

# Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Die Notwendigkeit einer Lebensstiländerung bei  
Hypertonie-Patienten mit Schwerpunkt auf Ernährung.  
Welchen Einfluss kann die Pflege im Bereich der  
Beratung und Weiterleitung von Patienten darauf  
nehmen?

Verfasserin

Tanja Wagreich

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Baden, im Februar 2009

Studienkennzahl:

A 057 122

Studienrichtung:

Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft

Betreuerin:

Univ. Doz. Mag. Dr. Ingrid Kiefer



## Inhaltsverzeichnis:

<b>1.</b>	<b>Einleitung</b>	<b>5</b>
<b>2.</b>	<b>Begriffserklärung</b>	<b>7</b>
2.1	Definitionen und Klassifikation	7
2.2	Diagnostik	10
2.3	Epidemiologie	11
2.4	Folgeschäden	13
<b>3.</b>	<b>Therapiemöglichkeiten bei Hypertonie</b>	<b>17</b>
3.1	Medikamentöse Therapie	18
3.1.1	Beta-Rezeptoren-Blocker	19
3.1.2	ACE-Hemmer	20
3.1.3	Angiotensin-II-Antagonisten	21
3.1.4	Kalzium-Antagonisten	21
3.1.5	Diuretika	22
3.1.6	Alphablocker	22
3.2	Nichtmedikamentöse Behandlung	23
3.2.1	Ernährungsumstellung	24
3.2.2	Bewegung	25
3.2.3	Stressbewältigung	28
<b>4.</b>	<b>Ernährungsbedingte Maßnahmen in der Hypertonie-Therapie</b>	<b>33</b>
4.1	Gewichtsreduktion bei Übergewicht und Adipositas	34
4.2	Natriumeinschränkung	35
4.3	Alkoholreduktion	37
4.4	Fettreduzierte Ernährung	39
4.5	Kaliumreiche Ernährung	40
4.6	Erhöhte Kalzium- und Magnesiumzufuhr	40
4.7	Kaffee- und Zigarettenreduktion	41

4.8	Mediterrane Ernährung	42
<b>5.</b>	<b>Pflegebezogene Patientenedukation</b>	<b>44</b>
5.1	Warum ist eine Beratung so wichtig?	45
5.2	Beratung als Zeitfaktor	50
5.3	Umfeld und Team	54
5.4	Informationsmöglichkeiten und –material	56
5.5	Einzelberatung und Gruppenschulung	58
5.6	Compliance	64
5.7	Aus-, Fort- und Weiterbildung	66
<b>6.</b>	<b>Qualitative Untersuchung</b>	<b>70</b>
6.1	Gütekriterien qualitativer Forschung	70
6.2	Beschreibung der Untersuchung und Forschungsfragen	71
6.2.1	Hinweise zur Testdurchführung	71
6.2.2	Organisatorische Formalitäten	71
6.3	Stichprobe	72
6.4	Das Interview	73
6.5	Beschreibung des Auswertungsverfahrens	74
6.6	Forschungsfragen	78
6.7	Zusammenfassende Inhaltsanalyse	79
6.7.1	Zusammenfassende Inhaltsanalyse der Patienten	79
6.7.2	Zusammenfassende Inhaltsanalyse der Pflegepersonen	101
6.7.3	Zusammenfassende Inhaltsanalyse der Diätologin	139
<b>7.</b>	<b>Beantwortung der Forschungsfragen</b>	<b>153</b>
<b>8.</b>	<b>Kritik und Grenzen der Untersuchung</b>	<b>156</b>
<b>9.</b>	<b>Interpretation, Schlussbetrachtung und Empfehlungen</b>	<b>157</b>
<b>10.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>162</b>

<b>11. Anhang</b>	<b>171</b>
11.1 Leitfaden für das Patienteninterview	171
11.2 Leitfaden für das Pflegepersoneninterview	173
11.3 Leitfaden für das Interview mit der Diätologin	176
11.4 Transkripte	178
Patienten	179
Krankenschwestern	199
Diätologin	217
Zusammenfassung / Abstract	222
Lebenslauf	224

### **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Einleitung des Bluthochdrucks	9
Tabelle 2: Klassifikation von Bluthochdruckbereichen	9
Tabelle 3: Die Initiative von antihypertensiver Behandlung	17
Tabelle 4: Vor- und Nachteile der Gruppenberatung	60
Tabelle 5: Vorschläge zur Unterrichtsgestaltung für das Basisseminar	68
Tabelle 6: Ausbildungscurriculum in drei Modulen	69

### **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: 6-phasiger Pflegeprozess	46
---------------------------------------	----

### **Abkürzungsverzeichnis**

BD	Blutdruck
BHD	Bluthochdruck
HT	Hypertonie
kcal	Kilokalorien
KH	Krankenhaus
LÄ	Lebensstiländerung
MB	Metabolisches Syndrom
mmHg	Millimeter Quecksilbersäule
NaCl	Natriumchlorid (Kochsalz)



# 1. Einleitung

Diese Diplomarbeit beschäftigt sich mit dem Thema der Lebensstilveränderung bei Hypertoniepatienten unter besonderer Berücksichtigung der Ernährung beziehungsweise einer Ernährungsumstellung, und welchen Einfluss diplomierte Pflegekräfte durch eine Beratung darauf nehmen können.

Bluthochdruck ist eine sehr häufige chronische Krankheit in Österreich und ihre Folgen können enorm sein. Das Thema Bluthochdruck und die dazugehörigen Medikamente sind mittlerweile gut erforscht. In den letzten Jahren wurde auch der Lebensstil bzw. Veränderungen in diesem Bereich immer mehr zum Gesprächsthema bei Hypertoniepatienten. Ein noch ziemlich unberührter Fleck zum Thema Bluthochdruck ist die Beratung und Weiterleitung der Patienten<sup>1</sup> an Beratungsstellen im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt. In Zukunft wird die Wichtigkeit der Beratung der Patienten immer mehr zunehmen, da die Patienten mehr Informationen zu ihren Krankheiten bekommen möchten, um autonom über ihr Verhalten bei der Krankheit entscheiden zu können.

Die Forschungsfragen dieser Untersuchung lauten:

- Wie sieht die Beratungssituation von Hypertoniepatienten durch die Pflege im Landeskrankenhaus Thermenregion Baden aus?
- Wie sieht die Situation der Weiterleitung von Patienten an Beratungsstellen und –zentren im Badener Spital aus?
- Welcher Beratungsbedarf besteht bei Hypertoniepatienten im Krankenhaus?
- Welche Stellung nimmt der Zeitmangel der Pflege in der Beratung ein?
- Welche Möglichkeiten stehen zur Verfügung, Einzel- und Gruppenberatungen im Krankenhaus durchzuführen?
- Wie sehen Pflegepersonen ihre Aufgabe in der Beratung?
- Über welches Wissen verfügen Pflegepersonen in Bezug auf einen blutdrucksenkenden Lebensstil?
- Welche Informationsmöglichkeiten stehen den Pflegepersonen im Krankenhaus zur Verfügung?

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text nur die männliche Form verwendet

Das Ziel dieser Untersuchung ist es, die Wichtigkeit der Pflege in der Rolle der Beratungsperson aufzuzeigen.

Zu Beginn dieser Arbeit werden Definitionen, Klassifikationen, die Diagnostik, sowie die Epidemiologie und die Folgeschäden von Bluthochdruck erläutert.

Im Weiteren werden die Therapiemöglichkeiten bei Hypertonie vorgestellt. Bei der medikamentösen Therapie werden die verschiedenen Medikamentengruppen und ihre Wirkungen und Nebenwirkungen aufgezeigt. Die nichtmedikamentöse Therapie beinhaltet Lebensstilveränderungen, die helfen können, den Blutdruck ohne Medikamente oder unterstützend zu Medikamenten zu senken oder unter Kontrolle zu bringen. Dazu zählen ernährungsbedingte Maßnahmen, Bewegungssteigerung, Stressreduzierung beziehungsweise Stressbewältigungsstrategien.

Anschließend wird auf die Ernährungsmaßnahmen bei Bluthochdruckpatienten eingegangen. Dazu wird auf den Natriumkonsum, das Übergewicht, die fettreduzierte Ernährung, das Rauchen, den Alkoholkonsum, den Kaffeekonsum, auf den Einfluss der Mineralstoffe Kalium, Kalzium und Magnesium und die Mediterrane Ernährung genauer Bezug genommen.

Ein wesentlicher Teil dieser Arbeit ist die pflegebezogene Patientenedukation. In diesem Kapitel wird auf die Beratung in der Pflege eingegangen, den Zeitfaktor, das Umfeld und Team, sowie Informationsmöglichkeiten und –materialien. Im Weiteren wird die Einzelberatung der Gruppenschulung gegenübergestellt, die Compliance besprochen und die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Pflege in der Beratung aufgezeigt.

Im Anschluss wird die qualitative Untersuchung näher erklärt und die Auswertung der Interviews vorgenommen.

Der letzte Punkt dieser Arbeit ist eine Schlussbetrachtung der Ergebnisse der Untersuchung, der Literatur sowie ein Ausblick auf die zukünftigen Möglichkeiten der Pflege in der Hypertonieberatung.

## **2. Begriffserklärungen**

### **2.1 Definitionen und Klassifikation**

#### **Blutdruck**

Der Blutdruck ist der Druck in den Blutgefäßen und Herzkammern. Im engeren Sinne der in, beziehungsweise an einer peripheren Arterie gemessene arterielle Blutdruck, der die Blutzirkulation bewirkt, von Herzleistung und Gefäßwiderstand (Tonus und Elastizität der Gefäßwand) abhängig ist und durch die Blutdruckregelung gesteuert wird. Meistens wird der Blutdruck in Millimeter Quecksilbersäule (mmHg) angegeben.

Der systolische Blutdruck ist der Blutdruck während der Herzsysteme, dies ist der höchste Punkt der Druckkurve bei direkter Blutdruckmessung.

Der diastolische Blutdruck ist der Blutdruck während der Herzdiastole, dies ist der niedrigste Punkt der Druckkurve. Der gemessene Blutdruck wird in der Reihenfolge systolischer Blutdruck / diastolischer Blutdruck angegeben (Pschyrembel, 2004, S. 240).

#### **Hypertonie**

Der sogenannte Bluthochdruck ist eine Hochdruckkrankheit. Bei dieser Krankheit leidet man an dauernder Erhöhung des Blutdrucks auf Werte von systolisch mehr als 140 mmHg und diastolisch auf mehr als 90 mmHg.

Pathophysiologisch wird unter Minutenvolumenhochdruck und Widerstandshochdruck unterschieden. Bei Minutenvolumenhochdruck ist das Herzminutenvolumen erhöht, dies führt vor allem zur Erhöhung des systolischen Blutdrucks, zum Beispiel bei Hyperthyreose. Der Widerstandshochdruck ist ein erhöhter Tonus der peripheren Widerstandsgefäße und hat vor allem die Erhöhung des diastolischen Blutdrucks zur Folge, zum Beispiel bei essentieller Hypertonie (Pschyrembel, 2004, S. 820).

## **Primäre Hypertonie**

Diese Art der Hypertonie ist eine chronische Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems, die unbehandelt zu zahlreichen direkten und indirekten Folgeschäden an Herz, Nieren oder auch Gefäßen führt und die Lebenserwartung deutlich verkürzen kann. Der kennzeichnende Befund der primären Hypertonie ist der chronisch erhöhte arterielle Blutdruck (Leinberger, 2005, S. 3).

Primärer (essentieller) Bluthochdruck bedeutet, dass für die Erhöhung des Blutdrucks keine alleinige Ursache gefunden werden kann. Über 90 % der Bluthochdruck-erkrankungen sind dieser Art des Blutdrucks zuzuordnen (Brauser und Sax, 2006, S. 19).

## **Sekundäre Hypertonie**

Sekundäre Hypertonie ist eine Bluthochdruckerkrankung, die als Folge einer anderen Grunderkrankung entsteht. Zu diesen Grunderkrankungen gehören am häufigsten Nierenerkrankungen und Veränderungen im Hormonhaushalt. An dieser Hypertonieform leiden etwa 10 % der Bluthochdruck Erkrankten (Brauser und Sax, 2006, S. 29).

Im Jahr 1999 verfasste die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gemeinsam mit der Internationalen Gesellschaft für Hypertonie (ISH) die Richtlinien zur Einteilung der verschiedenen Schweregrade der Hypertonie.

Alle Blutdruckwerte bis 130 mmHg systolisch und 85 mmHg diastolisch und darunter werden als normaler Blutdruck eingestuft, alle Werte, die unter 120/80 mmHg liegen, werden als optimaler Blutdruck bezeichnet.

Der noch normale Blutdruck von 130/85 mmHg bis 139/89 mmHg liegt zwischen einem normalen Blutdruck und einer leichten beziehungsweise beginnenden Hypertonie (Tabelle 1).

**Tabelle 1: Einteilung des Blutdrucks (Magometschnigg, 2007, S. 7):**

Ideal	< 120/80 mmHg
Normal	120-129/80-84 mmHg
Noch normal	130-139/85-89 mmHg
Hypertonie-Stadium 1	140-179/90-109 mmHg
Hypertonie-Stadium 2	≥ 180/110 mmHg
Isoliert systolische Hypertonie	≥ 140/<90 mmHg

Werte von 120-139/80-89 mmHg werden auch als Prähypertonie bezeichnet.

Überschreitet der Blutdruck einen Wert von 140/90 mmHg, wird von einer Hypertonie gesprochen. Diese wird nochmals unterteilt in leichte, mittelschwere und schwere Hypertonie. Beträgt der systolische Blutdruck über 140 mmHg und der diastolische Druck unter 90 mmHg, so wird er als isoliert systolische Hypertonie bezeichnet. Überschreitet bereits einer der beiden Werte die Grenze, das heißt systolisch über 140 mmHg oder diastolisch über 90 mmHg, besteht ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen (Tabelle 2) (Magometschnigg et al., 2007, S. 7).

**Tabelle 2: Klassifikation von Blutdruckbereichen (WHO / ISH, 1999, S. 152ff):**

Kategorie	Systolischer Blutdruck mmHg	Diastolischer Blutdruck mmHg
Optimaler Blutdruck	< 120	< 80
Normaler Blutdruck	< 130	< 85
Noch- normaler Blutdruck	130- 139	85- 89
Grad 1: leichte Hypertonie	140- 159	90- 99
Untergruppe: Borderline	140- 149	90- 94
Grad 2: Mittelschwere Hypertonie	160- 179	100- 109
Grad 3: Schwere Hypertonie	≥ 180	≥ 110
Isoliert systolische Hypertonie	≥ 140	< 90
Untergruppe: Borderline	140- 149	< 90

## 2.2 Diagnostik

Die Österreichische Gesellschaft für Hypertensiologie empfiehlt, für die Diagnose von Hypertonie folgende Regeln zu beachten (<http://www.hochdruckliga.at/>):

1. Regel: Um den Blutdruck eines Individuums einzuschätzen, braucht man zumindest 30 Messwerte.
2. Regel: Wenn von 30 Messwerten 7 oder mehr gleich oder höher 135/85 mmHg sind, liegt eine Hypertonie vor.
3. Regel: Therapieziel ist eine Blutdruckvariabilität im Normalbereich.

Bei 30 Messwerten (meistens Selbstmessungen) ergeben die Blutdruckmesswerte präzisere Blutdruckbeurteilungen, da die Variabilität des Blutdrucks besser eingerechnet werden kann. Die Zahl 7 als Grenzwert wurde deshalb gewählt, weil sie gleich dem internationalen Grenzwert zur Beurteilung von Selbstmessungen empfohlen wird, sie ist systolisch und diastolisch um 5 mmHg niedriger als der Grenzwert der Arztmessung (140/90 mmHg).

Wird davon ausgegangen, dass diese Annahme in jedem Fall gilt, sind die unterschiedlichen Normwerte und Klassifikationen, die mit Hilfe von Arztmessungen festgelegt wurden, stets um 5 mmHg nach unten zu revidieren.

Bei Diabetikern wird grundsätzlich schon eine Therapie bei einem Wert von  $\geq 130/80$  mmHg empfohlen, d.h. dass bei einem Patienten mit der Therapie zu beginnen ist, wenn bereits mehr als 7 von 30 Messwerten  $\geq 125/75$  mmHg betragen. Sehr wichtig für diese Messungen ist es, dass die Patienten in der Technik der Selbstmessung geschult sind. Durch die Selbstmessung ist der Patient weder zeitlich noch örtlich eingeschränkt, dies ist wesentlich, so kommt es zu keiner Einschränkung bei der Messung (z.B. Hypertonie am Arbeitsplatz) und man bekommt auch Werte außerhalb der Arztpraxis („white coat“ Effekt). Weiters sollte zur Evaluierung der Effizienz einer Blutdruckeinstellung, besonders auch wegen des Verhaltens des nächtlichen Blutdrucks, ein ambulantes Blutdruckmonitoring eingesetzt werden. Diese Methode kann zur Objektivierung verwendet werden, aber auch wenn die Selbstmessung nicht durchgeführt werden kann (Magometchnigg et al., 2007, S. 7).

Da es besonders wichtig ist, dass die Patienten ihren Blutdruck selbst messen können, ist die Verfügbarkeit von messgenauen und leicht zu handhabenden elektronische Blutdruckmessgeräten wesentlich. Da der Blutdruck in der Arztpraxis oder im Krankenhaus oft höher ist, ist es erforderlich zu Hause den Blutdruck selbst zu messen, um zu sehen, ob wirklich ein erhöhter Blutdruck vorliegt. Gemessen sollte der Blutdruck einmal am Vormittag und einmal am frühen Abend werden. Es konnte gezeigt werden, dass durch die Selbstmessung des Blutdrucks die Therapietreue der Patienten anhaltend hoch bleibt. Dadurch kommt es zur größeren Therapiesicherheit und der therapeutische Nutzen der Behandlung ist auch größer (Gotzen und Lohmann, 2005, S. 16f).

### **2.3 Epidemiologie**

Der hohe Blutdruck ist direkt für über 50 % der Todesfälle durch Schlaganfälle und für etwa 25 % der Todesfälle durch Koronare Herzkrankheit weltweit verantwortlich. In den USA ist die Behandlung der Hypertonie der häufigste Grund für Arztbesuche von Erwachsenen und für die Verschreibung von Medikamenten. In den letzten Jahrzehnten kam es zum Prävalenzrückgang der höhergradigen Hypertonie. Es wird ein klarer Anstieg der Hypertonie erwartet, wenn die weltweit steigende Prävalenz der Adipositas anhält, beziehungsweise wenn sich ihre Auswirkungen zeigen. Aufgrund der demographischen Trends und auch durch die höhere Prävalenz der Hypertonie bei älteren Menschen lässt sich eine höhere absolute Anzahl an älteren Personen mit einer Hypertonie erwarten. Das Risiko, in seiner Lebenszeit an Hypertonie zu erkranken, liegt bei Menschen ab 55 Jahren bei 90 % (Dorner und Rieder, 2004, S. 4).

Ab dem 50. Lebensjahr sinkt der diastolische Wert ab, der systolische Blutdruck nimmt dagegen mit zunehmendem Alter kontinuierlich zu. Bis zum 50. Lebensjahr wird das kardiovaskuläre Risiko sowohl von der Höhe des diastolischen als auch des systolischen Blutdruckes bestimmt, danach kommt dem systolischen Blutdruck eine wesentlichere Bedeutung zu. Deshalb geht ein hohes Lebensalter oft mit einem isoliert systolischen Bluthochdruckwert einher (Magometschnigg et al., 2007, S. 7).

Gefäß- und Herzerkrankungen zählen noch vor den Krebserkrankungen zu den häufigsten Todesursachen. In den meisten Ländern der Erde ist der erhöhte Blutdruck die Krankheit, die die meisten Menschen betrifft. Ungefähr 20 % der Bevölkerung bis zum 50. Lebensjahr ist von zu hohem Blutdruck betroffen (Gotzen und Lohmann, 2005, S. 25).

15 – 20 % der erwachsenen Bevölkerung der Industrieländer haben einen erhöhten Blutdruck. Männer leiden häufiger an einer Hypertonie als Frauen. Frauen haben diesen Vorteil aber nur bis zum Erreichen der Wechseljahre, danach ist Bluthochdruck bei Frauen sogar häufiger als bei Männern. Es wird angenommen, dass die weiblichen Geschlechtshormone einen gewissen Schutz vor Hypertonie und Herz-Kreislauf-Erkrankungen bilden (Middeke, Propisil und Völker, 2000, S. 14).

In Österreich wird geschätzt, dass etwa zwei Millionen Menschen an Hypertonie leiden. Rund 50 % der Hypertoniker wissen gar nichts von ihrem zu hohen Blutdruck. Nur  $\frac{2}{3}$  der Bluthochdruckpatienten werden dementsprechend behandelt, und von diesen werden nur 10 % ausreichend therapiert. Nur ungefähr 3 % der Hypertoniker in Österreich haben einen normalen Blutdruck, das heißt, nur 3 % der Schlaganfälle und Herzinfarkte, die zu vermeiden wären, werden tatsächlich auch verhindert. In Österreich gibt es eine große Zahl an Schäden, die durch zu hohe Blutdruckwerte verursacht worden sind. 48.000 Menschen kommen aufgrund eines Schlaganfalls jährlich in österreichische Krankenhäuser, etwa 10.000 sterben, wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind es 71.000 Menschen, rund 29.000 sterben daran. In Österreich stirbt ungefähr die Hälfte aller Menschen an einem Schlaganfall oder einer Herz-Kreislauf-Erkrankung (Hitzenberger und Magometschnigg, 2000).

In absoluten Zahlen starben im Jahr 2007 (<http://www.statistik.at>) 32.864 von 74.625 Menschen in Österreich an Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems. Dies entspricht etwa 44 % der österreichischen Bevölkerung.

Statistik Austria (<http://www.statistik.at>) verzeichnet im Jahr 2005 - 305.887 Spitalsaufnahmen wegen Herz-Kreislauf Erkrankungen, davon waren 174.238 mit Bluthochdruck, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz und zerebrovaskuläre Erkrankungen, dies entspricht 57 % der Herz-Kreislaufferkrankungen.

## 2.4 Folgeschäden

Nach Brauser und Sax (2006, S. 120ff) betreffen Komplikationen und Folgeerkrankungen vor allem Herz- und Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, chronische Nierenschwäche und Augen- Hypertone Retinopathie. Die Herz- und Gefäßkrankheiten können weiters in Koronare Herzkrankheit, Stabile Angina pectoris, Instabile Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschwäche und periphere arterielle Verschlusskrankheit unterteilt werden.

Die WHO teilt die Endorganschäden durch Hypertonie in 3 Grade ein (<http://www.who.int>):

- WHO-Grad 1: Es gibt klinisch keine nachweisbare Schädigung von Herz, Niere und Gehirn und einen normalen Augenhintergrund.
- WHO-Grad 2: Es kommt zur Schädigungen an Herz, Niere oder Gehirn und es gibt Augenhintergrundveränderungen (Fundus hypertonicus).
- WHO-Grad 3: Es zeigen sich Schädigungen mehrerer Organe und Augenhintergrundveränderungen (Retinopathie hypertensiva).

Die Symptome sind unspezifisch und sehr variabel, wie zum Beispiel Schwindel, Kopfschmerzen oder Sehstörungen. Die Symptome treten oft erst als Folge von Organschäden auf (Pschyrembel, 2004, S. 820).

Bluthochdruck ist einer der wichtigsten Risikofaktoren für die Entstehung von Arteriosklerose und ihrer gefährlichen, oft tödlichen Folgen, wie Herzinfarkt, Herzmuskelschwäche, Schlaganfall und Nierenversagen. Bluthochdruck und seine Komplikationen zählen zu den häufigsten Ursachen von Invalidität und Tod. Das Herz, das Gehirn und die Nieren sind die 3 Organgebiete, an denen sich die Folgeerkrankungen des hohen Blutdrucks hauptsächlich abspielen.

Die Arteriosklerose am Herz führt zu Veränderungen der Herzkranzgefäße, und es kann so zum Verschluss eines Gefäßbezirks mit einem Auftreten eines Herzinfarkts kommen. Verengungen können über den Sauerstoffmangel, besonders bei Belastung zur Brustenge (Angina pectoris) führen. Das Herz kann aber auf die Druckbelastung auch mit einer Zunahme der Muskelmasse besonders im Bereich der linken Herzkammer reagieren (Linksherzhypertrophie). Die Bewältigung des erhöhten Drucks bedeutet für den Herzmuskel eine erhebliche Mehrbelastung. Wird aber bei

der Linksherzhypertrophie ein bestimmtes Maß überschritten, dann kann die optimale Blutversorgung und die Ernährung des Herzmuskelgewebes, besonders unter körperlicher Belastung, nicht in allen Abschnitten gewährleistet werden. Die Folgen sind Angina pectoris, Überdehnung der linken Herzkammer und der linken Vorkammer mit Auftreten von Zeichen einer Herzmuskelschwäche oder auch das Auftreten von Herzrhythmusstörungen in Form von Extraschlägen beziehungsweise Vorhofflimmern.

Die häufigste Alterserkrankung des Nervensystems ist die Arteriosklerose des Gehirns. Dies kann zu zeitlich begrenzten, aber auch zu anhaltenden Durchblutungsstörungen mit nachfolgender Hirnleistungsschwäche, Nachlassen des Gedächtnisses, Schlaflosigkeit, Schwindelerscheinungen und Kopfschmerzen, sowie später zum Auftreten von Verwirrheitszuständen und Psychosen führen. Bei den schweren und anhaltenden Durchblutungsstörungen kann es zu kurzen Bewusstseinsverlusten, Sprachstörungen sowie einer schlaffen Lähmung kommen. Bei den schweren und anhaltenden Durchblutungsstörungen des Gehirns spricht man von einem Schlaganfall. Dieser wird durch eine völlige Unterbrechung der Durchblutung eines Gefäßbezirks ausgelöst. Infolge eines Gefäßverschlusses oder aber durch Einriss eines Gehirngefäßes mit nachfolgender Massenblutung in die Gehirnssubstanz kommt es zum bleibenden Ausfall größerer Hirnbezirke. Dies führt zu sofortigen Bewusstseinsstörungen und zu Lähmungen der Körpermuskulatur und zu Sprachstörungen. Diese Erkrankung ist in einem Großteil der Fälle nach kurzer Zeit tödlich. Die Lähmungen können sich zurückbilden, aber es kommt nur selten zur vollkommenen Normalisierung. Meistens ist eine ausgeprägte Pflegebedürftigkeit die Folge.

Die durch den Bluthochdruck bedingte Arteriosklerose der Niere spielt sich in den größeren und mittleren Nervenarterien ab. Die Durchblutungsstörungen können zu Verödung der harnbildenden Gefäßknäuel und auch zur narbigen Schrumpfung des Nierengewebes führen. Die hochdruckbedingte Schrumpfniere aktiviert einen Mechanismus, bei dem es zur vermehrten Freisetzung und Bildung blutdrucksteigernder Hormone kommt, was zu einer Blutdrucksteigerung führt. Der so ausgelöste Bluthochdruck kann durch Verselbstständigung schließlich zu Nierenversagen führen.

Eine weitere Folge von Bluthochdruck und auch der sich entwickelnden Arteriosklerose ist eine Aufweitung der Hauptschlagader. Dies wird als

Aortenaneurysma bezeichnet. Durch die Überdehnung kann die Innenschicht des Gefäßrohrs plötzlich einreißen, dies kann zu Komplikationen führen und ist sehr schmerzhaft. Ein Aneurysma kann auch platzen, dies führt zu einem inneren Verbluten. Eine rechtzeitige Operation kann dies verhindern (Gotzen und Lohmann, 2005, S. 25ff).

Wird ein hoher Blutdruck nicht behandelt, so kann er das Leben erheblich verkürzen. Leidet zum Beispiel ein 35-jähriger Mann an dauerhaftem Bluthochdruck von ungefähr 150/100 mmHg und wird nicht behandelt, so nimmt seine Lebenserwartung um 16,5 Jahre (von durchschnittlich 76,5 Jahren auf 60 Jahre) ab. Bei Behandlung und Senkung des Bluthochdrucks kann die Lebenserwartung wieder ansteigen oder normalisiert werden. Durch die Blutdrucksenkung können Folgeschäden an den Organen vermindert oder sogar verhindert werden. Die Anzahl der behandelten Hypertoniker ist sehr gering, nur zirka 25 % der Menschen mit Bluthochdruck werden behandelt und haben einen normalen Blutdruck. Etwa 30 % der Patienten mit hohem Bluthochdruck wissen nichts von ihrer Hypertonie. Da Bluthochdruck keine Schmerzen verursacht, merken die meisten Patienten nur durch eine Blutdruckmessung beim Arzt, dass sie einen zu hohen Blutdruck haben. Deshalb ist auch eine Selbstmessung des Blutdrucks sehr wichtig (Middeke, Prospisil und Völker, 2000, S. 12f).

Selbstmessung ist sehr wichtig um genauere Aussagen über den Blutdruck machen zu können. Dafür ist allerdings sehr wichtig, dass der Patient eine Schulung zur Selbstmessung erhält und das Patientengerät regelmäßig überprüft wird.

Standards für Arzt- und Selbstmessung des Blutdrucks (Slany et al., 2008, S. 13ff):

- Messung nach 5 Minuten entspanntem Sitzen.
- Harnblase entleert.
- 30 Minuten vorher nicht Rauchen und kein Alkohol.
- Korrekt dimensionalisierte Manschette, fest angelegt.
- Messgerät am entblößten Oberarm bzw.
- Am Handgelenk in Herzhöhe.
- Arm auf Unterlage abstützen (Tisch).
- Füße ruhig auf den Boden, nicht überkreuzen.

- Während des Messens kein Gespräch, kein Lärm.
- Wiederholung des Messens nach 1 – 2 Minuten.
- Schriftliche oder automatische Dokumentation von Blutdruck und Puls.

### 3. Therapiemöglichkeiten bei Hypertonie

**Tabelle 3: Die Initiative von antihypertensiver Behandlung**

(ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension, 2007, S. 1756)

Andere Risikofaktoren, Überdosis oder Krankheit	Blutdruck (mmHg)				
	Normal (120-129/ 80-84)	Hoch-Normal (130-139/ 85- 89)	Grad 1 HT (140-159/ 90- 99)	Grad 2 HT (160-179/ 100-109)	Grad 3 HT (≥ 180/ ≥ 110)
<b>Keine anderen Risikofaktoren</b>	Keine BD Intervention	Keine BD Intervention	LÄ für mehrere Monate, dann MB, falls BD un-kontrolliert	LÄ für mehrere Monate, dann MB, falls BD un-kontrolliert	LÄ und sofortige MB
<b>1 - 2 Risikofaktoren</b>	LÄ	LÄ	LÄ für mehrere Monate, dann MB, falls BD un-kontrolliert	LÄ für mehrere Monate, dann MB, falls BD un-kontrolliert	LÄ und sofortige MB
<b>≥ 3 Risikofaktoren, Multiple Sklerose oder Überdosis</b>	LÄ	LÄ und eventuelle MB	LÄ und MB	LÄ und MB	LÄ und sofortige MB
<b>Diabetes</b>	LÄ	LÄ und MB	LÄ und MB	LÄ und MB	LÄ und sofortige MB
<b>Feststehende kardiovaskuläre oder renale Krankheit</b>	LÄ und sofortige MB	LÄ und sofortige MB	LÄ und sofortige MB	LÄ und sofortige MB	LÄ und sofortige MB

Blutdruck (BD)

Hypertonie (HT)

Lebensstiländerung (LÄ)

Medikamentöse Behandlung (MB)

Die oben dargestellte Tabelle zeigt, dass wenn keine anderen Risikofaktoren vorhanden sind Lebensstiländerungen und eventuell / sofort eine medikamentöse Behandlung ab einem Blutdruckwert von 140/90 mmHg induziert sind. Sind jedoch Risikofaktoren vorhanden, wie beispielsweise Diabetes, erbliche Veranlagung, Übergewicht sollte auch bei normalen bis leicht erhöhtem Blutdruck der Lebensstil verändert werden und auch eine medikamentöse Behandlung ist früher notwendig.

Eine Studie von Winnicki et al (2006, S. 1479ff) zeigte, dass Personen mit Grad 1 Bluthochdruck ohne Bluthochdruckfamiliengeschichte ein höheres Risiko haben könnten, eine schwerere Hypertonie zu entwickeln im Vergleich zu Personen mit Bluthochdruckfamiliengeschichte. Dieses erhöhte Risiko könnte auf deren schlechteres Lebensstilprofil über die Zeit zurückzuführen sein. Gesünderer Lebensstil sollte allen hypertensiven Individuen inklusive den Patienten mit günstigem Lebensstil empfohlen werden.

### **3.1 Medikamentöse Therapie**

Bei einem Großteil der Hochdruckpatienten ist eine medikamentöse Therapie notwendig. Dabei sollte geklärt werden, ob die Ursache des Bluthochdrucks behandelt werden kann, zum Beispiel eine Einengung einer Nierenschlagader oder auch eine Geschwulst der Nebenniere, die man operativ behandeln kann. Dies betrifft allerdings nur weniger als 10 % der Fälle. Liegt aber eine essentielle Hypertonie vor, kann der Blutdruck nicht auf eine einzelne Ursache zurückgeführt werden. Bei dieser Hypertonieform werden zu den Allgemeinmaßnahmen, die man selbst ergreifen kann, in der Regel auch blutdrucksenkende Medikamente verschrieben.

Am Anfang einer Medikation bei Hypertoniepatienten wird meist ein Medikament - und dieses in niedriger bis mittlerer Dosis - gegeben. Wirkt das blutdrucksenkende Medikament nicht genügend, wird zu einer anderen Substanz oder zu einer Kombination von mehreren Medikamenten gegriffen. Liegt ein schwerer Bluthochdruck vor, ist es meistens nötig, mehrere Medikamente gleichzeitig einzunehmen. Bei der medikamentösen Behandlung des Blutdrucks handelt es sich in der Regel um eine Dauertherapie, deshalb ist hier die Therapietreue beziehungsweise Einnahmezuvverlässigkeit des Patienten von großer Bedeutung.

Im Allgemeinen lassen sich blutdrucksenkende Medikamentengruppen durch ihre Eigenschaften unterscheiden (Gotzen und Lohmann, 2005, S. 51f):

- Substanzen, die den Salz- und Wasserhaushalt beeinflussen, wie Diuretika und Saluretika,
- Substanzen, die über eine Gefäßerweiterung blutdrucksenkend wirken, wie Kalziumkanalblocker- Kalziumantagonisten,
- Substanzen, die das blutdrucksteigernde Hormonsystem der Nieren, Renin-Angiotensin, blockieren, wie die ACE-Hemmer oder die Angiotensin-II-Rezeptor-Antagonisten,
- Sympathikushemmstoffe, einschließlich der Substanzen, die die sogenannten Alpha- und/oder Beta-Adrenorezeptoren blockieren.

### **3.1.1 Beta-Rezeptor-Blocker**

Beta-Rezeptor-Blocker (Betablocker) wirken sich auf das sympathische Nervensystem, vor allem auf das Herz, abschwächend aus. Die Betablocker schirmen die Betarezeptoren des Herzens gegen die Wirkung der aus den sympathischen Nervenfasern und aus dem Nebennierenmark freigesetzten Kreislaufhormone Noradrenalin und Adrenalin ab. Betablocker werden vor allem bei jungen Hypertoniepatienten verwendet, die als Ausdruck einer gesteigerten Sympathikusaktivität eine hohe Pulsfrequenz haben. Betablocker werden aber auch bei älteren Patienten verschrieben, besonders wenn diese an koronaren Herzkrankheiten und deshalb auch unter Herzschmerzen leiden. Nebenwirkungen von Betablockern können kalte Hände und Füße, Schlafstörungen und rasche muskuläre Ermüdbarkeit sein. Unter keinen Umständen sollten Betablocker bei Asthma bronchiale, einer noch nicht ausreichend behandelten Herzmuskelschwäche und bei einer Pulsverlangsamung unter 50 Schläge pro Minute eingenommen werden (Gotzen und Lohmann, 2005, S. 53f).

### 3.1.2 ACE-Hemmer

Angiotensin-Conversion-Enzyme-Hemmer, kurz ACE-Hemmer, wirken auf eine komplexe Weise. Der Hauptmechanismus der ACE-Hemmer ist, dass die Substanzen das blutdrucksteigernde Hormonsystem der Niere, das Renin-Angiotensin, beeinflussen und zu einer verminderten Bildung des blutdrucksteigernden Wirkstoffs Angiotensin II führen. Ist dieser gefäßverengende Stoff im Organismus vermindert vorhanden, so werden die Gefäße weitgestellt, und dadurch sinkt der Blutdruck ab. Weiters führt die Verminderung der Konzentration von Angiotensin II über indirekte Wirkungen auf die Niere mit vermehrter Ausscheidung von Wasser und Kochsalz zu einer Blutdrucksenkung.

ACE-Hemmer senken den Blutdruck auch aufgrund der dämpfenden Effekte auf das sympathische Nervensystem und den verminderten Abbau von körpereigenen Stoffen, welche eine gefäßerweiternde Wirkung haben. ACE-Hemmer haben nur wenige Nebenwirkungen, wie vorübergehende Hautrötung, Geschmacksstörungen und auch trockenen Reizhusten. Diese Medikamente scheinen im Vergleich zu anderen die Lebensqualität nicht so zu beeinflussen. Kommt es aufgrund der ACE-Hemmer-Therapie zu einem anhaltenden trockenen Reizhusten, dann ist dies ein Anlass, die Therapie zu beenden. In manchen Fällen, vor allem bei Einschränkungen der Nierenfunktion, kann es zu Nebenwirkungen auf das Blutbild und eine vermehrte Eiweißausscheidung im Urin kommen.

Bei Schwangeren und stillenden Müttern dürfen ACE-Hemmer nicht verschrieben werden, da die Substanzen sich über den Mutterkuchen und die Muttermilch auf das Kind übertragen und so zu einem akuten Nierenversagen beim Kind führen können. Aus diesem Grund werden ACE-Hemmer bei Frauen im gebärfähigen Alter wenn möglich nicht verwendet. Abgeraten werden ACE-Hemmer auch bei Patienten, die an Erkrankungen des Immunsystems leiden. Besonders bewährt haben sich ACE-Hemmer in der Bluthochdrucktherapie von Zuckerkranken und bei Patienten mit einer Herzmuskelschwäche. In der niedrigen Dosierung wirken ACE-Hemmer schützend auf die Niere und können auch eine schädliche Eiweißausscheidung im Urin vermindern oder in manchen Fällen sogar beseitigen (Gotzen und Lohmann, 2005, S. 56f).

### **3.1.3 Angiotensin-II-Rezeptor-Antagonisten**

Angiotensin-II-Rezeptor-Antagonisten (AT1-Rezeptoren-Blocker) heben die Wirkung von Angiotensin II direkt auf. Angiotensin II wirkt über eine Stimulation von AT1-Rezeptoren an der glatten Gefäßmuskulatur blutdrucksteigernd, demnach sinkt der Blutdruck, wenn die Rezeptoren blockiert werden. AT1-Rezeptoren-Blocker sind in der Regel noch verträglicher als ACE-Hemmer. Nur sehr selten kommt es zu trockenem Reizhusten oder einem angioneurotischen Ödem. Es können demnach AT1-Rezeptoren-Blocker als Alternative zu ACE-Hemmern bei trockenem Reizhusten beziehungsweise Angioödem gesehen werden, allerdings unter sorgfältiger Überwachung. In zahlreichen Studien wurde gezeigt, dass AT1-Rezeptoren-Blocker bei sonst gleichen Anwendungsgründen wie bei den ACE-Hemmern ein gleichwertiges Therapieprinzip haben. Besonders bei Problempatienten zeigen AT1-Rezeptoren-Blocker durch ihre gute Verträglichkeit Vorteile gegenüber ACE-Hemmern (Gotzen und Lohmann, 2005, S. 57f).

### **3.1.4 Kalzium-Antagonisten**

Kalziumantagonisten, auch Kalziumkanalblocker genannt, bremsen den Eintritt von Kalzium in die Gefäßmuskelzellen. Dies ist wichtig für Blutdruckpatienten, weil festgestellt wurde, dass Hypertoniekranken einen erhöhten Kalziumgehalt in den Gefäßmuskeln haben, wodurch die Gefäße dauerhaft verengt werden. Die Nebenwirkungen der Kalziumantagonisten sind gelegentlich auftretende Rötungen des Gesichts und Wassereinlagerungen im Bereich der Fußknöchel beziehungsweise Unterschenkel. Die Kalziumantagonisten vom Verapamil-Typ können als Nebenwirkung eine Verlangsamung der Herzfrequenz zur Folge haben, aber es kann auch zu einer Verstopfung kommen. Kalziumantagonisten haben keine ungünstige Beeinflussung des Zuckerstoffwechsels und der Blutfette zur Folge. Dies ist für einige Patienten von großem Vorteil, wenn sie an Diabetes oder auch an zu hohen Blutfettwerten leiden (Gotzen und Lohmann, 2005, S. 54f).

### **3.1.5 Diuretika**

Diuretika / Saluretika führen zu einer vermehrten Ausscheidung von Kochsalz und Wasser durch die Niere. Durch die Entfernung von Natrium kommt es zu einer Blutdrucksenkung, weiters zu einer Abnahme des erhöhten Blutdrucks durch Diuretika / Saluretika, dadurch entsteht eine Gefäßerweiterung. Liegt eine eingeschränkte Nierenfunktion vor, müssen stärker wirksame Diuretika verwendet werden. Diuretika / Saluretika führen bei längerer Einnahme nicht nur zu Verlust von Kochsalz, sondern auch von Kalium. Da sich aber Kalium positiv auf den Bluthochdruck auswirkt, kann es durch einen Kaliummangel zu unerwünschten Folgeerscheinungen kommen. Es wäre demnach von Vorteil, bei einer Einnahme von Diuretika / Saluretika auf eine kaliumreiche Ernährung zu achten. Bei höheren Dosen von Diuretika / Saluretika kann es zum Anstieg der Serumharnsäurewerte, des Blutfettspiegels aber auch des Blutzuckerspiegels kommen. Weitere Nebenwirkungen von Diuretika sind Müdigkeit, Schwindel und Potenzstörungen. Es sollte versucht werden, Diuretika / Saluretika in möglichst niedrigen Dosen einzunehmen. Diuretika werden hauptsächlich in Kombination mit anderen blutdrucksenkenden Medikamenten verschrieben (Gotzen und Lohmann, 2005, S. 52f).

### **3.1.6 Alphablocker**

Alphablocker, oder auch Alpha-1-Rezeptoren-Blocker genannt, hemmen die Wirkung gefäßverengender Substanzen (Katecholamine), und führen so über eine Gefäßerweiterung zur Blutdrucksenkung. Alphablocker sind besonders zur Kombination mit anderen blutdrucksenkenden Medikamenten geeignet, wie zum Beispiel mit Betablockern oder Diuretika. Alphablocker haben keine negativen Wirkungen auf den Zucker- und Fettstoffwechsel, sie können auch bei gutartiger Vergrößerung der Prostata den Harnfluss funktionell günstig beeinflussen. Nebenwirkungen der Alphablocker sind stärkerer Blutdruckabfall im Stehen, besonders zu Beginn der Behandlung, Herzklopfen und Kopfschmerzen. Alphablocker werden nur noch im Rahmen einer komplexeren Mehrfachtherapie des

Bluthochdrucks, in Kombination mit einem Diuretikum / Saluretikum und einem Betarezeptorenblocker verwendet (Gotzen und Lohmann, 2005, S. 58).

### **3.2 Nichtmedikamentöse Behandlung**

Um den Bluthochdruck besser in den Griff zu bekommen, sollten in der Praxis folgende Punkte beachtet werden (Rieder, 2003, S. 19):

- Regionale Präventionsprogramme und Hypertoniekampagnen können die Betroffenen informieren.
- Im Rahmen einer Hypertonietherapie sollte eine ausführliche Lebensstilanamnese und eine Lebensstilberatung gemacht und auch deren Erfolg evaluiert werden.
- Es sollten Lebensstilanamnesen, die Motivation und auch die Beratung normotensiver Personen auch im mittleren Alter in die Lebensstilmaßnahmen einbezogen und präventiv versorgt werden.
- Wichtig für eine Kostensenkung für das Gesundheitssystem sind eine optimale Compliance, konsequente medikamentöse Therapie (dies betrifft sowohl das Absetzen als auch das mehrmalige Wechseln der Medikamente), regelmäßige, konsequente Blutdruckkontrollen, effiziente Lebensstiländerung und das Erreichen der Zielwerte.
- Bei der Entwicklung und Behandlung einer Hypertonie sollte auf geschlechtsspezifische, altersspezifische, ethnische und soziale Unterschiede Rücksicht genommen werden.

Bei Auftreten einer Hypertonie gibt es mehrere Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Grundsätzlich ist das Blutdruckbewusstsein bei Frauen stärker vorhanden als bei Männern. Frauen messen häufiger selbst ihren Blutdruck und erhalten auch öfter eine medikamentöse Therapie als Männer. So entfallen auf Frauen die höheren direkten hypertonieassoziierten Kosten.

Soziale Faktoren haben bei Männern und Frauen einen Einfluss auf die Prävalenz der Hypertonie. Zum Beispiel gehen geringe Bildung und niedriges Einkommen meist in Verbindung mit einer höheren Prävalenz einher (Rieder, 2003, S. 14).

### 3.2.1 Ernährungsumstellung

Es gibt mehrere Risikofaktoren, die Bluthochdruck begünstigen, einer davon ist Übergewicht. Je größer die Überschreitung des Normalgewichts ist, umso mehr steigt auch das Risiko für Hypertonie. Deshalb sollte darauf geachtet werden, dass das Übergewicht reduziert wird. Aber nicht nur ein Zuviel an Nahrung kann die Entstehung von Hypertonie begünstigen, sondern auch die Art und Weise, wie eine Person sich ernährt, trägt zum Bluthochdruck bei (Undeutsch und Kohl, 1999, S. 15).

Sehr viele Bluthochdruckpatienten sind übergewichtig und haben auch erhöhte Blutfettwerte und einen gestörten Zuckerstoffwechsel. Die vier eben genannten gesundheitlichen Probleme werden laut IDF (International Diabetes Federation, <http://www.idf.org/home/index.cfm?node=1429>) als das metabolische Syndrom bezeichnet. Allein durch die Normalisierung des Körpergewichts kann es dazu kommen, dass die Zahl der einzunehmenden blutdrucksenkenden Medikamente vermindert wird oder diese sogar abgesetzt werden können. Die beste Ernährung für Patienten mit zu hohem Blutdruck ist eine kalorienbeschränkte Mischkost (Gotzen und Lohmann, 2005, S. 29). Laut der österreichischen Adipositas Gesellschaft ([http://www.adipositas-austria.org/index\\_le.html](http://www.adipositas-austria.org/index_le.html)) gilt als Richtlinie für die tägliche Energiezufuhr im Rahmen einer Kalorienreduktion eine Aufnahme von 1.000 bis 1.2000 kcal für Frauen und 1.200 bis 1.500 kcal für Männer, unter Berücksichtigung des Energieverbrauches sowie Alter und genetische Faktoren.

Die Ernährung spielt bei Hypertonie eine wichtige Rolle, sowohl bei der Entstehung als auch bei der Behandlung, unabhängig davon, ob es eine Veranlagung für die Krankheit gibt oder es eine Folge des Lebensstils ist. Der Lebensstil kann durch das persönliche Ernährungsverhalten, den Umgang mit Genussmitteln und Stress sowie durch die allgemeine Lebensführung beeinflusst werden (Hund-Wissner, 2003, S. 191).

Zu den wichtigsten ernährungstherapeutischen Maßnahmen gehören die Normalisierung des Gewichts und die Natriumrestriktion. Bei Übergewicht sollte ein Body Mass Index (BMI) von < 25 angestrebt werden. Empfohlen wird eine Abnahme von 500 g pro Woche. Besonders wichtig bei der Gewichtsreduktion sind die

Fettkonsumabnahme und die Zunahme der Kohlenhydrat- und Ballaststoffaufnahme. Die Behandlung von adipösen Patienten sollte in Zusammenarbeit von Ärzten, Psychologen, Diätologen und Bewegungstherapeuten erfolgen (Hund-Wissner, 2003, S. 192).

### **3.2.2 Bewegung**

Der Bewegungsmangel ist ein weiterer Risikofaktor für die Entstehung von Bluthochdruck.

Es ist äußerst wichtig, bei Bluthochdruck Sport / Bewegung zu betreiben. Besonders gut geeignet für Hypertoniepatienten sind Ausdauersportarten, zu denen zum Beispiel Langlaufen, Jogging, Radfahren, Nordic Walking, Schwimmen, Wandern oder auch nicht zu anstrengendes Gartenarbeiten zählen.

Es sollte immer darauf geachtet werden, dass der Sport anfangs nicht übertrieben wird, ein langsamer Aufbau des Trainings ist empfehlenswert. Dabei sollte mit leichtem Joggen begonnen werden, das heißt, eine Abwechslung zwischen Laufen und Gehen. Nach und nach soll die Laufzeit gesteigert werden, bis dreißig Minuten laufend durchgehalten werden können (Undeutsch und Kohl, 1999, S. 25f).

Wenn sich der Blutdruck schon unter Ruhebedingungen nicht im idealen Bereich befindet, dann muss bedacht werden, dass unter körperlicher Belastung der Blutdruck weiter in die Höhe steigt. Bei Hypertonie sollten sogenannte statische Belastungen, wie zum Beispiel schwere Lasten tragen, Gewichte heben und Krafttraining vermieden werden, da bei dieser Belastung hohe Blutdruckwerte zu erwarten sind (Franke und Mühlhauser, 1998, S. 24).

Will man die anfängliche „Bewegungs-dosis“ ermitteln, kann bei einem Arzt ein Belastungs-EKG gemacht werden, um zu sehen, welchen Belastungen der Körper standhalten kann (Novotny und Novotny, 2000, S. 95).

Es hat sich gezeigt, dass körperliche Betätigung beziehungsweise Sport zu einer Lebensverlängerung von Bluthochdruckkranken führen kann. Es wird auch davon ausgegangen, dass regelmäßiges körperliches Training das individuelle

Risikofaktorenprofil günstig beeinflusst. Erfahrungen haben gezeigt, dass eine regelmäßige körperliche Aktivität oft zu einer allgemeinen Änderung der Lebensgewohnheiten führt, zum Beispiel, es wird zum Rauchen aufgehört oder es wird weniger Alkohol getrunken (Gotzen und Lohmann, 2005, S. 49).

Wie schon erwähnt, ist das längere Ausdauertraining, das länger als 15 Minuten durchgeführt wird, Bewegung, die den Blutdruck senken kann. Sogar bei untrainierten Hochdruckpatienten kommt es zu einem bis zu einer Stunde nachweisbaren Blutdruckabfall. Dies ist die Folge einer stoffwechselbedingten, anhaltenden Gefäßweitstellung. Ein regelmäßiges Ausdauertraining kann eine bleibende Senkung des peripheren Gefäßwiderstands als Anpassung an die wiederholten Gefäßweitstellungen bewirken, auch eine vegetative Umstellung im Sinne einer verminderten Sympathikusreaktion kann beteiligt sein. Sport ist eine Maßnahme, die blutdrucksenkend wirkt, bei der sonst auf nichts verzichtet werden muss. Sport belohnt durch Erfolgserlebnisse und er kann auch zur Leistungssteigerung im Alltag, Beruf und in der Freizeit führen. Die Belastung sollte allerdings lange genug durchgeführt werden, da sie sonst nicht wirken kann. Das Minimum liegt in etwa bei 5 - 10 Minuten. Optimal wäre eine körperliche Aktivität, die zirka 30 - 40 Minuten ausgeführt wird. Weiters sollte das Training mindestens 2 – 3 mal pro Woche durchgeführt werden.

Auch zu beachten ist der blutdrucksteigernde Faktor Kälte. Dieser spielt vor allem eine Rolle beim Schwimmen im kalten Wasser, im Zusammenhang mit der Sauna beim Sprung ins kalte Wasser oder beim alpinen Skifahren. Extremsportarten sind allgemein für Hochdruckkranke wenig geeignet, dazu gehören zum Beispiel Tauchen, aber auch psychisch stark belastende Sportarten wie Fallschirmspringen (Gotzen und Lohmann, 2005, S. 86ff).

Die Wirkmechanismen von Bewegung und Sport sind ähnlich wie eine Reihe von Hochdruckmedikamenten (Middeke, Pospisil und Völker, 2000, S. 112f):

- Durch den Schweiß, der bei der Bewegung produziert wird, und durch die verstärkte Atmung wird Salz und Wasser ausgeschieden und so die Blutmenge verringert. Ist weniger Blut im Gefäßsystem, so ist auch der Druck geringer. Der Salzverlust wirkt sich günstig auf die Elastizität der Gefäße aus.

- Wird ein Training lange genug durchgeführt, so dämpft dies den Sympathikus. Der Blutdruck sinkt, wenn die Blutgefäße, die sich unter dem Einfluss des Sympathikus zusammenziehen, geweitet bleiben.
- Sport bringt den Körper dazu, Gewicht zu verlieren und eine bessere Kondition zu erreichen, dies lässt den Blutdruck sinken. Pro verlorenes Kilo kann der Blutdruck um 2 bis 3 mmHg systolisch und diastolisch gesenkt werden.
- Sport kann den Blutdruck besonders in Belastungs- und Stresssituationen senken.

Bei Übergewicht sind besonders jene Sportarten zu empfehlen, bei denen das Gewicht vom Sportgerät oder Medium getragen wird. Günstig dafür sind Sportarten wie Schwimmen und Radfahren.

Bergiges Gelände beim Wandern, Skilaufen oder auch Radfahren treiben den Kraftanteil in die Höhe und lassen so den Blutdruck steigen.

Sportliche Vorkenntnisse sind auch ein zu bedenkender Faktor. Für erfahrene Skiläufer ist das Skifahren keine große Anstrengung im Gegensatz zu Anfängern. Für diese bedeutet Skilaufen einen großen Kraftakt und dadurch kann der Blutdruck erheblich ansteigen (Midekke, Pospisil und Völker, 2000, S. 116).

Die Studie von Hu et al. (2004, S. 25ff) zeigte, dass regelmäßige körperliche Aktivität das Risiko von Hypertonie sowohl bei Männern als auch bei Frauen, mit oder ohne Übergewicht, senkt. Während der Nachuntersuchungsperiode von 11 Jahren entwickelten von 8.302 Männern und 9.139 Frauen im Alter zwischen 25 und 64 Jahren, 787 Männer und 813 Frauen einen Bluthochdruck. Die Patienten die in dieser Zeit eine Hypertonie entwickelten waren sichtlich älter, deren Body Mass Index und Basisblutdruck war höher, sie hatten weniger Bildungsjahre, waren weniger oft Raucher, weniger körperlich aktiv und öfters korpulent oder übergewichtig - verglichen mit den Patienten, die keine Hypertonie entwickelten. Im Vergleich mit übergewichtigen Personen, welche einen geringen körperlichen Aktivitätslevel angaben und denen, die hohe körperliche Aktivität und Normalgewicht angaben, zeigten Letztere ein 56 % niedrigeres Risiko bei Männern und 46 % bei Frauen, an Hypertonie zu erkranken.

Die Analyse in dieser Studie zeigte, dass regelmäßige körperliche Aktivität mit einem signifikant reduzierten Risiko für Männer und Frauen, eine Hypertonie zu entwickeln assoziiert ist, unabhängig von Alter, Bildung, Rauchverhalten, Alkoholkonsum, Diabetes, BMI, und systolischen Basisblutdruck. Übergewicht und Fettleibigkeit waren mit einem erhöhten Risiko verbunden, an Hypertonie zu erkranken.

Eine Metaanalyse von Whelton et al. (2002, S. 493ff), welche 54 klinische Untersuchungen einschließlich 2.419 Teilnehmer beschreibt, bewertet den Effekt von Aerobicübungen auf den Blutdruck. Bewegung dieser Art war verbunden mit einer Reduktion des mittleren systolischen Blutdrucks von 3.8 mmHg und diastolischen Blutdrucks von 2.6 mmHg. Diese Reduktion des Blutdrucks wird bei Hypertonikern als auch bei Personen mit normalem Blutdruck, sowie bei Teilnehmern mit und ohne Übergewicht gefunden. Laut dieser Metaanalyse scheinen alle Formen von körperlichen Übungen den Blutdruck zu senken.

Die regelmäßige körperliche Aktivität ist ein wichtiger Ansatz für die Prävention von Hypertonie bei normalgewichtigen, übergewichtigen und fettleibigen Menschen.

Roberts und Barnard (2005, S. 3ff) zeigen die häufigsten Todesursachen in der westlichen Gesellschaft auf, dazu zählen chronische Krankheiten, wie kardiovaskuläre Krankheiten, Diabetes mellitus Typ 2, Metabolisches Syndrom und Krebs. In dieser Studie wird als mögliche Lösung von Metabolischen Krankheiten Bewegung und Ernährung genannt. Ebenfalls werden diese zwei Lösungsvorschläge hinsichtlich ihrer Bedeutung in der Prävention der vorher genannten Krankheiten diskutiert.

### **3.2.3 Stressbewältigung**

Eine weitere Begünstigung für Hypertonie ist Stress. Ist eine Person belastenden oder aufregenden Situationen ausgesetzt, dann schüttet der Körper gefäßverengende Hormone aus, die den Blutdruck erhöhen. Dieser Stress kann durch körperliche Betätigung, Entspannung und auch durch ausreichend Schlaf abgebaut werden. Steht ein Mensch unter anhaltendem Stress, beruflich oder auch

privat, hat dieser ein größeres Risiko, an Bluthochdruck zu erkranken (Undeutsch und Kohl, 1999, S. 15).

Stress aktiviert den Sympathikus und somit steigt auch der Blutdruck, dies könnte durch „Psychohygiene“ und Entspannungsübungen vermindert werden. Es gibt einige Möglichkeiten, wie der Stress abgebaut werden kann. Zum Beispiel durch Autogenes Training, Muskelrelaxation nach Jacobson, T'ai Chi, Qi Gong, Biofeedback und viele andere Entspannungsübungen (Novotny und Novotny, 2000, S. 93).

Zahlreiche Tierexperimente zeigten, dass der zentralnervöse Einfluss von Stress sich auf die Entwicklung eines Bluthochdrucks auswirkt. Langzeitstress aber auch eine fehlerhafte Stressverarbeitung stellen ein Risiko für die Hochdruckentwicklung und Herz-Kreislauf-Krankheiten dar. Die einmalige, schwere seelische Belastung ist nicht der Grund für Blutdruckprobleme, vielmehr die ständig belastende körperliche oder seelische Überbeanspruchung. Ausschlaggebend für Probleme mit dem Blutdruck können zum Beispiel täglich einwirkende kleine Konfliktsituationen in Beruf oder Familie sein, oder auch die Bedeutung von ständig unterdrücktem Ärger, hohe Anforderungen mit geringer Belohnung und auch Benachteiligung in der beruflichen Tätigkeit.

Der krankmachende Stress wird auch als Dysstress bezeichnet, im Gegensatz zum Eustress, der als positiver Stress gesehen wird.

Es wurde festgestellt, dass Menschen, die vom Land in die Stadt umziehen und dort vom Zivilisationsstress stärker betroffen sind, einem Anstieg der Blutdruckwerte ausgesetzt sind. Auch die langfristige Einwirkung von Lärm kann den Blutdruck erhöhen (Gotzen und Lohmann, 2005, S. 21f).

Bei Bluthochdruck ist darauf zu achten, dem Organismus ausreichende Erholungsphasen zu gönnen. Es ist wichtig, einen regelmäßigen individuellen Tagesrhythmus langfristig zu fördern. Je weniger das vegetative Nervensystem im Gleichgewicht ist, umso häufiger treten starke Blutdrucksteigerungen auf. Daher ist es wichtig, regelmäßige Zeitpunkte für das Aufstehen und Zubettgehen zu haben, und dazwischen sollten sich auch ausreichend lange Schlafphasen von 7 - 8 Stunden täglich befinden. Auch von großer Bedeutung sind ausreichende

Entspannungsphasen und Pausen während des Tages, so kann der Blutdruck immer wieder, nicht nur während des Schlafens, sondern auch während des Tages absinken.

Die Entspannung kann entweder durch geeignete Entspannungstechniken oder auch durch die Pflege eines Hobbys bewirkt werden. Reisen kann auch eine Entspannung bedeuten, aber es ist wichtig, beim Reisen in andere Zeit- und / oder Klimazonen einen gut eingestellten Blutdruck zu haben (Gotzen und Lohamnn, 2005, S. 49f).

Manche Stressfaktoren, wie Straßenlärm oder auch Berufsstress, lassen sich oft nicht so leicht ausschalten. Probleme, die es in der Familie oder mit dem Partner gibt, können oft durch Aussprachen gelöst werden. Dabei ist es wichtig zu erkennen, welche persönlichen, beruflichen, familiären und anderen Stressfaktoren vorliegen, und dann können Lösungsstrategien gesucht werden.

Stress ist individuell. Wie eine Person auf Stresssituationen reagiert, hängt allein von der Person selbst ab. Wenn sich eine Person in einer Stresssituation befindet, so ist es entscheidend für den Blutdruck, wie der Mensch die Stresssituation bewertet und darauf reagiert. Die Stressfaktoren an sich sind nicht krankmachend, aber eine unzureichende Verarbeitung der Stressoren kann krank machen.

Entspannung beziehungsweise Entspannungstechniken können erlernt werden. Diese Techniken sollen helfen, im Allgemeinen ruhiger und entspannter zu werden und auch in akuten Stresssituationen gelassener zu reagieren. Um entspannen zu können, braucht der Mensch Zeit für sich selbst. Jede Person sollte ausprobieren, welche Entspannungstechniken die Richtigen für sie sind (Middeke, Pospisil und Völker, 2000, S. 78ff).

Im folgenden Teil wird das Prinzip der bekanntesten Entspannungsverfahren kurz vorgestellt (Middeke, Pospisil und Völker, 2000, S. 78ff):

- Autogenes Training

Das Autogene Training wird am besten mit „selbst gestaltete wiederholte Entspannungsübung“ übersetzt. Bei diesem Training erfolgt die Entspannung sowohl durch Selbstanweisung als auch durch regelmäßige Wiederholungen. Am besten ist es, die Technik des Autogenen Trainings in einem Kurs zu erlernen, sie kann dann allerdings selbstständig weiterbetrieben werden.

- Progressive Muskelrelaxation (nach Jacobson)

Die progressive Muskelrelaxation ist eine fortschreitende Muskelentspannung. Hier soll Anspannung und Entspannung, der Wechsel von Druck und Druckentlastung erlebt werden. Die Technik der progressiven Muskelrelaxation besteht darin, dass nacheinander sämtliche Muskelgruppen des Körpers vom Kopf bis zu den Zehen bewusst angespannt und wieder entspannt werden. Dazu wird eine bequeme Sitzhaltung mit geschlossenen Augen eingenommen, und dann werden in einem gleichmäßigen Rhythmus die Muskelgruppen angespannt und wieder entspannt. Diese Technik ist schnell und relativ einfach zu erlernen.

- Yoga, Meditation und Tai Chi

Yoga und Meditation als Entspannungsverfahren werden meist von Menschen bevorzugt, die sich für einen religiös-philosophischen Hintergrund interessieren. Es kann bei statischen Yoga-Übungen zu kurzfristigen Blutdrucksteigerungen kommen, aber wenn der Blutdruck gut eingestellt ist, dann ist diese Steigerung harmlos.

Bei Meditationen gibt es zwar Techniken zur Selbstanleitung, aber es wird empfohlen, dass ein Lehrer oder eine Lehrerin eine Einweisung in die Meditation vornehmen.

Tai Chi sind chinesische Leibesübungen, diese können sich ähnlich blutdrucksenkend auswirken wie regelmäßiges Körpertraining. Besonders gut ist Tai Chi für ältere Patienten geeignet, denen ein „westliches“ Körpertraining schwer fällt.

- Atmung

Eine der einfachsten Möglichkeiten, Entspannung zu erzeugen, ist das bewusste Atmen. Die Atmung läuft unbewusst ab, aber sie kann auch willentlich beeinflusst werden. Ziel einer bewussten Atmung ist, einen regelmäßigen Ein- und Ausatemstrom zu erreichen, der einem Rhythmus von etwa 5 bis 7 Sekunden für das Einatmen und auch für das Ausatmen entspricht.

Eine weitere Möglichkeit, Körperfunktionen in Richtung Entspannung hinzusteuern, ist das Biofeedback. Ein Biofeedback ist eine Rückmeldung biologischer oder physiologischer Reaktionen an den Patienten. Für dieses Verfahren werden Apparaturen verwendet, so kann dem Patienten etwa die Atemtiefe und die Atemfrequenz über ein Signal (optisch oder akustisch) mitgeteilt werden. Dadurch wird der Patient in die Lage versetzt, Körperreaktionen zu beeinflussen, die er sonst nicht willentlich beeinflussen kann, wie zum Beispiel den Blutdruck. Mittels einer Fingermanschette wird der Blutdruck gemessen und graphisch als „Blutdrucksäule“ auf einem Monitor dargestellt. Alle aktuellen Blutdruckschwankungen werden sofort rückgemeldet. Durch diese ständige Rückmeldung kann der Patient erstmals sehen, dass er die Möglichkeit hat, auf den Blutdruck Einfluss zu nehmen. Der Hypertoniepatient kann so erlernen, seinen Blutdruck selbst zu senken und zu kontrollieren. Bereits nach 3 halbstündigen Sitzungen kann eine nachhaltige Blutdrucksenkung erzielt werden (Middeke, Pospisil und Völker, 2000, S. 78ff).

In epidemiologischen Studien konnte nachgewiesen werden, dass die Berufsbelastung für die Entstehung der Hypertonie von großer Bedeutung ist. Wie für andere Zivilisationskrankheiten gilt auch für Hypertonie eine multifaktorielle Genese aus genetischer Disposition somatischer Veränderungen, Lebensstil, Verhaltensweisen, psychischer Bedingungen, sozialer und Umweltfaktoren (Titscher, 2003, S. 181).

#### **4. Ernährungsbedingte Maßnahmen in der Hypertonie-Therapie**

Bevor bei Patienten mit zu hohem Blutdruck eine medikamentöse Therapie begonnen wird, sollte versucht werden, den Blutdruck ohne Medikamente zu senken. Auch bei Patienten, die bereits medikamentös therapiert werden, ist es wichtig, den Lebensstil so zu verändern, dass der Patient sowohl durch eine Ernährungsumstellung, als auch durch Bewegung und Stressreduktion seinen Beitrag zur Blutdrucksenkung leistet. Wird bei einer medikamentösen Therapie auch eine Lebensstiländerung durchgeführt, kann es zu einer Reduktion der Medikamente, manchmal auch zu einem Absetzen der blutdrucksenkenden Medikamente kommen (Beevers, Lip, und O'Brien, 2001, S. 59).

Die DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) Ernährungsweise, welche reich an Früchten, Gemüse und fettarmen Milchprodukten ist, senkt signifikant den Blutdruck. Von den 459 Teilnehmern in der DASH-Untersuchung hatten 72 eine Stufe 1 isolierte systolische Hypertonie. Es wurde die Blutdruckantwort dieser 72 Patienten untersucht um zu sehen, ob die DASH Diät eine effektive Behandlung für Stufe 1 isoliert systolische Hypertonie ist. Nach einer 3-wöchigen Aufwärmphase mit einer typisch amerikanischen Kontrolldiät wurden die Teilnehmer für 8 Wochen einer der drei folgenden Diäten zugeteilt:

- Fortsetzung der Kontrolldiät.
- Eine Diät reich an Früchten und Gemüse.
- DASH Diät.

Der Natriumgehalt war der gleiche in den drei Diäten, die Kalorienaufnahme wurde während der Untersuchung angepasst, um Gewichtsänderungen zu verhindern. Die Anwendung der DASH Diät senkte den systolischen Blutdruck signifikant - verglichen mit der Kontrolldiät und der Früchte / Gemüse Diät. Der Blutdruck fiel in der DASH Gruppe von 146/85 auf 134/82 mmHg. In der DASH Ernährungsgruppe reduzierten 18 der 23 der Teilnehmer (78 %) ihren systolischen Blutdruck unter 140 mmHg, verglichen mit 24 % und 50 % in der Kontroll- und Früchte/ Gemüse Gruppe. Die DASH Diät ist Therapie erster Wahl bei Stufe 1 isoliert systolischer Hypertonie (Moore et al, 2001, S. 155ff).

Reddy und Katan (2004, S. 167ff) erwähnen in ihrer Studie unter anderem (Salzkonsum und Fette) die positive Wirkung von Früchten und Gemüse zur Verhinderung von Hypertonie und Kardiovaskulären Krankheiten und Herzinfarkt und nennen 3 Ernährungskonzepte, die diese protektive Wirkung zeigen: DASH-Diät, Mediterrane Diät und „prudent“ Diät. Die Autoren sind der Meinung, dass gesunde Diäten und Ernährungskonzepte mehr unterstützt werden sollten, um den ungesunden Diäten keine Chance geben zu können.

#### **4.1 Gewichtsreduktion bei Übergewicht und Adipositas**

Es besteht ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Bluthochdruck und Übergewicht. Etwa 80 % der Patienten in Europa und den USA, die an essentieller Hypertonie leiden, haben auch ein Problem mit ihrem Gewicht. Rund 60 % der Patienten sind adipös und zirka 20 % übergewichtig. Es wird davon ausgegangen, dass mindestens 60 % aller Übergewichtigen damit rechnen müssen, im Laufe der Zeit Bluthochdruck zu entwickeln. Durch eine Gewichtsabnahme lässt sich der Blutdruck senken. Nicht nur der leichte Bluthochdruck kann normalisiert werden, auch bei schwerer Hypertonie kann mit einer Gewichtsabnahme eine Senkung des Blutdrucks erreicht werden. Wird beispielsweise ein Kilogramm Körpergewicht abgenommen, so kann dies einen Blutdruckabfall von 2 - 3 mmHg sowohl systolisch als auch diastolisch bewirken. Bei einer Gewichtsabnahme von 5 Kilogramm Körpergewicht kann der Blutdruck schon bis zu 10 - 15 mmHg gesenkt werden. Bei Gewichtsabnahme kommt es nicht nur zum Abfall des Blutdrucks, auch die Cholesterin - und Blutzuckerwerte verbessern sich. Dies senkt wiederum nicht nur das Risiko für Bluthochdruck sondern auch für Herzinfarkt, Schlaganfall und Diabetes (Undeutsch und Kohl, 1999, S. 58f).

Folgende Punkte können helfen, effektiv Gewicht zu verlieren (Poulter, Thom, Kirby, 2001, S. 110):

- Der Berater sollte gut informiert sein, während der Beratung Enthusiasmus und Verständnis zeigen, sowie ein positives Feed-back geben.

- Die Diät sollte mit der ganzen Familie besprochen und diskutiert werden, auch das Kochen, die Kochmethoden, sowie eine praktische Anleitung zum Einkaufen.
- Anstatt von Verboten, die vom Patienten nicht gerne angenommen werden, sollten alternative Speisen aufgezeigt werden, die besser wären, um den Hunger zu stillen.
- Frische Früchte und Gemüse sättigen und haben wenige Kalorien, eine Steigerung des Verzehrs wirkt sich positiv für eine Gewichtsreduktion aus.
- Gewicht sollte langsam abgenommen werden, über eine längere Periode hinweg.
- Fettreduktion ist ein bedeutender Punkt bei einer Gewichtsabnahme.
- Salzreduktion ist unbedingt notwendig.
- Die gleiche Anzahl der Kalorien einer großen Speise sollte auf mehrere kleinere Speisen aufgeteilt werden.

Ernährungsumstellung und Gewichtsverlust tragen essentiell zur Senkung des Blutdrucks bei, sowie zur Prävention von Hypertonie. Eine Ernährungsumstellung sollte als Behandlungsmethode wenn möglich vor einer medikamentösen Behandlung induziert werden (Appel et al, 2006, S. 296ff).

## **4.2 Natriumeinschränkung**

Es wird heutzutage zu viel Kochsalz durch die Nahrung aufgenommen. Der durchschnittliche Tagesbedarf an Natrium beträgt bei Erwachsenen zwischen 2 und 3 g, dies ist in etwa in 5 - 6 g Kochsalz enthalten. Untersuchungen nach wird ungefähr die doppelte Menge an Kochsalz pro Tag aufgenommen. Ein Grund für die hohe Zufuhr von Kochsalz ist, dass die meisten Lebensmittel durch den Zusatz von Kochsalz haltbar gemacht und Speisen auch mit reichlich Salz zubereitet und gewürzt werden (Undeutsch und Kohl, 1999, S. 28f).

Zum Würzen von Speisen muss nicht immer Kochsalz verwendet werden, es kann durch Küchenkräuter, Knoblauch oder Zwiebel ersetzt werden (Kiefer und Kunze, 2005, S. 83).

Natrium hat die Eigenschaft, Wasser im Körper zu binden. Auf einen Teil Natrium kommen neun Teile Wasser. Wird Kochsalz aufgenommen, steigt der Natriumgehalt und damit auch der Wassergehalt im Blut an, dadurch vergrößert sich das Blutvolumen, und der Blutdruck steigt. Weiters verengt Natrium die Blutgefäße, dadurch kommt es auch zur Steigerung des Blutdrucks. Aus diesen Gründen ist es wichtig, als Hypertoniepatient kochsalzarm zu essen (Undeutsch und Kohl, 1999, S. 30ff).

Auch bei Getränken ist auf den Natriumwert zu achten. Beliebte Getränke wie Coca - Cola, „Sportlergetränke“ und isotonische Getränke enthalten viel Natrium. Bei Tafel-, Quell-, Mineral- und Heilwässern sollte auch dem Natriumwert Bedeutung beigemessen werden. Hier gibt es große Unterschiede, manche enthalten kaum Natrium, andere sehr große Mengen (Undeutsch und Kohl, 1999, S. 40f).

Kochsalz ist eine Zusammensetzung von Natrium und Chlorid (NaCl). Da sich gerade diese Zusammensetzung negativ auf Bluthochdruckpatienten auswirkt, sollte darauf geachtet werden, dass nicht zu viel Natrium über Lebensmittel und Chlorid über Mineralwässer aufgenommen wird (Gotzen und Lohmann, 2005, S. 31).

Menschen essen täglich in der Regel 3- 5 mal so viel Salz, als der Körper braucht, um die lebenswichtigen Funktionen aufrecht zu erhalten. Das überschüssige Salz wird normalerweise über die Nieren mit dem Urin ausgeschieden. Salzeempfindliche Menschen haben mit großer Wahrscheinlichkeit einen Defekt in der Salzausscheidung, deshalb ist es auch für Hypertoniker sehr wichtig, dass sie mit Kochsalz sparsam umgehen. Auch Kinder von Bluthochdruckpatienten sollten wenig Salz zu sich nehmen, um der Ausprägung einer Hypertonie vorzubeugen. Salzeempfindlich sind im besonderen Bluthochdruckpatienten mit erblicher Hypertonie. Auch bei einer medikamentösen Therapie ist die Salzreduktion unbedingt einzuhalten. Salz kann die Wirkung von blutdrucksenkenden Medikamenten abschwächen oder sogar aufheben. Mit der Zeit haben sich Menschen, die durch Fertigprodukte zu viel Natrium aufnehmen, daran gewöhnt, mehr Salz zu sich zu nehmen, die Geschmacksknospen werden abgestumpft und es andere Mahlzeiten zu viel gesalzen (Middeke, Pospisil und Völker, 2000, S. 32f).

Die Umstellung von einer salzreichen Kost auf eine natriumarme Ernährung ist nicht einfach, da es zu einer großen geschmacklichen Veränderung kommt. Der Mensch muss sich erst wieder an die natürlichen Aromastoffe gewöhnen, dieser Prozess dauert in etwa ein Monat (Hund-Wissner, 2003, S. 193).

Die Studie von Melander et al. (2007, S. 619ff) zeigte, dass die Senkung des Salzkonsums von 100 mmol / Tag mit einer klinisch relevanten ambulanten Blutdruckreduktion induziert ist.

### **4.3 Alkoholreduktion**

Alkohol hat eine blutdruckerhöhende Wirkung. Studien zeigen, dass bei regelmäßig Alkohol Trinkenden, die ihren Alkoholkonsum reduzieren oder darauf verzichten, auch die erhöhten Blutdruckwerte sinken. Alkohol ist kalorienreich, deshalb ist er für Hypertoniker nicht zu empfehlen, da diese auf ihr Gewicht achten sollten.

Bluthochdruckpatienten müssen nicht völlig auf Alkohol verzichten, aber vom regelmäßigen Konsum sollte abgeraten werden. Der maximale Konsum von zwei Gläsern Bier zu 300 ml oder zwei Gläsern Wein zu 150 ml pro Tag sollte keinesfalls überschritten werden (Undeutsch und Kohl, 1999, S. 47).

Middeke (2004, S. 102) gibt an, dass oberhalb eines Alkoholkonsums von 30 g pro Tag der Blutdruck durch jede zusätzliche Zufuhr von 10 g um durchschnittlich 1 - 2 mmHg gesteigert wird.

Laut der deutschen Hochdruckliga (<http://www.hochdruckliga.de/Leitlinien-Therapie2007.pdf>) sollten Männer maximal 20 - 30 g Alkohol pro Tag zu sich nehmen, Frauen die Werte von 10 – 20 g pro Tag nicht überschreiten.

20 – 25 g Alkohol entsprechen etwa einem ¼ l Wein, einem ½ l Bier oder 2 - 3 Schnäpsen.

Alkohol trägt durch seine vielen Kalorien (1 g Alkohol hat 7 kcal) zu einer Gewichtszunahme bei, die ebenfalls ein Risikofaktor von Hypertonie ist. 20 – 30 % der überschüssigen Kalorienmengen, die Hypertoniker aufnehmen, kommen aus

dem Alkohol. Der direkte Einfluss von Alkohol auf das sympathische Nervensystem führt zu Bluthochdruck (Middeke, Pospisil und Völker, 2000, S. 34).

Epidemiologische Daten, die sich auf den Typ und die Menge von Alkoholkonsum zu Bluthochdruck und Kardiovaskulären Krankheiten beziehen, müssen mit Vorsicht von mehreren Standpunkten betrachtet werden (Beilin und Puddey, 2006, S. 1035ff):

1. Schwere Trinker und Problemtrinker sind weit weniger dazu bereit als andere, an Befragungen teilzunehmen.
2. Über Alkoholkonsum der Vergangenheit und Gegenwart wurde wenig berichtet.
3. Das Trinkmuster ist schwierig zu messen und wird oft nicht berichtet.

Typ, Menge sowie das Muster von Alkoholkonsum korrelieren hoch mit sozioökonomischen oder anderem Lebensstilverhalten (Ruidavets et al., 2004, S. 1153ff).

Die Studie von McFarlane et al. (2007, S. 965ff) deutet an, dass die Aufnahme von Alkohol mit bis zu 2 Getränken pro Tag keinen Einfluss auf den Blutdruck hat. Es gab in dieser Studie einen geschlechtsspezifischen Effekt der Alkoholaufnahme über 2 Getränke pro Tag auf den Blutdruck, wobei ein erhöhter Blutdruck nur bei Männern, nicht aber bei Frauen beobachtet wurde.

In der Studie von Sesso et al. (2008, S. 1080ff) wurde bei leichtem bis moderatem Alkoholkonsum das Risiko an einer Hypertonie zu erkranken, bei Frauen gesenkt, bei Männern stieg das Risiko.

Menschen, die auf täglicher Basis Alkohol trinken, zeigten ein signifikant höheres Risiko, an einer Hypertonie zu erkranken, als Menschen, die nie Alkohol trinken oder weniger als einmal wöchentlich. Personen, die nicht nur zum Essen Alkohol zu sich nehmen, sondern auch außerhalb der Mahlzeiten, haben ebenfalls ein erhöhtes Risiko, Bluthochdruck zu entwickeln (Stranges et al, 2004, 813ff).

#### 4.4 Fettreduzierte Ernährung

Werden über die Nahrung Fettstoffe aufgenommen, sind diese auch im Blut zu finden. Zu den Fettstoffen gehören unter anderem die Triglyzeride. Übersteigt der Triglyzeridwert im Blut 200 mg pro 100 ml Blut, so können sich die Triglyzeride an den Gefäßinnenwänden absetzen und zur Verengung und Verhärtung der Arterienwände beitragen.

Der Fettbegleitstoff Cholesterin trägt zur Entstehung von Arteriosklerose bei. Fettreiche, tierische Nahrungsmittel enthalten eine große Menge an Cholesterin. Damit Cholesterin im Blut zirkulieren kann, muss es mit Lipoproteinen gekoppelt werden. Je mehr aus tierischen Lebensmitteln aufgenommenes Cholesterin die Lipoproteine transportieren, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich Cholesterin daraus löst, an den Wänden der Blutgefäße absetzt und so zur Arteriosklerose beiträgt.

Die Lipoproteine, die eine große Menge an Cholesterin enthalten, werden LDL-Cholesterin (LDL – low density lipoprotein) genannt. Fettstoffe, die vor allem pflanzliche Fette enthalten und so in der Lage sind, überschüssiges Cholesterin aus dem Blut aufzunehmen und zur Leber abzutransportieren, wo sie abgebaut werden können, werden HDL - Cholesterine (high density lipoprotein) genannt. Bei der Messung des Cholesterinblutspiegels werden beide Werte ermittelt und in Beziehung gesetzt, so wird festgestellt, ob der Cholesterinspiegel erhöht ist. Durch eine tierisch - fettreduzierte Ernährung können die Blutfettwerte gesenkt werden und somit vermindert sich das Risiko für Bluthochdruck (Undeutsch und Kohl, 1999, S. 17f).

Fett ist nicht gleich Fett, es kommt auf die Qualität an. Trotzdem gilt: weniger ist besser. Generell sollte Fett eingespart werden, besonders versteckte Fette, die unter anderem in Wurst, Schinken mit Fettrand und fettem Käse enthalten sind. Weiters sind für Salatsaucen Öle, die einfach und mehrfach ungesättigten Fettsäuren enthalten zu bevorzugen, beispielsweise Oliven-, Sonnenblumen- oder Distelöle, Walnuss-, Soja-, Lein- und Rapsöl (Franke und Mühlhauser, 1998, S. 41).

## 4.5 Kaliumreiche Ernährung

Kalium ist in unserem Organismus in vieler Hinsicht als Gegenspieler zum Natrium zu sehen.

Kalium hat eine blutdrucksenkende Wirkung. Kalium wirkt Wasser ausschwemmend. In der vegetarischen Kost, vor allem in Obst, Gemüse und Nüssen, ist viel Kalium enthalten, daher leiden auch Vegetarier weniger an Bluthochdruck.

Kalium fördert die Ausscheidung von Natrium aus dem Körper über die Niere und hat eine entspannende Wirkung auf die Blutgefäße, dies kann blutdrucksenkend wirken. Für Hypertoniepatienten ist es daher wichtig, sich kaliumreich zu ernähren, aber es wird meistens zu wenig Kalium zu sich genommen. Es sollte in etwa dreimal so viel Kalium wie Natrium durch die Ernährung aufgenommen werden, bei Jugendlichen und Erwachsenen liegt die empfohlene Zufuhr bei 2.000 mg / Tag (D-A-CH Referenzwerte, <http://www.dge.de/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=3>). Für die ausreichende Kaliumaufnahme ist die richtige Zubereitung der Speisen von großer Bedeutung. Besonders kaliumschonende Garmethoden sind Grillen, Dünsten, Garen in der Folie und Kochen im Dampfdrucktopf (Undeutsch und Kohl, 1999, S. 44ff).

Kalium ist in pflanzlichen Lebensmitteln zur Genüge enthalten, eine kaliumreiche Ernährung ist durch die bevorzugte Verwendung und schonende Zubereitung von Kartoffeln, Gemüse, Obst und Vollkornprodukten zu erreichen (Gotzen und Lohmann, 2005, S. 47).

Kaliumreiche Lebensmittel sind vor allem in Getreide, Gemüse und Früchten zu finden, beispielsweise in Bananen, Vollkornprodukten und Spinat.

## 4.6 Erhöhte Kalzium- und Magnesiumzufuhr

Um einen von den Nervenfasern übermittelten Befehl in eine Wirkung umzusetzen, braucht man Rezeptoren, die Befehle registrieren können. Die Muskelzellen müssen nach der Kenntnisnahme der Botschaft reagieren, hierfür spielt Kalzium eine Rolle. Kalziumionen haben eine Schlüsselrolle für die Kontraktion von Muskelfasern. Kommt es zu einer Bindung von Kalziumionen mit Troponin, so bilden sich innerhalb

der einzelnen Muskelfilamente Querbrücken, die die Aktinfilamente verkürzen und so ziehen sich die Fasern zusammen. Die Wirkung des Kalziums tritt in allen Arten von Muskelfasern ein, sowohl bei der Skelettmuskulatur, der Gefäßmuskulatur als auch bei den Muskelfasern des Herzens. Da die Kontraktion der Muskelfasern besonders beim Herzen und an den Gefäßen für den Blutdruck von großer Bedeutung sind, sollte bei Hypertonie darauf geachtet werden, dass genügend Kalzium durch die Nahrung aufgenommen wird (Novotny und Novotny, 2000, S. 39).

Eine hohe Konzentration an Magnesium setzt die Erregbarkeit von Nerven und Muskeln herab, deshalb ist ein ausgeglichener Magnesiumspiegel wichtig. Durch Magnesiumsubstitution kann der Blutdruck gesenkt werden (Novotny und Novotny, 2000, S. 40).

Die empfohlene Zufuhr von Kalzium beträgt bei Jugendlichen und Erwachsenen 1.000 mg pro Tag und bei Magnesium zwischen 300 und 350 mg pro Tag (D-A-CH Referenzwerte, <http://www.dge.de/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=3>).

#### **4.7 Kaffee- und Zigarettenreduktion**

Beim Rauchen einer Zigarette werden zahlreiche Giftstoffe eingeatmet, die die Zellen und auch die Innenwände der Gefäße schädigen können. In den Wunden, die dabei entstehen, setzen sich Fettstoffe, Kalzium und Blutbestandteile ab. Dadurch kann es zu einer Verengung der Arterien als auch der Blutgefäße kommen, so wird die Versorgung der Körperzellen mit Blut behindert. Bei Rauchern schreitet Arteriosklerose schneller voran als bei Nichtrauchern, daher sind Raucher auch stärker herzinfarkt- und schlaganfallgefährdet (Undeutsch und Kohl, 1999, S.18, 27).

Durch das Zigarettenrauchen steigt der Blutdruck an, der systolische Blutdruck durchschnittlich zwischen 15 und 30 mmHg und der diastolische Blutdruck etwas weniger. Erst nach ungefähr dreißig Minuten sinkt der Blutdruck wieder auf einen Normalwert ab. Durch das Rauchen wird das sympathische Nervensystem aktiviert, welches wiederum den Blutdruck erhöht. Trotz der blutdrucksteigernden Wirkung des

Rauchens haben Raucher nicht häufiger Bluthochdruck als Nichtraucher (Franke und Mühlhauser, 1998, S. 13).

Eine Nikotinersatztherapie mit Nikotinpflaster, Kaugummi, Nasenspray und Inhalatoren kann bei der Zigarettenentwöhnung helfen (Poulter, Thom, Kirby, 2001, S. 109).

Bei manchen Menschen steigt der Blutdruck nach Kaffeegenuss vorübergehend leicht an, meistens sinkt er aber sehr schnell wieder ab. Wird Kaffee in vernünftigen Mengen (unter 5 Tassen/Tag) genossen, ist es für Bluthochdruckpatienten kein Problem, jedoch sollte Kaffee nicht als Aufputzmittel verwendet werden. Besser wäre es, anstatt von Kaffee grünen Tee zu trinken. Dieser enthält zwar auch Koffein und ist „munter machend“, aber er wird viel langsamer in den Blutkreislauf abgegeben als das im Kaffee enthaltene Koffein, deshalb ist die Wirkung milder und sanfter und hält länger an. Ein Vorteil von grünem Tee ist, dass er blutverdünnend wirkt, so die Verklumpungsneigung der Blutplättchen hemmt und dadurch Herzinfarkt und Schlaganfall vorbeugt (Undeutsch und Kohl, 1999, S. 46f).

Eine Metaanalyse von Peters et al. (2001, S. 495ff) zeigt, dass der Konsum von Schwarztee und Grüntee mit verminderten kardiovaskulären Risiko verbunden sein kann. Laut der Metaanalyse ist die Mortalität nach einem Mykardinfarkt bei Teekonsumenten geringer als bei Nichtkonsumenten. Die Mechanismen der kardioprotektiven Wirkung von Tee sind jedoch noch nicht genauer bekannt.

Eine Metaanalyse von Jee et al. (1999, S. 647ff) unterstützt die Annahme, dass es eine Beziehung zwischen dem Kaffeekonsum und höherem Blutdruck gibt. Der längerfristige Kaffeekonsum war mit einer Steigerung des systolischen Blutdrucks von 2,4 mmHg und des diastolischen Blutdrucks von 1,2 mmHg verbunden.

#### **4.8 Mediterrane Ernährung**

Im Mittelmeerraum (speziell auf Kreta) gibt es ein geringeres Auftreten von Herz-Kreislaufkrankungen und dadurch auch eine höhere Lebenserwartung. Dies ist auf

den positiven Effekt der mediterranen Ernährung aber auch auf die Lebensweise zurückzuführen. Die Mittelmeer-Diät legt viel Wert auf hohen Obst- und Gemüsekonsum, einer reichlichen Aufnahme an Getreideprodukten und Hülsenfrüchten und fettarmen Milchprodukten. Von großer Bedeutung in der mediterranen Ernährung ist das kalt gepresste Olivenöl, das aufgrund der günstigen Fettsäurezusammensetzung vor Herzinfarkt schützt und Gefäßerkrankungen vorbeugt.

Kräuter, wie beispielsweise Basilikum, Oregano, Majoran, Petersilie und Knoblauch werden aufgrund ihrer enthaltenen ätherischen Öle, denen verschiedene Heilwirkungen nachgesagt werden, empfohlen. Auch Fisch, besonders fettreicher Seefisch wie Lachs, Thunfisch, Hering oder Makrele, sollten aufgrund der hohen Mengen an Omega-3-Fettsäuren, die eine positive Wirkung auf die Blutfettwerte ausüben, mindestens zweimal in der Woche gegessen werden. Auf den Verzehr von fettreichen Nahrungsmitteln wie Wurst, Käse oder auch Süßigkeiten sollte verzichtet werden. Ebenfalls eine Rolle bei der Vorbeugung von Krankheiten spielt das südliche Klima und die Lebenseinstellung im mediterranen Raum. Die Mittelmeer-Diät schützt vor Bluthochdruck, Herz-Kreislauf- und auch Krebserkrankungen. Ein Nachteil dieser Diät beziehungsweise Ernährungsumstellung ist, dass nur wenig körperliche Betätigung empfohlen wird. Dies ist nicht besonders fördernd für die Senkung des Bluthochdrucks (Kiefer, 2006, S. 76ff).

## 5. Pflegebezogene Patientenedukation

Die Beratung in der Pflege ist, wie in vielen anderen Professionen des Gesundheitsbereiches, ein nicht eindeutig geklärter Begriff. Dieser wird oft uneinheitlich gebraucht (Hummel-Gaatz und Doll, 2007, S. 15).

Der Begriff „Beratung“ kann folgendermaßen definiert werden:

„Beratung ist ein Beziehungsprozess zwischen Pflegekräften und Patienten bzw. seinen Bezugspersonen (Familienangehörige und / oder Freunde) mit dem Ziel, sie bei der Krankheits- und Krisenbewältigung zu unterstützen. Dies geschieht durch (Hummel-Gaatz und Doll, 2007, S. 16):

- 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.“

Abt-Zegelin (2000, S. 56ff) unternahm den Versuch mit dem Begriff Patientenedukation, die pädagogischen Aufgaben von Pflegekräften unter einem Oberbegriff zusammenzufassen. Darunter versteht er die Information, Schulung und Beratung von Betroffenen und Angehörigen.

Es gibt einen großen Unterschied zwischen Beratungsgesprächen in der Pflege und Beratungsangeboten anderer Berufsgruppen, wie beispielsweise Psychologen, der sich durch ein nicht klar definiertes Beratungssetting, d.h. Beratungsraum, klare Terminvereinbarungen und abgesteckter Zeitrahmen, äußert. Dies kann sowohl Vor- als auch Nachteile mit sich bringen. Eine große Chance der Pflege liegt darin, alltagsnahe beraten zu können, d.h. überall dort, wo Beratung benötigt wird, kann diese stattfinden: zum Beispiel im Patientenzimmer, während des Nachtdienstes, im Flur, etc.

Beratung ist oft keine zusätzliche Dienstleistung zum gewohnten Pflegehandeln und keine Spezialtätigkeit, da Patienten meist mit ihren Fragen „herausplatzen“ und sich so Beratungsgespräche häufig ungeplant, unstrukturiert, unvorhersehbar und „ad hoc“ entwickeln. Der Vorteil, den die Pflege durch Fragen von Patienten nutzen kann

ist, dass pädagogisch günstige Momente erkannt werden können und so die lernwillige Situation des Patienten genutzt werden kann.

Der Pflegealltag kann durch die Beratung erschwert werden, da keine definierten Zeitrahmen und Räumlichkeiten gegeben sind (Hummel-Gaatz und Doll, 2007, S. 24ff).

## 5.1 Warum ist eine Beratung so wichtig?

Oftmals werden in der Pflegeausbildung Übungen zur Anleitung von Patienten durchgeführt. Dabei soll gelernt werden, wie eine Planung, ein Assessment, Interventionen, sowie eine Evaluation und eine Wissensvermittlung ablaufen. Für diese Übung bekommen die Auszubildenden genügend Zeit, sich vorzubereiten. So können sie gefasster auf Fragen von Kollegen eingehen und sie auch gut beantworten. Im realen Leben jedoch ist dann oft alles anders. Wenn einem im Berufsleben Patienten oder Angehörige Fragen stellen, ist das Pflegepersonal oft nicht ausreichend vorbereitet. Dies kann in der Praxis sehr bald zu Frustration führen, und die Pflegeperson versucht dann oftmals, Patientenberatungen aus dem Weg zu gehen.

Auf Krisen reagieren die meisten Patienten und Angehörigen mit Fragen, deshalb ist es wichtig, Patienten und auch Angehörige gewissenhaft über Veränderungen der Gesundheit oder der Pflege ausreichend zu informieren (London, 2003, S. 26ff).

Anhand des Pflegeprozesses kann die Patientenberatung für die Praxis gut vor Augen geführt werden.

Anfänglich wird ein **Pflegeassessment** durchgeführt, hier wird eine Einschätzung der Lernmotivation und des Lernbedarfs des Patienten vorgenommen.

In der **Pflegediagnose** werden Probleme, Einflussfaktoren, Risikofaktoren oder Symptome aufgeführt. Beispielsweise bei der Diagnose „Wissensdefizit“ zeigt sich, dass bei dem Patienten ein Lernbedarf besteht.

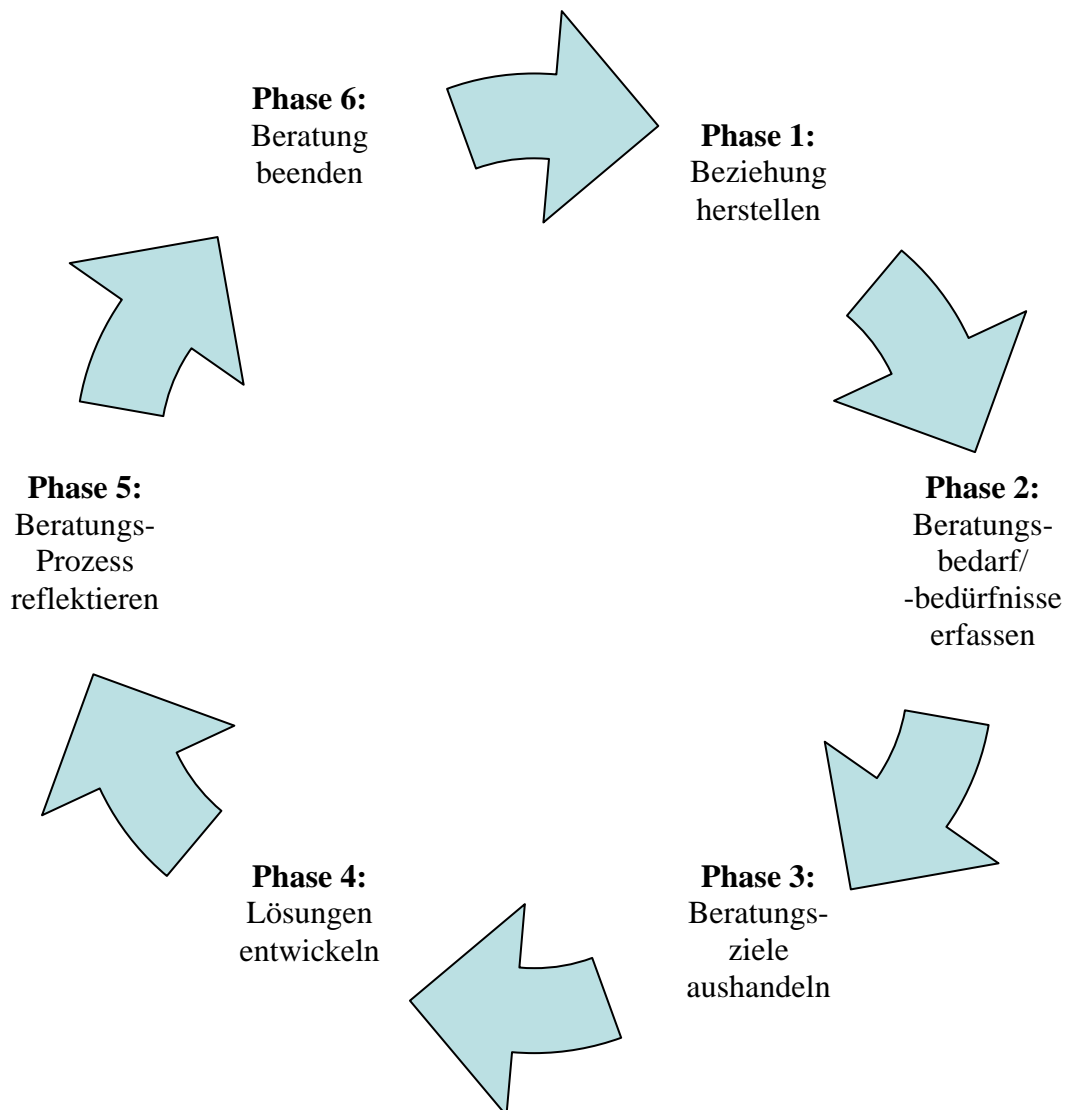
Das **Pflegeziel** wäre folglich eine Lehr - beziehungsweise Lernzielbestimmung. Was soll in diesem Fall gelehrt beziehungsweise gelernt werden?

Der nächste Schritt wäre, eine **Pflegeplanung** aufzustellen, dabei wird ein Schulungs- und Beratungsplan erarbeitet.

Anschließend wird die Patientenedukation, das heißt, die Schulung und Beratung durchgeführt, später werden die Lernergebnisse mittels einer **Evaluation** überprüft. In diesen Pflegeprozess soll der Patient so weit wie möglich integriert und seine Wünsche und Ziele berücksichtigt werden, da so die größte Compliance des Patienten zu erwarten ist (London, 2003, S. 26ff).

Eine Beratung sollte immer als ein Prozess verstanden werden, sowohl in der Abfolge mehrerer Gespräche hintereinander, in denen sich die Problemlösung schrittweise vollzieht, als auch im prozesshaften Charakter eines einzelnen Gesprächs. Hummel-Gaatz und Doll (2007, S. 24ff) teilen den Pflegeprozess in sechs Phasen, diese helfen, den Beratungsprozess zu strukturieren (Abbildung 1).

**Abbildung 1: 6-phasiger Pflegeprozess (Hummel-Gaatz und Doll, 2007, S. 24ff)**



**Phase 1:**

Zu Beginn kommt es zur Kontaktaufnahme mit dem Patienten und zum Aufbau einer symmetrischen Beziehungs- und Vertrauensbasis.

**Phase 2:**

Hier wird das diagnostische Denken des Beraters zentral, sowohl der objektive Beratungsbedarf als auch das subjektive Beratungsbedürfnis, gemeinsam mit dem Patienten herausgefiltert.

**Phase 3:**

Es wird gemeinsam mit dem Patienten eine Zielsetzung ausgehandelt.

**Phase 4:**

In dieser Phase werden Lösungen entwickelt.

**Phase 5:**

Die Reflexion dient der Bewertung des Gesprächsverlaufs, der Zusammenfassung des Erkenntnisgewinns und der Vereinbarung von konkreten Handlungsschritten.

**Phase 6:**

Es sollte das Gespräch bewusst beendet und dokumentiert werden. Dem Patienten wird aufgezeigt, wie sein Veränderungsprozess weiterhin begleitet werden kann und wer ihn darin unterstützen kann, immer selbstständiger zu werden.

Für Pflegepersonen ist es wichtig, dass sie die Beratung als Wesenszug der Pflege verstehen. Oft ist eine Beratung während oder im Anschluss an Pflegeaktivitäten sehr effektiv und spart Mühe und auch Zeit. Die Pflegepersonen sollten diese Beratung, beispielsweise am Krankenbett, als pädagogisch wertvolle Momente erkennen. Wenn die Pflegepersonen einen Teil der Beratung in die täglichen Pflegeaktivitäten integrieren, so können sie Zeit und auch Kosten sparen. Mehrere Studien zeigten, dass Beratung kosteneffektiv ist, alle Studien kamen zu dem Schluss, dass Beratung Geld einspart und keine Mehrkosten verursacht. Natürlich ist es hier sehr wichtig, den Bedarf des Pflegepersonals einzukalkulieren, um so zu

zeigen, dass solche Maßnahmen zeitlich in der Arbeitszeit berücksichtigt werden müssen.

Eine Beratung soll dem Patienten ermöglichen, dass er sachgerechte und wohlüberlegte Entscheidungen treffen kann, lebensnotwendige Selbstpflegekompetenzen entwickelt, Probleme erkennt und auch richtig darauf reagieren kann, Antworten auf seine Fragen bekommt und weiters auch die richtigen Ansprechpartner findet (London, 2003, S. 26ff).

Die Ziele einer Beratung sind (Koch-Straube, 2001, S. 64):

- Dialogische Kommunikation
- Achtung vor der Einzigartigkeit der Würde des Menschen
- Wahrnehmen der Kompetenz der Pflegebedürftigen
- Förderung der Ressourcen
- Respekt vor der Selbstbestimmung
- Wahlmöglichkeiten geben
- Umweltbedingungen einbeziehen
- Biographie berücksichtigen
- Zukunftsperspektiven einbeziehen

Professionelle Beratung ist dort notwendig, wo die individuelle Kompetenz oder das informelle Hilfsnetz für die Lösung oder die Bewältigung einer krisenhaften Situation nicht mehr ausreicht, oder überfordert ist. Professionelle Beratung soll den Patienten unterstützen, ihm helfen und beistehen (Koch-Straube, 2001, S. 64).

Das zentralste Beratungsziel ist es, dem Patienten die Hilfe zur Selbsthilfe zu geben (Bachmair, 1999, S. 21). Dies ist deshalb so wichtig, da der Patient nach der Beratung, wenn er wieder zu Hause ist, alleine wissen muss, was zu tun ist.

Beratung gehört im Allgemeinen zu den Aufgaben der Pflege. Pflegepersonal informiert Patienten über den Verlauf von Krankheiten, über Pflegehandlungen und auch über die Möglichkeiten, Schmerzen zu lindern. Es führt die Patienten in die organisatorischen Belange der Institution ein und übersetzt die medizinische Fachsprache für den Patienten. In traditionellen Institutionen wie Krankenhäusern

wird sehr oft die Beratung von anderen Disziplinen übernommen und nicht durch die Pflege durchgeführt (Koch-Straube, 2001, S. 80ff).

Der Pflegeprozess bildet einen guten Rahmen für Beratung. Mit dem Pflegeprozess kann eine Beziehung aufgebaut werden, andererseits ist eine strukturierte analytische Bearbeitung möglich. Es soll ein verstehender Zugang zur Situation des Patienten gewonnen werden, und in diesen Prozess kann Beratung integriert werden. Das Ziel ist, dass der Patient ein selbstbestimmtes und befriedigendes Leben erlangt und auch professionelle Unterstützung in der Entscheidungsfindung bekommt (Koch-Straube, 2001, S. 132ff).

Der Patient und auch die Angehörigen haben ein Recht auf Information. Die Gesundheitsorganisationen profitieren von Patientenschulungen in Bezug auf qualitative Dienste, reduzierte Kosten und eine Verminderung der Kunstfehlerprozesse. Die Patienten sind informiert und können durch ihre Kenntnisse und Fertigkeiten wieder ihren Alltag in der Schule, der Arbeit oder zu Dienstleistungen aufnehmen. Bei der Koordination und Durchführung von Patientenschulungsprogrammen spielt die Pflege eine wichtige Rolle (Fernsler und Canon, 2002, S. 35ff).

Eine Studie über Bluthochdruck untersuchte, ob die Durchführung eines strukturierten patientenzentrierten Schulungsprogrammes, das sich systematisch mit den Risikofaktoren für den Bluthochdruckpatienten beschäftigt, effektiver ist, das Wissen über die Hypertonie zu verbessern, als die übliche ad hoc Information, das heißt, die zufällige Information, die der Patient durch Erfragen oder durch kurzes Erzählen des Pflegepersonals erhält.

Die Stichprobe von 40 Personen wurde in eine Kontroll- und eine Untersuchungsgruppe geteilt. Die Kontrollgruppe erhielt ad hoc Informationen, die Untersuchungsgruppe ein Schulungsprogramm. Das Wissen beider Gruppen wurde mittels eines Pretests (innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Krankenhausaufnahme) und zwei Posttests (einer Testung bei der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer Testung acht Wochen nach der Entlassung) ermittelt.

Bei diesen Tests wurden besonders folgende Fragen geklärt:

- Welche Lifestyle-Faktoren tragen zu einem hohen Blutdruck bei?

- Wie kann die Ernährung auf den Blutdruck Einfluss nehmen? Wie kann der Blutdruck durch die Ernährung in seinen Grenzen gehalten werden?
- Wie können Fett- und Salzkonsum in Grenzen gehalten werden?
- Welche Art von Bewegung kann den Blutdruck in bestimmten Grenzen halten?

Die Ergebnisse des Pretests zeigten, dass sowohl die Kontroll- als auch die Untersuchungsgruppe sehr wenig Wissen über die Risikofaktoren von Bluthochdruck hatten. Nur vier der 40 Patienten wussten vor der Untersuchung nichts von ihrem zu hohen Blutdruck, 36 Patienten waren davon informiert, trotzdem war das Wissen dieser Patienten nicht besser. Zwischen dem Pretest und dem Posttest der ad hoc informierten Kontrollgruppe zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. Allerdings konnte bei der schulungsinformierten Untersuchungsgruppe ein signifikanter Unterschied zwischen dem Pretest und den beiden Posttests gefunden werden. Es wurde festgestellt, dass bei den Patienten, die ein Schulungsprogramm erhalten haben, eine größere Wahrscheinlichkeit vorhanden ist, das Wissen über Risikofaktoren der Lebensführung in Bezug auf den Blutdruck besser zu speichern. Obwohl diese Studie zeigt, dass mit Hilfe eines strukturierten, patientenzentrierten Schulungsprogramms das Wissen des Patienten verbessert werden kann, ist trotzdem nicht klar, inwiefern der Patient sein Wissen anwendet, um Veränderungen in seinem Verhalten herbeizuführen. Diese Schulung macht es dem Patienten möglich, informierte Entscheidungen zu treffen und so mehr Selbstverantwortung für seine Gesundheit zu übernehmen (Zernike und Henderson, 2002, S. 282ff).

## **5.2 Beratung als Zeitfaktor**

Viele Pflegekräfte wissen oft nicht, woher sie die Zeit nehmen sollen, um eine gute Patientenberatung gewährleisten zu können.

Eine Möglichkeit wäre, Zeit und Ressourcen, die zur Verfügung stehen, bestmöglich zu nutzen. Durch den finanziellen Druck kommt es zu einem immer größer werdenden Zwang, dass zunehmend mehr Pflegeaktivitäten durch den Patienten selbst oder durch Angehörige erledigt werden müssen.

Diese finanziellen Zwänge sind auch dafür verantwortlich, dass die Zeit, die den Pflegepersonen bleibt, um Patienten und Angehörige auf neue Aufgaben vorzubereiten, immer kürzer und kostbarer wird.

Auch die berufliche Zufriedenheit des Pflegepersonals hängt von der Qualität der Beratung ab. Weiß die Pflegekraft nach Beratungsgesprächen, dass der Klient gut alleine zurechtkommen wird, hat sie ein gutes Gefühl. Gelingt es der Pflegeperson andererseits nicht, dem Patienten etwas beizubringen, wird sie frustriert sein (London, 2003, S. 35ff).

Zeit ist eine der wenigen Ressourcen, auf die man wenig Einfluss hat. Es wäre ideal, sich mehr Zeit nehmen zu können, aber oft ist das nicht möglich. Wenn am Zeitproblem nichts geändert werden kann, gibt es noch die Möglichkeiten, an der Kompetenz, den Vermittlungsmethoden, dem Material und den Teambemühungen auf ein eigenes Ziel, zu arbeiten. Mit diesen Optimierungen kann die wenige Zeit, die einem zur Verfügung steht, effektiv genutzt werden. Wenn es dann auch noch gelingt, zu zeigen, dass die Beratung den Zustand der Patienten verbessert, ist dies eine Chance, um mehr Beratungszeit zu schaffen (London, 2003, S. 35ff).

Nach London gibt es 11 Zeitspartipps, die einer Pflegeperson im Beratungsalltag das Leben erleichtern können (London, 2003, S. 35ff):

- **Die Ziele der Beratung sollten in den Mittelpunkt der Bemühungen gestellt werden.**

Anfangs ist es zu empfehlen, dass kurzfristige Ziele verwirklicht werden. Das langfristige Ziel der Beratung besteht darin, dass der Patient gesundheitsbewusste Denk- und Handlungsweisen erlangt.

- **Die Beratungsziele werden mit dem Patienten gemeinsam festgelegt.**

Durch die Zusammenarbeit wird deutlich gemacht, dass die Beratung ein Teil des Behandlungsplans ist. Der Patient wird aktiv in den edukativen Prozess einbezogen. Die Zusammenarbeit schafft ein Gefühl der Gemeinsamkeit, so sind sich im Idealfall die Pflegeperson und der Patient von Anfang an einig.

- **Es soll der Kenntnisstand und die Aufnahmefähigkeit des Patienten eingeschätzt werden.**

Schätzt eine Pflegeperson vor einer Beratung den Kenntnisstand und die Aufnahmefähigkeit ein, ergeben sich folgende Vorteile:

- Die Pflegeperson kann herausfinden, was der Patient weiß, welche Verhaltensweisen und Fähigkeiten gefördert und welche Sichtweisen korrigiert werden sollten.
  - Man erfährt, was der Patient glaubt, und man kann so die Beratung individuell auf ihn ausrichten.
  - Es kann herausgefunden werden, worüber der Patient noch nichts weiß.
  - Die Aufnahmefähigkeit kann festgestellt werden.
  - Das Pflegepersonal soll keine voreiligen Schlüsse ziehen.
  - Durch das Einschätzen des Kenntnisstandes kann die Pflegekraft vermeiden, die Zeit mit Dingen zu verschwenden, die dem Patienten schon bekannt sind.
- **Voreilige Schlüsse sollten vermieden werden.**  
Auf Fragen stellen und gutes Zuhören ist in diesem Fall nicht zu verzichten.
  - **Das Vermitteln von konkreten Verhaltensweisen und Fähigkeiten ist ein wichtiger Punkt.**  
Es sollte darauf geachtet werden, dass sich die Pflegeperson klar ausdrückt, anschließend ist zu überprüfen, ob der Patient alles verstanden hat, was er machen soll oder auch nicht.
  - **Den Patienten aktiv in die Beratung miteinzubeziehen darf nicht verabsäumt werden.**  
Besonders nach passiven edukativen Maßnahmen ist es wichtig, den Patienten aktiv einzubeziehen, zum Beispiel den Patienten erklären zu lassen, wie er die erhaltene Information umsetzen wird, oder sich zeigen zu lassen, wie er diese in sein Leben integrieren möchte.
  - **Es spielt auch eine große Rolle, dass man für die Beratung möglichst pädagogisch günstige Momente ausnutzt.**  
Wenn zum Beispiel ein Patient eine Frage stellt, sollte diese Frage so gut wie möglich beantwortet, oder der Patient an weitere informierende Personen weitergeleitet werden (zum Beispiel Selbsthilfegruppen).
  - **Wird die Beratung individualisiert durchgeführt, besteht auch die Gefahr, dass der Klient eine Frage stellt, die man nicht beantworten kann, oder er einen in etwas einbezieht, dessen man sich nicht gewachsen fühlt.**

Der Sinn einer Beratung ist es allerdings nicht, dass die Pflegeperson sich gut fühlt, sondern dass dem Patienten geholfen wird, sich selbst zu versorgen.

- **Für den Patienten ist es bedeutend, seine Selbstwirksamkeitsüberzeugung zu stärken, falls diese nicht ausreichend vorhanden ist.**

Der Patient soll erlernen, dass gewisse Kompetenzen oder Verhaltensweisen, eine Besserung des Gesundheitszustandes hervorrufen können.

- **Um zu sehen, ob die Lernerfolge Früchte tragen, sollte eine Evaluierung durchgeführt werden.**

Evaluationen werden in zwei Gruppen geteilt, nämlich in Kurzzeitevaluation und Langzeitevaluation. Bei der Kurzzeitevaluation wird der Pflegeperson darüber Auskunft gegeben, ob die Informationen beim Patienten angekommen sind.

Bei der Langzeitevaluation wird überprüft, wie konsequent und anhaltend die vorher gelernten Informationen umgesetzt werden, und ob sie ausreichend zu einer gesundheitlichen Verbesserung beitragen.

- **In die Beratung kann das ganze Gesundheitspflegeteam miteinbezogen werden.**

Es ist wichtig, alle Assessments, edukativen Maßnahmen oder Evaluationen zu dokumentieren. So können andere Mitglieder sich über die edukativen Bemühungen und Erfolge informieren. Es soll im Team miteinander statt gegeneinander gearbeitet werden, Maßnahmen sollen auf denen anderer Kollegen aufgebaut werden und umgekehrt.

Was kann getan werden, wenn ein Patient entlassen wird, bevor eine Beratung stattfinden konnte (London, 2003, S. 44)?

- Der Patient oder die Angehörigen brauchen Informationen, um zu Hause ein sicheres Leben und auch eine Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erreichen.
- Es soll versucht werden, die Sorgen des Patienten zu minimieren.
- Eine Evaluation durchführen, welche Kenntnisse und Fertigkeiten der Patient schon hat und welche unabdinglich sind.
- Den Patienten auf Informationsquellen verweisen (zum Beispiel Kontaktadressen von Ärzten, Pflegespezialisten, Notdiensten und Selbsthilfegruppen weitergeben).

- Es soll dokumentiert werden, was mit dem Patienten bei weiteren Kontakten noch besprochen werden muss.
- Wenn eine Pflegeperson Zweifel an der Sicherheit des Patienten hat, wenn er das Krankenhaus verlässt, dann sollte dies bei einer Teambesprechung diskutiert werden, um mögliche Maßnahmen zu besprechen.
- Die Pflegeperson sollte dem Patienten helfen, seine Rechte zu schützen.
- Als Pflegekraft sollte man sein Möglichstes tun, um Situationen, in denen ein Patient ohne Beratung nach Hause geschickt wird, zu verhindern.

### **5.3 Umfeld und Team**

Das Umfeld sowie das Team sind bei der Beratung für deren Erfolg sehr wichtig. Durch die Gestaltung des Umfelds kann die Atmosphäre, in der beraten wird, stark beeinflusst werden. Sind die Rahmenbedingungen günstig, wird der Patient dazu motiviert, Informationen einzuholen und sich die Zeit zum Lernen zu nehmen. Durch das Schaffen eines guten Beratungsumfeldes kann viel Zeit gespart werden.

Das Beratungsmaterial sollte jederzeit nach einem System geordnet an einem zentralen Ort aufbewahrt werden. Das Pflegepersonal soll Bescheid wissen, welches Informationsmaterial vorhanden ist, sodass bei Bedarf bestmögliche Beratung stattfindet.

Sollten Beratungsmaterialien fehlen, können diese auf verschiedene Art und Weise beschafft werden (London, 2003, S. 46ff):

- Es gibt einige Einrichtungen beziehungsweise Firmen, die auf Anfrage kostenloses Material zuschicken. Auch Ämter, Verbände und Pharmakonzerne bieten Poster, Broschüren, Videos, etc. an.
- Es können Materialien auch selbstständig hergestellt werden, wie zum Beispiel Merkblätter oder Poster.
- Es kann versucht werden, bei Personen oder Gremien, die für Patienten- und Angehörigenberatung zuständig sind, um Gelder für die Anschaffung von benötigten Materialien anzusuchen.

Jeder Mensch lernt anders, daher ist es auch notwendig, dass es eine Auswahl an Materialien gibt, da so ein und dieselbe Information auf verschiedene Weise dargestellt werden kann, zum Beispiel mit Merkblättern, Kassetten, Videos, DVDs oder CDs (London, 2003, S. 46ff).

Der Begriff „Umfeld“ kann viel bedeuten, zum Beispiel räumliche Gegebenheiten, Temperatur, Geräusche, Beleuchtung, Mobiliar, Geräte und Menschen.

Die Rahmenbedingungen sollten den Lernprozess positiv beeinflussen und nicht erschweren. Wird darauf geachtet, dass der Raum ruhig ist, in dem eine Privatsphäre möglich ist, dass der Raum gut beleuchtet ist, eine kommunikationsfördernde Sitzordnung gewählt wird und das Lehr- und Übungsmaterial bei der Hand ist, dann sind das die besten Voraussetzungen für einen Lernprozess.

Ein günstiges Umfeld kann einen positiven Einfluss auf die Beratung haben, aber das alleine reicht nicht aus, die Interaktion zwischen Klient und Vermittler ist entscheidend.

Auch die Strukturen des Systems Krankenhaus gehören zum Umfeld, hier sollte darauf geachtet werden, dass die Kommunikation zwischen den Mitgliedern des Gesundheitspflegeteams gefördert wird. Die Pflegekräfte, die gerade Dienst haben, sollten wissen, welche Maßnahmen schon durchgeführt wurden und was bei den einzelnen Patienten als nächstes zu behandeln ist.

Das System Krankenhaus muss die Beratung der Patienten und Angehörigen fördern. Alle Materialien zur Beratung sollten jederzeit vorhanden und auffindbar sein. Es muss auch geregelt sein, wer für die Beschaffung, Wartung, Pflege und Herstellung des Beratungsmaterials zuständig ist, und wer, wenn nötig, den Nachschub von Material und das Budget regelt.

Da Lernen ein längerfristiger Prozess ist, wäre es von Vorteil, wenn nicht nur die Pflegekräfte im Krankenhaus zusammenarbeiten, sondern systemübergreifend gearbeitet wird, da so der größte Lernerfolg erreicht werden könnte.

Sowohl Primärpflegekräfte als auch Kliniken, Spezialisten und wenn nötig auch häusliche Pflegedienste sollten zusammenarbeiten. Ein günstiges Beratungsklima zu schaffen hilft dem Pflegepersonal Zeit zu sparen, da langwierige Vorbereitungen entfallen und das benötigte Material stets zur Hand ist. Dies ermöglicht, immer dann Beratungen durchzuführen, wenn der Patient dazu bereit ist (London, 2003, S. 46ff).

Bei einer Beratung ist es sehr wichtig, dass der Patient zum Partner wird, dass er weiß, wie wichtig seine Rolle ist, deshalb sind Kommunikation und das Vertrauen des Patienten unerlässlich. Ein gutes Lernklima ist entscheidend, ob der Patient interessiert mitarbeitet.

Es gibt viele Gruppen, die zum Gesundheitspflegeteam dazugehören, wie der Patient, Angehörige, Ärzte, Pflegekräfte, Pflegehilfen, Pflegespezialisten, Pharmazeuten, Dolmetscher, Diätologen, Rehabilitationshelfer, Seelsorger, Sozialarbeiter, Telefonische Nachsorgeprogramme, häusliche Pflegedienste und viele mehr. Um keine wertvolle Zeit zu verschwenden ist es unbedingt nötig, dass die verschiedenen Disziplinen miteinander kommunizieren. Die beste Möglichkeit, für den Patienten neue Informationen in seinen Alltag zu integrieren und Verhaltensänderungen zu unterstützen, besteht darin, die Beratung über das gesamte Pflegekontinuum hinweg zu koordinieren.

Die Aus- und Weiterbildung ist bei der Pflegeberatung sehr bedeutend.

Übungseinheiten entsprechen meist nicht der Realität, es wird den Personen viel Zeit für Literatursuche und Vorbereitung für das Beratungsgespräch, sowie für Evaluation und Dokumentation gegeben, die sie normalerweise nicht haben. Aus- und Weiterbildungszentren können dem Pflegepersonal beibringen, wie edukativ gearbeitet werden kann, wie interdisziplinäre Beziehungen aufgebaut werden können und wie effektiv kommuniziert werden kann.

Teamarbeit lässt sich vor allem durch Kommunikation, respektvollen Umgang zwischen den Disziplinen und einem gemeinsamen Ziel fördern (London, 2003, S. 56ff).

#### **5.4 Informationsmöglichkeiten und –material**

Schriftliche Beratungsunterlagen können bei einer Beratung sehr hilfreich sein. Wenn die Pflegeperson die Beratungsinhalte Punkt für Punkt mit dem Patienten durchgeht, ist es nützlich, die Kernpunkte von dem Besprochenen zusammengefasst auf einem Merkblatt parat zu haben. Natürlich ist zu beachten, dass schriftliches Material kein Ersatz für die persönliche Beratung ist.

Anfangs, bevor der Handzettel ausgegeben wird, ist es wichtig einzuschätzen, wie die Lernfähigkeit, der Informationsbedarf und die Lesekompetenzen des Patienten sind.

Der Patient kann dann mit der Pflegeperson gemeinsam das Merkblatt durchgehen, oder der Patient liest es sich als erstes alleine durch und es wird im Nachhinein mit der Pflegeperson besprochen.

Für das Verständnis ist es bedeutend, dass die Pflegeperson dasselbe Vokabular verwendet wie der Patient, es soll hier immer wieder überprüft werden, ob der Patient alles verstanden hat. Wenn möglich sollten keine Fremdwörter oder auch andere schwierige Wörter verwendet werden, die der Patient nicht kennt.

Weiters ist es entscheidend, das Ziel im Auge zu behalten, die Beratung muss durch das Gespräch betrieben werden, das Handout soll nur eine Orientierungshilfe sein, auf die der Patient nach der Beratung zurückgreifen kann (London, 2003, S. 148ff).

Was macht gute Beratungsunterlagen aus (London, 2003, S. 148ff)?

- Es muss klar sein, welches Thema die Beratungsunterlagen behandeln.
- Die Kernpunkte sollten zusammengefasst werden.
- Der Verständlichkeitsgrad, der Schreibstil und auch der verwendete Wortschatz sind bei der Gestaltung eines Handouts von großer Wichtigkeit.
- Titelbilder von Beratungsunterlagen sollten den Patienten ansprechen und seine Aufmerksamkeit erwecken. Bilder bedürfen Über- oder Unterschriften, sodass der Patient weiß, was die Abbildung zeigen soll. Einfache Strichzeichnungen oder auch einfache Fotos eignen sich sehr gut für Erklärungen.
- Das Layout und der Schriftsatz tragen viel zum Verständnis des Patienten bei. Ist ein Merkblatt gut gegliedert, werden Überschriften und wichtige Punkte hervorgehoben und wird die Schrift groß genug gewählt, dann ist das Handout für den Leser besser zu verstehen.

Wird ein Beratungstext verfasst, sollten mehrere Meinungen eingeholt werden. Es ist möglich, die Beratungsunterlagen von verschiedenen Disziplinen lesen zu lassen, wie zum Beispiel von anderen Pflegekräften, Ärzten, Diätologen, usw., eventuelle Rückmeldungen von Kollegen können überprüft und möglicherweise in den Text eingearbeitet werden. Expertenmeinungen sind hilfreich, aber Experten kennen sich

auf ihrem Fachgebiet gut aus und verstehen auch die Fachausdrücke. Deshalb ist es besonders wichtig, die Informationsmaterialien Patienten vorzulegen und nach dem Verständnis zu fragen, da nur diese sagen können, ob sie diese verstehen.

Werden Informationsblätter in Fremdsprachen übersetzt, so sind professionelle Übersetzer notwendig, da nicht nur einzelne Wörter übersetzt werden müssen, sondern auch der Wortsinn.

Am idealsten ist es, wenn Merkblätter und andere Informationsmaterialien von einem interdisziplinären Team zusammengestellt werden, wo jeder seine Stärken einbringen kann (London, 2003, S. 148ff).

Benötigt ein Patient nach dem Krankenhausaufenthalt weitere Hilfe, so sollte die Beratung folgendes beinhalten (Koch-Straube, 2001, S. 159):

- Patienten darüber informieren, welche weiterführenden Hilfen es gibt.
- Einen Austausch von Informationen darüber, was notwendig ist und was möglich ist.
- Eventuelle Abstimmung über konkrete Einleitung der bedarfsorientierten Angebote.
- Gegebenenfalls können Schulungen und Anleitungen beim Patienten durchgeführt werden, falls pflegerische Tätigkeiten selbst durchgeführt werden müssen.

Diese Beratung kann nicht nur mit Patienten, sondern auch unter Anwesenheit der Angehörigen durchgeführt werden (Koch-Straube, 2001, S. 159).

## **5.5 Einzelberatung und Gruppenschulung**

In vielen Gesundheitspflegebereichen werden Gruppenschulungen angeboten, wie zum Beispiel bei der Geburtsvorbereitung, Erste-Hilfe-Ausbildung aber auch der Herzrehabilitation. Das Pflegepersonal lernt in seiner Ausbildung oder auch in seinem Berufsalltag nur wenig darüber, wie am besten mit Gruppen edukativ gearbeitet werden kann.

Gruppenschulungen können in der Patientenschulung aus folgenden zwei Gründen angewendet werden (Klug-Redman, 1996):

- Der ökonomische Weg, der mehrere Personen gleichzeitig unterrichtet.
- Die Erfahrung und die Unterstützung einer Gruppe zu haben, kann der beste Weg für Patienten sein, die Lernziele zu erreichen.

Die Gruppenberatung bringt folgende Vorteile (Sickendiek et al., 2002):

- Belastungen können leichter akzeptiert werden, wenn auch andere Patienten als gleichbetroffen wahrgenommen werden können.
- Unangenehme oder tabuisierte Themen können in einer Gruppe leichter ausgesprochen werden.
- Eigene und fremde Problemlösevarianten können zusammen reflektiert und für den Lernprozess genützt werden.
- Erfahrungen in der Erprobung von Lösungswegen können vielfältiger diskutiert werden.
- Gegenseitige Hilfeleistungen der Gruppenmitglieder können sich entwickeln.

Ziele der Gruppenarbeit (Büttner und Quindel, 2005, S. 181):

- Forum für Erfahrungsaustausch
- Übernehmen sinnvoller Copingstrategien
- Übermittlung spezifischer Inhalte
- Milderung von Scham- und Schuldgefühlen
- Aufbau von entlastenden Netzwerken
- Förderung sozialer Integration

In Tabelle 4 sind die Vor- und Nachteile der Gruppenberatung nach Büttner und Quindel (2005, S. 182) zusammengefasst.

**Tabelle 4: Vor- und Nachteile der Gruppenberatung (Büttner und Quindel, 2005, S. 182)**

<b>Vorteile</b>	<b>Nachteile</b>
Kontakt zu anderen Betroffenen.	Eingehen auf persönliche Probleme nur in geringem Umfang möglich.
Lernen am Modell, unabhängig von der Fachautorität der Therapeutin.	Konfrontation mit den Schwierigkeiten der anderen und dadurch Belastung.
Eröffnen neuer Sichtweisen.	Zeitverlust durch Gruppenprozesse.
Gruppen bieten Schonraum / erfordern nicht von allen sofort Aktivität.	Teilnehmer gegebenenfalls weniger offen (Schwellenangst vor der Gruppe).
Informationen erreichen eine größere Zielgruppe (vor allem in der Prävention wichtig).	Oft schwerer zu organisieren als Einzelberatungstermine.

Werden Schulungen in Gruppen abgehalten, so hat dies den Vorteil, dass den Teilnehmern Gelegenheit zur Diskussion gegeben wird. Hier haben die Patienten die Möglichkeit, sich untereinander auszutauschen. Bei der Arbeit mit Gruppen ist der Dialog zwischen Kursleiter und Teilnehmer von großer Bedeutung.

Folgende Punkte sollten bei Gruppenschulungen beachtet werden (London, 2003, S. 256ff):

- Beteiligung der Klienten am Bedarfsassessment.
- Erzeugung einer angstfreien, behaglichen Atmosphäre.
- Aufbau einer tragfähigen Beziehung zu den Klienten.
- Vom Einfachen zum Komplexen voranschreiten und das Gelernte bekräftigen.
- Abwechseln zwischen Aktion und Reflexion, ausprobieren lassen.
- Respektieren der Teilnehmer.
- Kombinieren von Gedanken, Gefühlen und Handlungen.
- Sofortige Umsetzung des Gelernten.
- Klare Festlegung der Rollenverteilung.
- Arbeit mit kleinen Gruppen und Förderung der Teamarbeit.
- Ermöglichung selbstgesteuerten Lernens.
- Aufteilung der Verantwortung.

Wenn eine Gruppenschulung geplant wird, sollte sich der Kursleiter genau über seine Teilnehmer informieren, wie viele Personen in der Gruppe sein werden, warum die Teilnehmer die Kompetenzen erlernen müssen, welche Probleme sie haben, wo und wann sich die Gruppe trifft, wobei hier auf die Teilnehmer Rücksicht genommen werden sollte. Weiters ist im Auge zu behalten, welche Ziele man erreichen möchte. Bei der Gestaltung von Gruppenschulungen ist Einfallsreichtum gefragt. Sowohl in der Einzel- als auch in der Gruppenschulung ist es wichtig, den Patienten aktiv mit einzubeziehen.

Das Einbeziehen von Bildern in die Präsentation macht es leichter, dass der Patient versteht was gemeint ist, auch Videos können sehr hilfreich sein, um Patienten ein Thema näher zu bringen. Wird ein Thema mittels Computer oder Diashow präsentiert, sollte ein Handout für die Teilnehmer zusammengestellt werden, so müssen sie nicht mitschreiben und können besser aufpassen.

Merkblätter sind in Schulungen besonders wichtig, da der Patient diese mit nach Hause nehmen kann und sich immer wieder anschauen und wiederholen kann, was zu erlernen ist. In der Schulung oder Beratung gesagte Dinge können oft zu Hause nicht mehr oder nicht genau erinnert werden, schriftliches Material kann durch Lesen und Wiederholen immer wieder ins Gedächtnis gerufen werden.

Am Anfang ist es gut, eine kurze Aufwärmphase einzuberechnen. Die Teilnehmer können sich kurz vorstellen, oder es kann ein Kennenlernspiel durchgeführt werden. Auch der Wissenstand der Patienten kann mittels Spielen herausgefunden werden. Pausen sind für die Teilnehmer sehr wichtig, da das Gelernte verarbeitet werden muss und so vielleicht neue Fragen auftauchen können.

Einzelberatungen können sehr effektiv sein, die Vorteile an Gruppenschulungen sind aber, dass Interaktionen unter den Patienten stattfinden und Erfahrungen ausgetauscht werden. Dies kann zu wichtigen Diskussionen führen.

Es ist auch von großer Bedeutung zu erfahren, ob die Teilnehmer wissen, wie sie das Gelernte in den Alltag umsetzen können. Hier kann gefragt werden, wie die Patienten einzelne Punkte des Gelernten zu Hause umsetzen möchten. Welche Möglichkeiten sehen die Teilnehmer, dass die Umsetzung funktionieren kann. Auch nach der Schulung sollte der Patient die Gelegenheit haben, beim Kursleiter oder anderen Mitgliedern des Gesundheitspflegeteams nachzufragen, dies lässt nicht so viele Unsicherheiten aufkommen.

Im Anschluss an die Schulung können die Patienten gebeten werden, einen kurzen anonymen Fragebogen auszufüllen, der eine Rückmeldung geben soll, wie den Teilnehmern der Kurs gefallen hat, ob sie etwas gelernt haben, ob sie glauben, dass das Gelernte für die Zukunft hilfreich sein wird und ob die Schulung ihren Zweck erfüllt hat. Dieses Feedback kann für zukünftige Schulungen und Beratungen hilfreich sein und zu Veränderungen anregen (London, 2003, S. 260ff).

Patientenschulungen sind institutionalisiert und haben eine regelhafte Form von Anleitung und Information. Oft verfehlen diese Schulungen deshalb ihr Ziel. Bei einer Schulung sitzen in einem Raum Menschen mit der gleichen Erkrankung, aber mit verschiedenen Problemen. Manchmal können die Patienten die Informationen nicht oder nur wenig aufnehmen, da sie für sie subjektiv nicht helfen. Mit ihren Problemen bleiben sie trotzdem alleine. Es gibt Menschen, die von Schulungsprogrammen profitieren und andere, die kaum einen Nutzen davon haben (Koch-Straube, 2001, S. 81f).

An der Universitätsklinik in Wien (AKH Wien) wird von der Forschungsgruppe „funktionelle Rehabilitation und Gruppenschulung Wien“ eine Hypertonie-Gruppenschulung angeboten, wobei hier der Schwerpunkt auf sekundärer Hypertonie bei Diabetes liegt. Diese Schulung wird von Dr. Kinga Howorka und ihrem Team, Michaela Gabriel, Mag. Anita Weichberger und Dr. Helga Grillmayr geleitet. Die Schulung ist in drei Unterrichtseinheiten zu je drei Stunden unterteilt. Der Inhalt der Schulungseinheiten ist folgender:

- Unterrichtseinheit I
  - Ursachen des Bluthochdrucks (= Hypertonie)
  - Ursachen der Hypertonie bei Diabetes mellitus
  - Erfassung von Nierenschäden bei Diabetes mellitus
  - Blutdruckselbstmessung
  - Nicht-medikamentöse Behandlungsmaßnahmen bei Hypertonie
  - Medikamentöse Stufentherapie bei Bluthochdruck (Umriss)
  - Parallelmessung

- Unterrichtseinheit II
  - Zusammenfassung: Entstehung des Bluthochdrucks
  - Bedeutung der sekundären Hypertonie bei Diabetes
  - Die häufigsten Fehler bei der Blutdruckselbstmessung
  - Medikamentengruppen und ihre Eigenschaften
  - Besprechung der ambulant erhobenen Blutdruckwerte; Therapieanpassung
  - Parallelmessung
  
- Unterrichtseinheit III
  - Zusammenfassung der medikamentösen Maßnahmen
  - Protokollbesprechung und Therapieanpassung
  - Hochdruckbehandlung als Vorbeugung der Spätkomplikationen bei Diabetes
  - Absetzen der antihypertensiven Therapie: wann und bei wem sinnvoll und möglich
  - Therapieanpassung bei hypertensiver Krise
  - Blutdruck und andere Risikofaktoren der koronaren Herzkrankheit
  - Diskussion
  - Parallelmessung
  - Besprechung der Blutdruckprotokolle und Therapieanpassung

(Dr. Howorka, Patientenunterlagen für strukturierten Unterricht: Hypertonie-Gruppenschulung, Version: 4.4.2000)

Das Curriculum zur Schulung von Patienten mit Hypertonie von Didjurgeit (2003) wird in fünf Unterrichtseinheiten geteilt, das Programm wird mit bis zu 6 Patienten durchgeführt. Die Unterrichtseinheiten dauern in der Regel zwischen ein bis zwei Stunden.

In den einzelnen Unterrichtseinheiten werden folgende Ziele verfolgt:

- Unterrichtseinheit I
  - Die Grundlagen und Ursachen der Hypertonie kennenlernen
  - Die Formen des Bluthochdrucks kennenlernen

- Die Folgen der unbehandelten Hypertonie erfahren
- Die Blutdruckselbstmessung erlernen und mehrmals ausprobieren
- Unterrichtseinheit II  
Die nicht medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten kennenlernen
  - Ernährung
  - Sport/ Bewegung
  - Stress
  - Raucherentwöhnung
- Unterrichtseinheit III  
Medikamentöse Maßnahmen zur Behandlung von Hypertonie
  - Wirkung der Medikamente
  - Nebenwirkungen der Medikamente
- Unterrichtseinheit IV
  - Ernährung für Hypertonie
  - Gewichtsreduktion
  - Die Vertiefung und Aufarbeitung der ersten drei Übungseinheiten
- Unterrichtseinheit V
  - Eiweißreduzierte Kost optional für Patienten mit Niereninsuffizienz

## 5.6 Compliance

Die Therapietreue, welche auch als Compliance bezeichnet wird, ist bei Bluthochdruck von großer Bedeutung. Dies inkludiert die genaue Befolgung der Empfehlungen zur Ernährung und gesundem Lebensstil, aber auch besonders die Einnahme der blutdrucksenkenden Medikamente.

Die Folgeerkrankungen der Hypertonie, wie zum Beispiel ein Schlaganfall oder ein Herzinfarkt können nur durch eine optimale Behandlung des Bluthochdrucks vermieden werden, dafür ist die Mitarbeit des Patienten unverzichtbar. Der Patient kann viel tun, um keine negativen Auswirkungen der Krankheit zu bekommen. Die

Compliance ist nur zu erreichen, wenn der Patient von der Notwendigkeit und dem Nutzen der Behandlung überzeugt ist. Die Gründe für eine ungenügende Compliance sind Vergessen, Bequemlichkeit, Angst vor Nebenwirkungen durch den Beipackzettel verursachte Unsicherheit, mangelnde Aufklärung und schlechte Kommunikation mit dem behandelnden Arzt. Es ist daher besonders wichtig, bei der Betreuung und Behandlung von Bluthochdruckpatienten darauf zu achten, diesen Gründen für mangelnde Therapietreue entgegenzuwirken.

Weiters trägt eine anhaltende Compliance von Bluthochdruckpatienten zur Volksgesundheit bei, dadurch könnten auch die Kosten im Gesundheitswesen verringert werden (Gotzen und Lohmann, 2005, S. 93ff).

Besonders bei Hypertoniepatienten spielt die Kooperationsbereitschaft und Compliance des Patienten eine große Rolle. Es ist sehr wichtig, dass der Patient die Bereitschaft und die Fähigkeit hat, sich an die vereinbarten oder vom Arzt verordneten Maßnahmen zu halten. Titscher meint (2003, S. 184f), dass Compliance meistens zu einseitig gesehen wird, nämlich als Anpassungsvorgang des Patienten an die Vorschläge des Arztes. Die Psychosomatik sieht die Compliance als Beziehungsprozess, in dem Arzt und Patient aufeinander bezogene handelnde und kooperierende Partner sein sollen.

Eine retrospektive Analyse von behandelten Hypertonikern zeigte, dass 50 - 59 % der Patienten nach nur sechs Monaten die Therapie abgebrochen haben. Möglichkeiten, wie die Compliance verbessert werden kann (Poulter, Thom und Kirby, 2001, S. 19f):

- Es soll darauf geachtet werden, dass der Patient versteht, welche Gründe und Erfolge die Behandlung hat.
- Klare Instruktionen sind wichtig.
- Wiederholen und Auffrischen der Instruktionen bei jedem Besuch.
- Erkundigung nach den Nebenwirkungen.
- Die Behandlung möglichst einfach gestalten.
- Das Behandlungssystem sollte dem Patienten in schriftlicher Form gegeben werden.
- Die Verstärkung der Patientenbeteiligung ist sehr wichtig.
- Wenn möglich, sollten die Angehörigen des Patienten einbezogen werden.

- Die praktizierende Krankenschwester sollte in die regelmäßigen Nachuntersuchungen einbezogen werden.

Eine geringe Compliance ist ein großes therapeutisches und auch wirtschaftliches Problem und auch eine der wichtigsten Punkte bei der Effektivität der Hypertonietherapie.

Poulter, Thom und Kirby (2001, S. 203f) beschreiben vier Compliance-Typen bei der Hypertonietherapie:

- Hohe Compliance mit guter Blutdruckkontrolle  
Dies stellt die ideale Situation von richtiger Diagnose, voller Compliance und kompletter medikamentöser Antwort dar.
- Hohe Compliance ohne Blutdruckkontrolle  
Vorschlag einer ungeeigneten Behandlung, unzureichende Dosierung oder pharmakologische Resistenz.
- Geringe Compliance mit Blutdruckkontrolle  
Inkorrekte Erstdiagnose, wo keine Antihypertensive Behandlung gebraucht wird.
- Geringe Compliance ohne Blutdruckkontrolle  
Dies entspricht dem typischen Non-Compliance Patienten.

## **5.7 Aus-, Fort- und Weiterbildung**

Es ist besonders wichtig, dass in Zukunft bestehende Aus- und Weiterbildungssysteme im Bereich Interaktion und Beratung in der Pflege erweitert werden. Das Konzept der Integration der Beratung in die Pflege als ein wesentlicher Aspekt der Professionalisierung des Pflegeberufs ist ein wichtiger Schritt zu einem wandelnden Bildungssystem in einem sich verändernden Gesundheitswesen.

In der Ausbildung werden Fächer unterrichtet, die später zu dem Wissen und den Kenntnissen führen, um eine Beratung durchführen zu können, wie Pflegewissenschaft, Pflegepraxis, Biologie, Medizin, Sozialwissenschaft und Psychologie. Es gibt in der pflegewissenschaftlichen Literatur kaum Aussagen über die notwendigen Kompetenzen von Beratern in der Pflege. Deshalb werden beratungsbezogene Grundlagen aus der Psychologie, Physiologie, der Soziologie,

der Gruppendynamik, dem Recht und der Ethik genommen, um Richtlinien für die Beratung zu bekommen.

Bei einer Neuordnung der Pflegeausbildung, in die die Beratung integriert wird, sind folgende Fragen miteinzubeziehen (Koch-Straube, 2001, S. 183ff):

- Was ist realistischerweise in die Grundausbildung einzubeziehen?
- Was gehört in ein Pflegestudium?
- Was gehört in eine Weiterbildung, die auf die Ausbildung einer Pflegberaterin zielt?

Ein Problem, das die effektive Patientenschulung hat ist, dass die Aus-, Fort- und Weiterbildung mangelhaft ist. Patientenschulung und Beratung müssten in der Ausbildung viel mehr gefördert und in der Praxis geübt werden, um mehr Erfahrungen sammeln zu können. In der Ausbildung ist es besonders wichtig, sich die kommunikativen Fähigkeiten anzueignen, die man für die Schulung von Patienten braucht, sodass der Patient möglichst viel aus der Schulung oder Beratung mitnehmen kann (Close, 2002, S. 234f).

Hummel-Gaatz und Doll (2007, S.61f) geben in ihrem Buch konkrete Vorschläge zur Unterrichtsgestaltung für ein Basisseminar zu Beratung und Anleitung und für einen problemorientierten Lernzugang zum Entlassungsmanagement. Die Unterrichtsplanung, die im Folgenden kurz vorgestellt wird, ist als Ideenpool und Anregung zu verstehen, die Lehrende bei ihrer eigenen Unterrichtsvorbereitung inspirieren soll. Hier wird vorgeschlagen, dass nach dem ersten Ausbildungsjahr, aufbauend auf ein dreitägiges Gesprächsführungsseminar im Einführungsblock, ein Basisseminar zu Beratung und Anleitung angeboten wird. Die Autoren des Buches weisen darauf hin, dass nicht mit jeder Unterrichtssequenz kleine Teilkompetenzen erreicht werden können. Sie meinen, dass sich viele Kompetenzen beiläufig entwickeln und nicht planbar seien. Im Weiteren sind viele Kompetenzen nur im Zusammenhang mit Praxisaufgaben und Erfahrungen sowie deren Reflexion erreichbar. Pro Seminartag wird von einem Stundenkontingent von viermal neunzig Minuten ausgegangen, insgesamt sind fünf Seminartage vorgesehen (Tabelle 5).

**Tabelle 5: Vorschläge zur Unterrichtsgestaltung für das Basisseminar nach Engel (2006, S. 103ff)**

	<b>Tag 1</b>	<b>Tag 2</b>	<b>Tag 3</b>	<b>Tag 4</b>	<b>Tag 5</b>
<b>Tages- thema</b>	<b>Beratung und Anleitung als pflegerisches Handlungs- feld</b>	<b>Beratung als Prozess</b>	<b>„Beratung will gelernt sein“</b>	<b>Gezielte Beratung</b>	<b>Anleitung in Schritten</b>
<b>Inhalte</b>	Bedeutung von Beratung und Anleitung in der Pflege  Edukative Pflege- interventionen Begriffs- erklärung  Beratungs- kompetenzen  Kriterien guter Beratung  Beratungs- anlässe in der Pflege  Rahmen- bedingungen in der Pflege	Diagnost- izieren von Beratungs- bedarf und – bedürfnissen  Beratungs- inhalte  Beratungs- leitfaden  Beratungs- modelle  Pflege- theorien und Rolle des Beraters	Haltungen in der Beratung  Beratungs- techniken  Kriterien „guter“ Beratung  Beratungs- gespräche	Pflege- phänomene in der Beratung und Anleitung: Krise -Coping -Compliance -Hoffnung -Selbstwirk- samkeit -Wissens defizit -Koheränz sinn -Empower- ment  Angehörigen- beratung  Beratungs- gespräche	Anleitung- konzept  Anleitung- bedarf  Anleitung- planung: -Lern- voraussetz- ungen -Lernziele -Lern- schritte -Feedback  Evaluation und Dokument- ation von Beratung und Anleitung  Zukunfts- perspektiven des Handlungs- feldes Seminar- abschluss

Engel (2006, S. 5, 103ff) stellt in ihrem Buch ein auf spezifische Beratungskompetenzen aufgebautes umfassendes „Integriertes Ausbildungscurriculum“ vor, welches auf die Lehrbarkeit von Beratung, im speziellen auf die Gesundheitsberatung in der Pflege abzielt. Das „Integrierte Ausbildungscurriculum“ für Beratung hat zum Ziel, dass das Handlungsfeld der

zahlenmäßig größten im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppe, die der Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, durch einschlägige Zusatzqualifikationen zu erweitern. Das Curriculum dient als Grundlage für eine Zusatzqualifikation diplomierter Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, für ein zusätzliches Unterrichtsfach der schulautonomen Schwerpunktsetzung im Rahmen der Grundausbildung und für die Entwicklung von Lehrbehelfen.

Das Integrierte Ausbildungscurriculum wird in drei Module geteilt, es folgt ein thematischer Überblick über die Module und die Curriculumseinheiten (Tabelle 6):

**Tabelle 6: Ausbildungscurriculum in drei Modulen nach Engel (2006, S. 103ff)**

<b>Modul 1: Gesundheit</b>	<b>Modul 2: Kommunikation</b>	<b>Modul 3: Beratung</b>
Beeinflussung menschlicher Gesundheit	Kommunikation in der Beratung als professionelles Handeln	Beratung und Beratungstypen in der Pflege
<b>Curriculumseinheiten:</b> 1. Gesundheitsverständnis 2. Salutogenese 3. Krankheitsprävention 4. Gesundheitsförderung	<b>Curriculumseinheiten:</b> 1. Verbale und nonverbale Kommunikation 2. Gesprächstechniken	<b>Curriculumseinheiten:</b> 1. Beratungsrahmen 2. Beratungssituation 3. Beratungstypen

## 6. Qualitative Untersuchung

### 6.1 Gütekriterien qualitativer Forschung

Die Übertragung der klassischen Gütekriterien (Objektivität, Reliabilität und Validität) auf die qualitative Forschung funktioniert nicht, da sie andere Ziele verfolgt als die quantitative Forschung.

Die Gütekriterien der qualitativen Forschung sind nach Mayring (1999, S. 119 ff):

- **Verfahrensdokumentation:**  
Verfahren müssen detailliert beschrieben werden, sodass der Forschungsprozess nachvollziehbar wird und nicht als willkürlich und unüberprüfbarer Akt erscheint.
- **Argumentative Interpretationsabsicherung:**  
Interpretationen spielen eine entscheidende Rolle, lassen sich aber nicht beweisen. Interpretationen müssen mit Argumenten begründet werden, diese müssen schlüssig sein.
- **Regelgeleitetheit:**  
Das Material muss systematisch bearbeitet werden.
- **Nähe zum Gegenstand:**  
Man begibt sich in die Lebenswelt der Betroffenen. Qualitative Forschung will konkrete soziale Probleme beforschen.
- **Kommunikative Validierung:**  
Die Gültigkeit der Ergebnisse können überprüft werden, indem man sie den Betroffenen vorlegt und mit ihnen darüber diskutiert. Auch innerhalb eines Forschungsteams möglich.

Die Gütekriterien wurden so weit als möglich in dieser Untersuchung eingehalten.

## **6.2 Beschreibung der Untersuchung und Forschungsfragen**

### **6.2.1 Hinweise zur Testdurchführung**

Anfang Mai 2007 wurde der Kontakt mit dem Landesklinikum Thermenregion Baden geknüpft und alle Einwilligungen der Anstaltsleitung eingeholt. Allen wurde kurz der Zweck der Untersuchung beschrieben und auch die Anzahl der zu interviewenden Personen wurde genannt. Die Interviews der Patienten und des Pflegepersonals wurden in den letzten zwei Maiwochen und in der ersten Juniwoche 2007 durchgeführt, die Diätologin wurde in der letzten Novemberwoche 2007 befragt.

Vor den ersten Testungen wurde der Kontakt mit Oberarzt Doktor Michael Kunaver geknüpft, der sehr viel zur Findung der Patienten aber auch des Pflegepersonals beigetragen hat.

Bevor die Interviews an den Patienten und den Pflegepersonen im Krankenhaus durchgeführt wurden, fanden zwei Probeinterviews statt. Sowohl eine Hypertoniepatientin, als auch eine Pflegeperson wurden anhand der später verwendeten Leitfäden im Vorfeld der Untersuchung befragt. Anschließend an die Probeinterviews wurde der Leitfaden nochmals überarbeitet.

### **6.2.2 Organisatorische Formalitäten**

Nach der Kontaktaufnahme mit dem Landesklinikum Thermenregion Baden wurden die Pflegedirektorin, der ärztliche Direktor und das Personalbüro um Erlaubnis gebeten, die empirische Untersuchung in diesem Krankenhaus durchführen zu dürfen. Die Untersuchung wurde mit sehr viel Interesse an der Materie bewilligt. Die Genehmigung der Untersuchung war an folgende Auflagen gebunden:

- Die Anonymität der Patienten muss gewahrt bleiben.
- Die Anonymität der Pflegepersonen muss gewahrt bleiben.
- Die Anonymität der Diätologin muss gewahrt bleiben.
- Die Durchführung hat im Einvernehmen mit den Patienten zu erfolgen.
- Die Durchführung hat im Einvernehmen mit den Pflegepersonen zu erfolgen.
- Die Durchführung hat im Einvernehmen mit der Diätologin zu erfolgen.

### 6.3 Stichprobe

Die Stichprobenauswahl soll durch zwei Prinzipien bestimmt werden, die Nützlichkeit und die Angemessenheit.

Die Nützlichkeit ist in der Stichprobenauswahl von großer Bedeutung, denn in der qualitativen Forschung ist es oftmals nicht möglich, die Stichprobe nach dem Zufall zu finden, da sie die Voraussetzungen für die Fragestellungen nicht erfüllt. Wählt man die Teilnehmer nach Zufall aus, so besteht die Wahrscheinlichkeit, dass die so ausgewählte Person gar nichts oder nur wenig über den zu untersuchenden Sachverhalt weiß. So wäre ein Random-Verfahren nicht von Vorteil für die Ziele einer qualitativen Forschung und auch nicht für die Validität.

Unter der Angemessenheit versteht man, dass die gesammelten Informationen so umfangreich sein sollten, dass das zu Untersuchende umfassend und detailliert beschrieben werden kann (Morse und Field, 1998, S. 76).

Das Ziel der qualitativen Forschung ist es nicht, wie bei der quantitativen Forschung, Häufigkeiten bestimmter Handlungen herauszufinden, sondern in einer bestimmten Situation einige typische Handlungen herauszufiltern (Mayer, 2002, S. 192).

Mittels der Interviews wurden insgesamt elf Personen befragt, davon waren fünf Patienten im Alter zwischen 45 und 87 Jahren, fünf diplomierte Krankenschwestern im Alter von 39 bis 47 Jahren und eine Diätologin im Alter von 38 Jahren.

Die Voraussetzungen der Patienten für die Interviewteilnahme waren, dass sie an Bluthochdruck leiden, dass sie seit mindestens zwei Tagen im Krankenhaus stationär aufgenommen waren und dass sie keine spezielle Kost aufgrund von Diabetes oder anderen Krankheiten zu sich nehmen müssen.

Die Voraussetzung der Pflegepersonen war, dass sie die Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester bzw. zum diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger absolviert haben, bereits einige Jahre Berufserfahrung mit sich bringen und dass sie auf einer Station arbeiten, in der häufig Kontakt zu Hypertoniepatienten besteht.

Nach diesen Kriterien wurden die Patienten und das Pflegepersonal gesucht und unter Mithilfe von OA Dr. Kunaver auch gefunden.

Die Patienten setzten sich aus vier Männern und einer Frau, das Pflegepersonal aus fünf Frauen zusammen.

## 6.4 Das Interview

Die Interviews sind Problemzentrierte Interviews. Sie lassen den Befragten möglichst viel zu Wort kommen, und es erfolgt daher ein relativ offenes Gespräch. Das Interview ist zentriert auf eine Fragestellung, auf die der Interviewer immer wieder zurückkommt. Die Problemstellung wird vorher vom Interviewer analysiert und die erarbeiteten Aspekte werden im Interviewleitfaden zusammengestellt, die dann im Interview angesprochen werden können. Dieser Leitfaden soll während des Interviews als Gedächtnisstütze und Orientierung dienen. Da bei einem Problemzentrierten Interview keine Antwortalternativen vorgegeben werden, kann der Interviewte frei antworten.

Die Interviews dieser Untersuchung sind halbstrukturierte Befragungen, sie wurden mittels eines Interviewleitfadens durchgeführt, jedoch wurden immer wieder Aspekte aufgeworfen, die im Leitfaden nicht enthalten waren. Waren diese für die Themenstellung wichtig, so wurden vom Interviewer Ad-hoc-Fragen gestellt (Mayring, 1999, S. 50ff).

Beim Leitfaden wurde darauf geachtet, dass Fragen gestellt wurden, die offen zu beantworten waren, jedoch kommen auch geschlossene Fragen vor, da es wichtig war, vor der Vertiefung der einzelnen Themen zu erfahren, ob gewisse Faktoren für den Patienten oder die Pflegeperson überhaupt zutreffen.

Die Reihenfolge der Interviewfragen wurde nicht strikt eingehalten, war eine Frage schon im Zuge einer anderen Frage beantwortet, so wurde diese später weggelassen.

Das Interview begann mit einer Begrüßung des Interviewpartners, anschließend wurde kurz auf die Absicht der Forschungsarbeit eingegangen und erfragt, ob die Voraussetzungen erfüllt sind. Im Weiteren wurde dem Patienten, der Pflegeperson oder auch der Diätologin erklärt, warum es wichtig ist, dass das Interview mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet wird, und dann auch gefragt, ob die jeweilige Person damit einverstanden ist, das Gespräch aufzunehmen. Meist wurde das Aufnahmegerät nach kurzer Zeit vergessen und nicht mehr beachtet.

Soweit es möglich war, wurden die Interviews in Extraräumen durchgeführt, um die Gesprächssituation möglichst angenehm zu gestalten.

Zwei Interviews mit Patienten wurden in Einzelzimmern, zwei Interviews in einem Ärztezimmer und ein Interview in einem 3-Bettzimmer (da die Patientin nicht aufstehen durfte) durchgeführt.

Die Interviews mit den Pflegepersonen fanden entweder im Schwesternzimmer statt oder im Zimmer der Stationsschwester.

Das Interview mit der Diätologin wurde in deren Büro durchgeführt.

Bei allen Befragungen wurde stark darauf geachtet, dass es zu keinen Störungen kam. Bei den Patienten wurde vorher mit den verantwortlichen Krankenschwestern gesprochen und um keine Störung gebeten.

Die Krankenschwestern sagten ihren Kollegen und Kolleginnen, dass sie in der nächsten halben Stunde nicht gestört werden möchten. Fand das Interview im Schwesternzimmer statt, so wurde an der Außenseite der Türe ein Schild mit „Bitte nicht stören“ angebracht.

## **6.5 Beschreibung des Auswertungsverfahrens**

Diese empirische Untersuchung wurde mittels der qualitativen Inhaltsanalyse von Philipp Mayring ausgewertet. Nun folgt eine Einführung beziehungsweise eine Beschreibung der qualitativen Inhaltsanalyse.

Die Inhaltsanalyse ist primär eine kommunikationswissenschaftliche Technik.

Der Grundgedanke der qualitativen Inhaltsanalyse ist, dass sie sprachliches Material beziehungsweise Texte systematisch analysieren möchte. Dies geschieht, indem sie das Material zergliedert, schrittweise bearbeitet, und indem sie theoriegeleitet am Material entwickeltes Kategoriensystem die Analyseaspekte vorher festlegt (Mayring, 1999, S. 91).

Es können drei Grundformen des Interpretierens differenziert werden (Mayring, 2007, S. 58):

- Zusammenfassung:

Ziel dieser Art der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist.

- Explikation:  
Ziel dieser Art der Analyse ist es, zu einzelnen fraglichen Textteilen zusätzliches Material heranzutragen, das das Verständnis erweitert, die Textstelle erläutert, erklärt, ausdeutet.
- Strukturierung:  
Ziel dieser Art der Analyse ist es, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen.

Die qualitativen Interviews dieser Untersuchung werden anhand der ersten Grundform, der zusammenfassenden Inhaltsanalyse, interpretiert.

Das Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (Mayring, 2007, S. 60):

### **1. Schritt**

Bestimmung der Analyseeinheiten

### **2. Schritt**

Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen (Z 1-Regeln)

### **3. Schritt**

Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus  
Generalisierung der Paraphrasen unter diesem Abstraktionsniveau  
(Z 2-Regeln)

### **4. Schritt**

1. Reduktion durch Selektion, Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen  
(Z 3-Regeln)

### **5. Schritt**

2. Reduktion durch Bündelung, Konstruktion, Integration von Paraphrasen  
auf dem angestrebten Abstraktionsniveau (Z 4-Regeln)

## 6. Schritt

Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem

## 7. Schritt

Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial

Nachdem das Material genau beschrieben und die Fragestellung festgelegt wurde, müssen die Analyseeinheiten bestimmt werden.

Um die Präzision der Inhaltsanalyse zu erhöhen, werden Analyseeinheiten festgelegt (Mayring, 2007, S. 53):

- Kodiereinheit:  
Diese legt fest, welches der kleinste Materialbestand ist, der ausgewertet werden darf, was der minimale Textteil ist, der unter eine Kategorie fallen kann.
- Kontexteinheit:  
Diese legt den größten Textbestandteil fest, der unter eine Kategorie fallen kann.
- Auswertungseinheit:  
Diese legt fest, welche Textteile jeweils nacheinander ausgewertet werden.

Anschließend findet eine Paraphrasierung statt, das heißt, dass die einzelnen Kodiereinheiten in eine knappe, nur auf den Inhalt beschränkte, beschreibende Form umgeschrieben wird. Hier können nicht inhaltstragende Textbestandteile fallengelassen werden. Schlussendlich sollen die Paraphrasen auf eine einheitliche Sprachebene gebracht und in einer grammatikalischen Kurzform aufgeschrieben werden.

### **Z1: Paraphrasierung**

Z1.1 Streich alle nicht (oder wenig) inhaltstragenden Textbestandteile wie ausschmückende, wiederholende, verdeutlichende Wendungen!

Z1.2 Übersetze die inhaltstragenden Textstellen auf eine einheitliche Sprachebene!

Z1.3 Transformiere sie auf eine grammatikalische Kurzform!

Danach wird das Abstraktionsniveau der ersten Reduktion bestimmt, alle Paraphrasen, die unter diesem Niveau liegen, werden nun verallgemeinert.

## **Z2: Generalisierung auf das Abstraktionsniveau**

- Z2.1 Generalisiere die Gegenstände der Paraphrasen auf die definierte Abstraktionsebene, sodass die alten Gegenstände in den neu formulierten impliziert sind!
- Z2.2 Generalisiere die Satzaussagen (Prädikate) auf die gleiche Weise!
- Z2.3 Belasse die Paraphrase, die über dem angestrebten Abstraktionsniveau liegt!
- Z2.4 Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

Es ist möglich, dass dabei inhaltsgleiche Paraphrasen entstehen, die gestrichen werden können.

## **Z3: Erste Reduktion**

- Z3.1 Streiche bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheiten!
- Z3.2 Streiche Paraphrasen, die auf dem neuen Abstraktionsniveau nicht als wesentlich inhaltstragend erachtet werden!
- Z3.3 Übernehme die Paraphrasen, die weiterhin als zentral inhaltstragend erachtet werden (Selektion)!
- Z3.4 Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

Im nächsten Schritt werden die sich aufeinander beziehenden und oft über das Material verstreuten Paraphrasen zusammengefasst und durch eine neue Aussage wiedergegeben.

## **Z4 Zweite Reduktion**

- Z4.1 Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und ähnlicher Aussage zu einer Paraphrase (Bündelung) zusammen!
- Z4.2 Fasse Paraphrasen mit mehreren Aussagen zu einem Gegenstand zusammen (Konstruktion/ Integration)!
- Z4.3 Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichen) Gegenstand und verschiedener

Aussage zu einer Paraphrase zusammen (Konstruktion/ Integration)!

#### Z4.4 Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

Besonders wichtig ist es, nach dem Ende der zweiten Reduktionsphase genau zu überprüfen, ob die als Kategoriensystem zusammengestellten neuen Aussagen das Ausgangsmaterial noch repräsentieren (Mayring, 2007, S. 61f).

### **6.6 Forschungsfragen**

Die Forschungsfragen dieser Untersuchung lauten:

- Wie sieht die Beratungssituation von Hypertoniepatienten durch die Pflege im Landeskrankenhaus Thermenregion Baden aus?
- Wie sieht die Situation der Weiterleitung von Patienten an Beratungsstellen und –zentren im Badener Spital aus?
- Welcher Beratungsbedarf besteht bei Hypertoniepatienten im Krankenhaus?
- Welche Stellung nimmt der Zeitmangel der Pflege in der Beratung ein?
- Welche Möglichkeiten stehen zur Verfügung, Einzel- und Gruppenberatungen im Krankenhaus durchzuführen?
- Wie sehen Pflegepersonen ihre Aufgabe in der Beratung?
- Über welches Wissen verfügen Pflegepersonen in Bezug auf einen blutdrucksenkenden Lebensstil?
- Welche Informationsmöglichkeiten stehen den Pflegepersonen im Krankenhaus zur Verfügung?

## 6.7 Zusammenfassende Inhaltsanalyse

### 6.7.1 Zusammenfassende Inhaltsanalyse PATIENTEN

Int	S	Z	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
P1	1	2	Nacht munter geworden, fürchterliche Brustschmerzen, Schulterschmerzen, Übelkeit, mit der Luft Schwierigkeiten, 2 Uhr aufgestanden und Frau Rettung gerufen, weil ich nicht mehr kann	In der Nacht munter geworden wegen Brustschmerzen, Schulterschmerzen, Übelkeit und Schwierigkeiten mit der Luft.  2 Uhr mit der Rettung ins Krankenhaus gefahren	K1 Gründe für KH-Aufenthalt: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Brustschmerzen</li> <li>▪ Schulterschmerzen</li> <li>▪ Übelkeit</li> <li>▪ Luftschwierigkeiten</li> </ul>
P1	1	7	Seit 10 Jahren Bluthochdruck	10 Jahre Bluthochdruck	K2 Bluthochdruckgeschichte: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 10 Jahre Bluthochdruck</li> <li>▪ 10 Jahre BD-medikamente</li> <li>▪ Internist BD eingestellt</li> </ul>
P1	1	9	Seit 10 Jahren blutdrucksenkende Medikamente	10 Jahre Blutdruckmedikamente	
P1	1	13	Medikamentöse Einstellung des Bluthochdrucks durch den Internisten	Medikamentöse Blutdruckeinstellung durch den Internisten	
P1	1	15	Bluthochdruck macht sich bemerkbar durch Müdigkeit, im Arbeitsbereich keine Probleme	Bluthochdruck macht sich bemerkbar durch Müdigkeit	
P1	1	18	Gründe für den Bluthochdruck, Stress in der Arbeit, habe viele Überstunden gemacht und das Glaserl Wein schmeckt mir auch gut, oft die Beruhigung nach der Arbeit (ein oder mehrere Gläser)	Gründe für den Blutdruck: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stress in der Arbeit</li> <li>▪ Viele Überstunden</li> <li>▪ Ein oder mehr Gläser Wein zur Beruhigung nach der Arbeit</li> </ul>	K3 Merkmale des Blutdrucks: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Müdigkeit</li> </ul>
P1	1	23	Nur wegen des Blutdrucks noch nicht im Krankenhaus, aber Blutdruck hat immer eine Rolle gespielt, wie Herzasen	Früher Blutdruck nicht alleiniger Grund für Krankenhausaufenthalt, aber immer eine Rolle gespielt, z.B. Herzasen	K4 Subjektive Gründe für Bluthochdruck: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stress</li> <li>▪ Überstunden</li> <li>▪ Alkohol</li> </ul>
P1	1	27	Im Krankenhaus bis jetzt keine Informationsmaterialien bekommen, nur auf Rehab Ich habe um zirka 4-5 kg zu viel hat der Arzt gesagt, ich weiß auch warum, kaum Bewegung, weil mir da immer so leicht schwindlig wird	Keine Informationsmaterialien bei bisherigen Krankenhausaufenthalten, nur auf Rehab 4-5 kg laut Arzt zu viel Kaum Bewegung, wegen schnellem Schwindelgefühl	K5 Informationsmaterial: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ NEIN Krankenhaus</li> <li>▪ JA Rehab</li> </ul>
P1	1	32	Geht wenig spazieren, wegen Schwindel und Schwierigkeiten mit der Luft	Geht wenig spazieren aufgrund von Schwindel und Schwierigkeiten mit der Luft	K6 Lebensstiländerungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gewichtsreduktion</li> <li>▪ Frische Luft</li> <li>▪ Kost verändern</li> </ul>
P1	1	38	Hat selbst ein Oberarm-	Oberarm-	

			Blutdruckmessgerät, Handhabung wurde in der Apotheke gezeigt	Blutdruckmessgerät vorhanden, Handhabung wurde in der Apotheke gezeigt	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apotheke erklärt</li> </ul>
P1	2	44	Idealer Blutdruckwert: 120/70 mmHg Mit Medikamenten meistens in diesem Bereich	Idealer Blutdruckwert: 120/70 mmHg Durch medikamentöse Einstellung in diesem Bereich	K8 Wissen zum BHD: Idealer Blutdruck: 120/70 mmHg Obere Grenze BD: 130/90 mmHg
P1	2	48	Blutdruck soll 130/90 mmHg nicht übersteigen	Obere Blutdruckgrenze: 130/90 mmHg	K9 Lebensstilprobleme:
P1	2	51	Blutdruck kann sich selbst durch viel frische Luft und die Kost verändern, aber leider immer wieder Gusto auf Dinge wie Grammeln oder Kümmelbraten, dann wird das auch gegessen	Blutdruck durch frische Luft und Kost verändern  Gusto auf fettreiche Nahrungsmittel (Grammeln und Kümmelbraten) treten auf, Gusto wird nachgegeben	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kaum Bewegung</li> <li>Gusto auf fettreiche Nahrung</li> </ul>
P1	2	55	Bisher keine Ernährungsberatung im Krankenhaus, nur auf Kur oder Rehab	Bisher keine Ernährungsberatung im Krankenhaus, nur auf Kur oder Rehab	K10 Ernährungsberatung: <ul style="list-style-type: none"> <li>NEIN Krankenhaus</li> <li>JA Kur/Rehab</li> </ul>
P1	2	57	Durch Kur- und Rehabaufenthalte weiß ich schon ziemlich viel, muss keine Ernährungsberatung für mich im Krankenhaus geben, aber man erfährt doch immer wieder etwas Neues. Auf Rehab hab ich Einzelberatung gehabt, in 3 Wochen 8kg abgenommen, weil ich keinen Alkohol getrunken habe, Alkohol wirkt bei mir appetitanregend	Durch Kur- und Rehabaufenthalte Wissen über Ernährung bei Bluthochdruck, somit im Krankenhaus Beratung nicht notwendig.  Auf Rehab Einzelberatung, in 3 Wochen 8kg abgenommen, da der appetitanregende Alkohol weggelassen wurde	Ernährungsberatung im Krankenhaus nicht notwendig, da Wissen durch Kur/Rehab bereits vorhanden  Rehab: <ul style="list-style-type: none"> <li>Einzelberatung</li> <li>3 Wochen-8kg abgenommen</li> <li>Wegen Alkohol-abstinenz</li> </ul>
P1	2	64	Nach der Rehab wurde Ernährung zu Hause umgestellt, der Salzkonsum, mehr Gemüse und Obst, aber noch immer zu viel Fett, weil es so gut schmeckt	Nach Rehab auch zu Hause Ernährungsumstellung: <ul style="list-style-type: none"> <li>Salzkonsum</li> <li>Gemüse und Obst</li> </ul> Noch immer zu viel Fett	K11 Ernährungs-umstellung: <ul style="list-style-type: none"> <li>Salzkonsum</li> <li>Gemüse und Obst</li> <li>Noch zu viel Fett</li> </ul>
P1	2	69	Statt Obers lieber Joghurt nehmen, Salz reduzieren, weniger Alkohol (auch Leberwerte sind nicht gut - ganze Familie schlechte Werte), ich lass mir mein Glaserl Wein aber nicht ganz weg nehmen, Kaffee lässt Blutdruck steigen, trinkt zu viel Milch, schlecht weil viel Kalorien, Zigaretteinfluss weiß ich nicht, Kalzium, Magnesium und Kalium ist gut für Körper und so auch für Blutdruck, Mediterrane Kost wirkt sich bestimmt positiv	Besser Joghurt statt Obers, Salz reduzieren, weniger Alkohol, Kaffee blutdrucksteigernd, Zigaretteinfluss unbekannt, Kalzium, Magnesium, Kalium und Mediterrane Kost gut für den Blutdruck, schlecht für den Blutdruck ist Übergewicht  Milch kalorienreich, deshalb nicht gut  Ganz ohne Glas Wein geht es nicht	Wissen über Ernährungs-umstellung: GUT: <ul style="list-style-type: none"> <li>Joghurt statt Obers</li> <li>Salz reduzieren</li> <li>Alkohol-reduktion</li> <li>Kalzium</li> <li>Magnesium</li> <li>Kalium</li> <li>Mediterrane</li> </ul>

			aus Übergewicht wirkt sich ganz schlecht auf Blutdruck aus		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kost</li> </ul>
P1	3	91	Keine spezielle Kost für den Bluthochdruck im Krankenhaus, aber habe eine reduzierte Kost verlangt, weil ich nicht so viel will	Keine spezielle Bluthochdruckkost im Krankenhaus, aber Reduktionskost verlangt	SCHLECHT: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Übergewicht</li> <li>▪ Milch (kalorienreich)</li> <li>▪ Kaffee</li> </ul> UNBEKANNT: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zigarettenkonsum</li> </ul>
P1	3	96	Unter Stress versucht klaren Kopf zu behalten, Stress minimieren, einen Schritt zurück, langsamer anfangen	Unter Stress klaren Kopf behalten, Stress minimieren und langsamer angehen	K12 Keine spezielle BHD-Kost Reduktionskost verlangt
P1	3	99	Eventuell noch Informationsmaterialien zum Thema Stressabbau oder leichte Bewegung bei Bluthochdruck, wenn es gibt	Informationsmaterialien zum Thema Stressabbau und Bewegung bei Bluthochdruck	K13 Stressreduktion: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stress minimieren</li> <li>▪ Langsamer angehen</li> </ul>
P1	3	104	Egal wär berät, ob Arzt oder Krankenschwester, auch die Diätassistentinnen sind immer sehr nett und machen das sehr gut, zumindest dort wo ich war	Beratung durch Arzt, Krankenschwester oder Diätassistentin gleichmäßig angenommen	K13 Wunsch auf Infomaterialien: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stressabbau</li> <li>▪ Bewegung</li> </ul> K14 Mögliche Beratungspersonen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arzt</li> <li>▪ Pflegeperson</li> <li>▪ Diätologin</li> </ul>

Patient 1:

- Männlich
- 68 Jahre
- Gelernter Gärtner, 38 Jahre bei der Badener Bahn
- Seit 2 Tagen im Krankenhaus
- Voraussichtliche Entlassung in frühestens 5 Tagen

Int.	S.	Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
P2	1	2	Stechen in den Rippen immer stärker, Hausarzt aufgesucht, Röntgen und Ultraschalluntersuchung, Befunde waren gut. Situation hat sich verschlechtert, dann zum Internisten gegangen, der mich wegen zu hohem Blutdruck ins	Gründe für den Krankenhausaufenthalt: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stechen in den Rippen</li> <li>▪ Befunde in Ordnung (Röntgen, Ultraschall)</li> <li>▪ Situation verschlechtert</li> </ul>	K15 Gründe für den KH-Aufenthalt: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stechen in den Rippen</li> <li>▪ Zu hoher Blutdruck</li> </ul> K16 Bluthochdruck-

			Krankenhaus eingeliefert hat	<ul style="list-style-type: none"> <li>Durch Internist wegen zu hohem Blutdruck ins Krankenhaus geschickt</li> </ul>	<p>Geschichte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>BHD seit Jugend</li> <li>Arzt diagnostiziert</li> </ul>
P2	1	11	Blutdruck schon von Jung an, Ärzte meinen es sei ein labiler Blutdruck, gleich oben und auch wieder gleich unten, durch kleine Aufregungen, die ich gar nicht merke	Blutdruck seit Jugend, Ärzte diagnostizierten einen labilen Blutdruck durch kleine Aufregungen verursacht	<p>K17</p> <p>Subjektive Gründe für BHD:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aufregungen</li> <li>Stress</li> </ul> <p>Durch Beruhigung senken</p>
P2	1	27	Der Blutdruck sollte einen Wert von 130/90 mmHg haben	Ideale Blutdruck: 130/90 mmHg	<p>K18</p> <p>Wissen über BHD:</p> <p>Ideale BD: 130/90 mmHg</p> <p>Blutdruckselbstmessung: 140-150 (kaum niedriger)</p>
P2	1	32	Beim Blutdruckmessen (Handgelenkgerät, Handhabung wurde im Geschäft erklärt) zu Hause Werte von 140, 150 beim Arzt aber dann 170 Einmal Hausarzt geschaut ob er es richtig misst	Selbstblutdruckmessung meistens 140, 150- beim Arzt 170  Handgelenk-Blutdruckgerät im Geschäft erklärt und Hausarzt Handhabung kontrolliert	<p>K19</p> <p>Blutdruckmessgerät:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Handgelenk</li> <li>Geschäft erklärt</li> <li>Arzt Handhabung kontrolliert</li> </ul>
P2	2	43	Keine Blutdruckaufklärung durch Arzt oder Krankenschwester	Keine Blutdruckaufklärung durch Arzt oder Krankenschwester	
P2	2	45	Blutdruckselbstmessung kaum niedriger als 140, 150	Blutdruckselbstmessung kaum niedriger als 140, 150	
P2	2	47	Oft schon in der Früh Stress, da steigt der Blutdruck und das merke ich, dann bisschen zurücktreten, dass sich der Blutdruck wieder beruhigt	Oft schon morgens Stress, dadurch Blutdrucksteigerung, dann etwas zurücktreten zur Blutdruckberuhigung	<p>K20</p> <p>Keine Beratung im Krankenhaus stattgefunden (Arzt, Krankenschwester)</p>
P2	2	55	Bisher nicht im Krankenhaus beraten worden	Bisher keine Beratung im Krankenhaus stattgefunden	<p>K21</p> <p>Informations-materialien im Krankenhaus zum Stress, aber ohne Erklärungen Hausarzt rät zu keiner Überarbeitung und Aufregung</p>
P2	2	60	Informationsmaterialien über Stress von einem Krankenhaus bekommen, keine Erklärung der Informationsmaterialien, Hausarzt hat gesagt, dass ich mich nicht überarbeiten und möglichst nicht aufregen soll	Informationsmaterialien über Stress im Krankenhaus, keine Erklärung zu den Materialien  Hausarzt rät zu keiner Überarbeitung und Aufregung	<p>K22</p> <p>Hausarzt Aufklärung über positive Wirkung von Ernährungsumstellung bei BHD</p>
P2	2	67	Hausarzt über positive Wirkung der Ernährung bei Bluthochdruck aufgeklärt, aber sowieso gesund ernährt wegen Leberwerten und Darmschmerzen der Frau, mit 40 Jahren 12 kg abgenommen bis jetzt gehalten	Hausarzt Aufklärung über positive Wirkung von Ernährungsumstellung bei Bluthochdruck  Gesunde Ernährung, durch vorgängige Erkrankungen, 12 kg abgenommen	<p>Gesunde Ernährung durch vorige Krankheit (Leber, Darm), 12 kg abgenommen</p>
P2	2	75	Ernährung umgestellt	Ernährung umgestellt	<p>K23</p> <p>Ernährungsumstellung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nicht so viel essen</li> <li>Pflanzliche Öle</li> <li>Kein Alkohol</li> </ul>

			durch nicht mehr so viel essen, durch pflanzliche Öle, viel Gemüse und kein Alkohol, der Arzt hat gesagt, wenn ich nicht aufhöre Alkohol trinken, dann gehe ich drauf (Gamma GT 300)- Problem weil beruflich Weinhauer, 20 Jahre keinen Alkohol mehr getrunken	durch: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicht so viel essen</li> <li>▪ Pflanzliche Öle</li> <li>▪ Kein Alkohol (seit 20 Jahren)</li> </ul>	K24 Wissen über Ernährungsumstellung: GUT: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salz reduzieren</li> <li>▪ Mäßiger Kaffeekonsum</li> <li>▪ Kalium</li> <li>▪ Magnesium</li> <li>▪ Fisch</li> <li>▪ Fettreduzierung</li> </ul> SCHLECHT: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zigaretten</li> <li>▪ Übergewicht</li> </ul> UNBEKANNT: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kalziumeinfluss</li> </ul>
P2	3	86	Bei der fettreduzierten Ernährung nur auf die positive Wirkung für die Leber hingewiesen nicht auf den Blutdruck	Bei der fettreduzierten Ernährung nur auf die positive Wirkung für die Leber hingewiesen, nicht auf den Blutdruck	
P2	3	88	Vom Salz sollte man nicht so viel essen, Kaffee eigentlich mäßig getrunken, Zigaretten sind schlecht für den Blutdruck, Kalium lässt den Blutdruck senken, Magnesium lässt ihn auch senken, Kalzium weiß ich nicht, Fisch ist auf jeden Fall gut, Übergewicht hat einen Einfluss auf den Blutdruck	Salz reduzieren, mäßiger Kaffeekonsum, Zigaretten schlecht, Kalium und Magnesium senkt den Blutdruck Kalziumeinfluss unbekannt, Fisch ist gut, Übergewicht hat einen Einfluss auf den Blutdruck	K25 Keine Bluthochdruckkost im KH, Kost mit viel Gemüse gewünscht
P2	3	111	Keine Bluthochdruckkost, aber auch keine Vollwertkost, etwas mit viel Gemüse	Keine Bluthochdruckkost Kost mit viel Gemüse	K26 Gespräch mit Diätologin (mehrmals): Was soll man essen und was vermeiden Diätologin im Zimmer beraten
P2	3	113	Schon mehrmals mit einer Diätologin gesprochen nicht nur für die Leber, sondern auch über den Bluthochdruck. Es wurde erklärt was man essen soll und was nicht.	Gespräche mit Diätologinnen, erklärt was gegessen werden soll und was vermieden	K27 Blutdruck steigt durch Bewegung Spazieren gehen gut, früher viel Bewegung gemacht
P2	4	121	Im Krankenhaus mit Diätologin gesprochen, aufs Zimmer gekommen, schon alles gewusst, was sie erzählt hat	Im Krankenhaus mit Diätologin gesprochen, keine neue Information	K28 Medikamente für Blutdruck bekommen, aber aufgrund der Nebenwirkungen abgesetzt
P2	4	125	Durch Bewegung steigt der Blutdruck, gesundeste Sport ist ohne Geräte in der Ebene spazieren gehen, als Weinhauer viel Bewegung gemacht	Blutdruck steigt durch Bewegung, das Beste in der Ebene spazieren gehen  Viel Bewegung gemacht	K29 Keine Medikamente und keine Informationsmaterialien über BHD im KH bekommen
P2	4	131	Wenn der Blutdruck bei Stress steigt versuche ich mich zu beruhigen	Blutdrucksenkung bei Stress durch Beruhigung	K30 Wunsch nach einem Medikament, das man zur Beruhigung nehmen kann, aber nicht regelmäßig einnehmen muss. Beratung diesbezüglich von jedem Bereich willkommen
P2	4	133	Wochenlang Medikamente für den Blutdruck bekommen, haben Verstopfung hervorgerufen, dann nicht mehr eingenommen, dann	Medikamente für Blutdruck bekommen, aufgrund von Nebenwirkungen Therapie beendet  Keine Medikamente und	

			ging es wieder besser, keine Medikamente und Information über den Blutdruck im Krankenhaus bekommen	keine Informationen über den Blutdruck im Krankenhaus bekommen	
P2	4	143	Keiner ein Medikament gegeben, das man vor etwas Aufregendem nehmen kann, das sich dann beruhigend auswirkt, aber nicht täglich einnehmen muss Beratung diesbezüglich von jedem Bereich willkommen, da man in diesem Krankenhaus in guten Händen ist	Medikament, das man vor etwas Aufregendem nehmen kann zur Beruhigung, aber was nicht regelmäßig eingenommen werden muss, wäre wünschenswert. Beratung diesbezüglich von jedem Bereich willkommen, da man in diesem Krankenhaus in guten Händen ist.	

Patient 2:

- Männlich
- 71 Jahre
- Berufsschule für Weinbauer und dann als Weinbauer gearbeitet
- Seit 2 Tagen im Krankenhaus
- Entlassung noch unklar, da noch einige Untersuchungen gemacht werden

Int.	S.	Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
P3	1	2	Wegen Operation und zu hohem Blutdruck ins Krankenhaus gekommen	Krankenhausaufenthalt wegen Operation und Bluthochdruck	K31 Gründe für den Krankenhausaufenthalt: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Operation</li> <li>▪ Bluthochdruck</li> </ul> K32 Bluthochdruckgeschichte: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seit 2 Jahren, ging wieder weg</li> <li>▪ Seit 5 Wochen BD-Medikamente</li> <li>▪ Feststellung durch Hausarzt und Internist</li> </ul> K33 Keine Beratung durch Arzt, Diätassistentin oder Krankenschwester
P3	1	4	Feststellung des Bluthochdrucks durch Hausarzt und Internist	Feststellung des Bluthochdrucks durch Hausarzt und Internist	
P3	1	7	Erhöhten Blutdruck schon vorher bemerkt, vor ca. 2 Jahren, zwei Monate andauert, dann wieder weg	Erhöhten Blutdruck vor dem Arztbesuch gespürt, begann vor ca. 2 Jahren, hat 2 Monate andauert und ging dann wieder weg	
P3	1	12	Nimmt blutdrucksenkende Medikamente seit 5 Wochen, die vom Hausarzt verschrieben wurden	Nimmt seit 5 Wochen vom Hausarzt verschriebene Blutdruckmedikamente	
P3	1	19	Keine Beratung durch den Arzt Diätassistentin oder Krankenschwester bekommen	Keine Beratung durch den Arzt, Diätassistentin oder Krankenschwester bekommen	
P3	1	21	Zurzeit noch kein Blutdruckmessgerät, möchte aber eines kaufen, weiß aber nicht welches das beste ist	Kein Blutdruckmessgerät, welches Produkt ist das beste?	
P3	1	23	Kein Wissen, wie man Blutdruck selbst misst	Kein Wissen über die Blutdruckselbstmessung	
P3	1	25	Idealer Blutdruckwert: 130/70 mmHg	Idealer Blutdruckwert: 130/70 mmHg	

P3	1	27	140, 150 ist zu hoch, vor ein paar Wochen 170/95 Durch Medikamente noch nicht viel besser	Blutdruck maximal 140, 150 Medikamente zeigen kaum Wirkung	K35 Wissen über BHD Ideal: 130/70 Zu hoch: 140, 150
P3	1	31	Kein Wissen über die Gründe für Bluthochdruck	Kein Wissen über die Gründe für Bluthochdruck	K36 Kein Wissen über die Gründe für Bluthochdruck
P3	1	35	Selbst kann man für den Blutdruck mit dem Essen aufpassen, weniger Salz essen Wissen durch Mutter	Blutdruckkontrolle durch Anpassen des Essens, weniger Salz essen Wissen durch Mutter	K37 Blutdruckkontrolle durch: <ul style="list-style-type: none"> <li>Anpassen des Essens</li> <li>Weniger Salz</li> <li>Wissen durch Mutter</li> </ul>
P3	2	41	Keine Beratung zum Bluthochdruck im Krankenhaus, kein Wissen was man selbst gegen den Bluthochdruck machen kann, würde aber gerne mehr wissen	Keine Beratung im Krankenhaus Kein Wissen über Blutdruckselbstkontrolle Mehr Wissen dazu erwünscht	K38 Keine Beratung im Krankenhaus und vom Hausarzt. Mehr Wissen über Blutdruckselbstkontrolle erwünscht (Essen, Trinken), sowie Gespräch mit Diätassistentin.
P3	2	43	Gerne mehr beraten werden, da alles noch sehr neu ist, möchte mehr darüber wissen, was man selbst dagegen tun kann (Essen, Trinken)	Beratung erwünscht, besonders was kann selbst gegen den Bluthochdruck gemacht werden (Essen, Trinken)	
P3	2	48	Keine Ernährungsberatung, weder im Krankenhaus noch beim Hausarzt, würde gerne mit Diätassistentin sprechen	Keine Ernährungsberatung im Krankenhaus und vom Hausarzt Gespräch mit Diätassistentin erwünscht	K39 Wissen über Ernährungs-umstellung: GUT: <ul style="list-style-type: none"> <li>Mediterrane Kost</li> </ul>
P3	2	54	Fett erhöht den Blutdruck, Alkohol lässt ihn steigen, Kaffee erhöht den Blutdruck, Zigaretten auch nicht gut, Wirkung des Kaliums, Kalziums und Magnesiums unbekannt, Mediterrane Kost müsste gut sein für den Blutdruck, Übergewicht nicht gut für den Blutdruck, aber auch so nicht gut für den Körper	Erhöhung des Blutdrucks durch: <ul style="list-style-type: none"> <li>Fett</li> <li>Alkohol</li> <li>Kaffee</li> <li>Zigaretten</li> <li>Übergewicht</li> </ul> <p>Gut für den Blutdruck ist mediterrane Kost</p> <p>Kein Wissen über Wirkung von Kalium, Kalzium und Magnesium</p>	SCHLECHT: <ul style="list-style-type: none"> <li>Fett</li> <li>Alkohol</li> <li>Kaffee</li> <li>Zigaretten</li> <li>Übergewicht</li> </ul> UNBEKANNT: <ul style="list-style-type: none"> <li>Kalium</li> <li>Kalzium</li> <li>Magnesium</li> </ul>
P3	3	77	Glaubt, dass Essen im Krankenhaus keine spezielle Kost für den hohen Blutdruck ist, da die anderen im Zimmer das gleich bekommen	Keine Spezialkost für Bluthochdruck im Krankenhaus	K40 Keine Spezialkost für Bluthochdruck im Krankenhaus
P3	3	80	Weiß nicht wie sich Bewegung auf den Blutdruck auswirkt, Stiegen gehen besser als mit dem Lift fahren, aber schwerer Sport nicht so gut	Kaum Wissen über den Effekt von Bewegung auf den Blutdruck	K41 Kaum Wissen über den Effekt von Bewegung auf den Blutdruck
P3	3	83	Stress erhöht den Blutdruck, bei Stress	Stress erhöht den Blutdruck	K42 Stress erhöht den Blutdruck
					K43 Kein Informationsmaterial im Krankenhaus erhalten, schriftliche und mündliche

			roter Kopf und mir wird heiß		Information zu Stress Bewegung und Ernährung erwünscht  K44 Beratung durch kompetente Person erwünscht- über Blutdruckselbstkontrolle
P3	3	89	Keine Informationsmaterialien im Krankenhaus bekommen, hätte gerne mehr Information sowohl mündlich zum Nachfragen, wenn ich mich nicht auskenne als auch schriftlich zum nachlesen, falls etwas vergessen habe, mehr Information zu Stress, Bewegung und Ernährung	Keine Informationsmaterialien im Krankenhaus  Mündliche und schriftliche Informationen zu Stress, Bewegung und Ernährung wünschenswert	
P3	3	99	Egal von wem Beratung durchgeführt wird, wer sich damit auskennt, was man selbst machen kann	Beratung durch kompetente Person erwünscht Was kann gegen den Bluthochdruck selbst gemacht werden	

Patient 3:

- Männlich
- 45 Jahre
- Diplomierter Lehrer für Sprachen im speziellen für Albanisch, in Baden in einer Schule gearbeitet, jetzt in einer Produktion einer Firma tätig
- Seit 3 Tagen im Krankenhaus
- Noch etwa drei Tage

Int.	S.	Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
P4	1	2	Kreislauf schwankt, manchmal sehr hoch, 180, 200, 225 In der Nacht aufgewacht, Herzrasen, Tabletten eingenommen, hat nicht geholfen, Mann Rettung gerufen und ins Krankenhaus, habe schon jahrelang	Kreislauf schwankt, Blutdruck manchmal, 180-225  In der Nacht Herzrasen(schon jahrelang), Tabletten helfen nicht, mit Rettung ins Krankenhaus	K45 Grund für den Krankenhausaufenthalt: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Herzrasen in der Nacht</li> <li>▪ Blutdruck schwankt</li> </ul> K46 Blutdruckgeschichte: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seit 20 Jahren Bluthochdruck und Cholesterin</li> <li>▪ Seit 8 Jahren 2 Medikamente für den Blutdruck</li> <li>▪ BHD-Diagnose durch</li> </ul>
P4	1	7	Diagnose Bluthochdruck schon seit 20 Jahren, auch Cholesterin	Seit 20 Jahren Bluthochdruck und Cholesterin	
P4	1	13	Zwei Medikamente für den Blutdruck, seit 8 Jahren	Zwei Medikamente für den Blutdruck, seit 8 Jahren	
P4	1	15	Diagnose des Bluthochdrucks durch die Hausärztin und Herzspezialisten	Bluthochdruckdiagnose durch Hausärztin und Herzspezialisten	
P4	1	20	Gründe für den Bluthochdruck vielleicht Stroma, wächst wieder nach	Bluthochdruckgrund vielleicht durch Stroma	
P4	1	23	Schon dreimal wegen des	Dreimal wegen	

			hohen Blutdrucks im Krankenhaus Baden	Bluthochdruck im Krankenhaus Baden	<p>Hausärztin und Herzspezialistin</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 3x wegen BHD im KH</li> </ul> <p>K47 Subjektive Gründe für BHD:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vielleicht Stroma</li> </ul> <p>K48 Keine Beratung im Krankenhaus, nur Medikamente bekommen Arzt rät zu Spaziergängen und leichten Speisen Keine Information durch Krankenschwestern</p> <p>K49 BD-Messgerät:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oberarmmessgerät</li> <li>▪ Drei Messungen täglich</li> <li>▪ Handhabung beim Kauf erklärt und vom Arzt überprüft</li> </ul> <p>K50 Wissen über BHD: Idealer Blutdruck: 130 Blutdruck sollte 140/145 nicht überschreiten</p> <p>K51 Gut für den Blutdruck:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Viel spazieren</li> <li>▪ Nicht arbeiten</li> <li>▪ Ausgeglichenheit</li> <li>▪ Kein Stress</li> </ul> <p>K52 Keine Ernährungsberatung im Krankenhaus Hausärztin rät zu</p>
P4	1	27	Keine Beratung im Krankenhaus bekommen, nur Medikamente, Arzt sagt immer viel spazieren gehen und leichte Sachen essen	Keine Beratung im Krankenhaus, nur Medikamente bekommen Arzt rät zu vielen Spaziergängen und leichten Speisen	
P4	1	34	Keine Information von Krankenschwestern	Keine Information von Krankenschwestern	
P4	1	36	Oberarmblutdruckmessgerät vorhanden, dreimal täglich Messung, Blutdruckmessgerät erklärt bekommen beim Kauf, Arzt überprüft richtige Handhabung	Oberarmblutdruckmessgerät Dreimal täglich Messungen Gerät beim Kauf erklärt, Arzt überprüft Handhabung	
P4	2	44	Idealer Blutdruck: ca.130 Bei 140 morgens Blutdruckmedikament nehmen, wenn abends 140 dann nicht, Schilddrüsenprobleme	Idealer Blutdruck: 130 Bei 140 morgens Blutdruckmedikament notwendig Schilddrüsenprobleme	
P4	2	49	Blutdruck schwankt trotz Medikamenten, deshalb für bessere Einstellung im Krankenhaus, mit 87 Jahren Einstellung nicht mehr so einfach	Blutdruck schwankt trotz Medikamenten, Versuch der besseren Einstellung im Krankenhaus	
P4	2	53	140, 145 soll der Blutdruck nicht übersteigen	140, 145 soll der Blutdruck nicht übersteigen	
P4	2	55	Viel spazieren, nicht arbeiten, ausgeglichen sein, kein Stress ist gut für den Blutdruck	Gut für den Blutdruck: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Viel spazieren</li> <li>▪ Nicht arbeiten</li> <li>▪ Ausgeglichen sein</li> <li>▪ Kein Stress</li> </ul>	
P4	2	61	Keine Ernährungsberatung im Krankenhaus, aber durch die Hausärztin Ärztin rät zu allem was gut schmeckt, mit Beachtung des Cholesterins Hält Gewicht bei 50-51 kg	Keine Ernährungsberatung im Krankenhaus  Hausärztin rät zu allem, was gut schmeckt, mit Beachtung des Cholesterins	
P4	2	69	Salz muss man sparen, nicht zu viel Fettessen, viel Gemüse und Obst, Kalzium, Magnesium und Kalium sehr gut, Alkohol schlecht für den Körper, Zigaretten nicht gut, Mediterrane Kost wahrscheinlich gut, Übergewicht keine Auswirkung auf Blutdruck	Gut für den Blutdruck: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salz einsparen</li> <li>▪ Nicht viel Fett</li> <li>▪ Viel Gemüse und Obst</li> <li>▪ Viel Magnesium, Kalium, Kalzium</li> <li>▪ Mediterrane Kost</li> </ul> Schlecht für Blutdruck: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alkohol</li> <li>▪ Zigaretten</li> </ul> Übergewicht keine Auswirkung auf Blutdruck	
P4	3	90	Spezialkost für Cholesterin im Krankenhaus, kein Wissen über Blutdruckkost	Kein Wissen über Blutdruckkost, aber Spezialkost für Cholesterin	
P4	3	93	1-2 Stunden spazieren,	Trotz langen regelmäßigen	

			trotzdem manchmal am Abend einen hohen Blutdruck	Spaziergängen hoher Blutdruck	allem was gut schmeckt, mit
P4	3	96	Stress wirkt sich auf den Kreislauf aus Bei aufregendem Film steigt der Blutdruck, schau mir Film nicht länger an	Stress wirkt sich auf Kreislauf aus, z.B. bei aufregendem Film	Beachtung des Cholesterins  K53 Wissen über Ernährungs-umstellung: GUT: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salz einsparen</li> <li>▪ Kaum Fett</li> <li>▪ Viel Gemüse und Obst</li> <li>▪ Viel Magnesium, Kalium, Kalzium</li> <li>▪ Mediterrane Kost</li> </ul> SCHLECHT: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alkohol</li> <li>▪ Zigaretten</li> </ul> Übergewicht keine Auswirkung auf Blutdruck
P4	3	103	Informationen vom Krankenhaus über den Bluthochdruck wären erwünscht, auch durch Krankenschwester oder Diätassistentin, hätte gerne auch schriftliches Material zum Nachlesen	Bluthochdruck-informationen von Krankenschwester und Diätassistentin erwünscht, im besonderen schriftliches Material zum Nachlesen	K54 Kein Wissen über Bluthochdruckkost im KH, aber Spezialkost für Cholesterin  K55 BHD-Informationen (besonders in schriftlicher Form) von Krankenschwestern und Diätassistentinnen erwünscht

Patient 4:

- Weiblich
- 87 Jahre
- Grundschule, Haushaltsschule, Arbeitsdienst (in einer Küche gekocht), nachher nicht mehr gearbeitet
- Seit zwei Tagen im Krankenhaus
- Voraussichtlich noch ein Tag im Krankenhaus

Int.	S.	Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
P5	1	2	Wegen des Blutdrucks im Krankenhaus Täglich 2 Messungen des Blutdrucks nach Entdeckung des Bluthochdrucks Beim Arzt EKG gemacht Momentan Blutdruck in Ordnung	Wegen des Blutdrucks im Krankenhaus Täglich zwei Blutdruckmessungen	<p>K56 Grund für KH-Aufenthalt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Blutdruck</li> </ul> <p>K57 Blutdruckgeschichte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2 Blutdruckmedikamente</li> <li>▪ Seit einigen Jahren BHD</li> <li>▪ Schon wegen BHD im KH gewesen, Vorhofflimmern</li> </ul> <p>K58 Diagnose BHD durch Hausarzt Erinnerte Information vom Arzt lautet Bewegung</p> <p>K59 Subjektiver Grund für BHD: Keiner</p> <p>K60 Blutdruckmessgerät:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oberarm</li> <li>▪ Keine Einführung ins Gerät bekommen (auch nicht erwünscht)</li> <li>▪ Zweimal täglich BD-Messung</li> </ul> <p>K61 Wissen über BHD: Idealer BD: 125/75 Nicht übersteigen sollte er 135/90</p> <p>K62 Lebensstiländerungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 Stunde Rad fahren täglich (20km)</li> </ul>
P5	1	10	Nimmt 2 Blutdruck senkende Medikamente, vom Hausarzt verschrieben	2 Blutdruckmedikamente, vom Hausarzt verschrieben	
P5	1	13	Kein Grund für den hohen Blutdruck	Kein Grund für den hohen Blutdruck	
P5	1	16	Seit einigen Jahren Bluthochdruck, mit Medikamenten gut eingestellt	Seit einigen Jahren Bluthochdruck, mit Medikamenten gut eingestellt	
P5	1	22	Information zum Blutdruck vom Arzt lautet Bewegung, sonst an nichts mehr erinnern	Information vom Arzt lautet Bewegung Sonst keine Erinnerung mehr	
P5	1	26	Schon wegen des Bluthochdrucks im Krankenhaus, wegen Vorhofflimmern	Schon wegen Bluthochdruck im Krankenhaus Vorhofflimmern	
P5	1	33	Oberarmblutdruckmessgeräte Weiß wie man es macht, hat es nicht gezeigt bekommen	Oberarmblutdruckmessgerät Keine Einführung ins Gerät bekommen, auch nicht erwünscht	
P5	1	37	Idealer Blutdruck: 125/75 135/90 sollte Blutdruck nicht übersteigen	Idealer Blutdruck: 125/75 135/90 nicht übersteigen	
P5	2	41	Täglich eine Stunde Rad fahren (20km)	Täglich eine Stunde Bewegung (Rad fahren)	
P5	2	43	Bei früheren Krankenhausaufenthalten keine Informationen über Bluthochdruck bekommen, erhält Informationen vom Hausarzt oder Enkel, der Arzt ist	Bei früheren Krankenhausaufenthalten keine Informationen über Bluthochdruck bekommen, erhält Informationen vom Hausarzt	
P5	2	46	Ernährungsumstellung sehr gut für Blutdruck, weiß nicht, was man da genau machen kann	Ernährungsumstellung gut für den Blutdruck Genaueres Wissen über die Umstellung nicht gegeben	
P5	2	52	Kein Gespräch mit einer Diätassistentin gehabt, aber auch nicht benötigt	Kein Gespräch mit Diätassistentin Nicht benötigt	
P5	2	54	Salz blutdrucksteigernd,	Schlecht für den Blutdruck:	

			Fett lässt Blutdruck steigen, Alkohol zweifelhaft, da Rotwein sehr gesund ist (2 bis 3 Achterl pro Tag), kein Wissen über Effekt von Kaffee, Zigaretten schlecht für Blutdruck, Kalium, Magnesium, Kalzium auch gut für Blutdruck, Mediterrane Kost gut Übergewicht schlecht	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salz</li> <li>▪ Fett</li> <li>▪ Zigaretten</li> <li>▪ Übergewicht</li> </ul> Rotwein sehr gesund, 2-3 Achterl pro Tag Gut für den Blutdruck: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kalium, Magnesium, Kalzium</li> <li>▪ Mediterrane Kost</li> </ul> Kein Wissen über Effekt von Kaffee	K63 Bei früheren KH-Aufenthalten keine Informationen über BHD erhalten Informationen vom Hausarzt erhalten  K64 Wissen über Ernährungsumstellung: Diese ist gut für den Blutdruck GUT: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kalium</li> <li>▪ Magnesium</li> <li>▪ Kalzium</li> <li>▪ Mediterrane Kost</li> <li>▪ Rotwein (2-3 Achterl/Tag)</li> </ul> SCHLECHT: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salz</li> <li>▪ Fett</li> <li>▪ Zigaretten</li> <li>▪ Übergewicht</li> </ul> UNBEKANNT: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Effekt von Kaffee</li> </ul> K65 Keine spezielle Kost für BHD im KH  K66 Wissen über Lebensstiländerungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausdauersportarten gut für BHD</li> <li>▪ Stress schlecht für BHD</li> </ul> K67 Informationen zum BD vom Hausarzt bekommen
P5	3	83	Keine spezielle Kost für Bluthochdruck	Keine spezielle Kost für Bluthochdruck	
P5	3	86	Ausdauersportarten gut für Blutdruck	Ausdauersportarten gut für Blutdruck	
P5	3	88	Stress wirkt sich schlecht auf den Blutdruck aus, versuche zu beruhigen	Stress schlechte Wirkung auf den Blutdruck	
P5	3	93	Informationsmaterial zum Thema Blutdruck vom Hausarzt bekommen	Blutdruck-Informationenmaterial vom Hausarzt erhalten	

Patient 5:

- Männlich
- 85 Jahre
- Hochschulabschluss, beruflich Prokurist
- Seit einem Tag im Spital

- Voraussichtlich in ein paar Tagen entlassen

Int.	Kategorien	2. Reduktion
P1	K1 Gründe für KH-Aufenthalt: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Brustschmerzen</li> <li>▪ Schulterschmerzen</li> <li>▪ Übelkeit</li> <li>▪ Luftschwierigkeiten</li> </ul>	K'1 Gründe für den KH-Aufenthalt: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Brustschmerzen</li> <li>▪ Schulterschmerzen</li> <li>▪ Übelkeit</li> <li>▪ Luftschwierigkeiten</li> <li>▪ Stechen in den Rippen</li> <li>▪ Bluthochdruck</li> <li>▪ Herzrasen</li> <li>▪ Blutdruckschwankungen</li> </ul>
P2	K15 Gründe für KH-Aufenthalt: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stechen in den Rippen</li> <li>▪ Zu hoher Blutdruck</li> </ul>	
P3	K31 Gründe für den KH-Aufenthalt: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bluthochdruck</li> </ul>	
P4	K45 Gründe für KH-Aufenthalt: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Herzrasen in der Nacht</li> <li>▪ Blutdruck schwankt</li> </ul>	
P5	K55 Gründe für KH-Aufenthalt: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Blutdruck</li> </ul>	
P1	K2 BD-Geschichte: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 10 Jahre BHD</li> <li>▪ 10 Jahre Medikamente</li> <li>▪ Internist eingestellt</li> </ul>	K'2 Blutdruckgeschichte: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 10 Jahre BHD und Medikamente</li> <li>▪ BHD seit Jugend, Medikamente wieder abgesetzt (wegen Nebenwirkungen)</li> <li>▪ Seit 2 Jahren BHD, seit 5 Wochen BD-Medikamente</li> <li>▪ Seit 20 Jahren BHD und Cholesterin, seit 8 Jahren Medikamente</li> <li>▪ Seit einigen Jahren BHD, 2 BD-Medikamente</li> <li>▪ Öfters KH-Aufenthalte</li> </ul> Diagnose durch: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Internist</li> <li>▪ Hausarzt</li> <li>▪ Herzspezialist</li> </ul>
P2	K16+28 BD-Geschichte: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ BHD seit der Jugend</li> <li>▪ Arzt diagnostiziert</li> <li>▪ Medikamente wieder abgesetzt (wegen Nebenwirkungen)</li> </ul>	
P3	K32 BD-Geschichte: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seit zwei Jahren ging wieder</li> <li>▪ Seit 5 Wochen BD-Medikamente</li> <li>▪ Feststellung durch Hausarzt und Internist</li> </ul>	
P4	K46 BD-Geschichte: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seit 20 Jahren BHD und Cholesterin</li> <li>▪ Seit 8 Jahren zwei BD-Medikamente</li> <li>▪ Diagnose durch Hausärztin und Herzspezialisten</li> <li>▪ 3x im KH wegen BHD</li> </ul>	
P5	K57+58	

	BD-Geschichte: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2 BD-Medikamente</li> <li>▪ Seit einigen Jahren BHD</li> <li>▪ Schon wegen BHD im KH (Vorhofflimmern)</li> <li>▪ Diagnose durch Hausarzt</li> </ul>	
P1	K4 Subjektive Gründe für BHD: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stress</li> <li>▪ Überstunden</li> <li>▪ Alkohol</li> </ul>	K'3 Subjektive Gründe für BHD: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stress, Aufregung</li> <li>▪ Überstunden</li> <li>▪ Alkohol</li> <li>▪ Stroma möglicherweise</li> <li>▪ Kein Wissen bzw. keine Gründe</li> </ul>
P2	K17 Subjektive Gründe für BHD: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aufregung</li> <li>▪ Stress (Beruhigung hilft)</li> </ul>	
P3	K36 Subjektive Gründe für BHD: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kein Wissen</li> </ul>	
P4	K47 Subjektive Gründe für BHD: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vielleicht Stroma</li> </ul>	
P5	K59 Subjektive Gründe für BHD: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ keine</li> </ul>	
P1	K7 Blutdruckmessgerät: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oberarm</li> <li>▪ Apotheke erklärt</li> </ul>	K'4 Blutdruckmessgerät: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oberarm</li> <li>▪ Handgelenk</li> <li>▪ Kein Gerät zu Hause</li> <li>▪ 2-3 Messungen pro Tag</li> </ul> Handhabung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In Apotheke erklärt</li> <li>▪ Im Geschäft erklärt</li> <li>▪ Arzt überprüft die Handhabung</li> <li>▪ Kein Wissen über BD-Selbstmessung</li> <li>▪ Keine Einführung, auch nicht nötig</li> </ul>
P2	K19 BD-Messgerät: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Handgelenk</li> <li>▪ Geschäft erklärt</li> <li>▪ Arzt kontrolliert Handhabung</li> </ul>	
P3	K34 BD-Messgerät: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kein Messgerät</li> <li>▪ Kein Wissen über BD-Selbstmessung</li> </ul>	
P4	K49 BD-Messgerät: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oberarmgerät</li> <li>▪ 3 Messungen täglich</li> <li>▪ Handhabung beim Kauf erklärt und vom Arzt überprüft</li> </ul>	
P5	K60 BD-Messgeräte <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oberarm</li> <li>▪ Keine Einführung ins Gerät, aber auch nicht erwünscht</li> <li>▪ 2 Messungen pro Tag</li> </ul>	
P1	K8 Wissen zum BHD:	K'5 Wissen über BHD:

<p>P2</p> <p>K18</p> <p>Wissen zu BHD:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ideale BD: 120/70 mmHg</li> <li>▪ Obere Grenze: 130/90 mmHg</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ideale BD: 130/90</li> <li>▪ Selbstmessung: 140-150 (kaum niedriger)</li> </ul>	<p>Ideale BHD:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 120/70</li> <li>▪ 130/90</li> <li>▪ 130/70</li> <li>▪ 125/75</li> <li>▪ 130</li> </ul> <p>Obere Grenze:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 130/90</li> <li>▪ 140, 150 zu hoch</li> <li>▪ 140, 145</li> <li>▪ 135/90</li> </ul>
<p>P3</p> <p>K35</p> <p>Wissen zum BHD:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ideal 130/70 mmHg</li> <li>▪ Zu hoch:</li> <li>▪ 14, 150</li> </ul>	
<p>P4</p> <p>K51</p> <p>Wissen zum BHD:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ideal: 130</li> <li>▪ Nicht überschreiten: 140, 145</li> </ul>	
<p>P5</p> <p>K61</p> <p>Wissen über BHD:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ideal: 125/75</li> <li>▪ Nicht überschreiten: 135/90</li> </ul>	
<p>P1</p> <p>K5+13</p> <p>Informationsmaterial:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ KH nein</li> <li>▪ Rehab ja</li> <li>▪ Wunsch auf Informationen über Stressabbau und Bewegung</li> </ul>	<p>K'6</p> <p>Informationsmaterialien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine Informationsmaterialien zu BHD im Krankenhaus erhalten</li> <li>▪ Auf Rehab Informationsmaterialien erhalten</li> <li>▪ Informationsmaterial über Stress ohne Erklärungen erhalten</li> <li>▪ Informationen durch Hausarzt</li> </ul> <p>Erwünschte Informationen wären, über:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stressabbau</li> <li>▪ Bewegung</li> <li>▪ Ernährung</li> </ul> <p>Mündlich und besonders schriftlich von Krankenschwestern und Diätologen erwünscht</p>
<p>P2</p> <p>K20+29</p> <p>Informationsmaterial:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informationsmaterial zu Stress, aber ohne Erklärung</li> <li>▪ Kein Informationsmaterial über BHD erhalten</li> </ul>	
<p>P3</p> <p>K43</p> <p>Informationsmaterialien:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine Informationsmaterialien im KH erhalten (schriftlich und mündlich über Stress, Bewegung und Ernährung erwünscht)</li> </ul>	
<p>P4</p> <p>K55</p> <p>Informationsmaterial:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ BHD-Informationen (besonders schriftlich) von Krankenschwestern und Diätologen erwünscht</li> </ul>	
<p>P5</p> <p>K63+67</p> <p>Informationsmaterialien:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informationen vom Hausarzt</li> <li>▪ Keine Informationene im KH , früher aber vom Hausarzt</li> </ul>	
<p>P1</p> <p>K12</p> <p>Krankenhauskost:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine spezielle BHD-Kost</li> </ul>	<p>K'7</p> <p>Krankenhauskost:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine spezielle BHD-Kost im KH</li> </ul>

<p>P2</p> <p>K25 KH-Kost:</p> <p>P3</p> <p>K40 KH-Kost:</p> <p>P4</p> <p>K54 KH-Kost:</p> <p>P5</p> <p>K65 KH-Kost:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reduktionskost verlangt</li> <li>▪ Keine BHD-Kost im KH</li> <li>▪ Kost mit viel Gemüse gewünscht</li> <li>▪ Keine Spezialkost für BHD im KH</li> <li>▪ Kein Wissen über BHD-Kost im KH</li> <li>▪ Spezialkost für Cholesterin</li> <li>▪ Keine spezielle Kost für BHD im KH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kein Wissen über Spezialkost</li> <li>▪ Reduktionskost verlangt</li> <li>▪ Kost mit viel Gemüse gewünscht</li> <li>▪ Spezialkost für Cholesterin</li> </ul>
<p>P1</p> <p>P2</p> <p>P3</p>	<p>K10+14 Ernährungsberatung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ KH nein</li> <li>▪ Rehab/Kur ja</li> <li>▪ KH nicht notwendig, da Wissen schon vorhanden (Kur/Rehab)</li> <li>▪ Rehab (Einzelberatung, 3 Wochen – 8kg, wegen Alkoholabstinenz)</li> </ul> <p>Mögliche Beratungspersonen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arzt</li> <li>▪ Pflegeperson</li> <li>▪ Diätologen</li> </ul> <p>K20+30+33 Beratung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine Beratung im KH</li> <li>▪ Beratung durch Diätologin (was soll man essen, was vermeiden, Beratung im Zimmer)</li> </ul> <p>Wunsch nach Beruhigungsmedikament, das nicht regelmäßig genommen werden muss, Beratung von jedem Bereich</p> <p>Keine Beratung bekommen durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arzt</li> <li>▪ Diätologin</li> <li>▪ Krankenschwester</li> </ul> <p>K38+44 Beratung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine Beratung im KH</li> <li>▪ Mehr Wissen über BD-Selbstkontrolle erwünscht (Essen, Trinken)</li> <li>▪ Gespräch mit Diätologin erwünscht</li> <li>▪ Beratung durch kompetente Person erwünscht (BD-Selbstkontrolle), Arzt rät zu Spaziergängen und leichten Speisen</li> </ul>	<p>K'8 Beratung im Krankenhaus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine Ernährungsberatung im KH</li> <li>▪ Ernährungsberatung auf Rehab</li> <li>▪ KH nicht notwendig, da Wissen von Rehab vorhanden</li> <li>▪ Keine Beratung durch Diätologin (was essen und was vermeiden)</li> <li>▪ Beratung durch Arzt (Spaziergänge, leichte Kost)</li> <li>▪ Nur Medikamente bekommen</li> <li>▪ Keine Information durch Krankenschwester</li> <li>▪ Bei früheren KH-Aufenthalten keine Beratung zum BHD</li> </ul> <p>Mögliche Beratungspersonen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arzt</li> <li>▪ Pflegeperson</li> <li>▪ Diätologin</li> <li>▪ Kompetente Person</li> </ul> <p>Wunsch nach:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beruhigungsmedikament, das nicht regelmäßig genommen werden muss</li> <li>▪ Mehr Wissen über BD-Selbstkontrolle</li> </ul>

P4	K48+52+55 Beratung: <ul style="list-style-type: none"> <li>Keine Beratung im KH</li> <li>Nur Medikamente bekommen</li> <li>Keine Information durch Krankenschwester</li> <li>Keine Ernährungsberatung im KH</li> <li>Beratung durch Krankenschwester und Diätologin erwünscht</li> </ul>	
P5	K63 Beratung: <ul style="list-style-type: none"> <li>Keine Beratung und Informationen zum BHD</li> </ul>	
P2	K22 Hausarzt Aufklärung über positive Wirkung von Ernährungsumstellung bei BHD	K'9 Informationen bzw. Beratung vom Hausarzt: <ul style="list-style-type: none"> <li>Positive Wirkung von Ernährungsumstellung bei BHD</li> <li>Keine Beratung</li> <li>Hausarzt rät zu allem was schmeckt, unter Beachtung des Cholesterins</li> </ul>
P3	K38 Keine Beratung durch Hausarzt	
P4	K52 Hausärztin rät zu allem was schmeckt, mit Beachtung des Cholesterins	
P5	K58 Hausarzt empfiehlt Bewegung Informationen über BHD vom Hausarzt erhalten	
P1	K6+9+13 Lebensstiländerungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>Gewichtsreduktion</li> <li>Frische Luft</li> <li>Kost verändern</li> <li>Bewegung</li> <li>Stressreduktion</li> </ul>	K'10 Lebensstiländerungen für BHD: <ul style="list-style-type: none"> <li>Gewichtsreduktion</li> <li>Frische Luft</li> <li>Kost verändern</li> </ul> Bewegung: <ul style="list-style-type: none"> <li>Viel spazieren</li> <li>BD steigt bei Bewegung</li> <li>Kaum Wissen über Bewegung und BHD</li> <li>Rad fahren</li> <li>Ausdauersport gut für BHD</li> </ul> Stress: <ul style="list-style-type: none"> <li>Stressreduktion/ kein Stress</li> <li>Stress erhöht BD</li> <li>Nicht arbeiten</li> <li>Ausgeglichenheit</li> </ul>
P2	K27 BD steigt durch Bewegung, spazieren gut	
P3	K41 Kaum Wissen über den Effekt von Bewegung auf den BD, Stress erhöht BD	
P4	K51 Viel spazieren, nicht arbeiten, Ausgeglichenheit, kein Stress	
P5	K62+66 Ausdauersport gut für BHD, Stress schlecht	
P1	K11 Ernährungsumstellung: <ul style="list-style-type: none"> <li>Salzkonsum</li> <li>Gemüse und Obst</li> </ul>	K'11 Ernährungsumstellung: <ul style="list-style-type: none"> <li>Salzkonsum reduzieren</li> <li>Gemüse und Obst</li> <li>Pflanzliche Öle</li> <li>Nicht so viel essen</li> </ul>
P2	K23	

P3	<p>Ernährungsumstellung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicht so viel essen</li> <li>▪ Pflanzliche Öle</li> <li>▪ Kein Alkohol</li> </ul> <p>K37</p> <p>Blutdruckkontrolle durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anpassen des Essens</li> <li>▪ Weniger Salz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kein Alkohol</li> </ul>
P1	<p>K11</p> <p>Wissen über Ernährungsumstellung:</p> <p>GUT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Joghurt statt Obers</li> <li>▪ Salz reduzieren</li> <li>▪ Alkoholreduktion</li> <li>▪ Kalzium</li> <li>▪ Magnesium</li> <li>▪ Kalium</li> <li>▪ Mediterrane Kost</li> </ul> <p>SCHLECHT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Übergewicht</li> <li>▪ Milch (kalorienreich)</li> <li>▪ Kaffee</li> </ul> <p>UNBEKANNT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zigarettenkonsum</li> </ul>	<p>K'12</p> <p>Wissen über Ernährungsumstellung:</p> <p>GUT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Joghurt statt Obers</li> <li>▪ Salz reduzieren</li> <li>▪ Alkoholreduktion</li> <li>▪ Kalium</li> <li>▪ Magnesium</li> <li>▪ Kalium</li> <li>▪ Mediterrane Kost</li> <li>▪ Mäßiger Kaffeekonsum</li> <li>▪ Fisch</li> <li>▪ Fettreduzierung</li> <li>▪ Viel Gemüse und Obst</li> <li>▪ Rotwein (2-3 Achterl/Tag)</li> </ul> <p>SCHLECHT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Übergewicht</li> <li>▪ Milch (kalorienreich)</li> <li>▪ Kaffee</li> <li>▪ Zigaretten</li> <li>▪ Fett</li> <li>▪ Alkohol</li> <li>▪ Salz</li> </ul> <p>UNBEKANNT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zigarettenkonsum</li> <li>▪ Kalziumeinfluss</li> <li>▪ Kalium</li> <li>▪ Magnesium</li> <li>▪ Effekt von Kaffee</li> <li>▪ Übergewicht kein Einfluss auf BD</li> </ul>
P2	<p>K24</p> <p>Wissen über Ernährungsumstellung:</p> <p>GUT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salz reduzieren</li> <li>▪ Mäßiger Kaffeekonsum</li> <li>▪ Kalium</li> <li>▪ Magnesium</li> <li>▪ Fisch</li> <li>▪ Fettreduzierung</li> </ul> <p>SCHLECHT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zigaretten</li> <li>▪ Übergewicht</li> </ul> <p>UNBEKANNT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kaliumeinfluss</li> </ul>	
P3	<p>K39</p> <p>Wissen über Ernährungsumstellung:</p> <p>GUT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mediterrane Kost</li> </ul> <p>SCHLECHT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fett</li> <li>▪ Alkohol</li> <li>▪ Kaffee</li> <li>▪ Zigaretten</li> <li>▪ Übergewicht</li> </ul> <p>UNBEKANNT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kalium</li> <li>▪ Kalzium</li> <li>▪ Magnesium</li> </ul>	
P4	K53	

P5	<p>Wissen über Ernährungsumstellung:</p> <p>GUT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salz einsparen</li> <li>▪ Kaum Fett</li> <li>▪ Viel Gemüse und Obst</li> <li>▪ Viel Magnesium</li> <li>▪ Viel Kalium</li> <li>▪ Viel Kalzium</li> <li>▪ Mediterrane Kost</li> </ul> <p>SCHLECHT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alkohol</li> <li>▪ Zigaretten</li> </ul> <p>Übergewicht keine Auswirkung auf Blutdruck</p>	
K64	<p>Wissen über Ernährungsumstellung:</p> <p>GUT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kalium</li> <li>▪ Magnesium</li> <li>▪ Kalzium</li> <li>▪ Mediterrane Kost</li> <li>▪ Rotwein (2-3 Achterl/Tag)</li> </ul> <p>SCHLECHT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salz</li> <li>▪ Fett</li> <li>▪ Zigaretten</li> <li>▪ Übergewicht</li> </ul> <p>UNBEKANNT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Effekt von Kaffee</li> </ul>	

### Ergebnisdarstellung der Patienten:

Der Grund, aus dem sich die interviewten Patienten im Krankenhaus befinden, ist am häufigsten der Bluthochdruck, weitere Gründe lauten Brustschmerzen, Schulterschmerzen, Übelkeit, Schwierigkeiten mit der Luft, Rippenstechen, Herzrasen und Blutdruckschwankungen. Diese genannten Gründe betreffen teilweise direkt den Blutdruck oder können Folgen von Bluthochdruck sein. Hier ist wichtig, dass im Krankenhaus erkannt wird, aus welchen Gründen die Patienten wirklich im Spital sind, um sie so dementsprechend behandeln und beraten zu können.

Die Blutdruckgeschichten der befragten Patienten sind meist sehr ähnlich. Sie haben alle schon längere Zeit einen zu hohen Blutdruck, d.h. seit mindestens 2 Jahren, hinauf bis zu 20 Jahren oder bis zur Jugendzeit zurückgehend. Die Patienten nehmen zum Großteil schon sehr lange Blutdruckmedikamente. Ein Patient setzte aufgrund der Nebenwirkungen die Medikamente wieder ab, ein anderer Patient nimmt erst seit 5 Wochen Medikamente für den zu hohen Blutdruck. Die interviewten

Bluthochdruckpatienten waren großteils öfters aufgrund eines zu hohen Blutdrucks oder Begleiterscheinungen im Krankenhaus.

Die Diagnose des Bluthochdrucks erfolgte bei den Patienten durch Internist, Hausarzt und/oder Herzspezialist. Die meisten der befragten Patienten haben nicht nur durch einen Hausarzt, sondern auch durch einen Spezialisten die Diagnose des Bluthochdrucks bekommen.

Die subjektiven Gründe für Bluthochdruck, die von den Patienten genannt wurden sind Stress, Aufregung, Überstunden, Alkohol, möglicherweise ein Stroma oder kein Wissen beziehungsweise keine Gründe. Ersichtlich bei den subjektiven Gründen ist, dass Stress (Aufregung, Überstunden) ein Thema bei Bluthochdruck ist, das die Patienten mit Bluthochdruck verbinden.

Drei der Patienten besitzen zu Hause ein Oberarmblutdruckmessgerät, ein Patient ein Handgelenkmessgerät. Die Häufigkeit, mit der der Blutdruck gemessen wird, ist unterschiedlich, die einen machten keine Angaben darüber, andere nannten zwei oder drei Messungen pro Tag. Die Handhabung der verschiedenen Geräte wurde zum Teil in der Apotheke oder in dem Geschäft erklärt, wo es gekauft wurde. Bei manchen Patienten überprüft der Arzt, ob die Blutdruckmessgeräte auch richtig angewendet werden. Ein Patient meinte, er habe keine Einführung in das Gerät bekommen, dies sei aber auch nicht notwendig gewesen. Ein weiterer Patient sagt, er habe kein Wissen über die Blutdruckselbstmessung.

Das Wissen über den Bluthochdruck ist unterschiedlich. Manche Patienten geben bei der Obergrenze des Bluthochdrucks nur den systolischen Wert an und nicht den diastolischen, sie wissen auch bei Nachfrage nach dem diastolischen („zweiten Wert“) nicht darüber Bescheid, was sie antworten sollen.

Die idealen Blutdruckwerte, die von den Patienten genannt werden, belaufen sich zwischen 120/70 bis 130/90 mmHg. Die Obergrenze, die der Bluthochdruck nicht überschreiten sollte, liegt nach den Patienten bei 130/90 bis 150/ ca. 90 mmHg. Eine Patientin hatte Aufzeichnungen über ihre Blutdruckwerte und Messergebnisse und zeigte diese beim Interview vor. Die anderen Patienten sprachen nicht von Aufzeichnungen über ihre durchschnittlichen Werte und Spitzwerte.

Bei der Frage, ob die Patienten Informationsmaterialien über Bluthochdruck im Krankenhaus erhalten haben, antworten alle mit „nein“. Ein Patient erzählte von einer Rehabilitationseinrichtung, in der er Informationsmaterial über Bluthochdruck erhalten

hat. Ein anderer Patient erhielt in der Vergangenheit Informationsmaterialien durch den Hausarzt.

Die erwünschten Informationen, über die Patienten gerne Material bekommen würden, wären: Ernährung, Bewegung und Stressabbau. Im Besonderen erwünscht wären Informationen - sowohl mündlich aber auch schriftlich vom Pflegepersonal und von den Diätologen.

Im Krankenhaus gibt es nach dem Wissen der Patienten keine spezielle Kost für Bluthochdruck. Bei einem Teil der Patienten wurde Reduktionskost verlangt bzw. Kost mit viel Gemüse oder eine Spezialkost für Cholesterin.

Im Krankenhaus erhielt nur ein Teil der Patienten eine Beratung. Ein Patient wurde vom Arzt hinsichtlich leichter Kost und Spaziergänge und ein Patient wurde durch die Diätologin beraten, die darüber aufklärte, was gegessen und was vermieden werden sollte. Ein Patient erzählte über eine Ernährungsberatung (Einzelberatung) auf einer Rehabilitation, daher sieht er Beratung im Krankenhaus für ihn nicht als notwendig, da das Wissen durch die Rehab bereits vorhanden ist.

Andere Patienten erhalten weder von Arzt, Diätologen noch Pflegepersonen Informationen, sondern bekommen nur Medikamente verschrieben, die sie nehmen sollen. Auch bei früheren Krankenhausaufenthalten erhalten die Patienten kaum Beratung zum Bluthochdruck. Durch die Befragung der Patienten wurden Ärzte, Pflegepersonen, Diätologen sowie andere kompetente Beratungspersonen als mögliche Beratungspersonen im Krankenhaus genannt.

Der Wunsch der Patienten nach mehr Wissen über Blutdruckselbstkontrolle ist stark vorhanden. Ein Patient wünscht zusätzlich ein Beruhigungsmedikament für den Blutdruck, das aber nicht regelmäßig genommen werden muss, sondern nur nach Bedarf.

Informationen und Beratung des Hausarztes in Bezug auf den Blutdruck sind nicht immer gegeben. Teilweise gibt es keine Beratung oder nur allgemeine Informationen. Ein Patient erzählte von Aufklärung über positive Wirkung der Ernährungsumstellung bei Bluthochdruck durch den Arzt. Ein anderer Hausarzt rät zu allem, was schmeckt - unter Beachtung des Cholesterins.

Das Wissen über Lebensstiländerungen bei Bluthochdruck der befragten Patienten ist verschieden. Gewichtsreduktion, Kostveränderung sowie frische Luft nennt ein Patient als positive Veränderungen bei Bluthochdruck.

Die Meinungen zur Bewegung bei Bluthochdruck teilen sich. Einerseits ist Bewegung gut und wichtig, wie zum Beispiel viel spazieren gehen, Rad fahren und Ausdauersport, andererseits lässt Bewegung den Blutdruck steigen. Ein Patient gibt an, kaum Wissen über den Effekt von Bewegung auf den Blutdruck zu haben.

Vier der fünf befragten Patienten geben an, dass kein Stress bzw. Stressreduktion wichtig ist, um den Blutdruck stabil zu halten. Stress erhöht nach Angaben der Patienten den Blutdruck. Positiv für den Blutdruck wäre den Patienten nach, nicht arbeiten zu gehen und Ausgeglichenheit anzustreben. Drei Patienten von fünf haben bereits schon einmal ihre Ernährung umgestellt, dazu nennen sie als wichtig, den Salzkonsum zu reduzieren, Gemüse und Obst zu essen, pflanzliche Öle zu verwenden, nicht zu viel zu essen und keinen Alkohol zu trinken.

Das Wissen über Ernährungsumstellung bei Bluthochdruck ist bei den interviewten Patienten verschieden stark ausgeprägt. Die einen verfügen über ein gutes Wissen, andere hingegen stellen nur Vermutungen an, was gut oder schlecht bei der Ernährung von Bluthochdruckpatienten ist. Im Folgenden werden zuerst die von den Patienten als positiv bewerteten Effekte der Ernährung genannt, anschließend die als negativ bewerteten und abschließend die unbekanntenen Effekte von Ernährung und deren Umstellung.

Zur positiv bewerteten Ernährung zählen Salzreduktion, Joghurt statt Obers, Alkoholreduktion, Kalzium, Kalium, Magnesium, Mediterrane Kost, mäßiger Kaffeekonsum, Fisch, Fettreduzierung, viel Gemüse und Obst sowie Rotwein (zwei bis drei Mal  $\frac{1}{8}$  Liter pro Tag).

Als negativ für die Ernährung wurde folgendes angegeben, Übergewicht, Milch (kalorienreich), Kaffee, Zigaretten, Fett, Alkohol und Salz.

Wie bereits erwähnt gab es auch unbekanntene Ernährungseffekte, wie Zigarettenkonsum, Kaliumeinfluss, Magnesium, Kalzium, Effekt von Kaffee und den Effekt von Übergewicht bei Bluthochdruck. Verständlicherweise kommen manche Ernährungseffekte bei mehreren Bewertungen (positiv, negativ und unbekannt) vor, da die Patienten nicht alle über das gleiche Wissen über Bluthochdruck und dessen Ernährung bzw. Umstellung verfügen.

## 6.7.2 Zusammenfassende Inhaltsanalyse PFLEGEPERSONEN

Int.	S.	Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
K1	1	2	Keine Beratungen auf der Station	Keine Beratung auf der Station	K1 Keine Beratung
K1	1	4	Wenn der Patient Fragen über den Blutdruck hat, was der normale Blutdruck wäre, dann wird das schon erklärt	Fragen des Patienten zum Blutdruck, z.B. normaler oder guter Blutdruck, werden beantwortet	K2 Fragen der Patienten zum Blutdruck werden beantwortet
K1	1	9	Blutdruckmessgeräte werden nur auf Nachfrage des Patienten erklärt	Blutdruckmessgeräte werden nur auf Nachfrage des Patienten erklärt	K3 Blutdruckmessgeräte nur auf Nachfrage erklärt
K1	1	11	Keine Informationsmaterialien zum Thema Bluthochdruck	Keine Informationsmaterialien zum Thema Bluthochdruck	K4 Keine Informationsmaterialien über Bluthochdruck
K1	1	14	Nebenbei kann nur schwer beraten werden, gibt Richtlinien, die bei einer Beratung eingehalten werden sollten, die sind nebenbei nicht so möglich, Beratung am Bett sollte nie durchgeführt werden, in einem eigenen Raum, keine störenden Einflüsse, Ruhe, andere Patienten können nicht mithören (Datenschutz), sonst Beratung nur oberflächlich	Beratung nebenbei ist schwierig  Richtlinien der Beratung so nur schwer einhaltbar  Keine Beratung am Bett, sondern eigener Raum, um störende Einflüsse und Mithören anderer Patienten (Datenschutz) zu verhindern-sonst nur eine oberflächliche Beratung möglich	K5 Beratung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nebenbei schwierig</li> <li>▪ Richtlinien der Beratung nur schwer einhaltbar</li> <li>▪ Sollte keine Beratung am Bett stattfinden</li> <li>▪ Eigene Räume für Beratung wichtig (Datenschutz)</li> </ul>
K1	1	21	Auf der Station keine Beratung, wie ich das verstehe, wäre aber wünschenswert	Keine Beratung auf der Station, wäre wünschenswert	
K1	1	24	Keine Gruppenschulung bzw. – Beratung auf der Station, für sehr gut und wichtig erachtet	Keine Gruppenschulung bzw. –beratung auf der Station, für wichtig erachtet	
K1	1	27	Neben Pflgetätigkeiten kommt es mit dem Patienten zu Gesprächen über Ernährungsumstellung oder Bewegung, es wird bei übergewichtigen Patienten darauf hingewiesen, dass eine Gewichtsreduktion eine positive Wirkung auf den Blutdruck hat, salzarme Kost wird auch besprochen, Bewegung wird auch besprochen, aber nur allgemein, nicht im Speziellen, nicht, dass man es Beratung nennen kann	Neben Pflgetätigkeiten Gespräche mit Patienten über Ernährungsumstellung, bei übergewichtigen Patienten auf Gewichtsreduktion hingewiesen, oder salzarme Kost besprochen, es wird auch etwas über Bewegung erzählt, aber nur allgemein nicht im Speziellen  Man kann es nicht Beratung nennen	K6 Beratung außerhalb der Station wäre wünschenswert  K7 Gruppenschulung auf der Station nicht wichtig
K1	1	36	Kontinuierliche Bewegung, kein stressbetonter Sport wird empfohlen	Empfehlung für kontinuierlichen Sport, nicht stressbetont	K8 Neben Pflgetätigkeiten Gespräche über Ernährungsumstellung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Überge-wichtige</li> </ul>
K1	1	39	Kaum Patienten, die viel Alkohol zu sich nehmen,	Keine Aufklärung des Effekts von Alkohol und	

			deshalb über die Wirkung von Alkohol auf den Blutdruck nicht aufgeklärt, auch Kaffeeffekt nicht erklärt, meistens Managertypen oder Workaholics, die stressbedingt einen zu hohen Blutdruck haben, einige Patienten mit Diabetes- von der Niere her Blutdruckprobleme	Kaffee auf den Blutdruck  Meisten Patienten auf der Station haben stressbedingten Bluthochdruck (Managertypen, Workaholics), einige Diabetes-Patienten, die aufgrund der Niere Blutdruckprobleme haben	Patienten (Gewichtsreduktion und salzarme Kost) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bewegung</li> <li>▪ allgemein nicht speziell</li> </ul>
K1	2	45	Kein spezielles Hinweisen auf die Wirkung von Magnesium, Kalium und Kalzium auf den Blutdruck, auch keine Beispiele für Lebensmittel genannt, wo es drinnen vorkommt, dies fällt unter Ernährungsumstellung	Wirkung von Magnesium, Kalium und Kalzium auf den Blutdruck nicht erklärt, fällt unter Ernährungsumstellung	K9 Kontinuierliche, nicht stressbetonte Bewegung wird empfohlen
K1	2	47	Bei übergewichtigen Patienten mit Bluthochdruck wird darauf geschaut, ein Gespräch mit der Diätassistentin zu bekommen, Hausärzte sollten Informationsbroschüren über eine Ernährungsumstellung bei Bluthochdruckpatienten haben	Bei übergewichtigen Patienten wird auf ein Gespräch mit der Diätassistentin geschaut  Hausärzte sollten Informationsbroschüren über eine Ernährungsumstellung bei Bluthochdruckpatienten haben	K10 Keine Aufklärung über: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alkohol</li> <li>▪ Kaffee</li> <li>▪ Magnesium</li> <li>▪ Kalium</li> <li>▪ Kalzium</li> <li>▪ Mediterrane Ernährung</li> </ul>
K1	2	53	Wir schlagen den Patienten keine Zentren vor, wo man hingehen kann, ich wüsste auch gar nicht, wo man Patienten hinverweisen kann, kenne selbst solche Zentren oder Beratungsstellen nicht	Keine Vorschläge von Zentren, wo Patienten Schulungen und Beratungen zum Bluthochdruck bekommen können  Selbst kein Wissen wo solche Zentren oder Beratungsstellen sind	K11 Häufigster Grund für BHD: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stress (Manager und Workaholics)</li> <li>▪ Diabetes (Niere)</li> </ul>
K1	2	57	Bei Notwendigkeit einer Diätassistentin wird diese in der Visite vom Arzt angeordnet, bei Wunsch des Patienten (äußerst selten) können wir auch jemanden rufen oder mit dem Arzt sprechen	Bei Notwendigkeit einer Diätassistentin wird diese vom Arzt angeordnet, für den seltenen Fall, dass eine vom Patienten gewünscht wird, kann diese durch eine Pflegeperson oder Absprache mit dem Arzt gerufen werden	K12 Hausärzte sollten Informationsbroschüren für BHD haben  K13 Keine Weiterleitung der Patienten an Beratungs- und Schulungszentren für BHD. Kein Wissen über solche Beratungszentren
K1	2	62	Über mediterrane Kost im Speziellen nicht aufgeklärt, glaube nicht, von Älteren angenommen, was der Bauer nicht kennt, das isst er nicht	Keine Aufklärung über Mediterrane Kost Glaube, dass es von Älteren nicht so angenommen werden würde	K14 Diätassistentin wird vom Arzt oder in Absprache mit dem Arzt (Patientenwunsch) angeordnet
K1	2	66	Gibt keine eigene Kost für Bluthochdruckpatienten, nur Reduktionskost, aber nicht alle, die Bluthochdruck haben, haben auch zu viel Gewicht	Keine eigene Kost für Bluthochdruckpatienten, nur Reduktionskost  Nicht alle	

			Reduktionskost für Hypertoniepatienten nicht oft angeordnet	Bluthochdruckpatienten zu viel Gewicht  Reduktionskost für Hypertoniepatienten nicht oft angeordnet	K15 Keine spezielle Kost für BHD nur Reduktionskost, wird aber kaum angeordnet (nicht alle BHD-Patienten sind übergewichtig), bei anderen Stoffwechselerkrankungen Stoffwechselkost
K1	2	71	Informationsmaterialien vom Hausarzt oder Diätassistentin, nehme ich an, Blutdruck oft nicht das alleinige Problem, bei anderen Stoffwechselerkrankung wird schon auf Stoffwechselkost gesetzt, nicht alleine bei Blutdruck	Annahme, dass Informationsmaterial vom Hausarzt oder Diätassistentin gegeben wird  Bei anderen Stoffwechselerkrankungen wird auf Stoffwechselkost gesetzt	K16 Managertypen und Workaholics bekommen ein psychosomatisches Gespräch und Jacobson-Training mit Psychologin
K1	2	75	Bei offensichtlichen Managertypen oder Workaholics wird mit dem Patienten ein psychosomatisches Gespräch geführt (durch eine Psychologin), manchmal gehen Patienten auch zum Jacobson-Training auf der Psychosomatik	Offensichtliche Managertypen oder Workaholics bekommen ein psychosomatisches Gespräch mit der Psychologin, die dann auch das Jacobson-Training empfiehlt	K17 Allgemeine Beratung nicht Aufgabe der Pflege
K1	2	82	Sieht allgemeine Beratung nicht als Aufgabe der Pflege	Allgemeine Beratung keine Aufgabe der Pflege	
K1	2	84	Beratung soll in Zukunft in der Ausbildung mehr gefördert werden, in der Ausbildung kaum etwas über Beratung gelernt, deshalb unsicher, deshalb mache ich es wahrscheinlich auch nicht so häufig, Ausbildung extrem wichtig, in die Praxis übertragen, präventives Arbeiten möglich, vielleicht ohne Medikamente auskommen, weil man auf die Ernährung von vornherein eingehen kann, in Ausbildung ganz besonders gefördert, so sicher, dass man es sich in der Praxis umsetzen traut, wirklich wichtig, wenn die Ressourcen da sind, wenn man eine zusätzliche Person auf die Station bekommt, sonst hat man eine Aufgabe mehr, nur wann mache ich das, rein zeitlich keine Möglichkeit, eine gute Beratung durchzuführen, muss sich Zeit nehmen (viertel Stunde) für den Patienten, das ist oft nicht so einfach möglich, Patient soll das Gefühl haben, man nimmt sich für ihn Zeit, das Ideale wäre, man würde einen Pflegeexperten dazu bekommen, der speziell für	Beratung soll in Zukunft in der Ausbildung gefördert werden  Durch wenig Wissen über Beratung in der Ausbildung, unsicher in der Praxisanwendung und deshalb nicht häufig durchgeführt  Ausbildung wichtig für präventives Arbeiten (Aufklärung über Ernährung anstatt von Medikamenten)  Ausbildung gehört gefördert, um eine sichere Beratung zu gewährleisten  Zusätzliche Person für Beratung wäre wünschenswert, ein Pflegeexperte, der speziell für Bluthochdruck-, Diabetes- und Blutgerinnungsberatung geschult ist (8-10 Stunden/Woche, die der Pflegeperson während ihrer normalen Arbeitszeit	K18 Beratung sollte in Zukunft in der Ausbildung gefördert werden, um eine sichere Beratung zu gewährleisten Durch wenig Wissen aus der Ausbildung unsicher und deshalb kaum Beratungen durchgeführt  Wünschenswert Pflegeexperte, der zusätzlich auf die Station für BHD-, Diabetes- und Blutgerinnungsberatung kommt (8-10 Stunden/Wo.)  In der normalen Arbeitszeit einer Pflegeperson gute Beratung (¼ Stunde) nicht möglich, Patient soll das Gefühl haben, dass man

			Bluthochdruck, Diabetes und Blutgerinnung ausgebildet ist- und während seiner normalen Arbeitszeit eine bestimmte Stundenanzahl zur Verfügung hat, in der er beratend tätig sein kann (8-10 Stunden/Woche), dies sollte gefördert werden, natürlich mit einer guten Schulung als Voraussetzung	zur Beratung zur Verfügung stehen  In der normalen Arbeitszeit rein zeitlich keine Möglichkeit zu einer guten Beratung (viertel Stunde), der Patient soll das Gefühl haben, dass man sich für ihn Zeit nimmt	sich für ihn Zeit nimmt  K19 Gespräche über Ernährungs- umstellung und die Notwendigkeit von Bewegung werden bei pflegebedürftigen Patienten mit Angehörigen durchgeführt, gehen aber nicht in die Tiefe
K1	3	103	Gespräche über Umstellungsmöglichkeiten oder die Notwendigkeiten von Bewegung mit Angehörigen von pflegebedürftigen Patienten werden geführt aber gehen nicht in die Tiefe	Gespräche über Umstellungsmöglichkeiten oder die Notwendigkeiten von Bewegung mit Angehörigen von pflegebedürftigen Patienten werden geführt aber gehen nicht in die Tiefe	K20 Hypertoniepatienten sind meist sehr medikamentenfixiert, sehe oft keine Alternative  Bei Patienten muss Bewusstsein geschaffen werden, dass der Lebensstil eine entscheidende Rolle bei einer Krankheit haben kann
K1	3	105	Hypertoniepatienten meistens sehr fixiert auf ihre Medikamente, oft nicht viele Alternativen dazu, man muss oft beim Patienten erst das Bewusstsein schaffen, dass er versteht, dass der Lebensstil sehr viel bei dieser Krankheit ausmachen kann, dieses Bewusstsein haben die wenigsten	Hypertoniepatienten sind meistens sehr fixiert auf die medikamentöse Behandlung und sehen oft keine Alternative dazu  Beim Patienten muss das Bewusstsein geschaffen werden, dass der Lebensstil viel bei einer Krankheit ausmachen kann	Bei Patienten muss Bewusstsein geschaffen werden, dass der Lebensstil eine entscheidende Rolle bei einer Krankheit haben kann
K1	3	111	Jüngere Patienten nehmen das recht gut an, die ältere Generation weiß ich nicht, österreichische Küche auch nicht unbedingt das Beste für eine wirklich gesunde Ernährung, entweder sehr gute Aufklärung mit vorgefertigten Speiseplänen und Kochrezepten geben, oder jemand muss darauf schauen, wie gekocht wird und dass es auch gegessen wird, Patienten fallen sehr leicht in ihr altes Muster, dies hängt auch von der sozialen Schicht und nicht nur vom Alter ab	Jüngere Patienten nehmen Beratung recht gut an  Österreichische Küche nicht das Beste für eine gesunde Ernährung, hier ist eine sehr gute Aufklärung mit vorgefertigten Speiseplänen und Kochrezepten notwendig, oder dass jemand darauf schaut, wie gekocht und gegessen wird  Patienten fallen schnell in ein altes Muster zurück  Dies hängt von der sozialen Schicht ab, nicht nur vom Alter	K21 Jüngere Patienten nehmen Beratung gut an  Österreichische Küche nicht sehr gesunde Küche, gute Aufklärung mit Speiseplänen und Kochrezepten wichtig  Patienten fallen schnell in ein altes Muster zurück (von sozialer Schicht abhängig, auch vom Alter)
K1	3	118	Würde an einer Weiterbildung für eine Hypertonieberatung teilnehmen, wenn es als produktiv befunden wird, dabei ist ein strukturierter Aufbau wichtig, eine Anleitung wie man	Interesse an einer Weiterbildung, wenn diese als produktiv befunden wird  Wichtig dabei:	K22 An produktiver Weiterbildung interessiert  Wichtig dabei: ▪ Strukturierter Aufbau

		es in die Praxis umsetzt, wie man es erklärt, dass der Patient auch etwas mitnehmen kann, einfach strukturiert, dass man es Schritt für Schritt an den Patienten weitergeben kann, auch die Zusammenhänge mit anderen Krankheiten fände ich wichtig zu lernen, solche Weiterbildungen nur sinnvoll, wenn dann auch in der Praxis Zeit ist, es auszuführen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Strukturierter Aufbau</li> <li>▪ Anleitung für die Praxis</li> <li>▪ Gute Erklärungen für den Patienten</li> <li>▪ Einfach strukturiert</li> <li>▪ Schritt für Schritt Erklärungen für den Patienten</li> <li>▪ Zusammenhänge mit anderen Krankheiten lernen</li> </ul> <p>Weiterbildungen nur sinnvoll, wenn in der Praxis auch Zeit ist das Wissen anzuwenden</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Praxisnähe</li> <li>▪ Gute und klare Erklärungen für den Patienten</li> <li>▪ Zusammenhänge mit anderen Krankheiten erfahren</li> </ul> <p>K23 Weiterbildungen nur sinnvoll, wenn in der Praxis auch Zeit, ist das Wissen anzuwenden</p>
--	--	---	--	---

Krankenschwester 1:

- Weiblich
- 42 Jahre
- 1986 Pflegediplom gemacht
- Seit 2 Jahren auf dieser Station tätig

Int.	S.	Zeile	Paraphrasieren	Generalisieren	Reduktion
K2	1	2	Es gibt keine strukturierte Beratung in Bezug auf Hypertonieschulung	Es gibt keine strukturierte Beratung in Bezug auf Hypertonieschulung	K24 Keine strukturierte Hypertonieberatung
K2	1	4	Patienten werden, wenn es sich aus dem Gespräch ergibt, am Bett beraten	Patienten werden, wenn es sich aus dem Gespräch ergibt, am Bett beraten	K25 Patienten werden, wenn es sich aus dem Gespräch ergibt, über die Möglichkeit, wie man selbst die körperliche Konstitution verbessert und über Grundzüge in der Ernährungsveränderung beraten
K2	1	6	Patienten werden über allgemeine Möglichkeiten informiert, wie man selbst seine körperliche Konstitution verbessern kann, auch über Grundzüge in der Ernährungsveränderung, die einen Einfluss auf den Blutdruck haben	Patienten werden über allgemeine Möglichkeiten informiert, wie man selbst die körperliche Konstitution verbessern kann und über Grundzüge in der Ernährungsveränderung	K26 Informationsbroschüren über Diabetes, Metabolisches Syndrom mit inbegriffen Hypertonie
K2	1	10	Von der Firma Roche Broschüren über den Typ 2 Diabetes und das Metabolische Syndrom, wo auch die Hypertonie auch behandelt wird	Informationsbroschüren der Firma Roche über den Typ 2 Diabetes und das Metabolische Syndrom, wo auch die Hypertonie behandelt wird	
K2	1	13	Broschüren werden nur Patienten gegeben, die auch Diabetes haben, es gibt keine eigene Broschüre für Bluthochdruck	Broschüren werden nur an Diabetespatienten weitergegeben  Es gibt keine Bluthochdruckbroschüren	
K2	1	17	Wenn es nicht so stressig ist	Wenn die Arbeit auf der	

			auf der Station, dann bleiben am Bett schon so 10-15 Minuten für Beratungstätigkeit	Station nicht zu stressig ist, dann bleiben 10-15 Minuten für die Beratungstätigkeit am Bett	(diese werden nur Diabetespatienten gegeben), keine BHD Broschüren
K2	1	20	Kein eigener Raum für Beratungen, wenn- wird nur am Bett beraten	Kein eigener Raum für Beratung Nur am Bett beraten	K27
K2	1	23	Die Notwendigkeit einer Beratungszeit wird bei der Arbeitszeit nicht berücksichtigt	Die Notwendigkeit einer Beratungszeit wird bei der Arbeitszeit nicht berücksichtigt	Bei nicht so viel Arbeit bleiben 10-15 Minuten, um am Bett zu beraten
K2	1	25	Die Diätologin des Krankenhauses wird an die Patienten vermittelt	Vermittlung der Diätologin des Krankenhauses an den Patienten	K28 Kein eigener Raum für Beratungen
K2	1	27	Der Arzt gibt die Anregung für eine Diätologin, oder wenn wir es für nötig halten, wird beim Patienten nachgefragt, ob er Informationen braucht	Ärzte und Pflegepersonen rufen die Diätologin wenn nötig  Patienten werden befragt, ob sie Informationen brauchen	K29 Beratungszeit wird in der Arbeitszeit nicht berücksichtigt
K2	1	30	Patienten werden nicht gefragt, ob sie eine Beratung von der Diätologin haben möchten, eher wenn es in Richtung Adipositas geht, dann schon, in diesem Fall wird öfters eine Diätologin zu Rate gezogen	Patienten werden nicht gefragt, ob sie eine Beratung mit der Diätologin haben möchten  Bei Adipositas wird öfters eine Diätologin zu Rate gezogen	K30 Ärzte und Pflegepersonen rufen Diätologin- wenn nötig (besonders bei Adipositas)
K2	1	34	Es wird im Krankenhaus keine Gruppenschulung für Hypertoniepatienten angeboten	Es wird im Krankenhaus keine Gruppenschulung für Hypertoniepatienten angeboten	K31 Keine Hypertoniegruppenschulung im Krankenhaus
K2	1	36	In ganz groben Zügen werden Patienten über Ernährungsumstellung informiert, um das Interesse zu wecken, zum Beispiel Gewichtsabnahme in Verbindung mit Bewegung, das Einschränken vom Rauchen, der Salzzufuhr, von Alkohol	In groben Zügen werden Patienten über eine Ernährungsumstellung informiert, um ihr Interesse zu wecken (Gewichtsabnahme, Bewegung, Einschränken vom Rauchen, der Salzzufuhr und Alkohol)	K32 Informationen, um bei Patienten Interesse zu wecken: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gewichtsabnahme</li> <li>▪ Bewegung</li> <li>▪ weniger rauchen</li> <li>▪ weniger Salz</li> <li>▪ weniger Alkohol</li> </ul>
K2	2	40	Es wird etwas über fettreduzierte Ernährung erzählt, für genauere Informationen wird dann die Diätologin zu Rate gezogen, aber was selber einfällt, wenn ich Zeit habe und das Gespräch gut läuft, so aus dem täglichen Leben, welche Fette man verwendet und wie hoch der Fettgehalt sein sollte, praxisbezogen, habe auch Broschüren mit Fetttabellen, gebe ich auch ab und zu her wenn es sich ergibt, wenn es mir günstig erscheint	Wenn ein Gespräch gut läuft, wenn Zeit vorhanden ist und wenn einem etwas einfällt, dann wird etwas über fettreduzierte Ernährung erzählt, zum Beispiel, welche Fette man verwendet, auch Broschüren mit Fetttabellen werden- wenn es sich ergibt- den Patienten gegeben, für genauere Informationen wird die Diätologin zu Rate gezogen	K33 Bei genügend Zeit und auch Wissen wird über folgendes erzählt: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ fettreduzierte Ernährung</li> <li>▪ richtige Fette</li> </ul>
K2	2	46	Kaffee lässt den Blutdruck-	Kaffee lässt den Blutdruck	

			nehme ich an- steigen	steigen	K34
K2	2	48	Eigentlich nicht über die Wirkung von Kaffee aufgeklärt	Keine Aufklärung über die Auswirkung von Kaffee auf den Blutdruck	Keine Aufklärung über: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wirkung von Kaffee</li> <li>▪ Wirkung von Kalium, Kalzium und Magnesium</li> <li>▪ Stress</li> </ul>
K2	2	50	Über die Wirkung von Kalium, Kalzium und Magnesium wird nicht aufgeklärt, da das schon ins Ernährungsmedizinische geht, das kann ich auch nicht, Nahrungsmittel die viel Kalium, Magnesium und Kalzium haben, wie Obst und Gemüse, werden schon erwähnt, ist praxisbezogen, dies sollte aber den Patienten schriftlich geben, nicht nur im Gespräch erwähnen	Über die Wirkung von Kalium, Kalzium und Magnesium wird nicht aufgeklärt, da dies schon ins Ernährungsmedizinische geht  Nahrungsmittel, die viel Kalium, Magnesium und Kalzium haben, wie Obst und Gemüse, werden im Gespräch erwähnt, da dies praxisbezogen ist, diese Lebensmittel sollten den Patienten schriftlich mitgegeben werden	K35 Aufklärung über: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Obst</li> <li>▪ Gemüse</li> <li>▪ Übergewicht</li> <li>▪ Bewegung</li> </ul>
K2	2	56	Patienten werden nicht gefragt, ob sie mitschreiben wollen, aber es wird gefragt, ob sie alles verstanden haben und ob sie noch Fragen haben	Patienten werden nicht gefragt, ob sie mitschreiben wollen, aber es wird gefragt, ob sie alles verstanden haben und ob sie noch Fragen haben	K36 2 Diätologinnen im KH
K2	2	58	Wird darauf hingewiesen, dass Übergewicht schlecht für den Bluthochdruck ist	Es wird darauf hingewiesen, dass Übergewicht schlecht für den Bluthochdruck ist	K37 Gibt eine kalorienreduzierte und Stoffwechsellkost, sowie eine für Diabetes, eine davon wird bei Patienten bestellt, denen man es ansieht und BHD haben
K2	2	60	Kennt den Einfluss von Mediterraner Kost auf den Blutdruck, aber Patienten werden darüber nicht aufgeklärt	Kenntnis über den Einfluss von Mediterraner Kost auf den Blutdruck, jedoch keine Aufklärung der Patienten darüber	K38 Es wird bei Beratung nachgefragt, ob alles verstanden wurde
K2	2	62	Es gibt 2 Diätassistentinnen im Krankenhaus, die regelmäßig an allen Werktagen anwesend sind, die Diätologin wird manchmal ein paar Mal pro Woche gerufen, dann zwei Wochen wieder nicht	Es gibt 2 Diätassistentinnen im Krankenhaus, die regelmäßig an allen Werktagen anwesend sind, die Diätologin wird manchmal ein paar Mal pro Woche gerufen, dann zwei Wochen wieder nicht	K39 Keine Weitergabe von Beratungsadressen nach KH-Aufenthalt (Ernährung und Hypertonieschulung), bei Bedarf könnte im Internet nachgeschaut werden Diätologin wird wahrscheinlich
K2	2	69	Es gibt eine kalorienreduzierte Kost, eine Stoffwechsellkost, die wird eigentlich automatisch bestellt, wenn man es dem Patienten ansieht und wenn der Blutdruck recht hoch ist, es gibt auch eine Kost für Diabetiker, mit 1200 kcal und 1600 kcal, diese Kost kann auch von Bluthochdruckpatienten gegessen werden	Es gibt eine kalorienreduzierte Kost, eine Stoffwechsellkost, die wird eigentlich automatisch bestellt, wenn man es dem Patienten ansieht und wenn der Blutdruck recht hoch ist, es gibt auch eine Kost für Diabetiker, mit 1200 kcal und 1600 kcal, diese Kost kann auch von Bluthochdruckpatienten gegessen werden	
K2	3	77	Es werden den Patienten keine Adressen beim Verlassen des Krankenhauses gegeben, wo sie eine Ernährungsberatung	Es werden den Patienten keine Adressen beim Verlassen des Krankenhauses gegeben, wo sie eine	

			oder Hypertonieschulung machen können, bei genügend Zeit würde ich ins Internet (Google) schauen und dann ausdrucken, ich denke dass die Diätassistentin auch Adressen an die Patienten weiter gibt	Ernährungsberatung oder Hypertonieschulung machen können, bei genügend Zeit würde im Internet (Google) nachgeschaut werden und dann ausdrückt, es wird auch gedacht, dass die Diätassistentin auch Adressen an die Patienten weiter gibt	Adressen weitergeben  K40 Bewegung, die empfohlen wird: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stiegen steigen (statt Lift)</li> <li>▪ Spazieren gehen</li> <li>▪ Rad fahren</li> </ul>
K2	3	83	Ausdauersportarten und möglichst viel Bewegung im Alltag (Stiegen steigen statt Lift, zu Fuß einkaufen gehen, Spazieren gehen, Rad fahren, nicht zu gelenksbelastend) werden bei Bluthochdruckpatienten empfohlen	Ausdauersportarten und möglichst viel Bewegung im Alltag (Stiegen steigen statt Lift, Spazieren gehen, Rad fahren, nicht zu gelenksbelastend) werden bei Bluthochdruckpatienten empfohlen	Nichts Gelenksbelastendes  K41 Stressberatung würde Zeitrahmen sprengen nur bei Einlieferung aus diesem Grund (von Ärzten angesprochen) Patienten kennen Antistressstrategien, führen sie nicht durch Im KH Jacobson Training angeboten, wird bei manchen Patienten empfohlen
K2	3	90	Stress lässt den Blutdruck steigen, Stressberatung würde den Zeitrahmen einer Beratung sprengen, Stress wird aber von den Ärzten angesprochen	Stress lässt den Blutdruck steigen, aber eine Beratung darüber würde den Zeitrahmen sprengen, wird aber von den Ärzten angesprochen	K42 Beratung wird angenommen  K43 In der Ausbildung gab es Fach Gesprächsführung, aber allgemein und nicht auf Hypertonie, eher Diabetes
K2	3	93	Stress wird nur angesprochen, wenn Patient aufgrund des Stresses mit einer Blutdruckkrise ins Krankenhaus kommt, die Patienten kennen meist Antistressstrategien, aber es fehlt oft die Zeit zum Durchführen, nach einem Gespräch motiviert, gibt die Möglichkeit, an einem Jacobson Training im Krankenhaus teilzunehmen, wird den Patienten gesagt, bei denen es sinnvoll erscheint	Stress wird nur angesprochen, wenn Patient aufgrund des Stresses mit einer Blutdruckkrise ins Krankenhaus kommt  Patienten kennen Antistressstrategien, doch sie führen sie aus Zeitdruck nicht durch  Gibt im Krankenhaus die Möglichkeit eines Jacobson Trainings, wird den Patienten gesagt, bei denen es sinnvoll erscheint	K44 An Weiterbildung interessiert, wenn Folgendes
K2	3	97	Ich habe das Gefühl, dass die Beratung schon angenommen wird	Gefühl, dass Beratung angenommen wird	
K2	3	106	Früher gab es das Fach Gesprächsführung, aber allgemeine Gesprächsführung in Bezug auf Krankheitsbewältigung, nicht Hypertonie Beratung, eher in Richtung Diabetes Beratung, nicht das Beratungsgespräch von der pflegerischen Seite sondern von der medizinischen, Beratung mehr in der Praxis geübt und Schüler sollten lernen, was von der pflegerischen Seite	Früher gab es das Fach Gesprächsführung, aber allgemeine Gesprächsführung in Bezug auf Krankheitsbewältigung, und nicht auf die Hypertonie Beratung spezialisiert, eher in Richtung Diabetes Beratung  Schüler sollten mehr Beratung in der Praxis üben und lernen, was von der pflegerischen Seite	

			angesprochen werden kann	angesprochen werden kann	besprochen werden würde:
K2	3	113	Würde an einer Weiterbildung zur Hypertonie Beratung teilnehmen Neben der medizinischen Seite und der Medikamente sollte in einer Weiterbildung die praktische Anwendung besprochen werden, einfach die Methode, wie man den Patienten das Thema am besten rüber bringt und der Patient was davon mitnimmt	Teilnahme an einer Weiterbildung zur Hypertonie Beratung, wenn neben der medizinischen Seite und der Medikamente auch die praktische Anwendung besprochen würde, die Methode, wie man das Thema dem Patienten am besten erklärt, sodass er möglichst viel davon mitnehmen kann	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medizinische Inhalte</li> <li>▪ Medikamente</li> <li>▪ Praktische Anwendung</li> <li>▪ Gute Erklärungs-möglichkeiten für Patienten</li> </ul>
K2	4	120	Es wird gefragt welche Blutdruckgeräte die Patienten zu Hause haben, die Vor- und Nachteile von Oberarm- und Handgelenkmanschetten, lässt Patienten möglichst am eigenen Gerät zeigen, ob sie richtig damit umgehen, da gibt es meist nicht so große Schwierigkeiten	Frage nach den Blutdruckgeräten, die die Patienten zu Hause haben  Vor- und Nachteile von Oberarm- und Handgelenkmanschetten  Patienten am eigenen Gerät versuchen lassen, den Blutdruck zu messen, da gibt es meist nicht so große Schwierigkeiten	K45 Frage nach BD-Geräten Vor- und Nachteile von Oberarm- und Handgelenkmanschetten erklären Am eigenen Gerät BD messen lassen, meist keine Probleme
K2	4	127	Die meisten Fragen werden zu den Medikamenten gestellt, da die Patienten damit unzufrieden sind, zu Ernährung und Bewegung wird eigentlich nicht gefragt, Patienten sind meist sehr Medikamenten fixiert, ist schwierig, da es einer Umstellung des Lebens bedarf	Die meisten Fragen werden zu den Medikamenten gestellt, da die Patienten damit unzufrieden sind  Zu Ernährung und Bewegung wird wenig gefragt, Patienten sehr Medikamenten fixiert, schwierig, da es einer Umstellung des Lebens bedarf	K46 Häufigste Fragen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medikamente</li> <li>▪ Sehr fixiert in diese Richtung</li> </ul>
K2	4	132	Glaube eher nicht, dass die Patienten, nachdem man sie beraten hat, zu Hause den Ratschlägen folgen, vielleicht ein paar, aber der Großteil wahrscheinlich nicht	Glaube, dass Patienten nach der Beratung zu Hause den Ratschlägen folgen, ist gering	K47 Vorschläge von Beratung zu Hause wahrscheinlich kaum befolgt
K2	4	135	Auch der Hausarzt hätte Möglichkeiten, eine Hypertonieschulung zu machen, das ist ja nicht so kompliziert wie eine Diabetesschulung	Hausärzte hätten die Möglichkeit für eine Hypertonieschulung, nicht so kompliziert wie eine Diabetesschulung	K48 Hausärzte hätten Möglichkeit zur Hypertonieschulung, nicht so kompliziert wie Diabetes

Pflegeperson 2:

- Weiblich
- 41 Jahre
- Pflegediplom 1989
- Auf der Station seit 8 Jahren

Int.	S.	Zeile	Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion
K3	1	2	Es finden Beratungen auf der Station statt	Es finden Beratungen auf der Station statt	K49 Es finden Beratungen statt
K3	1	4	Eine speziell ausgewiesene Beratung für Hypertonie Patienten gibt es nicht, aber eine allgemeine Beratung für Hypertoniker gibt es schon, aber nicht so, wie eine Hypertonieberatung gehört	Keine Spezielle Beratung für Hypertonie Patienten  Allgemeine Beratung für Hypertoniker, aber nicht so, wie eine Hypertonieberatung gehört	K50 Keine spezielle Hypertonieberatung, eher allgemein
K3	1	7	Beratungen werden am Bett durchgeführt	Beratungen werden am Bett durchgeführt	K51
K3	1	9	Patienten werden hauptsächlich über Lifestyle und die regelmäßige Medikamenteneinnahme, eine regelmäßige Blutdruckkontrolle, Blutfette, Bewegung, Ernährung aufgeklärt	Patientenaufklärung über: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lifestyle</li> <li>▪ Regelmäßige Medikamenteneinnahme</li> <li>▪ Regelmäßige Blutdruckkontrolle</li> <li>▪ Blutfette</li> <li>▪ Bewegung</li> <li>▪ Ernährung</li> </ul>	K51 Patientenaufklärung über: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lebensstil</li> <li>▪ Medikamenteneinnahme</li> <li>▪ Blutdruckkontrolle</li> <li>▪ Blutfette</li> <li>▪ Bewegung</li> <li>▪ Ernährung</li> </ul>
K3	1	12	Von einigen Firmen Literatur und Informationsmaterialien, an Patienten weitergegeben	Informationsmaterialien und Literatur von Firmen wird an Patienten weitergegeben	K52
K3	1	14	Bei der Zeiteinteilung der Pflegepersonen wird die beratende Funktion nicht eingerechnet, auf der Station findet die Gruppenpflege/ Bezugspflege statt, in diesem Rahmen sind Beratungszeiten vorgesehen, aber das muss sich jede Pflegenden selber einplanen	Bei der Zeiteinteilung der Pflegepersonen wird die beratende Funktion nicht eingerechnet  Auf der Station findet Gruppenpflege/ Bezugspflege statt, in diesem Rahmen sind Beratungszeiten vorgesehen, muss sich jede Pflegenden selber einplanen	K52 Informationsmaterialien und Literatur von Firmen werden weitergegeben  K53 Keine Rücksicht auf Beratungsfunktion in der Zeiteinteilung  Auf der Station Bezugspflege, Beratungszeiten im allgemeinen vorgesehen, frei einteilbar
K3	1	20	Räume für Beratungsgespräche sind die Bibliothek, eine Sitzgruppe, im Zimmer oder vor der Station	Räume für Beratungsgespräche <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bibliothek</li> <li>▪ Sitzgruppe</li> <li>▪ Zimmer</li> <li>▪ Vor der Station</li> </ul>	K54
K3	1	25	Nicht nur auf Hypertonie bezogen, es gibt ein Arztgespräch, aber kein Teamgespräch	Es gibt ein Arztgespräch  Keine Teamgespräche	K54 Räume für Beratungsgespräche: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bibliothek</li> <li>▪ Sitzgruppe</li> <li>▪ Zimmer</li> <li>▪ Vor der Station</li> </ul>
K3	1	27	Es gibt nur Einzelberatungen keine Gruppenschulungen	Es gibt nur Einzelberatungen, keine Gruppenschulungen	
K3	1	29	Patienten werden über eine Ernährungsumstellung bei Bluthochdruck informiert	Patienten werden über eine Ernährungsumstellung bei Bluthochdruck informiert	
K3	1	31	Ernährungsumstellung wird oft bei einem Metabolischen Syndrom besprochen, Diätassistentin	Ernährungsumstellung wird oft bei einem Metabolischen Syndrom besprochen, Diätassistentin	K55 Keine Gruppenschulungen nur

			herangezogen, erzählt dann etwas über Ernährungsumstellung, ein Teil auch durch das Pflegepersonal erklärt	erzählt etwas über Ernährungsumstellung, auch Erklärungen durch das Pflegepersonal	Einzelberatungen K56 Bei Notwendigkeit einer Ernährungsumstellung wird Diätologin gerufen
K3	1	35	Diätologin wird immer, wenn eine Ernährungsumstellung notwendig ist, gerufen, es gibt ja auch Bluthochdruckpatienten die sehr schlank sind, wo es auch gar nicht darum geht, seine Ernährung umzustellen	Bei Notwendigkeit einer Ernährungsumstellung wird die Diätassistentin gerufen  Es gibt auch Bluthochdruckpatienten, die sehr schlank sind und keine Ernährungsumstellung benötigen	Gibt auch sehr schlanke BHD Patienten  Diätologin erzählt über Wirkung von erhöhtem Salzkonsum bei BHD, erklärt
K3	1	37	Die Diätassistentin erzählt den Patienten etwas über die Wirkung erhöhten Salzkonsums auf den Blutdruck	Die Diätassistentin erzählt den Patienten etwas über die Wirkung erhöhten Salzkonsums auf den Blutdruck	spezielle Dinge  K57 Aufklärung über: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alkohol</li> <li>▪ Kaffee</li> <li>▪ Fette</li> </ul> K58 Broschüren werden ausgegeben und nach einer Zeit nachgefragt, ob es noch Fragen gibt, so lassen sich auch eventuelle Abwehrhaltungen erkennen
K3	2	42	Über allgemeine Dinge, wie Alkohol, Kaffee, Fette werden Patienten aufgeklärt, über spezielle Dinge erzählt ihnen die Diätassistentin Vorher werden die Broschüren ausgegeben und dann wird mit den Patienten gesprochen, dann wird geschaut, ob sie noch Fragen haben und wie es ihnen damit geht, es wird auch so geschaut, ob es eine Abwehr vom Patienten gibt oder ob er es annehmen kann, es wird versucht, Hypertoniker so weit zu bringen, ihre Medikamente regelmäßig zu nehmen, weil die Compliance da auch nicht immer sehr hoch ist und seine Kontrollen, natürlich wissen wir, dass eine Ernährungsumstellung ganz wichtig ist, aber als erstes muss sich der Patient einmal damit auseinandersetzen, dass er einen Hypertonus hat, der behandelt gehört	Über allgemeine Dinge, wie Alkohol, Kaffee, Fette werden Patienten aufgeklärt, über spezielle Dinge erzählt ihnen die Diätassistentin  Die Broschüren werden ausgegeben und danach wird mit dem Patienten gesprochen, was er gelesen hat und geschaut, ob er noch Fragen hat  So kann auch gesehen werden, ob der Patient eine Abwehrhaltung hat oder das Besprochene annehmen kann  Was will man erreichen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Regelmäßige Einnahme der Medikamente (Compliance oft nicht so gut)</li> <li>▪ Kontrollen einhalten</li> <li>▪ Patient sich mit der Krankheit auseinandersetzt</li> <li>▪ Ernährungsumstellung ganz wichtig, aber zuerst Annahme der Krankheit und Erkenntnis, dass man behandelt gehört</li> </ul>	K59 Ziel: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Regelmäßige Einnahme der Medikamente</li> <li>▪ Kontrollen einhalten</li> <li>▪ Krankheitsauseinandersetzung</li> <li>▪ Ernährungsumstellung</li> </ul> K60 KH-Ernährung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ fettreduziert</li> <li>▪ kalorienreduziert</li> </ul>
K3	2	56	Im Krankenhaus gibt es eine fettreduzierte oder kalorienreduzierte Kost, Patienten mit Bluthochdruck	Im Krankenhaus gibt es eine fettreduzierte oder kalorienreduzierte Kost Patienten mit	

			und Übergewicht wird diese empfohlen aber nicht eingefordert und nicht überprüft Es macht keinen Sinn, wenn sich der Patient 8 Tage einer Diät unterwirft, und wenn er nach Hause kommt, passiert keine Veränderung	Bluthochdruck und Übergewicht werden diese empfohlen aber nicht eingefordert und nicht überprüft Es macht keinen Sinn, wenn sich der Patient 8 Tage einer Diät unterwirft und nach der Krankenhausentlassung keine Veränderung stattfindet	wird empfohlen aber nicht eingefordert Wird von Pflege empfohlen (Arzt nur bei medizinischer Indikation)  K61 Keine Weitergabe von Adressen für nach dem KH-Aufenthalt für Ernährungs- oder Hypertonieberatungen
K3	2	62	Meistens empfiehlt die Pflege auf der Station eine Reduktionskost und nicht der Arzt, nur wenn medizinische Indikationen klar sind, dann verschreibt so eine Kost der Arzt	Meistens empfiehlt die Pflege den Patienten eine Reduktionskost, der Arzt verschreibt diese nur bei medizinischer Indikation	In allgemeinen Broschüren stehen Selbsthilfegruppen und andere nützliche Adressen
K3	2	66	Es werden keine Adressen an den Patienten bei Entlassung aus dem Krankenhaus weitergeben, wo er sich hinwenden kann, wenn er eine Ernährungsberatung oder Hypertonieschulung machen möchte	Bei der Krankenhausentlassung des Patienten werden ihm keine Adressen mitgegeben, wo er sich hinwenden kann, wenn er eine Hypertonieschulung oder Ernährungsberatung möchte	Bei Normalgewichtigen werden diese Broschüren nicht ausgegeben
K3	2	68	In den allgemeinen Broschüren über Ernährung, wo es darum geht, die Kost umzustellen, stehen Adressen von Selbsthilfegruppen und nützliche Adressen Wenn jemand kein Übergewicht hat, werden ihm diese Broschüren nicht gegeben Bei extremem Übergewicht wird mit dem Patienten über eine Kur oder Rehab gesprochen und in die Wege geleitet, da das nur längerfristig einen Sinn macht	In der allgemeinen Broschüre über Ernährung und deren Umstellung stehen Adressen von Selbsthilfegruppen und andere nützliche Adressen  An Normalgewichtige werden diese Broschüren nicht weitergegeben  Bei extrem übergewichtigen Patienten wird über Kur und Rehab gesprochen(diese wird durch das Krankenhaus in die Wege geleitet), da nur Längerfristiges einen Sinn macht	Bei extrem übergewichtigen Patienten werden Kur und Rehab besprochen  K62 Bewegung kaum besprochen, aber Bewegungstherapie (Physiotherapeuten) und eine Broschüre  K63 Ausführliche Pflegeanamnese und psychosomatische Interview hier ist auch Stress ein Thema, bei Auffälligkeiten wird dies in die Therapieplanung aufgenommen
K3	2	76	Im speziellen wird nicht über Bewegung aufgeklärt, nur ein bisschen erzählt, Patienten bekommen Bewegungstherapie von Physiotherapeuten und Broschüre über Bewegung	Über Bewegung wird den Patienten nicht so viel erzählt, aber sie bekommen eine Bewegungstherapie von den Physiotherapeuten und eine Broschüre über Bewegung	Patienten erlernen Jacobson-Training
K3	2	79	Hier auf der Psychosomatik bekommt der Patient ein psychotherapeutisches Interview und davor eine ausführliche Pflegeanamnese, wo Sozialdaten erhoben werden	Auf der Psychosomatik bekommt der Patient eine ausführliche Pflegeanamnese und ein psychotherapeutisches Interview, bei dem Sozialdaten und auch	

			und wo auch Stress ein Thema sein kann, kommt in die Therapieplanung bei Auffälligkeiten, Patient muss hier Entspannungstherapie erlernen, das ist das Jacobson Training, und Patient hat auch die Möglichkeit, in eine psychotherapeutische Gruppe zu gehen, es werden nicht nur Einzeltherapie sondern auch Gruppentherapien verschrieben, 2x/ Woche wenn stationär, aber auch von zu Hause kann Gruppentherapie beendet werden, fixes Programm, da geht es um Stress, Achtsamkeit und psychosoziale Zusammenhänge	Stress ein Thema sind , bei Auffälligkeiten werden diese in die Therapieplanung aufgenommen  Patient erlernt auf der Station das Jacobson Training (Entspannungstherapie)  Es werden nicht nur psychotherapeutische Einzeltherapien verschrieben, sondern auch Gruppentherapien, welche 2x/ Woche stattfinden und kann auch noch von zu Hause beendet werden Thema: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stress</li> <li>▪ Achtsamkeit</li> <li>▪ Psychosoziale Zusammenhänge</li> </ul>	K64 Gibt Einzel- und Gruppentherapien (auch von zu Hause beendbar) Thema: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stress</li> <li>▪ Achtsamkeit</li> <li>▪ Psychosoziale Zusammenhänge</li> </ul> K65 Beratung ist Teil der Pflege  K66 Beratung und deren Praxis gehört in der Ausbildung gefördert (Einzel- und Gruppenberatung) Soziales Gruppentraining früher nur in Spezialausbildungen  K67 Auf Wunsch des Patienten können Angehörige in die Beratung einbezogen werden  K68 An Beratung interessiert, weil: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Persönliche Beratung wichtig</li> <li>▪ Biographie einbeziehen</li> <li>▪ Beziehung aufbauen</li> </ul> Erst dann können Inhalte vermittelt werden Wichtig wäre zu lernen, wie man Patienten einen Inhalt erklärt, so dass der Patient etwas davon
K3	3	91	Auf jeden Fall ist Beratung ein Teil der Pflege	Beratung ist ein Teil der Pflege	
K3	3	93	Die Beratung gehört in der Ausbildung mehr gefördert, sowohl die Einzel- als auch Gruppenberatung gehört gelehrt und in der Praxis geübt, ein soziales Gruppentraining hat keiner, vielleicht wird es jetzt unterrichtet, in der Grundausbildung war das gar nicht der Fall, erst in der Spezialausbildung, so etwas schon gelernt, die haben aber nicht viele	Die Beratung und deren Praxis gehört in der Ausbildung gefördert, sowohl die Einzel- als auch Gruppenberatung  Soziales Gruppentraining wurde früher in der Grundausbildung nicht unterrichtet nur in Spezialausbildungen, die nicht so viele haben	
K3	3	100	Meist steht, wenn der Patient pflegebedürftig ist, nicht mehr die Hypertonie im Vordergrund sondern der Pflegeaspekt, aber das ist individuell. Im Allgemeinen schauen wir, dass wenn es der Patient es möchte, die Angehörigen in die Beratung miteinbeziehen	Ist ein Patient pflegebedürftig, steht die Hypertonie nicht im Vordergrund, sondern der Pflegeaspekt  Auf Wunsch des Patienten können die Angehörigen in die Beratung einbezogen werden	
K3	3	106	Würde an einer Weiterbildung teilnehmen, da es für sehr wichtig empfunden wird, es wichtig, dass man lernt, eine persönliche Beratung zu machen, die persönliche Biographie miteinzubeziehen und wie man die Beziehung zum Patienten aufbaut und hält, erst wenn diese Dinge passen, kann Inhalt vermittelt	An einer Weiterbildung teilnehmen, da es wichtig ist, eine persönliche Beratung zu machen, die persönliche Biographie miteinzubeziehen und zu lernen, wie man eine Beziehung zum Patienten aufbaut und hält, erst dann können Inhalte vermittelt werden	

			werden, weiters ist wichtig wie man den Inhalt so über bringt, dass der Patient etwas davon mitnehmen kann	Es sollte erlernt werden, wie man einen Inhalt erklärt, so dass der Patient etwas davon mitnimmt	mitnimmt  K69 50% der Patienten nehmen Beratung der Pflege gut an
K3	3	114	Etwa 50% der Patienten nehmen die Beratung der Pflege gut an, gerade das Hypertoniethema ist ein bisschen schambesetzt, man muss zugeben, dass man Dinge falsch gemacht hat, oder hätte besser machen können (Essen, Bewegung, Alkohol), Beratung muss etwas sehr Vorsichtiges sein, das immer wieder kommt, wo es nicht darum geht, etwas falsch gemacht zu haben, sondern einen unterstützen und lobend arbeiten, das schulische Denken muss ganz hinaus aus der Beratung, man muss motivierend arbeiten, kleine Schritte, es geht um das Begleiten	Etwa 50% der Patienten nehmen die Beratung der Pflege gut an, das Hypertoniethema ist schambesetzt, es muss zugegeben werden, dass Dinge falsch gemacht wurden, oder besser hätte machen können (Essen, Bewegung, Alkohol), Beratung muss etwas sehr Vorsichtiges sein, das immer wieder kommt, wo es nicht darum geht etwas falsch gemacht zu haben, sondern einen unterstützen und lobend arbeiten, das schulische Denken muss ganz hinaus aus der Beratung, es muss motivierend gearbeitet werden, kleine Schritte, es geht um das Begleiten	Hypertoniethema schambesetzt, weil meist etwas falsch gemacht wurde (Essen, Bewegung, Alkohol)  Beratung muss vorsichtig passieren, immer wieder, unterstützend und lobend gearbeitet werden, motivierend, begleiten ist wichtig  K70 Der Grund, warum die Patienten BHD haben, ist ihnen oft nicht klar, meistens kommen sie aber im Gespräch darauf, dass es auf folgendes ankommt: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stress</li> <li>▪ Ernährung</li> <li>▪ Bewegung</li> </ul> K71 Psychotherapeutische Betreuung kann bei einer Umstellung des Lebens sehr hilfreich sein
K3	3	123	Die meisten Patienten wissen nicht, warum sie hypertensiv sind, aber oft im Gespräch kommen sie drauf, dass das vom Stress, der Ernährung und Bewegungsmangel kommt, eine längere psychotherapeutische Betreuung sehr hilfreich sein kann, um sein Leben ein bisschen umzustellen	Die meisten Patienten wissen nicht, warum sie hypertensiv sind, im Gespräch erkennen sie, dass es vom Stress, der Ernährung oder dem Bewegungsmangel kommt  Eine psychotherapeutische Betreuung kann bei der Umstellung des Lebens sehr hilfreich sein	

Pflegeperson 3:

- Weiblich
- 47 Jahre
- Seit 1979 das Pflegediplom
- Seit 24 Jahren auf der Station

Int.	S.	Zeile	Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion
K4	1	2	Es finden auf der Station Beratungen statt	Es finden auf der Station Beratungen statt	K72 Es finden

K4	1	4	Es werden Bluthochdruck Patienten in Richtung Ernährung oder Messzeitpunkte beraten (gut gewählt)	Bluthochdruck Patienten werden über Ernährung oder gut gewählte Messzeitpunkte beraten	Beratungen statt  K73 Beratung über: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ernährung</li> <li>▪ Gut gewählte Messzeitpunkte</li> </ul>
K4	1	6	Es gibt Informationsmaterialien, die den Patienten zum Lesen mitgegeben werden können	Es gibt Informationsmaterialien, die den Patienten zum Lesen mitgegeben werden können	
K4	1	8	Firmen schicken immer wieder Informationsmaterialien, sind recht interessant, lesen wir dann oft selbst, weil man selbst noch etwas lernen kann, neue Erkenntnisse stehen drinnen, dann kann man den Patienten manches besser erklären, Blutdrucktabellen drinnen. Die Broschüren werden meist von Pharmafirmen geschickt, was man außer Medikamenteneinnahme noch machen kann, (Lebensstil) um die Krankheit besser in den Griff zu bekommen, wird gerne verwendet. Meist keine Hefte für den Blutdruck, sondern für Diabetes oder generell Lebensstiländerungen und was das bewirken kann, die kann man trotzdem gut verwenden, zeigt man den Patienten was für sie wichtig ist und in Frage kommt.	Meist schicken Pharmafirmen Broschüren, die interessant sind, die vom Pflegepersonal auch gelesen werden, weil da neue Erkenntnisse stehen, und noch etwas dazugelernt werden kann. Es kann so dem Patienten manches besser erklärt werden, wie z.B. Bluthochdrucktabellen, im Weiteren steht in den Broschüren, was außer der Medikamenteneinnahme noch getan werden kann (Lebensstil), um die Krankheit besser in den Griff zu bekommen.  Die Hefte sind meist nicht für den Blutdruckpatienten verfasst, sondern für Diabetes und generelle Lebensstilveränderungen. Es wird anhand der Broschüren erklärt, was wichtig ist und was davon in Frage kommt.	K74 Informationsmaterialien vorhanden, werden Patienten mitgegeben  Broschüren von Pharmafirmen, werden auch vom Personal gelesen, stehen oft neue Erkenntnisse drinnen, so kann dem Patienten manches besser erklärt werden Inhalte der Broschüren: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Blutdrucktabellen</li> <li>▪ Medikamente</li> <li>▪ Lebensstil</li> </ul> Broschüren meist für Diabetespatienten, trotzdem hilfreich
K4	1	17	Nicht immer bleibt während der normalen Pfl egetätigkeit genügend Zeit, Patienten zu beraten, wenn die Station sehr voll mit Pflegefällen ist, da ist oft einfach nicht die Zeit zur Beratung, oder man bekommt mit, dass es zu wenig ist, wie man ihn berät	Oft bleibt nicht genügend Zeit, den Patienten zu beraten, oder es bleibt nur ungenügend zu beraten. Dies passiert, wenn die Station mit Pflegefällen voll ist.	K75 Oft bleibt nicht genügend Zeit für Beratung  K76 Patienten hauptsächlich am Bett beraten
K4	1	20	Die Patienten werden hauptsächlich am Bett beraten, da vielen der Patienten Bettruhe verschrieben wurde oder sie nicht aufstehen sollen	Die Patienten werden hauptsächlich am Bett beraten, da ihnen Bettruhe verschrieben wurde	K77 Patienten wird nicht erklärt wie man den Blutdruck misst
K4	1	23	Den Patienten wird nicht erklärt, wie man den Blutdruck misst	Den Patienten wird nicht erklärt, wie man den Blutdruck misst	K78 Zusammenarbeit mit Ärzten und Diätologen funktioniert bei BHD schlechter als bei Diabetes
K4	1	25	Die Zusammenarbeit mit Ärzten oder Diätologen funktioniert bei Diabetes besser, aber das wird auch schon länger gemacht	Die Zusammenarbeit mit Ärzten oder Diätologen funktioniert bei Diabetes besser, aber das wird auch schon länger gemacht	

K4	1	28	Es finden keine Gruppenschulungen statt	Es finden keine Gruppenschulungen statt	<p>K79 Keine Gruppenschulungen</p> <p>K80 Aufklärung über:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kochsalzaufnahme</li> <li>▪ Fette</li> <li>▪ Magnesium</li> <li>▪ Kalzium</li> <li>▪ Kalium</li> </ul> <p>Wirkung von Alkohol und Rauchen nur erwähnt, wenn es durch das Erstgespräch notwendig erscheint</p> <p>Kein Wissen über Wirkung Mediterraner Ernährung, aber sicher positive Wirkung, leichte Kost, viele Fische und richtige Öle</p> <p>K81 Übergewichtige Patienten werden bei genügend Zeit speziell auf Ernährung angesprochen</p> <p>K82 Oft geht sich gar kein richtiges Gespräch aus</p> <p>Auch die Broschüren können nicht mit Patienten durchgesprochen werden</p> <p>K83 Es gibt mehrere Diätologinnen im KH, aber bei BHD Patienten werden diese nicht gerufen, nur bei</p>
K4	1	30	Im Rahmen der Beratung zur Ernährungsumstellung wird etwas über Kochsalzaufnahme, aber auch über die Fette erzählt, da viele Hypertoniker übergewichtig sind	Im Rahmen der Beratung zur Ernährungsumstellung wird etwas über Kochsalzaufnahme, aber auch über die Fette erzählt, da viele Hypertoniker übergewichtig sind	
K4	1	33	Wenn aus dem Erstgespräch hervor geht, dass der Patient öfters Alkohol trinkt und raucht, dann wird das in der Beratung schon angesprochen	Über Alkoholkonsum und Rauchen wird nur beraten, wenn es aufgrund des Erstgesprächs notwendig erscheint	
K4	1	38	Über Magnesium, Kalzium und Kalium wird erzählt, außer es liegt eine Krankheit vor, wo eines davon nicht zu sich genommen werden soll	Über Magnesium, Kalzium und Kalium wird etwas erzählt, außer es wäre kontraindiziert	
K4	1	41	Noch nicht über die Wirkung Mediterraner Ernährung gehört, ich denke, dass es eine positive Wirkung hat, da man viel Fisch, leichte Kost und die richtigen Öle zu sich nimmt	Kein vorausgehendes Wissen über die Wirkung Mediterraner Ernährung, aber Vorstellung über die positive Wirkung von viel Fisch, leichter Kost und der richtigen Öle	
K4	2	44	Das Wissen über die positive Wirkung von leichter Kost und den richtigen Ölen fließt in die Beratung ein	Das Wissen über die positive Wirkung von leichter Kost und den richtigen Ölen fließt in die Beratung ein	
K4	2	47	Patienten mit Übergewicht werden bei genügend Zeit speziell auf die Ernährung angesprochen, aber es wird ihnen meistens etwas darüber zu lesen gegeben, was halt gerade da ist, oft geht es sich gar nicht aus, dass gescheit mit dem Patienten gesprochen wird	Übergewichtige Patienten werden bei genügend Zeit speziell auf die Ernährung angesprochen, oder es wird ihnen etwas dazu zu lesen gegeben. Oft geht sich mit dem Patienten gar kein richtiges Gespräch aus	
K4	2	50	Um mit den Patienten die Broschüren nochmals durchzugehen, bleibt keine Zeit	Um mit den Patienten die Broschüren nochmals durchzugehen, bleibt keine Zeit	
K4	2	55	Es gibt mehrere Diätologinnen im Krankenhaus	Es gibt mehrere Diätologinnen im Krankenhaus	
K4	2	57	Ganz ehrlich, bei Blutdruckpatienten wird keine Diätologin gerufen, eher bei Diabetes und übergewichtigen Patienten	Bei Blutdruckpatienten wird keine Diätologin gerufen, bei Diabetes und übergewichtigen Patienten schon	
K4	2	60	Die Diätologin wird vom Arzt gerufen, das Pflegepersonal kann auch etwas sagen, aber oft wird keine Diätassistentin von uns gerufen, das macht immer der Arzt. Bei Diabetes wird öfters etwas gesagt,	Die Diätologin wird vom Arzt gerufen, das Pflegepersonal tut dies kaum, manchmal bei Diabetespatienten. Übergewichtige werden meistens auf eine	

			Übergewichtige bekommen meistens eine fettreduzierte Ernährung im Krankenhaus (1600 kcal)	fettreduzierte Kost gesetzt (1600 kcal)	Diabetes und übergewichtigen Patienten (nicht alle BHD-Patienten sind übergewichtig)
K4	2	66	Es gibt keine spezielle Ernährung für Bluthochdruckpatienten, aber eine fettreduzierte Ernährung und eine für Stoffwechselkranke	Es gibt keine spezielle Ernährung für Bluthochdruckpatienten, aber eine fettreduzierte Ernährung und eine für Stoffwechselkranke	K84 Diätologin wird meistens von Arzt gerufen
K4	2	69	Die beiden Kostformen werden Hypertonikern selten empfohlen, eher bei übergewichtigen Patienten und welchen mit Zucker. Patienten sind nicht sehr glücklich, wenn sie auf Schonkost gesetzt werden	Für Hypertoniker wird selten eine der beiden Kostformen empfohlen, Patienten mit Übergewicht oder leichtem Zucker schon. Patienten sind nicht glücklich, wenn sie auf Schonkost gesetzt werden	K85 Keine spezielle Kost für BHD-Patienten, gibt fettreduzierte und Stoffwechsellkost
K4	2	73	Den Patienten werden keine Adressen gegeben, an die sie sich bei Wunsch auf Beratung nach dem Krankenhausaufenthalt, bezüglich Ernährung und Hypertonieschulung wenden können.	Keine Weitergabe von Beratungsadressen bezüglich Ernährung, Hypertonieschulung nach dem Krankenhausaufenthalt	Übergewichtigen Patienten und welchen mit Zucker wird die fettreduzierte Kost empfohlen- nicht sehr glücklich darüber
K4	2	75	Kein Wissen, ob die Diätologin Beratungsadressen an die Patienten weiter gibt. Aber vom Pflegepersonal wird diesbezüglich keine Informationen gegeben, manchmal stehen in den Broschüren Adressen	Kein Wissen, ob die Diätologin Beratungsadressen weiter gibt. Vom Pflegepersonal wird, außer in den Broschüren stehen Adressen, keine Informationen weitergegeben	K86 Keine Weitergabe von Beratungsadressen bezüglich Ernährung, Hypertonieschulung nach dem Krankenhausaufenthalt, vielleicht von Diätologin
K4	2	78	Über Bewegung wird den Patienten eigentlich immer etwas erzählt, auch Beispiele für geeignete Sportarten, wie Nordic Walking, Spazieren gehen, Laufen. Laufen wird nur bei normalgewichtigen Patienten erwähnt, da es sonst auf die Gelenke geht	Über Bewegung wird den Patienten eigentlich immer etwas erzählt, auch Beispiele für geeignete Sportarten, wie Nordic Walking, Spazieren gehen, Laufen. Laufen wird nur bei normalgewichtigen Patienten erwähnt, da es sich sonst auf die Gelenke auswirkt	In den Broschüren stehen Adressen  K87 Über Bewegung wird Patienten immer etwas erzählt, Empfehlungen:
K4	2	82	Über Stress wird so einiges erzählt; Erzählung über Entspannungstraining und Empfehlung zur Suche eines entspannenden Hobbies	Erzählungen über Entspannungstraining und Empfehlungen zur Suche eines entspannenden Hobbys	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nordic Walken</li> <li>▪ Spazieren</li> <li>▪ Laufen (bei normalgewichtigen Patienten)</li> </ul>
K4	3	86	Viele Patienten wissen sehr wohl, was sie selbst für ihren Blutdruck machen könnten, aber sie tun es einfach nicht, kommt es aber zu einem Herzinfarkt, Herzattacken oder Herzrasen, dann hören einem die Patienten meistens besser zu und man hat das Gefühl, dass sie auch zu	Viele Patienten wissen, was sie selbst gegen den Bluthochdruck machen könnten, aber sie führen es nicht durch. Manche Menschen „brauchen“ einen Herzinfarkt, Herzattacken oder Herzrasen, ein Ereignis, das ihr Leben beenden	K88 Aufklärung über Entspannungstrainings, Empfehlung zur Suche eines

			Hause etwas machen. Manche Menschen brauchen ein Ereignis, das ihr Leben beenden oder beeinträchtigen kann, um umzuschalten und ein besseres Leben (Lebensstil) zu führen	könnte, um zu verstehen, dass sie ein besseres Leben führen müssen, ihren Lebensstil ändern müssen.	entspannenden Hobbys
K4	3	93	Die Beratung ist Aufgabe der Pflege, auf der Station werden hauptsächlich Beratungen für Diabetes durchgeführt, kaum für Bluthochdruck, obwohl jeder zweite oder dritte auf der Station Bluthochdruck hat, und davon wird nur ein Bruchteil im kleinen Maß informiert	Die Beratung ist Aufgabe der Pflege, auf der Station werden hauptsächlich Beratungen für Diabetes durchgeführt, kaum für Bluthochdruck, obwohl jeder zweite oder dritte auf der Station Bluthochdruck hat, und davon wird nur ein Bruchteil im kleinen Maß informiert	K89 Beratung ist Aufgabe der Pflege, aber auf Stationen hauptsächlich Diabetes und kaum BHD, obwohl jeder 2. oder 3. Auf der Station BHD hat und davon nur ein Bruchteil im kleinem Maß informiert
K4	3	97	Bei pflegebedürftigen Patienten wird versucht Angehörige in die Beratung einzubeziehen	Bei pflegebedürftigen Patienten wird versucht, Angehörige in die Beratung einzubeziehen	K90 Bei pflegebedürftigen Patienten wird versucht, die Angehörigen in die Beratung mit einzubeziehen
K4	3	103	Wenn es dem Patienten besser geht, haben besonders oft neue Hypertoniker Interesse, was sie selbst gegen den Blutdruck machen können, da kommen öfters Fragen	Wenn es dem Patienten besser geht, haben besonders oft neue Hypertoniker Interesse, was sie selbst gegen den Blutdruck machen können, da kommen öfters Fragen	K91 Neu erkannte Hypertoniker haben oft Interesse, was sie selbst gegen den BHD machen können
K4	3	107	Die Beratungsmöglichkeiten sollten in der Ausbildung mehr gelernt werden, da so die Angst vor der praktischen Anwendung kleiner würde	Die Beratungsmöglichkeiten sollten in der Ausbildung mehr gelernt werden, da so die Angst vor der praktischen Anwendung kleiner würde	K92 Beratungsmöglichkeiten sollten in der Ausbildung mehr gelernt werden, so würde praktische Anwendung erleichtert
K4	3	113	Würde eine Weiterbildung zum Thema Hypertonie und Hypertonieberatung in Anspruch nehmen	Würde eine Weiterbildung zum Thema Hypertonie und Hypertonieberatung in Anspruch nehmen	K93 Interesse an Hypertonie-weiterbildung, mit folgenden Inhalten: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patienten-motivation</li> <li>▪ Was ist das Wichtigste, was man erklären soll</li> <li>▪ Keine fachlichen Inhalte, da schon in</li> </ul>
K4	3	115	Die Inhalte, die für so eine Weiterbildung wichtig wären sind, wie man den Patienten motiviert, zu Hause Gelerntes anzuwenden, weiters wäre wichtig, was die wichtigsten Punkte sind, die man einem Hypertoniker erklären sollte. Fachliche Dinge müssten in der Weiterbildung nicht erklärt werden, da man das von der Ausbildung noch weiß	Die Inhalte, die für so eine Weiterbildung wichtig wären sind, wie man den Patienten motiviert, er zu Hause Gelerntes anwendet, weiters wäre wichtig, was die wichtigsten Punkte sind, die man einem Hypertoniker erklären sollte. Fachliche Dinge müssten in der Weiterbildung nicht erklärt werden, da man das von der Ausbildung noch weiß	

					der Ausbildung gelernt
--	--	--	--	--	------------------------------

Pflegeperson 4:

- Weiblich
  
- 45 Jahre
  
- Seit 1984 Pflegediplom
  
- Seit 8 Jahren auf der Station

Int.	S.	Zeile	Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion
K5	1	2	Es findet eher keine Hypertonieberatung auf der Station statt	Es findet keine Hypertonieberatung auf der Station statt	K94 Keine Hypertonieberatung auf der Station
K5	1	4	Fragen des Patienten zu seinem Bluthochdruck werden bei der Visite besprochen	Blutdruckfragen des Patienten werden bei der Visite besprochen	K95 BD-Fragen werden bei der Visite besprochen:
K5	1	5	Erklärungen, wie man den Blutdruck misst, oder wie man über die Ernährung selbst etwas für den Blutdruck machen kann, oder dass man sich bewegen soll, werden von den Ärzten gemacht	Ärzte erklären die Blutdruckmessung und die Wirkung von Ernährung und Bewegung auf den Bluthochdruck	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Blutdruckmessung</li> <li>▪ Ernährung</li> <li>▪ Bewegung</li> </ul>
K5	1	9	Es gibt Broschüren für Bluthochdruck in punkto Ernährung	Es gibt Broschüren für Bluthochdruck in punkto Ernährung	K96 Broschüren für BHD (punkto Ernährung) vorhanden, aber nicht regelmäßig ausgehändigt
K5	1	11	Die Broschüren werden Bluthochdruckpatienten nicht regelmäßig ausgehändigt	Die Broschüren werden Bluthochdruckpatienten nicht regelmäßig ausgehändigt	Keine Merkblätter für BHD-Patienten
K5	1	13	Die Broschüre ist speziell für Bluthochdruck	Die Broschüre ist speziell für Bluthochdruck	
K5	1	16	Es gibt keine Merkblätter für Bluthochdruckpatienten	Es gibt keine Merkblätter für Bluthochdruckpatienten	K97 Beratungszeit nicht speziell in der Arbeitszeit berücksichtigt, müssen zwischen Pflegehandlungen beraten werden
K5	1	18	Es wird keine Zeit für Beratung in die Arbeitszeit eingerechnet, wenn es gemacht wird, muss es zwischen Pflegehandlungen passieren	Es wird keine Zeit für Beratung in die Arbeitszeit eingerechnet, wenn es gemacht wird muss es zwischen Pflegehandlungen passieren	K98 Keine Beratung im interdisziplinären Team
K5	1	21	Bei Beratungen wird nicht mit Ärzten und Diätassistentinnen zusammengearbeitet	Bei Beratungen wird nicht im interdisziplinären Team gearbeitet	K99 Diätassistentin fast immer vom Arzt gerufen
K5	1	23	Manchmal wird eine Diätassistentin bei Bluthochdruckpatienten gerufen, aber das wird meistens von Ärzten bei der Visite beschlossen, Pflegepersonen können auch	Manchmal wird eine Diätassistentin bei Bluthochdruckpatienten gerufen, meist beschließen dies die Ärzte bei der Visite, kaum aber Pflegepersonen	K100 Oft Diätologin

			Diätassistentin rufen, aber das ist nicht so oft der Fall		gerufen bei Diabetes und manchmal bei stark übergewichtigen BHD-Patienten
K5	1	27	Es wird oft eine Diätassistentin gerufen, besonders für Diabetiker und manchmal für stark übergewichtige Bluthochdruckpatienten	Es wird oft eine Diätassistentin gerufen, besonders für Diabetiker und manchmal für stark übergewichtige Bluthochdruckpatienten	K101 Keine Gruppenschulungen
K5	1	30	Es finden keine Gruppenschulungen statt. Die Beratungen werden ausschließlich am Bett durchgeführt	Es finden keine Gruppenschulungen statt. Die Beratungen werden ausschließlich am Bett durchgeführt	K102 Beratungen ausschließlich am Bett
K5	1	32	Was die Ernährung betrifft, wird nicht informiert, kurz angerissen wird vielleicht etwas über Salz- oder Alkoholkonsum, aber nur, wenn jemand fragt, selbst wird kaum etwas erzählt, maximal wird die Broschüre hergegeben, wenn es zu dem Zeitpunkt welche gibt	Die Ernährung betreffend wird nur Salz- und Alkoholkonsum kurz angerissen, aber auch nur, wenn es gefragt wird.  Die Broschüren werden ausgegeben, falls zu dem Zeitpunkt welche vorhanden sind	K103 Beratung nur auf Anfrage über: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salz</li> <li>▪ Alkohol</li> </ul> K104 Broschüren werden ausgegeben, falls welche vorhanden sind
K5	1	36	Die Diätassistentin wird hauptsächlich bei übergewichtigen Personen oder extrem hohen Cholesterin vom Arzt gerufen. Bei Bluthochdruck ohne Übergewicht oder nur wenig wird keine Diätassistentin gerufen	Die Diätassistentin wird hauptsächlich bei übergewichtigen Personen oder extrem hohem Cholesterin vom Arzt gerufen. Bei Bluthochdruck ohne Übergewicht oder nur wenig wird keine Diätassistentin gerufen	K105 Keine Ausgabe von Adressen an den Patienten nach dem KH-Aufenthalt, für Beratungen und Schulungen, aber vielleicht von der Diätassistentin
K5	2	41	Nach der Entlassung werden keine Broschüren oder Zettel ausgegeben, wo der Patient Adressen für Schulungen oder Beratungen machen kann, aber vielleicht stehen in Informationsbroschüren von der Diätassistentin Adressen drinnen aber genau weiß ich das nicht	Nach der Entlassung werden keine Broschüren oder Zettel ausgegeben, wo der Patient Adressen für Schulungen oder Beratungen machen kann, aber vielleicht werden die Patienten von der Diätassistentin darüber genauer informiert, genaues Wissen gibt es aber darüber nicht	K106 Beratung nicht Aufgabe der Pflege, es gibt wichtigere Aufgaben  Pflege hat nicht die richtige Ausbildung dafür
K5	2	49	Beratung ist nicht Aufgabe der Pflege, die Pflege hat auch nicht die richtige Ausbildung um zu beraten. Als sinnvoll werden speziell ausgebildete Krankenschwestern erachtet, die extra für Beratung auf ein paar Stationen angestellt werden, aber zusätzlich zu der Pfllegetätigkeit ist Beratung kaum möglich, es ist schon für die Pflege zu wenig Zeit	Beratung ist nicht Aufgabe der Pflege, da gibt es wichtigere Aufgaben Die Pflege hat nicht die richtige Ausbildung, um zu beraten. Als sinnvoll werden spezielle ausgebildete Krankenschwestern erachtet, die extra für Beratung angestellt werden Zusätzlich zur	Speziell ausgebildete Krankenschwestern sinnvoll, die extra für Beratung angestellt werden  Zusätzlich zur Pfllegetätigkeit Beratung kaum möglich, schon für Pflege zu wenig Zeit

				Pflege Tätigkeit ist Beratung kaum möglich, da für die Pflege schon zu wenig Zeit vorhanden ist	K107 Weiterbildung interessant, aber nicht für Tätigkeit in der normalen Arbeitszeit
K5	2	56	Eine Weiterbildung für Hypertonieberatung wäre interessant, aber nicht innerhalb der Pflegetätigkeit, sondern nur zusätzlich	Eine Weiterbildung für Hypertonieberatung wäre interessant, aber nicht innerhalb der Pflegetätigkeit, sondern nur zusätzlich	Inhalte: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ernährungs-umstellung</li> <li>▪ Ernährungs-informationen</li> <li>▪ Weiter-leitung von Patienten nach dem KH-Ausaufenthalt</li> <li>▪ Geeignete Sportarten</li> <li>▪ Beste Möglichkeit lernen, wie man es dem Patienten so rüber bringt, dass er etwas davon hat</li> </ul>
K5	2	59	Folgende Inhalte einer Weiterbildung wären sinnvoll Ernährungsumstellung, Weiterleitung von Patienten nach dem Krankenhaus, geeignete Sportarten, was darf gegessen werden Kaum Wissen auf diesem Gebiet, deswegen findet auch keine Beratung statt, nur Weiterleitung an den Arzt Es wäre wichtig zu wissen, wie man es den Patienten am besten rüber bringt, dass sie etwas von dem Gespräch mitnimmt Mit dem Patienten ist es oft sehr schwierig über etwas zu sprechen, bei Medikamenteneinnahme wird mit Angehörigen gesprochen, was die Ernährungsumstellung und Bewegung betrifft, wird nichts erzählt und an den Arzt weitergeleitet	Folgende Inhalte wären für Weiterleitung sinnvoll: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ernährungs-umstellung</li> <li>▪ Ernährungs-informationen</li> <li>▪ Weiterleitung von Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt</li> <li>▪ Geeignete Sportarten</li> <li>▪ Beste Möglichkeit lernen, wie man es dem Patienten so rüber bringt, dass er etwas davon hat</li> </ul> Kaum Wissen vorhanden, deshalb wird auch nicht beraten, nur Weiterleitung an den Arzt Besonders bei dem Patienten werden die Angehörigen miteinbezogen, z.B. bei Medikamenteneinnahme, bei anderen Fragen wie Ernährung und Bewegung wird an den Arzt weitergeleitet	K108 Kaum Wissen vorhanden und deshalb findet auch keine Beratung statt, immer Weiterleitung an den Arzt  In die Beratung werden Angehörige einbezogen (z.B. Medikamenteneinnahme)
K5	2	73	Die meistgestellte Frage von Hypertoniepatienten ist, was sie essen sollen	Die häufigste Frage von Hypertoniepatienten ist, was sie essen sollen	
K5	2	75	Wenn die Diätassistentin Hypertonie auf das Karteil schreibt, dann wird das von der Küche berücksichtigt, ob das speziell für Hypertonie ist weiß ich nicht, aber vielleicht eine etwas leichtere Kost	Hypertonie wird durch die Diätassistentin an die Küche weitergeleitet und dort berücksichtigt  Kein Wissen über spezielle Kost, aber bekommen vielleicht eine etwas leichtere Kost	K109 Häufigste gestellte Frage von Patienten, was sie essen sollen
K5	2	79	Ob Patienten etwas von der Beratung haben, weiß ich nicht, da das hauptsächlich die Diätassistentin macht, aber glaube, dass Beratung im Zimmer am Bett nicht so gut ist, es wäre besser, wenn es einen ungestörten eigenen	Diätassistentin macht hauptsächlich die Beratung, deshalb kein Wissen, wie viel Patienten wirklich davon mitnehmen  Besser wäre es, wenn es für Beratungen einen	K110 Hypertonie wird durch Diätologin an Küche weitergeleitet und berücksichtigt  Kein Wissen über spezielle Kost bei BHD, vielleicht leichtere Kost

			Raum für Beratung geben würde so könnten Patienten vielleicht mehr mitnehmen	ungestörten eigenen Raum geben würde, so könnten Patienten vielleicht mehr mitnehmen	K111 Diätologin macht Beratung, deshalb kein Wissen, wie viel Patienten mitnehmen
K5	2	84	Man muss sich im Klaren sein, ob Beratung überhaupt zur Pflege dazugehört, gefördert gehört es auf jeden Fall, weil es gut ist, wenn man etwas weiß, aber da steht vielleicht die Beratung der Diabetiker im Vordergrund	Es sollte klar sein, ob Beratung zu Pflege gehört oder nicht, aber gefördert gehört die Beratung auf jeden Fall, im Vordergrund sollte die Beratung der Diabetiker stehen	K112 Für Beratung wäre ein eigener Raum sehr gut  K113 Klar sollte sein ob Beratung zur Pflege gehört oder nicht, aber gefördert gehört sie auf jeden Fall (speziell Diabetiker)

Pflegeperson 5:

- Weiblich
- 40 Jahre
- Seit 1990 Pflegedipolm
- Seit 12 Jahren auf der Station

Int.	Kategorien	2. Reduktion
K1	K1 Keine Beratung	K'1 Beratungen auf der Station: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine Beratung</li> <li>▪ Beratung (allgemein)</li> <li>▪ Keine strukturierte Hypertonieberatung</li> <li>▪ Keine Beratung, aber es werden Fragen beantwortet</li> <li>▪ Wenn es sich aus dem Gespräch ergibt, wird über Ernährungsveränderung und körperliche Konstitution beraten</li> </ul>
	K2 Fragen der Patienten zum BHD werden beantwortet	
K2	K24 Keine strukturierte Hypertonieberatung	
	K25 Wenn es sich aus dem Gespräch ergibt, werden die Patienten über Grundzüge der Ernährungsveränderung und Verbesserung der körperlichen Konsitution beraten	
K3	K49 Es finden Beratungen statt	
	K50 Keine spezielle Hypertonieberatung, eher allgemein	
K4	K71 Es finden Beratungen statt	

K5	K93 Keine Hypertonieberatung auf der Station	
K1	K7 Gruppenschulung auf der Station- nicht wichtig	K'2 Es finden im Krankenhaus keine Gruppenschulungen für Hypertoniker statt.
K2	K31 Keine Hypertoniegruppenschulungen im Krankenhaus	
K3	K55 Keine Gruppenschulungen, nur Einzelberatungen	
K4	K79 Keine Gruppenschulungen	
K5	K101 Keine Gruppenschulungen	
K1	K4 Keine Informationsmaterialien über Bluthochdruck	K'3 Informationsmaterialien für Bluthochdruck: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine Informationsmaterialien über BHD</li> <li>▪ Informationsbroschüren über Diabetes, Metabolisches Syndrom, welche Hypertonie enthalten (wird nur Diabetespatienten ausgehändigt)</li> <li>▪ Informationsmaterialien und Literatur von Firmen weiter weitergegeben</li> <li>▪ Broschüren werden ausgegeben und nach einiger Zeit nachgefragt, ob es noch Fragen gibt (eventuelle Abwehrhaltungen erkennen)</li> <li>▪ Normalgewichtigen werden diese Broschüren nicht gegeben</li> <li>▪ Broschüren von Pharmafirmen werden auch vom Personal gelesen, da stehen oft neue Erkenntnisse drinnen, so kann Patienten einiges besser erklärt werden</li> <li>▪ Inhalt der Broschüren: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Blutdrucktabellen</li> <li>- Medikamente</li> <li>- Lebensstil</li> </ul> </li> <li>▪ Broschüren meist für Diabetespatienten</li> <li>▪ Broschüren können nicht mit Patienten durchbesprochen werden</li> <li>▪ Broschüren für BHD (punkto Ernährung) vorhanden, wird aber nicht regelmäßig ausgehändigt</li> <li>▪ Keine Merkblätter für BHD-Patienten</li> <li>▪ Hausärzte sollten Informationsbroschüren für BHD haben</li> <li>▪ Hausärzte hätten Möglichkeit zur Hypertonieschulung, nicht so kompliziert wie Diabetes</li> </ul>
	K12 Hausärzte sollten Informationsbroschüren für Bluthochdruck haben	
K2	K26 Informationsbroschüren über Diabetes, Metabolisches Syndrom mit Hypertonie inbegriffen (werden nur Diabetespatienten gegeben)	
	K38 Keine Bluthochdruckbroschüren	
	K48 Nach Beratung gefragt, ob alles verstanden wurde	
K3	K52 Informationsmaterialien und Literatur von Firmen werden weitergegeben	
	K58 Broschüren werden ausgegeben und nach einiger Zeit nachgefragt, ob es noch Fragen gibt, so lassen sich auch eventuelle Abwehrhaltungen erkennen	
	K61 Bei Normalgewichtigen werden diese Broschüren nicht ausgegeben	
K4	K74 Informationsmaterialien vorhanden, werden Patienten mitgegeben, Broschüren von Pharmafirmen, werden auch vom Personal gelesen, stehen oft neue Erkenntnisse drinnen, so kann dem Patienten manches besser erklärt werden	



<p>K4</p>	<p>K72 Beratung über:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ernährung</li> <li>▪ Gut gewählte Messzeitpunkte</li> </ul> <p>K80 Aufklärung über:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kochsalzaufnahme</li> <li>▪ Fette</li> <li>▪ Magnesium</li> <li>▪ Kalium</li> <li>▪ Kalzium</li> </ul> <p>Wirkung von Alkohol und Rauchen nur erwähnt, wenn es durch das Erstgespräch notwendig erscheint</p> <p>K81 Übergewichtige Patienten werden bei genügend Zeit speziell auf Ernährung angesprochen</p> <p>K88 Aufklärung über Entspannungstraining Empfehlung zur Suche eines entspannenden Hobbys</p>	<p>BD-Fragen werden bei der Visite besprochen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Blutdruckmessung</li> <li>▪ Ernährung</li> <li>▪ Bewegung</li> </ul> <p>Mit Patienten wird neben der Pfllegetätigkeit beispielsweise über Ernährung gesprochen</p>
<p>K5</p>	<p>K95 BD-Fragen werden bei der Visite besprochen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Blutdruckmessung</li> <li>▪ Ernährung</li> <li>▪ Bewegung</li> </ul> <p>K103 Beratung nur auf Anfrage, über:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salz</li> <li>▪ Alkohol</li> </ul>	
<p>K1</p> <p>K2</p> <p>K4</p> <p>K5</p>	<p>K10 Keine Aufklärung über:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alkohol</li> <li>▪ Kaffee</li> <li>▪ Magnesium</li> <li>▪ Kalium</li> <li>▪ Kalzium</li> <li>▪ Mediterrane Ernährung</li> </ul> <p>K34 Keine Aufklärung über:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wirkung von Kaffee</li> <li>▪ Wirkung von Kalium, Kalzium und Magnesium</li> <li>▪ Stress</li> </ul> <p>K80 Kein Wissen über Wirkung Mediterraner Ernährung, aber sicher positive Wirkung (leichte Kost, viel Fisch und richtige Öle)</p> <p>K108 Kaum Wissen vorhanden, und deshalb findet auch keine Beratung statt, immer</p>	<p>K'6 Keine Aufklärung der Patienten über die Wirkung von:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alkohol</li> <li>▪ Kaffee</li> <li>▪ Kalium</li> <li>▪ Kalzium</li> <li>▪ Magnesium</li> <li>▪ Mediterrane Ernährung</li> <li>▪ Stress</li> </ul> <p>Kein Wissen über Wirkung Mediterraner Ernährung auf BHD</p> <p>Kaum Wissen vorhanden, deshalb auch keine Beratung und Weiterleitung an Arzt</p>

	Weiterleitung an den Arzt	
K1	K8 Beratung außerhalb der Station wäre wünschenswert	K'7 Beratungsräumlichkeiten: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Außerhalb der Station wünschenswert</li> <li>▪ Am Bett (hauptsächlich)</li> <li>▪ Kein eigener Beratungsraum</li> <li>▪ Bibliothek</li> <li>▪ Sitzgruppe</li> <li>▪ Zimmer</li> <li>▪ Vor der Station</li> </ul>
K2	K27 Bei nicht so viel Arbeit bleiben 10-15 Minuten, um am Bett zu beraten	
	K28 Kein eigener Raum für Beratung	
K3	K54 Räume für Beratungsgespräche: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bibliothek</li> <li>▪ Sitzgruppe</li> <li>▪ Zimmer</li> <li>▪ Vor der Station</li> </ul>	
K4	K76 Patienten hauptsächlich am Bett beraten	
K5	K102 Beratungen ausschließlich am Bett	
K1	K11 Häufigster Grund für BHD: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stress (Manager und Workaholics)</li> <li>▪ Diabetes (Niere)</li> </ul>	K'8 Häufigste Gründe für BHD: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stress (Manager und Workaholics)</li> <li>▪ Diabetes (Niere)</li> <li>▪ Bewegung</li> <li>▪ Ernährung</li> </ul>
K3	K70 Der Grund, warum die Patienten BHD haben, ist ihnen oft nicht klar, meistens kommen sie aber im Gespräch darauf, dass es aufgrund ist von: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stress</li> <li>▪ Ernährung</li> <li>▪ Bewegung</li> </ul>	
K1	K3 Blutdruckmessgeräte nur auf Nachfrage erklärt	K'9 Blutdruckmessgeräte: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erklärung nur auf Nachfrage</li> <li>▪ Keine Erklärung, wie man BD misst</li> <li>▪ Vor- und Nachteile von Oberarm- und Handgelenkmanschetten werden erklärt</li> <li>▪ Am eigenen Gerät BD messen, meist keine Probleme</li> </ul>
K2	K45 Frage nach BD-Geräten, Vor- und Nachteile von Oberarm- und Handgelenkmanschetten erklären Am eigenen Gerät BD messen lassen, meist keine Probleme	
K4	K76 Patienten wird nicht erklärt, wie man den Blutdruck misst	
K1	K15 Keine spezielle Kost für BHD, nur Reduktionskost, wird aber kaum angeordnet (nicht alle BHD-Patienten sind übergewichtig) bei anderen Stoffwechselerkrankungen Stoffwechselkost	K'10 Krankenhauskost für BHD Patienten: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine spezielle BHD-Kost</li> <li>▪ Reduktionskost (kalorien- und fettreduziert)</li> <li>▪ Stoffwechselkost</li> <li>▪ Diabeteskost</li> <li>▪ Kein Wissen über spezielle Kost</li> </ul>
K2	K37	

<p>K3</p> <p>K60 KH- Ernährung:  <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fettreduziert</li> <li>▪ Kalorienreduziert</li> </ul> Wird empfohlen, aber nicht eingefordert  Wird von Pflege empfohlen (Arzt nur bei medizinischer Indikation)</p> <p>K4</p> <p>K85 Keine spezielle Kost für BHD-Patienten, gibt fettreduzierte und Stoffwechselkost, übergewichtigen Patienten und welchen mit Zucker wird die fettreduzierte Kost empfohlen, diese nicht sehr glücklich darüber sind</p> <p>K5</p> <p>K110 Hypertonie wird durch Diätologin an Küche weitergeleitet und berücksichtigt Kein Wissen über spezielle Kost bei BHD, vielleicht leichtere Kost</p>	<p>Gibt eine kalorienreduzierte und Stoffwechselkost, sowie eine für Diabetes, eine davon wird bei Patienten bestellt, denen man es ansieht und BHD haben</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reduktionskost kaum angeordnet</li> <li>▪ Bestimmte Kost wird bestellt, wenn man es den Patienten ansieht und BHD haben</li> <li>▪ Bestimmte Kost wird empfohlen aber nicht eingefordert (Pflege)</li> <li>▪ Arzt empfiehlt nur bei medizinischer Indikation</li> <li>▪ Empfehlungen bei übergewichtigen und Diabetes-Patienten (nicht glücklich über die Kost)</li> <li>▪ Hypertonie durch Diätologin an die Küche gemeldet und berücksichtigt</li> </ul>
<p>K1</p> <p>K5 Beratungsprobleme:  <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nebenbei schwierig</li> <li>▪ Richtlinien der Beratung nur schwer einhaltbar</li> <li>▪ Sollte keine Beratung am Bett stattfinden</li> <li>▪ Eigene Räume für Beratung wichtig (Datenschutz)</li> </ul> </p> <p>K5</p> <p>K112 Für Beratung wäre ein eigener Raum sehr gut</p>		<p>K'11 Beratungsprobleme bei BHD:  <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Neben den Pfl egetätigkeiten schwierig</li> <li>▪ Richtlinien der Beratung nur schwer einhaltbar</li> <li>▪ Eigene Räume für Beratung wünschenswert (Datenschutz)</li> <li>▪ Beratung sollte nicht am Bett stattfinden</li> </ul> </p>
<p>K1</p> <p>K13 Keine Weiterleitung der Patienten an Beratungs- und Schulungszentren für BHD. Kein Wissen über solche Beratungszentren</p> <p>K2</p> <p>K39 Keine Weitergabe von Beratungsadressen nach KH- Aufenthalt (Ernährungs- und Hypertonieschulung), bei Bedarf könnte im Internet nachgeschaut werden, Diätologin wird wahrscheinlich Adressen weitergeben</p> <p>K3</p> <p>K61 Keine Weitergabe von Adressen für nach dem KH-Aufenthalt für Ernährungs- oder Hypertonieberatungen In allgemeinen Broschüren stehen Selbsthilfegruppen und andere nützliche Adressen Bei Normalgewichtigen werden diese</p>		<p>K'12 Weiterleitung der Patienten:  <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine Weiterleitung der Patienten an Beratungsstellen und Schulungszentren für Bluthochdruck</li> <li>▪ Keine Weitergabe von Beratungsadressen für nach dem KH- Aufenthalt zum Thema Ernährungsberatung und Hypertonieschulung</li> <li>▪ Kein Wissen über Beratungszentren</li> <li>▪ Diätologin gibt möglicherweise Adressen weiter</li> <li>▪ Bei Bedarf könnte im Internet nachgeschaut werden</li> <li>▪ In allgemeinen Broschüren stehen Selbsthilfegruppen und andere nützliche Adressen</li> <li>▪ Normalgewichtigen werden Broschüren nicht ausgehändigt</li> </ul> </p>

<p>K4</p> <p>K5</p>	<p>Broschüren nicht ausgegeben Bei extrem übergewichtigen Patienten werden Kur und Rehab besprochen</p> <p>K86 Keine Weitergabe von Beratungsadressen bezüglich Ernährung, Hypertonieschulung nach dem KH-Aufenthalt, vielleicht von Diätologin, In den Broschüren stehen Adressen</p> <p>K105 Keine Ausgabe von Adressen an den Patienten nach dem KH-Aufenthalt, für Beratungen und Schulungen, aber vielleicht von der Diätassistentin</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mit extrem übergewichtigen Patienten werden Kur und Rehab besprochen</li> </ul>
<p>K1</p> <p>K2</p> <p>K3</p> <p>K4</p> <p>K5</p>	<p>K14 Diätassistentin wird vom Arzt oder in Absprache mit dem Arzt (Patientenwunsch) angeordnet</p> <p>K30 Ärzte und Pflegepersonen rufen Diätologin, wenn nötig (besonders bei Adipositas)</p> <p>K36 2 Diätologinnen im KH</p> <p>K56 Bei Notwendigkeit einer Ernährungsumstellung wird Diätologin gerufen Gibt auch schlanke BHD-Patienten, Diätologin erzählt über Wirkung von erhöhtem Salzkonsum bei BHD, erklärt speziellere Dinge</p> <p>K78 Zusammenarbeit mit Ärzten und Diätologen funktioniert bei BHD schlechter als bei Diabetes</p> <p>K83 Es gibt mehrere Diätologinnen im KH, aber bei BHD Patienten werden diese nicht gerufen, nur bei Diabetes und übergewichtigen Patienten (nicht alle BHD-Patienten sind übergewichtig)</p> <p>K84 Diätologin wird meistens vom Arzt gerufen</p> <p>K98 Keine Beratung im interdisziplinären Team</p> <p>K99 Diätassistentin fast immer vom Arzt gerufen</p> <p>K100</p>	<p>K'13 Es gibt 2 Diätologinnen im Krankenhaus Diätologin wird gerufen von:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arzt</li> <li>▪ Pflegeperson (in Absprache mit dem Arzt)</li> <li>▪ Patientenwunsch</li> </ul> <p>Wann wird Diätologin gerufen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bei Adipositas</li> <li>▪ Bei Notwendigkeit einer Ernährungsumstellung</li> <li>▪ Diabetes</li> <li>▪ Übergewichtigen Patienten (gibt aber auch schlanke BHD-Patienten)</li> </ul> <p>Diätologin erzählt über:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wirkung von erhöhtem Salzkonsum bei BHD</li> <li>▪ Speziellere Dinge</li> </ul> <p>Teamarbeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zusammenarbeit mit Ärzten und Diätologen funktioniert bei BHD schlechter als bei Diabetes</li> <li>▪ Keine Beratung im interdisziplinären Team</li> </ul>

	<p>Off Diätologin gerufen bei Diabetes und manchmal bei stark übergewichtigen BHD-Patienten</p>	
K1	<p>K16 Managertypen und Workaholics bekommen ein psychosomatisches Gespräch und Jacobson-Training mit der Psychologin</p> <p>K20 Hypertoniepatienten sind meist sehr medikamentenfixiert, sehen oft keine Alternative Bei Patienten muss Bewusstsein geschaffen werden, dass der Lebensstil eine entscheidende Rolle bei einer Krankheit haben kann</p> <p>K21 Jüngere Patienten nehmen Beratung gut an Österreichische Küche nicht sehr gesund, gute Aufklärung mit Speiseplänen und Kochrezepten wichtig Patienten fallen schnell in ein altes Muster zurück (von sozialer Schicht abhängig, auch vom Alter)</p>	<p>K'14 Hypertoniepatienten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Managertypen und Workaholics (bekommen ein psychosomatisches Gespräch mit Psychologin)</li> <li>▪ Möglichkeit für Jacobson-Training</li> <li>▪ Meist sehr medikamentenfixiert</li> <li>▪ Bewusstsein für entscheidende Rolle des Lebensstils muss geschaffen werden</li> <li>▪ Österreichische Küche nicht sehr gesund (Aufklärung wichtig)</li> <li>▪ Patienten fallen schnell in ein altes Muster (abhängig von sozialer Schicht und Alter)</li> <li>▪ Stressberatung würde Zeitrahmen sprengen, nur besprochen bei Einlieferung aus diesem Grund</li> <li>▪ Antistressstrategien sind bekannt, aber nicht durchgeführt</li> <li>▪ In ausführlicher Pflegeanamnese und psychosomatischem Gespräch wird auch Stress angesprochen, bei Auffälligkeiten in Therapieplanung aufgenommen</li> <li>▪ Einzel- und Gruppentherapien (Psychologin) über Stress, Achtsamkeit und psychosoziale Zusammenhänge</li> <li>▪ Psychotherapeutische Betreuung bei Lebensumstellung sehr hilfreich</li> <li>▪ Aufklärung über Entspannungstrainings, Empfehlung zur Suche eines entspannenden Hobbys</li> <li>▪ Hypertoniethema schambesetzt (es wurde etwas falsch gemacht- Essen, Bewegung, Alkohol)</li> <li>▪ Beratung muss vorsichtig, unterstützend, lobend, motivierend und begleitend passieren</li> </ul> <p>Beratungsannahme der Patienten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jüngere Patienten nehmen Beratung gut an</li> <li>▪ Beratung wird angenommen</li> <li>▪ Vorschläge von Beratung zu Hause wahrscheinlich kaum angewendet</li> <li>▪ 50% der Patienten nehmen Beratung der Pflege gut an</li> <li>▪ Neu erkrankte Hypertoniker haben oft Interesse an Maßnahmen, die sie selbst für den BHD setzen können</li> <li>▪ Diätologin macht Beratung, deshalb kein Wissen, wie Beratung bei Patienten angenommen wird</li> </ul>
K2	<p>K41 Stressberatung würde Zeitrahmen sprengen, nur bei Einlieferung aus diesem Grund (von Arzt angesprochen) Patienten kennen Antistressstrategien, führen sie nicht durch, im KH Jacobsontraining angeboten, wird bei manchen Patienten empfohlen</p> <p>K42 Beratung wird angenommen</p> <p>K47 Vorschläge von Beratung zu Hause wahrscheinlich kaum befolgt</p>	
K3	<p>K63 Ausführliche Pflegeanamnese und psychosomatisches Interview, hier ist auch Stress ein Thema, bei Auffälligkeiten wird dies in der Therapieplanung aufgenommen Patienten erlernen Jacobson-Training</p> <p>K64 Gibt Einzel- und Gruppentherapie (auch von zu Hause beendbar), Thema: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stress</li> <li>▪ Achtsamkeit</li> <li>▪ Psychosoziale Zusammenhänge</li> </ul> </p> <p>K69 50% der Patienten nehmen Beratung der Pflege gut an Hypertoniethema schambesetzt, weil meist</p>	

	<p>etwas falsch gemacht wurde (Essen, Bewegung, Alkohol) Beratung muss vorsichtig passieren, immer wieder unterstützend und lobend gearbeitet werden, motivierend begleiten ist wichtig</p> <p>K71 Psychotherapeutische Betreuung kann bei einer Umstellung des Lebens hilfreich sein</p> <p>K88 Aufklärung über Entspannungstrainings, Empfehlung zur Suche eines entspannenden Hobbys</p> <p>K91 Neu erkrankte Hypertoniker haben oft Interesse, was sie selbst gegen den BHD machen können</p> <p>K111 Diätologin macht Beratung, deshalb kein Wissen, wie viel Patienten mitnehmen</p>	
<p>K1</p> <p>K2</p> <p>K3</p> <p>K4</p> <p>K5</p>	<p>K18 In der normalen Arbeitszeit einer Pflegeperson gute Beratung (¼ Stunde) nicht möglich, Patient soll das Gefühl haben, dass man sich für ihn Zeit nimmt</p> <p>K29 Beratungszeit wird in der Arbeitszeit nicht berücksichtigt</p> <p>K53 Keine Rücksicht auf Beratungsfunktion in der Zeiteinteilung Auf der Station Bezugspflege, Beratungszeiten im allgemeinen vorgesehen, frei einteilbar</p> <p>K75 Oft bleibt nicht genügend Zeit für Beratung</p> <p>K82 Oft geht sich gar kein richtiges Gespräch aus</p> <p>K97 Beratungszeit nicht speziell in der Arbeitszeit berücksichtigt, müssen zwischen Pflegebehandlungen beraten werden</p> <p>K106 Zusätzlich zur Pfl egetätigkeit Beratung kaum möglich, schon für Pflege zu wenig Zeit</p>	<p>K'15 Beratungszeit- Arbeitszeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In normaler Arbeitszeit gute Beratung (¼ Stunde) nicht möglich, Patient soll das Gefühl haben, dass man sich für ihn Zeit nimmt</li> <li>▪ Beratungszeit wird nicht in der Arbeitszeit berücksichtigt</li> <li>▪ Beratungszeiten im allgemeinen vorgesehen, frei einteilbar</li> <li>▪ Oft bleibt nicht genügend Zeit für Beratung</li> <li>▪ Oft geht sich gar kein richtiges Gespräch aus</li> <li>▪ Müssen zwischen Pflegebehandlungen beraten</li> <li>▪ Zusätzlich zur Pfl egetätigkeit Beratung kaum möglich, schon für Pflege zu wenig Zeit</li> </ul>
<p>K1</p>	<p>K19 Gespräche über Ernährungsumstellung und die Notwendigkeit von Bewegung werden bei pflegebedürftigen Patienten mit</p>	<p>K'16 Beratung in Anwesenheit Angehöriger:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bei pflegebedürftigen Patienten wird bei Gesprächen über Ernährungsumstellung</li> </ul>

<p>K3</p> <p>K67</p> <p>Auf Wunsch des Patienten können Angehörige in die Beratung einbezogen werden</p> <p>K4</p> <p>K90</p> <p>Bei pflegebedürftigen Patienten wird versucht, die Angehörigen in die Beratung miteinzubeziehen</p> <p>K5</p> <p>K108</p> <p>In der Beratung werden Angehörige einbezogen (z.B. Medikamenteneinnahme)</p>	<p>Angehörigen durchgeführt, gehen aber nicht in die Tiefe</p>	<p>und Notwendigkeit von Bewegung die Angehörigen miteinbezogen (Gespräch geht nicht in die Tiefe)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Auf Wunsch der Patienten werden Angehörige miteinbezogen</li> <li>▪ Es wird versucht, bei pflegebedürftigen Patienten die Angehörigen miteinzubeziehen (z.B. Medikamenteneinnahme)</li> </ul>
<p>K2</p> <p>K46</p> <p>Häufigste Fragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medikamente (sehr fixiert darauf)</li> </ul> <p>K5</p> <p>K109</p> <p>Häufigste gestellte Frage von Patienten, was sie essen sollen</p>		<p>K'17</p> <p>Häufige Fragen der BHD-Patienten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medikamenteneinnahme (sehr fixiert)</li> <li>▪ Ernährung</li> </ul>
<p>K1</p> <p>K17</p> <p>Allgemeine Beratung nicht Aufgabe der Pflege</p> <p>K18</p> <p>Beratung sollte in Zukunft in Ausbildung gefördert werden, um eine sichere Beratung zu gewährleisten, durch wenig Wissen aus der Ausbildung unsicher und deshalb kaum Beratungen durchgeführt, Wünschenswert Pflegeexperte, der zusätzlich auf die Station für BHD-, Diabetes- und Blutgerinnungsberatung kommt (8-10 Stunden/Woche)</p> <p>K2</p> <p>K43</p> <p>In der Ausbildung gab es ein Unterrichtsfach „Gesprächsführung“, aber allgemein und nicht auf Hypertonie, eher Diabetes</p> <p>Schüler sollten mehr Beratung in der Praxis üben und lernen, was von der pflegerischen Seite angesprochen werden kann</p> <p>K3</p> <p>K65</p> <p>Beratung ist Teil der Pflege</p> <p>K66</p> <p>Beratung und deren Praxis gehört in der Ausbildung gefördert (Einzel- und Gruppenberatung)</p> <p>Soziales Gruppentraining früher nur in Spezialausbildungen</p> <p>K4</p> <p>K89</p> <p>Beratung ist Aufgabe der Pflege, aber auf Stationen hauptsächlich Diabetes und kaum</p>		<p>K'18</p> <p>Beratung- Aufgabe der Pflege?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ (allgemeine) Beratung nicht Aufgabe der Pflege</li> <li>▪ Beratung ist Teil der Pflege</li> <li>▪ Beratung ist Aufgabe der Pflege</li> <li>▪ Sollte klar sein, ob Beratung Aufgabe der Pflege ist oder nicht</li> <li>▪ Pflege hat wichtigere Aufgaben</li> </ul> <p>Beratung und Ausbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beratung sollte zukünftig in der Ausbildung gefördert werden, um eine sichere Beratung zu gewährleisten</li> <li>▪ Durch wenig Wissen unsicher, und so werden kaum Beratungen durchgeführt</li> <li>▪ Pflegeexperte wäre wünschenswert für BHD, Diabetes und Blutgerinnungsberatung, zusätzlich 8-10 Stunden/ Woche</li> <li>▪ Ausbildung früher ein Fach Gesprächsführung (allgemein, nicht speziell)</li> <li>▪ Schüler sollten mehr Beratung in der Praxis üben und lernen, was von pflegerischer Seite angesprochen werden kann</li> <li>▪ Einzel- und Gruppenberatung gehört in der Ausbildung gefördert</li> <li>▪ Soziales Gruppentraining früher nur in Spezialausbildung</li> <li>▪ Fast nur Diabetesberatungen auf der Station, obwohl jeder 2. oder 3. Patient auf der Station BHD hat, diese werden kaum, wenn nur im kleinen Maß informiert</li> <li>▪ Pflege hat nicht die richtige Ausbildung</li> <li>▪ Speziell ausgebildete</li> </ul>



K5	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Was ist das Wichtigste, was man erklären soll</li> <li>▪ Keine fachlichen Inhalte, da schon in der Ausbildung gelernt</li> </ul> <p>K107 Weiterbildung interessant, aber nicht für Tätigkeit in der normalen Arbeitszeit. Inhalte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ernährungsumstellung</li> <li>▪ Ernährungsinformationen</li> <li>▪ Weiterleitung von Patienten nach dem KH-Aufenthalt</li> <li>▪ Geeignete Sportarten</li> <li>▪ Beste Möglichkeit lernen, wie man es den Patienten so rüber bringt, dass er etwas davon hat</li> </ul>	
K3	<p>K59 Ziel der Beratung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Regelmäßige Einnahme von Medikamenten</li> <li>▪ Kontrollen einhalten</li> <li>▪ Krankheitsauseinandersetzung</li> <li>▪ Ernährungsumstellung</li> </ul>	<p>K'20 Ziel der Beratung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Regelmäßige Einnahme von Medikamenten</li> <li>▪ Kontrollen einhalten</li> <li>▪ Krankheitsauseinandersetzung</li> <li>▪ Ernährungsumstellung</li> </ul>

### Ergebnisdarstellung Pflegepersonen:

Auf die Frage, ob auf den Stationen Beratungen stattfinden, kommen sehr unterschiedliche Antworten zurück. Die einen meinen, keine Beratungen durchzuführen, andere klären Patienten auf, sprechen aber von sehr allgemeiner Beratung, wieder andere beantworten Fragen von Patienten, aber sie stellen dies nicht unter den Titel Beratung. Im Weiteren wird noch genannt, dass Beratungen stattfinden, jedoch keine strukturierten Hypertonieberatungen. Es wird angegeben, dass, falls es sich aus dem Gespräch ergibt, Patienten über die Grundzüge der Ernährungsveränderung und Verbesserung der körperlichen Konstitution beraten werden.

Im Krankenhaus finden keine Gruppenschulungen für Hypertoniker statt. Beratungen werden nur einzeln mit den Patienten durchgeführt, die meisten Gespräche finden am Bett statt. Es gibt keinen eigenen Beratungsraum, obwohl ein Raum auch außerhalb der Station wünschenswert wäre. Weitere Möglichkeiten zur Beratung, die aber weniger genutzt werden sind, falls vorhanden: die Bibliothek, Sitzgruppen oder der Bereich vor dem Stationseingang.

Informationsmaterialien für Bluthochdruck sind teilweise auf den Stationen vorhanden, teilweise auch nicht. Viele dieser Informationsmaterialien sind Broschüren von Pharmafirmen über Diabetes und Metabolisches Syndrom, die auch

das Thema Bluthochdruck enthalten. Viele dieser Broschüren werden nur Diabetespatienten oder Übergewichtigen ausgehändigt. Teilweise werden die Broschüren auch von den Mitarbeitern gelesen, um neue Erkenntnisse zu erfahren und um manches besser erklären zu können. Manchmal wird einige Zeit nach Ausgabe der Folder nachgefragt, ob irgendwelche Fragen auftreten. Hier können auch eventuelle Abwehrhaltungen erkannt werden. Das Personal meint auch, dass nicht genügend Zeit vorhanden ist, um die Broschüren gemeinsam mit dem Patienten zu besprechen.

Die Inhalte der Broschüren betreffen meist die Bereiche Blutdrucktabellen, Medikamente und Lebensstil. Auf den Stationen sind keine Merkblätter für Bluthochdruck Patienten vorhanden. Hausärzte sollten der Pflege nach Informationsbroschüren für Bluthochdruck haben und hätten auch die Möglichkeit zur Hypertonieschulung, da diese nicht so kompliziert ist, wie die für Diabetiker.

Die Bewegungsempfehlungen, die von Pflegepersonen an die Patienten weitergegeben werden, sind: Stiegen steigen anstatt mit dem Lift zu fahren, Spazieren gehen, Rad fahren, Nordic Walking, Laufen (nur bei normalgewichtigen Personen), gelenkschonende – kontinuierliche – nicht stressbetonte Bewegung. Im Krankenhaus gibt es eine Bewegungstherapie durch Physiotherapeuten, und auch Broschüren über Bewegung sind auf manchen Stationen vorhanden. Von einigem Pflegepersonal wird die Bewegung kaum angesprochen. Die Aufklärung der Bluthochdruckpatienten ist oft eher allgemein und nicht speziell und detailliert. Die Themen die vom Pflegepersonal besprochen werden, sind sehr verschieden, dazu zählen: Obst, Gemüse, Übergewicht, Bewegung, Lebensstil, Medikamenteneinnahme, Blutdruckkontrolle, Blutfette, allgemeine Fette, Ernährung, Alkohol, Kaffee, Blutdruckmesszeitpunkte, Kochsalzaufnahme, Magnesium, Kalzium, Kalium und Gewichtsreduktion. Um beim Patienten Interesse zu wecken, wird Folgendes besprochen: Gewichtsabnahme, Bewegung, Salzreduktion, Alkoholreduktion, Zigarettenreduktion. Bei ausreichender Zeit wird auch etwas über fettreduzierte Ernährung und die richtigen Fette erzählt. Die Wirkung von Alkohol und Zigaretten wird nur besprochen wenn es als wichtig erscheint, übergewichtige Patienten werden z.B. bei genügend Zeit speziell auf die Ernährung angesprochen. Teilweise wird vom Pflegepersonal nur auf Anfrage der Patienten beraten, andere besprechen beispielsweise die Ernährung neben der Pfllegetätigkeit. Eine Krankenschwester sprach auch davon, dass Blutdruckfragen, wie z.B. die

Blutdruckmessung, die Ernährung und Bewegung bei der Visite angesprochen werden.

Die Patienten werden von Pflegepersonen nicht über die Wirkung von Alkohol, Kaffee, Kalium, Kalzium, Magnesium, Mediterrane Ernährung und Stress aufgeklärt. Teilweise fehlt auch bei dem Pflegepersonal das Wissen über die Wirkung von Mediterraner Ernährung auf den Blutdruck und es wird auch über generell fehlendes Wissen auf diesem Gebiet geklagt. Deshalb findet auch oft keine Beratung statt und bei Fragen wird an den Arzt weiter verwiesen.

Die Blutdruckmessgeräte werden nur auf Nachfrage der Patienten erklärt, andere Pflegepersonen messen mit den Patienten gemeinsam am eigenen Gerät des Patienten den Blutdruck. Hier treten meist keine Probleme auf. Manchmal werden sogar die Vor- und Nachteile von Oberarm- und Handgelenksmanschetten erklärt. Im Krankenhaus gibt es für die Patienten keine spezielle Bluthochdruckkost, aber es gibt eine Reduktionskost (kalorien- und fettreduziert) eine Stoffwechsellkost und eine Diabeteskost. Nicht alle Pflegepersonen wissen über die speziellen Kostmöglichkeiten im Krankenhaus Bescheid. Nach Erfahrung der Pflegepersonen wird Reduktionskost bei Bluthochdruckpatienten kaum angeordnet. Die verschiedenen Kostarten werden empfohlen aber nicht von der Pflege eingefordert. Eine spezielle Kost wird besonders bei Übergewichtigen empfohlen. Vom Arzt wird die Spezialkost nur bei medizinischer Indikation empfohlen, dann meldet die Diätologin die Hypertonie in der Küche und die Spezialkost wird für diesen Patienten berücksichtigt.

Probleme, die bei der Beratung von Bluthochdruckpatienten einen Einfluss haben können, sind folgende: Beratungen, die während oder gleichzeitig mit der „normalen“ Pflegetätigkeit durchgeführt werden; Richtlinien bei der Beratung werden oft nicht, bis nur sehr wenig eingehalten; Beratungen werden meist auch nur am Krankenbett durchgeführt.

Dabei sollte der Beratung mehr Aufmerksamkeit zugesichert werden, und das Pflegepersonal sollte genügend Zeit und auch einen eigenen Beratungsraum zur Verfügung haben (Datenschutz).

In keiner Station, wo die Interviews stattgefunden haben, findet eine Weiterleitung der Patienten an Beratungsstellen und Schulungszentren für Bluthochdruck statt, es werden auch keine Beratungsadressen für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt

zum Thema Ernährungsberatung oder Hypertonieschulung weitergegeben. Es ist kein Wissen über Beratungszentren vorhanden, bei Bedarf könnte im Internet nachgeschaut werden. Möglicherweise werden von den Diätologinnen Adressen weitergegeben. In den allgemeinen Broschüren stehen Selbsthilfegruppen und andere nützliche Adressen, allerdings werden die Broschüren nicht an alle (z.B. Normalgewichtige) ausgehändigt. Mit extrem übergewichtigen Patienten werden die Möglichkeiten einer Kur oder Rehabilitation besprochen.

Im Krankenhaus gibt es zwei Diätologinnen, diese werden vom Arzt und vom Pflegepersonal und auf Patientenwunsch (beides in Absprache mit dem Patienten) gerufen. Die Diätologin wird bei Adipositas, bei Notwendigkeit einer Ernährungsumstellung und bei Diabetes angefordert. Nach Wissen des Pflegepersonals erzählt die Diätologin etwas über die Wirkung von erhöhtem Salzkonsum bei Bluthochdruck, aber auch über speziellere Dinge wird aufgeklärt. Die Zusammenarbeit mit Ärzten und Diätologen funktioniert bei Bluthochdruck schlechter als bei Diabetes, es findet keine Beratung im interdisziplinären Team statt. Hypertoniepatienten sind oft Managertypen und Workaholics und bekommen auf der Psychosomatischen Station ein psychosomatisches Gespräch mit der Psychologin. Es gibt auch die Möglichkeit, die Entspannungstechnik nach Jacobson zu erlernen. Die Bluthochdruckpatienten sind meist sehr medikamentenfixiert, es muss ein Lebensstilbewusstsein geschaffen werden. Aufklärung über die österreichische - nicht so besonders leichte Küche - ist wichtig, da dies erforderlich ist, um nicht so schnell in alte Muster (vom Alter und sozialer Schicht abhängig) zurückzufallen. Die Besprechung von Stressstrategien und -beratung würde den Zeitrahmen sprengen. Es finden zu diesem Thema Beratungen statt, wenn die Patienten aus diesem Grund ins Krankenhaus eingeliefert werden. Die Strategien zur Stressbewältigung kennen viele Patienten, diese werden aber nicht durchgeführt. In der ausführlichen Pflegeanamnese und dem psychosomatischen Gespräch wird der Stress auch angesprochen, bei Auffälligkeiten wird dies in die Therapieplanung aufgenommen (nur auf der psychosomatischen Station). Einzel- und Gruppentherapien der Psychologin befassen sich mit Stress, Achtsamkeit und psychosozialen Zusammenhängen. Ein Psychotherapeut ist bei einer Lebensumstellung sehr hilfreich. Es wird „stressigen“ Patienten auch empfohlen, sich ein entspannendes Hobby zu suchen.

Das Hypertoniethema ist schambesetzt, da meist etwas falsch gemacht wurde, daher und auch aus anderen Gründen sollte Beratung vorsichtig, unterstützend, lobend, motivierend und begleitend passieren.

Die Meinung der Pflegepersonen über die Annahme der Beratung von den Patienten ist sehr unterschiedlich. Die einen meinen, die Beratungen werden gut angenommen (z.B. von jüngeren Patienten, neu erkrankten Hypertonikern), andere meinen, dass die Vorschläge von Beratungen zu Hause wahrscheinlich kaum angewendet werden. Es wird aber auch gesagt, dass die Annahme der Beratung ziemlich ausgeglichen ist. Eine Pflegeperson gibt an, nicht zu wissen, wie die Beratung von den Patienten angenommen wird, da die Diätologin die Beratungen durchführt.

In der normalen Arbeitszeit ist eine gute Beratung (ca. ¼ Stunde) nicht möglich, der Patient soll das Gefühl haben, dass man sich für ihn Zeit nimmt. Die Beratungszeit wird auf den meisten Stationen in der Arbeitszeit nicht berücksichtigt, oder sie ist allgemein vorgesehen, aber sie ist frei einteilbar. Es kommt die Beschwerde, dass oft nicht genügend Zeit für eine Beratung bzw. ein richtiges Gespräch bleibt. Viele Patienten müssen zwischen den Pflegehandlungen beraten werden. Es wird auch angeführt, dass zusätzlich zur Pfl egetätigkeit Beratungen kaum möglich sind, da schon für die Pflege zu wenig Zeit zur Verfügung steht.

Beratungen werden unter Anwesenheit Angehöriger, wenn sie pflegebedürftig sind, und auf Wunsch der Patienten geführt.

Häufige Fragen der Bluthochdruckpatienten betreffen die Themen Medikamenteneinnahme und Ernährung.

Die Meinung, ob Beratung als Aufgabe der Pflege gesehen werden kann, spaltet sich bei dem Pflegepersonal. Teilweise wird es als Aufgabe der Pflege gesehen, teilweise auch nicht. Andere sind sich nicht sicher und wünschen sich Klarheit darüber, und auch die Aussage, dass die Pflege wichtigere Aufgaben hat, ist gefallen.

In einem sind sich die Pflegepersonen einig, nämlich darin, dass die Beratung zukünftig in der Ausbildung mehr gefördert werden soll, um mehr Wissenssicherheit und eine sichere Beratung zu gewährleisten. Schüler sollten in der Beratung von Patienten mehr Praxis bekommen und lernen, was von pflegerischer Seite angesprochen werden kann und was nicht. Auch Einzel- und Gruppenberatungen gehören in der Ausbildung gefördert (soziales Gruppentraining).

Auf den Stationen finden fast nur Diabetesberatungen statt, obwohl jeder 2. oder 3. Patient auf der Station Bluthochdruck hat, diese werden kaum bis gar nicht informiert.

Pflegeexperten für Bluthochdruck, Diabetes und Blutgerinnungsberatung wären wünschenswert, diese sollten für 8 - 10 Stunden pro Woche zusätzlich auf die Station kommen.

Alle befragten Pflegepersonen wären an einer produktiven Weiterbildung zur Hypertonie und Hypertonieberatung interessiert. Wichtig dabei erscheint, dass die Beratungszeit in der Arbeitszeit berücksichtigt wird und explizit Zeit für Beratungen ist.

Folgende Inhalte wären bei einer Hypertonikerweiterbildung von großer Wichtigkeit: ein strukturierter Aufbau; Praxisnähe; Zusammenhänge mit anderen Krankheiten erfahren; medizinische Inhalte; Medikamente, gute und klare Erklärungsmöglichkeiten für Patienten (sie sollen etwas davon mitnehmen); Patientenmotivation; Lernen die wichtigsten Inhalte bei Hypertoniepatienten aufzeigen zu können; die Ernährungsumstellung; die Weiterleitung der Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt an Beratungsstellen sowie geeignete Sportarten. Fachliche Inhalte haben nicht so eine hohe Wichtigkeit, da dies bereits in der Ausbildung gelernt wurde.

Bei der Beratung ist wichtig, dass sie persönlich geschieht, dass die Biographie des Menschen einbezogen wird, und dass eine Beziehung aufgebaut werden kann, die wieder als Fundament für eine Beratung wesentlich ist.

### 6.7.3 Zusammenfassende Inhaltsanalyse DIÄTOLOGIN

Int	S	Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
D	1	2	Der häufigste Grund, aus dem eine Diätologin gerufen ist, ist das Metabolische Syndrom, aber auch Diabetische Beratung (oral oder Insulintherapie), die Chirurgie (künstliche Ernährung), Wunschkostpatienten (z.B. Chemopatient oder die Intoleranzen), der klassische Patient, der zwangsbeglückt wird. Ernährungsteam seit kurzem wieder gestartet, um chirurgisch Patienten schnell von der künstlichen Ernährung wegzubekommen	Der häufigste Grund aus dem eine Diätologin gerufen wird, ist das Metabolische Syndrom  Weitere Gründe: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diabetische Beratung</li> <li>▪ Beratungen in der Chirurgie (künstliche Ernährung)</li> <li>▪ Wunschkost (Chemopatienten, Intoleranzen)</li> <li>▪ Klassischer Patient, der zwangsbeglückt wird</li> </ul>	K1 Häufigster Grund, aus dem eine Diätassistentin gerufen wird: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Meta-bolisches Syndrom</li> </ul> Weitere Gründe: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diabetische Beratung</li> <li>▪ Beratung in der Chirurgie</li> <li>▪ Wunschkost</li> <li>▪ Klassischer Patient (zwangsbeglückt)</li> </ul>
D	1	10	Dass eine Diätologin kommt bedarf es eines Konzils, d.h. es muss vom Arzt eine Diagnose gestellt werden und eine Überweisung geschrieben werden, wo steht, was gewünscht wird, manchmal wird dies auch vom Pflegepersonal ausgefüllt, dies darf aber nicht sein, da die Diätologin vom Arzt angeordnet werden muss	Das eine Diätologin kommt bedarf es einem Konzil, d.h. es muss vom Arzt eine Diagnose gestellt werden und eine Überweisung geschrieben werden, wo steht was gewünscht wird, manchmal wird dies auch vom Pflegepersonal ausgefüllt, dies darf aber nicht sein, da die Diätologin vom Arzt angeordnet werden muss	K2 Diätologin kommt durch eine Überweisung vom Arzt, Diätologin muss vom Arzt angeordnet werden, Krankenschwester darf dies nicht  K3 Reine BHD-Patienten selten (2x/Monat) Meisten BHD-Patienten, haben Metabolisches Syndrom (15x/Woche gerufen)
D	1	19	Zu reinen Bluthochdruckpatienten wird die Diätologin zwei Mal pro Monat gerufen, meistens fallen diese unter das Metabolische Syndrom, mit Diabetes und Adipositas und einiges andere, zu Patienten mit Metabolischem Syndrom werden ungefähr 15x/Woche Beratungen durchgeführt	Reine Bluthochdruckpatienten werden etwa 2x/Monat beraten  Die meisten Bluthochdruckpatienten haben ein Metabolisches Syndrom (mit Diabetes, Adipositas, ...), Patienten mit diesem Syndrom werden ungefähr 15x/Woche beraten	K4 Meisten BHD-Patienten medikamentös eingestellt und deshalb im KH
D	1	24	Die meisten Bluthochdruckpatienten sind medikamentös eingestellt oder deshalb im Krankenhaus	Die meisten Bluthochdruckpatienten sind medikamentös eingestellt oder deshalb im Krankenhaus	K5 Öfters Diabetespatienten beraten, kaum natriumarme Kost angefordert
D	1	26	Im Gegensatz zu Hypertonikern werden öfters Diabetespatienten beraten, das sieht man auch daran, dass kaum natriumarme Kost angefordert wird	Im Gegensatz zu Hypertonikern werden öfters Diabetespatienten beraten, das sieht man auch daran, dass kaum natriumarme Kost angefordert wird	K6 Keine eigene Kost für Hypertoniepatienten Beommen meist

D	1	29	Es gibt keine eigene Kost für Hypertoniepatienten, die meisten Patienten werden aufgrund vom Gewicht oder Diabetes auf Reduktionskost gesetzt. Es gibt eine Stoffwechselkost, die ist gemacht für Bluthochdruckpatienten, Diabetiker mit oraler Therapie und Patienten mit zu viel Cholesterin, Tricyzeride	Es gibt keine eigene Kost für Hypertoniepatienten, die meisten Patienten werden aufgrund vom Gewicht oder Diabetes auf Reduktionskost gesetzt. Es gibt eine Stoffwechselkost, die ist geeignet für: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bluthochdruckpatienten</li> <li>▪ Diabetiker mit oraler Therapie</li> <li>▪ Patienten mit zu hohem Cholesterin, Tricyzeride</li> </ul>	aufgrund anderer Krankheiten Reduktionskost Gibt eine Stoffwechsel-kost: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bluthochdruck</li> <li>▪ Diabetes-orale Therapie</li> <li>▪ Cholesterin, Tricyzeride zu hoch</li> </ul>
D	1	35	Welche Kost ein Patient bekommt, sollte der Arzt bestimmen, doch dies funktioniert nicht, manchmal macht dies die Pflege oder die Diätologin	Welche Kost ein Patient bekommt, sollte der Arzt bestimmen, doch dies funktioniert nicht, manchmal macht dies die Pflege oder die Diätologin	K7 Kost sollte Arzt bestimmen, funktioniert nicht immer- dann macht dies die Pflege oder die Diätologin
D	1	40	Der Speiseplan wird von den Diätologen zusammengestellt	Der Speiseplan wird von den Diätologen zusammengestellt	K8 Speiseplan wird von Diätologin zusammengestellt
D	2	43	Als Diätologin wird man eigentlich immer nur zu übergewichtigen Hypertonikern gerufen, nie zu schlanken	Als Diätologin wird man eigentlich immer nur zu übergewichtigen Hypertonikern gerufen, nie zu schlanken	K9 Diätologin wird nur bei übergewichtigen Hypertonikern gerufen nicht bei schlanken
D	2	47	Gründe für Bluthochdruck sind ungesunde Ernährung, Stress, Zigaretten, Bewegungsmangel, Zeitfaktor großes Problem Völlig ungesunde Lebensmittel gibt es nicht, nicht die einzelnen Lebensmittel sind ungesund, sondern die Summe der Lebensmittel Die Generation mit Bluthochdruck ist ca. 75 Jahre alt und haben von Klein auf nichts anderes kennengelernt als die Küche, die sie bis heute essen , solange ihnen niemand sagt, was sie falsch machen, wird sich nichts ändern, meist ändert sich erst etwas, wenn eine Diagnose gestellt wird, besonders bei Männern findet man das, wenn nichts weh tut, dann fehlt mir auch nichts	Gründe für Bluthochdruck: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ungesunde Ernährung</li> <li>▪ Stress, Zeitfaktor problematisch</li> <li>▪ Zigaretten</li> <li>▪ Bewegungsmangel</li> </ul> Die einzelnen Lebensmittel sind nicht ungesund, sondern die Summe der Lebensmittel  Die Generation mit Bluthochdruck ist etwa 75 Jahre und hat immer die gleiche Küche gegessen, solange sie nicht wissen, was sie Falsches essen, werden sie auch nichts ändern. Meist ändert erst eine Diagnose etwas, besonders bei Männern gilt: Wenn mir nichts weh tut, dann fehlt mir auch nichts	K10 Gründe für BHD: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ungesunde Ernährung</li> <li>▪ Stress, Zeitfaktor problematisch</li> <li>▪ Zigaretten</li> <li>▪ Bewegungsmangel</li> </ul> Die einzelnen Lebensmittel sind nicht ungesund, sondern die Summe der Lebensmittel, BHD-Generation ist 75 Jahre, essen immer die gleiche Küche, muss ihnen sagen, was sie Falsches essen.
D	2	61	Meistens finden Beratungen mit Patienten statt, die schon länger an Bluthochdruck leiden Hauptsächlich werden	Meistens finden Beratungen mit Patienten statt, die schon länger an Bluthochdruck leiden Hauptsächlich werden	Meist ändert erst Diagnose etwas Bei Männern: Wenn mir nichts weh tut, dann fehlt mir

			Patienten vom Arzt zur Blutdruckeinstellung ins Krankenhaus geschickt, weil sie nicht mehr weiter wissen, an sich kann Blutdruck auch in der Praxis eingestellt werden	Patienten vom Arzt zur Blutdruckeinstellung ins Krankenhaus geschickt, weil sie nicht mehr weiter wissen, an sich kann Blutdruck auch in der Praxis eingestellt werden	auch nichts
D	2	66	Kein Wissen, aus welchen Gründen Hypertoniepatienten am häufigsten ins Krankenhaus kommen	Kein Wissen, aus welchen Gründen Hypertoniepatienten am häufigsten ins Krankenhaus kommen	K11 Beratungen finden meist bei chronischen BHD-Patienten statt- zur BD-Einstellung ins KH geschickt
D	2	68	Am häufigsten wird die Diätologin auf interne Stationen gerufen, aber zwischen denen gibt es kaum Unterschiede	Am häufigsten wird die Diätologin auf interne Stationen gerufen, aber zwischen denen gibt es kaum Unterschiede	K12 Diätologin hauptsächlich auf interne Stationen gerufen
D	2	70	Das häufigste Wissen über Ernährung, das Bluthochdruckpatienten haben, sind der Salzkonsum und dass sie zu dick sind	Das meiste Wissen über Ernährung bei Bluthochdruck, das Patienten haben ist über Salzkonsum und Übergewicht	K13 Meistes Wissen über Ernährung bei BHD über Salzkonsum und Übergewicht
D	2	72	Eine Frage, die am häufigsten gestellt wird, ist, wie kann ich abnehmen	Die häufigste Frage von Patienten ist, wie man abnehmen kann	K14 Häufigste Frage: Wie kann man abnehmen?
D	2	75	Patienten haben oft eine Idee, was sie selbst gegen ihren Bluthochdruck machen könnten, aber was sie im Speziellen machen sollten, nicht	Patienten haben oft eine Idee, was sie selbst gegen ihren Bluthochdruck machen könnten, aber was sie im Speziellen machen sollten, nicht	K15 Patienten haben oft eine Idee, was sie selbst gegen BHD machen könnten, aber im speziellen nicht
D	2	77	Es gibt keine Extraräume für Beratungsgespräche, Beratungen werden meistens in Fluchtgängen in den Sitzgarnituren notgedrungen durchgeführt, oder am Bett	Es gibt keine Extraräume für Beratungsgespräche, Beratungen werden meistens in Fluchtgängen in den Sitzgarnituren notgedrungen durchgeführt, oder am Bett	K16 Beratungen durchgeführt: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine Extraräume</li> <li>▪ Fluchtgänge</li> <li>▪ Bett</li> </ul>
D	2	82	Das Ernährungsteam besteht aus mehreren Disziplinen (Arzt, Ernährungstherapie, Pflege, Apotheke) Dieses Team arbeitet aber nur bei chirurgischen Fällen, nicht aber bei Bluthochdruck oder Metabolischem Syndrom	Das Ernährungsteam besteht aus mehreren Disziplinen (Arzt, Ernährungstherapie, Pflege, Apotheke) Dieses Team arbeitet aber nur bei chirurgischen Fällen, nicht aber bei Bluthochdruck oder Metabolischem Syndrom	K17 Ernährungsteam: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arzt</li> <li>▪ Ernährungstherapie</li> <li>▪ Pflege</li> <li>▪ Apotheke</li> </ul>
D	2	88	Angehörige werden oftmals einbezogen, bei sprachlichen Problemen, oder bei Männern, wo die Frau zu Hause kocht, oder bei Vorhandensein einer Betreuungsperson	Angehörige werden einbezogen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bei sprachlichen Problemen</li> <li>▪ Bei Männern, wo nur die Frau kocht</li> <li>▪ Bei Betreuungspersonen</li> </ul>	Kommt nur bei Chirurgischen Fällen zusammen nicht bei Bluthochdruck oder Metabolischem Syndrom
D	3	94	Konkrete Ernährungsmaßnahmen, die bei Bluthochdruck empfohlen werden:	Konkrete Maßnahmen, die bei Bluthochdruck empfohlen werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weniger Salz</li> </ul>	K18 Angehörige werden einbezogen:

			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weniger Salz</li> <li>▪ Wenn möglich Bewegungstherapie (Spazieren, Nordic Walking, Stufen statt Lift)</li> <li>▪ Bewusstes Essen, regelmäßiges Essen (Beachtung der finanziellen Mittel, neben Empfehlungen auch einfließen lassen, was dem Patienten schmeckt)</li> <li>▪ Fettreduzierte Ernährung</li> <li>▪ Alkohol</li> <li>▪ Rauchen (bei Rauchern, reduzieren als Belohnung)</li> <li>▪ Kaffeekonsum (nicht mehr als 3 Tassen/Tag)</li> <li>▪ Koffeinhaltige Tees (Alternative Grüner Tee)</li> <li>▪ Kalzium, Magnesium, Kalium nicht besprochen (außer wenn vom Arzt speziell erwähnt, oder Nierenpatienten)</li> <li>▪ Mediterrane Ernährung (Inhalte werden zwar erzählt- Öle Fisch, Obst- aber nicht unter diesem Titel, außer wenn Patienten es so nennen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bewegungstherapie (Spazieren, Nordic Walking, Stufen statt Lift)</li> <li>▪ Bewusstes, regelmäßiges Essen (Beachtung der finanziellen Mittel und Vorlieben des Patienten)</li> <li>▪ Fettreduzierte Ernährung</li> <li>▪ Alkohol</li> <li>▪ Rauchen reduzieren bei Rauchern (als Belohnung)</li> <li>▪ Kaffeekonsum (max. 3 Tassen/Tag)</li> <li>▪ Koffeinhaltige Tees (Alternative: Grüner Tee)</li> <li>▪ Kalzium, Kalium und Magnesium nicht, außer vom Arzt speziell erwähnt oder Nierenpatienten</li> <li>▪ Mediterrane Ernährung (Inhalte werden erzählt- Öle, Fisch, Obst- nicht unter diesem Titel, außer wenn Patienten es so nennen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bei sprachlichen Problemen</li> <li>▪ Bei Männern, wo die Frau kocht</li> <li>▪ Bei Betreuungspersonen</li> </ul> <p>K19 Konkrete Maßnahmen, die empfohlen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weniger Salz</li> <li>▪ Bewegungstherapie (Spazieren, Nordic Walking, Stufen statt Lift)</li> <li>▪ Bewusstes regelmäßiges Essen</li> <li>▪ Fettreduzierte Ernährung</li> <li>▪ Alkohol reduzieren</li> <li>▪ Rauchen reduzieren</li> <li>▪ Kaffeekonsum (max. 3 Tassen/Tag)</li> <li>▪ Koffeinhaltige Tees (Alternative: Grüner Tee)</li> <li>▪ Kalzium, Kalium und Magnesium nicht außer vom Arzt speziell erwähnt</li> <li>▪ Mediterrane Ernährung nicht unter dem Titel, aber Inhalte werden besprochen</li> </ul> <p>K20 Bei genügend Zeit etwas über Stress-</p>
D	3	132	<p>Wenn genug Zeit ist, wird etwas über Stressbewältigung erzählt, besonders bei Patienten auf der Psychosomatik, Stressbewältigung kann sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Malen</li> <li>▪ Schreiben</li> <li>▪ Bewegung</li> <li>▪ Autogenes Training</li> <li>▪ Viele Möglichkeiten</li> </ul>	<p>Wenn genug Zeit ist, wird etwas über Stressbewältigung erzählt, besonders bei Patienten auf der Psychosomatik, Stressbewältigung kann sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Malen</li> <li>▪ Schreiben</li> <li>▪ Bewegung</li> <li>▪ Autogenes Training</li> <li>▪ Viele Möglichkeiten</li> </ul> <p>Auf Psychosomatischer</p>	<p>K20 Bei genügend Zeit etwas über Stress-</p>

			Auf Psychosomatische Station gibt es Jacobson Training	Station gibt es Jacobson Training	bewältigung erzählt, Stressbewältigung kann sein:
D	4	142	Über Ernährung, Stress und Bewegung wird vom Pflegepersonal eher nicht beraten, für spezielle Ernährungsberatung wird die Diätologin gerufen	Über Ernährung, Stress und Bewegung wird vom Pflegepersonal eher nicht beraten, für spezielle Ernährungsberatung wird die Diätologin gerufen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Malen</li> <li>▪ Schreiben</li> <li>▪ Bewegung</li> <li>▪ Autogenes Training</li> <li>▪ Jacobson Training</li> </ul>
D	4	149	Informationsmaterialien für Bluthochdruckpatienten sind meistens Unterlagen für Stoffwechselerkrankungen, dies sind zusammengeschriebene Zettel aus der Akademie für Diätologie in St. Pölten (wird immer wieder erneuert) Mit dem Patienten wird nichts gemeinsam zusammen, geschriebene Zetteln enthalten nichts über Stress, Bewegung schon	Informationsmaterialien für Bluthochdruckpatienten sind meistens Unterlagen für Stoffwechselerkrankungen allgemein  Informationsmaterial ist eine Zusammenfassung über die Inhalte aus der Akademie in St. Pölten (werden immer wieder erneuert)  Zettel enthalten Bewegung, nicht aber Stress	<p>K21 Kaum Beratung vom Pflegepersonal über Ernährung, Stress und Bewegung- Diätologin gerufen</p> <p>K22 Informationsmaterialien Unterlagen für Stoffwechselerkrankungen allgemein</p> <p>Inhalte aus der Ausbildung an der Akademie in St. Pölten- immer wieder erneuert, Zettel enthalten Bewegung, aber nicht Stress</p> <p>K23 2 Stationen haben Infomaterial auf Tischen oder Wandhalterungen Folder von Pharmafirmen Folder von Pflegepersonal nicht den Patienten in die Hand gegeben</p> <p>K24 Allgemeine Hypertonieberatung als Aufgabe der Pflege:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sehen das Essverhalten der Patienten</li> <li>▪ Sehen Bewegung des Patienten</li> <li>▪ Sehen, ob Patient unter</li> </ul>
D	4	162	Auf 2 Stationen gibt es Informationsmaterialien auf Tischen oder Wandhalterungen, die Materialien sind Folder von Firmen, besonders wegen Medikamenten. Die Diätologin glaubt nicht, dass Folder Patienten von Pflegepersonen in die Hand gegeben werden	Auf 2 Stationen gibt es Informationsmaterialien auf Tischen oder Wandhalterungen, die Materialien sind Folder von Firmen, besonders wegen Medikamenten. Die Diätologin glaubt nicht, dass Folder Patienten von Pflegepersonen in die Hand gegeben werden	
D	4	168	Allgemeine Hypertonieberatung als Aufgabe der Pflege: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sehen, wie die Patienten beim Essen verhält</li> <li>▪ Ob sich Patient bewegt, wenn es ihm möglich ist</li> <li>▪ Ob der Patient an Stress leidet</li> <li>▪ Psychische Probleme des Patienten</li> </ul>	Allgemeine Hypertonieberatung als Aufgabe der Pflege: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sehen, wie die Patienten beim Essen verhält</li> <li>▪ Ob sich Patient bewegt, wenn es ihm möglich ist</li> <li>▪ Ob der Patient an Stress leidet</li> <li>▪ Psychische Probleme des Patienten</li> </ul>	
D	4	175	Weiterleitung an Beratungsstellen nach dem Krankenhausaufenthalt, wie z.B. Ernährungsberatung, Entspannungstraining oder Bewegungstherapie, noch nie untergekommen, dass dies von der Pflege gemacht wurde, aber es wäre ganz wichtig, dass dem Patienten so etwas	Die Weiterleitung der Patienten durch das Pflegepersonal an Beratungsstellen nach dem Krankenhausaufenthalt wie z. B. Ernährungsberatung, Entspannungstraining oder Bewegungstherapie ist Diätologin noch nie untergekommen. Es wäre ganz wichtig, dass dem	

			<p>gesagt wird. Auch von der Diätologin wird über derartige Stellen nicht informiert. Für den Patienten wäre es sehr gut, wenn er einen Zettel bekommen würde, wo steht, was für Stellen es im Raum Baden zum Bluthochdruck gibt, immer mehr Leute suchen die Ernährungsberatung, wissen aber nicht, wohin</p>	<p>Patienten so etwas gesagt wird.  Von der Diätologin wird über derartige Stellen nicht informiert.  Für den Patienten wäre es positiv, wenn er Informationszettel bekommen würde, wo Beratungsstellen im Raum Baden zum Thema Bluthochdruck darauf stehen. Immer mehr Menschen suchen Ernährungsberatung, wissen aber nicht, wohin sie gehen sollen</p>	<p>Stress leidet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychische Probleme der Patienten</li> </ul> <p>K25 Derzeit keine Weiterleitung der Patienten an Beratungsstellen (Ernährung, Entspannung, Bewegung) nach dem KH-Aufenthalt vom Pflegepersonal -Information wäre für Patienten ganz wichtig Diätologin informiert über derartige Stellen nicht</p>
D	5	186	Die Beratungskompetenzen in der Pflege sollten in Zukunft mehr gefördert werden	Die Beratungskompetenzen in der Pflege sollten in Zukunft mehr gefördert werden	K26 Informationszettel über Beratungsstellen zum Thema Bluthochdruck im Raum Baden wären sehr gut für Patienten Viele Menschen suchen Ernährungsberatung, wissen nicht, wohin sie gehen sollen
D	5	188	<p>Es werden von der Diätologin nur Einzelberatungen durchgeführt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es fehlt der Platz für Gruppenschulungen</li> <li>▪ Zu zweit kann mehr aus dem Patienten herausgeholt werden</li> </ul>	<p>Es werden von der Diätologin nur Einzelberatungen durchgeführt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es fehlt der Platz für Gruppenschulungen</li> <li>▪ Zu zweit kann mehr aus dem Patienten herausgeholt werden</li> </ul>	
D	5	194	<p>Hypertonieschulungen, in denen folgendes erklärt würde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Blutdruckselbstmessung</li> <li>▪ Umgang mit Bluthochdruck</li> <li>▪ Medikamente</li> <li>▪ Ernährung</li> <li>▪ Sport</li> <li>▪ Stress</li> </ul> <p>Wären ein paar Mal pro Jahr in einem Krankenhaus sinnvoll</p>	<p>Hypertonieschulungen, in denen folgendes erklärt würde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Blutdruckselbstmessung</li> <li>▪ Medikamente</li> <li>▪ Ernährung</li> <li>▪ Sport</li> <li>▪ Stress</li> </ul> <p>Wären ein paar Mal pro Jahr in einem Krankenhaus sinnvoll</p>	<p>K27 Beratungskompetenzen sollten in der Pflege zukünftig mehr gefördert werden</p> <p>K28 Es finden nur Einzelberatungen statt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Für Gruppenschulungen fehlt der Platz</li> <li>▪ Es kann so mehr aus dem Patienten geholt werden</li> </ul>
D	5	196	Eine Schulung eines interdisziplinären Teams (Arzt, Diätologin, Pflegeperson) würde von der Diätologin unterstützt, und es würde auf Interesse beim Patienten stoßen. Es sollten auch Hypertoniker von außerhalb kommen dürfen	Eine Schulung eines interdisziplinären Teams (Arzt, Diätologin, Pflegeperson) würde von der Diätologin unterstützt, und es würde auf Interesse beim Patienten stoßen. Es sollten auch Hypertoniker von außerhalb kommen dürfen	
D	5	203	Manche Patienten halten	Manche Patienten halten	

			sich an die Ernährungsempfehlungen, manche sicher nicht. Einige Patienten geben nach einiger Zeit ein Feedback, dass sie sehr gut abgenommen haben oder sich die Krankheit aufgrund der Umstellung gebessert hat	sich an die Ernährungsempfehlungen, manche sicher nicht. Einige Patienten geben nach einiger Zeit ein Feedback, dass sie sehr gut abgenommen haben oder sich die Krankheit aufgrund der Umstellung gebessert hat	K29 Mehrmals pro Jahr Hypertonie-schulungen in KH mit folgenden Inhalten sinnvoll: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Blutdruck-selbst-messung</li> <li>▪ Medikamen-te</li> <li>▪ Ernährung</li> <li>▪ Sport</li> <li>▪ Stress</li> </ul> Schulung durch interdisziplinäres Team (Arzt, Diätologin, Pflegeperson) würde auf Interesse beim Patienten stoßen. Auch für Patienten von außerhalb interessant
D	5	207	Maßnahmenempfehlung der Diätologin nach dem Krankenhausaufenthalt: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kuraufenthalt</li> <li>▪ Bewegung</li> </ul>	Maßnahmenempfehlung der Diätologin nach dem Krankenhausaufenthalt: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kuraufenthalt</li> <li>▪ Bewegung</li> </ul>	K30 Manche Patienten halten sich an Empfehlungen, andere nicht, manchmal kommt auch positives Feedback von Patienten
					K31 Nach Krankenhausaufenthalt empfiehlt Diätologin: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kur-aufenthalt</li> <li>▪ Bewegung</li> </ul>

Diätologin:

- Weiblich
- 38 Jahre
- Ausbildung: Diätassistentinnen- Akademie in St. Pölten
- Abschluss: 1993

Seit 15 Jahren in diesem Krankenhaus

Int.	Kategorien	2.Reduktion
D	K1 Häufigster Grund, aus dem Diätassistentin gerufen wird:	K'1 Häufigsten Gründe, aus denen die Diätologin gerufen wird:

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Metabolisches Syndrom (15x/Woche)</li> </ul> <p>Weitere Gründe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diabetische Beratung</li> <li>▪ Chirurgische Beratung</li> <li>▪ Wunschkost</li> <li>▪ Klassischer Patient (zwangsbeglückt)</li> <li>▪ Reine BHD-Patienten (selten-2x/Monat)- viele haben das Metabolische Syndrom</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Metabolisches Syndrom (15x/Woche)</li> <li>▪ Diabetische Beratung</li> <li>▪ Chirurgische Beratung</li> <li>▪ Wunschkost</li> <li>▪ Klassischer Patient (zwangsbeglückt)</li> <li>▪ Reine BHD-Patienten (selten-2x/Monat)- viele haben das Metabolische Syndrom</li> </ul>
D	<p>K2 Diätologin kommt durch eine Überweisung vom Arzt, Diätologin muss vom Arzt angeordnet werden, Krankenschwester darf das nicht</p>	<p>K'2 Anforderung der Diätologin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Durch Arzt (Überweisung)</li> <li>▪ Krankenschwester darf das nicht</li> </ul>
D	<p>K4 Meisten BHD-Patienten medikamentös eingestellt und/oder deshalb im KH</p>	<p>K'3 Patienten meistens medikamentös eingestellt und/oder deshalb im Spital</p>
D	<p>K5 Kaum natriumarme Kost angefordert</p> <p>K6 Keine eigene Kost für Hypertoniepatienten Bekommen meist aufgrund anderer Krankheiten Reduktionskost Es gibt eine Stoffwechselkost:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bluthochdruck</li> <li>▪ Diabetes (orale Therapie)</li> <li>▪ Cholesterin</li> </ul> <p>K7 Kost sollte Arzt bestimmen, funktioniert nicht immer- dann macht dies die Pflege oder die Diätologin</p> <p>K8 Speiseplan wird von Diätologin zusammengestellt</p>	<p>K'4 Krankenhauskost:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kaum natriumarme Kost angefordert</li> <li>▪ Keine eigene Kost für Hypertoniepatienten</li> <li>▪ Hypertoniker bekommen oft aufgrund anderer Krankheiten Reduktionskost</li> <li>▪ Stoffwechselkost, für <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bluthochdruck</li> <li>- Diabetes (orale Therapie)</li> <li>- Cholesterin</li> </ul> </li> <li>▪ Kost sollte vom Arzt bestimmt werden (wenn dies nicht funktioniert, von Pflege oder Diätologin)</li> <li>▪ Speiseplan von Diätologin erstellt</li> </ul>
D	<p>K10 Gründe für BHD:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ungesunde Ernährung</li> <li>▪ Stress, Zeitfaktor problematisch</li> <li>▪ Zigaretten</li> <li>▪ Bewegungsmangel</li> </ul> <p>Die einzelnen Lebensmittel sind nicht ungesund, sondern die Summe der Lebensmittel. BHD Generation ist 75 Jahre, essen immer die gleiche Küche, muss ihnen sagen was sie Falsches essen. Meist ändert eine Diagnose etwas, besonders bei Männern gilt: Wenn mir nichts weh tut, dann fehlt mir auch nichts</p>	<p>K'5 Mögliche Gründe für BHD:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ungesunde Ernährung</li> <li>▪ Stress</li> <li>▪ Zigaretten</li> <li>▪ Bewegungsmangel</li> </ul>
D	<p>K9 Diätologin wird nur bei übergewichtigen Hypertonikern gerufen, nicht bei schlanken</p> <p>K11 Beratungen finden meist bei chronischen BHD-Patienten statt- zur BD-Einstellung ins</p>	<p>K'6 Diätologin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wird nur bei übergewichtigen Hypertonikern gerufen, nicht bei schlanken</li> <li>▪ Beratungen meist bei chronischen BHD-Patienten zur BD-Einstellung im KH</li> </ul>

	<p>KH geschickt</p> <p>K12 Diätologin hauptsächlich auf interne Stationen gerufen</p> <p>K17 Ernährungsteam</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arzt</li> <li>▪ Ernährungstherapie</li> <li>▪ Pflege</li> <li>▪ Apotheke</li> </ul> <p>Kommt nur bei chirurgischen Fällen zusammen, nicht bei Bluthochdruck oder Metabolischem Syndrom</p> <p>K21 Kaum Beratung vom Pflegepersonal über Ernährung Stress und Bewegung- Diätologin gerufen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hauptsächlich auf interne Stationen</li> <li>▪ Ernährungsteam nur bei chirurgischen Fällen, nicht bei BHD und Metabolischem Syndrom</li> <li>▪ Kaum Beratung vom Pflegepersonal über Ernährung, Stress und Bewegung, es wird die Diätologin gerufen</li> </ul> <p>Ernährungsteam:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arzt</li> <li>▪ Ernährungstherapie</li> <li>▪ Pflege</li> <li>▪ Apotheke</li> </ul>
D	<p>K13 Meistes Wissen über Ernährung bei BHD über Salzkonsum und Übergewicht</p> <p>K14 Häufigste Frage: Wie kann ich abnehmen?</p> <p>K15 Patienten haben oft eine Idee, was sie selbst gegen BHD machen könnten, aber im speziellen nicht</p>	<p>K'7 Patienten haben oft eine Idee, was sie selbst gegen BHD machen könnten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kein spezielles Wissen</li> <li>▪ Bei Ernährung meistens Wissen über Salzkonsum und Übergewicht</li> </ul> <p>Häufigste Frage von BHD-Patienten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wie kann man abnehmen</li> </ul>
D	<p>K16 Beratungen durchgeführt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine Extraräume</li> <li>▪ Fluchtgänge</li> <li>▪ Bett</li> </ul>	<p>K'8 Beratungsorte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine Extraräume</li> <li>▪ Fluchtgänge</li> <li>▪ Bett</li> </ul>
D	<p>K18 Angehörige werden einbezogen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bei sprachlichen Problemen</li> <li>▪ Bei Männern, wo die Frau kocht</li> <li>▪ Bei Betreuungspersonen</li> </ul>	<p>K'9 Einbezug der Angehörigen in Beratung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bei sprachlichen Problemen</li> <li>▪ Bei Männern, wo die Frau kocht</li> <li>▪ Bei Betreuungspersonen</li> </ul>
D	<p>K19 Konkrete Maßnahmen, die empfohlen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weniger Salz</li> <li>▪ Bewegung (Spazieren, Nordic Walking, Stiegen statt Lift)</li> <li>▪ Bewusstes regelmäßiges Essen</li> <li>▪ Fettreduzierte Ernährung</li> <li>▪ Alkohol reduzieren</li> <li>▪ Rauchen reduzieren</li> <li>▪ Kaffeekonsum (max. 3 Tassen/Tag)</li> <li>▪ Koffeinhaltige Tees (Alternative Grüner Tee)</li> <li>▪ Kalzium, Kalium und Magnesium nicht speziell erwähnt, außer vom Arzt induziert</li> <li>▪ Mediterrane Ernährung nicht unter dem Titel, aber Inhalte werden besprochen</li> </ul>	<p>K'10 Konkrete Maßnahmenempfehlungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weniger Salz</li> <li>▪ Bewegung (Spazieren, Nordic Walking, Stiegen statt Lift)</li> <li>▪ Bewusstes regelmäßiges Essen (fettreduziert)</li> <li>▪ Alkohol reduzieren</li> <li>▪ Rauchen reduzieren</li> <li>▪ Kaffeekonsum (max. 3 Tassen/Tag)</li> <li>▪ Koffeinhaltige Tees (Alternative Grüner Tee)</li> <li>▪ Kalzium, Kalium und Magnesium nicht speziell erwähnt, außer vom Arzt induziert</li> </ul> <p>Mediterrane Ernährung nicht unter dem Titel, aber Inhalte werden besprochen</p>

D	<p>K20 Bei genügend Zeit etwas über Stressbewältigung erzählt Stressbewältigung kann sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Malen</li> <li>▪ Schreiben</li> <li>▪ Bewegung</li> <li>▪ Autogenes Training</li> <li>▪ Jacobson Training</li> </ul>	<p>K'11 Über Stressbewältigungsstrategien bei genügend Zeit aufgeklärt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Malen</li> <li>▪ Schreiben</li> <li>▪ Bewegung</li> <li>▪ Autogenes Training</li> <li>▪ Jacobson Training</li> </ul>
D	<p>K22 Informationsmaterialien, Unterlagen für Stoffwechselerkrankungen, allgemeine Inhalte aus der Ausbildung an der Akademie in St. Pölten- immer wieder erneuert, Zettel enthalten Bewegung aber nicht Stress</p> <p>K23 2 Stationen haben Informationsmaterial auf Tischen oder Wandhalterungen, Folder von Pharmafirmen, Folder von Pflegepersonal, nicht den Patienten in die Hand gegeben</p>	<p>K'12 Informationsmaterialien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unterlagen für Stoffwechselerkrankungen</li> <li>▪ Allgemeine Inhalte aus der Ausbildung (Diätologin)</li> <li>▪ Zettel enthalten Bewegung aber nicht Stress</li> <li>▪ 2 Stationen haben Informationsmaterialien auf Tischen oder Wandhalterungen <ul style="list-style-type: none"> <li>- Folder von Pharmafirmen</li> <li>- Folder von Pflegepersonal nicht den Patienten in die Hände gegeben</li> </ul> </li> </ul>
D	<p>K24 Allgemeine Hypertonieberatung als Aufgabe der Pflege, weil sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ sehen das Essverhalten der Patienten</li> <li>▪ sehen Bewegung des Patienten</li> <li>▪ sehen ob Patient unter Stress leidet</li> <li>▪ bemerken psychische Probleme der Patienten</li> </ul>	<p>K'13 Allgemeine Hypertonieberatung als Aufgabe der Pflege, weil sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ sehen das Essverhalten der Patienten</li> <li>▪ sehen Bewegung des Patienten</li> <li>▪ sehen ob Patient unter Stress leidet</li> <li>▪ bemerken psychische Probleme der Patienten</li> </ul>
D	<p>K25 Derzeit keine Weiterleitung der Patienten an Beratungsstellen (Ernährung, Entspannung, Bewegung) nach dem KH-Aufenthalt vom Pflegepersonal- Information wäre für Patienten ganz wichtig, Diätologin informiert über derartige Stellen nicht</p> <p>K26 Informationszettel über Beratungsstellen zu Thema BHD im Raum Baden wären sehr gut für Patienten Viele Menschen suchen Ernährungsberatung, wissen nicht, wohin sie gehen sollen</p>	<p>K'14 Weiterleitung der Patienten an Beratungsstellen nach dem KH-Aufenthalt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Derzeit keine Weiterleitung durch Pflegepersonen und Diätologin</li> <li>▪ Informationszettel über Beratungsstellen zum Thema BHD (Ernährung, Entspannung, Bewegung) im Raum Baden wären ganz wichtig, viele Patienten suchen Beratungsstellen, wissen aber nicht, wohin sie gehen sollen</li> </ul>
D	<p>K27 Beratungskompetenzen sollten in der Pflege zukünftig mehr gefördert werden</p> <p>K29 Mehrmals pro Jahr Hypertonieschulungen im KH mit folgenden Inhalten, sinnvoll:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Blutdruckselbstmessung</li> <li>▪ Medikamente</li> <li>▪ Ernährung</li> <li>▪ Sport</li> <li>▪ Stress</li> </ul>	<p>K'15 Beratungskompetenzen sollten zukünftig in der Pflege gefördert werden</p> <p>Hypertonieschulungen mehrmals pro Jahr im KH mit folgenden Inhalten sinnvoll:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Blutdruckselbstmessung</li> <li>▪ Medikamente</li> <li>▪ Ernährung</li> <li>▪ Sport</li> <li>▪ Stress</li> </ul>

	Schulung durch interdisziplinäres Team (Arzt, Diätologin, Pflegeperson) würde auf Interesse beim Patienten stoßen. Auch für Patienten von außerhalb interessant	Schulung durch interdisziplinäres Team (Arzt, Diätologin, Pflegeperson) würde auf Interesse beim Patienten stoßen. Auch für Patienten von außerhalb interessant
D	K28 Es finden nur Einzelberatungen statt: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Für Gruppenschulungen fehlt der Platz</li> <li>▪ Es kann so mehr aus den Patienten geholt werden</li> </ul>	K'16 Es werden nur Einzelberatungen angeboten, so kann mehr aus den Patienten geholt werden, für Gruppenschulungen fehlt der Platz
D	K30 Manche Patienten halten sich an Empfehlungen, andere nicht, manchmal kommt auch positives Feedback von Patienten  K31 Nach KH-Aufenthalt empfiehlt die Diätologin: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kuraufenthalt</li> <li>▪ Bewegung</li> </ul>	K'17 Patienten reagieren auf Empfehlungen unterschiedlich (halten sich daran oder nicht) manchmal kommt positives Feedback von Patienten  Diätologin empfiehlt nach KH-Aufenthalt: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kuraufenthalt</li> <li>▪ Bewegung</li> </ul>

### Ergebnisdarstellung Diätologin:

Die häufigsten Gründe, aus denen die Diätologin auf die Station gerufen wird, sind das Metabolische Syndrom (~ 15 Beratungen pro Woche), diabetische Beratung, chirurgische Beratung, Wunschkostpatienten und klassische Patienten (zwangsbeglückt mit gesundem und fettreduziertem Essen). „Reine“ Bluthochdruckpatienten sind sehr selten (~ 2 Beratungen pro Monat), da die meisten Patienten mit Bluthochdruck das Metabolische Syndrom haben. Die Diätologin wird durch eine Überweisung des Arztes angefordert. Rein rechtlich dürfen die Krankenschwestern und Pfleger die Diätologin nicht anfordern.

Die meisten Patienten die mit Bluthochdruck ins Krankenhaus kommen, sind medikamentös eingestellt oder aus diesem Grund im Spital. Im Krankenhaus wird kaum natriumarme Kost für Bluthochdruckpatienten angefordert. Es gibt keine eigene Kost für Hypertoniepatienten, aber einige bekommen aufgrund anderer Krankheiten Reduktionskost. Im Krankenhaus wird eine Stoffwechsellkost angeboten, die für Bluthochdruck, Diabetes (orale Therapie) und Cholesterin-Patienten geeignet ist. Im Krankenhaus sollte die Kost vom Arzt bestimmt werden, da dies aber nicht immer funktioniert, übernimmt dies auch die Pflege und die Diätologin. Der Speiseplan für die Spitalsküche wird von den Diätologinnen zusammengestellt. Als möglichen Grund für den Bluthochdruck nennt die Diätologin ungesunde Ernährung, hier wird auch im speziellen die österreichische Küche erwähnt. Sie erwähnt auch, dass die einzelnen

Lebensmittel oft nicht so schlecht sind, aber die Menge und die Kombination der Nahrungsmittel dem Körper nicht gut tun. Wichtig hierbei ist, den Patienten zu sagen, was sie essen dürfen. Weitere mögliche Auslöser für Bluthochdruck können Stress, Zigaretten und mangelnde Bewegung sein.

Die Diätologin wird nur bei übergewichtigen Hypertonikern gerufen, nicht bei schlanken oder normalgewichtigen. Dies führt dazu, dass schlanke bzw. normalgewichtige Patienten mit möglicher ungesunder Ernährung, Stress oder Bewegungsmangel nicht von der Diätologin erreicht werden. Die Beratungen werden meistens bei chronischen Bluthochdruckpatienten, die zur Blutdruckeinstellung ins Krankenhaus kommen, durchgeführt. Beratungen durch die Diätologin finden hauptsächlich auf internen Stationen statt, aber es gibt auch auf chirurgischen Stationen welche. Diese speziellen Beratungen werden von einem Ernährungsteam durchgeführt, zu denen folgende Professionen zählen: Arzt, Diätologen, Krankenschwestern/Krankenpfleger und Pharmazeuten. Von den Pflegepersonen wird kaum eine Beratung über Ernährung, Stressbewältigung und Bewegung durchgeführt, in diesem Fall wird oft die Diätologin gerufen. Die Diätologin stellt fest, dass die Patienten oft zwar eine Idee haben, was sie selbst gegen den Bluthochdruck machen können, aber es ist dann kein spezielles Wissen vorhanden, was konkret dagegen unternommen werden könnte. In Richtung Ernährung gibt es auch meistens Wissen über Salzkonsum und Übergewicht, aber konkrete Maßnahmen und Möglichkeiten werden nicht erkannt. Die häufigste Frage von Bluthochdruckpatienten lautet: „Wie kann man abnehmen?“ Hier sieht man, dass Patienten meistens wissen, was sie tun sollten, aber sie wissen nicht, wie sie es anstellen sollen.

Die Beratung der Diätologin findet nicht in Extraräumen statt, sondern auf Fluchtgängen oder am Bett des Patienten. Wenn sprachliche Barrieren auftreten, bei Männern, die hauptsächlich von ihrer Frau bekocht werden und bei Patienten mit Betreuung werden zeitweise auch Angehörige in die Beratung miteinbezogen. Konkrete Maßnahmenvorschläge, die von der Diätologin an den Patienten weitergegeben werden, sind folgende:

- es soll weniger Salz gegessen werden.
- mehr Bewegung, wie z.B. Spazieren, Nordic Walking oder Stufen steigen statt Lift fahren.
- Bewusstes regelmäßiges Essen.

- Fettreduzierte Ernährung.
- Alkoholreduktion.
- Reduzierung des Rauchkonsums.
- Reduzierung des Kaffeekonsums.
- Kein koffeinhaltiger Tee.

Kalzium, Kalium und Magnesium werden in der Ernährungsberatung nicht speziell erwähnt, nur wenn es durch den Arzt induziert wird. Die Mediterrane Ernährung wird nicht unter diesem Titel besprochen, aber die Inhalte (richtige Öle, viel Fisch, Gemüse und Obst) wird in der Beratung von der Diätologin angesprochen. Bei genügend Zeit wird auch über die Stressbewältigung gesprochen, wie z.B. Malen, Schreiben, Bewegung, autogenes Training oder Jacobsen Training.

Die Diätologin gibt Unterlagen für Stoffwechselerkrankungen an die Patienten weiter, dies sind allgemeine Inhalte aus ihrer Ausbildung zur Diätologin. Diese Unterlagen enthalten Informationen zu Ernährung und auch Bewegung, nicht aber zum Thema Stress. Nach Wissen der Diätologin liegen auf zwei Stationen Informationsmaterialien auf Tischen oder in Wandhalterungen auf, dies sind Folder von Pharmafirmen. Diese werden den Patienten nicht von dem Pflegepersonal in die Hände gegeben, sondern stehen zur freien Entnahme zur Verfügung.

Allgemeine Hypertonieberatung wird von der Diätologin als Aufgabe der Pflege angesehen, da die Pflege das Essverhalten, die Bewegung und das Stressverhalten, sowie die psychischen Probleme der Patienten beobachten kann. Die Weiterleitung der Patienten an Beratungsstellen nach dem Krankenhausaufenthalt findet derzeit weder vom Pflegepersonal noch von der Diätologin statt. Informationsblätter über Beratungsstellen zum Thema Bluthochdruck (Beratungsbereiche Ernährung, Entspannung und Bewegung) im Raum Baden wären besonders wichtig. Viele Patienten suchen Beratungsstellen zu diesen Bereichen und wissen nicht wohin sie gehen sollen. Nach einem Krankenhausaufenthalt empfiehlt die Diätologin Kuraufenthalte und Bewegung.

Die Beratungskompetenzen der Pflegepersonen sollten in Zukunft gefördert werden. Im Weiteren sollten mehrmals pro Jahr im Krankenhaus Hypertonieschulungen angeboten werden, die durch ein interdisziplinäres Team (Arzt, Diätologen, Pflegeperson) geleitet werden und auch für Patienten außerhalb des Krankenhauses zugänglich gemacht werden sollten. Ein Programm mit folgenden Inhalten würde sicher auf Interesse bei Patienten treffen: Blutdruckselbstmessung, Medikamente,

Ernährung, Sport, Stressbewältigung. Durch die Diätologin werden nur Einzelberatungen angeboten, dadurch kann man mehr auf den Patienten eingehen. Für Gruppenschulungen fehlt der Platz.

Patienten reagieren auf Empfehlungen unterschiedlich, manche halten sich daran, andere nicht. Manchmal kommt auch positives Feedback über Erfolge von Patienten zurück.

## 7. Beantwortung der Forschungsfragen

*Wie sieht die Beratungssituation von Hypertoniepatienten durch die Pflege im Landeskrankenhaus Thermenregion Baden aus?*

Die Patienten werden im Badener Krankenhaus nur teilweise beraten, meistens wird nur auf die Patientenfragen kurz geantwortet. Die Pflegekräfte sind sich oft unsicher, worüber sie beraten sollen bzw. ob Beratung überhaupt zu ihren Aufgaben gehört. Ein Teil der Patienten wird von der Diätologin beraten, die vor allem die Ernährung und Bewegung bespricht, kaum aber auf den Stress bei Bluthochdruck eingeht. Die Beratung durch Pflegekräfte ist im Krankenhaus meist nur sehr kurz, falls sie überhaupt durchgeführt wird und ist auf jeden Fall noch weit ausbaufähig.

*Wie sieht die Situation der Weiterleitung von Patienten an Beratungsstellen und -zentren im Badener Spital aus?*

Die Patienten werden weder von Pflegepersonen noch von der Diätologin an Beratungsstellen oder -zentren für Ernährung, Bewegung oder Stresstraining weitergeleitet. Die Pflegepersonen äußern öfters, dass Beratungsadressen in den Broschüren geschrieben stehen, allerdings muss bedacht werden, dass diese Folder nur an einen kleinen Teil der Patienten ausgehändigt werden und so die Adressen nicht alle Bluthochdruckpatienten bekommen. Im Weiteren enthalten die Broschüren oft nur eine Adresse pro Bundesland und sind somit kein Ersatz für eine Beratung mit anschließender Weitergabe von Beratungsstellen und -zentren.

*Welcher Beratungsbedarf besteht bei Hypertoniepatienten im Krankenhaus?*

Bluthochdruckpatienten haben meist ein Grundwissen über Hypertonie, wenn es aber in spezielle Gebiete über Ernährung, Bewegung oder Stress geht, fehlt das Wissen darüber oder den Patienten fällt es schwer, das vorhandene Wissen in die Realität umzusetzen. Es ist sehr wohl ein Beratungsbedarf vorhanden, da die meisten Patienten nur über gewisse Grundkenntnisse Bescheid wissen. Genauere Informationen sollten vom Betreuungspersonal weitergegeben werden.

*Welche Stellung nimmt der Zeitmangel der Pflege in der Beratung ein?*

Die Pflegepersonen äußern sich mehrfach über den Zeitmangel, der auf den Stationen herrscht und so eine Beratung mit Patienten erschwert. Einige wünschen sich mehr Zeit für Beratung, andere sind der Meinung, dass speziell ausgebildete zusätzliche Pflegekräfte diese Beratung auf den Stationen bei Bluthochdruckpatienten durchführen sollten.

*Welche Möglichkeiten stehen zur Verfügung, Einzel- und Gruppenberatungen im Krankenhaus durchzuführen?*

Im Krankenhaus werden nur Einzelberatungen durchgeführt, da laut der Diätologin für Gruppenschulungen keine geeignete räumliche Infrastruktur zur Verfügung steht. Die Einzelberatungen werden nicht in speziellen Räumen durchgeführt, sondern in Gängen, vor der Station, am Bett oder in Sitzgruppen. Die Idee, im Krankenhaus mehrmals pro Jahr Gruppenschulungen für Hypertoniepatienten anzubieten, die auch von Hypertonikern außerhalb des Krankenhauses besucht werden können, stoßen auf positive Rückmeldungen. Ärzte, Diätologinnen und Krankenschwestern/-pfleger wären am Mitwirken an solch einer Gruppenschulung im Krankenhaus interessiert.

*Wie sehen Pflegepersonen ihre Aufgabe in der Beratung?*

Die Antworten sind sehr geteilt, die einen meinen, dass Beratung nicht zu den Aufgaben der Pflege gehört, die anderen sehen die Beratung als Teil der Pflege an. Für zukünftige qualitative Beratung sollte in der Pflegeausbildung sowie in Weiterbildungen klargestellt werden, dass Beratung ein Teil der Pflege ist.

*Über welches Wissen verfügen Pflegepersonen in Bezug auf einen blutdrucksenkenden Lebensstil?*

Das Wissen der Pflegepersonen in Bezug auf einen blutdrucksenkenden Lebensstil ist gut. In einer Weiterbildung für Pflegekräfte können die Lebensstiländerungen bei

Hypertonie kurz wiederholt werden, doch sollte nicht zu viel Zeit darauf verwendet werden.

Wichtiger ist die Beratung der Pflegepersonen zu spezialisieren, damit sie die Patienten gut und verständlich beraten können, damit diese von der Beratung den größtmöglichen Nutzen ziehen können.

*Welche Informationsmöglichkeiten stehen den Pflegepersonen im Krankenhaus zur Verfügung?*

Die Informationsmöglichkeiten werden im Krankenhaus nicht besonders gut ausgeschöpft, meistens werden nur kurze Gespräche geführt. Es finden hauptsächlich mündliche Informationsweitergaben statt, sowohl vom Arzt, als auch von den Pflegekräften. Die Diätologin bringt zusätzlich zu ihrem Beratungsgespräch auch Informationszettel mit, die sich die Patienten mit nach Hause nehmen können. Auch für die Pflegepersonen wäre es sehr wichtig, die vorhandenen Broschüren und Folder von Pharmafirmen an die Patienten auszuhändigen, da nicht jeder Bluthochdruckpatient eine Beratung durch die Diätologin genießt. Im Weiteren werden Themen wie Stress von der Diätologin nicht unbedingt in der Beratung angesprochen. Ein von der Pflege zusammengestelltes Informations- bzw. Merkblatt über die wichtigsten Punkte, die bei Bluthochdruck zu beachten sind, wäre eine enorme Hilfe für die Beratung bei Hypertoniepatienten.

## 8. Kritik und Grenzen der Untersuchungen

Ansätze zur Kritik, welche die Grenzen der Untersuchung aufzeigen, werden im Folgenden dargestellt.

11 Interviewpartner sind keine repräsentative Stichprobe für die österreichische Bevölkerung. Leider war aber im Rahmen dieser Untersuchung die Befragung mehrerer Personen nicht möglich. Im Weiteren ist der Sinn einer qualitativen Forschung nicht der, allgemeine Aussagen für Österreich zu finden, sondern neue Forschungsgebiete aufzuzeigen, neue Theorien zu entwickeln und ideographisch zu arbeiten. Die qualitative Untersuchung ermöglicht es, offen und flexibel auf ein Thema einzugehen, offen gegenüber dem Untersuchungsthema zu sein und so auch flexibel im Forschungsprozess und in der Methodik. All das war besonders wichtig für das Thema dieser Arbeit, da es kaum Literatur zur Beratung bei Bluthochdruck und der Situation nach dem Krankenhausaufenthalt gibt. Das gleiche Problem wie bei der kleinen Gruppe der Interviewpersonen ergibt sich auch bei einem Klinikum in der Kleinstadt. Dieses ist nicht vergleichbar mit dem Krankenhaus einer Großstadt oder einem Landeskrankenhaus.

Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass beim Pflegepersonal nur weibliche Pflegepersonen befragt wurden und keine männlichen Pfleger. Möglicherweise hätten diese manche Fragen aus dem Interview anders beantwortet. Es wurde zwar versucht, auch männliche Pflegepersonen zu interviewen, aber auf Grund der weiblichen Dominanz in diesem Berufsfeld war dies nicht möglich. Die wenigen männlichen Pfleger im Krankenhaus waren nicht bereit, eine Befragung über sich ergehen zu lassen. Im Generellen war es schwierig, Interviewpartner im Pflegebereich zu finden, da wenig Bereitschaft gezeigt wurde. Erst durch die Unterstützung eines Arztes konnten genügend Interviewpartner gefunden werden. Bei den Patienten gab es vier männliche und nur eine weibliche Person, da zum Zeitpunkt der Befragung nicht genügend weibliche Bluthochdruckpatienten im Krankenhaus aufgenommen waren. Es wurde versucht, bei den Interviews und der anschließenden Analyse so weit wie möglich objektiv zu arbeiten. Durch viel Vorarbeit wurde versucht, die Interviewsituation bei allen Interviews gleich zu gestalten und die Interviewpartner nicht durch Mimik oder Gestik in ihren Antworten zu beeinflussen.

## 9. Diskussion, Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Aus der vorliegenden Arbeit lassen sich einige Schlussfolgerungen ableiten. Bluthochdruck ist eine chronische Krankheit, die bei den meisten Patienten seit vielen Jahren diagnostiziert und medikamentös behandelt wird. Die interviewten Patienten geben an, bei Krankenhausaufenthalten kaum bis gar nicht über Blutdruck beraten worden zu sein, auch bei den Hausärzten findet laut Patienten nur eine spärliche Beratung statt. Die Informationsmaterialien, welche die Patienten im Krankenhaus erhalten, sind zum Teil recht gut, ersetzen aber trotzdem keine Beratung zur Hypertonie. Ein großes Problem stellt hier dar, dass die Broschüren nicht alle Bluthochdruckpatienten bekommen. Die Folder werden nicht an alle Patienten ausgehändigt, sondern sporadisch ausgegeben oder liegen zur freien Entnahme auf Tischen auf. Dadurch erhält die Broschüren nur ein kleiner Teil der Patienten. Informationsbroschüren sind ein guter Begleiter für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt. Wie von dem Pflegepersonal angegeben, stehen auf den letzten Seiten der Folder Adressen, allerdings wenige Beratungsadressen. Die Beratungsmöglichkeiten in Wien sind in diesen Broschüren ausführlicher angegeben, allerdings ist in den Bundesländern oft nur in der Bundeshauptstadt eine einzige Adresse angegeben. Das heißt, die Folder ersetzen keine Weiterleitung der Patienten an Beratungsstellen nach dem Krankenhausaufenthalt bzw. eine Weitergabe von Beratungsadressen und Telefonnummern von Beratungsstellen im Bezirk Baden. Die Weiterleitung der Patienten an Beratungsstellen wäre eine sehr wichtige Aufgabe der Pflege, da dies durch keine andere Disziplin (Arzt, Diätologin) im Krankenhaus gewährleistet wird. Hier könnte die Pflege eine große Lücke im Beratungsbereich schließen.

Einige der Patienten waren auch aufgrund des Blutdrucks bzw. der Nebenwirkungen und den Auswirkungen des Bluthochdrucks mehrmals im Krankenhaus.

Möglicherweise könnte durch ein produktives Beratungs- bzw. Schulungsprogramm für Hypertoniker die Rate der Krankenhausaufenthalte durch diese chronische Krankheit gesenkt werden, was wiederum die Kosten der Patienten bei den Krankenkassen senken könnte. Es wäre zu überlegen, eine Studie über Schulungsprogramme oder konkrete Beratungskonzepte dieser Art zu entwickeln und zu untersuchen, und auch zu evaluieren, ob diese Programme bei den Patienten eine Wirkung zeigen.

Die Diätologin spricht von der Wichtigkeit von Hypertonieschulungen, die mehrmals pro Jahr im Krankenhaus stattfinden und auch für externe Hypertoniepatienten zugänglich sein sollten. Diese wären ideal durch ein interdisziplinäres Team (Arzt, Pflegeperson, Diätologin, Psychologin) besetzt. Gleichzeitig sagt die Diätologin auch, dass auf Einzelberatungen nicht verzichtet werden darf, da so individuell auf die Patienten und ihre Bedürfnisse eingegangen werden kann.

Die Patienten haben meist ein Grundwissen (in Kapitel 2 und 3 wurde genauer auf das wichtige Wissen bei Bluthochdruck eingegangen), was gut für den Blutdruck ist und was nicht, aber es scheitert meist an der Umsetzung in die Realität, bei der Empfehlungen und Beratungen von Ärzten, Pflegepersonen, Diätologen und Psychologen hilfreich sein könnten.

Eine spezielle Hypertoniekost wird im Krankenhaus nicht angeboten, es gibt aber die Möglichkeit einer Reduktionskost oder Stoffwechsellkost. Oft ist bei den Pflegepersonen nicht ganz klar, welche Kostformen es gibt und welche für die Hypertoniepatienten gut geeignet sind. Hier wäre eine gute Aufklärung der Mitarbeiter von besonderer Wichtigkeit, da sonst möglicherweise ungeeignete Speisen für die Patienten bestellt werden.

Es wird von den Pflegepersonen oft angegeben, dass die Diätologin das Essen bestellt und die Patienten z.B. über Ernährung und Bewegung berät. Allerdings muss bedacht werden, dass die Diätologin nicht zu allen Patienten kommt, sondern nur zu denen, die eine Überweisung vom Arzt geschrieben bekommen. Hier ist es also wichtig, dass sowohl die Weiterleitung an die Diätologin funktioniert, andererseits auch die Beratung durch die Pflegepersonen, da diese alle Patienten sehen und so bei Auffälligkeiten oder Beratungsbedarf jederzeit eingreifen und eine Beratung durchführen können. Hier kann, wie bereits im Kapitel 5 ausführlich erklärt, der Pflegeprozess als Hilfe genommen werden, der die Pflegeperson in den Beratungsablauf begleitet.

Wie bereits in der Literatur beschrieben ist es auch sehr wichtig, bei der Beratung nicht den Zeitfaktor zu vergessen. Da auf den Stationen oft Personalknappheit herrscht und die wertvolle Zeit der Pflegepersonen sinnvoll genutzt werden soll, wurden im Kapitel 5 - 11 Zeitspartipps genannt, die in der Beratung sehr hilfreich sein können. Die wichtigsten Punkte, die auch in ähnlicher Weise vom Pflegepersonal in dieser Untersuchung genannt wurden, lauten: das Ziel der Beratung soll im Mittelpunkt stehen, konkrete Maßnahmenvorschläge (Ernährung, Bewegung, Stress)

sind sehr wichtig, und der Patient soll aktiv miteinbezogen werden (Ziele gemeinsam feststecken). So kann die Compliance des Patienten zur Beratung und Durchführung der Empfehlungen nach dem Krankenhausaufenthalt erhöht bzw. die Motivation gesteigert werden, nach dem Spitalsaufenthalt eine Beratungsstelle aufzusuchen. Da viele Hypertoniepatienten sehr medikamentenfixiert sind, sollte in der Beratung die Wichtigkeit der Lebensstiländerungen für diese chronische Krankheit aufgezeigt werden.

Ein Problem, das sich seitens der Pflegepersonen ergibt, ist, dass sie sich oft nicht fähig sehen, eine Beratung durchzuführen, weil sie der Meinung sind, über ein zu geringes Wissen zu verfügen oder Beratung nicht als Aufgabe der Pflege sehen. Einige geben an, nicht zu wissen, wie sie etwas so erklären, dass der Patient auch wirklich Wissen darüber mitnehmen kann. Die Pflegepersonen meinen einstimmig, dass die Ausbildung mehr auf die Wichtigkeit der Beratungsfunktion der Pflege eingehen und so fördern sollten, dass zukünftige Gesundheits- und Krankenschwestern, bzw. -pfleger besser in diesem Bereich, mit besonderem Schwerpunkt auf die praktische Anwendung ausgebildet werden. Die interviewten Pflegepersonen hätten auch Interesse an einer produktiven Weiterbildung für Hypertonieberatungen und Schulungen. Allerdings ist für einen Teil der Pflegepersonen wichtig, dass die richtigen Inhalte gebracht werden, und dass auch nach solch einer Zusatzausbildung genügend Zeit in der Praxis vorhanden ist die Beratungen wirklich professionell durchführen zu können.

Auch von der Diätologin wird deutlich betont, wie wichtig die Beratungsfunktion der Pflegepersonen ist, da sie die Nähe zum Patienten haben, wie kein anderer. So können sie die Bedürfnisse des Patienten sehen und sein Verhalten im Krankenhaus, bezogen auf die Ernährung, Bewegung, den Stress und andere psychische Einflussfaktoren beobachten. Es kann von der Pflege auch ermittelt werden, in welchem sozialen Umfeld der Patient lebt und wie selbstständig er ist. Die Beratungsräumlichkeiten stellen sowohl für die Pflegepersonen als auch für die Diätologin ein Problem dar, da es keine eigenen Räume gibt, in denen Platz für eine ungestörte, sinnvolle Beratung ist. Beratungen werden mehr zwischen Tür und Angel erledigt (z.B. Bett, Gang, ...).

Im Weiteren werden die Möglichkeiten einer interdisziplinären Beratung im Bereich der Hypertonie nicht genutzt, obwohl dies sehr hilfreich sein kann, da sich so die Disziplinen in ihren Beratungsthemen ergänzen können.

Auch die Möglichkeit, bei einer Beratung einen Angehörigen bei sich zu haben sollte in der Beratungspraxis berücksichtigt werden, da dies aus einigen Gründen nötig sein kann.

Empfehlungen, die durch diese Untersuchung möglich wären, sind, dass das Krankenhaus bzw. geeignete Beauftragte (Ärzte, Diätologen und Pflegepersonen) gemeinsam ein Merkblatt oder eine Informationsbroschüre ausarbeiten und herausgeben, die speziell für Bluthochdruckpatienten zusammengestellt werden. Natürlich wäre dieser Vorschlag auch für andere chronische Krankheiten, wie z.B. Diabetes, Metabolisches Syndrom, Osteoporose,...hilfreich. So könnten sich Patienten bereits im Krankenhaus informieren, und bei Fragen zum Gelesenen könnte gleich jemand vom Personal weiterhelfen. Ideal wäre, wenn das Pflegepersonal nach einiger Zeit ermitteln könnte, ob es noch weitere Fragen gibt. Wichtig bei diesem Informationsmaterial wäre, Beratungs- und Schulungsadressen zum Thema Ernährung, Bewegung und Stress in der näheren Umgebung anzuführen, um so die Motivation der Patienten, die eine solche Stelle besuchen wollen, zu fördern. Zielführend dabei ist, dass die Broschüren/Merkblätter auch wirklich an alle Bluthochdruckpatienten ausgehändigt werden. Besonders wichtig wäre auch, dass vom Krankenhaus bzw. von Stationsschwestern Beratungen der Patienten durch die Pflege gefördert werden und dass versucht wird, die Zeit mit dem Pflegepersonal so zu planen, damit auch Zeit für Beratung bleibt, um so die Mitarbeiter zur Beratung von Patienten zu motivieren.

Das Pflegepersonal sollte richtig geschult und in diesem Bereich ständig weitergebildet werden, da so die Motivation gesteigert wird. Teamsitzungen, in denen das Thema Beratung speziell auch bei Bluthochdruck besprochen wird, können helfen, die Scheu vor der Beratung abzulegen.

Im Weiteren ist zu überlegen, ob es möglich wäre, Hypertonieschulungen in der Gruppe im Krankenhaus anzubieten. Ideal wäre es, wenn diese für Patienten des Hauses und für externe Bluthochdruckpatienten zugänglich wären und mehrere Termine pro Jahr zur Verfügung stünden. Für solch eine Schulung wäre ein interdisziplinäres Team, bestehend aus Ärzten, Pflege, Diätologen und Psychologen von Vorteil. Jeder könnte Themen aus seinem Fachgebiet vortragen und auch Möglichkeiten zum Austausch untereinander und mit den Patienten geben. So wäre eine Information über medizinische Inhalte, Ernährung, Bewegung, Stress und

eventuelle weitere Kontaktstellen für Beratung enthalten. Zusätzlich sollte überprüft werden, ob die Patienten überhaupt Informationen von solchen Schulungen aufnehmen können.

Spätere Evaluationen wären wichtig, und zwar um zu ermitteln, ob die Patienten die Informationen aus dem interdisziplinären Team umsetzen können und von diesen profitieren. Es sollte in Zukunft auf die Beratung bei Bluthochdruckpatienten besonders geachtet werden, da diese zu einem wesentlichen Bestandteil der Behandlung dieser chronischen Krankheit werden wird.

## 10. Literaturverzeichnis

- Abt-Zegelin, A. (2000). Neue Aufgaben für die Pflege: Patientenedukation. *Die Schwester/Der Pfleger*, 39.Jg, 1.
- Appel, L.J., Brands, M.W., Daniels, S.R., Karanja, N., Elmer, P.J. und Sacks, F.M. (2006). Dietary Approaches to Prevent and Treat Hypertension. A Scientific Statement from the American Heart Association. *Hypertension*, 47, 296-308.
- Bachmair, S., Faber, F., Henning, C., Kolb, R. und Willig, W. (1999). *Beraten will gelernt sein. Ein praktisches Lehrbuch für Anfänger und Fortgeschrittene*. Weinheim; Basel: Beltz Verlag.
- Beevers, G., Lip, G.Y.H. und O'Brien, E. (2001). *ABC of Hypertension*. London: BMJ Books.
- Beilin, L.J. und Puddey, I.B. (2006). Alcohol and Hypertension. An Update. *Hypertension*, 47, 1035-1038.
- Bönner, G. (2006). Der Effekt von körperlicher Aktivität auf die arterielle Hypertonie und andere Herz- Kreislauf- Risikofaktoren. *Journal für Hypertonie*, 10(3), 30-34.
- Brauser, O. und Sax R. (2006). *Bluthochdruck. Wirksam vorbeugen und behandeln*. München: Compact Verlag.
- Büttner, C. und Quindel, R. (2005). *Gesprächsführung und Beratung. Sicherheit und Kompetenz im Therapieggespräch*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Close, A. (2002). *Patientenschulung: eine Literatursichtung*. In Schröck, R. und Drerup, E. (Hrsg.). *Der informierte Patient*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

- Didjurgeit, U. (2003). *Bluthochdruck- auch Ihr Problem? Anleitung zur richtigen Behandlung*. München: MED.KOMM.
- Didjurgeit, U. (2003). *Curriculum zur Schulung von Patienten mit Hypertonie*. München: MED.KOMM.
- Dorner, T. und Rieder, A. (2004). Epidemiologische Daten zur Hypertonie. *Journal für Hypertonie, 8 (Sonderheft 2)*, 4-9.
- Engel, R. (2006). *Gesundheitsberatung in der Pflege. Einführende Konzepte und integriertes Ausbildungscurriculum*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- ESH-ESC Task Force in the Management of Arterial Hypertension. (2007). 2007 ESH-ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *Journal of Hypertension, 25*, 1751-1762.
- Fernsler, J.I. und Canon, C.A. (2002). *Das Warum der Patientenschulung*. In Schröck, r. und Drerup, E. (Hrsg.). *Der informierte Patient*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Franke, R. und Mühlhauser, I. (1998). *Ernährung ist die beste Medizin: Bluthochdruck*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.
- Froschauer, U. und Lueger, M. (2003). *Das qualitative Interview*. Wien: WUV-Universitätsverlag.
- Gotzen, R. und Lohmann, F. W. (2005). *Hoher Blutdruck. Ein aktueller Ratgeber*. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Hamer, M., Williams, E.D., Vuononvirta, R., Gibson, E.L. und Steptoe, A. (2006). Association between coffee consumption and markers of inflammation and cardiovascular function during mental stress. *Journal of Hypertension, 24*, 2191-2197.

- Hitzenberger, G. und Magometschnigg, D. (2000) Bluthochdruck, na und? Modernes Hochdruckmanagement. <http://www.bluthochdruck.at>, Stand: 10.06.2008.
- [http://www.adipositas-austria.org/index\\_le.html](http://www.adipositas-austria.org/index_le.html), Stand: 31.01.2009.
- <http://www.dge.de/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=3>, Stand: 31.01.2009.
- <http://www.idf.orf/home/index.cfm?node=1429>, Stand: 31.01.2009.
- <http://www.hochdruckliga.at>, Stand: 31.01.2009.
- <http://www.hochdruckliga.de/Leitlinien-Therapie2007.pdf>, Stand: 31.01.2009.
- <http://www.statistik.at>, Stand: 31.01.2009.
- <http://www.who.int>, Stand: 31.01.2009.
- Hu, G., Barengo, C. N., Tuomilehto, J., Lakka, T. A., Nissinen, A. und Jousilahti, P. (2004). Relationship of Physical Activity and Body Mass Index to the Risk of Hypertension: A Prosective Study in Finland. *Hypertension*, 43, 25-30.
- Hummel-Gaatz, S. und Doll, A. (2007). *Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig gewährleistet. Themenbereich 3: Analyse und Vorschläge für den Unterricht.* In Warmbrunn, A. (Hrsg.). *Werkstattbücher zu Pflege heute. Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig gewährleistet.* München: Urban & Fischer Verlag.
- Hund-Wissner, E. (2003). *Die arterielle Hypertonie aus der Sicht der Diätassistentin.* In Ebner, B. (Hrsg.). *Hypertonie interdisziplinär. Ein Kompendium für die Praxis.* München: Hans Marseille Verlag GmbH.

- Jee, S.H., He, J., Whelton, P.K., Suh, I. und Klag, M.J. (1999). The Effect of chronic Coffee Drinking on Blood Pressure: A Meta-Analysis of Controlled Clinical Trials. *Hypertension*, 33, 647-652.
- Kiefer, I. (2006). *Die 50 besten Diäten. Von der Ananas- bis zur Zuckerknacker- Diät*. Leoben; Wien: Kneipp- Verlag GmbH.
- Kiefer, I. und Kunze, M. (2005). *Abnehmen. Schlank ohne Diät*. Leoben; Wien: Kneipp- Verlag GmbH.
- Klug-Redman, B. (1996). *Patientenschulung und –beratung*. Berlin; Wiesbaden: Ullstein Mosby.
- Kluthe, R., Heyden, S. und Fodor, G. (1995). *Natrium und Hypertonie*. München; Deisenhofen: Dustri- Verlag Dr. Karl Feistle.
- Koch-Straube, U. (2001). *Beratung in der Pflege*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Laaser, U. und Thim, C. (1990). *Gesund genießen bei Bluthochdruck. Ernährung zur Vorbeugung und Behandlung erhöhter Blutdruckwerte*. Bielefeld: Ceres- Verlag.
- Lamparter- Lang, R. (1997). *Prinzipien der Patientenschulung bei chronischen Erkrankungen*. In Lamparter- Lang (Hrsg.). *Patientenschulung bei chronischen Erkrankungen*. Bern: Huber.
- Leinberger, J. (2005). *Ernährung bei der Entstehung und in der Therapie von primärer, arterieller Hypertonie*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Wien: Universität Wien.
- Lien, L.F., Brown, A.J., Ard, J.D., Loria, C., Erlinger, T.P., Feldstein, A.C., Lin, P.H., Champagne, C.M., King, A.C., McGuire, H.L., Stevens, V.J., Brantley, P.J., Harsha, D.W., McBurnie, M.A., Appel, L.J. und Svetkey, L.P. (2007). Effects of PREMIER Lifestyle Modifications on Participants With and Without the Metabolic Syndrome. *Hypertension*, 50, 609-616.

- LoBiondo-Wood, G. und Haber, J. (2005). *Pflegeforschung. Methoden, Bewertung, Anwendung*. München: Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag.
- London, F. (2003). *Informieren, Schulen, Beraten. Praxishandbuch zur pflegebezogenen Patientenedukation*. Bern: Verlag Hans Huber.
- MacGregor, G. A. und Wardener, H. E. de. (1998). *Salt, Diet & Health*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Magometschnigg, D. (2004). Definition und Klassifikation der Hypertonie. *Journal für Hypertonie, 8(1)*, 12-13.
- Magometschnigg, D., Mayer, G., Pichler, M., Pilz, H., Rieder, A., Schernthaner, G., Skrabal, F., Silberbauer, K., Stoschitzky, K., Watschinger, B., Zweiker, R. (2007). Klassifikation, Diagnostik und Therapie der Hypertonie 2007- Empfehlungen der Österreichischen Gesellschaft für Hypertensiologie. *Journal für Hypertonie, 11(1)*, 7-11.
- Mayer, H. (2002). *Einführung in die Pflegeforschung*. Wien: Facultas Universitätsverlag.
- McFarlane, S.I., Gazycki, H. von, Salifu, M., Deshmukh, M., Manieram, M., Gebreegziabher, Y., Gliwa, A.A., Bordia, S., Shah, S. und Sowers, J.R. (2007). Alcohol consumption and blood pressure in the adult US population: assessment of gender-related effects. *Journal of Hypertension, 25*, 965-970.
- Melander, O., Wowern, F. von, Frandsen, E., Burri, P., Willsteen, G., Aurell, M. und Hulthén, U.L. (2007). Moderate salt restriction effectively lowers blood pressure and degree of salt sensitivity is related to baseline concentration of renin and N-terminal atrial natriuretic peptide in plasma. *Journal of Hypertension, 25*, 619-627.
- Middeke, M. R. F., Prospisil, E. und Völker, K. (2000). *Bluthochdruck senken ohne Medikamente*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

- Middeke, M. (2004). *Arterielle Hypertonie. Referenz-Reihe Kardiologie*. Stuttgart: Thieme.
- Middeke, M., Pospisil, E. und Völker, K. (2005). *Bluthochdruck senken ohne Medikamente*. Stuttgart: TRIAS.
- Moore, T.J., Conlin, P.R., Ard, J. und Svetkey, L.P. (2001). DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) Diet Is Effective Treatment for Stage 1 Isolated Systolic Hypertension. *Hypertension*, 38, 155-158.
- Morse, J. M., Field, P. A. (1998). *Qualitative Pflegeforschung. Anwendung qualitativer Ansätze in der Pflege*. Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Möseneder, J. M. (2001). *Effekt einer ad libitum verzehrten fettreduzierten Kost, reich an Obst, Gemüse und Milchprodukten auf den Blutdruck bei Borderline- Hypertonikern*. Dissertation. Potsdam: Universität Potsdam.
- Müller-Mundt, G., Schaeffer, D., Pleschberger, S. und Brinkhoff, P. (2000). Patientenedukation- (k)ein zentrales Thema in der deutschen Pflege? *PfleGe*, 2, 42-52.
- Novotny, M. und Novotny, U.S. (2000). *Risikofaktor Bluthochdruck*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Ong, K.L., Cheung, B.M.Y., Man, Y.B., Lau, C.P. und Lam K.S.L. (2007). Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension Among United States Adults 1999-2004. *Hypertension*, 49, 69-75.
- Peters, U., Poole, C. und Arab, L. (2001). Does tea affect cardiovascular disease? A meta-analysis. *Am J Epidemiol*, 154, 495-503.
- Pickering, T.G. (2006). New Guidelines on Diet and Blood Pressure. *Hypertension*, 47, 135-136.

- Polit, D.F., Beck, C.T. und Hungler, B.P. (2004). *Lehrbuch Pflegeforschung. Methodik, Beurteilung und Anwendung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Poulter, N., Thom, S. und Kirby, M. (2001). *Shared Care for Hypertension*. London: Isis Medical Media Ltd.
- Reddy, K.S. und Katan, M.B. (2004). Diet, nutrition and the prevention of hypertension and cardiovascular diseases. *Public Health Nutrition*, 7(1A), 176-186.
- Rieder, A. (2003). Die arterielle Hypertonie aus Sicht der Sozialmedizin. In Ebner, B. (Hrsg.). *Hypertonie interdisziplinär. Ein Kompendium für die Praxis*. München: Hans Marseille Verlag GmbH.
- Roberts, C.K., Barnard, R.J. (2005). Effects of exercise and diet on chronic disease. *J Appl Physio*, 98, 3-30.
- Ruidavets, J. B., Bataille, V., Dallongeville, J., Simon, C., Bingham, A., Amouyel, P., Arveiler, D., Ducimetiere, P. und Ferrieres J. (2004). Alcohol intake and diet in France, the prominent role of lifestyle. *Eur Heart J*, 25, 1153-1162.
- Sesso, H.D., Cook, N.R., Buring, J.E., Manson, J.E. und Gaziano, J.M. (2008). Alcohol Consumption and the Risk of Hypertension in Women and Men. *Hypertension*, 51, 1080-1087.
- Sickendiek, U. et al. (2002). *Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze*. Weinheim: Juventa.
- Simone, G. de, Schillaci, G., Chinali, M., Angeli, F., Reboldi, G.P. und Verdecchia, P. (2007). Estimate of white-coat effect and arterial stiffness. *Journal of Hypertension*, 25, 827-831.
- Skrabal, F. (2004). Die Klassifizierung des Blutdrucks. *Journal für Hypertonie*, 8(1), 14-16.

- Slany, J., Hitzemberger, G., Zweiker, R., Mayer, G., Rosenkranz, A.R., Watschinger, B. und Wenzel, R. (2008). Praktische Empfehlungen der österreichischen Gesellschaft für Hypertensiologie (ÖGH) zur Arzt- Selbst- und ambulanten 24-Stunden Blutdruckmessung. *Journal für Hypertonie*, 12(4), 13-20.
- Stoschitzky, K. (2004). Nichtmedikamentöse Therapie der Hypertonie- Lifestyle- Modifikation. *Journal für Hypertonie*, 8(1), 20-22.
- Stranges, S., Wu, T., Dorn, J.M., Freudenheim, J.L., Muti, P., Farinano, E., Russell, M., Nochajski, T.H. und Trevisan, M. (2004). Relationship of Alcohol Drinking Pattern to Risk of Hypertension: A Population-Based Study. *Hypertension*, 44, 813-819.
- Titscher, G. (2003). *Die arterielle Hypertonie aus psychosomatischer Sicht*. In Ebner, B. (Hrsg.). *Hypertonie interdisziplinär. Ein Kompendium für die Praxis*. München: Hans Marseille Verlag GmbH.
- Toplak, H. (2007). Bauchumfang und Übergewicht: Eine Blickdiagnose für Metabolisches Risiko und Hypertonie. *Journal für Hypertonie*, 11(Sonderheft 1), 16-18.
- Undeutsch, K. und Kohl, O. (1999). *Abwechslungsreiche Diät bei Bluthochdruck*. Stuttgart: TRIAS.
- Uzu, T., Kimura, G., Yamauchi, A., Kanasaki, M., Isshiki, K., Araki, S., Sugimoto, T., Nishio, Y., Maegawa, H., Koya, D., Haneda, M. und Kashiwagi, A. (2006). Enhanced sodium sensitivity and disturbed circadian rhythm of blood pressure in essential hypertension. *Journal of Hypertension*, 24, 1627-1632.
- Whelton, S.P., Chin, A., Xin, X. und He, J. (2002). Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med*, 136, 493-503.

- Winnicki, M., Somers, V.K., Dorigatti, F., Longo, D., Santonastaso, M., Mos, L., Mattarei, M. Pessina, A.C. und Palatini, P. on behalf of the HARVEST Study Group. (2006). Lifestyle, family history and progression of hypertension. *Journal of Hypertension, 24*, 1479-1487.
  
- World Health Organization, International Society of Hypertension. (1999). Guidelines for the management of hypertension. Guidelines Subcommittee. *Journal of Hypertension, 17(2)*, 152-183.
  
- Zernike, W. und Henderson, A. (2002). *Zwei Unterweisungsmethoden für Patienten mit der Diagnose Bluthochdruck: Die Auswertung ihrer Wirksamkeit.* In Schröck, r. und Drerup, E. (Hrsg.). *Der informierte Patient.* Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

## 11. Anhang

### 11.1 Leitfaden für Patienteninterview

- Aus welchen Gründen sind Sie ins Krankenhaus gekommen?
- Wer hat die Diagnose Bluthochdruck bei Ihnen gestellt?
- Wie hat sich der hohe Blutdruck bemerkbar gemacht?
- Was glauben Sie ist der Grund für Ihren zu hohen Blutdruck?
- Wie lange haben Sie vor diesem Krankenhausaufenthalt Probleme mit dem Blutdruck gehabt?
- Haben Sie jetzt im Krankenhaus blutdrucksenkende Medikamente verschrieben bekommen?
- Welche Medikamente nehmen Sie für Ihren Bluthochdruck?
- Wie lange nehmen Sie schon Blutdruckmedikamente?
- Woher haben Sie bisher Informationen über Bluthochdruck bekommen?
- Waren Sie aus diesem Grund schon öfter im Krankenhaus?
- Können Sie Ihren Blutdruck selbstständig messen?
- Wurde Ihnen im Krankenhaus gezeigt, wie man selbstständig seinen Blutdruck misst?
- Haben Sie zu Hause ein Blutdruckmessgerät?
- Wie häufig messen Sie Ihren Blutdruck zu Hause?
- Was wäre für Sie der ideale Blutdruckwert?
- Wie schaut Ihr Blutdruck aus, wenn Sie ihn messen?
- Ist der Blutdruck im Normalbereich?
- Welchen Wert sollte ihr Blutdruck nicht übersteigen?
- Wissen Sie, welche Gründe es für Bluthochdruck geben kann?
- Was kann man selbst gegen Bluthochdruck machen?
- Was machen Sie selbst gegen den hohen Blutdruck?
- Hat Sie jemand im Krankenhaus über Ihre Bluthochdruckerkrankung beraten?
- Wer hat die Beratung durchgeführt?
- Was haben Sie bei der Beratung erfahren?
  - Alternative:
    - Worüber würden Sie gerne beraten werden?
    - Von wem würden Sie gerne beraten werden?

- Wurden Sie über den positiven Effekt einer Ernährungsumstellung bei Bluthochdruck informiert?
- Haben Sie ein Gespräch mit einer Diätologin geführt?
- Was hat man Ihnen über die Ernährungsumstellung bei Bluthochdruck erzählt?
- Würden Sie gerne zum Thema Ernährungsumstellung beraten werden?
- Was müssten Sie über eine Ernährungsumstellung erfahren, um es in Ihrem Lebensalltag umsetzen zu können?
- Kommt für Sie eine Ernährungsumstellung, die Ihren Blutdruck senken könnte, in Frage?
- Wissen Sie, wie sich Salzkonsum auf den Blutdruck auswirkt?
- Wie beeinflusst eine fettreduzierte Ernährung den Blutdruck?
- Sollte der Alkohol bei Bluthochdruck reduziert werden?
- Wissen Sie, wie sich Kaffee auf den Blutdruck auswirkt?
- Wie beeinflusst Zigaretten rauchen den Bluthochdruck?
- Sollte die Kaliumzufuhr bei Bluthochdruck erhöht werden?
- Sollte die Calcium- und Magnesiumzufuhr bei Bluthochdruck erhöht werden?
- Wissen Sie, wie sich eine Mediterrane Ernährung auf den Blutdruck auswirkt?
- Wissen Sie, sollte Übergewicht bei Bluthochdruck reduziert werden?
- Bekommen Sie im Krankenhaus eine spezielle Kost für Ihren Bluthochdruck?
- Wissen Sie wie sich Bewegung auf den Bluthochdruck auswirkt?
- Wissen Sie welche Sportarten für den Bluthochdruck geeignet sind?
- Wissen Sie wie sich durch Stress der Blutdruck verändert?
- Haben Sie Informationsmaterialien über Bluthochdruck bekommen?
- Welche Informationsmaterialien haben Sie bekommen?
- Hätten Sie gerne Informationsmaterial zu diesem Thema, das Sie mit nach Hause nehmen könnten?
- Welche Art von Informationsmaterialien hätten Sie am liebsten?
- Haben Sie noch offene Fragen bezüglich Ihres Bluthochdrucks?
- Von wem würden Sie gerne beraten werden?

## 11.2 Leitfaden für Pflegepersoneninterview

- Finden auf Ihrer Station generell Beratungen statt?
- Beraten Sie Patienten mit Bluthochdruck?
- Worüber informieren Sie die Patienten?
- Gibt es auf Ihrer Station Informationsmaterialien für die Patienten?
- Welche Informationsmaterialien gibt es?
- Verwenden Sie diese Informationsmaterialien (Merkblätter, Videos, DVDs, CDs, Audiokassetten, Poster, Bücher)?
- Welche dieser Informationsmaterialien verwenden Sie?
- Wie viel Zeit bleibt Ihnen neben Ihrer Pfl egetätigkeit Patienten zu beraten?
- Trennen Sie die Beratungszeit von der Pfl egetätigkeit?
- Wird Ihnen von Ihrer Stationsleitung Zeit für Beratung gegeben?
- Wo auf der Station führen Sie Beratungen durch (Bett, Extraräume,...)?
- Arbeiten Sie bei der Beratung im Team?
- Welche Disziplinen arbeiten in diesem Team mit?
- Führen Sie Einzelberatungen durch?
- Führen Sie Gruppenschulungen durch?
- Informieren Sie die Patienten über die Möglichkeit einer Ernährungsumstellung?
- Wissen Sie, wie sich Salzkonsum auf den Blutdruck auswirkt?
- Wie beeinflusst eine fettreduzierte Ernährung den Blutdruck?
- Sollte der Alkohol bei Bluthochdruck reduziert werden?
- Wissen Sie, wie sich Kaffee auf den Blutdruck auswirkt?
- Wie beeinflusst Zigaretten rauchen den Bluthochdruck?
- Sollte die Kaliumzufuhr bei Bluthochdruck erhöht werden?
- Sollte die Calcium- und Magnesiumzufuhr bei Bluthochdruck erhöht werden?
- Wissen Sie, wie sich eine Mediterrane Ernährung auf den Blutdruck auswirkt?
- Wissen Sie, sollte Übergewicht bei Bluthochdruck reduziert werden?
- Geben Sie dem Patienten Informationsmaterialien über die vorgeschlagene Ernährung bei Bluthochdruck mit?
- Gibt es im Krankenhaus eine Ernährungsberaterin/ Diätologin?
- Leiten Sie Patienten an die Ernährungsberaterin weiter?

- Wird für Patienten eine spezielle Ernährung bei Hypertonie im Krankenhaus angeboten?
- Geben Sie dem Patienten Adressen oder Telefonnummern mit, an die er sich wenden kann, um an Hypertonieschulungen oder Ernährungsberatungen teilnehmen zu können?
- Wissen Sie wie sich Bewegung auf den Bluthochdruck auswirkt?
- Wissen Sie welche Sportarten für den Bluthochdruck geeignet sind?
- Wissen Sie wie sich durch Stress der Blutdruck verändert?
- Warum sehen Sie die Beratung als Aufgabe der Pflege?
- Glauben Sie, dass eine Beratung von den Patienten angenommen wird?
- Glauben Sie, dass die Beratung den Patienten etwas bringt?
- Ziehen Sie bei der Beratung auch Angehörige mit ein, z.B. bei pflegebedürftigen Patienten?
- Gibt es Fragen, die besonders häufig von Patienten mit Bluthochdruck gestellt werden?
- Sollte Ihrer Meinung nach die Beratung von Patienten in der Ausbildung mehr gefördert werden?
- Wie könnte man dies fördern?
- Würden Sie eine Weiterbildung zum Thema Beratung besuchen, wenn diese angeboten werden würden?
- Welche Inhalte müsste die Weiterbildung anbieten, dass Sie sie besuchen würden?

### **Alternative Fragen:**

(wenn auf die erste Frage mit NEIN geantwortet wird)

- Beraten Sie Patienten mit Bluthochdruck?
- Was sind die Gründe dafür, dass Sie keine Beratung durchführen?
- Unter welchen Umständen könnten Sie sich vorstellen Beratungen durchzuführen?
- Könnten Sie sich vorstellen gemeinsam mit einem Team zu beraten?
- Geben Sie dem Patienten schriftliches Informationsmaterial über Bluthochdruck?

- Was machen Sie, wenn Ihnen ein Patient mehrere Fragen über den Bluthochdruck stellt?
- Leiten Sie Patienten bei Fragen an Kollegen weiter?
- Informieren Sie Patienten über die vorgeschlagene Ernährung bei Bluthochdruck?
- Wissen Sie, wie sich Salzkonsum auf den Blutdruck auswirkt?
- Wie beeinflusst eine fettreduzierte Ernährung den Blutdruck?
- Sollte der Alkohol bei Bluthochdruck reduziert werden?
- Wissen Sie, wie sich Kaffee auf den Blutdruck auswirkt?
- Wie beeinflusst Zigaretten rauchen den Bluthochdruck?
- Sollte die Kaliumzufuhr bei Bluthochdruck erhöht werden?
- Sollte die Calcium- und Magnesiumzufuhr bei Bluthochdruck erhöht werden?
- Wissen Sie, wie sich eine Mediterrane Ernährung auf den Blutdruck auswirkt?
- Sollten Bluthochdruckpatienten nach Ihrer Meinung vom Pflegepersonal beraten werden?
- Sehen Sie die Beratung als eine Aufgabe der Pflege?
- Sollte Ihrer Meinung nach die Beratung von Patienten in der Ausbildung mehr gefördert werden?
- Wie könnte man dies fördern?

### 11.3 Leitfaden für das Interview mit der Diätologin

- Aus welchen Gründen/Krankheiten werden Sie am häufigsten Patienten gerufen?
- Wer bestimmt, dass Sie gerufen werden (Arzt, Pflegepersonal, Therapeut)?
- Wie oft werden Sie pro Monat zu Bluthochdruckpatienten gerufen?
- Wie oft werden Sie im Gegensatz zu zum Beispiel Diabetespatienten gerufen?
- Aus welchen Gründen werden Sie zu Bluthochdruckpatienten gerufen? (Übergewichtigen oder auch schlanken Menschen)
- Was glauben Sie können Gründe für einen hohen Blutdruck sein?
- Wenn Sie zu Blutdruckpatienten kommen oder gerufen werden- sind das Patienten die schon länger an Bluthochdruck leiden oder erst seit kurzem wissen?
- Aus welchen Gründen sind Bluthochdruckpatienten am häufigsten im Krankenhaus (aus Ihrer Erfahrung)?
- Werden Sie bei Bluthochdruckpatienten auf bestimmten Stationen häufiger gerufen als auf anderen?
- Worüber sprechen Sie bei einem Beratungsgespräch bei Bluthochdruck?
- Haben Sie das Gefühl, dass die Patienten schon vor ihrem Beratungsgespräch etwas zur Ernährungsumstellung wissen?
- Was wissen Patienten über Bluthochdruck am häufigsten?
- Welche Fragen werden von Patienten am häufigsten gestellt?
- Haben Patienten die mit einem zu hohen Blutdruck ins Krankenhaus kommen eine Idee was Sie selbst gegen ihre Hypertonie machen können?
- Wo führen Sie Beratungen durch (auf der Station, am Bett, in Extraräumen)?
- Arbeiten Sie bei der Beratung im Team?
- Welche Disziplinen arbeiten im Team?
- Ziehen Sie bei der Beratung von pflegebedürftigen Patienten auch die Angehörigen mit ein?
- Welche konkreten Ernährungsmaßnahmen empfehlen Sie den Patienten (Salzkonsum, fettreduzierte Ernährung, Alkohol, Kaffee, Zigaretten, Kalium, Kalzium, Magnesium, Mediterrane Ernährung)?
- Gibt es im Krankenhaus eine spezielle Kost für Bluthochdruckpatienten?
- Veranlassen Sie, dass der Patient eine spezielle Kost bekommt?

- Wer stellt die Diätpläne für das Krankenhaus/Küche zusammen?
- Erzählen Sie Patienten auch etwas über Bewegung?
- Welche Sportarten empfehlen Sie bei Bluthochdruck?
- Erzählen Sie Patienten auch etwas über Stressbewältigung?
- Was erzählen Sie Patienten da?
- Werden Patienten bevor Sie zu Ihnen kommen vom Pflegepersonal beraten (Ernährung, Bewegung, Stress)?
- Haben Sie Informationsmaterialien über Bluthochdruck, die Sie Patienten geben?
- Was sind diese Materialien, Merkzettel, Informationsbroschüren Buchempfehlungen oder schreiben Sie für Patienten etwas zusammen?
- Geben Sie jedem Patient mit Bluthochdruck Informationsmaterialien?
- Gibt es auf den Stationen Informationsmaterialien zum Bluthochdruck?
- Sehen Sie die Beratung von Hypertoniepatienten auch als Aufgabe der Pflege?
- Wenn ja warum, wenn nein warum?
- Worüber sollte das Pflegepersonal bei Hypertoniepatienten aufklären bzw. beraten können?
- Was sollte in der Ausbildung von Pflegepersonal bezüglich Hypertonieberatung gefördert werden?
- Führen Sie Einzelberatungen durch, oder Sie auch Gruppenschulungen?
- Würden Sie gerne Gruppenschulungen für Bluthochdruck im Krankenhaus durchführen?
- Würden Sie eine Gruppenschulung gerne mit mehreren Disziplinen machen?
- Wenn ja, mit welchen?
- Erstellen Sie gemeinsam mit den Patienten einen Plan, für die Ernährung und Bewegung, was in Zukunft zu Hause gemacht werden sollte?
- Glauben Sie, dass Patienten die Beratung annehmen und zu Hause nach dem Ernährungsplan leben?
- Geben Sie Patienten Adressen für Ernährungsberatungen, Ernährungsprogramme, oder Hypertonieschulungen?
- Welche Maßnahmen empfehlen Sie Patienten nach ihrem Krankenhausaufenthalt (Kur, Ernährungsprogramme, Abnehmurse/-programme, Bewegung und Fitnessstudio, Schulungen,...)

## **11.4 Transkripte**

**Patienten (P 1-5)**

**Krankenschwestern (K 1-5)**

**Diätologin**

Interview P1

- 1 I: Warum sind Sie ins Krankenhaus gekommen?
- 2 IP: Also ich bin um eins in der Nacht munter geworden und hab so fürchterliche Brustschmerzen gehabt, Schulterschmerzen  
3 und übel war mir auch und mir der Luft habe ich auch Schwierigkeiten gehabt und dann bin ich aufgestanden und dann so um 2  
4 Uhr habe ich dann zu meiner Frau gesagt, sie soll die Rettung anrufen, weil ich kann nicht mehr.
- 5 I: Mir hat der Arzt gesagt, dass Sie einen Bluthochdruck haben, wie lange ist das schon her, dass Sie wissen dass Sie einen zu  
6 hohen Blutdruck haben?
- 7 IP: Na so um die 10 Jahre.
- 8 I: Nehmen Sie Medikamente für Ihren Blutdruck?
- 9 IP: Ja auch seit zirka 10 Jahren.
- 10 I: Wer hat damals festgestellt, dass Sie einen zu hohen Blutdruck haben?
- 11 IP: Der Herr Doktor Tiefengraber.
- 12 I: Das ist Ihr Internist?
- 13 IP: Ja ganz genau.
- 14 I: Hat sich der Blutdruck bei Ihnen bemerkbar gemacht?
- 15 IP: Ja ich spüre das, wenn der Blutdruck zu hoch ist, ich war dann oft müde, hab mich niederlegen müssen, aber so im  
16 Arbeitsbereich hab ich eigentlich keine Probleme gehabt.
- 17 I: Haben Sie eine Vorstellung was der Grund sein kann warum Ihr Blutdruck so in die Höhe gegangen ist?
- 18 IP: Also ich glaube dienstlich, ich war bei der Wiener Lokalbahn, da war ich Aufsichtsperson und da der Stress hat schon  
19 wahrscheinlich auch ein bisschen dazu beigetragen, ich habe auch viele Überstunden gemacht und auch das Glaserl Wein hat  
20 mir sehr gut geschmeckt, das war oft meine Beruhigung nach der Arbeit ich mein nicht dass ich jetzt angetrunken war, aber ab  
21 und zu habe ich schon ein oder mehr Glaserl zur Beruhigung gebraucht.
- 22 I: Waren Sie schon einmal wegen Ihres Blutdrucks im Krankenhaus?
- 23 IP: Nein nur wegen des Blutdrucks war ich nicht im Krankenhaus, aber ein paar war ich schon wegen etwas im Krankenhaus,  
24 wo aber der Blutdruck dann auch immer eine Rolle gespielt hat, wie Herzrasen oder so etwas.
- 25 I: Haben Sie wenn Sie bis jetzt im Krankenhaus waren Informationen zum Blutdruck bekommen, d.h. Merkblätter oder  
26 irgendwelche Broschüren zum Thema Blutdruck?
- 27 IP: Im Krankenhaus selbst jetzt nicht, aber wie ich auf Rehab war da habe ich dann schon Informationsmaterialien bekommen,  
28 der Blutdruck hängt ja mit der Kost auch zusammen und mit dem Gewicht und ich weiß ich hab um zirka 4 bis 5kg zu viel hat  
29 mir der Arzt gesagt und ich weiß auch warum, weil ich kaum Bewegung, so wie Radfahren mache, weil mir da immer so leicht  
30 schwindelig wird und dann fall ich gleich um und das macht was aus, weil man ja nichts abbauen kann.
- 31 I: Gehen Sie manchmal spazieren?
- 32 IP: Na jetzt wenig, wenig.
- 33 I: Und warum gehen Sie nicht spazieren, wir Ihnen da auch schwindelig?
- 34 IP: Ja das aber auch weil ich mit der Luft Schwierigkeiten habe.
- 35 I: Haben Sie zu Hause selbst ein Blutdruckgerät?
- 36 IP: Ja habe ich.
- 37 I: Hat man Ihnen gezeigt, wie Sie das Blutdruckgerät verwenden soll?
- 38 IP: Ja das ist uns in der Apotheke gezeigt worden.
- 39 I: Haben Sie ein Gerät für den Oberarm oder für das Handgelenk?

- 40 IP: Für den Oberarm.
- 41 I: Wie oft messen Sie den Blutdruck?
- 42 IP: Einmal am Tag alle zwei Tage.
- 43 I: Wissen Sie was der ideale Blutdruckwert für Sie wäre?
- 44 IP: So um die 120/70.
- 45 I: Haben Sie mit den Medikamenten auch einen Blutdruck in diesem Bereich?
- 46 IP: Ja meistens.
- 47 I: Wissen Sie welchen Wert der Blutdruck bei Ihnen nicht übersteigen soll?
- 48 IP: So 130/90.
- 49 I: Wir haben vorher schon kurz darüber gesprochen, was kann man denn alles selbst machen wenn man einen zu hohen  
50 Blutdruck hat um diesen zu verbessern?
- 51 IP: Viel frische Luft und auch die Kost soll man verändern, aber ich esse eh schon keine Zuckerl oder Schokolade mehr oder  
52 Eis, aber leider bekomme ich am Nachmittag oft so einen Gusta auf so viele Dinge wie Grammeln oder Kümmelbraten und das  
53 esse ich dann auch.
- 54 I: Sind Sie schon einmal im Krankenhaus zur Ernährung beraten worden?
- 55 IP: Nein im Krankenhaus direkt nicht, aber wenn ich auf Kur war oder auf Rehab, aber im Krankenhaus noch nicht.
- 56 I: Würden Sie gerne zur Ernährung von Bluthochdruck im Krankenhaus beraten werden?
- 57 IP: Ich weiß eigentlich durch meine Kur- und Rehaaufenthalte schon ziemlich viel, also das muss nicht unbedingt sein, wobei  
58 man erfährt doch immer wieder etwas Neues. In Großgeruns hab ich sogar Einzelberatung gehabt, und da habe ich damals in  
59 den ersten 3 Wochen 8 Kilogramm abgenommen, weil ich keinen Alkohol getrunken habe, bei wirkt sich Alkohol  
60 appetitanregend aus.
- 61 I: Was trinken Sie lieber, einen Weißwein oder einen Rotwein?
- 62 IP: Lieber und häufiger trinke ich einen Weißwein.
- 63 I: Haben Sie nach den Kuren oder nach der Rehab Ihre Ernährung zu Hause auch umgestellt?
- 64 IP: Ja freilich.
- 65 I: Was haben Sie da umgestellt?
- 66 IP: Also da haben wir schon viel umgestellt, mit dem Salz oder auch wir esse mehr Gemse und Obst, aber ich glaube, dass wir  
67 immer noch zu viel Fett essen, weil es uns ja auch unheimlich gut schmeckt.
- 68 I: Glauben Sie dass weniger Fett besser wäre für den Blutdruck?
- 69 IP: Ja genau, zum Beispiel das wir statt dem Obers eher ein Joghurt dazu geben würden, aber es schmeckt halt mit Obers viel  
70 besser.
- 71 I: Salz haben Sie auch schon angesprochen, was sollte man da beachten?
- 72 IP: Na das soll man reduzieren.
- 73 I: Wissen Sie auch wie der Alkohol den Blutdruck beeinflusst?
- 74 IP: Ja er lässt ihn steigen, aber ich habe überhaupt erhöhte Leberwerte, meine ganze Familie, sogar unser 2 jähriges Enkerl hat  
75 schon erhöhte Leberwerte bei einer Blutuntersuchung gehabt, das liegt bei uns in der Familie, aber ich darf mich da nicht  
76 rausreden, ich sollte wahrscheinlich ein bisschen weniger Alkohol trinken. Ich lass mir mein Glaserl Wein aber nicht ganz  
77 wegnehmen.
- 78 I: Wissen Sie wie sich Kaffee auf den Blutdruck auswirken kann?

- 79 IP: Ja das lässt den Blutdruck auch steigen, aber ich trinke wenig Kaffee, vielleicht zwei Tassen Kaffee am Tag. Milch trinke ich  
80 ein bisschen viel des macht zwar dem Blutdruck nichts, aber die hat wieder viel Kalorien.
- 81 I: Wissen Sie welchen Einfluss Zigaretten auf den Blutdruck haben können?
- 82 IP: Das kann ich Ihnen nicht beantworten, ich habe nie geraucht, das weiß ich nicht.
- 83 I: Wissen Sie wie sich Kalium, Magnesium oder Kalzium auf den Blutdruck auswirkt, das viel in Obst oder Gemüse drinnen ist?
- 84 IP: Ja das ist gut für den Körper und so auch gut für den Blutdruck.
- 85 I: Was glauben Sie, wie sich eine mediterrane Kost, eine Mittelmeerkost auf den Blutdruck auswirkt, also eine Ernährung mit viel  
86 Fisch und Obst und Gemüse usw.?
- 87 IP: also das wirkt sich bestimmt positiv auf den Blutdruck aus.
- 88 I: Wissen Sie wie sich Übergewicht auf den Blutdruck auswirkt?
- 89 IP: Ja das ist ganz schlecht, deshalb kämpfe ich ja auch so mit meinen paar Kilos zu viel.
- 90 I: Bekommen Sie hier im Krankenhaus eine spezielle Kost für Ihren Blutdruck?
- 91 IP: Nein ganz normale Kost, ein bisschen reduzierte Kost, also nicht ganz so viel bekomme ich, aber das habe ich auch so  
92 verlangt, ich will gar nicht mehr.
- 93 I: Wissen Sie was man generell bei Bluthochdruck machen kann, auch wenn Sie das nicht machen können?
- 94 IP: Das ist gut glaube ich schon.
- 95 I: Sie habe gesagt, dass Sie gemerkt haben, dass bei Stress Ihr Blutdruck gestiegen ist, was haben Sie dagegen gemacht?
- 96 IP: Na ich habe versucht einen klaren Kopf zu behalten und habe versucht den Stress zu minimieren, einfach einen Schritt  
97 zurück, langsamer anfangen.
- 98 I: Hätten Sie gerne noch Informationsmaterialien zum Bluthochdruck?
- 99 IP: Brauche ich nicht unbedingt, vielleicht wenn es gibt, was man machen kann um den Stress abzubauen oder welche leicht  
100 Bewegung gut für den Blutdruck sind.
- 101 I: Haben Sie noch irgendwelche Fragen zum Bluthochdruck, die Sie noch gerne beantwortet hätten?
- 102 IP: Nein habe ich eigentlich nicht.
- 103 I: Von wem würden Sie wenn sie noch einmal beraten werden würden gerne beraten werden?
- 104 IP: Das ist mir eigentlich egal ob vom Arzt oder einer Krankenschwester, aber auch die Diätassistentinnen sind immer sehr nett  
105 und ich finde die machen das auch immer sehr gut, zumindest dort wo ich bis jetztberaten wurde.
- 106 I: So dann danke für da Interview, darf ich Ihnen noch ein paar Fragen zu Ihrer Person stellen?
- 107 IP: Ja natürlich.
- 108 I: Wie alt sind Sie?
- 109 IP: 68 Jahre.
- 110 I: Welche Ausbildung haben Sie gemacht?
- 111 IP: Ich habe Gärtner gelernt als Lehre und dann war ich 38 Jahre bei der Badener Bahn.
- 112 I: Wie lange sind Sie jetzt schon da?
- 113 IP: Seit zwei Tagen.
- 114 I: Wissen Sie schon wann Sie entlassen werden?

- 115 IP: Der Arzt hat gesagt übers Wochenende sicher noch, also noch mindestens 5 Tage, aber das ist eh gut, da überwachen Sie  
116 mich und checken ob alles in Ordnung ist, der Oberarzt hat mir schon einmal das Leben gerettet, da hab ich das letzte Mal zwei  
117 Herzstillstände gehabt und der hat mich wiederbelebt, dem habe ich viel zu verdanken
- 118 I: Gut dann vielen Dank für das Gespräch.
- 119 IP: Ja bitte gerne geschehen.

Interview P2

- 1 I: Aus welchen Gründen sind Sie ins Krankenhaus eingeliefert worden?
- 2 IP: Vor zirka vier Wochen hab ich in den Rippen so ein Stechen bekommen das ist immer stärker geworden und dann bin ich  
3 zum Hausarzt gegangen und der hat mich röntgen geschickt und Ultraschalluntersuchungen die Befunde waren aber immer  
4 verhältnismäßig gut, also er hat die Ursache eigentlich nicht verstehen können. Das war der Anfang, aber dass hat sich dann  
5 immer verschlechtert und der Hausarzt hat dann gesagt ich soll zu einem Internisten gehen und dann bin ich zum Herrn Primar  
6 gegangen und der hat dann gesagt, dass ich auch wegen meinem zu hohen Blutdruck in Krankenhaus gehen soll und dann bin  
7 ich hier gelandet.
- 8 I: Und wann war das?
- 9 IP: Also hier her gekommen bin ich am Dienstag.
- 10 I: Sie haben jetzt gesagt, Sie leiden an einem zu hohen Blutdruck, wer hat das festgestellt?
- 11 IP: Also das habe ich schon von Jung auf, einen labilen Blutdruck, dass haben die Ärzte gesagt, ich bin gleich oben, aber auch  
12 gleich wieder unten. Das sind oft so kleine Aufregungen, die was die ich gar nicht merke und sofort wirkt sich das auf den  
13 Blutdruck aus.
- 14 I: Wissen Sie, wie hoch da Ihr Blutdruck wird?
- 15 IP: Also er war jetzt in letzter Zeit, ich tue ihn zu Hause immer selbst messen, da ist der Blutdruck immer so 140, 150 manches  
16 Mal aber auch niedriger, wenn ich zum Arzt gehe ist er 170.
- 17 I: Was glauben Sie, warum Sie immer wieder an so hohem Blutdruck neigen?
- 18 IP: Ich kann mir dass eigentlich selbst nicht erklären. Es hat mir schon ein paar Mal ein Arzt gesagt, manche Menschen  
19 reagieren so.
- 20 I: Auf was reagieren?
- 21 IP: Ja das sind oft so kleine Aufregungen, die man oft gar nicht mitbekommt, also der Stress ist manchmal zu viel.
- 22 I: Nehmen Sie Medikamente für Ihren Bluthochdruck?
- 23 IP: Naja, ich war da einmal in der Rudolfstiftung bei einer Untersuchung und da haben mir die ein Dauerblutdruckmessgerät für  
24 24 Stunden bekommen und da hat dann der Arzt zu mir gesagt der Blutdruck ist im Durchschnitt gut, na da ich gesagt, dann ist  
25 es ja gut, hat er gesagt so gut ist dass auch wieder nicht, da sind Sie ja immer gleich auf 180 und dann wieder auf 100 oder was
- 26 I: Wissen Sie welchen Wert Ihr Blutdruck haben sollte?
- 27 IP: Also was ich weiß, soll man zirka 130 haben.
- 28 I: Und den zweiten Wert wissen Sie auch dazu?
- 29 IP: Ich glaub so um die 90.
- 30 I: Haben Sie irgendwoher Informationen über Bluthochdruck bekommen, von einem Arzt, oder einer Krankenschwester, oder  
31 jemanden anderen?
- 32 IP: Also ich war zuletzt wegen meinem Zittern bei einem Neurologen, dem habe ich dass alles gesagt, wenn ich selber messe  
33 habe ich meist 140, 150 und beim Arzt wenn ich bin hab ich 170, da hat er gesagt, dass ist normal.
- 34 I: Hat Sie ein Arzt oder eine Krankenschwester darüber früher schon einmal aufgeklärt, was man gegen Blutdruck machen  
35 kann?
- 36 IP: Nein eigentlich nicht so wirklich.
- 37 I: Sie haben gesagt, dass Sie zu Hause den Blutdruck selbst messen, haben Sie da ein Oberarmmanschetten Gerät oder eines  
38 für das Handgelenk?
- 39 IP: Ich habe eins für das Handgelenk.
- 40 I: Hat Ihnen jemand einmal gezeigt, wie man Blutdruck misst?
- 41 IP: Na dort wo ich es gekauft habe, beim bständig, da haben mir die das dort gezeigt.

- 42 I: Haben sie es von einem Arzt oder Krankenschwester auch einmal gezeigt bekommen?
- 43 IP: Also mein Hausarzt hat es dann selber mal probiert, ob ich dass richtig mache.
- 44 I: Welche Blutdruckwerte haben Sie in etwa, wenn Sie den Blutdruck selbst messen?
- 45 IP: Also immer so 140, 150 also niedriger habe ich ihn kaum.
- 46 I: Wissen Sie was man selbst gegen den Bluthochdruck machen könnte?
- 47 IP: Wissen Sie bei uns ist das oft so gewesen, da in der Früh schon ein bisschen ein Stress, jeder will was da merkt man dann  
48 schon, dass er steigt.
- 49 I: Merken Sie bei Ihrem Körper wenn Ihr Blutdruck steigt?
- 50 IP: Ja das merke ich eigentlich schon.
- 51 I: Schauen Sie dann, dass sie ein bisschen zurücktreten dass sich der Blutdruck wieder beruhigt?
- 52 IP: Ja das mache ich schon.
- 53 I: Hat Sie, wie sie früher schon einmal im Krankenhaus waren, jemand über Bluthochdruck beraten, Ärzte,  
54 Krankenschwestern...?
- 55 IP: Also richtig beraten eigentlich nicht.
- 56 I: Haben Sie irgendwelche Materialien, Zetteln bekommen, die Sie mit nach Hause nehmen durften, wo etwas über  
57 Bluthochdruck drauf gestanden ist?
- 58 IP: Vom Krankenhaus?
- 59 I: Ja
- 60 IP: Naja ich glaube ja, ja doch.
- 61 I: Wissen Sie was da oben gestanden ist?
- 62 IP: Naja so was wie Stress meiden.
- 63 I: Haben Sie diese Materialien im Badener Krankenhaus bekommen, oder wo anders?
- 64 IP: Also ich muss sagen am meisten bin ich darüber in der Rudolfstiftung aufgeklärt worden, wo das auch war mit den  
65 Dauermessgerät war.
- 66 I: Haben Sie zu den Informationsmaterialien auch noch erklärt worden, was da auf den Zetteln steht?
- 67 IP: Nein eigentlich nicht, aber ich war von Zeit zu Zeit beim Hausarzt und der hat gesagt ich soll mich nicht überarbeiten,  
68 möglichst nicht aufregen.
- 69 I: Hat man Sie darüber aufgeklärt, dass die Ernährung eine positive Wirkung auf den Bluthochdruck hat?
- 70 IP: Ja, aber das war bei mir automatisch, also ich habe so mit 40 schlechte Leberwerte gehabt und meine Frau leidet wieder an  
71 Schmerzen im Darm und da hat sie sich eigentlich immer sehr für die Verköstigung sehr interessiert und richtig gekocht, ich hab  
72 dann so mit 40 einmal rapid abgenommen ich habe 85 kg gehabt und bin dann auf 73 hinunter und die 73 kg habe ich jetzt 30  
73 Jahre gehabt.
- 74 I: Und was haben Sie da an der Ernährung umgestellt?
- 75 IP: Vor allem habe ich nicht mehr soviel gegessen, meine Frau hat alles mit pflanzlichen Ölen gekocht und statt einem  
76 Butterbrot habe ich ein Becelbrot gegessen, viel Gemüse haben wir gegessen und natürlich nicht zu viel. Und wie ich das mit  
77 der Leber gehabt habe, also so ein Gamma GT von 300 oder so und da hat der Arzt zu mir gesagt, keinen Tropfen Alkohol und  
78 ich habe gesagt Herr Doktor das ist bei mir nicht möglich, ich bin ein Weinhauer und ich habe einen Heurigen, da kommt oft  
79 einmal wer und sagt da trinken wir einen Schluck, aber ich war nie, dass ich betrunken war oder so und dann hat der Arzt zu mir  
80 gesagt, na gut wenn Sie trinken, dann gehen Sie drauf, aber das hat mich sehr geschockt und von einem Tag auf den anderen  
81 habe ich dann nichts mehr getrunken und das über 20 Jahre und bin dann wieder auf normale Gamma-Werte gekommen.
- 82 I: Also bei Ihrer Ernährungsumstellung haben besonders auf die Fette geachtet?

- 83 IP: Na wissen Sie bei der Landwirtschaft, da ist dann so viel Schweinefett und Speck und alles Mögliche und Schnitzel und das  
84 habe, nicht dass ich das dann gar nicht mehr gegessen habe, aber doch viel weniger.
- 85 I: Hat man Ihnen auch gesagt, dass wenn man Fett reduziert, dass das gut für den Blutdruck ist?
- 86 IP: Nein, da war immer nur die Rede von der Leber.
- 87 I: Jetzt generell, wissen Sie wie sich der Salzkonsum auf den Blutdruck auswirkt?
- 88 IP: Wird steigen, dass ist ja logisch, davon sollte man nicht so viel essen.
- 89 I: Wissen Sie was Kaffee für einen Einfluss hat?
- 90 IP: Den habe ich eigentlich immer getrunken, aber mäßig.
- 91 I: Und was heißt mäßig?
- 92 IP: Also zur Jause haben wir ein bisschen einen getrunken.
- 93 I: Wissen Sie welchen Einfluss Zigaretten auf den Blutdruck haben?
- 94 IP: Ja, die ziehen die Blutgefäße zusammen.
- 95 I: Ja und was heißt dass?
- 96 IP: Na das ist schlecht für den Blutdruck.
- 97 I: Wissen Sie wie Kalium den Blutdruck verändern kann?
- 98 IP: Also ich denke, dass kann ihn eigentlich nur senken können.
- 99 I: Und Kalzium und Magnesium?
- 100 IP: Also Magnesium glaube ich ist auch sehr senkend und Kalzium weiß ich eigentlich nicht.
- 101 I: Und eine mediterrane Kost, eine leichte Kost mit viel Fisch haben Sie schon einmal darüber gehört, wie sich das auf den  
102 Blutdruck auswirkt?
- 103 IP: Fisch ist auf alle Fälle gut, obwohl ich nicht unbedingt ein Freund davon bin, aber einmal in der Woche bekommen wir einen  
104 Fisch.
- 105 I: Wissen Sie welchen Einfluss Übergewicht auf den Blutdruck hat?
- 106 IP: Also ich glaube dass hat einen ganz schönen Einfluss.
- 107 I: Bekommen Sie hier im Krankenhaus eine spezielle Kost für den Blutdruck?
- 108 IP: Also ich bin gefragt worden was ich essen möchte, und da habe ich das erzählt was ich Ihnen jetzt erzählt habe, und die  
109 Beraterin hat dann gesagt, ah dann weiß ich schon.
- 110 I: wissen Sie jetzt was für eine Kost Sie bekommen?
- 111 IP: Keine Vollwertkost, was mit viel Gemüse.
- 112 I: Haben Sie schon einmal ein Gespräch mit einer Diätologin gehabt?
- 113 IP: Ja schon mehrmals.
- 114 I: Ist es da dann immer über die Leber gegangen oder auch um den Blutdruck?
- 115 IP: Natürlich hat mich die auch gefragt ob ich einen höheren Blutdruck habe und da habe ich schon auch ja gesagt..
- 116 I: Hat Ihnen die Diätologin auch erzählt, dass Sie z.B. Salz reduzieren sollen oder weniger Fett essen sollen?
- 117 IP: Also die hat mir eigentlich nur gesagt, was ich essen soll und was nicht.
- 118 I: Haben Sie hier im Krankenhaus eine Ernährungsberatung bekommen?
- 119 IP: Ja auch schon einmal.

- 120 I: Wer hat Sie zu der Diätologin geschickt, der Arzt oder eine Krankenschwester?
- 121 IP: Das weiß ich nicht, aber Sie ist einfach zu mir aufs Zimmer gekommen, von wem weiß ich aber nicht.
- 122 I: Ist es Ihnen recht gewesen, dass Sie zur Ernährung beraten worden sind?
- 123 IP: Ich hab das eigentlich schon alles gewusst.
- 124 I: Wissen Sie wie sich Bewegung auf den Blutdruck auswirkt?
- 125 IP: Na wenn man sich anstrengt dann steigt der Blutdruck, aber vor 30 Jahren war ich bei einem Vortrag über Ernährung und  
126 Bewegung und da hat ein Arzt gesagt der gesündeste Sport ist ohne Gerät in der Ebene spazieren gehen.
- 127 I: Bewegen Sie sich regelmäßig?
- 128 IP: Also durch meinen Beruf als Weinbauer habe ich viel Bewegung gemacht.
- 129 I: Sie haben vorher erzählt, dass Sie merken wenn der Blutdruck bei Stress steigt, was machen Sie um den Blutdruck dann  
130 wieder in den Griff zu bekommen?
- 131 IP: Ich versuche so gut wie möglich mich zu beruhigen.
- 132 I: Haben Sie bis jetzt, bei diesem Krankenhausaufenthalt Informationen über Ihren Bluthochdruck bekommen?
- 133 IP: Naja, ich bin gefragt worden, ob ich Blutdruckmedikamente nehme und ich habe gesagt, dass ich auch welche genommen  
134 habe und zwar wochenlang, das war heuer in Dezember und habe dann so eine Verstopfung bekommen, ich habe das auf die  
135 Medikamente zurückgeführt und hab sie dann nicht mehr genommen und dann ist es mir besser gegangen. Ich hab mir das so  
136 erklärt, wenn es den Blutdruck beruhigt dann beruhigt es vielleicht auch den Magen. Ich nehme Medikamente eigentlich nur  
137 widerwillig, ich habe aber auch nie welche genommen.
- 138 I: Dass heißt Sie haben hier im Krankenhaus keine Medikamente und keine zusätzlichen Materialien über den Blutdruck  
139 bekommen?
- 140 IP: Ja das ist richtig, aber ich habe wie ich ins Krankenhaus gekommen bin so einen Blutdruck von 150 gehabt, das war  
141 eigentlich verhältnismäßig gut.
- 142 I: Hätten Sie zurzeit noch irgendwelche Fragen, die Sie einem Arzt oder Krankenschwester stellen wollten?
- 143 IP: Na es hat mir keiner gegeben, was ich brauchen würde, ein Medikament, wenn ich weiß ich habe heute etwas aufregendes  
144 vor, dass ich vorher nehmen kann und dass mich dann beruhigt, aber dass ich es nicht täglich einnehmen muss, also so etwas  
145 würde ich begrüßen.
- 146 I: Und von wem würden Sie diesbezüglich gerne beraten werden?
- 147 IP: Also ich glaube ich bin hier in jedem Bereich in guten Händen.
- 148 I: Die Befragung wäre jetzt zu Ende, haben Sie noch irgendwelche fragen an mich?
- 149 IP: Nein eigentlich nicht.
- 150 I: Dar ich Sie noch ein paar Sachen fragen zu Ihrer Person?
- 151 IP: Ja natürlich.
- 152 I: Wie alt sind Sie?
- 153 IP: Ich werde im Juli jetzt 71 Jahre.
- 154 I: Welche Ausbildung haben Sie gemacht?
- 155 IP: Na ich habe Volksschule, Hauptschule, Handelsschule und dann so eine Art Berufsschule für Weinbauer gemacht.
- 156 I: Wie lange sind Sie jetzt schon im Krankenhaus?
- 157 IP: Also seit Dienstag, also seit 2 Tagen.
- 158 I: Wissen Sie wann Sie wieder entlassen werden?
- 159 IP: Nein weiß ich nicht, aber ich habe gehört, dass noch so einige Untersuchungen gemacht werden.

160 I: Na gut dann vielen vielen herzlichen Dank für das Interview mit Ihnen.

161 IP: Ja gerne kein Problem.

Interview P3

- 1 I: Warum sind Sie ins Krankenhaus gekommen?
- 2 IP: Ich bin zu einer Operation ins Krankenhaus gekommen und weil ich einen zu hohen Blutdruck habe.
- 3 I: Wer hat festgestellt, dass Sie einen zu hohen Blutdruck haben?
- 4 IP: Der Hausarzt und dann danach der Internist.
- 5 I: Hat sich der Blutdruck bevor Ihnen der Arzt gesagt hat, dass Sie einen zu hohen Blutdruck haben, irgendwie bemerkbar  
6 gemacht?
- 7 IP: Ja, ich hab den höheren Blutdruck schon manchmal gespürt.
- 8 I: Wie lange war das bevor sie Medikamente bekommen haben?
- 9 IP: Na das war vor zirka 2 Jahren, das hat dann so zwei Monate gedauert und dann war es wieder vorbei, der ist dann wieder  
10 von selbst hinunter gegangen der Blutdruck.
- 11 I: Nehmen Sie Medikamente um den Blutdruck zu senken?
- 12 IP: Ja nehme ich.
- 13 I: Wie lange nehmen Sie schon Blutdrucksenkende Medikamente?
- 14 IP: Jetzt seit fünf Wochen.
- 15 I: Hat Ihnen der Hausarzt die blutdrucksenkenden Medikamente verschrieben oder waren Sie deswegen im Krankenhaus?
- 16 IP: Die hat mir der Hausarzt verschrieben.
- 17 I: Haben Sie damals eine Beratung von einem Arzt oder jemanden anderen bekommen, wie einer Diätassistentin oder  
18 Krankenschwester?
- 19 IP: Nein habe ich nichts bekommen.
- 20 I: Haben Sie zu Hause ein Blutdruckmessgerät, sodass Sie selbst Ihren Blutdruck messen können?
- 21 IP: Nein, habe ich noch nicht, aber ich möchte mir eines kaufen, aber ich weiß nicht welches das Beste ist.
- 22 I: Ha Ihnen schon einmal jemand gezeigt, wie man selbst den Blutdruck mit einem Messgerät messen kann?
- 23 IP: Nein, das hat mir noch niemand gezeigt, aber vielleicht wenn ich eins kaufe.
- 24 I: Wissen Sie welcher Blutdruckwert der beste für Sie wäre?
- 25 IP: Ich bin mir nicht sicher, ich glaube so um die 130/70.
- 26 I: Wissen Sie welchen Wert Ihr Blutdruck nicht überschreiten sollte, was ist ein hoher Blutdruck?
- 27 IP: Ich glaube so ab 140, 150. Meiner hatte vor ein paar Wochen um die 170/95, das war zu hoch.
- 28 I: Ist der Blutdruck besser geworden, seitdem Sie die Medikamente nehmen?
- 29 IP: Also das letzte Mal wo ich beim Arzt war, war es noch nicht viel besser, ein bisschen.
- 30 I: Wissen Sie welche Gründe Bluthochdruck haben können?
- 31 IP: Nein weiß ich nicht.
- 32 I: Gibt es Situationen in denen Sie merken, dass Ihr Blutdruck ansteigt?
- 33 IP: Nein.
- 34 I: Wissen Sie, kann man selbst etwas tun, dass der Blutdruck nicht weiter ansteigt, oder ihn senkt?
- 35 IP: Ja mit dem Essen sollte man aufpassen, weniger Salz sollte man essen.

- 36 I: Woher wissen Sie das?
- 37 IP: Meine Mutter hat auch einen zu hohen Blutdruck und die hat mir das gesagt.
- 38 I: Haben Sie sonst noch etwas gehört, wie der Blutdruck beeinflusst werden kann?
- 39 IP: Momentan fällt mir eigentlich nichts mehr ein.
- 40 I: Hat Sie jetzt, seitdem Sie hier im Krankenhaus sind, jemand über Bluthochdruck beraten?
- 41 IP: Nein.
- 42 I: Hat Ihnen jemand gesagt was Sie gegen Ihren zu hohen Blutdruck selbst machen können?
- 43 IP: Nein auch nicht, aber ich würde gerne mehr darüber beraten werden.
- 44 I: Von wem würden Sie da am Liebsten beraten werden, einem Arzt, einer Krankenschwester, einer Diätassistentin?
- 45 IP: Das ist mir eigentlich egal, ich würde nur gern beraten werden, das ist alles noch sehr neu für mich. Ich würde gern mehr  
46 wissen, was ich essen kann oder soll, was trinken, einfach was ich am besten machen soll, das ich auch etwas tun kann.
- 47 I: Sie sind bis jetzt nicht beraten worden, was man in der Ernährung umstellen kann?
- 48 IP: Nein gar nicht, auch der Hausarzt hat mir nichts darüber gesagt, nur das was ich von meiner Mutter weiß, mit dem, dass  
49 man weniger Salz essen soll.
- 50 I: Würden Sie gerne mit einer Diätassistentin sprechen, wie und was man mit seiner Ernährung machen kann?
- 51 IP: Sehr gerne, weil ich wirklich gerne selbst mehr machen möchte. Salz esse ich kaum noch, da versuche ich mich dran zu  
52 halten.
- 53 I: Wissen Sie wie Fett den Blutdruck beeinflusst?
- 54 IP: Ich glaube, dass es den Blutdruck erhöht.
- 55 I: Wissen Sie wie das beim Alkohol ist?
- 56 IP: Ich nehme an, dass der Blutdruck da auch steigt. Aber ich trinke kaum Alkohol, manchmal zum Essen ein Achterl Rotwein,  
57 dass soll ja auch gut sein, wenn es nicht zu viel ist.
- 58 I: Haben Sie schon einmal gehört, welche Wirkung Kaffee auf den Blutdruck haben kann?
- 59 IP: Ich denke der steigert den Blutdruck, aber ich trinke meistens nur einen Kaffee am Tag, meine Kollegen trinken da oft fünf  
60 bis sechs Kaffee am Tag. Da passe ich drauf auf.
- 61 I: Wissen Sie welche Wirkung Zigaretten auf den Blutdruck haben?
- 62 IP: Die sind auch nicht gut nehme ich an, Zigaretten sind nie gut. Ich selber rauche nicht, nur passiv mit meinen Kollegen in der  
63 Arbeit.
- 64 I: Wissen Sie wie sich Kalium, das ist viel in Obst und Gemüse enthalten, auf den Blutdruck auswirkt?
- 65 IP: Obst esse ich sehr gerne.
- 66 I: Wissen Sie auch wie es sich auf den Blutdruck auswirkt?
- 67 IP: Nein, dass weiß ich nicht.
- 68 I: Wie ist das beim Kalzium oder Magnesium, das ist auch viel in Obst drinnen, wissen wie sich das auf den Blutdruck auswirkt?
- 69 IP: Nein, da weiß ich die Wirkung nicht.
- 70 I: Wie glauben sie reagiert der Körper auf eine leichte mediterrane Kost, eher eine leichte Mittelmeerkost, mit viel Fisch,  
71 Gemüse, Obst, usw.?
- 72 IP: Also ich denke, dass das gut sein müsste für den Blutdruck, aber genaueres habe ich darüber noch nicht gehört.
- 73 I: Was haben sie schon einmal gehört oder gelesen, welchen Einfluss Übergewicht auf den Blutdruck hat?

- 74 IP: Naja, das ist nicht gut, aber Übergewicht sollte ja auch reduziert werden, wenn man keinen zu hohen Blutdruck hat, das ist ja  
75 auch so gefährlich.
- 76 I: Bekommen Sie hier im Krankenhaus eine spezielle Kost für den zu hohen Blutdruck?
- 77 IP: Ich weiß es eigentlich nicht, aber ich glaube nicht, weil das essen was ich am Tisch habe bekommen auch die anderen  
78 Leute in meinem Zimmer.
- 79 I: Wissen Sie wie sich Bewegung auf den zu hohen Blutdruck auswirken kann?
- 80 IP: Das weiß ich nicht, Stiegen gehen statt den Lift zu nehmen ist glaub ich schon gut. Zu schwerer Sport ist glaube ich nicht so  
81 gut.
- 82 I: Wissen Sie ob Stress einen Einfluss auf den Blutdruck nehmen kann?
- 83 IP: Ja, Stress erhöht den Blutdruck auf jeden Fall, wenn ich im Stress bin, dann bekomme ich auch oft einen roten Kopf und mir  
84 wird heiß.
- 85 I: Gibt es etwas was Sie machen, wenn sie merken sie haben großen Stress, gibt es da etwas, was Ihnen hilft, dass der Stress  
86 ein bisschen weniger wird?
- 87 IP: Nein, so was habe ich nicht, aber so viel Stress habe ich auch nicht.
- 88 I: Haben Sie bis jetzt Informationsmaterialien zum Thema Blutdruck von Ihrem Arzt oder hier vom Krankenhaus bekommen?
- 89 IP: Nein da habe ich nichts bekommen. Aber ich hätte sehr gerne mehr Informationen darüber, auch schriftlich, dass ich mir zu  
90 Hause auch etwas habe, was ich mir durchlesen kann, oder wenn ich etwas vergessen habe, dass ich wieder nachschauen  
91 kann. Ich würde gerne mehr über zu Stress, Bewegung aber auch oder eigentlich besonders über Ernährung erfahren, da das  
92 für meinen Alltag gut wäre, wenn ich mehr weiß, wie ich mich am besten ernähren sollte, was gut ist um meinen Blutdruck ein  
93 bisschen zu verbessern oder zumindest um es nicht noch schlimmer werden zu lassen.
- 94 I: Haben Sie sonst noch offene Fragen bezüglich Ihres zu hohen Blutdrucks?
- 95 IP: Nein, wie gesagt ich hätte gerne eine Beratung, besonders im Ernährungsbereich, wenn möglich mündlich und schriftlich.  
96 Das Schriftliche hätte ich gerne zum mit nach Hause nehmen und das mündliche einfach zum nachfragen wenn ich mich nicht  
97 so auskenne. Ich merke mir auch vieles leichter, wenn ich es einmal mit jemandem durchbesprochen habe.
- 98 I: Von wem würden sie da gerne beraten werden?
- 99 IP: Das ist mir eigentlich egal, jemanden, der sich damit auskennt. Der mir ein bisschen etwas über Bluthochdruck und was ich  
100 dagegen selbst machen kann erzählen kann.
- 101 I: Darf ich Sie noch ein paar Dinge zu Ihrer Person fragen?
- 102 IP: Ja.
- 103 I: Wie alt sind Sie?
- 104 IP: Ich bin 45 Jahre.
- 105 I: Welche Ausbildung haben Sie gemacht?
- 106 IP: Ich bin Diplomierter Lehrer.
- 107 I: Für welche Fächer?
- 108 IP: Für Sprachen, speziell Albanisch.
- 109 I: Wo arbeiten Sie jetzt?
- 110 IP: Ich habe bis vor drei Jahren in einer Schule in Baden unterrichtet, im Zusatzfächern in verschiedenen Sprachen und jetzt  
111 arbeite ich in einer Fabrik in der Produktion.
- 112 I: Seit wann sind Sie im Krankenhaus?
- 113 IP: Seit drei Tagen.
- 114 I: Wissen Sie wie lange Sie noch im Krankenhaus bleiben?

- 115 IP: Ja voraussichtlich noch bis Samstag, also noch drei Tage.
- 116 I: Na gut, dann herzlichen Dank für das Interview und Ihre Zeit
- 117 IP: Kein Problem, ich hab hier im Krankenhaus eh viel Zeit.
- 118 I: Vielen Dank trotzdem.
- 119 IP: Gerne.

Interview P4

- 1 I: Warum sind Sie ins Krankenhaus gekommen?
- 2 IP: Also ich habe einen Kreislauf der schwankt, mal hoch mal runter, dann ist er wieder ganz böse, da ist er dann einmal 180,  
3 200 oder sogar 225 und vorgestern war wieder einmal so eine Nacht, das habe ich schon jahrelang, da wache ich auf, da hab  
4 ich dann wahnsinniges Herzrasen und da habe ich meine Tabletten genommen aber das hat nicht geholfen, dann hat mein  
5 Mann die Rettung gerufen und dann haben sie mich mitgenommen.
- 6 I: Seit wann haben Sie denn die Diagnose Bluthochdruck schon?
- 7 IP: Naja, solange ich Cholesterin habe, na das ist vielleicht schon 20 Jahre her
- 8 I: Nehmen Sie Medikamente für Ihren Blutdruck?
- 9 IP: Ja.
- 10 I: Nehmen Sie ein Medikament für den Blutdruck oder mehrere?
- 11 IP: Ich nehme mehrere.
- 12 I: Wissen Sie wie viele sie für den Blutdruck nehmen?
- 13 IP: Ja zwei, dass andere sind keine Medikamente für den Blutdruck.
- 14 I: Wer hat festgestellt, dass Sie einen zu hohen Blutdruck haben?
- 15 IP: Also ich war bei meiner Hausärztin und die hat mich n einen Herzspezialisten weitergeschickt, der hat dann Untersuchungen  
16 durchgeführt und mir die Medikamente verschrieben.
- 17 I: Wie lange nehmen Sie die Medikamente jetzt schon?
- 18 IP: Na schon so um die 8 Jahre vielleicht
- 19 I: Haben Sie eine Ahnung, welche Gründe es bei Ihnen für den hohen Blutdruck geben könnte?
- 20 IP: Ich hab ein Stroma, der wächst jetzt wieder nach, obwohl ich vor 55 Jahren den hab schon operieren lassen und da kommt  
21 jetzt wieder ein Knoten und das kann damit zusammenhängen.
- 22 I: Waren Sie schon einmal wegen Ihrem hohen Blutdruck im Krankenhaus?
- 23 IP: Ja schon dreimal, das kommt immer wieder nachts und deswegen war ich schon öfters im Krankenhaus.
- 24 I: Waren Sie da immer in Baden im Krankenhaus?
- 25 IP: Ja da war ich immer im Baden.
- 26 I: Haben Sie da Informationen eine Beratung zum Blutdruck bekommen?
- 27 IP: Nein, immer Medikamente, man bekommt nicht viel Beratung. Der Arzt sagt zwar immer gehen Sie viel spazieren, essen Sie  
28 leichte Sachen, aber mehr nicht.
- 29 I: Haben Sie von Krankenschwestern irgendeine Information bekommen?
- 30 IP: Nein habe ich nicht.
- 31 I: Haben Sie zu Hause ein Blutdruckgerät?
- 32 IP: Ja habe ich.
- 33 I: Habe Sie eines für den Oberarm oder für das Handgelenk?
- 34 IP: Ich habe mir eines für den Oberarm gekauft.
- 35 I: Messen Sie zu Hause regelmäßig Ihren Blutdruck?
- 36 IP: Ja ich messe dreimal am Tag und schreibe mir, schauen Sie, das immer in dieses Heft hinein, dass ich das dann genau dem  
37 Arzt zeigen kann.

- 38 I: Hat Ihnen jemand gezeigt, wie man mit diesem Gerät richtig den Blutdruck misst?
- 39 IP: Ja, mein hat auch einen zu hohen Blutdruck und dann haben wir uns das genau zeigen lassen und der Arzt überprüft das  
40 auch immer wieder.
- 41 I: Wer hat Ihnen gezeigt, wie das Gerät funktioniert?
- 42 IP: Das hat man uns gezeigt, wie wir es gekauft haben.
- 43 I: Wissen Sie was Ihr idealer Blutdruck wäre?
- 44 IP: Ja, das hat mir der Arzt aufgeschrieben, also, bei 140 muss ich in der Früh ein Medikament nehmen, wenn ich am Abend  
45 140 habe brauche ich keines mehr nehmen. Ich glaube mein Blutdruck sollte so um die 130 sein. Mein Puls ist immer hoch,  
46 wegen meiner Schilddrüse. Da habe ich oft zu Mittag einen Blutdruck von 100/60 aber einen Puls von 90 und der sollte auch  
47 niedriger sein.
- 48 I: Ist das richtig, obwohl Sie Medikamente nehmen, ist Ihr Blutdruck trotzdem nicht immer im richtigen Bereich?
- 49 IP: Ja das ist richtig, der schwankt ständig, deswegen hat der Arzt auch gesagt, diesmal wollen Sie den Blutdruck besser  
50 einstellen, aber mit 87 Jahren geht das nicht mehr so leicht, da gewöhnt sich der Blutdruck nicht mehr so schnell an etwas  
51 Neues.
- 52 I: Welchen Wert hat Ihnen der Arzt gesagt, welchen der Blutdruck nicht übersteigen soll?
- 53 IP: Na so 140 bis 145 sollte er nicht übersteigen, aber das macht er ziemlich häufig, deshalb bin ich ja da.
- 54 I: Wissen Sie was man selbst gegen einen zu hohen Blutdruck machen kann?
- 55 IP: Spazieren gehen nix arbeiten, man sollte ziemlich ausgeglichen sein, der Körper sollte nicht unter Stress sein, aber wenn die  
56 Schilddrüse so wie bei mir krank ist, dann ist man sowieso nervös.
- 57 I: Gehen Sie regelmäßig spazieren?
- 58 IP: Ja, mein Mann und ich gehen jeden Tag spazieren, das tut uns beiden gut.
- 59 I: Ist bei diesem Krankenhausbesuch oder einem vorherigen jemand zu Ihnen gekommen, der oder die Sie zu Ihrer Ernährung  
60 beraten hat?
- 61 IP: Nein, das hat meine Hausärztin gemacht.
- 62 I: Was wurde Ihnen da gesagt, was Sie essen sollten?
- 63 IP: Ja alles was gut schmeckt, aber ich muss achten auf den Cholesterin, den habe ich auch zu hoch, aber ich halte immer mein  
64 Gewicht so um die 50-51 kg.
- 65 I: Ich möchte Sie nun ein paar allgemeine Fragen zu Lebensmittel und Blutdruck fragen, ob die Lebensmittel den Blutdruck  
66 senken oder erhöhen.
- 67 IP: Ja
- 68 I: Wie ist das mit Salz?
- 69 IP: Mit dem Salz muss man sparen und Kaffee darf man auch nicht zu viel trinken.
- 70 I: Wie kann fette Nahrung den Blutdruck beeinflussen?
- 71 IP: Das ist auch nicht so gut, man sollte nicht so viel fettes essen, eher eine leichte Kost, wir essen schon einmal im Monat  
72 einen Schweinsbraten auch, aber sonst essen wir nur immer wieder Fleisch und dafür viel Gemüse und Obst, das ist nämlich  
73 sehr gut für den Blutdruck, da sind viele Vitamine und Kalzium und Magnesium drinnen. Und das essen wir auch beide sehr  
74 gerne. Kalzium und Magnesium und Kalium nehme ich sowieso noch dazu, für meine Knochen.
- 75 I: Wie ist da mit dem Alkohol?
- 76 IP: Wir trinken keinen Alkohol, beide nicht, der ist nicht gut für unsere Gesundheit.
- 77 I: Wie ist das bei Zigaretten?
- 78 IP: Rauchen tun wir auch nicht, aber das ist auch sicher nicht gut für den Blutdruck.

- 79 I: Haben Sie schon einmal gehört, wie sich eine mediterrane Kost, Mittelmeerkost, sich auf den Blutdruck auswirken kann?
- 80 IP: Na wahrscheinlich gut, wir essen zweimal pro Woche Fisch, nur einmal Fleisch und den Rest der Woche essen wir  
81 fleischlos. Also man soll ja viel Fisch und leichte Kost essen und das haben die ja im Süden recht viel, auch mit Obst und  
82 Gemüse.
- 83 I: Wissen Sie wie sich Übergewicht auf den Blutdruck auswirkt?
- 84 IP: Naja das betrifft mich ja nicht, aber ich glaube nicht, dass das eine Auswirkung hat, weil bei uns im Haus, da wohnen ein  
85 paar starke Damen und wenn ich mit denen rede, die haben kein Cholesterin die haben keinen hohen Blutdruck, ich kann mir  
86 nicht vorstellen das sich das auswirkt.
- 87 I: Sie glauben, dass Übergewicht keine Auswirkungen haben?
- 88 IP: Ja, weil da dürfte ich ja gar nichts haben.
- 89 I: Wissen Sie bekommen Sie hier im Krankenhaus eine spezielle Kost für den Bluthochdruck?
- 90 IP: Also für den Bluthochdruck weiß ich nicht, aber wenn ich länger bleibe bekomme ich eine spezielle Kost für mein  
91 Cholesterin, ich denke die ist aber auch gut für den hohen Blutdruck, ist ja nicht so viel Fettes drinnen.
- 92 I: Sie haben das vorher schon angesprochen, die Bewegung, wie wirkt sich die auf den Blutdruck aus?
- 93 IP: Naja wir gehen oft ein bis zwei Stunden spazieren, und an manchen Abenden haben ich dann einen niedrigeren Blutdruck  
94 und an anderen ist er trotzdem hoch.
- 95 I: Wenn man Stress hat, was glauben Sie wie wirkt sich das auf den Blutdruck aus?
- 96 IP: Das wirkt sich auf den Kreislauf aus.
- 97 I: Merken Sie wenn Sie Stress haben, das Ihr Blutdruck nach oben geht?
- 98 IP: Beim Stress eigentlich weniger, aber wenn ich einen aufregenden Film anschau, dann merke ich dass der Blutdruck steigt.
- 99 I: Und was machen Sie in dieser Situation dann?
- 100 IP: Ich gehe hinaus, dann kann ich mir den Film nicht länger anschauen. Dann mache ich irgendetwas anderes.
- 101 I: Würden Sie gerne vom Krankenhaus Informationen bekommen, was man bei Bluthochdruck alles machen kann, so dass Sie  
102 es zu Hause noch einmal nachlesen können?
- 103 IP: Ja sicher, das wäre toll.
- 104 I: Würden Sie auch eventuell gerne noch einmal von einer Krankenschwester oder einer Diätassistentin beraten werden zum  
105 Bluthochdruck.
- 106 IP: Ja sehr gerne. Da könnte ich sicher noch einiges dazulernen, aber ich hätte auch gerne etwas schriftliches, sonst vergesse  
107 ich manchmal in der Geschwindigkeit Sachen und so kann ich es nochmals nachlesen.
- 108 I: Haben Sie sonst momentan noch offene Fragen zum Blutdruck?
- 109 IP: Nein jetzt eigentlich nicht.
- 110 I: Na gut, dann darf ich Sie noch ein paar Fragen zu Ihrer Person stellen?
- 111 IP: Kein Problem.
- 112 I: Habe ich Sie vorher richtig verstanden, Sie sind 87 Jahre alt?
- 113 IP: Ja(...) ich werde im Oktober 87 Jahre.
- 114 I: Welche Ausbildung haben Sie gemacht?
- 115 IP: Das war in Ostpreußen, da habe ich zuerst die Grundschule gemacht und dann habe ich die, wie nennt man das (...) die  
116 Knödelakademie, also eine Haushaltsschule, gemacht.
- 117 I: Haben Sie nachher einen Beruf ausgeübt?

- 118 IP: Nein, nach der Schule mussten wir zum Arbeitsdienst und dann wurden wir irgendwo eingeteilt, entweder in der Fabrik oder  
119 wo man gebraucht wurde, da war ja Krieg. Da ich ja eine Haushaltsschule gemacht habe wurde ich in ein Hotel eingeteilt und  
120 hab dort in der Küche mitgekocht.
- 121 I: Haben Sie nachher auch noch irgendwo gearbeitet?
- 122 IP: Nein ich habe eine Familie gehabt, drei Kinder, eins ist schon gestorben auf der Flucht und eines einer lebt noch und der  
123 älteste ist vor 6 Jahren gestorben, vielleicht habe ich mich deswegen jetzt so aufgeregt, weil am neunundzwanzigsten hat der  
124 den Sterbetag, das kann schon sein, das überwinde ich sehr schlecht, er war ja auch erst 50 Jahre alt.
- 125 I: Sie sind jetzt seit vorgestern Nacht im Krankenhaus, ist das richtig?
- 126 IP: Ja genau.
- 127 I: Wissen Sie wann Sie wieder entlassen werden?
- 128 IP: Der Arzt hat gesagt, wenn sich das Herz bis morgen beruhigt hat, dann kann ich morgen gehen.
- 129 I: Dann sage ich danke für das Gespräch.
- 130 IP: Ja gerne, es war sehr nett mit Ihnen zu sprechen.

Interview P5

- 1 I: Warum sind Sie ins Krankenhaus gekommen?
- 2 IP: Wegen meines Blutdrucks, ich möchte aber vorausschicken, dass ich täglich meinen Blutdruck messe, immer in der Früh,  
3 weil meine Frau hat einen zu hohen Blutdruck und dann hat sie eines Abends ihren Blutdruck gemessen und da hab ich mir  
4 gedacht, da messe ich auch gleich und dann hatte ich einen Wert von 197 gehabt. Daraufhin bin ich ein paar Tage später zum  
5 Arzt gegangen und der hat ein EKG gemacht und er hat mich untersucht, aber er hat nichts gefunden und seit dem schreibe ich  
6 täglich in der Früh und am Abend meine Blutdruckwerte auf. Im Moment ist der Blutdruck in Ordnung.
- 7 I: Nehmen Sie Medikamente für den Blutdruck?
- 8 IP: Ja nehme ich.
- 9 I: Nehme Sie ein Medikament für den Blutdruck oder mehrere?
- 10 IP: Ich nehme zur Zeit zwei Medikamente für meinen Blutdruck. Die hat mir der Hausarzt verschrieben, weil mein Internist  
11 damals nicht da war.
- 12 I: Was glauben Sie kann der Grund für Ihren zu hohen Blutdruck sein, haben Sie da eine Idee?
- 13 IP: Keine Ahnung, wie gesagt jetzt ist er wieder ganz normal sowohl in der Früh als auch am Abend, seit ich das zweite  
14 Medikament dazubekommen habe, geht's jetzt wirklich recht gut.
- 15 I: Seit wann haben Sie schon Probleme mit Ihrem Blutdruck?
- 16 IP: Naja Probleme so in meinem Leben habe ich ja nicht durch meinen Blutdruck, aber seitdem ich die Medikamente nehme  
17 geht's ja meistens eh recht gut. Aber einen zu hohen Blutdruck habe ich schon seit einigen Jahren.
- 18 I: Haben Sie irgendwo Informationen zum Bluthochdruck bekommen, beim Arzt oder jemanden anderen, was man selbst bei  
19 Bluthochdruck machen kann?
- 20 IP: Ja das hat mir der Arzt gesagt und das halte ich auch sehr ein.
- 21 I: Was hat der Arzt da zu Ihnen gesagt, was es da gibt?
- 22 IP: Bewegung.
- 23 I: Hat er Ihnen sonst noch etwas gesagt?
- 24 IP: Er hat gesagt Bewegung ist sehr wichtig, sonst kann ich mich jetzt nicht noch an etwas anderes erinnern.
- 25 I: Waren Sie schon einmal wegen ihrem zu hohen Blutdruck im Krankenhaus?
- 26 IP: Ja war ich schon.
- 27 I: Weswegen waren Sie damals im Krankenhaus?
- 28 IP: Wegen Vorhofflimmer oder so.
- 29 I: Haben Sie damals Ihr erstes Blutdruckmedikament bekommen?
- 30 IP: Nein, da habe ich andere Medikamente bekommen.
- 31 I: Sie haben vorher erwähnt, dass Sie zu Hause ihren Blutdruck messen, welches Messgerät haben Sie, ein  
32 Handgelenkmessgerät oder eines für den Oberarm?
- 33 IP: Wir haben eines für den Oberarm.
- 34 I: Hat Ihnen jemand gezeigt, wie man das anwendet?
- 35 IP: Das hat mir niemand gezeigt, das was man.
- 36 I: Wissen Sie was der ideale Wert wäre den Sie haben sollten beim Blutdruck?
- 37 IP: Gut wäre, wenn der Blutdruck so bei 125/75 ist.
- 38 I: Welchen Wert sollte Ihr Blutdruck nicht übersteigen?

- 39 IP: Er sollte nicht über 135/90 sein.
- 40 I: Was machen Sie selbst um Ihren Blutdruck zu senken?
- 41 IP: Also ich fahr jeden Tag eine Stunde Rad, dass sind so 20 km.
- 42 I: Hat Ihnen jemand bei einem früheren Krankenhausaufenthalt Informationen über Bluthochdruck gegeben?
- 43 IP: Nein eigentlich nicht so richtig, ich werde wenn von meinem Hausarzt informiert, da frage ich wenn ich etwas wissen  
44 möchte, oder auch mein Sohn der Arzt ist erklärt mir Dinge , die ich wissen möchte.
- 45 I: Wissen Sie ob eine Ernährungsumstellung einen Einfluss auf den Blutdruck haben kann?
- 46 IP: Ja das weiß ich.
- 47 I: Welchen Effekt hat eine Ernährungsumstellung für den Blutdruck?
- 48 IP: Ja eine Ernährungsumstellung ist sehr gut für den Blutdruck.
- 49 I: Wissen Sie, wie man am besten seine Ernährung umstellen kann?
- 50 IP: Nein, genau weiß ich nicht was man da machen kann.
- 51 I: Haben Sie schon einmal ein Gespräch mit einer Diätassistentin gehabt?
- 52 IP: Nein und das brauche ich auch nicht ich ernähre mich auch so gesund.
- 53 I: Wissen Sie wie Salzkonsum den Blutdruck beeinflusst?
- 54 IP: Ja, das wirkt blutdrucksteigernd.
- 55 I: Beim Fett, wissen Sie wie sich das auswirkt?
- 56 IP: Auch das lässt den Blutdruck steigen.
- 57 I: Bei Alkohol, wie kann sich der auswirken?
- 58 IP: Da bin ich sehr zweifelhaft, weil die Wissenschaft sagt, dass der Rotwein sehr gesund ist.
- 59 I: Was glauben Sie wie viel Achterl da am Tag gesund sind?
- 60 IP: Ich glaube schon so um die zwei bis drei Achterln.
- 61 I: Sie haben gesagt, Sie zweifeln das an, warum genau?
- 62 IP: Ich weiß nicht ob das so gesund ist, aber ich habe kein Problem mit Alkohol.
- 63 I: Haben Sie schon einmal wie sich Kaffee auf den Blutdruck auswirken kann?
- 64 IP: Ich bin kein Kaffeetrinker, ich trinke nur in der Früh einen Kaffee.
- 65 I: Aber haben Sie schon einmal gehört, welchen Einfluss Kaffee haben kann auf den Blutdruck?
- 66 IP: Nein das weiß ich nicht, aber wie gesagt ich trinke nicht viel Kaffee.
- 67 I: Wissen Sie wie sich Zigaretten den Blutdruck beeinflussen?
- 68 IP: Die sind schlecht für den Blutdruck, aber ich rauche nicht.
- 69 I: Haben Sie schon einmal gehört wie sich Kalium, das viel in Obst und Gemüse enthalten ist, auf den Blutdruck auswirkt?
- 70 IP: Ja das ist sehr gut, wie sagt man immer, „an apple away keeps the doctor away“.
- 71 I: Wissen Sie wie das beim Magnesium und Kalzium ist?
- 72 IP: Ja das ist auch gut, ich nehme auch fallweise Magnesium zu mir.
- 73 I: Nehmen Sie das für den Blutdruck?

- 74 IP: Nein eher allgemein für meinen Körper.
- 75 I: Was glauben Sie wie sich eine mediterrane Kost, eine Mittelmeerkost wo viel Fisch und Gemüse und Früchte gegessen  
76 werden, auf den Blutdruck auswirken kann?
- 77 IP: Ja also Fisch ist auf jeden Fall gesund, sollte man zweimal pro Woche essen (...) Gemüse und Obst ist auch gut, also denke  
78 ich, dass sich diese Kost wahrscheinlich gut auf den Blutdruck auswirkt.
- 79 I: Wissen Sie wie sich Übergewicht auf den Blutdruckauswirken kann?
- 80 IP: Na auf jeden Fall schlecht.
- 81 I: Haben Sie wenn Sie im Krankenhaus bis jetzt waren schon einmal eine spezielle Kost für Ihren zu hohen Blutdruck  
82 bekommen?
- 83 IP: Nein also nicht das ich wüsste.
- 84 I: Sie haben vorher schon gesagt dass Bewegung wichtig ist bei Bluthochdruck, wissen Sie welche Sportarten besonders gut  
85 sind?
- 86 IP: Das was man halt kann, eher Ausdauersportarten.
- 87 I: Wissen Sie wie sich Stress auf den Blutdruck auswirkt?
- 88 IP: Na ganz schlecht.
- 89 I: Was machen Sie wenn Sie Stress haben um den Blutdruck zu senken?
- 90 IP: Ja ich versuche mich zu beruhigen um wieder vom Stress runter zu kommen, aber irgendwas Spezielles mache ich  
91 eigentlich nicht.
- 92 I: Haben Sie schon irgendwann Informationsmaterialien zum Thema Bluthochdruck bekommen?
- 93 IP: Ja von meinem Hausarzt, das habe ich zu Hause.
- 94 I: Aber wenn Sie im Krankenhaus waren haben Sie keine Merkzettel oder Informationsbroschüren bekommen?
- 95 IP: Nein da habe ich noch nie etwas bekommen, alles was ich habe, habe ich von meinem Hausarzt bekommen.
- 96 I: Haben Sie noch irgendeine offene Frage zum Bluthochdruck, die Sie gerne beantwortet hätten?
- 97 IP: Nein eigentlich nicht und wenn ich wenn welche habe, dann frage ich meist mein Enkerl, das ein Arzt ist.
- 98 I: Darf ich Sie noch kurz fragen wie alt Sie sind?
- 99 IP: Ich bin 85.
- 100 I: Welche Ausbildung haben Sie gemacht?
- 101 IP: Ja normale Schule, dann Hochschule und beruflich war ich Prokurist.
- 102 I: Seit wann sind Sie schon im Krankenhaus?
- 103 IP: Seit gestern.
- 104 I: Und wissen Sie schon wann Sie entlassen werden?
- 105 IP: Das weiß ich nicht so genau, in ein paar Tagen.
- 106 I: Gut das wars schon, vielen Dank für das Gespräch.
- 107 IP: Ja gerne, kein Problem.

Interview K1

- 1 I: Generell würde ich Sie gerne Fragen, finden hier auf der Station Beratungen statt?
- 2 IP: Nein.
- 3 I: Finden am Bett Gespräche über Bluthochdruck zwischen Patienten und Pflegepersonen statt?
- 4 IP: Ja das schon, wenn der Patient Fragen hat, und fragt, was ist der normale Blutdruck oder was wäre ein guter Blutdruck bei  
5 mir, das ist ja oft individuell von Patient zu Patient verschieden, Blutdruck muss ja auch langsam eingestellt werden, also so  
6 etwas wird schon erklärt.
- 7 I: Wird die Blutdruckmessung mit Messgeräten, wie man zu Hause hat, also mit Oberarmmanschetten oder  
8 Gelenkmanschetten auch erklärt?
- 9 IP: Also nein, eigentlich nicht, falls jemand fragen sollte dann erklären wir das schon, aber sonst erklären wir diese Geräte nicht.
- 10 I: Gibt es auf der Station Merkblätter oder andere Informationsmaterialien zum Thema Bluthochdruck?
- 11 IP: Also wir direkt haben keine Informationsmaterialien.
- 12 I: Bleibt neben den Pflegetätigkeiten noch genügend Zeit wenn der Patient Fragen hat, diese zu beantworten oder ihn zu  
13 beraten?
- 14 IP: Also nebenbei ist immer schwer, ich finde nebenbei kann man niemanden beraten, da gibt es gewisse Richtlinien die bei  
15 einer Beratung eingehalten werden sollten, die einfach nebenbei nicht so möglich sind. Also ich finde eine Beratung sollte nie  
16 am Bett durchgeführt werden, die sollte in einem eigenen Rahmen durchgeführt werden, wo man in einem bestimmten Raum  
17 die Ruhe hat sich hinzusetzen und gescheit zu beraten. So gehört ein Patient beraten ohne störende Einflüsse so wie wir da  
18 jetzt sitzen und nicht am Bett wo andere Patienten mithorchen das sollte ja alleine wegen dem Datenschutz nicht gemacht  
19 werden. So ist die Beratung meist dann nur oberflächlich und das ist natürlich nicht so gut.
- 20 I: Aber wenn es Fragen gibt wird schon am Bett beraten?
- 21 IP: Ja da schon das beantworten wir, aber es ist keine Beratung wie ich das verstehe, das wäre zwar wünschenswert, aber das  
22 gibt es bis jetzt auf unserer Station nicht.
- 23 I: Gruppenschulungen oder Gruppenberatungen gibt es auch nicht?
- 24 IP: Nein so etwas haben wir auch nicht, wobei ich so etwas für sehr gut und wichtig halte.
- 25 I: Wird dem Patienten auf dieser Station auch etwas darüber erzählt, dass eine Ernährungsumstellung bei Bluthochdruck helfen  
26 kann?
- 27 IP: Ja, dass kommt oft so nebenbei ins Gespräch, wenn man so bei Patienten, bei irgendeiner Pflegetätigkeit ist, da erzählen  
28 wir bei Bedarf schon auch ein bisschen etwas über Ernährungsumstellung oder Bewegung.
- 29 I: Worüber wird da zum Beispiel gesprochen?
- 30 IP: Also viele unserer Hypertoniepatienten sind übergewichtig, denen erzählen wir hauptsächlich wie positiv sich eine  
31 Gewichtsreduktion auf den Blutdruck auswirken kann oder auch die salzarme Kost besprechen wir auch mit Blutdruckpatienten.  
32 Das kann ja doch einen ordentlichen Einfluss auf den Blutdruck haben. Wie gesagt auch die Bewegung wir besprochen, alles  
33 so im Allgemeinen, aber nicht im speziellen, so dass man es Beratung nennen könnte.
- 34 I: Sie haben die Bewegung angesprochen, was wird da dem Patienten zum Beispiel empfohlen, was für Sport bei  
35 Bluthochdruck gut ist?
- 36 IP: Eine kontinuierliche Bewegung, keine stressbetonte Sportart, eben eine aufbauende Bewegung, besonders bei Patienten  
37 mit Übergewicht wird empfohlen zu Reduktion des Gewichts auch gleich mit regelmäßigem Sport zu beginnen.
- 38 I: Wird auch darüber gesprochen wie sich Alkohol oder Kaffee auswirkt?
- 39 IP: Nein eigentlich nicht, wir haben wenig Patienten hier, wo wir merken, dass sie viel Alkohol zu sich nehmen, und Kaffee wir  
40 eigentlich auch nicht besprochen, wir haben am öftesten eher so Managertypen oder Workaholics bei uns, die stressbedingt  
41 wegen ihrem Blutdruck zu uns auf die Station kommen. Dann haben wir auch noch einige Patienten die Diabetes haben also  
42 von der Niere her mit dem Blutdruck Probleme haben.
- 43 I: Jetzt auch bezogen auf die Ernährung werden Kalium Magnesium oder Kalzium auch eingelesen und Beispiele gegeben, in  
44 welchen Lebensmittel viel davon drinnen ist, wird darauf spezieller eingegangen?

- 45 IP: Nein speziell wird darauf nicht eingegangen, das fällt so unter die Umstellung der Ernährung, was man da machen kann.
- 46 I: Wenn jetzt Patienten mit Bluthochdruck auf die Station kommen, wird da auch die Diätassistentin zugezogen?
- 47 IP: Ja das schon, bei Patienten mit Übergewicht schauen wir eigentlich schon, dass die ein Gespräch mit einer Diätassistentin  
48 bekommen, besonders sollten auch die Hausärzte Informationsbroschüren über eine Ernährungsumstellung bei  
49 Bluthochdruckpatienten haben.
- 50 I: Also es werden die Patienten nicht an Zentren verwiesen für Ernährungsumstellung oder Schulungen, sondern Sie sagen  
51 dann die Patienten sollen zum Hausarzt gehen und der leitet sie dann weiter an solche Zentren, habe ich das richtig  
52 verstanden?
- 53 IP: Ja ganz genau, wir schlagen Ihnen keine Zentren vor wo man hingehen kann, ich wüsste auch gar nicht wo ich Patienten  
54 hinverweisen sollte, ich kenne selbst solche Zentren oder Beratungsstellen nicht.
- 55 I: Wer bestimmt den ob eine Diätassistentin zu einem Patienten kommt, nur der Arzt, oder arbeiten da Krankenschwestern und  
56 Krankenpfleger auch mit?
- 57 IP: Also generell wird bei Notwendigkeit einer Diätassistentin bei der Visite eine Diätassistentin angeordnet, wenn der Patient  
58 ein Gespräch mit der Diätassistentin wünsch, was aber äußerst selten vorkommt, dann können wir schon auch jemanden rufen  
59 oder mit dem Arzt drüber sprechen.
- 60 I: Erzählen Sie Patienten auch etwas über eine mediterrane Kost, also so etwas wie eine Mittelmeerkost, über die positive  
61 Wirkung darüber?
- 62 IP: Naja speziell nicht, aber besonders alte Leute essen nicht gerne Fisch und so etwas in die richtig, ich weiß nicht ob das  
63 angenommen werden würde. Viele kennen auch keine mediterrane Kost, und gerade bei den älteren Menschen gilt, was der  
64 Bauer nicht kennt das ist er nicht.
- 65 I: Gibt es für Hypertoniepatienten im Krankenhaus eine eigene Kost?
- 66 IP: Nein eine eigene Kost gibt es nicht, nur Reduktionskost, aber nicht alle die Bluthochdruck haben haben auch zu viel  
67 Gewicht.
- 68 I: Wird eine Reduktionskost häufig bei Hypertoniepatienten angeordnet?
- 69 IP: Also bei uns auf der Station ehrlich gesagt nein.
- 70 I: Informationsmaterialien haben Sie gesagt bekommen die Patienten glauben Sie beim Hausarzt, ist das richtig?
- 71 IP: Ja oder von der Diätassistentin, nehme ich an. Wobei man sagen muss, der Blutdruck ist oft nicht das alleinige Problem, bei  
72 anderen Stoffwechselerkrankungen werden die Patienten dann schon auf Stoffwechselkost gesetzt aber nicht alleine beim  
73 Blutdruck.
- 74 I: Wird den Patienten auch etwas darüber erzählt, wie man den Stress bei Bluthochdruck in den Griff bekommen kann?
- 75 IP: Also wenn es wirklich so ein Managertyp oder Workaholic ist, also wenn das sehr offensichtlich ist, dann wir auch manchmal  
76 ein psychosomatisches Gespräch geführt, bei uns im Haus. Die Patienten gehen dann auch manchmal auf die 4B Station, die  
77 Psychosomatik und machen beim Jacobson-Training mit.
- 78 I: Erzählen Sie den Patienten vom Jacobson-Training?
- 79 IP: Nein das machen nicht wir auf der Station sondern das wird meist Patienten empfohlen, die ein Gespräch mit der  
80 Psychologin geführt haben, zur Entspannung und das sie runter kommen vom Stress.
- 81 I: Sehen Sie im Allgemeinen Beratung als Aufgabe der Pflege?
- 82 IP: Eigentlich nicht.
- 83 I: Finden Sie, dass die Beratung in Zukunft in der Ausbildung mehr gefördert gehört?
- 84 IP: Ja eigentlich schon, ich habe damals wie ich die Ausbildung gemacht habe nicht wirklich etwas über die Beratung gelernt,  
85 deshalb bin ich mir da auch ein wenig unsicher und deshalb mache ich es wahrscheinlich auch nicht so häufig. Aber ich finde  
86 die Ausbildung ist in jedem Fall extrem wichtig, dass man es in die Praxis übertragen kann, es ist wichtig das ich präventiv, also  
87 vorbeugend wirken kann, also wenn ich dann auch noch vielleicht ohne Medikamente auskommen kann, weil man schon von  
88 vornherein auf die Ernährung eingehen kann ist das natürlich ganz toll. Ich finde das gehört in der Ausbildung ganz besonders  
89 gefördert, auch das man so sicher auf dem Gebiet wird, das man es sich traut in der Praxis anzuwenden und gut umzusetzen.  
90 Ich finde es wirklich wichtig, wenn die Ressourcen da sind, weil wir machen jetzt dieses Gespräch, und dann kommt raus , dass

91 so etwas wirklich wichtig ist aber man bekommt keine zusätzliche Person auf die Station, sondern man noch eine Aufgabe  
92 mehr, nur wann mache ich das? Ich habe ja rein zeitliche keine Möglichkeit eine gute Beratung durchzuführen. Ich brauche  
93 vielleicht für ein Beratungsgespräch eine Viertel Stunde, aber für die muss ich mir Zeit nehmen können, nur das ist oft oder  
94 meistens einfach nicht möglich. Der Patient soll dann das Gefühl haben ich nehme mir jetzt für die Zeit und wir machen jetzt ein  
95 gutes Gespräch. Also das Ideale wäre man würde einen Pflegeexperten dazu bekommen, der speziell ausgebildet ist für  
96 Bluthochdruck, Diabetes und vielleicht noch Blutgerinnung, dem während seiner normalen Arbeitszeit einfach eine bestimmte  
97 Stundenzahl festgelegt oder zur Verfügung gestellt wird in der er beratend tätig sein kann und nicht pflegerische Handlungen  
98 machen braucht, zum Beispiel 8-10 Stunden pro Woche. Also das wäre auf jeden Fall zu fördern, da wäre ich auf jeden Fall  
99 dafür. Aber hier ist natürlich eine gute Schulung eine wichtige Voraussetzung.

100 I: Sprechen Sie bei pflegebedürftigen Patienten oder Patienten wo Sie wissen, dass Sie zu Hause von jemanden betreut  
101 werden auch mit den Angehörigen über diverse Umstellungsmöglichkeiten oder die Notwendigkeit von Bewegung, falls das noch  
102 möglich ist?

103 IP: Ja eigentlich schon, aber es geht nicht in die Tiefe.

104 I: Gibt es nach Ihrer Erfahrung Fragen, die von Patienten mit Bluthochdruck öfters gestellt werden?

105 IP: Nein, fällt mir jetzt nichts ein, aber was mir nur auffällt, dass die Hypertoniepatienten meistens sehr fixiert auf Ihre  
106 Medikamente sind und für die Patienten gibt es oft nicht viele Alternativen zu den Medikamenten. Man muss oft beim Patienten  
107 erst das Bewusstsein schaffen, dass er versteht, dass der Lebensstil sehr viel bei dieser Krankheit ausmachen kann. Aber  
108 dieses Bewusstsein haben die wenigsten.

109 I: Glauben Sie, dass wenn man die Patienten hier im Krankenhaus berät, jetzt vom Pflegepersonal oder von den  
110 Diätassistentinnen oder den Ärzten, dass das von den Patienten angenommen wird bzw. zu Hause eingehalten wird?

111 IP: Also vielleicht ein bisschen was schon, vielleicht eher bei jüngeren habe ich öfters den Eindruck das sie es recht gut  
112 annehmen, aber die ältere Generation, weiß ich nicht. Unsere österreichische Küche ist ja auch nicht unbedingt das Beste für  
113 eine wirklich gesunde Ernährung, also ich glaube da muss es entweder eine sehr gut Aufklärung geben mit schon vorgefertigten  
114 Speiseplänen und Kochrezepten, so dass es leicht durchzuführen ist oder jemand muss darauf schauen oder kochen, dass es  
115 auch gegessen wird. Aber die Patienten fallen glaube ich sehr leicht und schnell wieder in ihr altes Muster. Das kann auch sehr  
116 von der sozialen Schicht abhängen nicht nur vom Alter.

117 I: Wenn es eine Weiterbildung für eine Hypertonieberatung gäbe, würden Sie es in Betracht ziehen so etwas zu machen?

118 IP: Wenn ich es produktiv finde ja.

119 I: Welche Inhalte müssten so eine Weiterbildung beinhalten, dass es sie ansprechen würde, so dass Sie sagen, dass hat  
120 wirklich einen Sinn, dass ich da hin gehe?

121 IP: Also ganz wichtig fände ich einen strukturierten Aufbau, wo man ansetzen kann, dass man auch lernt wie man es am besten  
122 in die Praxis umsetzt, wie man es am Besten rüber bringt, das der Patient auch etwas mitnehmen kann, einfach strukturiert, das  
123 man es Schritt für Schritt an den Patienten weitergeben kann, auch die Zusammenhänge mit anderen Krankheiten fände ich  
124 wichtig genauer zu lernen. Aber wie gesagt, ich finde solche Weiterbildung nur sinnig, wenn ich nachher in der Praxis auch Zeit  
125 dafür bekomme es auszuführen.

126 I: Darf ich Ihnen noch ein paar Fragen zu Ihrer Person stellen?

127 IP: Ja natürlich.

128 I: Wie alt sind Sie?

129 IP: 42.

130 I: Wann haben Sie ihr Pflegediplom gemacht?

131 IP: 1986.

132 I: Wie lange sind Sie auf dieser Station?

133 IP: Jetzt seit zwei Jahren.

134 I: So das wars, vielen Dank das sie sich für das Interview Zeit genommen haben

135 IP: Ja natürlich kein Problem.

136 I: Herzlichen Dank.

## Interview K2

- 1 I: Findet auf dieser Station generelle Beratung der Patienten durch die Pflegepersonen statt?
- 2 IP: Nein, also es gibt keine strukturierte Beratung in Bezug auf Hypertonieschulung oder so in die Richtung.
- 3 I: Werden die Patienten am Bett beraten, z.B. was man gegen den zu hohen Blutdruck machen kann?
- 4 IP: Ja also wenn es sich aus dem Gespräch ergibt dann schon, sicher.
- 5 I: Worüber werden die Patienten so in der Regel informiert?
- 6 IP: Ja über allgemeine Möglichkeiten wie man selbst seine körperliche Konstitution verbessern kann beziehungsweise auch  
7 Grundzüge in der Ernährungsveränderung, die einen Einfluss auf den Blutdruck haben.
- 8 I: Gibt es dafür auf der Station Informationsmaterialien, Merkblätter oder Poster, wo man den Patienten verschiedenes zeigen  
9 und erklären kann?
- 10 IP: Nein so etwas haben wir nicht (...) Na eigentlich doch, wir haben von der Firma Roche die Broschüren über den Typ 2  
11 Diabetes und das Metabolische Syndrom und da wird Hypertonie auch behandelt.
- 12 I: Geben sie dem Patienten dann solche Broschüren auch mit?
- 13 IP: Na eigentlich nur wenn sie zusätzlich auch Diabetes haben.
- 14 I: Aber eine eigene Broschüre über Bluthochdruck gibt es auf der Station nicht?
- 15 IP: Nein, gibt es nicht.
- 16 I: Wie viel Zeit bleibt am Bett des Patienten für Beratungstätigkeit?
- 17 IP: Also, dass hängt stark davon ab, wie viel Arbeit es momentan auf der Station gibt, aber wenn es nicht so stressig ist, bleiben  
18 uns schon so 10-15 Minuten.
- 19 I: Gibt es bei Ihnen hier auf der Station einen eigenen Raum in den man mit Patienten gehen kann um sie zu beraten?
- 20 IP: Nein, einen eigenen Schulungsraum haben wir auf der Station nicht, bei uns wird, wenn beraten wird eigentlich nur am Bett  
21 beraten.
- 22 I: Wird generell auf der Station bei der Arbeitszeit eingerechnet, dass man Beratungszeit für die Patienten benötigt?
- 23 IP: Nein, dass wird nicht berücksichtigt.
- 24 I: Wird bei der Beratung im Team gearbeitet, das heißt mit dem Arzt, oder einer Diätologin?
- 25 IP: Wir vermitteln die Diätologinnen des Krankenhauses, das auf jeden Fall.
- 26 I: Leiten Sie die Diätologin an die Patienten wenn Sie fragen?
- 27 IP: Ja entweder das, oder wenn der Arzt die Anregung dafür gibt und auch manchmal, wenn wir es für nötig halten. Wir fragen  
28 auch beim Patienten nach ob er Informationen braucht.
- 29 I: Fragen Sie Hypertoniepatienten generell ob sie eine Beratung einer Diätologin haben wollen?
- 30 IP: Nein, eher wenn es in Richtung Adipositas geht, dann schon.
- 31 I: Wird in diesem Fall dann schon öfters eine Diätologin zu Rate gezogen?
- 32 IP: Ja, dass machen wir eigentlich schon.
- 33 I: Bieten Sie im Krankenhaus Gruppenschulung für Hypertoniepatienten an?
- 34 IP: Nein, dass tun wir nicht.
- 35 I: Informieren Sie den Patienten über Ernährungsumstellung, was man so machen kann?

36 IP: Ja also in ganz groben Zügen natürlich, einfach auch um das Interesse zu wecken, zum Beispiel was Gewichtsabnahme  
37 betrifft in Verbindung mit Bewegung und das Einschränken vom Rauchen von der Kochsalzzufuhr, von Alkohol, das was so die  
38 Faktoren sind.

39 I: Erzählen Sie auch etwas über fettreduzierte Ernährung?

40 IP: Ja, aber für genauere Informationen wird dann eigentlich die Diätologin zu Rate gezogen. Aber was mir so selber einfällt,  
41 wenn ich Zeit habe und das Gespräch gut läuft so aus dem täglichen Leben, wenn man einen Haushalt führt, da weiß man ja  
42 selber welche Fette man verwendet und wie hoch der Fettgehalt sein sollte (...) einfach ein bisschen Praxisbezogener. Und ich  
43 habe auch Broschüren mit Fetttabellen und die gebe ich auch ab und zu auch her, wenn es sich ergibt, wenn es mir günstig  
44 erscheint.

45 I: Wissen Sie welche Wirkung Kaffee auf den Blutdruck hat?

46 IP: Naja, er wird in steigen lassen nehme ich an.

47 I: Bringen Sie zum Beispiel Kaffee auch in ein Gespräch über Bluthochdruck ein?

48 IP: Nein eigentlich nicht.

49 I: Klären Sie Patienten über die Wirkung von Kalium, Kalzium und Magnesium auf?

50 IP: Eigentlich nicht, da das schon ins Ernährungsmedizinische geht und das kann ich auch nicht.

51 I: Erwähnen Sie am Bett schon, die Nahrungsmittel, die viel Magnesium, Kalium und Kalzium enthalten, wie Obst und Gemüse  
52 usw., das es gut ist viel von denen zu essen?

53 IP: Das mach ich schon, das ist ja wieder Praxisbezogen, aber es macht keinen Sinn nur einzelne Dinge im Gespräch zu  
54 erwähnen, da brauchen die Patienten dann auch was Schriftliches.

55 I: Fragen Sie die Patienten auch, wenn Sie Ihnen etwas erklären, ob er mitschreiben möchte?

56 IP: Das mache ich nicht, aber ich frage schon zwischendurch, ob er alles verstanden hat und ob er noch fragen hat.

57 I: Wird im Generellen auch darauf hingewiesen, dass Übergewicht für Bluthochdruck schlecht ist?

58 IP: Ja, das ganz besonders.

59 I: Haben Sie schon einmal gehört, dass mediterrane Kost einen Einfluss auf den Blutdruck haben kann?

60 IP: Ja habe ich schon gehört, aber darüber klären wir Patienten eigentlich nicht auf.

61 I: Sie haben gesagt es gibt eine fixe Diätologin hier im Haus?

62 IP: Ja wir haben zwei Diätassistentinnen im Haus.

63 I: Und die sind regelmäßig anwesend?

64 IP: Die sind regelmäßig anwesend, an allen Werktagen.

65 I: Wie oft würden Sie sagen das die Diätologin bei Patienten gerufen wird?

66 IP: Also das ist sehr individuelle, sehr verschieden, manchmal kommt sie ein paar Mal die Woche und dann wieder zwei  
67 Wochen nicht.

68 I: Wissen Sie, wird für Patienten mit Hypertonie im Krankenhaus eine spezielle Kost angeboten?

69 IP: Kalorienreduzierte Kost, eine Stoffwechselkost.

70 I: Wird dem Patienten dann gesagt, dass so eine Kost besser für ihn wäre oder wird die automatisch bestellt?

71 IP: Die bestellen wir eigentlich schon automatisch.

72 I: Wenn Sie meinen, dass es notwendig wäre?

73 IP: Ja, wenn man es ihm ansieht ja und wenn der Blutdruck recht hoch ist, dann auch. Für Diabetiker haben wir eine eigene  
74 Kost, mit entweder 1200 kcal oder 1600 kcal diese Kost können Blutdruckpatienten auch zu sich nehmen.

- 75 I: Geben Sie Patienten die das Krankenhaus verlassen Adressen mit, wohin Sie sich wenden können wenn Sie ein  
76 Ernährungsberatung oder Hypertonieschulung machen möchten?
- 77 IP: Nein das mache ich nicht, aber es ist mir auch noch nicht passiert, aber wenn ich Zeit habe würde ich auf jeden Fall ins  
78 Internet schauen und dann ausdrucken, das ist ja kein Problem beziehungsweise denken ich das die Diätassistentin auch  
79 Adressen an die Patienten weiter gibt.
- 80 I: Darf ich fragen, wo würden Sie im Internet nach Adressen suchen?
- 81 IP: Ich würde es einfach im Google eingeben und dann schauen was raus kommt.
- 82 I: Zu welchen Sportarten würden Sie Bluthochdruckpatienten raten?
- 83 IP: Ausdauersport und so viel wie möglich Bewegung in den Alltag einbauen.
- 84 I: Was würden Sie da den Patienten raten?
- 85 IP: Stiegen steigen statt mit dem Lift zu fahren, zu Fuß einkaufen zu gehen oder einen Verdauungsspaziergang zu machen  
86 oder Radfahren, was halt nicht so gelenksbelastend ist.
- 87 I: Wissen Sie wie sich bei Stress der Blutdruck verändern kann?
- 88 IP: Ja er lässt ihn steigen.
- 89 I: Erzählen Sie den Patienten etwas über Stressbewältigung?
- 90 IP: Also ich glaube, dass würde bei einer Beratung den Zeitrahmen sprengen, der Stress wird aber immer wieder von den  
91 Ärzten angesprochen.
- 92 I: Aber am Bett wird der Patient nicht über den Einfluss von Stress auf den Blutdruck nicht speziell aufgeklärt?
- 93 IP: Nein eigentlich nicht, aber manchmal geht durch das Aufnahmegespräch hervor, dass die Patienten sehr gestresst sind,  
94 manchmal sagen Sie es auch und wenn Sie zum Beispiel mit einer Blutdruckkrise herein kommen und wir wissen das vom  
95 Stress, dann sprechen wir das schon an.
- 96 I: Erzählen Sie da den Patienten was sie machen können gegen den Stress?
- 97 IP: Ja schon, aber bei den meisten habe ich das Gefühl, dass Sie wissen was man gegen den Stress machen kann, aber es  
98 gibt Probleme oder keine Zeit die Antistressstrategien durchzuführen oder einzuhalten. Aber wenn man mit den Patienten  
99 spricht sind sie dann doch oft motiviert und dann setzen sie es vielleicht zu Hause um. Und wir haben auf einer anderen Station  
100 im Haus auch die Möglichkeit an einem Jacobson Training teilzunehmen.
- 101 I: Teilen Sie den Patienten mit, das es diese Möglichkeit gibt an diesem Entspannungstraining teilzunehmen?
- 102 IP: Wir sagen es den Patienten, bei denen es und sinnvoll erscheint.
- 103 I: Glauben Sie dass die Patienten die Beratung annehmen?
- 104 IP: Also ich habe das Gefühl, dass das schon angenommen wird.
- 105 I: Finden Sie, dass die Beratung in der Ausbildung stärker gefördert gehört?
- 106 IP: Also ich weiß nicht wie das jetzt gemacht wird, aber zu meiner Zeit hat es ein Fach gegeben Gesprächsführung, aber eher  
107 allgemeine Gesprächsführung mehr in Bezug auf Krankheitsbewältigung, also Hypertonieberatung überhaupt nicht eher in  
108 Richtung Diabetes Beratung aber nicht das Beratungsgespräch von der pflegerischen Seite sondern von der medizinischen.
- 109 I: Sollte ihrer Meinung nach die Beratung mehr in der Praxis geübt werden?
- 110 IP: Ein bisschen das und Schüler sollten lernen was von der pflegerischen Seite angesprochen werden kann.
- 111 I: Wenn es für Hypertonieberatung eine Weiterbildungsmöglichkeit geben würde, würden Sie es in Erwägung an dieser  
112 teilzunehmen?
- 113 IP: Ja eigentlich schon.
- 114 I: Was müsste da besprochen werden das es Sie interessiert und das Sie glauben, dass es Ihnen etwas bringt?

- 115 IP: Also neben der medizinischen Seite und er Medikamente, was man dem Patienten sagt in Bezug auf Ernährung und  
116 Bewegung eigentlich die Sachen, die wir vorher besprochen haben, das heißt die praktische Anwendung, einfach die Methode,  
117 wie man den Patienten das Thema am besten rüber bringt und der Patient was davon mitnimmt.
- 118 I: Zeigen Sie Patienten die vor ihrem Krankenhausaufenthalt nicht wussten, dass sie Bluthochdruck haben auch wie man ein  
119 Blutdruckgerät verwendet?
- 120 IP: Also ich frage was für ein Blutdruckgerät sie zu Hause haben, oder ob sie überhaupt eines haben, die Vor- und Nachteile  
121 von Oberarm- und Handgelenksmanschetten ideal wäre es wenn der Patient sein eigenes Messgerät mit hat oder ein  
122 Angehöriger das Messgerät bringt.
- 123 I: Lassen Sie es den Patienten dann auch probieren nach dem Erklären ob er es selber kann?
- 124 IP: Ja das mach ich schon, aber da gibt es meist nicht so große Schwierigkeiten, so viel muss man da nicht beachten, die  
125 Haltung, nicht reden und so.
- 126 I: Gibt es Fragen, die Patienten sehr häufig stellen wenn sie mit Bluthochdruck ins Krankenhaus kommen?
- 127 IP: also am meisten sind die Patienten mit den Medikamenten unzufrieden.
- 128 I: Aber in Richtung Ernährung oder Bewegung?
- 129 IP: Nein eigentlich nicht, die Patienten sind bei der Hypertonie meistens sehr Medikamenten fixiert, es ist auch schwierig weil es  
130 ja einer Umstellung des Lebens bedarf.
- 131 I: Glauben Sie, dass Patienten nachdem man sie beraten hat zu Hause den Ratschlägen folgen?
- 132 IP: Glaub ich eher nicht, vielleicht ein paar, aber der Großteil wahrscheinlich nicht.
- 133 I: Würde ihrer Meinung nach eine Ernährungsberatung oder Hypertonieschulung nach dem Krankenhausaufenthalt sinnvoll  
134 sein?
- 135 IP: Also ich glaub auch der Hausarzt hätte da so einige Möglichkeiten, eine Hypertonieschulung ist ja nicht so was  
136 Kompliziertes wie eine Diabetesschulung.
- 137 I: Darf ich Sie noch ein paar Dinge zu Ihrer Person fragen?
- 138 IP: Ja natürlich.
- 139 I: Wie alt sind Sie?
- 140 IP: 41 Jahre.
- 141 I: Wann haben Sie Ihr Pflegediplom gemacht?
- 142 IP: Im Jahr 1989.
- 143 I: Wie lange sind Sie schon auf dieser Station?
- 144 IP: Seit ungefähr 8 Jahren.
- 145 I: So dann darf ich mich für das Interview bei Ihnen bedanken, vielen Dank für Ihre Zeit
- 146 IP: Ja kein Problem.

### Interview K3

- 1 I: Finden auf der Station Beratungen statt?
- 2 IP: Ja machen wir schon.
- 3 I: Gibt es auch eine Beratung für Hypertonie Patienten?
- 4 IP: Also eine speziell ausgewiesene Beratung gibt es nicht aber es gibt schon eine allgemeine Beratung für Hypertoniker aber  
5 nicht so jetzt ist Hypertonieberatung, wie es eigentlich gehört.
- 6 I: Wo wird die Beratung durchgeführt?
- 7 IP: Also bei uns eigentlich am Bett.
- 8 I: Und worüber werden die Patienten da informiert?
- 9 IP: Hauptsächlich über Lifestyle, die regelmäßige Medikamenteneinnahme, eine regelmäßige Blutdruckkontrolle, Blutfette, was  
10 kann man dafür und dagegen tun, Bewegung, Ernährung und solche Dinge.
- 11 I: Gibt es hier auf der Station Informationsmaterialien, Merkblätter für Patienten?
- 12 IP: Von einigen Firmen haben wir Literatur und Informationsmaterialien, die an den Patienten auch weitergegeben wird.
- 13 I: Wird bei der Zeiteinteilung der Pflegepersonen auch eingerechnet, dass sie beratende Funktionen auch haben?
- 14 IP: Nein eigentlich nicht, aber es ist so, dass wir sowieso hier ein anderes Pflegesystem haben, wir versuchen die  
15 Gruppenpflege zu erreichen, Bezugspflege bei manchen Patienten zu machen, das geht nicht über die ganze Station und dies  
16 mit Beziehungspflege zu kombinieren, das ist ein Projekt das wir seit einem Jahr hier oben laufen haben in diesem Rahmen  
17 sind dann schon Beratungszeiten vorgesehen, aber das muss sich jede Pflegenden selber einplanen, wann sie mit dem  
18 Pflegenden spricht.
- 19 I: Und diese Beratung findet auch am Bett statt?
- 20 IP: Also das kann am Bett sein oder in der Bibliothek sein, je nachdem wie sich die Pflegenden das mit dem Patienten ausmacht.
- 21 I: Aber einen eigenen Raum für Beratungsgespräche gibt es nicht?
- 22 IP: Wir haben verschiedene Räume, die Bibliothek, beim Zimmer 4 haben wir eine Sitzgruppe wo man sich unterhalten kann, es  
23 wird im Zimmer gesprochen und vor der Station.
- 24 I: Wird bei der Beratung im Team gearbeitet, arbeiten mehrere Disziplinen bei der Beratung mit?
- 25 IP: Es gibt, jetzt nicht nur speziell auf die Hypertonie bezogen, ein Arztgespräch aber so dass das ein Teamgespräch ist, nein.
- 26 I: Bieten Sie auf der Station Gruppenschulungen für Hypertoniker an?
- 27 IP: Nein, wir haben nur Einzelberatungen.
- 28 I: Werden die Patienten über Ernährungsumstellung bei Bluthochdruck informiert?
- 29 IP: Ja.
- 30 I: Worüber werden Sie da konkret aufgeklärt?
- 31 IP: Also wir beginnen damit über eine Ernährungsumstellung zu sprechen, oft auch wenn ein Metabolisches Syndrom  
32 vorhanden ist, das ja oft miteinander verbunden ist, da wird das auch über die Diätassistentin gespielt. Die erzählt dann einmal  
33 den Patienten etwas über die Ernährungsumstellung und ein Teil wird auch durch das Pflegepersonal erklärt.
- 34 I: Also es wird schon eine Diätologin zugezogen?
- 35 IP: Ja eigentlich immer.
- 36 I: Heißt das immer bei Bluthochdruckpatienten?
- 37 IP: Nein, immer wenn eine Ernährungsumstellung notwendig ist, weil es gibt ja auch Bluthochdruckpatienten die sehr schlank  
38 sind, wo es ja auch gar nicht darum geht seine Ernährung umzustellen.

- 39 I: Werden Patienten von Pflegepersonen auch darüber aufgeklärt, welche Wirkung erhöhter Salzkonsum auf den Blutdruck hat?
- 40 IP: Das macht die Diätassistentin.
- 41 I: Werden Sie über die Wirkung von Alkohol, Kaffee, Fette aufgeklärt?
- 42 IP: Ja also über so allgemeine Dinge werden Sie schon aufgeklärt, aber die speziellen Dinge erzählt Ihnen die Diätologin. Wir  
43 geben auch vorher die Broschüren aus und sprechen dann mit den Patienten, das heißt zuerst Literatur und dann gehen wir es  
44 an mit „da haben sie gelesen“ und „da steht drinnen“ und „haben Sie noch fragen“ oder „wie geht es Ihnen damit“.
- 45 I: Heißt das es wird in einem Gespräch die Broschüre noch einmal durchgegangen?
- 46 IP: Ja genau, aber sie wissen, dass wir hier auf der Station Psychosomatik haben und das es da auch eine Abwehr vom  
47 Patienten gibt, einfach einmal zu schauen, kann er was annehmen oder nicht und Hypertoniker sind ja so Pseudoangepasst,  
48 die sehr schnell eine Therapie verweigern oder sie einfach nicht durchführen und das muss man langsam beginnen haben wir  
49 die Erfahrung gemacht es hat keinen Sinn von allen Seiten zu arbeiten und sagen verändere dein Leben denn er macht es  
50 nicht. Wir versuchen Hypertoniker so weit zu bringen ihre Medikamente regelmäßig zu nehmen, weil die Compliance da auch  
51 nicht immer sehr hoch ist und seine Kontrollen dann hat und dann ganz langsam, wir wissen natürlich, dass eine  
52 Ernährungsumstellung ganz wichtig ist, aber als erstes muss er sich einmal damit auseinandersetzen, dass er einen  
53 Hypertonus hat der behandelt gehört. Und bei den ersten tritt die Krankheit meist so um die 40 auf, dann muss derjenige das  
54 einmal annehmen können.
- 55 I: Gibt es hier im Krankenhaus eine spezielle Kost für Hypertoniker?
- 56 IP: Wir haben eine fettreduzierte Kost oder Kalorienreduzierte Kost, aber das hängt von den Patienten ab.
- 57 I: Wird dem Patienten wenn er mit Bluthochdruck und Übergewicht ins Krankenhaus kommt empfohlen eine fettreduzierte Kost  
58 zu essen?
- 59 IP: Ja wird empfohlen, aber sie wird nicht eingefordert und nicht überprüft, weil wir es nicht als sinnig erachten wenn der Patient  
60 sich hier 8 Tage einer Diät unterwirft und wenn er dann nach Hause kommt und es ist keine Veränderung passiert.
- 61 I: Wird so eine Kost vom Arzt empfohlen oder können das die Pflegepersonen auch dem Patienten raten?
- 62 IP: Ja das machen durchaus auch die Pflegepersonen, meistens macht das eigentlich die Pflege bei und auf der Station und  
63 nicht der Arzt und nur wenn medizinische Indikationen klar sind, dann sieht man auch das der Arzt so eine Kost verschreibt.
- 64 I: Bekommt der Patient wenn er das Krankenhaus verlässt von Ihnen Adressen wo er sich hin melden kann, wenn er weitere  
65 Beratung möchte, zum Beispiel wenn man an einer Hypertonieschulung teilnehmen möchte oder eine Ernährungsberatung?
- 66 IP: Nein.
- 67 I: Stehen in den Broschüren Adressen?
- 68 IP: Also in der allgemeinen Broschüre Ernährung bewusst-so lebt man besser, da sind schon auch Adressen drinnen an die  
69 man sich wenden kann, also das ist eine allgemeine Broschüre mit allen Selbsthilfegruppen und nützliche Adressen. Da geht es  
70 hauptsächlich einmal darum die Kost ganz leicht umzustellen einmal in Richtung gesunde Ernährung zu gehen. Aber wie  
71 gesagt wenn kein extremes Übergewicht vorherrscht, das hängt immer vom Patienten ab dann gibt man auch nichts mit, aber  
72 bei extremen Übergewicht, dann wird schon einmal mit im gesprochen auf Kur zu gehen oder auf Rehab zu gehen, eine Rehab  
73 wird von hier aus in die Wege geleitet, weil das hat nur einen Sinn wenn der Patient da längerfristig weiter macht, da ist der  
74 kurze Aufenthalt bei uns einfach zu wenig.
- 75 I: Wird bei der Beratung auch die Bewegung bei Bluthochdruckpatienten erwähnt?
- 76 IP: Nein im speziellen nicht, sie wird schon einbezogen, unsere Patienten bekommen hier eine Bewegungstherapie über unsere  
77 Physiotherapeuten und wir haben auch für Bewegung eine Broschüre.
- 78 I: Stress kann den Blutdruck ja auch beeinflussen, wird da in der Beratung etwas darüber erzählt?
- 79 IP: Ja wir sind hier eine Psychosomatik, der Patient bekommt hier ein psychotherapeutisches Interview und vor diesem  
80 psychotherapeutischen Interview macht die Pflege eine ausführliche Pflegeanamnese, wo schon Sozialdaten erhoben werden,  
81 wo natürlich auch Stress ein Thema sein kann, wenn der Patient eine Bezugspflegeperson bekommt oder auch sonst auffällig  
82 ist, dann kommt das in die Therapieplanung hinein und da werden dann Ziele geplant, vom gesamten Team egal aus welcher  
83 Berufsgruppe, die erreicht werden sollen beim Patienten und da ist natürlich Stress ein Thema. Aber der Patient muss bei uns  
84 sowieso Entspannungstherapie erlernen, dass ist bei uns das Jacobson Training und der Patient hat bei uns auch die  
85 Möglichkeit und er hat jetzt auch die Möglichkeit in eine psychotherapeutische Gruppe zu gehen, nicht nur Einzeltherapie  
86 sondern auch die Gruppentherapie wird verschrieben, wenn der Patient stationär ist, ist das zweimal die Woche und auch wenn  
87 der Patient dann nach Hause geht, kann er von draußen herein kommen und diese Gruppe auch beenden, das ist ein fixes

- 88 Programm, da geht es um Stress und Achtsamkeit und biopsychosoziale Zusammenhänge, also Stress ist immer ein Thema bei  
89 uns.
- 90 I: Sehen Sie die Beratung als Teil der Pflege?
- 91 IP: Ja auf jeden Fall.
- 92 I: Glauben Sie, dass die Beratung in der Ausbildung mehr gefördert gehört?
- 93 IP: Ja auf jeden Fall, es gehört sowohl Einzel- als auch Gruppenberatungen gelehrt aber auch viel in der Praxis geübt, ein  
94 soziales Gruppentraining hat keiner, obwohl vielleicht wird es jetzt unterrichtet, aber bei uns war das überhaupt nicht, dass wir  
95 gelernt hätten, wie man soziale Gruppen begleitet. Also in der Grundausbildung war das gar nicht der Fall, in meiner  
96 Spezialausbildung habe ich so etwa dann schon gelernt, aber das haben ja nicht so viele.
- 97 I: Werden bei Patienten die zu Hause nicht mehr alleine Leben können auch die Angehörigen in die Beratung eingebunden?
- 98 IP: Soll ich Ihnen jetzt wirklich eine ehrliche Antwort geben?
- 99 I: Ja bitte.
- 100 IP: Also meist steht wenn der Patient pflegebedürftig ist nicht mehr die Hypertonie im Vordergrund, obwohl, das ist ziemlich  
101 individuell, von Patient zu Patient unterschiedlich. Also wenn der Patient nur ein bisschen Hilfe zu Hause braucht, dann ziehen  
102 wir auch die Angehörigen mit ein, aber wenn der Patient 90 Jahre ist und schwer krank ist, dann besprechen wir eher mit den  
103 Angehörigen die Pflegesituation, anstatt die Situation mit dem Bluthochdruck. Aber im Allgemeinen schauen wir schon, dass  
104 wir, wenn es der Patient möchte die Angehörigen miteinbeziehen.
- 105 I: Würden Sie eine Weiterbildung zum Thema Beratung in der Hypertonie machen?
- 106 IP: Ja also wenn es so etwas gibt würde ich schon an so einer Weiterbildung teilnehmen, weil das für sehr wichtig empfinde.
- 107 I: Welche Inhalte müsste so eine Fortbildung haben, dass es Sie interessiert und Sie glauben, dass es für Sie in der Praxis  
108 relevant ist?
- 109 IP: Ich glaube es ist sehr wichtig eine persönliche Beratung zu machen, dass man die persönliche Biographie miteinbezieht,  
110 dass muss gelernt werden und auch wie man die Beziehung zu den Patienten aufbaut und auch hält, erst wenn diese Dinge  
111 passen kann man überhaupt erst Inhalt vermitteln. Wichtig ist es auch einfach zu lernen, nachdem man die Beziehung zum  
112 Patienten aufgebaut hat, wie man den Inhalt am besten rüber bringt, so dass der Patient auch etwas davon mitnehmen kann.
- 113 I: Glauben Sie, dass in der Regel Beratungen der Pflege vom Patienten gut angenommen werden?
- 114 IP: Naja (...) ich würde sagen vielleicht 50:50 % von der Prozentzahl, gerade beim Hypertoniethema, das ist oft ein bisschen  
115 schamhaft besetzt, weil da muss man oft zugeben, dass man Dinge falsch gemacht hat oder hätte besser machen können, sei  
116 es das Essen oder auch die Bewegung oder auch der Alkohol und das ist ja alles nicht so angenehm und ich glaube einfach,  
117 dass es sehr darauf ankommt, wie man auf die Leute zugeht, ich glaube, dass Beratung etwas sehr vorsichtiges sein muss, die  
118 immer wieder kommt, wo es nicht darum geht, hast du etwas gut gemacht oder nicht sondern immer von der Unterstützung her  
119 arbeiten und lobend arbeiten über jede Kleinigkeit loben und nicht sagen na jetzt sind Sie schon wieder da, jetzt haben wir erst,  
120 das schulische Denken muss ganz raus aus der Beratung. Man muss immer motivierend arbeiten, sagen wie toll das ist das der  
121 Patient Bewegung gemacht hat und etwas abgenommen hat immer kleine Schritte machen, es geht um das begleiten.
- 122 I: Glauben Sie dass die meisten Patienten wissen warum Sie eine Hypertonie haben?
- 123 IP: Nein, ich sehe das Tag täglich, dass sie das nicht wissen, aber oft im Gespräch kommen sie dann drauf, dass das vom  
124 Stress kommen kann, oder von der falschen Ernährung oder dem Bewegungsmangel usw. Von vornerein sagen die  
125 Hypertoniker immer wie gut es ihnen doch geht, sie haben kein Problem, ich kann mit dem allem gut umgehen, ich finde, dass  
126 einfach eine längere psychotherapeutische Betreuung sehr hilfreich sein kann um sein Leben ein bisschen umzustellen.
- 127 I: So das wärs zum Interview, darf ich Ihnen nur ein paar kurze Fragen zu Ihrer Person stellen?
- 128 IP: Ja klar.
- 129 I: Wie alt sind Sie?
- 130 IP: Ich bin 47 Jahre alt.
- 131 I: Seit wann haben Sie Ihr Pflegediplom?
- 132 IP: Seit 1979.

- 133 I: Wie lange sind Sie schon auf dieser Station?
- 134 IP: Seit es sie gibt, also seit 1983, seit 24 Jahren.
- 135 I: Vielen herzlichen Dank für Ihre Zeit.
- 136 IP: Gern geschehen.

#### Interview K4

- 1 I: Finden hier auf der Station im Allgemeinen Beratungen statt?
- 2 IP: Ja wir beraten hier Patienten.
- 3 I: Beraten Sie im Speziellen auch Bluthochdruckpatienten?
- 4 IP: Ja in Richtung Ernährung oder welche Messzeitpunkte gut gewählt sind usw.
- 5 I: Haben Sie auf der Station Informationsmaterialien, die Sie Patienten zum Lesen geben können oder ihnen mitgeben können?
- 6 IP: Ja da haben wir ein paar.
- 7 I: Welche Informationsmaterialien haben Sie?
- 8 IP: Also wir bekommen von diversen Firmen immer wieder Informationsmaterialien zugeschickt, die oft recht interessant sind,  
9 die lesen wir dann oft selbst, weil man da auch oft noch ein bisschen etwas lernen kann, oder neue Erkenntnisse drinnen  
10 stehen, da kann man dann den Patienten auch manches vielleicht ein bisschen besser erklären. Die Blutdrucktabellen sind da  
11 auch drinnen, da kann man den Patienten auch etwas zeigen. Die Broschüren werden meist von Pharmafirmen geschickt, was  
12 man außer Medikamenteneinnahme noch an seinem Lebensstil ändern kann um die Krankheit besser in den Griff zu  
13 bekommen und das verwenden wir eigentlich recht gerne. Meist sind es zwar keine Hefte für den Blutdruck, sondern oft auch  
14 für Diabetes oder generell über Lebensstiländerungen und was das bewirken kann, aber man kann das trotzdem recht gut  
15 verwenden, da zeigt man halt den Patienten, was für sie wichtig ist und in Frage kommt.
- 16 I: Bleibt während der normalen Pflegetätigkeiten genügend Zeit Patienten zu beraten?
- 17 IP: Nicht immer, wenn die Station sehr voll ist, besonders mit Pflegefällen, dann haben wir oft einfach nicht die Zeit die  
18 Patienten zu beraten, oder einfach man bekommt mit, dass es zu wenig ist, wie man sie berät.
- 19 I: Beraten Sie die Patienten am Bett oder in anderen Räumen?
- 20 IP: Also die Beratung bei uns auf der Station findet hauptsächlich am Bett statt, wie auch viele unserer Patienten Bettruhe  
21 haben und nicht aufstehen sollen.
- 22 I: Erklären Sie dem Patienten, wie man Blutdruck misst, wenn sie es noch nicht bemacht haben?
- 23 IP: Also ich mache das eigentlich nicht.
- 24 I: Wird auf dieser Station bei der Beratung im Team, mit Ärzten oder Diätologen gearbeitet?
- 25 IP: Also was den Blutdruck betrifft eigentlich selten, bei Diabetes funktioniert die Zusammenarbeit besser, aber das machen wir  
26 auch schon länger.
- 27 I: Bieten Sie hier auf der Station oder im Krankenhaus allgemein Gruppenschulungen zum Thema Bluthochdruck an?
- 28 IP: Nein so etwas haben wir gar nicht, wenn Patienten beraten werden, dann nur in Einzelberatung.
- 29 I: Worüber informieren Sie Patienten, wenn Sie ihnen etwas über Ernährungsumstellung erzählen?
- 30 IP: Also über die Kochsalzaufnahme, aber auch über die Fette, weil viele unserer Hypertoniker auch übergewichtig sind ist mir  
31 das sehr wichtig.
- 32 I: Erzählen Sie den Patienten auch etwas über Alkoholkonsum und dessen Wirkung?
- 33 IP: Ja natürlich, aber ich muss sagen hauptsächlich dann wenn aus dem Erstgespräch hervorgeht, dass die Person öfters  
34 Alkohol trinkt, auch beim Rauchen, das kann ja auch einen Einfluss haben auf den Blutdruck, das sag ich auch nur wenn ich  
35 vorher gefragt habe ob er raucht, weil einem Nichtraucher brauch ich natürlich nichts darüber erzählen.
- 36 I: Erzählen Sie auch den Patienten etwas über Magnesium, Kalzium und Kalium, wie das den Blutdruck verändern kann und in  
37 welchen Lebensmitteln viel davon enthalten ist?
- 38 IP: Ja darüber erzählen wir schon etwas außer es liegt eine andere Krankheit vor, wo man zum Beispiel möglichst wenig Kalium  
39 zu sich nehmen sollte.
- 40 I: Haben Sie schon selbst einmal gehört, welche Wirkung mediterrane Ernährung auf den Blutdruck hat?

- 41 IP: Nein, aber ich kann mir denken eine positive Wirkung, da man ja da viel Fisch zu sich nimmt und eine leichter Kost hat und  
42 die richtigen Öle verwendet usw.
- 43 I: Ja genau, fließt dieses Wissen auch in die Beratung ein?
- 44 IP: Naja, natürlich rate ich ihnen zu einer leichten Kost und zur Verwendung der richtigen Öle beim Kochen oder generell beim  
45 Essen, aber unter mediterraner Kost lasse ich das nicht laufen.
- 46 I: Werden Patienten mit Übergewicht speziell auf die Ernährung angesprochen?
- 47 IP: Ja wenn Zeit ist schon aber wir geben ihnen meistens etwas darüber zum Lesen, was wir halt gerade da haben, oft geht es  
48 sich gar nicht aus, dass wir mit ihnen wirklich gescheit reden.
- 49 I: Gehen Sie den Inhalt der Broschüren nochmals mit dem Patienten durch nachdem Sie ihnen die Materialien gegeben haben?
- 50 IP: Nein, dafür bleibt keine Zeit.
- 51 I: Geben Sie dem Patienten die Möglichkeit, wenn er etwas aus der Broschüre nicht verstanden hat, dass er Fragen stellen  
52 kann?
- 53 IP: Ja das schon, das sage ich meistens dazu wenn ich die Broschüre ausbebe.
- 54 I: Gibt es hier im Krankenhaus eine Diätologin?
- 55 IP: Ja da haben wir mehrere.
- 56 I: Werden Diätologen bei Bluthochdruckpatienten hinzugezogen?
- 57 IP: Ganz ehrlich, bei Bluthochdruckpatienten eigentlich nicht, die rufen wir eher bei Diabetes Patienten oder bei stark  
58 übergewichtigen Patienten.
- 59 I: Von wem aus wird die Diätologin gerufen?
- 60 IP: Vom Arzt.
- 61 I: Können die Pflegepersonen auch sagen, das ein Diätologin notwendig wäre, wird darauf Rücksicht genommen?
- 62 IP: Wir können es schon sagen, aber oft rufen wir von uns aus eigentlich keine Diätassistentin, das macht eigentlich schon  
63 immer der Arzt, das wir etwas sagen ist häufiger beim Diabetes. Die Übergewichtigen bekommen meistens eine fettreduzierte  
64 Ernährung im Krankenhaus, mit 1600 kcal.
- 65 I: Gibt es eine bestimmte Ernährung im Krankenhaus für Hypertoniker?
- 66 IP: Nein speziell für Bluthochdruckpatienten haben wir keine Ernährung, aber wir haben eine fettreduzierte Ernährung und  
67 auch eine Ernährung für Stoffwechselkranke.
- 68 I: Wird den Patienten geraten, eine der beiden Ernährungsformen im Krankenhaus zu essen?
- 69 IP: Naja, wir empfehlen das eigentlich selten bei Hypertonikern, eher wenn die Patienten übergewichtig sind oder leichten  
70 Zucker haben. Die Patienten sind nicht sehr glücklich wenn man sie auf eine Schonkost oder so etwas setzt.
- 71 I: Geben Sie den Patienten wenn sie das Krankenhaus verlassen Adressen mit, an die sich der Patient bei weitem fragen oder  
72 den Wunsch nach einer Beratung in der Ernährung oder Hypertonieschulung hat?
- 73 IP: Nein das mache ich gar nicht.
- 74 I: Wissen Sie ob die Diätologin den Patienten solche Adressen gibt?
- 75 IP: Nein das weiß ich nicht, aber ich hab es auch noch nie gesehen, aber wir von der Pflege geben den Patienten eigentlich  
76 keine Informationen diesbezüglich mit, außer manchmal steht in den Broschüren Adressen drinnen.
- 77 I: Wie klären sie den Patienten über die Wichtigkeit der Bewegung bei Bluthochdruck auf?
- 78 IP: Also über Bewegung erzähle ich den Patienten eigentlich immer etwas, und ich zähle ihnen dann auch meistens Beispiele  
79 für geeignete Sportarten auf, wie zum Beispiel Spazieren gehen, oder Nordic Walking oder auch Laufen gehen, aber das mit  
80 dem Laufen sage ich nur bei nicht übergewichtigen Patienten, weil bei Übergewicht das Laufen ja auf die Gelenke geht.
- 81 I: Wie wird der Stress in die Beratung einbezogen?

- 82 IP: Ja da erzähl ich auch so einiges, ich erzähl ein bisschen etwas über Entspannungstraining und ich rate ihnen auch oft, dass  
83 sie sich ein entspannendes Hobby suchen sollen, etwas tun sollen, was sie beruhigt und was ihnen gefällt.
- 84 I: Glauben Sie das die Patienten das annehmen, das Sie das was sie ihnen sagen über Ernährung, Bewegung oder auch  
85 Stress auch wirklich mit nach Hause nehmen und auch einiges davon befolgen?
- 86 IP: Also ich glaube viele Patienten wissen sehr wohl, was sie selbst machen könnten, aber sie tun es einfach nicht, andererseits  
87 wenn etwas vorgefallen ist und sie deswegen ins Krankenhaus kommen, wie einen Herzinfarkt oder einer Herzattacke oder  
88 Herzrasen und noch bei einigen anderen Dingen, hat man das Gefühl, das sie wirklich etwas besser zuhören und man hat dann  
89 auch öfter das Gefühl sie wollen mehr dazu wissen und auch zu Hause weiter machen, manche Menschen brauchen erst ein  
90 Ereignis das ihr Leben beenden oder beeinträchtigen kann um umzuschalten und ein bisschen besseres Leben, in diesem Fall  
91 Lebensstil zu führen.
- 92 I: Sehen Sie die Beratung aus Aufgabe der Pflege?
- 93 IP: Ja auf jeden Fall, bei uns auf der Station haben wir zwar hauptsächlich Diabetes Beratungen und immer wieder Beratungen  
94 zum Bluthochdruck, wobei ich glaube zu wenig, weil fast jeder zweite oder dritte auf unserer Station Bluthochdruck hat und wir  
95 einen Bruchteil davon nur in kleinem Ausmaß informieren.
- 96 I: Wie beraten Sie Patienten mit zu hohem Blutdruck, die pflegebedürftig sind oder zu Hause nicht mehr alleine wohnen?
- 97 IP: Also wenn es Angehörige gibt, dann versuche ich mit denen gemeinsam mit dem Patienten zu sprechen, das beide Seiten  
98 wissen, wie es zu Hause dann weiter gehen soll.
- 99 I: Wird den Patienten dann auch erklärt, wie dass am besten mit der Ernährung gemacht wird, oder das man so weit wie  
100 möglich Bewegung mit dem Patienten macht?
- 101 IP: Ja, das erzähle ich den Patienten und den Angehörigen dann meistens gemeinsam, falls die Zeit es zulässt.
- 102 I: Gibt es Fragen die von Patienten mit Bluthochdruck besonders oft gefragt werden?
- 103 IP: Na besonders die die eine neu entdeckte Hypertonie haben fragen dann schon oft auch was sie selbst dagegen tun können,  
104 das kommt schon vor, meistens wenn es den Patienten dann etwas besser geht, wenn sich der Zustand der Patienten  
105 gebessert hat, dann kommen eigentlich schon öfters fragen.
- 106 I: Denken Sie, dass die Beratung in der Ausbildung mehr gefördert werden sollte?
- 107 IP: Ja das glaube ich schon, ich weiß nur aus meiner Ausbildung die jetzt schon länger her ist, das wir eigentlich wenig über  
108 Beratung gehört haben, und wenn eher allgemein gehalten aber überhaupt nicht in spezielles hineingehend. Es macht vielleicht  
109 manches einfacher, wenn man in der Ausbildung mehr über Beratungsmöglichkeiten lernt und vielleicht auch in der Praxis damit  
110 arbeitet, man ist dann vielleicht nicht mehr so ängstlich wenn man die Beratung dann durchführen muss. Es nimmt einem  
111 vielleicht die Scheu davor. Ich habe es damals einfach mit der Praxis während meiner ersten Arbeitsjahre gelernt.
- 112 I: Würden Sie eine Weiterbildung zum Thema Hypertonie und Hypertonieberatung wenn es angeboten wird besuchen?
- 113 IP: Ja eigentlich schon.
- 114 I: Welche Inhalte müsste so eine Weiterbildung umfassen, dass Sie sagen das Ihnen das etwas bringt?
- 115 IP: Wirklich wichtig wäre, wie man die Patienten motiviert, das sie im Krankenhaus etwas machen und zu Hause nicht einfach  
116 abbrechen sondern weitermachen! Fachliche Dingen brauche ich eigentlich nicht erklärt, das weiß ich schon aufgrund meiner  
117 Ausbildung, vielleicht wäre auch noch interessant, was die Wichtigsten Punkte wären, die man einem Hypertoniker erklären und  
118 sagen sollte.
- 119 I: Das Interview wäre hiermit beendet, darf ich Ihnen noch ein paar Fragen zu Ihrer Person stellen?
- 120 IP: Ja.
- 121 I: Wie alt sind Sie?
- 122 IP: Ich bin 45 Jahre.
- 123 I: Wann haben Sie Ihr Pflegediplom gemacht?
- 124 IP: 1984.
- 125 I: Wie lange sind sie schon auf dieser Station?

- 126 IP: Jetzt schon seit 8 Jahren.
- 127 I: Na gut, dann vielen herzlichen Dank für die Zeit die Sie sich genommen haben.
- 128 IP: Bitte schön gerne geschehen.

Interview K5

- 1 I: Beginnen möchte ich mit der Frage, findet hier auf der Hypertonieberatung statt?
- 2 IP: Nein, eher wenig.
- 3 I: Was ist wenn ein Patient Fragen zu seinem Blutdruck hat?
- 4 IP: Dann wird das bei der Visite besprochen.
- 5 I: Bei den Pflegepersonen auch, das erklärt wird, wie man zum Beispiel einen Blutdruck misst oder wie man über die Ernährung  
6 selbst etwas für den Blutdruck machen kann oder das man sich bewegen soll?
- 7 IP: Nein das wird eigentlich hauptsächlich von den Ärzten gemacht.
- 8 I: Gibt es auf der Station Informationsmaterialien für Bluthochdruckpatienten?
- 9 IP: Ja, wir haben da so Broschüren für Bluthochdruck, also Punkte Ernährung dann eher.
- 10 I: Werden die Broschüren Patienten mit Bluthochdruck dann auch ausgehändigt?
- 11 IP: Schon, aber regelmäßig würde ich nicht sagen.
- 12 I: Ist dieses Heft speziell für Hypertonie?
- 13 IP: Ja das ist für Bluthochdruck, das ist so ein kleines Hefterl.
- 14 I: Gibt es auch so etwas wie Merkblätter, wo das wichtigste zusammengefasst ist für Bluthochdruckpatienten oder Vorschläge  
15 von Lebensstiländerungen draufstehen?
- 16 IP: Nein so etwas haben wir gar nicht.
- 17 I: Wird hier auf der Station Zeit für Beratung in die Arbeitszeit einberechnet?
- 18 IP: Nein gar nicht, das muss man wenn man es macht irgendwo zwischendurch erledigen, zwischen den Pflegehandlungen.
- 19 I: Wird wenn beraten wird im Team gearbeitet, also zum Beispiel arbeiten da Ärzte mit Pflegepersonen und Diätassistentinnen  
20 zusammen?
- 21 IP: Eigentlich nicht, nein.
- 22 I: Wird eine Diätassistentin bei Bluthochdruckpatienten gerufen?
- 23 IP: Manchmal schon, aber das wird meistens von den Ärzten bei der Visite beschlossen und dann wird sie gerufen.
- 24 I: Kann auch eine Pflegeperson wenn sie es für wichtig erachtet eine Diätassistentin rufen?
- 25 IP: Ja das geht schon, aber das ist nicht so oft der Fall.
- 26 I: Wird generell öfters eine Diätassistentin auf die Station gerufen?
- 27 IP: Ja eigentlich schon, aber für Bluthochdruckpatienten kommen nicht so oft welche, außer sie sind stark übergewichtig, es  
28 kommen eher welche wenn ein Patient Diabetes hat.
- 29 I: Gibt es auf der Station oder hier im Krankenhaus die Möglichkeit einer Gruppenschulung für Hypertoniepatienten?
- 30 IP: Nein, wenn wir eine Beratung durchführen, dann nur am Bett.
- 31 I: Informieren Sie Patienten mit Bluthochdruck was man Ernährungsmäßig bei Bluthochdruck selbst machen kann?
- 32 IP: Nein gar nicht, dann ruf ich eine Diätassistentin oder spreche mit einem Arzt. Kurz anreißen tue ich vielleicht etwas, über  
33 Salzkonsum oder Alkohol usw. aber das mache ich vielleicht dort wo mich jemand fragt, aber selbst da erzähle ich kaum etwas,  
34 da gebe ich maximal die Broschüre her, wenn wir zu dem Zeitpunkt welche haben.
- 35 I: Wann im speziellen werden Diätassistentinnen gerufen?
- 36 IP: Hauptsächlich, wenn eine Person übergewichtig und manchmal wenn in den Blutwerten extrem hohes Cholesterin drinnen  
37 stehen, dann sagt der Arzt auch meistens dass eine Diätassistentin kommen soll. Nur wenn jemand Bluthochdruck hat ohne  
38 Übergewicht oder nur ein bisschen fester ist rufen wir keine Diätassistentin an.
- 39 I: Bekommen die Patienten wenn sie nach Hause gehen auch Zetteln oder Broschüren, wo man sich für Schulungen und  
40 Beratungen für Bluthochdruck nach dem Krankenhausaufenthalt hinwenden kann?

41 IP: Also ich denke Informationsbroschüren werden sie schon von der Diätassistentin bekommen, aber ob da auch drinnen steht  
42 oder ob sie ihnen sagt wo man sich nach dem Krankenhausaufenthalt hinwenden kann, da habe ich keine Ahnung, ich weiß  
43 nicht so genau was die Diätassistentinnen bei uns auf der Station mit den Patienten durchgehen oder worüber die Patienten  
44 genau aufgeklärt werden.

45 I: Weisen Patienten auf Sportarten hin, welche Sie machen könnten um den Blutdruck zu senken oder wie man Stress  
46 vermeiden bzw. verringern kann?

47 IP: Nein, das mache ich gar nicht.

48 I: Sehen Sie generell die Beratung als Aufgabe der Pflege?

49 IP: Nein eigentlich nicht, weil wir haben wirklich andere wichtiger Aufgaben in der Pflege und ich finde wir haben auch nicht die  
50 richtige Ausbildung um irgendwen beraten zu können um ein Beratungsgespräch durchführen zu können. Ich würde es sinnvoll  
51 finden, wenn speziell ausgebildete Krankenschwestern oder wer anderer der extra dafür angestellt wurde, auf ein paar  
52 Stationen so eine Beratung durchführt, aber ich sehe nicht ein, wie ich zusätzlich zu meinen Pfllegetätigkeiten auch noch dazu  
53 komme eine Beratung durchführen zu müssen. Ich habe schon für die Pflege zu wenig Zeit.

54 I: Würden Sie wenn es angeboten werden würde, eine Weiterbildung für so eine externe Hypertonieberatung teilnehmen  
55 wollen?

56 IP: Ja also interessant finde ich das ja, aber wie gesagt, nicht innerhalb meiner normalen Tätigkeit als Krankenschwester  
57 sondern nur zusätzlich.

58 I: Welche Inhalte müssten Ihrer Meinung dann in so einer Weiterbildung enthalten sein, dass Sie es für sinnvoll erachten?

59 IP: Wie die Ernährung umzustellen ist, wo ich Patienten am besten hin weiterleite, denn das weiß ich gar nicht, welchen Sport  
60 man bei Bluthochdruck machen darf oder sollte, was man genau essen darf oder soll, eigentlich weiß ich zu dem Gebiet nicht  
61 wirklich viel, deswegen berate ich auch so wenig wie möglich und sag immer sie sollen den Arzt fragen wenn sie was wissen  
62 wollen. Aber es wäre sehr interessant so eine Ausbildung machen zu können. Vielleicht wäre auch wichtig, wie man es den  
63 Patienten am besten rüber bringt, das sie auch etwas von dem Gespräch mitnehmen. Ich finde es oft sehr schwer mit unseren  
64 Patienten auf der Internen über solche Dinge zu sprechen, da sie manchmal schon dement sind und einfach selbst nicht mehr  
65 genau wissen was man sagt oder sich es nicht merken.

66 I: Was machen Sie dann in solchen Fällen?

67 IP: Also, wenn es um Medikamenteneinnahme geht, dann spreche ich mit den Angehörigen und die sollen sich dann zu Hause  
68 darum kümmern, dass sie die Medikamente nehmen.

69 I: Gilt das dann auch für zum Beispiel Ernährungsumstellung oder Bewegung?

70 IP: Gilt schon, da sollte man mit den Angehörigen drüber sprechen, aber wie gesagt, über dass erzähle ich kaum was, da leite  
71 ich sie immer n den Arzt weiter.

72 I: Gibt es Fragen die von Hypertoniepatienten besonders häufig gefragt werden?

73 IP: Na eigentlich nicht, aber vielleicht was sie essen sollen, das ist eigentlich die meistgestellte Frage.

74 I: Gibt es eine spezielle Kost hier im Krankenhaus für Hypertoniepatienten?

75 IP: das macht die Diätassistentin, wenn die dann auf das Karterl schreibt das der Hypertonie hat, dann wird das unten in der  
76 Küche berücksichtigt. Wie genau oder speziell das dann für Hypertonie ist, weiß ich nicht, ist aber vielleicht eine etwas leichtere  
77 Kost.

78 I: Glauben Sie das von einer Hypertonieberatung die Patienten wirklich etwas mitnehmen?

79 IP: Ich weiß nicht, wie gesagt, das macht hauptsächlich die Diätassistentin da bekomme ich nicht viel mit, was ich aber glaube  
80 ist, das es stört, dass die Beratungen im Zimmer bzw. am Bett durchgeführt werden, ich glaube es wäre für den Patienten  
81 angenehmer und einfach ungestörter wenn es einen eigenen Raum für die Beratung geben würde. So könnten die Patienten  
82 vielleicht mehr mitnehmen können von so einer Beratung.

83 I: Haben Sie eine Idee wie man die Beratung in der Ausbildung mehr fördern könnte?

84 IP: Na ja ich weiß nicht, aber ich denke man muss ich im Vorhinein immer darüber im Klaren sein, ob die Beratung überhaupt  
85 zur Pflege dazugehört. Gefördert gehört es auf jeden Fall, weil es ja generell gut ist so etwas gelernt zu haben für den  
86 Pflegeberuf. Vielleicht steht die Beratung der Diabetiker eher im Vordergrund.

87 I: Darf ich Sie noch kurz etwas über Ihre Peron Fragen, dann wäre ich auch schon fertig?

88 IP: Ja natürlich.

89 I: Wie alt sind Sie?

90 IP: Ich bin bald 40 Jahre.

- 91 I: Wann haben Sie ihr Pflegediplom gemacht?
- 92 IP: 1990.
- 93 I: Wie lange sind Sie jetzt auf dieser Station?
- 94 IP: Seit 12 Jahren.
- 95 I: Herzlichen Dank, dass Sie sich für das Interview Zeit genommen haben.
- 96 IP: Gern geschehen.

Interview Diätologin

- 1 I: Aus welchen Gründen werden Sie am häufigsten zu Patienten gerufen?
- 2 D: Das ist das metabolische Syndrom, aber auch Diabetische Beratungen, mit oraler Therapie und Insulintherapie, chirurgisch,  
3 alles was kleinere und größere Chirurgie ist, was wir viel haben sind Wunschkostpatienten, wo bei uns die ganzen  
4 Chemopatienten hineinfallen, die ganzen Intoleranzen, was sehr im kommen ist, bei uns wird auch ein großes Augenmerk auf  
5 den klassischen Patienten gelegt, die zwar vielleicht wegen etwas anderem da sind, die aber zwangsbeglückt werden. Wir  
6 haben vor kurzem wieder ein Ernährungsteam gestartet, das jetzt für viele Jahre leider eingeschlafen war, wurde jetzt wieder  
7 aktiviert, und das dient dazu, dass wir die Patienten so schnell wie möglich von einer künstlichen Ernährung wegbekommen,  
8 nach chirurgischen Operationen.
- 9 I: Wer bestimmt, dass Sie zu den Patienten kommen?
- 10 D: Also normalerweise brauchen wir ein Konzil, d.h. es muss vom Arzt eine Diagnose gestellt werden. Dann kommt eine  
11 Überweisung, wo drauf steht was von uns gewünscht wird.
- 12 I: Werden Sie auch manchmal vom Pflegepersonal, oder Therapeuten gerufen?
- 13 D: Also ich mach die Erfahrung, dass die Überweisungen oft von Pflegepersonal ausgefüllt werden, weil ich ja die  
14 Handschriften unserer Ärzte mittlerweile schon recht gut kenne, obwohl das eigentlich nicht sein darf, dass muss der Arzt  
15 ausfüllen.
- 16 I: Ist es möglich, dass auch eine Pflegeperson sagt, es wäre notwendig, dass eine Diätassistentin zu einem Patienten kommt?
- 17 D: Ja es ist schon möglich, aber es muss trotzdem der Arzt anordnen, dass ich komme.
- 18 I: Wie oft werden Sie zu durchschnittlich im Monat zu Bluthochdruckpatienten gerufen?
- 19 D: Nicht oft, rein zu Bluthochdruckpatienten, ganz wenig, vielleicht zwei pro Monat, es fällt meistens unter metabolisches  
20 Syndrom, mit Diabetes und Adipositas und einiges anderes.
- 21 I: Wie oft werden Sie zu metabolischen Syndrom-Patienten gerufen?
- 22 D: Also das sind wenn es gut geht pro Woche ungefähr 15 Beratungen.
- 23 I: Sind die Bluthochdruckpatienten die Sie beraten medikamentös eingestellt?
- 24 D: Die meisten schon, oder die frisch eingestellt werden und deswegen im Krankenhaus sind.
- 25 I: Werden Sie im Vergleich zu Bluthochdruckpatienten öfters zu Diabetespatienten gerufen?
- 26 D: Das auf jeden Fall, dass merkt man auch bei den Kostanfragen, zum Beispiel natriumarme Kost für Bluthochdruck wird kaum  
27 noch angefordert.
- 28 I: Haben Sie hier im Krankenhaus eine eigene Kost für Hypertoniepatienten?
- 29 D: Nein, die haben wir gar nicht mehr drinnen, meistens haben Sie eh nicht nur Bluthochdruck, sondern brauchen noch eine  
30 Reduktionskost aufgrund vom Gewicht, oder Diabetes.
- 31 I: Haben Sie eine Kost generell für Stoffwechselerkrankungen?
- 32 D: Ja, so etwas haben wir. Die Stoffwechsellkost ist gemacht für Bluthochdruckpatienten, der Diabetiker mit oraler Therapie, der  
33 Patient mit zu viel Cholesterin, Tricyclerid.
- 34 I: Von wem wird bestimmt, wer diese Kost bekommt?
- 35 D: Das sollte der Arzt machen, aber das funktioniert bei uns leider gar nicht, meistens steht gar nichts drinnen, was der Patient  
36 für eine Kost bekommen soll, manchmal macht es die Pflege, und wenn sie sich gar nicht raus sehen, dann schaue ich mir die  
37 Kurve an und sag, was wahrscheinlich das Beste wäre für den Patienten, weil wir haben auch die Laborbefunde und den  
38 Zugang, dann machen das wir.
- 39 I: Stellen Sie den Speiseplan zusammen?
- 40 D: Ja, das macht meine Kollegin.
- 41 I: Werden Sie bei Bluthochdruckpatienten hauptsächlich zu übergewichtigen Personen gerufen, oder auch zu schlanken,  
42 normalgewichtigen Patienten gerufen?

43 D: Eigentlich immer nur zu übergewichtigen, ich bin jetzt hier seit 15 Jahren, und es gibt nur wenige Patienten, die  
44 Bluthochdruck haben und schlank sind, also mir ist in meiner Zeit hier noch niemand untergekommen, der sehr schlank war und  
45 einen zu hohen Blutdruck hatte.

46 I: Was meinen Sie, was können Gründe für einen zu hohen Blutdruck sein?

47 D: Also einmal ungesunde Ernährung, den Stress, die Zigaretten, der große Bewegungsmangel, viele sind 10, 12 Stunden  
48 täglich unterwegs, das Essen ist nicht mehr das Gesellschaftliche, wie es früher einmal war, die Menschen haben die Zeit zum  
49 Essen nicht mehr so wie früher, ich sehe das ja bei uns im Krankenhaus, das Personal hat vielleicht 30 Minuten Mittagspause,  
50 wo sie etwas essen können, da hat keiner Zeit, dass er sich etwas zu Essen richtet, isst und alles wieder weg räumt und dann  
51 noch kurz entspannen zu können. Ich glaube, dass der Zeitfaktor ein großes Problem ist. Ich habe gestern im Fernsehen eine  
52 Befragung einer Ernährungswissenschaftlerin gesehen, die gefragt wurde, ob es Lebensmittel gibt, die völlig ungesund sind, ich  
53 hätte die Frage mit Nein beantwortet, da ich glaube nicht die einzelnen Lebensmittel sind es, die ungesund sind, sondern die  
54 Summe der Lebensmittel, die Menschen zu sich nehmen. Viele wissen auch gar nicht, dass sie etwas falsch machen, die  
55 Generation mit Bluthochdruck, metabolischen Syndrom, usw. ist so um die 75 Jahre alt, die haben von Klein auf nichts anderes  
56 kennengelernt als die Küche die sie bis heute essen, und solange ihnen niemand sagt, was man falsch gemacht hat, solange  
57 wird sich auch nichts ändern. Es ändert sich meist erst etwas, wenn eine Diagnose gestellt wird und gesagt wird, dass sich  
58 etwas ändern muss. Besonders bei Männern ist das ganz stark vorhanden, wenn mir nichts weh tut, dann fehlt mir auch nichts.

59 I: Sind die Bluthochdruckpatienten die Sie beraten, eher Patienten, die diese Krankheit erst seit kurzen haben oder schon  
60 länger daran leiden?

61 D: Nach meiner Erfahrung sind es Patienten die schon länger daran leiden, ich glaube, dass die Patienten mit Bluthochdruck  
62 hauptsächlich ins Krankenhaus kommen, weil der Hausarzt Sie her schickt um den Blutdruck einstellen zu lassen, weil er nicht  
63 mehr weiter weiß, ganz extrem jetzt gesagt. Weil an sich kein ein Arzt ja in der Praxis auch den Blutdruck medikamentös  
64 einstellen und ihn beraten.

65 I: Wissen Sie aus Ihrer Erfahrung, aus welche Gründen Hypertoniepatienten am häufigsten ins Krankenhaus kommen?

66 D: Nein, das weiß ich nicht.

67 I: Werden Sie auf bestimmte Stationen häufiger gerufen als auf andere?

68 D: Im generellen häufiger auf Interne Stationen, aber da gibt es eigentlich keine Unterschiede, wie oft ich gerufen werde.

69 I: Was wissen die Bluthochdruckpatienten am häufigsten, was die Ernährung angeht?

70 D: Salz, an oberster Stelle und die meisten wissen, dass sie zu dick sind.

71 I: Gibt es Fragen die Patienten sehr häufig stellen?

72 D: Wie kann ich abnehmen.

73 I: Haben Patienten wenn Sie ins Krankenhaus kommen, bzw. wenn Sie zu ihnen kommen eine Idee, was sie selbst gegen ihren  
74 zu hohen Blutdruck machen können?

75 D: Ein Idee ja, ich soll abnehmen, aber was sie im speziellen machen sollen oder könnten glaub ich nicht

76 I: Wenn Sie Beratungen durchführen, wo machen Sie das?

77 D: Also das ist bei uns ein Problem, es gibt keine Extraräume für solche Beratungsgesprächen auf den Stationen, wir machen  
78 Beratungen meisten in diesen Fluchtgängen, da steht meist eine Sitzgarnitur und ein Tisch, notgedrungen, wenn ein Patient  
79 nicht gehen kann muss man es auch am Bett machen, oft ist es auch notwendig, dass man die Angehörigen einfließen lassen  
80 muss.

81 I: Sie haben vorher von einem Ernährungsteam gesprochen, wer zählt da alles dazu?

82 D: Ja da sind mehrere Disziplinen darin vertreten, mehrere ärztliche Fachrichtungen, die Ernährungstherapie, also die Kollegin  
83 und ich, auch die Pflege ist darin vertreten, meist ein Chirurg und eine Pflegeperson von einer Station und die Apotheke. Aber  
84 dieses Team arbeitet nicht bei Patienten wie Bluthochdruck oder Metabolischen Syndrom zusammen, sondern meist nur bei  
85 chirurgischen Fällen.

86 I: Sie haben vorher erwähnt, dass Sie Angehörige an der Beratung teilnehmen lassen, ist das bei pflegebedürftigen Patienten  
87 der Fall?

88 D: Angehörige werden oftmals einbezogen, wenn ein sprachliches Problem vorhanden ist, das ist bei den ganzen,  
89 entschuldigen Sie den Ausdruck, Ausländern so, nicht negativ gesehen, wo es aber einfach eine sprachliche Barriere gibt,  
90 oftmals aber auch bei Männern, die sagen mir brauchen Sie das nicht sagen, meine Frau ist die die zu Hause kocht, bitte

- 91 kommen Sie zu mir, wenn meine Frau da ist, und speziell wenn Sie irgendeine Betreuungsperson haben, dann beziehen wir  
92 diese auch mit ein.
- 93 I: Welche konkreten Ernährungsmaßnahmen empfehlen Sie bei Bluthochdruck?
- 94 D: Weniger Salz, wenn es Kardial und auch vom Stützapparat möglich ist die Bewegungstherapie, hier meine ich nicht  
95 physikalische Therapie, sondern einfach mehr Bewegung zu machen, Stufen gehen statt Lift fahren, ein bisschen spazieren  
96 gehen, wenn es möglich und erlaubt ist, dann empfehle ich auch zum Beispiel Nordic Walking. Ernährungsmäßig empfehle ich  
97 auch bewusst zu essen und auch regelmäßig zu essen, aber ich achte immer auch auf die finanziellen Mittel der Patienten, ein  
98 Problemist es, das Vollkornprodukte nun um einiges teurer sind als Weizenprodukte, und das ist auch für manche nicht möglich.  
99 Ich versuch auch neben dem was ich empfehle und für gut heiße, auch das einfließen zu lassen, was dem Patienten schmeckt,  
100 man soll nicht etwas ganz streichen.
- 101 I: Erzählen Sie den Patienten etwas über fettreduzierte Ernährung?
- 102 D: Ja das mache ich
- 103 I: Auch über Alkohol?
- 104 D: Also da schaue ich in der Kurve des Patienten nach, ob es da Probleme gibt, dann auf jeden Fall, aber wenn man auf die  
105 Flüssigkeit zu sprechen kommt, dann ist das sowieso dabei.
- 106 I: Zigaretten haben Sie vorher schon selbst angesprochen
- 107 D: Ja solche Dinge lese ich alle aus der Kurve heraus, und wenn jemand raucht, dann rede ich schon mit ihm darüber, wenn  
108 man sieht, der raucht 30-40 Zigaretten pro Tag, dann hat es wahrscheinlich wenig Sinn, wenn ich ihm einen Vortrag darüber  
109 halte, wie schlecht rauchen ist, aber ich mache das oft so, dass ich Ihnen erkläre, wenn Sie die Mahlzeiten auf 6 pro Tag  
110 aufgeteilt haben, können Sie sich ja nach den Mahlzeiten mit einer Zigarette belohnen, da nimmt man es nicht weg, und dann  
111 sind es 6 Zigaretten am Tag, das ist für denjenigen eine massive Einschränkung, und das ist gut. So versuche ich das halt  
112 immer, werden andere anders machen.
- 113 I: Sagen Sie etwas zum Kaffeekonsum bei Bluthochdruckpatienten?
- 114 D: Ja spreche ich schon an, seit dem ich einmal einen Mann hatte der 33 Kaffee pro Tag trank, weil er aus der Kaffeebranche  
115 kam, überrascht mich nichts mehr, einen Frühstückskaffee und einen Nachmittagskaffee nehme ich niemanden weg, hat aber  
116 jemand sehr hohen Blutdruck sagen ich Ihnen schon, dass es nicht sehr gescheit ist, erst ein Blutdruckmedikament  
117 einzunehmen und anschließend mehrere Tassen Kaffee zu trinken, also ich empfehle nicht mehr als 3 Tassen Kaffee zu trinken  
118 pro Tag.
- 119 I: Wie ist das mit Tees?
- 120 D: Wir haben auch Tees im Repertoire, weil viele nicht wissen, dass die auch Koffein beinhalten und den Druck steigern  
121 können, wir bieten dann als Alternative zum Beispiel Grünen Tee
- 122 I: Wie ist das mit Kalium, Kalzium und Magnesium, geben Sie da den Patienten Empfehlungen, was die Patienten essen  
123 sollten?
- 124 D: Wenn ich nicht einen Tipp vom Arzt bekomme, der mir sagt ich soll das im Speziellen erwähnen, dann picke ich mir so etwas  
125 eher nicht heraus, bei Nierenpatienten, da wird das auf jeden Fall besprochen, aber bei Bluthochdruck erwähne ich es kaum bis  
126 gar nicht.
- 127 I: Erzählen Sie den Patienten etwas über die mediterrane Ernährung bei Bluthochdruck?
- 128 D: Wenn es Patienten gebrauchen, dann erwähne ich es schon, und erkläre, welchen Zusammenhang diese Ernährung mit  
129 dem Blutdruck hat, aber sonst eher nicht, ich empfehle schon hochwertigere Öle, mehr Fisch und Obst usw. aber ich lasse es  
130 nicht unter dem Titel mediterrane Kost laufen.
- 131 I: Erzählen Sie Patienten auch etwas über Stressbewältigung?
- 132 D: Also bei Beratungen die so 1 bis 1 ½ Stunden dauern, das sind meistens Patienten die sehr interessiert sind, obwohl das ja  
133 nicht meinem Berufsbild entspricht, erzähle ich eigentlich schon etwas, wenn genug Zeit vorhanden ist. Besonders wenn ich bei  
134 Patienten bzw. Patientinnen auf 4B, auf der Psychosomatik bin, da lasse ich es auf jeden Fall anklingen, Stressbewältigung  
135 kann für mich sein, dass es jemand herausmalt, oder herausschreiben, dass kann er sich abreagieren in einer Stunde  
136 Bewegung, das kann man ja auf mehrere Möglichkeiten abbauen. Bei uns im Haus wird ja auch das Jacobson Training auf der  
137 4B Station angeboten.
- 138 I: Was empfehlen Sie Patienten für Stressbewältigungsstrategien?

- 139 D: Zum Beispiel Autogenes Training, oder einfach einen Denkanstoß geben, dass die Patienten überlegen sollen, wie sie am  
140 besten ihren Stress reduzieren könnten.
- 141 I: Wissen Sie, werden die Bluthochdruckpatienten hinsichtlich der Ernährung vom Pflegepersonal beraten?
- 142 D: Also das weiß ich eigentlich nicht, sie können schon ein bisschen über Ernährung aufklären, aber wenn es um eine spezielle  
143 Ernährungsberatung geht, dann werde ich oder meine Kollegin gerufen. Weiters glaube ich auch, dass es der Zeitfaktor nicht  
144 erlaubt.
- 145 I: Wissen Sie wie das bei Stress und Bewegung ist?
- 146 D: Glaube ich kaum, dass sie da wirklich viel beraten, ich habe es zumindest noch nie mitbekommen. Es haben mir auch noch  
147 nie Patienten erzählt, dass ihnen die Krankenschwestern oder die Krankenpfleger etwas darüber erzählt hätten.
- 148 I: Haben Sie Informationsmaterialien für Bluthochdruckpatienten, die sie ihnen geben können
- 149 D: Es ist meistens die Stoffwechselunterlage, wo Bluthochdruck hineinfließt, aber rein Bluthochdruck nicht.
- 150 I: Gibt es für Stoffwechselerkrankungen Informationsmaterialien oder Hefte, die Sie den Patienten mitgeben?
- 151 D: Ja das haben wir schon, jeder Patient der mit mir spricht bekommt auch ein Informationsmaterial.
- 152 I: Sind das Hefte von Pharmafirmen, oder selbst geschriebene Merkblätter?
- 153 D: Das sind so zusammengeschriebene Zetteln aus der Akademie aus St. Pölten, wo ich mein Studium gemacht habe. Das  
154 kann man ja immer wieder erneuern, wenn man meint, dass noch etwas Neues dazu geschrieben werden sollte.
- 155 I: Stellen Sie auch Informationsmaterialien mit dem Patienten selbst zusammen?
- 156 D: Nein, das mache ich nicht, ich orientiere mich an dem Material was ich auch mitbringe, aber ich schreibe dem Patienten nicht  
157 noch etwas für ihn zusammen.
- 158 I: Steht auf diesem Informationsblatt auch etwas über Bewegung und Stress drauf?
- 159 D: Stress nein, Bewegung... gute Frage, ich glaube Bewegung ist drinnen, das sind automatische Sachen die ich sowieso sage,  
160 und deswegen weiß ich jetzt nicht ob das draufsteht, aber ich glaube schon.
- 161 I: Gibt es auf den Stationen ihres Wissens nach Informationsmaterialien für Bluthochdruckpatienten?
- 162 D: Auf manchen liegen so kleine Folder auf, von manchen Firmen, besonders auch wegen Medikamenten.
- 163 I: Wissen Sie werden diese Broschüren an die Patienten weitergegeben?
- 164 D: Glaub ich nicht, die haben das entweder auf Tischen liegen, oder in so Wandhalterungen, da kann man sich was nehmen,  
165 aber wie gesagt nicht auf allen Stationen, das glaub ich haben nur zwei Stationen bei uns. Aber so in die Hand drücken tun sie  
166 es den Patienten glaub ich nicht.
- 167 I: Sehen Sie die allgemeine Hypertonieberatung als Aufgabe der Pflege?
- 168 D: Ja das kann ich mir gut vorstellen, die sehen ja auch, wie sich der Patient, zum Beispiel essensmäßig auf der Station  
169 verhält, da könnte man schon gut eingreifen und beraten, oder auch sehen die Pflegepersonen, ob ein Patient wenn es ihm  
170 möglich ist aufsteht und sich bewegt oder nur im Bett herumliegt. Oder wenn Sie merken, dass Patienten und Stress leiden,  
171 oder psychischen Problemen, dann wäre es natürlich sehr gut, wenn die Schwestern oder Pfleger mit den Psychologen von 4B  
172 in Kontakt treten und fragen, ob derjenige einmal beim Patienten vorbeischauen kann.
- 173 I: Sehen Sie die Weiterleitung an Stellen nach dem Krankenhausaufenthalt , wie zum Beispiel, Ernährungsberatungen, oder zu  
174 Entspannungstrainings, oder Bewegungstherapie, usw. als Aufgabe der Pflege?
- 175 D: Also mir ist es noch nie untergekommen, dass so etwas gemacht wird, aber ich finde das wäre ganz wichtig, dass den  
176 Patienten so etwas gesagt wird.
- 177 I: Empfehlen Sie Patienten an Institutionen außerhalb des Krankenhauses weiter, wo Sie Therapiemöglichkeiten, im Sinne von  
178 Gewichtsreduktion oder Bewegungsmöglichkeiten bekommen, zum Beispiel an Ernährungsberatungen, die Weight Watchers  
179 oder Bewegungsinstitute, Stellen, wo man Entspannungstrainings absolvieren kann, Hypertonieschulungen?
- 180 D: Nein, das mache ich gar nicht, obwohl das wäre wahrscheinlich sehr gut für die Patienten, wenn Sie einen Zettel  
181 mitbekommen würden, wo steht, was man im Raum Baden für den Blutdruck machen kann, nach einem Krankenhausaufenthalt  
182 oder generell. Aber ich muss ehrlich sagen, ich weiß auch gar nicht wo man etwas in Baden für so Stoffwechsel- oder

- 183 Blutdruckpatienten machen kann. Ich bekomme auch immer mehr mit, dass Leute die Ernährungsberatung suchen, weil sie gar  
184 nicht wissen, wo sie hingehen sollen, oder wer so etwas macht.
- 185 I: Sollte in der Pflegeausbildung die Beratungskompetenzen gefördert werden?
- 186 D: Also das auf jeden Fall, das wird in Zukunft immer wichtiger werden.
- 187 I: Machen Sie nur Einzelberatungen, oder auch Gruppenschulungen?
- 188 D: Nein, ich mache nur Einzelberatungen. Wir haben den Platz auch gar nicht, dass wir größere Schulungen machen können.
- 189 I: Würden Sie grundsätzlich Gruppenschulungen machen wollen?
- 190 D: Nein, weil man zu Zweit oder zu Dritt mit einem Angehörigen wesentlich mehr aus einem Menschen herausholen kann, sie  
191 trauen sich mehr von sich selbst erzählen und von den Problemen die Sie haben.
- 192 I: Sehen Sie Hypertonieschulungen sinnvoll, wo die Blutdruckselbstmessung erklärt wird, die Medikamente erklärt werden, ein  
193 bisschen auf die Ernährung, auf Sport und Stress eingegangen wird sinnvoll?
- 194 D: Also so etwas finde ich auf jeden Fall sinnvoll, vielleicht so ein paar Mal im Jahr wäre das toll wenn so etwas in einem  
195 Krankenhaus angeboten werden würde.
- 196 I: Sollte so eine Schulung von einem interdisziplinären Team geführt werden, zum Beispiel, die Ärzte erzählen etwas über die  
197 Medikamente, die Diätassistentinnen über die Ernährungsumstellung, und die Pflege etwas über die Blutdruckmessung und den  
198 Umgang mit Bluthochdruck?
- 199 D: Also das würde ich auf jeden Fall unterstützen, das würde auf jeden Fall auch bei den Patienten auf Interesse stoßen,  
200 besonders gut wäre es natürlich, wenn da auch Hypertoniker von Außerhalb kommen könnten. Ich denke die Blutdruckmessung  
201 ist besonders wichtig, die Häufigkeit mit der gemessen werden sollte
- 202 I: Glauben Sie, dass Patienten die im Krankenhaus bezüglich ihrer Ernährung beraten werden, das zu Hause auch einhalten?
- 203 D: Teilweise ja, teilweise nein, manche kommen ja immer wieder und man sieht, dass sie sich nicht an die Empfehlungen  
204 halten. Von manchen bekomme ich aber auch Feedback, dass sie sich gut an die Empfehlungen halten und super  
205 abgenommen haben oder sich Krankheiten aufgrund der Umstellungen gebessert haben.
- 206 I: Welche Maßnahmen empfehlen Sie nach dem Krankenhausaufenthalt, zum Beispiel Kur, Fitnessstudio, usw. ?
- 207 D: Kur lässt man einfließen, aber man sagt dann schon dazu, dass eine Kur nichts hilft, wenn man nachher nicht weiter macht,  
208 Bewegung sag ich auch, Fitnessstudio eher nicht, weil die Personen zu dick sind für so etwas.
- 209 I: Das wärs eigentlich jetzt gewesen zum Interview, darf ich Sie noch ein paar Fragen zu Ihrer Person stellen?
- 210 D: Ja natürlich.
- 211 I: Wie alt sind Sie?
- 212 D: 38 Jahre
- 213 I: Welche Ausbildung haben Sie gemacht?
- 214 D: Die Diätassistentinnen-Akademie in St. Pölten
- 215 I: Wann haben Sie Ihren Abschluss gemacht?
- 216 D: 1993
- 217 I: Und Sie haben gesagt, dass Sie seit 15 Jahren hier im Krankenhaus arbeiten, ist das richtig?
- 218 D: ... ja genau
- 219 I: Vielen, vielen Dank für das Interview
- 220 D: Gerne geschehen, wenn Sie noch Fragen haben, können Sie mich gerne hier im Krankenhaus anrufen.
- 221 I: Das ist sehr nett danke.

## Zusammenfassung

Diese Arbeit befasst sich mit der Beratungssituation von Hypertoniepatienten im Krankenhaus und deren Weiterleitung an Beratungsstellen nach dem Krankenhaus im Landesklinikum Thermenregion Baden in Niederösterreich.

Für diese qualitative Untersuchung wurden halbstrukturierte Interviews mit fünf Patienten, fünf Pflegepersonen und einer Diätologin durchgeführt und mit der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Schlüsse, die aus dieser Arbeit gezogen werden können sind, dass die Beratung von Hypertoniepatienten noch weit ausgebaut werden sollte. Eine besondere Stellung nimmt hierbei die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenschwester und zum Gesundheits- und Krankenpfleger ein, die zukünftig die Beratungsrolle der Pflege verstärkt berücksichtigen sollte.

Die Weiterbildung der bereits in der Praxis arbeitenden Pflegepersonen ist enorm wichtig, da es Probleme in der Beratung von Hypertoniepatienten gibt, die durch gute Schulung der Pflegepersonen verkleinert werden könnten.

Das Ziel der Untersuchung war, die Notwendigkeit von Beratung, welche als Aufgabe der Pflege anzusehen ist, aufzuzeigen.

## **Abstract**

This thesis looks into the consultation situation of hypertension patients in a hospital. Further it deals with the forwarding process of these patients to advice centers after their hospital stay in Baden, Lower Austria.

For this qualitative research, semi-structured interviews with five patients, five nursing auxiliaries and one dietician were held. These interviews were summarized and analyzed after Mayring.

In conclusion one can say that the consultation of hypertension patients can be improved. A very important part in this improvement takes up the health education of nurses. The education of these professionals should be developed.

The further training of professionals working in this field plays an important part, because there are still too many problems in the consultation of hypertension patients which could be reduced through well educated employees.

The aim of this research was to point out the necessity of hypertension consultations.

## Lebenslauf

### **Persönliche Daten:**

Name: Tanja Wagreich  
Geburtsdatum: 01.11.1984  
Geburtsort: Baden bei Wien  
Familienstand: ledig  
Nationalität: Österreich

### **Schulbildung:**

Seit Okt. 2004 Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien  
Seit Okt. 2003 Studium der Psychologie an der Universität Wien  
1995 - 2003 Bundesrealgymnasium Frauengasse/ Baden  
wirtschaftskundlicher Zweig

### **Berufserfahrung:**

Seit Juni 2008 Beschäftigung bei Caritas Socialis in Kalksburg-  
Tageszentrum  
Juli 2007 Praktikum im NÖ Landespflegeheim Helenenheim/ Baden  
Sept. 2005 - April 2006 Wissenschaftliche Mitarbeit beim Forschungsprojekt  
„Männer in den Medien“ des Bundesministerium für  
Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz  
(BMSK)  
Juli 2005 Praktikum im Landeskrankenhaus Baden - Geburtshilfestation  
Sept. 2004 Praktikum im Landeskrankenhaus Baden - Interne  
Psychosomatische Station  
Dez. 2003 - Jan. 2005 Ehrenamtliche Mitarbeiterin im Caritas Mutter-Kind-Haus  
Immanuel