

***Gesundheitsförderung und -beratung innerhalb der  
österreichischen Ausbildung zum gehobenen Dienst  
für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege***

***Bachelorarbeit***

***Eveline Berger (0210376)***

***VO Didaktik***

***Betreuerin: Dipl.-Pflegepädagogin Juliane Eichhorn-Kissel***

*juliane.eichhorn-kissel@meduni-graz.at*

**Medizinische Universität Graz**

**Institut für Pflegewissenschaft**

Billrothgasse 6, 8010 Graz

Tel. +43 316 385 72069

***April 2009***

# **Ehrenwörtliche Erklärung**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzen Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz, am 7. April 2009

Unterschrift

# Inhaltsverzeichnis

Ehrenwörtliche Erklärung .....	2
Abstract .....	4
1. Einleitung .....	6
1.1. Hintergrund .....	6
1.2. Ziel .....	9
1.4. Begriffsdefinitionen .....	10
1.4.1. Gesundheitsförderung: .....	10
1.4.2. Gesundheitsberatung: .....	11
2. Methode.....	12
3. Darstellung der Ergebnisse: .....	14
3.1. Forschungsfrage 1: .....	14
3.2. Forschungsfrage 2: .....	16
3.3. Forschungsfrage 3: .....	17
3.4. Forschungsfrage 4: .....	20
4. Schlussfolgerungen .....	21
5. Diskussion .....	22
5.1. Diskussion der Ergebnisse .....	22
5.1.1. Forschungsfrage 1: .....	22
5.1.2. Forschungsfrage 2: .....	25
5.1.3. Forschungsfrage 3: .....	26
5.1.4. Forschungsfrage 4: .....	26
5.2. Methodologische Einschränkungen .....	27
5.2.1. Implikationen für die Forschung .....	28
6. Fazit.....	29
6.1. Implikationen .....	30
6.1.2. Implikationen für die Ausbildung: .....	30
6.2.2. Implikationen für die Praxis: .....	31
7. Ausblick .....	31
8. Literaturverzeichnis.....	32

# Abstract

**Background:** Due to demographic changes and enormous runaway costs in the public health system the sociopolitical call for more health promotion and -counseling within the nursing profession steadily increases and is reflected by reformed professional laws. Although the WHO assigns the nurses into a key position within the area of health promotion and -counseling the literature points to a low relative significance of nurse led health promotion and -counseling, lacking nurses' competencies and structural barriers to put into action the assigned duties of health promotion and -counseling. **Aim:** To picture the educational programme of Austrian nurses in the area of health promotion and -counseling. **Method:** Literature work using the databases Ovid SP (Cinahl, Medline, Cochrane systematic review, Biomed Pascal) and Pubmed. Several keywords around the concepts health promotion, health counseling, nursing education and Austria have been derived. Used methodological filters: thesaurus MeSH terms, Boolean operators (and, or), limited search in title/abstract and in the last 5 years. An additional search was conducted at the local university. **Findings:** The relative importance of health promotion and -counseling within the Austrian nursing education is low and does not fit with the recommendations of the WHO. **Conclusions:** The educational aims within nurse led health promotion and -counseling and therefore necessary competencies seem not to be acquired within the Austrian educational programme of nurses. Therefore the up until now missing scientific evaluation should be conducted quickly. This would be the base for every further intervention.

**Key words:** nursing, health promotion, health counseling, education, Austria. (249 words)

---

**Hintergrund:** Aufgrund demographischer Entwicklungen und der Kostenexplosion im Gesundheitswesen wird der gesundheitspolitische Ruf nach mehr pflegebezogener Gesundheitsförderung und -beratung immer lauter und spiegelt sich in den reformierten Berufsgesetzen wider. Obwohl die WHO den Pflegenden eine Schlüsselposition im Bereich der Gesundheitsförderung und -beratung zuweist, deutet die Literatur darauf hin, dass Gesundheitsförderung und -beratung innerhalb der Pflege einen geringen Stellenwert haben, dass es den Pflegenden häufig an diesbezüglichen Kompetenzen mangelt und dass strukturelle Rahmenbedingungen

fehlen um gesundheitsbezogene Aufgaben im Pflegealltag wahrzunehmen. **Ziel:** Den Bereich der Gesundheitsförderung und -beratung innerhalb der österreichischen Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege darstellen und hinterfragen. **Methode:** Literatuarbeit mit Hilfe der Datenbanken Ovid SP (Cinahl, Medline, Cochrane systematic review, Biomed Pascal) und Pubmed. Dabei wurden mehrere Suchbegriffe rund um die Konzepte Gesundheitsförderung, Gesundheitsberatung, Pflegeausbildung und Österreich verwendet. Als methodologische Filter fanden die Thesaurus Schlagwortsuche (MeSH terms) und die Bool'schen Operatoren *oder* bzw. *und* sowie die limitierte Suche in Titel/Abstract und *in den letzten 5 Jahren* Verwendung. Eine zusätzliche Literaturrecherche wurde an der hiesigen Universität durchgeführt. **Ergebnisse:** Innerhalb der österreichischen Pflegeausbildung nimmt der Bereich der Gesundheitsförderung und -beratung einen geringen Stellenwert ein und entspricht nicht den Empfehlungen der WHO. **Schlussfolgerungen:** Das Erreichen der Ausbildungsziele und der Erwerb notwendiger Kompetenzen im Bereich der Gesundheitsförderung und -beratung scheinen innerhalb Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege nicht gesichert zu sein. Die bis jetzt noch ausstehende diesbezügliche wissenschaftliche Evaluation sollte rasch nachgeholt werden, stellt diese doch die Basis für jedes weitere Vorgehen dar.

**Schlüsselwörter:** Pflege, Gesundheitsförderung, Gesundheitsberatung, Ausbildung, Österreich. (250 Wörter).

# 1. Einleitung

## 1.1. Hintergrund

Weit reichende gesamtgesellschaftliche Veränderungen, wie z.B. die steigende Überalterung der Bevölkerung oder der Anstieg von chronischen und lebensstilassoziierten Erkrankungen (vgl. z.B. Köberich et al. 2006; Speziale et al. 2005; Görres et al. 2004, S.133) und die damit einhergehende Kostenexplosion in den staatlichen Gesundheitssystemen und Zunahme an hilfs- bzw. pflegebedürftigen Menschen (vgl. WHO 2005, S.1f), führen zu einer verstärkten Gesundheitsorientierung und einem Plädoyer für mehr Gesundheitsförderung und -beratung auf nationaler und internationaler Ebene (vgl. z.B. Vosseler et al. 2006, S.596).

Um den genannten gesundheitspolitischen Herausforderungen angemessen entgegen treten zu können, hat die WHO bereits in den 80er Jahren auf die Notwendigkeit der verstärkten bevölkerungsbezogenen Gesundheitsbildung und Befähigung im Sinne des Empowermentansatzes hingewiesen (vgl. WHO 1986, S.1) und die Ausdehnung der Rollen und Funktionen der Pflegenden in der primären Gesundheitsversorgung gefordert (vgl. WHO 1988). Primäre Gesundheitsversorgung zielt dabei auf eine Versorgungsform ab, die sich neben der Heilung von Krankheiten vornehmlich an der Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung orientiert (vgl. WHO 1995, S.24). Mit Pflegenden ist dabei das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal gemeint.

Um die generelle Schreib- bzw. Lesbarkeit zu erleichtern, werden im Rahmen dieser Arbeit vornehmlich die in der Pflegepraxis gängigen rudimentären Begrifflichkeiten verwendet:

- Mit *Pflege* ist der gehobene Dienst für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege gemeint.
- Mit *Pflegenden, Pflegepersonen, PflegepraktikerInnen* bzw. *Pflegekräften* ist das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal gemeint.
- *Pflegeausbildung* meint die Ausbildung zum gehobenen Dienst für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege
- *PflegeschülerInnen* sind SchülerInnen, die die Ausbildung zum gehobenen Dienst für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege absolvieren.
- Der Begriff *Lehrkräfte* meint Lehrschwestern und -pfleger für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege.

Jedenfalls lassen sich seit den 80er Jahren zahlreiche WHO-Resolutionen finden, die die Schlüsselposition der Pflegepersonen im Bereich der Gesundheitsförderung und -erhaltung sowie die Forderungen nach einer Stärkung der Rollen der Pflegenden (vgl. z.B. WHO 2005; 2000a; 1997) und der Neuausrichtung der pflegerischen Praxis und Ausbildung (vgl. z.B. WHO 2000b, S.5) bekräftigten.

Die von der WHO dahingehend erarbeiteten Strategien für die Aus- und Weiterbildung sollten sicherstellen, dass die *Pflegenden nicht nur ausgebildet, sondern gebildet* und für die Erfüllung der neuen Aufgaben im Bereich der Gesundheitsförderung und -beratung auch befähigt werden (vgl. WHO 2001, S. 126; WHO 2000b).

Die Erklärung von Islamabad (2007) zeigt als aktuellstes diesbezügliches Schriftstück jedoch auf (vgl. WHO 2007), dass die Stärkung des Pflegewesens nur minder forciert (vgl. Büscher et al. 2005, S. 7) und die Empfehlungen der WHO – da auf nationaler Ebene nicht bindend – bis dato kaum bzw. nicht umgesetzt wurden (vgl. Brieskorn-Zinke 2004, S. 96).

Konsequenterweise kann die pflegerische Praxis und Ausbildung den gesundheitlichen Bedürfnissen der Bevölkerung bzw. den gesellschaftlichen Herausforderungen nicht adäquat begegnen (vgl. Fleming et al. 2005, S.50f). Letztlich kommt es, da es den Pflegenden an den für den Bereich der *professionellen Gesundheitspflege notwendigen Kompetenzen* mangelt (vgl. Whitehead et al. 2007; Van Leuven et al. 2007; Kelley et al. 2007; Abt-Zegelin 2007, S. 782) und deren tragende Rolle im Bereich der gesundheitsbezogenen PatientInnen- und Angehörigenberatung nur unzureichend erkannt wird (vgl. Jacob 2004, S. 124), zu einer Diskrepanz zwischen Sollen und Sein der gesundheitsbezogenen Information, Beratung, Anleitung, Schulung und Motivation im Rahmen der Pflege (vgl. z.B. Abt-Zegelin 2007, S. 782; Hüper et al. 2007, S. 75; Engel 2006, S. 69).

Salutogenes Gedankengut (vgl. Jacob 2004, S. 108) und Maßnahmen der Gesundheitsförderung bzw. -beratung finden im Pflegealltag kaum Einzug (vgl. Höppner 2006, S. 69). Diese defizitäre Situation der derzeitigen Informations- und Beratungspraxis spiegelt sich z.B. in der Installation von PatientInneninformationszentren (vgl. Abt-Zegelin 2007a, S. 1074), internet-basierten PatientInneninformationsplattformen (vgl. Deutschmann 2005), telefonischen Beratungsmöglichkeiten (vgl. Fecke 2007, S.1084) oder dem Entstehen neuer Berufsgruppen, wie z. B. jener der GesundheitsberaterInnen wider (vgl. Brinkmann-Göbel 2001a, S. 26f; Behnke et al. 2001, S. 54ff).

Fördern bzw. Aufrechterhalten von Gesundheit müssen als pflegerische Aufgabenbereiche mehrheitlich erst erkannt (vgl. Pflege Heute 2007, S. 232; Harking 2005, S. 65; Sambale

2005, S. 82; Jacob 2004, S. 124). Dies umso mehr, da die gesundheitsbezogene Information und Beratung aufgrund der damit einhergehenden Förderung von Selbstpflegefähigkeit, Wohlbefinden und Lebensqualität (vgl. Schneider 2007, S. 1078) sowie Selbstbestimmung und Partizipation große Akzeptanz seitens der Bevölkerung erfährt (vgl. Brinkmann-Göbel 2001a, S. 24f).

Letztlich haben politische EntscheidungsträgerInnen im Rahmen von Novellierungen der Berufsgesetze, z.B. dem deutschen Krankenpflegegesetz von 2004 (vgl. Pleiss 2005, S. 533) oder dem österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) von 1997 (vgl. Weiß-Faßbinder et al. 2004) dem wachsenden Bedarf an Gesundheitsförderung und -beratung Tribut gezollt. So wurden im Zuge der Reform des österreichischen GuKG erstmals Gesundheitsförderung und -beratung als Aufgaben im eigenverantwortlichen Handlungsbereich des Diplompflegepersonals definiert und die Berufsbezeichnung dahingehend erweitert (vgl. ebd., S. 44f): „**Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester bzw. diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger**“ weisen explizit auf das neue Tätigkeitsprofil hin (vgl. Vosseler et al. 2006, S.602).

Dieser neue Verantwortungsbereich stellt aufgrund der aufgezeigten mangelnden Stärkung des Pflegewesens bzw. der pflegerischen Kompetenzen im Bereich der Gesundheitspflege eine große Herausforderung für die Profession Pflege dar (vgl. Jacob 2004, S. 197f):

*„Die neuen Aufgabenzuweisungen machen nur Sinn, wenn gleichzeitig ‚Startkapital‘ bereitgestellt wird, konzeptionelle und bildungsgebundene Defizite aufzuholen“* (Beikirch 2000, S. 11).

Nur so kann das volle Potential der Pflegenden entfaltet und die Herausforderungen in den Gesundheitssystemen bewältigt werden (vgl. Büscher et al. 2005, S. 4ff).

Neben der Schaffung angemessener Rahmenbedingungen (vgl. z.B. Whitehead et al. 2007; Kelley et al. 2007; Sambale 2005, S. 80; Christmann et al. 2004, S. 165) ist die Sicherstellung bedarfsangepasster Aus- und Weiterbildungsinitiativen die wesentlichste Voraussetzung für die gelungene Integration von Gesundheitsförderung und -beratung in die Pflegepraxis (vgl. Köberich et al. 2006, S.133; Büscher et al. 2005, S. 4ff); wird der Bereich der Gesundheitsförderung und -beratung innerhalb der pflegerischen Ausbildung doch noch immer unzureichend berücksichtigt (vgl. Whitehead 2007).

Die Ausbildung muss sich gemäß den veränderten gesetzlichen Vorgaben und zugewiesenen Aufgabenbereichen wandeln (vgl. Vosseler et al. 2006, S. 596; Speziale et al. 2005). Gesundheitsförderung und -beratung sollten bei Curriculumreformen mehr Aufmerksamkeit erfahren (vgl. Utley-Smith 2004). Kompetenzen, die für die Durchführung pflegebezogener Gesund-

heitsförderungsmaßnahmen benötigt werden, sollten explizit definiert (vgl. Köberich et al. 2006, S. 134) und geeignete Messinstrumente sollten entwickelt werden (vgl. Pleiss 2005, S. 536).

Häufig fehlt allerdings das Verständnis für eine hochwertige pflegerische Grundausbildung und dessen regelmäßige Evaluation. Ein womöglich vorhandener Reformbedarf kann so kaum wahrgenommen werden (vgl. Büscher et al. 2005, S.5). Nachfolgendes Zitat verdeutlicht dies:

„ *'all is not well' with regard to health promotion content in nursing curricula (...)*“  
(Whitehead 2007, S. 227).

Zudem scheint es seit der in den 1990er Jahren beginnenden Thematisierung der mangelnden Gesundheitsorientierung innerhalb der Pflegeausbildung kaum Fortschritte gegeben zu haben – nach wie vor dominieren traditionelle Curricula mit dem Fokus auf verhaltens-, lebensstil- und krankheitsorientierte Aspekte von Gesundheit (vgl. Whitehead 2007, S. 225ff).

„*Nursing education (...) has some way to go if it is to effectively and universally implement health promotion reform at the educational level and, subsequently, produce practitioners that are capable and (...) who are able to effectively engage in and navigate a range of broad health promotion arenas*“ (Whitehead 2007, S. 235).

**1.2. Ziel** dieser Arbeit ist:

- Den Unterricht im Bereich der Gesundheitsförderung und -beratung innerhalb der österreichischen Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege darstellen und hinterfragen.

Diesem Ziel lassen sich folgende **Forschungsfragen** ableiten:

- Berücksichtigen gesetzliche Rahmenvorgaben den Bereich der Gesundheitsförderung und -beratung innerhalb der österreichischen Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege?
- Entspricht das österreichische Curriculum im Bereich der Gesundheitsförderung und -beratung den Empfehlungen der WHO?
- Welchen Umfang nimmt Gesundheitsförderung und -beratung innerhalb der theoretischen Ausbildung ein?
- Welchen Umfang nimmt Gesundheitsförderung und -beratung innerhalb der praktischen Ausbildung ein?

Den weiteren Ausführungen vorangehend sollen – um eine gemeinsame Verständigungsbasis zu erlangen – zentrale Begriffe dieser Arbeit definiert werden.

## **1.4. Begriffsdefinitionen**

### **1.4.1. Gesundheitsförderung:**

Grundsätzlich muss zwischen einer Verhaltens- und einer Verhältnisebene in der Gesundheitsförderung unterschieden werden. Strategien im Bereich der Verhaltensebene fokussieren eine Veränderung des Lebensstils, des Gesundheitsverhaltens, während Strategien der im Bereich der Verhältnisebene an den strukturellen, sozialen bzw. materiellen Rahmenbedingungen ansetzen (vgl. Brieskorn-Zinke 2003, S.68ff).

Bei der pflegebezogenen Gesundheitsförderung steht die Stärkung von Ressourcen (vgl. Krüger 2004, S. 259) und persönlichen Kompetenzen, die Förderung einer allgemein gesundheitsförderlichen Lebensweise, der eigenen Reflexionsfähigkeit und der Körperwahrnehmung, die emotionale Unterstützung sowie die Stärkung von Selbstbestimmung, Partizipation (vgl. Brieskorn-Zinke 2003, S.68ff), Eigenverantwortung und Autonomie (vgl. Oelke 2007, S. 496) im Vordergrund. Folgende **Strategien** lassen sich dabei differenzieren:

- **Information:** zielt auf die Vermittlung von Kenntnissen bzw. die Verringerung von Wissenslücken ab (vgl. Brieskorn-Zinke 2003, S. 71; Nagele 2007, S. 264).
- **Schulung/Anleitung:** Dabei werden spezielle Fertigkeiten bzw. pflegerische Handlungen zielorientiert, strukturiert und geplant vermittelt (vgl. Nagele 2007, S. 264).
- **Beratung:** Beratung zeichnet sich durch Bedürfnisorientierung, Ergebnisoffenheit und Partizipation im Sinne eines gemeinsamen Planens und Entscheidens aus (vgl. Harking 2005, S 73). Mit Blick auf die Pflege kann Beratung als Beziehungsprozess zwischen Pflegenden und PatientInnen sowie deren Bezugspersonen definiert werden. Dabei geht es aber nicht um ein Erteilen von Ratschlägen, sondern um ein in Dialog treten, ein gemeinsames Suchen nach Ressourcen bzw. Handlungsalternativen, um ein Unterstützen (vgl. Oelke 2007, S. 496f). Beratung soll letztlich persönliche, soziale und lebenspraktische Kompetenzen stärken (Koch-Straube 2001 zit. nach Darmann-Finck et al. 2006, S.288).

### **1.4.2. Gesundheitsberatung:**

Gesundheitsberatung zielt auf ein grundlegendes Verständnis von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen zwischen Lebensstilgewohnheiten und gesundheitlichem Wohlbefinden sowie dem Vermitteln von gesundheitsförderlichen Kompetenzen ab. Wichtigstes Ziel ist die Befähigung zu mehr gesundheitlicher Eigenverantwortung (vgl. Jacob 2004, S. 193).

Der sich hartnäckig haltende Begriff der **Gesundheitserziehung**, das zielgerichtete, vorschreibende Einwirken auf den zu Erziehenden, sollte nicht mehr verwendet werden, da nach dem heutigen Verständnis vielmehr an einer Gesundheitsbildung angesetzt werden muss. Bildung fokussiert lebenslanges Lernen und Weiterentwickeln der individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten (vgl. Oelke 2007, S. 499). Der in der Pflegeliteratur häufig verwendete Begriff PatientInnenedukation soll auf dieses weite Verständnis von Bildung (vgl. Abt-Zegelin 2003b, S. 21; zit. nach Harking 2005, S. 73) und die pflegerische Leitverstellung des Empowermentansatzes hinweisen (vgl. Harking 2005, S. 73). Spezieller Fokus der **Gesundheitsbildung** bildet die alltägliche gesundheitsförderliche Lebensführung. Das übergeordnete Ziel der gesundheitsbezogenen Mündigkeit soll durch das Prinzip der Partizipation erreicht werden (vgl. Brieskorn-Zinke 2003, S.70f).

Nach der Klärung zentraler Begriffe sollen im nächsten Abschnitt, dem Methodenteil, nähere Erläuterungen zur Literaturrecherche erfolgen.

## 2. Methode

Zur Beantwortung der genannten Fragestellungen wurde die Methode der Literaturliteraturarbeit gewählt. Dabei erfolgte eine erste Literaturrecherche im Zeitraum vom Februar bis April 2008 an der Medizinischen und der Karl-Franzens-Universität in Graz. Eine weitere, im Februar 2009 durchgeführte, elektronische Literaturrecherche diente vornehmlich der Abgleichung neuerer Ergebnisse.

Die elektronische Datenbankrecherche wurde mit den Datenbanken Ovid SP (Cinahl, Embase, Medline, Cochrane systematic Review, Biomed Pascal) und Pubmed durchgeführt. Als Limits wurden *Suche in Title/Abstract* sowie aus Gründen der Aktualität der Literatur *Publikationen in den letzten 5 Jahren* gewählt. Als methodologische Filter fanden die Boolean Operatoren *or* bzw. *and* und, sofern möglich, die Thesaurus Schlagwortsuche Verwendung. Literaturverzeichnisse sowie related articles dienten als weitere Informationsquellen. Die 3 aus den Fragestellungen extrahierten zentralen Themenkomplexe wurden mit folgenden Stichwörtern gesucht:

**TABELLE 1: IM RAHMEN DER DATENBANKRECHERCHE VERWENDETE SUCHBEGRIFFE**

<i>Suchbegriffe zum Themenkomplex 1</i>	<i>Suchbegriffe zum Themenkomplex 2</i>	<i>Suchbegriffe zum Themenkomplex 3</i>
Gesundheitsförderung	Pflegeausbildung	Österreich
Gesundheitsberatung	Nursing education	Oesterreich
Health promotion	Nursing school	Austria*
Health education	Nursing training	Deutschland
Health teaching	Nurse training	German*
Health counseling	Nursing curriculum	
Health nursing		

Die Datenbankrecherche konnte dabei für die österreichische Ausbildungssituation keine relevanten Ergebnisse liefern. Den Verweisen folgend, dass die Pflegelandschaften in Deutschland und Österreich durchaus vergleichbar sind (vgl. Landenberger 2005, S. 271) und die auf

Deutschland bezogene Perspektive auf die österreichische übertragen werden kann (vgl. Peter 2005, S. 13), wurden im Zuge dieser Arbeit auch deutsche Literaturquellen verwendet.

Zusätzlich zur Datenbankrecherche erfolgte – aus Gründen der Praktikabilität – eine Sichtung der an der Medizinischen Universität Graz zugänglichen Printversionen sowie elektronischen Ausgaben von pflegebezogenen Fachzeitschriften. Exemplarisch seien die Periodika *Pflege*, *Die Schwester Der Pfleger*, *Pflegenetz* und *Pflegewissenschaft* (früher PrInterNet) genannt. Weiters erfolgte zu den Stichwörtern Gesundheitsförderung bzw. -beratung und Pflege eine gezielte Suche nach Fachliteratur mit Hilfe der Bibliothekskataloge der Medizinischen Universität und der Karl-Franzens-Universität Graz.

Als weitere Informationsquelle dienten gängige Lehr- bzw. Fachbücher, die die Bereiche Gesundheitsförderung und -beratung in der Pflege sowie Pädagogik, Psychologie, Soziologie und Kommunikation für Pflegeberufe thematisierten. Aus Gründen der Praktikabilität wurden dabei die an der Medizinischen Universität Graz sowie im Grazer Verlagsbuchhandel aufliegenden Lehr- und Fachbücher händisch und die Homepages der Bücherverlage Huber, Thieme, Facultas, Kohlhammer, Urban&Fischer und Springer elektronisch gesichtet. Tabelle 2 (siehe Ergebnisteil) stellt vorhandene Fachliteratur exemplarisch dar.

Um den intendierten Vergleich zwischen den WHO-Empfehlungen und der österreichischen Pflegeausbildung im Bereich der Gesundheitsförderung und -beratung zu bewerkstelligen, wurden national geltende Rahmenvorgaben wie z.B. das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), die Gesundheits- und Krankenpflegegesetz-Ausbildungsverordnung (GuKG-AV), die Fachhochschul-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung (FH-GuK-AV) sowie das vom österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) konzipierte Curriculum für die Pflegeausbildung und relevante Positions- bzw. Strategiepapiere der World Health Organization (WHO) berücksichtigt.

Im nächsten Abschnitt, dem Ergebnisteil, werden die Resultate der eben erläuterten Literaturrecherche inhaltlich dargestellt.

## 3. Darstellung der Ergebnisse:

Aus Gründen der leichteren Les- und Nachvollziehbarkeit werden nachfolgend die Ergebnisse der Literaturrecherche mit Blick auf die definierten Forschungsfragen separat dargestellt.

### 3.1. Forschungsfrage 1:

***Berücksichtigen gesetzliche Rahmenvorgaben den Bereich der Gesundheitsförderung und -beratung innerhalb der österreichischen Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege?***

Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) steckt die grundlegenden Rahmenbedingungen des österreichischen Berufsrechtes im Pflegebereich ab. Im Zuge der Gesetzesnovellierung von 1997 wurden das Berufsbild und der eigen- und mitverantwortlichen sowie der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich erstmals umfassend definiert. Das Berufsbild, welches durch die 2008 in Kraft getretene FH-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung (FH-GuK-AV) bestätigt wird (vgl. FH-GuK-AV 2008, Anl. 4, S.7), lautet:

*„Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist der pflegerische Teil der gesundheitsfördernden, präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten“ (Weiß-Faßbinder et al. 2004, S. 40).*

Das GuKG definiert den eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich wie folgt:

*„Die Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich (Pflegeprozess), **die Gesundheitsförderung und -beratung im Rahmen der Pflege**, die Pflegeforschung sowie die Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege. (2) Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere: (...) Information über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen (...)“ (Weiß-Faßbinder et al. 2004, S. 44f; Hervorhebung durch E.B.).*

Diese gesetzliche Verankerung der Gesundheitsförderung als pflegerischer Aufgabenbereich ist aufgrund der Entwicklungen im Gesundheitssystem notwendig geworden (vgl. Weiß-Faßbinder et al 2004., S. 41). Die Erweiterung der Berufsbezeichnung durch die Integration des Aspektes der Gesundheitspflege spiegelt dies wider (vgl. ebd., S. 23). Dabei sind auf-

grund gesetzlicher Übergangsbestimmungen alle AbsolventInnen der Pflegeausbildung nach dem alten Krankenpflegegesetz berechtigt die neue Berufsbezeichnung, diplomierte **Gesundheits- und Krankenschwester** bzw. diplomierter **Gesundheits- und Krankenpfleger**, zu führen (vgl. ebd., S. 43).

Die dem GuKG zugrunde liegende Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung (GuK-AV) soll als Orientierungsrahmen für die ausbildungsbezogene Qualitätssicherung dienen. Diese erläutert das GuKG näher und definiert Anforderungen an Inhalt und Ergebnis der Ausbildung. Mit Blick auf den Bereich der Gesundheitsförderung und -beratung lassen sich folgende Ausbildungsziele verorten:

- Die Ausbildungsschwerpunkte sollen sich von der kurativen, pathogenetisch orientierten, auf die gesundheitsfördernde und präventive Pflege verlagern (vgl. ÖBIG 2003, S. 5).
- Die theoretische und praktische Ausbildung muss an den zukünftigen gesundheitlichen Erfordernissen angepasst werden (vgl. ÖBIG 2003, S. 5).

Der FH-GuK-AV beigefügte Anlagen definieren u. a. die mit der Ausbildung zu erwerbenden Kompetenzen. Im Bereich der Gesundheitsförderung und -beratung sind folgende definiert:

**TABELLE 2: ZU ERWERBENDE KOMPETENZEN IM BEREICH DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND -BERATUNG GEMÄß DER FH-GUK-AV 2008:**

<i><b>Fachliche Kompetenz</b></i>	<i><b>Soziale bzw. kommunikative Kompetenz</b></i>	<i><b>Persönliche Kompetenz</b></i>
bedarfs- bzw. bedürfnisangepasste Information, Beratung, Anleitung bzw. Schulung der PatientInnen und/oder deren Bezugspersonen durchführen; vorhandene Ressourcen und Erkenntnisse verwandter wissenschaftlicher Disziplinen berücksichtigen; zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil motivieren; <b>innovative gesundheitsfördernde Konzepte entwickeln und evaluieren</b> (vgl. FH-GuK-AV 2008, Anl. 1, S. 1ff)	Wertschätzende, empathische Grundhaltung einnehmen; Beziehungen therapeutisch gestalten (vgl. FH-GuK-AV 2008, Anl.2, S. 5)	Werte und Normen reflektieren; persönliches Verhalten nach dem Berufskodex ausrichten; als Rollenvorbild wirken (vgl. FH-GuK-AV 2008, Anl. 2, S. 5)

### 3.2. Forschungsfrage 2:

*Entspricht das österreichische Curriculum im Bereich der Gesundheitsförderung und -beratung den Empfehlungen der WHO?*

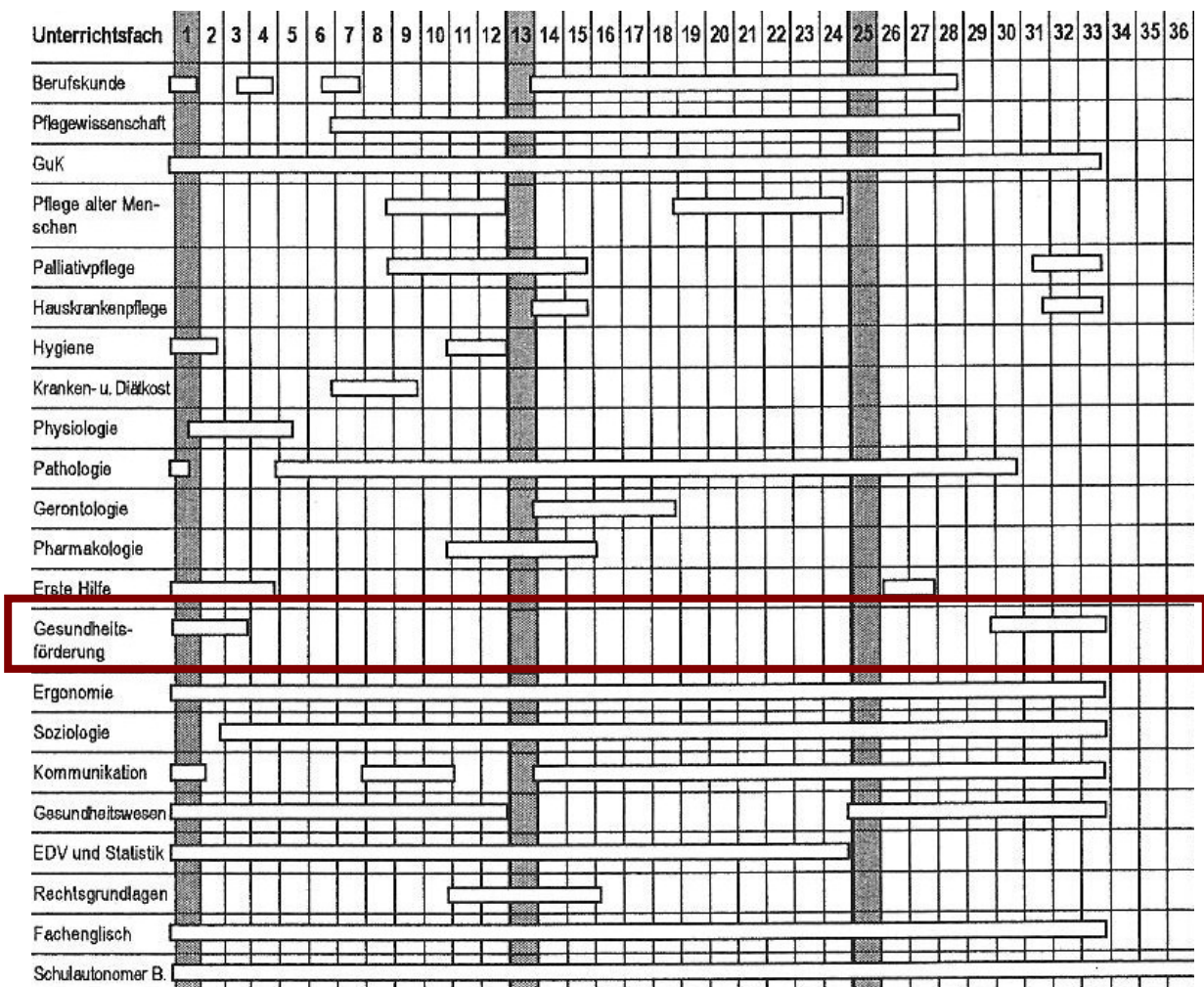
TABELLE 3: DARSTELLUNG WESENTLICHER DIFFERENZEN DES ÖBIG- UND WHO-CURRICULUMS

<b><i>Curriculumprototyp der WHO: European Strategy for nursing and midwifery education</i></b>	<b><i>Offenes Curriculum der österreichischen Ausbildung für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege</i></b>
<p>Generelle Gesundheitsorientierung (vgl. WHO 2001, S. 92f).</p> <p>Vier der 18 Module mit jeweils theoretischen und praktischen Anteilen (rund 1.124 der gesamt 5.058 vorgesehenen Stunden) thematisieren gesundheitsbezogene Aspekte: „Healthier living“, „Healthier living: Adolescence“, „Healthier living: Adulthood“ und „Healthier living: Eldery“.</p> <p>Für jedes Modul gibt es eine detaillierte Modulbeschreibung mit Inhaltsschwerpunkten, Lernzielen, zu erwerbenden Kompetenzen, empfohlener Grundlagenliteratur, Beurteilungsmodalitäten sowie Lehr- und Lernstrategien und geplanten Praxiseinsätzen (vgl. WHO 2001, S.18ff).</p> <p>Die curriculare Evaluation soll zur Qualitätssicherung beitragen (vgl. WHO 2000b, S.3).</p>	<p>Generelle Gesundheitsorientierung (vgl. ÖBIG 2003, S. 453).</p> <p>Von den veranschlagten 4.600 Gesamtstunden sind 40 für den theoretischen und 160 Stunden sind für den praktischen Unterricht im Fach „Gesundheitserziehung und -förderung im Rahmen der Pflege, Arbeitsmedizin“ vorgesehen. Durch dieses geringe Stundenausmaß können nur Grundlagen bearbeitet werden; eine generelle Gesundheitsorientierung muss sich durch die gesamte Ausbildung ziehen (vgl. ÖBIG 2003, S. 453).</p> <p>Die „erfolgreiche Teilnahme am Unterricht“ ist – abgesehen von der Diplomprüfung – als Prüfungserersatz vorgesehen (vgl. Weiß-Faßbinder et al. 2006, S. 69ff).</p> <p>Der bewusst breit und offen gehaltene curriculäre Rahmen soll durch Empfehlungen z.B. bezüglich Grobziele, Qualifikationen oder Unterrichtseinheiten lediglich als Orientierungshilfe dienen und relative Selbstbestimmung durch den Verzicht auf verbindliche Vorgaben z.B. bezüglich Unterrichtsthemen, -gestaltung oder -zielen ermöglichen (vgl. ÖBIG 2003, S. 1ff).</p>

### 3.3. Forschungsfrage 3:

*Welchen Umfang nimmt Gesundheitsförderung und -beratung innerhalb der theoretischen Ausbildung ein?*

Die im Rahmen der theoretischen Ausbildung vorgesehenen Unterrichtsfächer und entsprechenden Gewichtungsempfehlungen lassen sich aus folgender Darstellung entnehmen:



Dabei werden die Unterrichtsfächer *Gesundheits- und Krankenpflege, Pflege alter Menschen, Palliativ- sowie Hauskrankenpflege* als *originäre Pflegefächer* definiert, während alle anderen Unterrichtsfächer, also auch *Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung im Rahmen der Pflege, Arbeitsmedizin*, als *pflegerische Bezugsfächer* gelten (vgl. FH-GuK-AV 2008, Anl. 4, S. 7; ÖBIG 2003, S. 90).

Folgende Themenschwerpunkte sollten in den jeweils 20 für das erste und dritte Ausbildungsjahr veranschlagten Unterrichtsstunden im Fach *Gesundheitserziehung und -förderung im Rahmen der Pflege, Arbeitsmedizin* berücksichtigt werden:

**Empfohlene Themenschwerpunkte im ersten Ausbildungsjahr:**

- zentrale Begriffe und Merkmale der Gesundheitsförderung
- Sinn- und Sachzusammenhang zwischen Verhaltens- und Verhältnisbezug
- eigenes Gesundheitsverhalten, persönliche Vorstellungen und Konzepte von Gesundheit, Zusammenhang von Gesundheit und Lebensqualität
- gesundheitsbezogene Ressourcen, Einfluss- und Risikofaktoren
- ressourcenorientierten Ansatz der Gesundheitsförderung und Gesundheitskonzepte
- wichtige WHO- Positionspapiere (vgl. ÖBIG 2003, S. 453ff).

**Empfohlene Themenschwerpunkte im dritten Ausbildungsjahr:**

- strukturelle Rahmenbedingungen für die pflegerische Gesundheitsförderung
- Informations- und Beratungsbedarf bei verschiedenen Zielgruppen ermitteln
- Gesundheitsberatung anhand von theoretischen Modellen organisieren, durchführen und evaluieren
- Aufgaben, Ziele, Maßnahmen und gesetzliche Rahmenbedingungen von Arbeitsmedizin
- Zusammenhang von Gesundheitsförderung, Prävention und Arbeitsmedizin
- grundlegende Maßnahmen der Arbeitssicherheit, Identifizierung von belastenden Faktoren
- Erlernen von Bewältigungsstrategien (vgl. ebd. S. 457f).

Um den komplexen Bereich von Gesundheitsförderung und -beratung im Rahmen der Ausbildung zu bearbeiten steht eine breite Palette an einschlägiger Fachliteratur zur Verfügung. Im Rahmen der im Methodenteil erläuterten Literaturrecherche wurde der Inhalt mehrerer gängiger Lehr- bzw. Fachbücher untersucht. Rechercheergebnisse sind in nachfolgender Tabelle exemplarisch dargestellt:

<b><i>Buch und Autor</i></b>	<b><i>Relevanter Inhaltsbereich</i></b>	<b><i>Anmerkungen E.B.</i></b>
<i>Gesundheitsförderung. Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe</i> (vgl. Steinbach 2007)	Definitionen, Einflussfaktoren, Empowerment, Gesundheitsvorstellungen, WHO-Strategien, politische Aspekte, Theorien und Modelle von Gesundheit und Krankheit; Gesundheitsprozess ↔ Pflegeprozess; Strategien zur Entscheidungsfindung und Verhaltensänderung, schwierige Situationen;	Verweis der Autorin: Gesundheitsförderung muss als neuer Teil der Pflege und Beratung als Instrument der Pflege verstanden werden.
<i>Gesundheitsförderung in der Pflege</i> (vgl. Brieskorn-Zinke 2004)	Pflege zwischen Krankheit und Gesundheit, Grundlagen (z.B. WHO, Public Health, Krankheits- und Gesundheitsmodelle, Salutogenese); gesundheitliches Handeln in der Pflege; salutogenetisch orientierte Gesundheitsbildung;	Bereiche Ernährung, Bewegung, Biorhythmus und Risikoverhalten (z.B. Rauchen) werden aufgegriffen und praxisbezogen erläutert.
<i>Gesundheitsberatung in der Pflege</i> (vgl. Engel 2006)	Theoretische Grundlagen und Rahmenbedingungen (Definitionen, Theorien, Beratungsprozess), Beratung in der Pflege, Gesprächsführung;	<b>Eigenes Konzept für die pflegerische Aus- und Weiterbildung entwickelt.</b>
<i>Pflege Heute (Hrsg.)</i> , 4. Aufl. (vgl. Pflege Heute 2007);	Definitionen, Ziele, Methoden, Salutogenese, Gesundheitspsychologie, Coping, Settings, Positionspapiere der WHO;	thematisch knapp gehalten;
<i>Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerlevanten Fragen ...</i> (vgl. Doll et al. 2007)	Rechtliche Rahmenbedingungen, theoretische Grundlagen von Beratung und Anleitung (Konzepte, Methoden, Prozess), Qualifikationsprofil, curriculare Einbettung, Theorie-Praxis-Verknüpfung, mikrodidaktische Umsetzung der Lernsituationen, Evaluation;	Werkstattbuch zum Pflege Heute; Basisseminar Beratung und Anleitung (5 d!) vorgestellt; nötige Kompetenzen detailreich aufgeschlüsselt; Einführung POL;
<i>In guten Händen</i> (vgl. Oelke 2007)	Grundsätze, Einflussfaktoren und Ansätze von Beratung; Beratung als Problemlösungsprozess; Phasen, Zielgruppen und Formen von Anleitung; Planung und Durchführung; Grundlagen der Gesprächsführung;	Vermittelt wichtiges Grundlagenverständnis.
<i>Psychologie und Kommunikation für Pflegeberufe</i> (vgl. Hansmann 2009)	Bedürfnisse, Motivation, Unbewusstes, Normen/Werte; Krankheitserleben, -verlauf und -verhalten; Coping, psychosoziale Unterstützung; Psychohygiene; Gesprächsführung, besondere Situationen;	Vermittelt wichtige Grundlagen für eine patientInnenorientierte Gesundheitsförderung und -beratung.
Psychologie für Pflegeberufe (vgl. Ekert et al. 2005)	Salutogenese, Sozialpsychologie, PatientInnenverhalten, Krankheitserleben, Kommunikation, Stress, Krisen,...	Vermittelt grundlegendes Verständnis.
Grundlagen pflegerischen Handelns (vgl. Resetarics 2008)	Bedürfnisse, Gesundheits- und Krankheitsmodelle; Gesundheits- und Krankheitsverhalten inkl. Erklärungsansätze; Pflegeverständnis und -prinzipien;	Ist an das ÖBIG-Curriculum angelehnt; dient als Ergänzung;
<i>Informieren, Schulen, Beraten. Praxishandbuch zur pflegebezogenen Patientenedukation</i> (vgl. London 2003)	Kritische Auseinandersetzung: Warum Beratung in der Pflege? Zu wenig Zeit für gute Beratung? Essenz der Pflege, Beratungsziele; Praxistipps: z.B. geeignetes Umfeld, günstige Momente; PatientInnenpartizipation, edukative Hilfsmittel, individuelle Beratung, Gruppenschulung, Evaluation;	Gibt Tipps für die Pflegepraxis; zeigt Möglichkeiten auf; motiviert und rüttelt wach;
<i>Pflegepädagogik</i> (vgl. Hrsg. Schneider et al. 2005)	Eigenes Kapitel Beratung in der Pflege. Beiträge zu Gesundheitssoziologie, Public Health, Pflegeausbildung und deren Problemfelder;	Verweis: Beratung kaum erschlossen; viele relevante Querschnittsbereiche;
<i>Grundfragen der Pflegepädagogik</i> (vgl. Hrsg. Sahmel 2002)	Bestandsaufnahme Pflegeausbildung inklusive Problembereiche, Schlüsselqualifikationen und Ausblick;	PatientInnenanleitung als pflegepädagogische Aufgabe explizit behandelt

**TABELLE 4: FACHLITERATUR IM BEREICH DER PFLEGEBEZOGENEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND –BERATUNG.**

### **3.4. Forschungsfrage 4:**

*Welchen Umfang nimmt Gesundheitsförderung und -beratung innerhalb der praktischen Ausbildung ein?*

Folgender abstrakt gehaltener Wortlaut lässt sich mit Blick auf genannte Forschungsfrage in der Ausbildungsverordnung (GuK-AV) finden:

*„Im Rahmen der praktischen Ausbildung sind die theoretischen Lehrinhalte in die berufliche Praxis umzusetzen, wobei eine umfassende Anleitung, Unterstützung und Kontrolle der Schüler gewährleistet sein muß“* (Weiß-Faßbinder et al. 2006, S. 33).

Um eine qualitativ hochwertige praktische Ausbildung zu gewährleisten wurde ein Praxiskatalog entwickelt. Dieser gilt als Standard für die Ergebnisqualität und beschreibt die bis zum Ende der Ausbildung zu erwerbenden und nachzuweisenden Kompetenzen (vgl. ÖBIG 2003, S. 47f). Im Bereich von Gesundheitsförderung und -beratung wurden

- die Erhebung von Gesundheitsanamnesen und des Beratungsbedarfes
- das Informieren über diverse Einrichtungen und Programme zur Gesundheitsförderung
- die Durchführung von gesundheitsbezogenen Beratungen, z.B. zu allgemeinen, den Lebensstil betreffende Themen als Ausbildungsziele definiert (vgl. ÖBIG 2003, S. 65)

Zusätzlich regelt die GuK-AV die Verteilung der praktischen Ausbildungsstunden auf die verschiedenen pflegerischen Fach- bzw. Arbeitsbereiche. Dabei sind von den gesamt 2.480 veranschlagten Praktikumsstunden 160 verpflichtend in Einrichtungen, die Hauskrankenpflege bzw. Gesundheits-, Sozial- oder Beratungsdienste anbieten, zu absolvieren (vgl. Weiß-Faßbinder 2006, S. 77f). Durch den herrschenden Mangel an geeigneten Praktikumsstellen in diversen Gesundheits-, Sozial- und Beratungseinrichtungen (vgl. ÖBIG 2007, S. 95) können die gesetzlich vorgesehenen 160 Praktikumsstunden jedoch nur mit erheblichen Anstrengungen erreicht werden. Dementsprechend ist das konsequente praktische Einüben theoretischer Unterrichtsinhalte und das Erreichen der definierten Ausbildungsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und -beratung nicht gesichert (vgl. Them et al. 2005, S. 175).

## 4. Schlussfolgerungen

Die Darstellung der Ergebnisse deutet – trotz vorhandener gesetzlicher Rahmenvorgaben – auf eine untergeordnete Position von Gesundheitsförderung und -beratung innerhalb der theoretischen und praktischen Pflegeausbildung in Österreich hin. Dies zeigt sich z.B. im geringen diesbezüglich veranschlagten Unterrichtsstundenausmaß oder der mangelnden Integration der Empfehlungen des WHO-Curriculums für die pflegerische Grundausbildung.

Angesichts der Tatsachen, dass Gesundheitsförderung und -beratung in der Pflege bereits in den Grundsätzen des Ethikkodexes (vgl. ICN 2000 zit. nach WHO 2001, S.16) der Pflegenden definiert, in Deutschland seit 1985 und in Österreich seit 1997 gesetzlich verankert sind, sowie von der WHO seit Jahrzehnten forciert werden, stimmt dies nachdenklich. Die Berufstitel *diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester* bzw. *diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger* erscheinen unter diesem Blickwinkel nicht berechtigt.

Dies umso mehr, da die im ersten Abschnitt dargestellte Literatur doch auch aufgezeigt hat, dass die empfohlene generelle Gesundheitsorientierung innerhalb der pflegerischen Ausbildung und Praxis keine neuen Themen in der Pflege sind und bereits Gegenstand vieler Diskussionen und ambitionierter Schriften war. Nur an Umsetzung scheint es bis heute zu mangeln.

Dabei muss bedacht werden, dass wenn die Aufgaben im Bereich der Gesundheitsförderung bzw. -beratung in der *Pflege* nicht vermehrt wahrgenommen werden, andere Gesundheits- bzw. Sozialberufe diese originär pflegerischen Tätigkeitsfelder für sich beanspruchen und die von der WHO zugedachte Schlüsselposition der Pflegenden in der primären Gesundheitsversorgung einnehmen werden. Derzeitige Entwicklungen, wie z.B. die Installation von PatientInneninformationszentren, telefonischen und internetbasierten PatientInnenberatungsmöglichkeiten oder die Schaffung neuer Berufsgruppen, wie die der GesundheitsberaterInnen (siehe Seite 7), sollten für die Profession Pflege jedenfalls Alarmsignalkarakter haben – verliert diese dadurch doch die Chance sich als „Gesundheitsprofession“ zu etablieren und sich im österreichischen Gesundheitswesen zu positionieren und profilieren.

# 5. Diskussion

Nach der Darstellung der Ergebnisse folgen in diesem Abschnitt eine kritische Diskussion sowohl der inhaltlichen Ergebnisse als auch der methodologischen Einschränkungen dieser Arbeit.

## 5.1. Diskussion der Ergebnisse

Die nachfolgende Diskussion der Ergebnisse erfolgt, wie zuvor die Darstellung der Ergebnisse, separat für jede definierte Forschungsfrage.

### 5.1.1. Forschungsfrage 1:

*Berücksichtigen gesetzliche Rahmenvorgaben den Bereich der Gesundheitsförderung und -beratung innerhalb der österreichischen Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege?*

Im Rahmen der Ergebnisdarstellung konnte aufgezeigt werden, dass das GuKG sowie die beiden dazugehörigen Ausbildungsverordnungen auf den Bereich der pflegebezogenen Gesundheitsförderung und -beratung eindeutig Bezug nehmen und das GuKG durch die Definition des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches der Gesundheitsförderung und -beratung die Grundlage für die *Gesundheitspflege* in Österreich darstellt.

Die Frage, inwieweit der im GuKG definierte gesetzliche Auftrag der eigenverantwortlichen Durchführung von Gesundheitsförderung und -beratung im Rahmen der Pflege innerhalb der pflegerischen Ausbildung thematisiert und die PflegeschülerInnen zur professionellen Wahrnehmung des eigenverantwortlichen Aufgabenbereiches der Gesundheitsförderung und -beratung befähigt werden, kann aufgrund der mangelnden Datenlage an dieser Stelle nicht beantwortet werden und bedarf näherer wissenschaftlicher Untersuchungen (siehe Seite 28).

Dies umso mehr, da es – wie schon Little (2006) oder Lewis (2005) angemerkt haben, gemäß des im Berufsgesetz definierten eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches der Gesundheitsförderung und -beratung im Rahmen der Pflege ganz allgemein als legitim gilt zu erwarten, dass Pflegenden die zugewiesenen Aufgabenbereiche auch wahrnehmen und über die dafür notwendigen Kompetenzen verfügen. Diese Annahme wird durch den Verweis im österreichischen GuKG bestätigt:

„Die Eigenverantwortlichkeit ist nicht als verzichtbares Recht, sondern als eine unverzichtbare Pflicht bei der Berufsausübung zu sehen“ (Weiß-Faßbinder et al. 2004, S. 45f)

Trotz dieser kritischen Worte sei jedoch explizit darauf hingewiesen, dass die Novellierung des Berufsrechtes und die damit einhergehende Erweiterung des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches sowie die Implementierung des Unterrichtsfaches *Gesundheitserziehung und -förderung im Rahmen der Pflege, Arbeitsmedizin* grundsätzlich als sehr positiv hervorzuheben sind, einige damit verbundene Aspekte jedoch noch einer Thematisierung bedürfen.

So sollte die unglückliche Wahl des traditionellen Begriffes der Gesundheitserziehung grundsätzlich überdacht werden, spiegelt sich dahinter doch der veraltete Ansatz der medizinorientierten Bevormundung und Patientenerziehung wider, welcher im krassem Widerspruch zum neueren, ressourcenorientierten Ansatz des Empowerments der WHO steht und seit dem Paradigmenwechsel hin zum Empowerment, zur Salutogenese und PatientInnenorientierung obsolet geworden ist.

Weiters sollte das geringe Stundenausmaß, welches für den Bereich der Gesundheitsförderung und -beratung innerhalb der pflegerischen Ausbildung veranschlagt ist, nach oben hin revidiert werden; wird doch bereits im didaktischem Kommentar des ÖBIG-Curriculums darauf hingewiesen, dass im Rahmen der 40 Unterrichtseinheiten nur Grundlagen des Faches *Gesundheitserziehung und -förderung im Rahmen der Pflege, Arbeitsmedizin* erarbeitet werden können und dass sich die Schwerpunktverlagerung von Krankheit auf Gesundheit durch die gesamte Ausbildung ziehen muss (siehe Seite 16). Inwieweit dies berücksichtigt wird, bleibt genauso wie der ausreichende Erwerb der für die Durchführung von pflegebezogener Maßnahmen der Gesundheitsförderung und -beratung notwendiger fachlicher, sozialer, kommunikativer, psychologischer und pädagogischer Kompetenzen zu hinterfragen.

Dies umso mehr, da Lehrkräfte für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege im Zuge der Erhebungen zum ersten österreichischen Pflegebericht von 2006 angaben, dass eine zeitliche Ausdehnung des Unterrichtsfaches *Gesundheitserziehung und -förderung im Rahmen der Pflege, Arbeitsmedizin* aufgrund der wenigen diesbezüglich veranschlagten Unterrichtsstunden nötig sei und innerhalb der Ausbildung die Bereiche Gesundheitsförderung, Prävention, Familiengesundheitspflege, Pflegeberatung oder Anleitung zur Selbstpflege generell vermehrt berücksichtigt werden sollten (vgl. ÖBIG 2007, S. 93). Weiters gaben die Lehrkräfte mehrheitlich an, dass sie sich für den Unterricht im Fach *Gesundheitserziehung und -förderung im Rahmen der Pflege, Arbeitsmedizi* nicht ausreichend qualifiziert fühlen und Weiterbildungsmaßnahmen begrüßen würden (vgl. ÖBIG 2006, S. 90)

Auch sollte die u.a. in diesem Fach vorgesehene Prüfungsmodalität *Teilnahme am Unterricht* gänzlich überdacht und z.B. durch die traditionelle Wissensüberprüfung ersetzende Projekt-, Einzel- bzw. Gruppenarbeiten ersetzt werden. Könnten dadurch doch Schlüsselkompetenzen entwickelt oder durch reflexive schriftliche Abhandlungen Gedankenprozesse ausgelöst und dadurch eine kritische Auseinandersetzung mit der Pflegepraxis angeregt werden. Der Prüfungsersatz *Teilnahme am Unterricht*, der leider häufig einer physischen Anwesenheit, nicht aber einem aktiven Einbringen gleicht, erfüllt diese Kriterien jedenfalls nicht. Nachfolgendes Zitat verdeutlicht die Problematik:

*„Man neigt leicht dazu, Kenntnisse und Fähigkeiten, die nicht geprüft werden, als weniger bedeutsam einzuordnen und diesen entsprechend geringere Aufmerksamkeit zu schenken“ (Immohr 2002, S. 257).*

Trotz des im Vergleich zum GuKG von 1997 relativ jungen deutschen Krankenpflegegesetz von 2004, wurde dessen Innovationskraft bereits mehrmals kritisch hinterfragt und z.B. die unzureichenden gesetzlichen Rahmenbedingungen, die Berechtigung der neuen Berufsbezeichnung, die unausgewogene Stundenverteilung innerhalb der Ausbildung, die fehlenden Kapazitäten oder die notwendige Qualifizierung der Lehrkörper und PraxisanleiterInnen, thematisiert (vgl. Stöcker 2003, S. 618ff). So wurde als Konsequenz der derzeitigen „Schmalspurausbildung“ (Jacob 2004, S. 190) vieler Lehrkräfte eine Qualifizierung derselben im tertiären Bildungsbereich, wie z.B. durch das Studium der Pflegepädagogik, empfohlen (vgl. Vos-seler et al 2006, S. 602ff; Jacob 2004, S. 188ff).

Mit Blick auf den Bereich der Gesundheitsförderung und -beratung wurde so z.B. auch die Erreichung der definierten Ausbildungsziele grundsätzlich in Frage gestellt:

*„Mit der begrenzten Unterrichtsstundenzahl für Gesundheitsförderung bleibt die Ausbildungsrichtlinie schließlich hinter den Möglichkeiten zurück, dem Berufsbild der zukünftigen Gesundheits- und Krankenpfleger/innen nicht nur einen gesundheitsförderlichen Stempel aufzudrücken (so geschehen mit der neuen Berufsbezeichnung), sondern es nachhaltig mit entsprechenden Kompetenzen auszustatten“ (Krüger 2004, S. 261)*

*„Ich meine es reicht nicht aus, in Gesetzestexten und Curricula das Kompetenzmodell mit fachlicher, methodischer, sozial-kommunikativer und personaler Kompetenz einzuführen (...) und zu hoffen, dass bei gleichzeitiger Anordnung schülerorientierter Unterrichtsmethoden kompetente Gesundheitsberater am Ende einer 3-jährigen Ausbildung stehen“ (Pleiss 2005, S. 535).*

M. E. sind solche Diskussionen in Österreich – wenn auch notwendig – noch mehrheitlich ausständig. Die Thematisierung von Gesundheitsförderung und -beratung in der Pflege sollte aber auch aus gesundheitsökonomischen Gründen mehr Beachtung geschenkt werden, wirkt sich die Befähigung der PatientInnen zur selbstbestimmten und gesundheitsförderlichen Le-

bensführung doch auch nachhaltig auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und der langfristigen Kostenentwicklung im Gesundheitssystem aus.

### **5.1.2. Forschungsfrage 2:**

#### ***Entspricht das österreichische Curriculum im Bereich der Gesundheitsförderung und -beratung den Empfehlungen der WHO?***

Diese Frage muss mit einem grundsätzlichen *Nein* beantwortet werden. Zwar wird die von der WHO empfohlene generelle Gesundheitsorientierung in der Pflege auch im österreichischen Curriculum aufgegriffen, doch können die von der WHO diesbezüglich rund 1.120 veranschlagten Unterrichtsstunden mit den in der österreichischen Ausbildung vorgesehenen 200 Stunden bei weitem nicht erreicht werden. Zudem muss festgestellt werden, dass die Empfehlungen der WHO nicht als curriculare Grundlagen für die österreichische Ausbildung herangezogen wurden (vgl. ÖBIG 2003, S. 3).

Dies spiegelt sich z.B. auch in der Klassifizierung des Unterrichtsfaches *Gesundheitserziehung und -förderung im Rahmen der Pflege, Arbeitsmedizin* als Bezugsfach der Pflege, welche im krassen Widerspruch zu den diesbezüglichen Empfehlungen der WHO steht, wider. So sieht diese Gesundheitsförderung und -beratung als ganz wesentlich mit der Pflege verbunden und empfiehlt, dass Gesundheitsförderung und -beratung während der Ausbildung im Vergleich zu anderen Bezugsquellen einen höheren Stellenwert einnehmen soll (vgl. WHO 1995, S. 82).

Mit Blick auf die offene Gestaltung des österreichischen Curriculums der Pflegeausbildung darf, neben der prinzipiell begrüßenswerten Selbstgestaltung, die durch die ausschließliche Vorgabe von sehr breit gefassten Grobzielen ermöglicht wird, der damit einhergehende Gestaltungs- und Interpretationsspielraum, der doch auch großes Potential einer mangelnden Umsetzung der curricularen Empfehlungen bietet, nicht außer Acht gelassen werden. Die bewusst restriktive Haltung bei den methodischen und didaktischen Kommentaren ist angesichts der aufgeworfenen mangelnden Kompetenzen vieler Lehrkräfte, gerade im Bereich der Gesundheitsförderung und -beratung, zu überdenken - könnten diese aufgrund gezielter didaktischer Hinweise wertvolle Hilfestellungen für die Unterrichtsgestaltung erhalten.

### **5.1.3. Forschungsfrage 3:**

*Welchen Umfang nimmt Gesundheitsförderung und -beratung innerhalb der theoretischen Ausbildung ein?*

Mit Blick auf die im österreichischen Curriculum gelisteten Themenschwerpunkte im Bereich der Gesundheitsförderung und -beratung muss deren ausreichende Thematisierung angesichts des geringen diesbezüglich veranschlagten Stundenkontingents für den theoretischen und praktischen Unterricht innerhalb der drei Ausbildungsjahre ernsthaft in Frage gestellt werden.

Gleiches gilt für die hinlängliche Bearbeitung von Fachliteratur. Dabei muss jedoch erwähnt werden, dass wie im Ergebnisteil exemplarisch dargestellt, eine breite Palette an Lehr- und Fachbüchern vorhanden und somit eine fundierte Informations- und Unterstützungsquelle durchaus gegeben ist. Weiters darf in diesem Zusammenhang auch nicht die bereits thematisierte Minderqualifizierung vieler Lehrkräfte unberücksichtigt bleiben.

### **5.1.4. Forschungsfrage 4:**

*Welchen Umfang nimmt Gesundheitsförderung und -beratung innerhalb der praktischen Ausbildung ein?*

Durch den aufgezeigten Mangel an geeigneten Praktikumsstellen in diversen Gesundheits-, Sozial- und Beratungseinrichtungen wird der Erwerb von Kompetenzen im Bereich der Gesundheitsförderung und -beratung immens erschwert. Dies umso mehr, da PflegeschülerInnen vornehmlich durch Beobachtung und Nachahmung lernen und die praktischen Ausbildungsstätten aufgrund des dualen Charakters der Ausbildung ganz maßgeblich zur beruflichen Sozialisation der PflegeschülerInnen beitragen und großen Einfluss auf das Verhalten und die Einstellungen der Auszubildenden haben. Gesundheitsorientiertes Denken und Handeln kann nicht losgelöst von der beruflichen Praxis vermittelt werden. Demzufolge muss der Lernort Praxis kritisch hinterfragt werden. Ute Büchner zufolge obliegt deshalb neben den Lehrkräften auch den PflegepraktikerInnen eine gewisse Verantwortung für die pflegerische Ausbildung (vgl. Büchner 2006, S. 861).

Pflegende müssen eine gewisse Vorbildwirkung entfalten und durch die Wahrnehmung gesundheitsbezogener Aufgaben als positives Rollenmodell für die PflegeschülerInnen fungieren. Erst dadurch kann der originär pflegerische Aufgabenbereich der Gesundheitsförderung und -beratung als solches wahrgenommen und internalisiert werden. Diese Annahme wird

z.B. von Thomas Gentner (vgl. Gentner 2007, S. 780) oder Christiane Jacob (vgl. Jacob 2004, S. 185) bestätigt.

Um professionell durchgeführte Gesundheitsförderung und -beratung jedoch im Pflegealltag einfließen lassen zu können, muss langjährig berufserfahrenen Pflegepersonen auch die Möglichkeit geboten werden, persönliche Kompetenzen im Bereich von Gesundheitsförderung und -beratung zu entwickeln und kommunikative bzw. pädagogische Defizite aufzuholen; muss doch auch berücksichtigt werden, dass Gesundheitsförderung und -beratung vor der Novellierung des GuKG von 1997 nicht Bestandteil der pflegerischen Ausbildung war und Pflegenden mit abgeschlossener Berufsausbildung im Zuge der Erweiterung der Berufsbezeichnung die Möglichkeit geboten wurde, durch großzügige Übergangsbestimmungen den neuen Berufstitel zu übernehmen.

Die Forderung nach verbesserten Weiterbildungsmaßnahmen für PflegepraktikerInnen im Bereich von Gesundheitsförderung und -beratung wird z.B. auch von Christiane Jacob (vgl. Jacob 2004, S. 190) oder Angelika Abt-Zegelin (vgl. Abt-Zegelin 2003, S. 714) geteilt, denn:

*„[Es] kann nicht davon ausgegangen werden dass allein die Information über das neue Krankenpflegegesetz auch eine vertiefende Kenntnis der Themen, Inhalte und Konzepte der Gesundheitsförderung bewirkt. Vielmehr ist davon auszugehen, dass Lehrende und praxisbegleitende Krankenschwestern und -pfleger alter Ausbildung dafür qualifiziert und ausgebildet werden müssen“ (Girard-Hecht 2006, S. 393).*

## **5.2. Methodologische Einschränkungen**

Mit Blick auf die aus Gründen der Praktikabilität durchgeführte Literaturrecherche an den Bibliotheken der Karl-Franzens- und der Medizinischen Universität Graz muss angemerkt werden, dass diese zu einer Verzerrung bzw. Einschränkung der Ergebnisse geführt haben könnte. Dies sollte jedoch durch die parallel laufende elektronische Literaturrecherche (siehe Methodenteil) hintan gehalten bzw. vermieden worden sein. Konnte im Zuge der Datenbankrecherche doch auch eine gewisse Expertise von Dean Whitehead, begründet durch zahlreiche fach einschlägige Publikationen bzw. Reviews, identifiziert und viele seiner Publikationen innerhalb dieser Bachelorarbeit integriert werden.

Aufgrund mangelndem österreichischen Literaturquellen sowie Datenmaterial bezüglich der Thematisierung von Gesundheitsförderung und -beratung innerhalb der österreichischen Pflegeausbildung und Pflegepraxis müssen Ergebnisse, wenn diese auch die internationale Literatur widerspiegeln, tendativ bleiben. Trotz der Hinweise, dass die deutsche und österreichische Pflegelandschaft durchaus vergleichbar sind und die deutsche Perspektive problemlos auf die

österreichische anwendbar ist (siehe Seiten 12f), soll von einer Verabsolutierung vorhandener deutscher Evaluationsergebnisse im Bereich der pflegebezogenen Gesundheitsförderung und -beratung abgesehen und diesbezügliche Evaluationsbemühungen in Österreich forciert werden.

Durch wissenschaftliche Untersuchungen, die u.a.

- die Integration von Gesundheitsförderung und -beratung in die Pflegepraxis
- die Integration von Gesundheitsförderung und -beratung in die pflegerische Ausbildung
- Einschätzungen von PflegeschülerInnen bezüglich der Erreichung gesetzlich definierter Ausbildungsziele, zu erwerbender Kompetenzen sowie der generellen Ausbildungsqualität im Bereich von Gesundheitsförderung und -beratung
- Einschätzungen von PflegepraktikerInnen und Lehrkräften bezüglich der im Bereich der pflegebezogenen Gesundheitsförderung und -beratung vorhandenen bzw. nötigen Kompetenzen, des Stellenwertes von Gesundheitsförderung und -beratung innerhalb der Pflege oder vorhandener struktureller Rahmenbedingungen,...

thematisieren, kann die Wahrnehmung des im GuKG definierten Aufgabenbereiches der eigenverantwortlichen Gesundheitsförderung und -beratung umfassend dargestellt und aus verschiedenen Sichtweisen erörtert werden. Potentielle Problembereiche können letztlich nur durch solche gezielten Evaluationsmaßnahmen sicher erkannt werden.

### **5.2.1. Implikationen für die Forschung**

Die eben erwähnten Empfehlungen zu weitergehenden und vertiefenden Analysen stellt gleichzeitig auch die vordergründige Implikation für die Forschung dar. Weitere Implikationen sollen im nachfolgenden Abschnitt thematisiert werden.

## 6. Fazit

Gesamt gesehen diente diese Bachelorarbeit einem ersten kritischen Hinterfragen der IST-Situation im Bereich der Gesundheitsförderung und -beratung innerhalb der österreichischen Pflegeausbildung und diente vornehmlich der Sensibilisierung für diesen pflegerischen Aufgabenbereich. Die Aktualität und Bedeutung von Gesundheitsförderung und -beratung in Rahmen der Pflege konnte dabei genauso wie deren mangelnde Integration in die pflegerische Ausbildung und Praxis – und dies trotz vorhandener gesetzlicher Rahmenvorgaben – aufgeworfen werden.

Somit muss festgestellt werden, dass die berufsgesetzliche Definition des neuen pflegerischen Aufgabenbereiches der Gesundheitsförderung und -beratung alleine zu kurz greift. Genauso genügt es nicht, Gesundheitsförderung und -beratung als pflegerische Aufgabenbereiche ansatzweise in die Ausbildung zu integrieren und anzunehmen, dass sich die pflegerische Praxis dadurch verändern wird. Diese Art der Verantwortungs- bzw. Aufgabenzuweisung muss als sehr kritisch bewertet werden. Der Weg, der zur Umsetzung neuer pflegerischer Aufgabenbereiche in der Pflegepraxis führt, muss anders beschritten werden.

Wenn der intendierte Paradigmenwechsel hin zur generellen Gesundheitsorientierung innerhalb der Pflege gelingen soll, muss Gesundheitsförderung und -beratung im Pflege- und Schulalltag sowie allen Unterrichtsfächern integriert werden. Gesundheitspflege muss als *Herzstück*, als *Fundament* einer *ganzheitlichen* Pflege wahrgenommen und als Prozess verstanden werden. Gesundheitsbezogene Information, Anleitung und Beratung sowie die Förderung von Selbstpflege und die Stärkung von Kompetenzen und Ressourcen müssen ähnlich der kurativen Pflege als originär pflegerische Aufgabengebiete verstanden werden. Dazu bedarf es allerdings eines veränderten Pflegeverständnisses.

Zudem sind umfassende Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen im Bereich der pflegerischen Gesundheitsförderung und -beratung unumgänglich. Notwendige Kompetenzen von Lehrkräften, PflegepraktikerInnen sowie Schülerinnen müssen dabei gleichermaßen fokussiert werden. Weiters sind angemessene Rahmenbedingungen, die sicherstellen, dass die Pflegenden ihr volles Potential ausschöpfen und die ihnen zugedachten Aufgaben in der primären Gesundheitsversorgung auch erfüllen können, von besonderer Bedeutung. Die Unterstützung von Politik und Managementebene sind aufgrund dessen unumgänglich.

Um eine grundlegende Veränderung der Pflegepraxis zu initiieren und berufliche Umdenkprozesse in Richtung Gesundheitsorientierung zu forcieren, bedarf es auch einer gezielten Impulssetzung durch die Leitungsebene. Nur durch eine solche konzertierte Aktion kann eine hinlängliche pflegerische Befähigung im Bereich der Gesundheitsförderung und -beratung und die Etablierung derselben in der Pflegepraxis erreicht werden.

MasterabsolventInnen der Gesundheits- und Pflegewissenschaften erscheinen m. E. durch deren breit gefächertes Know-how und deren Expertise im Bereich der Gesundheitsförderung und -beratung für die Planung, Durchführung und Evaluation genannter Maßnahmen besonders geeignet.

Letztliches Ziel muss es sein, dass die Bedingungen der pflegerischer Ausbildung und Praxis „im Hinblick auf deren ‚Lebbarkeit‘ gestaltet werden“ (Dunkel 2005, S. 233).

Weitere Implikationen, die im Rahmen dieser Arbeit abgeleitet werden können, sollen im nächsten Abschnitt thematisiert werden.

## **6.1. Implikationen**

Neben den bereits thematisierten Implikationen für die Forschung lassen sich Implikationen für die pflegerische Ausbildung und Praxis identifizieren.

### **6.1.2. Implikationen für die Ausbildung:**

Die österreichische Pflegeausbildung sollte an das WHO-Curriculum angepasst werden. Gesundheitsförderung und -beratung im Rahmen der Pflege würden dadurch eine entschiedene Aufwertung erfahren und der Widerspruch zwischen theoretischem Anspruch nach „Gesundheitspflege“ und der Ausbildungsrealität, im Sinne der dafür veranschlagten Unterrichtsstunden, könnte dadurch sofort bewältigt werden.

Weiters muss, abgesehen von der abschließenden Diplomprüfung, den Aspekten der ausbildungsbezogenen bzw. curricularen Evaluation, der Erreichung der Ausbildungsziele und der Qualitätssicherung in den österreichischen Pflegeschulen deutlich mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Der bereits im Diskussionsteil thematisierte *Prüfungersatz Teilnahme am Unterricht* sollte jedenfalls grundsätzlich überdacht werden.

### 6.2.2. Implikationen für die Praxis:

Die Profession Pflege muss sich zu Wort melden, muss etwaige Probleme bzw. Hemmnisse im Bereich der Gesundheitsförderung und -beratung im Rahmen der Pflege aufzeigen und für den Erwerb der im Berufsgesetz definierten Kompetenzen entsprechende Weiterbildungsmaßnahmen einfordern. Weiters müssen adäquate zeitliche bzw. personelle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, damit Pflegende die im Berufsgesetz definierten Aufgabenbereiche der Gesundheitsförderung und -beratung im Pflegealltag auch professionell wahrnehmen können. Die alleinige gesetzliche Definition von Kompetenzen bzw. eigenverantwortlichen Aufgaben- und Verantwortungsbereichen greift jedenfalls zu kurz.

## 7. Ausblick

*“If properly educated, organized and resourced, and vested with the necessary authority, nurses can have a major impact on all these health issues, and do much to reduce the burden of disease, as well as promoting health and improving the quality of life for the people of their countries” (WHO 2003, S.5).*

Durch das Beschreiten neuer didaktischer Wege sowie der Integration neuer Lehr- und Lernmethoden sollten PflegeschülerInnen im Rahmen der Ausbildung für das Berufsfeld notwendige Kompetenzen effizienter erwerben können. Eine auf diese aufbauende Arbeit wird sich gezielt dem Thema der Unterrichtsgestaltung und Integration neuer didaktischer Lehr- und Lernmethoden in die pflegerische Ausbildung widmen.

Weiters darf der Zusammenhang zwischen persönlichem Gesundheitsverhalten und der generellen Bereitschaft, Gesundheitsförderung und -beratung im beruflichen Kontext wahrzunehmen, nicht unberücksichtigt bleiben. Juliane Juchlis Diktion: „*Ich pflege als der, der ich bin*“ (ÖBIG 2003, S.14) verdeutlicht diesen Zusammenhang sehr gut. Es wird klar, dass individuelle Überzeugungen und Verhaltensweisen das berufliche Handeln der Pflegenden wie auch der PflegeschülerInnen ganz maßgeblich prägen. Inwieweit der Lernort Schule konstruktiv auf die berufliche Sozialisation der PflegeschülerInnen und deren Bestehen in der Pflegerealität einwirken kann, soll ebenfalls Inhalt weiterführender Arbeiten werden.

## 8. Literaturverzeichnis

Abt-Zegelin, Angelika (2003): Pflegeausbildung: Neue Möglichkeiten nutzen! In: Die Schwester Der Pfleger, 42. Jg., H. 9, S. 710-714.

Abt-Zegelin, Angelika (2007): Gesundheitsförderung. Strategien und Standards für Krankenhäuser. In: Die Schwester Der Pfleger, 46. Jg., H. 7, S. 782-784.

Abt-Zegelin, Angelika (2007a): Patienteninformationszentrum. Edukative Unterstützung der Patienten im Krankenhaus. In: Die Schwester Der Pfleger, 46. Jg., H. 12, S. 1074-1077.

Behnke, Katherina/ Demmler, Gertrud/ Unterhuber, Hans (2001): Gesundheitsberatung als Antwort auf veränderte Gesundheitsbedürfnisse. In: Brinkmann-Göbel, Regina (Hrsg.): Handbuch für Gesundheitsberater. Bern: Hans Huber Verlag S. 50-62.

Beikirch, Elisabeth (2000): Die Münchener Erklärung – ein Plus für Pflege und Politik. In: [http://www.familiengesundheitspflege.de/download/Beitrag\\_Beikirch.pdf](http://www.familiengesundheitspflege.de/download/Beitrag_Beikirch.pdf)

Brieskorn-Zinke, Marianne (2003): Die Rolle der Pflege in Public Health/Gesundheitsförderung – Versuch einer Systematisierung. In: Pflege, 16.Jg., S.66-74.

Brieskorn-Zinke, Marianne (2004): Gesundheitsförderung in der Pflege. 2. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Brinkmann-Göbel, Regina (Hrsg.) (2001): Handbuch für Gesundheitsberater. Bern: Hans Huber Verlag.

Brinkmann-Göbel, Regina (2001a): Gesundheitsberatung: Zur Relevanz eines <<neuen>> Elements im Gesundheitswesen. In: Brinkmann-Göbel, Regina (Hrsg.): Handbuch für Gesundheitsberater. Bern: Hans Huber Verlag, S. 11-32.

Büchner, Ute (2006): Kommunikationskonzept. Ich traue mich! In: Die Schwester Der Pfleger, 45. Jg., H. 10, S. 854-861.

Büscher, Andreas/ Wagner, Lis (2005): Munich Declaration: Nurses and midwives: a Force for Health. Analysis of implementation of the Munich Declaration 2004. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. In: <http://www.euro.who.int/document/e86640.pdf> [Stand 5.2.2008]

Christmann, Elli/ Holle, Regina/ Schüssler, Dörte/ Beier, Jutta/ Dassen, Theo: Mündliche Information von PatientInnen durch Pflegende am Beispiel von PatientInnen mit Schlaganfall. Institut für Medizin- und Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Universitätsklinikum Charité – Medizinischen Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin. In: Pflege, 17. Jg., H. 3, S. 165-175.

Darmann-Finck Ingrid, Sahn Martina (2006): Biografieorientierte Diagnostik in der Beratung von Patienten mit chronischen Erkrankungen. In: Pflege. 19.Jg., H. 5, S. 287-293.

Deutschmann Lisa (2005): Möglichkeiten des Internets zur Verbesserung der PatientInneninformation. In: Die Schwester Der Pfleger, 44. Jg., H. 10, S. 554-562.

Doll, Axel/ Hummel-Gaatz, Sonja (2007): Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig gewährleisten. Werkstattbücher zu Pflege Heute. Themenbereich 3. München: Urban&Fischer.

Dunkel, Wolfgang (2005): Zur Lebensführung von Pflegekräften. In: Schroeter, Klaus/Rosenthal, Thomas (Hrsg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim/München: Juventa Verlag, S. 227-246.

Ekert, Bärbel/ Ekert, Cristiane (2005): Psychologie für Pflegeberufe. Stuttgart: Thieme Verlag.

Engel, Roswitha (2006): Gesundheitsberatung in der Pflege. Wien: Facultas Verlag.

Fecke, Beate (2007): Beratung. Pflege am Telefon. In: Die Schwester Der Pfleger, 46. Jg., H. 12, S. 1084-1088.

FH-GuK-AV (2008): Fachhochschul-Gesundheits-und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung. Bundesgesetzblatt der Republik Österreich. In: <http://www.ris.bka.gv.at> [Stand 10. 11.2008].

Fleming, Valerie/ Holmes, Anne (2005): PAM-Study. A Report to the WHO Regional Office for Europe. Glasgow Caledonian University, Scotland: WHO Collaborating Centre for Nurses and Midwives. In: <http://www.euro.who.int/document/e86582.pdf>. [Stand 5.2.2008].

Gentner, Thomas (2007): Theorie-Praxis-Transfer. Gesundheitsförderung – Wo bleibt die Implementierung in die Praxis? In: Die Schwester Der Pfleger, 46. Jg., H. 9, S. 780-781.

Girard-Hecht, Elisabeth (2006): Gesundheitsförderung. Halbzeit in der neuen Pflegeausbildung. In: Die Schwester Der Pfleger, 45. Jg., H. 5, S. 390-393.

Görres, S./ Bochler, U. (2004): Innovative potentials and new areas of responsibility for nursing in the service sector of the future – results of a Delphi-study in Germany. In: Pflege, 17. Jg., H. 2, S. 105-112.

Hansmann, Clemens (2009): Psychologie und Kommunikation für Pflegeberufe. 2. Auflage. Wien: Facultas Verlag.

Harking, Martina (2005): Beratung in der Pflege – Annäherungen an einen für das Handlungsfeld der Pflege spezifischen Zugang. In: Schneider, Kordula/Brinker-Meyendriesch, Elfriede/Schneider, Alfred (2005): Hrsg. Pflegepädagogik. Für Studium und Praxis. 2. Aufl, Heidelberg: Springer Verlag, S. 59-77.

Höppner, Heidi (2006): Gesundheitsförderung von Krankenschwestern. Ansätze für eine frauengerechte betriebliche Praxis im Krankenhaus. Frankfurt/Main: Mabuse Verlag.

Hüper, Christa/ Hellige, Barbara (2007): Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke. Rahmenbedingungen-Grundlagen-Konzepte-Methoden. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

Immohr, Susanne (2002): Patientenanleitung als pflegepädagogische Aufgabe. In: Sahmel, Karl-Heinz (Hrsg.): Grundfragen der Pflegepädagogik. 2. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer, S. 222-259.

Jacob, Christiane (2004): Gesundheitsförderung im pflegerisch-klinischen Kontext. Eine deskriptive Studie zur Selbsteinschätzung gesundheitsfördernder Kompetenzen von Pflegenden. Bern: Hans Huber Verlag.

Jacobs, Beke (2007): Patienteninformationszentrum. Anlaufstelle für Wissensdurstige. In: Die Schwester Der Pfleger, 46. Jg., H.4, S.312-315.

Kelley, K./Abraham, C. (2007): Health promotion for people aged over 65 years in hospitals: nurses perception about their role. In: Journal of Clinical Nursing, 16. Jg., H. 3, S. 569-579.

- Köberich, Stefan/Bossle, Michael/Meier, Mellita/Lipp, Judith (2006): Beratung im Gesundheitswesen – Chance für die Pflege? In: PR-Internet, 8. Jg., H. 3, S.133-139.
- Krüger, Thorsten (2004): Pflegeausbildung. Für Gesundheitsförderung ausreichend gewappnet? In: Die Schwester Der Pfleger, 43. Jg., H. 4, S. 258-261.
- Landenberger, Maragrete (2005): Gesamtfazit: Zukunft der deutschen Pflegeausbildung. In: Landenberger, Margarete/Stöcker, Gertrud/Filkius, Jacqueline/de Jong, Anneke/ Them, Christa/ Selinger, Yvonne/ Schon, Peggy (Hrsg.): Ausbildung der Pflegeberufe in Europa: Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft, S. 271-281.
- Lewis, Tr. Jr. (2005): Teaching effectiveness: are RNs prepared and supported for their teaching role? Unveröffentlichte Dissertation: The University of Southern Mississippi.
- Little, M. (2006): Educational innovation. Preparing nursing students to be health educators: personal knowing through performance and feedback workshops. In: Journal of Nursing Education, 45. Jg., H. 3, S. 131-135.
- London, Fran (2003): Informieren, Schulen, Beraten. Praxishandbuch zur pflegebezogenen Patientenedukation. Bern: Hans Huber Verlag.
- Nagele Matthias (2007): Patientenedukation – ein Konzeptentwurf für die pflegebezogene Patientenedukation in einer onkologischen Klinik. In Werner Burkhard, Brandenburg Hermann (Hrsg): Leiten und Lehren in der Pflege. Die Pflegewissenschaft im Fokus von Management, Ausbildung und Praxis der Pflege. Frankfurt am Main: Mabuse S.259-296.
- Nau, Johannes (2005): Empowerment als Konzept für die Pflege. In: PR-Internet, 7. Jg., H. 3, S. 152-158.
- ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) (2003): Offenes Curriculum für die Ausbildung in Allgemeiner Gesundheits- und Krankenpflege. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, Wien.
- ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) (2006): Österreichischer Pflegebericht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, Wien.
- ÖBIG (Gesundheit Österreich GmbH Geschäftsbereich ÖBIG) (2007): Österreichischer Pflegebericht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien.
- Oelke, Uta (2007): In guten Händen. Gesundheits- und Krankenpflege. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Band 1. Berlin: Cornelsen Verlag.
- Peter, Martin (2005): Die Begründung aus dem Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit im Rahmen des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege. In: Kemetmüller, Eleonore (Hrsg.): Zukunftsperspektiven der Ausbildung in der gehobenen Gesundheits- und Krankenpflege. Die Positionierung der Ausbildung im tertiären Sektor des österreichischen Bildungssystems. Wien: Facultas Verlag, S. 17-44.
- Peter, Martin (2005): Vorwort. In: Kemetmüller, Eleonore (Hrsg.): Zukunftsperspektiven der Ausbildung in der gehobenen Gesundheits- und Krankenpflege. Die Positionierung der Ausbildung im tertiären Sektor des österreichischen Bildungssystems. Wien: Facultas Verlag, S. 10-15.
- Pflege Heute (Hrsg.) (2007): Lehrbuch für Pflegeberufe. 4. Aufl. München: Urban&Fischer Verlag.

Pleiss, Gregor (2005): Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen: Vulnerable Zielgruppe für Prävention oder Hoffnungsträger für mehr Patientenberatung und -souveränität? In: PR-Internet; 7. Jg., H. 10, S. 533-537.

Resetarics, Paul (2008): Grundlagen pflegerischen Handelns. Wien: Maudrich Verlag.

Sahmel, Karl-Heinz (Hrsg.) (2002): Grundfragen der Pflegepädagogik. 2. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer.

Sambale, Manuela (2005): Empowerment statt Krankenversorgung. Stärkung der Prävention und des Case Managements im Strukturwandel des Gesundheitswesens. Katholische Fachhochschule Freiburg. Hannover: Schlütersche.

Schneider, Frank (2007): Patientenberatung. Pflegerische Aufklärung kann perioperative Schmerzen reduzieren. In: Die Schwester Der Pfleger, 46. Jg., H. 12, S. 1078-1082.

Schneider, Kordula/Brinker-Meyendriesch, Elfriede/Schneider, Alfred (Hrsg.) (2005): Pflegepädagogik. Für Studium und Praxis. 2. Aufl., Heidelberg: Springer Verlag.

Sjogren, A./Paskiparta, M./Lienatainen, L./Kettanen, T. (2003): Teacher's views on curriculum development in health promotion in two Finnish Polytechnics. In: Nurse Education Today, 23. Jg., G. 2, S. 112-122.

Speziale, H.J.S./Jacobson, C. (2005): Trends in registered nurse education programs: 1998-2008. In: Nursing Education Perspectives, 26. Jg, H. 4, S. 230-235.

Steinbach, Herlinde (2007): Gesundheitsförderung. Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. 2. Auflage. Wien: Facultas Verlag.

Stöcker, Gertrud (2003): Wie innovativ ist das neue Krankenpflegegesetz? In: Die Schwester Der Pfleger, 42.Jg., H. 8, S. 618-624.

Them, Christa/Landenberger, Margarete (2005): Ausbildung Pflege- und Gesundheitsberufe in Österreich. In: Landenberger, Margarete/ Stöcker, Gertrud/Filkius, Jacqueline/de Jong, Anneke/ Them, Christa/ Selinger, Yvonne/ Schon, Peggy (Hrsg.): Ausbildung der Pflegeberufe in Europa: Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft, S. 139-176.

Utley-Smith, Q. (2004): 5 competencies needed by new baccalaureate graduates. In: Nursing Education Perspectives, 25. Jg., H. 4, S. 166-170.

Van Leuven, K./Prion, S.(2007): Health Promotion in care directed by nurse practitioners. In: Journal for Nurse Practitioners, 3. Jg., H. 7, S. 456-461.

Vosseler, Birgit/Birnbaum, Barbara/Prochowski, Patricia/Zech, Elke (2006): Krankenschwester ade – das neue Gesicht der Pflege. Krankenschwester, nur noch ein tradiertes Berufsbild? Pflege in einer Phase des gesellschaftspolitischen Umbruchs! In: PR-Internet, 8. Jg., H. 11, S. 596-605.

Weiß-Faßbinder, Susanne/ Lust, Alexandra (2004): Gesundheits- und KrankenpflegeG – GuKG 4. Aktualisierte und ergänzte Auflage idF der GuKG-Novelle 2003. Wien: Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung.

Weiß-Faßbinder, Susanne/ Lust, Alexandra (2006): Gesundheits- und Krankenpflegegesetz Durchführungsverordnungen. Wien: Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung.

Whitehead, Dean (2006): Health promotion in the practice setting: finding from a review of clinical issues. In: Worldviews on Evidence-Based Nursing, 3. Jg., H. 4, S. 165-184.

Whitehead, Dean (2007): Reviewing health promotion in nursing education. In: Nurse Education Today, 27. Jg., H. 3, S. 225-237.

Whitehead, D./Wang, Y./Wang, J./Zhang, J./Sui, Z./Xie, C. (2007): Health promotion and health education practice: nurses' perceptions. In: Journal of Advanced Nursing, 61. Jg., H. 2, S. 181-187.

WHO (Hrsg.) (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. In: [http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_2?language=German](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German) [Stand 5.2.2008].

WHO (Hrsg.) (1988): Wiener Erklärung über das Pflegewesen im Rahmen der europäischen Strategie „Gesundheit für alle“. In: [http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010828\\_1?PrinterFriendly=1&language=German](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010828_1?PrinterFriendly=1&language=German) [Stand 5.2.2008].

WHO (Hrsg.) (1995): Pflege im Aufbruch und Wandel. Stärkung des Pflege- und Hebammenwesens zur Unterstützung der „Gesundheit für alle“. München: Quintessenz Medizin Verlag.

WHO (Hrsg.) (1997): Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. In: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/> [Stand 5.2.2008].

WHO (Hrsg.) (2000a): WHO-Erklärung von München – Pflegende und Hebammen – ein Plus für Gesundheit. In: [http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010828\\_4?language=German&language=German](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010828_4?language=German&language=German) [Stand 5.2.2008].

WHO (Hrsg.) (2000b): Nurses and Midwives for Health. A WHO European Strategy for nursing and midwifery education. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. In: <http://www.euro.who.int/document/e88137.pdf> [Stand 5.2.2008]

WHO (Hrsg.) (2001): Nurses and Midwives for Health. A WHO European Strategy for nursing and midwifery education. Section 1-8. Guidelines for Member States on the implementation of the strategy. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. In: <http://www.euro.who.int/document/e72922.pdf> [Stand 5.2.2008].

WHO (Hrsg.) (2005): Bangkok Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt. In: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_German\\_version.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_German_version.pdf) [Stand 5.2.2008].

WHO (Hrsg.) (2007): Erklärung von Islamabad zur Stärkung des Pflege- und Hebammenwesens 4.-6. März 2007. In: [http://www.who.int/hrh/nursing\\_midwifery/islamabad.declaration\\_de.pdf](http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/islamabad.declaration_de.pdf) [Stand 5.2.2008].