



# **Masterarbeit**

## **Beratung in der Pflege**

### **Das Beratungsverständnis diplomierter Pflegepersonen in Österreich**

eingereicht von:

**Anna Michaela Prugger**

Mat.Nr.: 0533207

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Science**

**(MSc)**

an der

**Medizinische Universität Graz**

ausgeführt am

**Institut für Pflegewissenschaft**

unter der Anleitung von

**DDr.in Habersack Marion MPH**

**Eichhorn-Kissel Juliane Dipl.-Pflegepädagogin / MA, RN**

**Hummel-Gaatz Sonja Dipl.-Pflegepädagogin (MUG-extern)**

Graz, 3. 9. 2010

Ort, Datum



Unterschrift

## Eidesstattliche Erklärung

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

Graz, 3. 9. 2010

Ort, Datum

Anna Prupper

Unterschrift

# Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>- 1 -</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>- 2 -</b>
<b>Einleitung</b> .....	<b>- 3 -</b>
<b>Hintergrund</b> .....	<b>- 5 -</b>
<b>Überblick</b> .....	<b>- 6 -</b>
<b>Zielsetzung</b> .....	<b>- 6 -</b>
Forschungsfragen .....	<b>- 7 -</b>
<b>Begriffsklärung</b> .....	<b>- 8 -</b>
<b>Beratung in der Pflege</b> .....	<b>- 8 -</b>
Beratung in Österreich .....	<b>- 11 -</b>
<b>Abgrenzung des Themas</b> .....	<b>- 13 -</b>
<b>Methodische Vorüberlegungen</b> .....	<b>- 14 -</b>
<b>Forschungsdesign</b> .....	<b>- 14 -</b>
<b>Methode zur Datenerhebung</b> .....	<b>- 15 -</b>
Interview .....	<b>- 15 -</b>
Instrument .....	<b>- 15 -</b>
<b>Methode zur Datenanalyse und Validierung</b> .....	<b>- 16 -</b>
Heidelberger-Struktur-lege-Technik .....	<b>- 16 -</b>
<b>Setting</b> .....	<b>- 18 -</b>
<b>Sample</b> .....	<b>- 19 -</b>
<b>Methode</b> .....	<b>- 22 -</b>
<b>Forschungsdesign</b> .....	<b>- 22 -</b>
<b>Sample und Setting</b> .....	<b>- 22 -</b>
<b>Datenerhebung</b> .....	<b>- 22 -</b>
Interview .....	<b>- 22 -</b>
Instrument .....	<b>- 23 -</b>
<b>Datenanalyse und Validierung</b> .....	<b>- 24 -</b>
Heidelberger Struktur-lege-Technik .....	<b>- 25 -</b>
<b>Ethische Überlegungen</b> .....	<b>- 26 -</b>
<b>Ergebnisse</b> .....	<b>- 27 -</b>
<b>Sample und Setting</b> .....	<b>- 27 -</b>
<b>Ergebnisse der Forschungsfragen</b> .....	<b>- 27 -</b>
<b>Schlussfolgerung</b> .....	<b>- 31 -</b>
<b>Diskussion</b> .....	<b>- 35 -</b>
<b>Limitationen</b> .....	<b>- 39 -</b>
<b>Implikationen</b> .....	<b>- 42 -</b>
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>- 45 -</b>
<b>Anhang</b> .....	<b>- 49 -</b>

## **Tabellenverzeichnis**

Tab. 1: Themenschwerpunkt „Beratungsgespräch“. Seite 12

Tab. 2: In Pflegesituationen integrierte Beratungs- und Anleitungselemente. Seite 18

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Eine Beratung wird in der Literatur als ein relevantes Handlungsfeld der Pflege beschrieben. Beratungen ermöglichen PatientInnen und Angehörigen mit krisenhaften Situationen besser umgehen zu können. Für den Pflegekontext in Österreich liegen derzeit kaum Erkenntnisse vor, wie das Handlungsfeld verstanden und gelebt wird. In Deutschland wurde bereits eine curriculare Modifikation für die Ausbildung von Pflegepersonen durchgeführt, um dieses Handlungsfeld bewusst in der Praxis zu etablieren. Eine Analyse des Handlungsfeldes soll zeigen, ob eine Evaluation oder Modifikation des offenen Curriculums auch in Österreich notwendig ist.

**Ziel:** Das Ziel dieser Arbeit ist, das Handlungsfeld der Beratung zu beschreiben. Mittels einer Ist-Analyse soll identifiziert werden, wie Beratung von Pflegenden definiert wird und ob Pflegende einem bestimmten Beratungsablauf folgen. Weiter soll identifiziert werden, ob sich Pflegende ausreichend geschult fühlen, eine Beratung angemessen durchzuführen.

**Methode:** Den theoretischen Rahmen dieser qualitativen Forschung bildete das deskriptive Forschungsdesign. Mittels der zweckorientierten Stichprobenauswahl wurden fünf Pflegende in drei steirischen Krankenhäusern rekrutiert. Die Daten wurden durch problemzentrierte und halbstandardisierte Interviews erhoben. Die Datenanalyse und Validierung erfolgte anhand der Heidelberger Struktur-lege-Technik.

**Ergebnisse:** Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegende die Beratung in ihrem Berufsfeld nicht umfassend definieren können. Weiter konnten die TeilnehmerInnen keinen bestimmten Beratungsablauf beschreiben. Alle befragten Pflegenden gaben an, dass die Ausbildung nicht ausreicht, eine Beratung angemessen durchzuführen.

**Diskussion:** Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Beratung als Handlungsfeld von Pflegenden derzeit nicht vollständig beschrieben und durchgeführt werden kann. Eine Analyse der Thematik mit einer größeren Stichprobe und quantitativer Untersuchung könnte diese Ergebnisse stärker untermauern. Eine Evaluation und Modifikation des Curriculums der Pflegeausbildung, sowie das Angebot an Fortbildungen, soll durch die Ergebnisse angeregt werden. Momentan scheint es, dass die Beratung im Rahmen der theoretischen Ausbildung nicht adäquat thematisiert wird.

## **Abstract**

**Background:** The field of nursing practice “Counselling” is described as a relevant issue in nursing practice. Counselling encourages patients and relatives, when they have to deal with difficult situations. For the nursing context in Austria, there are no data how this field of nursing practice is understood by professional nurses. A modification of the curriculum, in relation to this field of nursing practice, has been realized in Germany. An actual-analysis to the field of nursing practice “Counselling” should show, if an evaluation or modification of the open curriculum for nursing education in Austria is necessary.

**Aim:** The aim of this research study is, to explore the field of nursing practice “Counselling” through an actual-analysis. In a first step, this actual-analysis should offer results for Austria how this field of nursing practice is defined by nurses, if there is a certain procedure in practice and if the education for counselling is adequate.

**Method:** The qualitative study for the field of nursing practice “Counselling” is embedded in a descriptive research design which is the theoretical frame. Through a purposeful sampling five nurses were recruited in three different hospitals in Styria. The data were collected through a problem centred and half-standardised interview. The data analysis and validation were realised through a technique called “Heidelberger Struktur-Lege-Technik”.

**Results:** The results of the actual-analysis pointed out, that nurses in Austria are not able to define the field of nursing practice “Counselling”. There is no certain procedure, how counselling is performed in nursing practice, and the nurses estimated, that the theoretical education for counselling is not adequate.

**Conclusion:** The results lead to the conclusion that nurses are not able to describe and perform “Counselling” appropriately. A further quantitative study would be appropriate, to receive more significant data. The conclusion leads to the implication that in the near future should be realized an evaluation and modification of the open curriculum for the nursing field “Counselling”. Furthermore, is the extent of the open curriculum concerning “Counselling” not adequate, to handle this nursing activity appropriately in nursing practice.

## Einleitung

Die Relevanz zum Thema „Beratung in der Pflege“ wird in der Literatur bereits vermehrt beschrieben. Beratung kann PatientInnen und Angehörige bei einer autonomen Pflege unterstützen und darf aus diesem Grund in der Pflege nicht außer Acht gelassen werden. PatientInnen und Angehörige nehmen eine Beratung in Anspruch, um ihre Selbstständigkeit zu wahren bzw. zu fördern. Eine Unterstützung bzw. Förderung der Selbstständigkeit von PatientInnen kann diese und deren Angehörige auf eine Entlassung professionell vorbereiten. Eine autonome bzw. autonomere Pflege der PatientInnen trägt zu einer verbesserten Lebensqualität bei, und sollte daher durch eine Beratung angestrebt werden (Benner 1995; Doll & Hummel-Gaatz 2007; Klug-Redmann 1996; Koch-Straube 2008; Stratmeyer 2005; Suditu 2004).

Die ökonomischen Aspekte einer Beratung zeigen, dass diesem Handlungsfeld der Pflegepersonen mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte. Es kann davon ausgegangen werden, dass adäquat beratene PatientInnen und Angehörige daran beteiligt sind, die Kosten des Gesundheitssystems nachhaltig zu senken (Gesundheitsstatistik 2008). Eine Senkung der Kosten kann durch kürzere Krankenhausaufenthalte und einen Rückgang der Rehospitalisierungen erreicht werden. Diese Annahmen sind mitunter ein Ergebnis der Beratungen in der Pflege. Es hat sich gezeigt, dass durch Beratungen mehr Kosten gespart werden können, als dass zusätzliche Kosten entstehen. Ein Kosten-Nutzen-Abgleich spricht für die Beratung in der Pflege, trotz erhöhten Personal- und Zeitaufwands der in diesem Handlungsfeld notwendig ist (Klug-Redmann 1996; London 2003; Petermann 1997; Stratmeyer 2005).

Die positiven Auswirkungen einer Beratung in Verbindung mit den folgenden Zahlen sollen zeigen, dass es zahlreiche Situationen gibt, in welchen eine angemessene Beratung durchgeführt werden muss. Die Anzahl an Pflegepersonen, welche in Krankenanstalten tätig sind, steigt seit den letzten Jahren stetig an (Gesundheitsstatistik 2008). In Österreich sind 6.041 Pflegepersonen (im Jahr 2008) in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege tätig und bilden die größte Berufsgruppe des österreichischen Gesundheitswesens (Statistik Austria 2009). Die Spitäler, für welche im Jahr 2008 etwa 28,4% des Budgets der sozialen Krankenversicherung ausgegeben wurden, bestehen insgesamt aus 64.267 Betten. Diese Fakten zeigen, dass es

sehr häufig zu Beratungssituationen kommen kann, welche angemessen bewältigt werden müssen (Statistik Austria 2009; St-KALG 1999).

Pflegepersonen spielen zum Thema „Beratung in der Pflege“ eine entscheidende Rolle, da sie eine besondere Nähe zu PatientInnen und Angehörigen aufbauen können, und viel Zeit mit den besagten Personen verbringen. Für Pflegepersonen bedeutet das, dass jederzeit eine Beratungssituation entstehen kann. Beispielsweise können Beratungen entstehen, wenn eine Pflegeperson in ein Krankenzimmer geht und die PatientInnen oder Angehörigen eine Frage haben, welche für diese gerade sehr bedeutend ist. Aus diesem Grund wenden sich PatientInnen und Angehörige häufig zuerst an Pflegepersonen, um Antworten auf ihre Fragen zu erhalten (Brobst 2007).

Die Relevanz zum Thema „Beratung in der Pflege“ wird dem Gesundheitswesen, aus ökonomischer und pflegepraktischer Sicht zunehmend bewusster. Die Beratung als pflegerische Tätigkeit wird von Pflegepersonen dennoch meist unbewusst durchgeführt. Beratungssituationen entstehen häufig spontan, zufällig oder intuitiv, was nicht bedeuten soll, dass diese unbewusst passieren dürfen. Es gilt das Ziel zu verfolgen, Beratung in der Pflege als Handlungsfeld weiter zu etablieren, bewusst zu machen und fortlaufend zu reflektieren (Benner 1995; Doll & Hummel-Gaatz 2007; Koch-Straube 2008; Oelke 2006; Stratmeyer 2005).

Dem Handlungsfeld „Beratung in der Pflege“ sollte aus pflegewissenschaftlicher, politischer, gesetzlicher und somit auch curricularer Sicht mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden, um das Potential dieser pflegerischen Tätigkeit weiter ausschöpfen zu können. Diesem Thema sollte während der theoretischen Ausbildung viel Zeit gewidmet werden, da Qualifikationen für Beratungen erst ausgebildet werden müssen und kein Persönlichkeitsmerkmal sind (Abt-Zegelin & Huneke 1999; Benner 1995; Doll & Hummel-Gaatz 2007; Klug-Redmann 1996). Das Thema „Beratung in der Pflege“ wird während der theoretischen Unterrichtseinheiten eher realitätsfern behandelt. Beratungssituationen können über längere Zeit geübt werden, Informationsmaterialien können vorbereitet werden und in einem Rollenspiel kann man planen, welche Fragen von PatientInnen oder Angehörigen gestellt werden. In den theo-

retischen Unterrichtseinheiten befinden Pflegepersonen, dass eine Beratung nicht schwierig, sondern leicht zu Hand haben ist (London 2003).

## **Hintergrund**

Die Beratung wird in der Literatur als ein relevantes Handlungsfeld der Pflege beschrieben. Für den Pflegekontext in Österreich liegen derzeit aber kaum Erkenntnisse vor, wie das Handlungsfeld von Pflegepersonen verstanden und gelebt wird. In Deutschland wurde bereits eine curriculare Modifikation für die Ausbildung von Pflegepersonen durchgeführt, um dieses Handlungsfeld bewusst in der Praxis zu etablieren. Eine Analyse des Handlungsfeldes in Österreich soll zeigen ob eine Evaluation oder Modifikation des offenen Curriculums, zur Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, hier zu lande ebenfalls notwendig ist.

Dieses Thema ist relevant, da die Möglichkeiten einer Beratung den PatientInnen, Angehörigen und dem gesamten Gesundheitswesen zugute kommen könnten. Eine Beratung könnte PatientInnen und Angehörigen in schwierigen Situationen unterstützen. Die Beratung als ein bedeutsames Handlungsfeld der Pflege, ist in Österreich noch nicht in der pflegerischen Praxis etabliert. Ausgehend von diesem Hintergrund soll untersucht werden, wie Pflegepersonen in Österreich versteht, was eine Beratung in der Pflege ist, wie diese abläuft und ob die Ausbildung der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege diesbezüglich angemessen ist.

Die „Beratung in der Pflege“ ist für alle Menschen bedeutsam, welche in Zukunft Beratungsleistungen von Pflegepersonen in Anspruch nehmen werden. Pflegepersonen werden durch die Ist-Analyse erfahren, wie das Handlungsfeld „Beratung in der Pflege“ von KollegInnen beschrieben wird. Die politische Ebene, welche für die curricularen Weiterentwicklungen in Österreich verantwortlich ist, soll erfahren, wie sich der Ist-Stand zum Handlungsfeld „Beratung in der Pflege“ darstellt.

## **Überblick**

Die vorliegende Forschungsarbeit zielt auf eine Ist-Analyse des Handlungsfeldes „Beratung in der Pflege“ ab. Die Informationen für eine Ist-Analyse werden durch eine Befragung des gehobenen Dienstes der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich erhoben. Die Ergebnisse dieser Analyse werden zeigen, wie der gehobene Dienst der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege den Tätigkeitsbereich „Beratung in der Pflege“ definiert. Es soll erhoben werden, wie eine Beratung in der Pflegepraxis durchgeführt wird, also ob die Beratung in der pflegerischen Praxis nach einem bestimmten Ablauf stattfindet. Letztlich soll die Ist-Analyse zeigen, inwieweit sich die befragten Pflegepersonen für eine Beratung qualifiziert fühlen, und befinden, dass sie genügend Ausbildung für diese Tätigkeit erhalten haben. Von diesem Ausgangspunkt werden die Forschungsfragen abgeleitet. In der Diskussion werden die Ergebnisse der Ist-Analyse dargestellt und Implikationen getätigt.

Der praktische Unterricht zur Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege wird in diesem Forschungsvorhaben nicht berücksichtigt. Die Ist-Analyse zum Thema „Beratung in der Pflege“ erfolgt nach den aufgestellten Forschungsfragen, welche sich ausschließlich auf die theoretische Ausbildung der Pflegepersonen beziehen (ÖBIG 2003).

Für eine bessere Lesbarkeit der Arbeit wird die Berufsbezeichnung „Gehobener Dienst der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege“ durch den allgemeinen Begriff „Pflegepersonen“ ersetzt (GuKG 1997). Zitate aus Gesetzestexten werden in der vorliegenden Arbeit ohne Paragraphen angeführt. Für eine Vertiefung verweist die Forscherin auf die vollständigen Gesetzestexte (GuKG 1997; GuK-AV 1999; St-KALG 1999).

## **Zielsetzung**

Das Ziel dieser Forschungsarbeit ist das Handlungsfeld „Beratung in der Pflege“ mittels einer Ist-Analyse zu erforschen. Die Ist-Analyse liefert erste Ergebnisse für Österreich, wie Pflegepersonen das Handlungsfeld „Beratung in der Pflege“ definieren, wie sie den Ablauf einer Beratung beschreiben und ob sie sich für dieses Handlungs-

feld ausreichend geschult fühlen. Für die Zielerreichung werden drei Forschungsfragen formuliert (Bortz & Döring 2006; Burns & Grove 2005).

Die Zielgruppe dieser Arbeit sind alle PädagogInnen, welche sich mit der Ausbildung zur allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege beschäftigen, und alle weiteren Personen, die in Zukunft an einer Weiterentwicklung des offenen Curriculums beteiligt sind (ÖBIG 2003). Letztlich ist dieses Thema für alle Pflegepersonen relevant, welche momentan oder in Zukunft in der Pflege tätig sind, und sich mit dem Handlungsfeld „Beratung in der Pflege“ auseinandersetzen müssen.

### **Forschungsfragen**

Das Forschungsziel, eine Ist-Analyse zum Thema „Beratung in der Pflege“ durchzuführen, bedarf der Formulierung von drei Forschungsfragen.

- 1. Forschungsfrage: Wie wird „Beratung in der Pflege“ von Pflegepersonen definiert?*
- 2. Forschungsfrage: Wie beschreiben Pflegepersonen den Ablauf einer Beratung?*
- 3. Forschungsfrage: Wie qualifiziert fühlen sich Pflegepersonen, eine Beratung angemessen durchzuführen?*

## **Begriffsklärung**

Das Thema „Beratung in der Pflege“ muss im Vorfeld der Ist-Analyse definiert werden. Die Klärung des Begriffs „Beratung“ soll verständlich machen, welcher Gegenstand im Folgenden behandelt wird und was darunter zu verstehen ist.

### **Beratung in der Pflege**

Die Pflege legt ihren Fokus nicht länger ausschließlich auf das Heilen von Krankheiten. Viel mehr benötigen PatientInnen eine Unterstützung, einen neuen oder bestehenden Gesundheitszustand in den Alltag zu integrieren. PatientInnen und Angehörige optimal auf diese neuen Gegebenheiten einzustellen, benötigt die Hilfe von Pflegepersonen. Diesen Anforderungen können Pflegepersonen durch eine Beratung in der Pflege gerecht werden. Die Pflegenden legen den Fokus der Beratung auf die momentane Gesundheits- bzw. Krankheitssituation der PatientInnen und die dafür notwendigen Erfordernisse. Der Grund dafür ist, dass der Auslöser für eine Beratung meistens eine neue Konfliktsituation ist, in welcher sich PatientInnen oder Angehörige befinden (Abt-Zegelin & Huneke 1999; Koch-Straube 2008).

Beratung gehört zu einer sehr anspruchsvollen Tätigkeit der Pflegepersonen. Es gehört dazu, andere Werte oder Ansichten von PatientInnen oder Angehörigen zu akzeptieren, und sich in unterschiedliche Situationen hineinzusetzen. In einer Beratung soll Vertrauen aufgebaut, aber dennoch Distanz gewahrt werden. Ein vertrauensvoller und empathischer Umgang zwischen Pflegepersonen und PatientInnen ist eine Voraussetzung, dass Energien, Möglichkeiten und Ressourcen bei den Betroffenen aufgespürt und mobilisiert werden. Eine Beratung bedarf einer individuellen und sensiblen Herangehensweise durch die beratenden Pflegepersonen (Abt-Zegelin & Huneke 1999).

Beratung in der Pflege kann durch unterschiedliche Begriffe ausgedrückt werden, wie z.B. Pflegeberatung, Beratungspflege, PatientInnen- oder Angehörigenberatung, Beratung durch Pflegenden oder pflegerische Beratung. Für diese Arbeit wird der Ausdruck „Beratung in der Pflege“ gewählt und lehnt sich an die Überlegungen von Doll & Hummel-Gaatz. Diese beschreiben, dass Beratung in der Pflege integriert sein

muss und die möglichen EmpfängerInnen einer Beratung sowohl PatientInnen, als auch Angehörige sein können (Doll & Hummel-Gaatz 2007).

Mit dem Überbegriff „Patientenedukation“ versucht Abt-Zegelin (2000) erstmals die pädagogischen Aufgaben von Pflegepersonen, wie Informationsvermittlung, Beratung, Anleitung, Unterstützung und Schulung zusammenzufassen. Dieser Begriff trifft die übergeordneten Absichten einer Beratung, kann aber nicht als Synonym verwendet werden, wenn damit auch Anleitungen und Schulungen beschrieben werden können (Abt-Zegelin 2000; Oelke 2007).

Koch-Straube (2008) definiert, was unter Beratung in der Pflege verstanden werden kann:

- Beratung ist eine dialogische Kommunikation,
- sie achtet die Einzigartigkeit und Würde des Menschen durch Wahrnehmen der Kompetenzen der Pflegebedürftigen,
- sie fördert Ressourcen,
- sie hat Respekt vor der Selbstbestimmung der PatientInnen,
- sie soll PatientInnen eine Wahl ermöglichen,
- sie bezieht Umweltbedingungen ein und
- sie berücksichtigt das biografische Gewordensein und die Zukunftsperspektive der PatientInnen (Koch-Straube 2008).

Für Koch-Straube (2008) setzt eine Beratung in der Pflege dann ein, oder wird erforderlich, wenn es dem Individuum nicht mehr möglich ist, eine Krise selbstständig zu bewältigen. Eine Beratung beinhaltet Informationen für PatientInnen über Krankheitsverläufe, Pflegehandlungen, Möglichkeiten, wie Schmerzen gelindert werden, über organisatorische Belange einer Pflegeinstitution oder Übersetzungen aus der medizinischen Fachsprache (Koch-Straube 2008).

Schaeffer & Schmidt-Kaehler ergänzen den Begriff „Beratung“ mit folgenden Aspekten: *„(...) wie die eigene Gesundheit aufrechterhalten, wie Gesundheitsbeeinträchtigungen verhindert oder bewältigt werden können, wie gesundheitsrelevante Dienstleistungen und Produkte im Einzelnen beschaffen sind, wie sie genutzt werden können und wo ihre Möglichkeiten und Grenzen liegen.“* (Schaeffer & Schmidt-Kaehler 2006, S. 155). Die Beschreibungen von Koch-Straube und Schaeffer & Schmidt-

Kaehler zur Beratung können für die pflegerische Praxis nicht als erschöpfende Definition betrachtet werden.

Definitionen zur Beratung bestehen vielfach aus anderen Disziplinen, wie z.B. der Psychologie oder Sozialwissenschaft. Eine Definition zum Thema „Beratung in der Pflege“ sollte auch für die Pflege angemessen sein. Oelke (2006) stellt eine solche Definition vor: *„Beratung versteht sich als Hilfe zur zielgerichteten Suche nach der Lösung eines Problems. Der Ratsuchende besitzt bei der gemeinsamen Erarbeitung von Lösungswegen eine eigene Kompetenz, sodass die Problemlösung in einem kooperativen Prozess erfolgt.“* (Oelke 2006, S. 47).

Für das vorliegende Forschungsvorhaben wird die Definition von Oelke (2007) ausgewählt, um „Beratung in der Pflege“ zu beschreiben. Diese Definition kann als angemessen betrachtet werden, da sie auch in den Lehrbüchern beschrieben ist, welche für die Ausbildung zur allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich verwendet werden. Oelke (2007) definiert die Beratung in der Pflege wie folgt: *„Beratung in der Pflege ist ein Beziehungsprozess zwischen Pflegekräften und Patientinnen bzw. Bezugspersonen (...) mit dem Ziel, sie bei der Krankheits- und Krisenbewältigung zu unterstützen. Dies geschieht durch:*

- *Unterstützen beim Bewältigen von Problemen,*
- *Unterstützen beim Finden von Entscheidungen,*
- *Fördern, Entdecken und Erhalten von Ressourcen,*
- *Unterstützen beim Auseinandersetzen mit veränderten Lebensumständen und den daraus resultierenden Emotionen.“* (Oelke 2007, S. 497).

Die Beschreibung von Oelke (2007) deutet auf eine symmetrische Beziehung zwischen Pflegenden und PatientInnen bzw. Angehörigen. Diese Beziehung verfolgt das Ziel, eine Krankheit oder Krise gemeinsam zu bewältigen, indem eine Pflegeperson den PatientInnen oder Angehörigen eine Unterstützung mittels Beratung bietet. Pflegepersonen wirken unterstützend bei der Überwindung von Problemen, der selbstständigen Entscheidungsfindung, dem Entdecken von Ressourcen und dem Umgang mit einer neuen Lebenssituation und den daraus entstandenen Emotionen (Oelke 2007). Laut Oelke (2007) ist das übergeordnete Ziel einer Beratung die „Hilfe zur Selbsthilfe“. Die Beratung in der Pflege ist an sich kein Ziel, sondern das Mittel zum Zweck, um die Selbstständigkeit von PatientInnen und Angehörigen zu unterstützen

(London 2003; Oelke 2007). Die Beratung als „Hilfe zur Selbsthilfe“ beinhaltet eine gemeinsame Kompensierung eines Wissensdefizites zwischen Pflegenden und PatientInnen oder Angehörigen. Dieser Wissenszuwachs ermöglicht den PatientInnen selbstständig wohlüberlegte Entscheidungen treffen zu können, Selbstpflegekompetenzen zu entwickeln, selbstständig Probleme zu erkennen und entsprechend darauf zu reagieren. Der Grundgedanke, dass Beratung immer auf Basis der Freiwilligkeit zwischen Pflegenden und Betroffenen durchgeführt werden muss, wird als Voraussetzung für eine gelingende Beratung gesehen. Letztendlich entscheiden PatientInnen oder Angehörige, ob eine Beratung stattfindet (Abt-Zegelin & Huneke 1999, London 2003; Oelke2007).

### **Beratung in Österreich**

Die gesetzlichen und curricularen Rahmenbedingungen, welche in Österreich für die allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege gelten, spielen eine entscheidende Rolle, wie Beratung in der Pflege von Pflegepersonen ausgeführt wird. Speziell die Darstellung der curricularen Rahmenbedingungen soll offen legen, wo das Problem zum Thema „Beratung in der Pflege“ entstehen kann.

In Österreich ist „Beratung in der Pflege“ ein Handlungsfeld der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege und wird im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG 1997) beschrieben. Die Beratung ist erst seit 1997 im GuKG verankert und wird in Verbindung mit Gesundheitsförderung genannt, aber nicht genau beschrieben. Die Aufgaben, welche in den eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich von Pflegepersonen der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege fallen, zeigen zumindest, dass Beratung ein gesetzlich geregelter Bestandteil der Pflege ist. Diese pflegerische Tätigkeit ist durch Pflegepersonen an PatientInnen, oder wenn nötig an deren Angehörige zu leisten (GuKG 1997).

Das Berufsrecht gilt als Grundlage für die Ausbildung von Pflegepersonen der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich. Das offene Curriculum dient als Rahmen, wie viel Zeit und welche Inhalte dem Thema „Beratung in der Pflege“ gewidmet werden sollte. Das offene Curriculum zur Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege gilt seit November 2003 und leitet sich aus dem

Gesundheits- und Krankenpflege Gesetz und der Gesundheits- und Krankenpflege Ausbildungsverordnung ab (GuKG 1997; GuK-AV 1999; ÖBIG 2003). Im vorangegangenen Curriculum war Beratung kein explizit genannter Inhalt. Seit 2003 wird Beratung als Themenschwerpunkt erstmals im theoretischen Unterricht angeführt, und im dritten Ausbildungsjahr gelehrt. Dieser Themenschwerpunkt gehört in das Fach: Kommunikation, Konfliktbewältigung, Supervision und Kreativitätstraining. Das besagte Fach kann ohne schriftliche oder mündliche Prüfung abgeschlossen werden. Eine Beurteilung erfolgt ohne Noten mittels der Unterscheidung von „teilgenommen“ oder „nicht teilgenommen“. Eine Beurteilung kann rein durch Erfüllung der Anwesenheitspflicht oder zusätzlicher alternativer Prüfungsformen (z.B. Referat, Mitarbeit usw.) erfolgen (ÖBIG 2003).

UE	Grobziele/ Qualifikation	Themenschwerpunkte/ Inhalt	Querverweis	Didaktischer Kom- mentar
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Begriffe unterscheiden</li> <li>- Gesprächsführungstechniken in Beratungssituationen erproben und reflektieren</li> <li>- Anleitungssituationen demonstrieren und den Unterschied zur Beratung herstellen</li> <li>- Informationsmaterial auswählen bzw. erstellen und argumentiert einsetzen</li> <li>- Das Prinzip der Gruppenberatung erfassen und demonstrieren</li> </ul>	<p><b>Beratungsgespräch</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Begriffsklärung               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Information</li> <li>- Aufklärung</li> <li>- Anleitung</li> <li>- Beratung</li> <li>- Schulung</li> </ul> </li> <li>▪ Gesprächsführungstechniken</li> <li>▪ Informationsmaterial</li> <li>▪ Systematik und Aufbau</li> <li>▪ Einzel- und Gruppenberatung               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ziel</li> <li>- Rollen</li> <li>- Methoden</li> <li>- etc.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Soziologie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pädagogik als Wissenschaft (1. AJ)</li> <li>- Handlungsstrategien im professionellen System/ Unterstützungssysteme für Patienten (2. AJ)</li> </ul> <p>GuK</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflegeprinzipien und Handlungsschemata (3. AJ)</li> <li>- Chronische Krankheit als Veränderung des Lebens (2. AJ)</li> </ul> <p>Gesundheitsförderung (3. AJ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gesundheitsberatung</li> </ul>	<p>In Seminarform zur Vertiefung der Kommunikationsgrundlagen mit dem Ziel, den pädagogischen Anteil in der Pflege zu fördern.</p> <p>Die Sozial- und Methodenkompetenz kann zusätzlich durch die Vernetzung mit Projekten in den querverwiesenen Unterrichtsfächern gefördert werden.</p> <p>Das Thema Beratung wird explizit in allen querverwiesenen Unterrichtsfächern angesprochen. Die Abstimmung dieser Thematik ist daher didaktisch dringend vorzunehmen, damit es nicht zu Wiederholungen, sondern Synergieeffekten kommt.</p> <p>Die Beratung könnte sinnvoller Weise auch als fachintegrierter Themenschwerpunkt angeboten werden.</p>

Tab. 1: Themenschwerpunkt Beratungsgespräch (ÖBIG 2003, S. 497).

Die Tabelle zeigt, dass dem Themenschwerpunkt „Beratungsgespräch“ in der gesamten theoretischen Ausbildung (insgesamt 2000 theoretische Unterrichtseinheiten

in drei Ausbildungsjahren) acht Unterrichtseinheiten zu je 45 Minuten, eingeräumt werden. Der Themenschwerpunkt beinhaltet neben den Inhalten der Beratung auch die Themen Informationsvermittlung, Schulung, Anleitung und Aufklärung. In insgesamt 360 Unterrichtsminuten sollen diese Inhalte und zusätzlich Gesprächsführungstechniken, Informationsmaterialien, Systematiken und Aufbau, sowie Einzel- und Gruppenberatungen behandelt werden. Wie die Inhalte dieses Themenschwerpunktes zeitlich eingeteilt werden, und ob überhaupt alle Unterpunkte behandelt werden, obliegt der lehrenden Person. Es ist schwierig zu kontrollieren, welche Unterrichtsinhalte tatsächlich gelehrt werden. In einem offenen Curriculum gelten die Themenschwerpunkte und angeführte Unterrichtseinheiten als Rahmenbedingungen für den Unterricht, und können durch die lehrende Person bestimmt werden. Es wäre möglich, dass dem Themenschwerpunkt „Beratungsgespräch“ weniger als acht Unterrichtseinheiten gewidmet werden, oder dass dieses Thema vollständig ausgelassen wird.

### **Abgrenzung des Themas**

Die Beratung wird häufig als Synonym für Schulung oder Anleitung verwendet (Klug-Redmann 1996). Eine Gleichsetzung der Begriffe ist nicht akzeptabel, da Beratungen, Schulungen und Anleitungen unterschiedliche Inhalte und Abläufe beschreiben. Informationsvermittlung und Vereinbarungen über Anleitungen oder Schulungen können zu einem späteren Zeitpunkt ein Teil von Beratungsprozessen werden. Die Tätigkeiten von Anleitungen und Schulungen erschöpfen sich nicht in Beratungshandlungen, und können daher nicht mit dem Ziel und der Definition einer Beratung gleichgesetzt werden (Koch-Straube 2008). Für die vorliegende Forschungsarbeit wird die Beratung völlig von den Zielen und Inhalten einer Anleitung oder Schulung getrennt.

## **Methodische Vorüberlegungen**

Eine empirische Untersuchung zum Thema „Beratung in der Pflege“ soll eine Ist-Analyse ermöglichen. Die Ist-Analyse soll durch drei aufgestellte Forschungsfragen zeigen, wie Beratung von Pflegepersonen definiert wird, wie der Ablauf einer Beratung in der Pflegepraxis ist, und ob sich die Pflegepersonen qualifiziert fühlen, eine Beratung angemessen durchzuführen.

## **Forschungsdesign**

Eine qualitative Untersuchung zum Handlungsfeld „Beratung in der Pflege“ von Pflegepersonen der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege in steirischen Krankenanstalten, wird im Rahmen eines deskriptiven Forschungsdesigns ausgelegt. Das deskriptive Forschungsdesign bildet den theoretischen Rahmen dieser Arbeit (Burns & Grove 2005; Flick 2000). Dieses Forschungsdesign ermöglicht der qualitativen Forschung, dass zahlreiche Informationen mittels Interviews zum Thema „Beratung in der Pflege“ gesammelt werden. Der Zweck dieses Designs ist, ein Bild zum besagten Thema zu generieren, wie es auch in der Realität tatsächlich vorkommt. Das Ziel des deskriptiven Forschungsdesigns ist, das aktuelle Problem der Pflegepraxis zum Thema „Beratung in der Pflege“ zu analysieren (Polit & Beck 2008). Für das vorliegende Forschungsvorhaben ist die Einbettung eines qualitativen Forschungsansatzes in ein deskriptives Forschungsdesign adäquat. Die Vorüberlegungen zu den Forschungsmethoden werden im Rahmen des deskriptiven Forschungsdesigns getätigt (Flick 2000).

Im Zuge eines deskriptiven Forschungsdesigns wird darauf verzichtet, dass abhängige oder unabhängige Variablen der Forschungsfragen bestimmt werden, da es nicht Sinn dieses Vorhabens ist, eine Kausalität zu untersuchen. Die Möglichkeit, dass durch ein deskriptives Forschungsdesign Verzerrungen auftreten können, soll dadurch verhindert werden, dass Faktoren, wie z.B. die Stichprobenauswahl und –größe, die geltenden Ein- und Ausschlusskriterien, das Forschungsvorgehen und die Methoden der Datensammlung und -auswertung genau beschrieben werden (Burns & Grove 2005; Flick 2000).

## **Methode zur Datenerhebung**

### **Interview**

Die Methode, welche Daten zur Beantwortung der Forschungsfragen sammeln soll, ist die mündliche Befragung, das Interview. Bei qualitativen Forschungen, welche Meinungen, Erlebnisse, Erfahrungen oder Gefühle erfahren wollen, wird diese Methode am häufigsten verwendet. Ein Interview besteht aus verbaler Kommunikation, im Falle dieser Forschung aus einer face-to-face Kommunikation, die zwischen der Forschenden und den befragten Pflegepersonen stattfinden soll. Im Speziellen wird die Methode des halbstandardisierten Interviews gewählt, welches für einen qualitativen Forschungsansatz und das deskriptive Forschungsdesign adäquat ist (Bortz & Döring 2006; Burns & Grove 2005; Ebster & Stalzer 2008).

Konkret wird die Form des problemzentrierten Interviews gewählt, welche auf offene Gespräche zwischen Interviewerin und Befragte abzielt. Die Forschungsfragen dieses Forschungsvorhabens sind für ein problemzentriertes Interview angemessen (Witzel 1982). Für problemzentrierte Interviews gilt, dass Interviewleitfragen verwendet werden, welche ausschließlich aus offenen Fragen bestehen. Die Interviewleitfragen dienen während der Befragung als Hilfestellung für die Interviewerin, um ein offenes Gespräch aufrechtzuerhalten. Die besagten Leitfragen, welche in jedem Interview gestellt werden müssen, bilden für die Forscherin ein Gerüst, welches sich über alle Interviews legt und die Daten später vergleichbar macht (Bortz & Döring 2006; Ebster & Stalzer 2008; Witzel 1982).

### **Instrument**

Die Interviewleitfragen, welche für die besagte Forschung verwendet werden, wurden an einen Interviewleitfaden von Christian Schwandt (2010) angelehnt (siehe Anhang III). Schwandt erforschte mit seinem Interviewleitfaden das Thema „Beratung in der Pflege“ für Deutschland. Der Kontext von Schwandt trifft auf den Kontext dieser Arbeit, und eine modifizierte Anwendung der Interviewleitfragen ist für Österreich angemessen (Schwandt 2010). Die modifizierten Interviewleitfragen werden durch eine Probebefragung getestet. Werden die Interviewleitfragen nach der Testung als angebracht angesehen, können diese für alle weiteren Befragungen verwendet, und die Ergebnisse der Probebefragung in die Datensammlung mit aufgenommen werden (Burns & Grove 2005; Schwandt 2010).

Die Leitfragen der Interviews sollen die genannten Forschungsfragen widerspiegeln. Die Forschungsfragen und Leitfragen sind einander konform, können für die Interviews aber nicht wortwörtlich übernommen werden. Die modifizierten Interviewleitfragen zielen darauf ab, dass die befragten Pflegepersonen aufgrund der sozialen Erwünschtheit antworten (Burns & Grove 2005).

Alle Pflegepersonen, welche an der Befragung teilnehmen werden, werden vor den Interviews über das Forschungsvorhaben aufgeklärt und sollen anschließend eine informierte Zustimmung (siehe Anhang I oder II) unterzeichnen. Es steht allen ForschungsteilnehmerInnen frei, jederzeit das Interview zu beenden, bzw. zu einem späteren Zeitpunkt die Teilnahme an der Forschung zu verweigern. Alle Informationen aus den Interviews werden anonymisiert, sodass kein Rückschluss auf die befragten Personen möglich ist. Diese Vorgehensweise soll ethische Überlegungen klären (Bortz & Döring 2006; Burns & Grove 2005). Alle Interviews werden mittels Tonbandgerät (Philips Digital Voice Tracer, LFH602) aufgezeichnet und digital gesichert (Bortz & Döring 2006; Burns & Grove 2005). Eine Transkription der Tonbandaufnahmen ist durch die Anwendung der Heidelberger Struktur-Lege-Technik nicht notwendig (Scheele & Groeben 1988). Für das vorliegende Forschungsvorhaben wird die Forscherin alle Interviews durchführen und auswerten.

## **Methode zur Datenanalyse und Validierung**

### **Heidelberger-Struktur-Lege-Technik**

Als Methode zur Datenanalyse und Validierung wird die Heidelberger Struktur-Lege-Technik (SLT) gewählt, welche zu den Dialog-Konsens-Methoden nach Scheele & Groeben (1988) zur Rekonstruktion Subjektiver Theorien zählt. Eine Anwendung der Heidelberger SLT ist für das vorliegende Forschungsvorhaben angemessen. Diese Annahme folgt daher, dass diese Methodik das Verstehen der Befragten zu einem bestimmten Thema analysiert. Das Forschungsziel, Pflegepersonen zum Handlungsfeld „Beratung in der Pflege“ zu befragen, und dieses mittels der Heidelberger SLT zu analysieren, ist für diese Arbeit adäquat. Die EntwicklerInnen dieser Methodik verwenden den Begriff der „Subjektiven Theorien“, da immer erst die Ansichten der Befragten zu einem Thema erhoben werden sollen. Erst anschließend wird kontrol-

liert, ob die Forscherin diese auch als objektive Erkenntnisse akzeptieren kann. Eine Begründung für diese Methode ist, dass eine Beschreibung eines Beratungsverständnisses erst daher folgen kann, wenn die Befragten selbst bestimmen und später kontrollieren können, was sie wirklich unter „Beratung in der Pflege“ verstehen (Scheele & Groeben 1988).

Bei den Dialog-Konsens Methoden ist eine kommunikative und explanative Validierung gewährleistet. Für das besagte Forschungsziel gilt dies jedoch nur für die kommunikative Validierung. Eine explanative Validierung ist in dieser Arbeit nicht möglich, da es zu keiner externen Beobachtung durch die Forscherin kommt. Eine externe Beobachtung auszulassen ist angemessen, da Abänderungen der Dialog-Konsens-Methoden laut Scheele & Groeben (1988) zulässig sind, sofern diese beschrieben werden. Der Dialog-Konsens ermöglicht eine kommunikative Validierung, da die Forscherin das richtig interpretiert, was die Befragten wirklich meinen. Aus diesem Grund strebt diese Methode eine ideale Sprechsituation an, welche denselben Regeln folgt, die allgemein für Interviews gelten (Bortz & Döring 2006; Burns & Grove 2005; Ebster & Stalzer 2008; Scheele & Groeben 1988).

Die Heidelberger SLT empfiehlt die Anwendung eines halbstandardisierten Interviews, da eine Interpretation der Subjektiven Theorien von der Kommunikation zwischen Interviewerin und Befragten abhängt. Die halbstandardisierten Interviews bestehen aus Leitfragen und Verständnisfragen (Schwandt 2010). Der Ablauf einer Dialog-Konsens Methode sieht vor, dass erst die Interviews getätigt werden und später auf dieser Grundlage ein Konsens über die Subjektiven Theorien gebildet wird. Dieser Konsens erfolgt mit Hilfe der Heidelberger SLT (Scheele & Groeben 1988).

Die Forscherin dieser Arbeit verzichtet auf die Unterscheidung der Interviewfragen nach Scheele & Groeben (1988) und definiert die modifizierten Interviewfragen nach Schwandt (2010) als Leitfragen und Verständnisfragen (Scheele & Groeben 1988; Schwandt 2010).

Die Heidelberger SLT sieht vor, dass die Interviewleitfragen bereits vor den Interviews an die Pflegepersonen ausgegeben werden. Nach den Interviews wird ein Leitfaden an die befragten Personen ausgehändigt, welcher die Rekonstruktionsregeln der Heidelberger SLT beinhaltet. Diese Vorgehensweise schafft während der Inter-

views und des Dialog-Konsenses eine Symmetrie zwischen Befragten und Forscherin. Die Rekonstruktionsregeln befähigen die Befragten zu bestimmen, wie ihre Subjektive Theorie zum Thema „Beratung in der Pflege“ richtig interpretiert wird. Die Befragten sollen versuchen, die für die Rekonstruktion der Subjektiven Theorie benötigten Regeln bis zum nächsten Treffen zu verstehen. Bei jeglichem Unverständnis zum Leitfaden steht die Forscherin den Befragten zur Verfügung. Diese Anmerkungen sollen die Motivation zur SLT aufrechterhalten und mögliche Abwehrhaltungen gegen den Leitfaden (vollständiger Leitfaden siehe Anhang V) vorbeugen. Die Forscherin wird ausschließlich die Rekonstruktionsregeln des Leitfadens bis inklusive Punkt 1.4. verwenden. Die weiteren Punkte des Leitfadens gelten der Rekonstruktion von Kausalitätszusammenhängen, welche nicht zum Ziel dieses Forschungsvorhabens passen (Scheele & Groeben 1988). Die Rekonstruktionen der Subjektiven Theorien werden mittels Vergleiche und Zusammenfassungen analysiert. Eine abschließende Zusammenfassung bildet den Ist-Stand dieses Forschungsvorhabens. Gerade in praxisorientierten Forschungsbereichen ist die Zusammenfassung von vergleichbaren Subjektiven Theorien von großer Bedeutung (Scheele & Groeben 1988).

## Setting

Das Forschungsfeld dieses Forschungsvorhabens wird auf allgemeine Krankenanstalten (St-KALG 1999; KAKuG 1993) begrenzt, da es in diesem Setting häufig zu Beratungssituationen kommt (Statistik Austria 2009). Die folgende Tabelle zeigt Beispiele unterschiedlicher Pflegebereiche allgemeiner Krankenanstalten, mit einem erhöhten Beratungsbedarf (Doll & Hummel-Gaatz 2007).

Praxiseinsatzort	Beratungsthema
Innere Medizin	Prophylaxen: Pneumonien, Thrombose, Obstipation Ernährungsberatung bei Diabetes Mellitus Beratung zu Asthma bronchiale
Chirurgie	Prothesen Umgang mit Gipsverbänden zu Hause Hilfsmittelberatung Stoma/Anus praeter
Geriatric Ambulante Pflege	Sturzprophylaxe Kontinenzförderung (Enterale) Ernährung Angehörigenberatung: Demenz
Prävention	Gesundheitsberatung: Rauchentwöhnung Krebsprävention Impfberatung Ernährungsberatung
Rehabilitation	Hilfsmittel Symptommanagement Familie und soziales Umfeld Veränderte Sexualität

**Tab. 2: In Pflegesituationen integrierte Beratungselemente, zugeordnet zu Praxisfeldern (Doll & Hummel-Gaatz 2007, S. 58).**

Für die Befragung zum Thema „Beratung in der Pflege“ wird das Forschungsfeld auf die folgenden Pflegebereiche begrenzt: Chirurgie, Innere Medizin und Neurologie. Diese Settings werden ausgewählt, da in den anderen Pflegebereichen (z.B. Kinder- und Jugendlichenpflege, psychiatrische Pflege, onkologische oder Palliativ Pflege usw.) eine Sonderausbildung oder Weiterbildung vorausgesetzt wird (Doll & Hummel-Gaatz 2007; GuKG 1997; Koch-Straube 2008). Das Setting gilt nun für alle chirurgischen, neurologischen, und Stationen der Inneren Medizin, welche sich an allgemeinen Krankenanstalten in der Steiermark befinden. Welche Standorte in der Steiermark ausgewählt werden, wird aufgrund der ethischen Überlegungen nicht angeführt. Es kann erwähnt werden, dass es sich um drei Krankenanstalten handelt, von welchen eine als private Einrichtung beschrieben ist. In allen Krankenanstalten befinden sich Stationen der Chirurgie, Neurologie und Inneren Medizin (Burns & Grove 2005).

## **Sample**

Die Stichprobenauswahl für die Interviews erfolgt an allen Personen des gehobenen Dienstes der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege (GuKG 1997) in der Steiermark. In der Steiermark gelten dieselben Gesetze, sowie dasselbe offene Curriculum zur Ausbildung für die allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege (ÖBIG 2003), wie in allen anderen Bundesländern Österreichs (GuKG 1997; GuK-AV 1999; KAKuG 1993). Die Stichprobenauswahl auf die Steiermark zu begrenzen ist angemessen, da auf Bundes- und Landesebene dieselben gesetzlichen und curricularen Rahmenbedingungen gelten. Diese Gemeinsamkeiten ermöglichen der Forscherin, Ausblicke für ganz Österreich zu geben (Burns & Grove 2005; Flick 2000).

Die Forscherin wählt jene TeilnehmerInnen für die Interviews aus, welche befähigt sind, ausreichend Informationen über Ereignisse und Erfahrungen zum Thema „Beratung in der Pflege“ geben zu können. Die gewählte Technik zur Stichprobenauswahl ist die gesteuerte bzw. zweckorientierte Stichprobenauswahl. Die gesteuerte bzw. zweckorientierte Stichprobenauswahl bietet der Forscherin die Möglichkeit, die TeilnehmerInnen bewusst und selbst gesteuert auszuwählen. Diese Art der Stichprobenauswahl kann daher begründet werden, dass so möglichst unterschiedliche Pfl-

gepersonen befragt werden, welche im optimalen Fall viele unterschiedliche Informationen zu den Interviewleitfragen geben (Burns & Grove 2005; Flick 2000).

Die Stichprobengröße konnte zu Beginn der empirischen Untersuchung zum Thema „Beratung in der Pflege“ nur geschätzt werden. Für das Forschungsvorhaben dieser Arbeit ist eine Stichprobengröße dann angemessen, wenn während der Befragungen eine Datensättigung eintritt. Die Datensättigung ist dann erreicht, wenn jede weitere Befragung keine neuen Erkenntnisse mehr bringt (Burns & Grove 2005; Flick 2000). Die Heidelberger SLT zeigt durch die Rekonstruktionen sehr genau, ab wann sich die Informationen der unterschiedlichen Interviews wiederholen (Scheele & Groeben 1988).

Die folgenden Ein- und Ausschlusskriterien sollen das Sampling transparent machen. Nach den folgenden Einschlusskriterien wurden Pflegepersonen in das Sample aufgenommen:

- Personen des gehobenen Dienstes der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege (GuKG 1997);
- Berufstätigkeit als Pflegeperson seit der Diplomierung und zur Zeit der Befragung;
- Berufsausübung als Pflegeperson auf einer der besagten Pflegestationen (Chirurgie, Innere Medizin oder Neurologie) an einer allgemeinen Krankenanstalt in der Steiermark;
- Pflegepersonen die laut GuKG 1997, GuK-AV 1999 und dem offenen Curriculum der ÖBIG 2003 ausgebildet wurden und diplomierten;
- Pflegepersonen die nach November 2003 eine Ausbildung zur allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege begonnen hatten, da erst seit diesem Zeitpunkt die „Beratung in der Pflege“ ein Bestandteil in der Ausbildung zur allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege ist.

Nach den folgenden Ausschlusskriterien können bestimmte Pflegepersonen nicht in das Sample mit aufgenommen werden:

- Pflegepersonen die während oder nach ihrer Ausbildung zur Ausübung eines erweiterten oder speziellen Tätigkeitsbereiches befähigt sind (GuKG 1997);

- Pflegepersonen die eine oder mehrere Spezialaufgaben, eine oder mehrere Lehraufgaben, oder eine oder mehrere Führungsaufgaben ausführen dürfen (GuKG 1997);
- Pflegepersonen die eine Weiterbildung absolvierten und daher berechtigt sind, eine Zusatzbezeichnung zu führen (GuKG 1997; KAGes 2010);
- Pflegepersonen welche eine Sonder-, Spezial- oder Weiterbildung (GuKG 1997) aufweisen; diese werden aus der Befragung ausgeschlossen, da diese Ausbildungen ein anderes Beratungsverständnis darlegen können.

Die Anzahl der bisher absolvierten Fortbildungsstunden, sowie die Inhalte dieser Fortbildungen (GuKG 1997), ist für die Stichprobenauswahl nicht relevant. Für diese Arbeit soll das Beratungsverständnis und -handeln von Pflegepersonen der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege analysiert werden, welches nicht über den Grad einer Fortbildung hinausgeht.

## **Methode**

Die empirische Untersuchung strebte eine Ist-Analyse zum Thema „Beratung in der Pflege“ an. Eine Ist-Analyse zum besagten Thema benötigte mehrere methodische Vorgehensweisen. Die Auswahl der verwendeten Methoden wurde in den methodischen Vorüberlegungen begründet.

## **Forschungsdesign**

Die qualitative Untersuchung zum Thema „Beratung in der Pflege“, mit Pflegepersonen der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege in steirischen Krankenanstalten, wurde im Rahmen eines deskriptiven Forschungsdesigns ausgelegt. Dieses Forschungsdesign bildete den theoretischen Rahmen dieser Arbeit (Burns & Grove 2005; Flick 2000).

## **Sample und Setting**

Für die Ist-Analyse zum Thema „Beratung in der Pflege“ wurden fünf Pflegepersonen der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege befragt (GuKG 1997). Diese Personen wurden unter den geltenden Ein- und Ausschlusskriterien rekrutiert, und waren zur Zeit der Befragung in einer der besagten Pflegestationen tätig (Chirurgie, Neurologie oder Innere Medizin). Die fünf befragten Pflegepersonen sind in drei unterschiedlichen Krankenanstalten der Steiermark angestellt.

## **Datenerhebung**

### **Interview**

Die Datenerhebung erfolgte mittels halbstandardisierten Interviews. Diese Methode versucht einen Einblick in die Erfahrungen und Meinungen der Befragten zum Thema „Beratung in der Pflege“ zu gewinnen (Bortz & Döring 2006; Burns & Grove 2005). Diese Art des Interviews wird durch Interviewleitfragen gestützt, welche den Verlauf des Interviewgespräches vorgeben sollten (Bortz & Döring 2006; Burns & Grove 2005; Ebster & Stalzer 2008). Konkret handelte es sich um den Ansatz eines problemzentrierten Interviews, welches vom deutschen Psychologen Andreas Witzel konzipiert wurde (Witzel 1982). Das halbstandardisierte Interview mit Interviewleitfragen

und problemzentriertem Ansatz zielt auf ein offenes und unbeeinflusstes Gespräch zwischen Interviewerin und Befragten ab (Mayring 2002; Witzel 1982).

Insgesamt wurden fünf Interviews durchgeführt. Eine Datensättigung konnte durch die Heidelberger Struktur-lege-Technik nach fünf Befragungen erkannt werden (Scheele & Groeben 1988). Die problemzentrierten und halbstandardisierten Interviews fanden im Juli 2010 statt.

### **Instrument**

Die drei Leitfragen der Interviews, welche sich von den Forschungsfragen ableiten wurden mit Verständnisfragen ergänzt. Diese Verständnisfragen konnten bei Bedarf zu den jeweiligen Leitfragen gestellt werden. Die Leitfragen mussten in allen Interviews gestellt werden, damit eine Vergleichbarkeit unterschiedlicher Befragungen gewährleistet ist und die Forschungsfragen vorständig beantwortet werden konnten. Die Leit- und Verständnisfragen sind offene Fragen und gaben während der Interviews genügend Freiraum, damit die Befragten ihre persönliche Sichtweise zum Thema „Beratung in der Pflege“ ausführlich beschreiben können (Bortz & Döring 2006; Ebster & Stalzer 2008; Mayring 2002). Die Interviewleitfragen wurden an den Interviewleitfaden von Christian Schwandt (Schwandt 2010) angelehnt (siehe Anhang III). In diesem Zusammenhang lauten die modifizierten Leit- und Verständnisfragen (siehe Anhang IV):

1. *Wie würden Sie „Beratung in der Pflege“ definieren?*
  - a. *Wie würden Sie den Begriff „Beratung in der Pflege“ erklären?*
2. *Wie würden Sie den Ablauf einer Beratung beschreiben?*
  - a. *Wenn sie an Ihren beruflichen Alltag denken... . Wie sieht der Ablauf einer Beratung aus?*
3. *Wenn Sie an Ihren beruflichen Alltag denken... . Fühlen Sie sich ausreichend geschult, eine Beratung angemessen durchzuführen?*
  - a. *Glauben Sie dass Sie ausreichend ausgebildet sind, eine Beratung angemessen durchzuführen?*
  - b. *Warum glauben Sie dass sie fähig sind, eine Beratung angemessen durchzuführen?*

Die erste Leitfrage soll Informationen sammeln, wie Pflegepersonen „Beratung in der Pflege“ definieren. Diese Informationen zeigen, was Pflegepersonen zum Thema

verstehen, und wie sie dieses definieren. Die zweite Leitfrage soll zeigen, wie Pflegepersonen den Ablauf einer Beratung beschreiben. Bei der Datenanalyse wird sich zeigen, ob alle befragten Pflegepersonen nach einem bestimmten Ablauf eine Beratung durchführen. Die dritte Leitfrage sucht nach Informationen, inwieweit sich Pflegepersonen für eine Beratung qualifiziert fühlen.

Alle Interviews wurden in einer ruhigen Atmosphäre an den Wohnsitzen der befragten Pflegepersonen durchgeführt. Alle Befragten willigten vor den Interviews einer informierten Zustimmung ein. Das erste Interview diente als Probebefragung welches zeigte, dass die Interviewleitfragen für das Forschungsvorhaben angemessen sind. Für die Rekonstruktionen der Subjektiven Theorien nach der Heidelberger-Struktur-lege-Technik wurde mit allen befragten Pflegepersonen ein weiteres Treffen vereinbart und durchgeführt. Jede befragte Pflegeperson konnte gemeinsam mit der Forscherin einen Konsens zur Subjektiven Theorie zum Thema „Beratung in der Pflege“ finden. Die Interpretationen zur Rekonstruktion der Subjektiven Theorien befinden sich im Anhang (siehe Anhang VII).

## **Datenanalyse und Validierung**

Für die Datenanalyse wurde eine der Dialog-Konsens-Methoden nach Scheele & Groeben (1988) zur Rekonstruktion Subjektiver Theorien gewählt. Die Dialog-Konsens-Methoden, welche sich mit den Rekonstruktionen Subjektiver Theorien beschäftigen, bedürfen einer Begriffsklärung, was unter „Subjektiven Theorien“ zu verstehen ist. Subjektive Theorien bedeutet, dass es sich um Theorien von AlltagstheoretikerInnen handelt, im Vergleich zu Theorien von WissenschaftlerInnen. AlltagstheoretikerInnen sind jene Personen, welche über ihr Verständnis zum Thema „Beratung in der Pflege“ befragt wurden. Personen, welche eine Subjektive Theorie beschreiben, werden Erkenntnis-Objekt genannt, und Personen, welche versuchen, diese Subjektiven Theorien zu erforschen, werden Erkenntnis-Subjekt genannt. Die Wissenschaftlerin (Erkenntnis-Subjekt) versucht eine Asymmetrie zwischen der Sicht der Befragten und der wissenschaftlichen Sicht auszugleichen. Diese Methoden lassen eine vollständige Zusammenfassung über die Subjektiven Theorien der Befragten erst zu, wenn es zu einem Dialog-Konsens zwischen Erkenntnis-Objekt und – Subjekt kommt. Nur das Erkenntnis-Objekt (Befragte) kann entscheiden, ob das Er-

kenntnis-Subjekt (Wissenschaftlerin) die Inhalte des Interviews richtig interpretiert hat (durch die Heidelberger SLT). Ein Dialog Konsens geht von der Rekonstruktion einer Subjektiven Theorie aus, welche durch die Wissenschaftlerin expliziert und präzisiert wird (Scheele & Groeben 1988).

Das Ziel der Dialog-Konsens-Methoden ist, dass die Forscherin das richtig interpretieren kann, was die Befragten zum Thema wirklich sagen wollen. Die Rahmenbedingungen für eine optimale Interviewatmosphäre werden bei diesen Methoden als ideale Sprechsituation beschrieben, und kann mit den grundsätzlichen Regeln für Interviews gleichgesetzt werden (Bortz & Döring 2006; Burns & Grove 2005; Ebster & Stalzer 2008; Scheele & Groeben 1988).

### **Heidelberger Struktur-Lege-Technik**

Die Heidelberger Struktur-Lege-Technik (SLT) nach Scheele & Groeben (1988) zählt zu den Dialog-Konsens-Methoden und wurde für diese Arbeit zur Datenanalyse verwendet (Scheele & Groeben 1988). Die Heidelberger SLT diene der Realisierung des Dialog-Konsenses zwischen Erkenntnis-Objekt und –Subjekt. Erst durch diese Methode konnte es zu einer expliziten Übereinstimmung zwischen Forscherin und Interviewten kommen. Eine unverzerrte Zustimmung setzt voraus, dass das Erkenntnis-Objekt die Vorgehensweise der Rekonstruktion durch das Erkenntnis-Subjekt versteht, und in einem gewissen Maße beherrscht. Nach jedem Interview versuchte die Forscherin mittels Kärtchen ein Abbild der Subjektiven Theorie der Befragten zu legen. Die Befragten konnten zu einem späteren Zeitpunkt dieser Struktur zustimmen, bzw. diese verändern. Diese Rekonstruktionsregeln sind in einem Leitfaden zur SLT beschrieben, und wurden nach den Interviews an die Befragten ausgehändigt.

Bei der Aushändigung des Leitfadens an die Befragten war anzumerken, dass es nicht sein muss, dass alle Regeln wirklich verwendet werden. Falls den Befragten die Rekonstruktionsregeln völlig unverstanden blieben, konnte die Forscherin eine verbalisierte Übersetzung vornehmen, welcher dann zugestimmt werden konnte oder sie wurde abgelehnt (Scheele & Groeben 1988 und 2000).

Die endgültige Auswertung der Daten, bzw. Subjektiven Theorien erfolgte durch eine Zusammenfassung. Die Auswertung mehrerer Subjektiver Theorien wurde durch Vergleiche und Zusammenfassungen erreicht (Scheele & Groeben 1988).

Die Datenanalyse und Validierung mittels der Heidelberger Struktur-lege-Technik erfolgte im August 2010. Nach jedem Interview hatten die Befragten etwa eine Woche Zeit, um einen Dialog-Konsens mit der Forscherin zu bilden.

### **Ethische Überlegungen**

Bei den ausgewählten Methoden handelt es sich durchwegs um ethisch vertretbare Vorgehensweisen. Während der empirischen Untersuchung für eine Ist-Analyse zum Thema „Beratung in der Pflege“ werden alle Informationen und Rechte der InterviewteilnehmerInnen gewahrt. Die Befragten werden mittels informierter Zustimmung über den Ablauf der Forschung aufgeklärt. Es bestehen keine Risiken für die ForschungsteilnehmerInnen, daher kann von einer Prüfung durch eine Ethikkommission Abstand genommen werden (Burns & Grove 2005).

## **Ergebnisse**

### **Sample und Setting**

Die fünf interviewten Pflegepersonen sind an drei unterschiedlichen allgemeinen Krankenanstalten der Steiermark tätig. Aus dem Fachbereich der Chirurgie wurde eine Person, und aus den Fachbereichen der Inneren Medizin und der Neurologie wurden jeweils zwei Personen befragt. Jede befragte Pflegeperson hat nach November 2003 eine Ausbildung zur allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege begonnen, die ersten Diplomierungen fanden im Jahr 2006 statt, die letzte im Jahr 2008. Die Berufserfahrung der Befragten beträgt zwischen einem Jahr und vier Jahren. Eine Sonder- oder Spezialausbildung, bzw. eine Weiterbildung, ist bei keiner der befragten Personen vorhanden. Befragt wurden vier Frauen und ein Mann, welche im Alter von 24 bis 34 Jahren sind. Die Interviews dauerten zwei bis vierzehn Minuten (siehe Anhang VI).

### **Ergebnisse der Forschungsfragen**

1. *Forschungsfrage: Wie wird „Beratung in der Pflege“ von Pflegepersonen definiert?*

Für die Mehrheit der Befragten ist das Handlungsfeld „Beratung in der Pflege“ ein sehr umfangreiches Thema und schwierig zu definieren. Es handelt sich um eine pflegerische Tätigkeit, welche im pflegerischen Alltag integriert ist und daher unbewusst funktioniert.

Einige Befragte versuchten zu definieren was eine Beratung ist. Sie definieren es als ein Gespräch mit PatientInnen, wenn diese gewisse Fragen zu einem bestimmten Thema haben oder wenn eine Problematik auftritt. Bei diesen Fragen von PatientInnen kann es sich um pflegerische Behandlungen handeln, Diagnosen oder die Entlassung betreffen, oder sich mit prophylaktischen oder präventiven Themen beschäftigen.

Für die anderen Befragten stehen bei der Beratung die betroffenen PatientInnen, oder auch die Angehörigen an erster Stelle. Man sagt PatientInnen oder Angehörigen was jetzt passiert, was sie in Zukunft berücksichtigen müssen, dass sie gewisse Dinge nicht machen sollen und warum das so ist.

Ein wichtiger Aspekt zur Beschreibung des Handlungsfeldes der Beratung wurde nur einmal geäußert: *„Nur zu pflegerischen Tätigkeiten und Themen darf beraten wer-*

den; Beratungsgespräche zu über nicht pflegerischen Themen sollten besser die Ärzte durchführen.“ Diese Aussage ist konträr zu einer weiteren eines anderen Interviews, welche eine Beratung dann erlaubt, wenn man sich kompetent dazu fühlt: *„Beratung hängt vom jeweiligen Thema ab (...) es kommt darauf an, ob man ausreichend kompetent für das jeweilige Thema ist (...) das Wichtigste bei einer Beratung ist die Kompetenz um angemessen beraten zu können.“*

Mehrmals wurde geantwortet, dass es auch wichtig ist sich mit KollegInnen zu beraten. Es ist sinnvoll sich im gesamten Team zu beraten, was bestimmte PatientInnen machen können und was sie besser nicht machen sollten. Der Sinn liegt darin, dass alle informiert sind.

Ein konkretes Beispiel wurde genannt, welches das Handlungsfeld „Beratung in der Pflege“ beschreiben soll: *„Ein Beratungsgespräch zu einer neuen Hüftprothese (...) nach einer Hüftoperation gibt es Maßnahmen, die eingehalten werden sollten, da die Gefahr einer postoperativen Hüftluxation für sechs Wochen relativ hoch ist. In diesem Zusammenhang sollten Verhaltensmaßnahmen erklärt werden, informiert werden, dass eine Physiotherapie oder Rehabilitation ratsam wäre, und über unterschiedliche Hilfsmittel sollte aufgeklärt werden.“* Dagegen wurde auch ein allgemeines Beispiel genannt, was Beratung in der Pflege sein kann: *„Eine Beratung kann auch einfach eine Unterstützung oder Hilfe für Angehörige sein, wenn sie nicht wissen, wie sie die PatientInnen zu Hause pflegen müssen. Man erklärt und zeigt ihnen dann einfach die einzelnen Pflegeschritte.“*

## *2. Forschungsfrage: Wie beschreiben Pflegepersonen den Ablauf einer Beratung?*

In allen Interviews wurde deutlich beschrieben, dass es keinen bestimmten Ablauf für eine Beratung in der Pflege gibt.

Die meisten der befragten Pflegepersonen beschreiben, dass eine Beratung meist während einer Interaktion mit den PatientInnen oder Angehörigen entsteht, welche meist während der direkten Pflege stattfindet. Eine Interaktion zwischen Pflegepersonen und PatientInnen könnte z.B. entstehen, wenn die Pflegevisite durchgeführt wird, der Blutdruck oder die Temperatur gemessen wird, eine Thromboseprophylaxe durchgeführt wird, bei jeglichem Verbandswechsel, der Körperpflege oder bei Therapiemaßnahmen.

Wenn PatientInnen etwas wissen wollen, dann stellen sie meist spontan ihre Fragen an die Pflegepersonen. Eine Beratung entsteht also meistens spontan aus einer anderen pflegerischen Situation heraus.

Einige Befragte sind der Meinung, dass sich die PatientInnen an die Pflegepersonen wenden, da diese die meiste Zeit ihrer täglichen Tätigkeiten bei den PatientInnen und Angehörigen verbringen.

Der Großteil der befragten Pflegepersonen beschreibt, dass die Beratung meistens so abläuft, dass PatientInnen spontan ihre Fragen stellen, und je nachdem, ob gerade Zeit ist, diese von den Pflegepersonen im Sinne einer Beratung beantwortet werden. Diese Gespräche finden eigentlich immer in den Krankenzimmern statt. Wenn es die Zeit der Pflegeperson zulässt, dann bleibt man bei den jeweiligen PatientInnen und bespricht diese Fragen mit ihnen. Bleibt aber keine Zeit für eine Beratung, oder weiß die Pflegeperson, dass das Beratungsgespräch mehr Zeit in Anspruch nimmt, dann kann man vorschlagen, zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal in das Zimmer zu kommen. *„In Wirklichkeit bleibt in der Pflege fast keine Zeit, dass man bewusst ein Beratungsgespräch durchführt.“*

Es gibt auch viele PatientInnen, welche bereits sehr gut über ihre Krankheit bzw. den Grund, wieso sie im Krankenhaus sind, informiert sind. Auf diesen Aspekt muss man während einer Beratung auch eingehen, um sicher zu stellen, dass die PatientInnen auch alles richtig verstanden haben.

Es wurde nur ein Beispiel genannt, wie eine Beratung ablaufen könnte: *„Zum Beispiel bei einer Stoma-Versorgung werden zuerst den PatientInnen und Angehörigen die Materialien vorgestellt. Weiters erklärt man ihnen, wo man die Firmen für die Materialien kontaktieren kann. Die Materialien und deren Verwendung können an den PatientInnen vorgezeigt werden. Abschließend können die PatientInnen und Angehörigen selber mit den Materialien üben.“* Dass neben dem Ablauf einer Beratung es auch wichtig ist, Regeln, die für Beratungsgespräche gelten einzuhalten, ist nur einer Pflegeperson eingefallen: *„Es sollte ein Termin für ein Beratungsgespräch vereinbart werden. Dazu sollten auch eine oder mehrere Angehörige beteiligt sein, damit die PatientInnen nicht alle Informationen allein erhalten. Ein ruhiger Ort ist eine gute Voraussetzung.“*

3. Forschungsfrage: Wie qualifiziert fühlen sich Pflegepersonen, eine Beratung angemessen durchzuführen?

Die meisten der befragten Pflegepersonen äußerten sich, dass sie glauben, ausreichend geschult zu sein, eine Beratung in der Pflege angemessen durchzuführen. Sie ergänzten diese Aussage anschließend aber damit, dass es sich dabei um bestimmte Themen handle, zu welchen sie glauben angemessen beraten zu können, wie z.B. über die Körperpflege oder zu Themen, welche im jeweiligen Fachbereich notwendig sind. Diese befragten Pflegepersonen sind sich daher doch sicher, dass sie nicht für alle Themen ausreichend geschult sind, welche ihnen im pflegerischen Alltag begegnen könnten und zu welchen sie eine Beratung durchführen sollten. Die folgenden Beispiele zeigen, dass sich viele der Befragten nicht sicher sind, inwieweit sie sich tatsächlich genügend ausgebildet fühlen, eine Beratung angemessen durchzuführen:

- *„Ich bin mir sicher, dass ich nicht allein durch meine Ausbildung ausreichend geschult bin.“*
- *„Viel Wissen und die meisten Erfahrungen zur Beratung habe ich erst nach meiner Ausbildung erfahren.“*
- *„Ich fühle mich nicht ausreichend geschult eine Beratung angemessen durchzuführen (...) ich finde es sollte je nach Thema der Beratung eine Expertin geben. PatientInnen und Angehörige können bei speziellen Fragen an diese Person verwiesen werden.“*
- *„Kleinigkeiten, wie z.B. wenn PatientInnen Diabetes haben und man mit ihnen eine Einschulung zum Insulin Spritzen machen soll, dann würde ich dazu schon beraten. Für spezielle Themen fühle ich mich nicht ausreichend ausgebildet, auch wenn ich dazu befugt wäre, ein Beratungsgespräch durchzuführen.“*

Einige befragte Pflegepersonen finden, dass sie zu bestimmten Themen bestimmt ausreichend geschult sind, diese zu beraten. Dabei handelt es sich um Themen, welche in der Ausbildung stärker behandelt wurden, z.B. Themen wie Diabetes, die Wirkweise des Insulins, Dekubitus, Thrombose usw.; häufig hängt es auch von den LehrerInnen ab, welche bestimmte Themen in der Ausbildung stärker schulten und andere nicht. Es gibt Themen, die seit der Ausbildung eher selten behandelt wurden, und daher nicht angemessen beraten werden können. Es ist auch möglich, dass bestimmte Themen in der Ausbildung nicht behandelt wurden, in welche man sich dann selbstständig einliest oder sich Erfahrungen aus der pflegerischen Arbeit aneignet. *„Es kommt auch immer auf das Fachgebiet an, in dem man arbeitet und zu welchem beraten werden soll. In umfangreichen Fachgebieten ist es schwieriger speziell zu*

*einem Thema zu beraten, im Vergleich zu anderen Gebieten wo die meisten Themen täglich behandelt werden.“*

Zum Ende der Interviews äußerten die meisten der befragten Pflegepersonen, dass sie befähigt zu sein, aufgrund ihrer bisherigen beruflichen Erfahrungen, eine Beratung in der Pflege angemessen durchzuführen. Das, was man während der Ausbildung bzgl. des Handlungsfeldes „Beratung in der Pflege“ gelernt hat, ist nicht ausreichend, um eine Beratung angemessen durchzuführen. Die Fähigkeiten für eine Beratung in der Pflege hat man durch die beruflichen Erfahrungen. Schulungen zum Thema „Beratung in der Pflege“ gibt es nach dem Wissen der befragten Pflegepersonen keine, welche bestimmt interessant und vor allem wichtig wären.

Einige der befragten Pflegepersonen äußerten sich ähnlich dem folgenden Zitat: *„Ich bin für den Ablauf eines Beratungsgespräches jedenfalls nicht ausreichend geschult. Auch nicht bezüglich der Verhaltensweisen bzw. Regeln, welche man während einer Beratung beachten sollte. Solche Dinge habe ich vielleicht während meiner Ausbildung gehört, aber wie ich das jetzt genau machen sollte weiß ich nicht.“* Diese Aussage zur Beratung kann mit einem weiteren Zitat ergänzt werden: *„Eine Beratung hat sehr viel mit Intuition und Empathie zutun. Wenn man keine gute Ausbildung für Beratungen hat, kann man ein Beratungsgespräch dennoch intuitiv richtig machen. Entweder man kann mit Menschen umgehen, oder man kann es nicht.“*

## **Schlussfolgerung**

Die Beantwortung der einzelnen Forschungsfragen, durch eine Zusammenfassung aller Ergebnisse der Interviews, bildet den Ist-Stand dieses Forschungsvorhabens.

Die Ergebnisse zur ersten Forschungsfrage zeigten, dass es den befragten Pflegepersonen nicht möglich ist zu definieren, was eine Beratung in der Pflege ist (*Forschungsfrage 1: Wie wird „Beratung in der Pflege“ von Pflegepersonen definiert?*). Die Beratung in der Pflege ist ein sehr umfangreiches Thema, und daher sehr schwierig für Pflegepersonen zu definieren. Die Beratung wird als etwas beschrieben, das im pflegerischen Alltag integriert ist und unbewusst funktioniert. Diese Aspekte lassen folgern, dass es Pflegepersonen nicht bewusst ist, was eine Beratung in der Pflege wirklich ist, vor allem da sie auch nicht bewusst wahrgenommen wird.

Für Pflegepersonen ist eine Beratung ein Gespräch mit PatientInnen, wenn für diese Fragen zu einem bestimmten Thema oder einer Problematik auftreten. Eine Beratung kann von sehr unterschiedlichen Themen ausgehen. Gründe für eine Beratung sind z.B. über eine pflegerische Behandlung, eine medizinische Diagnose, über die Entlassung, zu prophylaktischen oder präventiven Themen, oder dem weiteren Prozedere im Krankenhaus, damit PatientInnen wissen, wie sie sich zu verhalten haben. PatientInnen oder auch Angehörige sollten bei einer Beratung an erster Stelle stehen. Diese Annahmen zeigen, dass eine Beratung für Pflegepersonen etwas ist, bei dem man den PatientInnen oder Angehörigen etwas erklärt oder Ratschläge gibt.

Dass die Beratung nur über pflegerische Tätigkeiten und Themen von Pflegepersonen durchgeführt werden darf, ist nicht allen Befragten bewusst. Das Wichtigste einer Beratung ist die Kompetenz, um eine Beratung angemessen durchzuführen. Die Kompetenz für eine Beratung ist auch immer vom jeweiligen Thema abhängig, zu welchem beraten wird. Weiter ist es wichtig, dass alle Angehörigen in eine Beratung involviert sind, und optimalerweise gemeinsam mit PatientInnen und Angehörigen aufgeklärt und beraten wird. Für viele Pflegepersonen ist das Handlungsfeld der Beratung nicht umfassend bewusst. Diese Schlussfolgerung zeigt, dass viele nicht wissen, worüber beraten werden darf und zu welchen Themen nicht.

Ein Beispiel zu nennen, was eine Beratung in der Pflege ist, fiel vielen der Befragten sehr schwer, daher wurden nur einige genannt.

Die Befragung zur zweiten Forschungsfrage zeigte, dass es laut den Pflegepersonen keinen bestimmten Ablauf für eine Beratung in der Pflege gibt (*Forschungsfrage 2: Wie beschreiben Pflegepersonen den Ablauf einer Beratung?*). Eine Beratung entsteht meist während einer Interaktion mit den PatientInnen oder Angehörigen, welche meist während der direkten Pflege stattfindet. Wenn PatientInnen etwas wissen wollen, stellen diese meist spontan ihre Fragen an die Pflegepersonen. Eine Beratung entsteht also spontan aus einer anderen pflegerischen Situation heraus. PatientInnen wenden sich mit ihren Fragen meist an das Pflegepersonal, da diese die meiste Zeit bei den PatientInnen und Angehörigen verbringen, im Vergleich zu den ÄrztInnen. Diese Ergebnisse zeigen, dass es keinen bestimmten Ablauf einer Beratung gibt, da die Beratung meistens als etwas Unbewusstes durchgeführt wird. Dazu kommt, dass

diese Situationen häufig spontan entstehen, auf welche sich Pflegepersonen nicht vorbereiten können.

Je nachdem ob gerade Zeit ist, die spontan gestellten Fragen der PatientInnen zu beantworten, werden diese im Sinne einer Beratung beantwortet. Diese Situation wird aber in diesem Moment nicht bewusst als eine Beratung wahrgenommen. Diese Gespräche finden meistens in den Krankenzimmern statt. Ist gerade keine Zeit für ein spontanes Gespräch, oder weiß die Pflegeperson, dass das Beratungsgespräch mehr Zeit in Anspruch nehmen würde, kann vorgeschlagen werden, zu einem späteren Zeitpunkt die Beratung fortzuführen. In Wirklichkeit ist fast keine Zeit im pflegerischen Alltag, ein Beratungsgespräch bewusst durchzuführen.

Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegepersonen erst im Nachhinein sagen können, was ein Beratungsgespräch gewesen wäre. In den gegenwärtigen pflegerischen Situationen wird eine Beratung jedoch nicht bewusst wahrgenommen. Diese Ergebnisse führen zur Schlussfolgerung, dass etwas, das so unbewusst ist, auch keinen bestimmten Ablauf haben kann.

Vorerst wurde die dritte Forschungsfrage von allen befragten Pflegepersonen so beantwortet, dass alle glauben, angemessen für eine Beratung in der Pflege geschult zu sein (*Forschungsfrage 3: Wie qualifiziert fühlen sich Pflegepersonen, eine Beratung angemessen durchzuführen?*). Im Weiteren wurde diese Sicht mit unterschiedlichen Aspekten ergänzt, welche dieser vorläufigen Annahme nicht mehr entsprachen. Pflegepersonen fühlen sich nur für bestimmte pflegerische Themen ausreichend geschult eine Beratung angemessen durchzuführen. Dies folgt meist daher, dass diese Themen in den jeweiligen Fachgebieten häufig behandelt werden müssen. Pflegepersonen fühlen sich also nicht immer ausreichend geschult, eine Beratung zu allen möglichen pflegerischen Themen durchzuführen, welche ihnen im pflegerischen Alltag begegnen könnten. Einige der befragten Pflegepersonen fühlen sich gar nicht ausreichend geschult, eine Beratung adäquat durchzuführen. Es handelt sich dabei um pflegerische Themen, für welche die besagten Pflegepersonen aber befugt wären eine Beratung durchzuführen. Diese Ansichten der Pflegepraxis folgen daher, dass in der Ausbildung zur allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege viele Inhalte zu Beratungen eher selten oder auch gar nicht behandelt wurden. Wenn in der pflegerischen Praxis solche Beratungsthemen auftreten, muss man sich als Pflegeperson erst einlesen, oder sich die Erfahrungen durch die pflegerische Arbeit aneignen, um

dann eine Beratung durchführen zu können. Pflegepersonen wissen zumindest, wo sie die Informationen für eine Beratung beschaffen können.

Diese Ergebnisse zeigen, dass selbst von Seiten der Pflegepersonen geäußert wird, dass das Handlungsfeld „Beratung in der Pflege“ während der Ausbildung nicht ausreichend behandelt wurde. Eine Beratung angemessen durchzuführen, eignet man sich größtenteils erst durch die beruflichen Erfahrungen aus der pflegerischen Praxis an. Die Ausbildung allein reicht für Pflegepersonen nicht aus, eine Beratung in der Pflege angemessen durchzuführen.

Fortbildungen zum Thema „Beratung in der Pflege“ gibt es nach Meinungen der befragten Pflegepersonen momentan keine. Eine solche Fortbildung wäre für viele Pflegepersonen sehr interessant und nach deren Aussagen auch sehr wichtig.

Wie eine Beratung ablaufen soll, welche Verhaltensweisen und Regeln zu beachten sind, ist für die meisten Pflegepersonen unklar und wurde während der Ausbildung nicht angemessen geschult. Beratung hat für viele der befragten Pflegepersonen sehr viel mit Empathie und Intuition zu tun. Es muss nicht immer darauf ankommen ob man ausreichend geschult ist eine Beratung durchzuführen, sondern ob man eine solche intuitiv richtig macht. Es kommt darauf an, ob man mit Menschen gut umgehen kann oder nicht.

Die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass die Sichtweise zum Handlungsfeld „Beratung in der Pflege“ von Pflegepersonen sehr stark von der Sichtweise der Literatur abweicht, wie eine Beratung in der Pflege beschrieben ist.

## Diskussion

Die Ergebnisse zur ersten Forschungsfrage („*Wie wird „Beratung in der Pflege“ von Pflegepersonen definiert?*“) zeigten, dass es Pflegepersonen nicht möglich ist zu definieren, was eine Beratung in der Pflege ist. Eine Beratung wird als ein sehr umfangreiches und schwieriges pflegerisches Thema beschrieben. Als ein Handlungsfeld der Pflege kann die Beratung von Pflegepersonen nicht umfassend dargestellt werden.

Die Ergebnisse der ersten Forschungsfrage stimmen somit nicht mit der Definition von Oelke (2007) überein, welche für dieses Forschungsvorhaben als Definition für „Beratung in der Pflege“ gewählt wurde. Die Beratung wird von Pflegepersonen nicht als Beziehungsprozess definiert, sondern eher als ein einfaches Gespräch mit den PatientInnen. Das Ziel der Beratung nach Oelke (2007) ist, dass Pflegepersonen die PatientInnen und Angehörigen bei der Krankheits- und Krisenbewältigung unterstützen. Für Pflegepersonen ist das Ziel der Beratung die Beantwortung von Fragen, welche von PatientInnen und Angehörigen zu bestimmten Themen oder Problematiken gestellt werden (Oelke 2007). Oelke (2007) beschreibt die Unterstützung durch Pflegepersonen für die Zielerreichung, durch:

- Unterstützung beim Bewältigen von Problemen,
- Unterstützen beim Finden von Entscheidungen,
- dem Fördern, Entdecken und Erhalten von Ressourcen und
- dem Unterstützen beim Auseinandersetzen mit veränderten Lebensumständen und den daraus resultierenden Emotionen (Oelke 2007).

Aus den Analysen der Interviews konnte nicht erkannt werden, dass Pflegepersonen eine Beratung in der Pflege als eine Unterstützung definieren. Für Pflegepersonen beschäftigt sich eine Beratung mit Ratschlägen, welche den PatientInnen gegeben werden, d.h. den PatientInnen zu sagen, was sie machen sollen. Dieses Ergebnis spricht gegen die Ansicht von Koch-Straube (2008) und Oelke (2006), dass Beratung auf keinen Fall das Ziel hat Ratschläge zu geben, oder rein Informationen zu vermitteln. Viel mehr sollen die ratsuchenden PatientInnen und Angehörigen versuchen, mit der Unterstützung der Pflegepersonen selber ihre Probleme zu lösen. Die Informationsgrundlage der Ratsuchenden soll innerhalb einer Beratung erhöht werden, d.h. aber nicht, dass eine Beratung eine reine Informationsvermittlung ist (Koch-Straube 2008; Oelke 2006).

Die Ergebnisse zur ersten Forschungsfrage zeigten weiter, dass Pflegepersonen die Definition einer Beratung in der Pflege nicht völlig von den Definitionen der Schulung oder Anleitung in der Pflege trennen können. Dies bedeutet, dass Pflegepersonen eine Beratung in der Pflege eher als PatientInnenbildung nach Abt-Zegelin (2000) definierte, als eine eigenständige pflegerische Tätigkeit, welche getrennt von Schulungen und Anleitungen für PatientInnen zu betrachten ist (Abt-Zegelin 2000; Klug-Redmann 1996; Koch-Straube 2008; Oelke 2006 & 2007). Eine Informationsvermittlung oder Vereinbarungen über Anleitungen oder Schulungen, können zu einem späteren Zeitpunkt ein Teil von Beratungsprozessen werden. Der Beratungsprozess kann als Anstoß für Anleitungen und Schulungen gesehen werden, dies begründet aber nicht, dass diese Begriffe als Synonym für eine Beratung verwendet werden können (Koch-Straube 2008).

Die Ergebnisse zur zweiten Forschungsfrage („*Wie beschreiben Pflegepersonen den Ablauf einer Beratung?*“) zeigten, dass es für Pflegepersonen keinen bestimmten Ablauf für eine Beratung in der Pflege gibt. Diese Ansicht trifft nicht die Meinungen von Doll & Hummel-Gaatz (2006 und 2007), welche eine Beratung als einen Prozess verstehen. Der Beratungsprozess ist eine Abfolge von mehreren Gesprächen, in welchen eine Problemlösung in mehreren Schritten erreicht wird, oder hat einen prozesshaften Charakter, wenn man ein einzelnes Beratungsgespräch betrachtet (Doll & Hummel-Gaatz 2006 & 2007).

Eine Beratung entsteht für Pflegepersonen meistens während einer Interaktion mit den PatientInnen oder Angehörigen. Wenn PatientInnen etwas wissen wollen, dann stellen sie meist spontan ihre Fragen an die Pflegepersonen.

Eine Beratung hat für Pflegepersonen keinen bestimmten Prozessablauf, keinen bewussten Anfang und da eine Beratung etwas Unbewusstes ist, auch kein bestimmtes Ende. Es ist kein Problem, wenn eine Beratung spontan entsteht, eine solche Situation sollte nur von Seiten der Pflegepersonen auch sofort Anerkennung erhalten. Wichtig ist, dass die Beratung bewusst durchgeführt wird und am Ende reflektiert werden sollte. Wenn Beratungen in der Pflege weiterhin etwas Unbewusstes bleiben, dann wird es noch länger dauern, bis beratende Tätigkeiten auch wirklich als solche erkannt werden und angemessen zum Einsatz kommen (Brenner 1995; Brobst 2007; Doll & Hummel-Gaatz 2007; Koch-Straube 2008; Oelke 2006; Stratmeyer 2005). Diese Ansicht ist nur wenigen Pflegepersonen bewusst, welche auch erkennen, dass

es sinnvoll wäre, für eine Beratung einen Termin zu vereinbaren. Ein Beratungstermin könnte angemessen vorbereitet werden, und vor allem könnten Angehörige die PatientInnen begleiten, damit diese nicht alleine alle Informationen erhalten.

Pflegepersonen müssen erkennen, dass es einen Beratungsprozess gleich wie den Pflegeprozess gibt, welcher ebenfalls für jeden der eine Beratung in Anspruch nimmt individualisiert werden sollte. In einer individuellen Beratung sollte nur das vermittelt werden, was die Betroffenen wirklich wissen müssen bzw. noch nicht wissen (London 2003).

Die Ergebnisse zur dritten Forschungsfrage (*„Wie qualifiziert fühlen sich Pflegepersonen, eine Beratung angemessen durchzuführen?“*) zeigten nach der Analyse der Interviews, dass sich nicht alle Pflegepersonen ausreichend geschult fühlen, eine Beratung angemessen durchzuführen. Das soll nicht bedeuten, dass sie sich überhaupt nicht befähigt fühlen, sondern, dass es sich dabei um bestimmte pflegerische Themen handelt, welche ihnen im pflegerischen Alltag aber entgegen könnten. Es gibt auch Pflegepersonen, welche sich gar nicht angemessen geschult fühlen, eine Beratung adäquat durchzuführen. Sie fühlen sich also für Beratungsgespräche nicht ausreichend geschult, für welche diese Personen aber befugt wären. Diese Ansicht trifft mit den Meinungen der Literatur überein, dass Beratung in der theoretischen Ausbildung häufig sehr realitätsfern gestaltet wird. Beratungssituationen können über längere Zeit geübt werden, Informationsmaterialien können vorbereitet werden und in einem Rollenspiel können die SchülerInnen planen, welche Fragen von PatientInnen oder Angehörigen kommen könnten. Ganz anders sieht eine Beratung im pflegerischen Beruf aus, welche meist spontan entsteht und nicht geplant werden kann (London 2003).

Der Großteil der befragten Pflegepersonen glaubt, dass sie aufgrund von beruflichen Erfahrungen fähig sind, eine Beratung angemessen durchzuführen. Denn das, was sie während der Ausbildung zum Thema „Beratung in der Pflege“ gelernt hatten, ist nicht ausreichend, um eine Beratung angemessen durchzuführen. Nach Meinung der befragten Pflegepersonen gibt es auch keine Fortbildungen zu diesem Thema, welche aber interessant und wichtig wären.

Viele Pflegepersonen fühlen sich für ein Beratungsgespräch oder einen Beratungsprozess an sich nicht ausreichend geschult, auch nicht für die notwendigen Verhaltensweisen und Regeln, welche zu beachten wären. Die meisten Pflegepersonen

glauben, dass man eine Beratung intuitiv richtig machen kann. Diese Meinung wird in der Literatur so nicht vertreten. Das Handlungsfeld „Beratung in der Pflege“ sollte während der Ausbildung von Pflegepersonen mit großer Aufmerksamkeit behandelt werden, da Beratungsverstehen und –handeln meist keine angeborenen Persönlichkeitsmerkmale sind, sondern erst ausgebildet werden müssen (Abt-Zegelin & Huneke 1999; Benner 1995; Doll & Hummel-Gaatz 2007; Klug-Redmann 1996).

Die vorliegenden Ergebnisse der Ist-Analyse zum Handlungsfeld „Beratung in der Pflege“ führen darauf hin, dass eine Beratung in der Pflege von Pflegepersonen der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege nicht gleich verstanden wird, wie das Thema in der Literatur beschrieben ist. Die Ergebnisse der Interviews treffen nicht mit der Definition von Oelke (2007) überein, welche für diese Forschungsarbeit ausgewählt wurde.

Der Grundgedanke, dass Beratung immer auf Basis der Freiwilligkeit zwischen Pflegenden und Betroffenen durchgeführt werden muss, sollte als Voraussetzung für eine gelingende Beratung gesehen werden. Dies bedeutet, dass letztendlich die PatientInnen entscheiden, ob eine Beratung stattfindet oder nicht (Abt-Zegelin & Huneke 1999; London 2003). Die Ergebnisse der Interviews konnten diese Grundgedanken, welche für eine Beratung in der Pflege gelten sollten, nicht zeigen.

Die Ergebnisse der Ist-Analyse zum Thema „Beratung in der Pflege“ zeigen, dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass Pflegepersonen der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich eine Beratung vollständig verstehen und durchführen können. Die Forscherin kommt zu dieser Annahme, da die befragten Pflegepersonen:

- nicht ausreichend definieren konnten was eine Beratung in der Pflege ist,
- nicht explizit beschreiben konnten wie der Ablauf einer Beratung aussieht und
- sich selbst häufig nicht angemessen ausgebildet fühlen, eine Beratung angemessen durchzuführen.

Beratungsleistungen von Pflegepersonen in Österreich können nicht als adäquat garantiert werden. Diese Schlussfolgerung erreicht die Forscherin, da alle Interviews zeigten, dass die Beratung in der Pflege als ein sehr umfangreiches Thema beschrieben wurde, welches entweder schwer zu definieren ist, oder gar nicht ausrei-

chend definiert werden konnte. Beratungen werden von Pflegepersonen meist unbewusst getätigt, abschließend nicht reflektiert, häufig falsch verstanden, oder mit den Zielen einer Schulung oder Anleitung gleichgestellt. Diese Schlussfolgerung soll nicht aussagen, dass es keiner Pflegeperson möglich ist, eine Beratung dennoch durchzuführen, sondern gibt Aufschluss darüber, dass die Ergebnisse der Ist-Analyse nicht mit den Ansichten der einschlägigen Fachliteratur zusammentreffen.

Die Ergebnisse der Interviews sind mit den Rahmenbedingungen einer Beratung, wie sie in der Literatur beschrieben sind, nicht konform. Aufgrund der Ergebnisse der Ist-Analyse folgt die Schlussfolgerung der Forscherin, dass nicht garantiert werden kann, dass eine Beratung in der Pflege (in Österreich) angemessen durchgeführt wird.

## **Limitationen**

Für die vorliegende Forschungsarbeit wurde ein deskriptives Forschungsdesign gewählt. Der Möglichkeit, dass dadurch Verzerrungen entstehen, wurde aus dem Weg gegangen, indem die Stichprobenauswahl und –größe, die geltenden Ein- und Ausschlusskriterien, das Forschungsvorgehen und die Methoden der Datensammlung und –auswertung genau beschrieben wurde (Burns & Grove 2005; Flick 2000).

Die aufgestellten Forschungsfragen konnten nach Meinung der Forscherin vollständig beantwortet werden. Die Interviewleitfragen, welche die Forschungsfragen widerspiegeln, führten zu ausreichenden Ergebnissen, um die Forschungsfragen zu beantworten.

Die verwendeten Interviewleitfragen können als angemessen beschrieben werden, da die Probebefragung zeigte, dass die Interviewleitfragen genau das erfragten, was sie erfragen sollten. Die vorliegende Forschungsarbeit ein weiteres Mal durchzuführen ist möglich, da das Forschungsdesign, die methodische Vorgehensweise und die verwendeten Methoden zur Datensammlung und -auswertung genau beschrieben wurden. Für zukünftige quantitative Forschungsarbeiten, welche dasselbe Instrument verwenden würden, sollte dennoch eine Prüfung der Reliabilität und Validität durchgeführt werden (Burns & Grove 2005; Polit & Beck 2008).

Die Heidelberger-Struktur-Lege-Technik, welche als Methode zur Rekonstruktion der Subjektiven Theorien zum Thema „Beratung in der Pflege“ verwendet wurde, war für dieses Forschungsvorhaben adäquat. Eine Beschreibung eines Beratungsverständnisses kann erst daher folgen, wenn die Befragten selbst bestimmen können, was sie wirklich unter „Beratung in der Pflege“ verstehen. Dieser Ausgangspunkt begründet die Angemessenheit dieser Analysemethode (Scheele & Groeben 1988).

Den Kritiken, welche gegen die gesteuerte bzw. zweckorientierte Stichprobenauswahl sprachen wurde damit aus dem Weg gegangen, dass die Ein- und Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der Befragung genau beschrieben wurden. In der qualitativen Forschung hat die Qualität der Stichprobe eine größere Bedeutung als deren Größe. Die Qualität der Stichprobe wird durch den Wert der Informationen gebildet, welche durch Befragungen zum Thema „Beratung in der Pflege“ von Pflegepersonen gewonnen wurden. Dieser Aspekt spricht für die Verwendung dieser Stichprobentechnik, und dass eine Datensättigung bei fünf befragten Pflegepersonen besteht (Burns & Grove 2005; Flick 2000).

Als Gütekriterium dieser wissenschaftlichen Arbeit besteht eine kommunikative Validität, welche durch die Heidelberger-Struktur-Lege-Technik gewährleistet ist. Für qualitative Forschungsvorhaben ist eine Beschreibung unterschiedlicher Kriterien der Validität empfehlenswert. Für diese Forschungsarbeit konnte die kommunikative Validität gewährleistet werden, und es kann davon ausgegangen werden, dass es sich um valide Ergebnisse handelt (Bortz & Döring 2006; Flick 2000; Scheele & Groeben 1988). Die Heidelberger-Struktur-Lege-Technik konnte durch einen Dialog-Konsens zwischen Befragten und Interviewerin auch eine konsensuelle Validierung gewährleisten. Eine konsensuelle Validierung erfolgte durch eine interpersonelle Konsensbildung über die Subjektiven Theorien zum Thema „Beratung in der Pflege“, welche zwischen den Befragten und der Forscherin nach den Interviews stattfand. Die interpersonelle Konsensbildung kann wiederum auch als kommunikative Validität beschrieben werden. Scheele & Groeben (1988) beschreiben die kommunikative Validität als ein Wahrheitskriterium, da nur die Befragten bestimmen können, ob die Forscherin die Inhalte der Interviews richtig interpretiert hat. Rückschlüssig bedeutet das, dass die Forscherin davon ausgehen kann, dass sie richtig verstanden hat, was die Befragten tatsächlich zum Ausdruck bringen wollten (Bortz & Döring 2006;

Scheele & Groeben 1988). Eine explanative Validierung nach Scheele & Groeben (1988) war für dieses Forschungsvorhaben nicht möglich, da keine externe Beobachtung durchgeführt wurde. Diese Situation ist für die Ergebnisse nicht beeinflussend, da die Abänderung der Dialog-Konsens-Methode (SLT) genau beschrieben wurde, und durch die MethodenentwicklerInnen zulässig ist (Scheele & Groeben 1988).

Die Verwendung des halbstandardisierten Interviews war für das Forschungsvorhaben angemessen, da diese Methode für die Heidelberger Struktur-lege-Technik am adäquatesten ist. Eine offene, aber dennoch geleitete Kommunikation, wurde durch die halbstandardisierten Interviews gewährleistet (Scheele & Groeben 1988, Bortz & Döring 2006).

Das Forschungsfeld auf eine chirurgische, eine neurologische und eine Station der Inneren Medizin einzugrenzen gilt als angebracht, da in diesen Pflegebereichen häufig eine Beratungssituation entstehen kann (Doll & Hummel-Gaatz 2007; Koch-Straube 2008). Die drei Krankenanstalten der Steiermark, in welchen die befragten Pflegepersonen tätig sind, wurden aufgrund ethischer Überlegungen nicht genauer beschrieben (Burns & Grove 2005). Eine Beschreibung dieser Krankenanstalten bzgl. Bettenanzahl oder angestellter Pflegepersonen ist für dieses Forschungsvorhaben nicht relevant.

Die Stichprobenauswahl auf die Steiermark zu begrenzen kann dadurch vertreten werden, dass auf Bundes- und Landesebene dieselben gesetzlichen und curricularen Rahmenbedingungen für die allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege gelten (Burns & Grove 2005; Flick 2000; GuKG 1999; ÖBIG 2003).

Eine Objektivität des Forschungsvorhabens wurde gesichert, indem die Forscherin alle methodischen Vorüberlegungen und verwendeten Methoden genau beschrieben hat, und somit für weitere Forschungen transparent sind (Bortz & Döring 2006). Dass keine Reliabilität gewährleistet ist, kann als angemessen betrachtet werden, da für qualitative Forschungen die Validität im Vordergrund steht (Bortz & Döring 2006; Flick 2000).

Der praktische Unterricht zur Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege wurde in diesem Forschungsvorhaben nicht berücksichtigt. Die Ist-Analyse

zum Thema „Beratung in der Pflege“ erfolgte nach den aufgestellten Forschungsfragen, welche sich ausschließlich auf die theoretische Ausbildung der Pflegepersonen beziehen (ÖBIG 2003). Im Rahmen dieser Arbeit konnte kein Bezug auf spezielle Einrichtungen genommen werden, wie z.B. Einrichtungen der ambulanten Pflege, Hospiz, Pflegeheime oder Altenpflegeeinrichtungen. Die Beratung im Zusammenhang mit unterschiedlichen Einrichtungen zu betrachten, bedarf einer eigenen Analyse (Koch-Straube 2008). Weiter wurden die Kompetenzen der Pflegepersonen, welche für eine adäquate Beratung benötigt werden, in dieser Arbeit vollständig ausgelassen (Doll & Hummel-Gaatz 2007; Koch-Straube 2008). Diese Abgrenzung gilt auch für Beratungsmethoden und –techniken. Die Verfasserin dieser Arbeit hat weiters darauf verzichtet, dass explizit die Angehörigenberatung analysiert wurde. Für diese Forschungsarbeit gilt ganz allgemein, dass Beratung in der Pflege, sowohl für PatientInnen, als auch für Angehörige zu verstehen ist (Oelke 2006 & 2007). Weiter konnte nicht speziell drauf eingegangen werden, dass es Menschen gibt, die aufgrund ihres kulturellen oder religiösen Hintergrundes eine individuelle Beratung in der Pflege benötigen würden (London 2003). Kulturelle Unterschiede in Bezug auf Beratungen in der Pflege sollten in zukünftigen Forschungen analysiert werden.

## **Implikationen**

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Beratung als Handlungsfeld von Pflegenden derzeit nicht vollständig beschrieben und durchgeführt werden kann.

Das Ziel dieses Forschungsvorhabens war, den Ist-Stand zum Handlungsfeld „Beratung in der Pflege“, nach den aufgestellten Forschungsfragen zu analysieren. Für weitere Forschungen zum Thema „Beratung in der Pflege“ wäre es wichtig, dass dieses Handlungsfeld der Pflege (in Österreich) mittels quantitativen Ansatzes genauer erforscht wird. Eine Analyse der Thematik mit einer größeren Stichprobe und quantitativer Untersuchung könnte die vorliegenden Ergebnisse stärker untermauern. In Zukunft könnten weitere Forschungen auch zeigen, welche Maßnahmen in Österreich getätigt werden müssen, um das Handlungsfeld „Beratung in der Pflege“ noch weiter in der Pflege zu etablieren.

Aufgrund der Ergebnisse schließt die Forscherin darauf, dass der Umfang, in welchem die Beratung in der Pflege während der Ausbildung gelehrt wird, nicht ausreichend ist. Die Ergebnisse der vorliegenden Forschung zeigen, dass die Beratung in der Pflege (aufgrund des offenen Curriculums für die Ausbildung) nicht regelgeleitet in der pflegerischen Praxis durchgeführt wird. Die Beratung der pflegerischen Praxis trifft nicht mit der fachspezifischen Literatur zusammen, wo dieses Handlungsfeld genau beschrieben ist. Eine Evaluation und Modifikation des offenen Curriculums sollte in Bezug zum Thema „Beratung in der Pflege“, aufgrund der vorliegenden Ergebnisse, diskutiert werden.

Dass eine curriculare Evaluation und Modifikation dringend notwendig scheint, kann bereits in dieser Forschungsarbeit erkannt werden. Die Ergebnisse der Forschungsfragen führen zu dieser vorläufigen Annahme der Forscherin. Diese ersten Ergebnisse zum Handlungsfeld „Beratung in der Pflege“ sind nach Meinung der Forscherin ausreichend, dass das Curriculum in Bezug auf das Thema „Beratung in der Pflege“ bereits überdacht werden könnte. Denn momentan scheint es, dass die Beratung im Rahmen der theoretischen Ausbildung nicht adäquat thematisiert wird. Die Ist-Analyse zeigte, dass die Problematik nicht bei den Pflegepersonen liegt, eine Beratung im pflegerischen Alltag angemessen durchzuführen, sondern in erster Linie bei der theoretischen Ausbildung. Diese Meinung der Forscherin ist mit allen Interviews übereinstimmend, da alle befragten Pflegepersonen äußerten, dass sie entweder nicht ausreichend für eine Beratung geschult sind, oder eine Beratung nur aufgrund ihrer beruflichen Erfahrungen angemessen durchführen können. Der Umfang von acht Unterrichtseinheiten während der Ausbildung von Pflegepersonen der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege zum Thema „Beratung in der Pflege“ muss bei zukünftigen curricularen Modifikationen diskutiert werden. Wenn bedacht wird welche Möglichkeiten eine Beratung in der Pflege bieten könnte, ist es verständlich, wieso diesem Thema in der theoretischen Ausbildung mehr Aufmerksamkeit und Zeit gewidmet werden sollte. Die Ergebnisse dieser Forschung können einen Anreiz bieten, dass in Zukunft die curricularen und gesetzlichen Rahmenbedingungen der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege zum Thema „Beratung in der Pflege“ bedacht und überarbeitet werden sollten.

Eine Implikation für weitere Forschungsstudien wäre es, herauszufinden wie viele Unterrichtseinheiten angemessen wären, das Thema „Beratung in der Pflege“ in Österreich ausreichend zu lehren.

Alle PädagogInnen, welche in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege tätig sind, sollten in Zukunft sensibilisiert werden, welche Möglichkeiten eine Beratung in der Pflege bieten kann. Abgesehen von den Rahmenbedingungen des offenen Curriculums obliegt es den lehrenden PädagogInnen der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung, wie viel Aufmerksamkeit auf das Thema „Beratung in der Pflege“ gelegt wird. Die Lehrenden entscheiden letztendlich, ob die vorgeschlagenen Unterrichtseinheiten des offenen Curriculums auch tatsächlich für das jeweilige Thema verwendet werden.

Den PädagogInnen der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege muss bewusst werden, dass sie mitverantwortlich sind das Handlungsfeld „Beratung in der Pflege“ weiter in der pflegerischen Praxis zu etablieren.

Die Ist-Analyse dieser Forschung zeigt eindeutig, dass die Beratung in der Pflege noch nicht vollständig als eine bewusste pflegerische Tätigkeit ausgeführt wird und das Handlungsfeld der Beratung vielen Pflegepersonen gar nicht bewusst ist. Die Möglichkeiten, welche eine Beratung für PatientInnen und Angehörige bieten könnte, werden von Pflegepersonen der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich großteils nicht bewusst wahrgenommen. Das Angebot an Fortbildungen zum Thema „Beratung in der Pflege“ könnte in Zukunft ausgebaut werden, um eine Sensibilisierung zum Thema zu beginnen und dieses Handlungsfeld in der pflegerischen Praxis weiter zu etablieren. Fortbildungen im Bezug zum Thema sind für jene Pflegepersonen relevant, welche die Ausbildung der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege bereits abgeschlossen haben.

Die Bedeutung der Beratung in der Pflege muss in das Bewusstsein von PädagogInnen, zukünftigen und bereits tätigen Pflegepersonen der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege treten, um das Potential dieses pflegerischen Handlungsfeldes zur Gänze ausschöpfen zu können.

## Literaturverzeichnis

Abt-Zegelin, A. (2000), 'Neue Aufgaben für die Pflege: Patientenedukation.' Die Schwester/Der Pfleger, 39. Jg. (2000) 1, S. 56-59.

Abt-Zegelin, A. & Huneke, M. (1999), 'Grundzüge einer systematischen Pflegeberatung', Pädagogik, PrinterNet 1/99, S. 11-18.

Benner, P. (1995), 'Stufen zur Pflegekompetenz – From Novice to Expert', 1. Nachdruck, Verlag Hans Huber, Bern, Schweiz.

Bortz, J. & Döring, N. (2006), 'Forschungsmethoden und Evaluation – für Human- und Sozialwissenschaftler', 4. überarb. Aufl., Springer Medizin Verlag, Heidelberg, Deutschland.

Brobst, R. (2007), 'Der Pflegeprozess in der Praxis', 2. vollständig überarb. und aktualisierte Aufl., Verlag Hans Huber, Bern, Schweiz.

Burns, N. & Grove, S. (Hrsg.) (2005), 'Pflegeforschung verstehen und anwenden', 1. Aufl., Urban & Fischer Verlag, München, Deutschland.

Doll, A. & Hummel-Gaatz, S. (2006), 'Lernfeld Beratung in der Pflege – Umsetzung des Lernfeldkonzeptes in der Fachweiterbildung für onkologische Pflege', Pflegepädagogik, PrinterNet 04/06, S. 206-217.

Doll, A. & Hummel-Gaatz, S. (2007), 'Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig gewährleisten', Werkstattbücher zu Pflege Heute, Warmbrunn A. (Hrsg.), 1. Aufl., Urban & Fischer Verlag, München, Deutschland.

Ebster, C. & Stalzer, L. (2008), 'Wissenschaftliches Arbeiten für Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler', 3. überarb. Aufl., Facultas Universitätsverlag, Wien, Österreich.

Flick, U. (2000), 'Qualitative Forschung – Ein Handbuch', Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.), Rowohlt, Reinbek bei Hamburg, Deutschland.

Groeben, N. & Scheele, B., 'Dialogue-Hermeneutic Method and the „Research Programm Subjective Theories“', Forum: Qualitative Social Research (FQS) Sozialforschung, Volume 1, No. 2, Art. 10, June 2000, URL: <<http://www.qualitative-research.net/fqs/>>, Stand: 07.06.2010.

Hellige, B. & Hüper, C. (2007), 'Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke, Rahmenbedingungen – Grundlagen – Konzepte – Methoden', Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, Deutschland.

Klug-Redmann, B. (1996), 'Patientenschulung und –beratung', dt. Ausgabe von Jürgen Osterbrink (Hrsg.), Ullstein Mosby, Berlin/Wiesbaden, Deutschland.

Koch-Straube, U. (2001), 'Beratung in der Pflege', 1. Aufl., Verlag Hans Huber, Bern, Schweiz.

Koch-Straube, U. (2008), 'Beratung in der Pflege', 2. vollst. überarb. Aufl., Verlag Hans Huber, Bern, Schweiz.

London, F. (2003), 'Informieren, Schulen, Beraten – Praxishandbuch zur pflegebezogenen Patientenedukation', deutschsprachige Ausgabe (Hrsg.) Abt-Zegelin, 1. Aufl., Verlag Hans Huber, Bern, Schweiz.

Mayring, P. (2002), 'Einführung in die qualitative Sozialforschung – Eine Anleitung zu qualitativem Denken', 5. überarb. und neu ausgestattete Aufl., Beltz Verlag, Weinheim, Deutschland.

Oelke, U. (2006), 'In guten Händen – Altenpflege, Band 2', 1. Aufl., 1. Druck, Cornelsen Verlag, Berlin, Deutschland.

Oelke, U. (2007), 'In guten Händen – Gesundheits- und Krankenpflege, Band 1', 1. Aufl., 1. Druck, Cornelsen Verlag, Berlin, Deutschland.

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, ÖBIG (2003), `Offenes Curriculum für die Ausbildung in Allgemeiner Gesundheits- und Krankenpflege`, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, Wien, Österreich.

Petermann, F. (1997), `Patientenschulung und Patientenberatung – Lehrbuch`, 2. vollst. überarb. und erweit. Aufl., Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen, Deutschland.

Polit, D. & Beck, C. (2008), `Nursing research – Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice`, Eighth Edition, the Point.

Scheele, B. & Groeben, N. (1988), `Dialog-Konsens-Methoden zur Rekonstruktion Subjektiver Theorien: Die Heidelberger Struktur-Lege-Technik (SLT)`, Francke Verlag, Tübingen, Deutschland.

Schwandt, C. (2010), `Beratung im Krankenhaus – Eine empirische Untersuchung im Rahmen curricularer Arbeit`, Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Titels: Diplom-Medizinpädagogin, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Studiengang: Medizin- und Pflegepädagogik, Berlin, Deutschland.

Stratmeyer, P. (2005), `Orientierung und Ansätze der Pflegeberatung`, Pflegemagazin 02/05, S. 42-57.

Suditu, C. (2004), `Beratung`, Österreichische Pflegezeitschrift, 12/04, S. 12-15.

Tuschin, V. (1998), `Counselling Skills For Nurses`, London, England.

Witzel, A. (1982), `Verfahren der qualitativen Sozialforschung – Überblick und Alternativen`, New York: Campus Verlag, Frankfurt/Main, Deutschland.

## Internetquellen

Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, GuKG (1997), `§14 Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereiche des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege`, URL: [http://www.medizinrecht-pflegerecht.at/Berufsrecht/Gesundheitsberufe/GuKG/gukg\\_14.htm](http://www.medizinrecht-pflegerecht.at/Berufsrecht/Gesundheitsberufe/GuKG/gukg_14.htm), Stand: 01.06.2010

Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung, GuK-AV (1999), `179. Verordnung: Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung – GuK-AV`, URL: <http://www.medizinrecht-pflegerecht.at/Berufsrecht/Gesundheitsberufe/Ausbildungsverordnungen/GuK-Ausbildungsverordnung.pdf>, Stand: 07.06.2010.

Krankenanstalten Gesellschaft, KAGes (2010), `Ausbildungsmöglichkeiten für Gesundheitsberufe`, URL: <http://www.kages.at/cms/beitrag/10190847/5788555>, Stand: 07.06.2010.

Krankenanstalten und Kuranstalten Gesetz, KAKuG (1993), `Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten`, URL: <http://www.medizinrecht-pflegerecht.at/Organisationsrecht/Krankenanstalten/INDEX-Krankenanstalten/INDEX-KAKuG.htm>, Stand: 07.06.2010.

Statistik Austria (2008), `Gesundheitsstatistik 2008`, URL: [www.statistik-austria.at](http://www.statistik-austria.at), Stand: 31.05.2010.

Statistik Austria (2009), `Statistik Austria – die Informationsmanager`, URL: [www.statistik-austria.at](http://www.statistik-austria.at), Stand: 01.06.2010.

Steiermärkisches Krankenanstaltengesetz, St-KALG (1999), `1§ Begriff und Einteilung der Krankenanstalten`, URL: <http://www.medizinrecht-pflegerecht.at/Organisationsrecht/Krankenanstalten/INDEX-Krankenanstalten/index-St-kalg.htm>, Stand: 01.06.2010.

# Anhang

## Anhang I

<b>Informierte Zustimmung</b> für ein Interview zum Thema „Beratung in der Pflege“
---

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die Durchführung des folgenden Interviews das Ziel verfolgt, Ergebnisse zum Thema „Beratung in der Pflege“ zu erhalten, um das Beratungsverständnis von Personen des gehobenen Dienstes der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege zu erforschen. Es wurde mir versichert, zu jeder Zeit aus diesem Forschungsvorhaben aussteigen zu können.

Die Interviewerin, Anna Michaela Prugger / BSc, hat sich bei mir als Studentin des Masterstudienganges der „Gesundheits- und Pflegewissenschaft“, mit dem Schwerpunkt „Lehre“, an der Medizinischen Universität Graz, vorgestellt. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die Ergebnisse dieses Interviews zur Verfassung einer Masterarbeit verwendet werden und möglicherweise auch für eine spätere Veröffentlichung dieser Forschung herangezogen werden könnten.

Es wurde mir versichert, dass alle Informationen über meine Person, alle Aussagen im Interview und auch Namen oder Gegebenheiten anderer, von mir erwähnter Personen, anonymisiert werden, dass kein Rückschluss auf mich oder andere Personen möglich ist.

Meine bisherige Berufsausbildung lässt es zu, an diesem Interview teilzunehmen (Ein- und Ausschlusskriterien).

Ich habe alle mir wichtigen Informationen verstanden und bestätige hiermit meine - freiwillige und nicht beeinflusste - Teilnahme am Forschungsvorhaben von Frau Anna Michaela Prugger / BSc.

---

Datum und Unterschrift

## Anhang II

<b>Informierte Zustimmung (Probebefragung)</b> für ein Interview zum Thema „Beratung in der Pflege“
--

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die Durchführung des folgenden Interviews das Ziel verfolgt, Ergebnisse zum Thema „Beratung in der Pflege“ zu erhalten, um das Beratungsverständnis von Personen des gehobenen Dienstes der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege zu erforschen. Es ist mir bewusst, dass dieses Interview ein Probeinterview ist, um den Interviewleitfaden auf seine Angemessenheit zu testen, und dass die Ergebnisse möglicherweise veröffentlicht werden. Es wurde mir versichert, zu jeder Zeit aus diesem Forschungsvorhaben aussteigen zu können.

Die Interviewerin, Anna Michaela Prugger / BSc, hat sich bei mir als Studentin des Masterstudienganges der „Gesundheits- und Pflegewissenschaft“, mit dem Schwerpunkt „Lehre“, an der Medizinischen Universität Graz, vorgestellt. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die Ergebnisse dieses Interviews zur Verfassung einer Masterarbeit verwendet werden und möglicherweise auch für eine spätere Veröffentlichung dieser Forschung herangezogen werden könnten.

Es wurde mir versichert, dass alle Informationen über meine Person, alle Aussagen im Interview und auch Namen oder Gegebenheiten anderer, von mir erwähnter Personen, anonymisiert werden, dass kein Rückschluss auf mich oder andere Personen möglich ist.

Meine bisherige Berufsausbildung lässt es zu, an diesem Interview teilzunehmen (Ein- und Ausschlusskriterien).

Ich habe alle mir wichtigen Informationen verstanden und bestätige hiermit meine - freiwillige und nicht beeinflusste - Teilnahme am Forschungsvorhaben von Frau Anna Michaela Prugger / BSc.

---

Datum und Unterschrift

## Anhang III

### Interview- Leitfragen

Es wird im Interview angestrebt, dass Namen oder Gegebenheiten, die einen Rückschluss auf bestimmte Personen ermöglichen, nicht erwähnt werden. Sollte es während des Interviews doch zu solchen Konstellationen kommen, werden die Namen und Gegebenheiten im Transkript anonymisiert, verändert sowie ggf. nicht transkribiert.

Alle Leitfragen können anhand von Situationsbeispielen beantwortet werden.

#### **1. Wenn sie an Ihren beruflichen Alltag denken ... .**

**Was macht für Sie Beratung von Patienten und Angehörigen in Ihrem Tätigkeitsfeld aus?/ Was verstehen Sie unter Beratung von Patienten und Angehörigen**

##### **Fragen zum Beratungsverständnis (1):**

1. Welche Ihrer Tätigkeiten kommt Ihrer Meinung nach dem Begriff Beratung am nächsten?
2. Was ist das Besondere an pflegerischer Beratung (und Anleitung)?

**2. In welchen Situationen (Wann/ Wie) entstehen in Ihrer alltäglichen Tätigkeit und Ihrem Verständnis nach Beratungsanlässe?  
Wie läuft die Beratung ab?**

**3. Welche Fähigkeiten muss man besitzen um eine Beratung von Patienten und Angehörigen durchzuführen?**

#### **4. Wenn Sie an die letzten Wochen denken ... .**

**Können Sie ein Beispiel beschreiben, wo Sie einen Patienten oder Angehörigen beraten haben. (Situation)  
Wie würden Sie diese für sich bewerten?**

##### **Zusatz: Fragen zu defizitären (Mängel)/ gelungenen Situationen (3):**

1. Wie fühlen Sie sich bei belastenden Gesprächs- (Beratungs-) situationen?
2. Welche Wertigkeit messen Sie pflegerischer Beratung im Krankenhaus zu?
3. Unterhalten Sie sich mit Kollegen über die durchgeführte Beratung?

---

## Fragen zum Arbeitsprozess/ Geschäftsprozess (2):

1. Was sind mögliche Beratungsinhalte/ Gegenstände/ Probleme? -  
Hauptsächliche Beratungsinhalte in ihrer alltäglichen beruflichen Tätigkeit?
2. Wo liegt der größte Beratungsbedarf des Patienten? Wozu geben Sie den Patienten vornehmlich Informationen?
3. Woran erkennen/ ermitteln Sie den Beratungsbedarf eines Patienten? In welchen Situationen erkennen Sie den Beratungsbedarf von Patienten?
4. Erleben Sie die Beratung im alltägliche Arbeitsprozess oder gibt es herausgestellte quasi Extrasituationen?
5. Haben Sie ein Konzept wie sie in der Beratung vorgehen? / Nach welchem Konzept gehen Sie vor? Wie gehen Sie in der Beratung vor?
6. Planen Sie Beratungsgespräche längerfristig? Gehen sie eher spontan auf einen signalisierten Bedarf ein?
7. (Planen und) Reflektieren Sie den Beratungsprozess?
8. Wie beziehen Sie die individuelle Situation des Patienten (Ängste/ Sorgen) mit in die Beratung ein? (und Wann)
9. Wie berücksichtigen sie das soziale Umfeld/ Gegebenheiten, Lebenswelt des Patienten?
10. Beziehen Sie die Angehörigen respektive die Patienten ins Beratungsgespräch mit ein? Wie findet das statt?
11. Welche Rolle spielen psycho- emotionale Beratungsanlässe? Wie gehen Sie in der Regel mit psycho- emotionalen Beratungsanlässen um?
12. Welche Faktoren sind für Sie hinderlich, um eine adäquate Beratung durchzuführen?
13. Was sind die Voraussetzungen für eine gelungene Beratung?
14. Wie berücksichtigen sie die Ressourcen des Patienten?
15. Mit welchen Medien/ Unterstützungsobjekte unterstützen Sie Ihre Beratung?
16. Von welchen Faktoren ist es abhängig, dass sie ein Beratungsgespräch durchführen?
17. Wie dokumentieren Sie Ihr Beratungshandeln?
18. Wo sehen Sie Grenzen pflegerischer Beratung?
19. Gibt es Situationen oder Patientengruppen, die Sie besonders schwierig finden zu beraten?
20. Übernehmen Sie „Dolmetscherfunktion“?

## Anhang IV

Verfasserin der Masterarbeit: Anna Michaels Prugger, BSc, 0533207 (annamichalea.prugger@stud.meduni-graz.at)  
„Beratung in der Pflege“ – Das Beratungsverständnis diplomierter Pflegenden in Österreich

### **Interview – Leitfadenfragen**

#### **Thema: Beratung in der Pflege**

Namen oder Gegebenheiten die während der Interviews erwähnt werden, und einen Rückschluss auf bestimmte Personen ermöglichen könnten, werden bei der Datenanalyse anonymisiert.

Alle Leitfragen können anhand von Situationsbeispielen beantwortet werden.

- 1. Wie würden Sie „Beratung in der Pflege“ definieren?**
  - a. Wie würden Sie den Begriff „Beratung in der Pflege“ erklären?
  
- 2. Wie würden Sie den Ablauf einer Beratung beschreiben?**
  - a. Wenn sie an Ihren beruflichen Alltag denken... Wie sieht der Ablauf einer Beratung aus?
  
- 3. Wenn Sie an Ihren beruflichen Alltag denken... Fühlen Sie sich ausreichend geschult, eine Beratung angemessen durchzuführen?**
  - a. Glauben Sie dass Sie ausreichend ausgebildet sind, eine Beratung angemessen durchzuführen?
  - b. Warum glauben Sie dass sie fähig sind, eine Beratung angemessen durchzuführen?

## **Notizen zum Interview:**

Code für das Interview:

Fachbereich: Chirurgie                      Innere Medizin                      Neurologie

Schuleintritt nach November 2003: Ja     Nein

Berufserfahrung in Jahren:

Jahr der Diplomierung:

Sonder- oder Spezialausbildung; Weiterbildung: vorhanden     nicht vorhanden

Geschlecht: weiblich       männlich

Alter der befragten Person:

Datum:

Dauer des Interviews:

Interviewerin:

E-Mail Adresse:

## Anhang V

### LEITFADEN ZUR STRUKTUR-LEGE-TECHNIK (SLT) Einigung über den Aufbau Subjektiver Theorien mittlerer Reichweite

- A. Die zentralen Begriffe der (Subjektiven) Theorie (über Konzept  $xy$ ):  
Kärtchen aufgrund des Interviews
  - A. 1. Begriffe, die im (weiteren) Sinn von Definitionen festlegen, was unter  
Konzept  $xy$  verstanden werden soll: *quadratische grüne Kärtchen*.
  - A. 2. Konzepte, die in einem Wirkungs- oder Abhängigkeitsverhältnis zu  
Konzept  $xy$  stehen (und also das Konzept erklären oder von ihm  
erklärt werden (können)): *quadratische rote Kärtchen*.
  
- B. Die formalen Beziehungen zwischen den Begriffen/Konzepten, die in  
der Definitions- und Erklärungs-Struktur von Konzept  $xy$  auftreten  
(bzw. auftreten können): *schmale weiße Kärtchen*.
  - B. 1. Beziehung zwischen Begriffen im Bereich der definatorischen Fest-  
legung, was das Konzept bedeuten soll: *kurze schmale Kärtchen*.

1.1.



Steht für: definatorisch identisch mit „.....“. Einzusetzen vor allem, wenn  
z.B. ein Fachbegriff in unmittelbar verständlicher Sprache/Wortwahl ver-  
deutlicht wird.

*Beispiel: Entdeckungslernen = Erwerb von Wissensinhalten durch selbständi-  
ges Problemlösen.*

„=“ kann natürlich auch innerhalb einer definatorischen Festlegung mehrfach  
vorkommen, wenn auch in einer Definition noch weitere spezielle, zu ver-  
deutlichende Ausdrücke vorkommen.

*Beispiel (für obige Definition):*

*Problemlösen = Denkprozeß, der den Weg von einem unbefriedigenden  
Ist-Zustand (Ausgangsbedingungen) zu einem befriedigenden Soll-Zustand  
(Ziel)sucht und findet.*

1.2.



Steht für: Unterkategorien zu einem Begriff, der in bezug auf diese Kategorien Oberbegriff ist.

*Beispiel: Zum Begriff ‚Problem‘ die Unterkategorien:*

*Geschlossenes Problem: eine Lösungsmöglichkeit;*

*Offenes Problem: mehrere Lösungsmöglichkeiten.*

### 1.3. Nebeneinander-Stellen von Begriffen/Konzepten (-Kärtchen).

Steht für: Und-Verbindungen.

*Beispiel: Unterkategorien von ‚Problem‘ (auf der gleichen Ebene):*

*Geschlossene/definierte Probleme: Ziel ist definiert und eine Lösungsmöglichkeit.*

*Geschlossene/undefinierte Probleme: Ziel ist nicht definiert, wird vom Problemlöser definiert, danach eine Lösungsmöglichkeit.*

*Offene/definierte Probleme: Ziel ist definiert, mehrere Lösungsmöglichkeiten.*

*Offene/undefinierte Probleme: Ziel ist undefiniert, wird vom Problemlöser definiert, mehrere Lösungsmöglichkeiten.*

### 1.4. Untereinander-Stellen von Begriffen/Konzepten (-Kärtchen).

Steht für: Oder-Verbindung; zwei Möglichkeiten:

a) ‚oder‘ im Sinne von ‚oder auch‘;

b) ‚oder‘ im Sinne von ‚entweder oder‘.

*Beispiel a: Entdeckungslernen = Erwerb von Wissensinhalten durch selbständiges Problemlösen/Erwerb von motorischen Fähigkeiten durch .../Erwerb von sozialen Verhaltensweisen durch .../etc.*

*Beispiel b: selbständig = ohne Kommunikation mit anderen/ohne fremde Hilfe/eigenständige Entscheidung für (Lösungs-)Alternativen; auch gegen Argumentation anderer.*

1.5.

Manif.

Steht für: Manifestation(en) für den jeweiligen Begriff/das Konzept; dabei handelt es sich vor allem um Objekte, Ereignisse, Phänomene etc., die als Beispiele für das jeweilige Konzept in der Realität angesehen werden können.

*Beispiel: Manifestation von geschlossenem/definiertem Problem: Anagramm-Aufgabe (z.B. die Buchstaben E|E|G|H|L| so zusammenfügen, daß der Name eines berühmten deutschen Philosophen herauskommt).*

1.6.

Ind.

Steht für: Indikator für die mit einem jeweiligen Begriff/Konzept gemeinten Objekte, Ereignisse, Phänomene etc.; signalisiert (z.B. wie ein Symptom die Krankheit) das vorliegende gemeinte Objekt, ohne dieses selbst zu sein.

*Beispiel: Eine Phase des in sich gekehrten (relativ bewegungslosen) Nachdenkens mit anschließendem ‚Aha-Erlebnis‘ (in der Mimik sich widerspiegelnde Erleuchtung und anschließendes zielstrebiges Handeln) als Indikator für Entdeckung (Erleuchtung) beim Problemlösen.*

1.7.



Steht für: Absicht. Intention einer Handlung = Ziel/Zweck, um dessentwillen eine Handlung ausgeführt wird (nicht eine Wirkung, die eintreten kann oder nicht, sondern das notwendig mit der Handlung Angezielte, ohne das man nicht von einer bzw. dieser bestimmten Handlung sprechen würde).

*Beispiel: Für Entdeckungslernen als Erwerb von Wissensinhalten durch selbständiges Problemlösen: Absicht, für ein vorliegendes Problem ohne fremde Lösungsvorgabe (höchstens Hilfen für einzelne Teilschritte sind akzeptierbar) eine Lösung zu finden.*

1.8.



Steht für: Voraussetzungen, die bei der Rede von einer bestimmten Handlung notwendig mitbehauptet werden bzw. die eine Person bei einer Hand-

lung notwendig impliziert/unterstellt (also nicht Voraussetzungen, von denen das Eintreten einer Handlung, eines Ereignisses etc. abhängt, sondern notwendig Vorausgesetztes).

*Beispiel: Für Problemlösen: Voraussetzung, daß eine Diskrepanz zwischen Ist- und Soll-Zustand, also ein Problem, vorliegt (und nicht ein Scheinproblem); ..., daß die Existenz einer Lösungsmöglichkeit unterstellt werden kann (und nicht eine unlösbare Aufgabe vorliegt);..., daß ein systematischer Weg zur Erreichung des Lösungsziels erreichbar ist (und nicht nur zufällig wechselnde Wege zum Ziel führen) etc.*

Diese Voraussetzungen, Unterstellungen etc. sind auch für den jeweils Handelnden (in seinem Wissen) gegeben, allerdings nicht notwendig vollständig bewußt und explizit.

1.1.-1.8.: Bemerkung zur Methodik des Strukturspiels: Die beschriebenen Beziehungen im Bereich der definitorischen Bemühungen können bei der Definition eines bestimmten Begriffs alle auftauchen, müssen dies aber nicht. Es sind nur solche Kärtchen zu verwenden, die die im Interview besprochenen, angeführten Begriffsbeziehungen abbilden.

- B. 2. Beziehungen zwischen Begriffen/Konzepten im Bereich der Erklärungsstruktur, d.h. Beziehungen, die empirisch feststellbare Abhängigkeiten abbilden: lange schmale Kärtchen.  
(Anstelle der quadratischen roten Kärtchen stehen in den folgenden Erläuterungen, als Platzhalter, die Buchstaben A, B, C,...)

2.1.

A  $\xrightarrow{+}$  B

Steht für: A bewirkt B bzw. B hängt von A ab, und die Richtung ist positiv (gleichsinnig; d.h. je größer A, desto größer B und umgekehrt). ‚Bewirken‘ bedeutet nicht nur, daß A zeitlich B vorausgeht, sondern auch, daß es B verursacht.

*Beispiel: Je mehr durch Entdeckungslernen gelernt wird, desto stärker ist der Transfer (die Lernübertragung) auf neue Probleme.*

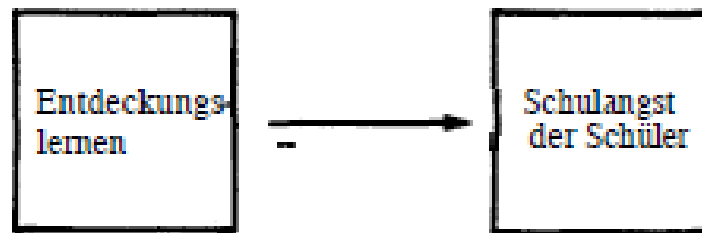


2.2.



Steht für: A bewirkt B bzw. B hängt von A ab, und die Richtung ist negativ (gegenläufig).

*Beispiel: Je mehr durch Entdeckungslernen gelernt wird, desto weniger stark ist die Schulangst der Schüler.*

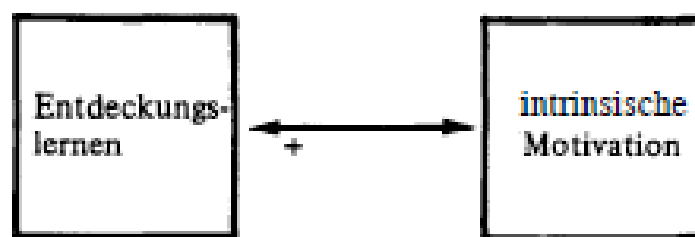


2.3.



Steht für: Gegenseitige Abhängigkeit von A und B, und die Richtung ist positiv (gleichsinnig); das heißt, es handelt sich um den einfachsten Fall einer sich aufschaukelnden Spirale.

*Beispiel: Je mehr Entdeckungslernen, desto mehr intrinsische Motivation (Motivation an den sachlichen Problemen, nicht Motivation an Belohnungen für das Lernen); je mehr intrinsische Motivation, umso mehr Entdeckungslernen; usw. usw. ...*

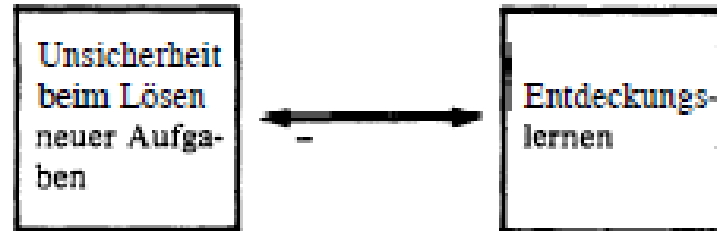


2.4.



Steht für: Gegenseitige Abhängigkeit von A und B, und die Richtung ist negativ (gegenläufig); d.h. es handelt sich um den einfachsten Fall eines Teufelskreises.

*Beispiel: Je mehr Unsicherheit beim Lösen NEUER Aufgaben, desto weniger Entdeckungslernen; je weniger Entdeckungslernen, desto mehr Unsicherheit beim Lösen NEUER Aufgaben usw. usw..*

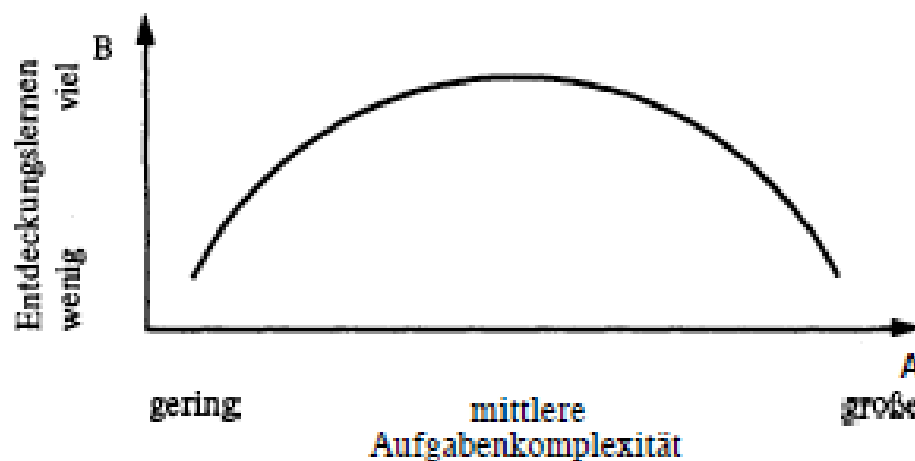


2.5.



Steht für: kurvilineare Abhängigkeit (B von A), die Richtung ist (bei ansteigendem A) zunächst positiv, dann nach einem Sattelpunkt negativ; d.h. bei wachsender Intensität von A steigt B zunächst an, erreicht bei mittlerer Höhe von A ein Maximum und fällt (bei weiter steigendem A) dann ab.

*Beispiel: Bei geringer Komplexität von Aufgaben erfolgt wenig Entdeckungslernen, bei mittlerer Komplexität viel Entdeckungslernen, bei großer Komplexität wieder wenig Entdeckungslernen.*

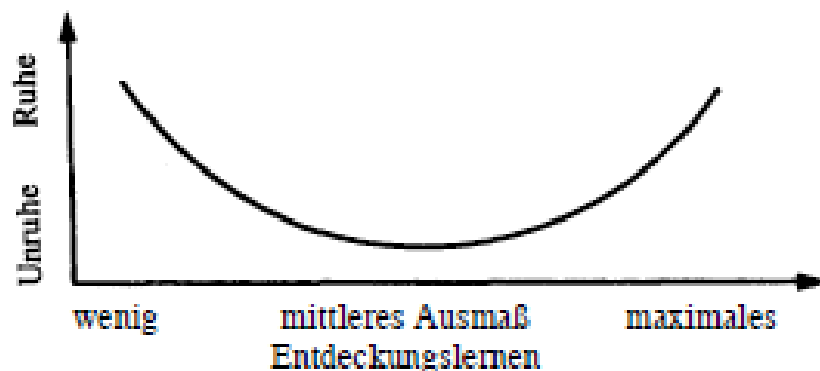


2.6.



Steht für: kurvilineare Abhängigkeit (B von A), die Richtung ist (bei ansteigendem A) zunächst negativ, dann nach einem Tiefpunkt positiv.

*Beispiel: Bei wenig Entdeckungslernen herrscht (relative) Ruhe in der Schulklasse, bei mittlerem Ausmaß von Entdeckungslernen herrscht am wenigsten Ruhe, maximales Entdeckungslernen führt wieder zu (relativer) Ruhe in der Schulklasse.*

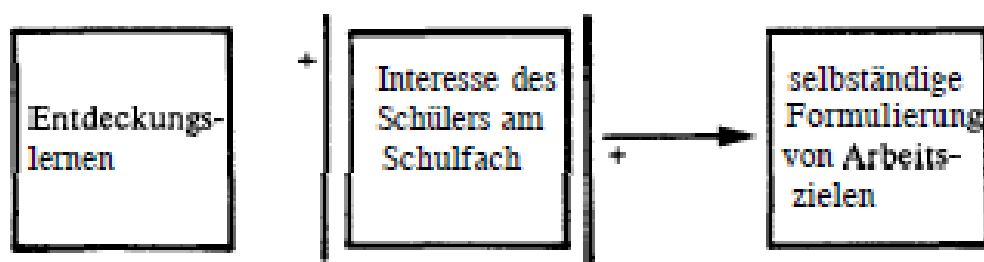


2.7.



Steht für: Es existiert eine Abhängigkeit B von A, jedoch nur wenn gleichzeitig die Bedingung C vorliegt (bzw. die Abhängigkeit B von A wird verstärkt, wenn C vorliegt); die Richtung der Abhängigkeit ist positiv (gleichsinnig).

*Beispiel: Entdeckungslernen führt zur Fähigkeit, selbständig Aufgabenziele zu formulieren, aber nur wenn der Schüler an dem vorliegenden Schulfach Interesse hat.*



2.8.



Steht für: Es existiert eine Abhängigkeit B von A, jedoch nur wenn gleichzeitig die Bedingung C vorliegt (bzw. die Abhängigkeit B von A wird verstärkt, wenn C vorliegt); die Richtung der Abhängigkeit ist negativ (gegenläufig).

*Beispiel: Entdeckungslernen führt zu einem Absinken der Häufigkeit von Störungen, aber nur wenn die Schüler an dem vorliegenden Schulfach Interesse haben.*

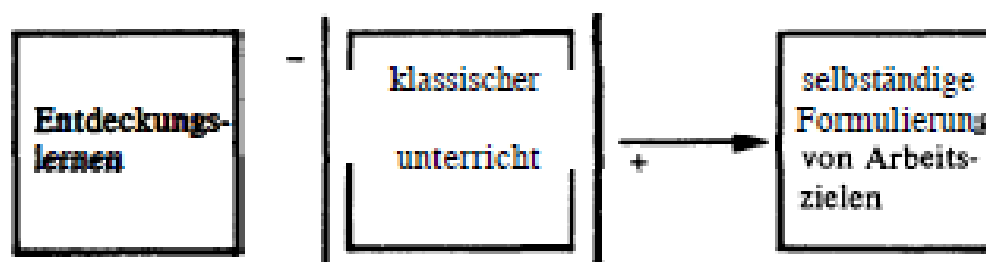


2.9.



Steht für: Es existiert eine Abhängigkeit B von A, jedoch nur wenn gleichzeitig C nicht vorliegt (bzw. die Abhängigkeit B von A wird verstärkt, wenn C nicht vorliegt); die Richtung der Abhängigkeit ist positiv (gleichsinnig).

*Beispiel: Entdeckungslernen führt (beim Schüler) zur Fähigkeit, selbständig Arbeitsziele zu formulieren, jedoch nur wenn es nicht im klassischen Frontalunterricht durchgeführt wird.*



2.10



Steht für: Abhängigkeit B von A, jedoch nur wenn gleichzeitig C nicht vorliegt (bzw. die Abhängigkeit B von A wird verstärkt, wenn C nicht vorliegt); die Richtung der Abhängigkeit ist negativ (gegenläufig).

*Beispiel: Entdeckungslernen bewirkt weniger häufige Störungen, jedoch nur wenn es nicht im klassischen Frontalunterricht durchgeführt wird.*

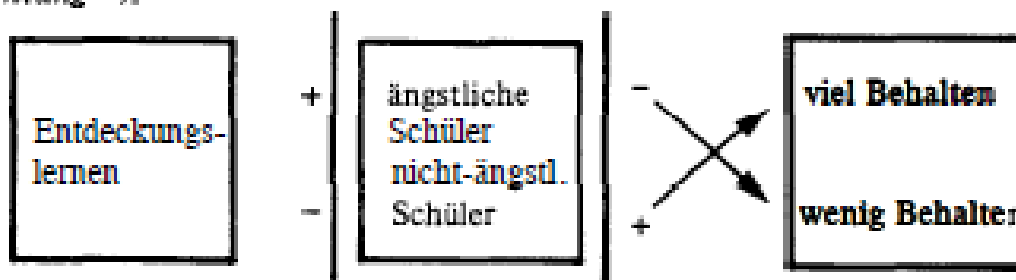


2.11.



Steht für: Wechselwirkung = die Wirkung von A auf C ist je nach dem Ausprägungsgrad von B positiv oder negativ, und zwar positiv bei geringer Ausprägung von B (B-), negativ bei großer Ausprägung von B (B+).

*Beispiel – (die häufigsten Beispiele sind Wechselwirkungen zwischen z.B. Unterrichtsmethodik und Schülereigenschaften in der Wirkung auf den Lernerfolg): Entdeckungslernen (A) führt (je mehr, desto stärker – positive Richtung –) bei nicht-ängstlichen (B-) Schülern zu gutem Behaltenserfolg (C+); bei ängstlichen Schülern (B+) führt es zu einem geringen Behaltenseffekt (C-: je mehr Entdeckungslernen, desto weniger Behalten – negative Richtung –).*

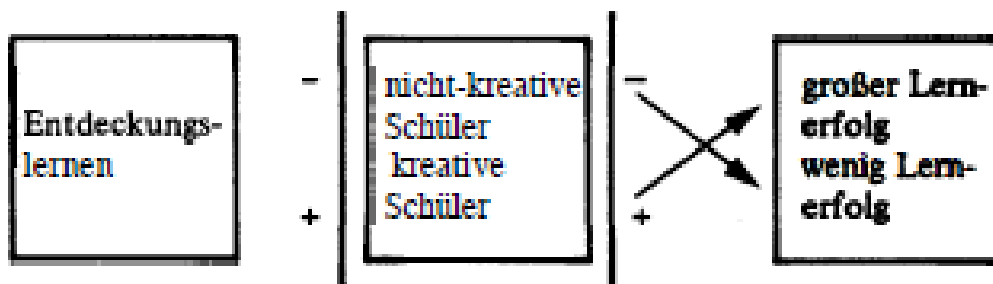


2.12.



Steht für: Wechselwirkung = die Wirkung von A auf C ist je nach dem Ausprägungsgrad von B positiv oder negativ, und zwar positiv bei starker Ausprägung von B (B+) und negativ bei geringer Ausprägung von B (B-).

*Beispiel: Entdeckungslernen (A) führt (je mehr, desto stärker – positive Richtung –) bei hochkreativen (B+) Schülern zu großem Lernerfolg (C+); bei nicht-kreativen (B-) Schülern führt es zu geringem Lernerfolg (C-; je mehr Entdeckungslernen, desto weniger Lernerfolg – negative Richtung –).*



### B. 3. Gewichtungen

Gewichtungen und Intensitäten können durch die Vorordnung bzw. Überordnung von Kärtchen abgebildet werden; dabei wird für das vor- bzw. übergeordnete Kärtchen (Konzept) immer das größere Gewicht/die stärkere Intensität im Vergleich zu dem/n nach- bzw. untergeordneten Kärtchen (Konzept/en) unterstellt.

Z.B. bei Und-Verbindungen hat das am weitesten links liegende (vorgeordnete) Kärtchen/Konzept das größte Gewicht; das äußerste rechte hat das geringste Gewicht.

Bei Oder-Verbindungen hat das oben stehende (übergeordnete) Kärtchen/ Konzept das stärkste Gewicht; das am tiefsten gelegte Kärtchen/Konzept hat das geringste Gewicht.

in bezug auf die Intensität von Abhängigkeitsbeziehungen hat die im Schaubild höher (oben) stehende (gelegte) Beziehung die größere Intensität im Vergleich zu darunter liegenden Beziehungen.

## Anhang VI

### Allgemeine Datenanalyse der Interviews

Durchgeführte **Interviews**: 6

**Datensättigung**: 5 Interviews ausgewertet

Interviews nach dem **Fachbereich**: Chirurgie: 1      Innere Medizin: 2      Neurologie:  
2

**Schuleintritt** nach November 2003: Ja; alle

**Berufserfahrung** in Jahren: 3; 2; 4; 3; 1 = Durchschnittlich 2,6 Jahre

Jahr der **Diplomierung**: 2007; 2008; 2006; 2007; 2008

**Sonder- oder Spezialausbildung; Weiterbildung**: nicht vorhanden

**Geschlecht**: weiblich 4                      männlich 1

**Alter** der befragten Person: 34; 27; 30; 25; 24 = Durchschnittlich 28 Jahre

**Dauer** der Interviews in Minuten: 14; 9; 4; 2; 8 = Durchschnittlich 7,4 Minuten

## **Anhang VII**

### **Interview A1**

#### **Zur 1. Interviewleitfrage**

Beratung in der Pflege ist ein sehr umfangreiches Thema. Beratung in der Pflege ist das Gespräch mit PatientInnen, wenn für diese gewisse Fragen zu einer Problematik auftreten. Eine Beratung muss nicht immer postoperativ sein oder in Bezug auf eine Entlassung, sie kann auch als Prophylaxe bzw. Prävention eingesetzt werden. Im Krankenhaus ist die Beratung meist bezogen auf postoperative Themen oder die Entlassung. Beraten kann man auch über das weitere Prozedere, wie sich die PatientInnen zu verhalten haben, damit die Genesung schneller voranschreitet.

Ein Beispiel für eine Beratung ist ein Beratungsgespräch nach einer Hüftprothese. Nach dieser Operation gibt es Maßnahmen die man einhalten muss, da die Gefahr einer postoperativen Hüftluxation für sechs Wochen relativ hoch ist. Es gibt Hilfsmittel, die für die PatientInnen für zu Hause bereits in der Klinik besorgt werden können. Es werden Verhaltensmaßnahmen erklärt wie z.B. dass die Hüfte nicht über 90° gebogen werden darf, dass die Hüfte beim Gehen nicht nach außen rotiert, dass Kompressionsstrümpfe bis sechs Wochen nach der Operation getragen werden müssen, dass eine Thromboseprophylaxe gemacht werden muss, dass eine Physiotherapie bzw. Rehabilitation ratsam ist oder dass darauf geachtet werden muss, dass die Toilette zu Hause die richtige Höhe hat.

#### **Zur 2. Interviewleitfrage**

Die Beratung in der Pflege hat keinen bestimmten Ablauf. Die Beratung erfolgt in der Interaktion, welche sich in der direkten Pflege entwickelt. Wenn z.B. am Vormittag die Pflegevisite durchgeführt wird, der Blutdruck und die Temperatur kontrolliert wird, man die Thromboseprophylaxe macht, die Körperpflege durchführt oder bei jeglichen Verbandswechsel oder anderen Therapien, dann kommen die PatientInnen mit ihren Fragen meist zu uns Pflegenden. Sie gehen eher zu Pflegepersonen und nicht zu den ÄrztInnen wenn sie Fragen haben, und die werden dann direkt in den genannten Situationen geklärt. Wenn es Themen sind die man weiß aber nicht beraten darf, dann verweist man auf die ÄrztInnenvisite. Wenn dann die ÄrztInnen da sind, dann fällt den PatientInnen das meiste nicht mehr ein. Man rät ihnen die Fragen auf einen Zettel zu schreiben, und diese Fragen dann Punkt für Punkt an die ÄrztInnen zu stel-

len. Die Beratung geschieht aber eigentlich im Rahmen der Pflege oder während einer Therapie.

Einen Ablauf hat eine Beratung insofern nicht, da PatientInnen ihre Gedanken, Fragen oder Anliegen äußern, und je nachdem ob gerade viel zu tun ist oder eine ruhige Phase ist, setzt man sich zu den PatientInnen und redet das mit ihnen aus. Hat man gerade keine Zeit oder glaubt dass das Beratungsgespräch länger dauert, dann verweist man die PatientInnen auf einen späteren Zeitpunkt, und trifft sich später im PatientInnenzimmer, um alles zu besprechen. Es ist nicht immer leicht, aber eigentlich wird darauf geachtet, dass man sich die Zeit für so ein Gespräch nimmt.

Viele PatientInnen sind schon vor einer Beratung sehr gut informiert. Diese PatientInnen haben meist ganz andere Fragen, auf die man auch eingehen muss. Es gibt aber dennoch viele Dinge, auf die gut informierte PatientInnen nicht denken, wie z.B. das eine Operation an der Hüfte über längere Zeit eine Einschränkung mit sich bringt, oder dass postoperativ auch starke Schmerzen entstehen können, denn viele glauben dass die Schmerzen nach der Operation weg sind. Es müsste eigentlich klar sein, dass eine Operation bzw. ein chirurgischer Eingriff solche Konsequenzen mit sich bringt.

### **Zur 3. Interviewleitfrage**

Zu bestimmten Thematiken fühlt man sich sicher ausreichend geschult, eine Beratung angemessen durchzuführen. Wenn man LehrerInnen in der Ausbildung hat, die sich z.B. sehr gut mit Diabetes auskennen, dann wird dieses Thema sehr stark geschult, auch in Bezug auf Beratung, d.h. zu so einem Thema traut man sich sehr wohl zu ein Beratungsgespräch, z.B. bzgl. Diäten, Diabetesdiäten oder die Wirkweise des Insulins führen zu können. Themen die man seit der Ausbildung relativ selten behandelt, wie z.B. über Diäten, dann macht die Diätberatung eben die DiätologInnen, da man sich als Pflegeperson wieder einlesen müsste. Themen die man während der Ausbildung sehr wenig oder gar nicht behandelte, muss man sich in der Arbeit aneignen, wie z.B. eine Beratung nach einem orthopädischen Eingriff. Themen auf die in der Ausbildung sehr viel Wert gelegt wurde, wie z.B. Dekubitus-, Obstipations- oder Thromboseprophylaxe, sind Themen über die man sicher beraten kann, vor allem Themen die Prophylaxen betreffen. Beratungsgespräche zu speziellen Diäten werden in der Ausbildung zwar behandelt, diese sind aber einfach zu umfangreich, dass es sicher besser ist, diese Themen von Spezialisten, wie z.B. von

DiätologInnen beraten zu lassen; diese wurden einfach anders dazu geschult. Als Pflegeperson weiß man zwar was PatientInnen essen dürfen und was nicht, aber über den Kostaufbau zu beraten ist etwas sehr Spezielles. Das ist die Aufgabe der Spezialisten. Es kommt auch immer auf das Fachgebiet an, in dem man arbeitet. In umfangreichen Fachgebieten ist es schwieriger spezielle zu einem Thema zu beraten, als wenn man z.B. auf einer Gastroenterologie arbeitet, wo die meisten Themen jeden Tag behandelt werden, und auf welche man als Pflegeperson sehr gut geschult ist. Je umfangreicher das Gebiet ist, desto besser ist es, wenn man für die einzelnen Sachen die jeweiligen Spezialisten hat.

Für den Ablauf eines Beratungsgespräches wurde man sicher nicht ausreichend geschult. Eine Beratung hat aber sicher sehr viel mit Intuition und Empathie zutun. Wenn man die Ausbildung speziell für Beratung nicht hat bzw. nicht gut geschult wurde, kann man ein Beratungsgespräch dennoch intuitiv richtig machen. Entweder man hat es oder man hat es nicht, man kann mit Menschen umgehen oder man kann es nicht. Das merkt man auch bei SchülerInnen. Die einen haben den Überblick, die gehen jetzt schon sehr gut mit den PatientInnen um, die können spontan auf verschiedene Themen einsteigen, und andere können dass wieder nicht. Diese SchülerInnen können bestimmt kein Beratungsgespräch angemessen durchführen, sodass die PatientInnen denken, das war ein gutes Gespräch. Die SchülerInnen können vielleicht die Fragen der PatientInnen beantworten, aber trotzdem fehlt noch etwas, dass liegt daran das viel mit Intuition zu tun hat.

## **Interview A2**

### **Zur 1. Interviewleitfrage**

Bei der Beratung in der Pflege kommen in erster Linie die PatientInnen. Man sagt ihnen was man jetzt mit ihnen macht; dass man ihnen auch sagt was sie nicht machen sollen; dass die Angehörigen informiert sind. Die Angehörigen informiert man, damit sie wissen wenn die PatientInnen z.B. etwas nicht essen dürfen oder etwas nicht machen sollen. Viele Dinge müssen in erster Linie die ÄrztInnen mitteilen, da Pflegenden zu vielen Themen keine Auskunft geben dürfen. Pflegenden können nur zu pflegerischen Themen beraten.

Es werden auch KollegInnen, PflegehelferInnen oder das Reinigungspersonal beraten, damit PatientInnen nicht etwas zu trinken von ihnen verlangen, obwohl sie nichts trinken dürfen. Ein anderes Beispiel wäre, wenn die PatientInnen aufstehen oder aufs Klo gehen wollen, sie eigentlich könnten aber nicht dürfen, weil sie Bettruhe haben.

Wenn PatientInnen oder Angehörige etwas machen wollen und man ihnen erklären muss warum das der Patient oder die Patientin einfach nicht machen darf oder machen soll. Es dürfen aber nur die pflegerischen Aspekte erklärt werden, denn Rest müssen die ÄrztInnen machen.

Was Beratung in der Pflege ist, ist schwer zu erklären, das ist einfach im Alltag, es funktioniert einfach.

Beratung passiert immer wieder, aber sie ergibt sich einfach so. Wenn z.B. PatientInnen sagen sie wollen heute duschen gehen und ich sage ihnen, dass sie nicht duschen können, weil sie z.B. einen Cover haben oder irgendein anderes Problem, wo das eben nicht möglich ist, dann entsteht eine Beratung, wenn ich ihnen das erkläre. Ein anderes Beispiel ist, wenn sich PatientInnen nicht mitteilen können und man den Angehörigen nahe legt, wie sie dennoch mit ihnen kommunizieren können. Die Einen deuten nur Ja oder Nein, oder machen Deutungen mit den Augen. Man muss den Angehörigen erklären, dass die Personen nun ein Patient oder eine Patientin ist. Sie können das nur schwer verstehen, vorher waren PatientInnen vielleicht völlig selbstständig und auf einmal gehen gewisse Dinge einfach nicht mehr. Es geht darum dass man ihnen erklärt warum diese Situation jetzt so ist. Häufig muss man Angehörigen auch erklären, dass wenn eine Person stöhnt sie vielleicht keine Schmerzen hat sondern nur etwas sagen will, oder umgekehrt.

Beraten kann man sich auch mit den TherapeutInnen, dass man sich einfach abspricht, um keine Probleme zu haben. Wie und wann die PatientInnen mobilisiert werden, damit sie z.B. beim Mittagessen nicht all zu erschöpft sind und etwas essen, dass sind Themen die man mit KollegInnen beraten sollte.

### **Zur 2. Interviewleitfrage**

Nein einen bestimmten Ablauf gibt es nicht, dass geht alles so nebenbei, zwischen rein, da gibt es keinen fixen Termin. Wenn PatientInnen da sind und etwas wissen wollen, dann sagt man ihnen das.

Es ist immer spontan. In Wirklichkeit ist es so, dass man keine Zeit hat, dass man sich mit den PatientInnen zusammensetzt und in Ruhe redet. Das passiert mitten im Krankenzimmer oder vor der Tür und das war es dann. Einen bestimmten Ablauf kann man aber nicht beschreiben.

### **Zur 3. Interviewleitfrage**

Für eine Beratung fühle ich mich häufig nicht befugt, bzw. bin ich häufig nicht berechtigt. Bei der Körperpflege fühlt man sich befugt, aber nur aus dem Grund, weil man die praktische Erfahrung hat. Es hat in diese Richtung keine Schulungen gegeben, außer das was man in der Schule gemacht hat. Beratung traue ich mir zu, dass kann ich. Ich habe es einmal gelernt, aber hauptsächlich kann ich das durch meine berufliche Erfahrung.

## **Interview A3**

### **Zur 1. Interviewleitfrage**

Wenn z.B. Angehörige kommen und eine Unterstützung oder Hilfe in der Pflege brauchen, dann erklärt man ihnen wie sie das zu Hause machen müssen; man erklärt ihnen die einzelnen Pflegeschritte.

Wenn PatientInnen kommen und irgendwelche Ratschläge brauchen, dann erklärt man es ihnen. Man zeigt PatientInnen etwas, an ihnen selber oder man gibt ihnen Tipps, wie sie das zu Hause machen können.

### **Zur 2. Interviewleitfrage**

Ich könnte nicht sagen, dass es von mir aus einen Ablauf gibt, weil wenn PatientInnen etwas wissen wollen ergibt sich das immer aus einem Gespräch. Ein Beratungsgespräch ergibt sich aus einer Situation heraus.

Ein Beispiel einer Beratung wäre, dass man in der Schulzeit die Stoma-Versorgung hat. Man stellt den PatientInnen und Angehörigen die Materialien vor, welche benötigt werden, wo man sie bekommt, wo man die Firmen kontaktiert und dann werden z.B. die Materialien erklärt. Man kann die Materialien und deren Verwendung vorzeigen, an den PatientInnen selber, wie sie funktionieren und dann sollen PatientInnen und Angehörige selber üben.

### **Zur 3. Interviewleitfrage**

Ich glaube nicht, dass ich angemessen geschult wurde. Wenn man mit anderen Krankenhäusern vergleicht, dann gibt es dort eine Stoma-Schwester, die genau auf das Thema geschult wurde, oder es gibt eigene DiätassistentInnen oder DiätologInnen, wo es hauptsächlich um die Ernährung geht. Dann kann man genau diese Personen zu speziellen Themen kontaktieren. Es gibt auch eigene Anti-Thrombose-Schwester für Stützstrümpfe, wo man PatientInnen und Angehörige hinweisen kann, wenn sie Informationen brauchen, können sie zu diesen Personen gehen und diese schulen die PatientInnen oder Angehörigen weiter. Für Kleinigkeiten, z.B. wenn PatientInnen Diabetes haben und man mit ihnen Einschulungen macht zum Insulin spritzen, dann würde man dazu schon eine Beratung machen, weil das etwas ist was man täglich macht. Auf speziellen Gebieten bin ich nicht ausreichend ausgebildet eine Beratung angemessen durchzuführen, für welche ich aber befugt wäre.



## **Interview A4**

### **Zur 1. Interviewleitfrage**

Beratung in der Pflege, dass kommt einmal darauf an bezüglich welchem Thema beraten wird. Ein ausreichender Kompetenzbereich muss vorhanden sein, was das jeweilige Thema betrifft. Es sollten alle Angehörigen, wenn man davon ausgeht der Patient wohnt allein, dass alle involviert sind, dass alle gemeinsam beraten und aufgeklärt werden, zu welchem Thema auch immer. Das wichtigste ist die Kompetenz.

### **Zur 2. Interviewleitfrage**

Es gibt keinen allgemeinen Ablauf. Meistens schaut man dass man sich einen Termin ausmacht, dass ein Angehöriger dabei ist, damit der Patient nicht die ganzen Informationen allein bekommt. Ein ruhiger Ort ist eine gute Voraussetzung, das ist wichtig. Im beruflichen Alltag kann es auch sein, dass es schnell gehen muss. Ein Beispiel wäre, wenn der Patient heute entlassen wird und er muss noch eingeschult werden, z.B. auf das Insulin spritzen, dann kann man die vorher genannten Punkte nicht immer berücksichtigen.

### **Zur 3. Interviewleitfrage**

Es kommt natürlich auch wieder darauf an zu welchem Thema, aber ich glaube, dass ich für das was wir auf der Station brauchen schon ausreichend geschult bin; wenn nicht, dann weiß ich aber wo ich die Informationen holen kann oder wer mir weiterhelfen kann.

Von der Ausbildung her bin ich nicht ausreichend geschult; aber durch meine Erfahrungen aus meinem Beruf.

## **Interview A5**

### **Zur 1. Interviewleitfrage**

Beratung, das ist ein Gespräch mit PatientInnen, wenn sie Fragen zu einem bestimmten Thema haben z.B. über Behandlungen, die Diagnose oder die Entlassung. Eine Beratung könnte sich auch mit etwas Präventiven beschäftigen. Als erstes steht immer der Patient oder auch die Angehörigen, dass die informiert sind. Beratung in der Pflege ist ein sehr umfangreiches Thema. Bei einer Beratung könnte es auch um das weitere Prozedere im Krankenhaus gehen, damit eine Genesung besser voranschreitet oder was im Weiteren ratsam ist. Dabei sollte eben auch immer mit anderen Therapeuten besprochen werden, über was man Patienten beraten kann oder noch beraten muss. Beratung in der Pflege ist auch dazu da, wenn man Patienten erklären muss oder soll, wieso sie gerade etwas nicht machen sollen, wieso sie sich jetzt nicht bücken können oder warum sie jetzt z.B. eine Thrombose-Spritze brauchen; das ist Beratung in der Pflege.

### **Zur 2. Interviewleitfrage**

Nein einen bestimmten Ablauf gibt es für mich nicht. Der Ablauf einer Beratung erfolgt für mich immer in der Pflege, also während einer Interaktion mit den Patienten oder Angehörigen, während der direkten Pflege. Beispielsweise können Beratungssituationen während der Pflegevisite, während verschiedener Maßnahmen oder eben auch während der Körperpflege entstehen. Der Grund ist, dass sich die Patienten meist an die Pflegenden wenden, weil Ärzte weniger Zeit haben bzw. weniger Zeit bei den Patienten verbringen, und wenn die Ärzte im Zimmer sind vergessen die Patienten meistens ihre Fragen. Wenn die Patienten aber zu Themen beraten werden wollen, über die ich zwar informieren könnte aber nicht berechtigt bin darüber zu beraten, dann verweise ich auf die Ärzte in der Visite und die Patienten sollen sich die Fragen einfach aufschreiben, damit sie die auch nicht vergessen. Eigentlich erfolgt Beratung innerhalb einer anderen Pflegemaßnahme oder wenn es eigentlich um ein anderes Thema in der Pflege geht und nicht als etwas Eigenständiges. Direkt einen Ablauf hat die Beratung im Allgemeinen nicht – nicht aus meiner Sicht. PatientInnen äußern einfach Fragen die ihnen gerade in den Sinn kommen und wenn man gerade Zeit hat, dann spricht man mit ihnen darüber. Wenn im Moment keine Zeit ist oder man merkt dass dieses Beratungsgespräch länger dauern wird, dann schaut man dass man zu einem späteren Zeitpunkt die Zeit für die Patienten findet. Im Allgemei-

nen ist es so, dass gerade für Gespräche, die Zeit im pflegerischen Alltag fehlt. Für eine Beratung und deren Inhalte wäre es schon wichtig, dass genügend Zeit vorhanden ist.

Es gibt sehr viele Patienten, welche bereits sehr über ihre Krankheiten informiert sind bzw. den Grund warum sie im Krankenhaus sind, auf das muss man bei einer Beratung auch eingehen. Diese Patienten glauben vieles oder alles bereits zu wissen, vieles wird aber falsch verstanden oder an vieles wird nicht gedacht, z.B. über Krankheiten oder zu Krankenhausaufenthalten. Zum Ablauf würde ich allgemein sagen, dass die Beratung in der Pflege einfach funktioniert, sie ergibt sich und ist deshalb fast immer etwas Spontanes. Einen konkreten Ablauf gibt es daher nicht.

### **Zur 3. Interviewleitfrage**

Von der Ausbildung allein gesehen, glaube ich nicht, dass ich ausreichend geschult wurde. Bestimmt nicht für alle Themen die mir entgegenkommen können oder mit denen ich konfrontiert wurde. Zu bestimmten Thematiken aber bestimmt, jene die in der Ausbildung stärker behandelt wurden z.B. sind das so Themen wie Diabetes, Dekubitus, Obsitpationsprophylaxe usw. Im beruflichen Alltag wird man mit bestimmten Themen nicht mehr konfrontiert, und dann wird wieder vieles vergessen. Es gibt auch viele Themen, in die ich mich vor einer Beratung einlesen müsste, wo ich mir nicht sicher wäre, ob ich noch alles weiß, was wichtig ist. Andere Fähigkeiten, wegen welchen ich glaube eine Beratung angemessen durchzuführen, habe ich bestimmt während der Ausübung meines Berufes erworben. In der Ausbildung hat man zwar Beratung zu speziellen Themen, wie z.B. Diäten schon durchgemacht, aber wenn der Patient diesbezüglich Fragen hat, dann verweise ich ihn auf andere Personen, z.B. bei Diäten auf DiätologInnen oder sonst an die Ärzte, wenn ich mir nicht sicher bin.

Die Regeln, wie man wahrscheinlich eine Beratung oder ein Beratungsgespräch richtig durchführt, wie man sich verhält, dafür wurden wir in der Ausbildung sicher zuwenig geschult. Solche Dinge haben wir bestimmt einmal gehört, aber ich könnte mich jetzt nicht erinnern, wie man sich während einer Beratung richtig verhält. Beratung ist sicher ein Thema, dass viel mit Intuition und Empathie zutun hat. Ich traue mich zu sagen, dass man ein Beratungsgespräch intuitiv richtig machen kann, ob das dann unbedingt den Regeln entspricht weiß ich nicht. Bei Pflegeschülern merkt man häufig, dass einigen die Gespräche mit den PatientInnen einfach liegen und den anderen

einfach nicht. Beratung ist aber auch nicht einfach Fragen zu beantworten, da geht es auch um das wie Fragen beantwortet werden. Ich bin mir sicher dass es bestimmte Regeln gibt wie man sich verhalten sollte, aber mir fallen keine ein.

Ob es Schulungen zum Thema Beratungsgespräche gibt weiß ich nicht, ich glaube nicht, aber das wäre bestimmt interessant.