstpflege“ und die Möglichkeiten und Aufgaben von Patienteninformationszentren (PIC) vor. (Vgl. S. 126)</p> <p>„Nach dem Vorbild des „Patient-Learning-Centers“ im Beth-Israel-Hospital in Boston (USA) wurden im Jahr 1999 zwei Patienteninformationszentren unter pflegerischer Leitung in Nordrhein-Westfalen eingerichtet. Es handelt sich dabei um Biblio-Mediotheken für die Betroffenen, beide Zentren erfreuen sich einer großen Beliebtheit von Ratsuchenden – als „Renner“ stellten sich bisher Internet-Recherchen heraus.“ (S. 127)</p> <p>„Beide Zentren suchen die Beteiligung verschiedener Berufsgruppen und die Vernetzung mit anderen Agenten wie Selbsthilfegruppen, Gesundheitsämter, Krankenkassen.</p> <p>Unter pflegewissenschaftlichen Aspekten sind zu der Aktivität „PIC“ noch vier weitere Felder hinzugetreten: wichtig ist vor allem die „Vor-Ort-Edukation“ [Hervorhebungen im Original]im Pflegeprozess. Wichtig scheint auch die Entwicklung von gut verständlichem Edukationsmaterial zu sein, inzwischen wurden erste Aufträge für die Industrie bearbeitet. Ein standardisiertes für Mikroschulungen, kleine Trainings, wurde vorgelegt und soll für etwa 30 -40 Inhalte bearbeitet werden. Die Konzeption von Gruppenschulungen und hier vor allem die Sichtung und Umsetzung bewährter Konzepte stehen noch aus. Daneben sind verschiedene andere Aktivitäten erforderlich, etwa die Berücksichtigung spezieller Bedürfnisse von Migranten, die Etablierung von Patienten-/ Familienedukation in der Pflegeaus – und Fortbildung, die Qualitätssicherung im Umgang mit Datenbanken und Internetinformationen. Um Pfleger im Stationsalltag so wie im ambulanten Bereich dafür zu qualifizieren, wurde das hier vorgestellte Konzept entwickelt.“ (S. 128)</p>
F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Pflegeberatung / Schulung/ Anleitung/ Information, die im	

Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor	
F1.1 Praxis	
F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich	
F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/Abteilung ist beteiligt, wer ist Kooperationspartner	Das Kreiskrankenhaus in Lüdenscheid. (Vgl. S.132)
F1.1.3 Wurde Patientenedukation/Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt	Das Patienteninformationszentrum (PIC) wurde 1999 in diesem Krankenhaus eingeführt. (Vgl. 127)
F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/-ablauf/ -inhalte und Ergebnis	<p>„Das Schulungskonzept hat zum Ziel, [die unter G2] Kompetenzen der Pflegenden zu unterstützen. Das Konzept besteht aus vier Seminartagen. Dabei finden die ersten drei Seminartage geblockt, der vierte Seminartag sowie eine Evaluation nach sechs Wochen statt. Bis zu diesem Zeitraum erarbeiten die Pflegenden eine selbstgewählte Aufgabe. Die Erfahrungen werden am vierten Seminartag reflektiert und bewertet. [...] Die vier Phasen des Schulungsprozesses sind angelehnt an das TZI-Modell (Themenzentriertes Interaktionsmodell) von Ruth Cohn angeordnet (Cohn, Ruth C. 1997). [...] In der Erarbeitung des Schulungsprozesses betrachten wir Schulung aus pflegerischer, pädagogischer und psychologischer Sichtweise. Eine Schulung mit einem pflegerischen Inhalt bezieht sich auf primär pflegerisch sensomotorische Handlungen wie zum Beispiel das selbstständige Waschen, Kleiden oder Gehen des Patienten. Bei einer pädagogischen Schulung liegt der Schwerpunkt auf kognitiver Veränderung von bestehenden Verhaltensweisen durch Wissenszuwachs, die sich als nicht mehr sinnvoll erwiesen haben, wie z. B. die Umstellung der Gewohnten Ernährung bei Diabetes mellitus Typ II. Psychologische Schulungen haben affektive Lerninhalte zum Thema, wie Einstellungen, Interessen, Wertvorstellungen, Vorlieben, Angst oder Selbstachtung (Klug Redman 1996, S. 2).“ (S.130)</p> <p>Die Autorinnen Kennzeichnen die erste Phase mit „Einschätzung“. (Vgl. S. 131) Die <u>erste Phase</u> „Einschätzung“ [Hervorhebungen im Original]im Schulungsprozess dient der</p>

Vorbereitung des Anleiters. Es werden Bedingungen des Umfelds (Raum, Zeit, Stationsablauf), des Patienten (Kontaktaufnahme, Vorwissen, Lerntypbestimmung), des Anleiters (Pflegerverständnis, Motivation, Fachwissen) und der Anleitungshandlung (Bedeutung des Themas für den Patienten, Nutzen der Anleitung) eingeschätzt, um die Lernsituation individuell zu gestalten.“ (S. 131)

Die Autorinnen Kennzeichnen die zweite Phase mit „gemeinsame Zielerarbeitung“. (Vgl. S. 131)

„In der zweiten Phase [Hervorhebung im Original], nach Einschätzung und Zustimmung des Patienten für eine Anleitung, legen Pflegeperson und Patienten gemeinsam realisierbare und gewünschte ziele fest. Die Zielfestlegung erfolgt nach der sensomotorischen, kognitiven oder affektiven Schwerpunktsetzung.“ (S. 131)

Die Autorinnen Kennzeichnen die dritte Phase mit „Unterstützung der Zielerreichung“. (Vgl. S. 131)

„Die dritte Phase „Unterstützung der Zielerreichung“ [Hervorhebungen im Original] ist aus unserer Sicht gleichzusetzen mit dem Begriff „Anleitung“ [Hervorhebung im Original]. Hier erfolgt die Durchführung der Schulung des Patienten zu neuem Wissen, Fähigkeiten und Haltung, indem der Patient die drei Phasen der Informationsverarbeitung (Aneignung, Speicherung und Abruf) durchläuft (Edelmann 1996, S.4). Das Speichern von Wissen im Gedächtnis ist die Voraussetzung der Handlungsfähigkeit. Um Informationen individuell anzubieten, ist die Wahl der Medien und Methoden von Bedeutung: Unser Ziel ist, neben der Informationsvermittlung zum Thema Patientenedukation zu zeigen, dass die von uns im Seminar verwendeten Medien auch in Patientenschulungen einsetzbar sind. Die Teilnehmer lernen kreative Medienarbeit kennen und erwerben durch selbstständiges Einsetzen von Medien einen Lernzuwachs. Hierzu ermöglicht das PIC durch Internetrecherche, Printmedien und Videos vielfältige Informationsmöglichkeiten.“ (S. 131)

„In der vierten Phase [Hervorhebungen im Original] der Evaluation erfolgt eine gemeinsame Bewertung der konkreten Handlung. Was kann der Patient umsetzen? Was ist eventuell noch

	mit anderen Möglichkeiten zu erreichen? Wie könnte ich als Pflegende die Anleitungssituation anders gestalten? Auch eine Selbstbewertung jeweils des Patienten und des Pflegenden sind wichtig. Halte ich mich als Patient an den Plan? Was gelingt mir oder was gelingt nicht? Die Reflexion der Lerninhalte ist ein wichtiger Bestandteil zur Wissensvertiefung.“ (S. 131)
F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/-ablauf/ -inhalt	
F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	
F2.1.2 Ziel der Studie	
F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf, Aufbau)	
F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse	
G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus durchführen	
G2 Der Artikel stellt die geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor	<p>„Um bestimmte Kompetenzen zur Patientenedukation zu fördern, ist eine Haltung, die den Patienten als Experten seiner Selbstversorgung sieht, Grundvoraussetzung bei den am Gesundheitssystem Beteiligten.“ (S. 126)</p> <p>„Für Patientenschulung ist es bedeutsam, nicht nur physische Symptome zu beachten, sondern auch Einstellungen zu Gesundheit sind zu berücksichtigen. Neben der fachlich-pflegerischen Kompetenz sind im Zusammenhang mit der Anleitung und Schulung pädagogische und physiologische Kompetenzen gefordert. Eine grundsätzliche Haltung den Patienten als Experten seiner Lebenswelt zu sehen, der Wissen, Handeln, Können und</p>

	<p>Entscheidungsfähigkeit mitbringt, ist zur Kompetenzerweiterung von Bedeutung.“ (.S. 127)</p> <p>„Im Folgenden werden Kompetenzen mit Inhalten dargestellt, welche die Autorinnen als Voraussetzung für professionell gestaltete Patientenschulungen durch Pflegende sehen.“ (S. 128)</p> <p>„Auflistung: Kompetenzen zur Patientenedukation</p> <p>Fachkompetenz:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patientenschulung als wichtige professionelle Aufgabe der Pflege unter den Aspekt der Gesundheitsförderung verstehen - Fachliches Wissen regelmäßig mit den aktuelle wissenschaftlichen Stand aktualisieren - Entwicklung einer pädagogischen Haltung <p>Lernkompetenz:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berücksichtigen, dass Lernen in einem ganzheitlichen Vorgang geschieht (mit Kopf, Herz und Hand, Vgl. Meyer, 30) - Reflexion des eigenen Lernverhaltens - Fähigkeit und Bereitschaft Lerntechniken zu nutzen - Möglichkeiten neuer Informationsbeschaffung und Auswertung in Anspruch nehmen <p>Methodenkompetenz:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patientenschulung methodisch Planen, durchführen und bewerten - Erkennen des prozesshaften Arbeiten als grundsätzliches Handlungsinstrument zum Lösen von Problemen <p>Sprachkompetenz:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Umgang mit dem Medium Sprache (Kommunikationsbausteine) - Kommunikationsstörungen zielgerichtet und gemeinsam bewältigen <p>Sozialkompetenz:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fähigkeit zur professionellen Beziehungsaufnahme/ Gestaltung und Beendigung - Bereitschaft den Patient als Mensch mit eigene Ziel- und Wertvorstellungen zu akzeptieren <p>Humankompetenz:</p> <ul style="list-style-type: none"> - -Selbstreflexion und Entdecken eigener Ressourcen
--	---

	- -Berufliche Entwicklungschancen erkennen und entwickeln.“ (S. 129)
--	--

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 6: Pflegeberatung im Krankenhaus München-Neuperlach: Patienten und Pflegende in einer neuen Rolle

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	Pflegezeitschrift
A2 Artikelnummer/ Überschrift	Artikel 6 Pflegeberatung im Krankenhaus München-Neuperlach: Patienten und Pflegende in einer neuen Rolle
A3 Erscheinungsjahr	7/ 2001
A4 Autor/ Autoren	Thomas, Birgit; Wirnitzer, Bruno
A5 Seitenzahl	Seite 469 - 473
A6 Rubrik	Pflegepraxis
A7 Inhaltscharakterisierung	Der Artikel stellt ein Patienteninformationszentrum und eine Angehörigenschulung vor.
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	
B2 Ein pflegetheoretischer Hintergrund wird einbezogen	<p>„In allen Aspekten der Beratung und Schulung sollen die Einmaligkeit, die Erfahrungen und Ressourcen und nicht zuletzt das Recht auf Selbstbestimmung der Patienten und Angehörigen respektiert und entwickelt werden. In Übereinstimmung der Patienten mit dem Konzept der Salutogenese (Antonovsky 1991) werden das Wissen und die Erfahrungen der Betroffenen im Umgang mit Krisen und Krankheiten sowie bestehende Bewältigungsstrategien als Widerstandsressourcen angesehen. Diese Widerstandsressourcen werden aufgegriffen und als Grundlage für eine geplante gesundheitsfördernde Lebensweise genutzt. Es soll keine theoretische Pflegeberatung stattfinden, sondern eine bedürfnis- und handlungsorientierte Förderung der Selbstpflegefähigkeit.“ (S. 472)</p> <p>Anmerkung: Des Weiteren werden Begrifflichkeiten des Selbstpflegekonzeptes von D. Orem aufgeführt (siehe Tabelle F1.1.5.).</p>

C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt	„Durch die Beratung und Schulung sollen Betroffene die Kompetenzen entwickeln können, die sie benötigen, um Verantwortung für ihre eigene Gesundheit übernehmen, aber auch die eigenen Grenzen erkennen und die zu erwartende Belastung besser einschätzen zu können. [...] Neben den speziellen Krankheitsbezogenen Maßnahmen sollen Patientenberatung und Schulung „am Patientenbett“ [Hervorhebung im Original] vor allem der Gesundheitsförderung und/ oder der subjektiven Gesundheitserhaltung dienen. Es soll eine ganzheitliche und auf dem individuellen kulturellen Hintergrund angemessene Hilfe angeboten werden, welche die Gesundheit der Betroffenen stabilisiert, ihre Selbstständigkeit und Lebensqualität erhöht sowie den Bedarf an stationärer Versorgung verringert.“ (S. 471 f)
D Aktueller Stand	
D1 Der Artikel beschreibt den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, bezogen auf das Krankenhaus	„Beratung und Schulung von Patienten und ihren Angehörigen sind in der Pflege immanent. Die häufig zu vernehmende Anmerkung, Patientenberatung sei schon immer Aufgabe von Pflegenden gewesen und sei durchgeführt worden, ist deshalb per se nicht falsch. Allerdings werden diese originär pflegerischen Tätigkeiten in der Regel nicht dokumentiert. In relevanten Publikationen wird berichtet, dass Pflegeberatung, wenn überhaupt, unbewusst und zufällig während der täglichen Arbeit durchgeführt wird. Pflegenden bemühen sich rein intuitiv um die Vermittlung von kognitiven, affektiven und psychomotorischen Kenntnissen. Ein solcherart ungeplantes und wenig strukturiertes Vorgehen hat jedoch unter anderen zur Folge, dass die Kompetenzen der Betroffenen nicht ausreichend berücksichtigt werden.“ (S. 472)
E Bedarf/ Legitimation	
E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert	„Zu Hause können Handlungen, die im Krankenhaus mit Hilfe der Pflegekräfte unkompliziert erschienen, zu Problem oder gar zum unüberwindlichen Hindernis werden. [...] Überforderung, Ängste und Unsicherheiten sind nach den Erfahrungen der Autoren nicht selten der Grund für eine erneute Krankenhausaufnahme der Pflegebedürftigen. Gezielte Informationen und adaptierte Beratung oder Aufklärung durch Pflegeexperten müssen deshalb unverzichtbarer Bestandteil einer kontinuierlichen Versorgung speziell älterer und chronischer kranker Menschen sein. Erfahrungen, die Betroffene im Rahmen der Pflegekurse nach SGB XI sammeln können, reichen häufig nicht aus. Dem dort erworbenen

	<p>„grundpflegerischen“ Allgemeinwissen fehlen der individuelle Bezug und die Schulung für den speziellen Einzelfall. Seit der GKV-Gesundheitsreform 2000 sind Prävention, Gesundheitsförderung oder integrierte Versorgungsformen ebenso gesetzlich verankert wie die Sicherung einer menschenwürdigen ganzheitlichen Pflege über das Sozialgesetzbuch XI. [...] nicht zuletzt ist die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) radikale Veränderungen innerhalb der stationären Versorgungsstrukturen mit sich bringen. Insbesondere die in diesem Zusammenhang erwartete Verkürzung der Liegedauer wird zwangsläufig erfordern, dass sich Patienten und ihre Angehörigen aktiv am Behandlungsprozess beteiligen können. (S. 469)</p>
E2 Im Artikel wird der Zeitpunkt, wann Patientenedukation/Beratung/ Schulung stattfinden sollte, bestimmt	
F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug	
F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltlich mit der Thematik auseinander	<p>Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel</p> <p>„Im Krankenhaus München-Neuperlach wurde ein Modellprojekt initiiert, in dessen Rahmen interessierten Bürgern Beratung und Schulung zu Fragen der Gesundheitserziehung und Prävention angeboten werden, vor allem aber Pflegekräften konkrete und bedarfsgerechte pflegerische Beratung erhalten sollen. [...] Die Arbeitsgruppe hat sich zum Ziel gesetzt, eine Pflegeberatung über das Internet zu entwickeln, die Schulung und Beratung von Patienten und deren Angehörigen in den Stationsalltag zu integrieren sowie ein Pflegeinformationszentrum (PIZ) einzurichten.“ (S. 469 f)</p> <p>Pflegeinformationszentrum</p> <p>„Es soll ein Netzwerk zwischen stationären, ambulanten und gemeindeorientierten Angeboten schaffen und bietet neben einer Pflegebibliothek Pflege- und Gesundheitsschulungen sowie integrierte Pflegeberatung für stationäre, nachstationäre und ambulante Patienten an. [...] In das PIN ist ein Informationsbüro integriert, in dem Pflegeexperten umfassende Leistungen zur Information, Schulung und Beratung nicht nur für Patienten und Angehörige, sondern auch für ratsuchende Bürger der angrenzenden Stadtteile anbieten. Dieses steht ebenso allen Bürgern offen. Die Pflegenden werden auf diese Weise zum Bindeglied zwischen hilfe- oder</p>

	<p>ratsuchenden Bürgern und den Hausärzten, an welche sie bei allen medizinischen Fragestellungen schon aus rechtlichen Gründen konsequent verweisen. Wenn dagegen eindeutig pflegerische Sachkenntnis gefordert ist, treten Pflegeexperten ganz im Sinne einer primären Gesundheitsversorgung an die Stelle des Arztes. [...] Ratsuchende, die keine Möglichkeit haben, das Zentrum zu besuchen steht unter www.pflegesprechstunde.de eine virtuelle Pflegesprechstunde zur Verfügung. Um Experten in eigener Sache zu werden oder die Pflege zu Hause eigenständig bewältigen zu können, werden zudem für Stationäre Patienten und deren Angehörige je nach Krankheit oder Stufe der Pflegebedürftigkeit verschiedene Beratungen oder Schulungen im Stationsbereich angeboten.“ (S.471)</p>
<p>F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Beratung / Schulung/ Anleitung/ Information, die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor</p>	
<p>F1.1 Praxis</p>	
<p>F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich</p>	<p>„Das Konzept „Pflegerberatung und –anleitung am Bett“ als Teil des Schulungsprogramms des Patienteninformationszentrums wird im Modellprojekt in acht Stationen und Tageskliniken mit dem Ziel einer allgemeinen Übertragbarkeit erprobt. Die Modellstationen gehören sehr unterschiedlichen Bereichen an und wurden gezielt anhand der verschiedenen Patientengruppen und bestimmten Mitarbeiter Voraussetzungen ausgewählt.“ (S. 473)</p>
<p>F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/ Abteilung ist beteiligt, wer ist Kooperationspartner</p>	<p>Krankenhaus München-Neuperlach.</p>
<p>F1.1.3 Wurde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt</p>	
<p>F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/-ablauf/ -inhalte und Ergebnis</p>	<p>„Analogie von Pflege und Schulungsprozess [Hervorhebung im Original] Die eigentlichen Schulungen der Patienten und Angehörigen orientieren sich an den</p>

vereinbarten Pflegezielen und den geplanten Maßnahmen. [...] Selbstständigkeit und Selbstpflegekompetenzen der Patienten werden mittels der „Functional Independence Measure“ (FIM) [Hervorhebung im Original], übersetzt Funktionaler Selbstständigkeitsindex, erhoben. [...] Die Ergebnisse der FIM-Einschätzung zeigen auf, in welchen Bereichen ein Selbstpflegedefizit und somit Schulungsbedarf besteht. Der Schulungsprozess erfolgt analog zum Pflegeprozess [...].

Inhalt und Verlauf der Schulung werden gemeinsam mit den Betroffenen geplant, wobei die Pflegekräfte zuvor in einer Anamnese Lernbedürfnisse und –voraussetzungen der Patienten und/ oder Angehörigen ermitteln und deren Motivation zur aktiven Beteiligung einschätzen. Hierzu wurde [...] ein Leitfaden mit konkreten Frage- und Beobachtungsmöglichkeiten erarbeitet. Die Lernbedürfnisse ergeben sich primär aus der Stuserhebung, dem Ereignis der FIM- Erhebung und der Pflegeplanung. Die Einschätzung der Motivation dient dem Aufdecken von weiteren Ressourcen oder Problemen und erfolgt auf der Grundlage der Stuserhebung und des erarbeiteten Beobachtungsleitfadens. Die Ermittlung der individuellen Lernvoraussetzungen der Patienten oder Angehörigen ist ein wichtiger Schritt, um die richtige Schulungsmethode zu planen. In einzelnen Abschnitten wird ein übergeordnetes Lernziel schriftlich fixiert. Daraus ableitend werden die Lehrteilziele und –inhalte, sowie die erforderlichen schulenden Aktivitäten ausgewählt. Bei der Planung der schulischen Aktivitäten ist neben dem notwendigen Zeitumfängen und Häufigkeiten ebenso die Integration von Experten anderer Berufe wie zum Beispiel Krankengymnasten oder Physiologen festzulegen. Mit diesen Vereinbarungen sollen die verschiedenen fachlichen und sozialen Grenzen abgesteckt und einer Überforderung aller Beteiligten entgegengetreten werden. Erst hiernach kann die praktische Schulung „am Bett“ durchgeführt werden. Pflegekräfte zeigen den Betroffenen die erforderlichen Techniken und Fertigkeiten, leiten sie danach bei den ersten eigenen Übungen an und begleiten sie bei allen weiteren Übungen. Die Tätigkeiten und Fähigkeiten werden solange geübt, bis die Betroffenen die jeweiligen Handlungen selbständig und sicher ausführen können. Die Schulungsinhalte variieren je nach Fallgruppen der Projektstation, vorwiegend umfassen sie jedoch unter anderem Hebe- und Transfertechniken bei immobilen Patienten, Grundpflege bei Patienten nach Apoplex, Messung von Blutdruck oder Blutzucker, Subkutaninjektion, Bewegungstechniken bei

	<p>Frakturen sowie Wund- oder Stomaversorgung.</p> <p>Sollen Patienten ihre Krankheit akzeptieren und ihr Leben entsprechend gestalten können, so genügt es nicht, wenn sie oder ihre Angehörigen erforderliche Pflegetechniken sicher beherrschen. Ebenso wichtig ist es, dass sie über die Hintergründe der Krankheit und die damit verbundenen Probleme Bescheid wissen. Hierfür bietet es sich an, den Betroffenen entsprechende Literaturhinweise zu geben oder gemeinsam mit thematisch passenden Videos anzuschauen. Diskussionen oder Rollenspiele sind darüber hinaus zusätzliche geeignet, eine Verhaltensänderung zu induzieren. Inwieweit kognitive und affektive Lernziele erreicht werden, hängt nicht nur von einem umfangreichen Fachwissen der anleitenden Pflegekräfte ab, sondern wird ebenso von der Qualität der Interaktion beeinflusst. [...] Unverzichtbar ist daher, dass Pflegekräfte die betroffenen sensibel informieren, partnerschaftlich begleiten und die erworbenen Kenntnisse des Patienten als neues Expertenwissen nutzen. Neben der eher verrichtungsorientierten Schulungs- und Beratungsinhalten können hierbei so unterschiedliche und spezifische Themen wie Schmerzmanagement, Umgang mit kognitiv eingeschränkten Menschen oder Leben mit einer chronischen Krankheit eine Rolle spielen. Während der Durchführung der Geplanten Schulungsmaßnahmen werden die täglichen Fortschritte in einem Schulungsbericht dokumentiert und kommentiert. [...] Die Evaluierung des Schulungsprozesses erfolgt sowohl aus Sicht der Patienten und Angehörigen als auch aus der Sicht der Pflegekräfte.“ (S. 472 f)</p>
<p>F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/-ablauf/ -inhalt</p>	<p>„Der Verlauf der Beratung lässt sich in drei Phasen gliedern:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gemeinsam mit dem Patienten und ihren Angehörigen wird zunächst überlegt, wo das Selbstpfledefizit liegt und wie das Problem zu lösen ist. Pflegekräfte geben den Betroffenen hierfür laiengerechte und fachlich fundierte Informationen über Krankheitsbilder, Pflegemaßnahmen oder Gesundheitserhaltung. Diese Informationen bilden das Fundament, auf dem die Betroffenen ihre Handlungs- und Entscheidungskompetenz entwickeln und erweitern können. 2. Danach werden im Beratungsprozess mögliche selbstständige Handlungsfelder für die Selbstpflege aufgezeigt [...]. 3. Eine praktische Schulung und konkretes Vermitteln von Pflegewissen schließen sich im Beratungsprozess an.

	Die Betroffenen werden in allen drei Phasen von den Pflegekräften unterstützt und begleitet.“ (S. 472)
F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	
F2.1.2 Ziel der Studie	
F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf, Aufbau)	
F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse	
G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus durchführen	„Im Krankenhaus München-Neuperlach wurde eine spezielle Fortbildung zum Thema „Patienten-/ Angehörigenschulung und Beratung am Bett“ konzipiert. Ihr Ziel ist es, die Pflegekräfte mit den begrifflichen Grundlagen der Beratung, Anleitung und Schulung vertraut zu machen und ihnen die notwendigen fachlichen und methodischen Kompetenzen zu vermitteln. Insbesondere sollen die Mitarbeiter die Analogie von Pflege- und Schulungsprozess verstehen lernen, um mit Patienten und Angehörigen individuelle Schulungspläne erarbeiten, durchführen und evaluieren zu können.“ (S. 472)
G2 Der Artikel stellt die geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor	„[Die Beratung] erfordert Zeit, aber auch große fachliche und soziale Kompetenz seitens der Pflegekräfte.“ (S. 472) „Voraussetzung für eine erfolgreiche Aneignung und Anwendung der Beratungs- und Schulungskompetenzen ist vor allem eine ausreichende Kommunikationsfähigkeit der Mitarbeiter.“ (S. 472)

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 7: Individuelle stationäre Angehörigenschulung: Schon vor der Entlassung die Zeit danach proben

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	Pflegezeitschrift
A2 Artikelnummer/ Überschrift	Artikel 7 Individuelle stationäre Angehörigenschulung: Schon vor der Entlassung die Zeit danach proben
A3 Erscheinungsjahr	8/ 2001
A4 Autor/ Autoren	Richter-Kessler, Ricarda; Steimel, Roland
A5 Seitenzahl	Seite 562 - 563
A6 Rubrik	Pflegepraxis
A7 Inhaltscharakterisierung	In dem Artikel wird eine stationäre Angehörigenschulung vorgestellt.
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	
B2 Ein pflegetheoretischer Hintergrund wird einbezogen	
C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt	
D Aktueller Stand	
D Der Artikel beschreibt den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, bezogen auf das Krankenhaus	
E Bedarf/ Legitimation	

E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert	Unzureichendes Angebot der Pflegekurse für pflegende Angehörige, die im Rahmen das SGBXI durchgeführt werden. Es fehlt der individuelle Bezug zur eigenen Pflegesituation zu Hause. „Pflegerischen Angehörigen fehlten individuelle Beratung und Schulung. Viele Fragen zu Bedürfnissen im Einzelfall blieben offen.“ „Im „Zentrum Bildung + Gesundheit“ – Katholisches Krankenhaus Hagen gem. GmbH – wird seit etwa fünf Jahren dem Phänomen nachgegangen, dass pflegende Angehörige die Belastungen, die sich aus der häuslichen Pflege eines Familienmitgliedes ergeben, unterschätzen.[Hervorhebung im Original]“ (S. 562)
E2 Im Artikel wird der Zeitpunkt, wann Patientenedukation/ Beratung/ Schulung stattfinden sollte, bestimmt	
F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug	
F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltlich mit der Thematik auseinander	Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel. Eine individuelle stationäre Angehörigenschulung, in den Krankenhausbetriebsstätten des Katholischen Krankenhauses Hagen, wird vorgestellt. (Vgl. 562) „Das Angebot der individuellen Angehörigenschulung ist eine besondere Serviceleistung für Krankenhauspatienten und deren Angehörige. Familien können hier schon vor der Entlassung des Patienten auf spezielle Situationen der häuslichen Pflege vorbereitet werden.“ (S. 562)
F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Beratung / Schulung/ Anleitung/ Information, die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor	
F1.1 Praxis	
F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich	Die individuelle stationäre Angehörigenschulung findet in allen drei Krankenhausbetriebsstätten des Katholischen Krankenhauses Hagen statt. (Vgl. S. 563)
F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/ Abteilung ist beteiligt, wer ist	Die Krankenhäuser des Katholischen Krankenhaus Hagen gem. GmbH und das Zentrum Bildung + Gesundheit des Katholischen Krankenhaus Hagen.

Kooperationspartner	
F1.1.3 Würde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt	„Nach nunmehr fast fünf Jahren hat sich das Projekt [...] etabliert und wird kontinuierlich genutzt.“ (S. 563)
F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/ -ablauf/ -inhalt und Ergebnis	<p>Sobald sich für eine Familie der Bedarf an einer Angehörigenberatung oder –schulung ergibt, wird kurzfristig der Kontakt zum „Zentrum Bildung + Gesundheit hergestellt. Dies geschieht in der Regel über Kollegen der Station, den Sozialdienst des jeweiligen Krankenhauses oder die Angehörigen selbst. In einem Erstgespräch mit den Angehörigen und dem Patienten werden der Bedarf ermittelt und das weitere Vorgehen festgelegt. Dies dauert etwas 45 Minuten und beinhaltet den ersten Informationsaustausch, eine allgemeine Beratung sowie Planung der folgenden Schulungseinheiten und deren Inhalte. Durchschnittlich ergeben sich nach dem Erstgespräch noch weitere drei Kontakte von etwa 50 Minuten Dauer. Die für die Pflege zu Hause notwendigen Techniken und Fertigkeiten werden demonstriert, wiederholt und solange wie nötig trainiert. [...] Häufige Inhalte sind rückschonende und effektive Hebe-, Trage- und Bewegungstechniken. Dies resultiert aus den häufig erkrankungsbedingten Problemen der Patienten, die spezielle Techniken erfordern. (S. 562 f)</p> <p>„Die Schulungen finden direkt am Krankenbett und mit den Betroffenen statt. So können individuelle Lösungen für besondere Probleme zu Hause gefunden werden, schon bevor der Patient das Krankenhaus verlässt. Ein weitere Vorteil ist die gemeinsame Bearbeitung der realen häuslichen Situation, im Gegensatz zu den herkömmlichen Pflegekursen zur häuslichen Pflege, in denen mit Pflegepuppen Pflegesituationen simuliert werden.“ (S. 562)</p>
F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/ -ablauf/ -inhalt	„Das Beratungsgespräch benötigt während jeder Schulungseinheit relativ viel Zeit. [...] Die meisten nutzen die Gesprächsangebote, um sich einerseits die Entscheidung, die Pflege zu übernehmen, bestätigen zu lassen und andererseits, um über ihre eigenen Probleme (Distanz/ Nähe, Ekel, Angst oder Ähnliches) zu sprechen.“ (S. 563)
F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	
F2.1.2 Ziel der Studie	
F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/	

Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf, Aufbau)	
F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse	
G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus durchführen	„Die „Individuelle stationäre Angehörigenschulung“ wird zurzeit von einer Lehrerin und einem Lehrer für Pflegeberufe durchgeführt. Beide verfügen neben ihrer pädagogischen Weiterbildung über Spezialkenntnisse und anerkannte Weiterbildungen, wie „Praxisanleiter/ in Basaler Stimulation“, „Therapeutisch aktivierende Pflege Erwachsener nach erworbener Hirnschädigungen – Bobath–Konzept“, „Kinästhetik“, „Validation“, sowie „stationäre facio-orale Therapie“ nach Kay Coombes (F.O.T.T.) [Hervorhebungen im Original].“ (S. 563)
G2 Der Artikel stellt die geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor	

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 8: Pflegeberatung im Krankenhaus München-Neuperlach: Erste Ergebnisse des Modellprojekts

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	Pflegezeitschrift
A2 Artikelnummer/ Überschrift	Artikel 8 Pflegeberatung im Krankenhaus München-Neuperlach: Erste Ergebnisse des Modellprojekts
A3 Erscheinungsjahr	12/ 2001
A4 Autor/ Autoren	Thomas, Birgit; Wirnitzer, Bruno
A5 Seitenzahl	Seite 869 - 872
A6 Rubrik	Pflegepraxis
A7 Inhaltscharakterisierung	Im Rahmen des Artikels wird eine Projektevaluation und ein neues Schulungsprojekt vorgestellt.
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	
B2 Ein pflegetheoretischer Hintergrund wird einbezogen	
C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt	<p>„Das Projektziel ist, eine ganzheitliche Schulung anzubieten, die dazu beiträgt, Gesundheit und Selbständigkeit zu fördern und zu bewahren, die Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit soweit wie möglich zu vermeiden, die Lebensqualität zu erhöhen und den Bedarf an poststationärer Versorgung zu verringern.</p> <p>So soll die Pflegeberatung und –schulung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⌚ den Patienten und Angehörigen deren Ressourcen bewusst machen ⌚ soziale und pflegerische Handlungskompetenz stärken ⌚ den Angehörigen mehr Sicherheit im Umgang mit den Pflegebedürftigen, der Pflege und der Krankheit geben ⌚ Wissen über Leistungsansprüche in der häuslichen Versorgung vermitteln.

	Patienten und Angehörige sollen Experten „in eigener Sache“ [Hervorhebung im Original] werden, damit sie die Pflege zu Hause bewältigen können.“ (S. 869)
D Aktueller Stand	
D Der Artikel beschreibt den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Pflegeberatung/ Schulung/ Anleitung/ Information, bezogen auf das Krankenhaus	
E Bedarf/ Legitimation	
E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert	
E2 Im Artikel wird der Zeitpunkt, wann Patientenedukation/ Beratung/ Schulung stattfinden sollte, bestimmt	
F Artikelart	
F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltlich mit der Thematik auseinander	Der Artikel stellt ein Projekt und dessen Evaluation vor. „ „Patienten und Pflegenden in einer neuen Rolle“ [Hervorhebung im Original] - unter dieser Überschrift in Heft 7/ 2001 des Projekt „Pflegeinformationszentrum (PIN) mit dem Schwerpunkt Pflegeberatung und Patienten-/ Angehörigenschulung am Krankenbett“ [Hervorhebung im Original] des Krankenhauses München-Neuperlach vorgestellt. [...] [Es] sollen nun erste Erfahrungen und Ergebnisse vorgestellt werden.“ (S. 869) Vorstellung eines Schulungsbeispiels auf einer chirurgischen Station, mit anschließender Projektevaluation. (Vgl. S. 870 ff)
F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht,	

vor	
F1.1 Praxis	
F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich	Einführung einer Patientenschulung auf einer Chirurgischen Station. Die Schulung ist für Patienten mit einer Oberschenkelhalsfraktur konzipiert. (Vgl. 869 f)
F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/ Abteilung ist beteiligt, wer ist Kooperationspartner	Krankenhaus München-Neuperlach. (Vgl. S. 869)
F1.1.3 Wurde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt	
F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/-ablauf/ -inhalt und Ergebnis	<p>Theorie-Praxis-Transfer</p> <p>„Zunächst legten die Pflegekräfte stationsspezifische Fallgruppen fest und definierten im Hinblick auf die Vergleichbarkeit Ein- und Ausschlusskriterien für die zu beteiligten Personen. Die Entscheidung darüber welche Patienten und Angehörigen in das Projekt aufgenommen werden, lag bei den Pflegekräften der Projektstationen.(...)Die Station A entschied sich für die Fallgruppe „Oberschenkelhalsfraktur“. Weitere Kriterien waren ein Lebensalter über 65 Jahren, eine Selbständige Lebensführung vor dem Krankenhausaufenthalt und die geplante Rückkehr in den eigenen Haushalt. Im weiteren Verlauf stellte sich dann heraus, dass auch die Operationsmethode und diverse Nebendiagnosen mit zu berücksichtig werden müssen. [...] Bei allen beteiligten Patienten wurde neben der Pflegeanamnese eine Stuserhebung vorgenommen. Als Indikator zur Ermittlung der Selbstständigkeit wurde der „Functional Independence Measure“ (FIM) [Hervorhebung im Original] angewandt (vgl. Heft 7/ 2001, S. 472). Mit fünf standardisierten Fragen, die sich auf das Wissen über die Krankheit, die Probleme mit dem derzeitigen Zustand, die zu erwartenden Folgen im Alltag, die Sorgen um das gewünschte Maß an Unterstützung bezogen, wurde der Schulungsbedarf ermittelt. Dabei wurde deutlich, das betroffene nach einem akuten Ereignis Probleme und Folgen nicht sofort abschätzen können. [...] Die Schulungsplanung erfolgte gemeinsam durch die Pflegekraft und die Betroffenen Analog zu Pflegeprozess. Als vorwiegende Schulungsinhalte für Patienten mit Oberschenkelhalsfrakturen wurden die Wundheilung, Bewegungstechniken, Umgang mit Hilfsmitteln, Mobilisationsmöglichkeiten und für</p>

Angehörige Hebe- und Transfertechniken nach kinästhetischen Aspekten vermittelt. Die notwendigen Maßnahmen wurden in kleinen Schritten jeweils unter Angabe der Methode, des Schulungsmaterials und der täglichen Wiederholungen geplant. [...] Die Maßnahme ist erst abgeschlossen, wenn der Patient oder Angehörige die notwendige Handlungskompetenz erreicht hat. Dies wird ebenfalls von der Pflegekraft eingeschätzt. Vor der Entlassung des Patienten erfolgen eine Evaluation anhand von Leitfaden sowie eine zweite FIM-Einstufung. Die Beurteilung erfolgt sowohl aus der Sicht der Patienten und der Angehörigen als auch aus der der Pflegekraft. Bei diesem Prozess werden sowohl das Lernen als auch das Lehren sowie der gemeinsam erstellte Schulungsplan reflektiert. Die Evaluation beurteilt nicht nur das Erreichen der Ziele, sondern das persönliche Empfinden der schulenden Pflegekraft sowie des geschulten Patienten und Angehörigen.“ (S. 870)

Projektevaluation

„Zur Projektevaluation wurden unter anderem folgende Fragen berücksichtigt:

1. Welche Auswirkungen hat die Pflegeberatung/ -schulung in Bezug auf das Wissen, den Umgang mit Krankheit oder Pflegebedürftigkeit, die Selbstständigkeit und Alltagsberatung der Betroffenen?
2. Kann durch die gezielte Schulungsplanung eine Verbesserung der individuellen pflegerischen Versorgung erreicht werden?
3. Wie verändern sich die Einstellungen der Pflegekräfte zur Pflegeberatung/ -schulung?
4. Wie viel Zeit wird für die Pflegeberatung/ -schulung aufgewendet?

Die Untersuchung erfolgt auf der Basis einer Dokumentationsanalyse und der Mitarbeitergespräche im monatlichen Arbeitskreis.

Um die Wirksamkeit darstellen zu können, wurde der Aufnahme- mit dem Entlassungsstatus und FIM-Einstufungen verglichen. Diese wurden wiederum mit dem Aufnahme – und Entlassungsstatus und die FIM-Einstufungen von nichtgeschulten Patienten und Angehörigen verglichen, ebenso die Statuserhebung bei Aufnahme und Entlassung von geschulten mit der von nicht geschulten Patienten und Angehörigen.(S. 870)

„Zur Projektevaluation wurden unter anderem folgende Fragen berücksichtigt:“ (S. 870)

	<p>„1. Welche Auswirkungen hat die Pflegeberatung/ -schulung in Bezug auf das Wissen, den Umgang mit Krankheit oder Pflegebedürftigkeit, die Selbstständigkeit und Alltagsberatung der Betroffenen?“ (S. 870)</p> <p>„Die Auswertung der Schulungs- und Beratungsdokumentation der Station A ergaben allgemein, dass die Befürchtung, zu Hause nicht zurecht zu kommen, Fehler zu machen und pflegebedürftig zu werden, das Bedürfnis nach Pflegeberatung und die Motivation, sich aktiv an einer Schulung zu beteiligen, steigen lässt. Das Projekt hilft demnach Unsicherheiten zu beseitigen und regt zur aktiven Mitarbeit an. Die Staffelung der Schulung in Teilziele und kleine Schritte führt in der Regel zum Erfolg. Das vermittelte Wissen über die Erkrankung, ein gemeinsames Erarbeiten von Lösungswegen und Der erste Erfolg motivieren Patienten. [...] Bei der Entlassung berichteten vor allem die Patienten [...], dass sie durch die Schulung mehr Sicherheit erlangen konnten. Auch der Umgang mit Schmerzen sei leichter geworden. Über die Gestaltung des Alltages zu Hause machen sich die Patienten durchweg weniger sorgen. Sie waren zuversichtlich, das Gelernte umsetzen zu können [...]. Patienten haben [...] nicht nur ihre Ressourcen kennengelernt, sondern auch ihre Grenzen [...]. Die Aufklärung über weitergehende Hilfsangebote im ambulanten Bereich trug ebenfalls zur Sicherheit bei.“ (S. 870 f)</p> <p>„2. Kann durch die gezielte Schulungsplanung eine Verbesserung der individuellen pflegerischen Versorgung erreicht werden?“ (S. 870)</p> <p>„Pflegeberatung und -schulung fanden nicht mehr zufällig statt, sondern geplant und reflektiert. Durch die Verbindung von Pflege und Schulungsprozess betrachten die Pflegekräfte Patienten und Angehörige sowohl aus pflegerischer als auch aus pädagogischer und psychosozialer Sicht.</p> <p>Die Pflege bezog sich dadurch einerseits auf die gewohnten Handlungen, schloss aber andererseits die Aktivierung von kognitiven Veränderungen durch die Vermittlung von Pflegewissen mit ein. Das wiederum bewirkte Verhaltensänderungen. Die Gemeinsame Reflektion des Lernens hat das neue Wissen vertieft und bestätigte die erworbenen Ressourcen. Hierdurch erfuhren die Patienten und Angehörigen Sicherheit. Damit wurde die Pflege dem Ziel, eine ganzheitliche Versorgung anzubieten, gerecht. Die gelungene</p>
--	--

	<p>Integration der Schulung in den Stationsablauf hat gezeigt, dass sie ein Teil von Pflegearbeit ist.</p> <p>Dass die bekannten und vertrauten Pflegekräfte die Beratung und Schulung durchführten, wirkte sich positiv auf das Erreichen von Pflege- und Schulungszielen aus.“ (S. 871 f)</p> <p>„3. Wie verändern sich die Einstellungen der Pflegekräfte zur Pflegeberatung/ -schulung?“ (S. 870)</p> <p>„Die intensive Fortbildung und Praxisbegleitung trugen dazu bei, dass die Pflegekräfte Pflegeberatung und -schulung als ein neues Aufgabengebiet sahen, in dem sie ihre Professionalität beweisen und gleichzeitig neue Kompetenzen erwerben konnten. Die Erweiterung der pflegerischen Kompetenz durch pädagogische Aspekte gab ihnen die Möglichkeit, Patienten und Angehörige aus einer differenzierten Perspektive zu betrachten. Dadurch wurde die Fähigkeit zur professionellen Beziehungs- und Biographiearbeit entwickelt, was wiederum das allgemeine Miteinander positiv beeinflusst hat. Als „Nebeneffekt“ [Hervorhebung im Original] wurde durch die Selbstreflexion im Arbeitskreis und die stationsübergreifende intensive Beschäftigung mit der neuen Aufgabe Pflegefachwissen sichtbar, das bislang nicht genutzt worden war.“ (S. 871)</p> <p>„4. Wie viel Zeit wird für die Pflegeberatung/ -schulung aufgewendet?“ (S. 870)</p> <p>Die zusätzlich zur Pflegeanamnese erhobene Stuserhebung hat ein erhebliches Gesprächsbedürfnis bei den Betroffenen aufgedeckt. Im Durchschnitt dauerten diese Erstgespräche 60 Minuten. [...] Anfangs nahm das Erstellen einer Schulungsplanung bis zu 90 Minuten Zeit in Anspruch, konnte aber nach einem halben Jahr Erfahrung auf der Station A mit etwa 50 Minuten veranschlagt werden. Durch die Zeitdokumentation sollte zum einen aufgezeigt werden, welchen Anteil die Beratung und Schulung im täglichen Arbeitsablauf einnahmen. Zum anderen wurden die Lernerfolge transparent, die der Betroffene durch ständiges Üben erzielte. Die nach jeder durchgeführten Maßnahme notierte Zeit entsprach dem tatsächlichen Arbeitsaufwand. Für die Schulung [...] benötigten die Pflegekräfte auf den ersten Tag verteilt circa 80 Minuten. Nach 4 Tagen lag die Durchführungszeit bei 40 Minuten, was auch dem durchschnittlichen Zeitaufwand entspricht. Die</p>
--	--

	<p>Dokumentationsanalyse zeigte des Weiteren, wie wichtig die regelmäßige Durchführung von geplanten Schulungsmaßnahmen ist. Auffallend war nämlich, dass Patienten, die über fünf Tage dreimal täglich zum selbständigen Aufstehen angeleitet wurden, nach einer Unterbrechung von 2 Tagen Rückschritte bei dieser Übung zeigten.“ (S. 872)</p> <p>„Da derzeit erst fünf Pflegekräfte der Station A an der PIN-Fortbildung teilgenommen haben, ist es noch nicht möglich, alle Patienten zu schulen.“ (S. 870)</p>
F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/-ablauf/ -inhalt	
F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	
F2.1.2 Ziel der Studie	
F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf, Aufbau)	
F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse	
G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus durchführen	
G2 Der Artikel stellt die geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor	

2002

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 9: Die konzeptionelle Verankerung der Patientenorientierung in Patientenschulungs- und anleitungsprogrammen

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	PrInterNet/ Pflegewissenschaft
A2 Artikelnummer/ Überschrift	Artikel 9 Die konzeptionelle Verankerung der Patientenorientierung in Patientenschulungs- und anleitungsprogrammen
A3 Erscheinungsjahr	10/ 2002
A4 Autor/ Autoren	Chaux de la, Christian; Sailer, Marcel
A5 Seitenzahl	Seite 221 - 234
A6 Rubrik	Pflegepädagogik
A7 Inhaltscharakterisierung	Konzeptionelle Verankerung eines Schulungskonzeptes
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	
B2 Ein pflegetheoretischer Hintergrund wird einbezogen	Fachtheoretische Orientierung einer Patientenschulung „Um die pflegerische Intention einer Patientenschulung darzustellen und von anderen professionellen Perspektiven zu differenzieren, bedarf es unabdingbar eines pflegetheoretischen Bezugsrahmens. Diese Perspektiventrennung soll jedoch keine Disziplinentrennung postulieren, sondern im Gegenteil den pflegerischen Beitrag in einer interdisziplinär orientierten Maßnahme verdeutlichen. [...] Aus diesem Grund beziehen wir unser Vorgehen bei der Patientenschulung, -anleitung und -beratung auf die Förderung des Pflegesystems, welches in der Selbstpflegetheorie von Dorothea E. Orem konzeptionell erarbeitet und erforscht wurde. Allgemein formuliert beschreibt das Selbstpflegesystem Zusammenhänge, wie Handlungsabläufe und -sequenzen, welche von Individuen ausgeführt werden dazu führen, dass sogenannte Selbstpflegetheorieerfordernisse erfüllt bzw. reguliert werden können (vgl. Orem,

2001, S. 221ff). Diese erlernten, bewussten Handlungen entstanden in der Abhängigkeit von zahlreichen Faktoren wie der Lernfähigkeit, der Wahrnehmung oder auch des Selbstbildes und –konzeptes. Die Durchführung der Handlungen spiegeln das alltägliche Engagement der Menschen für ihre Selbstpflege wieder, was auch als erworbene Selbstpflegekompetenz beschrieben werden kann. Diese Selbstpflegekompetenz beinhaltet also die Befähigung, sich um spezielle Anforderungen zu kümmern deren Bedeutung zu verstehen sowie den Bedarf an Veränderung oder Regulierung von Handlungsabläufen zu erkennen (ebd. S. 254f). Der Bedarf entsteht beispielsweise durch das unerwartete auftreten einer Krankheit. Aufgrund dieser Erkrankung entsteht die Notwendigkeit, Handlungen des Alltags mit unter völlig umzustellen oder auch zu erlernen, um die Situation bewältigen zu können. Unter anderem erwächst daraus ein großer Bedarf an Wissen, um Zusammenhänge zu verstehen und die Tragweite eigener Entscheidungen einschätzen zu können. Dieser situationsabhängige Bedarf wird auch als situativer Selbstpflegebedarf bezeichnet. Um diesen schließlich zu regulieren, benötigt es wiederum der bereits erwähnten Selbstpflegekompetenz [...]. Durch eine Umfassende Konzeptstruktur kann über die Selbstpflegekompetenz der Patient/ Innen hinsichtlich der Entwicklung, Durchführbarkeit und Adäquatheit durch Pflegekräfte im einen diagnostischen Vorgehen eine Aussage getroffen werden (vgl. Bekel, 1999, S. 221ff). Orem unterscheidet dabei die Konzeptuellen Elemente der grundlegenden Dispositionen und Fähigkeiten (GDuf), der Potenzialkomponenten (PK), sowie der Selbstpflegetätigkeiten (SPT) [...]. Die grundlegenden Dispositionen und Fähigkeiten beschreiben dabei grundlegende Voraussetzungen für die Selbstpflege wie die Fähigkeiten des Verstehens und Ausführens.“ (S. 224f)

„Für die Festlegung der Ziele einer Patientenschulung ist vor allen Dingen das konzeptuelle Element der Selbstpflegetätigkeit als Teilbereich der Selbstpflegekompetenz sehr hilfreich. Die Selbstpflegetätigkeit teilen sich dabei in drei untergeordnete Tätigkeitsbereiche auf, welche insgesamt zur Ausführung der Handlungen benötigt werden:

- a. **Einschätzende Tätigkeit** (empirisches Wissen, Erfahrungswissen, technisches Wissen über die effektive Regulierung)
- b. **Transitive Tätigkeit** (kritisches Urteilen über Entscheidungen, Reflexion der Selbstpflege)

c. **Produktive Tätigkeit** (Durchführung der Selbstpflegetätigkeiten, Kontrolle, Überwachung, Aufrechterhaltung bzw. Weiterführung der Handlungen) (vgl. Orem, 1997, S.250ff) [Hervorhebungen im Original].“ (S. 225)

„In der praktischen Erarbeitung der der Selbstpflegetätigkeiten, welche zur Regulierung krankheitsbedingter Situationen notwendig sind, erwies sich die Differenzierung zwischen den Ebenen des Wissens, der Entscheidung und der Durchführung als notwendig und sehr hilfreiche Struktur. Zunächst wird sie dazu benötigt, um vielschichtige und in sich verwobene Handlungen zu analysieren und aufzuschlüsseln, gleichzeitig dient sie als Hilfsmittel zur Festlegung von einzelnen Zielen für den komplexen Kompetenzerwerb in der Patientenschulung.“ (S. 226)

Pädagogische Orientierung einer Schulung

„Nach der Festlegung der notwendigen Selbstpflegekompetenzen stellt sich nun die alte, grundlegende didaktische Frage, wie der inhaltliche Aspekt, der Lernende in Person des Patienten und der Lehrende in Form der Pflegekraft sinnvoll in eine Beziehung gebracht werden kann. Bedingt durch den großen Bedarf der Patienten Wissen und Fertigkeiten zu erlernen, kam der inhaltlichen Perspektive eine dominante Rolle zu. Dies ging letztendlich auf Kosten der didaktischen, methodischen und verhaltenspsychologischen Überlegungen zur Realisierung dieser Ziele.“ (S. 227)

„In einer Patientenschulung sollte [...] gleichermaßen wie in der Erwachsenenbildung die technokratische Hoffnung aufgegeben werden, dass durch ein Mehr von Planungsexaktheit und expertenschaftlichen Interventionen sowie systematischer Kontrolle das Lernen verbessert werden kann (vgl. ARNOLD/ SIEBERT, 1997, S.17) [Hervorhebung durch die Autoren]. Wir legen bei den Schulungen ein Verständnis für den Patienten als ein in sich geschlossen denkendes Individuum zugrunde. Geht man mit der Annahme konform, dass Menschen überhaupt erst vor dem Hintergrund und im Kontext ihrer subjektiven Handlungsgründe lernen, und bedenkt man, in welcher schwieriger, krankheitsbedingter Situation sie sich befinden, so impliziert dies eine ausgesprochene Beachtung des Situationsempfindens des Patienten. Diese Sichtweise der Wissensgenerierung lässt keine

	<p>lineare Informationsübertragung mit Hilfe einer Belehrungsdidaktik zu. [...] Für das didaktische Vorgehen einer Schulung impliziert dies deshalb eine besondere Beachtung der persönlichen Erfahrungen und Empfindungen der Patienten, um einen Zugang zu den Konstruktionen zu erreichen. Hier müssen wir als Lehrende die engere inhaltliche Seite verlassen und uns in eine, wenn auch ungleich schwerer zu fassende Beziehungsebene menschlicher Kommunikation begeben (vgl. Reich, 2000, S.18ff). Schulungsgespräche müssen daher ihren direktiven und appellierenden Charakter verlieren. Die Starre des inhaltlichen Blickwinkels muss sich zugunsten der Lebendigkeit, Verständlichkeit und Vielfalt der Beziehung und Interaktion lösen. [...] Eine didaktische Konzeption muss in unserem Verständnis deshalb auf ein reflexives Lernen der Patienten abzielen, bei der die Selbstaufklärung und das Bewusstwerden der eigenen Stärken, Schwächen und Bedürfnisse bei der Lösung des Problems im Vordergrund stehen. Hinsichtlich dieser Prämisse verfolgt sowohl die systemisch-konstruktivistische Perspektive des Lehr-Lern-Verhältnisses (erkenntnistheoretisch als auch die Theorie der Selbstpflege (handlungstheoretisch) das selbe Ziel. Die lehrende Pflegekraft versteht sich dadurch als Lernbegleiter der aktiv wird, wenn ein Ungleichgewicht zwischen den aktuellen Anforderungen und dem zur Handlungsregulierung notwendigen Wissens- und Kenntnisstand vorliegt. Das Ziel liegt in der Erreichung von Kompetenzen, um das vorhandene Defizit (im Sinne einer Handlungskongruenz) selbständig zu lösen.“ (S. 227f)</p> <p>„Die Zugrundelegung einer systemisch-konstruktivistischen Perspektive respektive deren didaktischen Ableitungen bettet die Patientenschulung in ein Modell der zirkulären Weitergabe und [Hervorhebung im Original] Erarbeitung von Wissen. Wissen wird nicht mehr einfach von A nach B weitergegeben, sondern gemeinsam aufgebaut.“ (S. 228)</p>
C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt	„Die Zielsetzung einer Patientenschulung darf sich [...] nicht nur auf den Erwerb von kognitiven Wissen um Fertigkeiten konzentrieren, sondern muss vielmehr den Patienten in die Lage versetzen, informierte Entscheidungen bezüglich der Behandlungsoptionen und Lebensführung zu treffen.“ (S 227)
D Aktueller Stand	

<p>D Der Artikel beschreibt den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, bezogen auf das Krankenhaus</p>	<p>„[...] Schulung, Anleitung und Beratung [findet] im stationären Bereich meist nebenbei während anderer pflegerischer Verrichtungen durchgeführt werden [statt]. Institutionalisierte und strukturierte Formen der Patientenschulung sind bislang eher die Ausnahme.“ (S. 224)</p>
<p>E Bedarf/ Legitimation</p>	
<p>E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert</p>	<p>„Im Mai 1999 erteilte die Bundesministerin für Gesundheit den Sachverständigenrat für die konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen den Auftrag, ein Sondergutachten zur Verbesserung der Leistungssteuerung im Gesundheitswesen zu erstellen. [...] Der Sachverständigenrat konzentrierte sich dabei unter anderem auf die konkrete Einbindung der Patienten und Versicherten in die gesundheitspolitische Zielbildung und machte auf das Fehlen erprobter Partizipationsmodelle aufmerksam. Er verweist weiterhin auf die Notwendigkeit, die Nutzer bei der Erstellung von Gesundheitszielen aktiv einzubinden [...]. Der Rat sieht die Rolle der Patienten zukünftig als eigenständige, dritte Kraft' im Gesundheitswesen, die sich nicht nur auf die Entscheidung anderer verlassen wollen oder müssen, sondern einen wachsenden Einfluss auf die Zielorientierung, die Prozesse und Strukturen des Versorgungssystems Einfluss nehmen (vgl. ebd., S. 40). Diese Steigerung der Nutzerkompetenz und Partizipation erfordert ein Umdenken in der institutionellen Umsetzung und impliziert Veränderungen bei edukativen Faktoren wie der Information, Beratung, Schulung und Prävention von Patienten. (S. 221f)</p> <p>„Der Sachverständigenrat [...] empfiehlt deshalb folgendes Vorgehen: ‚Zur Entlastung des Gesundheitswesens und zur Verbesserung der Gesundheitsergebnisse ist hinsichtlich der Nutzerkompetenz zu fordern, dass bei allen chronischen Krankheiten Schulungskonzepte (vgl. § 43 SGB V) mit dem Ziel der Übernahme von Selbstverantwortung und eigenem Krankheitsmanagement durch den Patienten sowie Konzepte zur Schulung Angehöriger einzusetzen und zugleich als fester Bestandteil in den Versorgungsprozess zu integrieren sind.‘ Sachverständigenrat, 2000, S. 42f [Hervorhebung im Original].“ (S. 222)</p>
<p>E2 Im Artikel wird der Zeitpunkt, wann Patientenedukation/ Beratung/ Schulung stattfinden sollte, bestimmt</p>	

F Artikelart	
F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept aus der vor/ der Artikel setzt sich inhaltlich mit der Thematik auseinander	Der Artikel stellt ein Konzept aus der Praxis vor. „Im folgenden werden wir am Beispiel der Universitäts-HNO-Station, einer von acht Projektstationen, das Schulungs- und Anleitungskonzept für tracheotomierte Patienten vorstellen.“ (S. 228)
F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor	
F1.1 Praxis	
F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich	HNO-Station
F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/ Abteilung ist beteiligt, wer ist Kooperationspartner	Universitätsklinikum Ulm. (Vgl. S. 228)
F1.1.3 Wurde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt	
F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/ -ablauf/ -inhalt und Ergebnis	„Aus dieser Schlussfolgerung [des Sachverständigenrates, siehe Bedarf/ Legitimation] lassen sich eine Reihe an Anforderungen ableiten, um eine generelle Einbeziehung des Patienten in medizinische und pflegerische Interventionen zu ermöglichen. An der Stelle sahen wir somit die Notwendigkeit in der kritischen Betrachtung der Patientenschulung und –anleitung (im weiteren Verlauf Patientenschulung) aus einer pflegerischen Perspektive. Im Laufe einer ausgedehnten Problem- und Themenanalyse überprüften wir deshalb, inwiefern eine adressatengerechte, angemessene, nachvollziehbare und überprüfbare Patientenschulung im Klinikalltag stattfand. [...] Zusammenfassend konnte festgehalten werden, dass die Schulung der Patienten bezüglich der Inhalte, Zeitpunkte sowie der Gewichtung einzelner Aspekte stark differierten. Trotz vielfältiger Aktivitäten und Großem Engagement der einzelnen Pflegekräfte entstanden enorme Diskontinuitäten. Unterschiedliche Informationen und Schwerpunkte sowie Widersprüche verursachten mitunter Verunsicherungen bei den

Patienten. Die erlernten Fertigkeiten dieser Patienten waren zu einem großen Teil nicht überprüfbar bzw. wurden nicht überprüft und dokumentiert. [...] Diese Erkenntnisse aus der Problemanalyse veranlassten uns letztendlich zu einer konzeptionellen Erarbeitung der Schulung von Patienten.“ (S. 223)

Die Entwicklung des Schulungsprogramms innerhalb einer Projektarbeit in der HNO-Klinik:
„Ausgangssituation

Neben dem bereits erwähnten Ansporn zur Umsetzung von Schulungsprogrammen bestand ein Hauptinteresse darin, Pflegeleistungen systematisiert zu erfassen und nach innen (Krankenhaus/ Institutionen) wie nach außen (Bevölkerung/ Politik) begründbar zu machen, indem Patientenproblematiken orientiert an der jeweiligen Patientensituation erfasst und erforderlich Pflegeinterventionen festgelegt werden. Die langjährige Forderung hinsichtlich nachweisbarer Pflegeleistungen wird durch die Selbstpfledefizit-Theorie von D. E. Orem möglich, die sie hierfür einen Handlungs- und Strukturrahmen gibt. Sie bietet einen Begründungsrahmen für die Pflege, der eine Orientierung für pflegerische Tätigkeiten darstellt. Pflege begründet sich aus dem Selbstpfledefizit und der Selbstpflegekompetenz des Patienten.

Erarbeitungsphase

Bei Patienten nach einer Tracheotomie stehen eine ganze Reihe von situativen Problematiken [...] im Vordergrund. Zu jeder situativen Problematik (SIP) wurde nun der situative Selbstpflegebedarf (SSPB) und die entsprechenden Selbstpflegetätigkeiten (SPT), die zur Regulierung des SSPB notwendig sind, inhaltlich erarbeitet. Die Selbstpflegetätigkeiten dienen dabei wie bereits erwähnt als Zielorientierung jeglicher pflegerischer Intervention, um die Förderung der Selbstpflegekompetenz als oberste Prämisse zu realisieren. [...] Vor Beginn der Schulung ist abzuklären, ob die Grundlegenden Dispositionen und Fähigkeiten (GDuF) in irgendeiner Form beeinträchtigt sind bzw. einen Einfluss auf die Selbstpflegekompetenz (SPK) des Patienten nehmen. [...] Um fachlich-inhaltlich ein einheitliches Vorgehen zu erreichen, entwickelten wir einen Leitfaden zur Durchführung des Schulungsgesprächs. Es handelt sich dabei um ein Strukturhilfsmittel der Pflegeintervention: Während der Schulung werden eine Vielzahl von Materialien zur Demonstration und

inhaltlichen Vertiefung eingesetzt. [...] Der stationäre Aufenthalt des Patienten ist in zeitlichen Phasen unterteilt, in denen die Patienten zu den einzelnen Situativen Problematiken geschult werden. So werden je nach Relevanz durch den Postoperativen Verlauf die Inhalte der Schulung verteilt, um eine Überforderung zu vermeiden und die Komplexität sinnvoll zu reduzieren. [...] Die Einschätzung der Selbstpflegekompetenz, um hieraus den Pflegebedarf im Sinne einer Anleitung, Beratung, Beaufsichtigung, Unterstützung, teilweise oder vollkompensatorische Übernahme ableiten zu können, erfolgt über festgelegte Einschätzungskriterien. Diese Kriterien gelten ebenfalls für die Überprüfung der Kompetenzen nach einer erfolgten Pflegehandlung, beispielsweise einer Patientenschulung. [...] Die Einschätzung der Selbstpflegekompetenz, um hieraus den Pflegebedarf feststellen zu können (Anleitung, Beratung, Teilweise Übernahme, Beaufsichtigung, Unterstützung oder vollständige Übernahme), erfolgt ebenfalls anhand bestimmter Einschätzungskriterien.

Umsetzungsphase

Nachdem das Schulungskonzept inhaltlich soweit erarbeitet wurde, um es in der Praxis anwenden zu können musste nunmehr die Zielrichtung des Projektes mit einhergehenden organisatorischen Veränderungen über die Projektgruppe hinaus auf die weiteren Mitarbeiter transferiert werden. [...] Außerdem wurden verbindliche Rahmenbedingungen für die Dokumentation festgesetzt. [...] Die Überprüfung der Qualität der Dokumentation findet in den regelmäßig stattfindenden Fallbesprechungen statt.

Auswirkungen/ Klinikentwicklung

Insgesamt lässt sich feststellen, dass seit Beginn des Projektes andeutungsweise, und seit der Umsetzungsphase sehr deutlich, ein Umdenken bei den Mitarbeitern wahrzunehmen ist, welches sich in der Diskussion über ‚Pflege‘ bemerkbar macht. Der allgemeine Diskurs über das tägliche Pflegehandeln tritt zunehmend in den Hintergrund, stattdessen bilden die Situativen Problematiken der Patienten immer mehr den Kern der Gespräche. Durch die Fokussierung auf die Situativen Problematiken hat sich ebenso die Dokumentation verbessert.

Erfahrungen mit dem Schulungsprogramm

Sie berichten über den Erfolg, dass Patienten schneller die für sie relevanten Fertigkeiten erlernen und diese auch kontinuierlicher durchführen. Weiterhin berichten sie über vermehrte Rückmeldungen der Patienten, dass diese sich ernst genommen fühlen und nicht mehr den

	Eindruck haben, auf sich alleine gestellt zu sein. Sie würden selbstbewusster mit ihrer Krankheit umgehen und wären in der Lage, ein eigenes Krankheitsmanagement aufzubauen. [...] Der ärztliche Dienst reagierte positiv auf die Einführung der Schulungskonzeption. Die Konzeption der Schulung ermöglicht, zeitnah auf Komplikationen Einfluss zu nehmen und den stationären Aufenthalt besser zu planen. Ebenso wurde die präoperative Vorbereitung durch die strukturierte Information der Patienten verbessert. [...] Ebenso hat die Einbindung der Angehörigen in das Schulungsprogramm eine Sensibilisierung auf eine Frühzeitige Entlassungsplanung nach sich gezogen.“ (S. 229ff)
F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/-ablauf/ -inhalt	
F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	
F2.1.2 Ziel der Studie	
F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf, Aufbau)	
F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse	
G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus durchführen	
G2 Der Artikel stellt die geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor	

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 10: Schulung von Patienten mit Diabetes und Hypertonie. – Zwischenergebnisse einer Langzeitbeobachtung

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	Die Schwester Der Pfleger
A2 Artikelnummer/ Überschrift	Artikel 10 Schulung von Patienten mit Diabetes und Hypertonie. – Zwischenergebnisse einer Langzeitbeobachtung -.
A3 Erscheinungsjahr	11/ 2002
A4 Autor/ Autoren	Evers, Georges; Mayer, Herbert; Nonn, Cleo R., Osterbrink, Brigitte
A5 Seitenzahl	Seite 904 – 905
A6 Rubrik	Pflege
A7 Inhaltscharakterisierung	Der Artikel stellt eine Studie und Studienergebnisse einer Schulung für Patienten mit Diabetes und Hypertonie vor.
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	
B2 Ein pflegetheoretischer Hintergrund wird einbezogen	
C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt	
D Aktueller Stand	
D Der Autor beschreibt aus seiner Sicht den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/	

Information, bezogen auf das Krankenhaus	
E Bedarf/ Legitimation	
E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert	
E2 Der Autor bestimmt den Zeitpunkt, wann Patientenedukation/ Beratung/ Schulung stattfinden sollte	
F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug	
F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltlich mit der Thematik auseinander	
F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor	Der Artikel stellt eine Studie und Studienergebnisse zum Thema Schulung von Patienten mit Diabetes und Hypertonie vor. (Vgl. S. 904)
F1.1 Praxis	
F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich	
F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/ Abteilung ist beteiligt, wer ist Kooperationspartner	
F1.1.3 Wurde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt	
F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/-ablauf/ -inhalt und Ergebnis	

F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/-ablauf/ -inhalt	
F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	Verband der Diabetes – Beratung- und –Schulungsberufe Deutschland (VDBD). Begleitet wurde die Studie vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke. (Vgl. S. 904)
F2.1.2 Ziel der Studie	„Es kann davon ausgegangen werden, dass in Deutschland rund 3,7 Millionen Menschen an Diabetes mellitus erkrankt sind, von denen etwa 30 bis 40 Prozent im Verlauf ihrer Erkrankung eine arterielle Hypertonie aufweisen [...]. Die UK Prospective Diabetes Mellitus Study (2000) weist darauf hin, dass die Senkung des Hypertonus die wichtigste Maßnahme zur Verringerung der mikro- und makrovaskulären Komplikationen darstellt. Bisherige Beratungs- und Schulungsangebote beschränken sich im Wesentlichen auf Fragen der Ernährung und Insulintherapie. Der Problembereich der arteriellen Hypertonie wurde bisher vernachlässigt. Der Verband der Diabetes- Beratungs- und -Schulungsberufe Deutschland (VDBD) initiierte daher ein Projekt mit dem Ziel, die Betreuungs- und Versorgungsqualität von Patienten mit Diabetes mellitus und Hypertonie durch ein bundesweites Hypertonie- Behandlungs- und Schulungsprogramm zu optimieren.“ (S. 904)
F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf, Aufbau)	„Es handelt sich um eine Verlaufsbeobachtung in Form einer multizentrischen prospektiven Panelstudie. Die Datenerhebung erfolgt an fünf Erhebungsterminen über einen Zeitraum von drei Jahren(unmittelbar vor der Schulung, 1-4 Wochen nach der Schulung sowie ein Jahr, zwei Jahre und drei Jahre nach der Schulung). Wobei diesem Artikel nur die Daten bis zu einem Jahr nach Beendigung der Schulung vorliegen. Die Patienten füllen einen standardisierten Fragebogen aus; aktuelle Laborparameter, Werte der Blutdruckkontrollen und verordneten Medikamente werden von den Diabetesberatern auf einem standardisierten Erhebungsblatt verzeichnet.“ (S. 904) „Curriculum zur Schulung von Patienten mit Hypertonie. Klinik für Stoffwechselkrankheiten und Ernährung, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (Als eigenständige Schulung oder im Rahmen der Diabetesschulung) Einheit 1: Inhalt Blutdruck und Bluthochdruck

	<p>Selbstmessung des Blutdrucks Dokumentation der Blutdruckwerte Einheit 2: Inhalt Nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Bluthochdruckbehandlung - Abbau von Übergewicht durch Fettreduktion und mehr Bewegung - Reduktion der Kochsalzaufnahme in der Nahrung - Reduktion von Nikotin und Alkoholkonsum Erkennen von eiweißreichen Nahrungsmitteln und Normalisierung der Eiweißzufuhr auf 60-70 g/Tag Einheit 3: Inhalt Medikamente zur Bluthochdruckbehandlung - Wirkung und Nebenwirkung von Betablockern, Diuretika, Gefäßerweiternde Medikamente, ACE-Hemmer/ Angiotensin II-Antagonisten, Zentralwirksame Substanzen - Anpassung bei hohen oder niedrigen Blutdruckwerten - Maßnahmen im Notfall“ (S. 904)</p> <p>„Insgesamt beteiligten sich 35 Diabeteszentren mit 473 Patienten/ innen an der Studie. In 52,6 Prozent der Fälle erfolgte die Schulung ambulant und in 35,7 Prozent stationär [...]. Der Zeitraum der Schulung betrug zwischen 1,5 und 5 Wochen. Die Gruppengröße schwankte zwischen zwei und zehn Personen. Zu Beginn nahmen 473 Patient/innen an der Studie teil. Ein Jahr nach der Schulung waren 104 Personen (22%) ausgeschieden.“ (S. 905)</p>
F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse	<p>„Wir wollen uns dabei auf die Studienergebnisse im Hinblick auf Veränderungen des Gewichts, der Eiweißausscheidung, der Blutdruckwerte und des Wissens konzentrieren. [...] Insgesamt kann festgestellt werden, dass den Patienten/innen durch die Schulung komplexe Zusammenhänge vereinfacht vermittelt werden können und dies sicherlich dazu beiträgt, dass Medikamente regelmäßig eingenommen werden, der Blutdruck selbständig kontrolliert wird und vielleicht eher Kontrolltermine bei den entsprechenden Ärzten wahrgenommen werden.“ (S. 904f)</p>

G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus durchführen	
G2 Der Autor stellt die geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor	

2003

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 11: Inkontinenz - Assessment. Professionelle Beratung in der Inkontinenz-Sprechstunde am Beispiel der Harzkliniken Goslar.

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	Die Schwester Der Pfleger
A2 Artikel-Nummer/ Überschrift	Artikel 11 Inkontinenz - Assessment. Professionelle Beratung in der Inkontinenz-Sprechstunde am Beispiel der Harzkliniken Goslar.
A3 Erscheinungsjahr	8/ 2003
A4 Autor/ Autoren	Schwartz, Felicitas
A5 Seitenzahl	Seite 588 - 590
A6 Rubrik	Schwerpunkt
A7 Inhaltscharakterisierung	Vorstellung einer „Inkontinenzsprechstunde“.
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	
B2 Ein pflegetheoretischer Hintergrund wird einbezogen	
C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt	
D Aktueller Stand	
D Der Autor beschreibt aus seiner Sicht den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, bezogen auf das Krankenhaus	„Die Betreuung von Menschen mit einer Inkontinenz stellt im klinischen wie im ambulanten Bereich hohe Anforderungen an das Pflegepersonal. Die zeitlichen Ressourcen, der Wissensstand sowie die Handlungsmöglichkeiten der Pflegenden reichen häufig für eine angemessene Beratung nicht aus. Inkontinente Patienten werden deshalb oftmals nicht

	beraten, sondern ausschließlich „versorgt“ [Hervorhebung im Original].“ (S. 588)
E Bedarf/ Legitimation	
E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert	
E2 Der Autor bestimmt den Zeitpunkt, wann Patientenedukation/Beratung/ Schulung stattfinden sollte	
F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug	
F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltlich mit der Thematik auseinander	Der Artikel ein Projekt aus der Praxis vor: Einführung einer Stoma- und Inkontinenzsprechstunde. „Um eine professionelle, qualifizierte Pflege, Beratung und Betreuung [...] sicherzustellen, wurde in den Harzkliniken Goslar im Sommer 1999 eine Sprechstunde zur Stoma- und Inkontinenz-Beratung aufgebaut [...].“ (S. 588)
F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Beratung / Schulung/ Anleitung/ Information, die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor	
F1.1 Praxis	
F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich	Die Sprechstunde findet auf einer chirurgischen Station statt. (Vgl.S.589)
F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/ Abteilung ist beteiligt, wer ist Kooperationspartner	Harzkliniken Goslar (Vgl. 588)
F1.1.3 Wurde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt	„Im Sommer 1999 wurde in den Harzerkliniken Goslar eine Sprechstunde zur Stoma- und Inkontinenz-Beratung aufgebaut.“ (S. 588)

F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/-ablauf/ -inhalt und Ergebnis	
F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/-ablauf/ -inhalt	<p>„[Die] Informationssammlung [bestehend aus ärztlichen diagnostischen Berichten], die durch die Pflegenden zusammengeführt und durch das Pflegeaufnahmegespräch und die Pflegeanamnese ergänzt wird, ist die Grundlage für ein individuelles Beratungsangebot. [...] Das Inkontinenz-Assessment nehmen wir mit den uns vorliegenden unterlagen und nach dem Erstgespräch mit dem betroffenen Menschen vor – der erste Schritt des Pflegeprozesses. [...] Nach dem ersten Gespräch, [...] folgt eine Terminvereinbarung für ein weiteres Gespräch. [...] [Es] werden in den geführten Gesprächen alle Informationen zusammengetragen und gegebenenfalls durch diagnostische Maßnahmen ergänzt. Weitere Schritte und individuelle Lösungsansätze werden mit dem Betroffenen besprochen und erarbeitet. Interdisziplinär werden die Ergebnisse und geplanten Maßnahmen vorgestellt, besprochen und in die Pflegeplanung integriert, sodass eine patientenorientierte Behandlung und Pflege erfolgt, in die der Betroffene einbezogen ist.“ (S. 589)</p> <p>„Aus unseren Erfahrungen der ersten Jahre, die wir in Datenbanken zusammengefasst haben, hat sich herauskristallisiert, dass mit dem Inkontinenz-Assessment der Beratungswunsch und der Beratungsbedarf fast ausschließlich durch die Pflegenden direkt oder unterstützend vermittelt wurde. Ein Beratungsangebot, das die betroffenen Menschen aus eigener Initiative und auf eigenen Wunsch in Anspruch nehmen können, wurde damit nicht erreicht. Für uns machte dies deutlich, dass damit ein individuelles Beratungsangebot ohne die Vermittlung Dritter nicht wirklich vorhanden war, aber zunehmend gewünscht wurde.“ (S. 589)</p>
F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	
F2.1.2 Ziel der Studie	
F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf, Aufbau)	
F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse	
G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen	„[...] Weiterbildung für eine Mitarbeiterin [...].“ (S. 588)

<p>Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung / Information im Krankenhaus durchführen</p>	
<p>G2 Der Autor stellt die geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor</p>	<p>„Unsere Professionalität und unser pflegerisches Know-how sind die Basis, qualifiziert und individuell zu pflegen und zu beraten.“ (S. 590) „[Für die Stoma- und Inkontinenzpflege und Beratung] [...] sollte zwingend fundiertes Fachwissen vorhanden sein oder durch eine Weiterbildung erworben werden.“ (S. 590)</p>

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 12: Beratung und Anleitung: Angehörigenedukation. Mit Betroffenen die Pflege gestalten

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	Die Schwester Der Pfleger
A2 Artikelnummer/ Überschrift	Artikel 12 Beratung und Anleitung: Angehörigenedukation. Mit Betroffenen die Pflege gestalten
A3 Erscheinungsjahr	12/ 2003
A4 Autor/Autoren	George, Ute; George, Wolfgang
A5 Seitenzahl	Seite 699 - 670
A6 Rubrik	Berufsfragen
A7 Inhaltscharakterisierung	Der Artikel zeigt auf, an welchen Stellen Patientenedukation innerhalb der Pflege systematisch integriert werden könnte.
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	<p>„Evidenz-basierte Edukation der Betroffenen bedeutet, dass die Helfer entlang eindeutig identifizierter Versorgungspunkte(vor der Aufnahme, Aufnahme, Vorbereitung Entscheidungen bei eingriffen, Überleitung, nach der Abreise) – auf die Ziele, Fähigkeiten und Bedürfnisse der betroffenen abgestimmte – Informations-, Beratungs-, Anleitungs-, Schulungs-, Begleitungs-, Unterstützungs- und Entlastungsleistungen an Patienten und Angehörigen vermitteln.“ (S. 966)</p> <p>„Unter Angehörigenberatung sind halbstandardisiert und damit zielgeleitet vorgetragene Gespräche zwischen Angehörigen und Personen des Behandlungsteams bzw. besondere Experten des Gesundheitsdienstleisters zu verstehen. Durch diese inhaltlich strukturierte Vorgehensweise unterscheidet sich das Beratungsgespräch von „offenen“ [Hervorhebung im Original] Gesprächssituationen.“ (S. 968)</p> <p>„Unter Anleitung wird eine patientennahe und direkte Vermittlung definierter Techniken und Interventionen – in der Methode eines „bed-side-teaching“ vorgetragen – verstanden.“ (S. 968)</p>

B2 Ein pflegetheoretischer Hintergrund wird einbezogen	
C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt	<p>„Ziel jeder Anleitung und Integration des Angehörigen muss es sein, deren dauerhafte Bereitschaft und Fähigkeit zur Mitarbeit zu erhalten bzw. aufzubauen.“ (S. 969)</p> <p>„Ziel von Angehörigenschulung bzw. von Kursen ist es, den Angehörigen komplexere, im späteren dann selbständig durchzuführende Versorgungsaufgaben zu übertragen. Hierzu wird ihnen neben der Vermittlung praktischer Fähigkeiten auch das notwendige theoretische Hintergrundwissen vermittelt.“ (S. 969)</p> <p>„Die möglichst dauerhafte Gesunderhaltung der in der Pflege einbezogenen Angehörigen muss Ziel jeder Schulung, jeder Begleitung auch durch die professionellen Helfer sein. Dies ergibt sich aus ethisch-moralischen Begründungen ebenso wie aus volkswirtschaftlichen Gründen.“ (S. 970)</p>
D Aktueller Stand	
D Der Artikel beschreibt aus seiner Sicht den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, bezogen auf das Krankenhaus	<p>„Der Bedarf nach Gesprächen, Informationen und Integration sowie die tatsächlich vorgehaltenen Angebote des Krankenhauses stehen bis heute in einem unausgewogenen Verhältnis. Die nächsten Jahre werden zeigen, ob es gelingt, durch die Einführung der DRGs und dem damit verbundenen Disease Management [...] entlang definierter Behandlungskorridore [...] ebenso eindeutige wie zielgeleitete Informations- und Integrationsleistungen der Betroffenen zu etablieren (evidenz-basierte Patientenedukation).“ (S. 966)</p>
E Bedarf/ Legitimation	
E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Pflegeberatung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert	
E2 Im Artikel wird der Zeitpunkt, bestimmt, wann Patientenedukation/ Beratung/ Schulung stattfinden sollte	

F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug	
F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltlich mit der Thematik auseinander	<p>Theoretischer Beitrag zum Thema Patientenedukation im Krankenhaus. Der Beitrag zeigt auf, wie Patienten und Angehörige von Pflegenden systematisch in Entscheidungsprozesse mit einbezogen, transparent informiert und beraten, in Behandlungsabläufe eingewiesen, integriert und geschult werden könnten. Die Einbeziehung der Angehörigen erfolgt durch unterschiedliche Gesprächsformen:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Anamnestische Gespräche -Informationsgespräche -Entlastende, tröstende und anerkennende Gespräche -Abreise- und Überleitungsgespräche <p>-Formulierung von 5 Grundsätzen der Angehörigeninformation: Kontinuität, Bedeutung, Konsistenz, Verständlichkeit, Redundanz Miteinbeziehung der Angehörigen durch eine Angehörigensprechstunde (Vgl. S. 966ff)</p>
F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Pflegeberatung/ Schulung/ Anleitung/ Information, die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor	
F1.1 Praxisbericht	
F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich	
F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/ Abteilung ist beteiligt, wer ist Kooperationspartner	
F1.1.3 Wurde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt	

<p>F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/-ablauf/ -inhalt und Ergebnis</p>	<p>„Anleitungsdesign/ Zeit: 1-7Vor der Anleitung</p> <p>8-12Während der Anleitung</p> <p>13-16Nach der Anleitung</p>	<p>Gestaltungselemente: Anleitungszeit und Inhalt der Ableitung zeitig mit Angehörigen vereinbaren 2Benötigte Hilfsmittel zur Verfügung haben 3Vorbereitungsmaterial mitgeben, z.B. Broschüre BMG 4Vorerfahrungen des Angehörigen mit berücksichtigen 5Ziel und wie die Durchführung verlaufen wird erklären 6Ziel und Ablauf vom Angehörigen erklären lassen 7Freundlich- spielerische Atmosphäre schaffen 8Komplexere Pflegeleistungen in Segmente/ Teilabschnitte gliedern/ vom leichten zum schweren 9Tätigkeiten mündlich beschreiben lassen 10Eigene Wege zulassen 11Systematisches Feedback 12Engen Kontakt zum Patienten halten 13Gemeinsame Auswertung, wenn möglich mit Patienten 14Unter Umständen nochmals das Modell zeigen und wiederholen 15Dem Angehörigen mit seiner Einschätzung das letzte Wort lassen 16Nachbereitungsmaterial mitgeben.“ (S. 969)</p>
--	--	--

	<p>„Wie kann beim Aufbau einer Schulung vorgegangen werden? <i>1. Identifizieren der Behandlungsprobleme</i> Welche Behandlungsprobleme bestehen bzw. ergeben sich aus diesen unter Kenntnis des Krankheitsverlaufes für den Patienten(und Angehörigen)? <i>2. Behandlungs- und Schulungsziele</i> Welche Behandlungs- und aus diesen abzuleitende Schulungsziele gilt es zu vermitteln? <i>3. Welche Ressourcen stehen für den Schulungsprozess zur Verfügung?</i> Welche Ressourcen stehen für den Schulungsprozess zur Verfügung? <i>4. Curriculum</i> Entwicklung des Schulungscurriculums <i>5. Realisation</i> Durchführung der Schulung <i>6. Kontrolle und Begleitung</i> Prüfung der Ergebnisse und Begleitung der geschulten Angehörigen. [Hervorhebungen im Original]“ (S. 969 f)</p>
<p>F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/-ablauf/ -inhalt</p>	<p>„Das Beratungsgespräch besitzt eine hervorragende Bedeutung in der Integration des Angehörigen in das Geschehen. Entsprechend ist neben Begründung und Leitfaden (1) das Setting (2), die Anberaumung (3) und Dokumentation (4) sorgfältig zu organisieren.“ (S. 968)</p> <p>„Etablierung von Beratungsangeboten 1. Identifizieren des Beratungsbedarfs Welcher Beratungsbedarf besteht bzw., ergibt sich unter Kenntnis des Krankheitsverlaufs für den Patienten und Angehörigen? 2. Ressourcenermittlung Welche Ressourcen stehen zur Verfügung? 3. Rahmendefinition Welcher Beratungsrahmen (zeitlich, örtlich, organisatorisch) ist notwendig? 4. Leitfaden In Form eines halbstandardisierten Gespräches werden entlang der Beratungsziele Struktur,</p>

	<p>Inhalte und Dokumentation der einzelnen Beratung definiert.“ (S. 968)</p> <p>„Als Resultat könnten Beratungsgespräche zu folgenden Themen entstehen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Erste Hilfe Aktivitäten und Krisenintervention zu Hause 2. Lagerung und Mobilisation rückenschonend durchgeführt 3. Hilfsmittel bei der Versorgung zu Hause 4. Hygienebedingungen zu Hause 5. Sozio-pflegerische Fragestellungen 6. Entlastungs- und Selbsthilfeangebote bei der Krankheit 7. Frühzeitige Krisenerkennung 8. Schmerzlinderung durch Pflege 9. Relevantes medizinisches Hintergrundwissen 10. Lagerung und Mobilisation rückenschonend durchgeführt.“ (S. 968) <p>„Das Ziel, die Beratungsgespräche in strukturierte und planbare Situationen zu überführen gelingt sehr gut über die Einführung von Sprechstunden für Angehörige, die etwa auf Station durchgeführt werden.“ (S. 968)</p>
F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	
F2.1.2 Ziel der Studie	
F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf, Aufbau)	
F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse	
G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus	

durchführen	
G2 Der Autor stellt die geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor	Für individuelle Beratungsgespräche innerhalb von Sprechstunden sollten diese vom Behandlungsteam bzw. von besonders geeigneten Mitarbeitern übernommen werden. (Vgl. S. 968) „Die Anleitung der Angehörigen setzt in aller Regel eine gezielte Schulung der Pflegenden voraus, die der Hinführung zur Praxisanleitung der Krankenpflegeschüler und Berufsanfängern in der Pflege durchaus ähnelt.“ (S. 969) „[Pflegekräfte] sollten neben den fachlichen Kenntnissen auch über solche des richtigen Anleitens und der Einschätzung der individuellen Lernmöglichkeiten des Angehörigen verfügen.“ (S. 969)

2004

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 13: Patientenedukation. Epilepsie – Beratung und Information durch die Pflege

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	Die Schwester Der Pfleger
A2 Artikelnummer/ Überschrift	Artikel 13 Patientenedukation. Epilepsie – Beratung und Information durch die Pflege
A3 Erscheinungsjahr	2/ 2004
A4 Autor/ Autoren	Abt-Zegelin, Angelika
A5 Seitenzahl	Seite 98 - 101
A6 Rubrik	Schwerpunkt
A7 Inhaltscharakterisierung	Im Artikel werden „Edukationskarten“ mit verschiedenen Gesprächsinhalten vorgestellt. Diese werden für Beratungsgespräche genutzt.
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	
B2 Ein pflge theoretischer Hintergrund wird einbezogen	
C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt	„Mit Hilfe von vier „Edukationskarten“, die verschiedene Gesprächsinhalte thematisieren, werden die Betroffenen informiert und beraten. Somit können ihre speziellen Ängste und Sorgen aufgearbeitet werden.“ (S. 98)
D Aktueller Stand	
D Der Autor beschreibt aus seiner Sicht den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, bezogen auf das Krankenhaus	

E Bedarf/ Legitimation	
E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert	„Für Patienten mit Epilepsien ist es besonders wichtig, über die Erkrankung und das Leben mit einem Anfallsleiden informiert zu sein.“ (S. 98) „Warum Epilepsie-Patienten? Ein Entscheidungskriterium war, dass diese recht große Gruppe von Menschen in zahlreichen deutschen Krankenhäusern diagnostiziert und behandelt wird.“ (S. 98)
E2 Der Autor bestimmt den Zeitpunkt, wann Patientenedukation/ Beratung/ Schulung stattfinden sollte	
F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug	
F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltlich mit der Thematik auseinander	Der Artikel beschreibt ein Praxisprojekt. „Im Folgenden wird ein Informations- und Beratungskonzept für Epilepsie-Kranke vorgestellt.“ (S. 98) „Mit Hilfe von vier „Edukationskarten“, die verschiedene Gesprächsinhalte thematisieren, werden Betroffene informiert und beraten.“ (S. 98)
F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor	
F1.1 Praxis	
F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich	Eine neurologische Station inklusive der Mitarbeiter. (Vgl. S. 98)
F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/ Abteilung ist beteiligt, wer ist Kooperationspartner	Eine Kooperationsklinik des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Witten/ Herdecke. (Vgl. S. 98)
F1.1.3 Wurde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt	

F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/-ablauf/ -inhalt und Ergebnis	
F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/-ablauf/ -inhalt	<p>„Die vier definierten Gespräche fokussieren spezielle Themengebiete, sie sind inhaltlich so gefasst, dass sie einzeln oder auch direkt „hintereinander“ folgen können.</p> <p>-Ein erstes „Sondierungsgespräch“ wird geführt, um die speziellen Ängste und Sorgen kennen zu lernen.</p> <p>-Ein weiteres Gespräch bietet Informationen zu Anfallsvermeidung/ Medikamente und Verhalten im Anfall (Angehörige),</p> <p>-Die dritte Einheit soll von Arzt und Pflege gemeinsam angeboten werden und beinhaltet mehrere Unterthemen wie Beruf, Führerschein, Freizeit, Behinderung, und Kinderwunsch.</p> <p>-Das vierte Gespräch thematisiert weitgehende Informationen wie Selbsthilfegruppen, Literatur, Netzwerke usw.</p> <p>Die durchschnittliche Zeit pro Gespräch wird zwischen fünf und zehn Minuten veranschlagt [...].“(S. 99)</p> <p>Der Artikel enthält ein Beispiel einer Edukationskarte. (Vgl. S.99)</p>
F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	
F2.1.2 Ziel der Studie	
F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf, Aufbau)	
F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse	
G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung / Information im Krankenhaus durchführen	
G2 Der Autor stellt die geforderten Qualifikationen bzw.	<p>„Obwohl die Pflegenden jahrelange Erfahrung in der Betreuung dieser Patienten haben, tritt Unsicherheit auf und es werden Wissensdefizite vermutet. Dies ist ein Anzeichen dafür, dass</p>

Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor	Pfleger regelmäßig Fachliteratur über neues Wissen zu den Krankheiten, die Patienten auf „ihrer“ Station haben, lesen sollten – nicht privat und zufällig, sondern auf Ebene der Station im beruflichen Alltag.“ (S. 100) „Die Gruppe wünschte, sich im Bereich Gesprächsführung und dialogische Grundhaltung zu qualifizieren.“ (S. 100)
---	--

2005

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 14: Möglichkeiten des Internets zur Verbesserung der Patienteninformation

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	PrInterNet/ Pflegewissenschaft
A2 Artikelnummer/ Überschrift	Artikel 14 Möglichkeiten des Internets zur Verbesserung der Patienteninformation
A3 Erscheinungsjahr	02/ 2005
A4 Autor/ Autoren	Deutschmann, Lisa
A5 Seitenzahl	Seite 104 - 113
A6 Rubrik	Pflegeinformatik
A7 Inhaltscharakterisierung	„Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit der Frage, inwieweit das Internet einen Beitrag zur Patienteninformation leisten kann, d. h. ob und in welcher Form das Internet dazu genutzt werden kann, um PatientInnen über das ärztliche Gespräch hinaus Informationen zu ihrem/ seinem Krankheitsbild zu geben.“ (S. 104)
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	
B2 Ein pflegetheoretischer Hintergrund wird einbezogen	
C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt	„ Informationen [Hervorhebung im Original] können dabei helfen, Ängste und Unsicherheiten bei den PatientInnen abzubauen.“ (S. 105)
D Aktueller Stand	
D Der Artikel beschreibt den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, bezogen	„Angesichts des erhöhten Pflegebedarfs in der Bevölkerung und der steigenden Kosten im Gesundheitswesen wird es zunehmend schwieriger, die PatientInnen sowie Pflegende Angehörige umfassend zu beraten und zu informieren. Da die Liegedauer im Krankenhaus

<p>auf das Krankenhaus</p>	<p>generell eher verkürzt wird [...], wird die vorhandene Zeit des Aufenthalts für diagnostische und therapeutische Maßnahmen benötigt.“ (S. 104)</p> <p>„Entlassungsgespräche im Krankenhaus sind in der Regel der letzte Schritt im Rahmen des stationären Prozesses. Diese Gespräche sind aus den oben genannten Gründen zur Deckung der Informationsbedürfnisse oftmals nicht ausreichend. Darüber hinaus wissen die PatientInnen oft gar nicht, welche Fragen sie stellen sollen da sie (noch) zu wenige Informationen haben bzw. mit der Situation generell überfordert sind.(...)Nachdem ein Großteil der Pflege und der Behandlung zuhause stattfindet [...], ist es unerlässlich, auch den pflegenden Angehörigen entsprechende Unterstützung und Beratung zukommen zu lassen. Probleme im Entlassungsmanagement entstehen daher vor allem dann, wenn die PatientInnen und deren Angehörige kaum in die Entlassungsplanung miteinbezogen werden und nur unzureichende Informationen über die weitere Betreuung und den erwarteten Heilungsverlauf erhalten [...].“ (S. 104)</p> <p>„Für generelle Informationen bieten sich – neben dem ärztlichen Gespräch – nach wie vor Broschüren an. Sobald es jedoch um gezielte Informationen zu unterschiedlichen Erkrankungen und entsprechenden Pflegemaßnahmen geht, ist eine Broschüre meist nicht mehr ausreichen.“ (S. 103)</p> <p>„Viele größere Krankenhäuser sind bereits mit Terminals [...] ausgestattet, um den PatientInnen auf diese Weise den Zugang zu Informationen über das Krankenhaus und sonstige wichtige Schnittstellen zu ermöglichen.“ (S. 112)</p>
<p>E Bedarf/ Legitimation</p>	
<p>E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert</p>	
<p>E2 Im Artikel wird der Zeitpunkt, wann Patientenedukation/ Beratung/ Schulung stattfinden sollte, bestimmt</p>	

F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug	
<p>F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltliche mit der Thematik auseinander</p>	<p>Der Artikel setzt sich inhaltlich mit dem Thema Edukation bzw. Patienteninformation auseinander.</p> <p>„Die neuen Medien bieten vielfältige Möglichkeiten, den PatientInnen und den pflegenden Angehörigen Informationen bereitzustellen. [...] Die im Internet zur Verfügung gestellten Websites können – unter anderem – folgende Möglichkeiten der Informationsvermittlung bzw. des virtuellen Austauschs beinhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informationen zu Krankheit und Gesundheit - FAQs - -Foren - Chat - Newsletter - PDFs - Kursangebote - Adressen und Links - Literaturtipps - Gästebuch <p>„Durch die Bereitstellung von Informationen zu den jeweiligen Krankheitsbildern können über das Internet sowohl grundlegende als auch vertiefende Informationen vermittelt werden. [...] Bestimmte Sachverhalte, die der Arzt/ die Ärztin bereits zuvor im Gespräch erläutert hat, können durch diese Zusatzinformationen ebenfalls besser nachvollzogen werden. Zudem können auf diese Weise eventuelle Missverständnisse in Bezug auf die eigene Krankheit und Gesundheit ausgeräumt werden. Durch das Gefühl mitreden zu können, erlangen die PatientInnen zugleich mehr Partizipation, d. h. es ist eine stärkere Mitbeteiligung und Integration der PatientInnen möglich.“ (S. 105)</p> <p>„Die [...] gesundheitsrelevanten Websites können also dazu dienen, wissenschaftliche Informationen als Grundlage für „Informierte Entscheidungen „ bereit zu stellen. Sie ermöglichen den eigenverantwortlichen Umgang mit medizinisch-wissenschaftlicher Fachinformation. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass es für medizinische Laien</p>

	schwierig ist, gute Angebote von weniger guten zu unterscheiden. Daher wäre es wichtig, dass auch das Pflegepersonal und die ÄrztInnen über gute Angebote im Internet Bescheid wissen, die sie den PatientInnen und ihren Angehörigen empfehlen können.“ (S. 111 f)
F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor	
F1.1 Praxis	
F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich	
F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/ Abteilung ist beteiligt, wer ist Kooperationspartner	
F1.1.3 Wurde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt	
F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/ -ablauf/ -inhalt	
F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/ -ablauf/ -inhalt	
F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	
F2.1.2 Ziel der Studie	
F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf, Aufbau)	
F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse	
G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen	

Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung / Information im Krankenhaus durchführen	
G2 Der Artikel stellt die geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor	

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 15: Beratungskonzepte in der Pflege: Die Lücke zum Patienten schließen

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	Pflegezeitschrift
A2 Artikelnummer/ Überschrift	Artikel 15 Beratungskonzepte in der Pflege: Die Lücke zum Patienten schließen
A3 Erscheinungsjahr	2/ 2005
A4 Autor/ Autoren	Huber, Martin
A5 Seitenzahl	Seite 107 - 110
A6 Rubrik	Pflegewissenschaft
A7 Inhaltscharakterisierung	„Im Rahmen einer Literaturstudie wurde untersucht, inwieweit etablierte Beratungskonzepte in der Pflege die individuellen Bedürfnisse kranker Menschen berücksichtigen.“ (S. 110)
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	<p>„In dem diesen Artikel zugrunde liegenden Verständnis umfasst Beratung neben Informationsvermittlung und Patientenschulung insbesondere das Miteinbeziehen der individuellen Probleme und Bedürfnisse der Betroffenen. Um im Sinne einer Unterstützung erfolgreich zu sein, muss sie sich an der Perspektive des Betroffenen orientieren. Der Schwerpunkt verlagert sich dabei hin zum subjektiven Krankheitserleben und weg von der Krankheit an sich.</p> <p>Unter Beratung können die Hilfestellung und Unterstützung bei geringfügigen Problemen verstanden werden. Das Eigenverantwortliche ist jedoch die Unterstützung der Patienten in ihrer sehr persönlichen Auseinandersetzung mit der existenziellen Erfahrung Krankheit und dem sich daraus entwickelnden subjektiven Erleben des Krankseins. Diese Beratungssituation ist von hoher Komplexität und einer Mehrdimensionalität gekennzeichnet und kommt einem individual-psychologischen Beratungsverständnis sehr nahe [...]. So ist Beratung in der Pflege als ein Kontinuum mit den Polen Patienteninformation/ Wissensvermittlung und Beratung individual-psychologische zu verstehen, wobei die Übergänge fließend sind und deshalb in der Interaktion mit dem Betroffenen ständig neue Aspekte zu beachten gilt.“ (S. 109)</p>

B2 Ein pflegetheoretischer Hintergrund wird einbezogen	
C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt	
D Aktueller Stand	
D Der Artikel beschreibt den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, bezogen auf das Krankenhaus	<p>„Oft wird betont, dass Pflegende, begründet durch ihre berufliche Tätigkeit, optimale Voraussetzungen für die Aufgabe der Patientenberatung mitbringen würden: Neben dem ständigen Kontakt zum Patienten werden die teilweise lange Dauer der pflegerischen Maßnahmen, aber auch die Körperorientierung oder die Konfrontation mit existenziellen Fragen genannt [...]. Durch die unmittelbare Interaktion mit dem Patienten hätten Pflegende oft intime Einblicke in die Lebenssituation in die Alltagsgestaltung und Lebensgewohnheiten kranker Menschen.</p> <p>Gleichzeitig wird in der Literatur nicht verschwiegen, dass Beratung in der Pflege derzeit eher ein Schattendasein fristet und Pflegende nicht die nötigen Kompetenzen haben, um beratend tätig werden zu können [...]. Auch wird konstatiert, dass Patientenedukation in Deutschland nach wie vor ein weitgehend medizinisch-psychologisches Handlungsfeld darstellt. Pflegende sind noch weit davon entfernt, Beratung und Anleitung in der geforderten Qualität und Breite wahrzunehmen. Aus Sicht der Experten fehlt vielen von ihnen nicht nur die Qualifikation für die Wahrnehmung edukativer Aufgaben, sondern auch die dafür erforderlichen Konzepte und Systeme [...].“ (S. 107)</p>
E Bedarf/ Legitimation	
E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert	<p>„Als Legitimation für die als Pflegeberatung bezeichnete Aufgabe dienen die gesetzliche Verankerung in der Sozialgesetzgebung sowie Bestrebungen in der Gesundheitspolitik, Pflegende als Akteure im Gesundheitswesen zu etablieren. Die gesetzlichen Grundlagen (SGB V, SGB XI) beinhalten die Schwerpunkte Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch die Beratung von Pflegebedürftigen im Rahmen der der Leistungserbringung durch die Pflegeversicherung [...]. Im neuen Krankenpflegegesetz wird darauf hingewiesen, dass ‚Beratung, Anleitung und Unterstützung von Patientinnen und Patienten und ihrer</p>

	Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit' (§ 3 Abs. 2 Buchstabe 1. c) zu den Aufgaben gehören, die selbständig auszuführen sind.“ (S. 107)
E2 Im Artikel wird der Zeitpunkt, wann Patientenedukation/ Beratung/ Schulung stattfinden sollte, bestimmt	
F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug	
F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltliche mit der Thematik auseinander	<p>Der Artikel setzt sich inhaltlich mit dem Thema Patientenedukation im Krankenhaus auseinander.</p> <p>„Beratungskonzepte für die Pflege im engeren Sinne existieren nicht. Allerdings liegen zahlreiche Schulungs- und Informationsmaterialien für Patienten mit Diabetes mellitus und Inkontinenz sowie für Stomaträger vor. Nach Analyse der Literatur muss jedoch festgestellt werden, dass diese Materialien keine adäquate Grundlage für eine patientenorientierte Beratung bieten, denn</p> <ul style="list-style-type: none"> ⌚ Es fehlt weitgehend an einer notwendigen Differenzierung zwischen wissensvermittelnden Schulungsangeboten und einer psychosozialen, am Patienten ausgerichtete Beratung ⌚ Noch immer werden Ziele überwiegend auf Verhaltensänderung ausgerichtet ⌚ Die Inhalte sind überwiegend durch medizinisches Fachwissen geprägt ⌚ Im Rahmen von Assessment, Ablauf und Evaluation des Beratungsgeschehen haben Patienten zu geringe Einflussmöglichkeiten ⌚ Den Pflegenden fehlen noch weitgehend die dafür erforderlichen Kompetenzen. <p>Um diese Probleme zu überwinden, wird eine systemische Betrachtungsweise vorgeschlagen, damit nicht nur der Patient, sondern auch sein soziales Umfeld mit einbezogen wird. Ebenso ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit im therapeutischen Team unerlässlich [...]. In diesem Zusammenhang ist von der Rolle der Pflegenden als Lotsen die Rede. Wie schon eingangs erwähnt, sprechen dafür neben der Nähe zum Patienten auch die relativ lange Dauer der pflegerischen Handlungen. Diese Vorteile können jedoch schnell in Schwierigkeiten umschlagen und Grenzen der Beratung aufzeigen:</p> <p>Das Krankenhaus wird noch oft mit Ängsten und Hoffnungslosigkeit assoziiert und ebenso</p>

	<p>weit verbreitet ist das Bild einer auf die reine Körperpflege und die Sorge um Ausscheidungen begrenzten Pflege, was beides keine gute Voraussetzung für erfolgreiche Beratung ist [...]. Vielleicht erklärt sich deshalb die häufig vollzogene Trennung zwischen einer körper- bzw. krankheitsorientierten Pflege einerseits und einer psychosozialen Begleitung andererseits.“(S. 109)</p> <p>„Die Aufgabe des Wegweisers für den Patienten setzt natürlich voraus, dass in einem kontinuierlichen Deutungs- und Verstehungsprozess erkennbar wird, zu welchem Zeitpunkt bzw. das Beratungsbedürfnis des Patienten die Qualifikation des Beraters übersteigt. Das Erkennen der eigenen Grenzen ermöglicht es, den Patienten an Spezialisten wie Sozialarbeiter, Psychologen oder Mediziner weiterzuvermitteln [...] Schlussfolgernd bestünde für die Profession der Pflegenden eine Möglichkeit darin, sich einzugestehen, dass ihr für eine kompetente Beratung derzeit noch weitgehend notwendige Qualifikationen fehlen und die Übernahme einer Funktion als „Gate-Keeper“ [Hervorhebung im Original]in der Beratung von Patienten angebracht wäre.“ (S. 110)</p>
<p>F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor</p>	
<p>F1.1 Praxis</p>	
<p>F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich</p>	
<p>F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/ Abteilung ist beteiligt, wer ist Kooperationspartner</p>	
<p>F1.1.3 Wurde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt</p>	

F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/-ablauf/ -inhalt/ und Ergebnis	
F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/-ablauf/ -inhalt	
F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	
F2.1.2 Ziel der Studie	
F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf, Aufbau)	
F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse	
G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus durchführen	
G2 Der Artikel stellt die geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor	„[...] Ausbildungs- und Fortbildungsangebote, wie zum Beispiel eine Unterrichtsplanung für das Thema „Gesundheitsvorsorge bei einem Menschen mit Diabetes mellitus“ [Hervorhebung im Original] oder Fortbildungsangebote zur Entwicklung kommunikativer Kompetenzen [...] könnten Pflegenden helfen, sich diese speziellen Kompetenzen für eine patientenorientierte Beratung und Begleitung anzueignen.“ (S. 11

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 16: Beratung und Anleitung am Beispiel kinästhetischer Mobilisation: Wissen vermittelt Sicherheit

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	Pflegezeitschrift
A2 Artikelnummer/ Überschrift	Artikel 16 Beratung und Anleitung am Beispiel kinästhetischer Mobilisation: Wissen vermittelt Sicherheit
A3 Erscheinungsjahr	6/ 2005
A4 Autor/ Autoren	Moltmann, Eva; Witt, Matthias
A5 Seitenzahl	Seite 430 - 431
A6 Rubrik	Pflegepraxis
A7 Inhaltscharakterisierung	Der Artikel stellt ein Kinästhetik – Konzept vor.
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	
B2 Ein pflegetheoretischer Hintergrund wird einbezogen	
C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt	„[Das Konzept Beratung und Anleitung von Patienten und deren Bezugspersonen] soll ermöglichen, dass Patienten <ul style="list-style-type: none"> •• mehr über ihre Krankheit und Behandlung wissen •• stärker für die Therapie motiviert sind •• Eigenverantwortung sowie Tätigkeiten der allgemeinen und speziellen Pflege übernehmen •• zur Eigenaktivität, Selbständigkeit und Unabhängigkeit angeregt werden •• Sicherheit im Alltag gewinnen •• eine bessere Lebensqualität erfahren.“ (S. 430)
D Aktueller Stand	
D Der Artikel beschreibt den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/	

Schulung/ Anleitung/ Information, bezogen auf das Krankenhaus	
E Bedarf/ Legitimation	
E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert	„Die ‚Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen‘ ist nach dem Krankenpflegegesetz (§3 Abs. 2) ausdrückliches Ausbildungsziel. Zudem enthalten alle bisher veröffentlichten Expertenstandards des deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) jeweils ein eigenes Kriterium für die Bedarfsgerechte Beratung und Schulung.“ (S. 430)
E2 Im Artikel wird der Zeitpunkt, wann Patientenedukation/ Beratung/ Schulung stattfinden sollte, bestimmt	
F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug	
F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltlich mit der Thematik auseinander	<p>„Angesichts dieser Rahmenbedingungen hat die Pflegedirektion des Unfallkrankenhauses Berlin (ukb) ein hausinternes Konzept für die „Beratung und Anleitung von Patienten und deren Bezugspersonen“ [Hervorhebung im Original]erstellt.“ (S. 430)</p> <p>„Die Pflegefachkräfte beraten die Patienten sowie deren Bezugspersonen strukturiert, zielgerichtet und individuell. Den Betroffenen sollen Handlungsalternativen aufgezeigt werden, aus denen sie die für sie passende auswählen können. Dahingegen bezieht sich eine Anleitung immer auf eine Tätigkeit.“ (S. 430)</p> <p>„Das hauseigene Konzept der Kinästhetik beinhaltet die Einbeziehung von Bezugspersonen bereits während des Krankenhausaufenthaltes. Ein besonderes Augenmerk liegt auf ihrer Befähigung zur Bewegung und Mobilisation der Patienten. Sofern die Bezugsperson Interesse an der kinästhetischen Methode bekunden, werden sie von den für den Patienten zuständigen Pflegefachkräften schrittweise mit den individuell wichtigsten oder am häufigsten durchzuführenden kinästhetischen Bewegungen vertraut gemacht. [...] Die Pflegefachkräfte unterbreiten den Patienten und Bezugspersonen aktiv das Angebot der Beratung und Anleitung, das heißt, der Bedarf muss nicht erst ausgesprochen werden, sondern wird von den Pflegefachkräften antizipiert.“ (S. 431)</p>
F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Beratung /	

Schulung/ Anleitung/ Information, die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor	
F1.1 Praxis	
F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich	
F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/ Abteilung ist beteiligt, wer ist Kooperationspartner	Unfallkrankenhaus Berlin (ukb). (Vgl. S. 430)
F1.1.3 Wurde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt	
F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/ -ablauf/ -inhalt und Ergebnis	
F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/ -ablauf/ -inhalt	
F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	
F2.1.2 Ziel der Studie	
F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf, Aufbau)	
F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse	
G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung / Information im Krankenhaus durchführen	„[Im] ukb [wurde] entschieden, die kinästhetische Mobilisation einzuführen. Hierfür wurden zwei Pflegefachkräfte berufsbegleitend extern über einen Zeitraum von zehn Monaten zu Kinästhetikmentoren ausgebildet. Sie übernahmen anschließend die hausinterne Schulung der Pflegekräfte des Krankenhauses: 453 Pflegekräfte erhielten einen Basiskurs und 112 einen Aufbaukurs. Ein lernpädagogisch günstiges Personenverhältnis von einem Kinästhetikmentor

	<p>zu 8 Schulungsteilnehmern sowie eine effiziente Planung ermöglichen es, die gesamten Schulungen binnen 12 Monaten abzuschließen. Die geschulten Pflegefachkräfte werden von den Kinästhetikmentoren in der täglichen Umsetzung des Erlernten unterstützt im dem sie an gemeinsam vereinbarten Terminen situationsbezogene Hilfestellungen in der direkten Arbeit mit den Patienten erhalten. Zusätzlich wurden 27 Pflegefachkräfte in drei weiteren Workshops auf die Anleitung und Begleitung ihrer Pflgeteams vorbereitet. Als speziell geschulte Beauftragte sollen sie auf die Qualität und Quantität der Umsetzung kinästhetischer Prinzipien in ihren Pflgeteam achten.“ (S. 430 f)</p>
<p>G2 Der Artikel stellt die geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor</p>	

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 17: Schulung und Anleitung in der stationären Krankenpflege zur Förderung der Selbständigkeit bei älteren Menschen mit eingeschränkter Mobilität nach hüftnahen Frakturen

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	PrInterNet/ Pflegewissenschaft
A2 Artikelnummer/ Überschrift	Artikel 17 Schulung und Anleitung in der stationären Krankenpflege zur Förderung der Selbständigkeit bei älteren Menschen mit eingeschränkter Mobilität nach hüftnahen Frakturen
A3 Erscheinungsjahr	9/ 2005
A4 Autor/ Autoren	Behrens, Johann; Gottwald, Christa; Thomas, Birgit, Wirnitzer, Bruno
A5 Seitenzahl	Seite 472 - 479
A6 Rubrik	Pflegeforschung
A7 Inhaltscharakterisierung	Im Rahmen einer Studie werden die Interventionen Schulung und Anleitung als pflegerische Aufgabe in den Stationsablauf integriert und die Auswirkungen von Schulung und Anleitung auf Patienten und Pflegekräfte untersucht.
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	„Die Patienten-/ Angehörigenschulung und Anleitung am Bett gehört zu den grundlegenden kommunikativen und pädagogischen Anteilen des Pflegealltags, im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Die Schulung beinhaltet das Ermitteln des Lernbedarfes und der Lernbereitschaft des Patienten und das Einleiten von Aktivitäten, die geeignet sind, eine Veränderung im Wissen oder im Verhalten zu erreichen, sowie die Auswertung der Ergebnisse. Die Anleitung hingegen befasst sich mit dem Vertrautmachen eines Patienten und oder seiner Bezugsperson mit einer zu erlernenden Fertigkeit, z. B. s. c. Injektionen, Transfertechniken (vgl. Klug Redmann 1996).“ (S. 474)
B2 Ein pflegetheoretischer Hintergrund wird einbezogen	
C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information	„Pflegeberatung und –schulung [...] dient dem Krankheitsmanagement mit dem Ziel, den Alltag zu gestalten und die Mobilität weitgehend aufrecht zu erhalten. Durch eine

<p>werden im Artikel dargestellt</p>	<p>Umfassende pflegerische Beratung, Schulung und Begleitung können Patienten und ihren Angehörigen und speziell die Gruppe älterer Menschen von einer reibungslosen und kontinuierlichen Versorgung profitieren und ein selbstbestimmendes Lebens [(sic!)] führen.“ (S. 473)</p> <p>„Durch die Patienten-/ Angehörigenschulung und Anleitung direkt am Bett wird den Patienten und Angehörigen ihre Lernvoraussetzungen entsprechend Wissen über ihre Krankheit und Pflegemaßnahmen vermittelt. [...] Ziel der Schulungen bzw. Anleitung am Bett ist die Vermittlung von Kenntnissen der häuslichen Pflege, die sich am individuellen Einzelfall orientieren.“ (S. 475)</p> <p>„Ausgehend von den allgemeinen Projektzielen eine ganzheitliche Schulung anzubieten, welche dazu beiträgt die Gesundheit zu fördern, die Selbstständigkeit zu bewahren, die Verschlechterung einer Bestehenden Erkrankung soweit als möglich zu vermeiden, die Lebensqualität zu erhöhen und den Bedarf an poststationärer Versorgung zu verringern wurden spezifischen Fragestellungen und Handlungsziele erarbeitet, die Evidenz sichern und die Beurteilung des Projektes unterstützen sollten. Das Ziel war, für die Patienten und Angehörigen eine Pflegeberatung und Schulung anzubieten die</p> <ul style="list-style-type: none"> ⌚ unterstützend auf die Patienten und Pflegenden Angehörige wirkt, Experten in eigener Sache zu werden und Selbstpflege zu Hause bewältigen zu können. ⌚ den Angehörigen mehr Sicherheit im Umgang mit ihrem pflegebedürftigen, der Pflege und der Krankheit gibt. ⌚ den Patienten und den pflegenden Angehörigen ihre Ressourcen bewusst werden lässt. ⌚ die sozialen und pflegerischen Handlungskompetenzen stärkt. ⌚ ausreichendes Wissen über die häusliche Versorgung vermittelt.“ (S. 476)
<p>D Aktueller Stand</p>	
<p>D Der Artikel beschreibt den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, bezogen auf das Krankenhaus</p>	<p>„Pflegeberatung/- schulung und Anleitung wird, wenn sie stattfindet, nur unbewusst, eher zufällig während der täglichen Arbeit unter schwierigen Rahmenbedingungen durchgeführt wird [(!)]. Die Haltung der einzelnen Pflegekraft bestimmt, ob und wie Beratung und Schulung stattfindet, welche Ziele damit verfolgt werden und wie sie durchgeführt wird.</p>

	Beraten, informieren, aufklären und vorführen werden nicht als wertvolle Pflegeinterventionen erkannt.“ (S. 475)
E Bedarf/ Legitimation	
E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert	„Vor dem Hintergrund soziodemographischer Wandlungsprozesse und den damit einhergehenden gesundheitspolitischen Forderungen stehen Gesundheitsberufe vor neuen Herausforderungen. Schlagworte wie steigendes Lebensalter, Chronizität und Multimorbidität oder der prognostizierte zunehmende Bedarf an Pflegeleistungen sind seit einigen Jahren Bestandteil jeder Diskussion um Veränderungen im Versorgungsgeschehen. Reformen blieben bislang allerdings weitgehend folgenlos, obwohl mit der Wiedereinführung der Gesundheitsförderung durch § 20 SGB V oder neuen gesetzlichen Möglichkeiten zur Beratung von chronisch Kranken durch § 43.3 SGB V und der Einführung der integrierten Versorgung mittels § 140 SGB V viele Wege offen sind. [...] Die aktuelle Kostenentwicklung im Gesundheitswesen und die damit verbundenen Folgen für die Gesellschaft zeigen allerdings den Bedarf an neuen Versorgungsformen und zukunftsweisender Pflege auf. Die Verweildauerverkürzung im Jahre 2004 bzw. 2004 nach Einführungen des pauschalisierten Entgeltsystems in den Krankenhäusern und die Forderung, Strategien der Prävention in Lebensweisen und Alltagsgestaltung zu integrieren hat zur Folge, dass der eigenverantwortliche Umgang mit Gesundheit, Krankheit, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit zunimmt. [...] Viele Menschen würden gerne einen aktiven Beitrag für sich oder ihre Familie leisten, doch angemessene und verständliche Informationen sowie konkrete Hilfsangebote zu bekommen ist aufwendig. [...] Patienten sowie Angehörige äußern im Krankenhaus immer wieder ihre Unsicherheit, weil ihnen pflegemethodische Voraussetzungen und der dafür notwendige theoretische Hintergrund fehlen. Oft fehlt es den Betroffenen an Unterstützung und Beratung schon während des Klinikaufenthaltes, um daraus resultierende realitätsnahe Entscheidungen bezogen auf die weitere pflegerische Versorgung treffen zu können.“ (S. 472 f)
E2 Im Artikel wird der Zeitpunkt, wann Patientenedukation/ Beratung/ Schulung stattfinden sollte, bestimmt	„[Der Schulungsprozess] [...] beginnt, wenn der Patient und/ oder die Angehörigen etwas über die Krankheit oder die Pflege wissen müssen, wie sie Pflegemaßnahmen ausführen, die Krankheit und Pflege in ihrem Leben akzeptieren müssen, sich im Alltag neu orientieren müssen oder eine Verhaltensänderung notwendig wird.“ (S. 475)

F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug	
F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ setzt sich inhaltlich mit der Thematik auseinander	Der Artikel stellt ein Projekt aus der Praxis vor. Schulung und Anleitung in der stationären Krankenpflege. (Vgl. S. 474 ff)
F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor	Das durchgeführte Praxisprojekt wird durch eine Studie begleitet und ausgewertet. (Vgl. 472)
F1.1 Praxis	
F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich	Eine unfallchirurgische Station im Krankenhaus der Maximalversorgung. (Vgl. S. 476)
F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/ Abteilung ist beteiligt, wer ist Kooperationspartner	
F1.1.3 Wurde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt	
F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/-ablauf/ -inhalt und Ergebnis	<p>„Für stationäre Patienten und deren Angehörige findet je nach Krankheit oder Stufe der Pflegebedürftigkeit verschiedene Schulungsangebote (teilweise standardisiert) im Stationsbereich statt, damit diese Experten in eigener Sache werden und ggf. die Pflege zu Hause eigenständig bewältigen können. Dieser individuelle Ansatz wurde gewählt, um das Schulungsangebot an den Bedürfnissen des Angehörigen und dem zu Pflegenden Patienten ausrichten zu können. [...] Es werden zum einen die notwendigen Pflegemaßnahmen gelehrt, zum anderen bekommt die Pflegeperson hilfreiche Informationen und praktische Tipps zum Erhalt der eigenen Gesundheit. Pflegen mit Blick auf die körperliche und seelische Belastungen, der Umgang mit Konflikten in der Pflege und der sachgerechte Einsatz von Hilfsmitteln sind neben dem praktischen Pflegehandeln Schulungsthemen.</p> <p>Die Schulungen werden gemeinsam mit den Patienten und den Angehörigen geplant. Die</p>

	<p>Schulungsziele orientieren sich an der Pflegeplanung und an den individuellen Lernbedürfnissen. Die Schulungsinhalte werden dementsprechend ausgerichtet. Dieser individuell geplante Lernprozess am Bett verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz, damit der Patient in seinem häuslichen Umfeld so selbständig wie möglich wieder zu recht kommt und die Angehörigen mehr Sicherheit erfahren. Die gezielte und geplante Schulung bezieht sich nicht nur auf die pragmatischen Handlungen, sondern schließt die Aktivierung von kognitiven Veränderungen durch die Vermittlung von Pflegewissen ebenso mit ein wie sie Verhaltensänderung bewirkt. Die Pflegekräfte betrachten Patienten und Angehörige sowohl aus pflegerischer als auch aus pädagogischer und psychosozialer Sicht. Neben den Schulungen zur Vorbereitung auf die Vorsorge zu Hause, finden standardisierte Mikroschulungen statt. Hiermit sind kurze Anleitungen nach einer einheitlichen Vorgehensweise gemeint. Patienten und Angehörige, die zu Hause darauf angewiesen sind, einfache Tätigkeiten der Behandlungspflege selbstständig durchzuführen, werden von den Pflegekräften je nach individuellen Fähigkeiten geschult.</p> <p>Der Schulungsprozess erfolgt analog zum Pflegeprozess [...].“ (S. 474 f)</p>
F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/-ablauf/ -inhalt	
F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	
F2.1.2 Ziel der Studie	<p>„Ziel der empirischen Studie war die Integration der Interventionen Schulung und Anleitung als pflegerische Aufgaben in den Stationsablauf.“ (S. 472)</p> <p>„Neben den beiden zentralen Fragestellungen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Können beruflich Pflegende durch Schulung und Anleitung eine Optimierung des Krankheits- und Pflegeverlaufes sowie eine Kompetenzerweiterung von Patienten und ihren Angehörigen bei der häuslichen Versorgung erreichen? 2. Sind Beratung, Schulung und Anleitung Interventionen der beruflichen Pflege? <p>wurden zur Projektevaluation entsprechend der Ziele folgende Fragen berücksichtigt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Welche Auswirkungen hat die Pflegeberatung bzw. -schulung auf die Patienten/ Angehörigen in bezug [(sic!)] auf Wissensvermehrung, Umgang mit der Krankheit

	<p>oder Pflegebedürftigkeit, Selbständigkeit und Alltagsgestaltung?</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Welche Auswirkungen hat die Pflegeberatung bzw. schulung [(sic!)] auf die Selbständigkeit von Patienten? 3. Wie verändert sich die Einstellungen der Pflegekräfte zur Pflegeberatung bzw. –schulung? 4. Kann durch die gezielte Schulungsplanung einen Verbesserung der individuellen pflegerischen Versorgung erreicht werden?“ (S. 476 f)
<p>F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf, Aufbau)</p>	<p>„[Es soll] [...] erreicht werden, dass Patienten/Angehörige notwendige Kompetenzen vermittelt bekommen, um ihre Selbständigkeit zu bewahren, Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen, um Belastung der häuslichen Pflege besser einschätzen zu können. Des weiteren sollten Pflegekräfte sensibilisiert werden, dass Schulung und Anleitung im Pflegeprozess Aufgaben der professionellen Pflege sind, die patientenorientiert geplant und dokumentiert Veränderungen am Patienten sichtbar machen.</p> <p>Im Rahmen der Interventions-/ Kontrollstudie, wurden bei 87 Patienten Schulung, Anleitung und Selbständigkeitstest durchgeführt. Insgesamt wurden 174 Patienten in die Studie einbezogen. Patienten mit eingeschränkter Mobilität nach hüftnahen Frakturen stellten die Studienpopulation dar.“ (S. 472)</p> <p>„Bei der Datenerhebung wurde eine Triangulation mit qualitativen und quantitativen Methoden eingesetzt. Nach der Methode der Grounded Theory erfolgte die Datenauswertung parallel zur Datenerhebung. Die Untersuchungseinheit wurde nach theoretical sampling ausgewählt, wobei aufgrund der gewonnen Ergebnisse über den weiteren Verlauf entschieden wurde. Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte auf Grundlage einer vergleichenden Analyse von Schulungs- und Beratungsdokumentationen und der Expertengespräche mit schulenden Pflegekräften nach dem Verfahren des theoretischen Kodierens. [...] Zur Messung von Outcomekriterien wurden der FIM® bei Aufnahme und Entlassung in der Interventions- sowie bei weiteren 87 Patienten der Kontrollgruppe gleichermaßen durchgeführt. Im Hinblick auf die Vergleichbarkeit wurden zudem Ein- und Ausschlusskriterien definiert.“ (S. 476)</p>
<p>F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse</p>	<p>„Patienten, die durchschnittlich 16 Tage auf einer unfallchirurgischen Station geschult und angeleitet worden sind, waren erheblich selbständiger als nicht geschulte Patienten In der</p>

häufigsten Altersklasse zwischen 77 und 84 Jahren verkürzte sich die Krankenhausverweildauer um 10 Tage. Des Weiteren wurde die Beziehungsgestaltung aus Sicht der Pflegenden, Patienten und Angehörigen als wichtigster Aspekt bei allen Pflegebildungsmaßnahmen erlebt. Durch die Pflegeinterventionen Schulung und Anleitung kann die geplante Weiterversorgung eines Patienten im häuslichen Bereich optimiert werden. Die sozialen und pflegerischen Handlungskompetenzen von Betroffenen werden gestärkt, weil sie aktiv am Schulungs- und Pflegeprozess beteiligt sind. Dadurch erhalten vor allem Angehörige mehr Sicherheit bezüglich der häuslichen Weiterversorgung und lernten Ressourcen sowie die eigenen Grenzen kennen.“ (S. 472)

„7.1 Patientenfokus: Auswirkungen in bezug auf Wissensvermehrung, Umgang mit der Krankheit oder Pflegebedürftigkeit und Alltagsgestaltung [Hervorhebung im Original]

„Die Pflegeberatung und schulung [(sic!)] half, die Unsicherheiten zu beseitigen und regte zur aktiven Mitarbeit an. Die Staffelung des Schulungsziels in Teilziele und die kontinuierliche Planung von kleinen Schritten führte in der Regel zur Zielerreichung. Die Wissensvermittlung über die Erkrankung, ein gemeinsames Nachdenken über Lösungswege und ersten Erfolge motivierten die Patienten dazu, eine positive Einstellung zu ihrer Situation zu entwickeln und wieder selbständig zu werden. Bei der Entlassung berichteten vor allem die Patienten, die das zweite Mal mit einer vergleichbaren Fraktur stationär lagen, dass sie durch die Schulung mehr Sicherheit erfahren hätten. [...] Über die Gestaltung des Alltags zu Hause machten sich die Patienten durchgehend keine großen Sorgen. [...] Patienten und Angehörige lernten durch die Schulung nicht nur ihre Ressourcen kennen, sondern gerade wenn ein Teilziel nicht erreicht worden ist, wurden durch die Selbstreflexion die eigenen Grenzen erkannt.“ (S. 477)

„7.2 Auswirkungen in bezug auf Selbständigkeit [Hervorhebung im Original]

Die Mittelwerte der FIM Einwertung zeigen deutlich die Zunahme der Selbständigkeit bei Patienten nach hüftnahen Frakturen, die Durchschnitt 14 Tage auf der unfallchirurgischen Station geschult worden sind. Die Schulungsplanung der Patienten hatte zum Ziel, dass diese in ihrem häuslichen Umfeld so selbständig wie möglich wieder zurecht kommt. Die

	<p>Schulungsinhalte waren vorwiegend ausgerichtet auf das Erlernen von Bewegungstechniken für Alltagshandlungen, Mobilisation, Laufen am Rollator, Schmerzmanagement und Sturzprohylaxen.“ (S. 477)</p> <p>„7.3 Mitarbeiterfokus: Einstellungen der Pflegekräfte zur Pflegeberatung und –schulung [Hervorhebung im Original] Die intensive Fortbildung, die Arbeitskreise und Praxisbegleitung bei der Umsetzung steuern dazu bei, dass Pflegekräfte Pflegeberatung und –schulung als ein neues Aufgabengebiet sehen, indem sie ihre Professionalität und Fachlichkeit beweisen aber auch gleichzeitig neue Kompetenzen erwerben kennen [(sic!)]. Die Erweiterung der pflegerischen Kompetenz durch pädagogische Aspekte gibt die Möglichkeit, den Patienten aus einer differenzierten Perspektive zu sehen, wodurch die Fähigkeit zur professionellen Beziehungs- und Biographiearbeit entwickelt werden kann. [...]Auch wurden neue Aufgaben genutzt, um sich als Pflegeexperten zu etablieren. Durch die Selbstreflexion im Mitarbeiterkreis und die stationsübergreifende intensive Beschäftigung mit der neuen Aufgabe wurde Pflegefachwissen sichtbar, das bislang nicht unbeachtet wurde [(!)] [...] Die Pflegekräfte konnten [...] bekräftigt werden, ihr Pflegefachwissen regelmäßig durch aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zu aktualisieren.“ (S. 478)</p> <p>„7.4 Mitarbeiterfokus [Hervorhebung im Original] Pflegeberatung und –schulung findet nicht mehr intuitiv und zufällig statt, sondern geplant und reflektiert. [...] Die gelungene Integration der Patienten- / Angehörigenschulung am Bett in den Stationsablauf zeigte, dass Beratung und Schulung ein Teil der Pflegearbeit ist.“ (S. 478)</p>
G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung / Information im Krankenhaus durchführen	„Pfleger wurden in einem intensiven Seminar auf ihre neue Rolle vorbereitet und durch einen Praxisbegleitung laufend unterstützt.“ (S. 474)

G2 Der Artikel stellt die geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor	„Neben dem Einschätzen von Informations- und Wissensdefiziten muss die Fähigkeit entwickelt werden Sprache gezielt als Instrument zur Problemlösung einzusetzen.“ (S. 475)
--	--

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 18: Patientenschulung bei systemischer Vaskulitis: Das Leben lebenswert erhalten

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	Pflegezeitschrift
A2 Artikelnummer/ Überschrift	Artikel 18 Patientenschulung bei systemischer Vaskulitis: Das Leben lebenswert erhalten.
A3 Erscheinungsjahr	10/ 2005
A4 Autor/ Autoren	Herlyn, Karen
A5 Seitenzahl	Seite 628 - 631
A6 Rubrik	Public Health
A7 Inhaltscharakterisierung	Der Artikel stellt eine Patientenschulung vor.
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	
B2 Ein pflegetheoretischer Hintergrund wird einbezogen	
C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt	„Standardisierte Patientenschulungsprogramme sollen dem Patienten spezifisches Krankheitswissen vermitteln, er soll zu einer angemessenen Einstellung zu seiner Erkrankung finden und Möglichkeiten zu deren Bewältigung erkennen. Weiter dienen sie der Prävention von Therapienebenwirkungen und dem Erlernen eines gesundheitsfördernden Verhaltens, der Sensibilisierung der Körperwahrnehmung sowie dem Erwerb sozialer Kompetenzen (Petermann et al. 1997). Alle Komponenten haben zum Ziel, den Patienten Verantwortung zu übertragen, Angst vor der chronischen Erkrankung und ihren Folgen zu nehmen und den Patienten die Möglichkeit einer realistischen Einschätzung seiner Erkrankung zu eröffnen. [...] Das bisher einzige Vaskulitisschulungsprogramm soll durch das Vermitteln von Fähigkeiten mit der Krankheit, der jeweiligen Therapie und mögliche Nebenwirkungen umzugehen, die Selbsteffizienz steigern. Außerdem sollen das Wissen und die

	<p>gesundheitsbezogene Lebensqualität gesteigert und – durch additive Wirkung zur medikamentösen Therapie – die Krankheitsaktivität verringert werden. Schwerpunkte liegen in der Früherkennung von Therapiekomplicationen und Rezidiven, noch bevor ein (lebens-) bedrohlicher Zustand eintritt.</p> <p>Die Patientenschulung kann also als sekundäre Prävention verstanden werden, indem Nebenwirkungen von Krankheit und Therapie durch frühes Erkennen vermieden werden. Somit ist ein weiteres Ziel, die Frequenz von Krankenhausaufenthalten zu minimieren und im weiteren Verlauf Berentungen und Arbeitslosigkeit zu vermeiden und so neben dem positiven Effekt für den Patienten Kosten einzusparen (Langer et al. 1998, Padgett et al. 1988).“ (S. 628)</p>
D Aktueller Stand	
D Der Artikel beschreibt den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, bezogen auf das Krankenhaus	<p>„Die Teilnahme an einem standardisierten Patientenschulungsprogramm führt bei Patienten mit chronischen Erkrankungen, wie zum Beispiel systemischer Lupus erythematodes, rheumatoide Arthritis, Diabetes mellitus und Asthma bronchiale, zu einer Verbesserung der Selbsteffizienz und verringert in Folge dessen das Auftreten von Therapiekomplicationen, verkürzt den Krankenhausaufenthalt und reduziert Arbeitsunfähigkeitstage. [...] Diese Erkenntnisse wurden in Zahlreichen Studien gewonnen.“(S. 628)</p>
E Bedarf/ Legitimation	
E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert	<p>„Mit der Etablierung des Vaskulitis-Zentrums Lübeck/ Bad Bramstedt und der stetig steigenden Zahl betreuter Patienten mit Vaskulitis (zurzeit mehr als 1800) und vor dem Hintergrund der sehr seltenen Erkrankung einerseits und der Förderung der Verantwortung und aktiven Mitarbeit der Patienten andererseits entstand die Notwendigkeit, die Patienten im Hinblick auf die Erkrankung, Prognose, Therapien, Verlaufskontrollen, Nebenwirkungen und Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung zu schulen.“ (S. 629)</p>
E2 Im Artikel wird der Zeitpunkt, wann Patientenedukation/ Beratung/ Schulung stattfinden sollte, bestimmt	<p>„Sinnvoll ist eine im Krankheitsverlauf möglichst frühe Schulung, am günstigsten bereits nach Beherrschung der Akutsituation der Erst-Manifestationsphase.“ (S. 629)</p>
F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug	
F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept	<p>Praxisbeispiel Vorstellung eines Vaskulitis-Schulungsprogramms.</p>

aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltlich mit der Thematik auseinander	
F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Beratung / Schulung/ Anleitung/ Information, die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor	
F1.1 Praxis	
F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich	Vaskulitiszentrum Lübeck/ Bad Bramstedt (vgl. S. 629).
F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/ Abteilung ist beteiligt, wer ist Kooperationspartner	Rheumaklinik Bad Bramstedt, Kooperationspartner sind die Universitätskliniken Lübeck und Kiel. (Vgl. 629)
F1.1.3 Wurde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt	
F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/-ablauf/ -inhalt und Ergebnis	<p>„Nach der Erarbeitung von möglichen Inhalten und Lernzielen im interdisziplinären Team, unter Beteiligung eines Patienten aus der Selbsthilfegruppe, wurde ein Ranking der wichtigsten Schulungs- und Informationsbedürfnisse von 100 Patienten mit Vaskulitis erstellt. Aus diesen Inhalten wurden Seminare entwickelt. [...] Die Teilnahme von Angehörigen wird gefördert. Um eine Evaluation und Standardisierung nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (Langer et al. 2000) zu ermöglichen, wurden die bisherigen Inhalte überarbeitet und zu fünf Modulen in einem Wochenend-Kompaktkurs für geschlossene Gruppen zusammengefasst.“ (S. 629)</p> <p>„Inhalte des Vaskulitis-Schulungsprogramms [Hervorhebung im Original] Alle Disziplinen haben das Ziel, den Patienten zu einer gesundheitsfördernden Verhaltensänderung zu motivieren, ihm Verantwortung zu übertragen und seine Angst zu mindern. In jedes Thema sollen die Erfahrungen der Patienten einfließen und eine interaktive Atmosphäre geschaffen werden.</p>

Die einzelnen Schulungen werden von Angehörigen der verschiedenen Berufsgruppen durchgeführt [...].“ (S. 629)

„Pflege [Hervorhebung im Original]

Der Patient wird schwerpunktmäßig über Praxisnahe Fakten informiert, zum Beispiel über Art und Einnahme von Medikamenten. Er erlangt die korrekte Nasenpflege bei Beteiligung des HNO-Trakts, das Festlegen der individuellen täglichen Trinkmenge, die Kontrolle von Ein- und Ausfuhr sowie selbstständiges Durchführen von Urin-Stix-Untersuchungen. Er wird aufgeklärt über die Wichtigkeit des Blasenschutzes mit Uromitexan (Mesna) bei Cyclophosphamidtherapie und erhält Informationen über mögliche Nebenwirkungen wie die hämorrhagische Zystitis oder Leukopenie. Außerdem erlernt er Vorsichtsmaßnahmen bzw., er erhält Verhaltensregeln für den Fall von erhöhtem Infektionsrisiko, erfährt den Ablauf des Klinikalltags und lernt diagnostische Maßnahmen in der Abteilung und den kooperierenden Universitätskliniken Lübeck und Kiel kennen.

Patienten sollen verstehen, dass trotz immunsuppressiver Therapie die Vaskulitis einen chronisch-rezidivierenden Verlauf nehmen kann und auch neue Manifestationen auftreten können. Sie erhalten Informationen über Aktivitäten und Ansprechpersonen der Selbsthilfegruppe und lernen den Umgang mit dem Vaskulitis-Pass, der für die regelmäßigen Verlaufskontrollen zur Verfügung steht. In diesem Pass tragen Patient und Hausarzt Laborparameter und Dosierungen der aktuellen Medikation ein.“ (S. 630)

„Schulung der Patienten [Hervorhebung im Original]

Für die Schulung steht ein heller, freundlicher Seminarraum zur Verfügung, der mit bequemen Stühlen, einen Overhead-Projektor, Flipcharts und einer Tafel ausgestattet ist. Vor Beginn der Schulung stellen sich die erfahrenen und nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) geschulten Trainern und die Patienten kurz gegenseitig vor, die Trainer erläutern das Konzept und den Ablauf des Wochenendes. Zu Beginn jedes etwas 90-minütigen Moduls erfolgt eine kurze Fragerunde wegen eventueller Unklarheiten. Die Trainer weisen immer wieder auf die Wichtigkeit persönlicher Fragen, individueller Diagnosen und Therapien sowie auf die Bedeutung des Austausches

untereinander hin.

Inhalte der Module [Hervorhebung im Original]

Die Module sollen möglichst abwechslungsreich gestaltet sein, basierend auf den Schilderungen persönlicher Erfahrungen, als Gruppengespräch und Diskussion, Brainstorming, Sammeln von Fragen und Antworten an der Tafel oder auch Metaplankarten. Um den Patienten mit den Informationen nicht zu überfordern. Theoretische werden in Kurzvorträgen, die insgesamt nicht länger als 20/ Stunde dauern sollten, vermittelt. Zur Verdeutlichung wird ein Handordner mit den wichtigsten Inhalten auf Folien eingesetzt. Frontalunterricht sollte vermieden werden.

Evaluation [Hervorhebung im Original]

Die Evaluation des Programms erfolgte an bisher 80 Patienten mit PSV, die in 9 geschlossenen Gruppen geschult wurden. Eingeschlossen wurden Patienten mit einer PSV nach Kriterien des American College of Rheumatology (ACR) (Leavitt et al. 1990) oder Chapel-Hill Definition (Jeanette et al. 1994), einer Krankheitsdauer von mindestens drei Monaten sowie Sprachverständnis und Motivation. Neben standardisierten Instrumenten wie dem Disease Extent Index (DEI) zur Erfassung der Krankheitsausdehnung (deGroot et al. 2001), dem Short Form 36 (SF.36) zur Bestimmung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Bullinger et al. 1995, Ware et al. 1992), Fragen zum sozioökonomischen Status, zur Berentung, zu Krankheitstagen, zur Frequenz von Arztbesuchen und zu Laborparametern wurde ein Instrument zur Erfassung des Wissens entwickelt. Mit 16 ‚Wissensfragen‘ wurden Handlungsrelevante Aspekte zu den Krankheiten, Therapien, Nebenwirkungen und deren Vermeidung, zu Krankengymnastik erfragt. [...] Die Befragung der Patienten erfolgte vor der Schulung, vier Wochen sowie sechs und zwölf Monate nach der Teilnahme daran. [...] Ein statistisch signifikanter Wissenszuwachs zeigte sich in den drei untersuchten Bereichen medizinisch-pflegerisches Wissen, Ernährung und Physiotherapie nach vier Wochen. Dieser Effekt konnte auch nach sechs und zwölf Monaten bestätigt werden [...].“ (S. 631)

„Das Programm zur Schulung von Patienten mit Vaskulitis hat einen positiven Effekt auf as

	Wissen und die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Patienten. Es wird von den Patienten als positive und sinnvolle additive Maßnahme bewertet und eignet sich sowohl für die Anwendung im ambulanten als auch im stationären Bereich.“ (S. 631)
F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/-ablauf/ -inhalt	
F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	
F2.1.2 Ziel der Studie	
F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf, Aufbau)	
F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse	
G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung / Information im Krankenhaus durchführen	
G2 Der Artikel stellt die geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor	

2006

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 19: Beratung im Gesundheitswesen - Chance für die Pflege

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	PrInterNet/ Pflegewissenschaft
A2 Artikelnummer/ Überschrift	Artikel 19 Beratung im Gesundheitswesen- Chance für die Pflege
A3 Erscheinungsjahr	3/ 2006
A4 Autor/ Autoren	Bossle, Michael; Köberich, Stefan; Lipp, Judith; Meier, Mellita
A5 Seitenzahl	Seite 133 – 139
A6 Rubrik	Pflegepädagogik
A7 Inhaltscharakterisierung	<p>„Beratung im Gesundheitswesen wird vor dem Hintergrund der gesundheitsökonomischen Veränderung zunehmend an Bedeutung gewinnen. Die Frage welchen Stellenwert Gesundheits- und Krankenpflegekräfte im Feld der Beratung einnehmen können, ist dabei bisher nur wenig erforscht worden. Im Rahmen eines Forschungsprojektes der Katholischen Fachhochschule Freiburg i. Br. – Fachbereich Pflege wurde dieser Frage nachgegangen.“ (S. 133)</p> <p>Anmerkung: Auf die Studie wird nur punktuell eingegangen, da die Autoren das Ergebnis limitieren und die gezogene Stichprobe als nicht repräsentativ erachten. (Vgl. S. 139)</p>
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	<p>„Wir verzichten sehr bewusst auf den Terminus „Pflegeberatung“ [Hervorhebung im Original] und schließen uns der Meinung von Abt-Zegelin und Huneke an, die ein Verbot dieses Begriffes fordern, schließlich würden sich dahinter völlig unterschiedliche Konzepte und Dimensionen verbergen, die von der Beratung des Patienten über konkrete pflegerische Maßnahmen bis hin zur Beratung über Maßnahmen im Rahmen der Qualitätssicherung, Personal- und Organisationsentwicklung reichen (Abt-Zegelin, Hunecke 1999). Indiz hierfür sind die in jüngster Zeit zahlreich erschienen Publikationen, die das Thema Beratung und Pflege auf unterschiedliche Weise interpretieren.</p> <p>Aus den unterschiedlichsten Sichtweisen über Beratung lassen sich auch dementsprechend</p>

	unterschiedliche Kompetenzprofile, Beratungsformen, Beratungsfelder und Beratungsziele herausarbeiten.“ (S. 133)
B2 Ein pflegetheoretischer Hintergrund wird einbezogen	
C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt	„Es werden multiple Ziele von Beratung genannt. Durch gesetzliche Vorgaben werden u. a, Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation und darüber hinaus die Hilfestellung für Pflegebedürftige und deren Angehörige in Form struktureller Wissensvermittlung [...], die Förderung pflegfachlicher Kompetenz von Angehörigen und Patienten [...] im Rahmen von Hausbesuchen [...] als Ziel einer Beratung gesehen.“ (S. 133)
D Aktueller Stand	
D Der Artikel beschreibt den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, bezogen auf das Krankenhaus	
E Bedarf/ Legitimation	<p>„Mit Novellierung des Krankenpflegegesetzes 2004 wurde durch den Gesetzgebern zum ersten Mal die Fähigkeit zur Beratung als Ausbildungsziel in der gesundheits- und Krankenpflegeausbildung festgeschrieben. Dies ist insofern eine Neuheit, da Beratung im pflegerischen Kontext zwar schon seit jeher ein wesentlicher Bestandteil der Arbeit von Pflegenden war, die Zuerkennung dieses Feldes innerhalb des Gesundheitswesens und innerhalb der eigenen Berufsgruppe jedoch eher marginal blieb.</p> <p>Aufgrund der Zunahme chronischer Erkrankungen, dem Anstieg an Multimorbidität, der kürzeren Krankenhausverweildauer und dem Ausweiten des ambulanten Bereiches, scheint die Fähigkeit qualifizierter Beratung durchführen zu können, zunehmend dringlicher zu werden.</p> <p>Auch zeigt sich ein Perspektivwechsel in den Inhalten der Sozialgesetzgebung. Im SGB V und XI nehmen Gesundheitsförderung und Prävention eine zentrale Position ein. Im SGB V, § 1 wird Beratung, als Hilfe zur Hinwirkung auf gesunde Lebensverhältnisse’ (BMGS 2005) verstanden.“ (S. 133)</p>

	<p>„Die Frage, die sich mit der veränderten Gesetzeslage aufdrängt, ist, ob Pflegende besonders geeignet sind, Beratungsaufgaben zu übernehmen. Unseres Erachtens kann dieser Frage positiv zugestimmt werden; schließlich erlangen Pflegenden durch den unmittelbaren Kontakt mit Patienten oftmals intime Einblicke in deren Lebenssituationen und Lebensgewohnheiten und sind weiterhin im Pflegerischen Alltag häufig Ansprechpartner für Fragen, die über die bloße Alltagsberatung hinausgehen. Dadurch erhalten sie die Möglichkeit, Beratung auch jenseits einer Problemlösung in einem interaktiven Prozess zu gestalten.“ (S. 133)</p>
E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert	
E2 Im Artikel wird der Zeitpunkt, wann Patientenedukation/ Beratung/ Schulung stattfinden sollte, bestimmt	
F Artikelart/Inhaltlicher Bezug	
F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltlich mit der Thematik auseinander	
F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Beratung / Schulung/ Anleitung/ Information, die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor	<p>„Die Forschungsarbeit wurde im Rahmen eines Studienganges-, Semester- und fächerübergreifenden Lehrforschungs- und Entwicklungsprojektes an der katholischen Fachhochschule Freiburg i. Br. Von April 2004 bis Januar 2005 durchgeführt.“ (S. 134) Es wurde Mittels einer Fragebogenerhebung versucht, sich dem Thema Beratung in der Pflege zu nähern. (Vgl. S. 134)</p>
F1.1 Praxis	
F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich	
F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/ Abteilung ist beteiligt, wer ist	

Kooperationspartner	
F1.1.3 Würde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt	
F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/ -ablauf/ -inhalt und Ergebnis	
F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/ -ablauf/ -inhalt	
F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	Katholische Fachhochschule Freiburg i. Br. – Fachbereich Pflege (vgl. S.134).
F2.1.2 Ziel der Studie	„Ziel war es, den beteiligten Studenten die Möglichkeit zu geben, sich mit einem Thema im Rahmen der Hochschulveranstaltungen intensiv auseinander zu setzen, um Forschungs- und Entwicklungsmethoden zu erlernen. Weitere Ziele waren die Beobachtungen und Analyse von Gruppenprozessen sowie die Möglichkeit, Projekte zu planen, durchzuführen und zu evaluieren.“ (S. 134)
F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf, Aufbau)	<p>Fragestellung: „[Es] lassen sich drei wesentliche Fragen ableiten, die für die folgende Forschungsarbeit leitend waren:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wo können Pflegende Beratungstätigkeiten durchführen bzw. wo sehen Beschäftigte im Gesundheitswesen Pflegekräften im Rahmen der Beratungstätigkeit verortet und welche Qualifikationen sollten Pflegekräfte hierfür aufweisen? 2. Was verstehen Beschäftigte im Gesundheitswesen unter Beratung, welcher Zielgruppe soll durch wen und zu welchem Zweck beraten werden? 3. Welche Kompetenzen und Fähigkeiten sollten Beratende im Gesundheitswesen aufweisen? <p>Mittels Fragebogen wurde versucht, diese Fragen zu beantworten. Hierzu wurden Beschäftigte im Gesundheitswesen aus unterschiedlichen Richtungen (Pflegekräfte, Ärzte, Physiotherapeuten, Krankenkassen etc.) befragt.“ (S. 134)</p> <p>„Die Befragung erfolgte mittels eines Fragebogens mit geschlossenen und offenen Fragen. [...] Der Fragebogen bestand aus 14 geschlossenen Fragen und enthielt die Möglichkeit freie Kommentare hinzuzufügen. Es wurden 99 Beschäftigte im Gesundheitswesen angeschrieben.</p>

	<p>Das Auswerten und graphische Darstellung der Daten erfolgte mittels SPSS Version 11.0 für Windows und Microsoft Excel.“</p> <p>„Von den 99 versendeten Fragebögen wurden 56 zurückgesandt. Die Rücklaufquote beträgt damit 56,6% und kann als ausreichend betrachtet werden.“ (S. 134)</p>
F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse	<p>„[...] die Auswahl der Befragten [erfolgte] vorzugsweise im Bekannten- und Freundeskreis der Forscher.“ (S. 135)</p> <p>Damit ergibt sich, dass die von uns befragte Beschäftigten im Gesundheitswesen keine repräsentative Stichprobe darstellt.“ (S. 135)</p> <p>„Die hier dargestellten Ergebnisse müssen aus mehrerer Hinsicht mit der gebotenen Vorsicht interpretiert werden. Der überproportionale Anteil an Gesundheits- und Krankenpflegekräfte des Samples kann die Ereignisse wesentlich in eine Richtung lenken. [...] weiterhin hat sich im Laufe der Auswertung des Fragebogens herausgestellt, dass vor allem die Frage, was Teilnehmer der Studie unter Beratung verstehen, missverständlich gestellt war [...] Diesem Umstand muss bei der Interpretation der Ergebnisse Rücksicht gezollt werden.“ (S. 139)</p>
G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus durchführen	
G2 Der Artikel stellt die geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor	<p>„Im Rahmen einer Literaturanalyse ließen sich eine beachtliche Anzahl von Kompetenzen und Anforderungen an den Beratenden herausarbeiten, deren Erfüllung den Beratenden eher zu der berühmten „Eierlegenden Wollmilchsau“ [Hervorhebung im Original] werden lassen, statt ihm die Möglichkeit zu geben, ein eigenständiges und signifikantes Profil zu entwickeln. Neben den nach unserer Meinung übergeordneten Kompetenzen wie Sozial-, Methoden-, Sach- und Kommunikationskompetenz, ließen sich Fähigkeiten wie Kontaktfähigkeit, Teamfähigkeit, Kommunikationskompetenz, Kooperationsfähigkeit, pädagogisches, psychologisches und medizinisches Wissen, Selbstmanagement u. v. m. identifizieren.“ (S. 134)</p>

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 20: Onkologie. Mit dem Krebs umgehen lernen. Patientenedukation in der onkologischen Pflege

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	Die Schwester Der Pfleger
A2 Artikelnummer/ Überschrift	Artikel 20 Onkologie. Mit dem Krebs umgehen lernen. Patientenedukation in der onkologischen Pflege
A3 Erscheinungsjahr	6/ 2006
A4 Autor/ Autoren	Naegele, Matthias
A5 Seitenzahl	Seite 432 - 436
A6 Rubrik	Pflege
A7 Inhaltscharakterisierung	Der Artikel stellt Auszüge einer Diplomarbeit vor. In dieser wurde ein Konzeptentwurf für Patientenedukation in der Onkologie entwickelt.
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	
B2 Ein pflegetheoretischer Hintergrund wird einbezogen	Patientenkompetenz: „Das Modell der Patientenkompetenz beschreibt den Gedanken der Salutogenese im Zusammenhang mit Onkologie und eignet sich als Begründungstheorie für Patientenedukation in der Onkologie.“ (S. 434) „Um [...] auf die individuelle Situation des Patienten entsprechend reagieren zu können, kann ein an der Krankheitsverlaufkurve orientiertes Modell, zum Beispiel das Fredette-Modell, wertvolle Hilfestellung geben.“ (S. 436)
C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt	„Zusammenfassend kann man sagen, das Patientenedukation in der Onkologie folgende Ziele verfolgt: - Zurückerlangen der Kontrolle über das eigene Leben, - Reduzierung von Ängsten, - Entwicklung von realistischen Erwartungen,

	<ul style="list-style-type: none"> - Förderung von Selbstpflege und Mitwirken, - Sich sicher und aufgehoben fühlen.“ (S. 433)
D Aktueller Stand	
D Der Artikel beschreibt den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, bezogen auf das Krankenhaus	
E Bedarf/ Legitimation	
E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert	<p>„Die Rolle des Menschen im Krankenhaus hat sich in den letzten Jahren gewandelt, hin zu dem Bedürfnis nach mehr Eigenverantwortung und Selbstbestimmung. Eine Umfrage unter Patienten der Klinik für Tumorbilogie in Freiburg zeigt, dass diesen wichtig ist, bei Therapieentscheidungen involviert zu sein und mitreden zu können. Den Patienten in diesem Bedürfnis zu unterstützen, ist eine der Herausforderungen unseres Gesundheitswesens in den nächsten Jahren. Eine Antwort hierauf ist Patientenedukation.</p> <p>Doch nicht nur der Patient fordert mehr Eigenverantwortung. Durch die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG; Fallpauschalen) wächst der Kostendruck auf die Krankenhäuser: Patienten müssen häufig früher entlassen werden als bisher, damit die von den Kostenträgern bezahlten Fallpauschalen optimal genutzt werden können. Dies erfordert sowohl von Seiten des Patienten Strategien, die ihn dazu befähigen, zu Hause zurechtzukommen. [...] Patientenedukationsprogramme können hier einen wertvollen Beitrag leisten.“ (S. 433)</p> <p>„Die Forderung nach einem gut informierten und im Umgang mit seiner Erkrankung geschulten Patienten ist zunehmend häufiger auch unter Kostenträgern und Regierungsvertretern zu hören.</p> <p>Eine vom Bundesministerium für Gesundheit und soziales eingesetzter Sachverständigenrat [...] kommt unter anderem zu dem Schluss, dass zur Entlastung des Gesundheitswesens und zur Verbesserung der Gesundheitsergebnisse bei allen chronischen Krankheiten Schulungskonzepte mit dem Ziel der Übernahme von Selbstverantwortung und eigenem Krankheitsmanagement durch den Patienten und Angehörigen als fester Bestandteil in den</p>

	Versorgungsprozess zu integrieren sind.“ (S. 433)
E2 Im Artikel wird der Zeitpunkt, wann Patientenedukation/ Beratung/ Schulung stattfinden sollte, bestimmt	
F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug	
F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltlich mit der Thematik auseinander	<p>Artikel zum Thema Patientenedukation im Krankenhaus. „Bei diesem Artikel handelt es sich um einen Auszug aus der Diplomarbeit „Konzeptentwurf für pflegebezogene Patientenedukation in einer onkologischen Klinik.“ (S. 432)</p> <p>Patientenedukationssystem Methodik: „Grundorientierung für den Aufbau eines Patientenedukationssystems in der Onkologie bildet eine Leitlinie des „Cancer Patient Education Networks“ (CPEN) des „National Cancer Instituts“. Diese interdisziplinär erstellte Leitlinie zeigt verschiedene Bereiche auf und setzt Richtlinien fest, welche gegeben sein müssen, damit ein Patientenedukationssystem funktionieren kann.“ (S. 434)</p> <p>Die Leitlinie für ein Patientenedukationsprogramm enthält folgende Punkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organisation und Struktur Eigene Funktionsstelle mit schriftlich fixierter Beziehungsebene zu anderen Stellen, Weisungsbefugnis in Sachen Patientenedukation, organisatorische Priorität, langfristige Zielsetzung. - Funktion Vertritt Patientenedukation in verschiedenen Settings und vor verschiedenen Personen (Multidisziplinarität) - Einrichtung & Ausstattung - Finanzielles Management Angemessene finanzielle Ressourcen, eigenes Budget - Der Entwicklung von Patientenedukationsprogrammen liegen Standards und Handlungsanweisungen zugrunde

	<ul style="list-style-type: none"> - Qualitätskontrollen, Evaluation und Forschung - Dokumentation - Personalentwicklung <p>Das Personal im Patientenedukationssystem verfügt über einen akademischen Abschluss, hat genügend Zeit zur Einarbeitung und bildet sich regelmäßig fort</p> <ul style="list-style-type: none"> - Philosophie und Mission. (Vgl. S. 433)
F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Beratung / Schulung/ Anleitung/ Information, die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor	
F1.1 Praxis	
F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich	
F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/ Abteilung, wer ist Kooperationspartner	
F1.1.3 Wurde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt	
F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/ -ablauf/ -inhalt und Ergebnis	
F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/ -ablauf/ -inhalt	
F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	
F2.1.2 Ziel der Studie	
F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf, Aufbau)	

F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse	
G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung / Information im Krankenhaus durchführen	
G2 Der Artikel stellt die geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor	<p>Die Leitlinie des „Cancer Patient Education Networks“ (CPEN) des „National Cancer Instituts“ fordert, dass Personal im Patientenedukationsprogramm über einen akademischen Abschluss verfügt und sich regelmäßig fortbildet. (Vgl. S. 433)</p> <p>„Aus verschiedenen Artikeln gehen vier Kompetenzen hervor, die für Beratung wichtig sind: Methodenkompetenz, Feldkompetenz, Selbstkompetenz und systemische Kompetenz.“ (S. 434)</p> <p>Der Autor stellt die Weiterbildung „Pflege in der Onkologie“ vor. Das Curriculum dieser Weiterbildung umfasst Themenbereiche die für die Kompetenzen, um Patientenedukation durchzuführen, notwendig sind (Pflgewissenschaft, Pädagogik/ Methodik, Palliative Pflege, Case Management, Management allgemein, Kommunikation, Psychologie, Krankenpflegeausbildung und Berufserfahrung). (Vgl. S434)</p>

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 21: Konzeptentwurf zur Patientenedukation in der Onkologie: Krankheitsbewältigung gezielt unterstützen

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	Pflegewissenschaft
A2 Artikelnummer/ Überschrift	Artikel 21 Konzeptentwurf zur Patientenedukation in der Onkologie: Krankheitsbewältigung gezielt unterstützen
A3 Erscheinungsjahr	6/ 2006
A4 Autor/ Autoren	Naegele, Matthias
A5 Seitenzahl	Seite 350 - 353
A6 Rubrik	Pflegepraxis
A7 Inhaltscharakterisierung	Der Artikel stellt Auszüge einer Diplomarbeit vor. In dieser wurde ein Konzeptentwurf für Patientenedukation in der Onkologie entwickelt.
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	<p>„Patientenedukation“ ist ein sehr „sperriger“ Begriff [Hervorhebungen im Original]. Aus diesem Grund werden häufig andere Begriffe wie „Information“, „Schulung“, „Anleitung“ oder „Beratung“ verwendet [Hervorhebungen im Original]. Doch nicht immer herrscht in der Fachöffentlichkeit Einigkeit über deren Bedeutung. Am wenigste strittig ist der Begriff „Information“. Auch der „Schulung“ wird weitestgehend einheitlich verwandt. Nach Abt-Zegelin (2003) hebt sich Schulung durch ihre eindeutige Zielorientierung hervor. „Beratung“ wird fälschlicherweise häufig als Überbegriff verwendet, in der Literatur finden sich für diesen Begriff verschiedene Verständnisweisen. So hat London (2003) ein sehr pragmatisches Verständnis von Beratung, während für Abt-Zegelin (2003) die Bildung im Vordergrund steht sowie Koch-Straube (2001) und Lay (2001) Beratung unter professionellen Gesichtspunkten, Klug Redmann (1996) sie aus pädagogischer Sicht definiert.</p> <p>Der Begriff „Patientenedukation“ selbst wurde aus der englischsprachigen Literatur übernommen, um eine einheitliche Nomenklatur zu erhalten (Abt-Zegelin) 2003).</p>

	<p>Problematisch ist, dass „education“ im Deutschen häufig durch einseitige Übersetzung mit ‚Erziehung‘ gleichgesetzt wird und somit negativ belegt ist. Zutreffender wäre es, „education“ als Bildung im Allgemeinen zu verstehen [Hervorhebungen im Original].“ (S. 350)</p> <p>„Arbeitsdefinition Patientenedukation [Hervorhebung im Original] Der Begriff Patientenedukation umfasst alle Krankheits- und gesundheitsbezogenen Bildungsmaßnahmen, die den Patienten und seiner Familie von der Pflegekraft angeboten werden. Er ist als Überbegriff zu verstehen und ist zu unterteilen in die Kategorien Information, Schulung und Beratung (Sailer 2004, Abt-Zegelin 2003).</p> <p>Arbeitsdefinition Information [Hervorhebung im Original] Information füllt durch gezielte Mitteilung eine Wissenslücke des Zuhörers. Dies geschieht durch Kommunikation, aber auch durch die Bereitstellung verschiedener Medien, Vermittlung relevanter Adressen in einem offenen Angebot oder Recherchehilfe (Albiez 1998, Abt-Zegelin 2003).</p> <p>Arbeitsdefinition Schulung [Hervorhebung im Original] Schulung ist zielorientiertes, strukturiertes und geplantes vermitteln von Wissen und Fertigkeiten (Abt-Zegelin 2003).</p> <p>Arbeitsdefinition Beratung [Hervorhebung im Original] Beratung kann unterteilt werden in Alltagsberatung, Semiprofessionelle Beratung und professionelle Beratung. Die Alltagsberatung ist für die Patientenedukation untauglich und entfällt. Professionelle Beratung ist ergebnisoffen, dialogisch, prozesshaft, findet im Kontext professioneller Tätigkeit statt. Sie ist auf die Kompetenzen des Patienten ausgerichtet und an dessen Lebenswirklichkeit angepasst. Semiprofessionelle Beratung unterscheidet sich von der professionelle dadurch, dass die Beratung als solche nicht im Mittelpunkt steht (Lay 2001, Koch-Straube 2001, Abt-Zegelin 2003).“ (S. 351)</p>
B2 Ein pflegetheoretischer Hintergrund wird einbezogen	
C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/	

Information werden im Artikel dargestellt	
D Aktueller Stand	
D Der Artikel beschreibt den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, bezogen auf das Krankenhaus	„Ein fester, aber noch mit großem Entwicklungspotenzial behafteter Bestandteil der täglichen Arbeit ist die Patientenedukation hinsichtlich des Managements therapie- und krankheitsbedingter Symptome wie Fatigue, Stomatitis, Isolation, periphere Polyneuropathie (zum Beispiel Larson et al. 1998). Zwar sind Pflegende bereits heute in dieser Hinsicht beratend tätig, jedoch häufig unkoordiniert und unstrukturiert.“ (S. 351)
E Bedarf/ Legitimation	
E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert	
E2 Im Artikel wird der Zeitpunkt, wann Patientenedukation/ Beratung/ Schulung stattfinden sollte, bestimmt	
F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug	
F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltlich mit der Thematik auseinander	Im Artikel wird ein Praxiskonzept vorgestellt. „Der Beitrag basiert auf der Diplomarbeit des Autors, die er zum Abschluss seines Pflegepädagogik-Studiums an der Katholischen Fachhochschule Freiburg erstellt hat (Naegele 2005).“ (S. 351) „Der erste Schritt in der Entwicklung eines Konzeptes für die Patientenedukation in einer onkologischen Klinik bestand daher darin, Arbeitsdefinitionen für die einzelnen elementaren Begriffe des Konzeptes zu finden.“ (S. 350) „Um der Zufälligkeit und Unstrukturiertheit der Patientenedukation durch Pflegende entgegenzuwirken, wurde der Frage nachgegangen, wie ein Patientenedukationssystem in der Pflege in einer onkologischen Klinik aussehen kann. Grundlage für die Recherche und Analyse war eine Leitlinie des National Cancer Instituts (NCI), die entwickelt von der Abteilung „Cancer Patient Edukation Network“ (CPEN) [Hervorhebung im Original], Voraussetzungen für ein funktionierendes Patientenedukationssystem beschreibt (NCI CPEN

1998). Die dort genannten Kriterien wurden verglichen mit Erkenntnissen, die bei Besuchen in mehreren in- und ausländischen Kliniken mit implementiertem Patientenedukationssystem sowie durch Literaturrecherche gewonnen wurde.“ (S. 351)

„**Konzeptentwicklung** [Hervorhebung im Original]

Um ein Patientenedukationssystem zu konzipieren, das sich in der Praxis konstruktiv umsetzen lässt, bietet es sich an, die positiven Faktoren der einzelnen erprobten Modelle zu vereinen (Abb.):

[In der Abbildung werden mögliche Elemente eines Edukationssystems aufgeführt: Nähe der Berater zum Patienten – Prozessbegleitung, Ressourcen zum Erstellen, implementieren, Evaluieren – Know-how, Bibliothek, Externes Angebot, Patientenedukation als Organisationsziel, interdisziplinäre Zusammenarbeit (vgl. S. 353).]

- Patientenedukation als Organisationsziel ermöglicht eine unkomplizierte Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen und fördert die überaus wichtige interdisziplinäre Ausrichtung von Patientenedukation.

- Die Nähe der Berater zum Patienten ermöglicht eine schnelle und einfache Verfügbarkeit und zeitnahes Eingehen auf Probleme.

- Angemessene Ressourcen zum Erstellen, Implementieren und Evaluieren von Patientenedukationsprogrammen sind Voraussetzung für fundierte und bedürfnisorientierte Materialien, die bei Bedarf verfügbar sind. Dies wird zusätzlich durch eine Instanz gefördert, die über das entsprechende Know-how verfügt.

- Eine Bibliothek zur Unterstützung und Beratung der Patienten bei ihrer Recherche schafft neben einer höheren Patientenzufriedenheit auch ein positives Bild in der Öffentlichkeit. Dies kann weiter gefördert werden durch abendliche Veranstaltungen als externes Angebot (zum Beispiel Grahn 1996).

Ein Konzeptentwurf, der diese Faktoren berücksichtigt, könnte wie folgt aussehen:

Ein Kern des Patientenedukationssystems wäre ein Zentrum, welches Know-how für die Erstellung, Implementierung und Evaluation von Patientenedukationsprogrammen zu Verfügung stellt und interdisziplinär abstimmt sowie eine Patientenbibliothek betreut. Zielgruppe dieses Zentrums sollten nicht nur Patienten und Angehörige sein, sondern

	<p>Pflegende des Klinikums. Diese benötigen bei ihrer Patientenedukation. Es darf nicht vergessen werden, den Wissensrückstand, den sie gegebenenfalls gegenüber informierten Patienten erlangen, durch gezielte Angebote zu beheben. Eine weitere Aufgabe bestünde in der Organisation und Durchführung von Veranstaltungen für die interessierte Öffentlichkeit. Einen zweiten Kern bildeten Beraterinnen in den Stationen, die durch ihre Nähe zum Patienten den intensivsten Kontakt zu ihnen haben und auch Patienten erreichen, die nicht mobil sind. Von ihnen kommen auch Anregungen für neue Programme, die dann in Kooperation mit dem Oben genannten Zentrum entwickelt werden.“ (S. 353)</p>
F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor	
F1.1 Praxis	
F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich	
F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/Abteilung ist beteiligt, wer ist Kooperationspartner	
F1.1.3 Wurde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt	
F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/-ablauf/ -inhalt und Ergebnis	
F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/-ablauf/ -inhalt wird dargestellt	
F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	
F2.1.2 Ziel der Studie	

F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf, Aufbau)	
F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse	
G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung / Information im Krankenhaus durchführen	
G2 Der Artikel stellt die geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor	„Da für Patientenedukation unter anderem eine hohe Feldkompetenz benötigt wird, wären Absolventinnen der Weiterbildung „Pflege in der Onkologie“ für die Aufgabe der Beratung besonders gut geeignet. Um eine kontinuierliche Begleitung der Patienten zu garantieren, wäre eine Verzahnung mit „Primary Nursing“ [Hervorhebung im Original] sinnvoll.“ (S. 353)

2007

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 22: Ernährung/ Ernährungsberatung für Patienten mit chemotherapie-bedingten Beschwerden. Eine evidenz-basierte pflegerisch-interdisziplinäre Praxisleitlinie

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	PrInterNet/ Pflegewissenschaft
A2 Artikelnummer/ Überschrift	Artikel 22 Ernährung/ Ernährungsberatung für Patienten mit chemotherapie-bedingten Beschwerden. Eine evidenz-basierte pflegerisch-interdisziplinäre Praxisleitlinie
A3 Erscheinungsjahr	Januar/ 2007
A4 Autor/ Autoren	Bernd, Ute; Horn, Ingrid; Knerr, Astrid; Landenberger, Margarete; Renz, Petra
A5 Seitenzahl	Seite 5 - 13
A6 Rubrik	Angewandte Pflegeforschung
A7 Inhaltscharakterisierung	Vorstellung einer evidenzbasierten Praxisleitlinie.
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	
B2 Ein pflegetheoretischer Hintergrund wird einbezogen	„Den theoretischen Rahmen stellt das Modell von Dorothea Orem dar, das professionelle Hilfestellung in Pflege und Gesundheitsförderung im Spannungsfeld zwischen Verlust und (Wieder-) Gewinn der Selbstpflegekompetenz des Patienten sieht (Orem 1997). Zudem ist das Modell der Salutogenese zentral, weil es die Ressourcen des Patienten und dessen Handlungskompetenzen betont (Antonowski 1997). Die Modelle zielen darauf, dass der Patient durch erweitertes Wissen und Anleitung motiviert wird, die Nebenwirkungen der Behandlung frühzeitig zu erkennen, diese zu reduzieren und so eine größtmögliche Lebensqualität und Alltagsautonomie zu erreichen. Behandlung und Pflege sollen nicht „am Patienten“ [Hervorhebung im Original] erfolgen, sondern die Möglichkeit des Mitentscheidens und der Mitwirkung bieten im stationären, tagesklinischen, ambulanten und häuslichen Bereich (Koch-Straube 2001: 99ff; Wydler/ Kolip 2000: 11ff).“ (S. 6)

C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt	
D Aktueller Stand	
D Der Artikel beschreibt den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information bezogen auf das Krankenhaus	
E Bedarf/ Legitimation	
E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert	„Isenring et al. (2004) untersuchten die Wirksamkeit von Ernährungsinformation und -beratung [Hervorhebung im Original] und kamen zu dem Ergebnis, dass Ernährungszustand und Lebensqualität onkologischer Patienten durch rechtzeitige gezielte Maßnahmen signifikant erhalten oder sogar gesteigert werden können (Isenring et al. 2004; vgl. auch Ravasco et al. 2005). Pflegerische Anleitung und Schulung haben einen positiven Effekt auf Anzahl und Wirksamkeit von Selbstpflegehandlungen (Williams/ Schreier et al. 2004; Benor/ Delbar et al. 1998; Borjeson/ Hursti et al. 2002).“ (S. 6)
E2 Im Artikel wird der Zeitpunkt, wann Patientenedukation/ Beratung/ Schulung stattfinden sollte, bestimmt	
F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug	
F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel, stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltlich mit der Thematik auseinander	Vorstellung einer evidenzbasierten Praxisleitlinie. „Die hier vorgestellte Praxisleitlinie Ernährung/ Ernährungsberatung wurde im Rahmen einer pflegewissenschaftlichen Studie als evidenzbasierte pflegerische Handlungsempfehlung [Hervorhebung im Original] für Pflegende bei der Umsetzung einer neuen Studien-Intervention entwickelt.“ (S. 9) „Die Inhalte der Praxisleitlinie werden den Pflegenden in einer speziellen Schulung vermittelt und während der Praxisumsetzung fachlich begleitet.“ (S. 9)

„Die Praxisleitlinie „Ernährung/ Ernährungsberatung“ [Hervorhebung im Original] empfiehlt instrumentelle und kommunikative activities (Pflegetmaßnahmen). Unter instrumentellen Maßnahmen werden direkte pflegerische und ernährungstherapeutische Maßnahmen verstanden wie bspw. Gewichtskontrolle, Flüssigkeitsbilanz, Reingung von hochkalorischer Ernährung oder Wunschkost. Kommunikative Maßnahmen sind Ernährungsberatung und -anleitung.“ (S. 9)

„Das **Ziel der Praxisleitlinie** [Hervorhebung im Original] wurde wie folgt festgelegt: Die pflegerische Unterstützung der Ernährung gehört zu den selbstverantwortlichen Aufgaben der Pflege (KrPflG 2004). Pflegende unterstützen den Patienten bei der Linderung des ANE-Syndroms durch pflegerische ernährungsbezogene Maßnahmen und die dazugehörige Beratung und Anleitung. Gemäß KrPflG zählen die Interventionen der so genannten Allgemeinen Pflege (Grundpflege) zum Kern der selbstständigen und eigenverantwortlichen Aufgaben der Pflegenden. Sobald jedoch ein spezielles Ernährungsproblem beim Patienten vorliegt, sind Pflegende im Rahmen ihrer Mitwirkungs- und interdisziplinären Aufgaben gefordert. Sie unterstützen Arzt und Diätassistenten bei der Ernährungs-Therapie des Patienten, indem sie die ärztlich veranlassten Maßnahmen eigenständig durchführen und deren Wirkung kontrollieren, den Patienten in diese Schritte einbeziehen und den Arzt bzw. die Diätassistentin informieren.“ (S. 9)

„Die Praxisleitlinie liegt als ausführliche **Handreichung auf den Stationen** [Hervorhebung im Original] vor. Der Maßnahmenkatalog sowie der Algorithmus [...] fassen in Kurzform die Schritte des Pflegeprozesses zusammen und dienen somit als praktische Arbeitshilfe im Stationsalltag.“ (S. 9)

„Neben dem instrumentellen wird der ernährungsbezogene kommunikative Bedarf erfragt. Liegt ein solcher vor, erfolgt eine gezielte pflegerische Ernährungsinformation und -anleitung als edukative Intervention. Die Patienten werden dann im **Erstgespräch** [Hervorhebung im Original] von der Pflegenden darüber informiert, dass durch spezielle Ernährungsmaßnahmen ihr Wohlbefinden verbessert, ihre körperliche Aktivität gesteigert oder erhalten, das Ausmaß

	von Nebenwirkungen verringert und die Toleranz der Chemotherapie verbessert werden kann. Zu diesem Gespräch erhalten sie eine Informationsbroschüre mit Ernährungsempfehlungen zu den möglichen Nebenwirkungen der Chemotherapie sowie weitere ernährungsbezogene Informationen. [...] Stellt die Pflegende eine unzureichende Nahrungsaufnahme fest, informiert sie den behandelnden Arzt und ggf. die Diätassistentin, um Maßnahmen zur Verbesserung des Ernährungsstatus einzuleiten (z. B. Verabreichen von Zwischenmahlzeiten, Versorgung mit Trinknahrung, hochkalorische Kost).“ (S. 11f)
F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor	
F1.1 Praxis	
F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich	Onkologie (Vgl. S. 5)
F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/ Abteilung ist beteiligt, wer ist Kooperationspartner	Beteiligte Zentren: Universitätsklinikum Halle, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Klinikum rechts der Isar, Universitätsklinikum, Technische Universität München (vgl. S. 5).
F1.1.3 Wurde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt	
F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/ -ablauf/ -inhalte und Ergebnis	
F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/ -ablauf/ -Inhalte.	
F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	
F2.1.2 Ziel der Studie	
F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/	

Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf; Aufbau)	
F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse	
G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung / Information im Krankenhaus durchführen	
G2 Der Artikel stellt die geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor	

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 23: Patienteninformationszentrum. Anlaufstelle für Wissensdurstige

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	Die Schwester Der Pfleger
A2 Artikelnummer/ Überschrift	Artikel 23 Patienteninformationszentrum. Anlaufstelle für Wissensdurstige
A3 Erscheinungsjahr	46. Jahrgang, 4/ 2007
A4 Autor/ Autoren	Jacobs, Beke
A5 Seitenzahl	Seite 312 - 315
A6 Rubrik	Schwerpunkt
A7 Inhaltscharakterisierung	Im Artikel wird das Patienteninformationszentrum am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein vorgestellt.
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	
B2 Ein pflegetheoretischer Hintergrund wird einbezogen	„Grundsätzlich basiert das Konzept des PIZ auf dem Modell der Salutogenese des Soziologen Aaron Antonovsky [...]. Nach diesem Modell ist das Maß des Kohärenzgefühls und der Widerstandsressourcen für das Verhalten in einem akuten oder chronischen Krankheitsfall von großer Bedeutung. Es beeinflusst die eigene Handlungsfähigkeit und – motivation und bestimmt so den Behandlungsverlauf sowie die Auseinandersetzung mit einem gesundheitlichen Ergebnis und dessen mögliche Folgen.“ (S. 312)
C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt	„Es ist das Ziel des PIZ, Betroffene zu möglichst großer Eigenverantwortung und – kompetenz zu begleiten. Kranke wie auch pflegende Angehörige sollen die Möglichkeiten zur Gestaltung der neuen Lebenssituation finden und anwenden können.“ (S. 313 f)
D Aktueller Stand	
D Der Artikel beschreibt den aktuellen	„Für Pflegende sind die Aufgaben der Information, Schulung und Beratung ein wesentlicher

Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, bezogen auf das Krankenhaus	Bestandteil ihrer täglichen Arbeit mit Patienten und Angehörigen [...]. Sie werden häufig während des stationären Aufenthaltes von Patienten oder Angehörigen angesprochen, um offen gebliebene Verständnisfragen zu krankheits- und pflegebezogenen Themen zu stellen oder um mögliche Lösungsmöglichkeiten für zu erwartende Einschränkungen oder Veränderungen mit neuen Lebensgegebenheiten im häuslichen Bereich zu besprechen.“ (S. 312)
E Bedarf/ Legitimation	
E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert	„Patienten werden heute im Krankenhaus mit immer komplexeren Behandlungen und neuen medizinischen, technischen und pflegerischen Möglichkeiten konfrontiert, die in einer immer kürzer werdenden Verweildauer von den Betroffenen verstanden und akzeptiert werden sollen. Aus diesem Grund ist es notwendig, das Informations-, Schulungs- und Beratungsangebote zu erweitern und auszubauen.“ (S. 312)
E2 Im Artikel wird der Zeitpunkt, wann Patientenedukation/ Beratung/ Schulung stattfinden sollte, bestimmt	
F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug	
F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltliche mit der Thematik auseinander	<p>Der Artikel stellt ein Praxisbeispiel vor.</p> <p>„Das PIZ ist eine innovative zielgerichtete Einrichtung für alle Patienten, Angehörige und Interessierte. Durch das vielfältige und offene Angebot an Informationen, Schulungen und Beratungen bietet es eine zusätzliche Option, sich zu Fragen von Krankheit und Gesundheit zu informieren.“ (S. 315)</p> <p>„[Das PIZ unterstützt] Betroffene, sich neuen, wichtigen, oft Lebens verändernden Themen selbständig zu nähren. Es fördert somit die Eigeninitiativen, bekräftigt die bestehende Eigenverantwortung und stärkt die Selbstpflegekompetenz.“ (S. 315)</p> <p>Die Unterstützung des PIZ besteht aus verschiedenen Angeboten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Präsenzbibliothek - Internetzugang - Der Bereich Beratung schließt oft an das ersten „Informationsgespräch“ an. Den

	<p>Besuchern werden darin unterstützt, Sachverhalte für sich zu verstehen und in die eigene Lebenssituation einzubeziehen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bei Bedarf von Schulungen zu speziellen Pflegetätigkeiten oder im Umgang mit Hilfsmitteln stellen die Mitarbeiter einen Kontakt zu den entsprechenden Anbietern der Klinik her. (Vgl. S. 314) <p>„Aus der täglichen Arbeit im PIZ ergeben sich Themen wie Informationen zu verschiedenen Operationen, erforderliche Diäten bei bestimmten Medikamenteneinnahmen, Information zu Krebserkrankungen, evtl. notwendige Verhaltensänderungen in besonderen Lebenssituationen oder Möglichkeiten gesundheitsförderlichen Verhaltens. Themen der Pflegebedürftigkeit im Allgemeinen und bei Apoplex im Speziellen oder die Notwendigkeit einer Patientenverfügung sind zunehmend Bereiche, die deren Beantwortung Unterstützung im PIZ gesucht wird.“ (S. 313)</p> <p>„Das PIZ ist räumlich in einem Büro untergebracht, welches sich zentral gelegen im Hauptgebäude des Klinikums befindet. Damit es für alle Interessierten sichtbar zugänglich und nicht an eine bestimmte Station oder Abteilung gebunden ist.“ (S. 315)</p>
F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor	
F1.1 Praxis	
F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich	Einführung des Patienteninformationszentrums für das gesamte Klinikum. (Vgl. S. 312)
F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/ Abteilung ist beteiligt, wer ist Kooperationspartner	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck.(Vgl. S. 312)
F1.1.3 Wurde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt	Das Patienteninformationszentrum besteht seit 2006. (Vgl. 312)
F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/	

-ablauf/ -inhalt/ und Ergebnis	
F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/ -ablauf/ -inhalt	
F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	
F2.1.2 Ziel der Studie	
F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf, Aufbau)	
F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse	
G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung / Information im Krankenhaus durchführen	„Die beiden Mitarbeiter des PIZ verfügen jeweils über langjährige Erfahrung in der stationären Krankenpflege und über spezielle Weiterbildung wie „Fachkrankenschwester für rehabilitative Pflege“ bzw. einen Weiterbildungsstudiengang „Angewandte Gesundheitswissenschaften“ [Hervorhebungen im Original].“ (S. 313)
G2 Der Artikel stellt die geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor	

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 24: Pflegerische Beratung als Bestandteil des beruflichen Selbstverständnisses: Qualität spürbar machen

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	Pflegezeitschrift
A2 Artikelnummer/ Überschrift	Artikel 24 Pflegerische Beratung als Bestandteil des beruflichen Selbstverständnisses: Qualität spürbar machen
A3 Erscheinungsjahr	4/ 2007
A4 Autor/ Autoren	Bohlender, Carola; Kautz, Bianca
A5 Seitenzahl	Seite 219 - 221
A6 Rubrik	Pflegemanagment
A7 Inhaltscharakterisierung	„Am Klinikum der Stadt Ludwigshafen gGmbH wird auf verschiedenen Wegen daran gearbeitet, Beratung zum integralen Bestandteil des beruflichen Selbstverständnisses der Pflege zu machen.“ (S. 219) Im Artikel werden konzipierte Bildungsangebote (Fortbildungen für Mitarbeiter, ein Pflegeberatungszentrum und eine Angehörigenschulung)zum Thema Beratung vorgestellt.
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	
B2 Ein pflegetheoretischer Hintergrund wird einbezogen	
C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt	
D Aktueller Stand	

<p>D Der Artikel beschreibt den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, bezogen auf das Krankenhaus</p>	<p>„Pflegerische [haben] auch schon immer beraten. Allerdings geschah dies mehr oder minder unbewusst und unstrukturiert. Beratung als Bestandteil des Pflegeprozesses ist bislang nicht flächendeckend verinnerlicht. Pflegerische haben häufig Schwierigkeiten, ihre Rolle im Beratungsprozess und ihre Beratungsaufgaben zu benennen. Die Arbeitsdichte nimmt in Zeiten wirtschaftlicher Verteilungskämpfe im Gesundheitswesen beständig zu und den Pflegenden fällt es angesichts schwindender Personalressourcen zunehmend schwerer, sich dem Beratungsauftrag mit der nötigen Motivation zu widmen.“ (S. 219)</p>
<p>E Bedarf/ Legitimation</p>	
<p>E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert</p>	<p>„Die Qualität der pflegerischen Arbeit ist eng verbunden mit der Beratung und der Information, wobei derzeit ein Paradigmenwechsel registriert werden kann: Die Beratung von Patienten rückt Stück für Stück aus ihrem Schattendasein heraus, findet sich als originär pflegerischer Aufgabe im Krankenpflegegesetz, in den nationalen Expertenstandards oder in der Rahmenberufsordnung des Deutschen Pflegerates (DPR) wieder.“ (S. 219)</p> <p>„Die besondere Situation eines Krankenhausaufenthalts [...] bedingt einen besonderen Informations- und Beratungsbedarf der Patienten und ihrer Bezugspersonen.“ (S. 219)</p>
<p>E2 Im Artikel wird der Zeitpunkt, wann Patientenedukation/ Beratung/ Schulung stattfinden sollte, bestimmt</p>	
<p>F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug</p>	
<p>F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltlich mit der Thematik auseinander</p>	<p>Im Artikel wird ein Praxisbeispiel vorgestellt</p> <p>„Am Klinikum der Stadt Ludwigshafen gGmbH wird auf verschiedenen Wegen daran gearbeitet, Beratung zum integralen Bestandteil des beruflichen Selbstverständnisses der Pflege zu machen.“ (S. 219)</p> <p>„Im Klinikum der Stadt Ludwigshafen gGmbH wurden verschiedene Wege eingeschlagen, um Beratung dort zu einer lebendigen Kultur werden zu lassen.“ (S. 220)</p> <p>„Gesundheitsberatungszentrum [Hervorhebung im Original]</p> <p>In Erweiterung und Ergänzung zur pflegerischen Beratung im täglichen Pflegeprozess wurde am Klinikum begonnen, ein „GesundheitsBeratungsZentrum der Pflege“ zu etablieren. [...] Das Zentrum wendet sich nicht vorrangig an Patienten, sondern an alle interessierten Laien,</p>

	<p>besonders an pflegende Angehörige, unabhängig von einem Aufenthalt in der Klinik. [...]</p> <p>Als wichtigste Zielgruppe des Gesundheitsberatungszentrums haben sich bis dato pflegende Angehörige bzw. pflegende Bezugspersonen erwiesen. Insbesondere die Schulung „Mobilisieren, Bewegen und Lagern von Angehörigen ... muss keine Schwerstarbeit sein“ [Hervorhebung im Original] ist stets gut besucht. Sie findet zweimal pro Halbjahr an jeweils drei Abenden à 90 Minuten statt. Mit dem gleichen Zeitumfang wird außerdem eine Schulung speziell zum Thema Dekubitus angeboten. Auch die Ernährung im Alter ist Thema einer Veranstaltung. Für 2007 sind weitere Schulungen geplant, unter anderem zur Kontinenzförderung, zum Umgang mit chronischen Schmerzen und auch zu verschiedenen Entspannungstechniken.“ (S. 220 f)</p>
F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Pflegeberatung / Schulung/ Anleitung/ Information, die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor	
F1.1 Praxis	
F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich	Durchführung von Intensiv- und Basisseminaren zum Thema Beratung (für Pflegefachkräfte der Stationen). Entwicklung eines Patientenberatungszentrums für das Klinikum. Durchführung von Angehörigenschulungen zweimal pro Halbjahr. (Vgl. 220 ff)
F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/ Abteilung ist beteiligt, wer ist Kooperationspartner	Das Klinikum der Stadt Ludwigshafen. (Vgl. S. 219)
F1.1.3 Wurde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt	
F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/-ablauf/ -inhalte und Ergebnis	<p>„Bildungsangebote</p> <p>Ein Angebot von zentraler Bedeutung sind zweitägige Intensivseminare, in denen sich die pflegerischen Mitarbeiter Kenntnisse und Fähigkeiten auf folgenden Gebieten aneignen können:</p> <ul style="list-style-type: none"> •• gesetzliche Grundlagen

	<ul style="list-style-type: none"> •• Rolle der Pflegenden im Beratungsprozess •• Kompetenzen der Gesprächsführung •• Struktur eines Beratungsgesprächs •• Entwicklung eines Gesprächsleitfadens •• Dokumentation der Beratungsgespräche •• Umgang mit schwierigen Beratungssituationen •• Integration der Beratung in das eigene Arbeitsfeld •• Integration der Beratung in den Pflegeprozess •• Praxistransfer.“ (S. 220) <p>„Da nicht alle Mitarbeiter die Möglichkeiten haben, an den Intensivseminaren teilzunehmen, aber möglichst viele von ihnen innerhalb eines möglichst kurzen Zeitraums grundlegende Beratungskompetenzen erwerben sollen, werden zusätzliche anderthalb- bis dreistündige Kurzseminare für die einzelnen Abteilungen angeboten In diesem Rahmen werden Basiskenntnisse zur Gestaltung eines Beratungsgesprächs vermittelt. [...] Das übergeordnete Ziel der Seminare ist es, die Verinnerlichung der Beratung als originär pflegerischer Aufgabe bei den Teilnehmern zu erreichen.“ (S. 220)</p>
F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/-ablauf/ -inhalte.	
F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	
F2.1.2 Ziel der Studie	
F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf, Aufbau)	
F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse	
G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus	

<p>durchführen</p> <p>G2 Der Artikel stellt die geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor</p>	<p>„Für die im Beratungszentrum tätigen pflegenden wurde ein Kompetenzprofil erarbeitet. Zum einen sollten die betreffenden Mitarbeiter eine hohe Fachkompetenz auf dem jeweiligen Gebiet besitzen, zum anderen sollten sie folgende Voraussetzungen erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fundierte Kenntnisse in der Kommunikation und Kommunikationspsychologie • fundierte Kenntnisse über Methodik und Didaktik in Beratungsgesprächen • sehr gute sprachliche und schriftliche Ausdrucksweise • gute Selbstorganisation, Selbstdarstellung • Rollenreflexion • gutes Konfliktmanagement • Kompetenzen der Gesprächsführung • hohe soziale Kompetenz • Kooperation mit am Beratungsprozess beteiligten Institutionen (zum Beispiel Selbsthilfegruppen, Psychologen) • methodische und didaktische Kompetenz zur Gestaltung einer Gruppenschulung (Gruppenedukation) • Kenntnisse über das Beschaffen von Informationen aus unterschiedlichen Medien und deren Vermittlung an die Betroffenen • Bereitschaft zum Lernen, zur Veränderung und zur Annahme von Unterstützung.“ (S. 220)
--	--

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 25: Beratung und Steuerung. Pflege als Koordinator für Menschen mit Herzinsuffizienz

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	Die Schwester Der Pfleger
A2 Artikelnummer/ Überschrift	Artikel 25 Beratung und Steuerung. Pflege als Koordinator für Menschen mit Herzinsuffizienz
A3 Erscheinungsjahr	11/2007
A4 Autor/ Autoren	Kolbe, Nina
A5 Seitenzahl	Seite 998 - 1001
A6 Rubrik	Praxis
A7 Inhaltcharakterisierung	
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	
B2 Ein pflegetheoretischer Hintergrund wird einbezogen	(der Autor benutzt das Wort „Selbstversorgungsdefizit“, Hinweis auf das Pflegemodell von D. Orem, vgl. S.999)
C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt	„International haben sich so genannte Selbstmanagementprogramme etabliert mit dem Ziel, den Patienten zu befähigen, die Verantwortung in einem oder mehreren Aspekten seiner chronischen Krankheit selbst zu übernehmen, um sich so zu einem Experten im Management seines Alltags zu entwickeln.“ (S. 999)
D Aktueller Stand	
D Der Artikel beschreibt aus seiner Sicht den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, bezogen auf das Krankenhaus	

E Bedarf/ Legitimation	
E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert	„In Deutschland leiden zirka zwei bis drei Millionen Menschen an einer chronischen Herzinsuffizienz. Sie verursachen Kosten in Höhe von 2,4 Milliarden Euro, wobei zwei Drittel durch häufige Krankenhauseinweisungen entstehen. Betrachtet man die Ursachen einer Dekompensation, so zeigt sich, dass Schulungen und eine koordinierte Versorgung der Betroffenen die Krankenhauseinweisungen reduzieren können.“ (S. 998)
E2 Der Autor bestimmt den Zeitpunkt, wann Patientenedukation/ Beratung/ Schulung stattfinden sollte	„Die Edukation ist ein Teil der Entlassungsplanung und sollte im Krankenhaus bereits beginnen. Aber es empfiehlt sich, die Edukation zu intensivieren, wenn der Patient stabiler ist und beginnt, mit der Diagnose zu leben.“ (S. 1001)
F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug	
F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltlich mit der Thematik auseinander	Artikel zum Thema Patientenedukation im Krankenhaus bezogen auf Menschen mit einer Herzinsuffizienz.
F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Beratung / Schulung/ Anleitung/ Information die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor	
F1.1 Praxis	
F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich	
F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/ Abteilung ist beteiligt, wer ist Kooperationspartner	
F1.1.3 Wurde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt	
F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/ -ablauf/ -inhalte und Ergebnis	„Die Patientenedukation ist eine unabkömmliche Komponente bei der Behandlung von Menschen mit Herzinsuffizienz. Unkenntnis des Patienten stellt eine der häufigsten Ursachen für eine Dekompensation dar. Innerhalb von Schulung sollen die Patienten verstehen lernen,

	woher ihre Symptome kommen. [...] In einem weiteren Schritt kann er nun erlernen und verstehen, welche Zeichen oder Symptome auf eine Dekompensation hinweisen und ist so imstande, frühzeitig Gegenmaßnahmen einzuleiten. Der Bereich der Medikamenteneinnahme stellt eine weitere Säule der Edukation dar. (S. 1000)
F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/-ablauf/ -inhalte	
F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	
F2.1.2 Ziel der Studie	
F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf, Aufbau)	
F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse	
G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung / Information im Krankenhaus durchführen	
G2 Der Autor stellt die geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor	International: „Der Gesundheits- und Krankenpflege mit einer speziellen Weiterqualifizierung (Advanced Practice Nurse) wird [...] eine Schlüsselrolle innerhalb der Versorgung dieser Patientengruppe zugesprochen. Sie verfügen über Kompetenz, nach den Prinzipien der Gesundheitsförderung, der Gesundheitserhaltung, der Prävention und der frühzeitigen Intervention zu agieren. Dadurch sind sie in der Lage, den Patienten und seine Familie nicht nur in der Ausübung der Therapie und Kompensation ihrer physischen Einschränkungen, sondern auch durch Edukation und Beratung im Umgang mit der Krankheit im Alltag zu unterstützen.“ (S. 999) Am Institut für Pflegewissenschaft der Privaten Universität Witten/ Herdecke ist eine Qualifizierung zur „Pflegeexpertin Herzinsuffizienz“ im Aufbau. (Vgl. S. 1001

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 26: Patienteninformationszentrum. Edukative Unterstützung der Patienten im Krankenhaus

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	Die Schwester Der Pfleger
A2 Artikelnummer/ Überschrift	Artikel 26 Patienteninformationszentrum. Edukative Unterstützung der Patienten im Krankenhaus
A3 Erscheinungsjahr	12/ 2007
A4 Autor/ Autoren	Abt-Zegelin, Angelika; Adler, Aloys
A5 Seitenzahl	Seite 1074 - 1077
A6 Rubrik	Schwerpunkt
A7 Inhaltscharakterisierung	Im Artikel werden zwei Patienteninformationszentren vorgestellt
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	„Aktivitäten der Patienteninformation, der Schulung und Beratung, international bekannt unter „Eduktion“ [Hervorhebung im Original] [...].“ (S. 1074)
B2 Ein pflegetheoretischer Hintergrund wird einbezogen	
C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt	
D Aktueller Stand	
D Der Artikel beschreibt den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information bezogen auf das Krankenhaus	„Patientenedukation findet sicher in vielfältigen Formen bereits statt. Allerdings wird sie oft informell (während der Pflegearbeit) vermittelt und in unterschiedlicher Qualität. Insgesamt erfolgt ein Training zur Selbstpflege eher punktuell und zufällig. Immer noch verlassen viele Kranke schlecht informiert die Krankenhäuser [...].“ (S. 1074)
E Bedarf/ Legitimation	
E1 Im Artikel wird der Bedarf von	„Gerade in Zeiten der DRGs und Verkürzung der Klinikaufenthalte sollten alle

Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert	Anstrengungen unternommen werden, Patienten und Angehörige zur Selbstpflege zu befähigen. Neben wirtschaftlichen Gründen und Wettbewerbsvorteilen geht es hier auch darum, den Bedürfnissen der Betroffenen nach mehr Autonomie und Partizipation Rechnung zu tragen. [...] Der Umgang mit chronischen Krankheiten erfordert Management durch die Betroffenen, und aufwendige moderne Therapieverfahren sind ohne Mitarbeit der Patienten nicht denkbar. Die Gesundheitspolitik setzt auf Selbstmanagement und mahnt die Vermittlerrolle der Profis an. Auch in Leitlinien und Nationalen Expertenstandards wird auf Patientenedukation verwiesen.“ (S. 1074)
E2 Im Artikel wird der Zeitpunkt, wann Patientenedukation/ Beratung/ Schulung stattfinden sollte, bestimmt	„Es ist nahe liegend, Information und Schulung zeitnah dort anzubieten, wo der betroffene Leistungen bei Pflege und Medizin ohnehin abrufen: im Krankenhaus.“ (S. 1074)
F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug	
F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltlich mit der Thematik auseinander	<p>Im Artikel beschreibt zwei Praxisbeispiele (Vorstellung zweier Patienteninformationszentren).</p> <p>Patienteninformationszentrum am Märkischen Klinikum: „[...] gemeint sind damit Biblio-Mediatheken mit Internetzugang usw.“ (S.1075) „Es wird rege genutzt und ist vielfältig in die Klinikstrukturen integriert. Zahlreiche Impulse für die edukative Unterstützung der Klinikpatienten sind vom Zentrum ausgegangen: Mikroschulungen und komplette Anleitungsprogramme wurden auf den Weg gebracht, Patientenedukation wurde in klinische Behandlungspfade eingearbeitet und das Zentrum als Feld für Pflegeausbildung erschlossen.“ (S. 1075)</p> <p>Patienteninformationszentrum im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder: „Das Kernstück des PIZ ist eine Bibliothek mit gut verständlicher Literatur, Zeitschrift und Broschüren. [...] Außerdem haben Besucher im PIZ die Möglichkeit, sich kurze Filme anzuschauen [...]. Im Internet können sie nach hilfreichen Websites zu ihrer Erkrankung oder anderen gesundheitlichen Themen suchen. [...] Das Konzept des PIZ ist mit den unterschiedlichen Berufsgruppen und Abteilungen abgestimmt und trägt somit zu einer sinnvollen Ergänzung des bestehenden Angebotes des Hauses bei. [...] Des Weiteren bündelt</p>

	<p>das PIZ Informationen über interne und externe Anbieter von Gesundheitsleistungen und vermittelt die entsprechenden Kontakte. (S. 1075f)</p> <p>„Eine weitere Aufgabe der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Patienteninformationszentrums ist die Unterstützung bei der Entwicklung von Beratungs- und Schulungskonzepten auf den einzelnen Stationen des Krankenhauses.“ (S. 1076)</p>
F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Beratung / Schulung/ Anleitung/ Information die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor	
F1.1 Praxis	
F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich	
F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/ Abteilung ist beteiligt, wer ist Kooperationspartner	<p>1. Patienteninformationszentrum am Märkischen Klinikum, Lüdenscheid. Kooperationspartner: Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/ Herdecke.</p> <p>2. Patienteninformationszentrum im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Trier. Kooperationspartner: Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/ Herdecke und das akademische Lehrkrankenhaus der Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz. (Vgl. S. 1075f)</p>
F1.1.3 Wurde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt	<p>Das Patienteninformationszentrum in Lüdenscheid: „Heute, nach acht Jahren, ist das Zentrum nicht mehr wegzudenken.“ (S.1075)</p>
F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/ -ablauf/ -inhalte und Ergebnis	
F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/ -ablauf/ -inhalte	
F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der	

Studie	
F2.1.2 Ziel der Studie	
F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf, Aufbau)	
F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse	
G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus durchführen	<p>„International werden die Aktivitäten der Patientenedukation vor allem durch die Pflegeberufe getragen. [...] Sie genießen Vertrauen, sind alltagsorientiert und finden die richtigen Worte“ (S.1075)</p> <p>Für das Patienteninformationszentrum im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Trier: „Professionelle Pflegekräfte (1,8 Planstellen) helfen den Besuchern des Informationszentrums bei der Auswahl der Medien und stehen für ein persönliches Beratungsgespräch zur Verfügung. Die Mitarbeiterinnen verfügen über langjährige Erfahrung in der stationären und ambulanten Krankenkpflege und über spezielle Weiterbildungen.“ (S. 1976)</p>
G2 Der Artikel stellt die geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor	

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 27: Pflegeberatung. Pflegerische Aufklärung kann perioperative Schmerzen reduzieren

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	Die Schwester Der Pfleger
A2 Artikelnummer/ Überschrift	Artikel 27 Pflegeberatung. Pflegerische Aufklärung kann perioperative Schmerzen reduzieren
A3 Erscheinungsjahr	12/ 2007
A4 Autor/ Autoren	Schneider, Frank
A5 Seitenzahl	Seite 1078 - 1082
A6 Rubrik	Schwerpunkt
A7 Inhaltscharakterisierung	Im Rahmen der Studie wird der Frage nachgegangen, inwiefern sich eine pflegerische Beratung positiv auf das Schmerzempfinden und die Lebensqualität auswirken kann
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	
B2 Ein pflegetheoretischer Hintergrund wird einbezogen	
C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt	
D Aktueller Stand	
D Der Artikel beschreibt den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, bezogen auf das Krankenhaus	„Im Bereich der modernen Schmerztherapie hat die Patientenedukation und –partizipation eine hohe Bedeutung. Dies liegt vor allem daran, dass nur der Patient verlässliche Informationen bezüglich seiner Schmerzen geben kann und die Therapie maßgeblich anhand dieser Auskünfte konzipiert wird. Klassischerweise führen solche Beratungen in stationären Bereich der Anästhesist und der Chirurg durch.“ (S. 1078)

E Bedarf/ Legitimation	
E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert	
E2 Im Artikel wird der Zeitpunkt, wann Patientenedukation/ Beratung/ Schulung stattfinden sollte, bestimmt	
F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug	
F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltlich mit der Thematik auseinander	
F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor	Eine Studie wird vorgestellt. „Es stellt sich die Frage, in welcher Weise und in welchem Maße die professionelle Pflege dieser Aufgaben nachkommen kann und welche Auswirkung eine pflegerische Beratung auf die Schmerzempfindung und die Lebensqualität der Patienten hat.(S. 1078)
F1.1 Praxis	
F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich	
F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/ Abteilung ist beteiligt, wer ist Kooperationspartner	
F1.1.3 Wurde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt	
F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/ -ablauf/ -inhalte und Ergebnis	
F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/ -ablauf/ -inhalte	

F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	Kreiskrankenhaus Grevenbroich. (Vgl. 1078)
F2.1.2 Ziel der Studie	„Eine Untersuchung geht nun der Frage nach, inwiefern sich eine pflegerische Beratung positiv auf das Schmerzempfinden und die Lebensqualität auswirken kann.“ (S. 1078)
F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf, Aufbau)	<p>Durchführung der Studie auf einer chirurgischen Station. Methodik: „Zur Untersuchung der Fragestellung wurde eine schriftliche Patientenbefragung im Kontrollgruppendesign gewählt. Hierfür wurde zunächst aus allen elektiv operierten Patienten einer chirurgischen Station des Kreiskrankenhaus Grevenbroich über einen Zeitraum von vier Monaten eine repräsentative Stichprobe gezogen. Die Patienten wurden per Zufallsprinzip in drei Gruppen eingeteilt. Die erste Gruppe (Broschüregruppe) bekam am Tag vor der Operation eine einfach gehaltene Informationsbroschüre zum Thema Schmerzbehandlung zu lesen. [...] Die zweite Gruppe (Gesprächsgruppe) erhielt vor der Operation ein standardisiertes Beratungsgespräch mit grundsätzlich denselben Inhalten. [...] Die dritte Gruppe (Kontrollgruppe) erhielt keine besonderen pflegerischen Beratungsangebote. Am dritten postoperativen Tag wurden alle Patienten einer schriftlichen Befragung unterzogen. Inhaltlich wurden folgende Themenbereich behandelt: -Situation des Patienten vor der Operation, -Beurteilung der durchgeführten schmerztherapeutischen Maßnahmen, -Erfahrungen und Erkenntnisse der Patienten im Laufe der Behandlung.“ (S.1078f)</p>
F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse	<p>„Auswirkungen der Schulungen auf das Befinden [Hervorhebung im Original] Zusammenfassend kann angenommen werden, dass die Gespräche ein geeignetes Mittel sind, offene Fragen und Unsicherheiten der Patienten präoperativ zu reduzieren und damit zur Angstminderung vor der Operation beizutragen. Einen ähnlichen Effekt, wenn auch nicht ganz so ausgeprägt, konnte in der Gruppe mit Aufklärungsbroschüre beobachtet werden.“ (S. 1080)</p> <p>„Auswirkungen der Schulung auf die Schmerzintensität [Hervorhebung im Original] Die Ergebnisse zeigen, dass bereits präoperativ in der Broschüregruppe, und noch deutlicher in der Gesprächsgruppe, niedrigere Intensitätswerte angegeben wurden als in der</p>

	<p>Kontrollgruppe. Dies lässt den Schluss zu, dass die Schulungen und Beratungen dazu beitragen, die von den Patienten wahrgenommenen Schmerzen günstig zu beeinflussen. [...] Das emotionale Wohlbefinden der Patienten konnte jedoch durch die Schulungen verbessert werden.“ (S. 1080f)</p> <p>„Auswirkungen auf die Bewertung des therapeutischen Teams [Hervorhebung im Original]</p> <p>Die Studienergebnisse deuten darauf hin, dass die Beratungen dabei helfen konnten, diese pflegerischen Maßnahmen der Schmerztherapie darzustellen, auf deren Blickwinkel hinzuweisen und bewusst zu machen. Die Patienten konnten durch die Beratungen entsprechend sensibilisiert werden und waren so in der Lage, die fachliche Kompetenzen des Pflegepersonals zu erkennen.“ (S. 1080)</p> <p>„Partizipations- und Selbstpflegedefizit [Hervorhebung im Original]</p> <p>Die Studienergebnisse haben gezeigt, dass die Beratungsgespräche wie auch die Broschüre geeignet sind, den Patienten Kompetenz zur Mitgestaltung der Therapie zu vermitteln.“ (S. 1080)</p> <p>„Die Studienergebnisse haben gezeigt, dass eine pflegerische schmerztherapeutische Beratung präoperativ sowohl sinnvoll als auch von den Patienten gewünscht ist. In folgenden Bereichen konnten positive Effekte beobachtet werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ängste konnten reduziert und das Wohlbefinden der Patienten verbessert werden. 2. Die Schmerzen wurden mit geringerer Intensität empfunden. 3. Die Patienten fühlten sich in einem kompetenten therapeutischen Team sicher aufgehoben. 4. Die Patienten kannten und erkannten ihre Partizipationsmöglichkeiten und die individuelle Ausrichtung der Therapie. 5. Die Patienten wurden, gemäß ihrer Selbsteinschätzung, in ihren Selbstpflegefähigkeiten gestärkt.“(S. 1081f)
G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus	

durchführen	
G2 Der Artikel stellt die geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor	

2008

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 28: Pflegefachberatung. Spezialisten sichern Pflegequalität

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	Die Schwester Der Pfleger
A2 Artikelnummer/ Überschrift	Artikel 28 Pflegefachberatung. Spezialisten sichern Pflegequalität
A3 Erscheinungsjahr	47. Jahrgang, 4/ 2008
A4 Autor/ Autoren	Spörer, Sonja
A5 Seitenzahl	Seite 374 – 377
A6 Rubrik	Management
A7 Inhaltscharakterisierung	Der Artikel stellt ein Praxisprojekt vor, in dem Pflegefachberater innerhalb eines Krankenhauses konsiliarisch Pflegeberatung- und Schulung zu ausgewählten Themen durchführen.
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	
B2 Ein pflegetheoretischer Hintergrund wird einbezogen	
C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt	
D Aktueller Stand	
D Der Artikel beschreibt den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information bezogen	

auf das Krankenhaus	
E Bedarf/ Legitimation	
E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert	<p>„Pflege als Beruf findet in einer sich kontinuierlich verändernden Gesellschaft statt. Gesellschaftliche und politische Veränderungen sind beispielsweise:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Steigende Lebenserwartung. - Zunehmende Anzahl chronisch kranker, multimorbider Menschen. - Verkürzung der vor- und nachstationären Zeiten seit Einführung der DRG. Für den Leistungserbringer bedeutet es, dass er innerhalb dieser vorgegebenen Zeit kompetent und effizient arbeiten muss. - Ambulant vor stationär – d. h. Patienten mit weniger pflegerischem Hilfebedarf sind immer seltener in der Klinik zu finden. - Der Trend zur Ein-Generationen-Familie bzw., Single-Haushalten [...]. - Der Gesetzgeber hat dem Patienten mehr Eigenverantwortung zugeschrieben. <p>Durch diese Veränderungen sind im Krankenhaus vor allem multimorbide, chronisch kranke hochbetagte Menschen zu finden, die immer mehr komplexe Pflegesituationen aufweisen. Die Patienten benötigen zunehmende Information, Beratung und Anleitung im Umgang mit ihrer Krankheit, um auch ohne die kontinuierliche Anwesenheit von professionell Pflegenden ihren Alltag zu bewältigen..</p> <p>Ein wichtiger Schritt, diesen neuen pflegerischen Aufgaben zu begegnen, ist das neue Krankenpflegegesetz vom Juli 2003. Es schreibt der Krankenpflege erstmals einen eigenverantwortlichen Auftrag zu , unter anderen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der Individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit sind als eigenverantwortliche Aufgabe der Pflege auszuführen. - Das Pflegeverständnis muss mehr auf die Selbstständigkeitsförderung der Patienten ausgerichtet sein.“ (S. 374 f)
E2 Im Artikel wird der Zeitpunkt, wann Patientenedukation/ Beratung/ Schulung	Die Anleitung und Schulung erfolgt innerhalb des Stationsalltags „am Patientenbett“ [Hervorhebung im Original] und wird von Spezialisten, das heißt von Pflegefachberatern

stattfinden sollte, bestimmt	durchgeführt.“ (S. 375)
F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug	
F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltlich mit der Thematik auseinander	<p>Im Artikel wird ein Praxisprojekt vorgestellt.</p> <p>„Ziel des Projektes war die Erstellung eines hausübergreifenden Konzeptes zur Beratung, Schulung und Anleitung von Patienten und dessen Angehörigen bei speziellen Gesundheitsproblemen, zum Beispiel Diabetes, Inkontinenz, chronische Wunden.“ (S. 375)</p> <p>„Das Pflegefachberatungskonzept soll die interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern, um Patientenversorgung zu verbessern und eine kontinuierliche Informationsweitergabe zu gewährleisten. Durch gezielten Material- und Zeiteinsatz soll für den Betrieb mehr Effizienz entstehen, um dadurch Kosten zu senken. Darüber hinaus soll ein klinikübergreifendes Netzwerk von Pflegefachberatungen zur Qualitätssicherung beitragen.“ (S. 375)</p> <p>„In den vergangenen Jahren hat sich gezeigt, dass der Bedarf nach Beratung und Anleitung nicht nur auf Station besteht, wo diese speziellen Krankheitsbilder medizinisch behandelt werden, sondern in sämtlichen Abteilungen des Hauses. Immer häufiger werden Pflegenden mit komplexen pflegerischen Versorgungsfragen konfrontiert. Selbst erfahrene Pflegenden können mit diesen Situationen an die Grenzen ihres Wissens stoßen und nicht in allen Versorgungsfragen kompetent sein (vergleichbar mit ärztlichen Konsilen).“ (S. 375)</p>
F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Beratung / Schulung/ Anleitung/ Information die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor	
F1.1 Praxis	
F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich	

F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/Abteilung ist beteiligt, wer ist Kooperationspartner	Caritas-Krankenhaus Bad Mergentheim
F1.1.3 Wurde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt	Seit rund zehn Jahren gibt es eine gewachsene Struktur von acht Pflegefachberatern im Caritas-Krankenhaus im Bereich der Versorgung von Uro- und Enterostomas.
F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/-ablauf/ -inhalte und Ergebnis	
F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/-ablauf/ -inhalte	<p>„In zwischen werden zusätzlich folgende Pflegefachberatungen angeboten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tracheostomaberatung, - Enterale Ernährung bei Erwachsenen und Kindern, - Diabestesberatung bei Erwachsenen und Kindern, - Asthmaschulung bei Kindern.“ (S. 375) <p>„Wie die organisierte Pflegeberatung abläuft</p> <p>Beim erstellen der Pflegeanamnese und der Pflegeplanung überlegt die zuständige Pflegefachkraft gemeinsam mit dem Patienten, wo das Selbstpflegedefizit liegt und welche Lösungsmöglichkeiten es dafür gibt. Stellt die Pflegefachkraft fest, dass sie bei einem komplexen Versorgungsproblem die Hilfe eines Fachberaters benötigt, so weißt sie den Patienten auf die im Krankenhaus vorhandenen Spezialisten hin und bittet den Patienten um sein Einverständnis, einen Fachberater hinzuziehen zu dürfen. [...] Der Fachberater klärt mit dem Patienten den Beratungs- Schulungsablauf und legt mit ihm Ziele fest. Nach den fachlich fundierten Informationen kann der Patient seine Handlungs- und Entscheidungskompetenz entwickeln und erweitern. Nach dem Beratungsprozess erfolgt der praktische Teil des Schulungsprozesses nach dem Festgelegten Konzept. Entwickeln sich keine ausreichenden Selbstpflegekompetenzen bzw. können die Angehörigen die Versorgung nicht übernehmen, wird eine ambulante Weiterbetreuung in die Wege geleitet und die Entlassung nach dem Expertenstandart zum Entlassungsmanagement geplant.</p> <p>Der Informations-/ Beratungsablauf sowie der Schulungsverlauf werden kontinuierlich in der Pflegedokumentation oder im dafür vorgesehen Dokumentationsbogen schriftlich festgehalten. Die Ergebnissicherung wird anhand einer Ergebnisscheckliste evaluiert.“ (S. 375 f)</p>

F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	
F2.1.2 Ziel der Studie	
F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf, Aufbau)	
F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse	
G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus durchführen	„Unter Pflegefachberatern verstehen wir im Caritas-Krankenhaus Bad Mergentheim in der Praxis arbeitende Experten bzw. Spezialisten mit spezifischen Kompetenzen, die auf die Bedürfnisse bestimmter Patientengruppen ausgerichtet ist. Sie sind erfahrene, examinierte Pflegefachkräfte [...] mit drei- bis fünfjähriger Berufserfahrung in einem bestimmten medizinischem Fachgebiet wie Innere Medizin oder Chirurgie. Sie verfügen zusätzlich über erweiterte Kenntnisse zur Versorgung/ Pflege zum Beispiel Diabetes, Stoma usw. Dieses Wissen über die Handlungsfelder, auf die sie sich spezialisiert haben, haben sie sich über Fort- und Weiterbildung angeeignet.“ (S. 375)
G2 Der Artikel stellt die geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor	

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 29: Patientenedukation. Schulungsprogramm für Patienten nach Herztransplantation

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	Die Schwester Der Pfleger
A2 Artikelnummer/ Überschrift	Artikel 29 Patientenedukation. Schulungsprogramm für Patienten nach Herztransplantation
A3 Erscheinungsjahr	07/ 2008
A4 Autor/ Autoren	Sicksch, Mirko
A5 Seitenzahl	Seite 594 - 597
A6	Schwerpunkt
A7 Inhaltscharakterisierung	Im Artikel wird ein stationäres Patientenschulungsprogramm für herztransplantierte Patienten vorgestellt.
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	
B2 Ein pflge theoretischer Hintergrund wird einbezogen	
C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt	„Ein weiterer Schwerpunkt nach Herztransplantation ist die Schulung zur Selbstmessung und Dokumentation der Vitalparameter. Patienten sollen schon auf der HTx-Station begreifen, wie wichtig diese täglichen Selbstmessungen für sie sind. Sie lernen, dass sie selber in der Lage sind, frühzeitig mögliche Komplikationen wie eine eventuelle Abstoßungsreaktionen zu erkennen.“ (S. 594) „Eine Patientenschulung ist erfolgreich gewesen, wenn sichergestellt ist, dass die Patienten „ihre“ [Hervorhebung im Original] Immunsuppressiva beziehungsweise „ihre“ Tabletten kennen.“ (S. 595)
D Aktueller Stand	

D Der Artikel beschreibt den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information bezogen auf das Krankenhaus	„Die momentane Studienlage zur Schulung von HTx-Patienten ist sehr dürftig.“ (S. 596) „Es gibt eine Vielzahl an Schulungstheorien von Patienten mit Herzinsuffizienz. Speziell bezogen auf eine Transplantation sieht es dürftiger aus.“ (S. 596)
E Bedarf/ Legitimation	
E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert	
E2 Im Artikel wird der Zeitpunkt, wann Patientenedukation/ Beratung/ Schulung stattfinden sollte, bestimmt	
F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug	
F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltlich mit der Thematik auseinander	Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel. „Ein zentrales Aufgabengebiet auf der Herztransplantationsstation liegt in der Pflege nach erfolgreicher Herztransplantation (HTx). Hier sind Schwerpunkte der Umgang mit den immunsupprimierten Patienten sowie speziell bei akuten Abstoßungsreaktionen.“ (S. 594) „Ein wesentlicher Aspekt pflegerischen Handelns ist [...] die Schulung, Beratung und Anleitung der Patienten. Dies umfasst nicht nur die Handhabung der medizinischen Geräte zur Messung der Vitalparameter, sondern auch das Kennen der persönlichen Norm und der Bedeutung einer Abweichung von dieser. Darüber hinaus ist ein Training bezüglich der Medikamente, insbesondere der Immunsuppressiva, und des Bereitstellens derselben für den Tag notwendig. Abgerundet werden die Schulungsmaßnahmen durch Beratung der Patienten zu einer gesünderen Lebenseinstellung und Lebensführung. Dies schließt natürlich die engsten Angehörigen mit ein.“ (S. 594)
F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information die im Krankenhaus	

durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor	
F1.1 Praxis	
F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich	Praxisbericht. Betreuung von Patienten auf einer Herztransplantationsstation.
F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/ Abteilung ist beteiligt, wer ist Kooperationspartner	Die Herztransplantationsstation des Herz- und Diabeteszentrum Nordrhein-Westfalen. (Vgl. S. 594)
F1.1.3 Wurde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt	
F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/-ablauf/ -inhalte und Ergebnis	<p>„Schulungsinhalte stärken Kompetenzen. Hierzu ist vom Team [...] eine Informationsbroschüre verfasst und herausgegeben worden, in der auf wichtige und häufig gestellte Fragen der Patienten in Bezug auf die Herztransplantation sowohl prä- als auch postoperativ eingegangen wird. [...] Ebenfalls dient es als Grundlage für die Patientenschulungen nach HTx. Die Schulungsinhalte sind vor allem:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Anatomie/ Physiologie -Bedeutung der Vitalzeichenselbstmessung inkl. Protokoll, -Einhalten der medikamentösen Therapie, -Körperpflege, -Soziale Kontakte, -Häusliches Umfeld, -Ernährung, -Reisetipps, -Abstoßungsreaktionen.“ (S. 594f) <p>Ablauf:</p> <p>„Die Patientenschulung beginnt oft schon indirekt – und nicht als solche ersichtlich – bei der Erstaufnahme des Patienten auf der Station. Bereits zu Beginn bekommen die Patienten die beschriebene Informationsbroschüre (Körper 2004) ausgehändigt. [...] Im weiteren Verlauf des Aufenthalts wird immer wieder der Bedarf an (er)klärenden Gespräch eruiert. [...] Nach</p>

der Transplantation soll der Patient soweit zur Selbständigkeit geschult werden, dass er sich möglichst angstfrei und selbstsicher der Zukunft stellen kann. Stehen in den ersten Tagen die Mobilisierung und das körperliche Training im Vordergrund, so wird der Patient auch mental gefordert, Selbständigkeit und Verantwortung zu übernehmen. [...] Im weiteren Verlauf sollen Immunsuppressiva mehr und mehr alleine gestellt und eingenommen werden. Pflegeziel ist es, dass der Patient oder die Patientin nicht nur in der Lage ist, die Temperatur, das Gewicht, den Blutdruck und die Herzfrequenz selbständig zu messen und zu dokumentieren, sondern Abweichungen auch einschätzen und weitergeben kann, damit Abstoßungsreaktionen möglichst frühzeitig erkannt und behandelt werden können. Hierzu stehen Dokumentationslisten zur Verfügung. Die erforderlichen technischen Geräte werden zur Verfügung gestellt. Eine Einweisung nach dem Medizinproduktegesetz ist dabei selbstverständlich.“ (S. 595)

„Edukationsmethoden:

Mindmapping

Die Methode benutzt die Ergebnisse eines Brainstormings. Es werden Diagramme erstellt, um Lösungswege aufzuzeigen. Hierbei wird das Problem meist mittig aufgeschrieben. Dann erfolgt eine Sortierung der Wege/ Möglichkeiten o. Ä. .

Brainstorming

Diese Methode umfasst zwei Prozesse: zunächst werden Ideen zur Lösung eines Problems gesucht, in der zweiten Phase werden diese gewertet und strukturiert. Es eignet sich sehr gut, wenn keine Lösungen von Vorhinein bestehen bzw. wenn die Patienten zusammen Lösungswege aufzeigen sollen.

Ideenzirkel

Probleme werden verbalisiert oder visualisiert und danach in einer Gruppe besprochen und Lösungswege aufgezeigt.

Kartenabfrage

Ähneln dem Brainstorming, es werden Karten eingesetzt, die anschließend auf einer Pinnwand oder Flipchart sortiert werden.“ (S. 596)

	<p>„Aus methodisch-didaktischer Sicht, ist festzustellen, dass die Schulungsmaßnahmen sehr individuell gehalten sind und vor allem auf Erfahrungen und Überzeugungen beruhen. Dies bedeutet, dass es eine Patientenschulung an sich zwar gibt, die Vorgehensweise und die erklärenden Absichten aber nicht in irgendeiner Form fixiert sind. Das macht eine Überprüfung hinsichtlich des Nutzens sehr schwer, da kaum objektiv messbare Daten zu Verfügung stehen. Doch gerade im Hinblick auf die verschiedenen Qualitätsmanagementsysteme würde es sich empfehlen, einen methodisch-didaktischen Rahmen abzustecken, um die Qualität dieser pflegerischen Tätigkeit bewerten zu können und damit (be)greifbar zu machen.“ (S. 595f)</p>
F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/-ablauf/ inhalte	
F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	
F2.1.2 Ziel der Studie	
F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf, Aufbau)	
F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse	
G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung / Information im Krankenhaus durchführen	
G2 Der Artikel stellt die geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor	<p>„Bei Patientenschulungen ist es enorm wichtig, diese den Wünschen und Bedürfnissen des Patienten anzupassen, auf der anderen Seite kann das „Rad“ [Hervorhebung im Original] nicht immer neu erfunden werden. Es bietet sich als an, dass das Pflegepersonal grundlegende Aspekte aus dem großen Bereich des Visualisierens und Präsentierens beherrscht und diese auch einsetzt. Nur wenn das Personal entsprechend rhetorisch und didaktisch geschult ist, lassen sich gute Projekte zur Patientenedukation realisieren und vorantreiben.“ (S. 596</p>

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 30: Patientenedukation bei MS. Betroffene zu Experten machen

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	Die Schwester Der Pfleger
A2 Artikelnummer/ Überschrift	Artikel 30 Patientenedukation bei MS. Betroffene zu Experten machen
A3 Erscheinungsjahr	09/ 2008
A4 Autor/ Autoren	Adler, Gudrun
A5 Seitenzahl	Seite 792 - 795
A6 Rubrik	Schwerpunkt
A7 Inhaltscharakterisierung	Edukative Betreuung von Menschen mit der Diagnose MS. Vorstellung einer MS-Sprechstunde.
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	„Für das pflegerische Beratungsverständnis ist entscheidend, dass der Patient im Umgang mit der Erkrankung als aktiver Partner verstanden wird und als Experte seiner Situation anerkannt wird.“ (S. 794)
B2 Ein pflge theoretischer Hintergrund wird einbezogen	
C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt	„Persönliche Kompetenzen bei den Betroffenen zu stärken, ist bei MS ein zentraler Ansatz der Patientenedukation [...]“(S. 792) „Um Patienten und deren Bezugspersonen die Möglichkeit zu geben, aktiv am Behandlungsprozess teilzunehmen, müssen diese umfassend informiert, geschult und beraten werden. Nur so können sie eigenverantwortlich überlegte Entscheidungen treffen.“ (S. 793) „Es ist wichtig, dass die Betroffenen lernen, mit ihrer chronischen Erkrankung umzugehen. Dies ist der erste Schritt auf dem weg einer positiven Krankheitsbewältigung.“ (S. 793)

D Aktueller Stand	
D Der Artikel beschreibt den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information bezogen auf das Krankenhaus	
E Bedarf/ Legitimation	
E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert	„Im Zeitalter der chronischen Erkrankungen nimmt der Bedarf an Patientenedukation eine immer stärkere Bedeutung für die professionelle Pflege ein. Die Schulung und Beratung von chronisch kranken Menschen durch Pflegeexperten ist ein wichtiger Bestandteil im Behandlungsprozess geworden. Neue, ganzheitliche Betreuungskonzepte werden entwickelt, um eine Kontinuität der Behandlung zu garantieren und Betroffene in der Krankheitsbewältigung zu unterstützen.“ (S. 792)
E2 Im Artikel wird der Zeitpunkt, wann Patientenedukation/Beratung/ Schulung stattfinden sollte, bestimmt	
F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug	
F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltlich mit der Thematik auseinander	Artikel zum Thema und Praxisbeispiel. Vorstellung einer MS-Sprechstunde in dieser Fachabteilung. (Vgl. S. 795)
F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor	
F1.1 Praxis	
F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich	Praxisbericht über die Betreuung von Patienten mit MS in einer neurologischen Fachabteilung. (Vgl. 794)
F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/ Abteilung ist beteiligt, wer ist	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Trier. (Vgl. S. 794)

Kooperationspartner	
F1.1.3 Würde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt	„Das Krankenhaus der barmherzigen Brüder Trier bietet in der neurologischen Fachabteilung seit Jahren eine spezielle MS-Sprechstunde an [...].“ (S. 795)
F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/ -ablauf/ -inhalte und Ergebnis	„In der Erstphase nach Diagnosestellung haben die Betroffenen in der Regel nach Abklingen des akuten Schubes noch keine bleibenden körperlichen Einschränkungen. Schwerpunkt des pflegerischen Handelns sind hier die Begleitung und Betreuung in der Auseinandersetzung mit der Diagnose und der Erkrankung und gegebenenfalls die Schulung im Umgang mit der medikamentösen Injektionstherapie (Kiker et al. 1995). [...] Hier ist es wichtig, die schulenden Anteile an den Fähigkeiten und Fertigkeiten der Betroffenen zu orientieren, um langfristige Therapie-Compliance zu erreichen. Der Patient muss bestimmte Handlungsabläufe erlernen und verstehen, um eigenverantwortlich mit der Erkrankung und Therapie umgehen zu können.“ (S. 793)
F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/ -ablauf/ -anhalte	<p>„Das Krankenhaus [...] bietet [...] eine spezielle MS-Sprechstunde an, in der neben dem Facharzt für Neurologie auch eine ausgebildete Pflegefachkraft eingesetzt ist, die ausschließlich die MS-Patienten und deren Bezugsperson stationär wie ambulant betreut.“ (S. 795)</p> <p>„In der Beratung stehen die individuellen Probleme des Patienten im Mittelpunkt.“ (S. 793)</p> <p>„Das Aufzeigen von eigenen Ressourcen gibt den Betroffenen Sicherheit und kann ihnen helfen, geeignete Wege der Krankheitsbewältigung (Copingstrategien) zu finden. Die Entwicklung von Strategien richtet sich nach den charakteristischen Krankheitssymptomen, dem gesamten Krankheitsverlauf des Patienten, seiner Behandlung, seiner individuellen Biografie und seinen täglichen Aktivitäten. Der Fokus ist nicht nur auf einen Schwerpunkt gerichtet, sondern bezieht den Lebenskontext der zu beratenden Personen ein.“ (S. 794)</p>
F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	
F2.1.2 Ziel der Studie	

F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf, Aufbau)	
F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse	
G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus durchführen	
G2 Der Artikel stellt die geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor	<p>„Die Schulung und Beratung eines Patienten mit der Diagnose MS ist ein sehr komplexer Prozess und erfordert von den zuständigen Pflegenden ein umfassendes Wissen über das klinische Krankheitsbild der Multiplen Sklerose. Die Vermittlung von Wissen über</p> <ul style="list-style-type: none"> -den Verlauf der Erkrankung, -die veränderte Lebenssituation durch die Diagnose MS, -die Auswirkungen auf die persönliche Lebensplanung, -Kenntnisse von Rechten und Ansprechpartnern sowie, -das Verhalten im Alltag und in Notfallsituationen <p>sind mögliche Fragestellungen, die professionell Pflegende beantworten müssen.“(S. 793)</p> <p>„Anforderungen an Pflegeexpert/ innen in der Betreuung von MS-Patienten</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fachkompetenz – aktuelles wissen über die Diagnose MS, Symptome, Krankheitsprogression, Umgang mit Schüben, Therapiemöglichkeiten und Nebenwirkungsmanagement, Kenntnisse über spezifische Pflegeprobleme, Kenntnisse über evidenzbasierte Pflege -Methodenkompetenz – aktuelles Wissen über unterschiedliche Schulungs- und Lernmethoden, Kenntnisse über die methodische didaktische Vorbereitung einer Patientenschulung -Soziale Kompetenz – Empathie und kommunikative Fähigkeiten, Grundkenntnisse der Gesprächspsychologie

-Systemische Kompetenz – Einbeziehung von Angehörigen und Bezugspersonen in den Krankheits- und Therapieprozess.“ (S. 793)

Aufgabe von Pflegenden:

„Neben der Beratenden und schulenden Funktion ist es die Aufgabe der Pflegefachkraft, bei Bedarf die Vernetzung mit anderen Disziplinen einzuleiten. Sie ist Ansprechpartner und Vermittler zwischen Arzt und Patienten auf der primären Ebene und anderen Berufsgruppen [...] und dem sozialen Umfeld auf der sekundären Ebene. Unterstützend zur Schulung und Beratung von Patienten nutzt die Pflegefachkraft das multimediale Informationsangebot [...] für Gesundheitsinformationen zur Erkrankung Multiple Sklerose. Hier sind Qualitätskriterien für medizinische Informationen (z.B. HON-Code, Discern beim Internet) zu beachten. Zu überprüfen sind die Aktualität der Inhalte, die Autoren und die Quellenbelege sowie auftretende Werbung [...]. Das Angebot orientiert sich an den Patientenbedürfnissen und soll verständlich und in laienrechter Sprache gestaltet sein.“ (S. 794)

2009

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 31: Das Patienten-Informations-Zentrum (PIZ) am Herz-Zentrum Bad Krozingen:
Patientenedukation strukturieren

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	Pflegezeitschrift
A2 Artikelnummer/ Überschrift	Artikel 31 Das Patienten-Informations-Zentrum (PIZ) am Herz-Zentrum Bad Krozingen: Patientenedukation strukturieren
A3 Erscheinungsjahr	2009, Jg. 62, Heft 3 (März/ 2009)
A4 Autor/ Autoren	Imbery, Claudia; Sailer, Marcel
A5 Seitenzahl	Seite 150 - 153
A6 Rubrik	Pflegepraxis
A7 Inhaltscharakterisierung	Im Artikel wird ein Patienteninformationszentrum vorgestellt.
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	
B2 Ein pflegetheoretischer Hintergrund wird einbezogen	
C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt	
D Aktueller Stand	
D Der Artikel beschreibt den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information bezogen	„Pfleger übernehmen im Zuge der direkten Patientenversorgung beratende und anleitende Tätigkeiten. Sie sind für Patienten und Angehörige bei Sorgen, Zukunftsängsten und Lebensbewältigung oft die ersten Ansprechpartner. Sie Antworten auf Fragen, die nach der

auf das Krankenhaus	<p>ärztlichen Visite entstehen, erklären das Medikamentenmanagement im häuslichen Umfeld oder Vermitteln Fertigkeiten und Methoden der Selbstbeobachtung (Abt-Zegelin 2003, Sailer 2005). [...] Den Prozessualen Anforderungen an die Patientenedukation stehen die ablauforganisatorischen Bedingungen der Klinik gegenüber. Entsprechend schwer fällt es Pflegenden, Edukationsgespräche geplant, gezielt und in Ruhe durchzuführen. [...] Von den Betroffenen werden ein kooperatives und gesundheitsförderliches Verhalten, das Einhalten therapeutischer Verordnungen und die eigenverantwortliche Übernahme von Selbstpflegehandlungen erwartet. Die beschriebenen Rahmenbedingungen, wie schnelle Abläufe und komplexe diagnostische und therapeutische Maßnahmen, ermöglichen auch in der Kardiologie zunehmend weniger zeitlichen Spielraum, um auf die individuellen Beratungsbedürfnisse der Patienten einzugehen. [...] Im Alltag Bemängeln sowohl Patienten als auch die verschiedenen Berufsgruppen die schwer zu vereinbarende oder gar fehlende strukturierte Verankerung der Patientenedukation in der klinischen Versorgung.“ (S. 150)</p>
E Bedarf/ Legitimation	
E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert	<p>„Der Beratungs-, Informations- und Schulungsbedarf ist bekannt und wird von den entsprechenden Fachgremien eingefordert (Sachverständigenrat 2003, 2005).“ (S. 150)</p> <p>„Die Autonomiebestrebungen der Patienten, die von den professionell Tätigen durch Konzepte wie dem Shared Decision Making, Selbstmanagement oder Empowerment gefördert werden, gehen ebenso mit einem zunehmenden Informationsbedarf der Betroffenen einher. Bisher sind dafür jedoch keine einheitlichen Qualitätsstandards für Patienteninformationen verfügbar. Moderne und traditionelle Medien bieten eine Vielzahl an Informationen für unterschiedliche Zielgruppen an. Die Informationen unterscheiden sich dabei erheblich in ihrer Verständlichkeit, qualitativen Güte und Wissenschaftlichen Fundierung. Es zeichnet sich daher ein deutlicher Handlungsbedarf ab (Bertelsmann Stiftung 2005). [...] Die Hilfestellung bei der Beurteilung der Qualität von Informationen durch professionell Tätige scheint unumgänglich. Darüber hinaus ist der Zugang zu Informationen auch nicht allen Personengruppen gleichermaßen gegeben. So weist das statistische Bundesamt daraufhin, dass zum Beispiel die Nutzung des Internets stark altersabhängig ist und Personen über 54 Jahre deutlich seltener online sind (statistisches Bundesamt 2008).“ (150f)</p>

E2 Im Artikel wird der Zeitpunkt, wann Patientenedukation/Beratung/ Schulung stattfinden sollte, bestimmt	
F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug	
F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltlich mit der Thematik auseinander	<p>Im Artikel wird ein Praxisbeispiel vorgestellt.</p> <p>„Vor dem Hintergrund dieses Spannungsfeldes [siehe D und E] entschloss sich das Herzzentrum Bad Krozingen, die Patientenedukation institutionell zu verankern.“ (S. 151)</p> <p>„PIZ als zentrale Anlaufstelle [Hervorhebung im Original</p> <p>Um die Versorgungsqualität für die Patienten zu erhalten und zu verbessern, bedarf es also einem Informationsangebot mit niedrigrschwelligem Zugang und Beratungsangeboten durch professionell Tätige, das sich an der Lebenswelt der Betroffenen orientiert. Die Idee der Institutionalisierung an Kliniken und Gesundheitseinrichtungen stammt aus dem USA.(...)In Deutschland wurde diese Grundidee mit der Einrichtung von Patienten-Informationen-Zentren (PIZ) aufgenommen und adaptiert. [...] In ihrer Konzeption verfolgen die genannten PIZ eine gemeinsame Zielsetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das PIZ befindet sich an einer zentralen Stelle und ist für Patienten, Angehörige sowie Interessierte einfach zu erreichen. • Die Öffnung zu den Kernzeiten muss gewährleistet sein. • Eine große Auswahl von Informationsmaterial wird angeboten. • Pflegefachkräfte stehen als Ansprechpartner zur Verfügung (Abt-Zeglin 2007). (S. 151) <p>„Betroffene erfahren hier Unterstützung und Hilfe zur Alltagsbewältigung und finden unter anderem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine geprüfte Auswahl an laiengerechter Literatur • geprüfte Broschüren zu verschiedenen Krankheitsbildern • Hilfestellung bei der Suche nach Informationen im Internet • Unterstützung beim Kontakt zu Selbsthilfegruppen. <p>Ferner werden am PIZ verschiedene Fertigkeiten, beispielsweise zur Selbstbeobachtung</p>

vitaler Parameter oder zur Bedienung medizinischer Hilfsmittel, vermittelt und geübt. Umfangreicher Hilfe- und Unterstützungsbedarf wird durch komplexe Schulungsprogramme abgedeckt.“ (S. 151)

„Implementierung des PIZ am Herzzentrum [Hervorhebung im Original]

Im November 2007 wurde das erste PIZ in Baden-Württemberg am Herz-Zentrum Bad Krozingen eröffnet. [...] Die Implementierung des PIZ wurde durch eine Arbeitsgruppe (AG) bestehend aus Pflegekräften der stationären Versorgung durchgeführt. Geleitet wird die Gruppe von der Qualitätsbeauftragten der Pflege. Das PIZ im Herz-Zentrum Bad Krozingen ist täglich während der Kernzeiten von einem AG-Mitglied besetzt. Die Mitarbeiter des PIZ-Teams sind von ihrer Station für die Tätigkeit im Zentrum freigestellt. [...] Im Vorfeld der Implementierung wurden Informationsgespräche mit den am Handlungsprozess beteiligten Berufsgruppen, [...] geführt und Absprachen getroffen.“ (S.151)

„Kompetenzentwicklung der Pflegekräfte [Hervorhebung im Original]

Ein Schwerpunkt der Kompetenzentwicklung der teilnehmenden Mitarbeiter bezieht sich auf die erweiterte kommunikative Kompetenz und die Entwicklung von Beratungskompetenzen. Die Vielfalt und Unterschiedlichkeit des individuellen Alltags der Betroffenen und deren Bewältigung in Zusammenhang mit einer Erkrankung bewirken oftmals, dass starre Interventionsprogramme oder Verhaltensempfehlungen nicht wahrgenommen werden können (Sailer 2004, 2007). [...] Verschiedene Konzepte der Salutogenese (Antonovsky 1997), der Selbstpflegehandlungen (Orem 1997, 2001), des Selbstmanagements (Kanfer 2006) und des Empowerments (Herriger 2002) dienen dabei als theoretische Bezüge. [...] Zentrale Aufgabe ist es, die Entwicklung Gesundheits- und Handlungskompetenzen sowie der Selbstpflegefähigkeiten zu unterstützen. Im Vordergrund steht die Entfaltung der persönlichen Kompetenzen, um die eigene Gesundheit zu fördern und im alltäglichen Handeln die individuellen personalen und sozialen Ressourcen einsetzen zu können.“ (S: 151 f)

„Wirkungsebenen [Hervorhebung im Original]

Durch die Einrichtung des PIZ ist es möglich, intensiver auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen einzugehen. Professionelle Ansprechpartner stehen zur Verfügung und können so

dem Beratungs-, Informations- und Schulungsbedarf der Patienten qualitativ hochwertig entsprechen. Somit wird die Versorgungsqualität verbessert und die Zufriedenheit der Patienten erhöht. Daneben wird der stationäre Bereich durch das Weiterleiten von Patienten mit erhöhtem Beratungs-, Informations- oder Schulungsbedarf an das PIZ entlastet. Die Pflegekräfte der Stationen können zudem die im PIZ entwickelten Materialien wie Informationsbroschüren, Handouts oder Skripte zu standardisierten Mikroschulungseinheiten nutzen. [...] Pflegende des PIZ-Teams wirken in ihren Stationen als Multiplikatoren und fördern die edukative Haltung in der stationär pflegerischen Versorgung der Patienten. Edukation wird damit nicht separiert und ausgelagert, sondern institutionell verankert, vertieft und integriert.“ (S. 152)

„Evaluation und wissenschaftliche Begleitung [Hervorhebung im Original]

Die Personelle und inhaltliche Entwicklung des PIZ wird durch das Zentrum für Angewandte Pflegeforschung, Pflegeökonomie und -wirtschaftslehre ZePP der Katholischen Fachhochschule Freiburg begleitet. Die Schwerpunkte des Projektes konzentrieren sich auf:

- die inhaltliche Entwicklung von Materialien und Programmen zur Edukation
- die strukturierte Datenerhebung zur Bestimmung des Informationsbedarfs der Patienten, Angehörigen und Familien
- die Integration einer Herzinsuffizienzambulanz
- die Beobachtung und Entwicklung des Bildungsbedarfs, die Kompetenzanforderungen und die Weiterentwicklung der im OIZ tätigen Pflegeexperten

Aktuell liegt das Hauptaugenmerk auf der detaillierten Erfassung der Aktivitäten im PIZ. In der ersten Phase wurde der Frage nachgegangen welche Informationen, Hilfestellungen und professioneller Rat die Patienten und Angehörigen im Herz-Zentrum benötigen. Ferner wurde erhoben, in welchem Zusammenhang der Informationsbedarf entsteht: Welche Fragen haben Patienten vor einem Eingriff, welche vor und welche erst nach der Entlassung? [...] Die gewonnenen Informationen sind somit Grundlage und Bezugsrahmen für weitere, inhaltliche Entwicklungen, wie zum Beispiel der Überprüfung der vorhandenen Broschüren oder Neuentwicklung von Schulungsmanualen.“ (S. 152)

	<p>„Wissensmanagement [Hervorhebung im Original] Bereits kurz nach Beginn des Datensamplings wurde offensichtlich, dass die Antworten der Pflegeexperten auf die Fragen der Besucher einen wertvollen Wissensfundus darstellen, den es weiterzugeben und zu sichern galt. [...] Dazu integriert das Wissensmanagement im Prozess von den Wissenszielen über die kontinuierliche Bewertung die Identifikation, den Erwerb, die Entwicklung, die Verteilung, die Nutzung und die Wahrung von Wissen (Probst et al. 2006). Der Schwerpunkt des Wissensmanagement liegt damit weniger in der Anhäufung von Wissen an sich, sondern vielmehr im Nutzen für die Mitarbeiter im PIZ und für das Herz-Zentrum, das die erforderlichen Rahmenbedingungen schafft und die Entwicklung nachhaltig fördert. Wesentlicher Bestandteil des Systems ist eine Wissensdatenbank. [...] Antworten von Experten auf Patientenfragen können unmittelbar und effizient in die Datenbank übertragen und anschließend über eine semantische Suche wieder abgerufen werden. Durch die Integration von Leitlinien oder internen Verfahrensanweisungen in bestehende Antworten findet eine evidenzbasierte Bezugnahme der Expertendatenbank statt. [...] Durch die Arbeit der Pflegenden wird das Zentrum zu einem kompetenten Netzwerk, das den Prozess des Wissensmanagement dient, sodass Patienten und ihre Familien bedarfsgerecht beraten, informiert und geschult werden können.“ (S. 152 f)</p>
F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor	
F1.1 Praxis	
F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich	Praxisbeispiel. Errichtung eines PIZ in einem Herzzentrum. (Vgl. S. 151)
F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/ Abteilung ist beteiligt, wer ist Kooperationspartner	Herz-Zentrum Bad Krozingen, Kooperationspartner ist das Zentrum für Angewandte Pflegeforschung, Pflegeökonomie und -wirtschaftlehre ZePP der Katholischen Fachhochschule Freiburg. (Vgl. 152)
F1.1.3 Wurde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt	

F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/-ablauf/ -inhalte und Ergebnis	
F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/-ablauf/ -inhalte.	
F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	
F2.1.2 Ziel der Studie	
F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf,Aufbau)	
F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse	
G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus durchführen	
G2 Der Artikel stellt die geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor	

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 32: Information und Beratung für Patienten mit chemotherapie-bedingten Nebenwirkungen. Entwicklung einer evidenzbasierten pflegerischen Praxisleitlinie

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	PrInterNet/ Pflegewissenschaft
A2 Artikelnummer/ Überschrift	Artikel 32 Information und Beratung für Patienten mit chemotherapie-bedingten Nebenwirkungen. Entwicklung einer evidenzbasierten pflegerischen Praxisleitlinie
A3 Erscheinungsjahr	November/ 2009
A4 Autor/ Autoren	Book, Katrin; Horn, Ingrid; Jahn, Patrick; Kitzmantel, Maria; Landenberger, Margarete; Renz, Petra; Stukenkemper, Jörg; Thoke-Colberg, Anette
A5 Seitenzahl	Seite 613 – 619
A6 Rubrik	Nicht aufgeführt
A7 Inhaltscharakterisierung	In dem Artikel wird die Konzeption einer Praxisleitlinie vorgestellt.
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	<p>„Information, Beratung und Anleitung [Hervorhebung im Original] sind - neben den instrumentellen und organisatorischen Handlungen - grundlegende Aufgaben der Pflege (Kellnhauser et al., 2004). In der Literatur fehlt teilweise eine klare Abgrenzung zwischen diesen Begriffen. Sie werden häufig synonym verwendet bzw. unter dem Begriff „edukative Aufgaben“ [Hervorhebung im Original] zusammengefasst (Mertin, Müller & Beier, 2005).</p> <p>Information [Hervorhebung im Original] wird allgemein definiert als Rohstoff für die Bildung von Wissen (Wenninger, 2008). In der pflegewissenschaftlichen Literatur stellt Informationssammlung die erste Phase des Pflegeprozesses dar. Sie dient der Feststellung des Bedarfs an Information, Schulung und Anleitung und ist damit Ausgangspunkt der Zielsetzung und Planung von Maßnahmen (Kellnhauser et al., 2004). Beratung als Aufgabe von Berufen im Gesundheitswesen ist das Anbieten von Information mit gleichzeitiger Kontrolle von Aufnahme und Verständnis durch den Patienten. Beratung [Hervorhebung im Original] ist in Situationen erforderlich, in denen der Patient Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung benötigt oder vor Entscheidungen steht, mit denen er sich überfordert</p>

	fühlt (Gittler-Hebestreit, 2006; Kellnhauser et al., 2004). Anleitung [Hervorhebung im Original] beinhaltet das Erlernen eines bestimmten Handlungsinhaltes und -ablaufes, wie zum Beispiel das Selbstmanagement. Dabei wird die Handlung zunächst gemeinsam mit Professionellen durchgeführt und anschließend durch selbstständiges Üben gesichert (Koch-Straube, 2001).“ (S. 613 f)
B2 Ein pflegetheoretischer Hintergrund wird einbezogen	„Den theoretischen Hintergrund der Studie bildet die Selbstpflegetheorie von Orem (1997), in der die Reduktion von Selbstpflegetheorie, die Förderung von Selbstpflegekompetenz und das Erkennen von Risikofaktoren im Vordergrund stehen.“ (S. 615)
C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt	
D Aktueller Stand	
D Der Artikel beschreibt den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information bezogen auf das Krankenhaus	„Es existieren verschiedene Ansätze, Beratung als Aufgabe der Pflegenden darzustellen [...]. Durch die Novellierung des Krankenpflegegesetzes 2004 wurden wichtige Rahmenbedingungen für die Etablierung der Pflegeberatung innerhalb der professionellen Pflegepraxis geschaffen (KrPflG §3 (2)). Demnach wird Beratung, Anleitung und Unterstützung von Patienten und ihren Bezugspersonen in die pflegerische Ausbildung mit einbezogen. In Institutionen wie Krankenhäusern oder Rehabilitationseinrichtungen wird Beratung in unterschiedlichen Formen angeboten, diese Aufgabe wird bisher jedoch meist von anderen Berufsgruppen wie Sozialarbeitern oder Psychologen übernommen. Pflegerische Beratung hingegen wird häufig punktuell durchgeführt und nicht ausreichend dokumentiert. Gründe hierfür werden teilweise in der mangelhaften Kommunikationskompetenz der Pflegenden vermutet, verbunden mit Verunsicherung, Überforderung und Vermeidung [...]. Zum anderen wird Beratung von den Pflegenden häufig als Zusatzleistung und nicht als Teil der pflegerischen Kernaufgaben betrachtet [...].“ (S. 618)
E Bedarf/ Legitimation	
E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/	„Studien deuten auf die positive Wirkung pflegerischer Beratung hin, die sich vor allem in den Bereichen Übelkeit, Erbrechen und psychosoziale Belastungen [...] sowie

Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert	Selbstmanagement [...] zeigt.“ (S. 615)
E2 Im Artikel wird der Zeitpunkt, wann Patientenedukation/ Beratung/ Schulung stattfinden sollte, bestimmt	
F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug	
F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltlich mit der Thematik auseinander	
F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Beratung / Schulung/ Anleitung/ Information die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor	<p>„Die Praxisleitlinie wurde im Rahmen einer vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Studie entwickelt und besteht aus evidenzbasierten Handlungsempfehlungen für Information, Beratung und Anleitung von Chemotherapie-Patienten.“ (S. 613)</p> <p>„Im Rahmen der Studie wurden vier modulare Interventionen in Form von Praxisleitlinien entwickelt [...] „Information und Beratung“, „Pflegerische Mitwirkung bei der ärztlichen Antiemetika-Medikation“ [...], „Ernährung/ Ernährungsberatung“ [...] und „Pflegerische/ Interdisziplinäre Entspannung“ [...] [Hervorhebung durch die Autoren], die durch ein pflegerisches Assessment gesteuert werden [...]. Der vorliegende Beitrag präsentiert die erstgenannte Praxisleitlinie als Basis der Intervention.“ (S. 613)</p>
F1.1 Praxis	
F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich	
F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/ Abteilung ist beteiligt, wer ist Kooperationspartner	
F1.1.3 Wurde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt	
F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/ -ablauf/ -inhalte und Ergebnis	

F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/-ablauf/ -inhalte	
F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	<p>„Die dargestellte Praxisleitlinie wurde im Rahmen einer vom deutschen Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Studie entwickelt.“ (S. 613)</p> <p>„Die Praxisleitlinie wurde im Rahmen einer Studie an zwei Universitätskliniken in München und Halle entwickelt und anschließend [...] überprüft.“ (S. 619)</p>
F2.1.2 Ziel der Studie	<p>„Ziel ist die Verminderung der Nebenwirkungen Appetitmangel, Übelkeit und Erbrechen (ANE-Syndrom) bei Chemotherapie-Patienten mittels einer strukturierten pflegerischen Intervention. Als Nebenziel soll eine Verbesserung des Wissensdefizits bezüglich der Nebenwirkungen sowie eine Steigerung der Lebensqualität der Tumor-Patienten erreicht werden.“ (S. 613)</p> <p>„Die Patienten sollen durch Information, Beratung und Anleitung zur Beteiligung am Behandlungsgeschehen motiviert werden und damit in Eigenverantwortlichkeit und Selbstmanagement gestärkt werden. Gleichzeitig dient die Praxisleitlinie der Verbesserung der pflegerischen Aufgabenwahrnehmung [...].“ (S. 613)</p>
F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf, Aufbau)	<p>Die Methode der medizinischen Leitlinienerstellung sowie die Vorgaben des britischen Royal College of Nursing für Praxisleitlinien (RCN, 2006) dienen als Grundlage für die Erstellung dieser Praxisleitlinie. Die Gliederung orientiert sich an den Qualitätskriterien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ): 1. Ziel des Interventionsmoduls, 2. Aufgabenbereiche innerhalb des Pflegeprozesses, 3. Evidenzbasierung der Schlüsselempfehlungen, 4. Interdisziplinäre Kooperation und Koordination, 5. Algorithmus, 6. Maßnahmenkataloge zu den einzelnen Pflegediagnosen [...]. Für die Erstellung der Pflegediagnose diente das Klassifikationssystem der North American Nursing Diagnosis Association [...], das unter verschiedenen pflegediagnostischen Katalogen am weitesten verbreitet ist. Die auf die Diagnosen bezogenen Pflegeinterventionen und -ergebnisse basieren auf den beiden Klassifikationssystemen Nursing Intervention Classification [...] und Nursing Outcome Classification [...].“ (S. 615)</p>
F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse	<p>„Das Ergebnis der konzeptuellen Arbeit ist die evidenzbasierte Praxisleitlinie zu einer</p>

	<p>schriftlichen Informationsbroschüre und einem strukturierten Beratungsgespräch. Da die Gabe von Information als eigenständige Coping-Strategie zur Krankheitsbewältigung verstanden wird, findet die Ausgabe der Informationsbroschüre in Kombination mit dem Beratungsgespräch zu Beginn eines Chemotherapiezyklus einmalig statt.</p> <p>Die Informationsbroschüre enthält Informationen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chemotherapie, mögliche Nebenwirkungen und Zusatzmedikation • Anleitung für wirksame, einfache Selbstpflegehandlungen • pharmakologische Therapie (Antiemese) und pflegerische Unterstützung • nicht-pharmakologische Therapiemöglichkeiten durch spezielle Ernährung • Entspannungstraining <p>Das Beratungsgespräch vermittelt Inhalte in Form eines Dialogs, der auf einem Gesprächsleitfaden basiert. Der Leitfaden enthält Hinweise zur Gesprächsvorbereitung, Erläuterung der Broschüre sowie Angaben zu Chemotherapie, Selbstmanagement und den drei anderen Interventionsmodulen. Das Beratungsgespräch wird von den Pflegenden am ersten Tag des Chemotherapiezyklus durchgeführt. Neben der kognitiven Wissensvermittlung dient das circa 30-minütige Gespräch der Anleitung zum Symptommanagement. Am dritten Tag der Chemotherapie erfolgt eine Folgeberatung entsprechend des individuellen Beratungsbedarfs des Patienten.(...) Neben der Vermittlung allgemeiner Information und strukturierter Beratung, die unabhängig von den gewählten Zielen durchgeführt werden, gibt es modulspezifische Interventionen wie Ernährungsberatung und Entspannungstechniken.“ (S. 615 ff)</p> <p>Die Wirksamkeit der Praxisleitlinie wird an 240 Chemotherapie-Patienten überprüft. (Vgl. S. 619)</p> <p>„Gegenwärtig werden die Evaluationsergebnisse ausgewertet und gemeinsam mit Ergebnissen weitere pflegewissenschaftlicher Studien [...] veröffentlicht [...].“ (S. 619)</p>
G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung / Information im Krankenhaus	„Um die Pflegenden der Interventionsgruppe in der Umsetzung des Assessments und der Intervention zu schulen, wurde ein 15-stündiges halboffenes Curriculum mit Elementen des handlungsorientierten Unterrichts abgehalten. Zudem war Ziel der Schulung die Erweiterung der beruflichen Handlungskompetenzen der Pflegekräfte. Über ein durchgängiges Fallbeispiel

durchführen	in interaktiven Workshops wurde der Umgang mit dem Stamblatt erlernt, ebenso wie Informationen zu Patienten-Screening und den speziellen Problemfeldern Antiemese, Ernährung, Aktivität und Wissensdefizit. Eine schriftliche Praxisleitlinie mit integriertem Ablauf-Algorithmus gewährleistete die korrekte Anwendung des Assessmentinstruments.“ (S. 615)
G2 Der Artikel stellt die geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor	

2010

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 33: Evidenzbasierte Patienteninformation und informierte, geteilte Entscheidungsfindung: Eine Aufgabe für die Pflege?

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	Pflegezeitschrift
A2 Artikelnummer/ Überschrift	Artikel 33 Evidenzbasierte Patienteninformation und informierte, geteilte Entscheidungsfindung: Eine Aufgabe für die Pflege?
A3 Erscheinungsjahr	63. Jahrgang, 1/ 2010
A4 Autor/ Autoren	Köpke, Sascha; Meyer, Gabriele
A5 Seitenzahl	Seite 12 - 15
A6 Rubrik	Pflegepraxis
A7 Inhaltscharakterisierung	Artikel zum Thema evidenzbasierte Information im Krankenhaus/ in der Pflege
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	„Im Projekt „Patient Talk“ des ICN werden Kriterien zur Beurteilung guter Gesundheitsinformation für Konsumenten und Patienten (ICN 2003) dargestellt. Danach sollen die Informationen vor allem drei Eigenschaften erfüllen. Es wird gefragt, ob die Informationen sachlich richtig sind (accuracy). [...] Als zweiter Aspekt ist zu prüfen, ob die Informationen klar sind (clarity), also ob beispielsweise unverständliche Fachausdrücke benutzt werden und ob Informationen zu Risiken und Nebenwirkungen von Behandlungen gegeben werden. Schließlich ist es wichtig, ob die Informationen relevant sind (relevance), ob also zum Beispiel die individuellen Bedürfnisse der Patienten adressiert werden.“ (S. 13)
B2 Ein pflegetheoretischer Hintergrund wird einbezogen	
C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt	„Evidenzbasierte Information [soll den Patienten ermöglichen], informierte Entscheidungen auf Basis der eigenen Präferenzen zu treffen. Hierbei sind sicherlich die verfügbaren Ressourcen und – wenn gewünscht – die Erfahrung der beteiligten Akteure zu

	berücksichtigen, die dann in gemeinsame Entscheidungsprozesse (<i>Shared Decision Making</i>) [Hervorhebung im Original] münden können.“ (S. 13)
D Aktueller Stand	
D Der Artikel beschreibt den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, bezogen auf das Krankenhaus	
E Bedarf/ Legitimation	
E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert	<p>„In die Gesetze zur Alten- und Krankenpflege wurden Passagen zur Beratung, Anleitung und Unterstützung von Patienten durch Pflegende aufgenommen. Im Pflegeweiterentwicklungsgesetz wird der verstärkte Einsatz nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe für beratende und edukative Aufgaben explizit benannt.“ (S. 12)</p> <p>„Das Informationsmandat der Pflege kann sich auf den seit vielen Jahren publizierten ethische Kontext des International Council of Nurses (ICN) berufen. Dort heißt es, dass Pflegende dafür sorgen sollen, dass ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • die zu Pflegende umfassende Informationen als Basis für das Einverständnis für pflegerische und therapeutische Maßnahmen erhalten, • die Informationen informierte Entscheidungen erlauben, • die Informationen der Patienten beinhalten, Maßnahmen zu wählen oder abzulehnen. <p>Darüber hinaus wird auch der edukative Aspekt berücksichtigt, wenn es heißt, dass Pflegende Lern- und Lernmöglichkeiten im Zusammenhang mit einer informierten Entscheidung anbieten sollen (INC 2005).“ (S. 13)</p>
E2 Im Artikel wird der Zeitpunkt, wann Patientenedukation/ Beratung/ Schulung stattfinden sollte, bestimmt	
F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug	
F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltlich mit der Thematik auseinander	<p>Theoretische Überlegungen zum Thema evidenzbasierte Patienteninformation im Krankenhaus/ in der Pflege.</p> <p>„Gerade Pflegende klagen immer wieder darüber, dass sie Patienten nach ärztlichen Visiten</p>

„auffangen“ müssen, da wieder einmal unverständliche Informationen unterbreitet und nicht nachvollziehbare Entscheidungen getroffen wurden, ohne auf die Präferenzen des Patienten einzugehen oder diesen gar zu beraten. Aber auch die pflegerische Tradition in Deutschland ist keineswegs auf die eingehende Beratung und Information von Patienten ausgerichtet. Erst in den letzten Jahren sind im Zuge der Förderung der Selbstmanagement- und Selbstpflegekompetenz sowie des Empowerment auch in der Pflege die Präferenzen und Bedürfnisse von Patienten stärker in den Fokus gerückt.“ (S. 12)

„Hierbei fällt auf, dass oft von Beratung, Anleitung und Edukation die Rede ist, Information hingegen scheint sehr selten im Fokus der Betrachtung zu stehen.(...)Die Aufgaben der Pflegenden scheint eher die Anleitung und das Training von Patienten in Fertigkeiten und Fähigkeiten zu sein, die dem Vollzug der therapeutisch-diagnostischen Entscheidungen dienen, die zwischen Arzt und Patient getroffen wurden. Das Ziel besteht also häufig darin, die ‚Compliance‘ der Patienten zu erhöhen. Es geht in der Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten in Deutschland nur in Ausnahmefällen um die Vorbereitung, Begleitung und Unterstützung bei informierten Entscheidungsfindungen.

Die bisher eher ungelenteten Bemühungen, den nicht auf ein umfassenderes Beratungsverständnis vorbereiteten Pflegekräften Verantwortung zu übergeben, müssen zwangsläufig der Beliebigkeit anheim gestellt bleiben. In den Expertenstandards des DNQP beispielsweise ist die Beratung als Standardkriterium definiert wie im Expertenstandard Sturzprophylaxe (DNQP 2005), dort heißt es: *„Die Pflegekraft informiert den Patienten bzw. Bewohner und seine Angehörigen über die Sturzrisikofaktoren und bietet eine Beratung zu den Interventionen an.“* [...]Wie mag aber so eine Beratung aussehen, deren Inhalt unbestimmt und deren Ziele unklar sind, da keine strukturierten Entscheidungshilfen zur Verfügung stehen? Erste Ansätze liegen dazu vor. So intendiert die Mikroschulung Sturzprophylaxe von Tolsdorf (2009), die Forderung des Standards mit Leben zu füllen.“ (S. 13)

„Häufig wird anstatt informierter Entscheidungen (informed choice) eher auf informiertes Vertrauen (informed trust) (Hauser und Jonston 2009) gesetzt. So gesehen, kann und soll der

	<p>Patient sich gerne informieren, sollte jedoch vor allem bei schwierigen Entscheidungen dem Urteil der Fachleute vertrauen, die vermeintlich einen Umfassenden und neutralen blick auf die individuelle Situation haben.“ (S. 13)</p> <p>„Während international schon seit längerem die Rolle der Pflege in Bezug auf die Unterstützung der (informierten) Entscheidungsfindung thematisiert wird, hat dieses Thema im deutschsprachigen Raum bislang kaum Beachtung gefunden. Hierbei gilt es, grundsätzlich zwei Zielrichtungen der Information zu unterscheiden. Einerseits sollten Pflegende selbstverständlich befähigt sein, Entscheidungen bezüglich der Pflegerischen Versorgung zu unterstützen. Andererseits können Pflegende im Rahmen der veränderten Zuteilung von Aufgabenbereichen zwischen Pflegenden und Ärzten auch zunehmend Information und Beratung bezüglich der medizinischen Versorgung übernehmen bzw. vorbereiten. Letzteres deckt sich mit der veränderten Aufgabenzuteilung im Gesundheitswesen, wie sie sich in Konzepten der „Erweiternden Pflegepraxis“ (DBfK 2007) widerspiegelt. Auch das Gutachten des SVR (2008) schreibt in diesem Kontext Pflegenden eine tragende Rolle zu.“ (S. 14)</p>
<p>F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor</p>	
<p>F1.1 Praxis</p>	
<p>F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich</p>	
<p>F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/ Abteilung ist beteiligt, wer ist Kooperationspartner</p>	
<p>F1.1.3 Wurde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt</p>	
<p>F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/ -ablauf/ -inhalte und Ergebnis</p>	

F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/-ablauf/ -inhalte	
F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	
F2.1.2 Ziel der Studie	
F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf, Aufbau)	
F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse	
G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus durchführen	
G2 Der Artikel stellt die geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Pflegeberatung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor	

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 34: Artikelserie. Beratungsgespräche in der Pflege – Rückblick und Ausblick

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	Die Schwester Der Pfleger
A2 Artikelnummer/ Überschrift	Artikel 34 Artikelserie. Beratungsgespräche in der Pflege – Rückblick und Ausblick
A3 Erscheinungsjahr	49. Jahrgang, 12/ 2010
A4 Autor/ Autoren	Bamberger, Günther G.
A5 Seitenzahl	Seite 1180- 1183
A6 Rubrik	Praxis
A7 Inhaltscharakterisierung	<p>Eine studentische Seminargruppe von Dr. A. Abt-Zegelin haben von Juli bis Mai 2010 in vier Folgen typische Dialoge aus dem Pflegealltag vorgestellt. Günter Bamberger schließt in diesem Artikel ein Fazit und stellt einige weiterführende Überlegungen und das von der Seminargruppe entwickelte Konzept „Werkzeuge – ein DoubleCare- Beratungsansatz“ vor. (Vgl. 118ff)</p> <p>Die vier Artikel wurden nicht ausgewählt, da diese nur mögliche Dialoge innerhalb des Pflegealltags vorstellen.</p> <p>Anhand eines Fallbeispiels, ausgewählt aus dem Thüringer Tageblatt, das den finanziellen Sanierungsplan innerhalb des Medizinischen Universitätsklinikums Tübingen beschreibt, bezieht der Autor das Thema Krankenhaus in den Artikel mit ein. (Vgl. S. 1181)</p>
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	
B2 Ein pflegetheoretischer Hintergrund wird einbezogen	<p>„Grundlegend für das ganze Beratungskonzept ist ein humanistisches Menschenbild, welches den anderen als autonomes, selbstverwirklichendes sowie ziel- und sinnorientiertes Individuum sieht. Ausführlich beschrieben sind diese drei Aspekte im Programm der Humanistischen Psychologie (Abraham Maslow, Carl Rogers u. a.).</p> <p>Zugleich ist der helfenden Begegnung von Pflegenden und Patienten ein solidarisches Mit-</p>

	Menschenbild handlungsleitend: Solidarität steht hier für das Gefühl, einander verbundenen zu sein, für das konkrete Sich-umeinander-Kümmern und für die Überzeugung, dass man gemeinsam etwas zum Guten wenden kann.“ (S. 1184)
C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt	
D Aktueller Stand	
D Der Artikel beschreibt den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information bezogen auf das Krankenhaus	„Wie soll bei einer streng nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten ausgerichteten Personalplanung eine professionelle Beratung in der Pflege überhaupt realisiert werden können? Denn eines ist klar: Solch eine Dienstleistung kostet Zeit – „und Zeit ist Geld“, würde der Sanierungsexperte ergänzen.“ (S. 1181) Beratung ist in der Pflege längst etabliert und wird von den Pflegenden auf eine intuitive Weise sehr erfolgreich praktiziert. (Vgl. 1181) „Eine wirkliche professionelle Ausgestaltung auf der Basis einer systematischen Fortbildung wird jedoch so lange eine „schöne Idee“ bleiben, wie die betriebswirtschaftlichen Experten so etwas nicht unterstützen und entsprechend nicht einkalkulieren.“ (S. 1181)
E Bedarf/ Legitimation	
E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert	
E2 Im Artikel wird der Zeitpunkt, wann Patientenedukation/Beratung/ Schulung stattfinden sollte, bestimmt	
F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug	
F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltlich mit der Thematik auseinander	Der Artikel stellt ein entwickeltes Beratungskonzept „Wittener Werkzeuge – ein Doublecare-Beratungsansatz für die Pflege“ vor. „Ausgangspunkt war ganz einfach die Beobachtung, wie Pflegenden sich im Beratungsgespräch mit Patienten verhalten (phänomenologischer Zugang): Sie nehmen

Augenkontakt auf, hören zu lassen sich auf Fragen und Gefühle ein, äußern sich sprachlich, zeigen körperliche Reaktionen. Man kann also fünf Beratungsmodalitäten unterscheiden: sehen, hören, fühlen, sprechen, tun.

Beraterische Werkzeuge [Hervorhebung im Original]

Im nächsten Schritt ging es um die Frage, wie diese Modalitäten konkret realisiert werden, und zwar so, dass sich eine für den Patienten hilfreiche Begegnung entwickelt. So kamen wir zu fünf beraterischen Werkzeugen (neuerdings verwendet man in der Beratungspsychologie die englische Bezeichnung „tools“):

- Sehen, das heißt, den Patienten wertschätzend wahrnehmen = Achtsamkeit,
- Hören, das heißt, dem Patienten sein Ohr schenken = Einlassung,
- Fühlen das heißt, den Patienten in seiner Gefühlswelt begegnen = Empathie,
- Sprechen, das heißt, den Patienten inspirieren und ermutigen = Resourcing,
- Tun, das heißt, dem Patienten Nähe vermitteln = Berührung.

All diese Werkzeuge greifen unmittelbar ineinander, und entsprechend ergeben sich vielfältige sprachliche Überlappungen. Man sollte diese Begrifflichkeiten deshalb als Akzentuierungen eines großen Ganzen verstehen, nämlich „Beratung in der Pflege“. (S. 1182)

Für jedes dieser Werkzeuge lässt sich eine Vielzahl von Anwendungsformen beschreiben, zum Beispiel für „Resourcing“: Positives thematisieren, Anerkennung und Wertschätzung ausdrücken, Zielsetzung unterstützen, Kompetenzen entdecken, mögliche Verstärker identifizieren, Begeisterung wecken, Fortschritte fokussieren, zu weiteren Veränderungsschritten einladen, nach Kooperationspartnern suchen, nach Hilfewünschen fragen, Hilfen anbieten und so weiter.

Es gilt also zu unterscheiden zwischen Modalitäten, Werkzeugen und Anwendungsformen.

PatientCare [Hervorhebung im Original]

Beratungswerkzeuge und ihre vielfältigen Anwendungsformen ermöglichen das, wofür wir die Bezeichnung „PatientCare“ gewählt haben – als zentrales Element von Beratung in der

Pflege.

(...)So weit kann man dieses Konzept von „Beratung in der Pflege“ als vergleichbar ansehen mit Beratungsmodellen aus anderen sozialen Kontexten, wenn auch einzelne Besonderheiten mit dabei sind, Zum Beispiel das Werkzeug „Berührung“. Ganz speziell wird es natürlich bei den Anwendungsformen.

SelfCare [Hervorhebung im Original]

Das wirklich Besondere unseres Konzeptes ergab sich aus der Überlegung, dass ein gutes Werkzeug als solches noch kein gutes Ergebnis gewährleistet. Vielmehr kommt es gleichermaßen auf die Person an, die dieses Werkzeug benutzt. [...] Also ging es im dritten Schritt um die Frage, wie ein solches „es sich gut gehen lassen!“ für Pflegende gewährleistet werden kann. Wieder haben wir Werkzeuge definiert, nun im Sinne von Selbstwerkzeugen – und alles unter der Überschrift „SelfCare“ zusammengefasst. [Hervorhebung im Original] Für die Definition dieser Selbstwerkzeuge sind wir wieder von fünf Beratungsmodalitäten ausgegangen:

- Sehen, das heißt, sich selbst achtsam im Blick haben = Introspektion,
- Hören, das heißt sein Ohr „hellhörig“ nach innen richten = Intuition,
- Fühlen, das heißt, ganz bei sich selbst sein = Selbst-Spüren,
- Sprechen, das heißt sich selbst positiv instruieren = Selbstermutigung,
- Tun, das heißt, für sich selbst gut sorgen = Selbststärkung.

Natürlich lassen sich auch hier für jedes Selbst-Werkzeug wieder vielerlei Anwendungsformen beschreiben. Für „Selbststärkung“ zum Beispiel reicht das Spektrum von kurzzeitigen Selbstinterventionen (wie etwa tief Luftholen, bewusste Schultern entspannen, sich körperlich aufrichten, einen Kaffee genießen usw.) über mittelfristige Aktionen [...]bis hin zu lebensthematischen Aspekten [...].“ (S. 1183)

DoubleCare [Hervorhebung im Original]

„Die eigentliche Professionalisierung für „Beratung in der Pflege“ besteht darin, Wege zu finden und Methoden zu definieren, um die Pflegenden bei der Wahrnehmung und der Umsetzung dieser verschiedenen Aspekte von „DoubleCare“ in systematischer Weise zu

	unterstützen.“ (S. 1184)
F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Beratung / Schulung/ Anleitung/ Information die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor	
F1.1 Praxis	
F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich	
F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/ Abteilung ist beteiligt, wer ist Kooperationspartner	
F1.1.3 Wurde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt	
F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/ -ablauf/ -inhalte und Ergebnis	
F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/ -ablauf/ -inhalte	
F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	
F2.1.2 Ziel der Studie	
F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf, Aufbau)	
F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse.	
G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus	

durchführen	
G2 Der Artikel stellt die geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor	„Was macht eine gute Berater-Persönlichkeit aus? In diesem Zusammenhang halten wir das „Erste ethische Postulat für Berater“ für bedeutsam, wie es von Gunther Schmidt, renommierter Psychotherapeut aus Heidelberg, definiert worden ist: ‚Berater haben die Pflicht, es sich in jeder Hinsicht gut gehen zu lassen – nur dann sind sie in der Lage, all ihre Potenziale dem Klienten zur Verfügung zu stellen!‘.“ (S. 1183) (Im Text wird keine Quelle zu dem Benutzen Zitat angegeben)

2011

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 35: Herausforderung Kanülensprechstunde. Beratung rund um die „Kanüle“

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	Die Schwester Der Pfleger
A2 Artikelnummer/ Überschrift	Artikel 35 Herausforderung Kanülensprechstunde. Beratung rund um die „Kanüle“
A3 Erscheinungsjahr	50. Jahrgang 01/ 2011
A4 Autor/ Autoren	Hallbauer, Meike; Welle, Cathèrine
A5 Seitenzahl	Seite 30-32
A6 Rubrik	Praxis
A7 Inhaltscharakterisierung	Vorstellung einer Kanülensprechstunde.
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	
B2 Ein pflegetheoretischer Hintergrund wird einbezogen	
C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt	„In der Kanülensprechstunde sollen tracheotomierte Patienten und ihre Angehörige auf die Situation zu Hause vorbereitet werden.“ (S. 31)
D Aktueller Stand	
D Der Artikel beschreibt den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, bezogen auf das Krankenhaus	
E Bedarf/ Legitimation	

E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert	
E2 Im Artikel wird der Zeitpunkt, wann Patientenedukation/Beratung/ Schulung stattfinden sollte, bestimmt	
F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug	
F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltlich mit der Thematik auseinander	Der Artikel stellt ein Praxisbeispiel vor. (Vorstellung einer Kanülenberatung) „Um Patienten bestmöglich zu unterstützen, gibt es die Kanülenberatung an der HNO-Klinik Erlangen. Sie ruht auf insgesamt drei Säulen: Das Herzstück bildet dabei die Kanülsprechstunde auf der Station. Die Beratung in der Hochschulambulanz sowie die Schulung des Patienten im Umgang mit der Kanüle auf der Station im Pflegeprozess stellen die Basis dar.“ (S. 31)
F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor	
F1.1 Praxis	
F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich	Kanülsprechstunde innerhalb einer HNO-Klinik
F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/ Abteilung ist beteiligt, wer ist Kooperationspartner	HNO-Klinik am Universitätsklinikum Erlangen
F1.1.3 Wurde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt	Einführung der Kanülsprechstunde im Jahr 2006. Die Durchführung der Sprechstunde geschieht wöchentlich. (Vgl. S. 31)
F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/-ablauf/ -inhalte und Ergebnis	

F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/-ablauf/ -inhalte	<p>„Insgesamt nehmen maximal zehn Personen an einer Sprechstunde teil – eine wichtige Voraussetzung für die individuelle Informationsvermittlung und Beratung mit dem Ziel, von professionellen Pflegekräften weitestgehend unabhängig zu werden. [...] Die Pflegekraft informiert sich vor der Sprechstunde über die Teilnehmer und ihre Krankengeschichte. [...] Während der Sprechstunde nimmt sich die Pflegekraft viel Zeit für die ausführlichen Erläuterungen und für die Fragen der Patienten und Angehörigen. [...] Die Informationen orientieren sich dabei individuell an den Erfordernissen der teilnehmenden Patienten.“ (S. 31f)</p> <p>Thematische Inhalte der Sprechstunde: Anatomie und Physiologie, Vorstellung und Funktionen der unterschiedlichen Kanülen, Mundhygiene, Ernährung, Materialien und Hilfsmittel, Themen zur Alltagsbewältigung: Riechen, Schmecken, Kommunikation, Ängste, Zukunftsperspektiven. (Vgl. S 32)</p> <p>„Bis zu drei Stunden dauert die Sprechstunde [...]. Nach der Stunde notiert sie sich im Patientenbogen die psychische und körperliche Verfassung des Patienten und die verordneten Kanülen und Hilfsmittel. Der Bogen wird an die jeweilige Station übergeben.“ (S. 32)</p> <p>„Bei Bedarf vermitteln die Fachfrauen Kontakte zu Selbsthilfegruppen.“ (S. 32)</p>
F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	
F2.1.2 Ziel der Studie	
F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf, Aufbau)	
F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse	
G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus durchführen	Die Mitarbeiter der Kanülensprechstunde „(...)sind speziell geschulte HNO-Pflegefachkräfte der onkologischen Abteilung, die auf Station oder in der Hochschulambulanz arbeiten.“ (S. 31)
G2 Der Artikel stellt die geforderten	„Die Beratung tracheotomierter Patienten erfordert von den Pflegekräften eine besondere

<p>Qualifikationen Qualifikationsvoraussetzungen, Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor</p>	<p>bzw. um</p>	<p>Ausbildung und ein Höchstmaß an sozialer Kompetenz und Einfühlungsvermögen die persönliche Situation des Betroffenen.“ (S. 31) „Um die Tracheostomaversorgung innerhalb des gesamten Universitätsklinikums zu optimieren, hält [die Pflegekraftfachkraft der Kanülensprechstunde] Kurzfortbildungen für die Kollegen auf den Stationen. In der HNO-Klinik schult sie auch Assistenzärzte zu diesem Thema. Nicht zuletzt ist die Fähigkeit zu Empathie und zum Einlassen auf die Patienten und Angehörigen entscheidend.“ (S. 32)</p>
---	---------------------	--

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 36: Pflegeberatung nach Nierentransplantation. Weiterleben mit neuer Niere

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	Die Schwester Der Pfleger
A2 Artikelnummer/ Überschrift	Artikel 36 Pflegeberatung nach Nierentransplantation. Weiterleben mit neuer Niere
A3 Erscheinungsjahr	50. Jahrgang 06/ 2011
A4 Autor/ Autoren	Beinsen, Ann-Katrin
A5 Seitenzahl	Seite 532 - 537
A6 Rubrik	Schwerpunkt
A7 Inhaltscharakterisierung	„Ein Projekt an der medizinischen Hochschule Hannover zeigt, wie Patienten durch gezielte Schulungsinhalte nach einer Nierentransplantation zurück in ihren Alltag finden können.“ (S. 532)
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	
B2 Ein pflegetheoretischer Hintergrund wird einbezogen	Theoretische Grundlagen: „Die Theoretischen Grundlagen des Praxisprojektes basieren auf zwei Säulen: -Dem Pflegeberatungsassessment auf Basis der kooperativen Beratung nach Hüper/ Hellige und -den Grundlagen der Patientenschulung nach London und Klug-Redman. Beim Pflegeassessment nach Hüper/ Hellige gilt es, das Beratungsproblem zu erkennen, um es anschließend in Bezug zu den Beratungslösungen setzen zu können. Die Beratungslösungen setzen sich aus Information und Orientierung, Deutung und Klärung und Handlung und Bewältigung (vgl. Sander 1999) in den verschiedenen Erfahrungsfeldern Krankheitsarbeit, Alltagsarbeit und Biographiearbeit (vgl. Corbin/ Strauss 2004) sowie der Gesundheitsförderung (vgl. Antonovsky 1998) zusammen.“ (S. 535)

C Ziele	
<p>C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt</p>	<p>„Durch gezielte Beratung sowie individuelle Schulungen für nierentransplantierte Patienten kann deren Fähigkeit zum Selbstmanagement gefördert, die Lebensqualität erhalten und letztendlich den Patienten Sicherheit im Umgang mit ihrer Erkrankung gegeben werden.“ (S. 533)</p> <p>„Die Patientenschulung soll die Gesundheitsförderung und das Selbstmanagement im Umgang mit dem neuen Organ fördern. Hierfür werden Lernziele definiert. „Lernziele müssen neue Verhaltensweisen aufzeigen, die durch Veränderungen im Denken des Lernenden in Erscheinung treten, als Resultat des Schulungsvorgangs“ (KlugRedman 1996, S.60).“ (S. 534)</p> <p>Ziel dieser Schulung:</p> <p>„Ziel dieser Schulung soll es ein, Patienten nach einer NTx dahingehend zu unterstützen, dass sie lernen, „ihre eigenen Gesundheitsprobleme festzustellen und dass sie die notwendigen Fähigkeiten sowie die Zuversicht gewinnen, auf Einschränkungen und Komplikationen adäquat reagieren zu können“ [Hervorhebung im Original] (Widerholdt et al. 2009, S 337).</p> <p>Auch die Gesundheitsförderung und die Stärkung der Selbstmanagementfähigkeiten von Patienten nach einer NTx haben in diesem Projekt einen hohen Stellenwert. Durch Beratung/ Schulung soll der nierentransplantierte Patient Sicherheit im Umgang mit seiner Erkrankung bekommen. Er soll Schritt für Schritt zum „Experten“ seiner Krankheit werden. Durch das Wissen über seiner Medikamente und deren Nebenwirkungen soll er sein „Therapieregime“ besser überblicken können und auch die Zusammenhänge der verschiedenen Medikamente besser verstehen. Der Patient soll zum eigenständigen Handeln befähigt werden, indem er die Symptome der akuten Abstoßungsreaktion kennt.“ (S. 535)</p> <p>„Lernziele Medikamente: der Patient...</p> <ul style="list-style-type: none"> -kann seine Medikamente selbstständig in seiner Medikamentenbox zusammenstellen, -wird zur eigenverantwortlichen Einnahme seiner Medikamente angeleitet, -kennt seine Medikamente und deren Wirkungen sowie Neben- und Wechselwirkungen.

	<p>Patiententagebuch/ Vitalwerte: Der Patient...</p> <ul style="list-style-type: none"> -kennt sein Tagebuch und weiß damit umzugehen, -kann die gemessenen Vitalwerte selbstständig in das Patiententagebuch übertragen, -kennt Grenzwerte der Vitalparameter, -kann seine Vitalparameter einschätzen und adäquat darauf reagieren, -kann eine Einfuhr- und Ausfuhrbilanzierung selbstständig durchführen -kennt den Zusammenhang zwischen Einfuhr, Ausfuhr und Gewicht. <p>Symptomkontrolle: Der Patient ...</p> <ul style="list-style-type: none"> -kennt die Symptome der akuten Abstoßungsreaktion, -weiß, wie er auf etwaige Symptome reagieren muss (im Zweifelsfall immer in der Transplantationsambulanz anrufen!).“ (S. 534f)
D Aktueller Stand	
D Der Artikel beschreibt den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, bezogen auf das Krankenhaus	„Im heutigen Pflegealltag ist es aus zeitlichen Gründen oftmals nicht mehr selbstverständlich, sich individuell mit dem Patienten und seiner Erkrankung auseinanderzusetzen. Hinzu kommt, dass Beratungsgespräche im Pflegealltag meist ungeplant sind und handlungsbegleitend erfolgen. Ein definiertes Beratungssetting, wie beispielsweise in der psychosozialen Beratung, ist in der Pflege kaum zu finden.“ (S. 537)
E Bedarf/ Legitimation	
E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert	
E2 Im Artikel wird der Zeitpunkt, wann Patientenedukation/ Beratung/ Schulung stattfinden sollte, bestimmt	
F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug	
F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltlich mit der Thematik auseinander	<p>Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel.</p> <p>„Im Rahmen eines Praxisprojektes der Fachhochschule Hannover wurde versucht, einen Ansatz zur Pflegeberatung von nierentransplantierten Patienten mit integriertem Schulungsanteil zu ermitteln. Anschließend wurde dieser Ansatz in der Medizinischen</p>

	Hochschule Hannover (MHH) erprobt.“ (S. 533)
F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor	
F1.1 Praxis	
F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich	Der genaue Bereich wird nicht beschrieben. Es wird nur die Patientengruppe bestimmt (Patienten nach einer Nierentransplantation).
F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/ Abteilung ist beteiligt, wer ist Kooperationspartner	Die Medizinische Hochschule Hannover ist beteiligt in Kooperation mit der Fachhochschule Hannover. (Vgl. S. 533)
F1.1.3 Wurde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt	
F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/-ablauf/ -inhalte und Ergebnis	<p>Themen der Schulung „Die Themen der Patientenschulung wurden jeweils individuell entwickelt, wobei die drei folgenden Schwerpunkte in jedem Gespräch zu finden waren: -Symptome der akuten Abstoßung, -eigene Medikamentenliste (spezielle Immunsuppressiva), -Umgang mit dem Patiententagebuch</p> <p>Inhalte der Schulung: -emotionaler Support -Integration der Erlebnisse ins Alltagsleben -Empowerment stärken -Selbstbeobachtung Flüssigkeitshaushalt -bedarfsorientierte Ernährung -Verhaltensregeln im Umgang mit dem neuen Organ -Selbstbeobachtung von Körperfunktionen</p>

	<ul style="list-style-type: none"> -Erkennen von Komplikationen -Umgang mit Medikamenten -angeleitete und gezielte Bewegungstherapie -Kontinenztraining -berufliche Rehabilitation -finanzielle Hilfen - Rentnerberatung. (Vgl. S. 534) <p>Ergebnisse der Schulung „Die Schulungsinhalte konnten allen Patienten gut vermittelt werden. Zudem hat eine Förderung der Compliance stattgefunden und speziell die Gesundheitsförderung konnte durch die individuelle Schulung/ Beratung deutlich verbessert werden. Die Patienten wurden in ihren Selbstmanagementfähigkeiten gestärkt: Sie erlangten Sicherheit im Umgang mit ihren Medikamentenregime und können nun auf Komplikationen und Einschränkungen adäquat reagieren.“ (S.537)</p>
F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/ -ablauf/ -inhalte	Beratungsassessment: „Im ersten Gespräch stand das Beratungsassessment im Vordergrund. Anhand des Assessments wurden dann der Beratungsbedarf und die Beratungsprobleme herausgearbeitet, die in einem Zweitgespräch thematisiert wurden.“ (S. 537) Hauptarbeitslinien Krankheitsarbeit: -Symptomkontrolle -Medikamente -Mobilisation, Prophylaxen Alltagsarbeit: -Umgang mit krankheitsbedingten Einschränkungen im Beruf -Umgang mit krankheitsbedingten Einschränkungen in der Freizeit -Umgang mit krankheitsbedingten Einschränkungen/ Einsatz von Hilfsmitteln Biografiearbeit:

	<ul style="list-style-type: none"> -Selbst- und Körperkonzept -Rollenverständnis -Wohlbefinden -Umgang mit Stresssituationen <p>Gesundheitsförderung:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Information und Wissen zum Verstehen -Selbstbestimmte Lebens- Gestaltung im Alltag/ Lebensqualität/ Wohlbefinden. <p>Daraus wird der Beratungsbedarf unter den Aspekten: Information/ Orientierung, Deuten/ Klären, Handeln/ Bewältigen ermittelt. (Vgl. S. 536)</p>
F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	
F2.1.2 Ziel der Studie	
F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf, Aufbau)	
F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse	
G Qualifikation	
G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus durchführen	
G2 Der Artikel stellt die geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor	

Tabellarisches Kategoriensystem/ Artikel 37: Einzelschulung – Progressive Muskelrelaxation (PMR) – als Intervention in einer Pilotstudie

A Allgemeines	
A1 Zeitschrift	PrInternet/ Pflegewissenschaft
A2 Artikelnummer/ Überschrift	Artikel 37 Einzelschulung – Progressive Muskelrelaxation (PMR) – als Intervention in einer Pilotstudie
A3 Erscheinungsjahr	Juni/ 2011
A4 Autor/ Autoren	Seeling, Stefanie
A5 Seitenzahl	Seite 338 - 348
A6 Rubrik	Nicht aufgeführt
A7 Inhaltscharakterisierung	Im Rahmen einer Pilotstudie wurde eine PMR-Einzelschulung mit anschließender Beratung, Informationsblätter zur Schulung und ein Qualifizierungskonzept konzipiert. Diese werden im Artikel vorgestellt. Des Weiteren erfolgte eine Evaluation der Schulung, die Ergebnisse werden ebenfalls im Artikel dargelegt.
B Definition/ Theoretischer Hintergrund	
B1 Im Artikel wird Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information definiert	
B2 Ein pflge-theoretischer Hintergrund wird einbezogen	
C Ziele	
C Die Ziele von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information werden im Artikel dargestellt	„Die geplante Intervention hat das Ziel, die Eigenkompetenz der Patienten zu stärken und ist die Grundlage für ein spezifisches Schulungsprogramm in Anlehnung an Görres (2004) und London (2003) (Görres, 2004; London, 2003). Die Schulung der PMR soll die Patienten dazu befähigen, eine Technik zur Prävention von antizipatorischer Übelkeit und zur Selbstpflege bei Chemotherapie zu erlernen, sowie auch die Angst vor der Nebenwirkung zu reduzieren. Die Patienten sollen lernen, die Technik gezielt im Alltag einzusetzen, damit sie ihren Alltag unter einer Chemotherapie besser bewältigen können. Sie sollen das Gefühl verlieren, dass sie der Übelkeit oder dem Erbrechen „ausgeliefert“ [Hervorhebung im Original] sind. In

	<p>diesem Ansatz greift das Empowerment (Stark, 1996).“ (S. 343)</p> <p>„Die Ziele der Beratung sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Der Patient kann die PMR im Alltag anwenden. 2. Der Patient weiß um die Wichtigkeit des täglichen Übens 3. Der Patient konnte Fragen stellen und Unklarheiten beseitigen und ggf. ein entstandenes Wissensdefizit in Zusammenhang mit der Schulung ist gelöst.“ (S. 344)
D Aktueller Stand	
D Der Artikel beschreibt den aktuellen Stand von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information, bezogen auf das Krankenhaus	<p>„Das Erlernen der PMR fällt in den Bereich der Prävention von Folgeerkrankungen und kann im Sinne der Gesundheitsförderung zur Verbesserung der persönlichen Lebensqualität führen. Die evidenzbasierten Selbstmanagementschulungen für chronische Erkrankungen sind noch sehr im Rückstand. Für die meisten chronischen Krankheiten und deren Folgen die sich daraus ergeben, existieren keine offiziell anerkannten Selbstmanagement-Lernprogramme. Zusätzliche Behandlungskonzepte wie z. B. die PMR gehören nicht zu den empfohlenen Standard-Therapien einer Krebserkrankung, obwohl Erfolge durch Studien belegt und positive Auswirkungen von den chronischkranken Personen zurückgemeldet werden (Klug Redman, 2008). Forschungen zeigen, das PMR die Übelkeit unter Chemotherapie senken kann (Devine & Westlake, 1995; Redd, 1990; Redd, Montgomery, & DuHamel, 2001).“ (S. 339)</p>
E Bedarf/ Legitimation	
E1 Im Artikel wird der Bedarf von Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus erörtert	<p>„Görres (2004) sieht vor dem Hintergrund der Reformen im Gesundheitswesen neue Anforderungen der Entwicklungsdynamiken an die Pflegenden. Er sieht die Bereiche: Beratung, Information, Gesundheitsförderung/ Prävention/ Rehabilitation, Management/ Koordination/ Vernetzung und Kooperation als zukünftige Aufgabenfelder von Pflege(Görres, 2004).“ (S. 338)</p>
E2 Im Artikel wird der Zeitpunkt, wann Patientenedukation/ Beratung/ Schulung stattfinden sollte, bestimmt	
F Artikelart/ Inhaltlicher Bezug	
F1 Der Artikel beschreibt ein Praxisbeispiel/ stellt ein Projekt/ Konzept	<p>Der Artikel stellt ein Praxiskonzept vor. Dieses Konzept wurde im Rahmen einer Pilotstudie konzipiert und evaluiert.</p>

aus der Praxis vor/ der Artikel setzt sich inhaltlich mit der Thematik auseinander	„Das Interventionskonzept ist die PMR nach Jacobsen modifiziert für Patienten in der Onkologie, die sich einer hochemetogenen Chemotherapie unterziehen. Die konzipierte Einzelschulung mit anschließender Beratung wird von qualifizierten Pflegenden aus dem jeweiligen Klinikum durchgeführt. Diese wurden zuvor in der Anwendung des Konzeptes mit anschließender Beratung qualifiziert (siehe Qualifikationskonzept).“ (S. 343)
F2 Der Artikel stellt eine Studie zum Thema Patientenedukation/ Beratung / Schulung/ Anleitung/ Information die im Krankenhaus durchgeführt worden ist oder sich auf den Bereich Krankenhaus bezieht, vor	„Auf Basis dieser Position hat die Autorin für eine explorative Pilotstudie eine PMR-Einzelschulung mit anschließender Beratung konzipiert. Die Intention ist ein präventiver Ansatz, der Vorbeugung der antizipatorischen Übelkeit durch Patientenedukation.“ (S. 338)
F1.1 Praxisbericht	
F1.1.1 Wenn Praxisbeispiel, in welchem Bereich	Die Durchführung geschieht in der Onkologie. (Vgl. S. 346)
F1.1.2 Wenn ja, welches Krankenhaus/ Abteilung ist beteiligt, wer ist Kooperationspartner	Durchführung der PMR-Einzelschulung in Kliniken (diese werden nicht näher bestimmt). (Vgl. S. 38)
F1.1.3 Wurde Patientenedukation/ Beratung/ Schulung dauerhaft eingeführt	
F1.1.4 Beispiel für einen Schulungsaufbau/ -ablauf/ -inhalte und Ergebnis	<p>Konzept PMR-Einzelschulung mit Beratung</p> <p>Die Einzelschulung ist der Literatur entlehnt (Gröninger et al., 1996; Hainbruch, 2007; Jacobsen, 2006). Das Prinzip der Anspannung und Entspannung ist der zentrale Ansatz in der Einzelschulung. Es erfolgt eine Aussparung der Anwendungen von Brust- und Bauchbereich, da auch operierte Patienten in die Studie eingeschlossen werden können. Diese können aufgrund der Operationen in diesem Stadium keine Anspannung von Bauchbereich vornehmen, was auch für den Brustkorb gilt. Hier kommt auch noch eine möglich Synchronisation bei der Anspannung mit der Atmung hinzu (Jacobson, 2006) was hier nicht von Bedeutung ist.</p> <p>Die Einzelschulung wird vor dem ersten bis fünften Chemotherapiezyklusbeginn durchgeführt und der Gesamtablauf ist standardisiert.</p> <p>Vor der ersten Einzelschulung wird der Patient in die Grundzüge der Entspannung eingeführt</p>

und erhält dazu ein Merkblatt zur Progressiven Muskelrelaxation. In diesem Informationsschreiben werden die Philosophie der Entspannung und Forschungsergebnisse dazu beschrieben, weiter erfolgen Erklärungen zum Übungsverhalten, der Liegeposition und dem Ablauf. Die Faust steht für die Anspannung und die offene Hand für die Entspannung, als Symbole für das wechselseitige Prinzip.

Im nächsten Schritt bereiten die Pflegenden den Raum vor. Die Raumvorbereitung beinhaltet die Temperierung auf ca. 25°C, ggf. Abdunklung der Zimmer, das Anbringen des Schildes: „Bitte nicht stören Entspannungstechnik“ [Hervorhebung durch den Autor] an der Tür und das Bereitstellen des CD-Players zum Abspielen der Entspannungsmusik. Die Räume für die Durchführung der Einzelschulung hat die Autorin mit den Pflegenden auf die jeweilige Abteilung bezogen ausgewählt. Die Gestaltung des Raumes obliegt den Pflegenden vor Ort. Das Vorbereiten des Patienten beinhaltet das Abnehmen von Sehhilfen, eine Miktionsempfehlung und das Einnehmen einer bequemen Position auf der Liege, den Behandlungsstuhl oder dem Bett. Es wird eine Hörprobe für die Lautstärke der Musik und eine Sprechprobe für Akustik und Tonaktion durchgeführt.

Bei der Durchführung der Einzelschulung im Patientenzimmer wird keine Anwesenheitstaste der pflegenden gedrückt, um Störgeräusche durch den Stationsablauf zu vermeiden.

Die Durchführung ist durch einen Sprachtext standardisiert. Dieser Text ist in Sprechsprache gefasst und in die jeweiligen Einzelschritte untergliedert. Die Einzelschulung beginnt mit einer einleitenden Formel mit dem Erspüren des Körpers, der Unterlagen und des Raumes. Nun soll der Patient eine bequeme Liegeposition und seinen Atemrhythmus finden. Die Übung geht in der zuvor beschriebenen Reihenfolge vor. Alle Körperteile werden zweimal hintereinander an- und entspannt. Die Anspannung des jeweiligen Körperteils ist ca. 7 Sekunden lang und dann folgt eine Entspannungsphase von ca. 15 Sekunden. Die Übung schließt mit einem Rückwärts zählen von drei, zwei, eins, welches den Patienten aus der Entspannung zurückholt. Dabei werden bei drei die Extremitäten gestreckt, bei zwei tief durchgeatmet und bei eins die Augen geöffnet. An die Entspannungsübung schließt sich die Infundierung der Chemotherapie an.

Die Beschreibung entspricht der Durchführung der ersten Einzelschulung. Bei der zweiten bis fünften Einzelschulung werden die Unterstützungsmaterialien nicht mehr ausgehändigt

	<p>nur wenn sie nicht mehr vorhanden sind. Der Sprachtext ist ausschließlich für den Verbleib bei den Pflegenden konzipiert.“ (S. 343 f)</p> <p>Die Unterstützungsmaterialien für die PMR-Einzelschulung (Informationspapier: Merkblatt zur PMR, Informationspapier: Reihenfolge der PMR, die Entspannungsmusik) werden im Artikel kurz vorgestellt. (Vgl. S. 344 ff)</p> <p>„Der [Sprachtext] für die PMR-Einzelschulung ist in Lesesprache standardisiert und wird von den Pflegenden vorgelesen. Der Text ist damit für alle Pflegenden gleich. Eine Modifikation erfolgt somit nur in der Stimmlage, Ton und dem eigenen sprachlichen Ausdruck, was immer personenbedingt ist. [...] Dieses gesamte Konzept wird in der Qualifikationsmaßnahme mit den Pflegenden eingeübt.“ (S. 346)</p>
<p>F1.1.5 Beispiel für einen Beratungsaufbau/-ablauf/ -inhalte</p>	<p>„Die Beratung zur Integration in den Alltag findet zwischen 2 – 24 Stunden nach der Chemotherapiegabe statt. Dieser Korridor wurde fokussiert, damit ein individueller Zeitpunkt für die Beratung gewählt werden kann, da Patienten nur für ein paar Stunden im Krankenhaus sind oder auch für einige Tage.</p> <p>In der Beratungssituation erhält der Patient noch das Informationspapier: Reihenfolge, der PMR und eine CD mit Entspannungsmusik ausgehändigt. [...] Im Gespräch klären die Pflegenden die Rahmenbedingungen für eine Anwendung im Alltag mit dem Patienten und geben ggf. Hinweise zur Übungszeiten, Zeitkorridoren [...] Im zweiten Teil der Beratung geht es auch noch um die Verwendung des Tagebuchs, ein Instrument für die Studie, was ja im direkten Zusammenhang mit der PMR steht. Es ergibt sich folgender überblickhafter Ablauf der Einzelschulung.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Information des Patienten mit dem Merkblatt zu PMR 2. Raumvorbereitung 3. Vorbereitung des Patienten für die Einzelschulung 4. Durchführung der Einzelschulung 5. Aushändigung des Informationspapiers: Reihenfolge der PMR 6. Aushändigung der Entspannungsmusik

	7. Beratung der Integration der PMR im häuslichen Umfeld“ (S. 344)
F2.1 Studie	
F2.1.1 Vorstellung der Initiatoren der Studie	
F2.1.2 Ziel der Studie	
F2.1.3 Vorstellung des Studiendesigns/ Methode (Fragestellung, Inhalt, Ablauf, Aufbau)	
F2.1.4 Darstellung der Studienergebnisse	<p>„Nutzen des Konzeptes aus Sicht der Pflegenden Patientenbezogenes Feedback [Hervorhebung im Original] Die Pflegenden sehen folgenden Nutzen für die onkologischen Patienten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung der Lebensqualität bzw. der aktuellen Lebenssituation - - aktiver Einbezug in die Therapie - Verbesserung des Nebenwirkungsmanagement - Alternativangebot - Stärkung und Stützung des Eigenmanagement des Patienten. <p>Die Verbesserung der Lebensqualität wurde konkret so benannt, aber es ging auch darum, die Lebensqualität unter der Therapie wieder zu erlangen bzw. zurückzugeben, ruhiger zu werden oder keine / weniger Angst zu haben. Der aktive Einbezug in die Therapie bedeutet, dass die Therapie besser angenommen wird oder der Betroffene aktiv am Therapieprozess beteiligt ist. Zum Themenkomplex „Verbesserung des Nebenwirkungsmanagement“ [Hervorhebung im Original] zählen Äußerungen: „Patient übersteht die Therapie besser“ oder „Patient kommt nicht in die Übelkeitsschleife“ [Hervorhebungen im Original] oder ganz allgemein, dass er mit den Nebenwirkungen besser umgehen kann. Die Entspannungstechnik wird als Alternativangebot oder auch als Zusatzangebot für die Antiemesetherapie benannt. Der letzte Punkt wurde untermalt mit den Argumenten, dass der Patient, sich mit sich auseinandersetzen kann’ oder, etwas an der Hand hat’ um für sich was zu tun, bzw. aktiv wird um sich etwas „Gutes zu tun“ [Hervorhebungen im Original].</p> <p>Berufsbezogenes Feedback zur PMR-Einzelschulung [Hervorhebung im Original] Den Nutzen bezogen auf die eigene Berufsgruppe sehen die Pflegenden klar in der Förderung</p>

der Beziehung zum Patienten. Es gelang während des laufenden Projektes eine intensive Pflege-Patient-Beziehung aufzubauen und so Vertrauen zu schaffen, um auch andere Situationen die den Patienten betreffen, besser verstehen zu können. Pflegende sehen es als praktische Bezugspflege (Primary Nursing) (Manthey, 2005) und prägten den Begriff „Qualitätszeit“ [Hervorhebung durch den Autor] mit dem Patienten zu verbringen. Sie sehen die Intervention als Möglichkeit personenbezogene Bindungen zu schaffen. Sie äußerten konkrete Vorstellungen wie sie das Konzept in die Pflegepraxis integrieren würden:

- ⌚ PMR-Konzept in die Fachweiterbildung in Modul integrieren
- ⌚ PMR-Konzept in die Fortbildung Primary Nursing einfügen
- ⌚ Unterstützung im Primary Nursing Konzept um die Bindung zwischen Patient und Pflege zu unterstützen
- ⌚ Freiwilliges Gruppenangebot für Patienten einmal die Woche
- ⌚ Einzelberatung im individuellen Fall
- ⌚ Schulung von weiteren Pflegenden im Team

In allen Kliniken ist die weitere Nutzung nach dem Projektende beabsichtigt. Dabei sollte es nicht mehr nur auf die Patienten mit einer hochemetogenen Chemotherapie begrenzt sein, sondern auf alle onkologischen Patienten mit Chemotherapie erweitert werden. Es sind aber auch Übertragungen auf unruhige Patienten oder Patienten mit Angst und Anspannung vor Untersuchungen aus Sicht der Pflegenden denkbar.

Ergebnisse Patientenanzwendung [Hervorhebung im Original]

Es wendeten 87,5 % der Patienten die PMR zu Hause an. [...] Es haben über die Hälfte der Patienten immerhin mindestens mehrmals die Woche geübt, was sich sehr unterschiedlich auf die Tageszeiten verteilt [...].

Evaluation des PMR-Konzeptes [Hervorhebung im Original]

Die Patienten bewerteten das Merkblatt und die erhaltende Beratung auf einer vierstufigen Likert Skala. Die nach der Einzelschulung erhaltende Beratung bewerteten 73,3 % (n = 11) als sehr und 20 % (n = 3) mäßig hilfreich. Lediglich 6,7% (n = 1) finden die Beratung überhaupt nicht hilfreich. Das Merkblatt zur Progressiven Muskelentspannung finden jeweils 46,7 % (n = 7) sehr oder mäßig hilfreich. Lediglich 6,7 % (n = 1) fanden es überhaupt nicht hilfreich.

	<p>Die Rückmeldungen der Pflegenden in verschiedenen Gesprächen sind positiv, dass das Konzept praktikabel und gut bei den Patienten angekommen ist. Den Pflegenden war in diesem Zusammenhang die Diskussion wichtig, wie mit der Entspannungsmusik umzugehen ist, da ein Teil der Patienten gerne eine besprochene CD mit dem Text der Entspannungsübungen für den häuslichen Bereich gehabt hätte. In diesen Situationen haben die Pflegenden den Patienten eine Musik-CD ausgehändigt und der Partner wird durch Vorlesen des Textes an der PMR-Übung beteiligt. Hier wünschen die Pflegenden sich zukünftig, solche CDs aushändigen zu können. Argumente für dieses Vorgehen sind, dass die Patienten sich die Reihenfolge nicht merken können oder auch, dass die Partner sich nicht aktiv in die Therapieprozesse einbringen. Es wurde ebenfalls geäußert, dass sich die Übungen dann leichter anwenden lassen. Dagegen spricht der Konditionierungsprozess, der sich dann auf die besprochene CD ausrichten könnte (G. R. Morrow, 1984 b).“ (S. 346 ff)</p>
<p>G Qualifikation</p>	
<p>G1 Der Artikel beschreibt die derzeitigen Qualifikationen von Personen, die Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information im Krankenhaus durchführen</p>	<p>Qualifikationskonzept „Die Ziele des Qualifikationskonzeptes sind einmal, die Pflegefachkräfte für die Datenerhebung als Studienassistenten fortzubilden und zum zweiten sie für die Durchführung der Einzelschulung zu qualifizieren. Das geschieht in einer 20-stündigen Fortbildung in den Kliniken die als Interventionsgruppe ausgewählt sind. Die Qualifizierung für den Teil der Studie zum Handling der Instrumente und der notwendigen Formalia werden ca. 6-8 Stunden benötigt. Die verbleibende Zeit konzentriert sich auf den Erwerb der Technik der PMR. Die Fortbildung findet an drei aufeinander folgenden Tagen statt.“ (S. 346)</p> <p>1. Tag (6 h):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vorstellung der Studie - Einführung in die Thematik - Aufgabe der Pflegenden in der Studie - Einschlusskriterien - Festlegung der Chemotherapie - Einführung in die Rekrutierung - Selbsterfahrung PMR <p>2. Tag (8 h):</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Vorstellung PMR - Selbsterfahrung PMR - Einführung in den Sprachtext PMR - Üben, PMR-Schulung durchzuführen - Einführung in die Instrumente <p>3. Tag (6h):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ziele des Beratungsgesprächs - Ablauf der Beratung - Rollenspiele Beratung - Instrumentenführung - Zusammenfassung - Übertragung auf das Praxisfeld (Vgl. S. 346)
<p>G2 Der Artikel stellt die geforderten Qualifikationen bzw. Qualifikationsvoraussetzungen, um Patientenedukation/ Beratung/ Schulung/ Anleitung/ Information durchführen zu können, vor</p>	

