



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

FAKULTÄT WIRTSCHAFTS- UND SOZIALWISSENSCHAFTEN

**Anhang II (Modulhandbuch)
zum Abschlussbericht**

Fachkraft für psychiatrische Pflege

Berufsfeldanalyse für die Fachweiterbildungen in der Pflege (Niedersachsen)

Vorgelegt von Prof. Dr. Benjamin Kühme
Anja Giesecking
Dr. Kirsten Barre

Datum 22.04.24

Vorbemerkung

Wir danken allen Pflegenden, die uns mit ihren Berichten und Beschreibungen zu den pflegerischen Handlungsfelder unterstützt haben. Alle Beteiligten haben uns ihr sehr hohes Engagement, den Wunsch an der Neugestaltung der Fachweiterbildungen mitzuwirken und vor allem ihre Liebe zum Beruf geschenkt. Dafür möchten wir uns herzlich bedanken!

Benjamin Kühme
Anja Giesecking
Kirsten Barre

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	III
1 EINLEITUNG.....	4
1.1 MODULSTRUKTURPLAN KERNCURRICULUM	5
1.2 MODUL „BEZIEHUNG GESTALTEN – PFLEGEVERSTÄNDNIS, ETHISCHES HANDELN, SELBSTFÜRSORGE“ (BASISMODUL) ..	6
1.3 MODUL „PFLEGEPROZESS ALS VORBEHALTSAUFGABE FACHSPEZIFISCH GESTALTEN“ (BASISMODUL).....	13
1.4 MODUL „PFLEGEPROZESS IM HANDLUNGSFELD“ (PRAXISMODUL UND BASISMODUL)	21
1.5 MODUL „SYSTEMATISCHES WISSENSCHAFTSBASIERTES ARBEITEN IN DER PFLEGE“ (BASISMODUL).....	27
1.6 MODUL „WISSENSCHAFTLICHES ARBEITEN IM HANDLUNGSFELD“ (PRAXISMODUL UND BASISMODUL).....	33
1.7 MODUL „GRUNDLAGEN DER DIDAKTIK UND PFLEGEPÄDAGOGIK FÜR DIE IDENTITÄT IN PRAXISANLEITUNG“ (BASISMODUL).....	38
1.8 MODUL „PFLEGEDIDAKTISCH REFLEKTIERTE PRAXISANLEITUNG: PFLEGE VERMITTELN“ (BASISMODUL)	44
1.9 MODUL „PFLEGEBILDUNG UND PRAXISTRANSFER FÜR DIE IDENTITÄT IN DER PRAXISANLEITUNG“ (BASISMODUL) ...	50
2 FACHSPEZIFISCHE MODULE	56
2.1 MODULSTRUKTURPLAN FACHKRAFT FÜR PSYCHIATRISCHE PFLEGE	56
2.2 MODUL „ZUM WESEN DER PSYCHIATRISCHEN PFLEGE: ROLLENIDENTITÄT IM BEHANDLUNGSTEAM ENTWICKELN“ ..	58
2.3 MODUL „NÄHE, MACHT UND OHNMACHT IN DER PSYCHIATRISCHEN PFLEGE BEWÄLTIGEN“	68
2.4 MODUL „PSYCHISCH KRANK IN DER LEBENSSPANNE“	78
2.5 MODUL „FALLORIENTIERTES ARBEITEN IN DER PSYCHIATRISCHEN PFLEGE: DIE SUBJEKTPERSPEKTIVE JENSEITS DER DIAGNOSE“	87
2.6 MODUL „FACHSPEZIFISCHE PFLEGE GESTALTEN“ (PRAXISMODUL).....	96
2.7 MODUL „EVIDENZBASIERTE PFLEGE UND MEDIZIN IN DER PSYCHIATRIE“	104
2.8 MODUL „ZWISCHEN DEN WELTEN: AMBULANTE PSYCHIATRISCHE PFLEGE UND MAßREGELVOLLZUG“	111
2.9 MODUL „PSYCHIATRIE IN DER GESELLSCHAFT“	121
2.10 MODUL „WISSENSTRANSFER IN DIE FACHPRAXIS DER PSYCHIATRISCHEN PFLEGE - METHODEN UND KONZEPTE“ ..	130
2.11 MODUL PRAXISMODUL „PROJEKT FACHSPEZIFISCH GESTALTEN“ (PROJEKT)	136
2.12 MODUL „FACHSPEZIFISCHE PFLEGE GESTALTEN“ (PRAXISMODUL).....	140
2.13 MODUL „ORIENTIERUNG, INSTITUTIONSSPEZIFISCHE VERTIEFUNG UND PRÜFUNGSVORBEREITUNG ZUR FACHPFLEGENDE IN DER PSYCHIATRIE“	144
2.14 MODULTITEL UND SIGNATUREN IM ÜBERBLICK	147

1 Einleitung

Im nachstehenden Modulhandbuch sind die *Basismodule*, *Praxismodule* und *fachspezifischen Module* für die Fachweiterbildungen in der Pflege abgebildet. Grundlage in allen Fachweiterbildungen bildet das *Kerncurriculum* mit Basismodulen (Abschlussbericht Kapitel 2.1, vgl. Modulhandbuch Kapitel 1.1). Das Kerncurriculum ist entsprechend für die jeweiligen Fachweiterbildungen durch *fachtypische Module* zu ergänzen (Abschlussbericht vgl. Kapitel 3, vgl. Modulhandbuch Kapitel 2). Für die Bildungsarchitektur in Niedersachsen wird eine modulare Struktur zur Förderung des Theorie-Praxis-Lernens vorgeschlagen (Abschlussbericht Kapitel 2.4, vgl. Modulhandbuch Kapitel 2.1), um generell den Theorie-Praxis-Transfer in der Pflege zu unterstützen. Theorie- und Praxislernen soll semesterbezogen in einer Abfolge stehen, um bei den Bildungsteilnehmer*innen die Reflexion der beiden Lernorte anzuregen. Gleichsam wird vermutet, dass die Struktursetzung eine Annäherung von Praxis und Theorie fördert, beispielsweise durch die zeitnahe Überprüfung des theoretischen Wissens im Abgleich mit den Praxiseinsätzen durch die Bildungsteilnehmer*innen selbst. Das Kerncurriculum ist nicht als statischer Aufbau einer festgelegten Modulabfolge zu verstehen. Den Bildungsstätten obliegt die Freiheit, die Modulabfolge entsprechend ihrer Bedürfnisse neu anzuordnen, sofern sich die auf das Semester bezogene Arbeitslast (Workload) nicht verändert. Da sich einige Praxismodule unmittelbar im selben Semester auf Theoriemodule beziehen, um das Theorie-Praxislernen zu unterstützen, sind diese Anordnungen der Module im Zuge von Verschiebungen zu berücksichtigen (u.a. Theoriemodul Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten in Kombination mit dem Praxismodul 2/ Pflegeprozessmethode im Handlungsfeld) (ausführlich Abschlussbericht Kapitel 2).

Ab Kapitel 2 sind die fachspezifischen Curricula der Fachweiterbildungen abgebildet. Das jeweilige Kapitel wird zunächst durch den *fachspezifischen Modulstrukturplan* eingeleitet, um eine Übersicht zu geben. Dem angeschlossen folgen die jeweiligen fachspezifischen Module für die Fachweiterbildungen.

1.1 Modulstrukturplan Kerncurriculum

	Kerncurriculum für die Fachweiterbildungen Pflege in Niedersachsen				
Semester Workload	Musterplan Basismodule zur Erstellung der fachspezifischen Weiterbildungscurricula				
1 900 Std.	Beziehung gestalten – Pflegeverständnis, Ethisches Handeln, Selbstfürsorge	Systematisches, wissen- schaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege	Fachspezifisches Modul	Fachspezifisches Modul	Praxismodul 1/Wissen- schaftliches Arbeiten im Handlungsfeld
	5 LP; 150 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 90 Std. gesteuerte SSZ P/R/PFP DQR 6	5 LP; 150 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 110 Std. ge- steuerte SSZ HA/K/R/PFP¹ DQR 6	2 LP; 60 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 20 Std. ge- steuerte SSZ K/R/M DQR 5	2 LP; 60 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 20 Std. ge- steuerte SSZ K/R/M DQR 5	8 LP; 480 Praxisstunden, davon 240 Std. AVL und SSZ in der Praxis, PBM/PBS/PMU DQR 6
2 900 Std.	Fachspezifisches Modul	Fachspezifisches Modul	Pflegeprozess als Vorbe- haltsaufgabe fachspezi- fisch gestalten	Grundlagen der Didaktik und Pflegepädagogik für die Identität in der Praxis- anleitung	Praxismodul 2/ Pflege- prozessmethode im Handlungsfeld
	2 LP; 60 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 20 Std. ge- steuerte SSZ K/R//M/PR DQR 5	2 LP; 60 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 20 Std. ge- steuerte SSZ K/R//M/PR DQR 5	5 LP; 150 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 90 Std. gesteuerte SSZ PR/R/HA/P/PFP DQR 6	5 LP; 150 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 110 Std. ge- steuerte SSZ HA/R/PR DQR 6	8 LP; 480 Praxisstunden, davon 240 Std. AVL und SSZ in der Praxis, PBS/PMU DQR 6
3 900 Std.	Fachspezifisches Modul	Fachspezifisches Modul	Fachspezifisches Modul	Pflegedidaktisch reflekti- erte Praxisanleitung: Pflege vermitteln	Praxismodul 3/ Fachspezifische Pflege gestalten
	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. ge- steuerte SSZ HA/R//M/PR DQR 5	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. ge- steuerte SSZ K/R//M/PR DQR 5	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. ge- steuerte SSZ K/R//M/PR DQR 5	5 LP; 150 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 110 Std. ge- steuerte SSZ HA/PR/R DQR 6	8 LP; 480 Praxisstunden, davon 240 Std. AVL und SSZ in der Praxis, PBM/PBS/PMU DQR 5
4 900 Std.	Fachspezifisches Modul	Fachspezifisches Modul Projekt fachspezifisch	Praxismodul 4/ Fachspe- zifische Pflege gestalten (ggf. Prüfungsmodul praktische Abschluss- prüfung)	Pflegebildung und Praxis- transfer für die Identität in der Praxisanleitung	Praxismodul 5/ Projekt fachspezifisch gestalten (ggf. prakti- sche Abschlussprü- fung)
	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. ge- steuerte SSZ K/R//M/PR DQR 5	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. ge- steuerte SSZ K/R//M/PR DQR 6	3 LP; 90 Praxisstunden, da- von 40 Std. AVL und SSZ in der Praxis P/KQ DQR 5	5LP; 150 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 110 Std. ge- steuerte SSZ HA/P/R/PFP DQR 6	12 LP; 480 Praxisstunden, davon 360 Std. AVL und SSZ in der Praxis, P/PBM/PBS/P/KQ DQR 6
Workload: 3600 Std.	Total fachspezifische Module: 62 LP , Prä- senzstunden 460	LP Insgesamt: 92 (Ni- veau DQR 5 und 6)	Total horizontale An- rechnung (Nds.): 66 LP, 280 Präsenzstun- den	Total Anrechnung verti- kale Anrechnung: 61 LP möglich (DQR 6)	Total Stunden Praxis: 2010 Std. (LP 39)
	Total Basismodule Nds. (horizontal und vertikal, DQR 5 und 6): Präsenz- stunden 280		Total horizontale Anrechnung Basismo- dule (RP/SH): mind. 6 LP (10 Nds.)		
740 Stunden Präsenztheorie					
Legende	Basismodul: horizontale Anerkennung FWB (Nds., RP, SH), DQR 6 für vertikale Anerkennung , tertiäre Bildung				
	Fachspezifisches Theoriemodul (Präsenz und gesteuerte SSZ), DQR 5 und DQR 6				
	Praxismodul (Praxis und gesteuertes SSZ im Rahmen AVL, anteilig LP), DQR 5-6				

DQR-Niveau (DQR 5 und DQR 6)	K Klausur	R Referat	M Mündliche Prüfung
LP Leistungspunkte	PBM Praxisbericht, mündlich	PBS Praxisbericht, schriftlich	PFP Portfolio-Prüfung
SSZ Selbststudienzeit	PMU Projektbericht, mündlich	PSC Projektbericht, schriftlich	PR Präsentation
AVL Arbeitsverbundenes Lernen	HA Hausarbeit	KQ Kolloquium	P Praktische Prüfung

1.2 Modul „Beziehung gestalten – Pflegeverständnis, Ethisches Handeln, Selbstfürsorge“ (Basismodul)

Modultitel/Modulkennung: 01BB 01 „Beziehung gestalten – Pflegeverständnis, Ethisches Handeln, Selbstfürsorge“ (Basismodul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: Das Modul ist ein Basismodul für die Vertiefung durch die fachspezifischen Module in den Fachweiterbildungen.			
Workload: 150 Std davon 60 Std. Kontaktstunden, 90 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
			
Reflexionskategorien: 2.III Tradition und Emanzipation 1.II Mimesis und Projektion			
Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Professionalisierung durch historischen Rückblick Anerkennung der Pflegebedürftigen durch Selbstwahrnehmung			
Themen/ Schlüsselprobleme/Inhalte: Inhalte: Pflege im Nationalsozialismus, Theoretische Grundlagen Ethische Modelle (u.a. Utilitarismus, Kant: Kategorischer Imperativ, Teleologische Ethik, Normative Ethik, Theologische Ethik, Singer-			

Ethik), Moralische Urteilsfähigkeit: Kohlberg, Nummer-Winkler, Gilligan, Pflegeethik: Arndt, Schwerdt, Groklaus-Seidel u.a..

Konzept des „Cool-Out“ (Kersting), „Caring-Konzepte“, Sorgebegriff

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Pflgende

„Wie gehe ich mit Menschen menschenwürdig, der Situation gerecht um, auch in Fixierungssituationen. Auch wieder hier das Thema Gefühlslage. Ist ja auch, wie reagiere ich, was macht das mit mir, auch das benennen zu können, definieren zu können, um selber eben auch sein eigenes Handeln reflektieren zu können. Also zu verstehen und zu reflektieren, wie lief diese Fixierungssituation ab, wie geht es dem Patienten dabei. Oft hat man bei Fixierungssituationen, dass auch das der Person in der Fixierungssituation nicht kommuniziert wird. Dass es auch wichtig ist, in der Extremsituation zu kommunizieren, Sicherheit auch in gewisser Form zu geben, dass die Person weiß, was passiert jetzt mit mir, weil das ja auch traumatische Folgen von sich ziehen kann, denke ich. Dass man eben auch dieses Thema der Fixierung und alternative Möglichkeiten in dem Rahmen von Deeskalationstraining oder auch alternative Methoden.“

„Ja, man kommt direkt nach der Ausbildung in diese Widerspruchserfahrung. (...) In der alten Pflegeausbildung wurde häufig diese Kältespirale von Kersting behandelt, glaube ich, und da geht es halt darum, dass man diese Kälte, sagt sie ja auch, Kälteerfahrung, macht und, dass das dazu gehört. Und da muss man seine Rolle finden. Das habe ich nie gelernt. Und man kommt in die Praxis und merkt dann ab Tag eins, ich kann nicht allem gerecht werden. Und dann steht man da. Das kann auch unzufrieden machen. Könnte bestimmt auch in Situationen dann auch zum Berufsausstieg führen“

„Dann hatte Kollege, meine Stationsleitung diesem Patienten eine Zigarette gegeben, damit er sich ein bisschen beruhigt. Das konnte er überhaupt nicht umsetzen. Der Patient ist dann halt auf die Terrasse gegangen, ist aber/ Also es war auch vorher immer schon zu beobachten. Er hat zur Handlung angesetzt und direkt wieder abgebrochen. Und stand dann wieder vor uns, hat geschrien. Ja, war total verzweifelt auch. Und dann habe ich dann mitbekommen, wie dann meine Stationsleitung ihm den Rückweg versperrt hat, auf die Station, mit seinem Körper so die Tür zugesperrt hat, also diesen Patienten ausgesperrt hat. Und das ist eines von vielen Erlebnissen, die mehr echt so im Gedächtnis geblieben ist, wo ich dann im ersten Moment sehr perplex war. Und dann auch so: Halt, Stopp, was passiert hier? Ich habe aber auch eingeschritten und meinem Vorgesetzten dann wirklich angefasst und wegbewegt habe. Wo ich mir gedacht habe, eigentlich kann das nicht sein, aber irgendwie musst du das jetzt machen. (...) Ich arbeite da schon länger.

Und wenn ich mir so die Entwicklung und einiges angucke, könnte man der Person so ein bisschen unterstellen, dass sie doch irgendwie sehr ausgebrannt ist, wenn man das so sagen kann. Und wenn ich das so darauf zurückführe, dann ist diese Reaktion auch irgendwie verständlich. Dass du einfach ein Halt, Stopp, ich kann jetzt nicht mehr weiter, ich bin an meiner persönlichen Grenze und ich muss das jetzt hier ausstehen. (...) Weil es für mich irgendwie so ein klarer Missbrauch seiner, in dem Sinne, auch irgendwie Macht war gegenüber einem Menschen, der da ist, um irgendwie Schutz und Hilfe zu erhalten. Das ist für mich das krasse Gegenteil.“

„Jetzt kommt ein Patient oder der betreffende Patient um fünf Minuten vor zwölf ins Dienstzimmer, die Kollegen, die sitzen alle da und dokumentieren gerade vor der Mittagsübergabe: "Und bitte nur eine Zigarette." Hat keinen speziell angesprochen, aber ein Kollege dreht sich um und sagt: "Also jetzt ist es fünf vor zwölf. Jetzt gibt es noch keine Zigarette. Kommen Sie bitte pünktlich." - "Okay", sagt der Patient, geht weg und kommt um fünf nach zwölf zirka wieder. Bittet dann um eine Zigarette und kriegt vom Kollegen zu hören: "Ja, jetzt ist es fünf nach. Da hätten Sie pünktlich kommen müssen." Aus meiner Sicht hat der Patient berechtigterweise sehr ärgerlich reagiert, ist schimpfend weggelaufen, hat gemotzt, hat eine Tür geknallt vom Raucherraum“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Aus der Perspektive der Institution

Machtmissbrauch in helfenden Berufen findet in unterschiedlicher Form statt. Sein es Regeln innerhalb der Pflegeeinheit, auf deren Einhaltung von den Pflegenden gedrängt wird – oder individuelle Prozesse bei den Pflegenden selbst, die auf Überforderung und moralische Desensibilisierung schließen lassen. Durch ein trauriges Kapitel der Pflege kann vor Augen geführt werden, dass die Geschichte der Pflege emanzipatorische Prozesse für die Berufsgruppe anmahnt.¹ Am Beispiel der Patientenmorde im nationalsozialistischen Deutschland bekommen wir den erschütternden Beleg, dass traditionell befolgte Autorität in der Berufsgruppe eine entscheidende Rolle für die Tötungen im Nationalsozialismus spielte. In der Zusammenarbeit von Pflege und Medizin wurden Patientenmorde begangen. Sowohl im Rahmen ärztlicher Assistenz, in der die Patienten der Tötung zugeführt wurden, als auch in Form direkter Durchführung von Patientenmorden, waren Pflegende aktiv. Mittlerweile gibt es eine Vielzahl von Belegen und Daten für deren Beteiligung, von denen ich hier beispielhaft das Zitat einer beteiligten Pflegenden der Obrawalde-Morde² anführe:

„In Fällen, in denen die Kranken infolge ihres Zustandes die Tabletten nicht nehmen konnten, oder sich der Trunk mit dem Schlafmittel als nicht hinreichend wirksam erwies, wurden Injektionen mit Morphin-Scopolamin verabreicht. In einigen Fällen wurden

¹ Vgl. auch Grebs (2010: 150) Anschluss zum „Kategorischen Imperativ“ der Älteren Kritischen Theorie nach Adorno: „Dass Auschwitz sich nicht wiederhole“ (Adorno 1970, GS Bd. 6: 358, zit. in Greb 2010: 150).

² Es handelt sich um die psychiatrische Großklinik Obrawalde / Meseritz im heutigen Polen. Laut gerichtsmedizinischen Gutachten wurden hier in den Jahren 1942–45 auf ärztliche Anordnung zwischen 8.000 und 18.000 Menschen ermordet (vgl. Greb 2003: 262).

auch sogenannte Luftspritzen verwendet. Soweit die Patienten sich gegen die Einnahmen der Tabletten sträubten, versuchten einige der Pflegerinnen die Kranken durch gutes Zureden zur Einnahme des Giftes zu bewegen. Die Patienten schliefen nach Einnahme der tötenden Mittel ein und verstarben bei Behandlung mit Tabletten meist nach einem halben Tag, bei Einspritzen von Morphin-Scopolamin nach wenigen Stunden.“ (Prozessakte: Obrawalde-Prozeß, AZ: 112Ks2 / 64, IV 52 / 63, Blatt 153 ff., in Steppe (1993: 157 f.) und in Greb (2003: 262))

Die Frage, die sich stellt, ist, wie es zur aktiven Beteiligung von Pflegenden bei den Patiententötungen kommen konnte. Die Pflegewissenschaft ist um Antworten bemüht, und das Tabu Krankenpflege im Nationalsozialismus wurde gebrochen (Steppe 1993; Dornheim / Greb 1996; Greb 2003; Hackmann 2010). Hinsichtlich der Motive von Pflegenden, an Massenmorden teilzunehmen, liegen bisher keine befriedigenden Antworten vor.

Wie ist vermittelbar, dass ein Kernpunkt des Pflegerischen ins Gegenteil verkehrt wurde und psychisch Kranke und Menschen mit Behinderung aktiv ermordet oder den Tötungen zugeführt wurden? In der Vermittlung ist man allzu versucht, die Frage nach Verantwortung mit dem traditionellen Delegationsweg und der hierarchisch zementierten Assistenz im Gefüge Pflege und Medizin zu beantworten. Dies ist selbstverständlich nicht ausreichend. Kritisch ist für die Gegenwart festzuhalten, dass gerade für das Thema Verantwortungsübernahme der dringende Handlungsbedarf besteht, dass Pflege aus dem Verständnismuster heraustreten muss, in dem die Entscheidungsverantwortung dem Arzt zugewiesen wird. Im Sinne pflegeberuflicher Emanzipation kommt der Pflegewissenschaft die Aufgabe zu, den Machtmissbrauch durch Pflegende weiter zu reflektieren. Auch aktuell finden wir Muster im Pflegealltag, die bedenklich stimmen lassen, da sie durch mangelnde Verantwortungsübernahme und Handlungsrouninen gekennzeichnet sind. Zu sprechen ist von Vernachlässigung und Gewalt in der Pflege, die mittlerweile längst belegt und dokumentiert ist (u. a. Elsbernd / Glane 1996). Es ist Zeit, dass sich Pflegende ihrer berufsethischen Rolle bewusstwerden und die Fragen nach ihrer Vergangenheit mit Hilfe von ethischen Modellen reflektieren, um ihre Berufsausübung in der Gegenwart professionell abzubilden. Nicht zuletzt handelt es sich hier um einen emanzipatorischen Prozess, der aus der Tradition der Pflege hervorgeht.

Methodischer Vorschlag: Einstieg durch Lektüre oder Audiobeitrag: Gerichtsakten der Obrawalde-Morde im Nationalsozialismus. Stehle, Hansjakob (1965): Akten aus Meseritz. Nur am Sonntag wurde nicht gestorben. Zeit-Online (<https://www.zeit.de/1965/14/akten-aus-meseritz>. 19.04.20)/

Exempel: Kuck von, Marie (2020): „Die Kinder von Station 19“ Auf der Suche nach den Opfern einer Verwahrspsychiatrie. Radiofeature DLF, MDR, WDR (<https://www.mdr.de/kultur/radio/ipg/sendung875220.html>. 19.04.20)/ Moderierte Gruppendiskussion zur Bewertung/ Gruppenauftrag: „Finden Sie Beispiele für Machtmissbrauch und unethisches Verhalten in ihrem Fachbereich“ **Plakatarbeit** mit dem Titel: „Finden Sie Parallelen in der beruflichen Gegenwart“: S/ Vorstellung der Gruppenergebnisse und Diskussion.

Lehrervortrag: Ethische Modelle (u.a. Utilitarismus, Kant: Kategorischer Imperativ, Teleologische Ethik, Normative Ethik, Theologische Ethik, Singer-Ethik), Moralische Urteilsfähigkeit: Kohlberg, Nunner-Winkler, Gilligan./ Lehrervortrag zu Ansätzen der Pflegeethik. Die Teilnehmer*innen werden zu ethischen Modellen informiert.

Gruppenauftrag, Zuteilung zu ethischen Modellen (s. o): „Bewerten Sie ein Thema zum Machtmissbrauch aus ihrer Gruppenarbeit nach einem ethischen Modell.“/ „Worin besteht der Unterschied zu den im Radiobeitrag/Zeitungsbeitrag vermittelten Menschenbild?“. **Sammlung** der Ergebnisse im Plenum.

.

Aus der Perspektive der Interaktion

Wie in den Interviews schon ablesbar, vermuten die Pflegenden innere Veränderungsprozesse, die im Laufe der Berufsjahre stattfinden. Und tatsächlich gibt die pflegewissenschaftliche Literatur Hinweise auf moralischer Desensibilisierung (Kersting 2002, 2011) und unbewältigtem Erleben in der Pflegearbeit, das zu psychischen Veränderungen führt und Auswirkungen auf das Verhalten der Pflegenden mit sich bringt (Sowinski 1991, Overlander 1999). Hintergrund mag die Nähe (Mimesis) zu den Patient*innen sein, die oftmals ein Mitleiden abverlangt. Dies vor dem Hintergrund, dass Pflegende im Rahmen von knappen Personalressourcen arbeiten und den Ansprüchen der Pflegebedürftigen nicht immer gerecht werden können. Pflegende befinden sich in widersprüchlichen Praxissituationen (Greb 2003, Kühme 2019), die scheinbar unauflösbar sind und Einfluss auf die pflegerische Identitätsbildung nehmen, was mit „Umdeutungen“ (Projektionen) der Pflegebedürftigen einhergehen kann (Kühme 2019). Am Beispiel von Karin Kerstings „Kälteclipse“ kann den Teilnehmer*innen aufgezeigt werden, wie Pflegende moralisch desensibilisiert werden und ggf. zu Handlungen des Machtmissbrauchs in einem Umfeld von hoher Belastung neigen können. Um wieder in eine angemessene Beziehung mit den Pflegebedürftigen treten zu können, braucht es ein Bewusstsein zu den inneren Prozessen, denen Pflegende unterliegen können.

Methodischer Vorschlag: Einstieg durch Lehrervortrag: Konzept des „Cool-Out“ von Karin Kersting.“ Lektürearbeit zu Texten von Kersting, die die moralische Desensibilisierung beschreiben./ Gruppendiskussion zu den eigenen Erfahrungen, die im jeweiligen Handlungsfeld gemacht wurden./ Lehrervortrag: „Welche Lösungen werden im Konzept von Kersting angeboten?"/ Gruppendiskussion: „Wie könnten die Lösungen im jeweiligen Handlungsfeld der Teilnehmer*innen aussehen?“

Lehrervortrag: Vorstellung von „Caring Konzepten in der Pflege“ (u.a. Schnepf 1996, Müller 2018: 87 ff.: Vertiefung in den fachlichen Modulen)./ Werkstatt der Utopie: „Übertragen sie das Konzept des „Caring“ auf ihre Fachpraxis. Wie könnte „Caring“ in ihrem fachpraktischen Bereich zum Ausdruck kommen? Machen Sie Vorschläge!"/ Zusammenfassung der Ergebnisse im Plenum.

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... haben tiefe Kenntnisse über historische Beispiele zum Machtmissbrauch in der Pflege und können die Mechanismen von Machtmissbrauch und Gewalt auf berufliche Situationen in der Gegenwart reflektieren.
- ... kennen die Bedeutung von Konzepten zur Empathie und Mitgefühl im Hinblick auf Phänomene wie Übertragung und Gegenübertragung und können eigene Erfahrungen darin einordnen.
- ... kennen ethische Handlungsmaximen nach ethischen Modellen in der Pflege und interpretieren patientenorientierte Pflege in ihrer Bedeutung für Pflegebedürftige.
- ... setzen sich kritisch mit verschiedenen ethischen Ansätzen als Maßstab für pflegerisches Handeln auseinander und bewerten diese für die Fachpraxis.
- ... kennen aus Konzepten und Studien die Zusammenhänge zwischen dem Erleben und Bewältigen der beruflichen Belastungsfaktoren und Selbstfürsorge in der Pflege.
- ... kennen die spezifischen Belastungsindikatoren ihres Praxisfeldes und können diese der „Cool-Out-Theorie“ zuordnen.
- Reflektieren eigene Belastungssituationen auf das Konzept der „moralischen Desensibilisierung“
- ... setzen sich mit ihrem eigenen Denken, Fühlen und Handeln am Arbeitsplatz auseinander und setzen sich mit ihren eigenen Grenzen auseinander.
- Entwickeln für sich Lösungen und Lösungsstrategien, um der „moralischen Desensibilisierung“ in ihrem Arbeitsfeld zu entgehen.
- verstehen Selbstfürsorge als Bestandteil des professionellen Pflegehandelns und als Teil der beruflichen Identität.
- Kennen und verstehen „Caring-Konzepte“ aus der Pflegewissenschaft und können diese für die eigene Haltung bewerten.
- ... beschreiben Patientenorientierung als Grundlage pflegerischen Handelns und übertragen „Caring-Konzepte“ auf ihr berufliches Handlungsfeld in der Fachpraxis.

Leistungsüberprüfung: P/R/PFP

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Reflexion Praxissituationen, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

- Arndt, Marianne (1996): Ethik denken – Maßstäbe zum Handeln in der Pflege. 1. Auflage. Stuttgart: Thieme.
- Ahmann, Martina (2001): Was bleibt vom menschlichen Leben unantastbar? Kritische Analyse der Rezeption des praktisch-ethischen Entwurfs von Peter Singer aus praktisch-theologischer Perspektive. Münster: LIT (Theologie und Praxis 11)
- Eisele, C. (2017): Moralischer Stress in der Pflege: Auseinandersetzungen mit ethischen Dilemmasituationen. Wien: Facultas.
- Gaida, U. (2007): Zwischen Pflegen und Töten. Krankenschwestern im Nationalsozialismus, Mabuse-Verlag Frankfurt/Main.
- Greb, Ulrike (2003). Identitätskritik und Lehrerbildung. Frankfurt am Main: Mabuse

- Groklaus-Seidel, Marion (2012): Pflegeethik als kritische Institutionenethik, in: Settimio Monteverde (Hrsg.): Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege, Stuttgart: Kohlhammer. S. 85-97
- Kersting, K. (2016): „Coolout“ in der Pflege. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung. Frankfurt: Mabuse.
- Monteverde, S. (2012): Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege. Stuttgart: Kohlhammer
- Müller, Klaus (2018): Berufsverständnis. Handlungskonzepte und Haltungen in der Pflege – das Konzept des „Caring“. In: Büker, Christa, Lademann, Julia, Müller, Klaus (Hrsg.) (2018): Moderne Pflege heute. Beruf und Profession zeitgemäß verstehen. Stuttgart: Kohlhammer. S. 87-102
- Schlegel, Alexander (2007): Die Identität der Person. Eine Auseinandersetzung mit Peter Singer. (Studien zur theologischen Ethik 116), Freiburg im Breisgau: Herder
- Schnepf, Wilfried (1996): Pflegekundige Sorge. In: Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (Hrsg.): Pflege und Gesellschaft. 1. Jahrgang (2). Duisburg. S.13- 16
- Schwerdt, Ruth (2002): Ethisch-moralische Kompetenzentwicklung als Indikator für Professionalisierung: Das Modellprojekt Implementierung ethischen Denkens in den beruflichen Alltag Pflegenden. Regensburg: Eigenverlag/Katholischer Berufsverband für Pflegeberufe
- Tacke, D., Möhle, C., Steffen, H.-T. (2015): Caring in der Betreuung lern- und körperbehinderter Patienten im Krankenhaus- eine qualitative Studie. In: Pflege& Gesellschaft. H.3. 20. Jg. Weinheim: Beltz Juventa. S. 262-282
- Wettreck, Rainer (2001): „Am Bett ist alles anders“ – Perspektiven professioneller Pflegeethik. Münster: LIT

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

1.3 Modul „Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“ (Basismodul)

Modultitel/Modulkennung: 02PB01 „Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“ (Basismodul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Fallerhebung aus der Fachpraxis in Praxismodul 02PBP01 „Pflegeprozess im Handlungsfeld“ (ggf. Prüfungskombination der Module).</i>			
Workload: 150 Std davon 60 Std. Kontaktstunden, 90 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
			
Reflexionskategorien: 2.II Selbstbestimmung und Fremdbestimmung 2.I Beziehung und Methode Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Neutralisierung des Pflegeempfängers durch Theorie Besinnung auf genuines Instrument der Pflege im Behandlungsprozess (Pflege-) Theorie im theoriefeindlichen Pflegemilieu Themen/ Schlüsselprobleme/Inhalte: Theoretische Grundlagen der Pflegewissenschaft, Zentrale Begriffe der Pflege und Pflegewissenschaft, Pflegewissenschaft als Praxiswissenschaft. Das Wesen beruflicher Pflege: pflegerische Sorge. Entwicklung der Pflege-theorien: Theorien großer, mittlerer, geringer Reichweite, Theorie-/Praxis-Transfer und Theoriegeleitetes Handeln. Kritische Positionen zur Pflegeprozessmethode, Gestaltung der Pflegeprozessmethode mit Hilfe verschiedener Pflege-theorien (Orem, Friedemann, Benner, Peplau, Leininger, Krohwinkel, Roper et al. usw.). Positionsbestimmung Vorbehaltsaufgabe Pflegeprozessplanung Problem- und Beziehungsprozess Critical Thinking/Diagnostischer Prozess Fallverläufe in Institutionen, Patient*innenschädigungen			

Fallarbeit in der Fachpraxis (vgl. Praxismodul 02PBP01 „Pflegeprozess im Handlungsfeld“) Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von authentischen Fällen aus der Fachpflegepraxis nach dem Pflegeprozess.

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Pflegende

„Also ich finde, Pflege braucht da einen höheren Stellenwert, also auch in den Augen der Ärzte. Also wir haben ja ein großes Fachwissen und irgendwie müssen wir mal dahinkommen, vielleicht auch darüber, dass wir besser ausdrücken können, was wir machen und was wir wissen, Gehör zu finden.“

Ein Pflegender:

„Wenn ich jetzt im Krankenhaus bin und der Patient hat Pflegebedürftigkeit, was durch eine Diagnose vielleicht begründet ist, dann ist es ja so schon, dass einen anleiterischen Wert hat. (...) Aber die Interaktion mit dem Arzt, die Therapie, die Diagnose, was macht das mit dem Menschen? Das begründet ja die Pflegesituation.“

Eine Gruppe von Pflegenden:

„Oftmals können mir die Schülerinnen und Schüler im dritten Lehrjahr nicht sagen, was der Pflegeprozess ist. Und jetzt am Anfang, die sind schon in der Lage, ziemlich gut Informationen zu sammeln. Natürlich bringen die viele Fachbegriffe durcheinander, die kennen viele Diagnosen nicht (...).“

„Das ist ja ein richtiger Kerninhalt. Darum dreht sich ja alles. Der ganze Pflegeprozess, den wir aufbauen, der dreht sich ja um das Wohlergehen des Menschen, um den wir uns kümmern. Und das ist, glaube ich, das Typische. (...) Dass man sich zwei Tage vorher den Schüler beiseite nimmt, ihm einen Arbeitsauftrag gibt, er soll den Pflegeprozess vorbereiten. Das heißt ein Anamnesegespräch, eine kleine Pflegeplanung, den Tag abbildet. Das ist, glaube ich, dass, was eher nicht so der Durchschnitt ist der Praxisanleitung. Jedenfalls nicht so, wie ich es erlebt habe... (...).“

„Und da gehen wir die Grundschrirte des Pflegeprozesses schon mit denen durch. Das ist dann eine Informationssammlung und dann sollen die uns eine Pflegeplanung schreiben mit den wichtigsten Zielen aus der Patientensicht und die wichtigsten Probleme und der wichtigsten Sicht und Probleme aus der Sicht der Schülerin oder der Pflege. Das sollen die nämlich auch lernen, dass sie in den Pflegeprozess halt immer die Perspektive des Patienten mit reinnehmen, weil man da ja auch die effektivsten Ziele hat, wo der Patient eher noch in Interaktion geht und mitmacht. Der Patient wird mir selten sagen, dass er dekubitusgefährdet ist. Das wissen die oftmals nicht,

ja? Aber dass die wieder laufen lernen wollen oder so. Das kann man in der Einzelanleitung sehr schön machen (...).“

Eine Pflegende

„Die Expertin auf der Station, die weiß fachlich unter Umständen deutlich mehr. Wenn ich jetzt zum Beispiel auf, weiß ich was, Herzintensivstation oder so, da weiß die Expertin, die zwanzig Jahre da ist, ja auch mehr wie der Oberarzt. Aber die kann was sehr spannend zeigen, also die kann Vorbild sein bezüglich Expertenfachwissen, wenn sie gut ist. Aber sie kann eben nicht mehr dieses Aufbereiten dieser einzelnen Schritte. Und ich weiß nicht, Patricia Benner sagt ja, "am besten für die Schüler sind die/" Also die macht so From Novice to Expert, das ist ich glaube allen bekannt. Am besten sind die auf Stufe 3 und nicht auf Stufe 5 für die Schülerschulung, weil die wirklichen Experten, die können gar nicht mehr erklären. Das ist vielleicht Kunst, wenn ich dem zugucke, wenn die ihren Job gut machen. Aber sie können diese Schritte nicht mehr erklären.“

„Aber von meinem ethischen Anspruch her, finde ich das nicht gut, weil alte Leute und Angehörige ein ganz wichtiges Thema ist oder weil Frau Dr. Friedemann, Familienmodell, habe ich dann erklärt. Also ich konnte anhand von dem Fallbeispiel auch ganz viel Theorie vermitteln, die, ich weiß gar nicht, ob die in der Ausbildung vermittelt wird, Familienmodell und ethische Grundlagen und so, zum Teil wahrscheinlich (...).

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Aus der Perspektive der Interaktion

Theoriegeleitetes Handeln setzt das Selbstverständnis voraus, auf den Theoriefundus und die Wissensbestände der eigenen Domäne zu reflektieren. Während in der Pflegepraxis ein an der Medizin orientiertes Handeln traditionell befolgt wird, bleiben pflegetheoretische und pflegewissenschaftliche Begründungen aus. Theoriegeleitetes Handeln in der Pflegepraxis erfreut sich auch 25 Jahre nach Einführung des pflegetheoretischen Diskurses in den deutschsprachigen Raum (u. a. Schaeffer, Moers, Steppe, Meleis 1997) einer ausgesprochenen Unbeliebtheit. Dies ist bedenklich, da die Pflege als Profession den Überformungsversuchen durch andere Wissenschaftsdisziplinen wenig entgegensetzen kann (Moers, Schaeffer, Schnepf 2011: 349) und damit den Fremdbestimmungen anderer Professionen ausgesetzt ist. Auch in der Fachpraxis zeigt sich (siehe Interviewbeispiele), dass ein Ableiten der Pflege aus medizinischen Diagnosestellungen gängiges Vorgehen ist. Vor diesen Hintergründen werden zwei wesentliche Befunde zum theoriegeleiteten Handeln in der Pflegepraxis deutlich: zum einen, dass Sinn und Zweck der (pflege-) theoretischen Reflexion in der Praxis unklar ist – zum anderen, dass eine praxisrelevante Vermittlung der (pflege-) theoretischen Bezüge über die Ausbildung offenbar nicht gelingt. Doch was nutzt nun (pflege-) theoretisch geleitetes Handeln in der Praxis? Führt man diesen Gedanken weiter aus, so ist zunächst festzuhalten, dass das sprachlich vermittelte Unvermögen zur Darstellung des „Pflegerischen“ zur Komplexitätseinbuße führt und damit Pflegeleistungen reduziert. Das Ergebnis: „der Pat. ist fit!“, wie es in den Übergaben zu hören ist. Die undifferenzierte Darstellung der Pflege befördert eine berufliche Fremdbestimmung geradezu und verleitet, Pflegeleistung ausschließlich als medizinische Assistenz zu sehen, da es ja offenbar keinen theoriegeleiteten Anlass für pflegerische Handlungen gibt. Sprache gestaltet die gesellschaftliche Wirklichkeit (Bartholomeyczik 1997: 11 ff.). Über diesen Weg wird die gesellschaftliche Wirklichkeit in

Form von Fremdbestimmung der Pflegepraxis zur regelnden und damit auch ökonomischen Realität, in welcher nur die an körperlichen Bedürfnissen ausgerichtete Pflege existiert und der „Pat. fit ist!“. „Fitte“ Patient*innen/ Bewohner*innen brauchen keine Pflegenden.

Anders könnte es sich verhalten, wenn Pflegenden die Pflegeprozessplanung unter Verwendung der Vielfalt von Pflege-theorien gestalten würden und diese nicht als notwendiges Übel zur Dokumentation und in der praktischen Berufsprüfung betrachten. Bereits in der sprachlichen Selbstverständlichkeit bildet sich Pflege komplexer und damit angemessener ab, wenn wir die kultursensible Brille aufsetzen (Leininger 1998) und pflegerische Handlungen begründen, das Selbstpflegedefizit oder Selbstpflegeerfordernisse bestimmen (Orem 1997), bei der Diagnostik und Therapie mitwirken sowie Behandlungen durchführen und überwachen, die Qualität der medizinischen Behandlung überwachen (Benner 2000), die Stellvertreterposition bzw. die Ersatzfunktion für Pflegeempfänger einnehmen und ihrer Angst in unseren Handlungen Rechnung tragen (Peplau 1997), die fördernde Prozesspflege ausrichten (Krohwinkel 2013) oder gar den Systemerhalt im ganzen Familiensystem verfolgen (Friedemann, Köhlen 2018). Die Reflexion auf Theorien stellt die Vielfalt und Komplexität der Pflege dar.

Methodischer Vorschlag: Einstieg durch Lektüre der Interviewauszüge: Reflexion der eigenen Lernerfahrungen zum Thema Theoriebildung und Pflegeprozess in der Pflegeausbildung/Lehrervortrag: Theoriebildung, Auswahl Pflege-theorien mit Ansatzpunkten im Pflegeprozess: „durch die Brille der Theoretikerin schauen“/Gruppenarbeiten: Recherche und Lektüre einer ausgewählten Theorie/Arbeitsauftrag: „Wie muss der Pflegeprozess nach der ausgewählten Theorie gestaltet werden? Wie müsste die Pflege nun ausgerichtet werden? Welche Bezüge zur Fachpflege können hergestellt werden?“. Diskussion: Bewertung der Theorien für die Praxis. Ausblick: Fallerhebung in Praxismodul „Pflegeprozess im Handlungsfeld“, Reflexion des erhobenen Falles mit einer ausgewählten Theorie (Prüfungsleistungen).

Lehrervortrag: Einführung in die Pflegediagnostik/Diskussion: „Braucht es Diagnosen durch die Pflege?“/Wie ist berufliche Selbstbestimmung zu bewerten, wenn Pflegenden mit Pflegediagnosen arbeiten? Welche Diagnosen sind für die Fachpflege geeignet?/ Lektürearbeit ausgewählter Artikel zur Pflegediagnostik

Aus der Perspektive des Individuums

Die Reflexion der Interviews mit der Kategorie 2.1 Beziehung und Methode im Strukturgitter für die Pflege (Greb 2003: 176) wird durch die leibgebundene Perspektive im Kriteriensatz geleitet und konkretisiert sich auf der zweiten Sachebene, dem Helfen, als pflegerisches Handeln. Durch die Kategorie richtet Greb die Reflexion auf die Aporie von Beziehung und Methode. Hierdurch kann ein Kernpunkt beleuchtet werden, der sich als Widerspruch im Pflegerischen ergibt. Reflektiert wird auf „die pflegerische Intervention aus der Perspektive des Menschen mit Pflegebedarf, dessen Erwartung an eine von Empathie getragene Beziehung in der Regel mit methodischem Handeln beantwortet wird.“ (Greb 2003: 176). Was bedeutet das? Es ist kritisch darauf zu blicken, wo das individuelle Patient*innenbedürfnis im Widerspruch zum methodischen Handeln der Pflegenden steht und umgekehrt. Bei der Vermittlung von Theorien und methodischem Handeln handelt es sich um einen heiklen Punkt. Denn wenn Lernende zur theoretischen und methodi-

schen Auseinandersetzung angeregt werden, verfallen die Vermittlungen in einen „theoretischen Schematismus“ (Greb 2003: 181), der nicht mehr auf die vielfältige Reflexion der Patient*innen abzielt, sondern auf deren Reduktion und theoretische Neutralisierung. Dies kann an zwei Beispielen aufgezeigt werden: Richten wir unseren Blick darauf, wenn Pflegeempfänger*innen nach den sogenannten ATLS (u. a. Juchli 1993) kategorisiert werden, was im weiteren Verlauf einer geplanten Pflege (-Realität) ohnehin bedeutungslos ist und damit sinnfrei. Meist gipfelt die Typisierung der „Pflegeprobleme“ in den praktischen Berufsprüfungen, in denen die Lernenden das erfolgreiche „Atmen“ und „Ausscheiden“ abhaken, pflegerische Interventionen wie „Pat. aufrecht hinsetzen“ und „Katheterbeutel unterhalb des Bettniveaus aufhängen“ ableiten, um die erfolgreiche Pflegeprozessplanung in der Prüfung zu belegen. Der Pflegeprozess wird schematisch abgearbeitet. Ähnliches lässt sich für die Strukturierte Informationssammlung (SIS) feststellen, die sich gerade in der Langzeitpflege eines pragmatischen Dokumentationsaktionismus erfreut und wenig darauf abzielt, dass Pflegenden sich ihres theoretischen Wissensfundus zur Klärung von Pflegeanlässen und Pflegeanforderungen bewusst werden. Ehrenhalber sei gesagt, dass die Finanzierung der Pflege von dem „entbürokratisierenden“ Dokumentationssystem abhängig ist und somit einen Zwang in der Pflegepraxis darstellt, der schematisch, aber nicht theoriegeleitet abgearbeitet wird. Beiden Beispielen ist eins gemeinsam: der tiefere Sinn bei der Anwendung wird nicht fassbar und das schematische Abarbeiten wird zur verschwendeten Zeit und somit noch sinnloser erlebt. Um nun die Beziehungsfähigkeit im Kontext von theoretischer Reflexion nicht zu verlieren, sind vorgefundene Praxissituationen kritisch mit der Theorie abzugleichen und Theorien kritisch mit der Praxis. Dieses Vorgehen führt zu theoretisch geleiteter Berufsausübung und fördert die Professionalisierung, wenn man dem Verständnis Oevermanns folgt (u. a. 1996: 79). Denn hier werden theoretisches Wissen und Praxisanforderung miteinander abgeglichen. Die Bewertung des theoretischen Wissens beinhaltet in jedem Fall die kritische Reflexion, die methodisch für den Umgang der Lernenden in der Fachpflege anzubahnen ist

Ferner macht es Sinn, den Pflegeprozess als Methode der Fallsteuerung in der Institution einzusetzen. Viele Patient*innenschädigungen sind darauf zurückzuführen, dass in den Institutionen ausschließlich funktional auf die Personen geschaut wird. Versorgungsbrüche und fehlerhafte Prozesse führen zu Leid, zusätzlichen Kosten und Fehlbehandlungen. Pflegeprozesssteuerung unter der Haltung der Fallverantwortung könnte in der Zusammenarbeit und in der Institution für Abhilfe sorgen.

Methodischer Vorschlag: Einstieg: Diskussion von Patient*innenschädigungen in der Einrichtung (u.a. Aktionsbündnis Patientensicherheit: <https://www.aps-ev.de/handlungsempfehlungen/>)./ Lehrervortrag zu Zahlen, Daten, Fakten von Fehlern in der Behandlung von Patient*innen/ Lehrervortrag zur Vorbehaltsaufgabe nach §4 PflBG/ Diskussion darüber, wie die Vorbehaltsaufgabe in der Praxis wahrgenommen wird. Werkstatt der Utopie: Wie könnte der Pflegeprozess in der Institution eingesetzt werden, um fehlerhafte Fallverläufe und Patient*innenschädigungen zu verhindern?/...

Die Komplexität und Diversität der Pflegepraxis erfordern eine grundsätzliche Systematisierung unter Berücksichtigung verschiedener Perspektiven. Im Mittelpunkt steht die Vorbehaltsaufgabe des Pflegeprozesses. Mit dieser professionellen Arbeitsmethode erfolgt eine fallorientierte Steuerung des Versorgungsprozesses. Das Modul dient der Einführung in die Pflegewissenschaft und zum Theoriegeleiteten Handeln in der Pflege. Ausgewählte pflegewissenschaftliche Begriffe, Theorien und Konzepte werden hinsichtlich ihres wissenschaftlichen Gehalts und ihrer Praxisrelevanz kritisch überprüft. Die Pflegeprozessmethode wird mit Hilfe verschiedener Pflege-theorien neu reflektiert und in Ausführung und Bedeutung neu ausgerichtet.

Ausblick auf *Praxismodul Pflegeprozess im Handlungsfeld: Aufgabenstellung zur Fallerhebung in der Fachpraxis (Arbeitsverbundenes Lernen), Fall über die Fachabteilungen in der Praxis begleiten, Falldarstellung, Pflege-theoretische Einordnung, beispielhafte Pflegediagnostik und Planung Pflegeprozess. Zentrale Abschlussfrage: Welchen Fehlerquellen war der Fall in der Institution ausgesetzt? Rückbindung der Ergebnisse in die Lehre.*

Workshop und/oder Lehrervortrag: *Einführung in die Fallarbeit (Fallerhebung) zur Vorbereitung auf Praxismodul „Pflegeprozess im Handlungsfeld“.*

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... können den Pflegeprozess anhand von verschiedenen Theorien beschreiben und identifizieren. Die Teilnehmenden können verschiedene Pflegeklassifikationssysteme beschreiben und passend auf den Fall in der Fachpraxis auswählen.
- ... klassifizieren Begriffe, Theorien und Konzepte der Pflegewissenschaft und können Theoriegeleitetes Handeln für die Pflegpraxis diskutieren.
- ... reflektieren Theorien, Modelle und Begriffe der Pflegewissenschaft und hinterfragen deren mangelnden Akzeptanz in der Pflegpraxis.
- ... greifen für die Gestaltung der Pflegeprozessmethode auf unterschiedliche Pflege-theorien zurück und übertragen ihre theoriegeleiteten Überlegungen auf Patient*innen/Bewohner*innenfälle in der fachtypischen Praxis.
- ... werten die Pflegeprozessmethode zur sicheren Steuerung von Patient*innen und Bewohner*innen durch die funktional ausgerichtete Institution.
- Nehmen eine kritische Haltung ein und übernehmen Verantwortung dafür, mit der Pflegeprozessmethode für einen sicheren Versorgungs-verlauf der Patient*innen und Bewohner*innen zu sorgen.
- ... erklären und begründen „Critical Thinking“ im Kontext des Pflegeprozesses. Sie leiten aus der pflegerischen Versorgungsevaluation neue Fragen ab bzw. zeigen Wege zur Nutzung von Forschungsergebnissen auf.
- ... können die Vorbehaltsaufgabe Pflegeprozess kritisch in seinen Schritten differenzieren. Die Teilnehmenden können eine evidenzbasierte / wissenschaftlich begründete Problemlösung begründen.
- ... erkennen situationsadäquate Rahmenbedingungen zur Anwendung des Pflegeprozesses im Kontext der Fachpflege und begründen ihre Therapie- und Diagnostikentscheidungen verantwortlich und wissenschaftlich basiert.
- Sie reflektieren ihr Pflegeprozessorientiertes Handeln in Bezug auf gesellschaftliche Erwartungen und für die Professionalisierung der Pflege.
- ... entwickeln ein berufliches Selbstbild, in dem die pflege-theoretische Reflexion und Legitimation auf Theorien und Modelle selbstkritisch herangezogen wird, um pflegewissenschaftliches Wissen in die Praxis zu transferieren. Sie entwickeln eine pflegeberufliche Identität, in der der Umgang mit neuem Wissen in der Pflege selbstverständlich wird.

Leistungsüberprüfung: PR/R/HA/P/PFP (Kombinationsprüfung mit Praxismodul)

Vorschlag zum AVL:

Modulleistung Praxismodul „Pflegeprozess im Handlungsfeld“ (Praxisbericht schriftlich)

- *Fallerhebung in der Praxis*
- *Reflexion auf eine ausgewählte Pflege-theorie*

• <i>Falldarstellung</i> Modulleistung „Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“ (schriftliche Hausarbeit) • <i>Text aus Praxismodul überarbeiten</i> • <i>Pflegetheoretische Reflexion</i> • <i>Darstellung Pflegeprozess</i> • <i>Ausgewählte Pflegediagnostik</i> • <i>Bewertung, wo es hätte zu Versorgungsbrüchen kommen können</i> • <i>Bewertung der theoretischen Elemente für die Praxis.</i>
Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen): - Siehe Praxismodul „Pflegeprozess im Handlungsfeld“: Fallerhebung nach Arbeitsverbundenem Lernen.
Lernvorschläge für die Selbststudienzeit: - Literaturstudium, Erhebung Praxissituation zur Anleitung, Erstellung Prüfungsleistung
Literaturempfehlungen: • Alfaro-LeFevre, R. (2013): Pflegeprozess und kritisches Denken. Praxishandbuch zum kritischen Denken, Lösen von Problemen und Fördern von Entwicklungsmöglichkeiten. Bern: Hans Huber Verlag. • Ashworth, P.; Bjorn A. (1987): People's need for nursing care. A European Study, Eigenverlag der WHO. Kopenhagen: Eigenverlag der WHO. • Benner, Patricia (2012): Stufen zur Pflegekompetenz. From novice to expert. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, • Bulechek, G.; Butcher, H.; Mc Closky, J. (2018): Nursing Intervention Classification (NIC). St. Louis: Mosby. • Carpentio-Moyet, L. (2011): Das Pflegediagnosen- Lehrbuch. Pflegeassessment- Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen für Profis und Praxis. Bern: Hans Huber Verlag. • Diegmann-Hornig, K.; Jurgschat-Geer, H.; Beine, M.; Neufeld, G. (2009): Pflegebegutachtung. Lehrbuch für Sachverständige und Gutachten in der Pflege. Bern: Hans Huber Verlag. • Doenges, M. E.; Moorhouse, M. F.; Geissler-Murr, A. C. (2019): Pflegediagnosen und Maßnahmen. 6. vollst. Aktual. U. überarb. Aufl. Bern: Hans Huber Verlag. • Fiechter, V.; Meier, M. (1998): Pflegeplanung. Kassel: Recom Verlag. • Georg, J.; Fischer, J. (Hrsg.) (2011): Das Pflegeprozess-Lehrbuch. Bern: Hogrefe AG • Friedemann, Marie- Luise, Köhlen, Christina (2018): Familien- und umweltbezogene Pflege. Die Theorie des systemischen Gleichgewichts und ihre Umsetzung. Bern: Hogrefe Verlag. • Harald, S. (2012): POP – Praxisorientierte Pflegediagnostik. 2. Aufl. Wien: Springer Verlag. • Heather, T.; Herdmann, H.; Herdman; Kamitsuru, S. (Hrsg.) (2017): NANDA International Pflegediagnosen. Pflegediagnosen Definitionen und Klassifikation. 2019-2020. Unter Mitarbeit von S. Berger, H. Mosebach und Johnson, M., Maryland Heights: Elsevier Mosby. • Kühme; Benjamin (2022): Theoriegeleitetes Handeln als pflegerisches Bildungsmuster. Teil 1: empirischer Zugang. Teil 2: Konsequenzen in einem Pflegestudiengang. In: Padua. Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, Patientenedukation und -bildung. 17. Jhr. Heft 3/22. Bern: Hogrefe, • Kußmaul, J.; Vater, A. (2017): Pflegeplanung. 2. Aktualisierte und erweiterte Auflage, Stuttgart: Thieme, verfügbar unter: https://cne.thieme.de/cne-webapp/r/library/page/pdf/-/9783132400580_toc

- Marriner-Tomey, A. (1992): Pflegeetheoretikerinnen und ihr Werk. Kassel: Recom Verlag
- Leininger, Madeleine (1998): Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. Freiburg i. Br.: Lambertus-Verlag,
- Mayer, H. (2019): Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr? Ein Beitrag über die Rolle der Lehre im Zusammenhang mit der Theorieentwicklung in der Pflege. Pflege & Gesellschaft. 24. Jhrg. H 2. Weinheim: Beltz, Juventa. S. 110- 122
- Mc Closky, J.; Bulechek, G. M.; Butacher, H. (Hrsg.) (2015): Pflegeinterventionsklassifikation. Bern: Hans Huber Verlag.
- McHugh Schuster, P. (2012): Concept Mapping A Critical Thinking Approach to care Planning. Philadelphia: Davis Plus.
- NANDA International (2010): Pflegediagnosen Definitionen und Klassifikation 2009 – 2011. Kassel: Recom Verlag.
- Meleis, A.I. (1999): Pflegeetheorie. Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber. S. 173, 174, 199, 200,
- Moers, Martin, Schaeffer, Doris, Schnepf, Wilfried (2011): Too busy to think? Essay über die spärliche Theoriebildung der deutschen Pflegewissenschaft. In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe. Heft 6. 24. Jahrg. Bern: Huber. S. 349–360
- Orem, Dorothea (1997): Strukturkonzepte der Pflegepraxis. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby
- Peplau, Hildegard (1997): Zwischenmenschliche Beziehung in der Pflege – Ausgewählte Werke. Bern: Huber
- Roper, Nancy, Logan, Winifred W., Tierney, Allison J, Mischo-Kelling, Maria (Hrsg.) (2016): Das Roper- Logan- Tierney- Modell. Bern: Hogrefe
- Schaeffer, D., Moers, M. (2011): Bewältigung chronischer Krankheiten - Herausforderungen für die Pflege. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa S. 329 – 363
- Schnepf, Wilfried (1996): Pflegekundige Sorge. In: Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (Hrsg.): Pflege und Gesellschaft. 1. Jahrgang (2). Duisburg. S.13- 16
- Schrems, Berta (2016): Fallarbeit in der Pflege. Grundlagen, Formen und Anwendungsbereiche. Wien: facultas

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

1.4 Modul „Pflegeprozess im Handlungsfeld“ (Praxismodul und Basismodul)

Modultitel/Modulkennung: 02PBP01 „Pflegeprozess im Handlungsfeld“ (Basismodul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: Das Modul ist ein praxisbegleitend zum Modul 02PBP01 „Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“ (Basismodul) <i>Fallerhebung in der Fachpraxis (Prüfungskombination der Module).</i>			
480 Praxisstunden, davon 240 Std. AVL und gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ) (8LP)			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
Reflexionskategorien: 2.II Selbstbestimmung und Fremdbestimmung 2.I Beziehung und Methode Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Neutralisierung des Pflegeempfängers durch Theorie Besinnung auf genuines Instrument der Pflege im Behandlungsprozess (Pflege-) Theorie im theoriefeindlichen Pflegemilieu Themen/ Schlüsselprobleme/Inhalte: Theoretische Grundlagen der Pflegewissenschaft, Zentrale Begriffe der Pflege und Pflegewissenschaft, Pflegewissenschaft als Praxiswissenschaft. Das Wesen beruflicher Pflege: pflegerische Sorge. Entwicklung der Pflege-theorien: Theorien großer, mittlerer, geringer Reichweite, Theorie-/Praxis-Transfer und Theoriegeleitetes Handeln. Kritische Positionen zur Pflegeprozessmethode, Gestaltung der Pflegeprozessmethode mit Hilfe verschiedener Pflege-theorien (Orem, Friedemann, Benner, Peplau, Leininger, Krohwinkel, Roper et al. usw.). Positionsbestimmung Vorbehaltsaufgabe Pflegeprozessplanung Problem- und Beziehungsprozess			

Critical Thinking/Diagnostischer Prozess

Fallverläufe in Institutionen, Patient*innenschädigungen

Fallarbeit in der Fachpraxis (02PB01 „Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“) Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von authentischen Fällen aus der Fachpflegepraxis nach dem Pflegeprozess.

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Pflegende

„Also ich finde, Pflege braucht da einen höheren Stellenwert, also auch in den Augen der Ärzte. Also wir haben ja ein großes Fachwissen und irgendwie müssen wir mal dahinkommen, vielleicht auch darüber, dass wir besser ausdrücken können, was wir machen und was wir wissen, Gehör zu finden.“

Ein Pflegender:

„Wenn ich jetzt im Krankenhaus bin und der Patient hat Pflegebedürftigkeit, was durch eine Diagnose vielleicht begründet ist, dann ist es ja so schon, dass einen anleiterischen Wert hat. (...) Aber die Interaktion mit dem Arzt, die Therapie, die Diagnose, was macht das mit dem Menschen? Das begründet ja die Pflegesituation.“

Eine Gruppe von Pflegenden:

„Oftmals können mir die Schülerinnen und Schüler im dritten Lehrjahr nicht sagen, was der Pflegeprozess ist. Und jetzt am Anfang, die sind schon in der Lage, ziemlich gut Informationen zu sammeln. Natürlich bringen die viele Fachbegriffe durcheinander, die kennen viele Diagnosen nicht (...).“

„Das ist ja ein richtiger Kerninhalt. Darum dreht sich ja alles. Der ganze Pflegeprozess, den wir aufbauen, der dreht sich ja um das Wohlergehen des Menschen, um den wir uns kümmern. Und das ist, glaube ich, das Typische. (...) Dass man sich zwei Tage vorher den Schüler beiseite nimmt, ihm einen Arbeitsauftrag gibt, er soll den Pflegeprozess vorbereiten. Das heißt ein Anamnesegespräch, eine kleine Pflegeplanung, den Tag abbildet. Das ist, glaube ich, dass, was eher nicht so der Durchschnitt ist der Praxisanleitung. Jedenfalls nicht so, wie ich es erlebt habe... (...).“

„Und da gehen wir die Grundschrte des Pflegeprozesses schon mit denen durch. Das ist dann eine Informationssammlung und dann sollen die uns eine Pflegeplanung schreiben mit den wichtigsten Zielen aus der Patientensicht und die wichtigsten Probleme und der wichtigsten Sicht und Probleme aus der Sicht der Schülerin oder der Pflege. Das sollen die nämlich auch lernen, dass sie in den Pflegeprozess halt immer die Perspektive des Patienten mit reinnehmen, weil man da ja auch die effektivsten Ziele hat, wo der Patient eher noch in Interaktion geht und mitmacht.“

Der Patient wird mir selten sagen, dass er dekubitusgefährdet ist. Das wissen die oftmals nicht, ja? Aber dass die wieder laufen lernen wollen oder so. Das kann man in der Einzelanleitung sehr schön machen (...).“

Eine Pflgende

„Die Expertin auf der Station, die weiß fachlich unter Umständen deutlich mehr. Wenn ich jetzt zum Beispiel auf, weiß ich was, Herzintensivstation oder so, da weiß die Expertin, die zwanzig Jahre da ist, ja auch mehr wie der Oberarzt. Aber die kann was sehr spannend zeigen, also die kann Vorbild sein bezüglich Expertenfachwissen, wenn sie gut ist. Aber sie kann eben nicht mehr dieses Aufbereiten dieser einzelnen Schritte. Und ich weiß nicht, Patricia Benner sagt ja, "am besten für die Schüler sind die/" Also die macht so From Novice to Expert, das ist ich glaube allen bekannt. Am besten sind die auf Stufe 3 und nicht auf Stufe 5 für die Schülersausbildung, weil die wirklichen Experten, die können gar nicht mehr erklären. Das ist vielleicht Kunst, wenn ich dem zugucke, wenn die ihren Job gut machen. Aber sie können diese Schritte nicht mehr erklären.“

„Aber von meinem ethischen Anspruch her, finde ich das nicht gut, weil alte Leute und Angehörige ein ganz wichtiges Thema ist oder weil Frau Dr. Friedemann, Familienmodell, habe ich dann erklärt. Also ich konnte anhand von dem Fallbeispiel auch ganz viel Theorie vermitteln, die, ich weiß gar nicht, ob die in der Ausbildung vermittelt wird, Familienmodell und ethische Grundlagen und so, zum Teil wahrscheinlich (...).

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Siehe **02PB01 „Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“ (Basismodul)**

Für das Praxismodul ist eine Aufgabenstellung nach dem Vorbild des Arbeitsverbundenen Lernens (Rahmenplänen der Fachkommission § 53 PflBG, Darmann-Finck, Muths, Görres, Adrian, Bomball und Reuschenbach 2014: 117 ff.) zu entwerfen, die die Gegebenheiten der jeweiligen Fachweiterbildung und der praktischen Einsatzorte berücksichtigt.

Hintergrund ist, wie formelles und informelles Lernen in der Fachweiterbildung miteinander verknüpft werden. So sind in den verschiedenen lernorganisatorischen Kontexten die Operationen des Reflektierens und Lernens einerseits und des Handelns andererseits jeweils unterschiedlich ausgeprägt. Beim Modell des arbeitsverbundenen Lernens werden informelles und formelles Lernen systematisch verbunden. Hier werden arbeitsplatznahe Lernangebote angestrebt. Diese können von Arbeits- und Lernaufgaben bis hin zu Lernstationen und Qualitätszirkeln mit einer eigenen räumlichen und materiellen Infrastruktur reichen (vgl. Dehnbostel 2007, 47). Durch die Integration von informellem und formellem Lernen können sowohl die systematische Planung und Durchführung von Handlungen als auch Reflexionsprozesse angebahnt werden. Ebenfalls dem arbeitsverbundenen Lernen lässt sich das „Lernen durch Hospitation und betriebliche Erkundungen“ zuordnen. Mit dieser Form arbeitsbezogenen Lernens sollen auch Erfahrungen gemacht oder Theoriewissen vertieft werden (Dehnbostel 2007, 48).

Über diesen Vorgang soll ein Transfer stattfinden, der zum einen auf Lernprozesse abzielt – zum anderen aber auch Befunde und Realitäten der Praxis aufnimmt und gleichzeitig wiederum dafür

sorgt, dass Pflegewissen in der Pflegepraxis wahrgenommen wird. Letzteres setzt Innovationsprozesse in der Praxis frei.

Für die hier angestrebte Fallerhebung sollen die Bildungsteilnehmer*innen **explizit am Fall orientiert in der Praxis eingesetzt werden**, um den Verlauf im Sinne der Pflegeprozessplanung reflektieren zu können (u.a. Fachpflege OP, Hygiene etc. schon zu Beginn des Falleintritts in die Institution, Intensiv- Anästhesiepflege und Leitung einer Pflegeeinheit beginnend in der Notaufnahme etc). Zudem soll die Perspektive dafür geschärft werden, **wo Versorgungsbrüche** in der Institution auftreten können.

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... können den Pflegeprozess anhand von verschiedenen Theorien beschreiben und identifizieren. Die Teilnehmenden können verschiedene Pflegeklassifikationssysteme beschreiben und passend auf den Fall in der Fachpraxis auswählen.
- ... klassifizieren Begriffe, Theorien und Konzepte der Pflegewissenschaft und können Theoriegeleitetes Handeln für die Pflegepraxis diskutieren.
- ... reflektieren Theorien, Modelle und Begriffe der Pflegewissenschaft und hinterfragen deren mangelnden Akzeptanz in der Pflegepraxis.
- ... greifen für die Gestaltung der Pflegeprozessmethode auf unterschiedliche Pflege-theorien zurück und übertragen ihre theoriegeleiteten Überlegungen auf Patient*innen/Bewohner*innenfälle in der fachtypischen Praxis.
- ... werten die Pflegeprozessmethode zur sicheren Steuerung von Patient*innen und Bewohner*innen durch die funktional ausgerichtete Institution.
- Nehmen eine kritische Haltung ein und übernehmen Verantwortung dafür, mit der Pflegeprozessmethode für einen sicheren Versorgungsverlauf der Patient*innen und Bewohner*innen zu sorgen.
- ... erklären und begründen „Critical Thinking“ im Kontext des Pflegeprozesses. Sie leiten aus der pflegerischen Versorgungsevaluation neue Fragen ab bzw. zeigen Wege zur Nutzung von Forschungsergebnissen auf.
- ... können die Vorbehaltsaufgabe Pflegeprozess kritisch in seinen Schritten differenzieren. Die Teilnehmenden können eine evidenzbasierte / wissenschaftlich begründete Problemlösung begründen.
- ... erkennen situationsadäquate Rahmenbedingungen zur Anwendung des Pflegeprozesses im Kontext der Fachpflege und begründen ihre Therapie- und Diagnostikentscheidungen verantwortlich und wissenschaftlich basiert.
- Sie reflektieren ihr Pflegeprozessorientiertes Handeln in Bezug auf gesellschaftliche Erwartungen und für die Professionalisierung der Pflege.
Sie reflektieren autonom sachbezogene Gestaltungs- und
- ... entwickeln ein berufliches Selbstbild, in dem die pflegetheoretische Reflexion und Legitimation auf Theorien und Modelle selbstkritisch herangezogen wird, um pflegewissenschaftliches Wissen in die Praxis zu transferieren. Sie entwickeln eine pflegeberufliche Identität, in der der Umgang mit neuem Wissen in der Pflege selbstverständlich wird.

Leistungsüberprüfung: PBS/PMU (Kombinationsprüfung)

Modulleistung 02PBP01 „Pflegeprozess im Handlungsfeld“ (Praxisbericht schriftlich)

- Fallerhebung in der Praxis
- Reflexion auf eine ausgewählte Pflegetheorie

- *Falldarstellung*

Modulleistung 02PB01 „Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“ (schriftliche Hausarbeit)

- *Text aus Praxismodul überarbeiten*
- *Pflegetheoretische Reflexion*
- *Darstellung Pflegeprozess*
- *Ausgewählte Pflegediagnostik*
- *Bewertung, wo es hätte zu Versorgungsbrüchen kommen können*
- *Bewertung der theoretischen Elemente für die Praxis.*

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Erhebung Fallsituation in der Fachpraxis, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

- Alfaro-LeFevre, R. (2013): Pflegeprozess und kritisches Denken. Praxishandbuch zum kritischen Denken, Lösen von Problemen und Fördern von Entwicklungsmöglichkeiten. Bern: Hans Huber Verlag.
- Ashworth, P.; Bjorn A. (1987): People's need for nursing care. A European Study, Eigenverlag der WHO. Kopenhagen: Eigenverlag der WHO.
- Benner, Patricia (2012): Stufen zur Pflegekompetenz. From novice to expert. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber,
- Bulechek, G.; Butcher, H.; Mc Closky, J. (2018): Nursing Intervention Classification (NIC). St. Louis: Mosby.
- Carpentio-Moyet, L. (2011): Das Pflegediagnosen- Lehrbuch. Pflegeassessment- Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen für Profis und Praxis. Bern: Hans Huber Verlag.
- Diegmann-Hornig, K.; Jurgschat-Geer, H.; Beine, M.; Neufeld, G. (2009): Pflegebegutachtung. Lehrbuch für Sachverständige und Gutachten in der Pflege. Bern: Hans Huber Verlag.
- Doenges, M. E.; Moorhouse, M. F.; Geissler-Murr, A. C. (2019): Pflegediagnosen und Maßnahmen. 6. vollst. Aktual. U. überarb. Aufl. Bern: Hans Huber Verlag.
- Fiechter, V.; Meier, M. (1998): Pflegeplanung. Kassel: Recom Verlag.
- Georg, J.; Fischer, J. (Hrsg.) (2011): Das Pflegeprozess-Lehrbuch. Bern: Hogrefe AG
- Friedemann, Marie- Luise, Köhlen, Christina (2018): Familien- und umweltbezogene Pflege. Die Theorie des systemischen Gleichgewichts und ihre Umsetzung. Bern: Hogrefe Verlag.
- Harald, S. (2012): POP – Praxisorientierte Pflegediagnostik. 2. Aufl. Wien: Springer Verlag.
- Heather, T.; Herdmann, H.; Herdman; Kamitsuru, S. (Hrsg.) (2017): NANDA International Pflegediagnosen. Pflegediagnosen Definitionen und Klassifikation. 2019-2020. Unter Mitarbeit von S. Berger, H. Mosebach und Johnson, M.. Maryland Heights: Elsevier Mosby.
- Kühme; Benjamin (2022): Theoriegeleitetes Handeln als pflegerisches Bildungsmuster. Teil 1: empirischer Zugang. Teil 2: Konsequenzen in einem Pflegestudiengang. In: Padua. Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, Patientenedukation und -bildung. 17. Jhr. Heft 3/22. Bern: Hogrefe,
- Kußmaul, J.; Vater, A. (2017): Pflegeplanung. 2. Aktualisierte und erweiterte Auflage, Stuttgart: Thieme, verfügbar unter: https://cne.thieme.de/cne-webapp/r/library/page/pdf/-/9783132400580_toc
- Marriner-Tomey, A. (1992): Pflegetheoretikerinnen und ihr Werk. Kassel: Recom Verlag
- Leininger, Madeleine (1998): Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. Freiburg i. Br.: Lambertus-Verlag,

- Mayer, H. (2019): Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr? Ein Beitrag über die Rolle der Lehre im Zusammenhang mit der Theorieentwicklung in der Pflege. Pflege & Gesellschaft. 24. Jhrg. H 2. Weinheim: Beltz, Juventa. S. 110- 122
- Mc Closky, J.; Bulechek, G. M.; Butacher, H. (Hrsg.) (2015): Pflegeinterventionsklassifikation. Bern: Hans Huber Verlag.
- McHugh Schuster, P. (2012): Concept Mapping A Critical Thinking Approach to care Planning. Philadelphia: Davis Plus.
- NANDA International (2010): Pflegediagnosen Definitionen und Klassifikation 2009 – 2011. Kassel: Recom Verlag.
- Meleis, A.I. (1999): Pflegetheorie. Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber. S. 173, 174, 199, 200,
- Moers, Martin, Schaeffer, Doris, Schnepf, Wilfried (2011): Too busy to think? Essay über die spärliche Theoriebildung der deutschen Pflegewissenschaft. In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe. Heft 6. 24. Jahrg. Bern: Huber. S. 349–360
- Orem, Dorothea (1997): Strukturkonzepte der Pflegepraxis. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby
- Peplau, Hildegard (1997): Zwischenmenschliche Beziehung in der Pflege – Ausgewählte Werke. Bern: Huber
- Roper, Nancy, Logan, Winifred W., Tierney, Allison J, Mischo-Kelling, Maria (Hrsg.) (2016): Das Roper- Logan- Tierney- Modell. Bern: Hogrefe
- Schaeffer, D., Moers, M. (2011): Bewältigung chronischer Krankheiten - Herausforderungen für die Pflege. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa S. 329 – 363
- Schnepf, Wilfried (1996): Pflegekundige Sorge. In: Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (Hrsg.): Pflege und Gesellschaft. 1. Jahrgang (2). Duisburg. S.13- 16
- Schrems, Berta (2016): Fallarbeit in der Pflege. Grundlagen, Formen und Anwendungsbereiche. Wien: facultas

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

1.5 Modul „Systematisches wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege“ (Basismodul)

Modultitel/Modulkennung: 01SB01 „Systematisches wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege“ (Basismodul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Themenerhebung in der Fachpraxis im Praxismodul 01WPB01 „Wissenschaftliches Arbeiten im Handlungsfeld“ (ggf. Prüfungskombination der Module).</i> <i>Modul „Zum Verhältnis externer und interner Evidenz in der onkologischen Fachpflege“</i>			
Workload: 150 Std davon 40 Std. Kontaktstunden, 110 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitsspolitisch ökonomische Perspektive</i>
			
Reflexionskategorien: 3.II Humanisierung und Sozialtechnologie 2.I Beziehung und Methode Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Verwertungsbezug: Wissenschaftliches Arbeiten als benötigte Kernkompetenz Wissenschaftliche Evidenz im Widerspruch zur Lebenswelt der Pflegeempfänger*in Themen/ Schlüsselprobleme/Inhalte: Grundkenntnisse des wissenschaftlichen Arbeitens, wissenschaftliche Texte lesen, wissenschaftlich Schreiben, Präsentationskompetenz, kritische Diskussionsfähigkeit, Grundregeln des Zitierens, Übung der Zitation, Aufbau einer wissenschaftlichen Arbeit üben, Lektürearbeit Einführung in die Datenbankrecherche Evidenz im Pflegeprozess (EBN) Critical Thinking/Diagnostischer Prozess Fallarbeit in der Fachpraxis (vgl. Praxismodul 01WPB01 „Wissenschaftliches Arbeiten im Handlungsfeld“): Bewertung eines fachspezifischen Themas hinsichtlich seiner wissenschaftlichen Belegbarkeit (Evidenz) Achtung! Hier handelt es sich um eine Einführung in die Evidenz! Thema wird			

vertieft (vgl. Modul „Zum Verhältnis externer und interner Evidenz in der onkologischen Fachpflege“).

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Ein Pflegender

„Ich glaube, das Phänomen gibt es in allen Berufsgruppen, dass da welche sind, die einfach stehen bleiben möchten und die wollen auch dort stehen, die wollen auch nicht mehr. Die anderen, die offen sind, die lesen, die brauchen auch immer wieder neue Perspektiven, entwickeln, finden. Ja, das hat seinen Grund, warum jemand vielleicht auch sagt, "ich will noch Eisen und Fönen, weil es immer gut war" und der andere sagt, "ich habe aber was gelesen und jetzt will ich wissen, wie das geht." Und das wünsche ich mir von Praxisanleitern, diese kritisch-offene reflexive Haltung, immer wieder zu hinterfragen: Ist das, was ich heute noch tue, gut?“

Eine Gruppe von Pflegenden

„Und ich weiß eben nicht, das sehe ich ein bisschen kritisch, wie das jetzt anläuft, die generalistische Ausbildung läuft ja jetzt im Oktober an und natürlich, wenn man das so sieht, wird sich daraus auch ein anderer Bedarf an Weiterbildung generieren, das denke ich schon, die Frage ist bloß für mich, wie kriegt man das zusammen? Ich denke das muss man auch im Fokus haben, wie bekommt man dann diese Leute auf einen anderen Level? Also wir haben ja irgendwie sage ich jetzt einfach mal verpasst wieder oder es ist uns nicht gelungen, die Basis auch auf akademische Füße zu stellen, da kränken wir ja ein bisschen dran. Also wir haben in der Peripherie unglaublich viel, aber an der Basis fehlt es uns einfach. Und ich weiß nicht, also ich möchte das jetzt nicht zu pessimistisch sehen, aber aus der Erfahrung heraus, würde ich sagen, wir laufen Gefahr, dass uns das auch auf die Füße fallen wird, weil die Entwicklung im Gesundheitswesen einfach so rasant ist (...). Aber ich denke da haben wir diese Durchlässigkeits-Lücke, da haben wir eine Bildungslücke, Bildungsniveau-Lücke. Und deswegen, das sagte ich, das wird uns eventuell auf die Füße fallen und zwar ganz gewaltig.“

Und was ich jetzt in der Fachweiterbildung merke, zum Beispiel bei dem Thema Facharbeit, da gibt es eine sehr heterogene Geschichte einfach. Also da gibt es Leute, die haben noch nie in ihrem Leben sowas geschrieben und das wird man dann auch wiederhaben, wenn man jetzt bei der Generalistik einen generalistisch ausgebildeten Menschen hat, der wird das wahrscheinlich auch noch nie gemacht haben. Das heißt also, wir müssen auch tiefer ansetzen. Und andererseits wollen wir aber eine Durchlässigkeit zur Hochschule haben, das ist ein Dilemma, was wir haben, muss man einfach sagen. Also da passt es irgendwo nicht zusammen.“

„Also ich bin da ganz ehrlich, ich weiß nicht, ob diese hohen Kompetenzen, die wir dann noch von Fachpflegekräften abverlangen wirklich in einer Fachweiterbildung auch irgendwie abgebildet werden könnten oder ob wir nicht dann schon tatsächlich auf einem Masterniveau tatsächlich sind? Wenn es wirklich darum geht, auch Problemlösungsstrategien zu entwickeln auf einem ganz anderen Niveau, ist es vielleicht auch etwas, was wir in der Fachweiterbildung vielleicht nicht mehr abbilden können.“

„Aber wir haben im Haus ein Beispiel, die hat ein Schulungskonzept für Patienten geschrieben mit Herzinsuffizienz, super, die hat das in die Umsetzung gebracht oder ein Beratungskonzept überhaupt. Das fand der Chefarzt der Kardiologie so cool, dass er gesagt hat, ich stelle dich an Vollzeit als Pflegeberatung Herzinsuffizienz und so, das wollte die gar nicht. Die hat gesagt, ja, ich mache das mit zwanzig, 25 Prozent, aber den Rest will ich ans Bett.“

„Also ich wünsche mir von den Fachweitergebildeten eigentlich zwei Dinge, oder was mir jetzt so einfällt, zum einen soll er auf einem fachlich hohen Niveau sein auch medizinisch, durchaus. Also er soll auf Augenhöhe auch mit den Ärzten diskutieren können, das auf jeden Fall.“

„Ja, das geht auch vielleicht in die Richtung Angehörigeninformation oder so, kann ich mir total gut vorstellen, dass man dann irgendwie so eine App auf seinem Handy hat oder sonst, worüber man auch dann (...) Informationen abrufen kann einfach, als Angehöriger.“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Aus der Perspektive der Interaktion

Die Verwissenschaftlichung der Pflege beinhaltet, dass wissenschaftliches Arbeiten zur Schlüsselkompetenz der zukünftigen Fachpflegenden werden soll. Schlüsselqualifikationen und deren Bedeutung im Studien- und Arbeitskontext, Präsentation von wissenschaftlichen Ergebnissen stellen einen Mehrwert für die Pflegepraxis und das Pflegemanagement dar. Welcher Verwertungsbezug ergibt sich für das Management? Händeringend suche Pflegedirektionen der Universitätskliniken nach akademisch ausgebildeten Pflegenden (VPU 2019) oder fachweitergebildeten Pflegenden, um diese sinnvoll in die Arbeits- und Leistungsprozesse der Institutionen einzubinden. Traineeprogramme, Konzept- und Projektarbeit werden zu sozialtechnologischen Elementen in den Kliniken. Zuvor sind Kompetenzen aufzubauen, die für wissenschaftliches Arbeit generell und im Besonderen für die Pflege stehen müssen. Gegenstand der wissenschaftlichen Auseinandersetzung sind die Patient*innen, was im Zuge der Verwissenschaftlichung der Pflege nicht außer Acht gelassen werden darf und immer an den humanen Auftrag der Pflege mahnt. Somit ist im Kontext des wissenschaftlichen Arbeitens eine Humankompetenz anzubahnen, die im Kontext der Verwissenschaftlichung erhalten bleibt und den Pflegeempfänger nicht nur auf wissenschaftliche Befunde reduziert.

Vorschlag methodischer Einstieg: Diskussion zu den Interviewauszügen/ Lehrervortrag zum Wissenschaftlichen Arbeiten./Podcast ÜG 005 Pflegewissenschaft, Pflegeforschung und Praxis. URL:

<https://uebergabe.de/podcast/ug005/> (30.03.22)/ **Lehrervortrag** zum wissenschaftlichen Arbeiten, Vorstellung Reader Wissenschaftliches Arbeiten. **Übungen in Kleingruppen und Tutorien** zum wissenschaftlichen Arbeiten und Präsentieren. Übungen zum Zitieren, Rechercheübungen über wissenschaftliche Datenbanken. Analyse von wissenschaftlichen Texten (Strukturmerkmale, Inhalt). Teilnehmer*innen entscheiden sich für einen zugänglichen Text, analysieren, bewerten diesen.

Aus der Perspektive des Individuums

Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben wird zur Kernkompetenz von zukünftigen Pflegenden und wissenschaftliches Arbeiten findet Einzug in die Curricula der Fachweiterbildungen, Ausbildungen und Studiengänge. Gleichsam regt die Reflexionskategorie Beziehung und Methode an, dies hinsichtlich des Zupflegenden kritisch zu reflektieren. Auf der zweiten Sachebene wird durch das Kreuzen der Perspektive des Individuums die Fachkompetenz zum wissenschaftlichen Arbeiten für den Pflegeempfänger zum Verhängnis. Als pflegerisch und medizinische Laien können die Betroffenen nicht nachvollziehen, warum es ein wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege braucht und wie wissenschaftliche Erkenntnisse generell für die individuelle Situation der Betroffenen zu bewerten sind. Hier ergibt sich eine Asymmetrie zwischen den Pflegenden, die zum wissenschaftlichen Arbeiten ausgebildet werden, und den Pflegeempfängern. Ein Teil der im Gesundheitswesen Tätigen sollen die „reflective practitioner“ bilden - der Wissenschaftsrat geht von 10-20% eines Ausbildungsjahrgangs aus (WR 2012). Wissenschaftliches Handeln soll sich im professionellen Pflegehandeln abbilden und den Pflegeempfängern zu Gute kommen. Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege wird zur Methode. Gleichsam spielt die Methode der wissenschaftlichen Reflexion im Beziehungsprozess mit den Pflegeempfängern eine einflussnehmende Rolle. Der Wunsch des Pflegeempfängers, in eine pflegerische Beziehung einzutreten und umsorgt zu werden, wird seitens der Pflegenden mit neuen Methoden des wissenschaftlichen Arbeitens beantwortet. Eine Kernfrage in dieser pflegerischen Beziehung ist, wie eigentlich wissenschaftliche Erkenntnisse zu bewerten sind, die im Gegensatz zum Willen des Patienten/Bewohners stehen? Wie ist durch die Pflegenden selbst zu bewerten, dass Erkenntnisse des Evidence-Based-Nursing (EBN) ggf. nicht mit der Lebenswelt des Betroffenen in einen Abgleich zu bringen sind? Lebenswelt und statistisch-wissenschaftliche Befunde können im Gegensatz zu einander stehen. Eine Antwort hierauf gibt uns der Ansatz des Shared-Decision-Making (Steckelberg 2016), in dem die Betroffenenpartizipation ausdrücklich vorgesehen ist. Auch vermitteln Behrens/Langer (2010) in ihrem Ansatz die „interne“ und „externe“ Evidenz miteinander. Wissenschaftliches Wissen und Erfahrungswissen der Pflegeempfänger sind im Pflegeprozess miteinander abzuwägen. Demnach sind wissenschaftliche Erkenntnisse durch die Pflegenden nicht nur zu erheben, zu bewerten und auf die Praxissituation zu reflektieren – sie sind auch dem Pflegeempfänger zu vermitteln, um ihn am Entscheidungsprozess zu beteiligen.

Methodischer Vorschlag: Gruppenauftrag mit anschließender **Plenumsdiskussion**: „Welche Rolle spielt der Pflegeempfänger, wenn wissenschaftliche Erkenntnisse in der Praxis angewandt werden sollen?“ Die Lernenden reflektieren die Rolle der Patientin im Wissenschaftssystem. **Lehrervortrag** zum Ansatz des „Shared-decision-making“ in der Pflege/ **Lehrervortrag** zum EBN und dessen zunehmende Bedeutung in der Fachpraxis. Bewertung der Patient*innenperspektive durch die Teilnehmer*innen.

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... kennen Kriterien wissenschaftlichen Arbeitens und unterschiedlicher Studiendesigns.
- ... diskutieren unterschiedliche Anforderungen an wissenschaftliche Arbeiten und die Aussagekraft unterschiedlicher Studiendesigns für die Pflegepraxis.
- ... verfügen über Schlüsselkompetenzen, die für Arbeitsprozesse in der Fachpflege notwendig sind, um wissenschaftliches Arbeiten der Pflege innerhalb der Institution sichtbar zu machen
- nutzen die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens zur Bearbeitung von Leistungsanforderungen in der Berufspraxis.
- ... erkennen in ihrer Institution, wie wissenschaftliche Erkenntnisse kommuniziert und genutzt werden können, um die Pflegepraxis weiter zu gestalten.
- ... können Informationen für wissenschaftliche Arbeiten in angemessener Zeit und angemessener Tiefe aus Bibliotheken, wissenschaftlichen Datenbanken und dem Internet zusammentragen, kritisch reflektieren und für Pflegeempfänger bewerten.
- ... reflektieren die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens vor dem Hintergrund der Entwicklung der Pflegewissenschaft
- ... setzen die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens korrekt um und argumentieren die Notwendigkeit von Theoriegeleitetem Handeln in der Pflegepraxis vor Vertreter*innen der Berufspraxis.
- ... verstehen die Logik des Forschungsprozesses. Sie haben ein Verständnis zur Evidenzbasierung und kennen den EBN-Prozess.
- ... erklären und begründen „Critical Thinking“ im Kontext des Pflegeprozesses. Sie leiten aus der pflegerischen Versorgungsevaluation neue Fragen ab bzw. zeigen Wege zur Nutzung von Forschungsergebnissen auf.
- Die Teilnehmenden begründen eine evidenzbasierte / wissenschaftlich abgeleitete Problemlösung.

Leistungsüberprüfung: HA/K/R/PFP

Prüfungskombination mit Praxismodul „Wissenschaftliches Arbeiten im Handlungsfeld“

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

- Siehe Praxismodul 01WPB01 „Wissenschaftliches Arbeiten im Handlungsfeld“: Fallerhebung nach Arbeitsverbundenem Lernen – Themenfindung zum EBN

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Erhebung Praxissituation zur Themenfindung EBN, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

- Ackley, B. J.; Ladwig, G. B. (2008): Nursing Diagnosis Handbook An Evidence-Based Guide to Planning Care. 8. Aufl. St. Louis: Mosby /Elsevier
- Barre, Kirsten (2013): Evidence-based Nursing in der pflegedidaktischen Vermittlung. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Behrens, Johann/Langer, Gero (2010a): Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. Bern: Huber
- Behrens, Johann (2011): Evidence based Nursing. In: Schaeffer, Doris/Wingenfeld, Klaus (Hrsg.) (2011): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim / München: Juventa. S. 151–164
- Ertl-Schmuck, R. Unger, A., Mibs, M., Lang, C.: (2014): Wissenschaftliches Arbeiten in Gesundheit und Pflege. Tübingen, Basel: utb

- Frank, N. u. Stary, J. (2006): Die Technik wissenschaftlichen Arbeitens. 12. Auflage. Paderborn, Schöningh
- Kruse, O. (2007) keine Angst vorm leeren Blatt. 12. Auflage. Frankfurt. Campus
- Lürken T., Zwakhalen S.M., Verbeek H. (2019): Wissenschaft und Praxis: Gemeinsam für eine bessere Versorgung. Evidenzbasierte Innovationen in der ambulanten Pflege. PFLEGE Zeitschrift 5. 2019/72, S. 48-51.
- Messer, M. (2013): Shared decision-making – Kein Thema für Pflege? DOI 10.3936/1212 Pflegewissenschaft 05/13
- Messer, M. (2018): Patientenpartizipation aus Sicht der Pflege. Eine Analyse der häuslichen Versorgung von Menschen mit Multimorbidität. Weinheim, Basel: Beltz/Juventa
- Meyer, Gabriele/Köpke, Sascha (2012): Wie kann der beste pflegewissenschaftliche Kenntnisstand in die Pflegepraxis gelangen? How can best nursing science evidence reach nursing practise? In: Pflege & Gesellschaft. Heft 1 / 12. 17. Jahrgang. Weinheim: Juventa. S. 36–44
- Panfil, E.M. (2017): Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegenden. Bern: Hogrefe
- Schaeffer D. & Wingenfeld K. (2014): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim, Basel: Beltz Juventa
- Steckelberg A. (2016): Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen und Decision Coaching: Neue Rolle für die Pflege. Pflege. 2016 Sep;29(5): 225-226
- Stickel-Wolf, C. u. Wolf, J. (2006): Wissenschaftliches Arbeiten und Lerntechniken. 4. Auflage. Wiesbaden. Gabler
- Theisen, M. R. (2008): Wissenschaftliches Arbeiten: Technik – Methodik – Form. 14. Auflage. Vahlen
- Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen für die hochschulische Qualifikation im Gesundheitswesen: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.html> (22.04.22)

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

1.6 Modul „Wissenschaftliches Arbeiten im Handlungsfeld“ (Praxismodul und Basismodul)

Modultitel/Modulkennung: Praxismodul 01WBP 01 „Wissenschaftliches Arbeiten im Handlungsfeld“ (Basismodul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Inhalte aus 01SB01 „Systematisches wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege“ (Basismodul) (ggf. Prüfungskombination der Module).</i>			
480 Std. Praxis, davon 240 Std. AVL und gesteuerte Selbststudienzeit in der Praxis (SSZ) (8 LP)			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
Reflexionskategorien: 3.II Humanisierung und Sozialtechnologie 2.I Beziehung und Methode Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Verwertungsbezug: Wissenschaftliches Arbeiten als benötigte Kernkompetenz Wissenschaftliche Evidenz im Widerspruch zur Lebenswelt der Pflegeempfänger*in Themen/ Schlüsselprobleme/Inhalte: Grundkenntnisse des wissenschaftlichen Arbeitens, wissenschaftliche Texte lesen, wissenschaftlich Schreiben, Präsentationskompetenz, kritische Diskussionsfähigkeit, Grundregeln des Zitierens, Übung der Zitation, Aufbau einer wissenschaftlichen Arbeit üben, Lektürearbeit Einführung in die Datenbankrecherche Evidenz im Pflegeprozess (EBN) Critical Thinking/Diagnostischer Prozess Fallarbeit in der Fachpraxis: Bewertung eines fachspezifischen Themas hinsichtlich seiner wissenschaftlichen Belegbarkeit (Evidenz)			
Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:			

Ein Pflegender

„Ich glaube, das Phänomen gibt es in allen Berufsgruppen, dass da welche sind, die einfach stehen bleiben möchten und die wollen auch dort stehen, die wollen auch nicht mehr. Die anderen, die offen sind, die lesen, die brauchen auch immer wieder neue Perspektiven, entwickeln, finden. Ja, das hat seinen Grund, warum jemand vielleicht auch sagt, "ich will noch Eisen und Fönen, weil es immer gut war" und der andere sagt, "ich habe aber was gelesen und jetzt will ich wissen, wie das geht." Und das wünsche ich mir von Praxisanleitern, diese kritisch-offene reflexive Haltung, immer wieder zu hinterfragen: Ist das, was ich heute noch tue, gut?“

Eine Gruppe von Pflegenden

„Und ich weiß eben nicht, das sehe ich ein bisschen kritisch, wie das jetzt anläuft, die generalistische Ausbildung läuft ja jetzt im Oktober an und natürlich, wenn man das so sieht, wird sich daraus auch ein anderer Bedarf an Weiterbildung generieren, das denke ich schon, die Frage ist bloß für mich, wie kriegt man das zusammen? Ich denke das muss man auch im Fokus haben, wie bekommt man dann diese Leute auf einen anderen Level? Also wir haben ja irgendwie sage ich jetzt einfach mal verpasst wieder oder es ist uns nicht gelungen, die Basis auch auf akademische Füße zu stellen, da kränken wir ja ein bisschen dran. Also wir haben in der Peripherie unglaublich viel, aber an der Basis fehlt es uns einfach. Und ich weiß nicht, also ich möchte das jetzt nicht zu pessimistisch sehen, aber aus der Erfahrung heraus, würde ich sagen, wir laufen Gefahr, dass uns das auch auf die Füße fallen wird, weil die Entwicklung im Gesundheitswesen einfach so rasant ist (...). Aber ich denke da haben wir diese Durchlässigkeits-Lücke, da haben wir eine Bildungslücke, Bildungsniveau-Lücke. Und deswegen, das sagte ich, das wird uns eventuell auf die Füße fallen und zwar ganz gewaltig.“

Und was ich jetzt in der Fachweiterbildung merke, zum Beispiel bei dem Thema Facharbeit, da gibt es eine sehr heterogene Geschichte einfach. Also da gibt es Leute, die haben noch nie in ihrem Leben sowas geschrieben und das wird man dann auch wiederhaben, wenn man jetzt bei der Generalistik einen generalistisch ausgebildeten Menschen hat, der wird das wahrscheinlich auch noch nie gemacht haben. Das heißt also, wir müssen auch tiefer ansetzen. Und andererseits wollen wir aber eine Durchlässigkeit zur Hochschule haben, das ist ein Dilemma, was wir haben, muss man einfach sagen. Also da passt es irgendwo nicht zusammen.“

„Also ich bin da ganz ehrlich, ich weiß nicht, ob diese hohen Kompetenzen, die wir dann noch von Fachpflegekräften abverlangen wirklich in einer Fachweiterbildung auch irgendwie abgebildet werden könnten oder ob wir nicht dann schon tatsächlich auf einem Masterniveau tatsächlich sind? Wenn es wirklich darum geht, auch Problemlösungsstrategien zu entwickeln auf einem

ganz anderen Niveau, ist es vielleicht auch etwas, was wir in der Fachweiterbildung vielleicht nicht mehr abbilden können.“

„Aber wir haben im Haus ein Beispiel, die hat ein Schulungskonzept für Patienten geschrieben mit Herzinsuffizienz, super, die hat das in die Umsetzung gebracht oder ein Beratungskonzept überhaupt. Das fand der Chefarzt der Kardiologie so cool, dass er gesagt hat, ich stelle dich an Vollzeit als Pflegeberatung Herzinsuffizienz und so, das wollte die gar nicht. Die hat gesagt, ja, ich mache das mit zwanzig, 25 Prozent, aber den Rest will ich ans Bett.“

„Also ich wünsche mir von den Fachweitergebildeten eigentlich zwei Dinge, oder was mir jetzt so einfällt, zum einen soll er auf einem fachlich hohen Niveau sein auch medizinisch, durchaus. Also er soll auf Augenhöhe auch mit den Ärzten diskutieren können, das auf jeden Fall.“

„Ja, das geht auch vielleicht in die Richtung Angehörigeninformation oder so, kann ich mir total gut vorstellen, dass man dann irgendwie so eine App auf seinem Handy hat oder sonst, worüber man auch dann (...) Informationen abrufen kann einfach, als Angehöriger.“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Siehe Modulbeschreibung 01SB01 „Systematisches wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege“ (Basismodul)

Für das Praxismodul ist eine Aufgabenstellung nach dem Vorbild des Arbeitsverbundenen Lernens (Rahmenplänen der Fachkommission § 53 PflBG, Darmann-Finck, Muths, Görres, Adrian, Bomball und Reuschenbach 2014: 117 ff.) zu entwerfen, die die Gegebenheiten der jeweiligen Fachweiterbildung und der praktischen Einsatzorte berücksichtigt.

Hintergrund ist, wie formelles und informelles Lernen in der Fachweiterbildung miteinander verknüpft werden. So sind in den verschiedenen lernorganisatorischen Kontexten die Operationen des Reflektierens und Lernens einerseits und des Handelns andererseits jeweils unterschiedlich ausgeprägt. Beim Modell des arbeitsverbundenen Lernens werden informelles und formelles Lernen systematisch verbunden. Hier werden arbeitsplatznahe Lernangebote angestrebt. Diese können von Arbeits- und Lernaufgaben bis hin zu Lernstationen und Qualitätszirkeln mit einer eigenen räumlichen und materiellen Infrastruktur reichen (vgl. Dehnbostel 2007, 47). Durch die Integration von informellem und formellem Lernen können sowohl die systematische Planung und Durchführung von Handlungen als auch Reflexionsprozesse angebahnt werden. Ebenfalls dem arbeitsverbundenen Lernen lässt sich das „Lernen durch Hospitation und betriebliche Erkundungen“ zuordnen. Mit dieser Form arbeitsbezogenen Lernens sollen auch Erfahrungen gemacht oder Theoriewissen vertieft werden (Dehnbostel 2007, 48).

Über diesen Vorgang soll ein Transfer stattfinden, der zum einen auf Lernprozesse abzielt – zum anderen aber auch Befunde und Realitäten der Praxis aufnimmt und gleichzeitig wiederum dafür sorgt, dass Pflegewissen in der Pflegepraxis wahrgenommen wird. Letzteres setzt Innovationsprozesse in der Praxis frei.

*Für die hier angestrebte Themenerhebung zum EBN sollen die Bildungsteilnehmer*innen explizit ein am Fall orientiertes Pflegeproblem als Prüfungsthema aus ihrer Fachpraxis wählen. Das*

Thema wird über Datenbanken recherchiert und die Ergebnisse werden kritisch für den Ausgangsfall bewertet. Ziel ist es, wissenschaftliche Belege für pflegerische oder medizinische Maßnahmen zum gewählten Thema zu identifizieren.

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... kennen Kriterien wissenschaftlichen Arbeitens und unterschiedlicher Studiendesigns, können fachbezogene Literatur danach bewerten und übernehmen Verantwortung, andere Mitarbeiter*innen und Auszubildende in das wissenschaftliche Arbeiten einzuweisen
- ... diskutieren unterschiedliche Anforderungen an wissenschaftliche Arbeiten und die Aussagekraft unterschiedlicher Studiendesigns für die Pflegepraxis.
- ... verfügen über Schlüsselkompetenzen, die für Arbeitsprozesse in der Fachpflege notwendig sind, um wissenschaftliches Arbeiten der Pflege innerhalb der Institution sichtbar zu machen
- nutzen die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens zur Bearbeitung von Leistungsanforderungen in der Berufspraxis und beziehen Kolleg*innen darin ein
- ... erkennen in ihrer Institution, wie wissenschaftliche Erkenntnisse kommuniziert und genutzt werden können, um die Pflegepraxis weiter zu gestalten.
- ... können Informationen für wissenschaftliche Arbeiten in angemessener Zeit und angemessener Tiefe aus Bibliotheken, wissenschaftlichen Datenbanken und dem Internet zusammentragen, kritisch reflektieren und für Pflegeempfänger bewerten.
- ... reflektieren die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens vor dem Hintergrund der Entwicklung der Pflegewissenschaft und übernehmen Verantwortung, dass sich die Praxis mehr an wissenschaftlichen Erkenntnissen orientiert
- ... setzen die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens korrekt um und argumentieren die Notwendigkeit von Theoriegeleitetem Handeln in der Pflegepraxis vor Vertreter*innen der Berufspraxis.
- ... verstehen die Logik des Forschungsprozesses. Sie haben ein Verständnis zur Evidenzbasierung und kennen den EBN-Prozess, den sie anderen Mitarbeiter*innen und Auszubildenden vermitteln können
- ... erklären und begründen „Critical Thinking“ im Kontext des Pflegeprozesses. Sie leiten aus der pflegerischen Versorgungsevaluation neue Fragen ab bzw. zeigen Wege zur Nutzung von Forschungsergebnissen auf.
- Die Teilnehmenden können eine evidenzbasierte / wissenschaftlich begründete Problemlösung begründen.

Leistungsüberprüfung: PBM/PBS/PMU

Prüfungskombination mit Modul 01SB01 „Systematisches *wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege*“

Themenfindung, Datenbankrecherche, Darstellung und Bewertung der Ergebnisse und Vorschlag für den Praxisfall sind über die beiden Modulprüfungen aufzuteilen.

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

- Fallerhebung nach Arbeitsverbundenem Lernen – Themenfindung zum EBN

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Erhebung Praxissituation zur Themenfindung EBN, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

- Ackley, B. J.; Ladwig, G. B. (2008): Nursing Diagnosis Handbook An Evidence-Based Guide to Planning Care. 8. Aufl. St. Louis: Mosby /Elsevier
- Barre, Kirsten (2013): Evidence-based Nursing in der pflegedidaktischen Vermittlung. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Behrens, Johann/Langer, Gero (2010a): Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. Bern: Huber
- Behrens, Johann (2011): Evidence based Nursing. In: Schaeffer, Doris/Wingenfeld, Klaus (Hrsg.) (2011): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim / München: Juventa. S. 151–164
- Ertl-Schmuck, R. Unger, A., Mibs, M., Lang, C.: (2014): Wissenschaftliches Arbeiten in Gesundheit und Pflege. Tübingen, Basel: utb
- Frank, N. u. Stary, J. (2006): Die Technik wissenschaftlichen Arbeitens. 12. Auflage. Paderborn, Schöningh
- Kruse, O. (2007) keine Angst vorm leeren Blatt. 12. Auflage. Frankfurt. Campus
- Lürken T., Zwakhalen S.M., Verbeek H. (2019): Wissenschaft und Praxis: Gemeinsam für eine bessere Versorgung. Evidenzbasierte Innovationen in der ambulanten Pflege. PFLEGE Zeitschrift 5. 2019/72, S. 48-51.
- Messer, M. (2013): Shared decision-making – Kein Thema für Pflege? DOI 10.3936/1212 Pflegewissenschaft 05/13
- Messer, M. (2018): Patientenpartizipation aus Sicht der Pflege. Eine Analyse der häuslichen Versorgung von Menschen mit Multimorbidität. Weinheim, Basel: Beltz/Juventa
- Meyer, Gabriele/Köpke, Sascha (2012): Wie kann der beste pflegewissenschaftliche Kenntnisstand in die Pflegepraxis gelangen? How can best nursing science evidence reach nursing practise? In: Pflege & Gesellschaft. Heft 1 / 12. 17. Jahrgang. Weinheim: Juventa. S. 36–44
- Panfil, E.M. (2017): Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegende. Bern: Hogrefe
- Schaeffer D. & Wingenfeld K. (2014): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim, Basel: Belz Juventa
- Steckelberg A. (2016): Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen und Decision Coaching: Neue Rolle für die Pflege. Pflege. 2016 Sep;29(5): 225-226
- Stickel-Wolf, C. u. Wolf, J. (2006): Wissenschaftliches Arbeiten und Lerntechniken. 4. Auflage. Wiesbaden. Gabler
- Theisen, M. R. (2008): Wissenschaftliches Arbeiten: Technik – Methodik – Form. 14. Auflage. Vahlen

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

1.7 Modul „Grundlagen der Didaktik und Pflegepädagogik für die Identität in Praxisanleitung“ (Basismodul)

Modultitel/Modulkennung: 02GB01 „Grundlagen der Didaktik und Pflegepädagogik für die Identität in Praxisanleitung“ (Basismodul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: Das Modul ist ein Grundlagenmodul für die Vertiefung zur Praxisanleitung in den Fachweiterbildungen mit den Modulen <i>Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln und Pflegebildung und Praxistransfer für die Identität in der Praxisanleitung</i> . Niedersächsische Landesschulbehörde (2019): Empfehlungen für Maßnahmen einer berufspädagogischen Qualifikation zur Praxisanleitung anteilig Modul 7			
Workload: 150 Std davon 40 Std. Kontaktstunden, 110 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
Reflexionskategorien: 1.I Erfahrung und Entfremdung 2.I Pflegequalität und Handlungsautonomie 2.II Berufstradition und Wissenschaft Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Trotz eigener (Lern-) Erfahrung Habitus zur Lehrenden entwickeln Rollenklarheit finden: bin ich Pflegende und/oder Lehrende? (Pflege-) Theorie im theoriefeindlichen Pflegemilieu Themen/ Schlüsselprobleme/Inhalte: Pflegepädagogik als Disziplin des Wissenstransfers und der pflegberuflichen Identitätsbildung, Pflegerische Identität der Lernenden und Anleiter*innen: Selbstverständnis zum Pflegerischen und dessen Vermittlung: bin ich Pflegende oder Lehrende? Didaktische Modelle (Bildungstheorie, Lehr- Lerntheorie, Konstruktivismus) zur pädagogischen Identitätsbildung von Anleitenden in der Pflegepraxis. Bildungstheoretische Reflexion beruflicher Pflege (u. a. Selbst- und Mitbestimmung durch Vorbehaltsaufgabe nach §4 PflBG, Pflegerische			

Identitätsbildung: Pflegeberuf als Bildungsberuf), Lehr- Lerntheoretische und konstruktivistische Reflexion u.a. auf berufliche Aufgaben in der Pflege (Kompetenzschwerpunkte §5 der PflAPrV, berufliche Weiterbildungen).

Lerntheorien zur Klärung von Identitätsbildung und Lernen (u.a. Kohlberg, Piaget, Dewey, Chomsky).

Sozialisation und berufliches Selbstverständnis zum Wissenstransfer in die Pflegepraxis:

Methodik zur Gestaltung von Wissenstransfer in die Pflegepraxis. Patient*innenberatung, Patient*innenedukation, Mikroschulungen und Kurzschulungen von Mitarbeiter*innen in den praktischen Handlungsfeldern der Generalistik, Langzeitpflege, ambulanten Pflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.

Pflegeberufliche Identität: Anleitung in der Generalistischen Ausbildung, Spezialisierung und Differenzierung in der Langzeitpflege, ambulanten Pflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Anleitung in der Spezialisierung Fachpflege.

Berufliche Weiterbildung zur Spezialisierung nach einer generalistischen Ausbildung.

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Gruppe von Anleiter*innen: „

„Also auf Station sind es ja einfach Pflege-Interventionen. Also Patient kommt in einer gewissen Situation, er hat ein gewisses Anliegen oder ein Bedürfnis und dann nimmt man sich meistens, weil es man so gewohnt ist auf Station, seinen Schüler mit. Und während man pflegt, erklärt man denn oder man gibt es ab oder macht es zusammen und beleuchtet das im Nachhinein halt meistens noch mal theoretisch. Außer der Fall ist jetzt so aufwendig, dass man sich vielleicht vorher damit noch mal auseinandersetzen muss und zusammen Standards guckt. Das wäre zum Beispiel eine Möglichkeit. Und die zweite Situation ist häufig auch, dass man das geplant durchführt, das gibt es auch, aber das ist dann eher doch so für freigestellte Tage möglich, die man für Praxisanleitung hat oder für Arbeitskräfte, die das haben, weil Pflegesituation spontan auf Station richtig von vornherein zu planen, ist meistens doch eher schwierig, weil die doch ad hoc geschehen“...

„Also ich finde, das ist eben auch eine wichtige Sache. Und wie wir auch sagten, irgendwelche Kollegen, sich da dauernd zu rechtfertigen oder eben auch nicht zu rechtfertigen, dass man jetzt eben diese Tätigkeit tut und das ins Bewusstsein zu holen, was geht in unserem Beruf und unserem Berufsstand und den Lehren wir jetzt hier gerade. Also so das Selbstbewusstsein glaube ich ist auch sehr wichtig“

„Das ist für mich einmal diese Rollenklärung, auch diese zwei Hüte aufhaben: Ich bin Pflegekraft aber auch gleichzeitig Praxisanleiter. Wie handele ich das miteinander aus? Das andere ist aber auch dieses Selbstbewusstsein, wo die Argumentationsfähigkeit auch rein rhetorisch von der

Kommunikationsfähigkeit das deutlich zu machen, ohne dass es in so eine Zickigkeit geht, "ich will jetzt", sondern wirklich auch mit Sachargumenten, mit Daten, Zahlen, Daten, Fakten argumentieren zu können.“...

„Der Schüler kommt nach vier Wochen aus der Schule, hat seine Aufgaben, die er von der Theorie in die Praxis transferieren soll und das üben soll und machen soll, irgendwann können soll. Und dann kommt ein Praxisanleiter, der dann aus seinem eigenen Dienst rausgerissen ist und hat dann eine Stunde Zeit, "so, jetzt mach mal, zack, zack, zack, zack." Und dann läuft das oder auch nicht. Das ist noch ein bisschen schwierig umzusetzen alles so, wie es mal sein sollte, weil die ja dann doch wirklich mit den Lernfeldern arbeiten werden durch die generalistische Ausbildung. Und ja, da muss tatsächlich noch in den Pflegeeinrichtungen ein Umdenken stattfinden. Weil so im Moment ist das immer noch so auch erkennbar, auch wenn ich mit den Praxisanleitern spreche, es ist noch/ Ich weiß nicht, wie man das nett ausdrücken soll. Es ist einfach so eine Sache, die man machen muss, ja? Weil es vorgegeben ist. Aber es ist noch nicht so richtig Herzblut dahinter.“

Obwohl ich da oft wahrnehme, dass da sehr viel Herzblut ist, aber dass die Rahmenbedingungen, dieser Freiraum ja erforderlich ist, dass ich auch Praxisanleitung machen kann: mich vorbereiten, Lernaufgaben schreiben oder auch so ein Konzept entwickle. Dass das häufig nicht gegeben ist. Und Praxisanleitung häufig so als on top von der Einrichtungsleitung gesehen wird: Du bist es jetzt, jetzt mache es auch. Und der kann nicht mehr weglaufen oder ist nicht schnell genug gelaufen, (lachen).“...

Was auch wichtig ist, also Praxisanleiter sind wahrscheinlich auch noch mehr damit beschäftigt, sich auch mehr theoretisch mit Sachen auseinanderzusetzen als Kollegen, die halt keine sind. Weil man halt oftmals in Interaktion geht und seine Tätigkeiten vor dem Schüler rechtfertigen muss, weil der vielleicht irgendwas anderes gelernt hat. Also ich muss wissen, wo finde ich Expertenstandards vielleicht, also die hinterlegt sind im Intranet? (...) Das heißt, man muss da auch immer ein bisschen fit sein, dass man lernt, auch zu argumentieren mit Fakten und mit Hintergründen. Und man muss auch da als Praxisanleiter sich öfter vor den Kollegen sozusagen auch rechtfertigen. Weil, man geht da auch öfter in Konfliktsituationen, gerade wenn man über mehrere Stationen läuft, man sieht schon Fehler im System als Praxisanleiter.“

Wenn es so um die Kompetenzen geht, dann ist es eben auch so ein Punkt, also ich denke, ausgebildete Praxisanleiter sollen eben auch vermitteln die Professionalität ihres Berufs und ihr Selbstverständnis und ihre/ Ethik. (...) Auch ethisch. Ja, auch ethisch, aber ich finde, ich habe den Eindruck, die Pflege verfällt eben sehr bereitwillig, sehr schnell in die Situation zu sagen, "ja, das sind eben die Rahmenbedingungen, vom Dienstplan geht es nicht anders und es ist eben dafür

kein Geld da und ich habe jetzt gerade gar keine Zeit oder so was." Das ist alles richtig und das kennen wir alles aus eigener Erfahrung. Aber das darf ja nicht zur Normalität werden und man muss nicht automatisch akzeptieren, dass es so ist. Und da wünsche ich mir eben von den Teilnehmern der Praxisanleiter auch immer gerne etwas mehr Selbstbewusstsein, wenn sie dann den Kurs absolviert haben oder so (...).“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Die Sicht der Pflegenden

Aus der Perspektive der Pflegenden besteht die Problematik, ein berufliches Selbstverständnis zur Lernenden Pflegenden and die Auszubildenden zu vermitteln, da eigene Lernerfahrungen selbst kaum didaktisch gesteuert stattfanden. Traditionell wird Praxisanleitung im Arbeitsalltag „nebenbei“ geleistet und ist frei von professioneller didaktischer Reflexion – dem Rückbesinnen auf didaktische Modelle und Methoden. Wie ist nun ein Habitus zur Lehrenden zu entwickeln, in dem ein theoriegeleitetes Handeln selbstverständlich ist? Eigene Lernerfahrungen müssen zur Disposition gestellt werden und führen in die Entfremdung, da Vertrautes zum Lernen in der Pflege fragil wird.

Methodischer Vorschlag: Einstieg: Reflexion der eigenen Lernerfahrungen in der Pflegeausbildung. Was hat eine Anleiterin zur guten Anleiterin gemacht? Was hat sie zur schlechten Anleiterin gemacht?/ Diskussion oder Szenisches Spiel (Oelke) zur Reflexion der eigenen Erfahrungen.

Die Sicht der Pflegenden und des Behandlungsteams

Praxisanleiter*innen und Lernende stoßen auf eine Praxis, in der Theorien und Modell nicht gefragt sind. Gefragt ist die Bewältigung von Arbeitsabläufen, die mit der Versorgung der Patient*innen und Bewohner*innen in Verbindung stehen. Praxisanleiter*innen geraten in eine Rollenambiguität und erfüllen gleichzeitig die Rolle der Lehrenden und Mitarbeiter*innen. Je nach Anforderung aus dem Arbeitsalltag kommt es zur Rollendiffusion und zur doppelten Anforderung. Hierbei fällt es schwer, die Aufgabe der Praxisanleitung didaktisch fachlich zu begründen. Didaktisch-methodische Arbeitsschwerpunkte der Anleiterin finden somit nur schwerlich eine Akzeptanz im Pflege team. Ziel des Moduls ist es, dass die Bildungsteilnehmer*innen eine pädagogisch-didaktische Professionalität entwickeln und ihr Rollenbild im Arbeitsalltag präsenter wird. Im Zentrum des Moduls stehen der pflegewissenschaftliche Wissenstransfer in die Praxis und eine daran ausgerichtete pflegeberufliche Identitätsbildung. Ziel ist es, dass die Teilnehmer*innen die didaktische Reflexion auf Theorien und Modell erlernen, um die didaktische und methodische Legitimation in ihr berufliches Selbstverständnis aufzunehmen. Dabei geht es grundsätzlich darum, pflegeberufsbezogene Wissensselemente auf der Basis pflegewissenschaftlicher Expertise für eine strukturierte und ergebnisorientierte Vermittlung umsetzen zu können. Im Fokus stehen Lehr- Lernsituationen der Praxisanleitung, Patientenedukation und die pflegeberufliche Fort- und Weiterbildung im klinischen Setting der Berufspraxis.

Methodischer Vorschlag: Einstieg (siehe oben, Ergänzung zur eigenen Anleitungserfahrung ggf. Exempel aus den Interviews lesen)/**Lehrervorträge** zur Einführung Pflegepädagogik, zu den didaktischen Modellen und zur Methodik/im Anschluss daran geleitete **Workshops und/oder Gruppenarbeiten** zur Arbeit mit den einzelnen Modellen (Bildungstheorie, Lehr-Lerntheorie, Konstruktivismus). Bildungstheoretische Reflexion beruflicher Pflege (u. a. Vorbehaltsaufgabe nach §4 PflBG, Pflegeberufliche Identitätsbildung: Pflegeberuf als Bildungsberuf), Lehr- Lerntheoretische und

*konstruktivistische Reflexion u.a. auf berufliche Aufgaben in der Pflege (Kompetenzschwerpunkte §5 der PflAPrV, berufliche Weiterbildung). **Lektürestudium. Methodenseminar.***

Hausarbeit oder Referat zur Anleitung in der Praxis auf Basis eines selbstgewählten Modells. Bewertung des Modells für die Pflegepraxis.

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... können eine Auswahl von didaktischen Modellen und Theorien voneinander abgrenzen und zur Bewertung von Lehr- Lernsituationen in der Pflegepraxis einander gegenüberstellen.
- ... vertiefen ein ausgewähltes didaktisches Modell und schätzen dessen legitimatorische Wirkweise zur Entwicklung von Lehr- Lernsituationen in der Pflegepraxis ab.
- ... bewerten Methoden und didaktische Theorien zur Gestaltung von Lehr-Lernsituationen in der Pflegepraxis kritisch.
- ... konzipieren Lehr- Lernsituationen in der Pflegepraxis unter Verwendung von didaktischen Modellen und Methoden.
- ... wenden didaktische Modelle und Methoden für Lehr- Lernsituationen in der Pflegepraxis an und untersuchen kritisch, in welcher Form Theorien, Modelle und Methoden für klinische Lehr- Lernsituationen angepasst und umgewandelt werden müssen.
- ... vermitteln pflegewissenschaftliches Wissen unter Begründung von didaktischen Modellen und Theorien und interagieren mit Vertreter*innen der Berufspraxis und Pflegeempfänger*innen angemessen und lösungsorientiert.
- ... entwickeln ein berufliches Selbstbild, in dem die didaktische Reflexion und Legitimation auf Theorien und Modelle selbstkritisch herangezogen wird, um pflegewissenschaftliches Wissen in die Praxis zu transferieren. Sie entwickeln eine pflegeberufliche Identität, in der der Umgang mit neuem Wissen in der Pflege selbstverständlich wird.

Leistungsüberprüfung: HA/R/PR/

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Reflexion Praxissituation zur Anleitung, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

- Arnold, Rolf, Siebert, Horst (2006): Konstruktivistische Erwachsenenbildung: Von der Deutung zur Konstruktion von Wirklichkeit. Hohengehren: Schneider,
- Faulstich, Peter, Zeuner, Christine (2010): Vermittlung als Unterstützung des Lernens – didaktische Perspektiven. In: Faulstich, Peter, Zeuner, Christine, Andresen, Sabine (Hrsg.), Hurrelmann, Klaus (Hrsg.), Palentien, Christian (Hrsg.), Schröer, Wolfgang (Hrsg.) (2010): Erwachsenenbildung. Weinheim, Basel: Beltz. S. 27-40
- Gerlach, A. (2013): Professionelle Identität in der Pflege. Akademisch Qualifizierte zwischen Tradition und Innovation. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Heimann, Paul, Otto, Gunter, Schulz, Wolfgang (1979): Unterricht: Analyse und Planung. 10., unveränderte Auflage. Hannover: Schroedel,
- Hotze, Elke (1994): Die Rolle der Pflege in der medizinischen Rehabilitation – ein theoretischer und empirischer Beitrag zur beruflichen Identität und Professionalisierung in den Pflegeberufen. Frankfurt am Main: Mabuse,
- Jank, Werner; Meyer, Hilbert (2011): Was ist Didaktik? In: Jank, Werner; Meyer, Hilbert (2011): Didaktische Modelle. 10. Auflage. Berlin: Cornelsen. S.10-27

- Jank, Werner; Meyer, Hilbert (2011): Bildungstheoretische und Kritisch-konstruktive Didaktik In: Jank, Werner; Meyer, Hilbert (2011): Didaktische Modelle. 10. Auflage. Berlin: Cornelsen. S.203-239
- Jank, Werner; Meyer, Hilbert (2011): Lerntheoretische Didaktik. In: Jank, Werner; Meyer, Hilbert (2011): Didaktische Modelle. 10. Auflage. Berlin: Cornelsen. S.261-284
- Jank, Werner; Meyer, Hilbert (2011): Konstruktivistische Didaktik. In: Jank, Werner; Meyer, Hilbert (2011): Didaktische Modelle. 10. Auflage. Berlin: Cornelsen. S.286-300
- Klafki, Wolfgang (2007): Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik: Zeitgemäße Allgemeinbildung und kritisch-konstruktive Didaktik. Weinheim, Basel: Beltz,
- Kühme, Benjamin (2022): Theoriegeleitetes Handeln als pflegerisches Bildungsmuster. Teil 1: empirischer Zugang. Teil 2: Konsequenzen in einem Pflegestudiengang. In: Padua. Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, Patientenedukation und -bildung. 17. Jhr. Heft 3/22. Bern: Hogrefe,
- Kühme, Benjamin (2019): Identitätsbildung in der Pflege. Pflegepraxis und Bildungsmuster im Prozess beruflicher Sozialisation. Mabuse: Frankfurt am Main
- Meyer, Hilbert, Junghans, Carola (2022): Unterrichtsmethoden 1. Theorieband. Berlin: Cornelsen
- Peterßen, Wilhelm H. (2001): Bildungstheoretische Didaktik. In: Peterßen, Wilhelm H. (2001): Lehrbuch Allgemeine Didaktik. 6. Auflage. München: Oldenbourg. S. 158 -173
- Riedl, Alfred, Schelten, Andreas (2013): Grundbegriffe der Pädagogik und Didaktik beruflicher Bildung. Franz Steiner Verlag,
- Sahmel, Karl-Heinz (2015): Dimensionen der Pädagogik. In: Sahmel, Karl-Heinz (2015): Lehrbuch kritische Pflegepädagogik. Bern: Hogrefe. S. 19-47
- Sahmel, Karl-Heinz (2015): Allgemeine Didaktik. In: Sahmel, Karl-Heinz (2015): Lehrbuch kritische Pflegepädagogik. Bern: Hogrefe. S. 121-152

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

1.8 Modul „Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln“ (Basismodul)

Modultitel/Modulkennung: 03PDB01 „Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln“ (Basismodul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: Das Modul ist ein Grundlagenmodul für die Vertiefung zur Praxisanleitung in den Fachweiterbildungen mit den <i>Modulen Grundlagen der Didaktik und Pflegepädagogik für die Identität in Praxisanleitung und Pflegebildung und Praxistransfer für die Identität in der Praxisanleitung</i> . <i>Fallerhebung aus der Fachpraxis in Praxismodul „Fachspezifische Pflege gestalten“ (ggf. Prüfungskombination der Module).</i>			
Niedersächsische Landesschulbehörde (2019): Empfehlungen für Maßnahmen einer berufspädagogischen Qualifikation zur Praxisanleitung anteilig Modul 7 und anteilig Modul 8			
Workload: 150 Std davon 40 Std. Kontaktstunden, 110 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Pflegende <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Lehrende <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
			
Reflexionskategorien: 3.I Mandat und Verwaltung 2.II Berufstradition und Wissenschaft 2.III Professionalisierung und Bildungsökonomie			
Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Berufspolitik, diskursive Rationalität: was ist Pflege und was Medizin? Expertise zum „Pflegerischen“ (Pflegedidaktische) Theorie im Pflegemilieu			
Themen/ Schlüsselprobleme/Inhalte: Pflegedidaktik als Disziplin des Wissenstransfers und der pflegberuflichen Identitätsbildung, Pflegerische Identität der Lernenden und Anleiter*innen: Selbstverständnis zum Pflegerischen und dessen Vermittlung. Pflegedidaktik: Begriffsbestimmungen und Diskurs. Modelle der Pflegedidaktik:			

Darmann-Finck, Greb, Wittneben, Olbrich, Schwarz- Govaers, Ertl- Schmuck.

Pflegedidaktische Forschung:

Kersting, Fichtmüller/ Walter, Bohrer, Balzer, Kühme, Winter, Klimasch, Weinmann.

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Anleiterin:

„Aber ich habe mich theoretisch darauf vorbereitet, ich habe mich didaktisch darauf vorbereitet und dann lief es im Endeffekt so, dass ich der Schülerin immer Einzelschritte gezeigt habe auch während dieses Tages und sie dann losgehen sollte, nachdem sich angezeigt hat, dass sie das an drei, vier Patienten machen sollte. Also ich muss dazu sagen, das war eine Orthopädie, die hatten alle eine Hüft-TEP, die gefühlt da waren, und das waren so leichte Pflasterverbände ohne chronische Wunden. Und dann sollte sie die Mediziner begleiten und dann haben wir es am Ende der Schicht noch mal miteinander verglichen, wie der Unterschied zwischen Mediziner und Pflege ist. Da muss man sagen, wie der Unterschied zwischen Mediziner- und Robert Koch-Institut ist. Da merkt man doch deutliche Unterschiede. Und ja, das ist mir halt positiv in Erinnerung geblieben, weil das so meine erste war und weil auch die Auszubildende ganz gut mitgemacht hat und weil sie auch viel gelernt hat an dem Tag.“

„Da ist dann auch das Problem, dass ich dann halt immer noch Medizin (..), also die Patienten sind unterversorgt. Ich habe eine Schülerin und trotzdem muss ich den medizinischen, ich sage mal in Anführungszeichen, Kram auch machen. Das heißt, ich muss die Konsile der Ärzte eingeben, weil die das nicht selber machen möchten, ich muss in der Visite mitschreiben, weil die das nicht selber machen möchten. Alleine schon, dass ich bei einer unfallchirurgischen Visite dabei sein muss, die, wenn ich so die letzten acht Jahre reflektiere, nicht immer sehr lehrreich ist für beide Seiten. Also nach einer Visite durfte ich eh meistens immer den Patienten noch mal erzählen, was jetzt eigentlich passiert, weil mit denen nicht so wirklich gesprochen wird.“

„Schlüsselprobleme sind für mich, dass häufig der Auszubildende in seiner Lernsituation zu wenig gesehen wird, sondern häufig geschaut wird: Der ist jetzt im zweiten Jahr. Eine Erwartungshaltung darüber erzeugt wird, die der Auszubildende oft gar nicht erfüllen kann, weil es nicht DEN Auszubildenden im zweiten Jahr gibt. Sondern jeder einen ganz anderen Erfahrungshorizont hat. Der eine hat viel Erfahrung vielleicht schon in mehr in medizinisch-technischen Sachen sammeln können. Der andere viel, viel stärker in grundpflegerischen oder pflegerischen Kompetenzen. Der andere viel stärker in kommunikativ, beratenden Kompetenzen.“

„Also die Herausforderung war erstmal diesen Konflikt aufzulösen, dass ich mit einer anderen Haltung oder Erwartungshaltung in den Beruf gekommen bin und plötzlich konfrontiert wurde mit: "Das sind die Salmonellen von Zimmer zwei." Also das war die Ausführung, das war eine

Infektionsstation mit 42 Kindern. Ich bin Kinderkrankenschwester. Und es mehr nach Diagnosen ging und auch mehr nach den Anforderungen, die aus dem ärztlichen Rahmen kamen. Aber nicht weil die das gefordert haben, sondern ihnen das zugestanden wurde. Die Stationsleitung war eine Ordensfrau, die sehr stark den Chefarzt in den Mittelpunkt gestellt hat und so wie er das möchte, möchte er es. So als Beispiel: freitags wurden bei allen Kindern die Betten bezogen, alle Kinder wurden gebadet und die hatten sauber im Bett zu liegen um zehn Uhr für die Visite. Das ist ein Unding, das überhaupt heute mit Kindern zu tun. Und es ist auch gut, dass man das nicht mehr tut. Also von daher geprägt eigentlich durch eine sehr hierarchisch geprägte Pflege, die meinem Naturell und auch meinen Erfahrungswurzeln und aus der Familie völlig widerspricht. Ich bin von eher berufstätig eigenständigen Frauen geprägt. Und das waren so immer wieder Konfliktsituationen, die dazugekommen sind. Und dieses, dass nicht der Mensch dort steht, sondern die Diagnose. "Der bleibt drei Tage oder das ist der Sozialfall von Zimmer zwölf!" Das sind so Sachen, wo ich mich immer gegen verwehrt habe. Wo ich heute viel Wert drauf lege, dass Patienten in Übergaben auch in Abwesenheit des Patienten, als Patienten und als Menschen wahrgenommen werden.“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Die Sicht der Pflegenden

Aus der Perspektive der Pflegenden besteht das Schlüsselproblem, ein berufliches Selbstverständnis zum Pflegerischen zu entwickeln und das Pflegerische an die Lernenden zu weiterzugeben. Das Grundproblem beginnt damit, das Pflegerische sprachlich zu fassen und zum Ausdruck zu bringen. Meist ringen die Anleiter*innen mit Begriffen wie Grund- und Behandlungspflege und der Aufzählung von Tätigkeiten pflegerischer Verrichtungen. Zudem ist es in der pflegerischen Sprache Tradition, dass Pflege aus der medizinischen Diagnose abgeleitet und begründet wird, was zu kurz greift. „Pflege bei Schlaganfall oder Pflege nach Hüft-TEP“ werden zur Beschreibung herangezogen und bringen das Wesen der Pflege dennoch nicht zum Ausdruck – sind inhaltsleer, bzw. bilden nur den medizinisch-technischen Handlungsbedarf ab. Auch berufspolitische Diskurse führten in der Vergangenheit eher dazu, dass sich Pflegenden von medizinischen Tätigkeiten abgrenzen. Unreflektiert bleibt dabei, dass pflegerische und medizinische Tätigkeiten oft nicht abgrenzbar sind und starke Überschneidungen im Arbeitsalltag aufweisen oder eine Trennung bei einer am Fall orientierten Versorgung wenig Sinn macht. Mit Entwicklung der Pflegedidaktik als Fachdidaktik Pflege liegen Theorien und Modelle vor, um das Pflegerische sprachlich zu fassen und didaktisch zu vermitteln. Die Bildungsteilnehmer*innen können hierdurch eine Expertise zum originär Pflegerischen entwickeln. Freilich stößt die Auseinandersetzung mit fachdidaktischen Theorien und Modellen auf ein Praxismilieu, das sich traditionell an medizinischen Diagnosen orientiert. Aufbauend auf das Grundlagenmodul Grundlagen der Didaktik und Pflegepädagogik für die Identität in der Praxisanleitung findet im Modul Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln die Reflexion auf pflegedidaktische Modelle statt, um den Bildungsteilnehmer*innen das Bewusstsein zu einer genuinen pflegerischen Identität zu eröffnen. Hierfür wird der pflegedidaktische Diskurs aufgenommen und ausgewählte Modelle der Pflegedidaktik werden vorgestellt, um „das Pflegerische“ und dessen Vermittlung zur Abbildung zu bringen. Vor diesem Hintergrund wird die traditionelle Vermittlungslogik aufgebrochen, in der Pflege ausschließlich als Handlungsprodukt von medizinischen Diagnosen begründet wird. Pflegedidaktik eröffnet den Teilnehmer*innen eine berufstypische, pflegegenuine Bestimmung und

Legitimation vom „Pflegerischen“ sowie dessen Vermittlung. Ergänzend werden pflegepädagogische Forschungsbefunde thematisiert, die Hinweis auf die pflegeberufliche Identitätsbildung geben und Konsequenzen für die Pflegepädagogik aufweisen.

Methodischer Vorschlag: Einstieg: Diskussion und Reflexion der Exempel. Was ist und gehört zur Pflege? Wie ist (Fach-) Pflege sprachlich zu fassen?/ **Lehrervortrag** zur traditionellen Vermittlungslogik aus medizinischen Diagnosen, Übergang zum Einstieg in die Pflegedidaktik, Begriffsbestimmungen, Diskurs, **Lektürearbeit./Workshops** zu pflegedidaktischen Modellen: Ertl-Schmuck, Darmann-Finck, Greb, Schwarz-Govaers, Olbrich, Wittneben. Fallsituationen aus der Fachpraxis auf Basis ausgewählter Modelle zu Lehr-Lernarrangements aufarbeiten und entwickeln (Übung für Praxismodul 03FPFO01/ Fachspezifische Pflege gestalten als Wahlthema für die Modulprüfung).

Lehrervortrag zur pflegedidaktischen Forschung (Kersting, Fichtmüller-Walter, Bohrer, Kühme, Balzer, Eylmann, Klimasch.../Diskussion der Forschungsergebnisse: Relevanz für die Fachpraxis?

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... differenzieren eine Anzahl von pflegedidaktischen Modellen und können deren legitimatorische Bezüge aus den Modellen der allgemeinen Didaktik identifizieren.
- ... vertiefen ein pflegedidaktisches Modell ihrer Wahl, erörtern dessen Bezug zur allgemeinen Didaktik und diskutieren die Bezüge zu Gestaltung von Lehr- Lernsituation in der Pflegepraxis.
- ... bewerten die didaktische Legitimation mit den pflegedidaktischen Modellen und stellen ihre Erfahrungen traditionellen Lehr- Lernkonzepten gegenüber – können die Bedeutung für die pflegeberufliche Identitätsbildung einordnen.
- ... Studierenden können pflegedidaktische Modelle zur Entwicklung von Lehr- Lern- Situationen in der Pflegepraxis heranziehen und evaluieren, ob der individuelle Transfer von pflegewissenschaftlichem Wissen gelungen ist.
- ... reflektieren die Forschungsbefunde der pflegepädagogischen Forschung kritisch und ziehen Rückschlüsse für die pflegerische Identitätsbildung in der Pflegepraxis. Sie gestalten Lehr- Lernarrangements vor dem Hintergrund der Forschungsbefunde und entwickeln eine reflexive Haltung zur pflegepädagogischen Forschung.
- ... können sich in Lehr- Lern- Situationen den Rezipienten (Schüler*innen, Praktiker*innen, Pflegeempfänger*innen) kommunikativ anpassen und Teilnehmer*innenorientiert interagieren.
- ... entwickeln eine berufliche Identität, in der die Vermittlung von Pflegewissen (pflege-) didaktisch geleitet ist und übernehmen Verantwortung dafür, dass Lernende in der Praxis zu einer Theoriegeleiteten Auseinandersetzung kommen.

Leistungsüberprüfung: HA/PR/R

HA wahlweise PR, R

Hausarbeit, Präsentation oder Referat zur Anleitung in der Praxis auf Basis eines selbstgewählten Modells. Bewertung des Modells für die Pflegepraxis.

Lernvorschläge für Praxismodul 03FPFO01/ Fachspezifische Pflege (arbeitsverbundenes Lernen):

Das Praxismodul 03FPFO01 „Fachspezifische Pflege gestalten“ kann im Schwerpunkt **wahlweise mit den Theoriemodulen** „Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln“ oder „Fallorientiertes Arbeiten in der Fachpflege“ im 3. Semester bearbeitet werden.

- Fallerhebung bzw. Themenerhebung im Praxismodul „Fachspezifische Pflege gestalten“, um pflegedidaktisch bearbeitete Lehr-Lernsituation für die Fachpraxis zu entwickeln.

alternativ

- Fallerhebung bzw. Themenerhebung im Praxismodul „Fachspezifische Pflege gestalten, um pflegetheoretische Reflexion und fachinhaltliche Neubewertung des Falls vorzunehmen.

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Erhebung Praxissituation zur Anleitung, Erstellung Prüfungsleistung

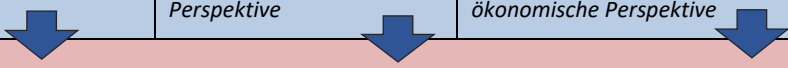
Literaturempfehlungen:

- Balzer, Sabine (2018): Chamäleonkompetenz. Eine Studie in der pflegepraktischen Ausbildung. Frankfurt am Main: Mabuse
- Balzer, Sabine, Kühme, Benjamin (2009): Anpassung und Selbstbestimmung in der Pflege. Studien zum Ausbildungserleben von Pflegeschülerinnen. Frankfurt am Main: Mabuse
- Bohrer, Annerose (2013): Selbständigwerden in der Pflegepraxis. Eine empirische Studie zum informellen Lernen in der praktischen Pflegeausbildung. Berlin: wvb
- Darmann-Finck, Ingrid, Muths, Sabine (2009): Interaktionistische Pflegedidaktik. In Olbrich, Christa (Hrsg.) (2009): Modelle der Pflegedidaktik. München: Urban & Fischer in Elsevier. S.1- 21
- Dütthorn, Nadin (2013): Herausforderungen beruflicher Didaktiken personenbezogener Dienstleistungsberufe. Vom Entwicklungsweg der jungen Disziplin Pflegedidaktik - In: Haushalt in Bildung & Forschung 2 (2013) 1, S. 25-39 - URN: urn:nbn:de:0111-pedocs-209491 - DOI: 10.25656/01:20949
- Ertl-Schmuck, Roswitha (2010): Subjektorientierte Pflegedidaktik. In: Ertl-Schmuck, Roswitha, Fichtmüller, Franziska (2010): Theorien und Modelle der Pflegedidaktik. Eine Einführung. Weinheim, München: Juventa. S. 55- 90
- Fichtmüller, Franziska/Walter Anja (2007): Pflege lernen. Empirische Begriffs- und Theoriebildung zum Wirkgefüge von Lernen und Lehren beruflichen Pflegehandelns. Göttingen: V & S unipress
- Greb, Ulrike (2010): Die Pflegedidaktische Kategorialanalyse. In: Ertl-Schmuck, Roswitha, Fichtmüller, Franziska (2010): Theorien und Modelle der Pflegedidaktik. Eine Einführung. Weinheim, München: Juventa. S. 124- 165
- Greb, Ulrike (2009): Der Strukturgitteransatz in der Pflege. In Olbrich, Christa (Hrsg.) (2009): Modelle der Pflegedidaktik. München: Urban & Fischer in Elsevier. S. 23- 43
- Kersting, Karin (2011): "Coolout" in der Pflege. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung. Frankfurt am Main: Mabuse
- Klimasch, Gerlinde (2021): Pflegerische Empathie (lernen) – Sichtweisen von Pflege-lernenden. Eine longitudinale qualitative Interviewstudie. Dissertationsschrift eingereicht an der Universität Bremen: <https://media.suub.uni-bremen.de/handle/elib/5932> (22.04.22).
- Kühme, Benjamin (2015): Identitätsentwicklung in der pflegepraktischen Ausbildung. In: Ertl-Schmuck, Roswitha; Greb, Ulrike (Hg.) (2015): Pflegedidaktische Forschungsfelder. Bd. 4, Weinheim und Basel: Beltz, Juventa. S. 102-124

- Kühme, Benjamin (2019): Identitätsbildung in der Pflege. Pflegepraxis und Bildungsmuster im Prozess beruflicher Sozialisation. Mabuse: Frankfurt am Main
- Kühme, Benjamin (2020): Identitätsbildung in der Pflegepraxis – Einpassung in die Verwertung oder Bildungsmuster? In: PADUA. Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, Patientenedukation und -bildung (2020). 15. Jhrg., Heft 4. Bern: Hogrefe. S. 1-6
- Kühme, Benjamin, Greb, Ulrike (2023): Ein Blick in die pflegedidaktische Forschung. In: Ertl-Schmuck, Roswitha, Hänel, Jonas (Hrsg.) (2023): Pflegedidaktik als Disziplin – eine systematische Einführung. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Weinheim, München: Juventa. (im Druck)
- Olbrich, Christa (2009): Kompetenztheoretisches Modell der Pflegedidaktik. In Olbrich, Christa (Hrsg.) (2009): Modelle der Pflegedidaktik. München: Urban & Fischer in Elsevier. S. 63- 85
- Sahmel, Karl-Heinz (2015): Entwicklungsstand und Perspektiven der Pflegedidaktik In: Sahmel, Karl-Heinz (2015): Lehrbuch kritische Pflegepädagogik. Bern: Hogrefe. S. 153-177
- Schwarz-Govaers, Renate (2009): Fachdidaktikmodell Pflege. In Olbrich, Christa (Hrsg.) (2009): Modelle der Pflegedidaktik. München: Urban & Fischer in Elsevier. S. 87- 104
- Weinmann, Oliver (2021): Pflegedidaktik zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Die Coolout-Theorie und ihre Bedeutung für die Unterrichtslehre. Frankfurt am Main: Mabuse
- Winter, Claudia (2020): Emotionale Herausforderungen in der Pflegeausbildung. Konzeptentwicklung einer persönlichkeitsstärkenden Praxisbegleitung. Frankfurt am Main: Mabuse
- Wittneben, Karin (2009): Leitlinien einer kritisch-konstruktiven Pflegelernfelddidaktik. In: Olbrich, Christa (Hrsg.) (2009): Modelle der Pflegedidaktik. München: Urban & Fischer in Elsevier. S. 105- 121
-

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

1.9 Modul „Pflegebildung und Praxistransfer für die Identität in der Praxisanleitung“ (Basismodul)

Modultitel/Modulkennung: 04PBB01 „Pflegebildung und Praxistransfer für die Identität in der Praxisanleitung“ (Basismodul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: Das Modul ist ein Grundlagenmodul für die Vertiefung zur Praxisanleitung in den Fachweiterbildungen mit den Modulen <i>Grundlagen der Didaktik und Pflegepädagogik für die Identität in der Praxisanleitung</i> und <i>Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln</i> . Niedersächsische Landesschulbehörde (2019): Empfehlungen für Maßnahmen einer berufspädagogischen Qualifikation zur Praxisanleitung anteilig Modul 8			
Workload: 150 Std davon 40 Std. Kontaktstunden, 110 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
			
Reflexionskategorien: 1.I Erfahrung und Entfremdung 1.II Anspruch und Scheitern 2.II Berufstradition und Wissenschaft			
Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Habitus zur professionellen Lehrenden in der Praxis entwickeln Bildende Begegnung zwischen Schüler*in und Anleiter*in gestalten Didaktisch geleitete Anleitung und „ad hoc“-Lernen in der Pflegepraxis			
Themen/ Schlüsselprobleme/Inhalte: Haltung zum Klinischen Unterricht und zu Praxisanleitungskonzepten, Fähigkeit zur Erstellung von Arbeits- Lern- Aufgaben in Anlehnung an Darmann- Finck/ Muths Arbeitsorientiertes Lernen, Arbeitsgebundenes- und Arbeitsverbundenes Lernen Rahmenpläne) Curriculumentwicklung in der Praxis- Theorie- Reflexion (Berufsfeldanalyse), Lernaufgaben im Kontext von Selbstgesteuertem Lernen: Kompetenzbildung und Grenzen im Pflegepraxissystem erkennen. Kompetenzentwicklung nach DQR und PflAPrV zur Gestaltung von Lehr- Lern- Konzepten,			

Szenisches Spiel zur Lernberatung und Reflexion von Prüfungsangst, Subjektperspektive einnehmen.

Evaluation im Pflegebildungsbereich/ Leistungsbeurteilung / Ergebnissicherung/ Bildungsforschung

Kurzschulungen von Mitarbeiter*innen und Pflegeempfänger*innen

Berufliche Weiterbildung zur Spezialisierung nach einer generalistischen Ausbildung.

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Gruppe von Anleiter*innen: „

„(...), also dieses Spontane spielt sicherlich in der Praxis eine große Rolle. Also so eine Situation, wo der Auszubildende gerade auf diesen einen Moment angeleitet wird, häufig auch aus spontanen Anlässen heraus. Ich zeige dir das jetzt mal.“

„(...) Pflegesituation spontan auf Station richtig von vornherein zu planen, ist meistens doch eher schwierig, weil die doch ad hoc geschehen“...

„Ich glaube, was aber auch immer gerne vergessen wird, ist, dass auch der Schüler Praxisanleitung anstößt. Also es beginnt ja eigentlich mit dem Erstgespräch und da gibt es ja auch eine Zielformulierung, wenn der Schüler initial auf Station kommt, oder die Auszubildende, und dann wird man natürlich schon gezielt rastern, bei welchem Patienten passt es, welche Situation kann man vielleicht auch erzeugen, wo man interagieren kann. Also das gibt es nicht nur sicherlich auch, das gibt es ganz häufig und das wird ja auch so empfohlen, dass man da wirklich auf die Bedürfnisse der Auszubildenden eingeht. Aber man muss natürlich immer gucken, dass das Themengebiet natürlich nur das hergibt, was es hergibt: also auf einer Chirurgie werde jetzt vielleicht keine onkologische Praxisanleitungsthemen finden genauso wie ich mich auf einer Onkologie wahrscheinlich nicht so gut mit Hüft-TEPs auseinandersetzen kann.“

„Also wir hatten vier Wochen Schule und dann war der erste Einsatz eine Grundpflege bei einer Patientin. Wir kannten weder die Station noch die Patientin, mussten aber auf der Station sein und mussten dann die Patientin waschen. Da kann man sich vorstellen, ich als Achtzehnjähriger, der dann das erste Mal in die Pflege gegangen ist, dass das so ganz komisch war. Und deswegen finde ich, das ist eine prima Sache, wie es inzwischen organisiert ist oder sein sollte. Klar, mit den zeitlichen Begrenzungen, die man da eben auch hat. Aber denke ich, von Anfang an.“

„Und das größte Problem ist, dass sie sich am Anfang nicht abgeholt fühlen, also dass oftmals die Stationen sie nicht vorstellen. (...). Und dann teilweise kommt das Vorgespräch erst zwei Wochen später, das heißt, er hat keinen Ansprechpartner, er weiß gar nicht, was sind die Lerninhalte die-

ser Station, weil vielleicht Einsatzbereiche auch gar. Also in (Ort wird benannt) haben wir so Stationsordner, da werden dann auch mal die Lernziele aufgeführt, die auf der Station sind, die Fachinhalte. Und viele Stationen haben das einfach nicht mehr oder die sind zwanzig Jahre alt, weil die vor zwanzig Jahren das erste Mal und das letzte Mal gemacht und überarbeitet wurden. Ich glaube, dass sie sich angenommen fühlen und dass sie wirklich so ihre Bedürfnisse, ihre Ziele, aber auch ihre ich sage mal so Schwächen vielleicht auch erst mal offenlegen können, wo die wirklich Ängste haben. Ich glaube, das ist schon der initiale Schritt, wo man viel richtig machen kann aber auch wo man gewohnheitsmäßig sehr viel falsch macht.“

„Also sie (Praxisanleiter*innen) sind eigentlich mehr die Verstärker, und jeder soll eigentlich im Team in der Lage sein, jedenfalls grundlegend, anzuleiten. Es muss ja nicht didaktisch alles toll aufgearbeitet sein, aber dass jeder die Bereitschaft hat, einen Schüler an die Hand zu nehmen und nicht zu sagen, "och, nicht schon wieder!"

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

*Die Sicht der Anleiter*innen*

Aus der Perspektive der Pflegenden ist festzustellen, dass eigene Lernerfahrungen in der Pflege vom Arbeitsalltag geprägt sind. Die Lernbiografie hat einen Einfluss auf die Gestaltung von Praxisanleitung selbst. So werden Leitungsarrangements eher auf Basis der eigenen Erfahrung umgesetzt, da professionelle didaktische Konzepte und Modelle fehlen oder als nicht „praxistauglich“ gewertet werden. Über diesen Weg ist in die Pflegebildungskultur eingegangen, dass Praxisanleitung im Arbeitsalltag „ad hoc“ geleistet werden muss und frei von didaktischer Planung ist, da nur spontan leistbar. Ziel des Moduls ist es, dass die Anleiter*innen einen professionellen Habitus entwickeln, der sich durch eine didaktische Haltung auszeichnet, um Lernenden gezielte und geplante Konzeptionen zum Pflegelernen zu ermöglichen. Ziel ist es, dass die Teilnehmer*innen hierdurch zukünftig einen Beitrag zur Professionalisierung des Lernens in der Pflege und damit der Pflege selbst beitragen.

*Die Sicht der Anleiter*in und der Schüler*in*

Praxisanleitung ist durch Anspruch und Scheitern gekennzeichnet, wie die Interviewauszüge aufweisen. Nicht immer gelingen Vermittlungsprozesse und Anleiter*innen, aber auch Schüler*innen, stellen sich selbst oder das Gegenüber in Frage. Unter diesen Voraussetzungen gelingen Vermittlungsprozess nur schlecht oder gar nicht. Festzuhalten ist, dass Lernende unsicher und ungewohnt in neue Pflegeteams kommen, was nicht selten von Emotionen begleitet wird. Das Zurechtfinden im neuen Arbeitsbereich oder Team ist von selektiver Wahrnehmung und von Fehlinterpretationen beeinflusst, was Lernprozesse verstellt. Helfen kann, wenn die erfahrene Anleiter*in eine Subjektperspektive einnimmt und Verantwortung für die Gestaltung von gelingenden Lernprozessen übernimmt. In diesem Sinne kann von einer bildenden Begegnung gesprochen werden, in der sich Lernende und Anleiter*in finden müssen.

Aufbauend auf das erste Grundlagen- und das erste Vertiefungsmodul wird der Komplex Kompetenzen, Kompetenzcluster, Aufgaben zum Theorie- Praxis-Transfer, Klinischer Unterricht anwendungsorientiert vertieft. Ein Schwerpunkt bildet die Gestaltung von Arbeits- Lernaufgaben nach Darmann- Finck/ Muths (arbeitsgebundenes, arbeitsverbundenes und arbeitsorientiertes Lernen), um die Theorie- Praxis- Vernetzung in der Pflege zu entwickeln. Die Gestaltung von Lernsituationen im Rahmen der Unterrichtsplanung und klinischen Praxisanleitung wird weiterführend bearbeitet.

Methodischer Vorschlag: Einstieg (Reflexion zur eigenen Anleitungserfahrung ggf. Exempel aus den Interviews lesen): Pro- und Contra-Diskussion ob es eine professionelle didaktische Anleitung braucht, um die Pflege weiterzuentwickeln. Reicht ein Lernen aus der Situation heraus?

Werkstatt der Utopie: Wie müsste das Lernen aus Sicht der Bildungsteilnehmer*innen in der Fachpraxis gestaltet werden? Gruppenarbeiten.

Im Modul wird ein Einblick in die pflegedidaktische Bildungsforschung gewährt, mit der Bildungsprozesse von Lernenden und Pflegeempfänger*innen abgebildet werden können (Altenheimen, Kühle). Alternativ oder ergänzend Forschungsbefunde zur Praxisanleitung (Winter): Perspektivenwechsel zur Lernenden. **Lehrervorträge, Lektürearbeit.**

Workshop: Das Szenische Spiel wird ggf. zur eigenen Prüfungsvorbereitung, Reflexion von Prüfungsangst und Lernberatung eingesetzt. Zudem soll die Methodik dazu Gelegenheit geben, dass Lernende ihre Gefühle und Wahrnehmungen artikulieren können, wenn sie in neue Pflegeteams einsteigen. Perspektivenwechsel der Anleiter*in zur Schüler*in.

Lehrervorträge zu Konzepten der Praxisanleitung, Workshops zur Planung der Anleitung/
Lehrervortrag zur Kompetenzbildung nach DQR und PflAPrV/Wie können Kompetenzen sinnvoll in der Anleitungsbearbeit eingesetzt werden?/ **Gruppenarbeiten** mit Kompetenzbeschreibungen für Praxissituationen

Lehrervortrag zum Arbeitsorientierten Lernen nach Darmann-Finck (u.a. Rahmenpläne)/ Workshops zu Lernaufgaben des Arbeitsverbundenen Lernens entwickeln./

Lehrervortrag zum Selbstgesteuertem Lernen: Kompetenzbildung und Grenzen im Pflegepraxissystem erkennen.

Lehrervortrag zur Curriculumentwicklung/ **Gruppendiskussion** zum Theorie-Praxis-Transfer.

Lehrervortrag: Zusammenfassung der didaktischen und pflegedidaktischen Modelle, die im Rahmen der Module vorgestellt wurden/ **Diskussion** und Bewertung der Modelle für die Praxis.

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... erklären Methoden und Konzepte zur Praxisanleitung und zum Klinischen Unterricht hinsichtlich deren Anwendungsmöglichkeiten in der Pflegepraxis.

- ... entwickeln und vergleichen Aufgabenstellungen zur Theorie-Praxis- Vernetzung (arbeitsgebundenes, arbeitsverbundenes und arbeitsorientiertes Lernen) in der Pflegepraxis und prüfen deren Anwendungsbezug.
- ... schätzen die Aufgaben zum Theorie- Praxis- Transfer für die Identitätsbildung der Lernenden in der Pflegepraxis ab.
- ... adaptieren Kompetenzklassifikationen (u.a. DQR, PflAPrV) für die Gestaltung von Lehr- Lern- Arrangements in der Pflegpraxis und richten die Lernaufgaben daran aus.
- ... leiten Elemente aus der Bildungsforschung für die Evaluation ihrer Lehr- Lern- Arrange- ments ab und bewerten diese.
- Mit Hilfe des Szenischen Spiels tauschen sich die Bildungsteilnehmer*innen zur Lernpro- zessbegleitung und zum Phänomen der Prüfungsangst aus – sie entwickeln Lösungsstrate- gien zur Bewältigung.
- ... bewerten das Konzept des Selbstgesteuerten Lernens in der Pflegepraxis kritisch und übernehmen Verantwortung für die Lern- und Bildungsprozesse der Schüler*innen, Weiter- bildungsteilnehmer*innen und Pflegeempfänger*innen.

Leistungsüberprüfung: wahlweise HA/P/R/PFP

Vorschlag: Vertiefung eines selbstgewählten Modells zur Gestaltung von Anleitung in der Fach- praxis.

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Themenvertiefung, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

- Altmeppen, Sandra (2022): Identität – Beruf – Bildung. Wie Auszubildende den Pfleg- eberuf biografisch einbetten und berufliche Identitätsarbeit leisten. Eine qualitative Studie. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Arens, F. (2015): gesetzlicher Auftrag zur Praxisbegleitung und Praxisanleitung in den Gesundheitsberufen. In: Praxisbegleitung in der beruflichen und akademischen Pflegeausbildung. Eine Standortbestimmung. Berlin: Wissenschaftlicher Verlag. S. 26-49
- Böggemann, Marlies, Kühme, Benjamin, Schöniger, Ute (2019): Das Praxiscurriculum im Studiengang Pflege dual - Das Osnabrücker Modell: Spagat zwischen Anspruch und Alltag. PADUA. (01) „Praxislernen im Pflegestudium“. Bern Hogrefe: Huber. S. 21-28,
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Gesundheit (2019): Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG. Berlin
- Darmann-Finck, Ingrid, Muths, Sabine (2016): Lernen im Prozess der Arbeit - Theorie- Praxis-Verknüpfung in der akademischen Erstausbildung. In: Therapie Lernen. Zeitschrift für Lehrende und Lernende (2016/2017). Heft 5. 5.Jahrg. Bremen: Edition HarVe. S. 6-13
- Emmrich, D., Hotze, E., Moers, M. (2006): Beratung in der ambulanten Pflege. Prob- lemfelder und Lösungsansätze mit Fortbildungskonzept. Seelze, Velber: Kallmeyer,
- Giesecking, Anja, Kühme, Benjamin, Hotze, Elke, Braun von Reinersdorff, Andrea, Pope, Martin (2022): Integration hochschulischer Bildung in die berufliche Weiterbildung. In- tegration of higher education in vocational specialised education. In: Pflege& Gesell- schaft (2022). H. 1. 27. Jg. Weinheim: Beltz Juventa. S. 32- 45
- Heimann, Paul, Otto, Gunter, Schulz, Wolfgang (1979): Unterricht: Analyse und Pla- nung. 10., unveränderte Auflage. Hannover: Schroedel,
- Kühme, Benjamin, Narbei, Ethel (2019): Pflegedidaktisch reflektierte Transferaufgaben zur Praxis-Theorie-Vernetzung. PADUA. (01). „Praxislernen im Pflegestudium“ Bern Hogrefe: Huber. S. 13-19.

- Kühme, Benjamin, Ruge, Ralf (2017): Edukation und Patientenberatung in der Berufsprüfung. Die Wittener Werkzeuge als Prüfungsinstrument in der Berufsprüfung für die Berufe in der Kranken- und Kinderkrankenpflege. PADUA. (12). Bern Hogrefe: Huber. S.45-57
- Kühme, Benjamin (2015): Identitätsentwicklung in der pflegepraktischen Ausbildung. In: Ertl-Schmuck, Roswitha (Hrsg.), Greb, Ulrike (Hrsg.) (2015): Pflegedidaktische Forschungsfelder. Weinheim, Basel: Beltz, Juventa. S. 102-124
- Kühme, B. / Narbei, E. (2017): Entwicklung von pflegedidaktisch reflektierten Transferaufgaben. In: Evers, T. / Helmbold, A. / Latteck, Ä-D. / Störkel, F. (Hrsg.) (2017): Lehr-Lernkonzepte zur klinischen Kompetenzentwicklung. Best-Practice-Beispiele aus den Modellstudiengängen NRW. Opladen, Berlin& Toronto: Budrich. S. 29-44
- Leibig A., Sahmel K. (2019): Methodische Kompetenzen von PraxisanleiterInnen für die hochschulische Ausbildung. PADUA 14 (1) S. 7-12 <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000467> [Zugriff 14.05.2022]
- Lüftl, K., Kerres, A., Felber, B. (Hrsg) (2019): Praxisbegleitung. Perspektiven für die berufliche und akademische Pflegebildung. Berlin: Springer
- Mamerow, R. (2013): Praxisanleitung in der Pflege. Berlin: Springer
- Marotzki, Winfried (2006): Forschungsmethoden und –methodologie der Erziehungswissenschaftlichen Biographieforschung. In: Krüger, Heinz-Hermann, Marotzki, Winfried (2006): Handbuch erziehungswissenschaftlicher Biographieforschung. Wiesbaden: VS Verlag. S. 111- 136
- Mörzinger G. (2018): Konzeption und Implementierung praxisorientierter Lernmethoden. Pflegezeitschrift Jg.71, Heft 9 S.44 – 47
- Oelke, Uta, Scheller, Ingo (2009): szenisches Spiel in der Pflege. In: Olbrich, Christa (Hrsg.) (2009): Modelle der Pflegedidaktik. München: Urban & Fischer in Elsevier. S. 45-61
- Olbrich, Christa (2009): Kompetenzorientierte Praxisanleitung. In Olbrich, Christa (Hrsg.) (2009): Modelle der Pflegedidaktik. München: Urban & Fischer in Elsevier. S. 123- 134
- Quernheim, G. (2004): Praxisanleitung und Praxisbegleitung. Anforderungen der Zukunft. Die Schwester/der Pfleger 43. Jahrg. Heft 8. S. 614-618
- Riedl, Alfred; Schelten, Andreas (2013): Deutscher Qualifikationsrahmen – DQR. In: Riedl, Alfred; Schelten, Andreas (2013): Grundbegriffe der Pädagogik und Didaktik beruflicher Bildung. Stuttgart: Franz Steiner Verlag. S. 53- 57
- Sahmel K. (2017): Praktisches Lernen auf dem Prüfstand. Pflegezeitschrift Jg. 70 Heft 6 S. 45 – 47
- Sahmel, Karl-Heinz (2015): Curriculumentwicklung in der Pflege. In: Sahmel, Karl-Heinz (2015): Lehrbuch kritische Pflegepädagogik. Bern: Hogrefe. S. 213-219
- Schmal J. (2019): Praxisanleitung: Lernen und Lehren. Pflege 1-2 2019/ 72 S. 38 – 40
- Schewior-Popp, Susanne (2005): Lernsituationen in der Pflege. Stuttgart: Thieme Verlag
- Winter, Claudia (2021): Emotionale Herausforderungen in der Pflegeausbildung. Konzeptentwicklung einer persönlichkeitsstärkenden Praxisbegleitung, 2. Auflage. Frankfurt am Main: Mabuse,
- Zimmermann, V. Lehmann, Y. (2014): Praxisanleiter(innen) zwischen Anspruch und Wirklichkeit. PADUA 9, Bern: Hogrefe Verlag. S. 292-298

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

2 Fachspezifische Module

2.1 Modulstrukturplan Fachkraft für psychiatrische Pflege

	Curriculum der Fachweiterbildung Fachkraft für psychiatrische Pflege in Niedersachsen				
Semester Workload	Basismodule und fachspezifische Module				
1 900 Std.	Beziehung gestalten – Pflegeverständnis, Ethisches Handeln, Selbstfürsorge	Systematisches, wissen- schaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege	Zum Wesen psychiatri- scher Pflege: Rolle- nidentität im Behand- lungsteam entwickeln	Nähe, Macht und Ohn- macht in der psychiatri- schen Pflege bewältigen	Praxismodul 1/Wissen- schaftliches Arbeiten im Handlungsfeld
	5 LP; 150 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 90 Std. gesteuerte SSZ P/R/PFP DQR 6	5 LP; 150 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 110 Std. ge- steuerte SSZ HA/K/R/PFP ¹ DQR 6	2 LP; 60 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 20 Std. ge- steuerte SSZ K/R/M DQR 5	2 LP; 60 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 20 Std. ge- steuerte SSZ K/R/M DQR 5	8 LP; 480 Praxisstunden, davon 240 Std. AVL und SSZ in der Praxis, PBM/PBS/PMU DQR 6
2 900 Std.	Psychisch krank in der Lebensspanne	Evidenzbasierte Pflege und Medizin in der Psy- chiatric	Pflegeprozess als Vor- behaltsaufgabe fachspe- zifisch gestalten	Grundlagen der Didaktik und Pflegepädagogik für die Identität in der Praxis- anleitung	Praxismodul 2/ Pflege- prozessmethode im Handlungsfeld
	2 LP; 60 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 20 Std. ge- steuerte SSZ K/R//M/PR DQR 5	2 LP; 60 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 20 Std. ge- steuerte SSZ K/R//M/PR DQR 5	5 LP; 150 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 90 Std. gesteuerte SSZ PR/R/HA/P/PFP DQR 6	5 LP; 150 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 110 Std. ge- steuerte SSZ HA/R/PR DQR 6	8 LP; 480 Praxisstunden, davon 240 Std. AVL und SSZ in der Praxis, PBS/PMU DQR 6
3 900 Std.	Fallorientiertes Arbeiten in der psychiatrischen Pflege: die Subjektpers- pektive	Zwischen den Welten: ambulante psychiatrische Pflege und Maßregel- vollzug	Psychiatrie in der Ge- sellschaft	Pflegedidaktisch reflek- tierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln	Praxismodul 3/ Fachspezifische Pflege gestalten
	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. ge- steuerte SSZ HA/R//M/PR DQR 5	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. ge- steuerte SSZ K/R//M/PR DQR 5	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. ge- steuerte SSZ K/R//M/PR DQR 5	5 LP; 150 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 110 Std. ge- steuerte SSZ HA/PR/R DQR 6	8 LP; 480 Praxisstunden, davon 240 Std. AVL und SSZ in der Praxis, PBM/PBS/PMU DQR 5
4 900 Std.	Orientierung, Institutio- nsspezifische Vertiefung und Prüfungsvor- bereitung zur Fachpfle- genden in der Psychiatrie	Wissenstransfer in die Fachpraxis: Methoden und Konzepte der psy- chiatrischen Pflege	Praxismodul 4/ Fach- spezifische Pflege ge- stalten (ggf. Prüfungs- modul praktische Ab- schlussprüfung)	Pflegebildung und Praxis- transfer für die Identität in der Praxisanleitung	Praxismodul 5/ Projekt fachspezifisch gestalten (ggf. prakti- sche Abschlussprü- fung)
	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. ge- steuerte SSZ K/R//M/PR DQR 5	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. ge- steuerte SSZ K/R//M/PR DQR 6	3 LP; 90 Praxisstunden, da- von 40 Std. AVL und SSZ in der Praxis P/KQ DQR 5	5LP; 150 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 110 Std. ge- steuerte SSZ HA/P/R/PFP DQR 6	12 LP; 480 Praxisstunden, davon 360 Std. AVL und SSZ in der Praxis, P/PBM/PBS/P/KQ DQR 6
Workload: 3600 Std.	Total fachspezifische Module: 62 LP , Prä- senzstunden 460	LP Insgesamt: 92 (Ni- veau DQR 5 und 6)	Total horizontale An- rechnung (Nds.): 66 LP, 280 Präsenzstun- den	Total Anrechnung verti- kale Anrechnung: 61 LP möglich (DQR 6)	Total Stunden Praxis: 2010 Std. (LP 39)
	Total Basismodule Nds. (horizontal und vertikal, DQR 5 und 6): Präsenz- stunden 280		Total horizontale Anrechnung Basismo- dule (RP/SH): mind. 6 LP (10 Nds.)		
	740 Stunden Präsenztheorie				
Legende	Basismodul: horizontale Anerkennung FWB (Nds., RP, SH), DQR 6 für vertikale Anerkennung , tertiäre Bildung				
	Fachspezifisches Theoriemodul (Präsenz und gesteuerte SSZ), DQR 5 und DQR 6				
	Praxismodul (Praxis und gesteuertes SSZ im Rahmen AVL, anteilig LP), DQR 5-6				

DQR-Niveau (DQR 5 und DQR 6)	K Klausur	R Referat	M Mündliche Prüfung
LP Leistungspunkte	PBM Praxisbericht, mündlich	PBS Praxisbericht, schriftlich	PFP Portfolio-Prüfung
SSZ Selbststudienzeit	PMU Projektbericht, mündlich	PSC Projektbericht, schriftlich	PR Präsentation
AVL Arbeitsverbundenes Lernen	HA Hausarbeit	KQ Kolloquium	P Praktische Prüfung

2.2 Modul „Zum Wesen der psychiatrischen Pflege: Rollenidentität im Behandlungsteam entwickeln“

Modultitel/Modulkennung: 01WPBFP 01 „Zum Wesen der psychiatrischen Pflege: Rollenidentität im Behandlungsteam entwickeln“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Modul „Beziehung gestalten – Pflegeverständnis, Ethisches Handeln, Selbstfürsorge“ (Basismodul)</i> <i>Modul „Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“ (Basismodul)</i> <i>Modul Nähe, Macht und Ohnmacht in der psychiatrischen Pflege (Fachspezifisches Modul)</i> <i>Modul Fallorientiertes Arbeiten in der psychiatrischen Pflege: die Subjektperspektive jenseits der Diagnose</i> <i>Modul Psychisch krank in der Lebensspanne (Fachspezifisches Modul)</i>			
Workload: 60 Std davon 40 Std. Kontaktstunden, 20 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
Reflexionskategorien: 2.I Schutzbedürfnis und Ausgeliefertsein 1.II b Kreativität und Misstrauen 3.IIb Hilfe zur Selbsthilfe und soziale Kontrolle 5.IIb Humanisierung und Pflegemanagement 2.IIb Selbstpflege und Fürsorge			
Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Anerkennung des Pflegebedürftigen im „Care“ Patientenorientierung in der Kommunikation Asymmetrie zwischen Berufsbildern Selbstpflege: auch zum Wohlbefinden der Patient*innen			
Inhalte: Beziehung und Vertrauen als Kernelemente psychiatrischer Pflege			

- Cure vs. Care: Kategorische Differenzen zwischen Sichtweisen der Medizin und der Pflege
- Cure and Care, pflegerische Sorge im medizinischen Behandlungsprozess
- Interaktion in der Psychiatrie, Beratung zur Alltagsbewältigung, "Skills Training"
- Status der Berufsgruppen → offizielle vs. faktische Handlungsvollmacht (Hierarchie), Rollenselbst- und Rollenfremdbilder,
- Pflege-theorien Benner, Peplau, Beziehungsgestaltung, Konzept der Angst, Konzept der Verbundenheit, Konzept Hoffnung
- Aufgabenwahrnehmung, Sicherstellung der Diagnostik und Therapie durch Pflegenden (Benner)
- Teamarbeit in der Psychiatrie und deren Auswirkung auf das Wohlbefinden der Patient*innen
- Struktur durch Stationsregeln
- Diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei psychischen Erkrankungen mit Leitsymptom Angst (Auswahl von Erkrankungen: Angststörungen, Psychose, Schizophrenie..)
- Selbst- Und Zeitmanagement der Pflegenden und dessen Auswirkung auf das Wohlbefinden der Patient*innen

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Fokusgruppe:

„Und aus meiner Sicht ist eine qualitative pflegerische Beratung auch, im Rahmen von Bezugspflegegesprächen natürlich mit den Menschen in Kontakt zu kommen und auch Skills individuell und nicht wie eine Schablone quasi auf den Patienten zu legen, sondern halt zu schauen, welche Skills können wir jetzt individuell zusammen entwickeln in den Gesprächen, die der Patient dann auch nutzen kann. Und, dass man halt eben auch selber schaut, vielleicht auch bei anderen Patientengruppen, was für Interventionen können wir individuell planen (...).“

Ein Pflegender:

„Ja, wenn ich mich eingangs auf die Situation beziehe, dann natürlich ganz klar in diesem ehrlichen Umgang auch auf Augenhöhe und, dass ich es auch erstmal wahrnehme, da möchte mir jemand was erzählen, was für ihn anscheinend auch sehr wichtig ist. Und das, nicht den Inhalt, aber das an sich erstmal wertzuschätzen und nicht abzutun, nicht beiseitezuschieben, zu bagatelisieren.“

Das auswerten zu können, als unreflektiert irgendeine Anordnung, eine Gruppenanordnung, von Ärzten Therapeuten, wir machen aber heute Stresstoleranz. Ja, kann ich durchführen, bin Fachkrankenpflegekraft

„Beratung, ein ganz wichtiger Punkt, ja (...).“

„wir hatten ja gerade über Skills gesprochen, dass man allgemein sagt Coping Mechanismen entwickeln, versuchen den Patienten auch in Bezugspflegegesprächen dazu anzuregen, selber zu

überlegen. Das Thema Ressourcenorientierung hat man ja auch in der psychiatrischen Pflege sehr stark, also welche Ressourcen kann ich letztendlich auch im Rahmen des Pflegeprozesses nutzen, die der Person helfen kann, Nah- oder Fernziele erreichen zu können (...)"

„dass man halt eben auch in der Bezugspflege diese einzelnen Punkte, wie zum Beispiel Hope (Hoffnung) oder Connectedness (also Verbundenheit) natürlich auch konkret in Pflegeinterventionen dann deutlich machen lässt. Also, dass man sich überlegt, wie kann ich dem Patienten Hoffnung spenden. Sei das vielleicht ein Spaziergang durch den Park oder ist es vielleicht auch das Billiard spielen am Nachmittag.“

„Es arbeiten alle sehr unterschiedlich. Bei uns ist tatsächlich auch viel erstmal irgendwie Abarbeiten ärztlicher Anordnungen, Medikamentenüberwachung und irgendwie, ich sage mal so, stumpfe Abarbeitungstätigkeiten. Und da fehlt sehr viel irgendwie. Aber ich habe auch so ein bisschen das Gefühl, der ein oder andere Kollege, der sieht das gar nicht so, will es vielleicht auch gar nicht so sehen. Und irgendwie arbeitet man sehr, sehr unterschiedlich, so innerhalb des Teams auch.“

„Aber vielleicht gibt es innerhalb dieses Teams auch niemanden, der diese Denke mal anstößt. Also/ (lachen) Ich kenne die Prozesse, dass man irgendwann nur noch dieses Abarbeiten hat und alle verlieren sich dann. Es braucht diese Kraft. Aber ich weiß, dass es auch schwierig ist, wenn man Alleinkämpfer dort ist und dann das aufrecht erhalten möchte.“

„(...) oder diesen Stress, den man im Alltag hat durch dieses ganze Drumherum, diese medizinischen Sachen, auch wieder ein Anreiz zu sagen, wie kann ich ein besseres Zeitmanagement erreichen, trotz dieser ganzen knappen Zeiträume. Und vielleicht kann man das ja auch nochmal in einer Fachweiterbildung vielleicht thematisieren und diskutieren, auch im Rahmen von Delegation, also was kann ich alles delegieren, wann kann ich es delegieren, welche personellen Ressourcen stehen mir zur Verfügung, damit mein Management vielleicht ein besseres wird. Natürlich ist schon bestimmt ein gutes Management bei den Leuten da. Also, ich meine, in der Ausbildung, wenn man die abschließt, dann sollte man ja ein grundsätzliches Management der eigenen Arbeit wohl können. Aber ich denke, dass man da vielleicht auch noch Optimierungsbedarf hat, dass man vielleicht sich mehr mit dem Thema Zeitmanagement oder Arbeitsmanagement auseinandersetzt, um letztendlich einen besseren Ablauf oder mehr Zeit zu gewinnen“

„(...) Ich sage mal mit so ein bisschen Schmunzeln dabei, Pflege kann alles. (alle lachen) Als ich glaube, dieser Satz, diese Floskel, die, ich glaube, man alltäglich auch hören kann, passt da ganz gut in diese Frage. Ich denke, gerade in Bezug auf die Fragestellung hat eigentlich Pflege, psychiatrische Pflege, einen therapeutischen Nutzen. Da müssen wir weiterdenken, finde ich. Ja, auch

an der Stelle grenzen wir uns ab. Also wir sind ja auch durchaus eine Berufsgruppe, eine übersetzende Berufsgruppe. Wir übersetzen ja häufig Patienten die Visiten, diese Fachsprache, die Fachtermini. Also wir sind ja als, ich sage mal, Pflegekräfte oder Pflegefachkräfte, einfach in der Lage, da diametral zu arbeiten und in beide Richtungen, einmal hoch, einmal vielleicht runter, zu denken, wo ich jetzt niemanden mit entwerten will.“

„Wir haben alle im Alltag erleben wir oder arbeiten wir mit Menschen, die es nicht gewohnt sind A vielleicht, dass man sich um sie kümmert, B dass sie gemocht werden, dass sie geliebt werden. Das sind ja alles durchaus Phänomene, die unsere Patienten tagtäglich nicht erfahren, wo wir ja auch im Rahmen der Beziehungsgestaltung uns orientieren, gerade auch dahingehend, wie baue ich zu jemandem eigentlich eine Beziehung auf, der für mich privat auch ganz unangenehm ist. Aber auch da vermischt sich ja einmal die Profession und das Private. Ich glaube auch, dass es wenig vergleichbare Berufsgruppen gibt, wo sich genau das so sehr vermengt.“

„Und dann vielleicht wieder das Thema Menschsein oder auch Statement vertreten können, dass man in Diskussion tritt mit anderen Berufsgruppen. Also wenn jetzt zum Beispiel eine Person darüber klagt, ich komme mit dem und dem Medikament nicht zurecht, und manchmal hat man ja so, dass von medizinischer Seite eben das so repressiv dann versucht wird weiter durchzuführen, dass man dann halt eben auch wirklich hinter dem Patienten steht sozusagen, bildlich gesehen, und den dann unterstützt eben auch in der Diskussion und auch gut argumentieren kann gegenüber dem Mediziner.“

„Also wie muss Kommunikation aussehen und, du hattest das ja eben auch so gut gesagt, dass man halt immer individuell auf den Patienten schaut, wie erklärt man Dinge, wie drückt man sich aus, ist es eher etwas einfacher, simpler ausgedrückt oder kann man mit der Person auch im, sage ich mal, höheren kognitiven Level dann auch sprechen, wie ist das mit Fachausdrücken und so weiter und so fort. Also viele Informationen gehen ja sehr schnell dann immer durch die Kommunikation an den Empfänger, aber vieles wird dann ja gar nicht richtig empfangen. Also, dass man sich darüber auch im Klaren wird, ist das jetzt auch verstanden worden oder lässt man die Person mit Informationen alleine, die sie gar nicht mehr richtig dann verarbeiten kann.“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Auf der Sachebene der Beziehungsgestaltung:

Werden Pflegende von den Patient*innen als Vertrauensperson betrachtet und vertrauen diesen ihre Probleme an, so geben sie diesen gegenüber einen Vertrauensvorschuss, ohne die Sicherheit, dass ihnen geglaubt wird. Es besteht die Gefahr, dass das entgegengebrachte Vertrauen enttäuscht wird. Das Bedürfnis nach Schutz durch die professionellen Akteure beinhaltet so zugleich die Gefahr, sich ihrer Bewertung auszuliefern. Die pflegerische Beziehung ist grundlegend von diesem Spannungsfeld durchsetzt. Generell sehen sich die Patient*innen im psychiatrischen

Setting oftmals einem Generalverdacht ausgesetzt, dass sie versuchen würden, das therapeutische Team oder die Bezugspflegernden gezielt zu manipulieren (insbesondere bei bestimmten Persönlichkeitsstörungen). Aufgrund ihrer Diagnosestellungen sehen sich die Betroffenen einer einseitig stigmatisierenden Wertung durch die professionellen Akteure preisgegeben. Die Begründung einer Beziehung zwischen Pflegendem und Patienten erfordert ein hohes Maß an Nähe. Auf der anderen Seite steht das Prinzip der Fürsorge für die vulnerablen Patient*innen, die das pflegerische Handeln ethisch leitet und den Anspruch beinhaltet, Patienten ernst zu nehmen, sie als Personen zu respektieren, ihnen als Vertrauenspersonen zur Verfügung zu stehen, also „Menschlichkeit“ im Umgang mit den Psychiatriepatienten zu wahren bzw. sogar ihnen „das Menschsein wieder [...] zurückzubringen“ (Zitat Pflegender, s. o.).

Lehrervortrag und Lektürearbeit „Care“ und „Cure“ in der psychiatrischen Pflege/**Textarbeit** Mayer, Hanna (2022: 43-52); *Die Perspektiven der (wissenschaftlichen) Disziplin Pflege*, Müller, Klaus (2018: 87-96): „Handlungskonzepte und Haltung in der Pflege – das Konzept des Caring“ (siehe auch Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff 2023: 65ff.), „Was bedeutet Caring für die Fachpflege in der Psychiatrie?“. **Ergebnissammlung** der Textarbeiten.

Lehrervortrag: (Vertiefung): Pflegeverständnis durch die Theorie der interpersonalen Beziehung von Hildegard Peplau. Phasen, Rollen. **Gruppenarbeit:** Pflegeplanung nach Peplau (Vertiefung Grundlagenmodul „Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“). **Lehrervortrag:** Konzept der Angst nach Hildegard Peplau. **Satz beenden und Gruppendiskussion:** „Wenn ich mir vergegenwärtige, dass meine Patient*innen am fundamentalen Gefühl der Angst leiden, dann.....! Im Anschluss **Kurzlektüre und Gruppendiskussion** zu Benners Methode des Helfens: „Dem Patienten seine Lage so angenehm wie möglich gestalten (Benner 2012, S.93ff.)“. **Bewertung für die Pflege in der Psychiatrie.**

Lehrervortrag: ausgewählte Krankheitsbilder mit dem Kernsymptom Angst: Angststörungen, Psychotische Störungen, Schizophrenie.

Lehrervortrag: Konzept der Verbundenheit, Konzept der Hoffnung: (Hans 2020), (Eisold, Schulz, Bredthauer 2010). **Begriffe im Konzept „Recovery“**

Auf der Sachebene der *Strukturierung* erleben wir die Interaktion als Methode der Pflegenden, die grundsätzlich von *Patientenorientierung* geprägt sein sollte und den Zugang zum Betroffenen erst grundsätzlich ermöglicht. Gespräche können in die Selbsthilfe führen, wenn Betroffene ihre Gefühle und Problemstellungen verbalisieren. Psychiatrische Pflege zeichnet sich dadurch aus, für die Betroffenen einen Resonanzboden zu bieten, sich der eigenen Situation bewusst zu werden. Gleichsam können psychiatrische Störungen für erhebliche Interaktionsstörungen verantwortlich sein, die mit gängigen Modellen der Kommunikationstheorie nicht zu bewältigen sind. Psychotische Episoden können zu Fehlinterpretation in der Kommunikation führen und Auslöser für ängstliches oder aggressives Verhalten sein. Zudem äußern sich diese Zustände oftmals in einem unangemessenen sprachlichen Verhalten der Betroffenen, was seitens der Pflegenden Unterstützung zur *sozialen Strukturierung* erfordert, um das sprachliche Verhalten zu regulieren. Soziale Strukturierung erfolgt formell ggf. über einen Beschluss zur stationären Unterbringung nach den geltenden Gesetzen, was seitens der Betroffenen Anlass für Misstrauen geben kann und die Interaktion erschwert. Doch wie kommuniziert man mit psychisch erkrankten Menschen? Welche Erfahrungen sind notwendig, um nicht in Kommunikationsfallen zu geraten?

Lehrervortrag: *Bedeutung der Kommunikation (Hahn, Wolff 2023: 363ff). Interpersonelles Verstehen (Dörflinger 2023: 344ff).* **Gruppenarbeit:** „Berichten Sie aus Ihrer Erfahrung mit psychiatrischen Patienten, in denen es zu Kommunikationsverstrickungen gekommen ist.“ **Zusammenfassung** der Berichte und Ergebnisse im Plenum. Ggf. **Praxisauftrag** zur Reflexion sprachlicher Verstrickungen in der Psychiatrie.

Lehrervortrag: *Gesetzliche Grundlagen zur Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung, insbesondere Betreuungsrecht und Unterbringungsrecht (u.a. Trost 2023: 243ff.)* **Gruppendiskussion:** „Welche Störungen ergeben sich für den Beziehungsaufbau und in der Interaktion mit Betroffenen, wenn ein rechtlicher Beschluss zur Unterbringung vorliegt oder aussteht?“

Aus der *Perspektive des Individuums* wird in den angesprochenen Beispielen deutlich, dass Patient*innen im Alltagsleben eine *Orientierungslosigkeit* durchleiden. Die Pflegenden erkennen, dass die Betroffenen Hilfestellungen benötigen, um sich im Alltagsleben orientieren zu können. Die Beratung kann eine Methode sein, den Betroffenen entsprechende Wege zu eröffnen. Vielfach wird diese Form der Beratung auch als „Skills-Training“ verstanden, um mit den Klient*innen Verhaltensmuster zu üben. An diesem Punkt wird die Beratung strukturgebend und ist mit *Zwang* für den Betroffenen verbunden, der sich beispielsweise in Form von Stationsregeln ausdrücken kann. Ziel ist es hier, in einer Gemeinschaft leben zu können und zu Lernen, (wieder) sozial agieren zu können.

Lehrervortrag: *Beratung zur Alltagsbewältigung in der Psychiatrie und im Leben. Beratung zum „Skills-Training“ (Exempel), Workshop zur Gesprächsführung in der Psychiatrie. Bedeutung der therapeutischen Gesprächsführung und Beratung in der Psychiatrie (Flegel, Rixe, Schulz 2023: 434ff).*

Gruppendiskussion: „Sinn und Unsinn von Stationsregeln, wie z.B. „Fernsehzeiten“ oder „Zigarettenzuteilung“.

Die Sicht der Pflegenden und des Behandlungsteams (Interaktion)

Im Psychiatrieteam kommt es zwischen Pflege und Medizin zu Konflikten, die durch die unterschiedlichen Sichtweisen von Medizin und Pflege verursacht werden. Pflegenden nehmen Themen der Patient*innen anders wahr, da sie näher an den Patienten sind. Es zeigt sich eine kategoriale Differenz, die sich in den Begriffen *Cure* und *Care* fassen lässt und zu unterschiedlichen Handlungsmustern führt (vgl. Schnepf 1996, Müller 2018). Während Pflege um Sorge bemüht ist, ist die Aufgabe der Medizin zu heilen, was im Behandlungsprozess zu Zerwürfnissen zwischen den Berufsgruppen führen kann. Nicht selten erfolgt eine „Klärung“ über den Status der Berufsgruppen im hierarchischen System, die sich in Form von offizieller und faktischer Handlungsmacht vollzieht. Während der Medizin eine offizielle Handlungsmacht im Behandlungsprozess zugesprochen wird, die in diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen realisiert wird, üben Pflegenden eher inoffiziell Handlungsmacht aus: Bei anderen Ansichten zur Behandlung überzeugen sie zum Beispiel den Arzt davon, diese zu teilen und sie als seine eigene zu übernehmen, bzw. dem Arzt das Gefühl zu vermitteln, dass er die Idee selbst entwickelt hat (vgl. Bartholomeyczik 2010, S. 140). Der Arbeitsalltag ist stark durch traditionelle Rollenselbst- und Rollenfremdbilder geprägt, für die Pflegenden Umgehungsstrategien entwickeln. Generell kann für die

Psychiatrie dennoch festgehalten werden, dass Ärzt*innen hier auf die Beobachtungen der Pflegenden angewiesen sind, um therapieren zu können.

Methodischer Vorschlag: Einstieg Fallbeispiel/ Reflexion Aufgaben der Akteur*innen: Pflegende, Fachpflegende, Mediziner*innen: ein Blick in rechtliche Regelwerke/Ausbildungsgesetze/Approbationsordnung/Anforderungen an Facharztausbildung in der Psychiatrie/Diskussion; Zitat: Bartholomeyczik (2010, S. 140) auf das Handlungsfeld Psychiatrie reflektieren: „Was meint Bartholomeyczik mit der Feststellung in der Zusammenarbeit zwischen den Berufen? Berichten sie über berufliche Situationen, in denen sie ähnliche Strategien in der Zusammenarbeit mit Medizинern verfolgt haben! Warum haben sie die Strategien entwickelt?“. **Diskussion:** „Bewerten Sie, ob es sich bei der Strategie um eine Assistenz- oder Steuerungstätigkeit handelt!“

Methodischer Vorschlag: Lektürearbeit in Gruppen: Benner (2012): „Diagnostik und Patientenüberwachung“ (S. 127ff.), „Durchführen und Überwachen von Behandlungen“ (S. 149 ff.), „Die Qualität der medizinischen Versorgung überwachen und sicherstellen“ (S. 161ff.)/ **Gruppenarbeit:** Reflektieren und sammeln sie Situationen aus der Fachpraxis, in denen sie oder Kolleg*innen nach Benner aktiv wurden!// **Ergebnissammlung und Vorstellung:** Flip-Chart/Plakate.

Abschließende Diskussion zur Pflegeetheorie und zum Thema Prozesssteuerung durch Pflegende in der Psychiatrie.

Das Feld der Psychiatrie ist traditionell ein Handlungsfeld der Interaktion, wie zuvor schon dargestellt und aus den Interviews ersichtlich. Die Interaktion ist über die zu pflegenden Personen hinaus ein wesentliches Element der Personalarbeit. Bedeutsam ist die Arbeit im *Team*, die einen erheblichen Beitrag dazu leistet, wie sich die Kultur und damit die Atmosphäre der Abteilung ausrichtet. Für die Interviewteilnehmer*innen ist es von Bedeutung, wie man als Team zusammenarbeitet. Eine positive Atmosphäre trägt zur *Humanisierung* der Arbeit mit psychisch Kranken bei. Überträgt sich doch die Teamkultur auf die Pflegeempfänger in einer Pflegeeinheit. Teamgestaltung und Teampflege werden hierdurch zu Fragen des *Pflegemanagements*. Die Identitätsbildung zur Fachkraft für Psychiatrie wird erheblich dadurch geprägt, wie Teamfähigkeit gelernt und durch das Management gefördert wird. Nachvollziehbar ist, dass Arbeitszufriedenheit durch ein gutes Team erheblich gesteigert werden kann, worauf die Interviewpassagen hindeuten. Ebenso nachvollziehbar ist, dass eine verlässliche Teamarbeit zum Wohlbefinden (*Humanisierung*) der Patient*innen beiträgt.

Lehrervortrag: Vorstellung des Konzepts Teamarbeit in der Psychiatrie (Holzke 2023: 276 ff.). **Gruppenpuzzle oder Gruppenarbeit** zu den Elementen der Teamarbeit (Grundlagen, Teamorganisation, Teampflege, Instrumente). **Ergebnissicherung. Abschlussdiskussion:** „Überlegen Sie, welchen Einfluss eine gute Teamarbeit auf das Wohlbefinden der Patient*innen haben könnte? An welchen Beispielen können Sie das näher ausführen?“

Auf der Sachebene der *Beziehungsdynamik* bewegen sich die Pflegenden im Spannungsfeld der eigenen *Selbstpflege* und *Fürsorge* für ihre Patient*innen. Die Interviewauszüge verdeutlichen, dass den Pflegenden im Umgang mit den Patient*innen etwas abverlangt wird, was den Wunsch

nach Selbstmanagement im Arbeitsalltag dringlicher werden lässt. Selbstmanagement gibt Struktur im Arbeitsalltag und führt zur Arbeitszufriedenheit. So gesehen beinhaltet Selbstmanagement ein *selbstpflegendes* Moment für die Pflegenden, was wiederum den Patient*innen zu Gute kommt, da ihnen in der Arbeit der Pflegenden *Fürsorge* entgegengebracht wird.

Workshop: Übungen zum Zeit- und Selbstmanagement: u.a. (Weingärtner, Rudolf 2020). **Abschlussdiskussion:** „Überlegen Sie, welchen Einfluss Ihr Zeit- und Selbstmanagement auf das Wohlbefinden der Patient*innen haben könnte? An welchen Beispielen können Sie das näher ausführen?“

Modulabschluss: Diskussion Sichtweisen Pflege, Sichtweisen Medizin, Sichtweisen Recht, Beurteilung Pflgetheorie von Benner und Peplau für die Fachpraxis. Bewertung Beratung in der Psychiatrie.

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... verfügen über ein integriertes berufliches und pflgetheoretisches Wissen im Tätigkeitsfeld der psychiatrischen Fachpflege und kennen die Grenzen zur Bezugswissenschaft Psychiatrie und Neurologie
- ... verstehen das Konzept „Caring“ und können es in der Praxis auf die Fachpflege übertragen, übernehmen Verantwortung für Patient*innen
- ...entwickeln ein tiefes Verständnis für die Konzepte Hoffnung und Verbundenheit und bewerten diese für ihr berufliches Handlungsfeld der psychiatrischen Pflege
- ... bewerten berufliche Aufgaben und Schnittstellen im Behandlungsprozess und können diese für ihr eigenes Handeln einordnen, übernehmen Verantwortung im Behandlungsteam der Psychiatrie, erkennen die Grenzen und Widersprüche in der Fachpraxis
- können mit ihrem neuen Verständnis zum „Caring“ und durch die Theorie von Benner die Bedürfnisse und Bedarfe von Patient*innen und deren Angehörigen in der Psychiatrie vorausschauend berücksichtigen, Handlungsalternativen abwägen und im Versorgungsteam einbringen
- kennen Techniken zur Gesprächsführung und Beratung bei psychisch kranken Menschen, können die Interaktion und Interaktionsverstrickungen in den Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen stellen und unterstützen pflgetheoretisch reflektiert beim Prozess der Diagnostik
- kennen therapeutische Interventionen in der Psychiatrie, können diese pflgetheoretisch reflektiert durchführen, überwachen und stellen deren Umsetzung in der Fachpraxis sicher
- ... kennen eine Breite an psychiatrischen Erkrankungen mit dem Leitsymptom der Angst und deren therapeutische Interventionen, bewerten diese für ihr Praxisfeld
- ...erwerben Fachwissen zu den rechtlichen Regelungen, die bei der Unterbringung von psychisch kranken Menschen einschlägig werden, erkennen die Auswirkungen auf ihren Beziehungsprozess mit Patient*innen sowie auf die Interaktion und Beratung von Betroffenen – entwickeln Handlungsmuster, um die Widersprüchlichkeit bewältigen zu können
- ...verstehen das Konzept der Angst nach Hildegard Peplau, können es individuell auf Betroffene in der Psychiatrie übertragen und pflgerische Interventionen ableiten und Verantwortung für den Schutz der Betroffenen übernehmen

• ...entwickeln ihre Fähigkeit zum Zeit- und Selbstmanagement, können dessen Auswirkungen auf das Wohlbefinden ihrer Patient*innen reflektieren und situativ neu anpassen • ... entwickeln auf Basis der pflegewissenschaftlichen Theorien und Konzepte eine fachpflegerische Identität, für die sie im Behandlungsteam eintreten.
Leistungsüberprüfung: K/R/M •
Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen): Beobachtung von Kommunikationsverhalten in der Praxis.
Lernvorschläge für die Selbststudienzeit: - Literaturstudium der vorgeschlagenen Pflege-theorien (Benner 2012, Peplau 1997), ausgewählte Arbeitstexte - Literaturstudium psychiatrische Erkrankungen, Diagnostik und Therapie, Beratung - Erstellung Prüfungsleistung
Literaturempfehlungen: • Abderhalden C., Schulz, M., Stefan, H. & Winter, A. [Hrsg.] (2011): Das Leben wieder in den Griff bekommen. Ein Handbuch zur Planung deiner eigenen Recovery. 3. Auflage. Bern: Verlag Universitäre Psychiatrische Dienste Bern • Amering, M. & Schmolke, M. (2006): Hoffnung – Macht – Sinn. Recovery-Konzepte in der Psychiatrie. In: Managed Care. Psychische Gesundheit. 1. Ausgabe. S. 20 – 22 • Bartholomeyczik, S. (2010): Professionelle Pflege heute. Einige Thesen. In: Kreutzer, S, Remmers, H. (Hrsg.) (2023): Transformation pflegerischen Handelns: Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21 Jahrhundert. Osnabrück: V& R Unipress. S. 134-155 • Benner, P. (2012): Stufen zur Pflegekompetenz. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber. S.87- 108 • Dieckbreder, F. (2017): Recovery am Beispiel der Hoffnung. In: Psychiatrische Pflege 2(3). S. 31-35. Göttingen. Hogrefe Verlag • Dörflinger, R. (2023): Interpersonelles Verstehen. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. 344ff. • Dörner, Klaus; Plog, Ursula; Bock, Thomas; Brieger, Peter; Heinz, Andreas; Wendt, Frank (Hg.) (2019): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. 25. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag. • Eisold, A., Schulz, M., Bredthauer, D. (2010): Hoffnung aus der Sicht Psychiatrieerfahrener. Stuttgart: Thieme • Elzer, Matthias; Sciborski, Claudia (2007): Kommunikative Kompetenzen in der Pflege. Theorie und Praxis der verbalen und nonverbalen Interaktion. Unter Mitarbeit von Petra Jestädt, Sebastian Möller, Jürgen Georg. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, S. 68–79. • Flegel, S., Rixe, J., Schulz, M. (2023) Gespräche führen und beraten. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. 434-458 • Guerre, N. (2015): Pflege als Hoffnungsträger. In: Die Schwester Der Pfleger 54(7). S. 30-33. Melsungen. Bibliomed Verlag. • Hans, M. (2020): Hoffnung vermitteln im Pflegeprozess. Köln: Psychiatrie-Verlag • Hahn, S., Wolff, S. (2023): Bedeutung der Kommunikation. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. 363ff. • Holzke, M. (2023): <i>Teamarbeit In:</i> Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. S. 276 ff. • Hübner, Katja (2021): Okay, danke, ciao! Eine Geschichte über Freundschaft und Obdachlosigkeit. München: Heyne-Verlag.

- Kuck, R. (2013): Recovery-Unterstützung in der Psychoedukation. Auf dem Weg zum Lehrenden zum Unterstützer. Psych Pflege; 19: 192 – 196.
- Leighton, J.; Mcadam, B.; Gardner, P. & Mahboub, L. (2017): Hope headquarters: recovery college. In: Health Promotion Journal of Australia 28(1). S. 170-173.
- Löhr, Michael; Schulz, Michael; Nienaber, André (2019): Safewards: Sicherheit durch Beziehung und Milieu. Köln: Psychatrie-Verlag.
- Müller, K. (2018): Berufsverständnis. Handlungskonzepte und Haltungen in der Pflege – das Konzept des „Caring“. In: Büker, Christa, Lademann, Julia, Müller, Klaus (Hrsg.) (2018): Moderne Pflege heute. Beruf und Profession zeitgemäß verstehen. Stuttgart: Kohlhammer. S. 87-102
- Neumann-Ponesch, S. (2014). Modelle und Theorien in der Pflege. 3. überarbeitete Auflage. Wien: Facultas AG.
- Peplau, H. (1997): Zwischenmenschliche Beziehung in der Pflege. Ausgewählte Werke. Bern: Huber
- Peplau, H. E. (2015). Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege –Ausgewählte Werke. 2. Auflage. Bern: Hans Huber. (Orig.: Interpersonal Theory in Nursing Practice – Selected Works of Hildegard E. Peplau. 1989. Springer Publishing Company, Inc. New York).
- Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe
- Schnepf, W. (1996): Pflegekundige Sorge. In: PflGe 2/96, Pflege und Gesellschaft, 1. Jahrgang: 13–16.
- Trost, A. (2023): Recht. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. S. 235-255
- Weingärtner, M., Rudolf, M. (2020): Zeit- und Selbstmanagement. Tübingen: Expert Verlag
- Zegelin, A. (2018): Hoffnungsunterstützung - eine Pflegeaufgabe. In: Pflegezeitschrift 71(5). S. 29-31. Berlin. Springer Pflege.
- Zegelin, A. [Hrsg.] (1999): Hoffnung und Hoffnungslosigkeit: Konzepte für Pflegeforschung und -praxis. München und Jena. Urban&Fischer Verlag.

Kü/Ba/Gi: 22.04.2024

2.3 Modul „Nähe, Macht und Ohnmacht in der psychiatrischen Pflege bewältigen“

Modultitel/Modulkennung: 01 NMOFP 01 „Nähe, Macht und Ohnmacht in der psychiatrischen Pflege“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: Modul „Zum Wesen der psychiatrischen Pflege: Rollenidentität im Behandlungsteam entwickeln“ (Fachspezifisches Modul) Modul „Psychisch krank in der Lebensspanne“ (Fachspezifisches Modul)			
Workload: 60 Std davon 40 Std. Kontaktstunden, 20 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
Reflexionskategorien: 1.I Selbsterhaltung und Selbstverlust 2.I Schutzbedürfnis und Ausgeliefertsein 1.II b Kreativität und Misstrauen 2.II b Selbstpflege und Fürsorge 4.II b Selbstschutz und Gewalt 5.II.b Humanisierung und Pflegemanagement			
Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: - Legitimität der „Entmündigung“ und Reglementierung von Patient*innen - Übertragung und Gegenübertragung - Qualitätsmanagement: Sicherheitsprozeduren und -konzepte zum Schutz von Patient*innen und Mitarbeiter*innen			
Inhalte: - Übertragung und Gegenübertragung, Gefahr der Projektion: Unreflektierte Übertragung - Abwehrmechanismen - Psychiatrie und psychiatrische Pflege im Nationalsozialismus - Reizarmut/Reizüberflutung, - Sexualität - Manipulatives Verhalten, Persönlichkeitsstörungen - Zwangsmaßnahmen, Fixierung - Krise - Benner (Helfen) - Fehlerkultur und „Sicherheitskultur im Team, Konfliktmanagement, - Sicherheitsprozeduren, Konzepte zum Schutz der Patient*innen.			
Eröffnung der Handlungssituation/Exempel: <i>Ein Pflegender:</i>			

„Ich habe einige Jahre im kinder- und jugendpsychiatrischen Tätigkeitsfeld gearbeitet, Langzeitbehandlung, die Jugendlichen sind so zwischen neun bis zwölf Monaten da und so im Alter zwischen 15 und zwanzig Jahre. Und irgendwann hatte ich die Situation, dass sich drei Jugendliche bei mir gemeldet hatten, weil ein Kollege sie anfassen würde. [...] ...es waren nicht nur Jungen...“

Pflegender: „Die Jugendlichen haben die Kommunikation in der Form gesucht, es waren drei Jugendliche, zwei sind auf mich zugekommen, können wir mal mit ihnen reden und das auch schon sehr ernst, also die haben mich quasi auch schon zur Seite genommen.“

Pflegender: „... was danach entstanden ist und was ich glaube, was mir daran hängengeblieben ist, ist auf jeden Fall, dass den Jugendlichen eventuell, so habe ich es wahrgenommen, einmal aufgrund ihrer eigentlichen Diagnose, nicht geglaubt worden ist, danach natürlich, weil es Jugendliche sind.“

Pflegender: „...und nur, weil jemand psychische Erkrankungen hat und wie auch immer, deshalb keinen Glauben mehr schenken kann und das geht ja schon in diese Richtung Stigmatisierung, und da hinzuhören, was ich ganz wichtig finde. Hinzuhören im psychiatrischen Alltag. Das kann ich so als eher untypische Situation schildern.“

Pflegender (zur Frage nach Schlüsselproblemen in der psychiatrischen Pflege): „...was auf jeden Fall da reingehört für mich ist, und da unterstelle ich jetzt mal den verschiedenen Berufsgruppen so eine Haltung, ich bin jetzt hier die Fachkraft, ob Arzt, Psychologe, wer auch immer, Pflegekraft, und ich weiß jetzt hier sowieso alles besser und ich weiß auch, wann mich jemand anlügt und das als Gesetzmäßigkeit voraussetzt, wonach sich alles unterordnet.“

Pflegender: „Und dann wird es auch noch so ein Selbstläufer, dass ich auch dann erlebe, na ja, es geht dann um Teamarbeit, im Team, wem glaube ich da jetzt, meinem Patienten, der spaltet ja eh nur mit seiner Persönlichkeitsstörung, oder meinem Teammitglied. Wenn ich dem nicht glaube, bin ich als Team ja auch wieder raus, also das ist auch eine Art Zwang. Und ich glaube, wenn man ein wirklich gut funktionierendes Team hat, kann man genau darüber auch sprechen.“

Pflegender: „Ich habe dann auch, dann später noch, auch ein paar Jahre im Erwachsenenbereich gearbeitet und häufig dann den Eindruck, also wo es dann nicht mehr so um differenziertes, kritisches Denken geht, sondern eher dann darum, dass jemand jemandem, einem Patienten womöglich, erstmal sowieso gar keinen Glauben schenkt. Und das Beispiel wäre so ein bisschen, also viel mit Stimmenhörern gearbeitet, wo es dann auch häufig darum ging, dass Patienten, vielleicht auch sehr schlimme Dinge, die sie hören, schilderten und Ärzte eher auch häufig der Meinung waren, der Patient hört keine Stimmen. Dann war das Thema abgegessen. Also auch da zeichnet

sich das typische wieder ab, aus meiner Sicht, dass es häufig Stellen gibt, wo Patienten nicht geglaubt wird. Oder von vornherein so eine Vertrauensbasis gar nicht erst so richtig stattfinden kann.“

Pflegender: „...etwas, wo ich mich in meinem beruflichen Alltag doch auch sehr orientiere, (...), da das Menschsein wieder mal zurückzubringen.“

Pflegender: „Der größte Widerspruch ist eigentlich, seitens Pflege, seitens Ärzten, Patienten behandeln zu wollen, auf Grundlage aller gesundheitserhaltender und fürsorglicher Maßnahmen und, und, und (...). Aber zeitgleich natürlich, dass na ja, der Patient hat eine Persönlichkeitsstörung und die ist da halt auch nicht ganz so glaubwürdig, da, weil noch jugendlich, ich weiß nicht, ob das geprüft worden ist, und das ist auf jeden Fall ein Widerspruch für mich gewesen, warum man da, die Behandlung finde ich an der Stelle, verlassen hat.“

Pflegender: „Und ich habe mir dann auch die Zeit genommen. Und dann haben die ihr Anliegen vorgebracht, sie waren also zu dritt, für mich erstmal auch glaubhaft. Habe natürlich nachgefragt und dann geht das auch noch seinen Weg.“

Pflegender: „Es war sehr glaubhaft, die haben das ganz neutral eigentlich auch vorgebracht, genau. Aber auf jeden Fall sind die auf mich zugekommen in ruhiger Atmosphäre, und intuitiv würde ich behaupten, also ich war an der Stelle eine entsprechende Vertrauensperson.“

Pflegender (zur Frage nach Werten in der psychiatrischen Pflege): „Ja, wenn ich mich eingangs auf die Situation beziehe, dann natürlich ganz klar in diesem ehrlichen Umgang auch auf Augenhöhe und, dass ich es auch erstmal wahrnehme, da möchte mir jemand was erzählen, was für ihn anscheinend auch sehr wichtig ist. Und das, nicht den Inhalt, aber das an sich erstmal wertschätzen und nicht abzutun, nicht beiseitezuschieben, zu bagatellisieren.“

Pflegender: „Darüber hinaus finde ich, ich kann es ja ganz groß formulieren, eigentlich an jeder Stelle im psychiatrischen Behandlungsprozess sind Werte unabdingbar, alleine, wenn ich es jetzt auf die Pflege beziehe, beim Pflegeprozess als solchen, wenn ich mich da mit meinem Patienten auseinandersetzen muss, um Entwicklung geht, offen und ehrlich kommunizieren und auch gucken auch, wo sind Chancen, wo sind Schwierigkeiten. Und da bedarf es einer Menge Werte, die ich da in Kontakt dort bringe, die ich auch nur vorleben kann. Also letztlich ist es ja bei Werten so, das ist meine Auffassung dazu, ich kann ja keine Werte erschaffen, ich kann die nur vorleben. Und ich glaube, dass dieser Prozess sich dann auch vielleicht in einem Team abzeichnet.“

Pflegender: „Gerade im Maßregelvollzug. Können Sie sich ja sicherlich vorstellen, psychisch kranke Straftäter untergebracht, alltägliche Versorgung, da geht es alleine bei banalen Verrichtungen, wie Essenanreicherung, -zubereitung, und, und, und darum, dass natürlich auch schon so

wertvoll, trotz allem, zu gestalten und da nicht darum, dass das erstmal psychisch kranke Straftäter sind.“

Pflegender: „Bei meinem Eingangsbeispiel mit dem Übergriff, sage ich mal. Das Herausforderndste, was ich wirklich gemacht habe und mir auch darüber natürlich viele Gedanken vorweg gemacht habe, ist, das anzusprechen. Das ist da auch nochmal die Ebene, fast schon einer Straftat, im schlimmsten Falle. Aber sich darüber, genau, was ich eben beschrieben habe, über diesen Teamkomplex, hinauszustellen und halt auch zu überlegen, na ja, es ist jetzt auch nichts, was ich irgendwie alleine verantworten kann, ich muss es weitergeben. Ich hätte es auch unter den Tisch fallen lassen können. Ich bin sehr dankbar für diese Erfahrung und ich würde es auch nicht anders machen. Aber das war mit das Herausforderndste, weil Sie können sich sicherlich vorstellen, was das für einen Rattenschwanz hinter sich hergezogen hatte.“

Pflegender: „Ich war zu dem Zeitpunkt Fachkrankenpfleger, und das möchte ich (...) noch sagen, weil ich finde es wichtig. Ich glaube, als Berufseinsteiger weiß ich nicht, ob ich hätte so reagieren können. Gar nicht wollen, sondern ob ich es gekonnt hätte, aufgrund meines Wissens, meiner Erfahrung, meines Standings überhaupt. Als Fachkrankenpfleger, glaube ich, habe ich es gekonnt, genau aus dieser Perspektive, dass Patienten halt auch eigenständige Menschen sind und nicht irgendwie stigmatisierte Kranke.“

Pflegender: „...widersprüchlich war natürlich auch das, was dann passiert ist, nämlich, dass jemand, der sowas anspricht eher ja noch entsprechend behandelt wird als Verräter oder der, der noch einen abkriegt.“

Pflegender: „Na ja, es ist auch ein Vorwurf, es geht nicht nur darum, jemanden anzuschwärzen, sondern man muss auch geschützt werden. Objektiv gibt es einfach auch Jugendliche oder auch Schüler oder wer auch immer, die irgendjemanden auch einfach irgendeiner bösen Handlung bezichtigen, das muss auch geprüft werden, im Sinne des Schutzes des Mitarbeiters.“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Auf der Sachebene der *Beziehungsgestaltung* stellt sich für die Patient*innen in der Psychiatrie grundsätzlich die Frage: Inwieweit glaubt man mir als Patienten bzw. als Patientin überhaupt, z. B. die Pflegenden und die Ärzte?

Die Begründung einer *Beziehung* zwischen Pflegendem und Patienten erfordert ein hohes Maß an Nähe, die im psychiatrischen Bereich dem besonderen Schutzbedürfnis der Patient*innen Rechnung trägt. Sie birgt zugleich das Risiko, dass die professionelle Nähe auf eine Ebene der nicht mehr professionellen Nähe gerät, wenn sie in eine ein- oder gegenseitige Anziehungskraft zwischen Patienten und/ oder der Pflegenden abgeleitet. Es besteht die Möglichkeit, dass bei der Gratwanderung zwischen fürsorglicher, schützender Zuneigung und sexueller Begehrlichkeit die notwendige Balance verloren geht. Sexualität als menschliches Grundbedürfnis kann sowohl von Seiten der Patienten als auch der Pflegenden geweckt werden. Sie kann auch als Mittel des *Machtmissbrauchs* zweckentfremdet werden.

Wenn Patient*innen in solchen Fällen den Mut haben, die erlebten Geschehnisse gegenüber einer Person im Team, der sie vertrauen, anzusprechen, riskieren sie, wie im Interview erwähnt, dass ihnen nicht geglaubt wird und ihre Aussagen als Unwahrheit deklariert werden. Unabhängig davon, ob ihre Aussagen tatsächlich wahr oder unwahr waren, müssen sie dann ihre *Ohnmacht* gegenüber dem therapeutischen Team erfahren. Sie spüren in diesem Moment am eigenen Leib, mit welcher Hilflosigkeit sie der Übermacht des Teams ausgeliefert sind.

Ausgehend vom Pflegeprozess, verstanden als Beziehungsprozess, lässt sich der Wahrheitsgehalt von Aussagen über Erlebnisse kaum klären. Um die Beziehung zwischen Pflegenden und Patient*innen aufrecht und therapeutisch produktiv zu halten und nicht durch *Machtausübung* zu gefährden ist seitens der psychiatrisch Pflegenden eine Grundhaltung erforderlich, die Patientenaussagen uneingeschränkt Wertschätzung entgegenbringt und nicht vorschnell als wahr oder unwahr qualifiziert.

Methodischer Vorschlag: Szenisches Spiel für Ohnmachtserfahrungen, z. B. nach Oelke 2009 anhand des Exempel-Falles oder anderer Beispiele. **Lehrervortrag:** Begriffsklärung Macht und **Lektürearbeit:** „Machtausübung in der Psychiatrie“ (Grundheber, Lamprecht, Junk, Erdal 2022, S. 234-240). Macht und Machtlosigkeit in der Psychiatrie (u.a. Abderhalden, Georg, Sauter 2023: 888). Ggf. **Collagearbeiten** zum Thema Macht und Machtlosigkeit.

Exkurs Geschichte der Psychiatrie (u.a. Schädle-Deininger, Sauter 2023: 194ff „Psychiatrie und psychiatrische Pflege im Nationalsozialismus“). **Gruppendiskussion:** „Welche Muster in der Gegenwart der Psychiatrie erinnern an die Zeit des Nationalsozialismus? In welchen beruflichen Handlungssituationen muss uns als Fachpflegende Psychiatrie bewusst sein, dass sich die historischen Geschehnisse nicht wiederholen dürfen?“

Als ein Schlüsselproblem auf der Sachebene der *Beziehungsdynamik* zeigt sich die Übertragung früherer Beziehungskonflikte, insbesondere aus dem familiären Kontext, die die Patient*innen in der aktuellen therapeutisch-pflegerischen Beziehung wiederholen (reinszenieren) und in die sie die Mitglieder des therapeutischen Teams unbewusst involvieren. Krankheitsspezifisch können die früheren Konflikte, die für die aktuellen psychischen Probleme verantwortlich sind, entwicklungspsychologisch aus unterschiedlichen Phasen stammen und sich dementsprechend in der Wiederholung unterschiedlicher Interaktionsmuster zeigen. So kann die Beziehungsdynamik sich beispielsweise in Gestalt eines Abhängigkeitsverhältnisses zeigen, wenn der zugrundeliegende Konflikt während der oralen Phase stattgefunden hat. Ungelöste psychische Konflikte aus der analen Phase hingegen können in Form von Autonomiestreben und konfrontativen Interaktionen mit den Pflegenden zum Ausdruck kommen. Ödipale Konflikte, die in das aktuelle Geschehen übertragen werden, können sich zum Beispiel dadurch äußern, dass verführerische Verhaltensweisen, körperliche Reize und sexuelle Attraktivität in der Beziehungsgestaltung eingesetzt werden.

Entscheidend ist, wie Pflegende ihre eigenen *Gegenübertragungsreaktionen* auf die Übertragung durch die Patient*innen wahrnehmen und reflektieren können oder ob sie das Übertragungs-handeln der Patient*innen als aktuelle Beziehungsangebote interpretieren und sich zum Beispiel auf sexuelle Anspielungen einlassen, sich geschmeichelt fühlen oder sogar auf die Angebote eingehen und professionelle Grenzen überschreiten.

Methodischer Vorschlag: **Lehrervortrag** zu den Phänomenen der „Übertragung und Gegenübertragung“ (u.a. Bettighofer 2022). **Begriffsklärung:** Übertragung und Gegenübertragung / Erkennen und Reflektieren eigener Gegenübertragungsreaktionen: zum „Lesen“ der Gegenübertragung

Salzberger-Wittenberg / Übertragung in Abhängigkeit von den entwicklungspsychologischen Ursprüngen (Konflikten) der aktuellen psychischen Problematik (**Filme zur Illustration** → kritische Analyse der Begriffe Übertragung und Gegenübertragung im Kontext der Filmsequenzen: „Welche Rückschlüsse kann ich aus meiner eigenen Gegenübertragungsreaktion bei der Begegnung mit den Patient*innen im Film über deren innerpsychische Konflikte ziehen?“ **Lehrervortrag:** Manipulation in der Psychiatrie (u.a. Needham 2023: 900ff). **Lehrervortrag:** ausgewählte Krankheitsbilder mit dem Begleitsymptom Manipulation, Diagnostik, Therapie, Verhaltensregeln (u.a. Persönlichkeitsstörungen Typ Borderline). **Lehrervortrag** zu Selbstverletzendem Verhalten (u.a. Schoppmann, Sauter 2023: 1043ff).

Einstieg **Plakatarbeit:** Satz auf dem Plakat soll von den Teilnehmer*innen vervollständigt werden: „Denke ich an Sexualität in der Psychiatrie, dann.....“. Im Anschluss **Gruppendiskussion** zu den Ergebnissen. **Lektürearbeit:** Sexualität in der Psychiatrie (u.a. Marti, C., Burr, C. Abderhalden, C. 2023: 1069ff.).

Auf der Sachebene **Zwang** wird deutlich, dass für das therapeutische Team die Ausübung von **Macht** gegenüber Patient*innen durch das Einordnen ihrer Aussagen als Unwahrheiten eine unter Umständen selbsterhaltende Bedeutung entfalten kann. Denn indem die Glaubwürdigkeit von einzelnen Mitarbeitern nicht infrage gestellt wird und das Team als verbündete Einheit geschlossen in der Haltung auftritt, dass man als Professionsangehöriger „sowieso alles besser [weiß, ...] auch, wann mich jemand anlügt, und das als Gesetzmäßigkeit voraussetzt, wonach sich alles unterordnet“ (Zitat Pflegender, s. o.), wird das Team gegen Vorwürfe von Patient*innen immun. Neben einer gegenseitigen Selbstvergewisserung, dass das Team im Recht sei, wird auch das Problem von rechtlichen Konsequenzen für Fehlverhalten umgangen.

Methodischer Vorschlag: **Lehrervortrag** zu rechtlichen Regelungen über Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie / Fallbesprechung (Exempel aus Nordmann in Arbeitsgruppe „Pflege und Ethik“ der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (2005), S. 95–98). **Workshop** und Übungen zu Zwangsmaßnahmen (u.a. Fixierung), **Lektürearbeit:** Zwangsmaßnahmen (u.a. Sauter, Needham 2023: 644).

Lehrervortrag: Reizarmut und Reizüberflutung (u.a. Scheydt 2023: 977). **Plakatarbeit:** „Vorschläge, wie Reizarmut und Reizüberflutung in der Innenarchitektur eines psychiatrischen Settings berücksichtigt werden sollten“

Methodischer Vorschlag: Einstieg Exempel und **Diskussion in Kleingruppen:** Beschreiben sie Praxissituationen, in denen sie bei Patient*innen Zwangsmaßnahmen durchführen mussten, obwohl diese aus ihrer Sicht keine Relevanz für eine Verbesserung der Situation hatten! Beschreiben sie

den Widerspruch, der sich für sie ergeben hat. Tauschen sie sich in der Kleingruppe aus.“ **Zusammenfassung für das Plenum** vorbereiten (Protokoll) und dort vorstellen. **Diskussion** in der Gesamtgruppe.

(Hinweis: Konzept „Safewards“ in Modul Methoden und Konzepte der psychiatrischen Fachpflege)

Mit Blick auf die Sachebene des *Gesundheitswesens* stellt sich aus Sicht des *Pflegemanagements* die Frage, mit welchen Konzepten auf Konfliktstellungen (z. B. Straftaten) im Team reagiert werden kann. Wie etwa kann Machtmissbrauch im Team thematisiert werden (z. B. wenn Kritik Einzelner als im Team als Verstöße gegen die Teamloyalität oder Verrat gewertet werden)? Welche strukturellen Möglichkeiten bietet das Management für den Umgang mit Regelverstößen, Straftaten, Machtmissbrauch, unangemessenem Verhalten im Team? Gibt es Verfahrenswege bzw. Qualitätsprotokolle für den Umgang mit derartigen Problemen im Team? Festhalten lässt sich, dass diese Fragen die Leitungsebene, einschließlich der Stationsleitung adressieren und von hier Antworten verlangen. Erforderlich sind eine transparente Kommunikation über Handlungsoptionen für betroffene Teammitglieder sowie die Wahrnehmung einer Fürsorgepflicht gegenüber den Mitarbeiter*innen und nicht zuletzt der Schutz der Patient*innen. Zu klären sind nicht nur die offen erkennbaren, sondern auch die unterschweligen Ursachen von Konflikten und Fehlverhalten.

Methodischer Vorschlag: „Fehlerkultur“ und „Sicherheitskultur“ im Team, Konfliktmanagement, Konfliktlotsen, Supervision, z. B. anhand von Hofmann in Arbeitsgruppe „Pflege und Ethik“ der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. 2005, S. 196–201 (Stärken und Schwächen dieser Instrumente), Teambuilding/ Gruppendynamik, Mitarbeitergespräche (Konfliktgespräche), Beschwerdesystem, Arbeitsrecht/ Disziplinarrecht/ Strafrecht → Anwendung/ Simulation der Konzepte, erfahrungsbezogene Anteile. (Hinweis: weitere Vertiefung im Modul Psychisch krank in der Lebensspanne)

Die Sicht der Betroffenen

Im Modul „Nähe, Macht und Ohnmacht in der psychiatrischen Pflege“ steht in der *leibgebundenen Perspektive* die Entfremdung des Patienten in seiner Handlungs-/ Entscheidungsautonomie im Zentrum. Zentrales Phänomen ist die Krise, in die Patient*innen geraten. Damit einhergehend zeigt sich seine Zerrissenheit zwischen autonomer Entscheidungsgewalt und regressiver Hilflosigkeit angesichts der Betroffenheit durch die lebens- und identitätsbedrohende Erfahrung. Zwischen *Resignation und Hoffnung* schwanken die Gefühle aller Beteiligten. Kaum ein anderes Bild drückt aus, was die von Furcht zerrissene Seele ausmacht, wie „der Schrei“ von Edvard Munch. Um einen annähernden Zugang zu den existenzbedrohenden Empfindungen der Patient*innen in der Krise zu finden, lohnt sich ein verweilender Blick auf das Werk des Malers.

Methodischer Vorschlag: Einstieg zum Thema Krise über das Werk „Der Schrei“ von E. Munch. **(Freiwillige) Partnerarbeit:** „Welche fundamentalen krisenhaften Erfahrungen haben Sie gemacht, die Sie in einem Zweiergespräch teilen würden? Was hat Ihnen geholfen?“ Austausch im Zweiergruppen, die sich zurückziehen können.

Lehrervortrag: Krisen und Kriseninterventionen (u.a. Nienaber, Needham 2023: 624 ff). **Lehrervortrag** zur Suizidalität.

Methodischer Vorschlag: Einstieg Exempel Krise/ Diskussion zur Perspektiveneinnahme Betroffener und Angehöriger/ Lektürearbeit zu Benner (2012: 87-108): Helfen (u.a. Dem Patienten seine Lage so angenehm wie möglich machen (93ff.), Trost spenden und Kontakt herstellen über körperliche Berührung (99ff.), Angehörige emotional und durch Informationen unterstützen (101ff.) usw. Kapitel in **Gruppen aufteilen:** Fragestellung zur Textarbeit: Wie könnten Benners „Bereiche des Helfens“ im Fall der Krisensituation konkret umgesetzt werden? (**Gruppenarbeit** ggf. durch Internetrecherche unterstützen). Arbeitsergebnisse sammeln und visualisieren (**Plakat, PP**).

Zusammenfassung des Moduls.

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... können die Bedürfnisse und Bedarfe von Patient*innen in der Psychiatrie vorrausschauend berücksichtigen und im Versorgungsteam einbringen;
- ... reflektieren eigene Gefühle und Abwehrmechanismen im Kontext der Pflege von Patient*innen mit psychischen Erkrankungen, können sich ihre Gefühle und Abwehrmechanismen in immer neuen Versorgungssituationen bewusstmachen und hierfür Verantwortung im Versorgungsteam übernehmen;
- ... verfügen über ein integriertes berufliches und pflegetheoretisches Wissen im Tätigkeitsfeld der psychiatrischen Pflege und kennen die Grenzen zur Bezugswissenschaft Psychiatrie
- ... verfügen über integriertes berufliches Wissen zu ausgewählten Krankheitsbildern in der Psychiatrie, wie u.a. zu Persönlichkeitsstörungen – können manipulatives Verhalten im Kontext der Störung für ihr berufliches Handeln einordnen
- ... bewerten berufliche Aufgaben und Schnittstellen im Behandlungsprozess und können diese für ihr eigenes Handeln einordnen, übernehmen Verantwortung im psychiatrischen Behandlungsteam, erkennen die Grenzen und Widersprüche in der Fachpraxis, u.a. zur Nähe und Sexualität im psychiatrischen Setting
- Können Macht und Machtmissbrauch im Kontext ihrer beruflichen Tätigkeit hinterfragen, reflektieren und für ihr Handeln in der Fachpflege einordnen
- ...kennen die rechtlichen Grundlagen zu Zwangsmaßnahmen, wie z.B. bei Fixierungen von Patient*innen, erkennen Situationen, in denen eine Zwangsmaßnahme induziert ist und sind sich ihrer Ausübung von Macht bewusst
- ... sind mit Schutz- und Sicherheitsmaßnahmen aus dem Fehlermanagement vertraut und können diese für ihr berufliches Handlungsfeld heranziehen, wenn es zu Situationen von Macht und Machtmissbrauch kommt
- ...verfügen über ein tiefes Wissen zum Krisenbegriff und dessen Diskussion in der fachpsychiatrischen Literatur und können ihr Wissen für das berufliche Handeln in der Psychiatrie bewerten und reflektieren

- ...können Fachpflege im Kontext von Krisengeschehen anhand der Pflege Theorie von Benner planen, umsetzen, evaluieren und Verantwortung für Betroffene und deren Angehörige übernehmen
- ... kennen eine Breite an intensivmedizinischen Erkrankungen und deren therapeutische Interventionen, bewerten diese für ihr Praxisfeld

Leistungsüberprüfung: K/R/M

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

- Ggf. Fallerhebung in der Praxis (Arbeitsverbundenes Lernen).
- Ggf. Ausstellung zu den erarbeiteten Inhalten und Themen planen, organisieren und umsetzen.

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium der vorgeschlagenen Pflege Theorie (Benner 2012), ausgewählte Arbeitstexte
- Fallreflexion mithilfe der vorgeschlagenen Lektüre, Fallaufbereitung in der Praxis ggf. als Prüfungsleistung
- Vorbereitung der einer Ausstellung zu Themen der Psychiatrie
- Prüfungsvorbereitung

Literaturempfehlungen:

- Abderhalden, C., Georg, J., Sauter, D. (2023): Machlosigkeit. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. S. 888ff
- Benner, P. (2012): Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. Bern: Huber
- Bettighofer, S. (2022): Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess. Stuttgart: Kohlhammer
- Buchmann, U.; Greb, U. (2008): Pflegedidaktische Curriculumentwicklung. Neue Anforderungen in der Lehrerbildung. Case Management und pflegedidaktische Kategorialanalyse. Pflegewissenschaft 05/08: 301–311
- Dörner, K., Plog, U., Brock, T., Brieger, P., Heinz, A., Wendt, F. (2019) Irren ist menschlich. Köln: Psychiatrie Verlag
- Grundheber, F., Lamprecht, S., Junk, L., Erdal, J. (2022): Machtausübung in der Psychiatrie. Stuttgart: Thieme. DOI: 10.1055/a-1884-7031
- König, O., Schattenhofer, K. (2021): Einführung in die Fallbesprechung und Supervision. Heidelberg: Carl-Auer, Compact.
- Marti, C., Burr, C. Abderhalden, C. (2023): Sexualität. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. S. 1069ff.
- Needham, I. (2023): Manipulation: In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. S. 900ff.
- Nienaber, A., Needham, I. (2023): Krisen und Kriseninterventionen. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. 624 ff.
- Peplau, H. (1995). Interpersonale Beziehungen in der Pflege. Ein konzeptueller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege. Basel: Recom Verlag.
- Reimann, U. (2008) Multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Von den Mühen der Ebene. In: Zeitschrift für Palliativmedizin. Jg. 9. Heft 3.
- Schädle-Deininger, H., Sauter, D. (2023): Psychiatrie und psychiatrische Pflege im Nationalsozialismus. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. S. 194ff.
- Scheydt, S. (2023): Reizarmut und Reizüberflutung. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. S. 977 ff.

- Schoppmann, S., Sauter, D. (2023): Selbstverletzendes Verhalten. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. 1043ff
- Sills, G. M. & Beeber, L. S. (1995). Hildegard Peplaus interpersonale Pflegekonzepte. In M. Mischo-Kelling & K. Wittneben (Hrsg.). Pflegebildung und Pflege-theorien. (S. 37-49). München: Verlag Urban & Schwarzenberg.

Filme über Patient*innen (Beispiele zur Übung in der Gegenübertragungsanalyse in der Lehre):

Beispiel 1: URL: <https://www.youtube.com/watch?v=PnExYrRxwSo> [Zugriff: 11.03.2022].

Beispiel 2: URL: <https://www.youtube.com/watch?v=Yivq4ASprMw> [Zugriff: 11.03.2022].

Beispiel 3: URL: <https://www.youtube.com/watch?v=B5x5hFNSLt4> [Zugriff: 11.03.2022].

Beispiel 4a: URL: <https://www.youtube.com/watch?v=eQdq6hULtCc> (Teil 1) [Zugriff: 11.03.2022].

Beispiel 4b: URL: <https://www.youtube.com/watch?v=eAN3Fc0ylqc> (Teil 2) [Zugriff: 11.03.2022].

Kü/Ba/Gi: 22.04.24

2.4 Modul „Psychisch krank in der Lebensspanne“

Modultitel/Modulkennung: 02PLFP 01 „Psychisch krank in der Lebensspanne“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: Modul „Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“ (Basismodul) Modul Zwischen zwei Welten: ambulante psychiatrische Pflege und Maßregelvollzug (Fachspezifisches Modul)			
Workload: 60 Std davon 40 Std. Kontaktstunden, 20 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
Reflexionskategorien: 1.I Selbsterhaltung und Selbstverlust 2.I Schutzbedürfnis und Ausgeliefertsein 1.II b Kreativität und Misstrauen 3.1 Orientierung und Zwang 1.I Identität (Eigensinn) und Freiraum			
Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: - Wahrnehmungsverzerrung oder Stigmatisierung? - Macht und Ohnmacht in der pflegerischen Beziehung - Fürsorgliche Nähe und professionelle Distanz - Über Misstände im Team nicht reden - Dilemma der Entscheidung zwischen eigener und kollektiver Sicht im Team - Dilemma zwischen Misstrauen und Vertrauen gegenüber dem*der Patienten*Patientin - Orientierungslosigkeit und Struktur bei psychischen Erkrankungen im Kindesalter - Struktur und Orientierung im Kindesalter - Pflege im Spannungsfeld von Eigensinn und Freiraum von Menschen mit Demenz			
Inhalte: Fürsorgeverantwortung für Schutzbefohlene, dissoziative Identitätsstörungen (sexueller Missbrauch), PTBS, Depressionen im Kindesalter, Pädophilie, ethische Fallbesprechung, gestörte Wahrnehmung, Traumaerfahrung, Resilienzkonzept, Psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, GG Art. 1 „Würde des Menschen“, CIRS, PsychPV, KJHG SGB VIII, . Theorie Friedemann/Köhlen, Formen der Demenz, Pflegekonzepte Demenz (Kitwood, Böhme), Dementia Care Mapping, , AWMF-Leitlinien, Entwicklung von Expertenstandards, DNQP			
Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:			

Ein Pflegender

„Ich habe einige Jahre im kinder- und jugendpsychiatrischen Tätigkeitsfeld gearbeitet, Langzeitbehandlung, die Jugendlichen sind so zwischen neun bis zwölf Monaten da und so im Alter zwischen 15 und zwanzig Jahre. Und irgendwann hatte ich die Situation, dass sich drei Jugendliche bei mir gemeldet hatten, weil ein Kollege sie anfassen würde. Darum soll es jetzt gar nicht primär gehen, aber was danach entstanden ist und was ich glaube, was mir daran hängengeblieben ist, ist auf jeden Fall, dass den Jugendlichen eventuell, so habe ich es wahrgenommen, einmal aufgrund ihrer eigentlichen Diagnose, nicht geglaubt worden ist, danach natürlich, weil es Jugendliche sind. Die Realität sah ja ganz anders aus. Genau, und das ist mir eigentlich so hängengeblieben.“

„Entschuldigung, nur ganz kurz, widersprüchlich war natürlich auch das, was dann passiert ist, nämlich, dass jemand, der sowas anspricht eher ja noch entsprechend behandelt wird als Verräter oder der, der noch einen abkriegt. Die Jugendlichen haben die Kommunikation in der Form gesucht, es waren drei Jugendliche, zwei sind auf mich zugekommen, können wir mal mit ihnen reden und das auch schon sehr ernst, also die haben mich quasi auch schon zur Seite genommen. Und ich habe mir dann auch die Zeit genommen. Und dann haben die ihr Anliegen vorgebracht, sie waren also zu dritt, für mich erstmal auch glaubhaft. Habe natürlich nachgefragt und dann geht das auch noch seinen Weg. Na ja, es ist auch ein Vorwurf, es geht nicht nur darum, jemanden anzuschwärzen, sondern man muss auch geschützt werden.“

Eine Pflegende

„Also nach meiner Erfahrung hat die Pflege dort ein viel tieferes Wissen, zum Beispiel im gerontopsychiatrischen Bereich, die Grundpflege morgens, die Tagesbegleitung, Mahlzeiten. Alles das begleitet Pflege und hat Infos dazu, sei es jetzt im Kontakt mit Angehörigen oder dann nachträglich versorgenden Einrichtungen.“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse*Die Sicht der Betroffenen:*

Im Modul „Psychisch krank in der Lebensspanne“ steht zunächst in der *leibgebundenen Perspektive* auf der Sachebene der *Selbstbestimmung* die Glaubwürdigkeit der jugendlichen Patient*innen zur Disposition, wie im Exempel ablesbar. Infrage steht, inwieweit der subjektiven Wahrheit der drei Patient*innen, von einem Team-Mitglied sexuell berührt worden zu sein, Glauben geschenkt werden kann und soll. Die Patient*innen vergewissern sich ihrer Wahrnehmung gegenseitig, indem sie geschlossen auftreten und ihre Position vertreten (Selbsterhaltung durch Solidarisierung der Patienten untereinander). Die objektive Wahrheit lässt sich nicht klären, die Aussage der Jugendlichen steht jedoch der Aussage des beschuldigten Team-Mitglieds entgegen. Es

steht der Verdacht im Raum, dass die Jugendlichen das Geschehen aufgrund ihrer Erkrankung bzw. auch ihres Alters fehlgedeutet haben könnten. Zu klären wäre, inwieweit psychische Erkrankungen unter Umständen zu einer Wahrnehmungsverzerrung führen können.

Indem die professionellen Akteure der Beschuldigung des Kollegen durch die Jugendlichen keinen Glauben schenken, erfahren diese in ihrer krankheitsbedingt fragilen und durchlässigen Verfassung eine Gefährdung ihrer Identität. Obwohl sie zu dritt auftreten und sich gegenseitig in ihrer Wahrnehmung bestätigen, wird ihre Wahrnehmung von den Mitgliedern des professionellen Teams als Unwahrheit beurteilt. Hier wäre zu eruieren, welche Konsequenzen eine solche identitätsbedrohende Erfahrung, insbesondere im Jugendalter, für die Patient*innen haben kann (z. B. können dissoziative Symptome eine Folge sexuellen Missbrauchs sein; traumatische Erlebnisse werden neurophysiologisch so verarbeitet, dass Erinnerungen kognitiv nur in Form von „Erinnerungssplittern“ verfügbar sind, so dass keine kohärente Erzählung des Traumas möglich ist, mit der Folge, dass häufig, auch z. B. vor Gericht, die Glaubwürdigkeit der Betroffenen bezweifelt wird.

Methodischer Vorschlag: Begriffsklärung, **Lehrervortrag**, Erfahrungsaustausch, **Diskussion** über das Phänomen der Wahrnehmungsverzerrung: Identitätsbedrohende Erfahrungen (Selbstzweifel infolge von Zweifeln anderer), Persönlichkeitsstörungen: Rainer Sachse; dissoziative Identitätsstörungen (sexueller Missbrauch): Luise Reddemann, Michaela Huber. **Lehrervortrag:** Pädophilie, Straftatbestände: rechtliche Regelungen, Prävention, PTBS im Zusammenhang mit Depressionen im Kindesalter.

Lektürearbeit zur Traumaerfahrung: (Sauter, Rixe 2023: 1203ff.). Fragestellung: „Welche Rückschlüsse können von Traumaerfahrung und psychische Erkrankungen grundsätzlich gestellt werden?“. **Gruppendiskussion.**

Lehrervortrag: Resilienzkonzept bei Kindern. U.a. „Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz“ (Opp, Fingerle, Suess 2020).

Die Sicht der Pflegenden

In der *Perspektive der Interaktion* ergibt sich für Pflegende in Hinblick auf die ungeklärte Situation bezüglich widersprüchlicher Aussagen von Jugendlichen und Team-Mitgliedern eine Dilemma-Situation zwischen Misstrauen und Vertrauen: Sollen Sie dem Generalverdacht im Team gegenüber den Jugendlichen folgen, dass diese aufgrund ihrer Erkrankung (oder ihres jugendlichen Alters) nicht die Wahrheit sagen können? Oder folgen sie der eigenen Intuition, dass die Aussagen der Jugendlichen, die sich vertrauensvoll an sie gewandt haben, wahr sein könnten (mit der Folge, dass ein Team-Mitglied des sexuellen Übergriffs beschuldigt werden würde)? Leitet die Entscheidung eine Fokussierung auf Diagnoseschlüssel (z. B. ICD-10) bei der Bewertung von Patientenhandlungen, wird die Glaubwürdigkeit von Patient*innen aufgrund ihrer Diagnosestellung vermutlich als fragwürdig beurteilt werden. Mutmaßlich wird dies jedoch bei dem Pflegenden ein Unbehagen auslösen, wenn seine eigene Intuition, seine Fürsorgeverantwortung und seine wertschätzende Grundhaltung gegenüber den Patient*innen in Widerspruch zu der im Team vertretenen diagnosegeleiteten Bewertung der Patient*innen-Aussagen gerät.

Methodischer Vorschlag: Fallbesprechung (Exempel Jugendliche Interviewauszug), Vorgehen: z. B. **eine Methode** aus Arbeitsgruppe „Pflege und Ethik“ der Akademie für Ethik in der Medizin e.V.

(2005). **Lehrervortrag:** *Rechtliche Stellung des Personals und Fürsorgeverantwortung für Schutzbefohlene*

In Bezug auf die *Beziehungsdynamik* löst das Dilemma zwischen *Misstrauen* und *Vertrauen* gegenüber den Patient*innen auch eine innere Ambivalenz aus: Unsicher bleibt, ob das therapeutische Team Recht mit der Einschätzung haben könnte, dass die Patient*innen sich lediglich manipulativ verhalten, um das Team zu spalten. Zudem würde eine Parteinahme für die Patient*innen bedeuten, sich gegen die Team-Sicht zu positionieren, was persönliche Konsequenzen bis hin zum Vorwurf des Verrats gegenüber dem einzelnen Team-Mitglied nach sich ziehen könnte. Aus Gründen des Selbstschutzes kann dann die Entscheidung nahe liegen, sich dem Generalverdacht des Teams, dass Patienten manipulieren und nicht glaubwürdig seien (Team-Kodex) anzuschließen und die Angelegenheit „unter den Tisch fallen [zu] lassen“ (Zitat Pflegender, s. o.). An diesem Beispiel wird deutlich, welche stigmatisierende Macht Diagnoseschlüssel mit ihren diagnostischen Kriterien im psychiatrisch-pflegerischen Handeln entfalten können.

Auf der anderen Seite steht das Prinzip der *Fürsorge* für die vulnerablen Patient*innen, die das pflegerische Handeln ethisch leitet und den Anspruch beinhaltet, Patienten ernst zu nehmen, sie als Personen zu respektieren, ihnen als Vertrauenspersonen zur Verfügung zu stehen, also „Menschlichkeit“ im Umgang mit den Psychiatriepatienten zu wahren bzw. sogar ihnen „das Menschsein wieder [...] zurückzubringen“ (Zitat Pflegender, s. o.). Das Zitat impliziert, dass Patient*innen in der Psychiatrie das Menschsein und ihre Würde zuvor abhandengekommen, vielleicht sogar abgesprochen worden ist. Es entsteht ein innerer Konflikt zwischen Teamloyalität und Verantwortungsgefühl. Inwiefern Sicherheitsproblematiken und sicherheitsrelevante Ideen offen besprochen werden, wird von der im Team vorherrschenden Sicherheitskultur beeinflusst. Eine Sicherheitskultur, in welcher sich Teammitglieder nicht als *Konkurrenz* empfinden, sondern offen über Probleme als *Team* sprechen, fördert die Sicherheit von Schutzbefohlenen.

Methodischer Vorschlag: Begriffsklärung „Würde des Menschen“ über Art. 1 Grundgesetz (GG) → Reflexion von Praxisfällen, in denen die Würde des Menschen nicht respektiert wurde.

Methodischer Vorschlag: Lehrervortrag Begriffsklärungen Sicherheitskultur, „Speak Up“ (u.a. Stiftung für Patientensicherheit 2016), Übernahmeverantwortung. **Partnerarbeit:** Wie könnten Strategien in ihren Handlungsfeldern aussehen, um das offene Sprechen über Missstände zu fördern? Ggf. **Szenisches Spiel** nach Oelke. **Sicherung der Ergebnisse.**

Sozialtechnologisch sind in den letzten Jahren Instrumente und Maßnahmen entwickelt worden, um Patient*innensicherheit zu fördern. Kann die Patientensicherheit auf der psychiatrischen Station gefördert werden, so dass zum einen aus Ereignissen gelernt wird und zum anderen präventiv die Sicherheit gefördert wird? Tragen diese Maßnahmen zu einem *humaneren* Umgang in der (Kinder- und Jugend-) Psychiatrie bei?

Methodischer Vorschlag: Anwendung von Analyseinstrumenten (z.B. London-Protokoll) auf Beispielfälle. **Gruppenarbeit:** Recherche von kritischen Ereignissen auf www.cirsmedical.de, ggf.

Planspiel oder **Fallanalyse** (Interview) zu CIRS. **Vorstellung und Diskussion** von Verbesserungsmaßnahmen.

Aus der Perspektive des *Individuums* ist abzuleiten, dass der „Vorfall“ die Kinder nach *Orientierung* suchen lässt. Nicht zuletzt mag dies der Grund gewesen sein, das Geschehene bei einer Bezugsperson anzusprechen. Grundsätzlich kann man in der Gesellschaft davon ausgehen, dass

sich Kinder an Erwachsenen *orientieren* können, um sich zu eigenen Identitäten zu entwickeln. Kinder erfahren eine *Struktur*, die ihnen Halt und Geborgenheit vermittelt. Das familiäre Milieu und die Erfahrungsverarbeitung nehmen Einfluss darauf, ob ein Kind psychisch stabil heranwachsen kann. Viele psychische Erkrankungen im Kindesalter werden von *Orientierungslosigkeit* begleitet (u.a. Substanzmissbrauch), denen man in der psychiatrischen Kinderkrankenpflege mit *Struktur* und *zwingenden* Regeln begegnet. Gewissermaßen entspricht die psychiatrische Kinderkrankenpflege auch einer erzieherischen, pädagogischen Arbeit. Behandlung und erzieherische Arbeit sind gleichsam von Bedeutung, in die auch die Eltern miteinbezogen werden sollten.

Lehrervortrag: *psychische Erkrankungen im Kindesalter: u.a. Depressionen, ADHS, Störung des Sozialverhaltens, Angststörungen, Essstörungen, Zwänge, hyperkinetische Störungen Substanzmissbrauch, aggressiv-dissoziale Störungen, Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Therapie.* **Workshop: Rechercheauftrag:** „Wie kann ein stationäres Milieu gestaltet werden, um Kindern Struktur im Alltag zu gewährleisten? Wie kann ein ambulantes Milieu gestaltet werden, um Kindern Struktur im Alltag zu gewährleisten?“ **Sicherung der Ergebnisse im Plenum.**

Lehrervortrag: *Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG SGB VIII), PsychPV: Auswirkungen auf die psychiatrische Kinderkrankenpflege.*

Lektürearbeit: „Elternschaft und Kinder“ (Herder, Sauter 2023: 767ff., insbesondere „Situation der Kinder“ (ebd. 771ff)). **Fragestellung zur Lektürearbeit:** „Welche Bedeutung bekommt Orientierung im Leben der Kinder?“ **Sicherung der Ergebnisse.**

Lehrervortrag: (Wiederholung, Vertiefung) *Familiengesundheit nach der Theorie des systemischen Gleichgewichts (Friedemann, Köhlen 2018).*

„Wie kann ein Familienmilieu anhand der Theorie des systemischen Gleichgewichts (Zieldimensionen, Prozessdimensionen) in der Pflegeprozessplanung neu ausgerichtet werden, um Sicherheit, Struktur und Orientierung im Familiensystem zu verbessern?“ (**Fallbearbeitung Praxis, Selbststudienzeit**)

Im Interviewauszug wird der gerontopsychiatrischen Pflege ein tiefes Wissen zugesprochen. Nehmen wir die *Perspektive des Individuums* ein, so wird durch die Sachebene die *Selbstbestimmung* zur zentralen Frage für die Betroffenen. Demenzielle Veränderungen im Altern sind mit einem gewissen *Eigensinn* verbunden, der für das professionelle Umfeld nur schwer in Passung mit der Realität zu bringen ist. Dabei wird es für die Betroffenen mit Demenz zur Frage des eigenen *Identitätserhalts*, die im Widerspruch zu den Deutungen der psychiatrisch Pflegenden stehen kann. Menschen mit Demenz loten ihren *Freiraum* aus, was in Alltagssituation zu Herausforderndem Verhalten führen kann und für professionell Pflegende zu bewältigen ist. Dabei werden die Betroffenen oft zu „Systemsprengern“, wenn beispielsweise eine Behandlung im Akutkrankenhaus notwendig wird.

Methodischer Vorschlag: Lehrervortrag zu Formen der Demenz, Übersicht, Vertiefung einzelner Formen. **Erfahrungsaustausch:** „Welche Erfahrungen haben Sie mit demenziell veränderten Menschen gemacht und wie hat sich der Eigensinn der Betroffenen in den Situationen gezeigt? Welche Erklärungen gab es für das Verhalten?“

Lehrervortrag: *Alte Menschen in Institutionen (u.a. Noelle 2023: 1348ff.).* **Lektürearbeit:** *Pflegekonzepte zum Umgang von Menschen mit Demenz: Löbach (2023: 1266ff.): „Psychobiografisches Pflegemodell von Böhm“, „Person-zentrierter Ansatz nach Kitwood“. „Empfehlungen zum Umgang mit Herausforderndem Verhalten“ (Noelle 2023: 1261ff.).* **Workshop:** *Fragestellung „Welche Handlungsmaßnahmen lassen sich für das stationäre Setting aus den Empfehlungen ableiten?“*

Gruppenarbeit: *Podcast hören, Inhalte auf Plakaten sammeln, Gruppenpuzzle zum Austausch der Inhalte. (Podcast ggf. in der Selbststudienzeit).*

Podcast Übergabe: Expertenstandard Beziehungsgestaltung bei Menschen mit Demenz, Folge 5

Podcast Übergabe: Demenz- und delirsensibles Krankenhaus, Folge 131.

Podcast Übergabe: Dementia Care Mapping, Folge 103

Die Sicht der Institution

In der *gesundheitspolitisch-ökonomischen Perspektive* zeigt sich die Problematik, dass die Qualität der Patient*innenversorgung in der Psychiatrie immer mehr von Zertifizierungen und Qualitätssiegeln abhängig wird. Sofern Zertifikate für die Außendarstellung oder *Rentabilität* einer Klinik vorteilhaft sind, werden die dafür erforderlichen Bedingungen, z. B. hinreichend qualifiziertes Fachpersonal, erfüllt und die entsprechenden Ressourcen bereitgestellt. Fehlen diese Anreize, so werden solche Verbesserungen der Patient*innenversorgung aus Gründen fehlender *Profitabilität* wieder zurückgenommen. Dieser *marktlogische* Mechanismus konterkariert die fachlichen Ansprüche der in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen, eine qualitativ hochwertige Patient*innenversorgung gewährleisten zu wollen. Beispielsweise sollen AWMF-Leitlinien und Expertenstandards in der Pflege (DNQP) anhand von kinderpsychiatrischen oder gerontopsychiatrischen Themen vertieft werden.

Lehrervortrag: *AWMF-Leitlinien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, AWMF-Leitlinien in der Gerontopsychiatrie: Übersicht, „Wie werden Leitlinien entwickelt? Wie kann man die Güte der Leitlinien beurteilen?“/Diskussion zur Wirkweise von Leitlinien/ Entsprechend ihrer praktischen Handlungsfelder sollen die Teilnehmer*innen eine ausgewählte Leitlinie vertiefen: S3-Leitlinie Autismus-Spektrum-Störung im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter Teil 2: Therapie oder S3-Leitlinie Demenzen (ggf. Selbststudienzeit, ggf. Prüfungsleistung).*

Lehrervortrag: *Grundsätzliches zur Entwicklung von Expertenstandards (DNQP): Qualität in der Pflege/ Workshop zu den methodischen Schritten der Implementierung und der Auditierung. „Was bedeutet das für die Handlungsebene?“/ Diskussion zur Wirkweise von Expertenstandards. Vertiefung des Expertenstandards Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz (ggf. alternative Prüfungsleistung).*

Zusammenfassung des Moduls.

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... sie wissen, wie AWMF-Leitlinien entwickelt werden und können deren Wirkweisen für ihr berufliches Handlungsfeld in der psychiatrischen Pflege einschätzen
- ...sie vertiefen ihr Wissen zu einer ausgewählten Leitlinie entsprechend ihres beruflichen Handlungsfeldes und können Transferleistungen für die psychiatrische Praxis ableiten
- ... können wichtige Gremien und Organe für ihre Arbeit in der Fachpflege einordnen, die Machtverhältnisse bewerten und Konsequenzen für Gestaltungsprozesse in der psychiatrischen Pflege ziehen
- ... erhalten ein fundiertes Wissen über Instrumente zur Qualitätsentwicklung in der Pflege und deren Anwendungsvoraussetzung in der Praxis, können die Wirkweisen kritisch bewerten
- ... sie verfügen über ein tiefes Fachwissen zu psychischen Krankheiten im Kindesalter und können die Auswirkungen für ihr berufliches Handeln bewerten, Überschneidungen und Grenzen zur pädagogischen Arbeit beurteilen
- ...sie können Faktoren zur Milieugestaltung einer Station/Pflegeeinheit vor dem Hintergrund von psychischen Erkrankungen im Kindesalter analysieren und neu gestalten
- ... sie verfügen über ein tiefes Fachwissen zu psychischen Krankheiten im Alter und können die Auswirkungen für ihr berufliches Handeln bewerten
- ...sie entwickeln eine Haltung, den Eigensinn im Kontext der Demenz zu reflektieren und Konsequenzen für den Umgang mit Menschen mit Demenz im Team zu ziehen
- ... reflektieren das eigene berufliche Selbstverständnis sowie der Haltung und Rolle als Fachpflegende für Psychiatrie vor dem Hintergrund der Pflegetheorie von Friedemann, die sie zur Analyse von familiären Strukturen heranziehen, um psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen zu fördern
- Sie verfügen über ein vertieftes Wissen zur Pädophobie, deren Prävention und können die Auswirkungen auf psychische Erkrankungen im Kindesalter nachvollziehen
-sie verfügen über ein vertieftes Wissen zum Thema Demenz und sind in der Lage, Konzepte zum Umgang mit Demenz auf ihren Handlungsbereich in der Psychiatrie umzusetzen
- ...sie können Praxisfälle vor dem Hintergrund von Würde (GG Art. 1) und ethischen Kriterien reflektieren, ihre Handlungsalternativen argumentativ begründen und hierfür Verantwortung im Pflgeteam übernehmen
- ... sie nutzen Expertenstandards zur Stärkung des beruflichen Selbstverständnisses der zukünftigen Weiterbildungsteilnehmer*innen in ihrem Einsatzfeld der psychiatrischen Pflege
- ...sie verstehen, dass eine Gefährdung der Patientensicherheit aufgrund eines Zusammenspiels von unsicheren Handlungen und latenten Bedingungen entstehen kann. Sie kennen Strategien zur Minimierung der Wahrscheinlichkeit von Fehlern.
- Sie kennen Instrumente und Maßnahmen des Qualitäts- und Risikomanagements zur Förderung der Patientensicherheit in der Psychiatrie.

Leistungsüberprüfung: K/R/M/PR

- Fallbearbeitung Praxis, Pflegeplanung nach Friedemann, Köhlen (2018)

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

Fallerhebung Praxis

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

Reflexion von erlebten Versorgungssituationen mit Patientengefährdung in der Psychiatrie

Sich über das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. informieren
 Literaturstudium zu den vorgeschlagenen Inhalten, Erstellung Prüfungsleistung
 Podcast zu den vorgeschlagenen Themen hören und bewerten.

Literaturempfehlungen:

- Arbeitsgruppe „Pflege und Ethik“ der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (2005): „Für alle Fälle ...“. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG/ Brigitte Kunz Verlag
- AWMF (2021): S3-Leitlinie Autismus-Spektrum-Störung im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter Teil 2: Therapie: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-047> (22.04.24)
- AWMF (2023): S3-Leitlinie Demenzen: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-013> (22.04.24)
- Bartholomeyczik, S.; Büscher, A.; Höhmann, U.; Sirsch, E. (2019): Anforderungen an die Untersuchung der Wirksamkeit von Expertenstandards. In: Pflege & Gesellschaft 24 (2): 122-138
- Breier, K. M., Scherner, G., Amelung, T., Schuler, M., & Grundmann, D. (2018). Pädophilie, Hebephilie und sexueller Kindesmissbrauch, Psychotherapie: Manuale . [K. Breier (Hrsg.) Berlin: Springer
- Büscher, A./Krebs, M. (2022): Qualität in der Pflege. Buchreihe „Pflege studieren“. utb 5589. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Büscher, A. (2019): EXKURS: Expertenstandards in der Pflege. In: Pröhl, J; Lux, V.; Bechtel, P. (Hg.): Pflegemanagement. Strategien, Konzepte, Methoden. Berlin: MWV, 403-404
- DNQP (2019): Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz: https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Demenz/Demenz_AV_Auszug.pdf (22.04.24)
- Dörner, K., Plog, U., Brock, T., Brieger, P., Heinz, A., Wendt, F. (2019) Irren ist menschlich. Köln: Psychiatrie Verlag
- Formberger, P., Jordan, K., & Müller, J. (2013). Pädophilie Ätiologie, Diagnostik und Therapie. Der Nervenarzt 9 (84), S. 1123 - 1135. Göttingen: Springer. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3805-9>
- Friedemann M.-L., Köhlen C. (2018): Familien- und umweltbezogene Pflege. Die Theorie des systemischen Gleichgewichts und ihr Umsetzung. 4. überarbeitete u. ergänzte Auflage. Bern, Hogrefe Verlag
- Gebhardt, T., Briken, P., Tozdan, S., & Schröder, J. (2022). Typen und Strategien von Täterinnen bei sexuellem Kindesmissbrauch. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie (16), S. 34 - 41. Hamburg: Springer
- Hannawa, A. F. & Postel, S. (Hrsg.). (2018). SACCIA - sichere Kommunikation. Fünf Kernkompetenzen mit Fallbeispielen aus der pflegerischen Praxis. Berlin: de Gruyter
- Herder, K., Sauter, D. (2023): Elternschaft und Kinder. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. 767ff
- Huber, Michaela (2021): Psychotherapie der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS). Was bei Menschen mit einer multiplen Persönlichkeit zu beachten ist. Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie 20, 283–297
- Klöppel, S., Jessen F. (Hrsg.) (2020): Praxishandbuch Gerontopsychiatrie und-psychotherapie. Diagnostik und Therapie im höheren Lebensalter. München: Elsevier, Urban & Fischer
- Löbach, R. (2023): Chronische Verwirrtheit. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. S. 1266ff.

- Noelle, R. (2023) Alten Menschen in Institutionen. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. S. 1261ff.
- Oelke, Uta (2009): Szenisches Spiel. PADUA, 4. Jg., Heft 3/2009, S. 13-19
- Opp, G., Fingerle, M., Suess, G. (Hrsg) (2020): „Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz“, München: Reinhardt
- Reddemann, Luise (2016): Mitgefühl, Trauma und Achtsamkeit in psychodynamischen Therapien. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Reddemann, Luise (2004): Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. 10. Auflage. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Sachse, Rainer (2020): Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten. 11. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag
- Salzberger-Wittenberg, Isca; Henry-Williams, Gianna; Osborne, Elsie (1997 [1983]): Pädagogik der Gefühle. Emotionale Erfahrungen beim Lernen und Lehren. Aus dem Englischen übersetzt von Brigitte Rapp. Wien: WUV-Universitätsverlag, S. 76-82
- Sauter, D., Rixe, J. (2023): Traumaerfahrung. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. 1203ff.
- Schiemann, D./Moers, M./Büscher, A. (Hg.) (2014): Qualitätsentwicklung in der Pflege. Konzepte, Methoden und Instrumente. Stuttgart: Kohlhammer
- Schiemann, D.; Büscher, A. (2017): Konzeptionelle Aspekte der Pflegeleistung. In: Oswald, J.; Schmidt-Rettig, B.; Eichhorn, S. (Hg.): Krankenhaus-Managementlehre. Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts. Stuttgart: Kohlhammer, 400-422
- Schwarze, C., & Hahn, G. (2019). Das Präventionsnetzwerk >> Kein Täter werden << (Bd. 2. Auflage). Köln : Psychiatrie Verlag GmbH. DOI: <https://doi.org/10.5771/9783966050173>
- Steinhausen, C. (2019): Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. München: Elsevier
- Stevanovic, J., & Eher, R. (2020). Zur Diagnostik einer pädophilen Präferenzstörung jenseits der DSM-5 - und ICD-10-Kriterien und Phallometrie. Forensische Psychiatrie und Psychotherapie
- Stiftung für Patientensicherheit (Hrsg.). (2016). Speak up. Wenn Schweigen gefährlich ist: Speak up für mehr Sicherheit in der Patientenversorgung (Schriftenreihe Patientensicherheit Schweiz, Nr. 8). Zürich
- St. Pierre, M. & Hofinger, G. (2014). Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin (3., überarb. Aufl.). Berlin: Springer

Links Podcast:

Podcast Übergabe: Expertenstandard Beziehungsgestaltung bei Menschen mit Demenz, Folge 5:

<https://www.youtube.com/watch?v=C7NWIN3oDLO> (22.04.24)

Podcast Übergabe: Demenz- und delirsensibles Krankenhaus, Folge 131: <https://www.youtube.com/watch?v=06XRX23MdGg> (22.04.24)

Podcast Übergabe: Dementia Care Mapping, Folge 103: <https://www.youtube.com/watch?v=TF5C63z6ZM> (22.03.24)

Kü/Ba/Gi: 22.04.24

2.5 Modul „Fallorientiertes Arbeiten in der psychiatrischen Pflege: die Subjektperspektive jenseits der Diagnose“

Modultitel/Modulkennung: 03FASFP01 „Fallorientiertes Arbeiten in der psychiatrischen Pflege: die Subjektperspektive jenseits der Diagnose“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Praxismodul 03FPFP 01 Fachspezifische Pflege gestalten</i>			
Workload: 90 Std davon 60 Std. Kontaktstunden, 30 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitsspolitisch ökonomische Perspektive</i>
Reflexionskategorien: 1.I Selbsterhaltung und Selbstverlust 2.I Schutzbedürfnis und Ausgeliefertsein 1.II b Kreativität und Misstrauen 2.II b Selbstpflege und Fürsorge 4.II b Selbstschutz und Gewalt 2.I Selbst- und Fremdbestimmung 5.II.b Humanisierung und Pflegemanagement Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: - Wahrnehmungsverzerrung oder Stigmatisierung? - Macht und Ohnmacht in der pflegerischen Beziehung - Fürsorgliche Nähe und professionelle Distanz - Lebenswelt, Krankheitsverlauf und Diagnose - Handlungskompetenz durch Recovery - Der Einzelfall im Pflegesystem Inhalte: Subjektperspektive (Professionalisierung), Biografie, Lebenswelt, Autonomie und Interpersonelles Verstehen. Peer-Orientierung, EX-IN, Genesungsbegleiter, Falltheorie, Case-Management (u.a. Advocacy), Patientenpfade, Krankheitsverlaufskurve (Corbin & Strauss), Konzepte der sektorenübergreifenden Versorgung, Primary Nursing, Recovery, Delir, Unruhe, Stimmen hören und Suizidalität, Recovery.			

Fallarbeit in der Fachpraxis im (03FPFP 01 Fachspezifische Pflege gestalten, vgl. auch Praxismodul Pflegeprozessmethode im Handlungsfeld) Fallerhebung und Reflexion nach Krankheitsverlaufskurve (Corbin & Strauss) oder Recovery: Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von authentischen Fällen aus der Fachpflegepraxis

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Aus der Fokusgruppe:

„Weiter geht es natürlich auch um Menschen, die sich in verschiedenen Phasen der Erkrankung befinden, egal welche es ist. Also ob es eine seelische Notlage, die akute Krise, darstellt oder ob es in der Phase der Rekonvaleszenz oder Stabilisierung ist oder ob es die ambulante Betreuung ist. Wie ist die Milieugestaltung oder auch das Umfeld des Patienten im ambulanten psychiatrischen Pflegebereich. Dass man halt eben nicht nur Diagnosen betrachtet, sondern dass man natürlich auch die momentane Lebenssituation betrachtet, also wie akut ist die seelische Notlage oder wie stark, wie gut ist die Person stabilisiert.“

„Ich finde auch die Grundhaltung/ Also, man kennt das, dass es immer wieder Fallverläufe gibt, die sehr schwierig für ein Team sind und die man vielleicht auch lange betreut, und dass eine Fachpflegekraft es dann irgendwie hinbekommt sich abzugrenzen und Recovery-orientiert zu arbeiten, auch dem Team wieder Hoffnung zu spenden oder zumindest einen anderen Denkanstoß zu vermitteln.“

„Ich finde, die Basis muss erstmal sein, das Denken zu lehren, also wie denke ich, wie treffe ich klinische Entscheidungen, wie schätze ich Sachen ein, wonach gehe ich da?“

„Vielleicht könnte man sich ja zusätzlich nochmal/ Also ich finde den Aspekt sehr wichtig, den du gerade genannt hast, das multiperspektivische Fallverständnis nochmal mit reinbringen, was ich persönlich auch sehr wichtig da finde, wie gerade gesagt, zugeschnitten auf jeden Patienten individuell, in welcher psychischen Phase oder psychischen Erkrankung sich die Person befindet, dass man halt eben auch verschiedenste Perspektive ansprechen kann. Dass man zum einen quasi das Verständnis, Krankheitsverständnis, des Patienten beleuchten kann, aber natürlich auch das soziale Milieu oder die anderen Aspekte, die diesen ganzen Kosmos so flankieren, also die da drumherum einfach wichtig sind und für den Patienten entscheidend sind. Also, dass die Person nicht nur auf krankheitsspezifische Dinge guckt, sondern auch um den gesamten Kosmos drumherum, was umgibt den Patienten, was ist wichtig bei dem Patienten zu sehen. Ich habe den Eindruck aus der Praxis gewonnen, dass viele sehr nah an der Diagnose oft bleiben und danach dokumentieren oder oft nur die typischen Symptomatiken, beispielsweise wahnhaftes psychotisches Erleben, dann halt eben fokussieren und da so ein bisschen den Alltag drauf analysieren, aber dann nicht weitergucken. Also weiter im Bereich soziales Milieu, Umfeldanalyse, wie reagiert die

Person auf das Umfeld, dass da/ Pflege spricht ja auch darüber, dass es nicht direkt nur Krankheit und Diagnosen fokussiert und anschaut, sondern es guckt ja eigentlich eher auf einen ganz andren Aspekt aus meiner Sicht. Also dieses multiprofessionelle oder multiperspektivische Fallverständnis finde ich nochmal wichtig für eine Fachkraft“

„Für mich geht es bei der Vermittlerrolle auch um das Zusammenbringen von Erlebenswelten, also dass wir als Pflegekraft wissen, zwischen biomedizinisch und antipsychiatrisch/ Also das ist ja diese Spannweite. Wo sehe ich mich selbst, ich muss für mich selbst klar haben, auf welcher Stelle befinde ich mich. Ich kann ja als Pflegekraft medizinisches Verständnis haben, ob mich das im Kontakt mit den Betroffenen soweit bringt beziehungsweise ist die Frage, aber ich kann es vertreten, nur ich muss es für mich klar haben. Aber ich bin die Vermittlerrolle, die dann auch die Erlebenswelt des Patienten verstehen muss, egal von meiner abgegrenzt, wo befindet er sich, und dann muss ich verstehen, wie bringe ich jetzt unsere Welten zusammen. Das ist so die Kunst.“

„Also ich würde mir mehr Mut wünschen, auch gegenüber anderen Berufsgruppen. In erster Linie der Medizin. Also da auch das eigene Standing mehr zu vertreten. Also meine persönliche Hoffnung wäre, dass es mehr in Peer-Orientierung geht, also Nutzer, Betroffene miteinzubeziehen, mehr Wissen zu haben, wie implementiere ich die, und nicht einfach in die Praxis zu schmeißen und dort sein zu lassen. Ja, dass ich mutiger bin und auf Augenhöhe mehr bin und mich nicht abgrenzen muss, dass ich mich nicht darüber definiere.“

„Und das finde ich aber einen ganz wichtigen Schritt, also wirklich dieses Menschsein, fernab von irgendwelchen Diagnosesystemen, wo ich ja selber, auch wenn ich jemanden als Persönlichkeit instabil oder Persönlichkeitsstörung einstufe, dann sehe ich diesen Menschen ja nur noch unter dieser Brille. Und dann fällt mir auch nur noch auf, was diese Diagnose irgendwie beinhaltet und diese Merkmale generiere ich dann.“

Eine Pflegenden:

„(...) eine Dame kommt zur Aufnahme, kommt mit dem Rettungsdienst aus der Kurzzeitpflege. Lebt normalerweise zu Hause mit ihrer Tochter. Die Tochter baut das Haus um und deswegen ist sie einige Zeit jetzt in der Kurzzeitpflege. Und sie ist dort auf einmal stark verändert. Kommt da mit dem Rettungsdienst, auch mit Handschellen. Kommt zu uns auf die Station, wird in einen Rollstuhl gesetzt, entkleidet sich oben rum, hat eine große Oberweite, sitzt im Flurbereich und trommelt sich auf den Bauch und dann auf die nackte Brust und ruft immer Not Alarm, Not Alarm, es geht los. Und keiner konnte nachvollziehen, womit das zusammenhängt, wie das zustande kommt. Und diese Dame hatte einmalig in ihrem Leben eine psychiatrische Episode 1991. Und das war jetzt die zweite. Und das Pflegeheim wusste nicht über diese erste psychiatrische Episode,

weil es einfach nicht mehr relevant war. (...) Und wir haben dann im Verlauf herausgefunden, sie war zum Zeitpunkt der Tschernobyl-Katastrophe in Tschernobyl. Ihr Mann, Lüftungstechniker, war dort eingesetzt, ihre beiden Töchter auf dem Internat. Sie ist dann zu ihm gefahren, um ihn zu besuchen. Und die beiden mussten flüchten bei dieser Katastrophe. Und sie hat dann ein, zwei Jahre später hat sie dann die psychiatrische Episode erlebt als traumatische Verarbeitung. (...) diese Patientin wurde dann medikamentös eingestellt und wurde zu einem ganz anderen Menschen und konnte das aber alles sehr gut mit uns nachbesprechen, weil sie auch ihre Geschichte einfach für sich schon sehr klar hatte. Und wir konnten daran auch gut dann zeigen, wie wichtig Biographie-Arbeit ist und ja“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Die Sicht der Institution

In der *gesundheitsspolitisch-ökonomischen Perspektive* gerät auf der Sachebene der *Beziehungsdynamik* das Thema in den Fokus, wie Patienten durch Stationsvorgaben *reglementiert* werden. Traditionell hält sich das Bild von klaren Strukturen, Regeln und Vorgaben, wie sich Patient*innen bei einem stationären Aufenthalt in die Stationslogik einfügen haben, mit dem Ziel, sie gesellschaftlich zu rehabilitieren. Hier steht infrage, ob es begründete und legitimierte Konzepte gibt, um dieses Ziel zu verfolgen, oder ob die dadurch faktisch vollzogene Entmündigung der Patient*innen im Ermessen der professionellen Akteure liegt. Hierzu zählen auch implizite oder explizite Stationsregeln, wie man als Team gegenüber den Patient*innen agiert und auftritt. Professionelle Pflege würde bedeuten, dass die Handelnden sich dieser unauflösbaren immanenten Problematik bewusstwerden und ihr Handeln mit geeigneten Konzepten legitimieren. Diese Konzepte und ihr Handeln sollten sie dabei aber auch kontinuierlich wieder hinterfragen, ggf. revidieren und keinesfalls nur instrumentell verwenden. Eine andere Form von Psychiatrieregeln, die auf die Beziehungsdynamik zwischen professionellen Akteuren und Patient*innen einwirkt, ist die schon angesprochene stigmatisierende Macht der Diagnoseschlüssel, mit denen Patient*innen in der Psychiatrie oft nach krankheitsspezifischen Merkmalen kategorisiert werden. In der pflegerischen Praxis zeigt sich solches Denken darin, das Pflegenden und Ärzte Patienten wahrnehmen und beobachten, nach Symptomen suchen, sie finden und erfassen, dokumentieren und als Bestätigung der Diagnosestellung interpretieren. Die gestellte Diagnose wird kurzschlüssig als Ursache der Probleme und des Verhaltens betrachtet, ohne die Lebensgeschichte zu hinterfragen und ob nicht tatsächlich vor dem biografischen Erfahrungshintergrund die Ursache für Verhalten und entstandene Probleme, einschließlich der Diagnosestellung, zu suchen ist. Der Fixierung auf diagnostische Kriterien und der Grundhaltung, Patient*innen anhand von bestimmten Krankheitsmerkmalen zu kategorisieren und zu beurteilen wäre aus professionell-pflegerischer Sicht ein Denken entgegenzusetzen, das das „*Hinhören im psychiatrischen Alltag*“ (Zitat Pflegenden), Hinterfragen und Zweifeln als handlungsleitende Maximen pflegt.

Methodischer Vorschlag: Krankheitsbiografien: Hübner → begleitende **Lektürearbeit /Lehrervortrag:** Strukturierende und eingrenzende Funktion der Institution: Dörner et al., Goffman, Foucault → begleitende Lektürearbeit. **Lehrervortrag** zu den Konzepten Biografie (Schindler 2022) Lebenswelt (Fuchs 2021), Autonomie (Staudacher 2023: 737ff.) und Interpersonelles Verstehen (u. a. Dörflinger 2023: 343ff.). **Gruppendiskussion** zur Ergebnissicherung.

Methodischer Vorschlag: *Workshop: „Gehört Nähe zum professionellen Handeln in der Psychiatrie?“* Lektüre: Veit (2004: 62ff.) – Professionalisierungsthesen: u.a. **Subjekt-Subjekt-Beziehung.** *Diskussion Subjekt-Objekt-Beziehung* (u.a. Fixierung von Patienten). *Zusammenfassung in der Gruppe und Bewertung für die Fachpflege.* **Lehrervortrag:** Kurzvortrag zum Professionsansatz von Oevermann: hermeneutisches Fallverstehen, Fachwissen, situative Kompetenz (siehe Bartholomeyczik 2010). **Diskussion** und Bewertung für die Fachpraxis.

Im Modul Fallorientiertes Arbeiten in der psychiatrischen Pflege: die Subjektperspektive jenseits der Diagnose geht es in der *Perspektive des Individuums* darum, dass das Erleben auf einer psychiatrischen Station durch wechselvolle Verlaufsphasen charakterisiert ist. Nicht selten kommen Menschen in der Krise in die Behandlung, die sich immer wieder durch chronische Krankheitsbiografien ziehen. In der Betroffenheit durch eine psychiatrische Diagnose erleben Patient*innen zum Beispiel *leibliche* Entfremdung und Ohnmachtsgefühle, wie Delir, Stimmen hören und Suizidalität. Im Beziehungsaufbau der psychiatrischen Pflege erspürt der*die Pflegenden, in welcher Phase der Krankheitsverarbeitung der*die Betroffene sich befindet und welche unterschiedlichen Bedürfnisse hiermit jeweils verbunden sind. Mithilfe der Krankheitsverlaufskurve von Corbin & Strauss (u.a. Krise) kann der*die Pflegenden seine*ihre subjektive Einschätzung theoretisch reflektieren und prüfen, sowie situationsspezifische Pflegebedarfe eruieren. Zu erkennen ist beispielsweise, welcher Grad an Partizipation und Beratung seitens der*dem Patientin*Patienten situativ zugelassen werden kann, und wie viel Zeit die Beziehungsgestaltung benötigt.

Methodischer Vorschlag: *Einstieg durch Lesen der Interviewauszüge/Lehrervortrag zum Trajektmmodell* (Corbin und Straus, insbesondere akute und kritische Phasen). **Workshop** zur Reflexion des Modells auf einen ausgewählten Fall aus der Praxis/**Plakatarbeit:** grafische Darstellung der Krankheitsverlaufskurve/Zusammenfassung der Ergebnisse/ **Lektürearbeit** zum Modell. **Fragestellung:** „Welche Rolle spielt der Pflegeprozess in den Exempeln?“

Lehrervortrag: *Delir* (Rahman 2023), *Unruhe*, (Schmitte 2023: 1227) *Stimmen hören* (Schnackenberg, Burr, Debesay 2023: 1127ff.) und *Suizidalität* (Kozel, Abderhalden 2023: 1173ff.)

Patienten mit psychischen Erkrankungen und Verlaufskurven geraten ins Spannungsfeld von *Resignation und Hoffnung*. Für ihre Genesung wird ihnen immer wieder abverlangt, Hoffnung zu schöpfen um einen (wiederholten) Neuanfang begründen zu können. Diese Kompetenz braucht nicht nur Energie und Kraft, sie braucht auch eine neue Denkweise, in der Rückschritte passieren dürfen. Eine solche Denkweise ist u.a. im Recovery-Konzept zentral, da hier die eigene *Handlungskompetenz* im Zentrum steht, die mit Hoffnung beginnt. Gedanklich führt das Recovery-Konzept zunächst in die Selbstpflege. Die Fürsorge der Pflegenden zeigt sich beispielsweise durch Unterstützung, Begleitung und dem „Mut-machen“, dass Betroffene ihren eigenen Recovery-Weg gehen können. Die Beziehungsdynamik ist charakterisiert *durch Selbst- und Fremdbestimmung* des Individuums. Hierbei müssen die Pflegenden zulassen, das Betroffene eine eigene Rolle im Genesungsprozess bekommen.

Lehrervortrag *Konzepte der Selbsthilfe und „Peer-Arbeit“* (u.a. Jahnke, Tilly 2023: 68 ff.).

Gruppenarbeit: Vertiefung Konzepte Peer-Counseling, Peer-Involvement, EX-IN (u.a. Jahnke 2014), Genesungsbegleitung (u.a. Ackers, Nuißl 2021). **Gruppenpuzzle** und Sicherung der Ergebnisse.

Lehrervortrag zum Konzept Recovery (u.a. Rabenschlag, Leuenberger 2023: 959ff). **Workshop** zu den Modulen zum Recovery-Konzept (Zuaboni, Abderhalden, Schulz, Winter 2012 Recovery praktisch! Schulungsunterlagen. Bern: Verlag Universitäre Psychiatrische Dienste), Vorbereitung Fallarbeit im Praxismodul.

Zur Kategorie 4. III Humanisierung und Management: der Einzelfall steht im Zentrum des Moduls, was aus den Berichten der Pflegenden abgeleitet werden kann. Psychiatrische Pflege zeichnet sich seit langem durch Bezugspflegesysteme aus, die einen humanen Gedanken in der Pflegearbeit verfolgen. Bezugspflegearbeit wird hierdurch zur Managementfrage, wenn ein entsprechendes Pflegesystem eingeführt wird. Um im Management ein neues Personalsystem einzuführen, braucht es Kompetenzen, um gegen Widerstände anzuarbeiten.

Methodischer Vorschlag: Lehrervortrag zum Primary Nursing./**Lektürearbeit: Rixe Bezugspflege/Primary Nursing (2023: 661)** zum PN: **Gruppenarbeit oder ggf. Planspiel** in Anlehnung an Kerres und Wissing (2020) entwickeln: „Die psychiatrische Station P5 denkt über die Einführung von Primary Nursing nach...“. (Prozesse der Versorgung)/ **Fragestellung:** „Was bedeutet das für Strukturen und Ablaufprozesse in der Psychiatrie?“ **Anschluss: Lehrervortrag** zur Aufnahme und dem Entlassungsmanagement (u. a. Löhr, Abderhalten 2023: 672ff.) **Diskussion:** „Wie kann das Bezugspflegesystem direkt in den Anschluss des Entlassungsmanagements gestellt werden?“

Aus der Perspektive der Interaktion

In der Perspektive der Interaktion ist das professionelle Selbstverständnis als Fachpflegende am Einzelfall orientiert mit den anderen am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen auszuhandeln. Wie im Exempel ersichtlich wird eine Patient*in vom Rettungsdienst in Handschellen aus der Kurzzeitpflege in die Psychiatrie gebracht. Der Pflegenden begegnet eine sektorenbegrenzt-funktionale Patientenbehandlung, die in Widerspruch zur fall- und bedürfnisorientierten Ausrichtung der Psychiatriepflege gerät, welche von den anderen Berufsgruppen, aber auch innerhalb von Pflgeteams mit Misstrauen und Skepsis beäugt wird. In der Interaktion mit der*dem Patienten*Patientin und ihren Angehörigen sehen sich die Fachpflegenden als Beratende und vertreten ihre Interessen advokatorisch gegenüber anderen Akteuren im Behandlungsprozess. Hierbei sind Konflikte zwischen dem am Fall orientierten Rollenverständnis als Fachpflegende*r und disziplinspezifischen Routinen auszuhalten und mithilfe von Konzepten der intersektoralen Zusammenarbeit klären und bewältigen zu können.

Methodischer Vorschlag: Einstieg durch **Lehrervortrag** zum Case-Management (Phasen und Rollen, **insbesondere Advocacy**)/ Bearbeitung eines Falls aus der Praxis nach den Phasen des Case-Managements in Gruppen./**Lehrervortrag** zu ausgewählten Patient*innenpfaden./**Grup-**

penarbeit oder ggf. Planspiel in Anlehnung an Kerres und Wissing (2020) entwickeln mit verschiedenen Akteur*innen im Behandlungsprozess (z.B. Einführung eines Patientenpfades für die Versorgung in der Psychiatrie).

Zusammenfassung des Moduls und Vorbereitung auf Praxismodul 03FPFP 01 „Fachspezifische Pflege gestalten“.

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ...erwerben tiefes theoretisches Wissen, um eine Subjektperspektive einzunehmen, individuelle Einzelfälle im Kontext von Biografie und Lebenswelt zu interpretieren, die Subjektperspektive im Team der psychiatrischen Versorgung verteidigen zu können
- ... können am Fallbeispiel aus der Fachpraxis das Trajekt-Modell (Corbin & Strauss) nachvollziehen, einen Perspektivwechsel und einen Transfer vollziehen und dementsprechend Pflegebedarfe und -bedürfnisse erkennen
- ... können am Fallbeispiel aus der Fachpraxis die subjektive Perspektive von Patient*innen nachvollziehen, einen Perspektivwechsel und Transfer vollziehen und dementsprechend Pflegebedarfe und -bedürfnisse erkennen
- ...bewerten die Verbindung zwischen einer Subjektperspektive und professionellem Handeln nach Oevermann (Fallverstehen)
- ... kennen eine Breite an psychiatrischen Phänomenen und deren pflegerisch-therapeutische Interventionen, bewerten diese für ihr Praxisfeld und können die Erkenntnisse im Pflgeteam einbringen
- ...sie vertiefen ihr Wissen zu psychiatrischen Pflegekonzepten mit Peerbezug, vollziehen einen Perspektivwechsel zur Orientierung am Betroffenen und begründen im Team die neue Sichtweise
-sie erlangen tiefes und breites Wissen zum Konzept Recovery und können das Konzept auf einen ausgewählten Praxisfall übertragen
- ... greifen für die Gestaltung ihrer Fachpraxis auf Konzepte der intersektoralen Versorgung zurück und übertragen ihre theoriegeleiteten Überlegungen auf Patient*innenfälle in der fachtypischen Praxis
- ... bewerten das Konzept des Primary Nursing für die am Fall orientierte Versorgung und gestalten in einer Gruppenarbeit zur Vorbereitung auf die Umsetzung in die Pflegepraxis
- ... nehmen eine kritische Haltung ein und übernehmen Verantwortung dafür, mit der Pflegeprozessmethode für einen sicheren Versorgungsverlauf der Patient*innen und Bewohner*innen im Fachgebiet der psychiatrischen Pflege zu sorgen.

Leistungsüberprüfung: HA/R/M/PR (Kombinationsprüfung mit Praxismodul 03FPFP 01 Fachspezifische Pflege gestalten)

Modulleistung Praxismodul 03FPFP 01 Fachspezifische Pflege gestalten (PBM/PBS/PMU)

- *Fallerhebung in der Praxis*
- *Beschreibung der Fallerhebung*
- *Falldarstellung*

Modulleistung 03FASFP01 „Fallorientiertes Arbeiten in der psychiatrischen Pflege: die Subjektperspektive jenseits der Diagnose“ (HA/R/PR/M)

• <i>Fallerhebung aus Praxismodul überarbeiten</i> • <i>Reflexion auf ausgewählte Theorie (wahlweise Corbin& Strauss oder Konzept Recovery)</i> • <i>Bewertung der Fallanalyse</i>
Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen): - Siehe Praxismodul 03FPFP 01 Fachspezifische Pflege gestalten: Fallerhebung nach Arbeitsverbundenem Lernen.
Lernvorschläge für die Selbststudienzeit: - Literaturstudium (Corbin& Strauss/ Recovery), Erhebung Praxissituation zur Fallbearbeitung, Erstellung Prüfungsleistung
Literaturempfehlungen: • Ackers, S. Nuißl, K. (2021): EX-In. Genesungsbegleitung. Erfahrungsberichte aus der Praxis. Köln: Psychiatrie-Verlag. • Bartholomeyczik, S. (2010): Professionelle Pflege heute. Einige Thesen. In: Kreutzer, S.; Remmers, H. (Hrsg.) (2010): Transformation pflegerischen Handelns: Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert. Osnabrück: V & R Unipress, S. 134–155. • Bostelaar, R.; Pape, R. (2008): Case Management im Krankenhaus. Hannover: Schlüter-sche Verlagsgesellschaft • Brinkmann, V. (Hrsg.) (2010): Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. 2. Aufl., Wiesbaden: Gabler • Busch, J. (1996): "Was der Patient sagt...". Die Reflexion der Krankenpflege in Autobiographien von Patienten. Baunatal: BVS Gohl • Chinman, M.; George, P.; Dougherty, R.H.; Daniels, A. S.; Shoma Ghose, S.; Swift, A. & Delphin-Rittmon, M. E. (2014): Peer Support Services for Individuals With Serious Mental Illnesses: Assessing the Evidence. In: Psychiatric Services 65(4). S. 429-441. DOI: 10.1176/appi.ps.201300244 • Corbin, J. M.; Strauss, A. L (2004): Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Bern: Huber • Dörner, Klaus; Plog, Ursula; Bock, Thomas; Brieger, Peter; Heinz, Andreas; Wendt, Frank (Hg.) (2019): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. 25. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag. • Dörflinger, E. (2023): Interpersonelles Verstehen. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. 343ff. • Ehlers, C.; Lehmann, D. (2019): Implementierung und Entwicklung von Case Management. Praktische Tipps zur Umsetzung von Case Management in Humandiensten. Heidelberg: medhochzwei • Ewers, M.; Schaeffer, D. (2005): Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Hans Huber • Elzer, M. Sciborski, C. (2007): Kommunikative Kompetenzen in der Pflege. Theorie und Praxis der verbalen und nonverbalen Interaktion. Unter Mitarbeit von Petra Jestädt, Sebastian Möller, Jürgen Georg. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, S. 68–79. • Foucault, Michel (2022[1973]): Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Aus dem Französischen von Ulrich Köppen. 25. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp • Goffman, Erving (1973): Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt am Main; Suhrkamp Verlag. • Fuchs, T. (2021): Leib und Lebenswelt: Neue philosophisch-psychiatrische Essays. Dietzenbach: Grau Edition

- Jahnke, B. (2014): EX-IN Kulturlandschaften. 12 Gespräche zur Frage: Wie gelingt Inklusion? Köln: Psychatrie-Verlag.
- Jahnke, B., Tilly, C. (2023): Selbsthilfe und Peer-Arbeit. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. 68 ff.
- Kerres, A., Wissing C. (2020): Planspiel Pflege und Gesundheit. Anwendungsbeispiele für die berufliche Bildung. Stuttgart: Kohlhammer
- Kowalski, M. A. (2020): Mental Health Recovery: The Effectiveness of Peer Services in the Community. In: Community mental health journal 56(3). S. 568-580. DOI: 10.1007/s10597-019-00514-5
- Kozel, B., Abderhalden, C. (2023): Suizidalität. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. 1173ff
- Mahlke, C. I.; Krämer, U. M.; Becker, T. & Bock, T. (2014): Peer support in mental health services. In: Current opinion in psychiatry 27(4). S. 276-281. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000074
- Mahlke, C.; Krämer, U.; Kilian, R.; Becker, T. (2015): Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung. In: Nervenheilkunde 34(4). S. 235-239. Stuttgart. Georg Thieme Verlag.
- Rahman, S. (2023): Delir kompakt. Delirmanagement bei akut neurokognitiven beeinträchtigten Personen Bern: Hogrefe
- Schaeffer, D. (2009): Chronische Krankheit und Multimorbidität im Alter – Versorgungserfordernisse diskutiert auf der Basis eines Fallverlaufs. In: Pflege & Gesellschaft. 14 Jg. Heft 4. Weinheim: Juventa
- Schindler, H. (2022): Sich selbst beheimaten. Grundlagen systemischer Biografiearbeit. Göttingen, Wien, Köln: Vandenhoeck & Ruprecht
- Schmitte, H. (2023): Unruhe. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. S. 1227ff.
- Schnackenberg, J., Burr, C., Debesay, S. (2023): Stimmenhören. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. S. 1127ff.
- Staudacher, D. (2023): Autonomie. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. S. 737ff.
- van Riet, N.; Wouters, H. (2008): Case Management. Ein Lehr- und Arbeitsbuch über die Organisation und Koordination von Leistungen im Sozial und Gesundheitswesen. Interact Verlag für Soziales und Kulturelles
- Veit, A. (2004): Professionelles Handeln als Mittel zur Bewältigung des Theorie-Praxis-Problems in der Krankenpflege. Bern: Huber. S. 62ff
- Weibold, B. & Aigner, M. (2023): EX-IN: Peer-Arbeit in der Psychiatrie. In: Pflegezeitschrift 76(6). S. 24-27. Berlin. Springer Pflege.
- Wendt, W. R.; Löcherbach, P. (2006): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven. Economica Verlag
- Wendt, W. R. (2008): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Freiburg: Lambertus-Verlag
- Zuaboni, G., Abderhalden, C., Schulz, M. Winter, A. (2012) Recovery praktisch! Schulungsmaterialien. Bern: Verlag Universitäre Psychiatrische Dienste
-

Kü/Ba/Gi: 22.04.2024

2.6 Modul „Fachspezifische Pflege gestalten“ (Praxismodul)

Modultitel/Modulkennung: 03FPFP 01 „Fachspezifische Pflege gestalten“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: Das Modul ist praxisbegleitend zum Modul 03FASFP01 „Fallorientiertes Arbeiten in der psychiatrischen Pflege: die Subjektperspektive jenseits der Diagnose“ (Fachspezifisches Modul) und wahlweise zum Modul 03PDB01 „Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln“ (Basismodul) Das Praxismodul kann wahlweise nach einem der Theoriemodule bearbeitet werden. <i>(Prüfungskombination der Module).</i>			
480 Praxisstunden, davon 240 Std. AVL und gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ) (8LP)			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
Reflexionskategorien: 1.I Selbsterhaltung und Selbstverlust 2.I Schutzbedürfnis und Ausgeliefertsein 1.II b Kreativität und Misstrauen 2.II b Selbstpflege und Fürsorge 4.II b Selbstschutz und Gewalt 2.I Selbst- und Fremdbestimmung 5.II.b Humanisierung und Pflegemanagement			
Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: - Wahrnehmungsverzerrung oder Stigmatisierung? - Macht und Ohnmacht in der pflegerischen Beziehung - Fürsorgliche Nähe und professionelle Distanz - Lebenswelt, Krankheitsverlauf und Diagnose - Handlungskompetenz durch Recovery - Der Einzelfall im Pflegesystem			
Inhalte: Subjektperspektive (Professionalisierung), Biografie, Lebenswelt, Autonomie und Interpersonelles Verstehen. Peer-Orientierung, EX-IN, Genesungsbegleiter, Falltheorie, Case-Management			

(u.a. Advocacy), Patientenpfade, Krankheitsverlaufskurve (Corbin & Strauss), Konzepte der sektorenübergreifenden Versorgung, Primary Nursing, Recovery, Delir, Unruhe, Stimmen hören und Suizidalität, Recovery. Fallarbeit in der Fachpraxis im (03FPFP 01 Fachspezifische Pflege gestalten, vgl. auch Praxismodul Pflegeprozessmethode im Handlungsfeld) Fallerhebung und Reflexion nach Krankheitsverlaufskurve (Corbin & Strauss) oder Recovery: Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von authentischen Fällen aus der Fachpflegepraxis

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Aus der Fokusgruppe:

„Weiter geht es natürlich auch um Menschen, die sich in verschiedenen Phasen der Erkrankung befinden, egal welche es ist. Also ob es eine seelische Notlage, die akute Krise, darstellt oder ob es in der Phase der Rekonvaleszenz oder Stabilisierung ist oder ob es die ambulante Betreuung ist. Wie ist die Milieugestaltung oder auch das Umfeld des Patienten im ambulanten psychiatrischen Pflegebereich. Dass man halt eben nicht nur Diagnosen betrachtet, sondern dass man natürlich auch die momentane Lebenssituation betrachtet, also wie akut ist die seelische Notlage oder wie stark, wie gut ist die Person stabilisiert.“

„Ich finde auch die Grundhaltung/ Also, man kennt das, dass es immer wieder Fallverläufe gibt, die sehr schwierig für ein Team sind und die man vielleicht auch lange betreut, und dass eine Fachpflegekraft es dann irgendwie hinbekommt sich abzugrenzen und Recovery-orientiert zu arbeiten, auch dem Team wieder Hoffnung zu spenden oder zumindest einen anderen Denkanstoß zu vermitteln.“

„Ich finde, die Basis muss erstmal sein, das Denken zu lehren, also wie denke ich, wie treffe ich klinische Entscheidungen, wie schätze ich Sachen ein, wonach gehe ich da?“

„Vielleicht könnte man sich ja zusätzlich nochmal/ Also ich finde den Aspekt sehr wichtig, den du gerade genannt hast, das multiperspektivische Fallverständnis nochmal mit reinbringen, was ich persönlich auch sehr wichtig da finde, wie gerade gesagt, zugeschnitten auf jeden Patienten individuell, in welcher psychischen Phase oder psychischen Erkrankung sich die Person befindet, dass man halt eben auch verschiedenste Perspektive ansprechen kann. Dass man zum einen quasi das Verständnis, Krankheitsverständnis, des Patienten beleuchten kann, aber natürlich auch das soziale Milieu oder die anderen Aspekte, die diesen ganzen Kosmos so flankieren, also die da drumherum einfach wichtig sind und für den Patienten entscheidend sind. Also, dass die Person nicht nur auf krankheitsspezifische Dinge guckt, sondern auch um den gesamten Kosmos drum-

herum, was umgibt den Patienten, was ist wichtig bei dem Patienten zu sehen. Ich habe den Eindruck aus der Praxis gewonnen, dass viele sehr nah an der Diagnose oft bleiben und danach dokumentieren oder oft nur die typischen Symptomaten, beispielsweise wahnhaftes psychotisches Erleben, dann halt eben fokussieren und da so ein bisschen den Alltag drauf analysieren, aber dann nicht weitergucken. Also weiter im Bereich soziales Milieu, Umfeldanalyse, wie reagiert die Person auf das Umfeld, dass da/ Pflege spricht ja auch darüber, dass es nicht direkt nur Krankheit und Diagnosen fokussiert und anschaut, sondern es guckt ja eigentlich eher auf einen ganz andren Aspekt aus meiner Sicht. Also dieses multiprofessionelle oder multiperspektivische Fallverständnis finde ich nochmal wichtig für eine Fachkraft“

„Für mich geht es bei der Vermittlerrolle auch um das Zusammenbringen von Erlebenswelten, also dass wir als Pflegekraft wissen, zwischen biomedizinisch und antipsychiatrisch/ Also das ist ja diese Spannweite. Wo sehe ich mich selbst, ich muss für mich selbst klar haben, auf welcher Stelle befinde ich mich. Ich kann ja als Pflegekraft medizinisches Verständnis haben, ob mich das im Kontakt mit den Betroffenen soweit bringt beziehungsweise ist die Frage, aber ich kann es vertreten, nur ich muss es für mich klar haben. Aber ich bin die Vermittlerrolle, die dann auch die Erlebenswelt des Patienten verstehen muss, egal von meiner abgegrenzt, wo befindet er sich, und dann muss ich verstehen, wie bringe ich jetzt unsere Welten zusammen. Das ist so die Kunst.“

„Also ich würde mir mehr Mut wünschen, auch gegenüber anderen Berufsgruppen. In erster Linie der Medizin. Also da auch das eigene Standing mehr zu vertreten. Also meine persönliche Hoffnung wäre, dass es mehr in Peer-Orientierung geht, also Nutzer, Betroffene miteinzubeziehen, mehr Wissen zu haben, wie implementiere ich die, und nicht einfach in die Praxis zu schmeißen und dort sein zu lassen. Ja, dass ich mutiger bin und auf Augenhöhe mehr bin und mich nicht abgrenzen muss, dass ich mich nicht darüber definiere.“

„Und das finde ich aber einen ganz wichtigen Schritt, also wirklich dieses Menschsein, fernab von irgendwelchen Diagnosesystemen, wo ich ja selber, auch wenn ich jemanden als Persönlichkeit instabil oder Persönlichkeitsstörung einstufe, dann sehe ich diesen Menschen ja nur noch unter dieser Brille. Und dann fällt mir auch nur noch auf, was diese Diagnose irgendwie beinhaltet und diese Merkmale generiere ich dann.“

Eine Pflegenden:

„(...) eine Dame kommt zur Aufnahme, kommt mit dem Rettungsdienst aus der Kurzzeitpflege. Lebt normalerweise zu Hause mit ihrer Tochter. Die Tochter baut das Haus um und deswegen ist sie einige Zeit jetzt in der Kurzzeitpflege. Und sie ist dort auf einmal stark verändert. Kommt da

mit dem Rettungsdienst, auch mit Handschellen. Kommt zu uns auf die Station, wird in einen Rollstuhl gesetzt, entkleidet sich oben rum, hat eine große Oberweite, sitzt im Flurbereich und trommelt sich auf den Bauch und dann auf die nackte Brust und ruft immer Not Alarm, Not Alarm, es geht los. Und keiner konnte nachvollziehen, womit das zusammenhängt, wie das zustande kommt. Und diese Dame hatte einmalig in ihrem Leben eine psychiatrische Episode 1991. Und das war jetzt die zweite. Und das Pflegeheim wusste nicht über diese erste psychiatrische Episode, weil es einfach nicht mehr relevant war. (...) Und wir haben dann im Verlauf herausgefunden, sie war zum Zeitpunkt der Tschernobyl-Katastrophe in Tschernobyl. Ihr Mann, Lüftungstechniker, war dort eingesetzt, ihre beiden Töchter auf dem Internat. Sie ist dann zu ihm gefahren, um ihn zu besuchen. Und die beiden mussten flüchten bei dieser Katastrophe. Und sie hat dann ein, zwei Jahre später hat sie dann die psychiatrische Episode erlebt als traumatische Verarbeitung. (...) diese Patientin wurde dann medikamentös eingestellt und wurde zu einem ganz anderen Menschen und konnte das aber alles sehr gut mit uns nachbesprechen, weil sie auch ihre Geschichte einfach für sich schon sehr klar hatte. Und wir konnten daran auch gut dann zeigen, wie wichtig Biographie-Arbeit ist und ja“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Siehe Modulbeschreibung 03FASFP01 „Fallorientiertes Arbeiten in der psychiatrischen Pflege: die Subjektperspektive jenseits der Diagnose“ (Fachspezifisches Modul)

Für das Praxismodul ist eine Aufgabenstellung nach dem Vorbild des Arbeitsverbundenen Lernens (Rahmenplänen der Fachkommission § 53 PflBG, Darmann-Finck, Muths, Görres, Adrian, Bomball und Reuschenbach 2014: 117 ff.) zu entwerfen, die die Gegebenheiten der jeweiligen Fachweiterbildung und der praktischen Einsatzorte berücksichtigt.

Hintergrund ist, wie formelles und informelles Lernen in der Fachweiterbildung miteinander verknüpft werden. So sind in den verschiedenen lernorganisatorischen Kontexten die Operationen des Reflektierens und Lernens einerseits und des Handelns andererseits jeweils unterschiedlich ausgeprägt. Beim Modell des arbeitsverbundenen Lernens werden informelles und formelles Lernen systematisch verbunden. Hier werden arbeitsplatznahe Lernangebote angestrebt. Diese können von Arbeits- und Lernaufgaben bis hin zu Lernstationen und Qualitätszirkeln mit einer eigenen räumlichen und materiellen Infrastruktur reichen (vgl. Dehnbostel 2007, 47). Durch die Integration von informellem und formellem Lernen können sowohl die systematische Planung und Durchführung von Handlungen als auch Reflexionsprozesse angebahnt werden. Ebenfalls dem arbeitsverbundenen Lernen lässt sich das „Lernen durch Hospitation und betriebliche Erkundungen“ zuordnen. Mit dieser Form arbeitsbezogenen Lernens sollen auch Erfahrungen gemacht oder Theoriewissen vertieft werden (Dehnbostel 2007, 48).

Über diesen Vorgang soll ein Transfer stattfinden, der zum einen auf Lernprozesse abzielt – zum anderen aber auch Befunde und Realitäten der Praxis aufnimmt und gleichzeitig wiederum dafür sorgt, dass Pflegewissen in der Pflegepraxis wahrgenommen wird. Letzteres setzt Innovationsprozesse in der Praxis frei.

*Für die hier angestrebte Fallerhebung sollen die Bildungsteilnehmer*innen explizit so eingesetzt werden, dass sie einen Fall als Exempel zur Prüfungsleitung erheben können.*

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ...erwerben tiefes theoretisches Wissen, um eine Subjektperspektive einzunehmen, individuelle Einzelfälle im Kontext von Biografie und Lebenswelt zu interpretieren, die Subjektperspektive im Team der psychiatrischen Versorgung verteidigen zu können
- ... können am Fallbeispiel aus der Fachpraxis das Trajekt-Modell (Corbin & Strauss) nachvollziehen, einen Perspektivwechsel und einen Transfer vollziehen und dementsprechend Pflegebedarfe und -bedürfnisse erkennen
- ... können am Fallbeispiel aus der Fachpraxis die subjektive Perspektive von Patient*innen nachvollziehen, einen Perspektivwechsel und Transfer vollziehen und dementsprechend Pflegebedarfe und -bedürfnisse erkennen
- ...bewerten die Verbindung zwischen einer Subjektperspektive und professionellem Handeln nach Oevermann (Fallverstehen)
- ... kennen eine Breite an psychiatrischen Phänomenen und deren pflegerisch-therapeutische Interventionen, bewerten diese für ihr Praxisfeld und können die Erkenntnisse im Pflege-Team einbringen
- ...sie vertiefen ihr Wissen zu psychiatrischen Pflegekonzepten mit Peerbezug, vollziehen einen Perspektivwechsel zur Orientierung am Betroffenen und begründen im Team die neue Sichtweise
- ...sie erlangen tiefes und breites Wissen zum Konzept Recovery und können das Konzept auf einen ausgewählten Praxisfall übertragen
- ... greifen für die Gestaltung ihrer Fachpraxis auf Konzepte der intersektoralen Versorgung zurück und übertragen ihre theoriegeleiteten Überlegungen auf Patient*innenfälle in der fachtypischen Praxis
- ... bewerten das Konzept des Primary Nursings für die am Fall orientierte Versorgung und gestalten in einer Gruppenarbeit zur Vorbereitung auf die Umsetzung in die Pflegepraxis
- ... nehmen eine kritische Haltung ein und übernehmen Verantwortung dafür, mit der Pflegeprozessmethode für einen sicheren Versorgungsverlauf der Patient*innen und Bewohner*innen im Fachgebiet der psychiatrischen Pflege zu sorgen.

Leistungsüberprüfung (PBM/PBS/PMU):

Lernvorschläge für Praxismodul (arbeitsverbundenes Lernen):

Modulleistung Praxismodul 03FPFP 01 Fachspezifische Pflege gestalten (PBM/PBS/PMU)

- *Fallerhebung in der Praxis*
- *Beschreibung der Fallerhebung*
- *Falldarstellung*

Modulleistung 03FASFP01 „Fallorientiertes Arbeiten in der psychiatrischen Pflege: die Subjektperspektive jenseits der Diagnose“ (HA/R/PR/M)

Das Praxismodul **03FPFP 01 „Fachspezifische Pflege gestalten** kann im Schwerpunkt wahlweise mit den Theoriemodulen „Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln“ **oder** wahlweise „Fallorientiertes Arbeiten in der Fachpflege“ im 3. Semester bearbeitet werden.

(Prüfungskombination der Module).

oder:

Modulleistung Praxismodul 03FPFP 01 „Fachspezifische Pflege gestalten“ (PBM/PBS/PMU)

- *Fallerhebung oder Themenerhebung in der Praxis*
- *Reflexion auf Basis eines ausgewählten pflegedidaktischen Modells*

Modulleistung 03PDB01 „Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln“

- Fall- bzw. Themenwahl aus der Praxis überarbeiten,
- Pflegedidaktischen Bezug überarbeiten
- pflegedidaktisch bearbeitete Lehr-Lernsituation für die Fachpraxis entwickeln.

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Erhebung Fallsituation in der Fachpraxis, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

- Amering, M. (2013): Recovery ist eine Illusion - Pro & Kontra. In: Psychiatrische Praxis 40(5). S. 246–247. Stuttgart. Georg Thieme Verlag. DOI: 10.1055/s-0033-1343214
- Amering, M. & Schmolke, M. (2011): Recovery: Das Ende der Unheilbarkeit. 5. Auflage. Köln. Psychiatrie Verlag
- Ackers, S. Nuißl, K. (2021): EX-In. Genesungsbegleitung. Erfahrungsberichte aus der Praxis. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Bartholomeyczik, S. (2010): Professionelle Pflege heute. Einige Thesen. In: Kreutzer, S.; Remmers, H. (Hrsg.) (2010): Transformation pflegerischen Handelns: Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert. Osnabrück: V & R Unipress, S. 134–155.
- Bostelaar, R.; Pape, R. (2008): Case Management im Krankenhaus. Hannover: Schlüter-sche Verlagsgesellschaft
- Brinkmann, V. (Hrsg.) (2010): Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. 2. Aufl., Wiesbaden: Gabler
- Busch, J. (1996): „Was der Patient sagt...“. Die Reflexion der Krankenpflege in Autobiographien von Patienten. Baunatal: BVS Gohl
- Burr, C. (2012): Recover in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen und Projekte. Köln. Psychiatrie Verlag.
- Corbin, J. M.; Strauss, A. L (2004): Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Bern: Huber
- Dieckbreder, F. (2017): Recovery am Beispiel der Hoffnung. In: Psychiatrische Pflege 2(3). S. 31-35. Göttingen. Hogrefe Verlag. DOI: 10.1024/2297-6965/a000092
- Dörner, Klaus; Plog, Ursula; Bock, Thomas; Brieger, Peter; Heinz, Andreas; Wendt, Frank (Hg.) (2019): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. 25. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Dörflinger, E. (2023): Interpersonelles Verstehen. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. 343ff.
- Ehlers, C.; Lehmann, D. (2019): Implementierung und Entwicklung von Case Management. Praktische Tipps zur Umsetzung von Case Management in Humandiensten. Heidelberg: medhochzwei
- Ewers, M.; Schaeffer, D. (2005): Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Hans Huber
- Elzer, M. Sciborski, C. (2007): Kommunikative Kompetenzen in der Pflege. Theorie und Praxis der verbalen und nonverbalen Interaktion. Unter Mitarbeit von Petra Jestädt, Sebastian Möller, Jürgen Georg. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, S. 68–79.

- Foucault, Michel (2022[1973]): Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Aus dem Französischen von Ulrich Köppen. 25. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Guerre, N. (2015): Pflege als Hoffnungsträger. In: *Die Schwester Der Pfleger* 54(7). S. 30-33. Melsungen. Bibliomed Verlag.
- Goffman, Erving (1973): Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt am Main; Suhrkamp Verlag.
- Fuchs, T. (2021): Leib und Lebenswelt: Neue philosophisch-psychiatrische Essays. Dietzenbach: Grau Edition
- Jahnke, B. (2014): EX-IN Kulturlandschaften. 12 Gespräche zur Frage: Wie gelingt Inklusion? Köln: Psychatrie-Verlag.
- Jahnke, B., Tilly, C. (2023): Selbsthilfe und Peer-Arbeit. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. 68 ff.
- Kerres, A., Wissing C. (2020): Planspiel Pflege und Gesundheit. Anwendungsbeispiele für die berufliche Bildung. Stuttgart: Kohlhammer
- Kozel, B., Abderhalden, C. (2023): Suizidalität. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. 1173ff.
- Rahman, S. (2023): Delir kompakt. Delirmanagement bei akut neurokognitiven beeinträchtigten Personen Bern: Hogrefe
- Schaeffer, D. (2009): Chronische Krankheit und Multimorbidität im Alter – Versorgungserfordernisse diskutiert auf der Basis eines Fallverlaufs. In: *Pflege& Gesellschaft*. 14 Jg. Heft 4. Weinheim: Juventa
- Schindler, H. (2022): Sich selbst beheimaten. Grundlagen systemischer Biografiearbeit. Göttingen, Wien, Köln: Vandenhoeck& Ruprecht
- Schmitte, H. (2023): Unruhe. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. S. 1227ff.
- Schnackenberg, J., Burr, C., Debesay, S. (2023): Stimmenhören. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. S. 1127ff.
- Schulz, M. & Zuaboni, G. (2012): Recovery-orientiert fragen. In: *Psychiatrische Pflege* 18(5). S. 230-235. Göttingen. Hogrefe Verlag. DOI: 10.1055/s-0032-1327011
- Staudacher, D. (2023): Autonomie. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. S. 737ff.
- Tschinke, I.; Rogner, M.; Albers, M.; Gonther, U. & N., A. (2024): Recovery-orientierte Praxis in der psychiatrischen Pflege. Kritische Reflexion, praktische Umsetzung und Zukunftsaussichten. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- van Riet, N.; Wouters, H. (2008): Case Management. Ein Lehr- und Arbeitsbuch über die Organisation und Koordination von Leistungen im Sozial und Gesundheitswesen. Interact Verlag für Soziales und Kulturelles
- Veit, A. (2004): Professionelles Handeln als Mittel zur Bewältigung des Theorie-Praxis-Problems in der Krankenpflege. Bern: Huber. S. 62ff
- Wendt, W. R.; Löcherbach, P. (2006): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven. Economica Verlag
- Wendt, W. R. (2008): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Freiburg: Lambertus-Verlag
- Zuaboni, G., Abderhalden, C., Schulz, M. Winter, A. (2012) Recovery praktisch! Schulungsunterlagen. Bern: Verlag Universitäre Psychiatrische Dienste
- Zuaboni, G.; Burr, C.; Winter, A. & Schulz, M. [Hrsg.] (2019): Recovery und psychische Gesundheit. Grundlagen und Praxisprojekte. 1. Auflage. Köln. Psychiatrie Verlag.

Kü/Ba/Gi: 22.04.2024

2.7 Modul „Evidenzbasierte Pflege und Medizin in der Psychiatrie“

Modultitel/Modulkennung: 02EFP 01 „Evidenzbasierte Pflege und Medizin in der Psychiatrie“			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Themenerhebung in der Fachpraxis im Praxismodul 02PBP01 „Pflegeprozess im Handlungsfeld“ beachten.</i> <i>Modul führt das Thema Evidenzbasierung fort und vertieft die Modulleistung im 02PB01 „Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“</i>			
Workload: 60 Std davon 40 Std. Kontaktstunden, 20 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
			
Reflexionskategorien: 2.II Selbstbestimmung und Fremdbestimmung 1.I Leiderfahrung und Leibentfremdung 4.I Bedürfnis und Verwaltung 1.III Individualität und Standardisierung			
Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Wissenschaftliche Evidenz im Widerspruch zur Lebenswelt der Pflegeempfänger*in Lebensentwurf im Spannungsfeld zur „Regel der Kunst“ (Therapie) Spannungsfeld Grundgesetz und rechtliches Handeln der Akteur*innen Kundensouveränität beim Thema Medikamenteneinnahme?			
Inhalte: Übung der Zitation, Aufbau einer wissenschaftlichen Arbeit üben, Lektürearbeit Übung Datenbankrecherche, Evidenz im Pflegeprozess (EBN), Evidenz in der Medizin: Vertiefung Kritische Auseinandersetzung mit dem Evidenzbegriff Studiendesigns, Klassifikationen zur Evidenz, AWMF-Leitlinien, Critical Thinking/ Diagnostischer Prozess, Interne und externe Evidenz Evidenzlage psychiatrischer Therapiemethoden, Evidenzlage psychiatrischer Pflegekonzepte			

Einschätzung von Suizidalität: Assessments u.a. „NGASR-Skala“, „Suicide Status Form II“,
Rechtsgrundlagen: Art. 2 Abs. 2 GG; BVerfG-Urteil vom 26. Februar 2020 (2BvR2347/15)
Menschenrechte, Betreuungsrecht S. 243/ GG Art. 2 Abs. 2: Medizinische Zwangsmaßnahmen/Zwangsbehandlungen, PsychKG „Psychisch-Kranken-Gesetz“, Niedersächsisches Gesetz
über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke, Richtervorbehalt und Verfahrenspflege, § 317 FamFG, Unabhängige Beschwerdestelle/ Ombudspersonen.
AWMF-S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen (2020)
Studien zum Medikamentenmanagement

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Aus der Fokusgruppe:

„Vielleicht wäre da ja auch eine Anforderung, wie gerade schon besprochen, dass man sich in dieser Fachweiterbildung/ Oder eine Aufgabe bei der Konzeption sozusagen ist, dass man sich überlegt, wie evaluiere ich qualitativ auch vielleicht mit einem wissenschaftlichen Hintergrund, wenn man jetzt an das Evidence Based Nursing denkt, wie evaluiere ich eben solche Interventionen und wie schaffe ich das, so eine Kontinuität halt eben aufrecht zu erhalten und auch eine Gesprächsbasis oder Diskussionsbasis mit den institutionellen und strukturellen Rahmenbedingungen dann zu finden. Also, dass man dann eben, auch wenn eine Gruppe vielleicht nicht diesen Bestand hat, aufgrund von anderer Arbeit, die vielleicht vorrangig ist, gut diskutieren kann mit den Personen und den Freiraum schafft, dass eben auch diese Gruppe weiterhin durchgeführt werden kann. Das ist für mich auch Qualität von einer Fachpflege für Psychiatrie aus meiner Sicht.“

„Was ich ganz wichtig bin bei der Fachpflege wieder, es kann auch mit Hilfe von fundierten wissenschaftlichen Erkenntnissen Erhebungen oder auch Assessments, die heranziehen und die nutzen, damit auch da ganz klar mit dem Professionsgedanken gegenüber von Medizinern et cetera deutlich wird, gut, das sind wissenschaftlich fundierte Assessments, die genutzt werden um das so einzuschätzen und hat Befund. Ja, also ist jetzt nicht daher geholt so. Das ist auch ganz wichtig, dass dann wirklich auch deutlich wird, gut, die Person, die hat jetzt eben auch die Kompetenz, das wissenschaftlich fundiert einzuschätzen.“

„Als Beispiel haben wir häufig Thema Suizideinschätzung, wo ich der Meinung bin, dass das grundlegend die Pflege, Fachpflege, sehr viel besser kann als der therapeutische, ärztliche Dienst. Alleine schon von der Tatsache, habe ich auch schon angedeutet, wir sehen den Patienten viel länger, haben höchstwahrscheinlich auch eine andere Beziehung. Ich sage nicht besser oder schlechter, einfach eine andere Beziehung zu dem Patienten. Und bei Ärzten, Therapeuten, die sehen den Patienten ein, zwei Mal die Woche zwanzig Minuten und sagen, der ist suizidal, nicht

suizidal. Finde ich schonmal schwierig. Und ich finde, auch das birgt die Herausforderung einmal der Verantwortungsübernahme, sagen zu können "Nein, ich als Pflegekraft schätze das ein, ich kann das einschätzen und ich mache das auch, ohne vielleicht Angst zu haben, dass sich der Patient umbringt oder wie auch immer." Das wäre im praktischen Bereich. Ich glaube, das ist zu transferieren auf viele andere Beispiele, aber das ist so ein Kernelement, sage ich mal, was eine Herausforderung ist. Also da mutig sein, Verantwortung übernehmen, auch bei solchen/ Und auch diskutieren, auch berufsgruppenübergreifend, warum komme ich dazu, zu dieser Entscheidung, das diskutieren zu können."

„Andererseits sind da auch Dinge, wo Pflege auch die Kompetenz gerne mal überschreitet, weil sie halt auch gerne dann die Verantwortung übernehmen. Also bei Medikamentenmanagement zum Beispiel oder Bedarfsmedikation ist sehr viel Freiraum in der Klinik, aus der ich komme. Und da stehen keine Indikationen für die Medikamente, da steht keine Höchstdosis oder Abstand zeitlicher dazwischen. Und das sind Dinge, die müssen dastehen und das interessiert aber dann keinen, obwohl es bekannt ist, weil man das gerne macht, weil man gerne diesen Freiraum hat."

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Aus der *Perspektive der Interaktion* beschreibt die Pflegende am Beispiel der Suizideinschätzung einen zentralen Konflikt in der Berufsgruppe selbst, der uns ins Spannungsfeld von *Selbstbestimmung und Fremdbestimmung* führt: Welche Haltung haben wir zu neuem Wissen? Wie gehen wir mit Wissen um? Lasse ich mich als Pflegende *fremdbestimmen*, indem ich nur Anordnungen befolge und den Sinn der Maßnahmen nicht kennen will? Ziehe ich mich zurück auf Verrichtungen und lege ich die Verantwortung für die Patienten ab? „Der Arzt wird schon wissen, was er anordnet?“ Oder entwickle ich eine Haltung, in der ich Wissen für die Patienten reflektiere und mir den Sinn hinter den Maßnahmen erschließen kann? (vgl. Modul Systematisches wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege).

Aus der *leibgebundenen Perspektive* ergründet die Pflegende die Wünsche der Patienten, die aus ihrer *Leiderfahrungen* im Rahmen der psychischen Erkrankungen resultieren. Gewissermaßen haben sie als Betroffene Expertenwissen erworben und über ihre Erfahrungen eine interne Evidenz (Behrens/Langer 2010) aufgebaut. Dieses Wissen führt bei den Betroffenen zu Wünschen, die im Widerspruch zu den medizinischen und pflegerischen Interventionen stehen können, die nach den „Regeln der Kunst“ und aus wissenschaftlicher Sicht geboten scheinen. Am Beispiel der Medikamenteneinnahme in der Psychiatrie kann das Spannungsfeld konkretisiert werden. Eine neue „Regel der Kunst“, die Methode des EBN, soll die Pflegebedürftigen vor unwirksamen pflegerischen Interventionen schützen. Gleichsam wünschen sich die Pflegeempfänger Verständnis für ihre Situation, für die ein Beziehungsaufbau zwischen Pflegender und Pflegeempfänger*in grundlegend ist.

Methodischer Vorschlag: Lehrervortrag Anbindung an die Evidenz in der Pflege (Modul Systematisches, wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege). Vorstellung des Ansatzes zur evidenzbasierten Pflege von Behrens/ Langer 2010: Differenzierung zwischen externer und interner Evidenz.

/Gruppendiskussion: „Kann der Wille der Patienten im Widerspruch zu externem Wissen stehen?“

Welche Erfahrungen haben sie dazu gemacht?"/ **Ggf. Fallsequenz:** „Herr K. möchte seine Medikamente nicht mehr nehmen, da sie ihn müde machen...!“

Lektürearbeit: „Evidenzbasierte Pflege“ (Needham, Sauter 2023: 322ff.)

Lehrervortrag: „Evidenzbasierte Medizin in der Psychiatrie: Beispiele wirksamer Behandlungsmethoden anhand ihrer Güte“

Vertiefung Tutorien und Workshops zur externen Evidenz/, **Tutorium** zur Datenbankrecherche/ Beurteilung von Evidenz, Klassifikationen, verschiedene Studiendesigns kennenlernen (qualitativ und quantitativ), gezielte Rechercheübungen zu Themen und Interventionen in der psychiatrischen Pflege/ **Lehrervortrag** zur Evidenz in der Psychiatrie (ausgewählte Therapiemethoden). **Lehrervortrag** zu ausgewählten Pflegeinterventionen und deren Evidenzlage: u.a.: Suizidalitätseinschätzung: „NGASR-Skala“, „Suicide Status Form II“, (Kozel, Abderhalden 2023: 1179ff.), u.a. auch Fakten und Mythen zur Suizidalität (ebd. 1178).

Lehrervortrag: Entwicklung von AWMF-Leitlinien/

Lehrervortrag zur AWMF-S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen (2020) (exemplarisch)

Auf der *Sachebene des Gesundheitswesens* stellt sich die Frage, wie die Entscheidungsfindung zwischen den Möglichkeiten der Fortsetzung einer psychiatrischen Therapie oder deren Beendigung zugunsten des Patientenwillens rechtlich zu beurteilen ist, wenn Wille und *Bedürfnis* zum Suizid vorliegen. Allgemein kann man von einer Grundrechtskollision ausgehen, wenn der Wille des Patienten, die Behandlung abubrechen, dem ärztlichen Grundsatz der Lebenserhaltung zuwiderläuft. Der Patient kann sich dagegen auf sein Selbstbestimmungsrecht gemäß Art. 2 Abs. 2 des Grundgesetzes berufen. Infrage steht, welche rechtskonformen Handlungsspielräume für Pflegende und Ärzte aus dem juristischen Rahmen resultieren und der Patient durch die Rechtssätze in seiner Entscheidung *verwaltet* wird.

Methodischer Vorschlag: Auseinandersetzung mit Art. 2 GG und aktueller Rechtsprechung zu selbstbestimmtem Sterben – Auslegung der Rechtssätze durch einen Juristen, insbesondere BVerfG-Urteil vom 26. Februar 2020 (2BvR2347/15) / **Fallbearbeitung/** Gespräch mit Experten für Psychiatrie über mögliche Konsequenzen aus dem BVerfG-Urteil). **Lehrervortrag:** (Trost 2023: 236ff. Menschenrechte, Betreuungsrecht S. 243/ Stellung GG Art. 2 Abs. 2 zu Medizinischen Zwangsmaßnahmen/Zwangsbehandlungen, PsychKG „Psychisch-Kranken-Gesetz“, Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke, Richtervorbehalt und Verfahrenspflege, § 317 FamFG, Unabhängige Beschwerdestelle/ Ombudspersonen).

Vertiefende Lektürearbeit: Zwangsmaßnahmen (Sauter, Needham 2023: 644 ff.). Ggf. Evidenzlage zu Zwangsmaßnahmen recherchieren.

Perspektive der Institution

Auf der *Sachebene des Krankheitserlebens* ergibt sich das Schlüsselproblem der *Kundensouveränität*, an die in der Psychiatrie kaum zu denken ist. Mit Blick auf Zwangsmaßnahmen, wie die Zwangsmedikation, wird die bewusste Organisation der Medikamenteneinnahme zu einem zentralen Thema. Bezogen auf das psychiatrische Setting kann zum Beispiel die Frage nach einer selbständigen und bewussten Medikamenteneinnahme durch die Betroffenen selbst aufgeworfen werden. Die Medikamentenausgabe in der Psychiatrie gehört zu den bekannten *Standardverfahren*. Für Pflegende wird an dieser Stelle bedeutsam, wie individuell sie im Rahmen ihrer Bezugspflege auf die *individuelle*, eigenständige Medikamenteneinnahme durch die Patient*innen selbst vertrauen können, um die Autonomie ihrer Schutzbefohlenen zu wahren. Auch stellt sich die Frage, ob Einzelfallentscheidungen in der Ablauforganisation von standardisierten Verfahren in der Psychiatrie überhaupt möglich sind?

Methodischer Vorschlag: *Lehrervortrag* Medikamententraining (u.a. Schirmer 2020, Martini, Koller, Abderhalden 1997). *Medikamentenregime* (u.a. Schaeffer, Müller-Mundt 2011). **Gruppendiskussion:** „Wie kann innerhalb des Behandlungsteams entschieden werden, ob Patient*innen ihre verordneten Medikamente autonom und eigenständig nehmen können?“, „Wie kann eine eigenständige Medikamenteneinnahme in der Psychiatrie organisiert werden?“ *Zusammenfassung der Ergebnisse.*

Zusammenfassung des Moduls: Abschlussdiskussion zur evidenzbasierten Pflege

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... sie vertiefen Kriterien wissenschaftlichen Arbeitens zu unterschiedlicher Studiendesigns und können die Güte der Studien für Fragestellung aus der psychiatrischen Praxis bewerten
- ... erwerben ein tiefes Wissen für Evidence-based-Nursing in der Psychiatrie und können selbständig in Datenbanken nach Studien suchen
- ... verfügen über Schlüsselkompetenzen, die für Arbeitsprozesse in der Fachpflege notwendig sind, um wissenschaftliches Arbeiten der Pflege innerhalb der Institution sichtbar zu machen und mit Kolleg*innen zu kommunizieren
- ...üben sich in Techniken wissenschaftlichen Arbeitens zur Bearbeitung von Leistungsanforderungen in der Berufspraxis und verantworten, Kolleg*innen ohne diese Kenntnisse in Arbeitsprozessen zu unterstützen
- ... erkennen in ihrer Institution, wie wissenschaftliche Erkenntnisse kommuniziert und genutzt werden können, um die Pflegepraxis weiter zu gestalten.
- ... können Informationen für wissenschaftliche Arbeiten in angemessener Zeit und angemessener Tiefe aus Bibliotheken, wissenschaftlichen Datenbanken und dem Internet zusammentragen, kritisch reflektieren und für Pflegeempfänger bewerten
- ... reflektieren die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens vor dem Hintergrund der Entwicklung der Pflegewissenschaft und der psychiatrischen Pflege
- ... setzen die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens korrekt um und argumentieren die Notwendigkeit von Theoriegeleitetem Handeln in der Pflegepraxis vor Vertreter*innen der Berufspraxis.

- ... erklären und begründen „Critical Thinking“ im Kontext des Pflegeprozesses. Sie leiten aus der pflegerischen Versorgungsevaluation neue Fragen ab bzw. zeigen Wege zur Nutzung von Forschungsergebnissen auf
- ... sie erwerben ein tiefes Wissen zur evidenzbasierten Medizin in der Psychiatrie
- ... sie können Konzepte der psychiatrischen Pflege hinsichtlich ihrer Evidenz beurteilen, wie beispielsweise das Medikamentenregime und Assessments zur Einschätzung von Suizidalität – explorieren Umsetzungsmöglichkeiten der Konzepte in der psychiatrischen Pflegepraxis
- ... sie erwerben ein tiefes Wissen zur AWM-Leitlinienentwicklung und können die Güte von ausgewählten S3-Leitlinien zu psychiatrischen Themen beurteilen in der Pflegepraxis darauf zurückgreifen
- ...erwerben ein rechtliches Wissen zum Grundgesetz und vertiefen einschlägige Rechtssätze und Bestimmungen zu Zwangsmaßnahmen bei psychisch kranken Menschen und übernehmen im Team Verantwortung, dass Betroffene in der Psychiatrie zu ihrem Recht kommen und rechtliche Regelungen eingehalten werden
- ... diskutieren und erproben verschiedene Möglichkeiten der professionellen Unterstützung, um Patientinnen/ Patienten und Angehörigen bei der Vermittlung zwischen unterschiedlichen Ansichten oder abweichenden Wünschen und Interessen zu helfen
- ...

Leistungsüberprüfung: K/R/M/PR

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

Themenerhebung in der Fachpraxis im Praxismodul 02PBP01 „Pflegetprozess im Handlungsfeld“ beachten (Praxisthemen aus der Fallerhebung auf Evidenz untersuchen).

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Erhebung Praxissituation zur Themenfindung EBN, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

- Ackley, B. J.; Ladwig, G. B. (2008): Nursing Diagnosis Handbook An Evidence-Based Guide to Planning Care. 8. Aufl. St. Louis: Mosby /Elsevier
- AWMF (2020): S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen: https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-025l_S3_Medikamentenbezogene-Stoerungen_2021-01.pdf (22.04.24)
- Barre, Kirsten (2013): Evidence-based Nursing in der pflegedidaktischen Vermittlung. Frankfurt am Main: Mabuse
- Behrens, Johann/Langer, Gero (2010a): Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. Bern: Huber
- Behrens, Johann (2011): Evidence based Nursing. In: Schaeffer, Doris/Wingenfeld, Klaus (Hrsg.) (2011): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim / München: Juventa. S. 151–164
- Bundesverfassungsgericht: https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Downloads/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (16.09.22)
- Dörner, K., Plog, U., Brock, T., Brieger, P., Heinz, A., Wendt, F. (2019) Irren ist menschlich. Köln: Psychiatrie Verlag
- Ertl-Schmuck, R. Unger, A., Mibs, M., Lang, C.: (2014): Wissenschaftliches Arbeiten in Gesundheit und Pflege. Tübingen, Basel: utb
- Frank, N. u. Stary, J. (2006): Die Technik wissenschaftlichen Arbeitens. 12. Auflage. Paderborn, Schöningh

- Klein, H., Pajonk, F-G., Wirsching, M. (Hrsg.) (2019): Evidenzbasierte Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme
- Latteck, Ä-D, Seidl, N. (2022): Evidence-basiertes Pflegehandeln. Entwicklung professioneller Handlungskompetenz. Stuttgart: Kohlhammer
- Martini, A., Koller, K., Abderhalden, C. (1997): Förderung der selbständigen Medikamenteneinnahme bei psychiatrischen Langzeitpatienten. In: "Die Schwester/Der Pfleger" 36 (2). S121-126
- Meyer, Gabriele/Köpke, Sascha (2012): Wie kann der beste pflegewissenschaftliche Kenntnisstand in die Pflegepraxis gelangen? How can best nursing science evidence reach nursing practise? In: Pflege & Gesellschaft. Heft 1 / 12. 17. Jahrgang. Weinheim: Juventa. S. 36–44
- Panfil, E.M. (2017): Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegenden. Bern: Hogrefe
- Sauter, D., Needham, I. (2023): Zwangsmaßnahmen. . In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. S 644 ff.
- Schaeffer, D., Müller-Mundt, G. (2011): Bewältigung komplexer Medikamentenregime bei chronischer Erkrankung – Herausforderungen und Unterstützungserfordernisse aus Sicht der Gesundheitsprofessionen. In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe (2011) Heft 1, 25. Jhrg. Bern: Hogrefe. S. 33-48:
<https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000168>
- Schirmer, U. (2020): Psychopharmakotherapie und Empowerment. Ein Trainingsprogramm zum selbständigen Medikamentenmanagement. Köln: Psychiatrieverlag
- Steckelberg A. (2016): Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen und Decision Coaching: Neue Rolle für die Pflege. Pflege. 2016 Sep;29(5): 225-226
- Stickel-Wolf, C. u. Wolf, J. (2006): Wissenschaftliches Arbeiten und Lerntechniken. 4. Auflage. Wiesbaden. Gabler
- Trost, A. (2023): Recht. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. S. 235ff.

Kü/Ba/Gi: 22.04.24

2.8 Modul „Zwischen den Welten: ambulante psychiatrische Pflege und Maßregelvollzug“

Modultitel/Modulkennung: 03ZWAMFP 01 „Zwischen zwei Welten: ambulante psychiatrische Pflege und Maßregelvollzug“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: Modul „Evidenzbasierte Pflege und Medizin in der Psychiatrie“ (Fachspezifisches Modul) Modul „Psychiatrie in der Gesellschaft“ (Fachspezifisches Modul)			
Workload: 90 Std davon 60 Std. Kontaktstunden, 30 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
			
Reflexionskategorien: 4.III Rentabilitätsanspruch und soziale Gerechtigkeit 2/3.III Tradition und Innovation 1.IIa Selbstaufopferung und Rebellion 4.I Bedürfnis und Verwaltung 3.II Humanisierung und Pflegemanagement			
Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Zwischen den Welten (Systemen) vermitteln: Hausbesuche Heilkundliche Tätigkeiten durch psychiatrisch Pflegende Zwischen den Welten: die Rolle der Angehörigen Zwischen den Welten: psychisch Kranke „zwischen“ den Institutionen im Gesundheitswesen Zwischen den Welten: Verwahrung und Therapie im Maßregelvollzug			
Inhalte: Ambulante psychiatrische Pflege, Hausbesuche, Arbeit mit Angehörigen, Pflegetheorie, Friedemann im ambulanten Sektor anwenden, ANP: Pflegekompetenzgesetz, Heilkundliche Tätigkeiten, Manien, Depressionen, Sucht, Qualifizierte Suchtbehandlung, Maßregelvollzug, § 81 (StPO), §§ 63,64 (StGB), Schuldunfähigkeit §§ 20, 21, Aggression, Soziale Interaktion und Einsamkeit, Institutionelle Langeweile und Zeiterleben, AQiG: interprofessionelle Fallanalyse und Fallsteuerung im ambulanten Setting.			
Exempel			

Fokusgruppe:

„Genau, also generell habe ich Kontakt zu Menschen auch vermehrt in stärkeren psychischen Krisen, aber es geht um Menschen sowohl mit, als auch ohne Diagnose. Generell Menschen in psychischen Krisen, genau. Und im ambulanten Setting hat man halt auch viel Kontakt zu Menschen, die noch nie Kontakt zum System hatten, die einfach vielleicht andere Strategien entwickelt haben, um eben nicht mit dem System in Kontakt zu kommen.“

„(...) Weiter geht es natürlich auch um Menschen, die sich in verschiedenen Phasen der Erkrankung befinden, egal welche es ist. Also ob es eine seelische Notlage, die akute Krise, darstellt oder ob es in der Phase der Rekonvaleszenz oder Stabilisierung ist oder ob es die ambulante Betreuung ist. Wie ist die Milieugestaltung oder auch das Umfeld des Patienten im ambulanten psychiatrischen Pflegebereich. Dass man halt eben nicht nur Diagnosen betrachtet, sondern dass man natürlich auch die momentane Lebenssituation betrachtet, also wie akut ist die seelische Notlage oder wie stark, wie gut ist die Person stabilisiert.“

„Ja gut, und ich selber habe so das Gefühl, es ist auch irgendwie nur so die obere Spitze. So die, die es dann auch nicht mehr irgendwie aushalten, die wirklich in eine Krise kommen, die keine anderen Strategien für sich mehr haben. Also wir haben auch gemeinsam eine Fortbildung absolviert und da haben wir es auch so kennengelernt. Es gibt auch super viele Menschen, die ihre Strategien haben, die nie mit dem System in Kontakt kommen (...).“

„Alles das begleitet Pflege und hat Infos dazu, sei es jetzt im Kontakt mit Angehörigen oder dann nachträglich versorgenden Einrichtungen. Und das fehlt zum Beispiel dem Sozialdienst, weil er halt die Klienten auch nur ein, zwei Mal die Woche sieht. Und dann Beratung leistet, aber die so allgemein ist, die nicht individuell ist (...).“

Eine Pflgende:

„Und die Frau wurde dann halt eben auf die Intensivstation von einem somatischen Krankenhaus verlegt und ist dann am nächsten Tag verstorben. Genau. Also das war für mich natürlich nochmal eine sehr deutliche Erfahrung so in Notsituationen, wo man vielleicht auch nochmal sieht, Psychiatrie hat nicht häufig viel zu tun mit somatischen Krisenfällen oder auch mit potenziellen Pflegeproblemen. Die werden vielleicht bei der Seite betrachtet, aber nicht im Fokus stehend sozusagen, also im Fokus stehen eher die psychiatrischen Pflegeproblematiken und eben nicht die somatischen. Und vielleicht um auch nochmal auf das Thema der Weiterbildung zu kommen, finde ich es unglaublich wichtig, ein Modul oder vielleicht ein Unterthema zu bilden, wo es darum geht, die Kombination, welches pflegerische Handeln muss eine Fachkraft für Psychiatrie haben, um psychiatrische UND somatische Pflegeprobleme zu sehen, deren Verbindung zu sehen. Also welche Komplikationen ergeben sich daraus? Und letztendlich, ja, wie handelt man adäquat und wie

kann man eine qualitative Pflege leisten? Wo sind vielleicht noch Wissenslücken? Was muss aufgefrischt werden? (...) Zum einen war ja von der psychiatrischen Problematik, so die Dame war, Frau war demenziell erkrankt in einem fortgeschrittenen Stadium. Von Schluckbeschwerden oder Ähnlichem war noch keine Rede gewesen, trotzdem war die Person instabil und auch eher kachektisch, also auch unterernährt und vom Zustand eben noch nicht so stabil, dass man sagen könnte: Okay, jetzt kann die Person selbständig eben auch essen. Sondern es hätte halt eben auch eine intensive Begleitung sein sollen und von somatischer Seite eben auch diese Gebrechlichkeit wie gerade beschrieben. Und diese Kombination von diesen beiden auftretenden Pflegephänomenen oder den Pflegeproblematiken und den potenziellen Problematiken, das zu sehen, das analysieren zu können, zu erkennen, verlangt aus meiner Sicht eben mehr, als die normale dreijährige Ausbildung gibt, sondern halt eben eine fachspezifische Erweiterung.“

Ein Pflegender:

„Patient ist aggressiv und wird fixiert. So. Das ist jetzt sehr plakativ gesagt. Natürlich wissen wir, dass dann das Problem nicht gelöst ist. Aber Patient raucht zu viel, Zigaretten werden eingeteilt. Nein, er hat Langeweile, das ist das Problem und da guckt keiner hin. Warum rauchen die Leute so viel? Das ist ja nicht ein Teil der Erkrankung oder so, kein Symptom der Erkrankung, sondern ein Symptom der Folgen der Erkrankung. Sie wissen sich nicht selbst zu beschäftigen, sie sitzen in Institutionen mit immer gleichem Tagesablauf. Ich kannte mal jemanden, der hat im Gefängnis gesessen und hat mir das erzählt, warum sich so viele tätowieren lassen. Es ist jeden Tag das Gleiche. Und dann habe ich auf einmal was, was anders ist, ne? Also institutionelle Langeweile. Wie sind wir da jetzt hingekommen? (...)Ja, das ist halt eine Gehirnkrankheit und da gibt man Medikamente, die das wieder regulieren, die Gehirnchemie. Und je mehr Fachwissen ich dazu habe desto mehr weiß ich: Nein, das ist ja eher eine Folge als die Ursache. Und wir können das als Hilfe nehmen, solche Medikamente und auch Zigaretten einteilen als Hilfe nehmen, um in der guten Situation irgendwie durchzukommen. Aber wenn wir da nicht gucken, wie können wir den Menschen dahinbringen, sich selber so zu beschäftigen, dass er nicht mehr so viel raucht, hm? Oder so sicher in seiner Gefühlswelt zu werden, dass er keine psychotischen Anteile braucht, um die Welt ertragbar zu machen, ist ja auch eine Theorie dazu. Als Bewältigungsstrategie einer Psychose zu sehen. Das sollte man auch bedenken einfach. So und das ist Fachwissen dann. Und dazu muss die Psychiatrie sich so dermaßen ändern meiner Meinung nach, dass viele da nicht hinterherkommen und Angst haben. Ich habe eine ganz andere Rolle in dem Augenblick. Und das bis hin, eine Recovery-Orientierung, in die Richtung ja. Dass wir Genesungsbegleiter mit an Bord holen, das ist für viele unvorstellbar. Und woanders ist es normal. Es geht ja und hat Supereffekte. Dauert nur, bis es ankommt. Die Menschen wissen es ja nicht mal alle so. Genesungsbegleiter, vor

ein paar Jahren kannte es keiner, Recovery auch nicht. So langsam redet man mal drüber. Das ist mein Ansatz.“

Eine Pflegende:

„Gerade im Maßregelvollzug. Können Sie sich ja sicherlich vorstellen, psychisch kranke Straftäter untergebracht, alltägliche Versorgung, da geht es alleine bei banalen Verrichtungen, wie Essen-anreicherung, -zubereitung, und, und, und darum, dass natürlich auch schon so wertvoll, trotz allem, zu gestalten und da nicht darum, dass das erstmal psychisch kranke Straftäter sind. Also auch da bedarf es ein hohes Maß an Werten.“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Perspektive der Institution

In der *gesundheitspolitisch-ökonomischen Perspektive* stellt sich auf der Ebene des *Gesundheitswesens* als Problem die schlechte Vernetzung verschiedener Versorgungsformen dar, die sich vorwiegend aus ökonomischen Motiven etabliert haben – weniger um den Patientenfall zu steuern oder die Dienste miteinander zu vernetzen. In den Versorgungssystemen wird überwiegend nur funktional auf die aktuelle Krankheitsepisode geschaut. *Traditionell* wird psychiatrische Behandlung institutionell durchgeführt, hat sich aber im Laufe der letzten Jahre auch im häuslichen Setting etabliert. Hier übernehmen Pflegende aufsuchende Angebote in der Häuslichkeit, um Patient*innen in ihrer Lebenswelt zu halten und stationäre Aufenthalte zu vermeiden. Gleichsam ist dies mit einer hohen Verantwortung verbunden, da u.a. Suizidalität eingeschätzt werden muss (02EFP 01 „Evidenzbasierte Pflege und Medizin in der Psychiatrie“). Offenbar scheint es Betroffene zu geben, die trotz Erkrankung nie mit dem System der psychiatrischen Versorgung in Berührung kommen oder Strategien entwickelt haben, nicht auf professionelle Strukturen zurückgreifen zu müssen, wie es im Interview ersichtlich wird: „*die einfach vielleicht andere Strategien entwickelt haben, um eben nicht mit dem System in Kontakt zu kommen.*“. Die Frage, die hieraus resultiert ist, was ist es, dass Betroffene in ihrem Umfeld gehalten werden können, obwohl sie an einer psychischen Störung leiden. In Konstante könnten ambulante psychiatrische Dienste sein, die leider noch nicht flächendeckend angeboten werden. *Innovativ* wäre ein aufsuchendes Hilfsangebot durch geeignete ANP-Konzepte, mit denen eine Versorgung in häuslicher Umgebung vollumfassend umgesetzt werden könnte. Wie wird wohl die Zukunft im häuslichen Setting aussehen?

Methodischer Vorschlag: Lehrervortrag „Hausbesuche“ (Bunetta 2023: 557 und Wolff 2015: 447) „Besonderheiten, Leistungen und Grenzen von Hausbesuchen in der ambulanten psychiatrischen Versorgung“. „Finanzierung von ambulanter psychiatrischer Pflege“.

Methodischer Vorschlag: Lehrervortrag Auseinandersetzung mit intersektoralen Fallsteuerung durch Fachpflegende Psychiatrie/, **Gruppendiskussion.** / **Lehrervortrag:** Auseinandersetzung mit Konzepten der Aufsuchenden Hilfe/ **Lehrervortrag:** kritische Analyse von ANP-Konzepten für psychiatrische Pflege in Häuslichkeit und Klinik (rechtlicher Rahmen) **Gruppendiskussion./ Lehrervortrag:** Auseinandersetzung mit § 63 Abs. 3c SGB V Übernahme Heilkundlicher Tätigkeiten, Entwurf Pflegekompetenzgesetz.

Im Anschluss **Gruppenarbeit zu den Handlungsfeldern** der ambulanten psychiatrischen Pflege: „Spezifische Pflegesettings in der ambulanten psychiatrischen Pflege“: „Kinder- und Jugendpsychiatrie (Schmidt 2022: 259f), „Erwachsenenpsychiatrie“ (Tschinke 2022: 265f), „Gerontopsychiatrie“ (Raddau 2022: 268f) und „Forensische Klienten in der ambulanten sozialpsychiatrischen Betreuung“ (Voss 2022: 269f). **Gruppendiskussion.** Wahlweise **Workshops** zu einzelnen Themenstellungen. Ggf. **Werkstatt der Utopie:** „Psychiatrielotsen“ in der intersektoralen Versorgung. Wie könnte eine Versorgung unter Berücksichtigung der Heilkundlichen Tätigkeiten im entsprechenden Handlungsfeld in der Zukunft aussehen?“

Lehrervortrag zum ANP-Konzept in der psychiatrischen Pflege: (u.a. Hahn, Sauter 2023: 261): „Was ist eigentlich ANP?“

Perspektive der Interaktion

In der *Perspektive der Interaktion* wird auf der Sachebene der Beziehungsdynamik deutlich, dass auch familiäre Bindungen (*Geborgenheit*) sich auf Behandlungserfolg und Pflege (Compliance) auswirken – oder es gerade familiäre Milieus sind, die erheblichen Einfluss auf psychische Erkrankungen nehmen. Das Spannungsfeld, das sich aus familiären Systemen aufspannt, umfasst haltende Struktur und Vulnerabilität zugleich. Plötzlich steht das Behandlungsteam im Widerspruch vom Verstehen der familiären Situation und der notwendigen Behandlungsdisziplin, die bei einer psychiatrischen Erkrankung angezeigt sind. Für Pflegende ist es nun von Bedeutung, familiensystemische Zusammenhänge hinsichtlich einer erfolgreichen Therapie zu erkennen und zu analysieren. Die Gesundheit des Einzelnen steht immer im Zusammenhang mit der Familiengesundheit (Friedemann – Theorie des systemischen Gleichgewichts). Ziel ist es, das Familiensystem (Umfeld), stabil zu halten.

Lehrervortrag (Wiederholung bzw. Kurzeinstieg) zur Pflegeetheorie von Friedemann (u.a. 2017): *Begriffe insbesondere die Ziel- und Prozessdimensionen/Lektürearbeit zur Theorie von Friedemann (Ziel- und Prozessdimensionen).* / **Gruppenauftrag und Plakatarbeit:** *Reflektieren sie das Falleispiel auf die Theorie von Friedemann. Was bedeuten Individuation, Spiritualität, Stabilität etc. für das Familiensystem im Fallbeispiel? “ (ggf. Gruppen nach Begriffen einteilen, ggf. Fallbeispiel von Friedemann/Köhlen selbst auswählen oder Fälle in der Praxis erheben). “Was hält das System stabil – was ist für den Einzelnen schädigend? Welche Zieldimensionen müssten entwickelt werden, um das System stabil zu halten?“/ **Vorstellung der Ergebnisse** im Plenum./ **Diskussion** und Bewertung der Pflegeetheorie für die ambulante psychiatrische Pflege.*

Perspektive der Angehörigen

Für Angehörige stellt die psychische Erkrankung oft eine Ausnahmesituation dar. Sie sind besorgt um ihre Familienmitglieder, *opfern sich auf*, um Stabilität im Leben zu erhalten und gleichzeitig befremdet, da die Betroffenen aufgrund ihrer Erkrankung ein unangemessenes Verhalten zeigen, was verletzen kann. Beispielsweise führen Manien, Depressionen, Borderline-Störungen

und/oder Suchtkrankheiten an die Belastungsgrenzen. Lange und chronische Phasen psychischer Erkrankungen führen bei Angehörigen zur Ermüdung im Kampf um Stabilität im Umfeld. Menschlich ist, dass Angehörige gegen Erkrankung, Person und Psychiatriesystem aufbegehren und *rebellieren*. Nahestehende Menschen können für Patienten jedoch ein Anker sein, um den Bezug zur Realität zu behalten und Wahrnehmungen zu verarbeiten. Sie können Patienten *Geborgenheit* vermitteln und *Verlustängste* abbauen. Gleichzeitig sind Angehörige eine wichtige Informationsquelle, um psychische Erkrankungen diagnostizieren und behandeln zu können. Eine Aufgabe der psychiatrischen Pflege ist, die Stabilität im System aufrecht zu erhalten (siehe oben). Eine unterstützende Funktion hat hierfür die Angehörigenarbeit, die im System für Entlastung sorgen kann.

Lehrervortrag: „Manien, Depressionen und Sucht: Diagnostik, Therapie und Auswirkungen auf das familiäre Umfeld“.

Lehrervortrag: „Therapieerfolge nach qualifizierter Suchtbehandlung“ (Literaturliste, siehe auch Laimbacher 2023: 1357ff. zur Suchthilfe).

Methodischer Vorschlag: Lehrervortrag zur Angehörigenarbeit und zur Beratung durch Fachpflegende (u.a. Laimbacher, Wolff 2023: 538ff.). **Workshop oder Szenisches Spiel** zum erfahrungsbezogenen Lernen zur Beratung.

Auf der Sachebene des *Gesundheitswesens* stellt sich die Problematik der Abstimmung des gemeinsamen Handelns in der interprofessionellen Zusammenarbeit als strukturelles Problem. Für die pflegerische Arbeit ist es von Bedeutung zu erkennen, welche der im praktischen Handeln entstehenden Schwierigkeiten nicht dem persönlichen Agieren, sondern institutionellen Logiken zuzuschreiben sind, die als Rahmenbedingungen Hemmnisse auf der unmittelbar pragmatischen Ebene erzeugen und zu Frustration oder sogar *Resignation* führen. Für das Feld der Psychiatrie ergibt sich grundsätzlich das Problem, dass ambulante Versorgungsstrukturen noch nicht zufriedenstellend ausgebaut sind. Auch gibt es keine Schnittstellenverantwortlichkeit zwischen Klinik und ambulanten Dienst. Dabei macht es gerade im Handlungsfeld der psychiatrischen Pflege Sinn, die Verlaufskurven (Corbin/Strauss) im Blick zu haben, um durch ambulante, helfende Strukturen zu unterstützen, was Krankenhausaufenthalte vermeidet.

Methodischer Vorschlag: Planspiel: Fallanalyse in Anlehnung an die interprofessionelle, heuristische Matrix (AQiG)³ von Sieger, Ertl-Schmuck, Böggemann-Großheim (2010)/ **Lehrervortrag:** Vorstellung der Matrix zur interprofessionellen Zusammenarbeit: **insbesondere Phasen und Perspektiven/ Auftragserstellung und Auftrag in Kleingruppen:** Fallanalyse eines Fallverlaufs im Gesundheitssystem über die einzelnen Versorgungseinheiten hinweg (s. o, alternativ **Fall aus der Praxis**, ggf. historischen Fall Schreber (Greb 2004) als Grundlage für die Fallarbeit) nach Perspektiven und Schritten in der heuristischen Matrix zur interprofessionellen Zusammenarbeit (AQiG). **Expert*innengespräche im Rahmen AVL in der Fachpraxis.**

³ Die interprofessionelle Fallanalyse ist an die Gegebenheiten der Bildungsinstitution anzupassen. Das bedeutet, dass ggf. Bildungsteilnehmer*innen aus verschiedenen Fachweiterbildungen in Gruppen zusammenarbeiten und/oder die Teilnehmer*innen in der Fachpraxis Expert*innengespräche (Konsile) führen (Ergotherapie, Psychiater, Psychologen, Hausärzte, Sozialarbeiter, Behörden). Die Teilnehmer*innen sollen die soziologischen Perspektiven einnehmen und den Fall nach dem Phasenverlauf bearbeiten.

Vorstellung der Arbeitsergebnisse (Fallanalysen), ggf. Prüfungsleistung.

Verwahrung oder/und Therapie?

In den Interviewauszügen zum Thema Maßregelvollzug geht es auf der Sachebene des Gesundheitswesens um den Umgang mit straffällig gewordenen psychisch Kranken. Gewissermaßen müssen die betroffenen Personen institutionell untergebracht (*verwaltet*) werden, um die Gesellschaft zu schützen. Hierfür sind rechtliche Voraussetzungen notwendig, die beispielsweise durch die §§ 81 (StPO), §§ 20, 21 (StGB), §§ 63,64 (StGB), festgelegt sind. Nimmt man die *leibgebundene* Perspektive des Individuums ein, so stößt man auf die Bedürfnisse der Betroffenen, die sich u.a. aus ihrem Krankheitserleben ergeben. Psychische Erkrankungen sind in vielen Fällen Auslöser für nicht gesellschaftskonformes Handeln, was als Straftat zum Ausdruck kommen kann. Gleichsam empfinden die Betroffenen einen Leidensdruck, der durch die Erkrankung ausgelöst wird. Fachpflegende bewegen sich nun im Spannungsfeld von Verwahrung und Therapie, das mit seinen fließenden Grenzen intransparent scheint. Wo fängt psychiatrische Behandlung an? Wo hört sie auf?

Methodischer Vorschlag: Lehrervortrag Begriffsbestimmung forensische Behandlung und Maßregelvollzug. Rechtliche Einordnung nach StGB, Strafprozessordnung: § 81 (StPO), §§ 63,64 (StGB), Schuldunfähigkeit §§ 20, 21, Besserung und Sicherung, „Legalprognose“ (u.a. Trost 2023: 247ff.)

Workshop zur pflegfachlichen Arbeit in der Forensik: Grundhaltung, Sicherheit, Rehabilitation, Vorbildfunktion, „Fürsorglicher Zwang“, Nähe und Distanz, Interaktionsrolle (u.a. Hax-Schoppenhorst 2023: 1379). **Sammlung der Ergebnisse. Lehrervortrag** zur „Aggression“ (u.a. Walte, Oud, Nau 2023: 682).

Gruppenpuzzle: „Soziale Interaktion und Einsamkeit“ (Mayer 2023: 1086ff), „Institutionelle Langeweile“ (Needham 2023: 877ff.) und „Zeiterleben“ (Needham, Georg 2023: 1303).

Ggf. Praxisauftrag zum Arbeitsverbundenem Lernen (Praxismodul): Vertiefung eines Themas und Konzeptvorschläge für die Praxis.

Ggf. **begleitende Lektürearbeit:** Grabbert, T. (2004): Erving Goffmans Stigma und Asyle. Techniken der Bewältigung beschädigter Identität in totalen Institutionen. München, Ravensburg: Grin Verlag

Zusammenfassung des Moduls.

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... erhalten ein fundiertes Wissen zur ambulanten psychiatrischen Pflege und können die besonderen Merkmale von Hausbesuchen in der Berufspraxis umsetzen. Sie reflektieren ihr

Verantwortungsgefühl im Sinne der Pflegeempfänger*innen und Angehörigen und bringen sich in die Versorgungssituation ein • ...erwerben breites Wissen zum Pflegekonzept ANP und bewerten es für die ambulante psychiatrische Pflege, können die Heilkundlichen Tätigkeiten der Pflege in das Versorgungskonzept einordnen und es neuen Mitarbeiter*innen und Auszubildenden erläutern • ... sie verfügen über ein tiefes pflegewissenschaftliches Fachwissen zur Pflege Theorie von Friedemann und können Familiensysteme hinsichtlich psychiatrischer Familiengesundheit analysieren, die Arbeitsweise im ambulanten, psychiatrischen Setting anwenden • ... reflektieren das eigene berufliche Selbstverständnis sowie Haltung und Rolle als Fachpflegende vor dem Hintergrund der Bedeutung einer systemischen Pflege Theorie in familiären Situationen • ... sie können Prioritäten unter Berücksichtigung verschiedener Aspekte setzen und argumentieren (Patientensicherheit, Bedürfnisse von Patienten, Qualität der Versorgung, zeitliche Passung von Abläufen, Anleitung von Kolleg*innen) • Sie entwickeln einen Gesamtblick für die patientenbezogenen Abläufe im psychiatrischen Versorgungssystem und können mit dem interprofessionellen Team die Versorgung von Patienten koordinieren • Sie erwerben Wissen zur Angehörigenberatung, können dieses im Berufsfeld der psychiatrischen Pflege umsetzen und gegenüber Angehörigen anderer Berufsgruppen argumentieren. • Sie können die Bedeutung der Einbindung von Pflegenden in Angehörigen- und Patientengespräche gegenüber Fachpersonen argumentieren • Sie erwerben ein tiefes Fachwissen zu Manien, Depressionen und Sucht und erkennen die Problematik von Therapieabbrüchen in der Psychiatrie und sind zukünftig bereit, Verantwortung für Patient*innen zur Unterstützung der Therapien zu übernehmen • können einen Fall aus der psychiatrischen Fachpraxis mit einer Heuristik analysieren, Wissen zusammentragen und neu bewerten, interprofessionelle Perspektiven einnehmen und eigene Grenzen erkennen – den vorgefundenen Fall in seinen Dimensionen neu bewerten und entwickeln neue Interventionsvorschläge für dessen Versorgung. •sie vertiefen ihr rechtliches Wissen zur forensischen Psychiatrie und dem Maßregelvollzug, können es für individuelle Patientensituationen einordnen und neue Mitarbeiter*innen sowie Auszubildende in die Sachlagen einführen •setzen sich mit besonderen Anforderungen an Pflegenden im Maßregelvollzug, wie fürsorglicher Zwang, Nähe und Distanz sowie Aggression auseinander und sind bereit, diese für ihr Handeln zu reflektieren •erhalten ein tiefes Wissen zu Phänomenen und Konzepten der psychiatrischen Pflege, wie Institutionelle Langeweile, Einsamkeit und Zeiterleben und übernehmen Verantwortung im Team, ihr pflegerisches Handeln daran auszurichten.
Leistungsüberprüfung: K/R/M/PR • Ggf. Ergebnisse Fallanalyse nach AQiG im ambulanten Setting
Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen): <i>Auswahl aus den Themen: Soziale Interaktion und Einsamkeit (Mayer 2023: 1086ff), Institutionelle Langeweile (Needham 2023: 877ff.) und Zeiterleben (Needham, Georg 2023: 1303).</i> <i>Ggf. Praxisauftrag zum Arbeitsverbundenem Lernen (Praxismodul): Vertiefung eines Themas und Konzeptvorschläge für die Praxis.</i> <i>Fallerhebung nach Arbeitsverbundenem Lernen, Expert*innengespräche in der Praxis (AQiG)</i>
Lernvorschläge für die Selbststudienzeit: - Literaturstudium der vorgeschlagenen Pflege Theorie (Friedemann/Köhlen 2018), ausgewählte Arbeitstexte - Fallreflexion mithilfe der vorgeschlagenen Lektüre, Fallaufbereitung nach Heuristik (AQiG)

- Erstellung Prüfungsleistung

- Literaturempfehlungen:
- Agarwalla, P. A.; Koss, A. und Küchenhoff, J. (2017): Abstinenz nach stationärer qualifizierter Entzugsbehandlung für Alkoholabhängige. In: SUCHT 63 (1), S.25-32
- Bauer, U. und Hasenöhl, A. (2000): Therapieerfolg Alkoholabhängiger nach qualifizierter Entzugsbehandlung und konventioneller Entgiftung (vergleichende 28-Monats-Katamnese). In: SUCHT 46 (4), S.250-259
- Borson, H. H.; Arnevik, A. E.; Rand-Hendriksen, K.; Duckert, F. (2013): Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. In: Clinical Psychology Review 33, S. 1010–1024
- Braune, N. J.; Schröder, J.; Gruschka, P.; Daecke, K. und Pantel, J. (2008): Determinanten eines Therapieabbruchs während der stationären qualifizierten Entgiftungsbehandlung bei Patienten mit Alkohol- und Drogenabhängigkeit. In: Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie 76, S. 217-224
- Bunetta, T. (2023): Hausbesuche. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. S. 557
- DBfK (2011): Advanced Practice. Nursing <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Advanced-Practice-Nursing-Broschuere-2019.pdf> (03.09.22)
- Dörner, K., Plog, U., Brock, T., Brieger, P., Heinz, A., Wendt, F. (2019) Irren ist menschlich. Köln: Psychiatrie Verlag
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht) S3-Leitlinien: Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen. <https://re-gister.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-001>. Zugriff am: 01.04.2024
- Diehl, A. und Mann, K. (2004): Qualifizierte Entzugsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit. In: psychoneuro 30 (1), S. 37-41
- Friedemann, M.-L., Köhlen, C. (2018): Familien- und Umweltbezogene Pflege. Die Theorie des systemischen Gleichgewichts und ihre Umsetzung. Bern: Hogrefe
- Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinien nach § 63 Abs. 3c SGB V: <https://www.g-ba.de/richtlinien/77/> (03.09.22)
- Gößling, H.-W.; Gunkel, S.; Schneider, U. und Melles W. (2001): Häufigkeit und Bedingungsfaktoren des Behandlungsabbruchs im stationären Drogenentzug. In: Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie 69, S.474-481
- Grabbert, T. (2004): Erving Goffmans Stigma und Asyle. Techniken der Bewältigung beschädigter Identität in totalen Institutionen. München, Ravensburg: Grin
- Greb, U. (2004): Erziehung und Paranoia. Eine erkenntniskritische Studie zum Fall Schreber. Frankfurt a.M.: Mabuse
- Hahn, S. Sauter, D. (2023): Master of Science in Pflege. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. S. 265
- Hax-Schoppenhorst, T. (2023): Forensische Psychiatrie. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. S. 1379ff.
- Hövler, E. (2019): Im Maßregelvollzug. In: Pflege Zeitschrift, 74 (10)36-39
- Kowalski, M. A. (2020): Mental Health Recovery: The Effectiveness of Peer Services in the Community. In: Community mental health journal 56(3). S. 568-580. DOI: 10.1007/s10597-019-00514-5
- Laimbacher, S., Wolff, S. (2023): Zusammenarbeit mit Angehörigen. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. S. 538ff.
- Laimbacher, S. (2023): Suchthilfe. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. S. 1357ff.
- Mayer, M. (2023): Soziale Interaktion und Einsamkeit. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. S. 1086ff.

- Needham, I., Georg, J. (2023): Zeiterleben. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. S. 1303
- Needham, I. (2023): Langeweile. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. S. 877ff.
- Raddau, P. (2022): Gerontopsychiatrie. In: Tschinke, I., Finklenburg, U., Gähler, B., Konhäuser, T. (2022): Lehrbuch ambulante psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. S.268f
- Reimann, U. (2008) Multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Von den Mühen der Ebene. In: Zeitschrift für Palliativmedizin. Jg. 9. Heft 3.
- Sieger, Margot/Ertl-Schmuck, Roswitha/Bögemann-Großheim, Ellen (2010): Interprofessionelles Lernen als Voraussetzung für interprofessionelles Handeln – am Beispiel eines interprofessionell angelegten Bildungs- und Entwicklungsprojektes für Gesundheitsberufe. In: Pflege & Gesellschaft Heft 3 (2010). 15. Jahrgang. Weinheim
- Schaeffer, Doris (2009): Chronische Krankheit und Multimorbidität im Alter – Versorgungserfordernisse diskutiert auf der Basis eines Fallverlaufs. In: Pflege& Gesellschaft. 14 Jg. Heft 4. Weinheim: Juventa
- Schmidt, D. (2022): Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Tschinke, I., Finklenburg, U., Gähler, B., Konhäuser, T. (Hrsg.) (2022): Lehrbuch ambulante psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. 259
- Spieß, E.; Nerdinger, F. W.; Regnet, E. & Rosenstiel, L. von. (2003). Effektiv kooperieren: wie aus lauter Solisten ein erfolgreiches Orchester wird. Weinheim: Beltz
- Stiehl, S.; Omundo, J.; Kronmüller, K.-T.; Zingsheim, A.; Heiniger, S.; Zuaboni, G.& Schulz, M. (2023): Förderung und Prävention von seelischer Gesundheit und Wohlbefinden in der Gemeinde. In: Prävention und Gesundheitsförderung. DOI: 10.1007/s11553-023-01075-y
- Sofin, Y.; Danker-Hopfe, H.; Gooren, T. und Neu, P. (2017): Predicting Inpatient Detoxification Outcome of Alcohol and Drug Dependent Patients: The Influence of Socio-demographic Environment, Motivation, Impulsivity, and Medical Comorbidities. In: Journal of addiction 2017
- Sofin, Y.; Danker-Hopfe, T. und Neu, P. (2016): The Effect of Significant International Sports Events on Qualified Detoxification Treatment Outcome - Do Drop-Out Rates Change during UEFA European Championship? In: PloS one 11 (12) 8
- Stewart, D.; Warren, J.; Odubanwo, A.; Bowers, L. (2015): Nursing interventions for substance use during psychiatric hospital admissions: Clinical context and predictors. In: International Journal of Mental Health Nursing (2015) 24, 527–537
- Tschinke, I. (2022): Erwachsenenpsychiatrie. In: Tschinke, I., Finklenburg, U., Gähler, B., Konhäuser, T. (Hrsg.) (2022): Lehrbuch ambulante psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. 265
- Voss, F. (2022): Forensische Klienten in der ambulant sozialpsychiatrischen Versorgung. In: Tschinke, I., Finklenburg, U., Gähler, B., Konhäuser, T. (Hrsg.) (2022): Lehrbuch ambulante psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. 269f
- Wolff, S., (2015): Hausbesuche. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2015) (Hrsg): Lehrbuch psychiatrische Pflege. Bern: Huber. S. 447ff.
- Walte, G., Oud, N., Nau, J. (2023): Aggression und Gewalt. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. S. 682

Kü/Ba/Gi: 22.04.24

2.9 Modul „Psychiatrie in der Gesellschaft“

Modultitel/Modulkennung: 03PGFP 01 „Psychiatrie in der Gesellschaft“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: Modul Beziehung gestalten – Pflegeverständnis, Ethisches Handeln, Selbstfürsorge Zum Wesen der psychiatrischen Pflege: Rollenidentität im Behandlungsteam entwickeln (Fachspezifisches Modul) Wissenstransfer in die Fachpraxis der psychiatrischen Pflege – Konzepte und Methoden (Fachspezifisches Modul)			
Workload: 90 Std davon 60 Std. Kontaktstunden, 30 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
			
Reflexionskategorien: 2.III Tradition und Emanzipation 4.III Rentabilitätsanspruch und soziale Gerechtigkeit			
Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Beitrag der Pflege für Psychiatrie als Teil der Gesellschaft Wenn die Finanzierung den Patient*innen Diagnosen „aufzwingt“ Digitalisierung und psychiatrische Pflege Psychisch krank im Akutkrankenhaus			
Inhalte: Geschichte der Psychiatrie, Anti-Psychiatrie-Bewegung, Stigmatisierendes Image: gesellschaftliches Bild, Medikalisierung, Politik, Offene Psychiatrie: Angehörigenarbeit, Inklusion, Migrationserfahrung, Schizophrenie, Finanzierungssystem: Fallpauschalen-wenn die Pauschale die Diagnose macht..., Drehtüreffekt, Berufspolitik, Controlling, LEP, Digitalisierung, , eHealth, Telehealth, Reanimation, Probleme psychisch Kranker in somatischen Krankenhäusern.			
Eröffnung der Handlungssituation/Exempel: Eine Pflegende: „Ich finde es wichtig, das ist eine Chance für die Psychiatrie, auch von ihrem stigmatisierten Image wegzukommen. Dass die Leute selber, ja, selber ihre Genesen auch ein Stück weit in die Hand			

nehmen. Ja, ich oute mich mal als ein bisschen antipsychiatrisch eingestellt auch. Man sollte dahingucken, da sind viele interessante Ansätze bei. Und vieles vom, wie wir biologisch versuchen, psychische Krankheit zu sehen, es dient dazu, das zu chronifizieren und macht vielmehr Symptome teilweise, diese Stigmatisierung, viel mehr Leiden als die Erkrankung selber teilweise. Absolute Medikalisierung. Was soll ich sagen? Wir brauchen doppelt so viele Pflegende, die doppelt so viel Geld verdienen, damit auch Leute, die ein bisschen Bock haben, diesen Job machen. Aber das ist jetzt nichts für Sie, also das ist Politik. Nein, inhaltlich würde ich sagen, das finde ich einfach richtig und wichtig. Und das eröffnet ja auch der Pflege ganz andere Handlungsfelder wieder.“

Aus der Fokusgruppe:

„Ich formuliere es mal anders. Ich glaube, das betrifft uns alle. Ich formuliere es mal so. Wir haben alle im Alltag erleben wir oder arbeiten wir mit Menschen, die es nicht gewohnt sind A vielleicht, dass man sich um sie kümmert, B dass sie gemocht werden, dass sie geliebt werden. Das sind ja alles durchaus Phänomene, die unsere Patienten tagtäglich nicht erfahren, wo wir ja auch im Rahmen der Beziehungsgestaltung uns orientieren, gerade auch dahingehend, wie baue ich zu jemandem eigentlich eine Beziehung auf, der für mich privat auch ganz unangenehm ist.“

„wo ich denke, das könnten auch Fachpflegende leisten. Angehörigengruppen zum Beispiel, Beratungsgruppen. Im Bereich Gerontopsychiatrie weiß ich davon. Im Bereich Menschen mit Psychose, wo es eher in Richtung Psychoedukation dann geht.“

„Fängt damit an, dass ich mit meinen Patienten ressourcenorientiert arbeite und von meinem fachlichen Verständnis, also wofür ich überhaupt Weiterbildung, Studium besucht habe, dahin, wie auch vorhin schon gesagt, das Menschsein wieder näherzubringen. Das darf sich aber nirgends abzeichnen. Also das finde ich mit den größten Widerspruch. Also ich darf nicht dokumentieren, Patient hat ein Erfolgserlebnis, macht das gut, kann jetzt dies und das. Das darf, wenn überhaupt, am letzten Behandlungstag irgendwo mal so ganz klein in einem Nebensatz auftauchen. Und das finde ich zum Teil auch sehr frustrierend. Das ist ein politisches, gesundheitspolitisches, Thema, aber das ist auf jeden Fall eine Widersprüchlichkeit, mit der ich im Alltag umgehen muss, die ich begreifen muss.“

„Auch Ressourcenallokation, also wer bekommt wo welche Ressourcen. Ist auch häufig widerspruchsbehaftet, finde ich. Weil ich ja einfach 18 Patienten vielleicht gar nicht gleich meine Aufmerksamkeit, meine Ressourcen näherbringen kann. Auch das sind immer Widersprüche.“

„Das ist bei uns auch gerade ziemlich viel geworden. Also wir sind vom Personal im Moment häufig ziemlich eng, haben da eine Station mit bis zu/ Was haben wir denn jetzt? Also wir können

Maximum 32 Patienten betreuen und sitzen halt zu zweit oder auch mal alleine und haben dieses ganze Administrative, haben jetzt auch von unserem Controlling, das wir jetzt neu in der Klinik haben, immer mal wieder Aufgabe bekommen, unsere Berichte sind zu knapp, zu positiv. Das reicht alles nicht aus, wir müssten ja jetzt irgendwie Argumente bringen für die Behandlung, dass das alles weiter auch finanziert wird und das wir irgendwie alles dann so auf unserem Kopf, sage ich mal, ausgetragen, uns übergebügelt. Und wenn ich dann dastehe und, ja/ Allein die Dokumentation für die ganzen Patienten, wenn ich jetzt dann da 28/ Da geht so viel Zeit drauf, die fehlt mir dann wirklich am Patienten.“

„Vielleicht auch an den Punkt einfach auch so ein bisschen, was vorhin auch schon mal gefallen ist, dass die Pflege einfach auf berufspolitischer Ebene aktiver wird, um vielleicht auch solche Prozesse, die dann da anlaufen/ Ja, das ist ja jetzt das Resultat daraus, dass wir jetzt zum Beispiel wie wir jetzt finanziert werden. Also, dass man da vorher vielleicht schon irgendwo eingreifen kann und, dass man da von der Pflege auch irgendwie mehr Standing hat und dann halt schon irgendwo weit im Vorfeld eingreift, bevor man dann jetzt so dasteht.“

„Weil, das Controlling ruft an und wir springen dann. Also, genau. Und andererseits, es kennt sich dann auch/ Gut, da ruft jemand vom Controlling an, aber kaum einer meiner Kollegen weiß, was die da machen, warum die da sind, warum wir die überhaupt haben. Und es weiß auch kaum einer im Groben, wie dieses ganze System sich da jetzt zusammensetzt. Ja. Also was die Finanzierung jetzt angeht oder so, wie // sich das berechnet und wie wir da.“

„Hat leider häufig was mit Sympathie und Antipathie zu tun, was automatisch mit Wertung zu tun hat. Und ich/ Manchmal hört man das sogar wortwörtlich dann, also "Den kann ich nicht leiden" oder "Die mag ich gern". Das ist eine Wertung, ja.“

„Und mit dem anderen, der vielleicht auch einen höheren Bildungsabschluss hat, egal wie er sich verhält, wird auch gleich ganz anders umgegangen. Also das finde ich/ Das merke ich auch häufig bei uns.“

„Dann gibt es ja auch noch das Phänomen Privatpatient und nicht Privatpatient. (alle lachen) Also ich habe in einem Krankenhaus gearbeitet, das war so ein Pavillonsystem, verschieden Häuser, und ein Haus davon war oder ist die Privatstation. Und in dieser Privatstation, da brauchen die Patienten nicht in den offiziellen Speisesaal, die bekommen Auswahl zwischen sieben verschiedenen Gängen insgesamt. Und die sind aber auf dem gleichen Gelände irgendwie, wie alle anderen Patienten auch.“

„Es geht ja auch vielleicht um Drehtürpatienten, die immer wieder kommen, oder chronisch erkrankte Patienten, austherapierte Patienten werden auch viele genannt, dass man da halt eben als Fachpfleger auch die Leute zum Nachdenken anregt und sagt "Denk doch nochmal darüber nach, woher kommen denn diese Erscheinungen oder warum legen wir diesem Patienten diese Schablone auf? Warum denkt das pflegerisch-therapeutische Team denn so?" Also, dass man da versucht wieder Mensch zu sein (...).“

„Und da wäre ja, wenn man jetzt mal an die Schweiz denkt, sowas wie ein System, ich spinne mal ein bisschen rum, für jetzt zukünftige Fachpflege, sowas wie Leistungserfassung in der Pflege, LEP ist auch ein Begriff bestimmt, dass man halt eben auch eine Grundlage hat "Schauen Sie, hier ist der Pflegebedarf", ne? Den Pflegedienstleitern oder der kaufmännischen Leitung das aufzuzeigen und wir brauchen mehr personelle Ressourcen in dem Bereich, um auch qualitative Sachen, Gruppen und Interventionen anbieten zu können und auch durchführen zu können. Weil dafür ist die Zeit dann nicht gegeben.“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Perspektive der Institution

In der *gesundheitsspolitisch-ökonomischen Perspektive* stellt sich auf der Ebene des *Helfens* als Problem dar, dass die Psychiatrie gesellschaftlich unter einem stigmatisierenden Image leidet, wie es die Teilnehmer*innen in den Interviews zum Ausdruck bringen. Das Bild der Psychiatrie als „verwahrende Einrichtung“ hat eine lange *Tradition* in der Gesellschaft und die Geschichte der Psychiatrie ist bis heute noch nicht vollständig aufgearbeitet (vgl. Modul Beziehung gestalten – Pflegeverständnis, Ethisches Handeln, Selbstfürsorge“), was das entsprechende Image der Psychiatrie pflegt und offenbar bis heute in den Köpfen der Menschen verankert ist. Dabei sind auch durchaus Reformbewegungen in der Psychiatrie verantwortlich dafür, dass es zur Verbesserung der Krankenversorgung gekommen ist und psychisch Kranke heute in *innovativen* Konzepten durchaus einen Teil ihrer Selbstbestimmung wiedererlangen, die ihnen durch die Erkrankung verloren gegangen scheint und in der „verwahrenden“ Pflege auch nicht gefragt waren. Dementsprechend sind diese Entwicklungen in das gesellschaftliche Bild zu transportieren, um auch der Gesellschaft eine Teilhabe an innovativen psychiatrischen Themen zu ermöglichen. Im Zuge der *Professionalisierung* sollte die Pflege einen Beitrag für die Psychiatrie als Teil der Gesellschaft leisten.

Einstieg konvergierendes Gespräch: „Wie reagieren Menschen darauf, dass Sie in der Psychiatrie arbeiten? Welche Fragen werden Ihnen gestellt?“ **Sammlung der Ergebnisse.**

Lehrervortrag: Geschichte der Psychiatrie, insbesondere die Psychiatriereform mit neuen Sichtweisen und Konzepten, die daraus hervorgegangen sind (u.a. Schädle-Deiningner, Sauter 2023: 187ff.). **Gruppenarbeit:** „Welche gesellschaftlichen Bilder, werden heute noch transportiert? Was kann diesen Bildern aus aktuellen Entwicklungen der psychiatrischen Pflege entgegengehalten werden?“

Lehrervortrag: *Medikalisierung: Begriffsbestimmung und Bedeutung für die Psychiatrie (u.a. Forster 1997).* **Gruppendiskussion** mit Ergebnissammlung.

Lektürearbeit: zum Drehtüreffekt (Jarling 2024): **Austausch der Ergebnisse** aus der Lektürearbeit.

Lehrervortrag: *Soziale Inklusion (u.a. Richter 2023: 162 ff.).* **Rechercheauftrag** zu Konzepten, Projekten mit dem Schwerpunkt der Inklusion. **Vorstellung und Sammlung** der Ergebnisse.

Lehrervortrag: *Stigmatisierung am Beispiel der Schizophrenie (Diagnostik und Therapie Schizophrenie, Phänomene Stimmen hören (u.a. Schnackenberg, Burr, Debesay 2023: 1127). Selbstverletzendes Verhalten (u.a. Schoppmann, Sauter 2023: 1043)*

Projektauftrag in kleineren Gruppen: (ggf. Fachspezifische Pflege gestalten, Praxismodul berücksichtigen): „Entwickeln Sie keine, niederschwellige Projekte, um das Thema Psychiatrie in die Gesellschaft zu transportieren! (Vorträge Gemeinde, Schulklassen, Vereine, interessierte Bevölkerung, Leserbriefe oder kleinere Artikel für die Zeitung, Gestaltung „Tag der offenen Tür“, Ausstellung, Angehörigen-Café, ..., gefragt sind innovative, niederschwellige Ideen.).

Lehrervortrag oder Lektürearbeit: *Migrationserleben und psychische Erkrankung (u. a. Kovel, Sauter 2023: 909 ff.).*

Stigmatisierung und Vorurteilen sind allerdings auch in anderen Gesundheitseinrichtungen zu finden, wie in somatischen Krankenhäusern. Auch hier ist nicht immer ganz klar, was die Psychiatrie gesellschaftlich leistet. Psychische Begleiterkrankungen spielen in somatischen Kliniken eine untergeordnete Rolle. Das birgt die Gefahr, dass Patient*innen in Akutkrankenhäusern hinsichtlich ihrer psychischen Erkrankung vernachlässigt werden und sie eine Verschlechterung im Rahmen ihrer psychischen Erkrankung erleben. Umgekehrt verursachen mögliche somatische Erkrankungen bei Patient*innen in der Psychiatrie ein Unbehagen, da diese mit vitaler Bedrohung einhergehen können.

Workshop: Häufige Komplikationen in somatischen Kliniken (u.a. Rohrbach 2023: 1387ff.).
Workshop: Vitale Notfälle erkennen, Reanimationsübungen.

Auf der *Sachebene des Gesundheitswesens* wird in der institutionellen Perspektive deutlich, dass dieser Kategorisierungszwang in der Abrechnungslogik der Kranken- und Rentenkassen manifestiert ist, indem die Stellung von Diagnosen nach anerkannten Diagnosesystemen wie ICD-10, ICD-11 oder DSM V Voraussetzung dafür ist, dass pflegerische und medizinische Leistungen überhaupt abgerechnet werden können und damit *rentabel* sind. Zugleich ist darüber überhaupt erst möglich, Ansprüche gegenüber den Versicherungen zugunsten der Betroffenen abzuleiten. Die Pflegenden in den Interviews sind dazu angehalten, dass sie entsprechend der Abrechnungslogik dokumentieren. Man spürt das Unbehagen der Akteur*innen, nicht im Sinne einer Rekonvaleszenz der Patient*innen zu dokumentieren, wie es redlich wäre. Stattdessen erfordert die Abrechnungslogik, dass Patient*innen mit ökonomisch „passenden“ Diagnosen pathologisiert werden.

Methodischer Vorschlag: Auseinandersetzung mit Diagnosesystemen, Abrechnungsverfahren, DRGs usw./ **Lehrervortrag:** Einführung in das Controlling für die Psychiatrie: „Wie denken Controller*innen? Welche Perspektiven nehmen sie ein?“

Kreative Utopie-Werkstatt: „Welche Dynamiken entstehen durch die aktuelle Abrechnungslogik in der Praxis?“, „Wie könnte die Abrechnung von Leistungen ohne stigmatisierende Effekte (Diagnosen) gedacht und (theoretisch, idealerweise) realisiert werden?“

Lehrervortrag: Einführung in die Leistungserfassung in der Pflege (LEP) für die Psychiatrie. Gruppendiskussion: Kann LEP eine Lösung für die Leistungserfassung in der Pflege sein?

Aus der Perspektive der Institution kann festgehalten werden, dass das Zusammenwirken von unpolitischer Pflege und gesundheitspolitischen Gremien, wie u.a. dem G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss), Auswirkungen auf Pflege selbst hat. Pflege ist bekannterweise nicht in den wichtigen politischen Gremien vertreten. Das Zusammenwirken der Umstände entspricht dem traditionellen Muster, wie Medizin in die Schlüsselposition gelangt, über die Arbeitsinhalte der Pflege zu befinden. Das Pflegerische inhaltlich selbst zu bestimmen, stellt in der Geschichte der Berufsgruppe ein Kernproblem dar. Auch die Interviewteilnehmer*innen resümieren eine mangelnde Präsenz der Pflege in der Politik. Offenbar ist den Akteur*innen klar, dass das berufliche Handlungsfeld der psychiatrischen Pflege nur verändert werden kann, wenn selbstbestimmt mitgestaltet wird. Hierfür muss Pflege politischer werden.

Gruppenauftrag mit anschließender Plenumsdiskussion: „Rolle und Stellenwert der Pflege in der Politik. Welche Themen und Problemstellungen ergeben sich? Warum ist Pflege so unpolitisch?“

Arbeitsauftrag: Untersuchung des Stellenwerts Pflege in den Wahlprogrammen (Aktualität der Wahlen: Kommunalwahlen, Bundestagswahlen, EU-Wahlen) der demokratischen Parteien in Deutschland. **Zusammentragen der Ergebnisse im Plenum.** Diskussion und konvergierendes Gespräch

In der Pflege gehören technische Geräte zum Arbeitsalltag. Lebenswichtige Funktionen der Patient*innen werden ersetzt und/oder erleichtern die Arbeit der Pflegenden. Vielfach ist eine Pflege ohne die Gerätemedizin nicht mehr denkbar und erfordert ein eigenes spezialisiertes Wissen ab, was im ständigen Wandel ist. Medizin ist ohne „High-Tech“ fast nicht mehr realisierbar. In der Psychiatrie war dies bisher wenig vorstellbar, da Nähe, Beziehung und menschliche Interaktion als Kernelemente psychiatrischer Arbeit, technisch nicht ersetzbar scheinen. Gleichsam ist auch für das Handlungsfeld der Psychiatrie zu erwarten, dass Telehealth und eHealth Einzug halten werden.

Methodischer Vorschlag: Lehrvortrag zu eHealth, Telehealth und Assistierende Technologien. Entwicklungen im Gesundheitssystem. Exmpl: Einsatz von „Paro“ in der Gerontopsychiatrie oder „Digitale Tagebücher und digitale Beratung bei Traumaerfahrungen“ (u.a. Eichenberg, Huss 2023)

Lehrervortrag: (Ethische) Fallbesprechung/ Ggf. **Planspiel:** Umsetzung einer (ethischen) Fallbesprechung im Behandlungsteam (s.o.) „Herr K. liegt in der Gerontopsychiatrie auf der intelligenten Matratze richtig!“ oder „Herrn K. möchte die Robbe Paro füttern und wir machen mit!“ **Fallbesprechung simulieren** und Aushandlung für den Fall.

Lektürearbeit (ggf. Wiederholung oder Vertiefung): Veit (2004: 62ff.) – Professionalisierungsthesen: u.a. Subjekt-Subjekt-Beziehung. Insbesondere These 5: „Anwendung des Wissens einer Profession ist nicht technisch.“ (vgl. Modul Fallorientiertes Arbeiten in der psychiatrischen Pflege: die Subjektperspektive jenseits der Diagnose) **Zusammenfassung** in der Gruppe und Bewertung für die psychiatrische Pflege

Zusammenfassung des Moduls.

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... erwerben ein tiefes berufsbezogenes Wissen zu Abrechnungssystemen in der Psychiatrie, können die Dynamik zur Diagnosestellung und der entsprechenden Dokumentation für die Situation ihrer Patient*innen einordnen und hierzu mit anderen Berufsgruppen in die Diskussion gehen
- ... verfügen über ein integriertes berufliches und betriebswirtschaftliches Wissen zum Controlling, der Leistungserfassung in der Pflege und kennen die Grenzen zur Bezugswissenschaft Pflegewissenschaft
- Sie reflektieren die Geschichte der Psychiatrie und stellen Zusammenhänge her, die bis heute das gesellschaftliche Bild der Psychiatrie prägen
- ... sie erwerben ein tiefes Fachwissen zu wichtigen Begriffen, wie u.a. Psychiatriereform, Medikalisierung, Drehtüreffekt, Inklusion, welches im Zusammenhang mit dem gesellschaftlichen Bild der Psychiatrie steht. Hierdurch entwickeln sie Potenziale, aktiv in die Gestaltung des gesellschaftlichen Bildes einzusteigen
- ...sie erwerben tiefes Wissen zur Migrationserfahrung und können diese in den Zusammenhang zu psychischen Erkrankungen stellen
- ...sie entwickeln ein Verständnis für die Auswirkungen einer unpolitischen Pflege, können Wahlprogramme hinsichtlich psychiatrischer Themen und Aussagen analysieren und für ihre berufliches Handlungsfeld bewerten
- ...sie verfügen über ein tiefes Wissen zu den häufigsten Problemstellung von psychisch Kranken in somatischen Krankenhäusern und sind in der Lage, vitale Notfälle in der Psychiatrie zu erkennen und angemessen zu reagieren
- ... kennen eine Breite an Wissen zum Thema Digitalisierung in der Pflege und bewerten diese für ihr Patient*innen und das Praxisfeld
- ... sie erkennen, welche Bedeutung Technik im professionellen Handeln hat und realisieren, dass professionelles Handeln immer den Subjektbezug voraussetzt.

Leistungsüberprüfung: K/R/M/PR (ggf. Kombinationsprüfung mit Praxismodul)

Projektideen zur gesellschaftlichen Öffnung psychiatrischer Themen

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

- Ggf. Fallerhebung in der Praxis nach Arbeitsverbundenem Lernen.

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium der vorgeschlagenen Pflgetheorie (Benner 2012), ausgewählte Arbeitstexte
- Fallreflexion mithilfe der vorgeschlagenen Lektüre, Fallaufbereitung in der Praxis ggf. als Prüfungsleistung
- Prüfungsvorbereitung

Literaturempfehlungen:

- Ammenwerth, A., Haux, R. (2014): IT-Projektmanagement im Gesundheitswesen: Lehrbuch und Projektleitfaden - Taktisches Management von Informationssystemen. Schattauer
- Bleiber, R. (2022): Crashkurs Controlling. Grundlagen und Instrumente. Freiburg, München, Stuttgart: Haufe
- Dörner, K., Plog, U., Brock, T., Brieger, P., Heinz, A., Wendt, F. (2019) Irrren ist menschlich. Köln: Psychiatrie Verlag
- Dubb, R., Kaltwasser, A., Pühringer, F., Schmidt, K. (2019) Notfallversorgung in der Pflege und Notaufnahme. Stuttgart: Kohlhammer
- Eichenberg, C., Huss, J. (2023): Trauma und digitale Medien. Therapiemöglichkeiten und Risiken. Stuttgart: Clett-Cotta
- Forster, R. (1997): Psychiatriereform zwischen Medikalisierung und Gemeindeorientierung. Eine kritische Bilanz. Düsseldorf: Westdeutscher Verlag
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) (2022) Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych) Allgemeine Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren, Version 2022. URL: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/DKR-Psych_Version_2022.pdf [Zugriff: 18.03.2022]
- Isfort, M.; Brühl, A. (2008): Leistungserfassung und Leistungsentscheidung. Kennzahlen im Blickfeld angewandter Forschung (Teil 2). In: Pflege Zeitschrift, Jg. 61, H. 1, S. 28-31
- Isfort, M.; Brühl, A. (2007): Leistungserfassung und Leistungsentscheidung. Kennzahlen im Blickfeld angewandter Forschung (Teil 1). In: Pflege Zeitschrift, Jg. 60, H. 12, S. 671-675
- Jarling, K (2024): Wie kann der Drehtüreffekt in der Akutpsychiatrie vermieden werden? PPH 2024 30(02). S. 74-78. DOI: 10.1055/a-2218-9863
- Richter, D. (2023): Soziale Inklusion. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. S. 163 ff
- Rohrbach, E. (2023): Allgemeinkrankenhaus. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. S. 1387ff
- Kovel, A. Sauter, D. (2023): Migrationserfahrung. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. S. 909 ff.
- Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinien nach § 63 Abs. 3c SGB V: <https://www.g-ba.de/richtlinien/77/> (03.09.22)
- Friesacher, H. (2010): Pflege und Technik – eine kritische Analyse. In: Pflege & Gesellschaft 15. Jahrg. 2010/ 4. Juventa
- Friesacher, H. (2019): Fürsorge - trotz oder mit Technik? In: Hauck, C. Uzarewicz, C. (Hrsg.) (2019): I, Robit – I, care. Möglichkeiten und Grenzen neuer Technologien in der Pflege. Berlin, München, Boston: De Gruyter. S. 201-222
- Hochmuth A, Iltner J, Dockweiler C. Digitalisierung - eine Chance für die Pflege? Pro Alter.de. 2019;51(2):20-24

- Hülksen-Giesler, M. (2008): Der Zugang zum Anderen. Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimesis und Maschinenlogik. Göttingen: V&R, Unipress
- König, O., Schattenhofer, K. (2021): Einführung in die Fallbesprechung und Supervision. Heidelberg: Carl-Auer, Compact.
- Kudyba SP. Healthcare Informatics: Improving Efficiency Through Technology, Analytics, and Management. Productivity Press; 2nd Revised ed. 2016
- Lexa, N. (2014): Fallbesprechungen in der Palliative Care: Praxiswissen für kompetentes Handeln (Pflegeteam). Hannover: Schlütersche.
- Marckmann, G.; Mayer, F. (2009): Ethische Fallbesprechungen in der Onkologie.
- Reuschenbach, B., Mahler, C., (2020): Pflegebezogene Assessmentinstrumente.
- Reimann, U. (2008) Multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Von den Mühen der Ebene. In: Zeitschrift für Palliativmedizin. Jg. 9. Heft 3.
- Remmers, H. (2018): Pflegeroboter: Analyse und Bewertung aus Sicht pflegerischen Handelns und ethischer Anforderungen. Open Access: <https://library.oapen.org/bitstream/handle/20.500.12657/23155/1/1006999.pdf#page=169> (22.04.24)
- Schmidgen, Henning (1997): Einbildung und Ausföhlung. Paragrana 6 (I): 25–42.
- Schnackenberg, Burr, Debesay 2023: Stimmenhören. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. S. 1127ff.
- Schoppmann, Sauter (2023): Selbstverletzendes Verhalten. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe. S. 1043ff.
- Heinemann, W. (2005): Ethische Fallbesprechung. Eine interdisziplinäre Form klinischer Ethikberatung. Hrsg. von MTG Malteser Trägergesellschaft gGmbH, 1. Auflage, Köln. Online: https://www.malteser.de/fileadmin/Files_sites/Fachbereiche/Krankenhaus-user/Downloads/ethische_fallbesprechung.pdf [27.04.2021].]
- Veit, Annegret (2004): Professionelles Handeln als Mittel zur Bewältigung des Theorie-Praxis-Problems in der Krankenpflege. Bern / Göttingen / Toronto / Seattle: Huber

•
Podcast:

Übergabe Ü069: Digitalisierung in der Pflege: <https://www.uebergabe.de/ug096/> (22.04.24)

Übergabe: PU 69. Pflegepolitik im Bundesrat: <https://www.uebergabe.de/pu069/> (22.04.24)

•
Kü/Ba/Gi: 22.04.2024

2.10 Modul „Wissenstransfer in die Fachpraxis der psychiatrischen Pflege - Methoden und Konzepte“

Modultitel/Modulkennung: 04WTFP01 „Wissenstransfer in die Fachpraxis der psychiatrischen Pflege - Konzepte und Methoden“			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Themenumsetzung in der Fachpraxis im Praxismodul 04PRPFP01 „Projekt fachspezifisch gestalten“ (ggf. Prüfungskombination der Module).</i>			
Workload: 90 Std davon 60 Std. Kontaktstunden, 30 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
Reflexionskategorien: 2.III Tradition und Emanzipation Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Gestaltende Pflege und traditioneller Stillstand Themen/ Schlüsselprobleme/Inhalte: Berufliche Quellen des Wissens (Mayer 2022) Klärung Evidenz, Evidenz von Forschungsergebnissen, Bewertung von Studien, Studientypen Implementierung von Innovationen, Dimensionen des Wissenstransfers: Projektarbeit, Konzepte und Methoden der Implementierung und Translation, u.a. Projektarbeit vertiefen, PIKE-Schema (Behrens/Langer) Übungen Datenbankrecherchen und Bestimmung von Evidenz zu pflegepraktischen Themen Aufbereitung der Ergebnisse, Erstellung "One Minute Wonder" und Vortrag für die Pflegepraxis Exemplarische Themen für Projektarbeit: „Safewards“, Gruppentherapien, Stigma, Gezeitenmodell, Recovery-Kolleg, ggf. Peer-Arbeit und EX-IN vertiefen			
Eröffnung der Handlungssituation/Exempel: Aus der Fokusgruppe: <i>„Ich möchte dazu auch nochmal sagen, also ich finde dieses ganze PeermodeLL superwichtig. Ich bin da fest davon überzeugt. Glaube, ist auch mittlerweile gut belegt, dass das einen ganz hohen Nutzen für viele Patienten hat. Stehe ich voll hinter. Ich finde es nur schwierig/ Also es sieht auch</i>			

erstmal hochlogisch aus, dass sowas implementiert wird. Was ich jetzt schwierig finde in der Diskussion heute, wir unterhalten uns über unsere eigene Berufsidentität und was macht die Fachpflege Psychiatrie aus, worum geht es dabei. Und jetzt sitzen wir hier und wollen eigentlich das verlagern auf EX-IN-Modelle. Und ich glaube, da müssen wir unsere Hausaufgaben erstmal machen.“

„Also da sind es jetzt ja 24 Stunden im Jahr, also wirklich, das sowas nicht passiert, dass man dann 15 Jahre vorher die Fachpflege gemacht hat und dann leider den Begriff Recovery nicht mehr kennt. Das darf nicht passieren. Ja. (...)“

„Vielleicht auch in dem Bereich, wir hatten ja gerade über Skills gesprochen, dass man allgemein sagt Coping Mechanismen entwickeln, versuchen den Patienten auch in Bezugspflegegesprächen dazu anzuregen, selber zu überlegen.“

„Ich denke, das sollte man auch nochmal schauen, dass man eben da auch in der Fachweiterbildung Konzepte bekommt, wie kann ich Coping Mechanismen aus Ressourcen entwickeln sozusagen, wie kann ich etwas entwerfen mit dem Patienten zusammen, auch vielleicht nach einem Konzept keep it short and simple. Also einfach ein Konzept zu entwickeln, dass die Patienten das nachvollziehen können, auch im Stationsalltag anwenden können.“

„Also das kann ja ganz flexibel sein, aber dass die Leute sich diese Brille quasi der Recovery-orientierten Pflegepraxis auch aufsetzen können und neben diesem tradierten pflegerischen Handeln dann auch eben Recovery-orientierte Pflege sehen könne.“

„Aber vielleicht gibt es innerhalb dieses Teams auch niemanden, der diese Denke mal anstößt. Also/ (lachen) Ich kenne die Prozesse, dass man irgendwann nur noch dieses Abarbeiten hat und alle verlieren sich dann. Es braucht diese Kraft. Aber ich weiß, dass es auch schwierig ist, wenn man Alleinkämpfer dort ist und dann das aufrecht erhalten möchte.“

„Und genau das kritisiere/ Ich finde also, an diesem System der Fachweiterbildungsausbildung, Weiterbildung/ Ist das eine, wenn ich sage "Bei mir kommen die Weiterbildungsteilnehmer und denen bringe ich jetzt irgendwelche Konzepte bei, stelle den irgendwelche Konzepte vor", dann finde ich, hat das nicht so eine Nachhaltigkeit. Ich finde, die Basis muss erstmal sein, das Denken zu lehren, also wie denke ich, wie treffe ich klinische Entscheidungen, wie schätze ich Sachen ein, wonach gehe ich da. Das erstmal zu platzieren, bevor ich jetzt "Heute machen wir das Konzept, morgen machen wir das Konzept und dann machen wir noch das Konzept". Ich glaube ganz fest daran, dass ich Konzepte jemandem so an die Hand geben kann überwiegend, nicht ausschließlich, und sagen kann "Hier, lies dir das mal durch, dann können wir diskutieren und dann kannst

du das". Aber es die Form des Denkens, dieses kritische Denken auch häufig genannt, die weder in der Grundausbildung eigentlich noch in der Weiterbildung einen zentralen Platz hat."

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Aus der Perspektive der Institution

Mit der stetigen Vermehrung evidenzbasierten pflegewissenschaftlichen Wissens verstärkt sich die Transferproblematik von der Wissenschaft zur Praxis. Neuere Implementierungsforschung zeigt, dass der Transfer nicht als Einbahnstraße, sondern als Resonanzprozess gedacht werden muss. Gerade hier setzt eine innovative Pflege an, Praxisprobleme aufzunehmen, theoretisch zu bearbeiten und die Arbeitsergebnisse wieder in die Praxis zu überführen. Gleichzeitig schauen wir hier auf einen *Emanzipierungsprozess* der beruflichen Pflege, da wissenschaftliche Erkenntnisse und deren Umsetzungen aus der Pflege selbst kommen, und nicht aus Nachbardisziplinen, wie es in der Pflegepraxis *traditionell* üblich ist. Das Modul beschäftigt sich mit den Bedingungen dieses *innovativen* Prozesses anhand der Prinzipien und Methoden der Einführung von *Innovationen* in die Praxis. Die Fähigkeit, diesen Vorgang gestalten zu können, wird vielfach mit akademisch ausgebildeten Pflegenden verbunden und hat dennoch Einzug in die Fachweiterbildungen gehalten. Im Modul werden Methoden, Inhalte und Kompetenzen sinnvoll aufgenommen, um in die Anwendung der Wissenstranslation zu kommen. Im Rahmen der Anwendung werden Pflege-themen der Praxis ausgesucht, pflegewissenschaftlich bearbeitet und für die Praxis aufbereitet, um Vorschläge für eine evidenzorientierte Pflege vornehmen zu können. Die Fragestellungen sind aus der Fachpraxis aufzunehmen und Lösungen durch Teammitglieder mittels wissenschaftlicher Methoden zu erarbeiten. Das Projektmanagement bietet den Ansatz, die Methoden und Instrumente, die komplexen Fragestellungen effektiv und effizient zu bearbeiten. Zuvor ist auf *traditionelle* Vorgehensweisen zu blicken, die in der Praxis ihre Berechtigung haben.

Methodischer Vorschlag: *Lehrervortrag: „Wissensquellen beruflichen Handelns“ (Mayer 2022: 19-37) und Arbeitsblätter./Gruppenarbeit: „Finden Sie Beispiele für die unterschiedlichen Quellen des Wissens in der Fachpraxis“./ Plenum: Austausch der Gruppenergebnisse./ Diskussion der Quellen für die Weiterentwicklung der Pflege. **Diskussion** von hemmenden Faktoren in der Weiterentwicklung.*

Tutorium: *Vertiefung Evidenz in der Pflege (vgl. Module 02EFP 01 Evidenzbasierte Pflege und Medizin in der Psychiatrie, 01SB01 „Systematisches wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege“)./ Datenbankrecherchen üben/ Literatur beurteilen üben.*

Lehrervortrag zum Projektmanagement. */Vorstellung Bezüge zum Praxisprojekt in der Fachpflege./ Tutorium zur Projektarbeit.*

Workshop zur Erstellung eines Wissenschaftlichen Posters (ggf. One-Minute-Wonder), um es in der Fachpraxis zu präsentieren.

Lehrervortrag zu Konzepten in der Psychiatrie: „Safewards“, Gruppentherapien, Stigma, Gezeitenmodell, Recovery-Kolleg, ggf. Peer-Arbeit und EX-IN vertiefen

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... haben ein breites und integriertes Verständnis von Prozessen des Wissenstransfers. Sie kennen die gängigen Konzepte zum Wissenstransfer, können diese beschreiben und beispielhaft an einem Thema ausgerichtet in der Fachpraxis umsetzen
- ... setzen die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens korrekt um und argumentieren die Notwendigkeit von Theoriegeleitetem oder evidenzbasiertem Handeln in der Pflegepraxis vor Vertreter*innen der Berufspraxis – übernehmen eigenständig Verantwortung zur Umsetzung von Projekten in der Praxis
- ... verstehen die Logik des Forschungsprozesses. Sie haben ein Verständnis zur Evidenzbasierung und kennen den EBN-Prozess, können ihr Projektthema hinsichtlich der Evidenz einordnen
- Die Teilnehmenden können eine evidenzbasierte / wissenschaftlich begründete Problemlösung im Team begründen und Verantwortung für Neugestaltung von Konzepten übernehmen
- ... können die besonderen Probleme des Transfers wissenschaftlicher Erkenntnisse in eine überwiegend nicht-akademische Berufspraxis abschätzen. Sie demonstrieren Prinzipien und Methoden, diese Lücke zu schließen und können deren Anwendung im Team erklären
- ... hinterfragen Praktiken in der Pflegepraxis hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und überprüfen die wissenschaftliche Belegbarkeit der Pflegepraktiken – sind bereit dies im Team zu kommunizieren
- wenden Methoden, Konzepte und Instrumente des Wissenstransfers an und entwickeln Lösungen für Themenstellungen aus der Pflegepraxis.
- können Implementierungsprojekte planen, die einzelnen Schritte darstellen und diskutieren, beispielhaft ein Thema der Pflegepraxis bearbeiten und für die Berufspraxis aufbereiten sowie ihre Ergebnisse in den Pflegeteams argumentativ verteidigen
- können hemmende und fördernde Faktoren für den Wissenstransfer in der Pflege identifizieren, einordnen und für ihre Einrichtungen Lösungsvorschläge vornehmen.

Leistungsüberprüfung: K/R/M/PR

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

Siehe *Praxismodul 04PRPFP 01 „Projekt fachspezifisch gestalten*

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Erhebung Praxissituation zur Themenfindung EBN, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

- Ackley, B. J.; Ladwig, G. B. (2008): Nursing Diagnosis Handbook An Evidence-Based Guide to Planning Care. 8. Aufl. St. Louis: Mosby /Elsevier
- Amberger, S. (2023): Gruppenarbeit. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe S. 522ff.
- Barre, Kirsten (2013): Evidence-based Nursing in der pflegedidaktischen Vermittlung. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Behrens, Johann/Langer, Gero (2010a): Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. Bern: Huber
- Behrens, J., & Langer, G. (2016). Evidence based Nursing an Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung-Vertrauensbildende Entzauberung der "Wissenschaft". 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe.
- Behrens, Johann/Langer, Gero (2010a): Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. Bern: Huber

- Behrens, Johann (2011): Evidence based Nursing. In: Schaeffer, Doris/Wingenfeld, Klaus (Hrsg.) (2011): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim / München: Juventa. S. 151–164
- Brandenburg H, Panfil E.M., Mayer H. (2007): Pflegewissenschaft 2. Lehr und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegeforschung. Hans Huber Verlag, Bern.
- Brandenburg, H. Dorscher (2015): Pflegewissenschaft 1. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in das wissenschaftliche Denken in der Pflege. Bern: Hogrefe
- Büker, C. Lademann, J, Müller, K. (2018) Moderne Pflege heute. Stuttgart: Kohlhammer
- Ertl-Schmuck, R. Unger, A., Mibs, M., Lang, C.: (2014): Wissenschaftliches Arbeiten in Gesundheit und Pflege. Tübingen, Basel: utb
- Hahn, S., Wolff, S. (2023): Recovery Konzept und Service User Involvement. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe S. 356f
- Meyer, Gabriele/Köpke, Sascha (2012): Wie kann der beste pflegewissenschaftliche Kenntnisstand in die Pflegepraxis gelangen? How can best nursing science evidence reach nursing practise? In: Pflege & Gesellschaft. Heft 1 / 12. 17. Jahrgang. Weinheim: Juventa. S. 36–44
- Käppeli S. (2011): Pflegewissenschaft in der Praxis. Eine kritische Reflexion. Hans Huber Verlag, Bern
- Kitson, A. (2008): The need for systems change: reflections on knowledge transfer and organizational change. In: Lournal of Advanced Nursing. 65. Jg., Heft 1, S. 217 – 228
- Krüger, L., & Mannebach, T. (2019). One Minute Wonder zielgerecht gestalten. PADUA, 14(4), S. 239-243.
- Löhr, Michael; Schulz, Michael; Nienaber, André (2019): Safewards: Sicherheit durch Beziehung und Milieu. Köln: Psychatrie-Verlag.
- Mayer, H. (2007): Pflegeforschung verstehen. Facultas Verlag Wien
- Mayer H. (2002): Einführung in die Pflegeforschung. Facultas Verlag, Wien
- Mayer, H. (2003): Pflegeforschung. Elemente und Basiswissen. Wien: Facultas
- Mayer, H. (2022): Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. Wien: Facultas Verlag
- Needham, I., Sauter, D. (2023): Forschung. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe S. 307 ff
- Panfil, E.M. (2017): Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegende. Bern: Hogrefe
- Meyer, Gabriele (2011): Klinische Pflegeforschung: Relevanz und Standortbestimmungen. In: Schaeffer, Doris/Wingenfeld, Klaus (Hrsg.) (2011): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim / München: Juventa S. 137–150
- Moers, M./Schaeffer, D./Schnepp, W. (2011): Too busy to think? Essay über die spärliche Theoriebildung der deutschen Pflegewissenschaft. In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe. Heft 6. 24. Jahrg. Bern: Huber. S. 349–360
- Rabenschlag, F., Leuenberger, G. (2023): Recovery. In: S. 959
- Ruppert, N. (2022): Das kleine Solo: Das Poster. In E.-M. Panfil, M.-C. Baumann, K. Fierz & Y. Ford (Hrsg.) Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege: Lehr- und Arbeitsbuch fpr Pflegende (4. Aufl., S. 341-353). Bern: Hogrefe.
- Ruppert, N. (2017): Das kleine Solo: Das Poster. In: E.-M. Panfil, (Hrsg.): Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegende. (3. Aufl., S. 389-404). Bern: Hogrefe Verlag
- Schiemann, D./Moers, M./Büscher, A. (Hrsg.): Qualitätsentwicklung in der Pflege. Konzepte, Methoden und Instrumente. Stuttgart: Kohlhammer, S. 70 – 101
- Steckelberg A. (2016): Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen und Decision Coaching: Neue Rolle für die Pflege. Pflege. 2016 Sep;29(5): 225-226

- Stiehl, S. (2022): Recovery-Colleg – Hochschule für psychische Gesundheit. 28 (01) Stuttgart: Thieme. S. 18-24. DOI: 10.1055/a-1638-3722
- Titler, M., Kleiber, C., Steelman, V., Rakel, B., Budreau, G., Everett, L., Buckwalter, K., Tripp-Reimer, T., Goode, C. (2001). The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care. Critical Care Clinics of North America, 13(4), 497-509
- Zuaboni, G., Wolff, S. (2023): Stigmatisierung. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2023): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hogrefe S. 1114

Podcast:

Übergabe. ÜG 126: Safewards für die psychiatrische Pflege: <https://www.uebergabe.de/ug126/> (22.04.69)

Kü/Ba/Gi: 22.04.2024

2.11 Modul Praxismodul „Projekt fachspezifisch gestalten“ (Projekt)

Modultitel/Modulkennung: 04PRPFP01 „Projekt fachspezifisch gestalten“ Projekt (Praxismodul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: Das Modul ist praxisbegleitend zum Modul 04WTFP01 „Wissenstransfer in die Fachpraxis der psychiatrischen Pflege - Konzepte und Methoden <i>Umsetzung Projekt in der Fachpraxis (Prüfungskombination der Module).</i> <i>Ggf. praktische Abschlussprüfung.</i>			
480 Praxisstunden, davon 360 Std. AVL und gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ) (12LP)			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitsspolitisch ökonomische Perspektive</i>
Reflexionskategorien: 2.III Tradition und Emanzipation Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Gestaltende Pflege und traditioneller Stillstand Inhalte: Projekt- und Projektmanagementbegriff, Projektmerkmale und Anwendungsgebiete, Projektaufbauorganisation (Einbindung in die Organisationsstruktur, Projektbeteiligte und Projektteam), Projektablauf (Initiierung, Definition, Planung, Durchführung, Abschlussphase), Projektmanagementmethoden (u. a. Projektstrukturplanung, Stakeholderanalyse, Risikoanalyse), Merkmale und Bedingungen von Entwicklungs- und Veränderungsprojekten in der Pflegepraxis, Bedeutung von evidenzbasierter und wirksamer Pflege, Vorbereitung auf Praxisprojekte (u. a. Entwicklung von Fragestellungen)			
Eröffnung der Handlungssituation/Exempel: Eine Pflgende: <i>„Ich denke, das sollte man auch nochmal schauen, dass man eben da auch in der Fachweiterbildung Konzepte bekommt, wie kann ich Coping Mechanismen aus Ressourcen entwickeln sozusagen, wie kann ich etwas entwerfen mit dem Patienten zusammen, auch vielleicht nach einem</i>			

Konzept keep it short and simple. Also einfach ein Konzept zu entwickeln, dass die Patienten das nachvollziehen können, auch im Stationsalltag anwenden können.“

„Also das kann ja ganz flexibel sein, aber dass die Leute sich diese Brille quasi der Recovery-orientierten Pflegepraxis auch aufsetzen können und neben diesem tradierten pflegerischen Handeln dann auch eben Recovery-orientierte Pflege sehen könne.“

„Aber vielleicht gibt es innerhalb dieses Teams auch niemanden, der diese Denke mal anstößt. Also/ (lachen) Ich kenne die Prozesse, dass man irgendwann nur noch dieses Abarbeiten hat und alle verlieren sich dann. Es braucht diese Kraft. Aber ich weiß, dass es auch schwierig ist, wenn man Alleinkämpfer dort ist und dann das aufrecht erhalten möchte.“

„Und genau das kritisiere/ Ich finde also, an diesem System der Fachweiterbildungsausbildung, Weiterbildung/ Ist das eine, wenn ich sage "Bei mir kommen die Weiterbildungsteilnehmer und denen bringe ich jetzt irgendwelche Konzepte bei, stelle den irgendwelche Konzepte vor", dann finde ich, hat das nicht so eine Nachhaltigkeit. Ich finde, die Basis muss erstmal sein, das Denken zu lehren, also wie denke ich, wie treffe ich klinische Entscheidungen, wie schätze ich Sachen ein, wonach gehe ich da. Das erstmal zu platzieren, bevor ich jetzt "Heute machen wir das Konzept, morgen machen wir das Konzept und dann machen wir noch das Konzept". Ich glaube ganz fest daran, dass ich Konzepte jemandem so an die Hand geben kann überwiegend, nicht ausschließlich, und sagen kann "Hier, lies dir das mal durch, dann können wir diskutieren und dann kannst du das". Aber es die Form des Denkens, dieses kritische Denken auch häufig genannt, die weder in der Grundausbildung eigentlich noch in der Weiterbildung einen zentralen Platz hat.“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Siehe Modulbeschreibung 04WTFP01 „Wissenstransfer in die Fachpraxis der psychiatrischen Pflege - Konzepte und Methoden

Für das Praxismodul ist eine Aufgabenstellung nach dem Vorbild des Arbeitsverbundenen Lernens (Rahmenplänen der Fachkommission § 53 PflBG, Darmann-Finck, Muths, Görres, Adrian, Bomball und Reuschenbach 2014: 117 ff.) zu entwerfen, die die Gegebenheiten der jeweiligen Fachweiterbildung und der praktischen Einsatzorte berücksichtigt.

Hintergrund ist, wie formelles und informelles Lernen in der Fachweiterbildung miteinander verknüpft werden. So sind in den verschiedenen lernorganisatorischen Kontexten die Operationen des Reflektierens und Lernens einerseits und des Handelns andererseits jeweils unterschiedlich ausgeprägt. Beim Modell des arbeitsverbundenen Lernens werden informelles und formelles Lernen systematisch verbunden. Hier werden arbeitsplatznahe Lernangebote angestrebt. Diese können von Arbeits- und Lernaufgaben bis hin zu Lernstationen und Qualitätszirkeln mit einer eige-

nen räumlichen und materiellen Infrastruktur reichen (vgl. Dehnbostel 2007, 47). Durch die Integration von informellem und formellem Lernen können sowohl die systematische Planung und Durchführung von Handlungen als auch Reflexionsprozesse angebahnt werden. Ebenfalls dem arbeitsverbundenen Lernen lässt sich das „Lernen durch Hospitation und betriebliche Erkundungen“ zuordnen. Mit dieser Form arbeitsbezogenen Lernens sollen auch Erfahrungen gemacht oder Theoriewissen vertieft werden (Dehnbostel 2007, 48).

Über diesen Vorgang soll ein Transfer stattfinden, der zum einen auf Lernprozesse abzielt – zum anderen aber auch Befunde und Realitäten der Praxis aufnimmt und gleichzeitig wiederum dafür sorgt, dass Pflegewissen in der Pflegepraxis wahrgenommen wird. Letzteres setzt Innovationsprozesse in der Praxis frei.

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- haben ein breites und integriertes Verständnis von Prozessen des Wissenstransfers. Sie kennen die gängigen Konzepte zum Wissenstransfer, können diese beschreiben und beispielhaft an einem Thema ausgerichtet in der Fachpraxis umsetzen
- ... setzen die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens korrekt um und argumentieren die Notwendigkeit von Theoriegeleitetem oder evidenzbasiertem Handeln in der Pflegepraxis vor Vertreter*innen der Berufspraxis – übernehmen eigenständig Verantwortung zur Umsetzung von Projekten in der Praxis
- ... verstehen die Logik des Forschungsprozesses. Sie haben ein Verständnis zur Evidenzbasierung und kennen den EBN-Prozess, können ihr Projektthema hinsichtlich der Evidenz einordnen
- Die Teilnehmenden können eine evidenzbasierte / wissenschaftlich begründete Problemlösung im Team begründen und Verantwortung für Neugestaltung von Konzepten übernehmen
- ... können die besonderen Probleme des Transfers wissenschaftlicher Erkenntnisse in eine überwiegend nicht-akademische Berufspraxis abschätzen. Sie demonstrieren Prinzipien und Methoden, diese Lücke zu schließen und können deren Anwendung im Team erklären
- ... hinterfragen Praktiken in der Pflegepraxis hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und überprüfen die wissenschaftliche Belegbarkeit der Pflegepraktiken – sind bereit dies im Team zu kommunizieren
- wenden Methoden, Konzepte und Instrumente des Wissenstransfers an und entwickeln Lösungen für Themenstellungen aus der Pflegepraxis.
- können Implementierungsprojekte planen, die einzelnen Schritte darstellen und diskutieren, beispielhaft ein Thema der Pflegepraxis bearbeiten und für die Berufspraxis aufbereiten sowie ihre Ergebnisse in den Pflegeteams argumentativ verteidigen
- können hemmende und fördernde Faktoren für den Wissenstransfer in der Pflege identifizieren, einordnen und für ihre Einrichtungen Lösungsvorschläge vornehmen.

Leistungsüberprüfung: (P/PBM/PBS/P/KQ)

Ggf. praktische Abschlussprüfung

Projekt in der Pflegefachpraxis

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Umsetzung Projekt in der Fachpraxis, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

- Bergmann, R. & Garrecht, M. (2016). Organisation und Projektmanagement (BA KOMPAKT, 2. Aufl.). Berlin: Springer Gabler.
- Holzbaur, U. & Bühr, M. (2015). Projektmanagement für Lehrende: erfolgreicher Einsatz von Projekten in der Hochschullehre. Berlin: Springer Gabler.
- Litke, H.-D., Kunow, I. & Schulz-Wimmer, H. (2015). Projektmanagement (3., akt. Aufl.). Freiburg: Haufe.
- Meyer, H. & Reher, H.-J. (2020). Projektmanagement. Von der Definition über die Projektplanung zum erfolgreichen Abschluss (2., überarb. Aufl.). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Peipe, S. (2020). Crashkurs Projektmanagement. Grundlagen für alle Projektphasen (8. Aufl.). Freiburg: Haufe Group.
- Poser M. & Schwarz S. (2005). Projektmanagement. In M. Poser & K. Schneider (Hrsg.). Leiten, Lehren und Beraten. Fallorientiertes Lehr- und Arbeitsbuch für PflegemanagerInnen und PflegepädagogInnen (S. 557–585). Bern: Verlag Hans Huber.
- Ruppert, N. (2022): Das kleine Solo: Das Poster. In E.-M. Panfil, M.-C. Baumann, K. Fierz & Y. Ford (Hrsg.) Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege: Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegende (4. Aufl., S. 341-353). Bern: Hogrefe.
- Ruppert, N. (2017): Das kleine Solo: Das Poster. In: E.-M. Panfil, (Hrsg.): Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegende. (3. Aufl., S. 389-404). Bern: Hogrefe Verlag
- Stöhler, C., Förster, C. & Brehm, L. (2018). Projektmanagement lehren. Studentische Projekte erfolgreich konzipieren und durchführen. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Stöhler, C. (2016). Projektmanagement im Studium. Vom Projektauftrag bis zur Abschlusspräsentation (2. Aufl.). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Ulatowski, H. (2013). Zukunftsorientiertes Personalmanagement in der ambulanten (Alten-)Pflege. Projektmanagement – Retention Management – Mitarbeiterorientierung. Wiesbaden: Springer Gabler.

Kü/Ba/Gi: 22.04.2024

2.12 Modul „Fachspezifische Pflege gestalten“ (Praxismodul)

Modultitel/Modulkennung: 04FSFPP01 Praxismodul „Fachspezifische Pflege gestalten“			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: Pfl egetheoretisch geleitete Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von authentischen Fällen aus der Fachpflegepraxis nach dem Pflegeprozess. Praktische Abschlussprüfung. 02PB 01 „Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“ (Basismodul), 02PBP 01 „Pflegeprozess im Handlungsfeld“, (Praxismodul) 04WTFP01 Wissenstransfer in die Fachpraxis der psychiatrischen Pflege – Konzepte und Methoden (Fachspezifisches Modul) 02EFP 01 Evidenzbasierte Pflege und Medizin in der Psychiatrie (Fachspezifisches Modul) 03FASFP01 Fallorientiertes Arbeiten in der psychiatrischen Pflege: die Subjektperspektive jenseits der Diagnose 02PLFP 01 Psychisch krank in der Lebensspanne (Fachspezifisches Modul)			
90 Praxisstunden, davon 40 Std. AVL und gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ) (3LP)			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
			
Reflexionskategorien: 2.III Tradition und Emanzipation Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Identität zur gestaltenden Pflege und Sicherheit durch traditionelle Muster Inhalte: Individuell aus allen Modulen der Fachweiterbildung, Pflegeprozessmethode, pfl egetheoretische Reflexion von Fällen aus der Praxis, Lernstanderhebung, Selbstreflexion, individuelle Übungen.			
Eröffnung der Handlungssituation/Exempel: Eine Pfl egende			

„Also an den Schulen passiert ganz viel Kurrikulums-Arbeit, aber ich sehe nicht, dass einer weiß, wie so ein Praxiskurrikulum aussieht. Oder dass es hinterlegt ist. Da rede ich mir den Mund fuselig tatsächlich, dass man auch mal da reingucken muss, weil die wissen nicht, was Kompetenzen sind. Das ist auch schwierig zu erklären mal eben, was Kompetenzen sind, das ist ja ein Begriff mit glaube ich zehn, zwanzig Definitionen immer noch“

„Aber lernen und auch so Rollenidentität auch zur Entwicklung, wo stehe ich, wo stehen die anderen. Und auch dieses, also das ist mir wichtig (...)“

„Das ist glaube ich auch eine Fähigkeit, die man haben muss, dass man sich von diesen alten Strukturen lösen kann und sich auf neue Individualsituationen einlassen kann“

„Und da fehlt oftmals auch das Wissen. Und wenn wir wissen würden, wo Pflgetheorie herkommt, wo Pflegewissen herkommt, würden die ja vielleicht auch lernen, dass Wissen nicht ultimativ ist und das Wissen sich zeitlich ändert. Das heißt, oftmals wird ja an alten Pflgetechniken auf Station noch gehangen, obwohl schon nachgewiesen ist, dass sie keinen Sinn haben oder dass sie einfach falsch sind.“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

In der Reflexion der Kategorie *Tradition und Emanzipation* kommen wir auf ein Kernphänomen in der Pflege. So wird allgemein angezweifelt, dass Theorie und Praxis nicht gut zueinander passen. Während die Anwendung von Pflegewissen Emanzipationspotenzial freisetzt, verharren wir in alten und sicheren Handlungsmustern, die uns den Arbeitsalltag erleichtern. Die Spannung dieses Widerspruchs ist identitätsstiftend im Pflegeberuf und wird Einfluss darauf nehmen, wie der Beruf als Fachpflegende zukünftig ausgeübt wird. Werde ich die Fachpflege in der Praxis gestalten und mich ggf. auf unsicherem Terrain bewegen? Halte ich an bewährten Praktiken fest, mit denen ich gute Erfahrungen gemacht habe?

Methodischer Vorschlag: Lernstandgespräche und Selbstreflexion der Kompetenzbildung durch die Fachweiterbildung. Wo habe ich Bedarf, um die praktische Prüfung theoriegeleitet umzusetzen? Welche Themen in der Fachweiterbildung (Innovationen) haben mir besonders gut gefallen und würde ich gerne in der praktischen Prüfung umsetzen?/ **Erstellung eines Lerntagebuchs** zur Prüfungsvorbereitung in der Praxis.

Die Teilnehmenden sollen sich auf ihre praktische Abschlussprüfung vorbereiten und hierfür in der Praxis üben.

Pflgetheoretisch geleitete Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von einem authentischen Fall aus der Fachpflegepraxis der Intensiv- und Anästhesiepflege nach dem Pflegeprozess.

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... reflektieren ihre Kompetenzen selbstkritisch und übernehmen hierfür Verantwortung
- ... setzen die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens korrekt um und argumentieren die Notwendigkeit von Theoriegeleitetem oder evidenzbasiertem Handeln in der Pflegepraxis vor Vertreter*innen der Berufspraxis.
- ...sie beurteilen, zu welchen Themen sie einen Lernbedarf haben und kommunizieren dies mit den Lehrenden der Fachweiterbildung.
- Die Teilnehmenden können eine evidenzbasierte / wissenschaftlich begründete Problemlösung begründen.
- ... können die besonderen Probleme des Transfers wissenschaftlicher Erkenntnisse in eine überwiegend nicht-akademische Berufspraxis abschätzen. Sie demonstrieren Prinzipien und Methoden, diese Lücke zu schließen und können deren Anwendung erklären
- ... hinterfragen Praktiken in der Pflegepraxis hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und überprüfen die wissenschaftliche Belegbarkeit der Pflegepraktiken.
- wenden Methoden, Konzepte und Instrumente des Wissenstransfers an und entwickeln Lösungen für Themenstellungen aus der Pflegepraxis.
- ... können hemmende und fördernde Faktoren für den Wissenstransfer in der Pflege identifizieren, einordnen und für ihre Einrichtungen Lösungsvorschläge vornehmen.
- ... haben einen Überblick über die Merkmale von Praxisentwicklungsprojekten.
- Die Teilnehmer*innen können die Bedeutung von evidenzbasierter und wirksamer Pflege erklären
- ... entwickeln ein berufliches Selbstbild, in dem die pflegetheoretische Reflexion und Legitimation auf Theorien und Modelle selbstkritisch herangezogen wird, um pflegewissenschaftliches Wissen in die Praxis zu transferieren. Sie entwickeln eine pflegeberufliche Identität, in der der Umgang mit neuem Wissen in der Pflege selbstverständlich wird.
- ... greifen für die Gestaltung der Pflegeprozessmethode auf unterschiedliche Pflege-theorien zurück und übertragen ihre theoriegeleiteten Überlegungen auf Patient*innen/Bewohner*innenfälle in der fachtypischen Praxis.

Leistungsüberprüfung: (P/KQ)

Praktische Abschlussprüfung:

Pflegetheoretisch geleitete Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von einem authentischen Fall aus der Fachpflegepraxis der psychiatrischen Pflege nach dem Pflegeprozess.

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Prüfungsvorbereitung, pflegetheoretische Reflexion von Fällen in der Praxis, praktische Prüfung simulieren und üben („Skills-Lab“).

Literaturempfehlungen:

- Siehe Theoriemodule und spezifisches Angebot der Bildungseinrichtung

- Gläser-Zikuda, M. (2007): Lernprozesse dokumentieren, reflektieren und beurteilen: Lerntagebuch und Portfolio in Bildungsforschung und Bildungspraxis. Das Heilbrunn: Klinkhardt

Kü/Ba/Gi: 28.04.2024

2.13 Modul „Orientierung, Institutionsspezifische Vertiefung und Prüfungsvorbereitung zur Fachpflegenden in der Psychiatrie“

Modultitel/Modulkennung: 04OFP 01 „Orientierung, Institutionsspezifische Vertiefung und Prüfungsvorbereitung zur Fachpflegenden in der Psychiatrie“			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: Alle Module der Fachweiterbildung. Das Modul soll dafür genutzt werden, dass sich die Bildungsteilnehmer*innen für ihre Abschlussprüfungen orientieren können. Das Modul soll den Fachweiterbildungen Gelegenheit geben, einrichtungsspezifische Inhalte zu vermitteln, um die Identitätsbildung zu fördern. Zudem sollen in diesem Modul Inhalte und Themen wiederholt werden, um Fachwissen für die Prüfungen zu festigen.			
90 Stunden Std. und 60 Std. Kontaktstunden und 30 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ)			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
			
Reflexionskategorien: 2.III Tradition und Emanzipation Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Identität zur gestaltenden Pflege und Sicherheit durch traditionelle Muster Inhalte: Individuell aus allen Modulen der Fachweiterbildung, Lernstanderhebung, Selbstreflexion, individuelle Übungen, einrichtungsspezifische Inhalte			
Eröffnung der Handlungssituation/Exempel: <i>Aus der Fokusgruppe:</i> <i>„Und vielleicht, wenn man dann Stationsleitung Fachpfleger ist, da auch wieder sein Wissen, was man aus der Weiterbildung an der Stelle vielleicht generiert hat oder aus dem Studium, zielführend dann in die Fachlichkeit auf Station einbringen kann.“</i>			

„Ich brauche von meiner Führung, Stationsleitung, Einrichtungsleitung das Gefühl, dass das erwünscht ist, dass ich etwas qualitativ mache, dass neues Wissen erwünscht ist und nicht irgendwie als Kritik empfunden wird.“

„Ja, für mich gehört dazu, dass da halt ein Standing ist. Und meine Pflegedienstleitung kann nicht die Pflege vertreten. Und dementsprechend haben vielleicht Fachpflegende auch kein Rollenvorbild. Und dann mit anderen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten, dann wird es halt schwierig. Also für mich gehört da irgendwie schon dazu auch zu netzwerken, auch dann Bewusstsein, Rolle Betroffene, meine Rolle als Fachperson. Aber das/ Also wenn da die Vorbilder nicht da sind und ich dann vielleicht doch insgeheim eine Leitungsfunktion erhoffe, weil ich was anderes für mich nicht vorstellen kann, dann geht es nicht voran.“

Eine Pflegende

Aber lernen und auch so Rollenidentität auch zur Entwicklung, wo stehe ich, wo stehen die anderen. Und auch dieses, also das ist mir wichtig (...)“

„Das ist glaube ich auch eine Fähigkeit, die man haben muss, dass man sich von diesen alten Strukturen lösen kann und sich auf neue Individualsituationen einlassen kann“

„Und da fehlt oftmals auch das Wissen. Und wenn wir wissen würden, wo Pflege theorie herkommt, wo Pflegewissen herkommt, würden die ja vielleicht auch lernen, dass Wissen nicht ultimativ ist und das Wissen sich zeitlich ändert. Das heißt, oftmals wird ja an alten Pflegetechniken auf Station noch gehalten, obwohl schon nachgewiesen ist, dass sie keinen Sinn haben oder dass sie einfach falsch sind.“

„Und ich erlebe es häufig so im Alltagsgeschäft, wenn es dann um die fertigen Fachkrankenpflegekräfte geht, die häufig dann auch eine Stationsleitungsaufgabe bekommen, die rücken immer weiter weg vom Patienten. Und ich habe selber erlebt als Stationsleitung, eigentlich so richtig Zeit für den Patienten ist nicht mehr. Und du bist auch schnell so in dem Modus "Oh, jetzt bitte nicht noch eine Krise, nicht ansprechen, weil ich muss noch das administrative Kram machen und noch einen Dienstplan schreiben und, und, und." Und Bezugspflege, da ist auch keine Zeit mehr für. Man kann überhaupt gar keinen Patienten eigentlich mehr übernehmen.“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

In der Reflexion der Kategorie *Tradition und Emanzipation* kommen wir auf ein Kernphänomen in der Pflege. So wird allgemein angezweifelt, dass Theorie und Praxis nicht gut zueinander passen. Während die Anwendung von Pflegewissen Emanzipationspotenzial freisetzt, verharren wir in alten und sicheren Handlungsmustern, die uns den Arbeitsalltag erleichtern. Die Spannung dieses Widerspruchs ist identitätsstiftend im Pflegeberuf und wird Einfluss darauf nehmen, wie

der Beruf als Fachpflegende zukünftig ausgeübt wird. Werde ich die Fachpflege in der Praxis gestalten und mich ggf. auf unsicherem Terrain bewegen? Halte ich an bewährten Praktiken fest, mit denen ich gute Erfahrungen gemacht habe?

Methodischer Vorschlag: *Lernstandgespräche und Selbstreflexion der Kompetenzbildung durch die Fachweiterbildung. Wo habe ich Bedarf, um die schriftliche und ggf. mündliche Prüfung umzusetzen? Erstellung eines **Lerntagebuchs** zur Prüfungsvorbereitung./ **Lehrervortrag** zu Themen, die wiederholt werden.*

Die Teilnehmenden sollen sich auf ihre schriftliche und ggf. mündliche Abschlussprüfung vorbereiten und hierfür Themenbereiche der Fachweiterbildung wiederholen.

Prüfungsplanung

Durch die *Perspektive der Interaktion* fällt der Blick darauf, ob die Identität zur Fachpflegenden durch *Selbstbestimmung* gekennzeichnet ist. Lernen und Auseinandersetzung führen in die Autonomie der Person. Wissen und Kompetenzen ermöglichen es, dass auch Arbeitsprozesse selbstbestimmt gestaltet werden können. Dem sind in der Realität Grenzen gesetzt, wie beispielsweise Vorgaben und einrichtungsspezifische Kulturen der Institution, in der man tätig ist. Für welche Themen steht meine Institution und ist es mir möglich, mich mit diesen zu identifizieren? Wie kann ich meine eigenen Ideen in die Organisation einbringen?

Methodischer Vorschlag: *Vertiefung themenspezifischer Schwerpunkte der Praxisinstitution und der Weiterbildungsstätte.*

Welche Faktoren *bestimmen* mich in meiner Auseinandersetzung mit dem Wissen *fremd*? Welche Regularien sind für die Prüfungen zur Fachpflegenden vorgesehen? Eine Auseinandersetzung verhilft dazu, diese einschätzen und bewältigen zu können.

Methodischer Vorschlag: *Gruppengespräch zu den Prüfungsformalia und zur Orientierung im Prüfungsprocedere.*

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... reflektieren ihre Kompetenzen selbstkritisch und übernehmen hierfür Verantwortung
- ... sie vertiefen und erweitern ihr Wissen in der psychiatrischen Fachpflege situationsspezifisch und übernehmen Verantwortung für ihre Lernprozesse
- ... setzen die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens korrekt um und argumentieren die Notwendigkeit von Theoriegeleitetem oder evidenzbasiertem Handeln in der Pflegepraxis vor Vertreter*innen der Berufspraxis.
- ...sie beurteilen, zu welchen Themen sie einen Lernbedarf haben und kommunizieren dies mit den Lehrenden der Fachweiterbildung.

• Die Teilnehmenden können eine evidenzbasierte / wissenschaftlich begründete Problemlösung begründen. • ... hinterfragen Praktiken in der Pflegepraxis hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und überprüfen die wissenschaftliche Belegbarkeit der Pflegepraktiken. • Die Teilnehmer*innen können die Bedeutung von evidenzbasierter und wirksamer Pflege erklären • ... entwickeln ein berufliches Selbstbild, in dem die pflegetheoretische Reflexion und Legitimation auf Theorien und Modelle selbstkritisch herangezogen wird, um pflegewissenschaftliches Wissen in die Praxis zu transferieren. Sie entwickeln eine pflegeberufliche Identität, in der der Umgang mit neuem Wissen in der Pflege selbstverständlich wird. • ... identifizieren sich mit Themen ihrer Institution und entwickeln eine Haltung, mit der sie Verantwortung für Arbeitsprozesse in ihrer Einrichtung übernehmen.
Leistungsüberprüfung: (K/R/M/PR) <i>Schriftliche Abschlussprüfung, ggf. mündliche Abschlussprüfung:</i>
Lernvorschläge für die Selbststudienzeit: - Literaturstudium, Prüfungsvorbereitung, Reflexionsgespräche
Literaturempfehlungen: • Siehe Theoriemodule und spezifisches Angebot der Bildungseinrichtung • Gläser-Zikuda, M. (2007): Lernprozesse dokumentieren, reflektieren und beurteilen: Lerntagebuch und Portfolio in Bildungsforschung und Bildungspraxis. Das Heilbrunn: Klinkhardt
Kü/Ba/Gi: 28.02.2024

2.14 Modultitel und Signaturen im Überblick

Fachkraft für psychiatrische Pflege

Signatur	Modultitel	Semester
01BB 01	Beziehung gestalten – Pflegeverständnis, Ethisches Handeln, Selbstfürsorge“ (Basismodul)	1
02PB 01	Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“ (Basismodul)	2
02PBP 01	Pflegeprozess im Handlungsfeld (Praxismodul)	2
01SB 01	Systematisches wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege (Basismodul)	1
01WPB 01	Wissenschaftliches Arbeiten im Handlungsfeld (Praxismodul)	1
02GB 01	Grundlagen der Didaktik und Pflegepädagogik für die Identität in Praxisanleitung (Basismodul)	2
03PDB 01	Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln (Basismodul)	3
03FPFP 01	Fachspezifische Pflege gestalten (Praxismodul)	3
04PBB 01	Pflegebildung und Praxistransfer für die Identität in der Praxisanleitung (Basismodul)	4
01WPBFP 01	Zum Wesen der psychiatrischen Pflege: Rollenidentität im Behandlungsteam entwickeln (Fachspezifisches Modul)	1
01 NMOFP 01	Nähe, Macht und Ohnmacht in der psychiatrischen Pflege (Fachspezifisches Modul)	1
02PLFP 01	Psychisch krank in der Lebensspanne (Fachspezifisches Modul)	2
03FASFP01	Fallorientiertes Arbeiten in der psychiatrischen Pflege: die Subjektperspektive jenseits der Diagnose	3
02EFP 01	Evidenzbasierte Pflege und Medizin in der Psychiatrie (Fachspezifisches Modul)	2
03ZWAMFP 01	Zwischen zwei Welten: ambulante psychiatrische Pflege und Maßregelvollzug (Fachspezifisches Modul)	3
03PGFP 01	Psychiatrie in der Gesellschaft (Fachspezifisches Modul)	3
04WTFP01	Wissenstransfer in die Fachpraxis der psychiatrischen Pflege – Konzepte und Methoden (Fachspezifisches Modul)	4
04PRFP 01	Projekt fachspezifisch gestalten (Praxismodul)	4
04FSFP01	Fachspezifische Pflege gestalten (Praxismodul)	4
04OFP 01	Orientierung, Institutionsspezifische Vertiefung und Prüfungsvorbereitung zur Fachpflegenden der Psychiatrie (Fachspezifisches Modul)	4

Signatur	Modultitel	Semester
01BB 01	Beziehung gestalten – Pflegeverständnis, Ethisches Handeln, Selbstfürsorge“ (Basismodul)	1
02PB 01	Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“ (Basismodul)	2
02PBP 01	Pflegeprozess im Handlungsfeld (Praxismodul)	2
01SB 01	Systematisches wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege (Basismodul)	1
01WPB 01	Wissenschaftliches Arbeiten im Handlungsfeld (Praxismodul)	1
02GB 01	Grundlagen der Didaktik und Pflegepädagogik für die Identität in Praxisanleitung (Basismodul)	2
03PDB 01	Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln (Basismodul)	3
03FPFIA 01	Fachspezifische Pflege gestalten (Praxismodul)	3
04PBB 01	Pflegebildung und Praxistransfer für die Identität in der Praxisanleitung (Basismodul)	4
01PWBFIA 01	Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Rollenidentität im Behandlungsteam (Fachspezifisches Modul)	1
01PWPFIA 01	Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Pflegeempfänger zwischen Intensivbehandlung und Palliation (Fachspezifisches Modul)	1
02PWSFIA 01	Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Sicherheit in der Institution (Fachspezifisches Modul)	2
03FASFIA01	„Fallorientiertes Arbeiten in der Intensiv- und Anästhesiepflege: die Subjektperspektive“ (Fachspezifisches Modul)	3
02EFIA 01	Zum Verhältnis externer und interner Evidenz in der Intensiv- und Anästhesiepflege (Fachspezifisches Modul)	2
03PWVFIA 01	Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Prozesse der Versorgung (Fachspezifisches Modul)	3
03FTFFIA 01	Funktionsersatz Technik – Pflegeempfänger schützen (Fachspezifisches Modul)	3
04WTFIA01	Wissenstransfer in die Fachpraxis der Intensiv- und Anästhesiepflege (Fachspezifisches Modul)	4
04PRPFIA 01	Projekt fachspezifisch gestalten (Praxismodul)	4

04FSFIAP01	Fachspezifische Pflege gestalten (Praxismodul)	4
04OFIA 01	Orientierung, Institutionsspezifische Vertiefung und Prüfungsvorbereitung zur Fachpflegenden der Intensiv- und Anästhesiepflege (Fachspezifisches Modul)	4