Fachhochschule Münster University of Applied Sciences

Bethel

Stiftung Nazareth

Bildung & Beratung Bethel

Masterthesis

Studiengang: Bildung im Gesundheitswesen - Berufspädagogik Pflege (M.A.)

Erstgutachter: Prof. Dr. Marcellus Bonato

Zweitgutachter: Andre Nienaber M.Sc.

Eingereicht am: 18.02.2015

Experten durch Erfahrung als Lehrende in der psychiatrischen Weiterbildung

Eine qualitative Untersuchung zu Auswirkungen auf berufliches Handeln von Fachpflegepersonen durch die Einbindung Psychiatrie erfahrener Menschen in Bildungsprozesse

© Hildegard Wohlgemuth

Eingereicht von
Klaus Peter Michel
Matrikelnummer 656696
Wiewelhook 11
48291 Telgte

„There's more to the picture

than meets the eye"

Neil Young

© Hildegard Wohlgemuth

Abstract

Das Erfahrungswissen von Menschen mit erlebten psychischen Krisen gewinnt neben dem theoretischen und praktischen Wissen der Experten durch Ausbildung zunehmend an Bedeutung: Experienced Involvement (EX-IN) ausgebildete Personen sind in Einrichtungen des psychiatrischen Hilfesystems und Ausbildungsstätten als Genesungshelfer und Dozenten tätig. Studien belegen eine Wirkung der Beteiligung Psychiatrie erfahrener Menschen in Bildungsgängen der Tertiärebene auf Ansichten und Haltungen von Gesundheitsdienstleistern.

Die vorliegende Untersuchung fragt nach den Auswirkungen der Einbindung von Experten durch Erfahrung als Lehrende in der Weiterbildung auf das konkrete berufliche Handeln von Pflegeexperten. Hierfür wurden sechs Fachpflegepersonen leitfadengestützt und an der Critical Incident Technique (CIT) orientiert interviewt und das Textmaterial mittels zusammenfassender Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Untersuchung bestätigt, erweitert und konkretisiert bereits vorliegende Befunde. Es lässt sich eine Verbesserung der Subjekt- und Bedürfnisorientierung durch Recovery orientierte pflegerische Interventionen in allen Schritten einer vollständigen beruflichen Handlung abbilden. Erkennbar sind Zusammenhänge zwischen veränderten handlungsleitenden Konzepten und deren Hinterlegung durch eine subjektorientierte Grundhaltung. Erweiterte Kompetenzen zur Reflexion und zielgerichteten Gestaltung sozialer Interaktionsprozesse werden deutlich. Anpassungen des Handelns sind auch bezogen auf die Zusammenarbeit mit Berufskollegen und die Gestaltung des Arbeitsbereiches zu erkennen. Eine Handreichung zur Gestaltung perspektivverschränkender Bildungsangebote ist abgeleitet.

Schlagworte: Nutzerbeteiligung, Experten durch Erfahrung, Weiterbildung, EX-IN, Pflege, Psychiatrie, berufliches Handeln, Bildung

Abstract i
Inhaltsverzeichnis ii
Abbildungsverzeichnis iv
Tabellenverzeichnis iv
Anlagenverzeichnis v
Abkürzungsverzeichnis v

1 Einleitung 1

2 Differenzierung der Fragestellung und Zielsetzung 4

2.1 Literaturrecherche 4

2.2 Fragestellung und Erkenntnisinteressen 7

2.3 Verortung des Autors 8

3 Theoretische Einbettung 11

3.1 Die einfassende Theorie - Symbolischer Interaktionismus 11

3.2 Inhaltliche Bezüge des Untersuchungsgegenstandes 14

3.2.1 Psychiatrie erfahrene Menschen als Experten 14

3.2.1.1 Subjektorientierung 15

3.2.1.2 Teilhabe und Peer-Unterstützung 16

3.2.1.3 Empowerment und Recovery 17

3.2.1.4 EX-IN und Trialog 19

3.2.2 Berufliches Handeln psychiatrisch Pflegender 22

3.2.2.1 Verständnis psychischer Erkrankung 22

3.2.2.2 Domäne der Pflege 23

3.2.2.3 Systematik und Vollständigkeit pflegerischen Handelns 24

3.2.2.4 Die Person des Helfers 27

3.2.3 Lernen in der Weiterbildung - berufliches Lernen Erwachsener 30

3.2.4 Implikationen des Bezugsrahmens 33

4 Methodik 35

4.1 Der qualitative Forschungsansatz 35

4.2 Die Critical Incident Technique 36

4.3 Das problemzentrierte Interview 37

4.3.1 Begründung der Auswahl 37

4.3.2 Begründung zum halbstrukturierten Vorgehen 38

4.3.3 Entwicklung der Fragen und des Interviewleitfadens 40

4.4 Zugang zum Feld - Bedingungen 41

4.5 Auswahl der Befragten - Selektives Sampling 42

4.6 Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse ... 44
4.6.1 Festlegung des Materials ... 45
4.6.2 Beschreibung der Entstehungssituation ... 45
4.6.3 Formale Charakteristika des Materials ... 45
4.6.4 Richtung der Analyse ... 47
4.6.5 Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung ... 47
4.6.6 Bestimmung der Analysetechnik ... 48
4.6.7 Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse ... 48
4.6.8 Definition der Analyseeinheiten und des Abstraktionsniveaus ... 49
4.7 Datenanalyse ... 50
5 Ergebnisse und Interpretation ... 52
5.1 Kategoriensystem und Ableitungen ... 52
5.1.1 Kategorie ´1: Mit der Expertin durch Erfahrung lernen ... 53
5.1.2 Kategorie ´2: Eine Grund- und Arbeitshaltung entwickeln ... 54
5.1.3 Kategorie ´3: Sich innerer Glaubenssätze bewusst werden ... 56
5.1.4 Kategorie ´4: Die Pflege mit Patienten umsetzen ... 60
5.1.5 Kategorie ´5: Mit Berufskollegen zusammenarbeiten ... 64
5.1.6 Kategorie ´6: Den Arbeitsbereich organisieren ... 65
5.1.7 Kategorie ´7: Rückmeldungen von Patienten erhalten ... 67
5.1.8 Kategorie ´8: Die Arbeitsprozesse reflektieren ... 68
5.1.9 Zusammenfassende Darstellung des Kategoriensystems ... 70
5.2 Bezüge zur theoretischen Einbettung ... 71
5.2.1 Reflexion und Gestaltung des Prozesses sozialer Interaktion ... 71
5.2.2 Recovery-Bezug pflegerischer Interventionen ... 75
5.2.3 Arbeitsprozesswissen - ganzheitliche Aufgabenbewältigung ... 76
5.2.4 Beruflich tragende Werte, Gefühle und Handlungskompetenzen ... 78
6 Kritische Würdigung ... 80
6.1 Bewertung der Ergebnisse - Beantwortung der Fragestellung ... 81
6.2 Bewertung der Methodik - Gütekriterien ... 84
6.3 Ableitung perspektivverschränkender Bildungsgänge ... 89
7 Diskussion und Ausblick ... 92
Literaturverzeichnis ... 95
Eidesstattliche Erklärung ... 102
Elektronischer Datenträger mit Masterthesis und Anlagen ... 103

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Verlauf und Einflussgrößen sozialer Interaktion (eig. Darstellung nach Muijsers, 2001, S. 18) 13
Abb. 2: Vom Ich-Wissen zum Wir-Wissen (Utschakowski, 2010, S. 30) 20
Abb. 3: Problemlösungsprozess (Fiechter & Meier, 1998, S. 30) 25
Abb. 4: Prozess der Handlungsregulation (BIBB, 2014) 26
Abb. 5: Beziehungsprozess (Fiechter & Meier, 1998, S. 32) 26
Abb. 6: Dimensionen pflegerischen Handelns 27
Abb. 7: Handlungsleitende Motive im Zusammenhang mit Arbeits- und Grundhaltung 28
Abb. 8: Dimensionen des Arbeitsprozesswissens (Lehberger, 2013, S. 69) 31
Abb. 9: Implikationen des inhaltlichen Bezugsrahmens 34
Abb. 10: Inhaltsanalytisches Ablaufmodell (modifiziert nach Mayring, 2010, S. 60-62) 44
Abb. 11: Inhaltsanalytisches Kommunikationsmodell (eigene Anpassung) (Mayring, 2010, S. 57) 47
Abb. 12: Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (Mayring, 2010, S. 68) 49
Abb. 13: Schritte des Wahrnehmungsprozesses (angelehnt an Martin & Wawrinowski, 2006) 52
Abb. 14: Zusammenfasende Darstellung des Kategoriensystems 70
Abb. 15: Wahrnehmung und ihre Bedeutung für die pflegerisch-psychiatrische Praxis 74
Abb. 16: Zieldimensionen und Themen von Recovery 75
Abb. 17: Erster zusammenfassender Überblick: Gemeinsam mit Experten durch Erfahrung lernen 79
Abb. 18: Zweiter zusammenfassender Überblick: Ergebnisse im Zusammenhang 83
Abb. 19: Advance Organizer zur Gestaltung perspektivverschränkender Bildungsgänge 91

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Erwachsenenpädagogische Prinzipien (Siebert, 2012) 32
Tab. 2: Prozessschritte der CIT (in Anlehnung an Bartsch & Specht, 2009, S. 385) 37
Tab. 3: Interviewleitfaden 40
Tab. 4: Qualitativer Stichprobenplan 43
Tab. 5: Daten der Interviewten entsprechend des Stichprobenplans 44
Tab. 6: Hilfsmittel des ersten Reduktionsvorganges 51
Tab. 7: Hilfsmittel des zweiten Reduktionsvorganges 51
Tab. 8: Wahrnehmungsprozess als kategorienstrukturierendes Konzept 52
Tab. 9: K ´1 - Mit der Expertin durch Erfahrung lernen 54
Tab. 10: K ´2 - Eine Grund- und Arbeitshaltung entwickeln 56
Tab. 11: K ´3 - Sich innerer Glaubenssätze bewusst werden 59
Tab. 12: K ´4 - Die Pflege mit Patienten umsetzen 62
Tab. 13: K ´5 - Mit Berufskollegen zusammenarbeiten 65
Tab. 14: K ´6 - Den Arbeitsbereich organisieren 66
Tab. 15: K ´7 - Rückmeldungen von Patienten erhalten 67
Tab. 16: K ´8 - Die Arbeitsprozesse reflektieren 69
Tab. 17: Kernkriterien qualitativer Forschung (Steinke, 2013, S. 323-331) 84

Anlagenverzeichnis (Anlagen auf elektronischem Datenträger Seite 103)

Transkription Interview 1 105
Transkription Interview 2 112
Transkription Interview 3 124
Transkription Interview 4 133
Transkription Interview 5 145
Transkription Interview 6 153
Erster Durchgang der Zusammenfassung – Schritte Z1 bis Z3 160
Zweiter Durchgang der Zusammenfassung – Schritt Z4 207
Übersicht der entwickelten Kategorien 221

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
ANA	American Nurses Association
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
CIT	Critical Incident Technique
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
et al.	et alii (und andere)
EQR	Europäischer Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen
EX-IN	Experienced-Involvement (Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen)
i. d. R.	in der Regel
i. d. S.	in diesem Sinne
i. S.	im Sinne
ISCED	International Standard Classification of Education
KMK	Kultusministerkonferenz
KPM	Klaus Peter Michel
LWV	Landeswohlfahrtsverband
MHCPQ	Mental Health Consumer Participation Questionnaire
NRW	Nordrhein-Westfalen
o. g.	oben genannte
S.	Seite
sic!	so, wirklich so
sog.	sogenannte
SRN	Scottish Recovery Network
Tab.	Tabelle
u. a.	unter anderem
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
usw.	und so weiter
v. a.	vor allem
WBVO	Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung
z. B.	zum Beispiel
z. n.	zitiert nach

1 Einleitung

Wer ist ein Experte oder eine Expertin? In Lexika werden Experten als Sachverständige, Fachleute oder Kenner[1] beschrieben, die zu einem Thema oder Bereich sachkundig sind und über Spezialwissen verfügen. Eine Übereinkunft zu diesem allgemeinen Verständnis wird sicher leicht herzustellen sein. Die Herkunft des Wortes gibt eine etwas andere Konnotation: der Begriff leitet sich vom lateinischen *expertus* ab und meint erprobt oder bewährt. Expertus wiederum leitet sich von einem Verb ab, dass es nur in der Passivform gibt: *experiri* bedeutet prüfen, ausprobieren. (Bogner et al., 2014, S. 9). Expertentum spielt in modernen Gesellschaften in fast allen Lebensbereichen eine zentrale Rolle, nicht mehr nur in der Wissenschaft. Gesundheitsprobleme oder Ernährungsfragen beispielsweise werden weniger intuitiv oder traditionsgeleitet, sondern auf Basis wissenschaftlicher Expertise betrachtet; u. a. die Möglichkeiten des Internets tragen zur Manifestation einer Wissensgesellschaft bei. Können so verstanden damit nicht alle Menschen als Experten gelten, nämlich als Experten ihrer selbst? „Experten sind Menschen, die ein besonderes Wissen über soziale Sachverhalte besitzen“. (Gläser & Laudel, 2004, S. 10, z. n. Bogner et al., 2014, S. 2-3). Dieser weit gefasste Expertenbegriff nivelliert das Gefälle zwischen sog. Laien und sog. Experten und kann i. d. S. als *herrschaftskritisch* verstanden werden. Das Verändern bloßer Begriffsdefinitionen würde allerdings weiterhin bestehende soziale Unterschiede zwischen den beiden Gruppen ausblenden. Reale Ungleichheiten, z. B. Asymmetrien zwischen Anbietern und Nutzern von Gesundheitsdienstleistungen reduzieren sich nicht durch die Verwendung anderer Begriffe.

Wie stellt sich vor diesem Hintergrund das Verhältnis zwischen Anbietern und Nutzern[2] *psychiatrischer* Gesundheitsdienstleistungen in Deutschland dar? Das psychiatrische Hilfesystem ist trotz des sozialpsychiatrisch orientierten Umbruchs nach der Psychiatrie-Enquete in den 1970’er Jahren stark von paternalistischen Strukturen der Institutionen und entmündigenden Haltungen der Fachkräfte geprägt. Das hierdurch bedingte Aufrechterhalten des Stigmas des ausschließlich Kranken, womöglich des Unheilbaren,

---

[1] Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht und sind wertfrei zu verstehen.

[2] In der Literatur finden sich zu den verschiedenen Rollen und Funktionen eine Reihe von Bezeichnungen, die jeweils unterschiedlich konnotiert sind: einerseits z. B. Psychiatrie erfahrene Menschen, Experten durch Erfahrung, Nutzer, Nutzer von Gesundheitsdienstleistungen, Verbraucher oder Psychiatrieüberlebende und andererseits z. B. Professionelle, Fachkräfte, psychiatrisch Tätige, Experten durch Ausbildung, in dieser Arbeit auch Pflegepersonen, beruflich Pflegende oder Fachpflegepersonen.

wird von Psychiatrie erfahrenen Menschen als unangemessen und entwicklungshemmend erlebt. Durch die erfahrenen Zurücksetzungen, Diskriminierungen und die Unzufriedenheit mit den bestehenden Angeboten wächst die Forderung nach bedürfnisorientierten psychosozialen Dienstleistungen. (Utschakowski, 2009c, S.14-16).

Derzeit vollzieht sich in einigen Bereichen des psychiatrischen Hilfesystems eine Entwicklung hin zu einer stärkeren Nutzerorientierung. Neben dem theoretischen und praktischen Wissen der Experten durch Ausbildung gewinnt das Erfahrungswissen von Menschen mit erlebten psychischen Krisen zunehmend an Bedeutung. (Chamberlin, 2005, z. n. Happell et al., 2013, S. 4). Englischsprachige Länder wie z. B. Australien und Großbritannien erkennen schon seit einigen Jahren den Peer-Support – die wechselseitige Unterstützung durch ebenfalls Betroffene oder auch *Gleiche* – als notwendigen Ansatz in der psychiatrischen Versorgung an und haben gesundheitspolitisch die Einbindung von Psychiatrie erfahrenen Menschen vorgesehen. (Happell & Roper, 2003, S. 343-344). Das Einbeziehen von Psychiatrie erfahrenen Menschen in psychiatrische Gesundheitsdienstleitungen führt hiernach z. B. zu einer höheren Zufriedenheit und verbesserten Therapietreue der Betroffenen. In den Gesundheitsberufen finden sich in der Ausbildung Vorgaben für eine Beteiligung von Experten durch Erfahrung. So ist z. B. zur Akkreditierung und Durchführung von Fortbildungen des Verbandes der australischen Sozialarbeiter die Beteiligung von Psychiatrie erfahrenen Menschen notwendig. (Happell et al., 2013, S. 4).

Im deutschsprachigen Raum entwickelt sich eine solche Kultur der Partizipation und der Neuorientierung erst allmählich. Psychiatrisch tätige Fachkräfte erkennen jedoch zunehmend an, dass die „notwendige Verbesserung psychiatrischer Versorgung zu nicht stigmatisierenden und zufrieden stellenden bedürfnisorientierten Angeboten [...] ohne Experten durch Erfahrung nicht möglich“ ist. (Utschakowski, 2009c, S.16). Diese Erkenntnis war eine der Grundlagen des Entstehens der *Psychose-Seminare* und des *Trialogs*, aus denen sich das Projekt *Experienced Involvement (EX-IN)* entwickelte. Trialog meint die gleichberechtigte Begegnung von Psychiatrie erfahrenen Menschen, deren Angehörigen und professionell Tätigen als Experten. (Bock et al., 2009, S. 4). Experienced Involvement bedeutet übersetzt die *Einbeziehung Erfahrener;* EX-IN bezeichnet eine spezifische Ausbildung für Psychiatrie erfahrene Menschen, die ihren Teilnehmern eine Qualifizierung zum Genesungsbegleiter und Dozenten ermöglicht. (siehe Kapitel 3.2.1.4).

Angesichts dieser Situation im psychiatrischen Hilfesystem erscheint es sinnvoll, sich mit der Art und Weise der Einbindung von Psychiatrie erfahrenen Menschen in Bildungsprozesse von Pflegenden in der Psychiatrie als größte Berufsgruppe und der Wirkung

dieser Beteiligung in der praktischen Arbeit auseinanderzusetzen. Happell et al. (2013) werteten in einem systematischen Review Untersuchungen zu dieser Frage aus.[3] (Kapitel 2.1). Sie machen Aussagen und formulieren Empfehlungen u. a.

- zu Anforderungen an Pädagogen in gesundheitsbezogenen Ausbildungen,
- zu einer Leitlinien orientierten Einbeziehung von Experten durch Erfahrung,
- zu methodischen Überlegungen der Einbeziehung von Nutzern,
- zur Ausgestaltung von Lehr- und Lernmaterialien und
- zur Beteiligung Psychiatrie erfahrener Menschen bei der Curriculumentwicklung.

Als weiteres Ergebnis werden die Entwicklung von Empathie und eine Verbesserung zwischenmenschlicher Fähigkeiten gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen bei den Lernenden beschrieben. Empfohlen wird eine stärkere Beforschung der konkreten Auswirkungen auf das Handeln professionell psychiatrisch Tätiger.

Die vorliegende Arbeit greift diese Aufforderung auf. Untersucht werden die konkreten Auswirkungen auf das berufliche Handeln von Absolventen der Weiterbildung Fachpflege Psychiatrie, die während ihrer Ausbildung von Experten durch Erfahrung unterrichtet wurden.

Das Kapitel 2 stellt die durchgeführte Literaturrecherche zum Untersuchungsgegenstand und die daraus abgeleiteten Fragestellungen und Erkenntnisinteressen dar. Der Autor beschreibt zudem seine persönliche und berufliche Verortung zum Themenkomplex. Ziel ist es, die zur Wirkung kommenden Bezugssysteme und Prägungen darzulegen, um eine bessere Einordnung der Schlussfolgerungen nachvollziehbar zu gewährleisten.

In Kapitel 3 werden theoretische Hinterlegung und Kontextualisierung ausgeführt. Der Symbolische Interaktionismus dient als einfassende Theorie, der sowohl die inhaltlichen Bezüge zum Untersuchungsgegenstand als auch die Überlegungen zur Methodik verbindet. Ein Abschnitt widmet sich der Situation Psychiatrie erfahrener Menschen als Experten im psychiatrischen Hilfesystem, der nächste dem beruflichen Handeln psychiatrisch Pflegender und der letzte dem Lernen Erwachsener in der beruflichen Weiterbildung. Abschließend werden die Implikationen zusammenfassend grafisch visualisiert. Dieser Theorieteil dient als Grundlage für den empirischen Teils der durchgeführten Untersuchung.

Das Kapitel 4 erläutert und begründet die Auswahl der gewählten Methodik: der qualitative Forschungsansatz, die Critical Incident Technik, das problemzentrierte Interview und die Auswertung mittels zusammenfassender Inhaltsanalyse. Hier werden auch die bis

[3] Consumer involvement in the tertiary-level education of mental health professionals: A systematic review

dahin durchgeführten Schritte des inhaltsanalytischen Ablaufmodells und die Datenanalyse konkret vorgestellt.
Kapitel 5 beinhaltet die Darstellung des entwickelten Kategoriensystems und die hieraus vorgenommenen Interpretationen. Weiterführende Ableitungen nehmen Bezug auf die inhaltlichen Aspekte des Theorieteils.
Kapitel 6 widmet sich der kritischen Bewertung der Ergebnisse. Das Erreichen der formulierten Ziele wird beurteilt und unter Anwendung von Gütekriterien qualitativer Forschung erfolgt eine Einschätzung zur qualitativen Beschaffenheit dieser Untersuchung. Eine Handreichung zur Gestaltung perspektivverschränkender Bildungsangebote wird als Ableitung der Ergebnisse vorgestellt.
Mit berufspädagogischen, arbeitsorganisatorischen als auch die Bildungsforschung betreffenden Schlussfolgerungen sowie einem Ausblick schließt die Arbeit ab.

2 Differenzierung der Fragestellung und Zielsetzung

Die in der Einleitung formulierte Situation zur Einbindung von Experten durch Erfahrung in Bildungsprozesse der Berufsgruppe Pflege wird im Hinblick auf bereits vorliegende Forschungsbefunde und Literatur untersucht. Ausgehend hiervon konkretisieren sich Fragestellung und Ziele. Die Darstellung der beruflichen sowie persönlichen Positionen des Autors (individuelle Bezugssysteme) ermöglicht eine Einsicht zu Perspektive und Haltung. Ziel ist, die Nachvollziehbarkeit der Interpretationsprozesse während der Datenauswertung zu verbessern.

2.1 Literaturrecherche

Im ersten Rechercheschritt wurden deutschsprachige Fachportale und Datenbanken durchsucht. Hierfür wurden die Suchwörter *Experten durch Erfahrung*, *Psychiatrieerfahrene Menschen*, *Peer*, *Erfahrung*, *Psychiatrie* UND *Bildung*, *Weiterbildung*, *Lernen*, *Pflege*, *Pflegeausbildung*, *Ausbildung* kombiniert verwendet. Durchsucht wurden:

- Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung (DIPF)
- Deutsches Institut für Erwachsenenbildung - Leibniz-Zentrum für Lebenslanges Lernen
- Fachportal Pädagogik
- report - Zeitschrift für Weiterbildungsforschung
- W. Bertelsmann Verlag - open access
- Bundesinstitut für Berufsbildung - BiBB
- Berufs- und Wirtschaftspädagogik online
- Institut für Public Health und Pflegeforschung Bremen

- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V.
- Psychologie in Erziehung und Unterricht
- Erziehungswissenschaft und Beruf (EWuB)
- Erwachsenenbildung.at
- Datenbank des Thieme Verlags für *Psych.Pflege Heute*
- Datenbank des Hans Huber Verlages für *Pflege* und *Padua*

Die Recherche ergab keine Ergebnisse, die die zentralen Elemente der Ausgangsfrage beinhalteten. Auch für Bereiche außerhalb der psychiatrischen Pflege und des gesamten pflegerischen Berufsfeldes wurden keine relevanten Ergebnisse generiert.
In einem nächsten Schritt wurden die Datenbanken MEDLINE/ PubMed, Cochrane Library, PsycINFO und CINAHL mittels der Suchwörter *experts*, *experience*, *experts by experience*, *mental health*, *mental health services*, *psychiatric*, *vocational training*, *vocational development*, *nursing education*, *consumer involvement*, *user involvement*, *consumer participation* sowie *user participation* in Anwendung der Boole'schen Operatoren kombiniert und durchsucht. Eine Eingrenzung auf Artikeltyp, Textverfügbarkeit und Publikationsdatum wurde nicht vorgenommen. Die Ergebnisse werden nachfolgend zusammenfassend dargestellt. Die Auswahl erfolgt entsprechend der Relevanz der gefundenen Studien ausgehend vom Grundgedanken der angestrebten Untersuchung.

Insbesondere in Australien lässt sich eine hohe Forschungsaktivität zur Beteiligung von Experten durch Erfahrung in Bildungsprozessen feststellen. In Deutschland hingegen findet sich keine explizite Bildungsforschung zu diesem Thema. Simpson et al. (2008) untersuchten im Rahmen der Grundausbildung Krankenpflege mittels eines Online-Diskussionsforums die Einbindung von Nutzern psychiatrischer Dienstleistungen. Byrne et al. (2014a) nahmen die Veränderung der Einstellungen von Auszubildenden in den Blick, in dem sie einen traditionellen mit einem erfahrungsorientierten Ausbildungsgang verglichen, in dem die Kursleitung zusätzlich zur pädagogischen Qualifikation eine Expertin aus Erfahrung war. Es kam der *Mental Health Consumer Participation Questionnaire*[4] (MHCPQ) zum Einsatz. Eine eigene Evaluationsuntersuchung zum MHCPQ fand ebenfalls in diesem Jahr statt. (Byrne, 2014b). Eine Studie von Happell et al. (2002) untersuchte Einstellungen und Haltungen (*attitudes*) von bereits ausgebildeten Pflegepersonen hinsichtlich der Beteiligung von Psychiatrie erfahrenen Menschen in der psychiatrischen Versorgung und der Rolle der Experten durch Ausbildung in der gemeinsamen Arbeit.

---

[4] Der Mental Health Consumer Participation Questionnaire ist ein Fragebogen, der untersucht, wie sich die Einbindung von Nutzern psychiatrischer Dienstleitungen in Versorgungsangebote darstellt und wie die professionellen Helfer sich dazu positionieren.

Diese Studien betrachten die Beteiligung von Experten durch Erfahrung in psychiatrischen Versorgungssystemen, fragen jedoch in erster Linie nach der Art der Beteiligung in den Versorgungseinrichtungen, weiterhin wie die institutionelle Zusammenarbeit zwischen Experten durch Erfahrung und professionellen Helfern durch Pflegende grundsätzlich bewertet wird.

Byrne et al. (2013) befragten Studierende der Krankenpflege, die von Experten durch Erfahrung unterrichtet wurden. Ziel war es herauszufinden, wie sich Ansichten von Studierenden verändern, die von Menschen unterrichtet wurden, die eine Erholung von psychischer Erkrankung im Sinne des *Recoveryansatzes* persönlich erfahren haben. Es wurden zwei Hauptthemen identifiziert: *durch die Augen eines anderen Menschen sehen zu können*, d. h. authentisch das persönliche Erleben einer psychischen Erkrankung vermittelt zu bekommen. Zudem wurde die Bedeutung der Art und Weise von *Lehre* deutlich, die Einfluss auf Haltungsänderungen hat. Happell & Roper (2003) befragten Studierende mittels eines Bewertungsbogens am Ende eines Semesters, wie sie die Auswirkung der Unterrichte durch Psychiatrie erfahrene Menschen hinsichtlich der Auswirkungen auf die Praxis einschätzen. Die Ergebnisse legen nahe, dass die unterrichtlichen Erfahrungen für die Studenten vorteilhaft waren und sich in deren Praxis auswirken werden. Die Studien beziehen sich auf die Auswirkungen der Beteiligung von Experten durch Erfahrung auf Pflegende, die sich zum Zeitpunkt der Erhebung noch in einer Grundausbildung befanden.

Ein systematischer Review von Happell et al. (2013) untersucht die Nutzerbeteiligung in Ausbildungen unterschiedlicher Gesundheitsberufe auf Hochschulniveau. Die Ergebnisse sind hinsichtlich der verschiedenen Berufsgruppen variabel. Schlussendlich können die Absolventen insgesamt besser nachvollziehen, wie sich das Leben von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen gestaltet und wie die Zugänge zum bzw. die Angebote der Behandlung im Gesundheitsversorgungssystem erlebt werden. Auch wird ein verbessertes Verständnis psychischer Erkrankung an sich konstatiert. Einige Studierende hoben Bedenken hinsichtlich einer Beteiligung von Psychiatrie erfahrenen Menschen hervor, z. B. dass deren Ansichten nicht repräsentativ seien oder sie eigene Ziele verfolgen könnten [*heimlicher Lehrplan*, KPM]. Die Ergebnisse dieser Überprüfung zeigen, dass zukünftige Forschung sich darauf konzentrieren sollte, wie sich die Nutzerbeteiligung auf die Verhaltensweisen und Einstellungen von professionellen Helfern im Gesundheitswesen auswirkt. Happell et al. (2013, S. 12) ermutigen in ihrem Resümee dazu, wichtige Fragen in weiterführenden Untersuchungen zu beantworten: In welcher Form ändern Studierende ihre Einstellungen und Verhaltensweisen als Ergebnis der Verbraucherbeteiligung während ihrer Ausbildung? Wie sollten Psychiatrie erfahrene Menschen beteiligt werden, um mit ihren zur Verfügung gestellten gelebten Erfahrungen solche

Veränderungen zu bewirken? Die Beantwortung dieser und anderer Fragen kann dabei helfen herauszufinden, ob die Beteiligung von Experten durch Erfahrung im Bildungsbereich zu einer verbesserten Versorgung im Bereich psychischer Gesundheit führt. Nutzerengagement im Bildungssektor scheint bisher noch nicht üblich zu sein, doch zahlreiche Studien zur Verbraucherbeteiligung in Ausbildungen haben gezeigt, dass Studierende hiervon profitieren können. Untersuchungen zu Veränderungen von Einstellungen und Haltungen liegen vor, Auswirkungen auf konkretes Handeln von professionellen Helfern sind jedoch kaum erforscht.

Zur Verwendbarkeit des zitierten systematischen Reviews erscheint ein Hinweis zur Struktur des pflegerischen Ausbildungssystems in unterschiedlichen Ländern notwendig. Die Organisation des Bildungswesens im angloamerikanischen und im deutschen Sprachraum unterscheidet sich hinsichtlich der Einordnung in kategorisierende Systeme. Während sich Bildungsgänge und -verläufe in englischsprachigen Ländern (v. a. Großbritannien, USA und Australien) überwiegend an der International Standard Classification of Education (ISCED) der Organisation der Vereinten Nationen für Erziehung, Wissenschaft und Kultur (UNESCO) von 2011 abbilden lassen, findet in Deutschland zunehmend der Europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (EQR) Anwendung. Die Zielgruppe dieser Untersuchung lässt sich der Stufe 5B des ISCED zuordnen, eine Vergleichbarkeit mit den Zielgruppen der eingeschlossenen Studien des systematischen Reviews (Happell et al., 2013) ist gegeben.
Studien, in denen andere Gesundheitsfachberufe z. B. Ärzte (Ikkos, 2003), andere Formen der Einbindung von Psychiatrie erfahrenen Menschen in Bildungsprozesse z. B. Curriculumentwicklung (Khoo et al., 2004) oder die Beziehungen zwischen lehrenden Experten durch Erfahrung und Pädagogen (Felton & Stickley, 2004) Teil der Untersuchungen waren, werden hier nicht weiter expliziert.

2.2 Fragestellung und Erkenntnisinteressen

Die identifizierten Ergebnisse der Literaturrecherche und die Grundüberlegungen zum Thema der Arbeit leiten zur Fragestellung der Untersuchung hin. Die Resultate der zitierten Studien belegen die Notwendigkeit, Auswirkungen der Beteiligung von Psychiatrie erfahrenen Menschen in Bildungsprozessen auf das berufliche Handeln Pflegender in psychiatrischen Arbeitsfeldern näher zu betrachten.

Fragestellung 1

Welche Auswirkungen hat die Nutzerbeteiligung (Psychiatrie erfahrene Menschen als Lehrende) während der Weiterbildung Fachpflege auf das konkrete berufliche Handeln

dieser Fachpflegepersonen in der Psychiatrie nach Beendigung der Weiterbildung? Diese Frage bezieht sich insbesondere auf

- direkt Patienten bezogene Handlungen und
- die Fähigkeit der Selbstreflexion als berufliche Handlungskompetenz.

Der *Symbolische Interaktionismus* als planungsrahmende Theorie (Kapitel 3.1) hinterlegt das Erkenntnisinteresse hinsichtlich der Selbstreflexionskompetenz der Fachpflegepersonen. Dessen Prämissen konstituieren den *Prozess sozialer Interaktion* als zentrales Element der Begegnungen von Menschen sowohl in Lehr-Lern-Situationen als auch im psychiatrischen Arbeitsfeld. Die durch *systematische* Gestaltung von Beziehungen ermöglichte Perspektivverschränkung (Erkennen des subjektiven Sinns des jeweils anderen) während des Unterrichtes, ermöglicht das Verstehen von Bedeutungen und Wertungen, führt zu veränderten Interpretationsmustern und damit zu anderen als den bisherigen Handlungen. „Die Konzentration auf die Sicht des Subjekts und den Gewinn, den es mit Erfahrungen und Ereignissen verbindet, sowie die Orientierung an der Bedeutung von Gegenständen, Handlungen und Ereignissen steht hinter einem großen Teil der qualitativen Forschung. Wesentlich bleibt […], dass der Fokus sich auf die subjektiven Bedeutungen richtet, die die Gegenstände, über die interagiert wird, für die Teilnehmer an der Interaktion haben“. (Flick, 2012, S. 85-86).

Fragestellung 2

Das erweiterte Anliegen dieser Untersuchung besteht demzufolge darin herauszuarbeiten, *ob sich die Bedeutungen der Absolventen in den Bildungsbegegnungen zwischen ihnen und den Erfahrenen und damit auch die Interaktionen im Berufsfeld verändern.*

Ausgehend von individuellen Beschreibungen (Interviews) sollen in diesem Zusammenhang „strukturtheoretische Generalisierungen“ (Schönberger & Kardorff, 2004, S. 25 z. n. Flick, 2012, S. 45) aufgedeckt werden. Die erhobenen Ergebnisse dienen der Ableitung von berufspädagogischen und arbeitsorganisatorischen Schlussfolgerungen.

2.3 Verortung des Autors

Das zum Tragen kommende interpretative Forschungsparadigma und die halbstrukturierte Methodik der Untersuchung machen es notwendig, das Spannungsfeld der Relevanzsysteme der Befragten versus der Prädetermination des Forschenden in den Blick zu nehmen. Aussagen der Befragten werden vom Untersucher gedeutet und rekonstruiert; das Vorwissen und die Interessen formen die Bedeutungsstrukturen, die das Textverständnis steuern. (Mayring, 2010, S. 43). Die Auswahl der theoretischen Überlegungen und Vorformulierungen des Kapitels 3 geben Hinweise auf die Bezugssysteme des

Autors ebenso wie die Darstellung der beruflichen und persönlichen Einschätzungen[5] an dieser Stelle. Die zugrunde liegenden Bedingungen des Autors sollen nachvollziehbar sein und eine bessere Einordnung der Schlussfolgerungen ermöglichen. Soziale Konzepte und Denkschemata werden damit selektiv transparent. Aus diesem Grund möchte ich einige als konstituierend eingeschätzte Phänomene und eine Einschätzung der von mir wahrgenommenen augenblicklichen Versorgungssituation beschreiben.

Im direkten Anschluss an die Grundausbildung Krankenpflege begann meine Berufsausübung in einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit knapp 400 Behandlungsplätzen. Prägend erlebte ich die ersten Jahre auf einer Station mit chronisch psychisch kranken Menschen, die teilweise seit mehr als 40 Jahren dauerhaft hospitalisiert waren. Die Auswirkungen einer 'Verwahrpsychiatrie', in der kaum noch zwischen Erleben und Folgen von Erkrankung und Hospitalisierungsschäden zu unterscheiden war, wurden dort sehr deutlich. In diese Zeit fielen die Bestrebungen des Krankenhausträgers die Patientinnen zu enthospitalisieren, was im Ergebnis mit der gruppenweise Verlegung in ein nahegelegenes Altenheim vollzogen wurde. Nach dieser, besser als *Umhospitalisierung* zu bezeichnenden Aktion, verstarben viele der ehemaligen Patienten m. E. mitbedingt durch diese Entwurzelung. Ein Kollege und eine Kollegin waren in dieser Zeit, in der konzeptionelle Ansätze wie Recovery, Empowerment, Partizipation oder Adhärenz noch nicht in den Versorgungsstrukturen angekommen waren, wichtige Mentoren einer bedürfnis- und personenzentrierten Begegnung.
Die im Internatsbetrieb organisierte Weiterbildung Fachkrankenpflege für Psychiatrie absolvierte ich an einem Fortbildungsinstitut, das 1974 in der Folge der Psychiatrie-Enquete gegründet wurde. Inhaltlich war die Weiterbildung durch die Prämissen einer Subjektorientierung und des Konstruktivismus geprägt; dies wurde für mich am ehesten daran deutlich, dass während des ersten Weiterbildungsjahres das Mitarbeiterkapitel des Lehrbuchs *Irren ist menschlich* (Dörner & Plog) in einer fest zusammen gesetzten Kleingruppe und dozentenbegleitet bearbeitet wurde. Patientenorientierung und die Arbeit mittels selbstreflexiver Prozesse bestimmten die Ausbildung. In dieser Zeit kam die insgesamt starke sozialpsychiatrische Ausrichtung der Institutionen im mittelhessischen Raum zum Tragen, die das Prinzip der personenzentrierten Hilfe als zwingend notwendigen Anspruch transportierte.
In insgesamt knapp 15 Jahren direkt Patienten bezogener Arbeit in unterschiedlichen Bereichen psychiatrischer Hilfen wurde mir zunehmend deutlich (und bestätigt sich auch

[5] Zugunsten der besseren Lesbarkeit und einer kongruenten Darstellung von Form und Inhalt ist dieser Abschnitt teilweise in der Ich-Form verfasst.

weiterhin), dass den Faktoren Zeit und den Menschen sehende, ernst nehmende und respektvolle Beziehungsangebote eine erhebliche Bedeutung bei der Genesung von seelischen Erschütterungen und persönlichen Krisen zukommt. Beides hängt von Bedingungen ab, in denen sich Patienten, Angehörige und Pflegende gleichermaßen befinden (alle sind *Betroffene*), die den Regularien eines Gesundheits*marktes* anheimgestellt werden. Diese Regulationen bevorzugen und manifestieren pharmakologische und funktional ausgerichtete Therapien unter dem Diktat der Effizienz. Psychiatrisch erkrankte Menschen und Menschen in existentiellen Lebenskrisen werden zu Kunden ohne Verbraucher- und Konsumentensouveränität, das Wieder*genesen* beschränkt sich allzu oft auf das Wieder*funktionieren*. Getragen wird diese Entwicklung von einer auf Leistung getrimmten Ideologie, in der Solidarität sowie Toleranz und Akzeptanz von Anderssein abnimmt. Die Folgen sind soziale, ökonomische und gesundheitsbezogene Ausgrenzung (*Zwei-Klassen-Medizin*), eine Verstärkung der sog. Drehtürpsychiatrie und letztlich auch ein Ausbrennen der psychiatrisch Tätigen.

Auch im Bildungsbereich nehme ich ähnliche Veränderungen wahr. Langfristig angelegte Bildungsgänge werden zugunsten von Kurzzeitangeboten mit stärker funktionalem Charakter ersetzt. Wichtig sind meiner Meinung nach Möglichkeiten des Erwerbs konkreter Handlungskompetenzen (z. B. spezielle therapeutische Techniken wie Krisenkommunikation oder Beratungskompetenzen), die jedoch in längerfristige Lernprozesse eingebettet sind. Selbstwahrnehmungs- und Selbsterfahrungsorientierung ermöglichen so Reflexionskompetenzen und in der Folge Einstellungs- und Haltungsveränderungen zu entwickeln, die sich nachhaltig auf das berufliche Handeln auswirken.

Im persönlichen Umfeld bin ich als Angehöriger psychisch erkrankter Menschen sowohl in meiner Ursprungs- als auch in der eigenen Familie betroffen. Verschiedene Angehörige wurden mit unterschiedlichen psychiatrischen Diagnosen ’versehen’. Die Auswirkungen auf den Lebensalltag gestalten sich demzufolge höchst unterschiedlich, meine Rolle und die an mich gestellten Anforderungen entsprechend dem Verwandtschaftsverhältnis sind variabel. Ähnlichkeiten lassen sich feststellen in der Art und Weise, wie die Familienmitglieder behandelt werden möchten: Die Krise ’als wahr geglaubt’ zu bekommen, Hoffnung erfahren zu können und praktische Unterstützung im Alltag zu erhalten. Über die geschilderten Gesichtspunkte sind mir Werte wie Solidarität und für andere Einstehen, Gerechtigkeit, Fairness, ein gewisses Maß an professioneller Bescheidenheit und die Bedeutung von Selbstreflexivität wichtig geworden. Das von außen Betrachten ist zum Gewinnen eines Überblickes in Krisensituationen sicher hilfreich, die (Fach-)Dis-

kussion um professionelle Distanz halte ich insgesamt für wenig zielführend, da professionelle Nähe *echte* Begegnung erst ermöglicht. Um mit Martin Buber zu sprechen: *Bei sich beginnen, aber nicht bei sich enden, bei sich anfangen, aber sich nicht selbst zum Ziel haben.* Es den Weiterbildungsteilnehmern zu ermöglichen, eine von diesen Aspekten bestimmte Arbeits- und Grundhaltung zu entwickeln, ist eine wesentliche Intention meiner Arbeit als Berufspädagoge und Fachkrankenpfleger.

3 Theoretische Einbettung

In diesem Kapitel wird das zugrundeliegende Forschungs*paradigma* erläutert und theoretisch-konzeptionelle Überlegungen zu den Anteilen des Forschungs*gegenstandes* – die Einbindung Psychiatrie erfahrener Menschen in Bildungsprozesse, das berufliche Handeln psychiatrisch Pflegender und das Lernen Erwachsener – dargelegt. Damit wird einerseits die theoretische Hinterlegung dieser Arbeit deutlich und andererseits eine Einordnung des Autors hinsichtlich seiner Perspektive möglich, da über die vorgenommene Auswahl Affinitäten und Priorisierungen zum Ausdruck kommen.

3.1 Die einfassende Theorie - Symbolischer Interaktionismus

In der qualitativen Sozialforschung gilt der Mensch gleichzeitig als Untersuchungs- und als erkennendes Subjekt. Um soziales und als sinnhaft erkanntes Handeln zu erforschen, wird Wissen um die Bedeutung der verwendeten Interaktions- und Kommunikationssymbole benötigt, die wiederum vom jeweiligen sozialen Kontext abhängen. Insofern besteht das „Forschungsziel qualitativer Forschung […] darin, die Prozesse zu rekonstruieren, durch die die soziale Wirklichkeit in ihrer sinnhaften Strukturierung hergestellt wird.“ (Lamnek, 2010, S. 30). Eine den Forschungsprozess einbettende und planungsrahmende Vorstellung ist die des *interpretativen Paradigmas*. Es besagt, dass sich soziale Wirklichkeit durch Interpretationshandlungen als jeweils individuelle Realität konstituiert. Deshalb „[...] muss auch die Theoriebildung über diesen Gegenstandsbereich als interpretativer Prozess, d. h. als rekonstruktive Leistung angelegt sein.“ (Lamnek, 2010, S. 32). Als wesentliche Theorie des interpretativen Paradigmas zur Gestaltung qualitativer Sozialforschung gilt der *Symbolische Interaktionismus*.

Der Symbolische Interaktionismus geht von folgenden Prämissen aus:

- Menschen handeln auf der Grundlage der Bedeutungen gegenüber Dingen (z. B. Objekte, Prozesse, Personen oder Handlungen von Personen), die diese Dinge für sie besitzen. Es ist daher bedeutsam zu verstehen, was Menschen über die Dinge annehmen und nicht, was die Dinge *tatsächlich sind*.
- Die Bedeutung der Dinge entsteht durch soziale Interaktionsprozesse. „Es gibt keine selbstverständlichen oder naturgegebenen, sondern immer nur erlernte

Bedeutungen, wobei das erlernen innerhalb von Interaktionsbeziehungen erfolgt.“ (Lamnek, 2010, S. 37).

- Diese Bedeutungen werden durch interpretative Prozesse, die in der Person in der Auseinandersetzung mit den ihr begegnenden Dingen vorgehen, gehandhabt oder abgeändert. (Blumer, 1973, S. 81, z. n. Denzin, 2013, S. 138-139). Realität als gesellschaftliches Konstrukt ist daher nicht festgelegt, sondern wird individuell und prozesshaft gestaltet.

Symbole können als kulturabhängige Sinnbilder verstanden werden, die auf etwas anderes verweisen, z. B. eine weiße Taube als Symbol des Friedens. Dabei gibt es „historisch und gesellschaftlich festgelegte und von jedem Gesellschaftsmitglied zu erlernende Grundbedeutungen. Die zentrale Hypothese des Symbolischen Interaktionismus ist, dass soziale Interaktionen stark von diesen Grundbedeutungen der verwendeten Symbole abhängig und geprägt sind. […] Die Sprache stellt dabei ein besonders bedeutsames Symbolsystem dar.“ (Lamnek, 2010, S. 35).
Als *soziale* bzw. *symbolische Interaktion* kann demnach die „durch Kommunikation (Sprache, Symbole, Gesten usw.) vermittelten wechselseitigen Beziehungen zwischen Personen und Gruppen und die daraus resultierende wechselseitige Beeinflussung ihrer Einstellungen, Erwartungen und Handlungen“ (Fuchs-Heinritz et al., 2007, S. 305) verstanden werden. Menschen handeln nicht danach, wie eine Situation *objektiv ist*, sondern vielmehr danach, wie sie von ihnen gedeutet bzw. *interpretiert* wird. Die Vorstellung von der Welt ist kein einfaches Abbild von *Innen und Außen*, sondern ein individuell zusammengesetztes Bild aus jeweils aufgenommenen und mit Bedeutung versehenen Fragmenten. Je nachdem, welche Schlussfolgerungen z. B. bezüglich einer Ursache, eigenen Handlungsmöglichkeiten oder nutzbaren Ressourcen gezogen werden, wird eine entsprechende Reaktion erfolgen. Interpretationen haben handlungsleitenden Charakter.

Kommunikation ist ein wesentlicher Bestandteil sozialer Interaktionsprozesse und wird durch das individuell gedeutete Empfangsergebnis einer Nachricht geprägt. Daran wird deutlich, dass das Handeln der Interaktionspartner, ihre damit verbundenen Absichten und die Interpretation ihres Tuns durch den jeweils anderen leicht auseinander klaffen können. Die darin liegende Gefahr besteht darin, dass die Beteiligten *annehmen*, ihre Reaktion auf das Verhalten des anderen sei die direkte und klare Antwort auf den von ihnen gemeinten Sinn: Eigenbild und Fremdbild des Verhaltens weichen voneinander ab (Dechmann & Ryffel, 2006, S. 60). Abbildung 1 veranschaulicht Verlauf und Einflussgrößen sozialer Interaktionsprozesse.

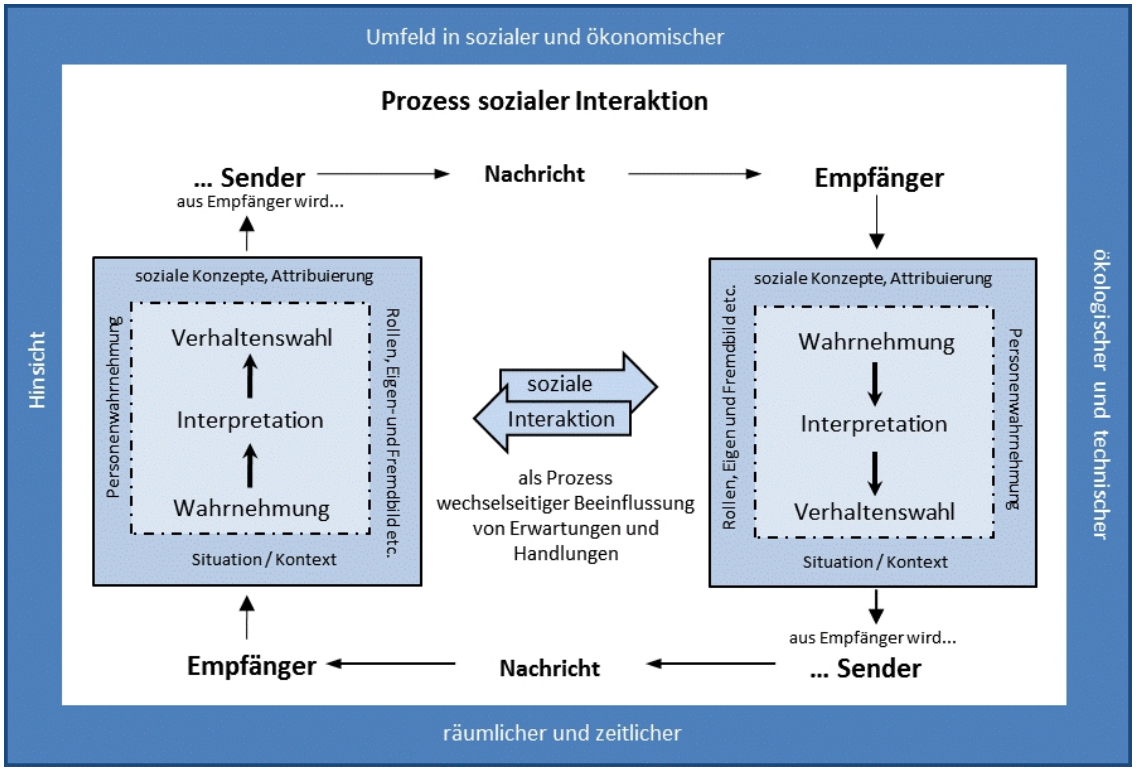

Abb. 1: Verlauf und Einflussgrößen sozialer Interaktion (eigene Darstellung nach Muijsers, 2001, S. 18)

Die Untersuchung menschlichen Verhaltens erfordert dem Symbolischen Interaktionismus zufolge Methoden, die das subjektive Erleben der Beteiligten (Interpretationen) in konkreten Situationen berücksichtigt. Eine strukturierende Vorgabe mittels Theorien oder im Vorfeld definierter Methoden erscheint in diesem Zusammenhang nicht angemessen. Vielmehr soll im Laufe des Forschungsprozesses durch kontinuierliche Rückkopplung von Fragestellungen, Hypothesen und Interpretationen zwischen Untersucher und Untersuchten eine allmähliche Strukturierung der Inhalte erreicht werden. (Lamnek, 2010, S. 35).

Methodologisch sind nach Blumer (1969, z. n. Lamnek, 2010, S. 36) *Exploration* und *Inspektion* zentrale Elemente des Symbolischen Interaktionismus. Mittels der Exploration sollen „möglichst reichhaltige Erkenntnisse über die Handlungsabläufe oder die Berichte über Handlungen in ihrem situativen und sinnhaften Kontext“ gewonnen werden (Heinze, 2001, S. 83). Ziel ist es, zu einem klaren Verständnis von Forschungsfragen und -methoden zu gelangen. Inspektion meint eine analysierende Tätigkeit, die mittels Systematisierung und Strukturierung die im Feld gewonnenen Erfahrungen und Ergebnisse verarbeitet. Durch die „intensive, konzentrierte Prüfung des empirischen Gehaltes aller beliebigen analytischen Elemente, die zum Zwecke der Analyse benutzt werden, wie auch eine entsprechende Prüfung der empirischen Beschaffenheit der Beziehungen zwischen solchen Elementen“ (Blumer, 1973, z. n. Lamnek, 2010, S. 36) „sollen Zusam-

menhänge zwischen empirischen Sachverhalten hergestellt und im Rahmen wissenschaftlicher Theorien diskutiert werden.“ (Witzel, 1982, z. n. Lamnek, 2010, S. 36). Gemeinsam mit der Methodik von Datenerhebung und -auswertung kommen bei der Nutzung des Symbolischen Interaktionismus zentrale Aspekte und Kennzeichen qualitativer Forschung zum Tragen:

- Verstehen als Erkenntnisprinzip
- Fallrekonstruktion als Ansatzpunkt
- Konstruktion von Wirklichkeit als Grundlage
- Text als empirisches Material (Flick, 2012, S. 95-97)

Die Annahmen des Symbolischen Interaktionismus bestimmen den Forschungsgang im Rahmen dieser Untersuchung jedoch nur zum Teil. Die Vorgaben zum Erstellen einer Masterarbeit sehen eine zeitliche Begrenzung vor. Einer „relative[n] Breite und Unstrukturiertheit des theoretischen Vorverständnisses des Forschers [...]“ (Heinze, 2001, S. 83) war damit eine Grenze gesetzt. Vorfestlegungen und -strukturierungen hinsichtlich des Forschungsgegenstandes waren notwendig, z. B. eine Eingrenzung der theoretischen Auseinandersetzung auf wenige, das berufliche Handeln psychiatrisch Pflegender begründende Konzepte oder das Sichbeziehen auf konzeptionelle Beschreibungen der Motive Psychiatrie erfahrener Menschen, anstatt direkter Begegnungen und Gespräche im Feld. Zudem machen die Festlegung der Aufgabenstellung durch die Fachhochschule als auch die Vollzeitberufstätigkeit des Autors Rückkopplungsprozesse und Anpassungen zwischen Untersucher und Untersuchten z. B. zu Fragestellung, Intentionen und empirischem Gehalt nur bedingt möglich.

3.2 Inhaltliche Bezüge des Untersuchungsgegenstandes

Gemeinsam mit den (Teil-)Konzepten

- Psychiatrie erfahrene Menschen als Experten in Versorgungs- und Bildungsprozessen,
- berufliches Handeln psychiatrisch Pflegender und
- Lernen in der Erwachsenenbildung

bestimmt das interpretative Paradigma den inhaltlichen Bezugsrahmen der Forschungsfrage.

3.2.1 Psychiatrie erfahrene Menschen als Experten

Das Verständnis von psychischer Erkrankung und damit auch der Blick auf psychisch erkrankte Menschen selbst, ist über die historische Zeit abhängig z. B. von der kulturellen

und politischen Verfasstheit einer Gesellschaft und damit variabel. Um einen Ausschnitt der aktuellen Diskussion darzustellen, werden einige, für die Untersuchung relevante, konzeptionelle Entwicklungslinien aufgegriffen.

3.2.1.1 Subjektorientierung

Die folgenden Ausführungen gründen letztlich in einem noch nicht gänzlich vollzogenen, jedoch in vielen Ausprägungen wahrnehmbaren Paradigmenwechsel der psychiatrischen Versorgung. Die mit den Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete eingeleiteten Veränderungen hin zu einem gemeindenahen und personenzentrierten Ansatz, können als Ausdruck für die zunehmende *Subjektorientierung* im psychiatrischen Arbeitsfeld gelten. Damit ist im Allgemeinen das Respektieren von „Individualität und persönlichen Zielen, den jeweils besonderen Wünschen und Bedürfnissen des Einzelnen gemeint. Das Subjekt soll im Mittelpunkt von Hilfeplanung, Betreuung oder Rehabilitation stehen und es soll in seiner persönlichen Eigenart wertgeschätzt werden.“ (Lütjen, 2007, S. 4). Dem Gegenüber könnte Objektorientierung als tradierte Haltung verstanden werden, der den Menschen „lediglich als passive[n] Empfänger von Interventionen und Behandlungen [sieht]“ (Lütjen, 2007, S. 4), mit der Folge, dass individuelle Merkmale nicht interessieren. Der Betroffene hat zu akzeptieren, was die *Experten durch Ausbildung* als gut für ihn befinden.

Was macht nun ein Subjekt aus, was kann unter Subjektorientierung verstanden werden? „Das Subjekt ist ein sich seiner selbst bewusstes Wesen mit jeweils individuellen Zielen und Bedürfnissen. Es ist handlungs- und entscheidungsfähig. Es ist eine aktiv auf ihre Zukunft sich entwerfende Person, es verfügt über Intentionalität.“ (Frank, 1988, z. n. Lütjen, 2007, S. 5). Es ist in der Lage, *sich zu sich zu verhalten*, sich über sich nachzudenken und sich „an individuellen Sinn- und Bedeutungsstrukturen [zu] orientier[en], die es sich im Laufe seines Lebens immer wieder neu schafft.“ (Lütjen, 2007, S. 5). Daraus lässt sich die subjektive Begründetheit individueller Handlungen ableiten. Jeder Mensch hat aus seiner Perspektive bei jeder Handlung, jedem Verhalten gute Gründe, so und nicht anders zu agieren. Diese Gründe lassen sich biographisch und situativ lebensweltlich herleiten. „Psychiatrische Symptome zu entwickeln ist der Versuch der Betroffenen, sich vor einer unerträglich gewordenen Situation zu schützen. Damit haben Symptome die Funktion, den Patienten zu entlasten, ihn von Verantwortung freizusprechen, ihm Rückzug zu ermöglichen oder ihn tabuisierte Wünsche ausdrücken zu lassen. Art und Inhalt der Symptome haben folglich eine Bedeutung, die sich nur aus dem Lebenszusammenhang und der Persönlichkeit der Betroffenen heraus verstehen lassen.“ (Schädle-Deininger & Villinger, 1997, S. 34). In der Konsequenz ist es so nicht möglich, dem Menschen diese individuell sinnvollen Beweggründe abzusprechen. Psychiatrisch

Tätige müssen demzufolge in ihrem Verständnis davon ausgehen, dass das Handeln eines Menschen einer subjektiven Zweckerfüllung dient, dessen augenblicklicher Sinn sich dem Beobachter nicht sofort erschließen muss. Dem Betroffenen wird durch diese Haltung ermöglicht, in seiner subjektiven Realität Wertschätzung und Respekt zu erfahren. Wie diese Haltung durch die Einbeziehung von Menschen mit gelebten psychischen Krisen zum Tragen kommen kann, wird nachfolgend beschrieben.

3.2.1.2 Teilhabe und Peer-Unterstützung

Die Teilhabe von Menschen mit gelebter Erfahrung[6] findet sich in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung wieder. Eine Unterstützung von Betroffenen für Betroffene, die gesundheitsrelevante krisenhafte Lebenslagen selbst erfahren haben, bietet anderen Menschen in ähnlichen Situationen in unterschiedlicher Weise Unterstützung. Dieser *Peer-Support* i. S. von 'Unterstützung durch Gleiche' ist im psychiatrischen Versorgungssystem ein relativ junges Phänomen. Mit Peers sind Menschen gemeint, die selbst eine psychische Krise erlebt und psychiatrische Dienste in Anspruch genommen und genutzt haben[7]. Die Konzeption *Peer-Unterstützung* geht davon aus, dass Psychiatrie erfahrene Menschen oder auch *Experten durch Erfahrung*[8] andere Betroffene in aktuellen psychischen Krisen emotional und sozial unterstützen können. (Kozel et al., 2010, S. 324). Die Qualität gesundheitsrelevanter psychiatrischer Unterstützungsleistungen wird durch die Einbeziehung von Psychiatrie erfahrenen Menschen verbessert. Nutzer berichten von einer deutlichen Reduzierung von Lebensproblemen und einer größeren Zufriedenheit mit den Angeboten, wenn Peers unterstützend zur Seite standen. (Davidson et al., 1999). Hinsichtlich der externen Evidenz kommen Kozel et al. (2010, S. 327) in einer Literaturrecherche zu dem Schluss, dass die Wirksamkeit von Peer-Unterstützung bei psychischen Erkrankungen nicht sehr groß sei, die Betroffenen jedoch die Begleitung durch Gleiche positiv evaluieren. Dem entgegenzuhalten wäre die in der psychiatrischen Praxis eingetretene „neue Bescheidenheit". (Utschakowski et al., 2009, S. 9). Atypische Psychopharmaka verursachen eben doch - anders als erhofft - schwerwiegende Nebenwirkungen, Antidepressiva reichen in ihrer Wirkung häufig nicht über die von Placebos

---

[6] Auf eine ausführliche inhaltliche Differenzierung von Begriffen wird hier verzichtet. Es finden sich in der Literatur unterschiedliche Bezeichnung von Menschen mit Erfahrung im psychiatrischen Kontext, die unterschiedliche konzeptionelle Hinterlegungen aufweisen: Psychiatrie erfahrene Menschen, Experten durch Erfahrung, Nutzer, Verbraucher, Patienten, Klienten, Kunden, Psychiatrie-Überlebende u. a. Der Autor folgt im Rahmen dieser Arbeit dem Verständnis des Experten durch Erfahrung.

[7] Im Englischen finden sich deshalb auch die Begriffe *user* oder *consumer*.

[8] „Ein Experte durch Erfahrung in der Gesundheitsversorgung ist jemand, der aktive Erfahrung mit Krankheit, Behinderung und/ oder psychischen Problemen hat und der spezifische Fähigkeiten erworben hat, damit zu leben und im soziokulturellen oder institutionellen Kontext, in dem die Krankheit, die Behinderung und/ oder die psychischen Probleme bedeutsam werden, umzugehen" (van Haaster & Koster, 2005 z. n. Utschakowski, 2009a, S.83).

hinaus, die psychiatrische Angebotsstruktur (insbesondere der klinische Sektor) wird trotz Psychiatrie-Enquete immer noch stark von Institution und Finanzierung geprägt und die Ordnungs- und Erklärungsversuche der Psychopathologie verhindern eine vollständige Wahrnehmung von Begegnung und den Respekt vor dem Eigensinn. Eben darum: „Wie verführerisch wirkt die »evidence based medicine«, die komplexere Fragen dem Forschungsdesign opfert, bis nur noch Antworten übrig bleiben auf Fragen, die keine mehr sind.“ (Utschakowski et al., 2009, S. 9). Subjektiv erlebte Unterstützung, Stabilisierung, gemocht und verstanden werden sowie eine größere Bereitschaft zur Kontaktaufnahme (Sells et al., 2006 z. n. Utschakowski et al., 2009c, S. 18) sind - subjektorientiert betrachtet - Ergebnisse von Peer-Unterstützung, die über das vermeintlich Objektivierbare hinaus dennoch einen hohen Stellenwert besitzen.

3.2.1.3 Empowerment und Recovery

Peer-Arbeit ist eng mit dem Konzept des *Empowerment* verbunden. Der Begriff als „Stärkung der Eigenmacht“ (Knuf & Seibert, 2001, S. 18) oder *Selbstbefähigung* verstanden, zielt darauf ab, dass von psychischer Erkrankung betroffene Menschen verloren gegangene Fähigkeiten, Macht und Einfluss auf das eigene Leben und damit auch auf die Nutzung von Gesundheitsdienstleitungen zurückgewinnen. Aus der Selbsthilfebewegung der USA entstanden, wurde von einer Arbeitsgruppe um J. Chamberlin eine Definition von Empowerment formuliert, die eine stärkere Nutzerorientierung psychiatrischer Dienstleistungs- und Unterstützungsangebote zwingend notwendig macht (Knuf & Seibert, 2001, S. 18-19)[9]. Sie umfasst:

- *„die Fähigkeit, eigene Entscheidungen zu treffen - was den Betroffenen von den Professionellen oft abgesprochen wird;*
- *über den Zugang zu Informationen und Ressourcen zu verfügen - Professionelle haben immer noch oft eine paternalistische Haltung;*
- *über mehrere Handlungsalternativen zu verfügen, unter denen man wählen kann;*
- *Durchsetzungsfähigkeit - nicht psychiatrisch diagnostizierte Personen werden für solches Verhalten auch »belohnt«, in der Psychiatrie wird eher »bestraft«;*
- *das Gefühl zu haben, als Individuum etwas bewegen zu können - Hoffnung ist ein elementarer Bestandteil menschlichen Lebens;*
- *kritisch denken zu lernen; Konditionierungen zu durchschauen und abzulegen - das Erzählen der Lebensgeschichte, nicht der Fallgeschichte ist wichtig;*
- *Wut erkennen und äußern zu können - der Ausdruck von Ärger bedeutet nicht automatisch eine »Dekompensation«, wie es so gerne dargestellt wird;*

[9] Im Original: http://www.power2u.org/articles/empower/working_def.html [18.12.2014]

- *sich nicht alleine fühlen, sondern sich als Teil einer Gruppe zu begreifen;*
- *zu der Einsicht zu gelangen, dass jeder Mensch Rechte hat, auch Psychiatrie-Patienten;*
- *Veränderungen im eigenen Leben und im Umfeld zu bewirken - bewirkt ein Mensch Veränderungen, stärkt er oder sie dadurch das Gefühl, über Kompetenz und Kontrolle zu verfügen;*
- *neue Fähigkeiten zu erlernen, die der Betroffene, nicht der Professionelle für wichtig hält;*
- *die Wahrnehmung anderer bezüglich der eigenen Handlungskompetenz und -fähigkeit zu korrigieren - es ist ein Vorurteil, dass psychiatrische Patienten nicht ihre Bedürfnisse und Wünsche wahrnehmen könnten;*
- *Coming-Out bezüglich der eigenen Erkrankung, das demonstriert Selbstbewusstsein;*
- *ein niemals abgeschlossener, selbst gesteuerter Prozess inneren Wachstums und innerer Entwicklung - Stärkung der Eigenmacht ist kein Endpunkt, sondern ein fortlaufender Prozess;*
- *sich ein positives Selbstbild zu erarbeiten und die Stigmatisierung zu überwinden - dies wiederum fördert die Fähigkeit, das Leben aktiv zu gestalten, und damit ein positives Selbstbild.“*

Empowerment kann grundsätzlich als Abkehr von einer Defizitorientierung psychiatrischer Dienstleitungen verstanden werden. Das Konzept transportiert die Kritik an einem tradiert passivem und paternalistischem Klientenbild, das die Institutionen der psychosozialen Hilfe überwiegend leitet. Hierbei werden Kategorien von Defizit, Mangel und Ungenügen wahrgenommen, die vorhandenen Lebensfähigkeiten der Menschen, ihre produktiven Ressourcen zur Lebensbewältigung, geraten aus dem Fokus. (Herriger, 2014). Erfahrungen, die durch Krisen und deren Bewältigung erworben wurden, sind als Expertenwissen wertzuschätzen und deren Einbezug in Gesundheitsdienstleitungen können zu „nicht stigmatisierenden und zufrieden stellenden bedürfnisorientierten Angeboten“ psychiatrischer Versorgung führen, die „ohne Experten durch Erfahrung nicht möglich“ ist. (Utschakowski, 2009c, S.16).

Die Unterstützung durch Peers gilt als ein wichtiges Hilfsmittel zur Förderung von Recovery. Recovery kann übersetzt werden mit Genesung, Wiederherstellung oder Gesundung und meint, nach einer Krankheit wieder in seine ursprüngliche Lage oder Normalzustand zurückzufinden. Dies gilt auch für Menschen mit langdauernden psychischen Problemen. Der Begriff wird im psychiatrischen Kontext breiter gefasst und durch die Nutzerbewegung in den USA ganzheitlicher ausgelegt und verstanden. Anthony (1993, z. n. Zuaboni et al., 2012, S. 20) definiert den Begriff wie folgt:

> *„Recovery ist ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess der Haltung, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und Rollen. Es ist ein Weg, um trotz der durch die psychische Krankheit verursachten Einschränkungen ein befriedigendes, hoffnungsvolles und konstruktives Leben zu leben. Recovery beinhaltet die Entwicklung eines neuen Sinns und einer neuen Aufgabe im Leben, während man gleichzeitig über die katastrophalen Auswirkungen von psychischer Krankheit hinauswächst."*

In diesem Sinne verstanden, bedeutet Recovery, dass Menschen „trotz einer psychischen Erkrankung oder Funktionseinschränkung ein selbstbestimmtes und befriedigendes Leben führen [.] können." (Kozel et al., 2010, S. 324).

Schlüsselkomponenten von Recovery sind z. B.:

- *Hoffnung* ⇨ dass ein besseres Leben sowohl möglich als auch erreichbar ist
- *Sinn* und *Aufgabe* ⇨ insbesondere durch zwischenmenschliche Beziehungen vermittelt
- *Kontrolle* und *Wahlmöglichkeiten* ⇨ erhöhen die Partizipation im Versorgungssystem
- *Selbstmanagement-Techniken* ⇨ befähigen die Nutzer, mehr Selbstverantwortung zu übernehmen
- *Soziale Inklusion* ⇨ bedeutet mehr als die Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen; psychisch erkrankte Menschen müssen Zugang zu denselben Möglichkeiten, Dienstleistungen und Ressourcen haben wie alle anderen Bürgerinnen (Zuaboni et al., 2012, S. 21).

3.2.1.4 EX-IN und Trialog

Trotz Vorliegen der geschilderten Konzepte und Befunde, trotz des Ausbaus der komplementären Strukturen, trotz der Ausweitung der Personenzentrierung und des Ausbaus der gemeindepsychiatrischen Verbundarbeit „sehen Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige allerdings weiterhin einen großen Veränderungsbedarf, […] [denn] die psychiatrische Versorgung [ist] nach wie vor geprägt von einer objektivierenden Außensicht auf die Betroffenen." (Utschakowski, 2009b, S. 19). Von Oktober 2005 bis September 2007 wurden von der Europäischen Union psychiatrische Dienste und Ausbildungsstätten in Deutschland, England, Norwegen, Schweden, den Niederlanden und Slowenien für das Projekt *EX-IN* gefördert. EX-IN bedeutet *Experienced Involvement*, übersetzt *Einbeziehung Erfahrener*. Ziel der Förderung war die Entwicklung einer Ausbildung, die Psychiatrie erfahrene Menschen dazu qualifiziert, als Experten durch Erfahrung in psychiatrischen Diensten oder in der psychiatrischen Aus-, Fort- und Weiterbildung tätig zu werden. (Utschakowski, 2009b, S. 19). Die Einbeziehung in die Versorgungslandschaft der

Psychiatrie soll „[…] auf den Ebenen der Entscheidungsfindung, Planung und Qualitätssicherung [stattfinden, um dort] anderen Personen in ähnlichen Situationen hilfreiche Unterstützung, Ermutigung, Hoffnung, Beratung, und Fürsprache zu bieten.“ (Utschakowski, 2009a, S. 82).

Durch die Zusammenarbeit zwischen Psychiatrie Erfahrenen, psychiatrischen Fachkräften, Wissenschaftlern und Lehrenden entstand ein Rahmenlehrplan für die Qualifizierung, nach dessen Standard mittlerweile in ganz Deutschland EX-IN Kurse durchgeführt werden. Im Oktober 2011 gründete sich EX-IN Deutschland als eingetragener Verein. Es werden Standards entwickelt, um die Ausbildung einheitlich zu gestalten, das Curriculum weiterzuentwickeln und die EX-IN Kurse als staatliche Ausbildung anerkennen zu lassen. EX-IN bietet zwei Ausbildungstypen an: die Ausbildung zum Genesungsbegleiter und Dozenten sowie die Weiterbildung zum Ausbilder für Genesungsbegleiter. Als Genesungsbegleiter wird eine berufliche Qualifikation bezeichnet, die mit einer einjährigen Ausbildung erworben werden kann, um anschließend innerhalb der psychiatrischen Versorgungslandschaft Betroffenen mit psychischen Erkrankungen Unterstützungsangebote zu ermöglichen. (Baumann, 2013, S. 15).

Der Aufbau der EX-IN Ausbildung orientiert sich explizit an den individuellen Erfahrungen der Teilnehmerinnen. So soll verhindert werden, dass lediglich traditionelles Wissen und bekannte Erklärungen reproduziert werden. Das zentrale Anliegen hierbei ist, von den individuellen Erfahrungen der einzelnen Teilnehmer als Basis auszugehen: Welche seelischen Erschütterungen wurden erlebt, wie werden sie erklärt und wie sind sie in die eigene Lebensgeschichte einzuordnen. Durch die Reflexion und Strukturierung dieser Erfahrungen kann ein erfahrungsbasiertes *Ich-Wissen* entwickelt werden. Die Teilnehmer tauschen ihre Erfahrungen aus. Eine gemeinsam geteilte Perspektive, welche Haltungen, Methoden und Strukturen zur Unterstützung von Menschen in psychischen Krisen hilfreich sein können, kann sich entwickeln. Ein *Wir-Wissen* wird möglich. Dadurch kann die Erfahrung von besonderen psychischen Prozessen und psychischen Krisen sowohl auf individueller Ebene als auch auf kollektiver Ebene verstanden werden. (EX-IN NRW, 2014, S. 6). (siehe Abbildung 2).

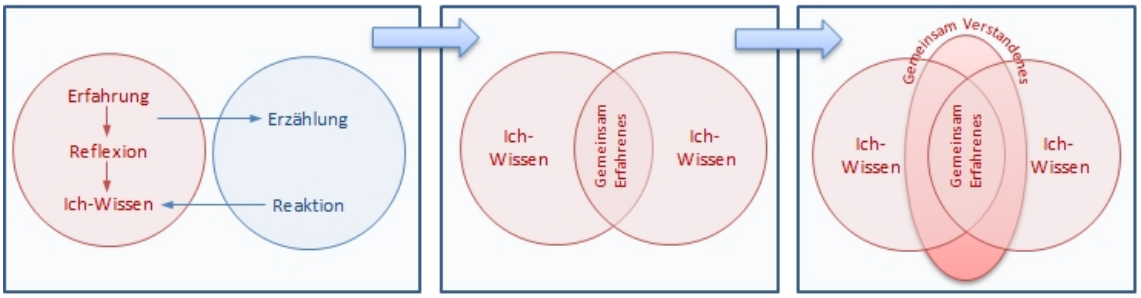

Abb. 2: Vom Ich-Wissen zum Wir-Wissen (Utschakowski, 2010, S. 30)

Voraussetzungen zur Teilnahme an der EX-IN Ausbildung sind:

- gelebte Erfahrung mit psychischen Krisen,
- mindestens 1,5 Jahre aktive Beteiligung in Selbsthilfe, Trialog-Seminaren, Nutzer-Expertengruppen,
- in der Lage sein, eigene Erfahrungen zu reflektieren,
- ein Maß an Selbstbestimmung erreicht haben,
- die Fähigkeit Erfahrungen zu teilen,
- nicht in einer akuten Krise sein.

Inhaltlich werden Module zu den Themen gesundheitsfördernde Haltungen (Salutogenese), Empowerment, Erfahrung und Teilhabe, Genesung und Wiedererstarken (Recovery), Trialog, Selbsterforschung, Assessment, Beraten und Begleiten, Fürsprache, Krisenintervention, Lernen - Lehren - Forschen, Portfolioarbeit und professionelles Profil angeboten. Die Ausbildung umfasst weiterhin zwei Praktika sowie Portfolioarbeit. (EX-IN NRW, 2014, S. 8-9).

Im beschrieben Kontext einer bedürfnisorientierten Psychiatrie müssen der Trialog, bzw. die trialogische Gesprächskultur notwendigerweise Raum finden. Unter Trialog versteht man die gleichberechtigte Begegnung von Psychiatrie erfahrenen Menschen, deren Angehörigen und professionell Tätigen in Behandlung, Lehre und Forschung als Experten. 1989 fand in Hamburg erstmals ein Psychose-Seminar statt, in dem sich Angehörige der drei Gruppen gleichberechtigt trafen, „um sich fortzubilden und Respekt zu vermitteln für subjektive Wahrnehmungen und unterschiedliche Bedürfnisse“. (Bock et al., 2009, 4). Das Psychose-Seminar (und andere Formen trialogischer Begegnung) ist explizit keine Therapie, es „[…] vermittelt keinen Veränderungsdruck und ermöglicht so einen weitgehend »herrschaftsfreien Diskurs« (Habermas). Im Vordergrund stehen das Erzählen von Geschichten, das Austauschen von Wahrnehmungen und das Verknüpfen von Perspektiven.“ (Bock et al., 2009, S. 4). Gespräche auf Augenhöhe können wechselseitig zu neuen Wahrnehmungen, Erkenntnissen und Haltungen führen. Dies verbessert über eine gewachsene Sensibilität für individuelles Erleben und Lebenszusammenhänge und weniger über kategorisierende Diagnosen insbesondere beim psychiatrisch Tätigen die pflegerisch-therapeutische Alltagsarbeit. Als Beispiele hierzu lassen sich u. a. die initiale Behandlungskonferenz für akute und die Behandlungsvereinbarungen für längerdauernde Kooperationen nennen. „In beiden Fällen tritt an die Stelle von Unterwerfungsritualen mit einseitig definierten Voraussetzungen von Behandlung (»Krankheitseinsicht« und »Compliance«) ein Ringen um Kooperation und gemeinsames Handeln und um anschlussfähige Verstehenskonzepte, die der subjektiven Sicht mit Respekt begegnen.“ (Bock, 2009, S. 25-26).

Abschließen und zusammenfassen lassen sich die Ausführungen aus Sicht des Autors mit der Feststellung, dass sich die psychiatrische Versorgungslandschaft auf dem Weg befindet, eine überwiegend pathologische durch eine anthropologische Sichtweise zwar noch nicht zu ersetzen, diese zumindest jedoch gegenüber zu stellen. Die Arbeitsgemeinschaft der Psychose-Seminare formulierte 2007 (z. n. Bock, 2009, S. 26): „Psychisch erkranken zu können, gehört zum Wesen des Menschen. Wir sind Wesen, die an uns zweifeln und dabei auch verzweifeln können. Wir können über uns hinausdenken und laufen dabei auch Gefahr, uns und unsere Grenzen zu verlieren. Wenn wir das dauernd machen, kommen wir in die Nähe der Psychose […]. Wer also psychotisch wird, ist kein Wesen vom anderen Stern, sondern zutiefst menschlich.“ Experten durch Erfahrung können demnach auch als Experten im *Menschsein* verstanden werden.

3.2.2 Berufliches Handeln psychiatrisch Pflegender

Eine kurze und prägnante Darstellung des Berufsfeldes pflegerischen Handelns und in der Folge die Überlegungen, ob sich *Pflege in der Psychiatrie* bzw. *Pflege mit dem Schwerpunkt psychische Gesundheit* spezifizieren lässt und somit eine Destillation von Merkmalen beruflichen Handelns in diesem Kontext möglich wird, ist die Intention dieses Abschnittes. Es werden eine Auswahl an Pflegehandlungen begründenden und strukturierenden Konzepten verdichtet und übersichtlich dargestellt, um die Bezugspunkte zu den Fragestellungen dieser Arbeit zu erläutern. Die Überlegungen zu beruflichen Handlungskompetenzen im Allgemeinen (Fach-, Methoden-, personale und soziale Kompetenzen) (u. a. KMK, 2007, S. 10-11) und die Übertragung auf das pflegerisch-psychiatrische Berufsfeld werden nicht dargelegt.

Was als Kern oder Prämisse pflegerisch-psychiatrischen Handelns gelten kann, schließt sich der Autor Zielke-Nadkarni (2003, S. 21) an: „[J]ede Pflegesituation [ist] eine Interaktionssituation, in der Verständigungsprozesse ablaufen, die nur dann gelingen und dem Heilungsprozess förderlich sind, wenn die situationsrelevanten Deutungs-, Sinn- und Handlungsstrukturen der Patienten thematisiert, einem Aushandlungsprozess unterworfen und in den Pflegehandlungen berücksichtigt werden und nicht allein die aus professioneller Sicht wichtigen Kommunikationsinhalte dominieren.“

3.2.2.1 Verständnis psychischer Erkrankung

Die Formulierung von Abgrenzungskriterien psychischer Gesundheit und Krankheit stellt sich schwierig dar; die Vorstellungen zu psychischer Erkrankung sind abhängig von historischer, soziokultureller und politischer Perspektive. *Normales* menschliches Verhalten

und damit der Normbegriff an sich, sind in diesem Bedingungsgefüge nicht in gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Konsens zu bringen. Krankheit als subjektive Realität (Erleben von Symptomen und Störungen, von Anderssein, der Folgen und des Verlaufs) ist höchst unterschiedlich und kaum standardisierbar. Die eigene Vorstellung vom Menschenbild und die damit verbundenen sozialen Konzepte beeinflussen Wahrnehmung und Interpretation von Verhalten und damit auch von dem, was als abweichend eingeschätzt wird. Aus diesem Grund erscheint es bedeutsam, dass jeder psychiatrisch Tätige sich mit dem auseinandersetzt, was unter psychisch krank sein verstanden werden kann, weil Interpretationen von Wahrnehmungen von sich selbst und anderen, menschliches Verhalten steuert.

Dörner et al. (2013, S. 37) schlagen ein Verständnis psychischer Erkrankung vor, das davon ausgeht, dass „[…] ein Mensch, der krank, abweichend, irre, verrückt ist, in Beziehung zu Anderen, zu sich selbst, zu seinem Körper, den Anforderungen am Arbeitsplatz, zu seinen Gefühlen verfehlt handelt.“ Konkreter formuliert: es könnten Einschränkungen vorliegen, eigene Befindlichkeiten (Gefühle) und Bedürfnisse wahrzunehmen und im Handeln sich selbst und anderen gegenüber sozial und situativ angemessen zu berücksichtigen. Für die Pflege in der Psychiatrie gilt dann: Wenn die Fähigkeiten zur Beziehungsgestaltung selbst als Problembereich zu verstehen sind, liegt der Schwerpunkt pflegerischen Handelns in der „Suche nach den derzeitigen Möglichkeiten und Unmöglichkeiten, eine Beziehung zu sich selbst zu anderen oder zur Umwelt aufzunehmen.“ (Dörner et al., 2013, S. 37).
Ergänzend wird hier die Sichtweise von Sauter (2011, S. 86) dargelegt, die vom Autor geteilt wird. Demzufolge kann von psychischer Krankheit gesprochen werden, wenn ein Mensch

- *„… sich subjektiv krank fühlt, unter seinem Verhalten oder Erleben leidet und durch die Beeinträchtigung der kognitiven, emotionalen Prozesse oder das Verhalten am Erreichen ihm wichtiger Ziele behindert wird.*
- *… gestörte psychische Funktionen oder auffällige Verhaltensweisen zeigt, die von ihm selbst nicht als solche wahrgenommen werden, ihn jedoch gefährden oder für andere sehr störend sind.*
- *… Symptome oder Syndrome aufweist, die innerhalb der Psychiatrie eindeutig als bekannte Krankheitserscheinungen klassifiziert wurden“.*

3.2.2.2 Domäne der Pflege

Pflege als Berufsgruppe hat eine fachspezifische Perspektive auf das, was als Aufgabe oder *Gegenstand* angesehen wird. Pflegetheorien bezeichnen dies als Metaparadigma

Pflege. Oder einfacher formuliert: Was 'tut' Pflege? Die von der American Nurses Association (ANA) formulierte Definition von Pflege ist kurz und konkret und international die „am häufigsten verwendete und am breitesten akzeptierte" (Abderhalden et al., 2011, S. 44): „Pflege ist die Diagnose und Behandlung menschlicher Reaktionen auf vorhandene oder potentielle Gesundheitsprobleme und Lebensprozesse." (ANA 1980, übersetzt nach Abderhalden et al., 2011, S. 44)[10]. Unter Reaktionen sind z. B. Krankheitsfolgen und -erleben, Funktionsstörungen, Beeinträchtigungen im Alltagsleben, Umgang mit Therapien und gesundheitlichen Risiken, Reaktionen auf Gefährdungen etc. zu verstehen (Abderhalden et al., 2011, S. 44). Durch diese Definition wird beispielsweise die unterschiedliche Perspektive zur Medizin deutlich. Während Ärzte *Krankheit* und deren Symptome in den Blick nehmen, liegt der pflegerische Fokus auf dem *Kranksein*, also den Folgen, die sich als Auswirkungen von Krankheit auf den Lebensalltag der Patienten ergeben.

Als Bezugsrahmen für *Krankheitsfolgen* und *Beeinträchtigungen im Alltagsleben* und als strukturierendes Hilfsmittel ganzheitlicher Wahrnehmung können unterschiedliche Klassifikationen dienen. Auf nationaler und internationaler Ebene werden u. a. genutzt: Funktionelle Gesundheitsverhaltensmuster (Gordon, 2012), menschliche Reaktionsmuster (NANDA, 2013) oder die Lebensaktivitäten (Roper et al., 2001). Gemeinsam ist allen die Orientierung an den menschlichen *Bedürfnissen* und *Motiven*.
Psychische Erkrankungen beeinträchtigen die zur Bedürfnisbefriedigung notwendigen Fähigkeiten und Fertigkeiten. Es entsteht ein Dilemma für Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen: Bedürfnisse, die durch interpersonale Kompetenzen befriedigt werden, sind durch eine Störung in Mitleidenschaft gezogen, die *gleichzeitig das Bedürfnis und die zur Befriedigung notwendigen Kompetenzen* beeinträchtigen.

3.2.2.3 Systematik und Vollständigkeit pflegerischen Handelns

Als Merkmale von Pflege im beruflichen Kontext sind u. a. die Zielorientierung bzw. die Zweckgebundenheit und die aus theoretisch-wissenschaftlichen Hinterlegungen abgeleitete Handlungssystematik beschrieben. (u. a. Wolff, 2011, S. 311). Der Problemlösungsprozess kann als Grundlage einer systematischen Vorgehensweise herangezogen werden.

[10] „Nursing is the diagnosis and treatment of human responses to actual or potential health problems" (ANA 1980, zitiert nach Abderhalden et al., 2011, S. 44).

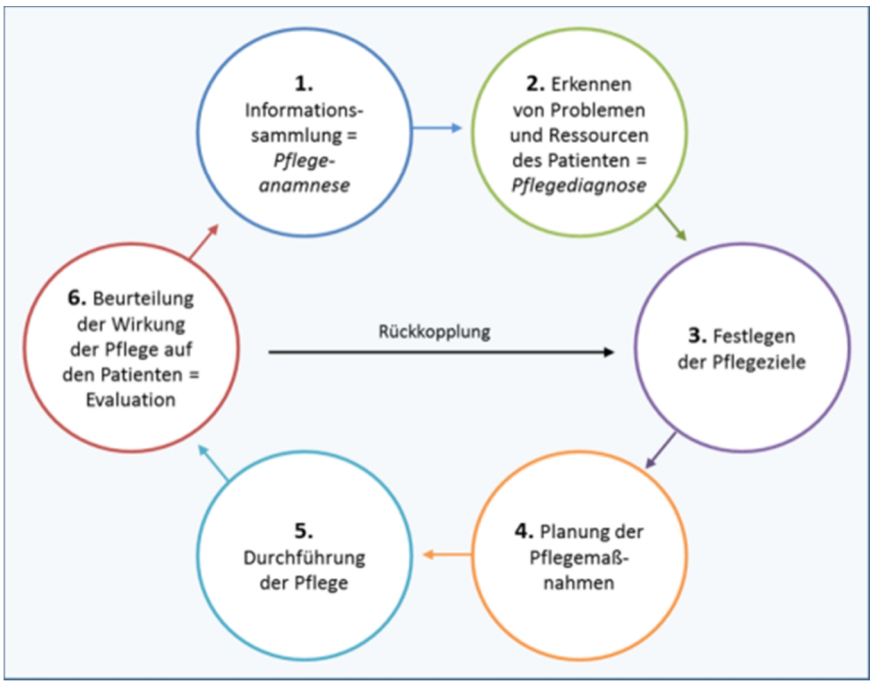

Abb. 3: Problemlösungsprozess (Fiechter & Meier, 1998, S. 30)

Allgemein aus der System- und Entscheidungstheorie sowie der Kybernetik entstanden, wurden diese „voneinander abhängigen Überlegens-, Entscheidungs- und Handlungsschritte“ (Fiechter & Meier, 1998, S. 30) Grundlage pflegerischer Grundausbildung und handlungsleitender Problemlösesystematik im Berufsfeld.

Ebenso steht der Problemlösungsprozess als Repräsentation einer *vollständigen beruflichen Handlung*[11]. Das Konzept der vollständigen Handlung entstammt der Arbeitswissenschaft und gründet auf der von Hacker (1973) und Volpert (1974) beschriebenen *Handlungsregulationstheorie*.

Die hiermit verbundenen Vorstellungen sind, dass

- berufliche Handlungen absichtlich und zielgerichtet auf der Grundlage von gedanklichen Handlungsplänen vollzogen werden. Diese müssen oder brauchen nicht immer bewusst sein, Handlungen können auch automatisiert ablaufen.
- Handlungspläne im Gedächtnis als *operative Abbildsysteme* repräsentiert werden. Handlungsablauf und erwartetes Ergebnis werden durch Bilder und Begriffe abgebildet (innere Repräsentationen).
- in einem Regelkreis die Handlungsausführung durch das operative Abbild sowohl als Ziel vorgegeben, als auch als erwartetes Ergebnis kontrolliert wird.

[11] „Berufliche Arbeitsaufgaben sind Aufgaben, die für den Beruf typisch sind und die eine **vollständige Handlung** [Hervorhebung durch den Autor] (Informieren, Planen, Entscheiden, Durchführen, Kontrollieren, Bewerten) umfassen. Sie beschreiben die konkrete Facharbeit anhand von Sinn vermittelnden Arbeitszusammenhängen und charakteristischen Aufträgen oder Problemstellungen. Sie sind in jedem Falle keine Konstrukte, sondern empirisch zu identifizieren.“ (Becker, 2013, S. 13).

- Handlungspläne hierarchisch organisiert sind und auch so abgearbeitet werden. Um komplexe Aufgaben zu bewältigen, werden die Handlungspläne situationsgerecht während der Tätigkeit ins Bewusstsein geholt.

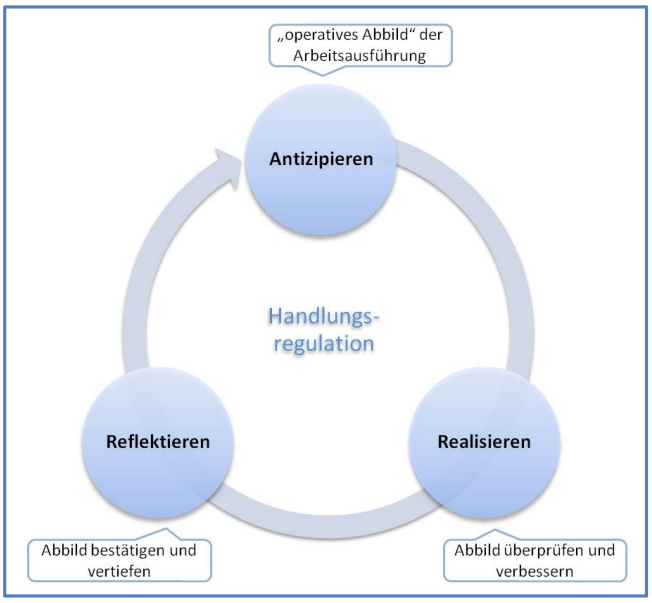

Abb. 4: Prozess der Handlungsregulation (BIBB, 2014)

Ein operatives Abbild vom Ablauf und vom Ziel einer beruflichen Handlung ist also Voraussetzung für das Erreichen beruflicher Handlungs*ziele*. Die Gestaltung von Lehr-Lernprozessen soll die Entwicklung und den Aufbau dieser Bilder und Begriffe fördern. (BIBB, 2014).

Eine weiterführende Erläuterung zu den *lerntheoretischen Bezügen* findet sich im Kapitel 3.2.3.

In einer Pflegesituation begegnen sich Menschen. Durch Faktoren aus den jeweiligen Lebensgeschichten und den aktuellen persönlichen und äußeren Bedingungen beeinflussen Pflegende und Patienten hierbei ihr Verhalten wechselseitig. „Pflege ist ein zwischenmenschlicher Beziehungsprozess, bei dem zwei Personen (Pflegende und Gepflegter) zueinander in Kontakt treten, um ein gemeinsames Ziel, das Pflegeziel, zu erreichen. […] Der Problemlösungsprozess wird erst wirksam durch die Qualität der Beziehung, die zwischen Pflegender und Patient zustande kommt." (Fiechter & Meier, 1998, S. 31-32).

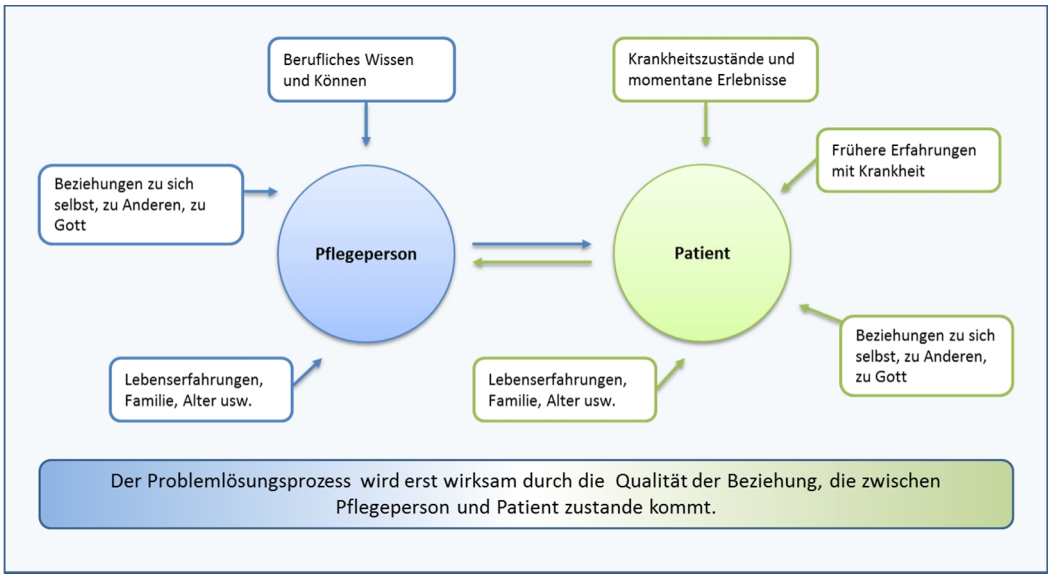

Abb. 5: Beziehungsprozess (Fiechter & Meier, 1998, S. 32)

Für die Pflege in der Psychiatrie kann abgeleitet werden: Problemlösungsprozess und Beziehungsprozess fallen ineinander – die Beziehungsstörung stellt in der Regel das Problem dar. Der Problemlösungsprozess (systematische d. h. zielorientierte Vorgehensweise zur Lösung von Problemen) sowie der Beziehungsprozess (systematische d. h. zielorientierte Vorgehensweise zum Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung) sind immer gleichzeitig zu sehen und zu gestalten.

3.2.2.4 Die Person des Helfers

Aus den vorherigen Ausführungen wird deutlich, dass der pflegenden *Person* als therapeutisch wirksames Werkzeug eine große Bedeutung zukommt. Nicht jede Begegnung zwischen Pflegeperson und Patient ist therapeutisch wirksam, in jeder steckt jedoch das therapeutische Potential. Deshalb sollen einige in der Person liegende Aspekte beschrieben werden, die gesundheitsförderlichen Einfluss im Aufeinandertreffen entfalten können.

Dimensionen pflegerischen Handelns

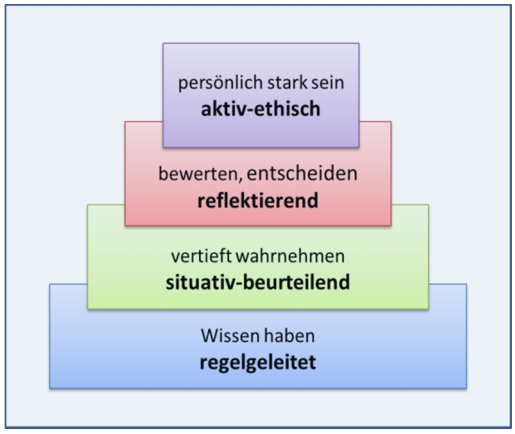

Abb. 6: Dimensionen pflegerischen Handelns (Olbrich, 2009, S. 67)

Professionelle Pflege ist durch systematisches Regelwissen gekennzeichnet, das in der Praxis auf einmalige und individuelle Situationen mit einzelnen Patienten angewendet wird. Pflegerisches Handeln ist nur begrenzt standardisierbar. Entscheidungen sind zu begründen und persönlich zu verantworten (Abderhalden et al., 2011, S. 48). Dies bezieht das über Routinehandeln Hinausgehende, die Reflexion komplexer Pflegesituationen und Selbstwahrnehmungsprozesse mit ein. Olbrich (1999, S. 53-58 & 2009, S. 64-65) beschreibt Dimensionen pflegerischen Handelns, die diese Aspekte berücksichtigen (Abbildung 6) und in denen sich die hierfür notwendigen Kompetenzen abbilden.

Arbeits- und Grundhaltung

Menschen handeln entsprechend ihrer sozialen Konzepte[12], zu denen individuelle Wertvorstellungen, verinnerlichte soziale Normen und stereotype Vorstellungen gehören. Die Vorstellungen *von der Welt* z. B. hinsichtlich richtig und falsch, Ursache und Wirkung

[12] Der Begriff *soziale Konzepte* bezeichnet zusammenfassend Merkmale, „über die jeder Mensch verfügt und die seine Wahrnehmung und Interpretation dessen, was in und um ihn herum geschieht, leiten.“ (Dechmann & Ryffel, 2006, S. 26). Dazu zählen Normen, Werte, Stereotype und Alltagstheorien (Dechmann & Ryffel, 2006, S. 21-25).

oder hilfreich und hinderlich sowie die Annahmen über das Wesen vom Menschen schlechthin, lassen uns so handeln, wie wir handeln. Deswegen ist es bedeutsam, eine die Handlungen steuernde und damit hilfreiche Grundhaltung zu entwickeln.

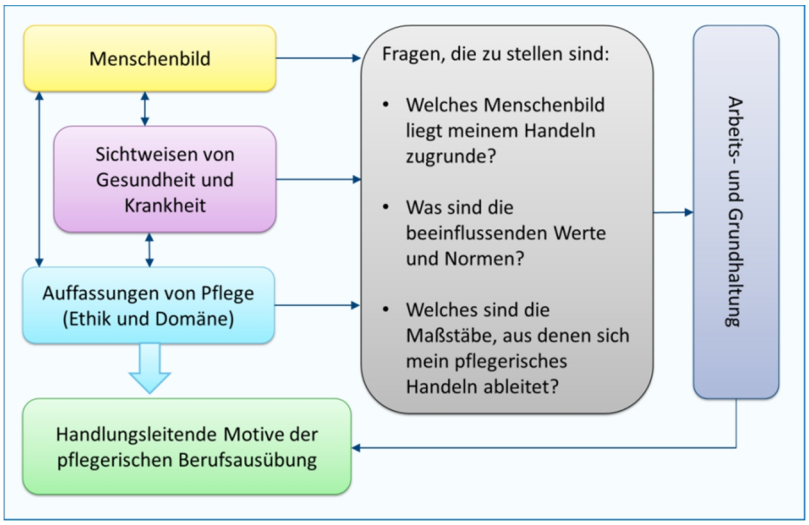

Abb. 7: Handlungsleitende Motive im Zusammenhang mit Arbeits- und Grundhaltung

Eine in der Begegnung mit psychisch erkrankten Menschen förderliche Arbeits- und Grundhaltung umfasst z. B. (Schädle-Deininger & Villinger, S. 42-43 & 82-86):

- die Annahme, dass Menschen lernfähige, zielorientierte, soziale und nach Autonomie strebende Wesen sind.
- das Wissen, dass Patienten den Pflegenden ihre Krankheitserfahrung voraus haben.
- die eigene Ergänzungs- und Lernbedürftigkeit zu akzeptieren.
- Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen.
- den Patienten ihren Anteil von Verantwortung zu belassen.
- anzuerkennen, dass jede Begegnung zwischen Pflegeperson und Patient für beide bedeutsam ist und Lernpotential beinhaltet.
- Selbstwahrnehmungsprozesse zum Ausgangspunkt eigenen Handelns zu machen.
- zu akzeptieren, dass ich ebenso von psychischer Erkrankung betroffen sein kann, wie jeder andere Mensch auch.
- versuchen zu verstehen, dass psychische Erkrankung eine Möglichkeit menschlichen Handelns und damit Teil von Normalität ist.
- grundsätzlich anzunehmen, dass menschliches Handeln sinnhaft ist.

Kommunikation

Kommunikative Kompetenzen gehören zu den zentralen Möglichkeiten von Pflegenden, therapeutisch wirksame Beziehungen zu gestalten. Wesentlich erscheint hierbei (Schädle-Deininger & Villinger, S. 85-93):

- Präsent sein ⇨ Im Gespräch aufmerksam und zugewandt sein; erkennen, wann dies nicht möglich ist und ehrlich kommunizieren.
- Wertschätzung und Achtung ausdrücken ⇨ Die äußere Umgebung wird störungsfrei und einladend gestaltet, der zeitliche Rahmen ist geklärt.
- Wissen, dass Wörter und Gesten vieldeutig sind ⇨ Pflegende vergewissern sich des gemeinsamen Verständnisses und fragen nach, wenn sie etwas nicht verstanden haben.
- Nicht davon ausgehen, dass sich die eigene Intention so in Sprache ausdrückt, dass diese vom anderen verstanden wird. ⇨ Pflegende verwenden eine dem Patienten verständliche Sprache.
- Wissen, dass die eigenen Ziele und Erwartungen nicht die des Patienten sind ⇨ Pflegende fragen nach Wünschen, Bedürfnissen und Zielen des Patienten, stellen ihre vor und gleichen sie gemeinsam ab (Verhandlungskultur).
- Um Beziehungsdynamiken in helfenden Beziehungen zu wissen und diese zu reflektieren ⇨ Pflegende fordern Unterstützung bei Kollegen ein und nutzen gemeinsam mit dem Patienten Metakommunikation zur Klärung.

Mit den voran gegangenen Ausführungen sind Eckpunkte zum Kontext, zu Inhalten, zur Systematik und den Zielen pflegerisch-psychiatrischen Handelns umrissen. Daraus ableitend lassen sich Handlungsfelder direkt Patienten bezogener Arbeit zusammenfassen: Psychiatrische Pflege hat im Allgemeinen die Aufgabe, Patienten so zu pflegen, zu unterstützen und zu fördern, dass die zur Umsetzung und Befriedigung menschlicher Bedürfnisse notwendigen Aktivitäten selbständig ausgeübt werden können. Die Unterstützungsleistungen Pflegender integrieren hierbei jeweils körperliche, psychische und soziale Ziele der Behandlung mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Damit kommen Menschen in psychischen Krisen und mit psychiatrischer Erkrankung in die Lage,

- den eigenen Körper wahrzunehmen und zu pflegen, sowie Aktivitäten und Notwendigkeiten des täglichen Lebens selbständig zu organisieren bzw. auszuüben,
- Beziehungen zu sich selbst, insbesondere zu den eigenen Gefühlen und zu anderen Menschen zu entwickeln und zu pflegen,
- die Behandlungsstätte als Lern- und Übungsfeld für soziale Beziehungen und soziale Regelungen des Zusammenlebens zu nutzen,
- Lebenspraktische Fähigkeiten und Fertigkeiten, die zur Stabilisierung von Gesundheit notwendig sind, zu erhalten und zu erweitern, um sich möglichst selbständig versorgen zu können und
- die Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten zu kontrollieren sowie eigenverantwortlich mit diesen umzugehen. (Fortbildungszentrum LWV, 2008).

3.2.3 Lernen in der Weiterbildung - berufliches Lernen Erwachsener

Ausgangspunkt dieser Untersuchung ist die Frage nach den Wirkungen von Begegnungen zwischen Psychiatrie erfahrenen Menschen und Pflegepersonen im Kontext beruflicher Bildung. Diese können als *Erwachsen* bezeichnet werden, ohne dass hier eine Explikation zum konzeptionellen Konstrukt des Begriffs erfolgen soll. Hingewiesen sei auf die Ausführungen z. B. von Wolf (2011), die *Erwachsensein* als Konstruktion in historischen und Alltagskontexten beschreibt und z. B. für die Moderne die Kategorien von Reife, Mündigkeit und Verantwortung zur Einordnung heranzieht. (S. 26-41). Die Bezugspunkte *Weiterbildung psychiatrische Fachpflege*, *Arbeitsprozesswissen als Voraussetzung zur Bewältigung beruflicher Aufgaben* und *Besonderheiten im Lernen Erwachsener* werden nachfolgend aufgegriffen.

Lernen in der Weiterbildung

Um sich im Hinblick auf das Aufgabenfeld direkt Patienten bezogener Tätigkeiten weiter qualifizieren zu können, stehen grundausgebildeten Pflegepersonen in Deutschland berufsbegleitende Weiterbildungen nach gesetzlichen Vorgaben der Bundesländer oder den Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) als auch Studiengänge zu den präferierten Fachbereichen (z. B. Psychiatrische Pflege oder in der Intensivpflege und Anästhesiologie) zur Verfügung. Die Weiterbildung Fachpflege Psychiatrie soll Pflegende befähigen, psychisch erkrankte Menschen und Menschen in Problemlagen aller Altersstufen in ihren verschiedenen Krankheitsphasen und Lebensräumen unter Zuhilfenahme angewandter aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse eigenverantwortlich zu pflegen. Hierbei berücksichtigen sie die körperlichen, sozialen, geistigen und seelischen Bedürfnisse sowie die individuellen Interessen der Betroffenen. Insbesondere sollen die Weiterbildungsteilnehmer Kompetenzen erwerben, die die interdisziplinäre Planung, Umsetzung und Überprüfung von Maßnahmen zur Selbstbefähigung und Gesundheitsförderung der zu pflegenden und zu begleitenden Menschen ermöglichen. (WBVO-Pflege-NRW, 2014). „Durch die enge Verknüpfung von Arbeitspraxis und Lerneinheiten [...] [während der Weiterbildung] ist ein handlungsorientierter, pädagogisch-didaktischer Rahmen gewährleistet“ (Jansen, 2013, S. 308), der die Anforderungen der beruflichen Praxis und einer theoretischen Fundierung verbinden kann.

Lernen in der Weiterbildung *Psychiatrie* weist nach Ansicht des Autors auf eine bedeutsame Verschränkung hin: Unterricht als soziales Geschehen ermöglicht immer auch soziales Lernen, eben weil Menschen aufeinander treffen. Begegnungen und deren Ausgestaltungen werden durch soziale Interaktionsprozesse bestimmt. Diese sind maßgeblich durch die beteiligten Protagonisten beeinflusst, ebenso wie sie natürlich auch in strukturelle, die Prozesse bedingenden Gegebenheiten eingebunden sind. Trotzdem ist

für die Lehrperson die *Eins-zu-eins-Situation* der direkten Begegnung die am besten zu beeinflussende Situation, da sie als am Interaktionsprozess beteiligte Person sich selbst wahrnehmen und ihr Handeln verändern kann. Die Grundelemente des Prozesses sozialer Interaktion unterscheiden sich in den verschiedenen Zusammenhängen nicht (Kapitel 3.1). So kann die Ausgestaltung pädagogischen Handelns als Analogie zum Handeln in der Psychiatrie verstanden werden. Die Art und Weise der Begegnungen im Unterricht ist somit *Modell* für die Art und Weise der Begegnung mit psychisch erkrankten Menschen. I. d. S. hat jede unterrichtliche Tätigkeit zumindest das Potential, als *Methode* und *Inhalt* von den Weiterbildungsteilnehmern erschlossen zu werden.

Arbeitsprozesswissen

Das in den Lernsituationen erworbene berufliche Arbeitsprozesswissen soll Fachpersonen zur ganzheitlichen Lösung und Bewältigung von berufsbezogenen Aufgaben befähigen. Anders als hochspezialisiertes Wissen zur Erfüllung einzelner und vom Arbeitsprozess abgekoppelter Aufgaben, liegen in domänenspezifischen Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten die Potenziale einer übergeordneten beruflichen Handlungskompetenz. „Diese ist immer dann gegeben, wenn die beruflich Gebildeten dazu befähigt wurden, ihre beruflichen Aufgaben und Probleme vollständig (holistisch) zu lösen.“ (Rauner, 2011, S. 2). Das hierfür benötigte kontextbezogene Wissen reicht weit über das kontextfreie theoretische Wissen hinaus. (Eraut et al., 1998, z. n. Rauner, 2007, S. 61). Die Ausprägungen von Kompetenzen, die zur Umsetzung vollständiger beruflicher Handlungen notwendig sind, zeigt die folgende Abbildung:

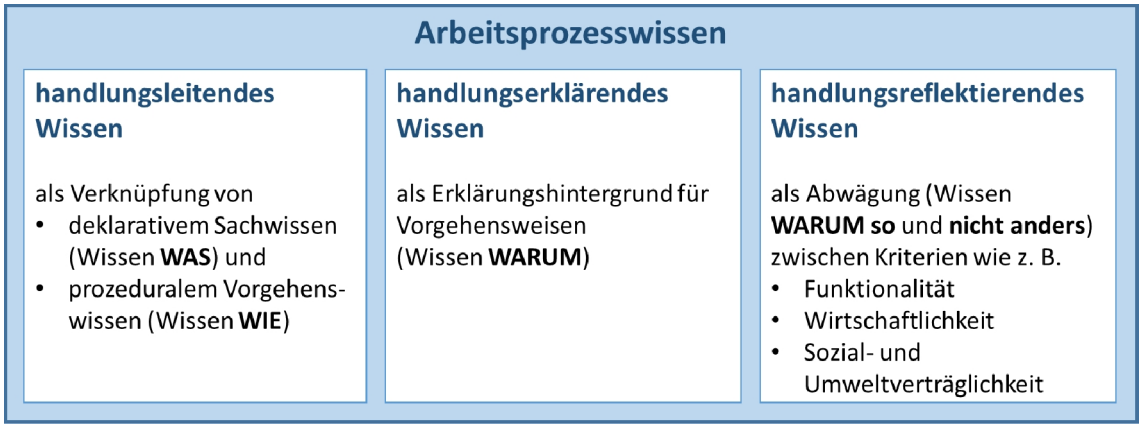

Abb. 8: Dimensionen des Arbeitsprozesswissens (Lehberger, 2013, S. 69)

Diese Annahmen bringen Leitideen beruflicher Bildung zum Ausdruck:

- Lernende sollen zur verantwortlichen Mitgestaltung der Arbeitswelt und der Gesellschaft befähigt werden. Hierfür sind Lernprozesse notwendig, die sich auf bedeutsame Arbeitsaufgaben beziehen und Gestaltungskompetenz herausfordern.

- Das Konzept der vollständigen Arbeitshandlung verlangt Handlungen im Berufsfeld, die die charakteristischen Merkmale der Vollständigkeit aufweisen und Arbeitsaufgaben, die eine vollständige Aufgabenlösung erfordern.

„Das [hierin erkennbare] Grundmuster vom mündigen, eigenverantwortlichen und sozial handelnden Bürger muss zur Leitidee jeglicher Bildung werden und muss darüber hinaus ebenso im gesellschaftlichen wie im betrieblichen Handeln verankert werden.“ (Ganguin, 1993, S. 30-31, z. n. Hessisches Kultusministerium, 2013, S. 21).

Die folgenden Ausführungen zum Lernen Erwachsener greifen diese Gedanken auf.

Erwachsenenlernen

Stellvertretend für die vielfältigen Hinterlegungen und den mit zum Teil großen Schnittmengen versehenen Annahmen und Konzepten zum Lernen Erwachsener (u. a. Arnold, 2010, Giesecke, 2013 oder Tippelt & von Hippel, 2009) werden die *Prinzipien der Erwachsenenpädagogik* (Siebert, 2012) aufgegriffen. Diese orientieren sich am konstruktivistischen Paradigma und implizieren, dass Erwachsenenlernen insbesondere an den Wirklichkeitskonstruktionen der Lernenden anknüpft und als ein in hohem Maße selbstgesteuerter Prozess organisiert sein muss.

Siebert (2012, S. 100-170) erläutert dreizehn Prinzipien der Erwachsenenbildung, wovon zwei nach Auffassung des Verfassers eine konstituierende Bedeutung für die anderen Prinzipien besitzen und direkten Bezug zum Gegenstand der Untersuchung ausweisen. Diese werden kurz umrissen.

Tab. 1: Erwachsenenpädagogische Prinzipien (Siebert, 2012)

Erwachsenenpädagogische Prinzipien	
Deutungsmusteransatz	Perspektivverschränkung
Metakognition	Lernzielorientierung
Selbstgesteuertes Lernen	Teilnehmerorientierung
Zielgruppenorientierung	Inhaltlichkeit
Emotionalität	Handlungsrelevanz
Ästhetisierung	Zeitlichkeit
Humor	

Der *Deutungsmusteransatz* entstammt der Erkenntnis, „dass unsere Realität eine interpretierte Wirklichkeit ist, dass unsere Lebenswelten und unsere Alltagtheorien aus unseren Deutungen bestehen, dass wir im Modus der Auslegung leben, dass Erwachsenenbildung immer auch Deutungslernen ist.“ (Siebert, 2012, S. 120). Menschen deuten dabei ihre Realität aus ihrer spezifischen Sicht, mit ihrem erkenntnisleitenden Interesse. Sie reduzieren dabei die Unübersichtlichkeit und Kompliziertheit der Wirklichkeit, um im Alltag handlungsfähig zu bleiben. Den Deutungen liegen Deutungs*muster* zugrunde. Sie

können als Matrizen verstanden werden, auf deren Basis sich die Auslegung der Wirklichkeit vollzieht. Hierzu gehören z. B. die jeweils individuellen Wertesysteme, innere Normen (*Leitsätze*), das Selbstbild, Vorstellungen oder Einstellungen. Sie sind biografisch und sozial verankert, demnach mit dem einzelnen Menschen fest verwachsen und fungieren im Alltag als Orientierungshilfe in einer komplexen Welt. Lernen kann bedeuten, sich z. B. auf neue Wirklichkeitsinterpretationen einzulassen, wenn die eigenen als widersprüchlich oder unbefriedigend erlebt werden oder wenn sich die gewohnten Deutungsmuster nicht mehr als brauchbar erweisen. Bildungsprozesse mit Erwachsenen zu gestalten heißt, neue Deutungen ihres Welt- und Selbstbildes anzubieten bzw. erschließbar zu machen. Sie ändern ihre Deutungsmuster nur dann, wenn sie es wollen, da Deutungen weder falsch noch richtig sein können. Deshalb kommt der *Anschlussfähigkeit* an *Mitgebrachtes* (individuelle Auffassungen, Prioritäten, Haltungen etc.) eine zentrale Rolle in der Erwachsenenbildung zu. (Siebert, 2012, S. 121-123).

Das Prinzip der *Perspektivverschränkung* schließt notwendigerweise hieran an. In der individuellen Wirklichkeitsauslegung sind Menschen Beobachter, die ihre Beobachtungen (Wahrnehmungen) auslegen (deuten). Diese Perspektivität verweist damit auf die Beobachtungs- und Beobachterabhängigkeit menschlicher Erkenntnis und demzufolge auf die Einsicht, dass Unterschiede des Erlebens und in der Folge des Handelns *normal* sind. Mit der Berücksichtigung dieses Prinzips soll es lernenden Erwachsenen möglich werden, *Wahrnehmungs- und Interpretationsmuster* anderer Menschen kennenzulernen, um diese den eigenen gegenüber stellen zu können. Als Ergebnis kann die Anschlussfähigkeit an die Perspektivangebote anderer Menschen entstehen, die eigene Sicht kann i. S. einer Wahrnehmungsvervollständigung ergänzt werden. Das *Fremdverstehen*, verstanden als Suchbewegung hin zur Empathie, erhält eine Chance auf Verwirklichung. „Perspektivverschränkung respektiert die interindividuellen Differenzen, ohne die Möglichkeit von Kommunikation […] zu negieren [und] [...] schärft den Blick für Unterschiede *und* Gemeinsamkeiten.“ (Siebert, 2012, S. 134). Da jede Unterrichtssituation eine soziale Situation ist, können auch hier „die Möglichkeiten und Grenzen des Fremdverstehens und der Verständigung in Frage stehen. So gesehen ist Perspektivverschränkung […] eine gesellschaftliche Schlüsselqualifikation schlechthin“ (Siebert, 2012, S. 134).

3.2.4 Implikationen des Bezugsrahmens

Die Beziehungen und Zusammenhänge der einzelnen Anteile der inhaltlichen Kontextualisierung zur Untersuchung werden anhand des folgenden Schaubildes dargestellt.

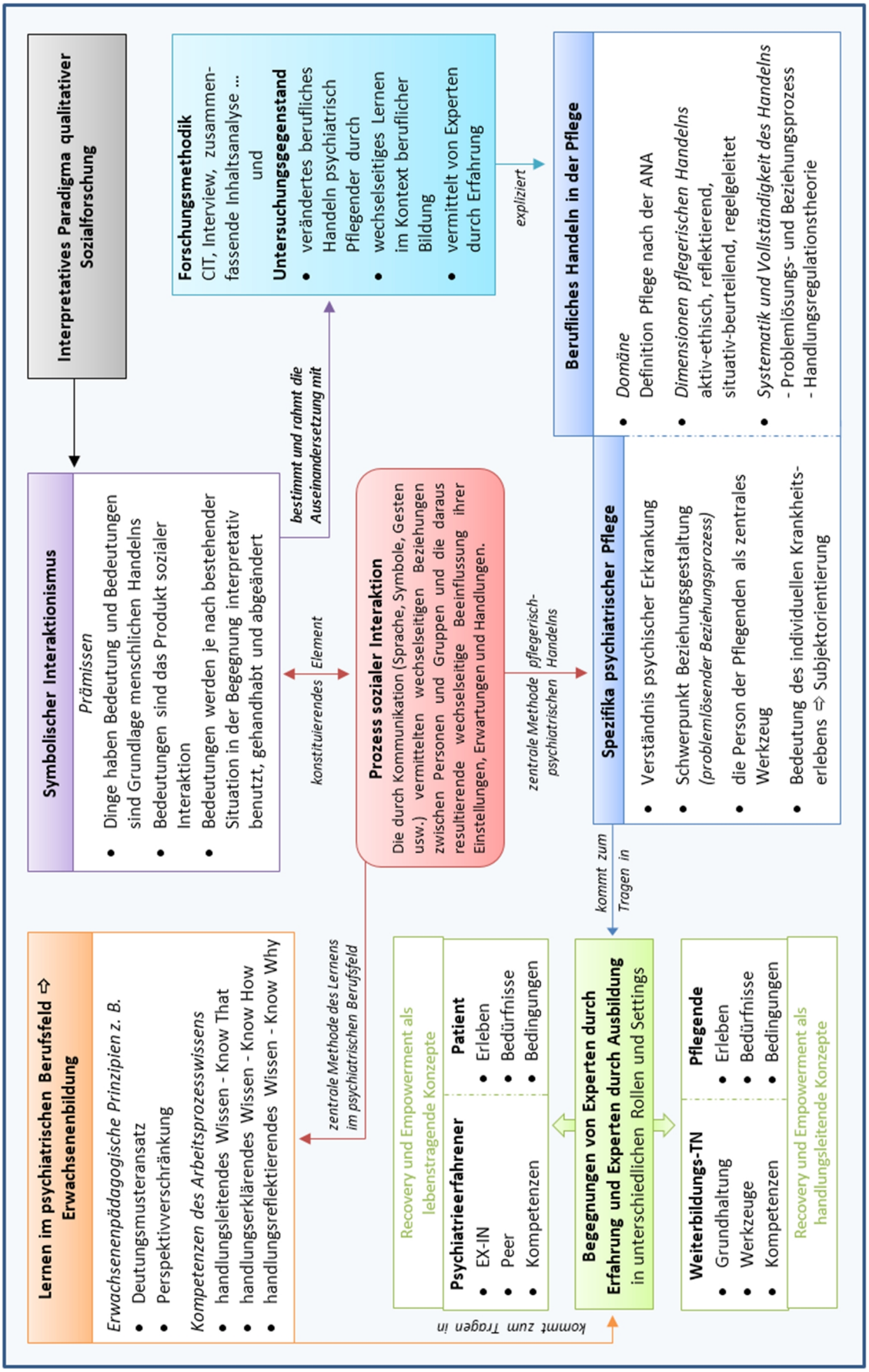

Abb. 9: Implikationen des inhaltlichen Bezugsrahmens

4 Methodik

Die grundsätzlichen Entscheidungen zum qualitativen Forschungsansatz und zum Interview als Methode der Datenerhebung werden in diesem Abschnitt erläutert. Als handlungsleitende Hilfsmittel zur Datenerhebung kommen das problemzentrierte Interview (Mayring, 2002) und die Methode der kritischen Ereignisse – *Critical Incident Technique* (Flanagan, 1954) zur Anwendung. Die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) wird als Systematik zur Datenauswertung herangezogen.

4.1 Der qualitative Forschungsansatz

Die Auswahl einer qualitativen Vorgehensweise erfolgte aus inhaltlichen und methodischen Überlegungen.

- Die soziale Wirklichkeit von Menschen (hier: Einschätzung und Reflexion beruflichen Handelns) kann als Ergebnis hergestellter Bedeutungen und Zusammenhänge verstanden werden, die von den handelnden Personen im Rahmen ihrer subjektiven Bezugssysteme und in konkreten Situationen konstruiert wird. Als Konsequenz für die methodische Herangehensweise bedeutet dies, sich auf subjektive Sichtweisen und Interpretationsmuster zu konzentrieren und als Relevanzsysteme für das persönliche Erleben und Handeln zu verstehen.
- Aus der Annahme, dass soziale Wirklichkeit im Alltag und mit anderen Menschen ständig neu entworfen wird, folgt „der Prozesscharakter, die Reflexivität und Rekursivität sozialer Wirklichkeit.“ (Flick et al., 2013, S. 20). Hierfür ist die Untersuchung von Kommunikations- und Interaktionssequenzen z. B. mit Hilfe von Beobachtungsverfahren, Interviews mit anschließender Textanalyse sinnvoll.
- Das Leben und Arbeiten von Menschen vollzieht sich in konkreten Lebenssituationen. Diese sind z. B. durch Merkmale wie Alter, Wohnsituation, Beruf und berufliche Bedingungen, Bildung etc. gekennzeichnet. Menschen deuten ihre Lebensumstände sinnhaft. In der Interaktion mit anderen entsteht hieraus *Handlung*. Die handlungsleitenden Motive werden erkennbar, Interpretationen subjektiv gemeinten Sinns und individueller Bedeutungen eines alltagsweltlichen Verständnisses können z. B. durch qualitative Inhaltsanalysen verstehbar und somit kollektiv zugänglicher werden.
- Aus den genannten Annahmen wird deutlich, dass der Kommunikation in der qualitativen Forschung eine zentrale Rolle zukommt. Die Datenerhebungsmethoden müssen demzufolge selbst einen kommunikativen und dialogischen Charakter aufweisen. (Flick et al., 2013, S. 20-22).

Die Grundannahmen und methodischen Ansätze qualitativer Forschung stehen auf diese Weise mit der Fragestellung und Zielsetzung der Untersuchung in engem und direktem Zusammenhang.

4.2 Die Critical Incident Technique

Die Methode der kritischen Ereignisse oder *Critical Incident Technique* (CIT) (Flanagan, 1954) ermöglicht Rückschlüsse zu Einflussfaktoren für besonders gelungenes bzw. missglücktes berufliches Handeln. Das Erheben von signifikant erfolgreichen bzw. erfolglosen Handlungen im beruflichen Kontext und deren anschließender Analyse gestattet Einsichten z. B. zu implizitem Wissen oder handlungsleitenden Motiven der Protagonisten.

Zu den Grundannahmen schreibt Flanagan (1954, S. 327): „*By an incident is ment any observable human activity that is sufficiently complete in itself to permit inferences and predictions to be made about the person performing the act. To be critical, an incident must occur in a situation where the purpose or intent of the act seems fairly clear to the observer and where its consequences are sufficiently definite to leave little doubt concerning its effects*."[13]

Konkrete Handlungen und Abläufe sowie tatsächlich wirksame Faktoren (z. B. Ursachen, Kontextbedingungen, Wirkungen), die entscheidend für den Ausgang eines Ereignisses sind, werden bezüglich konkreter, realer Situationen erhoben. „Die CIT ist eine Methode, die beobachtetes Verhalten aufzeichnet, das zu besonderem Erfolg oder Misserfolg (deshalb kritisch) im Erfüllen einer bestimmten Aufgabe geführt hat. […] Durch die Frage nach konkretem Verhalten kann zugrundeliegendes implizites Wissen transparent gemacht werden." (Hemmecke, 2007, S. 2-3).

Zum Überblick werden die einzelnen Schritte der CIT zusammenfassend in Tabelle 2 dargestellt.

[13] „Mit dem Begriff Ereignis ist dabei jede beobachtbare menschliche Aktivität gemeint, die in sich so vollständig ist, dass sie Rückschlüsse und Vorhersagen bezüglich der Person zulässt, die die Handlung ausführt. Um kritisch zu sein, muss das Ereignis in einer Situation auftreten, in der die Absicht der Handlung dem Beobachter völlig klar zu sein scheint und die Konsequenzen deutlich genug, um Zweifel über den Effekt der Handlung möglichst auszuschließen." (Übersetzung nach Obermann, 2006, S. 69).

Tab. 2: Prozessschritte der CIT (in Anlehnung an Bartsch & Specht, 2009, S. 385)

Schritt 1	Problemdefinition und Bestimmung der Zielkriterien
	• Definition und Präzisierung der Forschungsfrage • Prüfung, ob CIT die geeignete Methode zur Untersuchung der Forschungsfrage ist
Schritt 2	Untersuchungsdesign und Planung der Erhebung
	• Verdeutlichung, was ein kritisches Ereignis auszeichnet • Definition von Kriterien, die kritische Ereignisse auszeichnen • Definition der Untersuchungseinheit • Entwicklung des Datenerhebungsinstruments (klare Instruktionen, zusätzliche Fragen als Katalysator für eine detaillierte Darstellung) • Definition der Stichprobe (passender Kontext, passende Probanden)
Schritt 3	Datensammlung
	• Sammlung der Daten • Entwicklung von Kriterien für den Ausschluss kritischer Ereignisse (welche kritischen Ereignisse sind auszuwerten? Welche sind auszuschließen?) • Identifikation auswertbarer kritischer Ereignisse
Schritt 4	Datenauswertung mittels Inhaltsanalyse (hier nach Mayring)
	• Inhaltsanalytische Auswertung der kritischen Ereignisse • Entwicklung eines Klassifikationsschemas (inklusive der Beschreibungen für die Kategorien) • Kontrolle der Güte der Auswertung mittels Gütekriterien
Schritt 5	Interpretation und Ergebnisdarstellung
	• Darstellung der Forschungsfrage und Darlegung der Kriterien für ein kritisches Ereignis (für deren Berücksichtigung bei der Auswertung) • Beschreibung der Datenerhebung • Beschreibung der zu Grunde liegenden Daten • Darstellung der Datenanalyse und des Kategoriensystems • Darstellung der Interpretation der Ergebnisse

4.3 Das problemzentrierte Interview

Das problemzentrierte Interview - als eine qualitativ orientierte Interviewform - greift auf eine im Vorfeld vom Interviewer analysierte Problemstellung zurück. Hieraus bestimmte Aspekte werden im Interviewleitfaden zusammengestellt und können im Verlauf des Gespräches benannt werden. „Das Interview lässt den Befragten möglichst frei zu Wort kommen, um einem offenen Gespräch nahe zu kommen. Es ist aber zentriert auf eine bestimmte Problemstellung, die der Interviewer einführt, auf die er immer wieder zurückkommt.“ (Mayring, 2002, S. 67).

4.3.1 Begründung der Auswahl

Die Auswahl des problemzentrierten Interviews erfolgte aus folgenden Gründen:

- Es liegt eine große Affinität zum Symbolischen Interaktionismus als Leitkonzept der Untersuchung vor:

  - die Befragten können ausführlich zu Wort kommen, sie sind Datenlieferanten und gleichzeitig bestimmen sie subjektiv das Interview qualitativ und quantitativ.
  - durch die Beachtung der Relevanzsysteme der Befragten erfolgt keine Vorfestlegung durch den Interviewer, die Wirklichkeitsdefinitionen der Befragten können zum Ausdruck kommen.
  - im qualitativen Interview gilt das kommunikative Regelsystem des Befragten.
  - der Interviewer ist für unerwartete Informationen zugänglich.
  - das qualitative Interview ist prozesshaft ausgelegt, Deutungs- und Handlungsmuster der Befragten können sich während der Befragung entwickeln und somit zugänglich werden. (Lamnek, 2010, S. 320).
- Es lässt die Möglichkeit zu, Informationen authentisch, intersubjektiv nachvollzogen und beliebig reproduzierbar zu erheben (Lamnek, 2010, S. 301).
- Flanagan beschreibt es als Methode der Datenerhebung bei der CIT (Flanagan, 1954, S. 342), die Kompatibilität ist gewährleistet.
- Hinsichtlich der Datenauswertung (Transkriptionen der Interviews) liegen gründlich hinterlegte Auswertungsverfahren von Texten mittels interpretativer Vorgehensweisen vor.

4.3.2 Begründung zum halbstrukturierten Vorgehen

In standardisierten, d. h. strukturierten Interviews kommt eine stark asymmetrisch geprägte Kommunikationssituation zum Tragen, die bewusst und gezielt von den Beteiligten hergestellt wird, damit der *Eine* Fragen stellt, die vom *Anderen* beantwortet werden. Durch die vorab konzipierten, im Fragebogen formulierten Fragen, zwingen sich Interviewer und Befragter quasi in ein *Korsett*. Der Aufhebung asymmetrischer Kommunikation kommt in der qualitativen Forschung eine wichtige Rolle zu. Das Erzeugen überwiegend symmetrischer, bilateraler und gleichgewichtiger Gesprächsverläufe zielt hierbei auf unterschiedliche Aspekte:

- Standardisierte Fragen bieten zwar in aller Regel eine Zeitersparnis, „Breite und Tiefe der durch die Antworten gegebenen Informationen sind [jedoch] beschränkt. […] Nachfragen durch den Interviewer sind wegen der durch die Standardisierung angestrebten Vergleichbarkeit aller Interviews geradezu ausgeschlossen.“ (Lamnek, 2010, S. 307).
- Standardisierte Interviews befriedigen in erster Linie die Erkenntnisinteressen des Interviewers, nicht die des Befragten, da die persönlichen Bezüge und Interpretationen des Betroffenen nicht zum Tragen kommen. So wird der jeweilige

individuelle Stellenwert der gegebenen Informationen mangels Kenntnis der Relevanzsysteme weniger deutlich erkennbar. Theoretisch abgeleitete Fragen (Vorarbeiten bei der Konzeption des Fragebogens) können nicht alle Antwortmöglichkeiten antizipieren. Die Befragten als Person, die „Situationen interpretierende, Bedeutung interpretierende, Bedeutung stets neu aushandelnde und definierende Akteure, die Rollen nicht nur passiv konform ausfüllen, sondern nach ihren Zielsetzungen und Deutungen aktiv ausgestalten“ (Esser, 1986, S.315, zitiert nach Lamnek, 2010, S. 317), würden in diesem quantitativ orientierten Design ihre Wirklichkeitsdefinitionen nur schwer mitteilen können.

- Qualitative Interviews in nicht- bzw. wenig standardisierter Form repräsentieren Kommunikationssituationen, die die zu generierenden Daten und Informationen „in einer hochkomplexen und die Subjektivität der Beteiligten einbeziehenden Situation erzeugen.“ (Lamnek, 2010, S. 302).

Die Wahl fällt auf ein halbstrukturiertes Interview, das mittels einer Leitfrage eröffnet und dann mit stärker strukturierenden erzählanregenden, weiterführenden Fragen fortsetzt. Über gesprächsförderndes Verhalten des Interviewers (Mimik, Gestik, Körerhaltung, paralinguale Unterstützung, andere erzählanregende Rückmeldungen) kann das Gespräch in dem abgesteckten Rahmen inhaltlich offen bleiben, und dadurch eher den Regeln eines *natürlichen Gespräches* entsprechen. Die damit verfolgten Ziele sind die Gewährleistung von Variabilität und Komplexität der Bedeutungen der Befragten, die idealtypisch während des Interviews situativ generiert werden:

- „Bedeutungen variieren insbesondere mit dem lebensweltlichen bzw. kulturellen Hintergrund und Erfahrungen der Befragten. Standardisierte Verfahren verdecken diese Sachverhalte nur.“ (Kohli, 1978, S. 10) ⇨ *Variabilität von Bedeutungen.*
- Wissen, Einstellungen, Meinungen bilden komplexe Strukturen. „Geschlossene Fragen werden der Komplexität kognitiver Strukturen nicht gerecht.“ (Kohli, 1978, S. 12) ⇨ *Komplexität von Bedeutungen.*
- Befragte haben Vorstellungen von Sinn oder Ziel des Interviews als Ganzem, die ihre Antworten beeinflussen. „Offene Verfahren können solche Definitionen und Intentionen nicht ‚neutralisieren‘, aber wiederum besser sichtbar machen […] [und] […] erlauben eine Trennung zwischen dem, was der Befragte von sich aus äußert und seinen Antworten auf entsprechende Vorgaben [...].“ (Kohli, 1978, S. 14) ⇨ *Situative Herstellung von Bedeutungen.*

Die bei der Fragebogenkonzeption hinterlegten Annahmen (Relevanzsysteme und Prädeterminationen) des Untersuchers hinsichtlich der zu erwartenden Ergebnisse werden

im Rahmen dieser Arbeit durch die Darstellung der zur theoretischen Ableitung genutzten Konzepte offen gelegt. Damit ist eine wissenschaftliche Überprüfung und Nachvollziehbarkeit gegeben und eine Einordnung in Bezug auf die Aussagen und Intentionen der Befragten möglich.

4.3.3 Entwicklung der Fragen und des Interviewleitfadens

Die Fragen des Leitfadens sind abgeleitet aus der zentralen Fragestellung der Untersuchung und den voran gegangenen Überlegungen zum halbstrukturierten Interview als Methode der Datenerhebung. Ergänzend wurden die Annahmen von Flanagan zur CIT (Flanagan, 1954, S. 342-344 sowie Bartsch & Specht, 2009, S. 384) herangezogen. Um ein *Ereignis* als *kritisch* einordnen zu können muss es:

- eine prägnante Interaktion mit einem Patienten im jeweiligen Arbeitsbereich darstellen,
- aus der Perspektive der Pflegeperson sehr zufriedenstellend oder enttäuschend sein,
- eine vollständige Handlung darstellen,
- innerhalb der letzten sechs Monate stattgefunden haben und
- die berufliche Erfahrung explizit mit Psychiatrie erfahrenen Menschen als Lehrende in der Weiterbildung in Zusammenhang bringen.

Tab. 3: Interviewleitfaden

Einleitung
Während der Weiterbildung konntest Du im Rahmen des Unterrichtes mit Psychiatrie erfahrenen Menschen zusammenarbeiten, die als Lehrende in die Weiterbildungsstätte kamen. *Es ist davon auszugehen, dass sich auch diese Form des Lernens in Deinen beruflichen Handlungen niederschlagen kann.*
Leitfrage
Bitte erinnere Dich an eine Begegnung mit einem Patienten, die Du kürzlich in Deinem Arbeitsbereich erlebt hast und in der Du das Gefühl hattest, das ist jetzt richtig gut gelaufen (zufriedenstellend) bzw. ziemlich danebengegangen (enttäuschend)? *(warten).* Bitte beschreibe das Ereignis/ die Situation so genau, so konkret wie möglich.
Erzählanregende und weiterführende Fragen
• Was ist konkret passiert? (WER, WO, WANN, WIE LANGE, WAS) • Was war es genau, was bei Dir Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit ausgelöst hat? • Welche anderen Handlungsoptionen waren noch möglich? • Weshalb hast Du Dich für diese Handlungsalternative entschieden? • Wie sah Dein tatsächliches Handeln (Kommunikation, Verhalten etc.) aus? • Welche Gründe siehst Du für den Erfolg/ Misserfolg? • Wie kommst Du darauf, dass der Ausgang dieser Situation mit der Lehr-Lern-Situation mit Psychiatrie erfahrenen Menschen während der Weiterbildung zu tun haben könnte?

Abschlussfrage
Welche Aspekte sind Dir im Zusammenhang der gemeinsamen Arbeit mit Psychiatrie erfahrenen Menschen während der theoretischen Weiterbildung noch bedeutsam geworden?

4.4 Zugang zum Feld - Bedingungen

Der Autor ist als Leitung einer Weiterbildungsstätte Fachpflege Psychiatrie tätig. Aus dieser und den beruflichen Tätigkeiten an einer anderen Weiterbildungsstätte ergaben sich in vorangegangenen Jahren vielfältige Vernetzungen mit anderen Bildungseinrichtungen und persönliche Kontakte zu den Berufskollegen. Diese Kontakte nutzend, sollen zwei weitere Weiterbildungsstätten in die Stichprobenauswahl eingebunden werden, von denen bekannt ist, dass dort Psychiatrie erfahrene Menschen als Lehrende tätig sind. Erwartet wird, dass sich ob der eingeschätzten *Kommunikationsfreudigkeit* der Fachpflegekollegen ein solcher Rücklauf an Zusagen zu einem Interview einstellen wird, dass die erforderliche Breite des Samples eingehalten werden kann. Als hilfreich wird auch eingeschätzt, dass der Interviewer selbst Fachpflegender ist, ca. 15 Jahre direkt Patienten bezogen tätig war und über die pädagogischen Aufgaben im Rahmen der Weiterbildung weiterhin einen direkten Bezug zum Feld hat.

Umfang, Inhalte und Methoden der Unterrichte mit der Expertin durch Erfahrung

Während der Weiterbildung wurden im Rahmen des Moduls *Pflege chronisch psychisch kranker Menschen* zwei Seminartage von einer Expertin durch Erfahrung gestaltet. Einen halben Tag nahm das Thema EX-IN Ausbildung ein (Entwicklung, Ziele, Inhalte, Arbeitsfelder, Perspektiven); die Einheit war als klassischer Unterricht mit Input und Lehr-Lern-Gespräch angelegt. Eineinhalb Tage wurde auf das Thema Trialog verwendet. Hier ging es in erster Linie selbsterfahrungsorientiert um Anwendung von Methoden von Psychose-Seminaren und die Reflexion der unterschiedlichen Perspektiven. Diese wurden hinsichtlich möglicher Konsequenzen für die Begleitung psychisch kranker Menschen überprüft und Handlungskonsequenzen abgeleitet.

Die an der Lehre beteiligte Expertin durch Erfahrung wurde nach Auswahl der Stichprobe kontaktiert, um im Gespräch ihre Perspektive zur Beteiligung an der Weiterbildung zu erläutern. Ziel war es, über diese Informationen das Interviewmaterial zusätzlich zu kontextualisieren und die Interpretationen der Effekte besser einordnen zu können.

Biographische Daten der Expertin durch Erfahrung

Die Expertin durch Erfahrung hat langjährige Erfahrung als Nutzerin verschiedener psychosozialer Dienste mit einer psychiatrischen Diagnose. Als gelernte Buchbinderin arbeitete sie in einem Regiebetrieb einer psychiatrischen Klinik mit dem Aufgabenbereich der Anleitung von Patienten aus einem Langzeitbereich. Währenddessen hat sie die

Kunst als Selbsttherapie genutzt, 1994 war die psychiatrische Behandlung beendet. Nach einer Ausbildung zur Ergotherapeutin war sie mehrere Jahre in ambulanten psychiatrischen Diensten tätig und schloss dann eine Ausbildung zur Theaterpädagogin ab. Als ausgebildete EX-IN Trainerin betreibt sie seit 2010 selbständig eine Agentur für Beratung und Fortbildung, in der auch die EX-IN Ausbildung angeboten wird. EX-IN Ausbildungen werden von ihr zusätzlich in ganz Deutschland organisiert und teilweise mit durchgeführt.

Motivation der Expertin durch Erfahrung, sich an der Ausbildung zu beteiligen

Das wichtigste Anliegen der Expertin ist der Abbau von Vorurteilen. Dazu zählen für sie, dass Psychiatrie erfahrene Menschen generell nicht mehr leistungsfähig sind, eine Diagnose lebenslang Geltung hat, und dass damit das Stigma der Unheilbarkeit verbunden ist. Es geht ihr darum zu informieren, dass Psychiatrie erfahrene Menschen großes Wissen mitbringen und dies im Sinne gemeinsamen Lernens den psychiatrisch Tätigen verfügbar machen können. Die Expertin würde gern dazu beitragen, den Absolutheitsgedanken von Gesundheit und Krankheit zu relativieren: jeder Betroffene erlebt sich Mal gesünder, Mal kränker. Dies stellt ein alle Menschen betreffendes Phänomen dar. Dazu gehört auch, dass in jeder, auch intensiveren Krankheitsphase, Ressourcen angesprochen und aktiviert werden können. Das Leben ist mehr als die Krankheit, die akuten Phasen einer längerdauernden psychischen Erkrankung nehmen die kürzeste Zeit ein. Ein anderer wichtiger Aspekt ist es ihr zu vermitteln, dass *immer was geht*: Hoffnung als wesentlicher Anteil an Genesungsprozess soll von allen Beteiligten als Grundlage des Handelns verstanden werden. Letztlich möchte die Expertin auch Werbung für EX-IN ausgebildete Menschen machen. Die Arbeitsmöglichkeiten als Genesungsbegleiter in psychiatrischen Diensten und die damit verbundene neue Berufsrolle sind zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht etabliert. Die Information über Ausbildung, Kompetenzen und inhaltliche Möglichkeiten von Genesungsbegleitern bekannt zu machen, die Absolventen der Weiterbildung dienen hier als Multiplikatoren, sieht sie als wichtigen Anteil ihrer Motivation, damit Arbeitsplätze für EX-IN ausgebildete Menschen bereit gestellt werden können.

4.5 Auswahl der Befragten - Selektives Sampling

Die Ergebnisse qualitativer Forschungsverfahren sollen über die analysierten Einzelfälle hinausreichen und auf etwas Allgemeineres verweisen. Die Auswahl der Fälle entscheidet darüber, welche Aussagen aus dem Material abzuleiten sind. „Eine (arbeits-) ökonomischere Variante stellen qualitative Stichprobenpläne dar, auch als *selektives sampling* bezeichnet, bei denen die Samplestruktur vor der eigentlichen Erhebung festgelegt wird und zwar bezogen auf die als relevant erachteten Merkmale der zu erhebenden Fälle als

auch auf die Größe der Stichprobe.“ (Egloff, 2002, S. 1). Problematisch an diesem Vorgehen ist, dass es dem Grundanliegen qualitativer Forschung nicht vollständig gerecht werden kann, Kategorien und Strukturen bis zu einer Sättigung aus dem Material zu generieren. Die Masterarbeit wurde während eines berufsbegleitenden Studiengangs verfasst, so wurde diesem Vorgehen auch aus (arbeits-) ökonomischen Gründen der Vorzug gegeben.

Um eine möglichst hohe inhaltliche Repräsentativität der Ergebnisse zu ermöglichen, wurde ein qualitativer Stichprobenplan entwickelt.

Tab. 4: Qualitativer Stichprobenplan

Stichprobenplan		
Ausgehend von der Fragestellung:	• Sind alle Interviewten Fachpflegepersonen in der Psychiatrie • Hatten alle Absolventen während der theoretischen Weiterbildung Seminare mit Psychiatrie erfahrenen Menschen	
Merkmal Fallauswahl	**Merkmalsausprägung**	**Samplegröße**
Dauer der Seminare	• 4-16 Stunden • > 16 Stunden	je ein Fall (alle Merkmale sollen einmal vertreten sein)
Inhalte der Seminare	• stärker „Lehrbuchwissen“ • stärker Erfahrungsaustausch	
Ausbildung der Psychiatrie erfahrenen Menschen	• mit EX-IN Ausbildung • ohne EX-IN Ausbildung	
Rolle der Psychiatrie erfahrenen Menschen	• Lehrende • „Fall“ im Unterricht	
Arbeitsbereich der Befragten	• Psychotherapie • Abhängigkeitserkrankungen • Forensische Psychiatrie • Allgemeine Psychiatrie • Geronto-Psychiatrie • Ambulante psychiatrische Pflege	
Berufserfahrung der Befragten	• 1-5 Jahre • > 5 Jahre	
Alter	• 25-40 Jahre • > 41 Jahre	
Geschlecht	• weiblich • männlich	
Länge der Zeit nach Weiterbildungsende	• < 1 Jahr • > 1 Jahr	

Die Festlegung der Auswahl auf sechs Interviews erfolgte aus zeit-ökonomischen Gründen und kann nur bedingt als inhaltlich repräsentativ gelten. Alle Interviewpartner waren Teilnehmer der berufsbegleitenden Weiterbildung Fachpflege in der Psychiatrie und haben den Kurs erfolgreich absolviert. Dieser endete Mitte September 2014 in der staatlich anerkannten Weiterbildungsstätte, an der der Autor als Schulleitung und Dozent tätig ist. Alle haben das Examen bestanden und sind nach wie vor in Vollzeit in der direkt patientenbezogenen Arbeit in psychiatrischen Kliniken tätig. Im Einzelnen handelt es sich um:

Tab. 5: Daten der Interviewten entsprechend des Stichprobenplans

Fall	Seminar-dauer		Seminar-inhalte		Ausbildung psych. Erf.		Rolle psych. Erf.		Arbeitsbereich						Berufs-erfahrung		Alter		Geschlecht		Zeit nach WB-Ende	
Fall 1		■		■	■		■					■				■		■	■		■	
Fall 2		■		■	■		■					■				■	■			■	■	
Fall 3		■		■	■		■			■					■		■		■		■	
Fall 4		■		■	■		■				■				■		■			■	■	
Fall 5		■		■	■		■						■		■		■		■		■	
Fall 6		■		■	■		■		■							■		■		■	■	

Eine sehr heterogene Verteilung i. S. einer „Bandbreite sozialstruktureller Einflüsse“ (Lamnek, 2010, S. 172) lässt sich zu den Merkmalen der Arbeitsbereiche (mit Ausnahme der ambulanten psychiatrischen Pflege), der Berufserfahrung, des Alters und des Geschlechts feststellen. Da alle Befragten dem gleichen Kurs einer Weiterbildungsstätte angehörten, sind die ersten vier Merkmale und das der Zeit nach Weiterbildungsabschluss nicht verteilt.

4.6 Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse

Für die Auswertung des Materials kommt die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) zur Anwendung. Das inhaltsanalytische Vorgehen wird entsprechend einem mehrstufigen Ablaufschema vollzogen (Abb. 10).

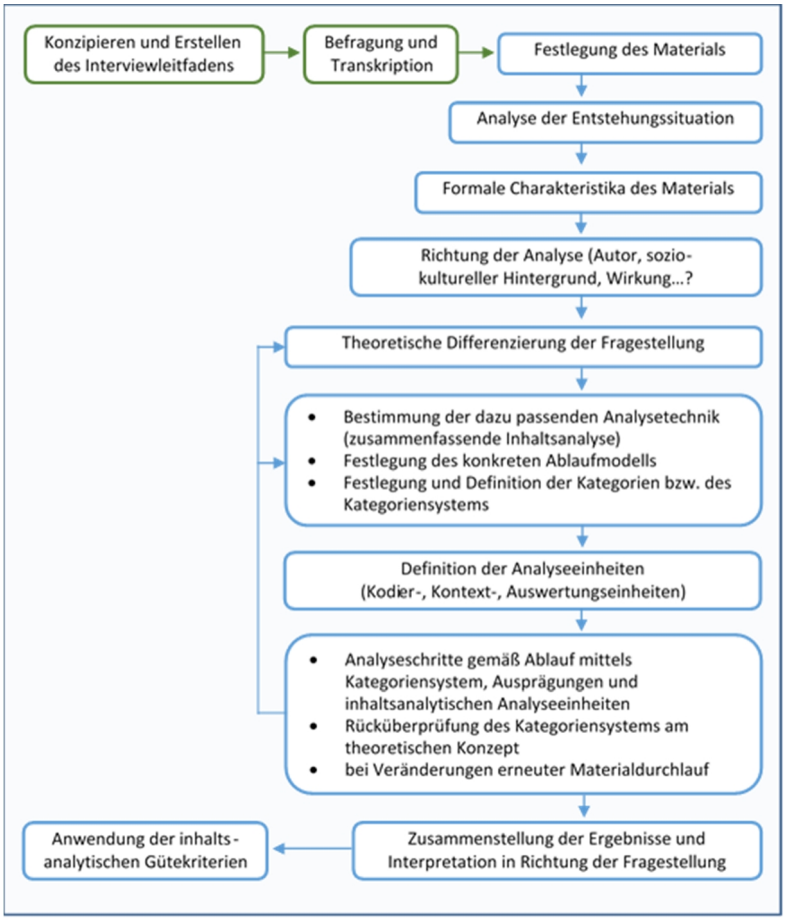

Abb. 10: Inhaltsanalytisches Ablaufmodell (modifiziert nach Mayring, 2010, S. 60-62)

Ziel dieser Methodik ist es, „[…] an den in jeder Inhaltsanalyse notwendig enthaltenen qualitativen Bestandteilen [anzusetzen und] sie durch Analyseschritte und Analyseregeln zu systematisieren und überprüfbar zu machen“. (Mayring, 2010, S. 48).

4.6.1 Festlegung des Materials

Verarbeitet werden die vollständigen Transkripte aller sechs problemzentrierten Interviews, die mithilfe des Leitfadens erhoben wurden. Es wurde das gesamte Material ausgewählt, da als Datenerhebungsmethode ein leitfadengestütztes Interview zur Anwendung kam und damit die Verwertbarkeit des gesamten Materials determiniert war.

4.6.2 Beschreibung der Entstehungssituation

Die Stichprobe sollte aus einem Pool von Absolventen von drei Weiterbildungsstätten ausgewählt werden. Hierfür wurden zwei Leitungen von Weiterbildungsstätten angeschrieben, zu denen der Autor eine berufliche Verbindung hat, deswegen von einer Beteiligung von Psychiatrie erfahrenen Menschen in Unterrichten wusste. Es wurde eine Interviewanfrage an die ehemaligen Teilnehmer mit der Bitte an die Leitungen formuliert, diese per Email entsprechend weiterzuleiten. Eine pädagogische Kollegin kam dieser Bitte nach und schrieb die Teilnehmer von zwei Kursen an. Aus dieser Anfrage ergab sich eine Rückmeldung hinsichtlich der Bereitschaft zu einem Interview. Der andere pädagogische Kollege fiel zu diesem Zeitpunkt wegen einer längeren Erkrankung aus, so dass keine Anfragen versendet wurden. Der Autor fragte Absolventen von zwei Kursen der eigenen Weiterbildungsstätte an, hieraus ergaben sich acht positive Rückmeldungen. Insgesamt erhielten 56 Fachpflegepersonen eine entsprechende Anfrage. Aus der Gruppe der positiven Rückmelder wurden sechs Interviewpartner ausgewählt.
Die ausgewählten Kollegen wurden per Mail und anschließend zur Terminabsprache per Telefon kontaktiert, die Interviews fanden bei den Interviewten zu Hause oder an deren Arbeitsplatz statt, die Teilnahme war freiwillig. Während der Telefonate wurden Informationen zum Kontext der vorliegenden Arbeit gegeben und in formlosen Gesprächen wurden die zurückliegenden Unterrichtssituationen erinnert.
Bei den Gesprächen handelte es sich um halbstrukturierte Interviews, die mittels Leitfaden (offene, jedoch auf ein Problem fokussierte Leitfrage, erzählanregende und weiterführende Fragen sowie eine offene Abschlussfrage) vom Autor geführt wurden.

4.6.3 Formale Charakteristika des Materials

Die Interviews wurden mittels eines digitalen Aufnahmegerätes aufgezeichnet und anschließend computergestützt mit Hilfe eines Textverarbeitungsprogramms transkribiert.

Folgende Transkriptionsregeln kamen zur Anwendung (in Anlehnung an Dresing & Pehl, 2013, S. 19-21)

- Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten.
- Wortschleifungen werden nicht transkribiert, sondern an das Schriftdeutsch angenähert.
- Wort- und Satzabbrüche sowie Stottern werden geglättet bzw. ausgelassen, Wortdoppelung nur erfasst, wenn Sie als Stilmittel zur Betonung genutzt werden. „Ganze“ Halbsätze, denen nur die Vollendung fehlt, werden jedoch erfasst und mit dem Abbruchzeichen / gekennzeichnet.
- Interpunktion wird zugunsten der Lesbarkeit geglättet, d. h. bei kurzem Senken der Stimme oder uneindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als sein Komma gesetzt. Dabei sollen Sinneinheiten beibehalten werden.
- Pausen werden durch drei Auslassungspunkte in Klammern (…) markiert.
- Verständnissignale des gerade nicht Sprechenden wie „mhm, aha, ja, genau, ähm“ etc. werden nicht transkribiert.
- Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch GROSSSCHREIBUNG gekennzeichnet.
- Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwürfe werden in einem separaten Absatz transkribiert. Mindestens am Ende eines Absatzes werden Zeitmarken eingefügt.
- Emotionale, nonverbale Äußerungen der befragten Personen und des Interviewer, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa wie Lachen oder Seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.
- Unverständliche Wörter werden mit (unv.) gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen sollen möglichst mit der Ursache versehen werden (unv. Handystörgeräusch). Vermutet man einen Wortlaut, ist sich aber nicht sicher, wird das Wort bzw. der Satzteil mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt.
- Die interviewende Person wird durch „I:“, die befragte Person durch „B:“ gekennzeichnet.
- Das Transkript wird als Rich Text Format (.rtf-Datei) - gespeichert.
- Jedes Transkript erhält als Kopf:

Erste Zeile „Untersuchung zu Auswirkungen auf das berufliche Handeln von Fachpflegepersonen durch die Einbindung von psychiatrieerfahrenen Menschen in Bildungsprozesse“

Zweite Zeile „Fall 1“ (fortlaufend zu nummerieren) und „am DATUM“.

- Die Zeilen werden nummeriert.

4.6.4 Richtung der Analyse

Die Bestimmung der Analyserichtung erfolgt ausgehend vom *Inhaltsanalytischen Kommunikationsmodell* nach Mayring (2010, S. 57).

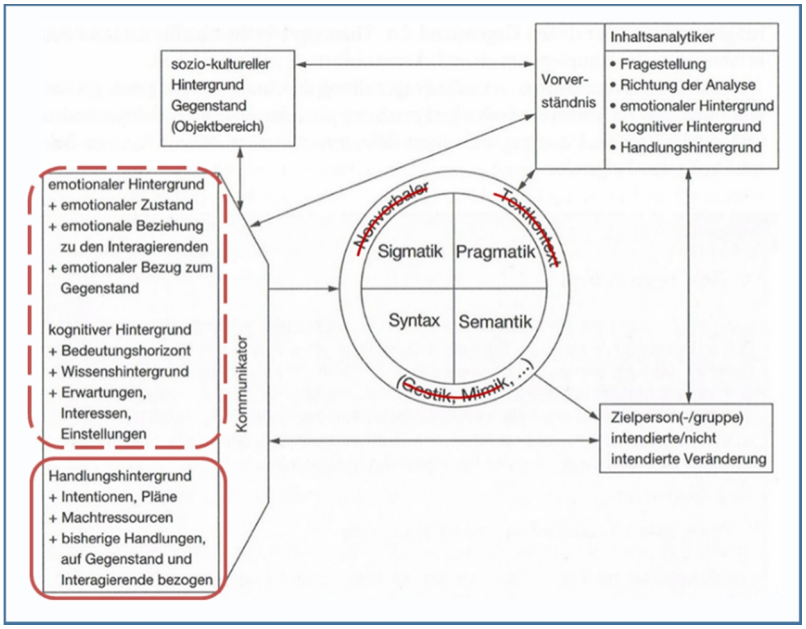

Abb. 11: Inhaltsanalytisches Kommunikationsmodell (eigene Anpassung) (Mayring, 2010, S. 57)

Die Transkriptionen werden genutzt, um schrittweise am Material entwickelte und theoretisch hinterlegte Kategorien zu erarbeiten. Der Schwerpunkt der Analyserichtung liegt auf dem konkreten beruflichen Handeln der Befragten als auch veränderten Bedeutungen (Ausgangsfrage). Während der Analyse entwickelte Ordnungen zu subjektiven kognitiven und emotionalen Konzepten werden im Verlauf ebenso in den Blick genommen und verarbeitet. Der nonverbale Textkontext (z. B. Gestik oder Mimik) findet keine Beachtung.

4.6.5 Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung

Das Material enthält Aussagen von sechs Absolventen der Weiterbildung Fachpflege in der Psychiatrie, die während ihrer Ausbildung Unterricht mit Experten durch Erfahrung hatten. Die Auswirkungen einer solchen Einbindung von Psychiatrie erfahrenen Menschen auf diesem Ausbildungsniveau sind im Kapitel 2.1 (Literaturrecherche) beschrie-

ben. Die dort zitierten Untersuchungen beschreiben entweder die Art und Weise der Beteiligung von Experten durch Erfahrung in den Versorgungseinrichtungen, die Bewertung der institutionellen Zusammenarbeit zwischen Psychiatrie erfahrenen Menschen und professionellen Helfern durch die Pflegenden (u. a. Happell et al., 2002) oder die Veränderungen hinsichtlich der Grundhaltung in der Berufspraxis (u. a. Byrne et al., 2013). Der systematische Review von Happell et al. (2013) formuliert als Ergebnis, dass die Absolventen besser nachvollziehen können, wie sich psychiatrische Erkrankungen auf das Alltagsleben auswirken, wie die Angebote im Gesundheitsversorgungssystem erlebt werden, und dass sich das Verständnis psychischer Erkrankung verbessert. Explizit weisen die Autoren darauf hin, dass Untersuchungen zu konkretem Handeln von Pflegenden, die mit Nutzern auf der Bildungsebene zusammen gearbeitet haben, untersucht werden sollten.

Wenn sich Einstellungen und Haltungen von professionell Pflegenden verändern, ist es nun – verknüpft mit den Annahmen des Symbolischen Interaktionismus als konzeptionelle Begründung für Handeln (Kapitel 3.1) – von Interesse, ob und wie sich das berufliche Handeln Pflegender als Ergebnis von veränderten Einstellungen konkret wandelt (Kapitel 2.2).

4.6.6 Bestimmung der Analysetechnik

In dieser Untersuchung kommt die *zusammenfassende Inhaltsanalyse* zur Anwendung. (Mayring, 2010, S. 65). Das Material wird so reduziert, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben und durch Abstraktion eine erkennbare Gestalt entsteht, in der sich das Ausgangsmaterial wiederfindet. Diese „induktive Kategoriendefinition leitet die Kategorien direkt aus dem Material in einem Verallgemeinerungsprozess ab, ohne sich auf vor ab formulierte Theoriekonzepte zu beziehen.“ (Mayring, 2010, S. 83).

4.6.7 Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse

Die zusammenfassende Inhaltsanalyse wird durch die *Z-Regeln* beschrieben und systematisiert. (Mayring, 2010, S.68 in Abbildung 12). Nach Bestimmung der Analyseeinheiten werden die Textstellen paraphrasiert, d. h. nur inhaltstragende Bestandteile werden auf eine einheitliche Sprachebene und grammatikalische Kurzform formuliert. Danach wird das Abstraktionsniveau festgelegt und die Paraphrasen werden hierauf verallgemeinert oder beibehalten, wenn sie über dem Abstraktionsniveau liegen. Die übriggebliebenen Paraphrasen werden im nächsten Schritt gebündelt und durch eine neue Aussage wiedergegeben, die alle Paraphrasen berücksichtigen muss. Es entstehen Kategorien, die am Ausgangsmaterial überprüft werden müssen. Diese Überprüfung ist notwendig um sicherzustellen, dass eigene Vorannahmen und Denkmuster nicht zu einer

Verfälschung führen und damit die entwickelten Kategorien das Ausgangsmaterial repräsentieren. Gegebenenfalls ist ein zweiter Durchlauf notwendig, der durch die Abstraktion der Kategorien auf eine höhere Ebene eine weitere Zusammenfassung darstellt. Das erneute Durchlaufen der Interpretationsschritte sorgt für ein allgemeineres und knapperes Kategoriensystem, das wiederum am Ausgangsmaterial zu überprüfen ist. (Mayring, 2010, S.69).

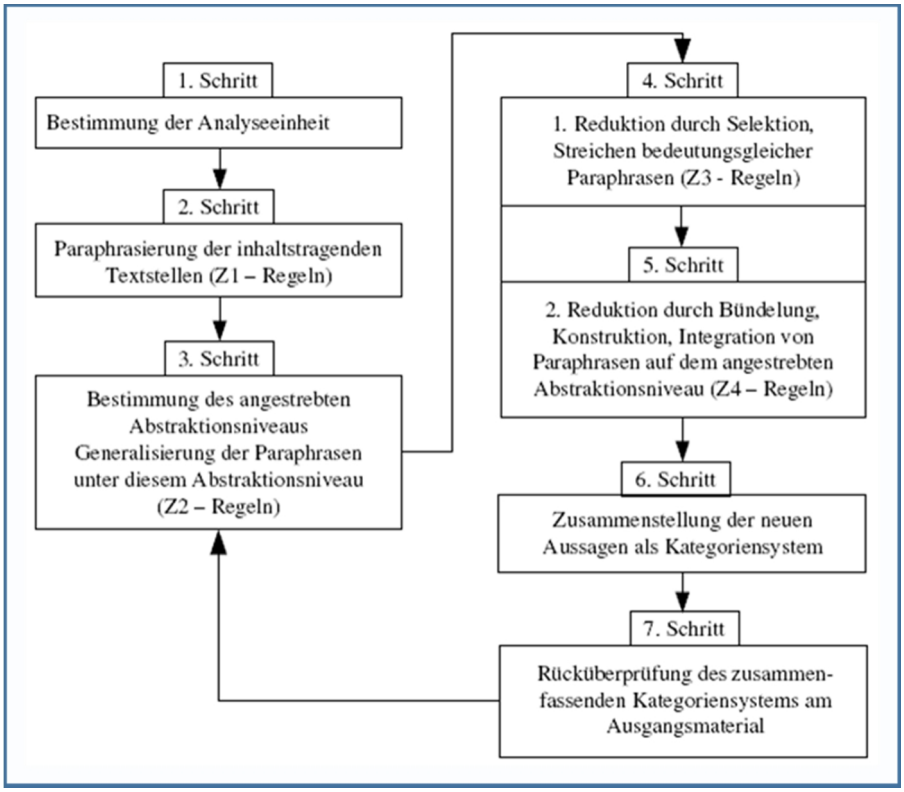

Abb. 12: Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (Mayring, 2010, S. 68)

4.6.8 Definition der Analyseeinheiten und des Abstraktionsniveaus

Ziel der Analyse ist die Entwicklung eines Kategoriensystems, das auf einem mittleren bis hohen Abstraktionsniveau die inhaltlichen Aussagen der Interviewpartner zur Fragestellung vollständig zusammenführt. Durch die Anwendung von definierten Regeln zur Konstruktion und Zuordnung soll dieser Prozess in einem Wechselspiel zwischen „der Theorie (der Fragestellung) und dem konkreten Material“ (Mayring, 2010, S. 59) entwickelt und rücküberprüft werden. Die hierbei verwendeten Festlegungen sind:

Auswertungseinheit	die *Transkripte* entsprechend der zeitlichen Reihenfolge der geführten Interviews
Kontexteinheit	der jeweilige *Fall*
Kodiereinheit	*Propositionen* als kleinster Textbestandteil – den durch den Inhalt eines Satzes ausgedrückten Sachverhalt oder Gegenstand in Bezug auf die Fragestellung der Untersuchung:

Alle Aussagen bezüglich Verhalten, Wahrnehmung und Erleben der eigenen Person im beruflichen Kontext nach Abschluss der Weiterbildung, die in Bezug zum Unterricht mit Psychiatrie erfahrenen Personen gebracht werden.

Abstraktionsniveau für die erste Generalisierung:
Allgemeine, aber fallspezifische (pro Fachpflegeperson) Aussagen zum beruflichen Handeln der eigenen Person nach Abschluss der Weiterbildung, die in Bezug zum Unterricht mit Psychiatrie erfahrenen Personen gebracht werden.

4.7 Datenanalyse

Im ersten Schritt der Datenanalyse sind für jeden einzelnen Fall (Kontexteinheit) die einzelnen Kodiereinheiten auf eine den Inhalt beschreibende Form nachgezeichnet (Paraphrasierung) und nicht inhaltstragende Anteile gestrichen worden (Auslassung). In der Anwendung der Z1 Regeln (Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen) wurde die Schwierigkeit deutlich, die im Zentrum stehende Ausgangsfrage zu konkreten Veränderungen beruflichen Handelns, die aufgrund der Begegnungen mit Psychiatrie erfahrenen Menschen im Unterricht auftreten, als annähernd sicher im Textmaterial zu identifizieren: Sind die beschriebenen Handlungen auf die Begegnung mit Experten durch Erfahrung zurückzuführen? Als Kodiereinheit wurde formuliert: *Alle Aussagen bezüglich Verhalten, Wahrnehmung und Erleben der eigenen Person im beruflichen Kontext nach Abschluss der Weiterbildung, die in Bezug zum Unterricht mit Psychiatrie erfahrenen Personen gebracht werden*. Die zur Auswahl notwendige Interpretation derjenigen Textstellen, die einen Bezug zu den Begegnungen mit Psychiatrie erfahrenen Menschen aufweisen, kann nach Ansicht des Autors auf zwei Wegen durchgeführt werden. Im Interviewleitfaden wird als Eingangsbeschreibung der Kontext des Untersuchungsgegenstandes erläutert und die Befragten werden entsprechend der CIT gebeten, eine als besonders gelungen oder misslungen erlebte Begegnung mit einem Patienten zu beschreiben. Die nun von den Befragten vollzogene Auswahl *ihres Beispiels* erfolgte, nicht zwingend als bewusster Vorgang, unter Berücksichtigung der Eingangsbeschreibung zum Interview, eben mit Bezug zu ihren im Unterricht mit den Experten durch Erfahrung gemachten Erfahrungen. Diese Vorgehensweise setzt jedoch eine sehr große Interpretationsbreite als methodisch angemessen voraus. Der zweite Weg besteht in der Herangehensweise, die im Text befindlichen Aussagen mit explizitem Bezug zur Forschungsfrage, durch die letzte der erzählanregenden Fragen im Leitfaden initiiert, als Textmaterial für die Weiterverarbeitung aufzugreifen. Dadurch würde sich jedoch das Material deutlich verringern und in der Folge die Generalisierbarkeit abnehmen. Es wurde die

Entscheidung getroffen, einerseits die annähernd expliziten Aussagen der Befragten bezüglich *Verhalten, Wahrnehmung und Erleben* zu Begegnungen mit Experten durch Erfahrung im Unterricht aufzugreifen. Des Weiteren sind diejenigen Aussagen berücksichtigt worden, aus denen sich im Kontext des gesamten Interviews dieser Bezug ableiten lassen konnte.

Im nächsten Schritt (Z2) wurden die Paraphrasen auf das vorab bestimmte Abstraktionsniveau generalisiert und die doppelten, sowie in Bezug auf die Fragestellung nicht wichtigen Äußerungen gestrichen (Selektion). Im dritten Schritt (Z3) sind die generalisierten Aussagen durch Bündelung, Integration und Konstruktion zu Aussagen auf einem höheren Abstraktionsniveau zusammengefasst worden (erste Kategorienbildung). Die Bearbeitung erfolgte in der Reihenfolge der geführten Interviews. Zur Entwicklung der ersten Kategorien wurden die Generalisierungen des ersten Falles herangezogen und anschließend bei der Bearbeitung des zweiten Falles ergänzt und überarbeitet. Ab Fall drei kamen keine weiteren Kategorien hinzu, so dass hier bereits *fallübergreifend* Propositionen gebündelt und integriert werden konnten. Mayring (2010, S. 83) beschreibt dies als induktive Kategorienbildung, die „die Kategorien direkt aus dem Material in einem Verallgemeinerungsprozess ab[leitet], ohne sich auf vorab formulierte Theorienkonzepte zu beziehen.“ Fallnummer, Zeile der Aussage und Paraphrasen der inhaltstragenden Textstellen samt fortlaufender Nummer, Generalisierung und Reduktion wurden mithilfe einer Tabelle abgebildet.

Tab. 6: Hilfsmittel des ersten Reduktionsvorganges

Fall	Zeile	Nr.	Paraphrase (Z1)	Generalisierung (Z2)	Reduktion (Z3)
1-BG		1 - …			K1 bis …
2-CH		1 - …			
…		…			

Um das Abstraktionsniveau heraufzusetzen und die Kategorien weiter zu verdichten, wurde ein zweiter Reduktionsdurchlauf mittels Konstruktion, Integration und Bündelung vorgenommen (Z4). Ausgehend von den Kategorien der ersten Reduktion und den individuellen Aussagen (Rückgriffe auf die Interviews ⇨ Abgleich mit dem Material) entstanden verdichtete Kategorien auf einem höheren Abstraktionsniveau.

Tab. 7: Hilfsmittel des zweiten Reduktionsvorganges

K	Kategorie der ersten Reduktion	K´	Zweite Reduktion (Z4) durch Konstruktion, Integration und Bündelung
K 1		K´ 1	
…		…	
K 11		K´ 8	

Die Materialien sind in der Anlage der Arbeit hinterlegt.

5 Ergebnisse und Interpretation

Die aus dem Material extrahierten Aussagen wurden auf ein Abstraktionsniveau formuliert, welches eine gute Nachvollziehbarkeit gewährleisten und gleichzeitig eine Verallgemeinerung möglich machen soll. Von einer weiteren Reduktion wurde deshalb abgesehen, was auch der Fragestellung nach *konkretem* Handeln geschuldet ist. Dargestellt und erläutert werden die entwickelten Kategorien im Einzelnen als auch im Zusammenhang einer theoretisch abgeleiteten, systematisierenden Struktur. Eine weitergehende Interpretation erfolgt mit Hilfe von Rückbezügen auf einzelne Aspekte der theoretischen Einbettung.

5.1 Kategoriensystem und Ableitungen

Zur Systematisierung und Interpretation des Kategoriensystems wird die Struktur einer vollständigen beruflichen Handlung genutzt (siehe auch Kapitel 3.2.2.3). Als Hilfsmittel kommen die Schritte des *Wahrnehmungsprozesses* (angelehnt an Martin & Wawrinowski, 2006, Abbildung 13) zur Anwendung. Begründungen zur Auswahl und anknüpfende Konzepte sind in Tabelle 8 dargestellt. Methodisch wird die Datenauswertung damit um ein deduktives Element ergänzt.

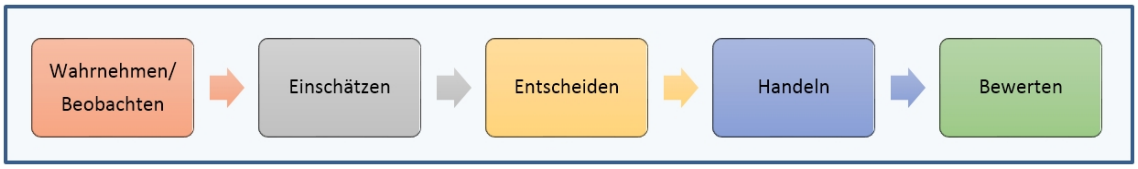

Abb. 13: Schritte des Wahrnehmungsprozesses (angelehnt an Martin & Wawrinowski, 2006)

Es wurden acht Kategorien entwickelt. Diese sind tabellarisch sowie mit Erläuterungen zu bedeutsam erachteten Inhalten und bei umfangreicheren Ergebnissen mit Hinweisen zur Konstruktion dargestellt. Zudem werden Sie in ihrer Zuordnung zu den einzelnen Schritten des Wahrnehmungsprozesses beschrieben. Eine zusammenfassende Übersicht aller Kategorien findet sich am Ende des Kapitels in Abbildung 14.

Tab. 8: Wahrnehmungsprozess als kategorienstrukturierendes Konzept

Begründung	Anknüpfungen
Die Struktur einer vollständigen Handlung drückt eine allgemeine berufliche Handlungslogik aus.	Lernfeldkonzept (u. a. KMK, 2007) Arbeitszufriedenheit und -gesundheit (u. a. Nerdinger, 2014) Pflegeorganisationssysteme (u. a. Büssing & Glaser, 1996)
Der Wahrnehmungsprozess strukturiert und beeinflusst maßgeblich den Prozess sozialer Interaktion.	Soziale Interaktion (u. a. Forgas, 1997)

Begründung	Anknüpfungen
Der Prozess sozialer Interaktion stellt das zentrale methodische Hilfsmittel psychiatrisch Pflegender dar.	Beziehungsgestaltung als Kernaufgabe in der psychiatrischen Pflege (u. a. Dörner et al., 2013 und Schädle-Deininger & Villinger, 1997)
Der Symbolische Interaktionismus konstituiert sich aus Prämissen, deren Grundlage der Wahrnehmungs- und der Prozess sozialer Interaktion ist.	Nähe zum Forschungsgegenstand und der rahmenden Theorie (Blumer, 1973 z. n. Denzin, 2013 und Kapitel 3.1)

5.1.1 Kategorie ´1: Mit der Expertin durch Erfahrung lernen

Wahrnehmen/ Beobachten

Während der Weiterbildung begegneten die Befragten einem Psychiatrie erfahrenen Menschen in einem beruflichen Kontext außerhalb der üblicherweise im Versorgungssystem angelegten Rollenverteilung: Statt *Patient* ⇔ *Pflegende* kamen die Rollen[14] *Dozent* ⇔ *Lernende* zum Tragen. Die Expertin durch Erfahrung stellte in den Seminaren nicht nur die Peer-Bewegung und die EX-IN Ausbildung vor, sondern erzählte von ihrer - insbesondere von der Erkrankung stark geprägten - Lebensgeschichte. Die Wahrnehmung eines Menschen *in Recovery* beeindruckte die Befragten nachhaltig.

- Die berufliche Entwicklung ist sehr beeindruckend.
  sie hat beruflich richtig was auf die Füße gestellt (1-BG, 155-156)[15] / *mit einer Psychose wieder in den Prozess einzusteigen, zu arbeiten und gesund zu bleiben, fand ich beeindruckend* (1-BG, 161-163)
- Die Möglichkeit der Erholung von schweren Krankheitsphasen beeindruckt.
  die Stabilisierung, das wieder fest im Leben stehen hat mich beeindruckt (6-KP, 202-203)
- Eine Sensibilisierung für das Thema Therapietreue oder Einhalten von Behandlungsempfehlungen wurde deutlich.
  das Hin-und-Hergerissen-Sein von Behandlungsempfehlungen einhalten oder nicht, Aufbegehren und eigene Wege finden, Partnerschaften mit Behandlern schließen, ist mir sehr eindrücklich hängen geblieben (6-KP, 196-200)
- Erfahren zu haben, wie sehr psychische Erkrankung die Lebensführung beeinträchtigen kann.

---

[14] Der zu Grunde liegende Rollenbegriff ist der nach Dechmann & Ryffel (2006, S. 85): „[…] die Summe aller Erwartungen der verschiedenen Gruppen und Personen, die Menschen in einer bestimmten sozialen Position beeinflussen.“

[15] In Klammer werden Fallbezeichnung und Zeile/n derjenigen Paraphrasen aufgeführt, die sich auf die entsprechende Reduktion beziehen.

der starke Einschnitt ins Leben einer betroffenen Person ist mir sehr eindrücklich hängen geblieben (6-KP, 195-196)

- Authentisch vermittelt gehört zu haben, was in der Begleitung hilfreich ist.
  sie hat im Unterricht gesagt, Geduld ist das Wichtigste (1-BG-52-53)
- Die Befragten fühlten sich beeindruckt und emotional erreicht.
  ich saß da mit offenem Mund (2-CH, 209-210)

Tab. 9: K ´1 - Mit der Expertin durch Erfahrung lernen

K ´1 Mit der Expertin durch Erfahrung lernen
• Berichtet authentisch, dass selbstbestimmte Entwicklung möglich ist und hat Staunen hervorgerufen (1, 2, 5, 6)[16] • Ist beruflich etabliert (1) • Bewältigt schwierige Lebensphasen und integriert diese in ihr Leben (1, 2, 6) • Engagiert sich für Peers (1) • Hinterlässt nachhaltigen Eindruck: – Reflexion zu ihrem Leben und Selbstwahrnehmungsfähigkeit (6) – gravierende Auswirkungen psychischer Erkrankung auf das Leben (6) – dem Hin-und-Hergerissen-Sein, auf Behandlungspartnerschaften einzugehen (6) • Begeisterte und bereicherte den Unterricht durch persönliche Erfahrungen (1, 6) • War Modell für Prozesse der Bestandsaufnahme von eigenen Wünschen, erprobten Handlungen und Zielen (1) • Bindet Lernende durch Selbsterfahrungsübungen ein (5) • Vermittelt Hoffnung als zentrales Element (1) • Verkörpert Recovery (6)

5.1.2 Kategorie ´2: Eine Grund- und Arbeitshaltung entwickeln

Einschätzen

Diese Art der Begegnung mit Menschen mit erlebten psychischen Krisen kann bisherige Erfahrungen Pflegender in Frage stellen:

- Wie habe ich psychisch kranke Menschen bislang wahrgenommen? (2-CH, 326)
- Welche Fähigkeiten oder Möglichkeiten habe ich ihnen zugetraut, welche abgesprochen? (3-MM, 223-224)
- Welche Vorstellungen zu Wesen, Verlauf und Auswirkungen psychischer Erkrankungen haben bisher für mich eine Rolle gespielt? (2-CH, 338-341)
- Was hat mich berührt, auch in den Unterrichten? (1-BG, 161-163) / (6-KP, 201)
- Wie habe ich bisher gehandelt und wie diese Handlungen begründet? (5-IH, 220-222)
- Wie haben psychisch kranke Menschen mein Handeln erlebt? (1-BG, 71-72)

Die selbstreflexive Auseinandersetzung mit dem eigenen Handeln ermöglicht es, persönlich als wichtig erachtete Sichtweisen, Positionierungen und Einstellungen zu verändern. Das Abwägen, die Einschätzung mündet in die Fragen: Wie war es bisher und was

[16] In Klammer wird die Zuordnung zum jeweiligen Fall (ohne Namenskürzel der Interviewten) dargestellt.

ist mir ausgehend von den *neuen Erfahrungen* wichtig geworden?

- Hoffnung und deren Vermittlung wird als zentral für die Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen eingeschätzt.
  ganz wichtig ist es, Hoffnung bewahren, dass es besser wird (1-BG, 55-56 / *Hoffnung ist ein hohes Gut* (1-BG, 217-218) / *ich kann dem Menschen Hoffnung geben, im Moment erscheint es gerade so z. B. dramatisch (Ersterkrankung), es gibt aber Wege und Möglichkeiten* (2-CH, 298-311) / *die Vorstellung davon, dass es Hoffnung und eine Perspektive gibt, hat mich bewogen in diesem Gespräch weiterzumachen* (6-KP, 170-173)
- Jeder Mensch hat die Möglichkeiten für eine positive Entwicklung die Zeit benötigt und für die es sich zu engagieren lohnt.
  es gibt Menschen, die Medikamente nehmen und einfach auch ihr Leben weiterführen, wie sie es vorher gemacht haben und Entlastung erfahren, sie erleben sich nicht als geheilt, aber symptom-frei und können wirklich das machen, was sie vorher auch gemacht haben (2-CH, 344-347)
- Selbstwahrnehmung und das Suchen bei sich als Ausgangspunkt von Veränderungen wurde bedeutsam.
  sich selbst zu überprüfen gehört dazu (1-BG, 179-180) / *es hat sich etwas in mir, weniger bei der Patientin bewegt* (1-BG, 70-71) / *dann selber merkt, das war jetzt nicht in Ordnung* (5-IH, 46) */ bei Zwangsmaßnahmen das eigene Handeln reflektieren* (5-IH, 48) / *habe mich entschuldigt, weil ich ungerecht war* (3-MM, 149-151)
- Patientenorientierung bedeutet das Einbeziehen der Sichtweise der Patienten und Möglichkeiten des Abgleiches und der Verschränkung mit der Perspektive der Pflegenden.
  wir haben zugehört, wie die Patienten ihre Situation schildert; wir haben zugehört, welche Ängste die Patientin schildert; im Gespräch zwischen Patientin und Bezugspflegeperson wurde herausgearbeitet, wie Ziele im Alltag zu erreichen sind (5-IH, 22-23 und 29-30) / *jeder Mensch möchte sich erklären, seine Vorstellungen vorbringen können und nicht gleich abgewimmelt werden* (3-MM, 157-158) / *seine Sicht und meine Sicht wurden besprochen* (2-CH, 57)
- Pflegende sind begrenzt in ihren Möglichkeiten des Nachvollziehenkönnens und von Empathie und deshalb auf Erfahrene als Experten angewiesen.
  wir meinen, wir sind Profis - sind wir aber nicht (1-BG, 59) / *da fehlt jemand, der Nebenwirkungen und auch den Benefit von Medikamenten benennen kann; der die Wirkung von Medikamenten in Bezug zu Zeit und verändertem Erleben von Nutzen und nicht Nutzen setzen kann* (6-KP, 137-141) / *die Erfahrung mit der Einnahme von Psychopharmaka habe ich nicht* (6-KP, 186-187)

Tab. 10: K ´2 - Eine Grund- und Arbeitshaltung entwickeln

K ´2 Eine Grund- und Arbeitshaltung entwickeln
• Ich kann genauso von psychischer Erkrankung betroffen sein, wie jeder andere Mensch (2) • Jeder Mensch hat die Möglichkeiten für und die Aussicht auf eine positive Entwicklung die Zeit benötigt und für die es sich zu engagieren lohnt (2, 6) • Pflegende sind begrenzt in ihren Möglichkeiten des Nachvollziehen Könnens und von Empathie und deshalb auf Erfahrene als Experten angewiesen (1, 6) • Veränderungsprozesse beginnen bei sich und benötigen Selbsterfahrung und Selbstreflexion (1, 2, 5) • Patientenorientierung bedeutet das Einbeziehen der Sichtweise der Patienten und Möglichkeiten des Abgleiches und der Verschränkung mit der Perspektive der Pflegenden (2, 3, 5) • Pflegende wirken therapeutisch durch unspezifisch vermittelte allgemeine Faktoren wie Authentizität, Gelassenheit, Verbindlichkeit, Geduld, Fairness, Gerechtigkeit und Ehrlichkeit (2, 3, 5) • Hoffnung und deren Vermittlung ist ein hoher Wert und zentrales Thema in der Psychiatrie (1, 2 ,4 ,5) • Bedürfnisse sind gleichwertig, jedoch für verschiedene Menschen unterschiedlich wichtig. Jedem Menschen stehen zu verschiedenen Zeiten mehr oder weniger sozial angemessene Wege der Bedürfnisbefriedigung zur Verfügung (4) • Jeder Mensch möchte etwas bewirken und sich erklären können und gesehen werden (3)

5.1.3 Kategorie ´3: Sich innerer Glaubenssätze bewusst werden

Entscheiden

Die Reflexion von Standpunkten und Einstellungen zu Menschenbild, Auffassung von Pflege, Verständnis psychischer Erkrankung und handlungsleitenden Motiven der Berufsausübung i. S. einer Grund- und Arbeitshaltung, schließt auch die Auseinandersetzung mit Zusammenhängen, Attribuierungen und Erklärungsmustern zum beruflichen Handeln ein. Die Vorstellungen *von der Welt* hinsichtlich richtig und falsch, Ursache und Wirkung oder hilfreich und hinderlich (siehe Arbeits- und Grundhaltung S. 28) kristallisieren sich in *inneren Glaubenssätzen*, die im erweiterten Sinne als *operative Abbilder* der *Handlungsregulationstheorie* verstanden werden können (siehe S. 26). Berufliche Handlungen werden zielgerichtet auf der Grundlage von gedanklichen Handlungsplänen durchgeführt. Diese vollziehen sich nicht immer bewusst, Handlungen können auch automatisiert ablaufen. Grundlage ist jedoch immer eine *Entscheidung* für oder gegen eine Handlung, unabhängig vom Bewusstheitsgrad.

Die in den Kategorien K ´4, K ´5 und K ´6 zusammengefassten Veränderungen zum Handeln sind durch diese handlungsleitenden inneren Glaubenssätze zur Berufsausübung bedingt. Das Phänomen des *Sich-bewusst-werdens* sozialer Konzepte an sich, wird als Veränderung einer beruflichen Handlung in der Folge der Begegnung mit Experten durch Erfahrung betrachtet. Dies stellt eine Teilkompetenz der Selbstreflexion dar.

Die Ergebnisse innerhalb dieser Kategorie gliedern sich entsprechend aus dem Material identifizierter thematischer Bezugspunkte.

Selbstwahrnehmung

- Bewusstheit wechselseitiger Abhängigkeit sozialer Interaktionsprozesse wächst.
  wir konnten nur so handeln, weil die Patientin so offen und so kooperativ war (5-IH, 92-93) / *ich denke, dass wir da so offen darüber kommuniziert haben; so konnte die Patientin sich auch öffnen* (5-IH, 101-104)
- Die Sicht auf psychisch erkrankte Menschen verändert sich:
  - zum Verlauf und Phänomenologie psychiatrischer Erkrankungen,
    *vor Jahren hätte ich gesagt, einmal Stimmen hören, immer Stimmen hören, wer weiß, ob der noch mal beruflich irgendwas hinbekommt (*2-CH, 338-341)
  - zur Behandlung,
    jetzt mittlerweile weiß ich, es gibt Menschen, die hören Stimmen, die verzichten auf Medikamente (2-CH, 341-342)
  - zu Auswirkungen auf die berufliche Perspektive,
    die Expertin durch Erfahrung hat beruflich richtig was auf die Füße gestellt (1-BG, 155-156)
  - zu Auswirkungen auf den Lebensalltag.
    Stimmen hörende Menschen kommen gut zurecht und sind nicht eingeschränkt in ihrem Alltag, sie können das integrieren (2-CH, 342-343)

Wirkung von Experten

- Die Arbeit mit Experten durch Erfahrung wird in Zusammenhang mit einer verbesserten Patientenorientierung pflegerischer Angebote gebracht.
  die Expertin durch Erfahrung hat auch Erfahrungen gemacht, die von ihr negativ erlebt wurden und sie kann somit dazu beitragen, dass Pflegende ihre Arbeit besser machen könnten (4-JL, 266-268) / *Erfahrungsberichte helfen, sich in die Lage der Menschen hineinzuversetzen* (4-JL, 269)
- Begegnungen in den Rollen im unterrichtlichen Kontext werden symmetrischer als in einer psychiatrischen Institution wahrgenommen.
  auf Station erlebt man die Betroffenen als Patienten und nicht als Mitmenschen (4-JL, 270-271).
- Routinehandlungen im beruflichen Alltag werden durch den Einbezug von Psychiatrie erfahrenen Menschen wieder stärker reflektiert.
  im beruflichen Alltag fahren sich Routinen ein, aber jeder Patient ist individuell zu berücksichtigen (5-IH, 234-236) / *wenn ehemalige Patienten zu Diskussionen ins Team kommen würden* (5-IH, 244-250)

Organisation der Berufspraxis

- Die Wichtigkeit von Genesungsbegleitern als Erweiterung des Angebotes der Arbeitsbereiche wird erkannt - die Ergänzung um eine andere Berufsgruppe gewinnt an Bedeutung.
  da fehlt jemand der Nebenwirkungen und auch den Benefit von Medikamenten benennen kann; der die Wirkung von Medikamenten in Bezug zu Zeit und verändertem Erleben von Nutzen und nicht Nutzen setzen kann; da fehlt jemand, der das aus doppelter Sicht vermitteln kann (6-KP, 137-142).
- Die *enge* Sektor-Perspektive Krankenhaus erfährt eine Erweiterung.
  wir kennen in der Klinik nur den kurzen Ausschnitt von wenigen Wochen und der ist sehr begrenzt (2-CH, 269-270) / *wir erleben die Menschen nur auf Station und nicht in deren Lebenswelt* (2-CH, 293-295)

Pflegehandeln

- Das Berücksichtigen von erprobten Bewältigungshandlungen wird in Verbindung mit positivem Behandlungsverlauf gebracht.
  bei vielen Patienten hier auf Station kippt die Therapie, weil sie vergessen zu überprüfen, was in der schlechten Phase geholfen hat, damit es wieder besser geht (1-BG, 185-188)
- Das Zurverfügungstehen, das Dasein, ist ein Ausdruck für ernst genommen werden.
  die Patientin ist mit ihren Sorgen zu mir gekommen und da hat sie sich ernst genommen gefühlt, weil ich für sie da war (5-IH, 63-65)
- Standpunkte und Anliegen deutlich zu machen, erhöht die Nachvollziehbarkeit und das Verständnis, verhindert Zurücksetzungsgefühle und klärt damit Situationen.
  jeder Mensch möchte sich erklären, seine Vorstellungen vorbringen können und nicht gleich abgewimmelt werden (3-MM, 157-158) / *in einem gemeinsamen Gespräch hätte der Patient sein Anliegen formulieren können, warum er denkt, dass die Lockerung jetzt anstehen sollte* (4-JL, 235-237)

Tab. 11: K ´3 - Sich innerer Glaubenssätze bewusst werden

K ´3 Sich innerer Glaubenssätze bewusst werden
Bezugspunkt: Selbstwahrnehmung • Selbstwahrnehmung ermöglicht Veränderung von Ansichten (1) • Einsicht: Wahrnehmung von Patienten ist nicht umfassend (2) • Wahrnehmungsveränderung: Phänomen und Folgen psychischer Erkrankung (1): – Stimmen hören ist kein Dauerphänomen und in den Alltag integrierbar (2) – Verzicht auf Medikamente möglich (2) – berufliche Integration möglich (1) – Ressourcen sind immer vorhanden (2) – akute Krankheitsphasen sind nur ein Teil (2) • Perspektivwechsel führt zu Verhaltensänderungen (6) • Selbstreflexion ermöglicht Überprüfung und Korrektur eigenen Handelns (5) • Perspektivverschränkung ermöglicht das Verstehen Denken und Fühlen des anderen, weil Wahrnehmung subjektiv ist (5) • Partizipatives und perspektivverschränkendes Handeln führt zu positiven Ergebnissen (5) • Bedeutungsunterschiede der Dinge sind vorhanden und klärbar (4) **Bezugspunkt: Wirkung von Erfahrenen** • Arbeit mit Expertin durch Erfahrung (4) – verstärkt Patientenorientierung (4) – verstärkt Empathiefähigkeit (4) – führt zu mehr Gleichberechtigung (4) **Bezugspunkt: Organisation der Berufspraxis** • Routinen behindern individuelle Patientenorientierung (5) • Einbezug Psychiatrie Erfahrener durchbricht Alltagsroutinen (5) • Keine Berufsgruppe kann Patientenperspektive einnehmen - i. d. R. Fehlen einer gemeinsamen Erfahrung (6) • Ausschließlichkeit klinischer Sichtweise erschwert Abgleich von Patienten- und Behandlersicht (2) • Genesungsbegleiter (6) – verfügen über doppelte Perspektive (6) – können zwischen Patienten und Behandlern vermitteln (6) – verstärken Vertrauen und Anvertrauen zwischen Patient und Behandler (6) **Bezugspunkt: konkretes Pflegehandeln** • Standpunkte und Anliegen deutlich zu machen, erhöht Nachvollziehbarkeit und Verständnis, verhindert Zurücksetzungsgefühle und klärt damit Situationen (3, 4) • Zurverfügungstehen, das Dasein, ist Ausdruck für ernst genommen werden (5) • Hoffnung ist zu vermitteln (1, 2) • Unterschiedliche Bewältigungsstrategien führen zu unterschiedlichen Handlungskonsequenzen - Erweiterung von Handlungsoptionen (1) • Einbezug erprobter Bewältigungshandlungen ermöglicht positive Entwicklung (1) • An- und zurechtweisendes Verhalten setzt den Patienten zurück und kränkt (3) • Im Vorfeld zu erwartender Krisen Absprachen treffen, um sich der Sichtweise des Patienten bewusst sein (5) • Überzeugung von Hoffnung und Perspektive erlaubt von Patienten erlebte Brisanz und Enge zu thematisieren (6)

Ausgehend von den als wichtig und richtig erachteten inneren Leitsätzen vollziehen sich konkrete berufliche Handlungen in den Bereichen der Pflege von Patienten, der Zusammenarbeit mit Berufskollegen und der Gestaltung des Arbeitsbereiches.

5.1.4 Kategorie ´4: Die Pflege mit Patienten umsetzen

Handeln

Bezugspunkt dieser Untersuchung ist die Frage nach konkreten Veränderungen *beruflichen Handelns* durch die Einbindung von Experten durch Erfahrung in Bildungsprozesse. Als dessen Kern können die direkten Patienten bezogenen Tätigkeiten gelten. Es erfolgt eine differenzierende Darstellung von Handlungen, die sich an den Phasen der Beziehungsgestaltung nach Peplau (1995) in einer auf die Gestaltung bezugspflegerischer Gespräche und Begegnung übertragenen Ausarbeitung (Michel, 2013, S. 27) orientiert (Tabelle 12).

Vorbereitung (Vor der Begegnung)

- Gestaltung des Kontaktes hinsichtlich Raum und Zeit, um ein störungsarmes und möglichst symmetrisches Gespräch zu ermöglichen.
  ich habe mir die Zeit genommen, dem Patienten im Stützpunkt einen Platz angeboten und mit ihm gesprochen (2-CH, 44-47)
- Reflexion über die Berücksichtigung unterschiedlicher Sichtweisen.
  darüber nachgedacht, dass alle Perspektiven berücksichtigt werden müssen (5-IH, 14-15)

Orientierung

- Gemeinsames Interesse an der Verbesserung einer schwierigen Situation wird zurück gemeldet.
  ich habe der Patientin gesagt, dass ich es gut mit ihr meine und sie sehr mag und hoffe, dass es ihr besser gehen wird (1-BG, 76-77)
- Konkrete verbale Rückmeldung zum Ermöglichen von gemeinsamer Zeit.
  habe dem Patienten gesagt, ich nehme mir jetzt die Zeit (2-CH, 89)
- Abgleich von Selbst- und Fremdwahrnehmung durch Rückmeldungen im Gespräch.
  ich habe dem Patienten den gestressten Eindruck, den er von mir hatte, bestätigt (2-CH, 250-257)
- Zurückhaltung beim Formulieren eigener Bedürfnisse und Erfordernisse.
  ich denke mir nur, dass es auch ein bisschen schneller gehen könnte (3-MM, 273)

Identifikation

- Das Einschätzen und Klären von Möglichkeiten und Wünschen der Patienten.
  die Patientin sagte dann, dass sie ein Thema habe, wo sie nicht wisse, mit wem und wie sie es besprechen soll - ich habe sie ermuntert darüber nachzudenken, ob sie es mir in diesem geplanten Gespräch erzählen könne (6-KP, 48-51)

- Arbeitsbündnis herstellen durch gemeinsames Abwägen.
  wir saßen alle zusammen am Tisch, jeder hat gesagt was er denkt und wie er die Situation einschätzt (5-IH, 101-103)

Nutzung

- Handlungsalternativen zur konkreten Gesprächsgestaltung werden reflektiert, damit Raum für Entscheidungen ermöglicht.
  ich hätte der Patientin auch einen Raum des Schweigens und des Sich-Nicht-Anvertrauens zugestehen können (6-KP, 95-96) / *ich hätte ihr sagen können, ich merke, sie sind belastet und finden nicht die rechten Worte, ich biete ihnen Zeit und Raum, aber ich werde nicht bohren* (6-KP, 97-100)
- Eingeschätzte Möglichkeiten und erfragte Wünsche einbeziehen.
  der Wunsch der Patientin ist, nicht mehr so viel über Ausscheidung nachdenken zu wollen, wurde mit in die Pflegeplanung übernommen (5-IH, 34-36)
- Identität und Selbstwert stärken.
  es ging ganz viel über Berührungen, also in den Arm nehmen (1-BG, 80-81)
- Selbststeuerung stärken, indem unterschiedliche Sichtweisen angeboten werden.
  ich konnte dem Patienten bezüglich eines Missverständnisses mit einem Mitpatienten eine andere Sichtweise anbieten (2-CH, 142-145)
- Ableitung konkreter Handlungsschritte zur inhaltlichen und formalen Gestaltung von Gesprächen.
  die Expertin durch Erfahrung hat für mich präsent und prägnant verkörpert, es gibt jemanden, der nach dem Durchlaufen seines individuellen Krankheitsweges wieder im Leben steht; diese Erfahrung hat die Wahrnehmung von Brisanz und Enge in dieser Begegnung [mit der Patientin] erweitert; *die Vorstellung davon, dass es Hoffnung und eine Perspektive gibt, hat mich bewogen in diesem Gespräch weiterzumachen* (6-KP, 158-173)
- Umsetzung konkreter an Partizipation und Eigenverantwortung orientierter Interventionen.
  unterschiedliche Sichtweisen im Gespräch berücksichtigen; Ärzte, Pflegende und Patientin haben sich zusammengesetzt; wie kann das zur Zufriedenheit der Patienten am besten geregelt werden (5-IH, 13-19) / *im Gespräch zwischen Patientin und Bezugspflegeperson wurde herausgearbeitet, wie diese Ziele im Alltag zu erreichen sind* (5-IH, 29-30)

Ablösung

- Zur Rückmeldung der Wirkung von Pflegeinterventionen einladen.
  hinterher hat der Patient berichtet, dass er sich entlastet gefühlt hat (2-CH, 48)
- Metakommunikation und Reflexion von Gesprächen mit Patienten ermöglichen.
  im Nachgang haben wir das Gespräch reflektiert und analysiert (2-CH, 51-53)
- Klärung von Irritationen initiieren.
  im Nachgang habe ich versucht, ein klarstellendes Gespräch zu führen - es konnte jedoch keine Klärung erzielt werden (4-JL, 55-57)
- Selbstreflexion von Gesprächen oder anderen Interventionen durchführen.
  für den Patienten hängt eine Menge dran und für mich ist es eine Entscheidung von vielen, eher eine Kleinigkeit, die zwischen Tür und Angel geregelt werden kann (4-JL, 357-366)

Tab. 12: K ´4 - Die Pflege mit Patienten umsetzen

K ´4 Die Pflege mit Patienten umsetzen
Vorbereitung (Vor der Begegnung) *Selbstklärung* • Kein Wissen darüber, wie Patientin Pflege erlebt (1) • Rückgriff auf subjektorientierte Konzepte einer theoriegeleiteten Praxis (Empowerment, Recovery) (1) • Reflexion über Einbeziehung des Patienten (2) • Ziele: – Selbstwirksamkeit erlebbar machen (5) – Zufriedenheit und Reduktion von Sorgen des Patienten (5) – von der Patientin als hilfreich und verstehend erlebt werden zu wollen (6) *Information/ Antizipation* • Vergleiche mit somatisch chronisch erkrankten Menschen möglich machen (2) • Konzentration auf den Patienten und seine Situation (2) *Das Außen gestalten* • Störungsarmes und symmetrisches (2) Gespräch ermöglicht Zeit und Raum für (5) – Situationsschilderung (5) – erzählen von Ängsten (5) – Einschätzung zu Zusammenhängen (5) – Einbezug früheren Bewältigungshandelns (5) – Absprachen zur Erreichung gemeinsam vereinbarter Ziele (6) – wechselseitige Darstellung von Sichtweisen (5) **Orientierung** *Wechselseitiges klären* • Einschätzung einer Notwendigkeit, eine Absprache zu treffen (6) • Bei Zwangsmaßnahmen die Sicht des Patienten nicht vergessen (5) • Aktuelle Möglichkeiten zur Eigeninitiative der Patientin einschätzen (6) • Das Erleben, die Ansichten und Einschätzungen des Patienten nachfragen (2) *Sich als Person zeigen* • Wunsch auf günstigen Verlauf und Gesundung (1) • Mit fehlbaren Verhalten offen umgehen (5) • Gemeinsames Interesse an der Verbesserung einer schwierigen Situation rückmelden (1)

K´4 Die Pflege mit Patienten umsetzen
zum sprachlichen Ausdruck ermutigen • Rückmeldung, ich nehme mir Zeit (2) • Zurückhaltung beim Formulieren eigener Bedürfnisse und Erfordernisse (3) **Identifikation** *Gemeinsames Verständnis entwickeln* • Zurückhaltendes Gesprächsverhalten als Ausdruck von Not und Bedrücktheit interpretieren (6) • Wahrgenommene Verhaltensveränderungen nachfragen (6) • Bestätigung von Eindrücken des Patienten zum eigenen Verhalten (2) *Arbeitsbündnis herstellen* • Aktuelle Möglichkeiten zur Eigeninitiative der Patientin einschätzen (6) • Gemeinsames Abwägen von Handlungsalternativen (5) **Nutzung** *Zeit-Räume ermöglichen* • Raum für Entscheidungen ermöglichen (6) • Raum und Zeit für Erzählen und Gespräch ermöglichen (3) • Zum Nachdenken anregen (6) • Emotionales Mitschwingen und Anpassung des Sprachniveaus (3) *Akzeptieren und klären* • Erfahrung, dass Besserung Zeit und Geduld braucht(1) • Das Erleben, die Ansichten und Einschätzungen des Patienten berücksichtigen (2,5) • Rückmeldung, verändert erlebten Kommunikationsverhaltens (6) *Vereinbarungen treffen* • Eingeschätzte Möglichkeiten und erfragte Wünsche einbeziehen (6) • Vereinbarung mittels Handschlag treffen (6) *Identität stärken* • In den Arm nehmen (1) • Rückmeldung, dass sie gemocht wird (1) • Rückmeldung, dass trotz Erkrankung ein erfülltes Leben geführt werden kann (1) *Selbststeuerung stärken* • Unterschiedliche Sichtweisen ermöglichen, anbieten (2) • Im Gespräch die eigene Außenperspektive zur Verfügung stellen (6) **Ablösung** *Zusammenfassen* • Gesprächsangebote machen - stärker zu steuern (6) • Rückmeldung an Patientin: – dass Weinen Ausdruck positiver Entwicklung sein kann (1) – gut, dass Sie sich mittgeteilt haben (6) *Reflektieren* • Inhaltlich (2) und metakommunikativ (2) • Einschätzung der Reaktion des Patienten als Folge des eigenen Verhaltens (3) *Nachbereiten* • Unangemessenes Verhalten dem Patienten gegenüber wird entschuldigt (3) • Behandlungsteam und Patient vereinbaren Maßnahmen (5) • Klärung von Irritationen im Nachgang (4)

Es wird die Nähe zum Verständnis der EX-IN Ausbildung deutlich, das von einem Prozess des ICH-Wissens zum WIR-Wissen ausgeht (siehe Kapitel 3.2.1.4). Die Pflegenden

werden sich mittels selbstreflexiver Handlungen ihres ICH-Wissens klarer (Grundhaltung und handlungsleitende Motive), beziehen (in diesem Fall) die Patienten zur Perspektivverschränkung ein und leiten aus dem *gemeinsam Verstandenen* mit den Patienten verhandelte Interventionen ab.

5.1.5 Kategorie ´5: Mit Berufskollegen zusammenarbeiten

Handeln

Psychiatrisch Tätige arbeiten in aller Regel im Team zusammen. Unterschiedliche Berufsgruppen machen spezifische Angebote, die verschiedenen Prozesse sind miteinander zu koordinieren. Gemeinsam ist allen ein übergeordneter Behandlungsauftrag, der entsprechend der jeweiligen Kompetenzen und Qualifikationen berufsgruppenspezifisch ausgestaltet wird. Ein gemeinsames Verständnis, eine Arbeits- und Grundhaltung, soll alle psychiatrischen Gesundheitsdienstleister verbinden. Diese schließt auch die Einsicht in die Notwendigkeit von Teamarbeit (Arbeit in einer Gruppe) ein, wie sie z. B. von Dörner et al. (2013, S. 31-34) formuliert werden. *Menschen sind existentiell vom Leben in einer Gruppe abhängig*. Sie wachsen in Gemeinschaften auf, leben und lernen mit anderen Menschen, benötigen Resonanz und Unterstützung: „Der Mensch als Einzelwesen ist unvollkommen angelegt." (Dörner et al., 2013, S. 31).

Wahrnehmung ist selektiv und subjektiv. Die einzelnen Berufsgruppen sind z. T. höchst unterschiedlich sozialisiert und verfolgen als Profession unterschiedliche Aufträge. Deshalb kann kein Mitglied irgendeiner Berufsgruppe einen Patienten in seiner wirklichen Ganzheit erfassen und ein alleiniges wirksames Angebot formulieren: ein *Wissens- und Erfahrungsaustausch* wird zwingend erforderlich.

Aus der Annahme, dass psychisch erkrankt sein, etwas mit einer eingeschränkten Fähigkeit Beziehungen zu gestalten zu tun hat, resultieren Anforderungen an ein Unterstützungsangebotes, dass möglichst viel *gute* Beziehung als Modell vorhält. Der psychisch erkrankte Mensch kann von der Beziehungsvielfalt und -offenheit eines Teams profitieren. Die Kategorie K ´5 wird damit in ihrer Eigenständigkeit begründet.

- Kollegiale Hinweise zur Fachlichkeit werden möglich.
  Expertin durch Erfahrung hat im Unterricht gesagt, Geduld ist das wichtigste; das habe ich den Kollegen gesagt (1-BG, 52-53) / *ganz wichtig ist, Hoffnung zu bewahren, dass es besser wird; das muss man der Patienten immer wieder sagen* (1-BG, 55-56)
- Sensibilisierung für das Thema EX-IN erfolgt.
  ich habe auf Station von den Unterrichten erzählt und es gab interessierte Diskussionen; wir müssten viel mehr Hausbesuche machen, das Sichtfeld erweitern (2-CH, 288-293).

- Einschätzung der Fachlichkeit der Kollegen verändert sich.
  andere Kollegen fordern eher zum schnelleren Handeln auf (3-MM, 267) / *die mitschwingenden negativen Aspekte, die ich da so gefühlt habe, wollte ich nicht haben* (6-KP, 187-189)
- Selbstwahrnehmung von Gefühlen als Teil professionellen Handelns benennen.
  das ist nicht schlimm, das hat etwas mit Überprüfung zu tun, wie es mir damit geht; kann ich dem Patienten noch gerecht werden (1-BG, 60-62)

Tab. 13: K ´5 - Mit Berufskollegen zusammenarbeiten

K ´5 Mit Berufskollegen zusammenarbeiten
• Kollegiale Hinweise zur Fachlichkeit: – Selbstwahrnehmung und Mitteilung von Erleben und Gefühlen (z. B. Belastung) ist Ausdruck von Fachlichkeit (1) – Bedeutung der Vermittlung von Geduld und Hoffnung an Patienten (1) – dem Patienten gerecht zu werden, bestimmt berufliches Handeln (1) • Kollegen erleben Rückmeldung zur Hoffnung hilfreich (1) • EX-IN wird Thema im Praxisfeld (2) • Rückgriff des Teams auf erprobte Maßnahmen (1) • Einschätzung der Fachlichkeit der Kollegen verändert sich(3,6) und führt zu Abgrenzungswünschen (6)

5.1.6 Kategorie ´6: Den Arbeitsbereich organisieren

Handeln

Die große Bedeutung des Einflusses von Bedingungen und Strukturen auf das Handeln von Menschen und in der Folge auf die erreichten Ziele und Ergebnisse ist vielfach beschrieben. Sie begründet die Eigenständigkeit dieser Kategorie. Eine im Sozial- und Gesundheitswesen anerkannte als auch weit verbreitete Grundlage des Qualitätsmanagements, sind die Qualitätsdimensionen nach Donabedian (1980, z. n. Zollondz, 2011, S. 170-171). In diesem Modell werden Struktur-, Prozess- und Ergebnisdimensionen unterschieden: *Strukturqualität* beschreibt die räumlich-sächlichen, personalen und fachlichen Ressourcen, *Prozessqualität* die eigentlichen Tätigkeiten, die zur Erbringung z. B. einer Dienstleitung notwendig sind und *Ergebnisqualität* die Ergebnisse der erbrachten Dienstleitung. Die Aussage hinter diesem Modell: bestimmte Bedingungen sind nötig, um bestimmte Prozesse mit bestimmten Ergebnissen zu erzielen.

- Anpassung der Arbeitsprozesse hat entsprechend der Möglichkeiten der Patienten zu erfolgen.
  ihr müsst mit dem Patienten gehen, nicht sich der Patient an den Stationsablauf anpassen (1-BG, 53-55)
- Arbeitsprozesse berücksichtigen die Belastungsgrenzen von Mitarbeitern.
  ich habe dann gesagt, wir müssen umstrukturieren (1-BG, 59)

- Berücksichtigung der Gesamtheit von (Lebens-)Zeit.
  wir sollten nicht nur die letzten Wochen vor und nach einem Kliniksaufenthalt bedenken, sondern auch Monate, besser Jahre in den Blick nehmen (2-CH, 299-301)
- Dokumentation von Absprachen und Wünschen erhöht die Verbindlichkeit des Einhaltens.
  der Wunsch der Patientin ist, nicht mehr so viel über Ausscheidung nachdenken zu wollen, wurde mit in die Pflegeplanung übernommen; Mitarbeiter, die nicht direkt an den Absprachen beteiligt waren, sollen auch so mit ihr arbeiten können (5-IH, 34-38)
- EX-IN Personen ergänzen die Behandlungsteams.
  ich wünsche mir EX-IN ausgebildete Genesungsbegleiter in vielen Häusern als Ergänzung des Behandlungsteams (6-KP, 209-212)

Tab. 14: K ´6 - Den Arbeitsbereich organisieren

K ´6 Den Arbeitsbereich organisieren
• Patientenorientierte Arbeitsprozesse im Krankenhaus (1) – Berücksichtigung des häuslichen Umfeldes (2) – Berücksichtigung der beruflichen Perspektive (2) – Berücksichtigung der Gesamtheit von (Lebens-)Zeit (2) – Dokumentation der Wünsche und Bedürfnisse (5) – Verbindlichkeit zum Einhalten von Absprachen (5) • Arbeitsprozesse berücksichtigen die Belastungsgrenzen von Mitarbeitern (1) • Begegnungen mit EX-IN Personen sind verbindlicher Bestandteil der Berufsausübung (2), weil sie Alltagsroutinen durchbrechen (5) • EX-IN Personen ergänzen Behandlungsteams (6)

Ausgehend von der systematisierenden Anwendung der Schritte des Wahrnehmungs- und Handlungsprozesses wurden die Ergebnisse der Untersuchung in Bezug auf die Patienten, die Kollegen sowie den Arbeitsbereich als Organisation erläutert. Die Überprüfung der Wirkungen dieser Handlungen, die Bewertung, resultiert aus zwei Quellen, die einen Abgleich zwischen Soll und Ist erlauben: die Rückmeldungen von Patienten, die diese direkt an die Pflegenden adressieren, sowie die von den Pflegenden gemachten Beobachtungen von Patientenverhalten und die Interpretation dieser Wahrnehmungen. Die zweite Option stellt die Reflexion der eigenen Anteile an den Handlungen gegenüber Patienten, den Kollegen und auf die organisatorischen Belange bezogen dar. Angemerkt sei, dass eine scharfe Trennung vor dem Hintergrund der Wechselseitigkeit in Interaktionsprozessen nicht erfolgt.

5.1.7 Kategorie ´7: Rückmeldungen von Patienten erhalten

Bewerten

Von Pflegenden interpretierte Wahrnehmungen und von Patienten explizierte Rückmeldungen dienen der Bewertung von Wirkungen der Interventionen. Sie geben Impulse zur Selbstwahrnehmung des eigenen Erlebens und Befindens: Reflexion sowie Selbstreflexion pflegerischen Handelns werden möglich.

- Gespräche führen dazu, dass Hoffnung entsteht.
  Patienten melden mir zurück, dass sie nach Gesprächen mit mir wieder einen Schimmer am Himmel sehen können (1-BG, 225-228)
- Patienten melden entlastende Wirkung von Interventionen zurück.
  hinterher hat der Patient berichtet, dass er sich entlastet gefühlt hat (2-CH, 48)
- Selbst- und Fremdwahrnehmung zur Wirkung von Begegnungen abgleichen.
  Patient hat gesagt, dass er sich in dieser Situation nicht verstanden gefühlt hat (3-MM, 133-135)
- Einbeziehendes und abstimmendes Handeln fördert Vertrauen zwischen Patienten und Behandlern.
  wir saßen alle zusammen am Tisch, jeder hat gesagt was er denkt und wie er die Situation einschätzt; so konnte die Patientin sich auch öffnen (5-IH, 101-104)
- Gemeinsam vereinbarte Absprachen werden eingehalten.
  die Patientin holte die Tabletten aus ihrem Zimmer und übergab sie mir zur Vernichtung (6-KP, 36-38)
- Patienten melden fehlende Erfahrungen zum Behandlungserleben zurück.
  *die Patientin sagte, IHR wisst ja nicht, wie das ist, diese Tabletten zu schlucken; IHR wisst ja nicht, wie das mit Nebenwirkungen ist (*6-KP, 129-131)

Tab. 15: K ´7 - Rückmeldungen von Patienten erhalten

K ´7 Rückmeldungen von Patienten erhalten
• Aussage, dass nach Gespräch Hoffnung wächst (1) • Gemeinsam verhandelte Interventionen entlasten (2, 5) • Angebotene Perspektiven werden als hilfreich erlebt (2) • Zur Verfügung gestellte Zeit sorgt für erlebte Verbesserung (2) • Angst vor Stigmatisierung wird benannt (2) • Entschuldigung von Pflegeperson wird angenommen (3) • Abgleich von Selbst- und Fremdwahrnehmung ist möglich (3) • Gemeinsam getroffene Absprachen werden eingehalten (6) • Unsicherheiten werden benannt (6) • Gewohnte Handlungsmuster zum Umgang mit Medikamenten werden verändert (6) • Offene Ansprache fehlender Selbsterfahrung zu Psychopharmaka auf Seiten der Behandler (6) • Einbeziehendes und abstimmendes Handeln fördert Vertrauen zwischen Patienten und Behandlern (5)

5.1.8 Kategorie ´8: Die Arbeitsprozesse reflektieren

Bewerten

Reflexionsfähigkeit gilt als zentrale Kompetenz professionellen pflegerischen Handelns (u. a. Bohrer, 2009). Sie wird als Befähigung verstanden, a. während pflegerischer Interventionen und in deren Nachgang vergleichend und prüfend über Inhalte und Ablauf nachzudenken, b. die Prozesse der Teamarbeit, c. die Bedingungen des Arbeitsplatzes und d. die eigene Person i. d. S. kritisch zu würdigen und miteinander in Verbindung zu setzen.

- Bedeutungsunterschiede persönlicher Anliegen und Bedürfnisse in Selbst- und Fremdwahrnehmung werden wahrgenommen und anerkannt.
  ich war nicht empathisch genug zu verstehen, dass der Patient jetzt einen Wunsch hinsichtlich seiner Lockerung hat, hinter dem für ihn eine große Bedeutung steckt (4-JL, 353-356)
- Reaktion des Patienten als Folge des eigenen Verhaltens wird eingeschätzt.
  ich bringe das damit in Verbindung, dass ich trotz seiner eher unfreundlichen Art freundlich geblieben bin (3-MM, 241-244)
- Belastende Arbeitsbedingungen werden wahrgenommen, reflektiert und angepasst.
  betreuende Kolleginnen der zuständigen Gruppenpflege konnten es nicht mehr aushalten; ich habe dann gesagt, wir müssen umstrukturieren (1-BG, 57-59)
- Begrenzung der Krankenhausbehandlung auf akut erkrankte Menschen in einem Lebensabschnitt wird erkannt.
  hier auf Akutstation gehen viele Menschen nicht mehr in den Arbeitsprozess zurück (1-BG, 141-142) / *ich bekomme das nach der Entlassung auch nicht mehr mit, wie es weitergeht* (1-BG-142-143) / *kennen nur die akuten Fälle* (2-CH, 213-214) / *wir kennen in der Klinik nur den kurzen Ausschnitt von wenigen Wochen und der ist sehr begrenzt* (2-CH, 269-270)
- Positive Gefühle als Folge der Begegnungen mit Patienten werden wahrgenommen und hinsichtlich Ursprung und Bedeutung reflektiert.
  Stolz hat mich gemacht, dass ich mich von anderen Aufgaben lösen konnte, um mich dem Patienten zuwenden zu können (2-CH, 179-181) / *ein Stimmen hörender Mann berichtete von seiner Angst, für verrückt erklärt zu werden und sich zu keinem Psychiater traute* (2-CH, 317-323) / *da dachte ich, so ist das also, uh!* (2-CH, 326)

Tab. 16: K ´8 - Die Arbeitsprozesse reflektieren

K ´8 Die Arbeitsprozesse reflektieren
• Einsicht, das Perspektive *Krankenhausbehandlung* begrenzt ist auf – akut erkrankte Menschen in einem Lebensabschnitt (1) – Häufung herausfordernder Situationen (1,2) – Zeit der Behandlung, nicht der Entlassung (1) – fehlenden beruflichen Anschluss akut erkrankter Menschen (1) • Berücksichtigung unterschiedlicher Sichtweisen (5) • inhaltliche und formale Handlungsalternativen in Gesprächen abwägen (4, 6) • Unterschiede von Selbst- und Fremdwahrnehmung wahrnehmen (5) • Bedeutungsunterschiede von Bedürfnissen ermessen (4) • Intention und Interpretation von Aussagen und Verhalten als differierend einschätzen (4,5) – Interpretation sind handlungsleitend (4) – fehlende persönliche Erfahrung mit Psychopharmaka (6) • Einsicht: Komplexität der Anforderungen an Pflegende (4) • Zwangsmaßnahmen und eigenes Verhalten (5) • eigenes Verhalten als fehlbar einschätzen (3) • Wechselseitigkeit der Interaktionsprozesse (3, 4,6)

Mit dem hier eingeschlossenen Wahrnehmungsanteil beginnt idealtypisch wieder der Handlungskreislauf.

In der nachfolgenden zusammenfassenden grafischen Darstellung werden die einzelnen Kategorien dem jeweiligen Prozessschritt des Handlungsprozesses zugeordnet und die Aussagen pro Kategorie verdichtet. Der hier vollzogene Schritt kann als nochmalige Reduktion i. S. der zusammenfassenden Inhaltsanalyse verstanden werden.

5.1.9 Zusammenfassende Darstellung des Kategoriensystems

Wahrnehmen/ Beobachten

K´1 Mit der Expertin durch Erfahrung lernen

- Verkörpert persönliche und berufliche Entwicklung trotz Erkrankung
- Lebt selbstbestimmt und setzt sich für andere ein
- Wird als Modell für Bewältigungshandeln erlebt
- Löst Beeindruckung und Staunen aus
- Stellt bisherige Erfahrungen der Pflegenden in Frage

Einschätzen

K´2 Eine Grund- und Arbeitshaltung entwickeln

- Begegnung löst Auseinandersetzung mit bisherigen persönlichen Sichtweisen und Einstellungen aus:
  - Was wäre mir wichtig, sollte ich psychisch krank werden?
  - Wie sind meine Vorstellungen zu Wesen, Verlauf und Auswirkungen psychischer Erkrankung?
  - Weiß ich, was Patienten als entwicklungsfördendes pflegerisches Handeln erleben?
- Was waren bisherige, was werden zukünftige Maßstäbe meines beruflichen Handelns sein?

Entscheiden

K´3 Sich innerer Glaubenssätze bewusst werden

- Selbstwahrnehmung ermöglicht Veränderung von Ansichten und Handlungen
- Perspektivverschränkung lässt das Verstehen Denken und Fühlen des anderen zu und führt zu positiven Ergebnissen
- Ausschließlichkeit klinischer Sichtweise erschwert Abgleich von Patienten- und Behandlersicht
- Wahrnehmungsveränderung zu Wesen und Folgen psychischer Erkrankung ist handlungsleitend
- Genesungsbegleiter verfügen über doppelte Perspektive und verstärken Vertrauen und Anvertrauen zwischen Patient und Behandler

Handeln

K´4 Patienten

- Alle Schritte einer vollständigen beruflichen Handlung (orientiert an den Phasen nach Peplau) bilden sich ab
- Selbstwahrnehmung und -reflexion als Grundkompetenz pflegerischen Handelns
- Umsetzung konkreter an Partizipation und Eigenverantwortung orientierter Interventionen durch
- Veränderung von Inhalt und Form pflegerischer Interventionen

K´5 Berufskollegen

- Einschätzung der Fachlichkeit der Kollegen verändert sich
- Kollegiale Hinweise zur Fachlichkeit werden gegeben
- Sensibilisierung für das Thema EX-IN vollzieht sich
- Bedeutung von Hoffnung wird von Kollegen erkannt
- Selbstwahrnehmung eigenen Erlebens wird als Teil professionellen Handelns eingefordert

K´6 Arbeitsbereich

- Die Organisation von Arbeitsstrukturen und -prozessen erfolgt angepasst an die Möglichkeiten der Patienten
- Die Organisation von Arbeitsstrukturen und -prozessen berücksichtigt ebenso die Belastungsgrenzen von Mitarbeitern
- EX-IN Personen ergänzen die Behandlungsteams
- Krankenhausbehandlung berücksichtigt die Gesamtheit von (Lebens-) Zeit

Bewerten

K´7 Rückmeldungen von Patienten

- Hoffnung vermitteln ist von Bedeutung
- Einbeziehendes Handeln fördert das Vertrauen
- Verhandelte Interventionen können besser eingehalten werden und entlasten
- Gewohnte (auch dysfunktionale) Handlungsmuster können verändert werden

K´8 Arbeitsprozesse reflektieren

- Bedeutungsunterschiede persönlicher Anliegen und Bedürfnisse anerkennen
- Sich über die Wechselseitigkeit sozialer Interaktionsprozesse bewusst werden
- Arbeitsbedingungen patientenorientiert und mitarbeiterentlastend organisieren
- Handlungsalternativen abwägen

Abb. 14: Zusammenfasende Darstellung des Kategoriensystems

5.2 Bezüge zur theoretischen Einbettung

Im Kapitel 3 wurden die theoretischen Bezüge zum Untersuchungsgegenstand umrissen. Vier als wesentlich erachtete Zusammenhänge zwischen diesen Ausführungen und den Ergebnissen der inhaltsanalytischen Zusammenfassung werden ergänzend zu der Darstellung des Kategoriensystems und den dort ausgeführten Ableitungen verdeutlicht:

- Dem Prozess sozialer Interaktion kommt eine besondere Bedeutung als verbindendes Element innerhalb des inhaltlichen und forschungsmethodischen Bezugsrahmens sowie der Handlungsmethodik psychiatrisch Pflegender zu (Abbildung 9).
- Der Recoveryansatz spiegelt das Paradigma der Personenorientierung wieder und kommt als handlungsleitendes Konzept zum Tragen.
- Die Umsetzung der Dimensionen des Arbeitsprozesswissens gewährleistet eine ganzheitliche Aufgabenbewältigung der Pflegenden.
- Beruflich tragende Werte, Gefühle und Handlungskompetenzen grundieren das Handeln durch dessen Hinterlegung mit einer reflektierten Arbeits- und Grundhaltung.

5.2.1 Reflexion und Gestaltung des Prozesses sozialer Interaktion

Aus den Aussagen der Befragten lässt sich eine Auswirkung auf die Gestaltung des Prozesses sozialer Interaktion als zentrale Methode Pflegender in der Psychiatrie schließen. Um die Paraphrasen besser einordnen zu können, erfolgt über die Kurzdefinition hinaus eine Differenzierung des Interaktionsprozesses.

Immer wenn zwei oder mehr Menschen miteinander in Beziehung bzw. Kontakt treten, kann von Interaktion gesprochen werden. „Ein wesentliches Merkmal der sozialen Interaktion […] ist die wechselseitige Abhängigkeit oder Interdependenz der Interaktionspartner.“ (Becker-Beck, 1997, S. 21). D. h., alle verbalen und nonverbalen Kommunikationsanteile sowie Verhaltensweisen und Handlungen, die von einem Interaktionspartner gemacht werden, sind immer in Zusammenhang mit denen des jeweils anderen Interaktionspartners zu betrachten: sie sind davon nicht trennbar. (Carraro & Hintringer, 2010). „Das Verhalten von zwei Personen A und B lässt sich nicht unabhängig voneinander, sozusagen nebeneinander beschreiben. Es ist vielmehr aufeinander bezogen und beeinflusst sich. Soziale Interaktion [...] bedeutet also, dass das Verhalten mindestens eines Beteiligten durch das Verhalten eines oder mehrerer anderer beeinflusst wird.“ (Crott, 1979, S. 14). Konkreter formuliert: „Nach der Eröffnung ist jede Handlung zugleich Reaktion auf eine vorangegangene Handlung des Interaktionspartners und ebenso Sti-

mulusbedingung für dessen folgende Handlung.“ (Crott, 1979, S. 18). Handlungsbestimmend sind entsprechend der Prämissen des Symbolischen Interaktionismus die Bedeutungen, die dem Handeln des jeweils anderen zugemessen werden. Das sich Bewusstwerden der Einflussfaktoren, die diese Bedeutungen bestimmen (Interpretationsmuster determinierende Faktoren siehe Abbildung 1), führt u. a. zur Notwendigkeit Selbstwahrnehmungsprozesse zu initiieren. In deren Folge kommt es zu einer bewussteren Gestaltung von Begegnungen. Diese können dadurch zielgerichteter patientenorientiert und gesundheitsfördernd gestaltet werden.

Auf Selbstwahrnehmung und Reflexion von Wechselseitigkeit in Interaktionsprozessen beziehen sich u. a. diese Stellen aus dem Textmaterial:

- *ihr müsst sagen, wie es euch damit* [Belastungsgefühle] *geht* (1-BG, 59-60)
- *das hat etwas mit Überprüfung zu tun, wie es mir damit geht* (1-BG, 61)
- *früher, die Arbeit in der Akutpsychiatrie war einfacher, weil da hatte ich Schubladen mit den Verrückten drin, die hatten mit mir nichts zu tun; ich war in einer anderen Schublade* (2-CH, 224-226)
- *ich habe dem Patienten den gestressten Eindruck, den er von mir hatte, bestätigt* (2-CH, 250-257)
- *wir denken, wir sind offen und denken allumfassend, ganzheitlich; so ist es aber nicht* (2-CH, 296-298)
- *da dachte ich, so ist das also, uh!* (2-CH, 326)
- *zuerst dachte ich, ach je - so einer* (3-MM, 208)
- *ich fand das erstaunlich, dass der Patient oben geblieben ist und gewartet hat, bis ich die Sachen gebracht hatte* (3-MM, 223-224)
- *ich bringe das damit in Verbindung, dass ich trotz seiner eher unfreundlichen Art freundlich geblieben bin* (3-MM, 241-244)
- *ich war wütend auf mich und hatte ein unbefriedigendes Gefühl, weil ich auf das Tür- und Angelgespräch eingegangen bin* (4-JL, 131-133)
- *in dem Moment war ich etwas überrascht und auch etwas überfordert (Tür und Angel Situation, Dokumentation und die anderen Patienten im Hinterkopf), um auf die Idee zu kommen, in einen anderen Raum zu gehen* (4-JL, 184-188)
- *die Dokumentation ist mir wichtig, ich muss mit meiner Arbeit zu einem bestimmten Zeitpunkt fertig sein* (4-JL, 195-201)
- *mich ärgert es, ausgerechnet mit dem Patienten, der eine klare Kommunikation benötigt, die Entscheidung zu einem schnellen Nein getroffen zu haben* (4-JL, 330-330)

- *Patienten kommen und fragen 50 Sachen auf einmal, die Wünsche sind ja auch da und das ist ja auch richtig* (4-JL, 344-346)
- *für den Patienten hängt eine Menge dran und für mich ist es eine Entscheidung von vielen, eher ein Kleinigkeit, die zwischen Tür und Angel geregelt werden kann* (4-JL, 357-366)
- *ich fühlte mich deswegen zufrieden, weil die Patientin sehr zufrieden war, da sie sich dadurch erleichtert fühlte, die Mitarbeiter immer ansprechen zu können* (5-IH, 52-53)
- *ich denke, dass wir da so offen darüber kommuniziert haben (5-JL, 101) / so konnte die Patientin sich auch öffnen* (5-JL, 103-104)
- *man muss die Patienten immer mit ins Boot holen und die jeweilige Sichtweise kommunizieren; weil man sonst nicht weiß, was der andere denkt und fühlt* (5-JL, 114-116)
- *diese Erfahrung* [Unterricht mit Expertin durch Erfahrung] *hat die Wahrnehmung von Brisanz und Enge in dieser Begegnung erweitert* (6-KP, 162-163)
- *da störte mich geradezu das IHR* [in Verbindung mit einem als nicht verstehend erlebten Team gebracht zu werden]; *da fühlte ich mich in ein IHR eingegossen* (6-KP, 179-181)
- *ich wollte nicht als zum Team zugehörig erlebt werden* (6-KP, 184-186)
- *die mitschwingenden negativen Aspekte, die ich da so gefühlt habe, wollte ich nicht haben* (6-KP, 187-189)
- *der starke Einschnitt ins Leben einer betroffenen Person ist mir sehr eindrücklich hängengeblieben* (6-KP, 195-196)

Die Bewusstheit, dass Aktion und/ oder Reaktion des jeweils anderen immer (auch) eine Folge eigenen Verhaltens ist, wird als Einsicht in die wechselseitige Bedingtheit von Handlungen bewertet. Damit können alle Handlungen zwischen Menschen, auch die als dysfunktional eingeschätzten Verhaltensweisen, als durch die eigene Beteiligung am Interaktionsprozess mit bedingt verstanden werden. Daraus folgt:

- Pflegende kommen als wesentliche Größe des sozialen Milieus einer psychiatrischen Gesundheitseinrichtung zum Tragen.
- Das Verhalten von Patienten ist nicht nur durch krankheitsspezifische Faktoren erklärbar; es verändern sich Attributionen der Pflegenden.
- Die Veränderung des eigenen Verhaltens ermöglicht dem Patienten anders, vielleicht weniger dysfunktional, zu Handeln.

- Klärungen von Intention des Senders und Interpretation des Empfängers führen dazu, dass Eigen- und Fremdbild weniger stark voneinander abweichen und es zu weniger Missverständnissen kommen kann.
- Eine Reflexion und kritische Würdigung von Handlungen führt zur Einsicht, dass Bedeutungsunterschiede persönlicher Anliegen in Selbst- und Fremdwahrnehmung regelhaft vorhanden sind, unterschiedliche Bedeutungen prinzipiell klärbar sind.

Die zur bewussteren Gestaltung sozialer Interaktionsprozesse notwendige Selbstwahrnehmung eigener Bedeutungen und Denkschemata führt neben den o. g. Auswirkungen zu einer Sensibilisierung für die eigene Person. Dies hat enorme Auswirkungen auf die Arbeit mit anderen Menschen:

- Eine Sensibilisierung für sich selbst (bezüglich z. B. Gefühle, Gedanken, Reaktionen etc.), ist Voraussetzung für die Sensibilisierung für andere Menschen.
- Sie ist die Voraussetzung für Empathie.
- Selbstwahrnehmung dient dem Schutz anderer Menschen vor der eigenen Person und vor der eigenen Wirklichkeit, sie schützt vor dem Überstülpen persönlicher sozialer Konzepte.

Allen diesen Phänomenen liegt der Wahrnehmungsprozess zugrunde. Die Auseinandersetzung mit diesem führt letztlich zu einer übergeordneten Perspektive für das pflegerisch psychiatrische Handeln, die in Abbildung 15 dargestellt ist.

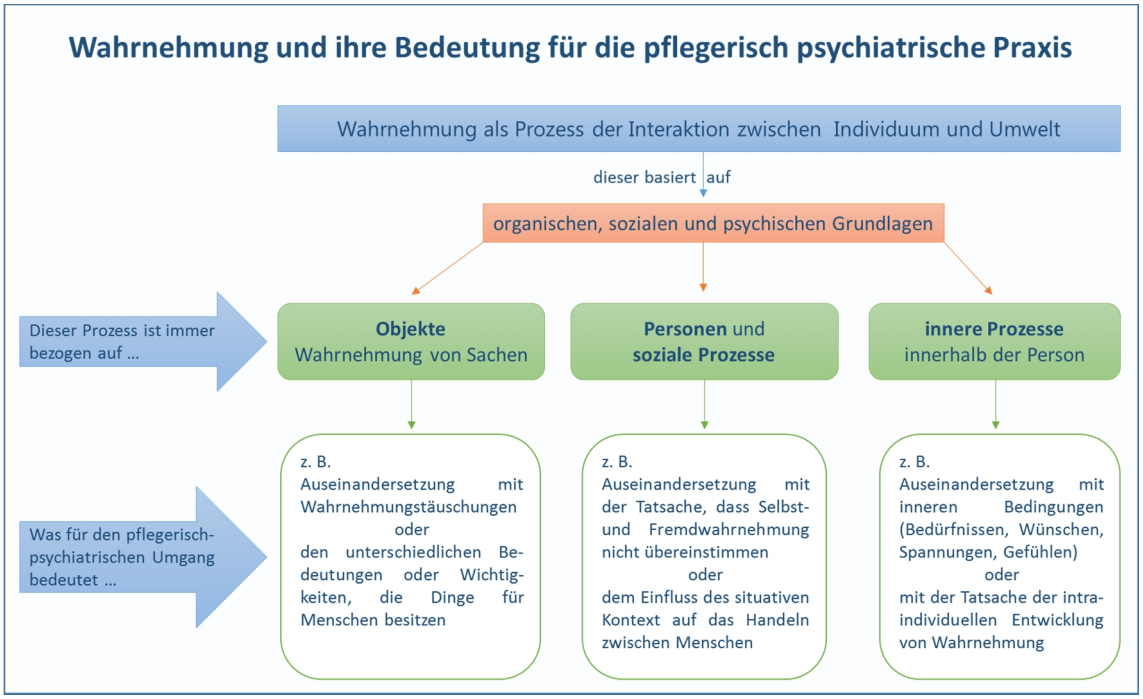

Abb. 15: Wahrnehmung und ihre Bedeutung für die pflegerisch-psychiatrische Praxis

5.2.2 Recovery-Bezug pflegerischer Interventionen

Die Resultate lassen sich in Verbindung mit den Haupthemen von *Recovery* aus der Studie des Scottish Recovery Network bringen (SRN, 2007, z. n. Alexander, 2012, S. 22 und Schrank & Amering, 2007, S. 49-50)[17]. Die identifizierten Pflegehandlungen (Kategorie ´4) erschließen sich als Interventionen zum Erreichen von *Zieldimensionen* oder der Bearbeitung von *Themen* Recovery orientierter Begleitung (siehe Kapitel 3.2.1.3).

Abb. 16: Zieldimensionen und Themen von Recovery

Die Nähe zum Recoveryansatz wird an diesen Aussagen beispielhaft deutlich:

- *ganz wichtig ist, Hoffnung zu bewahren, dass es besser wird; das muss man der Patienten immer wieder sagen* (1-BG, 55-56)
- *ich habe gesagt, Sie können trotz der Erkrankung ein erfülltes Leben führen* (1-BG, 86)
- *ich habe der Patientin gesagt, dass ich es gut mit ihr meine und sie sehr mag und hoffe, dass es ihr besser gehen wird* (1-BG, 76-77)
- *es ist schwierig, aber wir schaffen das gemeinsam* (1-BG, 79)
- *sie können das noch nicht annehmen, aber das ist ja schön, dass Sie weinen können* (1-BG, 102-103)
- *ich wollte der Patientin Gesprächsangebote machen, ohne sie zu überfrachten* (6-KP, 113-114)
- *Medikamente aus einem selbst angelegtem Depot entsprechend ihrer Befindlichkeit eigenständig zu dosieren war nicht neu für sie; das hat sich erkennbar im Verlauf der weiteren Kontakte verändert* (6-KP, 67-70)
- *sie hat erleben können, das Medikamente hilfreich sein können, wenn sie diese in der verordneten Art und Weise einnimmt* (6-KP, 65-66)

---

[17] Recovering Mental Health in Scotland, Report on Narrative Investigation of Mental Health Recovery (Brown & Kandirikirira, 2007). Verfügbar unter http://www.scottishrecovery.net/View-document-details/82-Recovering-Mental-Health-in-Scotland.html

- *per Handschlag einen Pakt geschlossen* (6-KP, 35-36)
- *wir saßen alle zusammen am Tisch, jeder hat gesagt was er denkt, und wie er die Situation einschätzt* (5-IH, 101-103)
- *mit Patientin besprochen, was früher für sie normaler Stuhlgang war und wie sie sich mit diesem Thema früher beschäftigt hat* (5-IH, 25-27)
- *habe einen Tag später das Gespräch gesucht und mich entschuldigt* (3-MM, 67-70)
- *ich erzähle von chronisch somatisch Erkrankten (z. B. Diabetiker), wo Verläufe auch unterschiedlich sind und eine zufriedenstellende Lebensführung möglich ist* (2-CH, 211-214)
- *ich habe ihm auch gesagt, dass das jetzt egal sei* [vom Patienten erlebte Zeitnot des Pflegenden], *jetzt geht es um ihn* (2-CH, 257-258)

Neben der direkt patientenbezogenen Arbeit werden auch deren Verbindungen und Abhängigkeiten zur Zusammenarbeit mit den Berufskollegen und der Organisation des Arbeitsplatzes als bedeutsam erachtet. Recovery als lebenstragendes Konzept von Menschen mit gelebten psychischen Krisen und als handlungsleitendes Konzept psychiatrisch tätiger Menschen kann damit der Gestaltung gesundheitsunterstützender Arbeitsprozesse sowie Organisationsstrukturen dienen. Für die Dauer der Behandlung und Begleitung soll der Ort des gemeinsamen Zusammenlebens den Anforderungen an ein gesundheitsförderndes Milieu entsprechen - dies gilt in einem besonderen Maße für das Krankenhaus, wo Menschen in akuten Krisen Hilfestellung erwarten.

5.2.3 Arbeitsprozesswissen - ganzheitliche Aufgabenbewältigung

Die Ergebnisse legen nahe, dass die Befragten ihre beruflichen Aufgaben und Probleme vollständiger lösen können. In Verbindung mit dem während der Grundausbildung, der Weiterbildung und dem beruflichen Handeln ergänzend erworbenen Wissen, den Fähigkeiten und Fertigkeiten, verfügen sie über domänenspezifische Kompetenzen, die sich als Arbeitsprozesswissen differenzieren lassen. (Kapitel 3.2.3).

handlungsleitendes Wissen (Wissen WAS und Wissen WIE)[18]

- *das Gespräch begann als der Patient im Türrahmen stand und ich auf einem Bürostuhl saß und ich sagte, dass der Patient reinkommen möchte und wir uns jetzt die Zeit nehmen* (2-CH, 98-99)

[18] „Das handlungsleitende Wissen basiert vor allem auf reflektierter Arbeitserfahrung und umfasst auch das implizite Wissen, das seinen Ausdruck in beruflichen Handlungen findet.“ (Rauner, Heinemann & Piening, z. n. Lehberger, 2013, S. 67). Eine mangelnde Trennschärfe zwischen Untersuchungsgegenstand und dem nicht zwangsläufig auf die Einbindung von Experten durch Erfahrung zurückzuführenden handlungsleitenden Wissen wird hier deutlich.

- *wir haben zugehört, welche Ängste die Patientin schildert* (5-ICH, 22)
- *ich habe gesagt, mir fällt auf, dass es ihnen heute schwerfällt, Blickkontakt zu halten* (6-KP, 47-48)
- *ich habe gesagt, dass ich hier gerade dokumentiere und dass wir diese Anfrage nicht zwischen Tür und Angel klären müssen* (4-JL, 65-66)

Vermutet wird hier zur Anwendung kommendes regelbasiertes Handlungswissen, dass die Ausführung mehr unbewusst als bewusst leitet und als implizit praktisches Wissen (*Know That*) verstanden werden kann. Ein ausdrücklich mit den durch die Expertin vermittelten Lernerfahrungen in Verbindung gebrachter Zusammenhang ist nicht deutlich. Diese Handlungen werden mit früheren Qualifikationen und dem informellen Lernen in der Praxis erklärt.

handlungserklärendes Wissen (Wissen WARUM)

- *Clozapin wurde wegen Vergiftungsgefahr bei unregelmäßiger Einnahme und vermuteter Nichtwirksamkeit abgesetzt* (1-BG, 40-43)
- *das hat etwas mit Überprüfung zu tun, wie es mir damit geht* (1-BG, 61)
- *weil man sonst nicht weiß, was der andere denkt und fühlt* (5-ICH, 115-116)
- *ich biete im Gespräch gerne unterschiedliche Facetten an* (2-CH, 145-146)
- *man muss den Patienten menschlich gegenüber treten, offen, nicht gestelzt: sei, wie du bist* (2-CH, 231)

In diesen Situationen kommt erklärendes und zuordnendes Wissen sich selbst und anderen gegenüber zum Tragen. Dies wird vom Autor als eine Art *Mischform* verstanden, in der die Zuordnung zu den gemeinsamen Lernerfahrungen während der Weiterbildung nicht eindeutig erscheint und sowohl auf *altes* als auch auf *neues* Wissen zurückgegriffen wird. Ursachen und Wirkungen von Handlungen werden den Befragten in diesen Situationen stärker bewusst und können erläutert werden (*Know How*).

handlungsreflektierendes Wissen (Wissen WARUM SO und NICHT ANDERS?)

- *da fehlt jemand der, Nebenwirkungen und auch den Benefit von Medikamenten benennen kann; der die Wirkung von Medikamenten in Bezug zu Zeit und verändertem Erleben von Nutzen und nicht Nutzen setzen kann* (6-KP, 137-141);
  ich wünsche mir EX-IN ausgebildete Genesungsbegleiter in vielen Häusern als Ergänzung des Behandlungsteams (6-KP, 209-212)
- *ihr dürft euch jetzt - auch für die Patientin - nicht aufgeben; ich habe den Kollegen gesagt, es gehört zu unserer Arbeit, dass wir der Patientin immer wieder spiegeln, dass es besser werden kann* (1-BG, 114-117)
- *die Vorstellung davon, dass es Hoffnung und eine Perspektive gibt, hat mich bewogen, in diesem Gespräch weiterzumachen* (6-KP, 170-173)

Das hier sichtbar werdende Wissen befähigt dazu, „zwischen alternativen Lösungsmöglichkeiten abzuwägen unter Berücksichtigung der für eine spezifische Situation relevanten Kriterien. Diese Wissensdimension begründet Gestaltungskompetenz.“ (Rauner, 2013, S. 7). Diese Kompetenz beinhaltet auch die Befähigung, berufliche Aufgaben und die zur Lösung notwendigen Maßnahmen mit Patienten und berufsgruppenübergreifend mit Kollegen zu kommunizieren, zu reflektieren als auch anzupassen (Know Why).

5.2.4 Beruflich tragende Werte, Gefühle und Handlungskompetenzen

Die aus der Arbeit mit der Expertin durch Erfahrung erwachsenen, beruflich tragenden Werte, Gefühle und Kompetenzen können wie folgt zusammengefasst werden:

- Das Expertentum Psychiatrie erfahrener Menschen anerkennen.
  wir meinen, wir sind Profis - sind wir aber nicht (1-BG, 60)
- Hoffnung als Leitmotiv für Psychiatrie erfahrene Menschen und Pflegende werten und Handlungen daran orientieren.
  die Vorstellung davon, dass es Hoffnung und eine Perspektive gibt, hat mich bewogen in diesem Gespräch weiterzumachen; nicht locker zu lassen, weil es sich lohnt (6-KP, 170-175) / *es gibt immer eine Zeit danach, wie auch immer diese aussieht* (6-KP, 155)
- Selbstwahrnehmung als Ausgangspunkt für Veränderungsprozesse werten.
  (*es hat sich etwas in mir, weniger bei der Patientin bewegt* (1-BG, 25)
- Bedeutungsunterschiede persönlicher Anliegen und Bedürfnisse in Selbst- und Fremdwahrnehmung erkennen - Selbst- und Fremdwahrnehmung differenzieren.
  ich war nicht empathisch genug zu verstehen, dass der Patient jetzt einen Wunsch hinsichtlich seiner Lockerung hat, hinter dem für ihn eine große Bedeutung steckt (4-JL, 353-356)
- Das Berücksichtigen unterschiedlicher Sichtweisen als wichtig erachten - Perspektivverschränkung ermöglichen.
  es ist mir wichtig, von der Betroffenensicht auszugehen (3-MM, 163) / *da merkt man richtig, dass man sich auch wirklich in die Situation reinversetzen muss* (5-IH, 123-124)
  - diese im konkreten Handeln als pflegerische Intervention nutzen
    seine Sicht und meine Sicht wurden besprochen (2-CH, 57)
  - und als hilfreich für den Patienten erleben
    der Patient hat als sehr hilfreich empfunden, dass das, was man hört, auch anders verstanden werden kann (2-CH, 152)

- Pflegeinterventionen auf Zufriedenheit der Patienten ausrichten - Subjekt- und Bedürfnisorientierung durch Recoverybezug.
  darüber nachgedacht, dass alle Perspektiven berücksichtigt werden müssen; Ärzte und Pflegende und Patientin haben sich zusammengesetzt; wie kann das zur Zufriedenheit der Patientin am besten geregelt werden? (5-IH, 14-19)
- Handlungsalternativen in der Praxis reflektieren und ableiten.
  für das nächste Mal würde ich auf jeden Fall vorher mit ihr besprechen, was wir machen sollen, wenn es ihr wieder so schlecht geht (5-IH, 220-222)
- Positive Gefühle durch das Erleben von Zufriedenheit der Patienten empfinden - Zufriedenheit im Beruf erleben.
  ich fühlte mich deswegen zufrieden, weil die Patientin sehr zufrieden war, da sie sich dadurch erleichtert fühlte, die Mitarbeiter immer ansprechen zu können (5-IH, 52-53)
- Authentizität, Ehrlichkeit, Gelassenheit und Nichtverstellen als wichtige Eigenschaften Pflegender erkennen - unspezifisch wirksam werden.
  Pflegende sollen ehrlich und authentisch sein und entspannt bleiben, sich nicht wohlwollend verstellen (2-CH, 42)

Abbildung 17 zeigt einen ersten zusammenfassenden Überblick und bindet die vorangegangen Ausführungen ein.

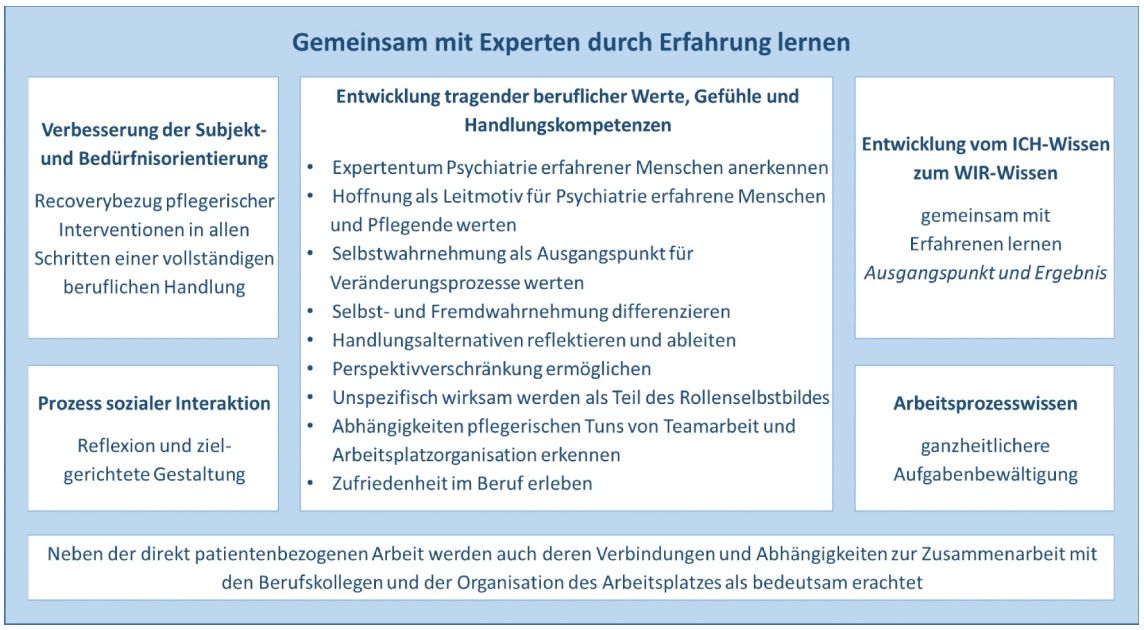

Abb. 17: Erster zusammenfassender Überblick: Gemeinsam mit Experten durch Erfahrung lernen

6 Kritische Würdigung

Im Fokus der Untersuchung steht das konkrete berufliche Handeln von Fachpflegepersonen in der Psychiatrie. Um die Fragestellung beantworten zu können, bedarf es einer konkreteren Einordnung zum *Handlungsbegriff*, dessen Berücksichtigung an dieser Stelle der Arbeit als Teil der Ergebnisse (Erkenntnisgewinn des Autors) zu bewerten ist.

Als Folge des methodischen Herangehens hat sich die Kompetenz zur Reflexion und kritischen Betrachtung *im Nachgang* von Handlungen gezeigt - gewissermaßen im Verlaufe der Interviews. Dies erscheint sachlogisch, da nach der Schilderung konkreter Handlungen in der Vergangenheit explizit nach dem Bezug zu den Unterrichten mit Psychiatrie erfahrenen Menschen gefragt wurde. An dieser Stelle - im Nachhinein und außerhalb des tatsächlich Geschehenen - erfolgt eine bewusste Reflexion der erinnerten Situation. Dies hat eine Zunahme der Kodiereinheiten und der Auswahl der Propositionen zur Folge, die aus dem Textmaterial zu einer Kategorie *Reflexion* wurden. Im Verlauf der Datenanalyse stellte sich hiervon ausgehend die Frage, was unter *Handeln* im beruflichen Kontext der Psychiatrie zu verstehen ist - kann Reflexion als Handlung gelten? Max Weber (1922, S. 1, z. n. Schäfers, 2010, S. 24) beschrieb die Begriffe Verhalten, Handeln und soziales Handeln als Teil seiner Begriffsdefinition der Soziologie, auf die für diese Überlegungen zurückgegriffen wird:

> *„»Handeln« soll dabei ein menschliches Verhalten (einerlei ob äußeres oder innerliches Tun, Unterlassen oder Dulden) heißen, wenn und insofern als der oder die Handelnden mit ihm einen subjektiven Sinn verbinden. »Soziales« Handeln aber soll ein solches Handeln heißen, welches seinem von dem oder den Handelnden gemeinten Sinn nach auf das Verhalten anderer bezogen wird und daran in seinem Ablauf orientiert ist.“*

Der Begriff Verhalten wird nicht aktiv definiert, er bestimmt sich aus den Ausführungen zum Sinnbegriff. Unter Sinn versteht Weber (1922, S. 1, z. n. Röhl, 2013) den tatsächlich *subjektiv gemeinten* und nicht den objektiv *richtigen* oder metaphysisch *wahren* Sinn. Sich seiner Motive und Intentionen klar zu sein, ist damit jedoch nicht zwangsläufig verbunden. Mit Handeln ist nicht nur bewusstes und reflektiertes Verhalten gemeint. Weber (1922, S. 10, z. n. Röhl, 2013) formuliert:

> *„Das reale Handeln verläuft in der großen Masse seiner Fälle in dumpfer Halbbewußtheit [sic!] oder Unbewußtheit [sic!] seines ›gemeinten Sinns‹. Der Handelnde ›fühlt‹ ihn mehr unbestimmt, als dass er ihn wüßte [sic!] oder ›sich klar machte‹, handelt in der Mehrzahl der Fälle triebhaft oder gewohnheitsmäßig. Nur gelegentlich, und bei massenhaft gleichartigem Handeln oft nur von Einzelnen, wird ein (sei es rationaler, sei es irrationaler) Sinn des Handelns in das Bewußtsein [sic!] gehoben.*

Wirklich effektiv, d. h. voll bewußt [sic!] und klar, sinnhaftes Handeln ist in der Realität stets nur ein Grenzfall.“ [sic!]

Als mit *Bewusstheit versehen* ist deshalb nicht nur der volle Ausprägungsgrad einer bewussten und reflektierten Handlung zu verstehen, „sondern jedes von einem Hintergrund- oder Mitbewusstsein begleitete Verhalten anzusehen.“ (Röhl, 2013). Demzufolge ist die Abgrenzung zwischen Verhalten und Handeln schwierig. „Die Grenze sinnhaften Handelns gegen ein bloß (wie wir hier sagen wollen:) reaktives, mit einem subjektiv gemeinten Sinn nicht verbundenes, Sichverhalten ist durchaus flüssig.“ (Weber, 1922, z. n. textlog.de, 2004). Die Begriffsbestimmung des *sozialen Handelns* zeigt die Nähe zum Konzept der sozialen Interaktion.

Unterschieden werden kann also

- *geäußertes* Handeln, d. h. mit den Sinnen wahrnehmbares Tun und
- *ungeäußertes* Handeln, d. h. in einem Menschen stattfindende und damit verborgene Vorgänge. Ungeäußert sind solche Tätigkeiten oder Zustände, die nicht direkt beobachtet werden können, also geistige Tätigkeiten (unterscheiden, abwägen, reflektieren etc.), Gefühle, Wertvorstellungen oder Haltungen.

Dabei differieren beide Formen im Grad der dem Bewusstsein zugänglichen Anteile sozialer Konzepte. Diese sind durch Sozialisation entwickelt und werden als handlungsleitende innere Steuerungssysteme - zusätzlich zu situativ Einfluss nehmenden Faktoren - wirksam. Reflexion kann somit als eine *ungeäußerte berufliche Handlungskompetenz* psychiatrisch Tätiger gelten, die auch im kategoriendefinierenden Konzept des Wahrnehmungs- und Handlungsprozesses eine wesentliche Rolle spielt.

6.1 Bewertung der Ergebnisse - Beantwortung der Fragestellung

Es lässt sich feststellen, dass sich die Einbindung von Experten durch Erfahrung in Bildungsprozesse hilfreich, i. S. einer stärker patientenorientierten pflegerischen Begleitung, auf die beruflichen Handlungen von Fachpflegepersonen in der Psychiatrie auswirkt.

1. Prozesse sozialer Interaktion (zentrale Methode beruflich Pflegender in der Psychiatrie) werden zielgerichteter und reflektierter gestaltet (Kapitel 5.2.1).
2. Pflegerische Interventionen, Prozesse der Teamarbeit, Bedingungen des Arbeitsplatzes und die eigene Person werden kritisch gewürdigt, miteinander in Verbindung gesetzt und Handlungsalternativen abgeleitet. Die Reflexionsfähigkeit beruflicher Arbeitsprozesse als Schlüsselkompetenz erfährt eine Verbesserung (Kategorie ´8 und Kapitel 5.2.4).

3. Die Begegnung mit der Psychiatrie erfahrenen Person im Kontext Bildung und Lernen führt dazu, bisher als viabel erlebte Vorstellungen und *Bedeutungen* in Frage zu stellen - Pertubationserleben als Voraussetzung von Veränderung (Kategorie´1).
4. Prozesse selbstreflexiver Auseinandersetzungen mit bisherigem Handeln werden in Gang gesetzt. Persönlich als wichtig erachtete Wertvorstellungen werden überprüft und haben eine Option auf Wandel - Grundhaltung verändern (Kategorie ´2).
5. Denkschemata, die im erweiterten Sinne als operative Abbilder der Handlungsregulationstheorie zu verstehen sind, werden bewusster, können somit überprüft und einer möglichen Veränderung zugänglich werden - innere Glaubenssätze anpassen (Kategorie ´3).
6. Pflegehandlungen auf den Ebenen direkt Patienten bezogener Tätigkeit, Zusammenarbeit mit Kollegen und Gestaltung des Arbeitsplatzes erfahren eine stärker Recovery orientierte Veränderung (Kategorie ´4, ´5 und ´6 sowie Kapitel 5.2.2).
7. Der Recoverybezug pflegerischer Interventionen bildet sich in allen Schritten einer vollständigen beruflichen Handlung ab (Kapitel 5.1.9).
8. In Verbindung mit dem während der Grundausbildung, in der Weiterbildung und dem beruflichen Handeln erworbenen Wissen, werden berufliche Aufgaben und Probleme vollständiger gelöst - Erweiterung des Arbeitsprozesswissens (Kapitel 5.2.3).
9. Das Erleben eigener und die Rückmeldung positiver Erfahrungen der Patienten führen zu einem Zufriedenheitserleben der beruflich Pflegenden. (Kategorie ´7 und Kapitel 5.2.4).

Die Ergebnisse des Kategoriensystems, die dort erfolgten Ableitungen und die Rückbezüge zu den theoretischen Überlegungen finden sich in Abbildung 18 zusammengefasst wieder.

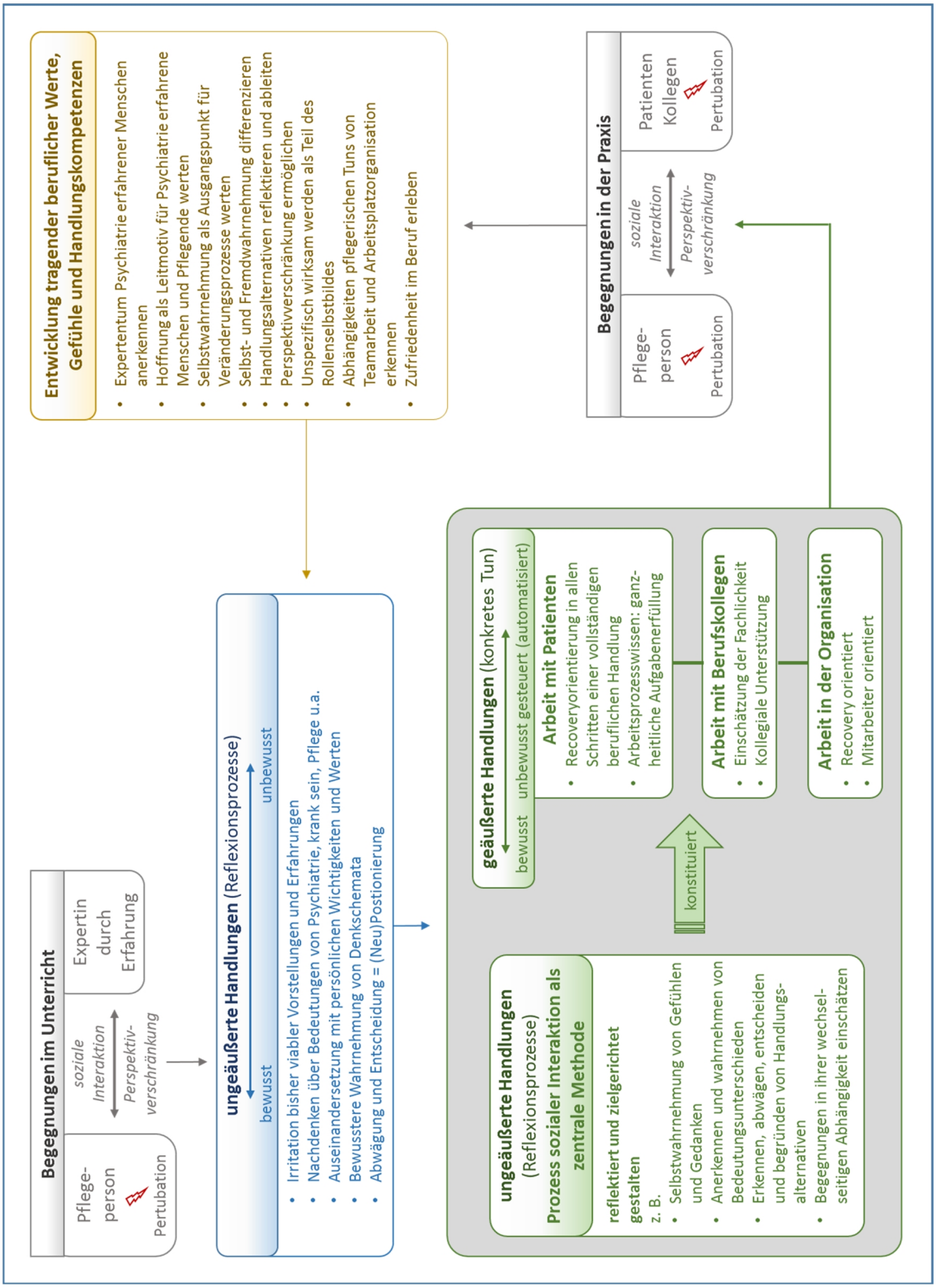

Abb. 18: Zweiter zusammenfassender Überblick: Ergebnisse im Zusammenhang

Die Untersuchung bestätigt, erweitert und konkretisiert bereits vorliegende Befunde und beantwortet damit die in Kapitel 2.2 formulierten Fragestellungen.

6.2 Bewertung der Methodik - Gütekriterien

Forschendes Handeln muss wissenschaftlichen Standards genügen. „Um die Qualität des Weges zur wissenschaftlichen Erkenntnisgewinnung durch bestimmte Methoden feststellen zu können, sind generelle Kriterien nötig, die die verschiedenen Aspekte aller Methoden vor einem wissenschaftstheoretischen Hintergrund erfassen und untereinander vergleichbar machen.“ (Lamnek, 2010, S. 127). Die Position der Anwendung von Einheitskriterien, mit denen quantitative *und* qualitative Forschung zu bewerten seien, ist weit verbreitet. Sie wird jedoch in der Debatte um Qualitätskriterien qualitativer Forschung kritisch diskutiert und steht neben anderen Vorschlägen. (Steinke, 213, S. 319). Bei der Diskussion zu angemessenen Gütekriterien sind die jeweilige Fragestellung, die Methode sowie die Spezifik des Forschungsfelds und des Untersuchungsgegenstandes zu berücksichtigen. „Der gegenstands-, situations- und milieuabhängige Charakter qualitativer Forschung […] und die stark eingeschränkte Standardisierbarkeit methodischer Vorgehensweise in diesem Bereich stehen eigentlich im Widerspruch zu der Idee, einen universellen, allgemein verbindlichen Kriterienkatalog zu formulieren.“ (Steinke, 2013, S. 323).

Begründung, Auswahl und inhaltliche Bezugnahme der zur Überprüfung herangezogenen Kriterien, orientieren sich an den Ausführungen von Steinke 2013 (S. 323-331).

Kernkriterien qualitativer Forschung	
Intersubjektive Nachvollziehbarkeit	Indikation des Forschungsprozesses
Empirische Verankerung	Limitation
Kohärenz	Relevanz
Reflektierte Subjektivität	

Tab. 17: Kernkriterien qualitativer Forschung (Steinke, 2013, S. 323-331)

Intersubjektive Nachvollziehbarkeit

Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit qualitativer Forschung wird durch die Verfahrensdokumentation, die validierende Interpretation durch Andere und kodifizierte Verfahren gewährleistet. Auf deren Basis kann dann eine Bewertung der Ergebnisse erfolgen. Die *Dokumentation des Forschungsprozesses* dieser Untersuchung umfasst die Darstellung des inhaltlichen Bezugsrahmens sowie persönliche und berufliche Positionierungen des Autors (Kapitel 2.3), das Einordnen des Vorverständnisses zum Untersuchungsgegenstand wird so möglich. Erhebungskontext (Kapitel 4.3) und -methode (Kapitel 4.4 und 4.5.2) werden ebenso beschrieben wie Transkriptions- und Kodierregeln (Kapitel 4.5.3 und 4.5.8). Die Ableitungen der Merkmale und der Merkmalsausprägungen des selektiven Samplings und die Auswahl der Fälle bleiben unscharf, die Merkmale und Merkmalsausprägungen der Fälle selbst sind dokumentiert. Die erhobenen Daten (Interviews)

liegen in transkribierter Form und als Audiodatei auf einem elektronischen Datenträger als Anlage der Arbeit ebenso bei, wie die Reduktions- und Generalisierungsschritte (Z1 bis Z4) der zusammenfassenden Inhaltsanalyse. Wortwörtliche Aussagen der Interviewpartner und Paraphrasen sind zugänglich, Kontext sowie Deutungen und Interpretationen der Äußerungen erschließen sich in den entsprechenden Kapiteln der Arbeit (5.1 und 5.2). Eine konkrete Zuordnung intrasubjektiver Entscheidungen hinsichtlich Bündelung, Integration und Konstruktion der Paraphrasen zur Verdichtung der Kategorien sind nicht hinterlegt. Das leitende Forschungsparadigma wird im Kapitel 3.1 beschrieben. Eine *validierende Interpretation* der Daten durch andere Personen oder Gruppen steht aus. Mit der CIT, dem problemorientierten Interview und der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse liegen *kodifizierte Verfahren* vor, die in den jeweiligen Kapiteln ausgeführt und damit dokumentiert sind.

Einschätzung: Eine detaillierte Dokumentation der Interpretationsprozesse während der Neukonstruktion und Zusammenführung der Kategorien und die Absicherung der Auslegungen des Autors durch die Befragten (kommunikative Validierung) oder durch andere Experten (peer debriefing) hätte die Qualität der Untersuchung erhöht. Dem gegenüber steht ein hohes Maß an Nachvollziehbarkeit durch die übrige Verfahrensdokumentation sowie die Beschreibung und Anwendung kodifizierter Verfahren.

Indikation des Forschungsprozesses

„Das Kriterium Indikation ist weiter gefasst als die Forderung nach Gegenstandsangemessenheit […]“ (Steinke, 2013, S. 326), der gesamte Forschungsprozess soll hinsichtlich der Angemessenheit bewertet werden. Der Angemessenheitsbegriff bezieht sich hierbei auf die Auswahl des qualitativen Vorgehens und der gewählten Methoden, der Transkriptionsregeln, der Samplingstrategie, der methodischen Entscheidungen im Kontext der gesamten Untersuchung sowie der Bewertungskriterien.

Einschätzung: Der qualitative Ansatz wird als angemessen erachtet und im Kapitel 4.1. dargelegt. Die Wahl des Interviews als Methode der Datenerhebung wird kritisch gesehen. In der Befragungssituation werden im Nachgang zu den als gelungenen bzw. misslungenen erlebten Begegnungen dazugehörige Erinnerungen geschildert (Methode CIT). Als Folge standen wenig konkrete Formulierungen und keine Informationen zu non- und paraverbalen Kommunikationsanteilen zur Verfügung. Die Aussagen könnten zudem als sozial erwünscht eingeschätzt werden, da der Fragende als Repräsentant der Weiterbildungsstätte den Absolventen Fragen hinsichtlich der Wirkung von Weiterbildungsanteilen stellt. Um letztlich soziale Interaktion als zentrale Methode pflegerischen Wirksamwerdens differenzierender Erfassen und Auswerten zu können, erscheint die Begleitung Pflegender im Feld angemessener. Auf eine bestimmte Fähigkeit, Haltung

oder Einstellung zu schließen, bzw. berufliches Handeln noch konkreter zu erfassen, kann durch eine stärker auch die nichtsprachlichen Anteile wahrnehmende teilnehmende Beobachtung gewährleistet werden. Zur Transkription kamen die vereinfachten Regeln in Anlehnung an Dresing & Pehl (2013, S. 19-21) zur Anwendung, die eine einfache Handhabung und Lesbarkeit gewährleisteten. Das selektive Sampling sollte eine möglichst breite Verteilung vorher festgelegter Merkmale abdecken. Durch die geringe Rückmelderate von Absolventen der einen und den Ausfall der Kontaktperson der anderen Weiterbildungsstätte, wurde die angestrebte Verteilung der Merkmale nicht erreicht. Das entwickelte Untersuchungsdesign wird vor dem Hintergrund der verfügbaren Ressourcen des Entstehungskontextes als angemessen eingeschätzt und im Kapitel 4 an den entsprechenden Stellen beschrieben. Die dieser Bewertung zugrunde gelegten Kernkriterien verwenden teilweise die in der einschlägigen Literatur ausgewiesenen und eher dem quantitativen Forschungsparadigma entspringenden Gütemerkmale (Objektivität, Reliabilität, Validität), kritisieren deren unterschiedliche Definitionen in Anwendung auf qualitative Forschungsdesigns und erweitern sie durch Merkmale, „die deren eigenem Profil, das heißt ihren Kennzeichen, Zielen, wissenschaftstheoretischen und methodologischen Ausgangspunkten Rechnung tragen […].“ (Steinke, 2013, S. 322).

Empirische Verankerung

Die aus der Untersuchung entwickelten Annahmen sollen empirisch verankert sein, d. h. „dicht an den Daten (z. B. den subjektiven Sicht- und Handlungsweisen der untersuchten Subjekte) und auf der Basis systematischer Datenanalyse entwickelt werden.“ (Steinke, 2013, S. 328). Als geeignete Wege zur Prüfung der empirischen Verankerung werden vorgeschlagen: die Verwendung kodifizierter Methoden, die Hinterlegung der Theorie mit hinreichend Textbelegen, die Anwendung der Analytischen Induktion, das Ableiten von Prognosen aus der generierten Theorie und die kommunikative Validierung.

Einschätzung: Die Anwendung kodifizierter Methoden (siehe Intersubjektive Nachvollziehbarkeit) und die überwiegende Hinterlegung mit hinreichend Textbelegen lässt eine ausreichend empirische Verankerung der entwickelten Ableitungen annehmen. Ein als Spannungsfeld aus dem Fall 5 definiertes Phänomen wird im Kapitel 6.3 thematisiert. Die Analytische Induktion kommt ob der geringen Reichweite der Theoriebildung nicht zur Anwendung und eine kommunikative Validierung steht aus. Abgeleitete Prognosen können als Auftrag für weiterführende Untersuchungen nutzbar gemacht werden.

Limitation

Dieses Kriterium dient dazu, die Möglichkeit der Verallgemeinerung von im Forschungsprozess entwickelten Ableitungen herauszufinden und zu prüfen. „Dazu sollte analysiert werden, auf welche weiteren Bedingungen (Kontexte, Fälle, Untersuchungsgruppen, Phänomene, Situationen etc.) die Forschungsergebnisse, die unter spezifischen Untersuchungsbedingungen entwickelt wurden, zutreffen.“ (Steinke, 2013, S.329). Hierzu werden die *Fallkontrastierung* und die explizite Suche nach *abweichenden, negativen und extremen Fällen* empfohlen.

Einschätzung: Es wurden keine Fälle kontrastiert und keine abweichenden, negativen und extremen Fälle gesucht, eine Aussage zur Verallgemeinerbarkeit lässt sich nicht treffen.

Kohärenz

Die im Forschungsprozess entwickelte Theorie bzw. die formulierten Hypothesen sollen in sich konsistent sein.

Einschätzung: Die Studie setzt den Untersuchungsgegenstand in einen ausführlichen inhaltlichen Bezugsrahmen, der auch das Forschungsparadigma mit berücksichtigt und alle dargestellten Teilkonzepte in Zusammenhang bringt. Die abgeleiteten Hypothesen lassen sich den inhaltlichen Bezügen als auch dessen Implikationen zuordnen und können auch für sich gesehen als widerspruchsfrei bezeichnet werden.

Relevanz

Die Überprüfung der Relevanz sorgt für die Einordnung des pragmatischen Nutzens einer Untersuchung. Herangezogen werden die *Relevanz der Fragestellung* und die Frage nach den *Beiträgen*, die die Hypothesen *in der Wissenschaftsdiskussion* und darüber hinaus leisten z. B. neue Deutungen zu ermöglichen oder Erklärungen für Phänomene zu liefern.

Einschätzung: Die Fragestellung greift einen Aspekt eines gesundheitspolitischen Paradigmenwechsels auf, führt letztlich zu Fragen von Definitionsmacht und Selbstbestimmung und kann durchaus als herrschaftskritische Positionierung verstanden werden. Der berufspädagogische Anteil kann für Impulse sorgen, den Blick von Unterrichts- und Bildungsforschung im Bereich psychiatrischer Handlungsfelder stärker auf die konkreten Auswirkungen selbsterfahrungsorientierter und interaktionistisch geprägter Didaktik und Methodik zu lenken.

Reflektierte Subjektivität

„Dieses Kriterium prüft, inwieweit die konstituierende Rolle des Forschers als Subjekt (mit seinen Forschungsinteressen, Vorannahmen, Kommunikationsstilen, biographischen Hintergrund etc.) und als Teil der sozialen Welt, die er erforscht, möglichst weitgehend methodisch reflektiert in die Theoriebildung einbezogen wird.“ (Steinke, 2013, S. 330-331).

Einschätzung: Die während des Forschungsprozesses aufgetretenen Gedanken und Gefühle finden sich i. S. *dokumentierter Selbstbeobachtung* nicht wieder. Aufschlussreich wäre z. B.

- die Reflexion der Rolle als ehemaliger Dozent von damaligen Weiterbildungsteilnehmern und eine Verbindung zu möglicherweise sozial erwünschten Antworten gewesen,
- die im Nachgang zu den Interviews erkannte Neigung, in Gesprächen therapeutisch und beratend wirksam werden zu wollen und deshalb die Interviews z. B. mit paraphrasierenden und aktiv zuhörenden Gestaltungselementen zu führen.

Die persönlichen Voraussetzungen finden sich im Kapitel der persönlichen und beruflichen Verortung (2.3) sowie beim Zugang zum Feld (4.4). Reflexionen während der Interviews sind nicht dokumentiert.

Zusammenfassend wird insbesondere das Fehlen der Verfahrensdokumentation zu den Interpretationsprozessen der Verdichtung im Schritt Z4 (Bündelung, Integration und Konstruktion) und zu den weiteren Schritten des Abstrahierens in der Ergebnisdarstellung als Schwäche der Untersuchung bewertet. Auch das Auslassen eines Validierungsschrittes wird kritisch gesehen: Eine Rückkopplung und Überprüfung durch Fachkollegen oder die Befragten hätte die intersubjektive Nachvollziehbarkeit verbessert und eine größere Annäherung an den Untersuchungsgegenstand gefördert.

Der theoretisch-inhaltliche Bezugsrahmen und das Forschungsdesign inklusive der Begründungen und Entscheidungen sind expliziert. Gemeinsam mit den Ausführungen zur Verortung des Autors entsteht ein konsistentes Bild zum Vorverständnis. Die kodifizierte Beschreibung der zur Anwendung kommenden Methodik erlaubt die Beurteilung der Angemessenheit des Forschungsprozesses und der empirischen Verankerung. Entscheidungsprozesse sind nachvollziehbar.

6.3 Ableitung perspektivverschränkender Bildungsgänge

Die Ergebnisse der Untersuchung verweisen auf die Zusammenhänge zwischen dem Einfluss von Lehre durch Experten durch Erfahrung auf die sozialen Konzepte der Absolventen und den daraus resultierenden Veränderungen des Handelns in der beruflichen Praxis. Die Differenzierungen hierzu sind im Theorieteil hinterlegt und finden sich in den Resultaten wieder. Ebenso wird die besondere Bedeutung von systematisch und zielorientiert gestalteten sozialen Interaktionsprozessen als Handwerkszeug psychiatrisch Pflegender deutlich. Voraussetzungen für das zum Tragen kommen des therapeutischen Potentials in Begegnungen sind die Kompetenzen zum Perspektiv*wechsel* als ungeäußerte reflexive Handlung und zur Perspektiv*verschränkung* als geäußerte kommunikative Handlung. Eine andere Sichtweise als denkmöglich zu erachten und diese im Gespräch zu berücksichtigen wird als zentral für eine an Recovery orientierte Beziehungsgestaltung angesehen. Begegnungen zwischen Menschen finden jedoch nicht isoliert - quasi bedingungslos - statt, sie sind abhängig von den bereits beschriebenen individuellen inneren Voraussetzungen der Beteiligten und den äußeren Strukturen, die sich in Abhängigkeit vielfältiger Einflussgrößen konstituieren.

Ausgehend von der besonderen Stellung, die die Berücksichtigung unterschiedlicher Perspektiven für die Wirksamkeit von Bildungsangeboten in diesem Zusammenhang ausmacht, soll möglichst eine Übersicht i. S. eines *advance organizer* entwickelt werden, der die unterschiedlichen Perspektiven und Einflussbereiche für die gemeinsame Entwicklung von Bildungsgängen von Experten durch Erfahrung und Experten durch Ausbildung verbindet.

In die Darstellung (Abbildung 18) haben Eingang gefunden:

- die Interdependenzen zwischen individuellen Denkschemata und sozialer Konzepte einerseits und dem das Verständnis von Gesundheit und Krankheit prägenden Menschenbild (Auffassungen von „Richtig und Gültig“) andererseits ⇨ *subjektive Perspektive*
- die hieraus vorzunehmende Ableitung der Notwendigkeit, sich mit der *eigenen* Vorstellung von psychisch krank sein auseinanderzusetzen ⇨ *subjektive Perspektive*
- die Anforderungen (Rollen) und institutionellen Bedingungen (Strukturen) ausgehend vom Auftrag der Institution ⇨ *institutionelle Perspektive*
- die sich aus den Annahmen des Theorieteils ergebenden Leitgedanken ⇨ *Paradigmen*

- die lebenstragenden Konzepte Recovery und Empowerment, das Erleben und die Auswirkungen psychischer Erkrankung sowie die Partizipation im Hilfe- und Bildungssystem ⇨ *Perspektive der Psychiatrie erfahrenen Menschen*
- die zur Veränderung bevormundender Auffassungen und Handlungen notwendigen Inhalte und Formen beruflichen Handelns (z. B. Subjektorientierung, handlungsleitende Konzepte wie Empowerment oder das Gezeitenmodell, Multiprofessionalität und Interdisziplinarität etc.) ⇨ *Perspektive der Berufsgruppe der Pflegenden*
- die systematische Anwendung des Prozesses sozialer Interaktion als problemlösender Beziehungsprozess zur Nutzung von Beziehung als therapeutisches Instrument ⇨ *zentrales methodisches Hilfsmittel*
- die Berücksichtigung wissenschaftlicher Grundlagen (z. B. Pflegewissenschaft, Sozialwissenschaft, Medizin etc.) ⇨ *fachwissenschaftliche Perspektive*
- der ordnungspolitische Rahmen, der Rechtsgrundlagen wie z. B. zur Finanzierung des Gesundheitswesens oder zur Regelung von Ausbildungen relevanter Gesundheitsfachberufe genauso berücksichtigt wie z. B. Anforderungen der Qualitätssicherung ⇨ *ordnungsrechtliche Perspektive*

Aus diesen Gesichtspunkten lassen sich Methodik (das WIE) und Inhalte (das WAS) perspektivverschränkender Bildungsangebote psychiatrischer Pflege ableiten. Eine gemeinsame curriculare Entwicklung, deren unterrichtliche Umsetzung und Evaluation von Experten durch Erfahrung und Experten durch Ausbildung, kann damit strukturiert werden. Die eingenommene *berufspädagogische Perspektive* verweist auf bewährte Vorgaben z. B. des Lernfeldkonzeptes, die die Begriffe des advance organizer anpassen und konkretisieren.

In dieser Weise entwickelte berufliche Ausbildungen tragen in ihrer Anlage dazu bei, *Bildung* i. S. Klafkis (1963) zu ermöglichen. „Bildung ist der Inbegriff von Vorgängen, in denen sich die Inhalte einer dinglichen und geistigen Wirklichkeit erschließen, und dieser Vorgang ist - von der anderen Seite her gesehen - nichts anderes als das Sich-Erschließen bzw. Erschlossenwerden eines Menschen für jene Inhalte und ihren Zusammenhang als Wirklichkeit. Diese doppelseitige Erschließung geschieht als Sichtbarwerden von allgemeinen, kategorial erhellenden Inhalten auf der objektiven Seite und als Aufgehen allgemeiner Einsichten, Erlebnisse, Erfahrungen auf der Seite des Subjektes.“ (Klafki, 1963, S. 43 z. n. Jank & Meyer, 2006, S. 216). Dieser dialektische Prozess vollzieht sich, indem dem Menschen bedeutsame und aufklärende Inhalte sichtbar werden und er dadurch allgemeine Einsichten, Erlebnisse, Erfahrungen gewinnt und damit gesellschaftliche Schlüsselqualifikation erwirbt.

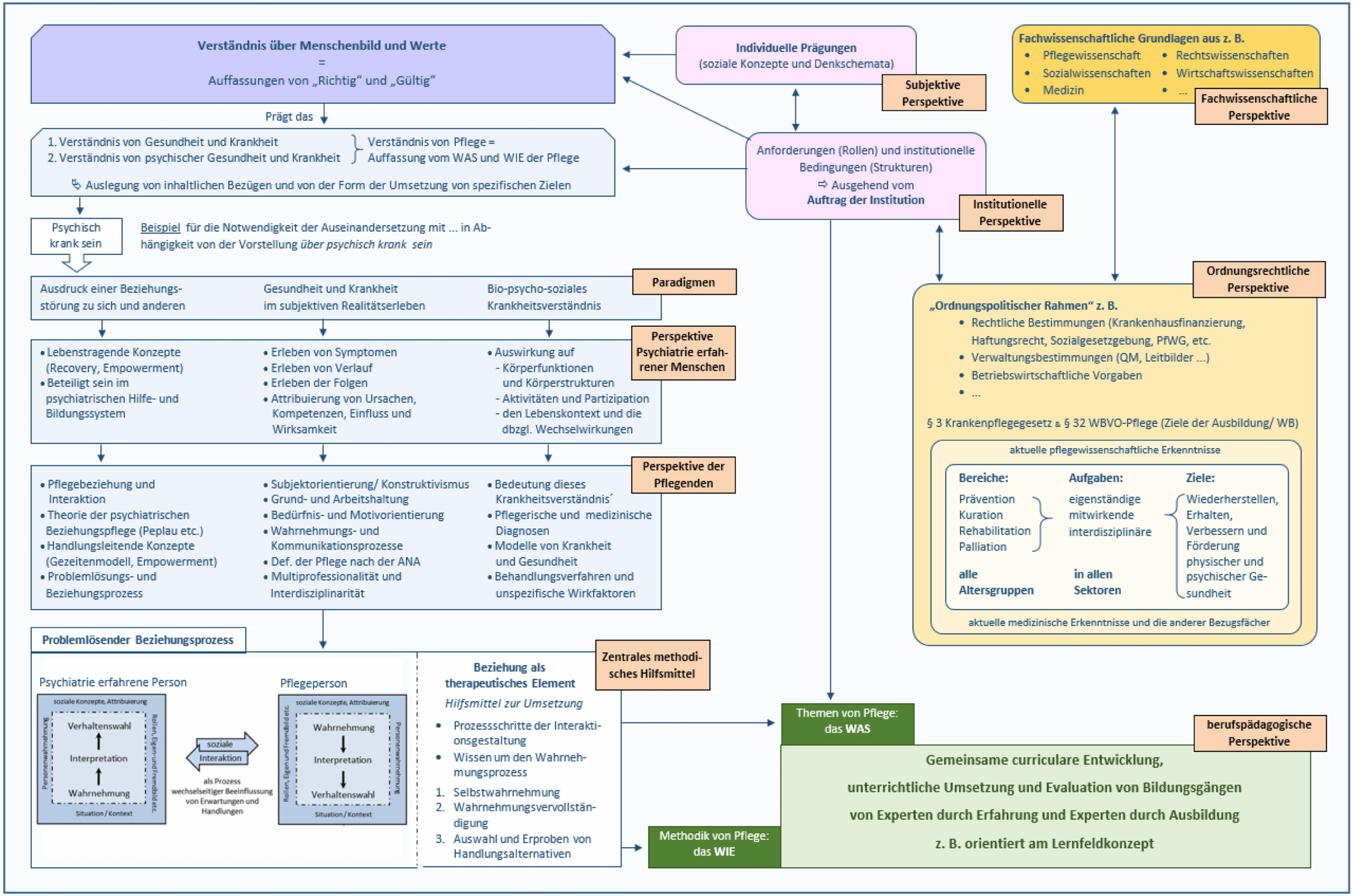

Abb. 19: Advance Organizer zur Gestaltung perspektivverschränkender Bildungsgänge

7 Diskussion und Ausblick

Die Ergebnisse führen die in der Literaturrecherche identifizierten Befunde weiter aus. Die Auswirkungen von Experten durch Erfahrung als Lehrende auf berufliches Handeln von Pflegeexperten konnten konkretisiert werden. An diesem Punkt fortsetzend könnten andere Projekte der Unterrichts- und Bildungsforschung beispielsweise Zusammenhänge und Wirkungen untersuchen, die sich aus den verschiedenen im Unterricht vermittelten Inhalten, den unterschiedlich angewandten Methoden und den wechselnden Rollen, in denen Experten durch Erfahrung auftreten (z. B. als Gastdozenten oder hauptamtlich Tätige) ergeben. Zielführend kann hier die grundsätzliche Frage nach Aufbau und Wirkung von Curricula beruflicher Bildungsgänge stehen, die mit Psychiatrie erfahrenen Menschen entwickelt wurden. Ebenso lohnenswert erscheint es, die bereits in gemeinsamer Arbeit entstandenen und umgesetzten Lehrpläne in Bezug auf Unterschiede zu ohne Experten durch Erfahrung formulierte Curricula zu evaluieren.

Strukturen und Prozesse der Arbeitsfelder bedingen die erzielten Ergebnisse. Als bedeutsam wird die Frage nach der Gestaltung und Organisation der Arbeitsbereiche angesehen, um Merkmale Recovery orientierter Behandlungs- *und* Arbeitsbedingungen zu identifizieren und zu fördern. Die Ableitung von unterstützenden Interventionen für Absolventen beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen und anderer Pflegepersonen zur Umsetzung von erworbenen patientenorientierten Kompetenzen, wird als wichtig eingeschätzt. Zum *Wollen* und *Können* beruflichen Handelns, das sich während des Lernens entwickelt hat, gehört auch das *Dürfen* in der Praxis.

Das Interesse dieser Arbeit galt den *Veränderungen* des Handelns und nicht der Frage, was sich *nicht* verändert, obwohl ein anderes Agieren von den Pflegenden als richtig präferiert werden würde. Vermutet wird dieses Spannungsfeld u. a. im Interview 5-IH. Die Befragte schilderte eine Situation mit einer Patientin in der deutlich wurde, dass diese mit einer Maßnahme nicht einverstanden war und die dann trotzdem vollzogen wurde. Im Interview leitete die Befragte gedanklich Konsequenzen für zukünftige Handlungen ab, die sich an den Maßstäben ihrer, durch die Arbeit mit der Expertin durch Erfahrung veränderten Positionen orientierten. Als Kodiereinheit identifiziert, ging diese Aussage in die Datenauswertung mit ein. Außen vor blieben die dieses Handeln beeinflussenden Faktoren und das Erleben der Kollegin, wenn sie - vermutlich - gegen ihre fachliche Einschätzung und Überzeugung agiert. Die Bedingungen des Arbeitsplatzes, die die Umsetzung von persönlich als richtig und fachlich patientenorientiert bewerteten Interventionen behindern sowie das von Pflegenden hierbei empfundene Erleben, sind aus Sicht des Autors ebenfalls wert, untersucht zu werden.

Das konkrete unterrichtliche Handeln betreffend wurde deutlich, dass operative Abbilder vom Ablauf und vom Ziel einer beruflichen Handlung im Sinne der Handlungsregulationstheorie Voraussetzung für das Erreichen beruflicher Handlungsziele sind. Die aus dieser Untersuchung resultierende Aufforderung lautet dann, Lehr-Lernprozesse so zu gestalten, dass Entwicklung und Aufbau dieser Recoverybilder und -begriffe gefördert werden.

Ein wichtiges Anliegen der beteiligten Expertin durch Erfahrung war der Abbau von Vorurteilen nicht leistungsfähiger psychisch erkrankter Menschen und die lebenslange Geltung einer psychiatrischen Diagnose, die zwangsläufig stigmatisierenden Charakter aufweist. Es ging ihr darum zu informieren, dass Menschen mit gelebten psychischen Krisen großes Wissen und Kompetenzen mitbringen. Vergleichbar mit Schwankungen der Leistungsfähigkeit aller Menschen in unterschiedlich anfordernden Lebenssituationen, relativieren diese Erfahrungen den Absolutheitsgedanken von Gesundheit und Krankheit. Das Leben besteht aus mehr als der Erkrankung und akute Phasen einer längerdauernden psychischen Krankheit nehmen die kürzeste (Lebens-)Zeit ein. Hoffnung als wesentlicher Anteil an Genesungsprozess soll von allen Beteiligten als Grundlage des Handelns verstanden werden. Die Ergebnisse der Untersuchung lassen sich i. d. S. als Zielerreichung darstellen und ermutigen dazu, das gemeinsame berufspädagogische Engagement auszuweiten und deutlicher strukturell zu verankern. Dazu könnte auch die Forderung an den Gesetzgeber gehören, die normativen Vorgaben berufsbildender Qualifikationen so anzupassen, dass die Beteiligung Psychiatrie erfahrener Menschen verbindlich vorgesehen ist.

In einer stärkeren Nutzerorientierung kristallisiert sich das Ansinnen einer Personen- und Bedürfniszentrierung von Gesundheitsdienstleistungen, die ausgehend von der Psychiatrie Enquete für das psychiatrische Hilfesystem bereits in den 1970´er Jahren konstatiert wurde und bis heute nur in Teilbereichen umgesetzt ist. Die Einbindung in die Qualifizierungsprozesse gesundheitsrelevanter Berufe stärkt die Selbst- und Mitwirkungsmöglichkeiten von Experten durch Erfahrung und erfüllt eine emanzipatorische Funktion. Vor dem Hintergrund des Verhältnisses zwischen Anbietern und Nutzern psychiatrischer Gesundheitsdienstleistungen steht immer auch die Frage nach der Definitionsmacht von Wissen. Anerkanntes Expertenwissen - in Kapitel 1 aufgegriffen - führt zur Stärkung von Rollen und Funktionen. Der Nachweis einer unmittelbaren gesundheitsfördernden Wirkung von EX-IN ausgebildeten Genesungsbegleitern und die einer mittelbaren über den *Bildungsumweg*, wie in dieser Untersuchung identifiziert, kann als Recovery orientierte

Intervention auf einer strukturellen Ebene zur Stärkung der Nutzerorientierung des psychiatrischen Hilfe- und Qualifizierungssystems führen. Die Ergebnisse verdeutlichen die grundsätzlichen Zusammenhänge von handlungsleitenden Konzepten und konkretem Tun sowie die Bedeutung der Fähigkeit zur Perspektivverschränkung als gesellschaftliche Schlüsselqualifikation. Sie reichen damit über das berufliche Handeln hinaus: Lernen mit Experten durch Erfahrung entfaltet damit auch eine emanzipatorische Wirkung auf Seiten der Experten durch Qualifikation.

Literaturverzeichnis

Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. & Sauter, D. (2011). Auffassung von Pflege. In D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham & S. Wolff (Hrsg.*), Lehrbuch Psychiatrische Pflege* (S. 43-56). 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Alexander, A. (2012). Modul 1 - Recovery verstehen. In G. Zuaboni, C. Abderhalden, M. Schulz, & A. Winter (Hrsg.), *Recovery praktisch! Schulungsunterlagen* (S. 17-41). Verfügbar unter http://www.upd.gef.be.ch/upd_gef/de/index/ueber-die-upd/ueber-die-upd/downloads-publikationen/recovery.asset-ref/dam/documents/GEF/UPD/de/Publikationen/Recovery_praktisch-_PDF_Version_2012.pdf [10.01.2015]

Arnold, R. (2010). *Ermöglichungsdidaktik: Erwachsenenpädagogische Grundlagen und Erfahrungen*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Bartsch, S. & Specht, N. (2009). Die Critical Incident Technique (CIT). In M. Schwaiger & A. Meyer (Hrsg.), *Theorien und Methoden der Betriebswirtschaft. Handbuch für Wissenschaftler und Studierende* (S. 373-396). München: Vahlen Verlag.

Baumann, K. (2013). *Experienced Involvement. Die beruflichen und psychosozialen Entwicklungen von Psychiatrie-Erfahrenen EX-IN AbsolventInnen – Eine vergleichende Evaluationsstudie der Ausbildungen zum Genesungsbegleiter in Bremen und Köln.* Bachelor-Thesis im Studiengang Soziale Arbeit. Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen - Abteilung Münster - Fachbereich Sozialwesen. Unveröffentlicht. Verfügbar unter http://www.experienced-involvement.org/sites/default/files/filepicker/1/Bachelorthesis_K.Baumann.pdf [12.12.2014]

Becker, M. (2013). Arbeitsprozessorientierte Didaktik. *Berufs- und Wirtschaftspädagogik - online, (24),* 1-22. Verfügbar unter http://www.bwpat.de/ausgabe24/becker_bwpat24.pdf [29.12.204]

Becker-Beck, U. (1997). *Soziale Interaktion in Gruppen: Struktur- und Prozessanalyse*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

BIBB (Bundesinstitut für Berufsbildung) (2014). *Handlungsorientiert ausbilden*. Verfügbar unter http://www.foraus.de/html/3148.php [05.01.2015]

Bock, T. (2009). Die Peer-Arbeit aus anthropologischer Sicht - Vom Trialog zum EX-IN. In J. Utschakowski, G. Sielaff & T. Bock (Hrsg.), *Vom Erfahrenen zum Experten - Wie Peers die Psychiatrie verändern* (S. 22-32). Bonn: Psychiatrie Verlag.

Bock, T., Buck, D. & Meyer, H.-J. (2009). Entwicklungslinien des Trialogs. *Sozialpsychiatrische Informationen, (Heft 3)*, 4-6.

Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (2014). *Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung.* Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Bohrer, A. (2009). Erfahrungen ermöglichen und reflektieren: Gesundheitsförderung und Prävention für Lernende in Gesundheitsberufen. *PADUA Zeitschrift für Pflegepädagogik, (Heft 4),* 13-18.

Büssing, A. & Glaser, J. (1996). *Prozeßanalyse der Einführung eines ganzheitlichen Pflegesystems zum Abbau der arbeitsbelastenden und qualitätseinschränkenden Auswirkungen von Funktionspflege*. (Bericht Nr. 28 aus dem Lehrstuhl für Psychologie). München: Technische Universität, Lehrstuhl für Psychologie. Verfügbar unter http://www.psy.wi.tum.de/LS-Berichte/Bericht-28.pdf [01.12.2014]

Byrne L., Happell B. & Platania-Phung C. (2013). Things you can't learn from books': teaching recovery from a lived experience perspective. *International journal of mental health nursing, 22(3)*, 195-204. doi: 10.1111/j.1447-0349.2012.00875.x

Byrne L., Platania-Phung, C., Happell B., Harris S. & Bradshaw J. (2014a). Changing nursing student attitudes to consumer participation in mental health services: a survey study of traditional and lived experience-led education. *Issues in mental health nursing, (35)9,* 704-712. doi: 10.3109/01612840.2014.888604

Byrne L., Happell B. & Platania-Phung C. (2014b). Attitudes of Nursing Students on Consumer Participation: The Effectiveness of the Mental Health Consumer Participation Questionnaire. *Perspectives in psychiatric care, (12)3,* doi: 10.1111/ppc.120 [Epub ahead of print].

Carraro, A. E. & Hintringer, E. (2010). *Prozesse sozialer Interaktion und Prozesse der Erkenntnisgewinnung in der Arbeit einer Referenzgruppe*. Diplomarbeit. Verfügbar unter http://bidok.uibk.ac.at/library/carraro-interaktion-dipl.html#id3602477 [13.01.2015]

Crott, H. (1979). *Soziale Interaktion und Gruppenprozesse.* Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Davidson, L., Chinman, M., Kloos, B., Weingarten, R., Stayner, D., Kraemer & Tebes, J., (1999): Peer Support Among Individuals With Severe Mental Illnesses: A Review of the Evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice, (6)2,* 165-187. doi: 10.1093/clipsy.6.2.165

Dechmann, B. & Ryffel, C. (2006). *Soziologie im Alltag - Eine Einführung*. Weinheim: Juventa Verlag.

Denzin, N. K. (2013). Symbolischer Interaktionismus. In U. Flick, E. v. Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung* (S. 136-150). Reinbek: Rowohlt Verlag.

Dörner, K., Plog, U., Teller, C. & Wendt, F. (2013). *Irren ist menschlich – Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*. 22. Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Dresing, T. & Pehl, T. (2013). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende.* Marburg: Eigenverlag. Verfügbar unter http://www.audiotranskription.de/download/praxisbuch [08.12.2014]

Egloff, B. (2002). *Praktikum und Studium*. Kapitel 2.2: Zur Auswahl der Befragten. Verfügbar unter http://user.uni-frankfurt.de/~begloff/ [11.12.2014]

EX-IN NRW (2014). *Experienced-Involvement (professional) – Beteiligung Psychiatrie-Erfahrener in psychiatrischer Arbeit, Lehre und Forschung*. Verfügbar unter http://www.ex-in-nrw.info/Kurzcurriculum_EX-IN_LebensART.pdf [14.12.2014]

Flanagan, J. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin, 51(4),* 327-358.

Felton, A. & Stickley, T. (2004). Pedagogy, power und service user involvement. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11(1),* 89-98. doi: 10.1111/j.1365-2850.2004.00693.x

Fiechter, V. & Meier, M. (1998). *Pflegeplanung*. Kassel: Recom Verlag.

Flick, U. (2012). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. 5. Auflage. Reinbek: Rowohlt Verlag.

Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (2013). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In U. Flick, E. v. Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung* (S. 13-29). Reinbek: Rowohlt Verlag.

Forgas, J. P. (1999). *Soziale Interaktion und Kommunikation: Eine Einführung in die Sozialpsychologie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Fortbildungszentrum des LWV Hessen (2008). *Handlungsrahmen psychiatrischer Krankenpflege.* Arbeitstext. Unveröffentlicht.

Fuchs-Heinritz, W., Lautmann, R., Rammstedt, O., Wienold, H. (Hrsg.) (2007). *Lexikon zur Soziologie*. 4. grundlegend überarbeitete Ausgabe. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Giesecke, H. (2013). *Pädagogik als Beruf: Grundformen pädagogischen Handelns*. 11. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa Verlag.

Gordon, M. (2012). *Handbuch Pflegediagnosen*. 5. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Hacker, W. (1973). *Allgemeine Arbeits- und Ingenieurspsychologie.* Berlin: VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften.

Happell, B., Pinikahana, J. & Roper, C. (2002). Attitudes of postgraduate nursing students towards consumer participation in mental health services and the role of the consumer academic. *International journal of mental health nursing, 11(4),* 240-250.

Happell, B. & Roper, C. (2003). The role of a mental health consumer in the education of postgraduate psychiatric nursing students: the students' evaluation. *Journal of psychiatric and mental health nursing, 10(3*), 343-350.

Happell, B., Byrne, L., McAllister, M., Lampshire, D., Roper, C., Gaskin, C. J., Martin, G., Wynaden, D., McKenna, B., Lakeman, R., Platania-Phung, C. & Hamer H. (2013). Consumer involvement in the tertiary-level education of mental health professionals: systematic review. *International journal of mental health nursing, 23(1),* 3-16. doi: 10.1111/inm.12021

Heinze, T. (2001). *Qualitative Sozialforschung: Einführung, Methodologie und Forschungspraxis*. Berlin: Oldenbourg Verlag.

Hemmecke, J. (2007). *Eine Einführung in die Critical-Incident-Technik - Planungs- und Durchführungshinweise.* Verfügbar unter http://www.hemmecke.com/material/Hemmecke-Jeannette_Einfuehrung-Critical-Incident-Technik_2007.pdf [29.11.2915]

Hessisches Kultusministerium (2013). *Berufliche Kompetenzen messen – Das Modellversuchsprojekt KOMET (Metall) - Abschlussbericht.* Verfügbar unter http://www.fes-wbn.de/uploads/media/__KOMET_Metall_Abschluss_01072013_fin_klein.pdf [29.12.2014]

Herriger, N. (2014). *Empowerment-Landkarte: Diskurse, normative Rahmung, Kritik.* Verfügbar unter http://www.bpb.de/apuz/180866/empowerment-landkarte?p=all [18.12.2014]

Ikkos, G. (2003). Engaging patients as teachers of clinical interview skills. *Psychiatric Bulletin, 27,* 312-315. doi: 10.1192/pb.01-495

Jank, W. & Meyer, H. (2006). *Didaktische Modelle*. 9. Auflage. Berlin: Cornelson Verlag.

Jansen, H. (2013). Weiterbildung Psychiatrische Pflege: Quo vadis? *Psych.Pflege Heute, (19)6,* 307-311. doi: 10.1055/s-0033-1360799

Khoo, R., McVicar, A. & Brandon, D. (2004). Service user involvement in postgraduate mental health education. Does it benefit practice? *Journal of Mental Health, 13(5),* 481-492. doi: 10.1080/09638230400006742

Klafki, W. (1963). *Studien zur Bildungstheorie und Didaktik.* Weinheim/ Basel: Beltz Verlag.

Knuf, A. & Seibert U. (2001). *Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit*. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Kohli, M. (1978). „Offenes“ und „geschlossenes“ Interview: Neue Argumentation zu einer alten Kontroverse. *Soziale Welt, (29)1,* 1-25.

Kozel, B., Winter, A. & Abderhalden, C. (2010). Die Wirksamkeit der Peer-Unterstützung bei psychischen Erkrankungen. *Psych.Pflege Heute, (16)6,* 324-327. doi: 10.1055/s-0030-1268793

Kultusministerkonferenz (KMK) (2007). *Handreichungen für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz (KMK) für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe.* Verfügbar unter http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2007/2007_09_01-Handreich-Rlpl-Berufsschule.pdf [12.12.2014]

Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung*. 5. überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz Verlag.

Lehberger, J. (2013). *Arbeitsprozesswissen - didaktisches Zentrum für Bildung und Qualifizierung*. Münster: LIT Verlag.

Lütjen, R. (2007). *Subjektorientierung als Zukunftsperspektive der Sozialen Arbeit.* Verfügbar unter https://www.fh-kiel.de/fileadmin/data/sug/pdf-Dokument/Luetjen/Subjektorientierung.pdf [19.12.2014]

Martin, E. & Wawrinowski, U. (2006). *Beobachtungslehre. Theorie und Praxis reflektierter Beobachtung und Beurteilung*. Weinheim: Juventa Verlag.

Mayring, P. (2002). *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz-Verlag.

Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz-Verlag.

Michel, K. P. (2013). *Die Theorie interpersonaler Beziehungen in der Pflege nach H. Peplau als formaler und inhaltlicher Rahmen für Bezugspflegegespräche in der psychiatrischen Pflege*. Bachelor-Thesis. Fachhochschule Münster. Fachbereich Pflege und Gesundheit. Unveröffentlicht.

Muijsers, P. (2001). *Wir verstehen uns … oder? - Gesprächskultur für Gesundheitsberufe.* Bern: Verlag Hans Huber.

NANDA International (2013). *Pflegediagnosen - Definitionen und Klassifikationen 2012-2014*. Kassel: Recom Verlag.

Nerdinger, W. N. (2014). Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit. In F. W. Nerdinger, G. Blickle & N. Schaper, *Arbeits- und Organisationspsychologie* (S. 419-440). Berlin: Springer Verlag.

Obermann, C. (2006). *Assessment Center: Entwicklung, Durchführung, Trends. Mit originalen AC-Übungen.* 3. Auflage. Wiesbaden: Gabler Verlag.

Olbrich, C. (1999). *Pflegekompetenz*. Bern: Verlag Hans Huber.

Olbrich, C. (2009). Kompetenztheoretisches Modell der Pflegedidaktik. In C. Olbrich (Hrsg.), *Modelle der Pflegedidaktik* (S. 63-85). München: Elsevier Verlag.

Peplau, H. (1995). *Interpersonale Beziehungen in der Pflege. Ein konzeptueller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege*. Basel: Recom Verlag.

Rauner, F. (2007). Praktisches Wissen und berufliche Handlungskompetenz. *Europäische Zeitschrift für Berufsbildung, (40)1,* 57-72. Verfügbar unter http://www7.cedefop.europa.eu/etv/Upload/Information_resources/Bookshop/468/40_de_rauner.pdf [29.12.2014]

Rauner, F. (2011). *Kompetenzentwicklung und -messung in beruflichen Bildungsgängen und Handlungsfeldern.* Vortrag im Rahmen der Fachkonferenz „BERUFSBILDUNG | ENTWICKLUNG | ZUKUNFT – Innovation durch Forschung, Beratung und Begleitung“ am 03.11.2011 in Offenbach. Verfügbar unter http://www.inbas.com/fileadmin/user_upload/themen/120711_Vortrag_Rauner_INBAS-Fachtagung_03Nov2011.pdf [30.12.2014]

Rauner, F. (2013). Ein durchgängiger dualer Bildungsweg. In M. Niethammer & G. Pfrengle (Hrsg.), *bwp@Spezial 6, Hochschultage Berufliche Bildung 2013, Fachtagung 07, 1-19*. Verfügbar unter http://www.bwpat.de/ht2013/ft07/rauner_ft07-ht2013.pdf [18.01.2015]

Röhl; K. F. (2013). *§ 30 Die soziale Handlung am Beispiel von Max Webers Handlungslehre*. Rechtssoziologie-Online.de - Ein Lehrbuch. Verfügbar unter http://rechtssoziologie-online.de/?page_id=498 [17.01.2015]

Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. (2001). *Das Roper-Logan-Tierney-Modell. Basierend auf Lebensaktivitäten (LA)*. Bern: Verlag Hans Huber.

Sauter, D. (2011). Grundlagen der Psychiatrie. In D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham & S. Wolff (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrische Pflege* (S. 82-109). 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Schädle-Deininger, H. & Villinger, U. (1997). *Praktische Psychiatrische Pflege: Arbeitshilfen für den Alltag.* Bonn: Psychiatrie Verlag.

Schäfers, B. (2010). Soziales Handeln und sine Grundlagen: Normen, Werte, Sinn. In H. Korte & B. Schäfers (Hrsg.), *Einführung In Hauptbegriffe der Soziologie* (S. 23-44). 8. durchgesehene Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schrank, B. & Amering, M. (2007). „Recovery“ in der Psychiatrie. *Neuropsychiatrie (21)1,* 45-50.

Siebert, H. (2002). Nachhaltigkeit des Lernens und neue Lernkulturen. *GdWZ: Grundlagen der Weiterbildung (13)2,* 114–117.

Siebert, H. (2012). *Didaktisches Handeln in der Erwachsenenbildung: Didaktik aus konstruktivistischer Sicht*. Augsburg: Ziel Verlag.

Simpson, A., Reynolds, L., Light. I. & Attenborough J. (2008) Talking with the experts: evaluation of an online discussion forum involving mental health service users in the education of mental health nursing students. *Nurse education today, 28(5),* 633-640.

Steinke, I. (2013). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. v. Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung* (S. 319-331). Reinbek: Rowohlt Verlag.

textlog.de (2004). *Max Weber - Wirtschaft und Gesellschaft: Grundriss der verstehenden Soziologie*. Kapitel 1, §1, 2. Sinnhaftes Handeln. Verfügbar unter: http://www.textlog.de/7307.html [17.01.2015]

Tippelt, R. & von Hippel, A. (2009). *Handbuch Erwachsenenbildung/ Weiterbildung*. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Utschakowski, J. (2009a). Die Ausbildung von Experten durch Erfahrung. Das Projekt EX-IN. In J. Utschakowski, G. Sielaff & T. Bock (Hrsg.), *Vom Erfahrenen zum Experten - Wie Peers die Psychiatrie verändern* (S. 82-90). Bonn: Psychiatrie Verlag.

Utschakowski, J. (2009b). Psychiatrie-Erfahrung als Kompetenz: Das Projekt EX-IN. *Die Kerbe - Forum für Sozialpsychiatrie, (27)1*, 19-21.

Utschakowski, J. (2009c). Peer-Support: Gründe, Wirkungen, Ambitionen. In J. Utschakowski, G. Sielaff & T. Bock (Hrsg.), *Vom Erfahrenen zum Experten - Wie Peers die Psychiatrie verändern* (S. 14-21). Bonn: Psychiatrie Verlag.

Utschakowski, J., Sielaff, G. & Bock, T. (2009). Einführung: Die Psychiatrie auf dem Weg zur Erfahrungswissenschaft. In J. Utschakowski, G. Sielaff & T. Bock (Hrsg.), *Vom Erfahrenen zum Experten - Wie Peers die Psychiatrie verändern* (S. 9-11). Bonn: Psychiatrie Verlag.

Utschakowski, J. (2010). Licht am Ende des Tunnels. Das Projekt EX-IN qualifiziert Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung zu Genesungsbegleitern. *Pflegen: psychosozial, (Heft 2),* 29-33.

Volpert, W. (1974). *Handlungsstrukturanalyse als Beitrag zur Qualifikationsforschung.* Köln: Verlag Pahl-Rugenstein.

WBVO-Pflege-NRW (2014). *Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegeberufe*. Verfügbar unter https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_text?anw_nr=2&gld_nr=2&ugl_nr=2124&bes_id=13404&aufgehoben=N&menu=0&sg= [11.12.2014]

Wolf, G. (2011). *Zur Konstruktion des Erwachsenen - Grundlagen einer erwachsenenpädagogischen Lerntheorie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Wolff, S. (2011). Pflegebeziehung und Interaktion. In D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham & S. Wolff (Hrsg.*), Lehrbuch Psychiatrische Pflege* (S. 309-346). 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Wohlgemuth, H. (1993). *Bettelschürze*. Verfügbar unter http://www.erepro.de/info-und-diskussion/hildegard-wohlgemuth-und-ihre-kunst [24.02.2015]

Zielke-Nadkarni, A. (2003). *Individualpflege als Herausforderung in multikulturellen Pflegesituationen. Eine ethnografische Studie mit türkischen und deutschen Frauen*. Bern: Verlag Hans Huber.

Zollondz, H.-D. (2011). *Grundlagen Qualitätsmanagement: Einführung in Geschichte, Begriffe, Systeme und Konzepte*. 3. überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. München: Oldenbourg Verlag.

Zuaboni, G., Abderhalden, C., Schulz, M. & Winter, A. (Hrsg.) (2012). *Recovery praktisch! Schulungsunterlagen*. Verfügbar unter http://www.upd.gef.be.ch/upd_gef/de/index/ueber-die-upd/ueber-die-upd/downloads-publikationen/recovery.assetref/dam/documents/GEF/UPD/de/Publikationen/Recovery_praktisch-_PDF_Version_2012.pdf [12.12.2014]

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich diese Masterthesis selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe, alle Ausführungen, die anderen Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, kenntlich gemacht sind und die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung war.

Telgte, den 18.02.2015

Elektronischer Datenträger mit Masterthesis und Anlagen