

Interdisziplinäre Fortbildung

Neurologie

Herausgegeben von

Deutsche Gesellschaft für Neurologie e.V.
Prof. Dr. Otto Busse

und

**Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
e.V.**
Franz Wagner MSc

unter Mitarbeit von

Jan Dohnke [Kinaesthetics®]
Prof. Dr. Andreas Ferbert [Medizin]
Katja Girbardt [Physiotherapie]
Dr. Jörg Glahn [Medizin]
Dr. Ulrike Morgenstern [Gesundheits- und
Krankenpflege]
Dr. Margarete Reinhart [Pädagogik]

Stand: **April 2011**

Inhaltsverzeichnis

1	Curriculare Struktur	3
2	Modulgrößen und Workloads	4
2.1	Formale Hinweise	4
2.2	Pädagogisch-didaktische Hinweise.....	6
2.2.1	Problem based Learning [PbL/PoL] als curricularer Bezug.....	6
2.2.2	Evidence-based Practise [EbP] als curricularer Bezug	7
2.2.3	Europäische Entwicklungen in der Bildungslandschaft – Bezüge zur ‚Interdisziplinären Fortbildung Neurologie‘	9
3	Module A Basismodule	10
3.1	Modul A 1 Multiple Sklerose, Polyneuropathie, Morbus Parkinson u. a degenerative Erkrankungen.....	11
3.2	Modul A 2 Hirntumore, Schlaganfall und akut entzündliche Erkrankungen des Nervensystems	13
3.3	Modul A 3 Anatomische und physiologische Grundlagen.....	15
3.4	Wahlpflichtmodul A 4 Evidence-basierte Praxis	17
3.5	Wahlpflichtmodul A 5 Praktikum	19
4	Module B Phänomenmodule	20
4.1	Modul B 1 Psychische Veränderungen bei neurologischen Erkrankungen	21
4.2	Modul B 2 Immobilität	23
4.3	Modul B 3 Müdigkeit, Erschöpfung, Fatigue, Schlafstörung	25
4.4	Modul B 4 Schmerzen	27
4.5	Modul B 5 (Neurologische) Störungen der Kommunikation	29
4.6	Modul B 6 Inkontinenz	31
5	Module C Querschnittsmodule	33
5.1	Modul C 1 Bewältigung chronischer Krankheit	34
5.2	Modul C 2 Versorgungsmanagement	36
5.3	Modul C 3 Kommunikation und Beratung	38
5.4	Modul C 4 Ethik	40
5.5	Wahlpflichtmodul C 5 Kinaesthetics®	42
5.6	Wahlpflichtmodul C 6 Basale Stimulation®	44

1 Curriculare Struktur

C 1 Bew. chron. Krankheit		C 2 Versorgungsmanagement		C 3 Kommunikation, Beratung		C 4 Ethik		WP-C5* Kinaesthetics		WP-C 6* Basale Stimulation®	
B 1 psychorekative Veränderungen bei neurol. Erkrankungen		B 2 Bewegungsstörung/Immobilität		B 3 Müdigkeit, Erschöpfung, Fatigue		B 4 Schlafstörung, Schmerzen		B 5 neurologische Störungen der Kommunikation		B 6 Inkontinenz	
A 5 Praktikum											
WP - A 4* Evidence-based Practise											
WP- A 3* anatomische und physiologische Grundlagen											
A 2 Hirntumore, Schlaganfall und akut entzündliche Erkrankungen des Nervensystems											
A 1 Multiple Sklerose, Polyneuropathie, Morbus Parkinson und andere degenerative Erkrankungen											

* WP = Wahlpflichtmodul

2 Modulgrößen und Workloads

2.1 Formale Hinweise

Das Curriculum ‚Interdisziplinäre Fortbildung Neurologie‘ weist dreizehn Pflichtmodule und vier Wahlpflichtmodule aus. Erbringt der Teilnehmer¹ den Nachweis, dass er anderweitig in gleichem oder höherem Stundenumfang Ausbildung oder Fortbildung erfolgreich innerhalb der letzten fünf Jahre absolviert hat, kann ihm dieses nach Einzelfallprüfung ersatzweise angerechnet werden.

Im Wahlpflichtbereich wählt der Teilnehmer zwei aus vier Angeboten. Im Modulbereich A [Basismodule] werden die Wahlpflichtmodule WP A 4 und WP A 5 angeboten, eines der beiden muss belegt werden. Im Modulbereich C [Querschnittmodule] werden die Wahlpflichtmodule WP C 5 und WP C 6 angeboten, eines der beiden muss belegt werden. Erbringt der Teilnehmer den Nachweis, dass er anderweitig in gleichem oder höherem Stundenumfang Ausbildung oder Fortbildung erfolgreich innerhalb der letzten fünf Jahre absolviert hat, kann ihm dieses nach Einzelfallprüfung ersatzweise angerechnet werden. Zu jedem Modul erstellt der Lehrende ein Scriptum, das den Teilnehmern vor dem Besuch des Moduls lernunterstützend, entweder als Ausdruck oder als online gestellte Datei, verfügbar gemacht wird.

Der Gesamtaufwand für die Teilnahme an Präsenzveranstaltungen der ‚Interdisziplinäre Fortbildung Neurologie‘ liegt im Pflichtbereich bei 236 Lehrveranstaltungsstunden. Im Wahlpflichtbereich, je nach Schwerpunktsetzung, zwischen 38 und 48 Lehrveranstaltungsstunden. Der Gesamtarbeitsaufwand [Workload] inklusive der Selbstlernzeiten liegt bei 468 Stunden. Für den Besuch einzelner Module wird eine Teilnahmebescheinigung ausgestellt. Es wird ein Zertifikat für die ‚Interdisziplinäre Fortbildung Neurologie‘ erteilt, wenn innerhalb von drei Jahren alle Pflichtmodule plus zwei Wahlpflichtmodule absolviert werden. Jedes Modul wird einzeln geprüft, die Art der Prüfungsleistung ist in der jeweiligen Modulbeschreibung ausgewiesen. Prüfungsleistungen werden nicht benotet, sondern durch die Vergabe der Bewertungen ‚mit Erfolg teilgenommen‘ oder ‚teilgenommen‘ bestanden.

Die ‚Interdisziplinäre Fortbildung Neurologie‘ ist berufsgruppenübergreifend und interprofessionell angelegt. Alle Module sind grundsätzlich offen für alle Berufsgruppen, die sich an der Versorgung und Betreuung der Patientengruppe beteiligen (z. B. Ärzte, Pflegende, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten).

Die Module werden in der folgenden Tabelle nach Modulnummern aufgeführt. Es wird jeweils angegeben, wie die Arbeitsbelastung [Teilnehmer - Workload] pro Modul und insgesamt ist. Der Workload gibt neben dem Präsenzunterricht in Stunden auch die von einem durchschnittlichen Teilnehmer aufzuwendende Selbststudien- und Prüfungsvorbereitungszeit an.

¹ Anmerkung: Personenbezeichnungen in maskuliner Form stehen grundsätzlich in gleicher Weise für männliche und weibliche Personen. Aus Gründen der Lesbarkeit verwenden wir die kürzere maskuline Form für beide Geschlechter.

Modulnr.	Präsenzstunden		Selbststudium		Workload
	Pflicht	Wahlpflicht	Pflicht	Wahlpflicht	Workload
A 1	20		10		30
A 2	20		10		30
A 3	20		10		30
WP A 4*		20		10	30
WP A 5*		24			24
B 1	20		10		30
B 2	20		10		30
B 3	16		8		24
B 4	16		9		25
B 5	10		5		15
B 6	18		8		26
C 1	16		8		24
C 2	20		10		30
C 3	20		10		30
C 4	20		10		30
WP C 5*		24		9	33
WP C 6*		18		9	27
Σ	236	86	118	28	468
	322		146		

* Wahlpflichtmodul

2.2 Pädagogisch-didaktische Hinweise

2.2.1 Problem based Learning [PbL/PoL] als curricularer Bezug

Für die Bearbeitung der Inhalte in der ‚*Interdisziplinären Fortbildung Neurologie*‘ wird methodisch das Problembasierte Lernen (PbL) empfohlen.

Problembasiertes Lernen (PbL), auch Problemorientiertes Lernen (POL) oder Case Study Method, ist eine Lernform, bei der zunächst ein Problem im Vordergrund steht, für das die Lernenden weitgehend selbstständig eine Lösung finden sollen. Das zentrale Merkmal dieses pädagogischen Ansatzes besteht darin, dass reale und komplexe Problemstellungen aus dem beruflichen Alltag den Ausgangspunkt des Lernens bilden. Der Lernstoff wird problemorientiert und damit praxisnah außerhalb von traditionellen Unterrichtsfächern, d. h. stets fächerübergreifend, in praxisnahen Fallstudien von den Lernenden erarbeitet.

Problembasiertes Lernen bedeutet selbstbestimmtes und entdeckendes Lernen, handlungsorientierter Unterricht, fächerübergreifendes Lernen und Selbstevaluation. Hier lernen die Teilnehmer, ein Thema oder eine Frage zu analysieren, geeignete Informationsquellen zu finden und zu nutzen und schließlich Lösungen zu vergleichen, auszuwählen und umzusetzen. Dabei wird der Dozent im klassischen Sinne durch einen Tutor ersetzt oder fehlt sogar ganz. Von den Teilnehmern wird mehr Initiative und damit mehr selbstgesteuertes Lernen erwartet. Die praktischen Trainingseinheiten orientieren sich unmittelbar am Thema. So ist diese Art der Aus- und Weiterbildung zugleich eine Vorbereitung auf die Berufstätigkeit, wo häufig Probleme selbstständig gelöst werden müssen und in Gruppen zusammengearbeitet wird. Eine authentische und komplexe schriftliche Problemstellung ist Ausgangspunkt des PbL.

Die an der Universität Maastricht dazu entwickelte Unterrichtsdurchführung wird auch Methodik des 7-Sprunges genannt:

1 Klären unbekannter Begriffe

In Gruppenarbeit (in der Regel 5 bis 8 Teilnehmer) wird der Text von den Teilnehmern erörtert. Begriffe im Sinne von einfachen Vokabelfragen werden geklärt, im besten Fall von den Teilnehmern selbst, ggf. von einem Tutor (siehe unten).

2 Themenfindung oder Problemdefinition

Die Teilnehmer bestimmen die Art der Aufgabe und definieren Probleme. Dabei kann es durchaus wünschenswert sein, dass auch „Probleme auf der Metaebene“ definiert werden (beispielsweise mangelnde eigene Vorkenntnisse, mangelnde Erfahrung im Umgang mit der PbL-Methode oder gruppendynamische Probleme).

3 Brainstorming zur Hypothesengenerierung

Im nächsten Schritt werden Hypothesen generiert, die zur weiteren Bearbeitung des Textes bzw. des Falls dienen können. Diese Hypothesen können sich zum Beispiel darauf beziehen, wie es zu den Problemen gekommen ist, welche weiteren Informationen ggf. erhoben werden müssen und natürlich wie die Probleme gelöst werden könnten. Wich-

tig ist, dass dieser Schritt in Form eines wertfreien Brainstorming gehalten wird, d.h. weder diskutiert, noch in Frage gestellt oder sich gerechtfertigt wird.

4 Systematische Ordnung und Bewertung der Hypothesen

Die Diskussion ist dem vierten Schritt vorbehalten, der letztlich dazu dient, brauchbare, weiterführende Hypothesen zu bestätigen und unbrauchbare Hypothesen (begründet!) verwerfen zu können.

5 Lernzielformulierung

Die Lernziele werden formuliert. Diese sollen in den vorangegangenen Schritten offen gelegte Wissensdefizite abdecken und letztlich dazu beitragen, den Text abschließend zu bearbeiten (zum Beispiel im Text geschilderte Probleme zu lösen).

6 Recherche („Lernzeit“)

An diesem Punkt ist die Gruppenarbeit zunächst beendet und jeder Teilnehmer betreibt nun selbstständig oder in Kleingruppenarbeit Recherchen, um die formulierten Lernziele zu erarbeiten. Dazu können und sollen Internet, Artikel aus Fachzeitschriften, sowie Bücher benutzt werden.

7 Synthese

Beim nächsten Treffen der Unterrichtsgruppe tragen die Teilnehmer die Ergebnisse ihrer Arbeit zusammen, erarbeiten eine Synthese, überprüfen die gewonnenen Informationen und evaluieren die eigene Arbeit.

In der heutigen Wissensgesellschaft brauchen Ausbildungsstätten eine Lernkultur, die auf dem Gedanken des lebenslangen Lernens basiert. Lebenslanges Lernen bedeutet auf den Einzelnen bezogen, Eigeninitiative gepaart mit Motivation sowie selbstgesteuertes und kooperatives Lernen. Problembasiertes Lernen vereinbart in hohem Maße die Kriterien des lebenslangen Lernens. Diese Lernkultur trägt ebenso zum Erwerb flexibel nutzbaren Wissens, zur Entwicklung fächerüberschreitender Kompetenzen sowie einer besseren Problemlösefähigkeit bei. Soziale Kompetenz und Teamfähigkeit sind weitere Schlüsselqualifikationen die die Teilnehmer schon während ihrer Ausbildung erwerben.

PbL soll althergebrachte und bewährte Lehr- und Lernformate nicht ersetzen, sondern ergänzen.

2.2.2 Evidence-based Practise [EbP] als curricularer Bezug

Die Lehr- und Lerninhalte in der ‚Interdisziplinären Fortbildung Neurologie‘ sind an den Erkenntnissen der Evidence-based Practise [EbP] orientiert. Von den Lehrenden wird erwartet, dass sie, soweit verfügbar, wissenschaftlich abgesicherte Inhalte vermitteln.

Evidence-based Practise ist die sinnvolle Integration der derzeit besten verfügbaren wissenschaftlichen Beweise in die tägliche Praxis. Einbezogen werden die besten wissenschaftlichen Belege, das vorhandene Wissen und die Erfahrungen der versorgenden Personen sowie die Bedürfnisse und Vorstellungen der Patienten/Klienten. Die vorhandenen und verfügbaren Ressourcen und Strukturen der Einrichtung werden dabei berücksichtigt.

Unter besten wissenschaftlichen Belegen werden Forschungsergebnisse verstanden, die unter Anwendung möglichst objektiver, valider und reliabler Methoden erarbeitet wurden, also eine hohe interne Validität aufweisen. Diese Belege können im Rahmen der durchzuführenden Maßnahmen berücksichtigt werden oder zur Erstellung von Standards, Leitlinien oder Curricula auf der Meso- und Makroebene des Gesundheitssystems Anwendung finden

Das vorrangige Ziel von Evidence-based Practise ist es, eine Grundlage zu schaffen, um Patienten/Klienten die beste und wirksamste Versorgung zukommen zu lassen. Die Interventionen sollen nicht allein auf Traditionen, Überlieferungen oder auf Erfahrung, sondern auch auf wissenschaftlichen Belegen beruhen. Bei einer Entscheidung sind neben den wissenschaftlichen Belegen, denen besonderes Gewicht zukommt, das bereits vorhandene Wissen und die praktischen Erfahrungen, also die Expertise der Versorgenden, in Verbindung mit ihrem intuitiven Verständnis der Situation, dem sog. Tacit Knowledge, ebenso zu berücksichtigen.

Interventionen können zudem nur dann ein- bzw. durchgeführt werden, wenn der Patient mit den anzuwendenden Interventionen einverstanden ist, deren Durchführung unterstützt und die dafür nötigen Ressourcen vorliegen: Dies umfasst die benötigten Geräte oder Verbrauchsmaterialien ebenso wie die erforderlichen personellen Strukturen und organisatorischen Gegebenheiten.

Die Methode der Evidence-based Practise umfasst ein systematisches Vorgehen und kann als eine Handlungsanweisung mit sechs einzelnen Schritten dargestellt werden.

Dazu gehören:

- Auftragsklärung
- Fragestellung
- Literaturrecherche
- kritische Beurteilung
- Implementierung und Adaption
- Evaluation

In der Praxis erfolgt der Ablauf der einzelnen Schritte nicht immer so linear wie hier skizziert. Abhängig von den konkret erzielten Ergebnissen müssen einzelne Schritte immer wieder neu überdacht werden; so führt zum Beispiel eine erfolglose Literaturrecherche zurück zur Fragestellung, ebenso erfordert ein qualitativ oder quantitativ schlechtes Suchergebnis eine modifizierte Fragestellung oder eine erneute Recherche. Wurde eine Veränderung implementiert und konnten bei deren Evaluation keine Verbesserungen verzeichnet werden, muss nach Gründen gesucht und gegebenenfalls eine neue Fragestellung aufgegriffen oder nach neuen Studien gesucht werden.

2.2.3 Europäische Entwicklungen in der Bildungslandschaft – Bezüge zur „Interdisziplinären Fortbildung Neurologie“

In der europäischen Bildungslandschaft zeichnen sich in den letzten Jahren zwei Entwicklungen haben, die für die zukünftige Gestaltung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen relevant sind. Die Reform der Hochschulausbildung, wie sie durch den sog. Bologna-Prozess² erfolgt und die Reform der beruflichen Bildung im sog. Kopenhagen-Prozess.

Lebenslanges Lernen, Transparenz und Flexibilisierung der Lernangebote, Öffnung der Grenzen zwischen beruflicher und wissenschaftlicher Bildung, Anerkennung informell und informal erworbener Lernergebnisse sind dazu einige Stichworte.

Im hier vorgelegten Curriculum zur ‚Interdisziplinären Fortbildung Neurologie‘ werden diese Entwicklungen, soweit heute übersehbar, antizipiert und berücksichtigt. Das Curriculum ist modular und kompetenzorientiert aufgebaut. Die Module sind in den Lehr- /Lernaufwänden präzise bestimmt, die Inhalte sind interprofessionell und disziplinenübergreifend angelegt.

Soweit es gegenwärtig möglich ist, schafft die ‚Interdisziplinäre Fortbildung Neurologie‘ die Voraussetzungen um zum gegebenen Zeitpunkt nach dem European Credit System for Vocational Education and Training [ECVET] kreditiert zu werden. ECVET ist ein System zur Akkumulierung und Übertragung von Leistungspunkten in der beruflichen Aus- und Weiterbildung. Mit seiner Hilfe können Lernergebnisse, die eine Person im Bereich der beruflichen Bildung erzielt hat, über „Systemgrenzen“ hinweg dokumentiert und bescheinigt werden. Qualifikationen sollen dabei durch die erzielten Lernergebnisse und Kompetenzen beschrieben werden. Ziel ist es, die Ausbildungsmobilität zu fördern, die Attraktivität der beruflichen Bildung zu steigern und eine strukturierte Querverrechnung beruflicher Qualifizierung zur wissenschaftlichen Qualifizierung zu ermöglichen.

² *Europäisch wirksame Beschlüsse auf politischer Ebene werden häufig nach den Orten der Beschlussfassung benannt.*

Basismodule

3.1 Modul A 1

Multiple Sklerose, Polyneuropathie, Morbus Parkinson u. a. degenerative Erkrankungen

Workload

30 h

davon:

Kontaktstunden: 20 h

Selbststudium: 10 h

Ziel

Die Teilnehmer sind nach Abschluss des Moduls in der Lage

- aktuelle Konzepte zur Pathophysiologie, zum klinischen Bild/Verlauf und zur Therapie der Multiplen Sklerose, von Polyneuropathien unter besonderer Berücksichtigung von Schmerz-entstehung und Chronifizierung sowie zu neurodegenerativen Erkrankungen aus der Gruppe der Parkinsonsyndrome und Demenzen zu verstehen.
- Berufsgruppenspezifische Aspekte sollen gemeinsam erarbeitet und verstanden werden

Methodik

- Vorträge mit Fallbeispielen (ggf. Vorstellung geeigneter Patienten)

Inhalt

- Aktuelle pathophysiologische Konzepte der **Multiplen Sklerose**
- Die psychosoziale Problematik der Erkrankung (Familienplanung, Schwangerschaft, Fatigue Symptomatik, berufliche Situation, Selbsthilfe)
- Besondere Anforderungen an die ambulante Versorgung aus ärztlicher und pflegerischer Sicht
- Akute und chronische Verläufe der **Polyneuropathie** und Konzepte der Entstehung von Schmerzen einschließlich ihrer Chronifizierung bei Neuropathien
- Eine Abgrenzung der unterschiedlichen **Parkinsonsyndrome** in Kenntnis diagnoserrelevanter Unterschiede im Umgang und Therapie dieser Patienten
- Die klinische Symptomatik von **Demenzen** unter besonderer Berücksichtigung altersrelevanter Verhaltensauffälligkeiten
- Auffrischung bereits erworbener Basiskonzepte im Bereich Diagnostik und Therapie durch neue Forschungsergebnisse und Entwicklungen zu Multiple Sklerose, Polyneuropathie, Morbus Parkinson und Demenz
- Berufsgruppenspezifische Behandlungs- und Betreuungsaspekte der Krankheitsbilder

Lernzielkontrolle

- Klausur (Multiple Choice) evt. gemeinsame Klausur der Module A 1 + A 2

- BAYER, T.A., WIRTHS, O. Alzheimer-Demenz. Der Nervenarzt 2008 [Suppl 3] 79: 117-128.
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR NEUROLOGIE, Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie e. V. Erreichbar unter: <http://www.dgn.org/leitlinien-der-dgn-2008-2.html>.
- DODEL, R., BACHER, M. Innovative Therapie der Alzheimer-Demenz. Der Nervenarzt 2008 [Suppl 3] 79: 149-158.
- EIENBÖKER, C. et al. Myasthenia gravis – Diagnose, Therapie und besondere Probleme. INFO Neurologie&Psychiatrie 2009; 11, Ausgabe 1: 32-41.
- GOLD, R. SCHNEIDER-GOLD, C., TOYKA, K. V. Fortschritte in der Pathogenese und Therapie der Myasthenia gravis und des Lambert-Eaton-myasthenen Syndroms. Akt Neurol 2008; 35: 192-203.
- HÜLL, M., VOIGT-RADLOFF, S. Nichtpharmakologische Behandlungsmethoden bei Demenzen. Der Nervenarzt 2008 [Suppl 3] 79: 159-166.
- IP, W.P., WIENDL, H. Neuromyelitis optica. Akt Neurol 2008; 35: 450-462.
- KIESEIER, B.C. Neuroimmunologie. Immunpathogenetische Grundlagen der Multiplen Sklerose. Nervenheilkunde 7/2009: 468-475.
- REIMERS, C.D. Myopathien – Rationelle Diagnostik. Klein Neurophysiol 2006; 37:250-256.
- STOLZE, H., VIEREGGE, P., DEUSCHL, G. Gangstörungen in der Neurologie. Der Nervenarzt 2008; 79:485-499.
- STRZELCZYK, A., ET AL. Atypische Parkinson-Syndrome. Der Nervenarzt 2008; 79: 1203-1222.
- WILMS, H., RAETHJEN, J. TREMOR. Differentialdiagnose und Therapie. Der Nervenarzt 2008; 79: 975-981.
- WOJTECKI, L., SÜDMEIER, M., SCHNITZLER, A. Therapie des idiopathischen Parkinson-Syndroms. DtschÄrztebl 2007; 104:A2513-22.

3.2 Modul A 2

Hirntumore, Schlaganfall und akut entzündliche Erkrankungen des Nervensystems

Workload

30 h

davon:

Kontaktstunden: 20 h

Selbststudium: 10 h

Ziel

Die Teilnehmer sind nach Abschluss des Moduls in der Lage

- aktuelle Konzepte zur Pathophysiologie, zum klinischen Bild/Verlauf und zur Therapie der Hirntumore, des Schlaganfalls und akut entzündlicher Erkrankungen des Nervensystems zu verstehen
- berufsgruppenspezifische Aspekte gemeinsam zu erarbeiten und zu verstehen.

Methodik

- Vorträge mit Fallbeispielen (ggf. Vorstellung geeigneter Patienten)

Inhalt

- Aktuelle pathophysiologische Konzepte zur Ätiologie und Therapie der Hirntumore; die psychosoziale und ethische Problematik der Erkrankung
- Besondere Anforderungen an die ambulante Versorgung aus ärztlicher und pflegerischer Sicht
- Akute und chronische Verläufe der Polyradikulitis
- Verlauf und Therapie der unterschiedlichen Formen von Enzephalitiden und Meningitiden
- Pathophysiologie und Pathogenese des Schlaganfalls, insbesondere der ischämischen Infarkte. Ätiologische Abgrenzung von Subtypen. Erläuterung des Stroke Unit-Konzepts (Team-Approach). Aktueller Stand der Akuttherapie und Sekundärprävention. Aktuelle Konzepte der Rehabilitation und Nachsorge
- Berufsgruppenspezifische Behandlungs- und Betreuungsaspekte der Krankheitsbilder

Lernzielkontrolle

- Klausur (Multiple Choice) evt. gemeinsame Klausur der Module A 1 + A 2

Literatur

LEITLINIEN DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR NEUROLOGIE UND DER DEUTSCHEN SCHLAGANFALL GESELLSCHAFT,
<http://www.dgn.org/> und <http://www.schlaganfall-hilfe.de/>.

RINGLEB, P., SCHELLINGER, P.D., HACKE, W. Leitlinien zum Management von Patienten mit akutem Hirninfarkt oder TIA der Europäischen Schlaganfallorganisation 2008. Teil1. Der Nervenarzt 2008; 79: 936-957.

SCHELLINGER, P.D., RINGLEB, P., HACKE, W. Leitlinien zum Management von Patienten mit akutem Hirninfarkt oder TIA der Europäischen Schlaganfallorganisation 2008. Teil2. Der Nervenarzt 2008; 79: 1180-1201.

WELLER, M. Chemotherapie von Hirntumoren bei Erwachsenen. Der Nervenarzt 2008; 231-241. Ggf. auch berufsspezifische Literatur zum Thema Patienten- und Selbsthilfeliteratur.

3.3 Modul A 3

Anatomische und physiologische Grundlagen

Workload **30 h**

davon:

Kontaktstunden: 20 h

Selbststudium: 10 h

Ziel

Vorbemerkung: Es sollen anatomische und physiologische Kenntnisse vertieft und aktualisiert werden, die dem Verständnis der ausgewählten neurologischen Krankheitsbilder dienen.

Die Teilnehmer sollen nach Abschluss des Moduls in der Lage sein

- die wesentlichen Strukturen des Gehirns zu kennen und auf einem CT und einem MRT zu erkennen,
- insbesondere solche, die von häufigen Gehirnerkrankungen wie Schlaganfall und MS betroffen sind.

Weiterhin sollen sie:

- die Prinzipien der Erregung der Nervenzelle und die Impulsübertragung im NS sowie die Erregungsübertragung an der motorischen Endplatte im Hinblick auf die ausgewählten Krankheitsbilder verstehen.

Methodik

- Skript, Seminare

Inhalte

- Großhirn und Stammganglien, immer in möglichst enger Beziehung zu der an die Struktur gebundenen Funktion
- Hirnstamm und Kleinhirn, Hirnnerven
- Blutversorgung des Gehirns – vorderer und hinterer Hirnkreislauf
- Hirn- und Rückenmarkshäute, Liquorräume
- Rückenmark, Spinalnerven, periphere Nerven
- Vegetatives Nervensystem – periphere und zentrale Anteile des Parasympathikus / des Sympathikus
- Impulsenstehung in der Nervenzelle und Impulsfortleitung an Nervenzellfortsätzen
- Impulsübertragung innerhalb des Nervensystems
- Auswirkung der Funktionsstörung der Gliazelle (Impulsverzögerung, z. B. bei Multipler Sklerose)
- Bau und Funktion der Muskelfaser
- Störung der Erregungsübertragung an der motorischen Endplatte am Beispiel der Myasthenie
- Bedeutung der Mitochondrien der Muskeln am Bsp. der mitochondrialen Myopathien

Lernzielkontrolle

- Klausur (Multiple Choice)

Literatur

JAHN, S., PFEIFFER, B. Immunologie verstehen. Grundlagen des Immunsystems. Nervenheilkunde 7/2009: 463-467.

JÜRGENS, K.-D. (Hrsg.) (2004): Physiologie: Lehrbuch der Funktionen des menschlichen Körpers. Autoren: Rut Bartels & Heinz Bartels, 7. Aufl., München, Elsevier.

KRETTSCHMANN, J. , WEINREICH. W. (2003): Klinische Neuroanatomie und kraniale Bilddiagnostik, Stuttgart, Thieme.

LIPPERT, H. (2006): Lehrbuch Anatomie, 7. erw. Aufl., München, Elsevier.

MENCHE, N. (2007): Biologie Anatomie Physiologie: Kompaktes Lehrbuch für Pflegeberufe, 6. überarb. Aufl., München, Elsevier.

SCHMIDT, R. F.; THEWS, G.; LANG, F. (2000): Physiologie des Menschen, 28., korr. u. aktual. Aufl., Berlin, Springer.

SCHÜNKE M., SCHULTE E., SCHUMACHER U. (2009): Kopf, Hals und Neuroanatomie. Prometheus LernAtlas der Anatomie 2., überarb. u. erw. Aufl., Thieme, Stuttgart .

SILBERNAGL, ST. ; AGAMEMNON, D. (2001): Taschenatlas der Physiologie, 4. überarb. Aufl., Stuttgart, Thieme.

SPECKMANN, E. - J.; WITTKOWSKI, W. (2004): Bau und Funktionen des menschlichen Körpers: Praxisorientierte Anatomie und Physiologie, 20. Aufl. München,,Elsevier.

TREPEL, M. (2008): Neuroanatomie Struktur und Funktion. 4., neubearb. Aufl., München, Elsevier.

3.4 Wahlpflichtmodul A 4

Evidence-basierte Praxis

Workload **30 h**

davon:

Kontaktstunden: 20 h

Selbststudium: 10 h

Ziele

Die Teilnehmer:

- reflektieren ihr professionelles Handeln mit Hilfe der Evidence aus Studien,
- hinterfragen publizierte Informationen zu klinischen Themen auf ihre Gültigkeit (Unterschied zwischen interner und externer Evidenz) und können diese für Patienten verständlich darstellen.

Die Teilnehmer können

- aus ihrer professionellen Tätigkeit beantwortbare Fragen formulieren und einer klinisch-epidemiologischen Kategorie (Therapie, Diagnostik, Prognose, usw.) zuordnen,
- mittels Recherchen in verschiedenen Datenbanken sowohl Originalarbeiten als auch Sekundärliteratur identifizieren und diese Publikationen einer kritischen Beurteilung (Critical Appraisal) unterziehen und die Aussagen der bewerteten Arbeiten in ihr eigenes Handeln integrieren,
- ihr Handeln vor dem Hintergrund der vorhandenen Evidenz überprüfen.

Methodik

- Kleingruppenarbeit im Rahmen des problem-orientierten Lernens (modifizierte Variante)

Inhalt

- Einleitend wird evidence-basierte Praxis (EBP) an der professionstypischen Aufgabe erklärt
- Evidence- und Empfehlungsklassen werden erläutert
- Auffrischung bereits erworbener Basiskenntnisse bzgl. Literaturrecherche
- Nach einführender Vorlesung werden die Charakteristika von Studientypen erarbeitet und Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit einzelner (deutsch- und englischsprachiger) Publikationen eingeschätzt.

Das Vorgehen nach der Methode evidence-basierte Praxis wird

- durch Übungen im kritischen Beurteilen von Studiendesigns (Interventionsstudien) vertieft,
- Im selben Verfahren werden systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen kritisch gewürdigt.
- Ergänzt wird der Inhalt durch kritisches Beurteilen von qualitativen Studiendesigns.

Lernzielkontrolle

- Teilnehmer formuliert für seine Praxis relevante Fragestellung, recherchiert zwei RCTs und unterzieht diese einer kritischen Würdigung / (ggf. als Gruppenarbeit) schriftliche Ausarbeitung.

Literatur

BEHRENS, J. et al. (2006): Evidence-Based Nursing and Caring, Interpretativ-hermeneutische und statistische Methoden für die täglichen Pflegeentscheidungen, Pflegeforschung Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“, Bern, Hans Huber.

DICENSO, A. et al. (2005): Evidence-Based Nursing, A Guide to Clinical Practice, St. Louis, München, Elsevier.

EVIDENCE-BASED MEDICINE WORKING GROUP (1992): Evidence-based medicine, A new approach to teaching the practice of medicine, IN: JAMA, 268 (17), S. 2420-2425.

GREENHALGH, T. (2000): Einführung in die Evidence-based Medicine, Kritische Beurteilung klinischer Studien als Basis rationaler Medizin, Bern, Verlag Hans Huber.

GUYATT, G. et al. (2002): Users' Guides to the Medical Literatures, A Manual for Evidence-Based Clinical Practice, Chicago, AMA.

KUNZ, R. et al. (2007). Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis, Köln, Deutscher Ärzteverlag.

NEUFELD, V. R. et al. (1974): The "Mc Master Philosophy": an approach to medical education, IN: Journal of Medical Education, 49 (11), S. 1040-1050.

OXMAN, A. D. et al. (1994): User's guides to the medical literature, VI, How to use an overview, IN: JAMA, 272 (17), S. 1367-1371.

PERLETH, M. et al. (1998): Evidenz-basierte Medizin – Wissenschaft im Praxisalltag, München, MMV.

PORZSOLT, F. (1998): Evidence-Based Medicine: Attitude – Skills – Knowledge. Die Reihenfolge ist entscheidend, IN: Münchner Wochenzeitschrift, 139 (44), S. 644-645.

ROSENBERG, . et al. (1995): Evidence-based medicine: an approach to clinical problem solving, IN: British Medical Journal, 310 (6987), S. 1122-1126.

SACKETT, D. L. et al. (1996): Evidence-based Medicine: What it is and what it isn't, IN: British Medical Journal, 312 (7023), Seite 71-72.

SACKETT, D. L. et al. (1997): Was ist evidenzbasierte Medizin und was nicht?, IN: Münchner Wochenzeitschrift, 139 (44), S. 644-645.

Online – Ressourcen

Das Deutsche Cochrane Zentrum

Erreichbar unter: <http://www.cochrane.de/de/index.htm> (15.10.2009)

Deutsche Agentur für Health Technology Assessment (DAHTA) – Bewertung gesundheitsrelevanter Verfahren

Erreichbar unter: <http://www.dimdi.de/static/de/hta/index.htm> (15.10.2009)

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)

Erreichbar unter: <http://www.aezq.de> (15.10.2009)

3.5 Wahlpflichtmodul A 5

Praktikum

Workload

24 h Praktikum

Ziel

Die Teilnehmer des Moduls

- erlernen krankheitsspezifische praktische Aspekte im Umgang mit neurologisch Kranken für verschiedene Krankheitsbilder.
- Exemplarisch soll zunächst auf bereits existierende fachspezifische Curricula für die Krankheitsentitäten Schlaganfall, Multiple Sklerose und Morbus Parkinson zurückgegriffen werden.
- Die Vorbereitung und Durchführung der Praktika erfolgt gemeinsam mit den entsprechenden Fachgesellschaften (DSG, DMSG, DPG). Jeder Teilnehmer kann sich nach Interessenschwerpunkt für ein Fachgebiet entscheiden.

Methodik

- Mitarbeit im Behandlungs-Team
- führen eines Praxisbuchs
Inhalt (des Praxisbuchs)³:
 - Schlaganfall
 - Multiple Sklerose (in Abstimmung mit der DMSG)
 - Morbus Parkinson (in Abstimmung mit der DPG)

Inhalt/Ort

- Ausgewählte, auf die genannten Erkrankungen spezialisierte Kliniken bzw. solche die bereits ein entsprechendes Curriculum ausrichten ggf. Rehabilitationseinrichtungen.

³ *Siehe Anhang*

Phänomenmodule

4.1 Modul B 1

Psychische Veränderungen bei neurologischen Erkrankungen

Workload

30 h

davon:

Kontaktstunden: 20 h

Selbststudium: 10 h

Ziel

Die Teilnehmer sind nach Abschluss des Moduls in der Lage ausgehend von den inhaltlich genannten Phänomenen jeweils berufsgruppenspezifische Aspekte (der Diagnostik und Therapie) der Alltagsbewältigung und Selbstpflege, der Wiederherstellung der Funktionalität) anhand eines Falles **gemeinsam** zu bearbeiten.

Methodik

- Vortrag, Gruppenarbeit, Fallbesprechung, Hospitation, Übung

Inhalt

- Beobachtung und Erfassung von psychischen Veränderungen
 - Störungen des Bewusstseins
 - Störungen der Orientierung
 - Störungen der Konzentration
 - Störungen der Grundstimmung (Depression, Manie)
 - Störungen des Affektes (Aggressivität, Angst)
 - Störungen im Sozialkontakt („Schwingungsfähigkeit“)
 - Störungen der Wahrnehmung (Halluzinationen)
 - Störungen des formalen Denkens (Ideenflüchtigkeit, Sprunghaftigkeit)
 - Störungen des inhaltlichen Denkens (Wahnsymptome)
- Einordnung der Begriffe Psychose, Neurose
- Erkennen der Tages-/Nachtstruktur psychischer Störungen
- Abgrenzung psychischer Symptome von neuropsychologischen Syndromen durch umschriebene Hirnschädigungen wie Aphasie, Neglect, Anosognosie
- Differenzierung in psychische Veränderungen
 - verursacht durch die Hirnschädigung (hirnorganisch) einerseits und
 - als Reaktion auf eine (psychische oder körperlich) Beeinträchtigung (psychoreaktiv).
 - Gegenseitig Beeinflussung dieser beiden Faktoren
- Unterschiedlicher Umgang mit Übertragung, Gegenübertragung bei hirnorganischen und psychoreaktiven Störungen
- Psychische Veränderungen bei der Alzheimer Erkrankung abhängig vom Krankheitsstadium: Störungen des Gedächtnisses, des Verhaltens, der Orientierung, des Sozialkontakts

- Ursachen psychischer Störungen
 - Verschiedene Hirnerkrankungen
 - Altersabhängige psychische Befindlichkeiten und Störungen
 - Veränderte Umgebung
 - Exsikkose bei vermindertem Durstgefühl (ältere Menschen)
 - Chronische Schmerzen
 - Medikamentennebenwirkungen
 - Beziehungskonflikte, familiärer Hintergrund, Einsamkeit
 - Persönlichkeitsvarianten
- Möglichkeiten der Intervention
 - Orientierungsfördernde Maßnahmen (Tagesstruktur, Förderung der Selbstbestimmung)
 - Physikalische Maßnahmen
 - Techniken der Gesprächsführung (Grundzüge der klientenbezogenen Gesprächstherapie, Verbalisierung emotionaler Inhalte)
 - Konzept der Basalen Stimulation („Zentrale Ziele“)
 - Medikamentöse Therapie

Lernzielkontrolle

- Hausarbeit

Literatur

BELL, V.; TROXEL, D. (2004): Personenzentrierte Pflege bei Demenz, Das Best-Friends-Modell für Aus- und Weiterbildung, München, Ernst Reinhardt Verlag.

BÖHM, E. (2005): Verwirrt nicht die Verwirrten, Neue Ansätze geriatrischer Krankenpflege, Bonn, Psychiatrie Verlag .

BUCHHOLZ, T.; SCHÜRENBERG, A. (2005): Lebensbegleitung alter Menschen – Basale Stimulation in der Pflege alter Menschen, Bern, Hans Huber.

GERLACH, R. (2008): Fallbuch Neurologie, Stuttgart, Thieme.

KÄPPELI, S. (Hrsg.) (1999): Pflegekonzepte: Phänomene in Erleben von Krankheit und Umfeld Band 1 + 3, Bern, Hans Huber.

KÄPPELI, S. (1991): Ängste und Unklarheiten bei älteren Menschen im Universitätsspital Zürich, Dokumentationen aus dem Pflegedienst, Universitätsspital Zürich, Rämistrasse 100, CH-8091 Zürich.

KITWOOD, T. (2005): Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, Bern, Hans Huber.

KROHWINKEL, M. (2008): Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken, 3. Aufl., Bern, Hans Huber.

NISSEN, G. (1995): Aggressivität und Gewalt. Prävention und Therapie, Bern, Hans Huber.

POWELL, J. (2003): Hilfen zur Kommunikation bei Demenz, Kuratorium Deutsche Altershilfe, An der Pauluskirche 3, 50677 Köln.

WESIACK, W. (1981): Mut zur Angst, Stuttgart, Thieme .

4.2 Modul B 2

Bewegungsstörungen / Immobilität

Workload **30 h**

davon:

Kontaktstunden: 20 h

Selbststudium: 10 h

Ziel

Die Teilnehmer sind nach Abschluss des Moduls in der Lage

- ausgehend von den inhaltlich genannten Phänomenen jeweils berufsgruppenspezifische Aspekte (der Diagnostik und Therapie; der Alltagsbewältigung und Selbstpflege, der Wiederherstellung der Funktionalität) anhand eines Falles gemeinsam zu bearbeiten. Es sollen Therapieprinzipien vermittelt werden, die einen evidence-basierten, individuellen Behandlungsansatz ermöglichen.

Methodik

- Vortrag, Gruppenarbeit, Fallbesprechung

Inhalt

Bewegungsstörungen / Immobilität bei neurologischen Erkrankungen (am Beispiel des Schlaganfalls):

- Auffrischung bereits erworbener Basiskenntnisse im Bereich Therapie durch neue Forschungsergebnisse und Entwicklungen
- Aktuelle (neue) evidence-basierte Konzepte zur Therapie des Schlaganfalls (bezogen auf die Immobilität des Patienten)
- Berufsgruppenspezifische Behandlungs- und Betreuungsaspekte des Phänomens
- Sensibilisierung für besondere Anforderungen an die ambulante Versorgung aus ärztlicher, pflegerischer und therapeutischer Sicht
- Vermittlung von Kompetenz zur alltagsbezogenen, individuellen Therapie zur Ermöglichung von mehr Autonomie und einer besseren Empowerment-Perspektive
- Vermittlung von Kenntnissen zur Berücksichtigung der Patientenziele und der Beteiligung des Patienten an der Behandlungsplanung (Shared-decision making)
- Behandlungsansätze nach dem biopsychosozialen Modell angelehnt an die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)

Lernzielkontrolle

- Kurze schriftliche Ausarbeitung zu einem therapeutischen Prinzip

- ADA, L.; DORSCH S.; CANNING C. G. (2006): Strengthening interventions increase strength and improve activity after stroke: a systematic review, In: Australian Journal of Physiotherapy 52: S. 241–248.
- ADA, L.; FOONGCHOMCHEAY, A.; CANNING, C. (2005): Supportive devices for preventing and treating subluxation of the shoulder after stroke, Cochrane Database of Systematic Reviews; Jan 25; (1): CD003863.
- CHANG, J. T.; MORTON, SC.; RUBENSTEIN, L. Z. (2004): Interventions for prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials, In: British Medical Journal 2004; 328: 680-686.
- CARR, J.; SHEPHERD, R. (2003): Stroke rehabilitation guidelines for exercise and training to optimize motor skill. Butterworth-Heinemann.
- DAVIES P. M. (2002): Hemiplegie. Ein umfassendes Behandlungskonzept für Patienten nach Schlaganfall und anderen Hirnschädigungen, New York: Springer.
- FREIVOGEL, S. (2004): Evidenzbasierte Konzepte in der motorischen Rehabilitation. In: Neurologie & Rehabilitation 2004; 10 (5): 233-238.
- GOLDENBERG, C. Apraxien. Akt Neurol 2008; 35: 35-48.
- HAKKENES, S. ; KEATING, J. L. (2005): Constraint-induced movement therapy following stroke: a systematic review of randomised controlled trials. IN: Australian Journal of Physiotherapy 2005; 51: S. 221-231.
- KOLLEN, B. J. et al. (2009): The effectiveness of the Bobath concept in stroke rehabilitation: what is the evidence? IN: Stroke. 2009 Apr; 40 (4): e-89-97. Epub 2009 Jan 29.
- KWAKKEL, G. (2006): Impact of intensity of practice after stroke: issues for consideration. IN: Disability and Rehabilitation. 2006 Jul 15-30;28 (13-14): S. 823-30.
- PACI, M. (2003): Physiotherapy based on the Bobath Concept for Adults with post-Stroke Hemiplegia: A Review of Effectiveness Studies; In: Journal of Rehabilitation .Medicine; 35 (1); 2 – 7.
- POMEROY, V. M.; KING, L.; POLLOCK, A.; BAILY-HALLAM, A.; LANGHORNE, P. (2006): Electrostimulation for promoting recovery of movement or functional ability after stroke. The Cochrane Database of Systematic Reviews Apr 19;(2):CD003241.
- POLLOCK, A.; BAER, G.; POMEROY, V.; LANGHORNE, P. (2007): Physiotherapy treatment approaches for the recovery of postural control and lower limb function following stroke, In: Cochrane Database of Systematic Reviews Jan 24;(1):CD001920.
- SAUNDERS, D. H.; GREIG, C. A.; YOUNG, A.; MEAD, G. E. (2004): Physical fitness training for stroke patients. Cochrane Database of Systematic Reviews (1):CD003316.
- SHUMWAY-COOK, A.; WOOLLACOTT, M. H. (2001): Motor Control – Theory and Practical Applications. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore.
- TEASELL, R. W.; KALRA, L. (2005): What's New in Stroke Rehabilitation. Back to Basics. Stroke; 36 (2); 215-217.
- VAN PEPPEN, R. P. S.; KWAKKEL, G.; WOOD-DAUPHINEE; HENDRICKS H. J. M.; VAN DER WEES PH. J. , DEKKER J. (2004): The Impact of physical therapy on functional outcomes after stroke: what's the evidence? In: Clinical Rehabilitation 2004;18:833-862.
- WOODFORD, H.; PRICE, C. (2007): EMG-biofeedback for the recovery of motor function after stroke. In: Cochrane Database of Systematic Reviews Apr 18;(2):CD004585.

4.3 Modul B 3

Müdigkeit, Erschöpfung, Fatigue, Schlafstörung

Workload **24 h**

davon:

Kontaktstunden: 16 h

Selbststudium: 8 h

Ziel

Die Teilnehmer

- können die Definition, Symptome und Ursachen von Müdigkeit/Erschöpfung/Fatigue und Schlafstörungen darstellen und erläutern,
- sind in der Lage, die Symptome zu erkennen, Assessmentinstrumente anzuwenden und angemessene therapeutische Interventionen einzuleiten bzw. einzusetzen,
- können Patienten entsprechend anleiten und beraten.

Methodik

- Vorträge mit Fallbeispielen (ggf. Vorstellung geeigneter Patienten)
- Arbeit an Texten
- Übungen

Inhalt

Müdigkeit/Erschöpfung/Fatigue

- Kennzeichen, Ursachen und Unterschiede von Müdigkeit, Erschöpfung, Fatigue
- NANDA-Diagnose Fatigue
- Diagnostik/Assessmentverfahren
- Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit bei den Aktivitäten des Lebens und Belastungstraining
- Anleitung Beratung von Betroffenen
- Fatigue als spezifische Symptomatik bei neurologischen Erkrankungen (Multiple Sklerose)

Schlafstörung bei neurologischen Erkrankungen

- Pathophysiologische Grundlagen und Diagnostik:
 - Schlaf-Wachrhythmus, Schlafzyklus, altersabhängige Schlafstruktur, individuelle Schlafunterschiede, Einschlafrituale
 - Schlafanamnese
 - Schlafprotokoll
- Ursachen von Schlafstörungen bei neurologischen Erkrankungen
 - Schmerzen, ungewohnte Lage, Bewegungsmangel, nächtliches Wasserlassen, veränderter Schlaf-Wachrhythmus, nächtliches Hungergefühl, psychische Faktoren : Angst, Depression
- Schlafbezogene Atemstörungen bei neurologischen Erkrankungen (Schlaf-Apnoe-Syndrom)
- Medizinische, pflegerische und physiotherapeutische Interventionen

- medikamentöse Therapie; Schlaffördernde Maßnahmen (Tagesstruktur, spezielle Bewegungsübungen, Mobilisation)
 - physikalische Maßnahmen mit Indikation und Kontraindikation (Massagen, warme Vollbäder, atemstimulierende Einreibung, Wechselfußbad, kalte Armbäder)
- Konzept der basalen Stimulation (basal stimulierende beruhigende Ganzkörperwäsche); anti-spastische Lagerungstechniken, Lagerungswechsel

Lernzielkontrolle

- Falldarstellung

Literatur

DELANK, H. W. (Hrsg) (2008): Neurologie, 11. Aufl., Thieme, Stuttgart.

DEUTSCHEL, G.; REICHMANN, H. (Hrsg.) (2009): Gerontoneurologie, Thieme, Stuttgart.

GERKACH, R.; BICKEL, A.; (2009): Fallbuch Neurologie 2. Aufl., Thieme, Stuttgart.

HEUWINKEL-OTTER, A. et al. (2006): Menschen pflegen Band 2., Heidelberg, Springer.

KÄPPELI, S. (Hrsg.) (1999): Pflegekonzepte : „Phänomene in Erleben von Krankheit und Umfeld“, Bern, Hans Huber.

KNIPPING, K. (2007): Lehrbuch Palliative Care 2. Aufl., Bern, Hans Huber.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION – NANDA INTERNATIONAL (2008): NANDA Pflegediagnosen, Bad Emstal, Recom.

PENNER, I. K. (2008): Fatigue bei Multipler Sklerose, Bad Honnef, Hippocampus.

4.4 Modul B 4

Schmerzen

Workload

25 h

davon:

Kontaktstunden: 16 h

Selbststudium: 9 h

Ziel

Die Teilnehmer sind nach Abschluss des Moduls in der Lage

- ausgehend von den inhaltlich genannten Phänomenen jeweils berufsgruppenspezifische Aspekte (der Diagnostik und Therapie; der Alltagsbewältigung und Selbstpflege, der Wiederherstellung der Funktionalität) anhand eines Falles **gemeinsam** zu bearbeiten.

Methodik

- Vortrag, Gruppenarbeit, Fallbesprechung, Hospitation, Übung

Inhalt

Schmerzen bei neurologischen Erkrankungen

- Ursachen und Formen von Schmerzen bei neurologischen Erkrankungen
 - Schmerzqualitäten und Schmerzebenen
 - Schmerzformen (zentraler und peripherer neuropathischer Schmerz, projizierter Schmerz)
 - (Kopfschmerz, chronischer Schmerz, übertragener Schmerz)
 - Faktoren welche Schmerzen verstärken bzw. verringern
 - Schmerz als psychologisches Phänomen
 - Modell des chronisch erhaltenen Schmerzes
- Schmerzassessment
 - Erfassung von Schmerzen bei Patienten mit kognitiven Einschränkungen
 - Schmerzanamnese
 - Erfassung und Lokalisation der Schmerzausstrahlung
 - Schmerzdokumentation
- Medizinische, pflegerische und physiotherapeutische Interventionen
- **Schmerzmanagement- Expertenstandard** (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege)
- **Nicht medikamentöse Schmerztherapie**
 - Elektrostimulation, physikalische Therapie, Entspannungsverfahren
- **Medikamentöse Schmerztherapie (WHO Stufenplan)**
 - Medikamentengruppen (Indikationen NSAR, Opioidanalgetika, Antidepressiva)
 - Applikationswege (Medikamentenapplikation subcutan, transdermal, Periduralkatheter)

Lernzielkontrolle

- Fallbesprechung (ggf. Ansatz PoL)

Literatur

- AUBERGER, H.; BIERMANN, E. (1988): Praktische Schmerztherapie, Thieme, Stuttgart.
- DEUTSCHES NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE (2005): Expertenstandard Schmerzmanagement, Eigenverlag, Geschäftsstelle: Caprivistraße 30a, 49076 Osnabrück.
- DIENER, H.. (2008): Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie; überarbeitete Aufl., S. 654 ff., Stuttgart, Thieme.
- GERLACH, R. (2008): Fallbuch Neurologie, Thieme, Stuttgart.
- KÄPPELI, S. (1999) (Hrsg.): Pflegekonzepte 2: Phänomene in Erleben von Krankheit und Umfeld, Bern, Hans Huber.
- KIEFER, R. Rationale Diagnostik der Polyneuropathie. Akt Neurol 2009; 36:33-48.Lanz,
S., MAIHÖFNER, C. Symptome und pathophysiologische Mechanismen neuropathischer Schmersyndrome. Der Nervenarzt 2009; 80: 430-444.
- MCCAFFREY, M. et al. (1997): Schmerz – ein Handbuch für die Pflegepraxis, Wiesbaden, Ullstein Medical.
- MENCHE, N. (Hrsg.) (2007): Pflege Heute, 4. Aufl., ; München, Urban und Fischer Kapitel : 12.10., 12.12, 12.5.1.4, 33.9.
- SOMMER, C. Therapie neuropathischer Schmerzen. Akt Neurol 2007; 34: 362-373.
- ZENZ, M. (Hrsg.) (1993): Lehrbuch der Schmerztherapie, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart.

4.5 Modul B 5

(Neurologische) Störungen der Kommunikation

Workload **15 h**

davon:

Kontaktstunden: 10 h

Selbststudium: 5 h

Ziel

Die Teilnehmer sind nach Abschluss des Moduls in der Lage

- zu Störungen der Kommunikation jeweils berufsgruppenspezifische Aspekte (der Diagnostik und Therapie; der Alltagsbewältigung und Selbstpflege, der Wiederherstellung der Funktionalität) anhand eines Falles **gemeinsam** zu bearbeiten.

Methodik

- Vortrag, Gruppenarbeit, Fallbesprechung, Hospitation, Übung
- Fallarbeit mit problemorientiertem Lernen (PoL)

Inhalt

Störung der Kommunikationsfähigkeiten - pathologische Veränderungen, ihre Symptomatik und Interventionen

- Veränderung der Mimik und Gestik (Facialisparese, reduzierte Mimik bei Parkinson, Hemiplegie)
- Sprach- und Sprechstörungen; Schluckstörungen (Aphasie, Dysarthrie)
- Umgang mit sprachgestörten Menschen (logopädische Interventionen, Hilfsmittel wie Kommunikationsbücher, Sprechtafeln, Alltag, elektronische Kommunikationsgeräte)
- Allgemeine Regeln in der Kommunikation: langsam sprechen, Pat. zum Verstehen und Antworten Zeit geben, Geduld haben, nicht bewusst lauter sprechen, erwachsenen gerecht bleiben, kurze Sätze, geschlossene Ja/Nein Fragen, Gesagtes mit Mimik und Gestik unterstützen, nicht mit Wörtern aushelfen, solange Patient noch überlegt
- Veränderung der Wahrnehmung (Neglect, Anosognosie)
- Wahrnehmungsförderung (Führen nach Affolter, Regulationstherapie des faciooralen Traktes nach Kay Coombes F.O.T.T.)

Lernzielkontrolle

- Gruppenreferat

Literatur

COOMBES, K. (2007) Die Therapie des Facio - Oralen Traktes - F.O.T.T., Berlin ,Springer.

GERLACH, R., BICKEL, A. (2009): Fallbuch Neurologie 2. Aufl., Stuttgart, Thieme.

- KÄPPELI, S. (Hrsg.) (1999) Pflegekonzepte /Phänomene in Erleben von Krankheit und Umfeld, Bern, Hans Huber.
- KAFRNATH, H. O. (2006): Anosognosie, IN: Hartje, W.; Poeck, K. (Hrsg.): Klinische Neuropsychologie. 6.Aufl., Stuttgart ,Thieme.
- PRANGE, H.; BITSCH, A. (2004): Neurologische Intensivmedizin, Praxisleitfaden für die Neurologische Intensivmedizin und Stroke Unit, Thieme, Stuttgart.
- WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J., JACKSON, D. (1996): Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien, Bern, Hans Huber.
- WALESCH, C. W. (2005):Neurologie, Diagnostik und Therapie in Klinik und Praxis, München, Urban und Fischer.
- Wallesch, C.-W., Johannsen-Horbach, H., Bartels, C. Akute vaskuläre Aphasien. Akt Neurol 2007; 34: 243-253.

4.6 Modul B 6

Inkontinenz

Workload

24 h

davon:

Kontaktstunden: 16 h

Selbststudium: 8 h

Ziel

Die Teilnehmer sind nach Abschluss des Moduls in der Lage

- berufsgruppenspezifische Aspekte der Inkontinenz (der Diagnostik und Therapie; der Alltagsbewältigung und Selbstpflege, der Wiederherstellung der Funktionalität) **gemeinsam** zu bearbeiten.

Methodik

- Vortrag, Gruppenarbeit, Fallbesprechung, Hospitation, Übung

Inhalt

Inkontinenz bei neurologischen Erkrankungen (Schwerpunkt Harninkontinenz)

- Physiologische und pathophysiologische Grundlagen
- Formen der Inkontinenz und Ursachen von Inkontinenz bei neurologischen Erkrankungen
- Beobauungskriterien, Gradeinteilung und Dokumentation
- Diagnostische Verfahren (z. B. Restharnmessung)
- Medizinische, pflegerische und physiotherapeutische Interventionen
 - Medikamentöse Therapie (Wechselwirkung/ NW, Hormontherapie)
 - Kontinenztraining (Blasentraining, Toilettentraining, Trinkgewohnheiten, kontinenzfördernde Umgebung, spezifische Maßnahmen bei neurogener Störung)
 - Inkontinenzmanagement - Expertenstandard (DNQP)
 - Beckenbodentraining in Kombination mit Atmung, Mobilitätstraining, Elektrostimulation, Biofeedback, autogenes Training
 - Physikalische Therapie, Entspannungsverfahren
 - Selbstkatheterismus
 - Inkontinenzschutz/Hilfsmittel

Lernzielkontrolle

- Klausur

DEUTSCHES NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE (2005): Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz, Osnabrück; www.dnpq.de (Zugriff am 08.07.09).

FÜSGEN, I. (1992): Der inkontinente Patient, Bern, Hans Huber.

HAYDER, D.; KUNO, E.; MÜLLER, M. (2008): Kontinenz-Inkontinenz-Kontinenzförderung, Praxishandbuch für Pflegende, Bern, Hans Huber.

Herzog, J. Diagnostik und Therapie von neurogenen Blasenstörungen. INFO Neurologie & Psychiatrie 4/09: 44-51.

KÄPPELI, S. (Hrsg.) (1999): Pflegekonzepte: Phänomene in Erleben von Krankheit und Umfeld, Band 2, Bern, Hans Huber.

VAN DER WEIDE, M.; ROMETSCH, M. (Übersetzer) (2001): Inkontinenz: Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen, Bern, Hans Huber.

ZIMMERMANN, I. (1989): Beckenbodentraining, Hannover, Schlütersche Verlagsanstalt.

Querschnittsmodule

5.1 Modul C 1

Bewältigung chronischer Krankheit

Workload

24 h

davon:

Kontaktstunden: 16 h

Selbststudium: 8 h

Ziele

Die Teilnehmer können nach Abschluss des Moduls

- theoretische Grundlagen der Bewältigung chronischer Krankheiten darstellen,
- spezifische Aspekte der Bewältigung chronischer Krankheiten benennen und im Kontext der Situation neurologisch erkrankter Patienten identifizieren ,
- der Bewältigung chronischer neurologischer Erkrankungen als Teil der Behandlungsstrategie verstehen und in das eigene Handeln integrieren,
- Bewältigungsstrategien der Patienten unterstützen.

Methodik

- Vortrag, Literaturlauswertung, Fallbesprechung

Inhalt

Epidemiologie und Definitionen

- Definition von chronischer Krankheit, epidemiologische Relevanz
- Merkmale von chronischer Krankheit (Morbidity, Mortality, Inzidenz, Prävalenz, Risiko und Protektivfaktoren)
- Chronische Krankheit und Lebensalter; Konzepte

Leben mit chronischer Krankheit

- Konzept der Krankheitsverlaufskurve (Trajektkonzept) von Corbin/Strauss
- Copingkonzept von Lazarus
- Irritationen des Selbst und der Biografie
- Krankheitsbedingte Anpassungs- und Handlungserfordernisse
- Störung des Alltagslebens
- Veränderungen des Familienlebens und sozialen Gefüges
- Angewiesenheit auf gesundheitliche Versorgung

Bewältigung und Verarbeitung von chronischer Krankheit

- Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse
- Bewältigungsformen, -strategien, -stile und -ressourcen
- Bewältigungsanforderungen: krankheits-, personen- und umweltbezogene Aufgaben
- Krankheitsbewältigung: intra-psychische und aktive Bewältigungsformen, soziale Unterstützung

Lernzielkontrolle

- Klausur zu Falldarstellung

Literatur

CORBIN, J.; STRAUSS, A. (2004): Weiterleben lernen: Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit, Bern, Hans Huber.

LAZARUS, R. S. (2005): Stress, Bewältigung und Emotionen: Entwicklung eines Modells. In: Rice V. H. (Hrsg.) Stress und Coping, Bern, Hans Huber.

SCHAEFFER, D., MOERS, M. (2003): Bewältigung chronischer Krankheiten – Herausforderungen für die Pflege. In: Rennen-Allhoff B.; Schaeffer D. (Hrsg.), Handbuch Pflegewissenschaft, Stuttgart, Weinheim.

SCHAEFFER, D. (Hrsg.) (2009): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf, Bern, Hans Huber.

SEIDL, E., WALTER, I. (Hg.) (2005): Chronisch kranke Menschen in ihrem Alltag. Das Modell von Mieke Grypdonck bezogen auf Patient/innen nach Nierentransplantation, Wien, Maudrich.

WOOG, P. (Hrsg.) (1998): Chronisch Kranke pflegen. Das Corbin-Strauss-Pflegemodell, Wiesbaden, Ullstein Medical.

5.2 Modul C 2

Versorgungsmanagement

Workload **30 h**

davon:

Kontaktstunden: 20 h

Selbststudium: 10 h

Ziel

Die Teilnehmer

- kennen die unterschiedlichen Möglichkeiten im Versorgungsmanagement und der Neurorehabilitation,
- können die Grundlagen des Versorgungs- /Case Managements erläutern,
- erarbeiten Versorgungsmöglichkeiten zu den entsprechenden Diagnosen vom Akutstadium bis zur häuslichen Versorgung (mit den zugehörigen Therapieformen / Maßnahmen und den rechtlichen Grundlagen aus dem SGB)

Methodik

- Unterrichtsgespräch, Vortrag, Gruppenarbeit, Fallbesprechung

Inhalt

Case Management

- Definitionen des und Aufgaben und Unterschiede im Versorgungsmanagement/Case Management/Entlassungsmanagement
- Modelle des Case Managements/Rollen des Case Managers insbesondere unter interprofessionellen Aspekten

Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation (Phase A - F) (Spezifika für Schlaganfall, MS, Parkinson)

- Patienten-Charakteristika
- Eingangskriterien
- Rehabilitationsziele
- Kurativmedizinische Aufgaben
- Rehabilitationsbezogene Aufgaben
- Therapiedichte
- Behandlungs-/Rehabilitationszeitraum
- Anschließende Rehabilitationsphase
- Leistungsrechtliche Zuordnung

Lernzielkontrolle

- Fallbesprechung, Reflektionsrunde

Literatur

HAMZEI, F. (2008): Update Physiotherapie: Evidenzbasierte NeuroReha, Thieme, Stuttgart.

WENDT, R. W. (2008): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen: Eine Einführung, Freiburg, Lambertus.

HUMMELSHEIM, H. (1998): Neurologische Rehabilitation: Neurologische Grundlagen-Motorische Störungen-Behandlungsstrategien-Sozialmedizin, Berlin, Springer.

5.3 Modul C 3

Kommunikation und Beratung

Workload

30 h

davon:

Kontaktstunden: 20 h

Selbststudium: 10 h

Ziele

Die Teilnehmer

- kennen das Kommunikationsmodell von Paul Watzlawik sowie das Modell der Transaktionsanalyse nach Erich Berne,
- analysieren, reflektieren und bewerten patientenbezogene Situationen und Gesprächsverläufe,
- kennen geeignete Interventionsmöglichkeiten und wenden diese in Situationen des Arbeitsalltages an,
- setzen sich mit den Grundsätzen der Beratung auseinander und lernen unterschiedliche Beratungsformen (klientenzentrierte Beratung nach Carl Rogers) kennen,
- verstehen die unterschiedlichen Klientenrollen sowie das dazugehörige Bezugssystem (Angehörige, Betreuer) und können dies in Beziehung zu ethischen und Rechtsfragen setzen,
- lernen unterschiedliche systemische Fragetechniken kennen und können sie anwenden.

Methodik

- Unterrichtsgespräch, Vortrag, Rollenspiele, Brainstorming, Interview, Fallbesprechung

Inhalte

Kommunikation

- Grundannahmen über Kommunikation
- Kommunikationsmodell - Friedemann Schulz von Thun
- Kommunikationsmodell P. Watzlawik
- Modell der Transaktionsanalyse E. Berne

Beratung

- Beratungsansatz nach Carl Rogers
- Inadäquate Verhaltensweisen
- Erfolglose Beratung
- Umgang mit Angehörigen (Soziales Umfeld)
- Rechtliche Aspekte der Beratung
- Übungen an ausgewählten Praxisbeispielen

Lernzielkontrolle

- Klausur Multiple Choice oder eine fallbezogene Präsentation zu einem der zwei Themenbereiche

Literatur

BERNE, E. (2002): Spiele der Erwachsenen: Psychologie der menschlichen Beziehungen, Hamburg, Rowohlt.

ENGEL, F.; NESTMANN F.; SICKENDIEK U. (2008): Beratung: Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze, Weinheim, Juventa.

HARRIS, T. A. (2005): Ich bin o.k., Du bist o.k.: Wie wir uns selbst besser verstehen und unsere Einstellung zu anderen verändern können, eine Einführung in die Transaktionsanalyse, Berlin, Hamburg, Rowohlt .

PÖSSL, J. MAI, N. (2002): Rehabilitation im Alltag: Gespräche mit Angehörigen hirngeschädigter Patienten, Dortmund, Modernes Lernen.

PRIOR, M.; TANGEN, D. (2007): MiniMax - Interventionen: 15 minimale Interventionen mit maximaler Wirkung, Heidelberg, Carl-Auer-Systeme.

SCHMIDT, R. (2009): Immer richtig miteinander reden: Transaktionsanalyse in Beruf und Alltag, Paderborn, Junfermann.

WATZLAWICK, P. (2007): Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien, Bern, Hans Huber.

5.4 Modul C 4

Ethik

Workload

30 h

davon:

Kontaktstunden: 20 h

Selbststudium: 10 h

Ziele

Die Teilnehmer

- sind in der Lage ein ethisches Problem zu erkennen und zu reflektieren
- kennen Hilfen bei der ethischen Entscheidungsfindung
- können praktische Hilfe zur Lösung eines ethischen Problems anwenden
- kennen die Berufskodizes ihrer Berufsverbände und Fachgesellschaften und setzen sich mit der Praxisrelevanz auseinander,
- kennen das Instrument der ethischen Fallbesprechung.

Methodik

- Unterrichtsgespräch, Vortrag, Rollenspiele, Brainstorming, Interview, Fallbesprechung

Inhalte

- Grundbegriffe der Ethik
(Moral, Ethik, moralisches Dilemma)
- Grundlagen der Ethik im Gesundheitswesen
- Religion, Kultur und Ethik
- Krankheit, Sterben und Tod
- Autonomie und das Recht auf Selbstbestimmung
- Juristische Rahmenbedingungen (Medizin – Ethik – Recht)
- Berufliche Kodizes
- Struktur, Funktion und Aufgaben klinischer Ethikkomitees und klinischer Ethikberatung
- Ethik im klinischen Alltag am Beispiel des Streitfalls künstliche Ernährung/PEG
- Entscheidungen am Lebensende
- Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsvollmacht
- Therapiezieländerung - Palliativmedizin in der Neurologie
- Ethische Fallbesprechung

Lernzielkontrolle

- Hausarbeit zu einem eingegrenzten Thema

- BENNER, P. (1994): Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert, Bern, Hans Huber.
- BUNDESÄRZTEKAMMER (2004) Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung.
- DTSCH ÄRZTEBL 2004; 101: A1298-99.
- DÖRRIES, NEITZKE, SIMON, VLKMANN. Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch. Kohlhammer Stuttgart, 2008.
- GOLLA, H., VOLTZ, R., LORENZI, S., BORASIO, G.D. Palliativmedizin bei neurologischen Erkrankungen. Zeitschrift für Palliativmedizin 2008; 9: 97-119.
- GOLLA, H., et al. Neurologische Palliativmedizin. Akt Neurol 2007; 34: 216-229.
- JOX, R.J., HEßLER, H.-J., BORASIO, G.D. Entscheidungen am Lebensende, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung. Der Nervenarzt 2008; 79: 729- 739.
- JOX, R.J., HEßLER, H.-J., BORASIO, G.D. Entscheidungen am Lebensende, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung.
- LAY, R. (2004): Ethik in der Pflege, Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung, Hannover, Schlütersche Verlagsanstalt.
- MEIER, BORASIO, KUTZNER. Patientenverfügung. Kohlhammer Stuttgart, 2008.
- PIEPER, A. (2000): Einführung in die Ethik, Bern, Hans Huber.

5.5 Wahpflichtmodul C 5

Kinaesthetics®

Workload

33 h

davon:

Kontaktstunden: 24 h

Selbststudium: 9 h

Ziel

Die Teilnehmer

- haben nach Abschluss des Moduls eine erweiterte, allgemeine Bewegungskompetenz und können die Konzepte der Kinaesthetics® zur Kompensation von neurologischen Bewegungsdefiziten bei den unterschiedlichen Krankheitsbildern einsetzen.

Methodik

- Eigenerfahrung – Partnerarbeit – praktische Anwendung

Inhalt

Kinaesthetics® - Grundkurs (Lernphasen) unterrichtet von neurologisch spezialisiertem Trainer nach den Qualitätsrichtlinien von *Kinaesthetics® Deutschland e. V.*

Kinaesthetics® Konzepte:

- Interaktion (Sinne, Bewegungselemente, Interaktionsformen)
- Funktionale Anatomie (Massen und Zwischenräume, Orientierung)
- Menschliche Bewegung (Haltungs- und Transportbewegung)
- Anstrengung als Kommunikationsmittel (Zug und Druck)
- Menschliche Funktion (einfache und komplexe Funktionen)
- Gestaltung der Umgebung (Einfluss der Umgebung)

Lernzielkontrolle

- Reflektionsrunde

Abschluss

- Zertifikat

Literatur

ASMUSSEN, M. (2006): Praxisbuch Kinaesthetics, Erfahrungen zur individuellen Bewegungsunterstützung auf Basis der Kinästhetik, München, Elsevier.

EUROPEAN KINAESTHETICS ASSOCIATION (2008): *Kinaesthetics Arbeitsbuch*, EKA.

EUROPEAN KINAESTHETICS ASSOCIATION (2008): *Kinaesthetics Konzeptsystem*, EKA.

HATCH, F.; MAIETTA, L.; SCHMIDT, S. (1992): Kinästhetik: Interaktion durch Berührung und Bewegung in der Pflege, DBfK Verlag, Eschborn.

Online: <http://kinaesthetics.de/Artikel.cfm> (Zugriff am 8.7.2009)

5.6 Wahlpflichtmodul C 6

Basale Stimulation®

Workload	27 h
davon:	
Kontaktstunden:	18 h
Selbststudium:	9 h

Ziel

- Ziel der Basalen Stimulation in der Pflege ist die Begleitung und Förderung individueller Lernprozesse eines erkrankten Menschen.
- Die Teilnehmer/innen kennen nach Abschluss des Moduls die „Zentralen Ziele“ der BS und können durch somatische – vestibuläre – vibratorische – orale – auditive – visuelle – taktil/haptische Stimulation gezielte Reize zum Erreichen der zentralen Ziele anwenden.

Methodik

- Eigenerfahrung – Partnerarbeit – praktische Anwendung

Inhalt

Basale Stimulation® Grundkurs unterrichtet von neurologisch spezialisiertem Trainer nach den Qualitätsanforderungen von Internationaler Förderverein Basale Stimulation® e. V.

- „Zentrale Ziele“ der Basalen Stimulation:
 - Leben erhalten und Entwicklung erfahren
 - Das eigene Leben spüren
 - Sicherheit erleben und Vertrauen aufbauen
 - Den eigenen Rhythmus entwickeln
 - Außenwelt erfahren
 - Beziehung aufnehmen und Begegnung gestalten
 - Sinn und Bedeutung geben
 - Sein Leben gestalten
 - Autonomie und Verantwortung
(Fröhlich und Bienstein 2000)

Lernzielkontrolle

- Hausarbeit mit konkretem Fallbeispiel, Reflektionsrunde

Abschluss

- Zertifikat

BIENSTEIN, C.; FRÖHLICH, A. (2003): Basale Stimulation in der Pflege, Seelz, Velber

FRÖHLICH, A. (2001): Die Entstehung eines Konzepts: Basale Stimulation. In: Fröhlich, A. , Heinen, N.; Lamers, W. (Hrsg.): Schwere Behinderung in Praxis und Theorie – ein Blick zurück nach vorn, Texte zur Körper- und Mehrfachbehinderung. Düsseldorf, Bundesverband f. Körper- u. Mehrfachbehinderte.

FRÖHLICH, A. (1998): Basale Stimulation. Das Konzept Düsseldorf, Bundesverband f. Körper- u. Mehrfachbehinderte.

FRÖHLICH, A.; HEIDINGSFELDER, M. (1977) Materialien zur Förderung wahrnehmungsgestörter körperbehinderter Kinder. In: Fröhlich, A., Wahrnehmungsstörungen und Wahrnehmungstraining bei Körperbehinderten, Rheinstetten, Rheinstetten – Neu, S. 132-139.

NYDAHL, P.; BARTOSZEK, G. (Hrsg.) (2008): Basale Stimulation, Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker, München, Elsevier.

ONLINE: <http://www.basale-stimulation.de/> (Zugriff am 8.7.2009)

Anhang: Praxisbuch für Praktikum für Wahlpflichtmodul A5

Am Beispiel spezialisierte Schlaganfallereinrichtung (für Praktika in anderen spezialisierten neurologischen Einrichtungen gelten die Vorgaben analog angepasst):

- Das Praktikum soll berufsgruppenübergreifend an drei Tagen erfolgen
- Das Praktikum soll an einer Klinik mit zertifizierter Schlaganfallstation erfolgen

- Praktikumstag Pflege
 - Aufnahme – Entlassungsmanagement
 - Grundpflege mit basaler Stimulation
 - Mobilisation und Lagerung mit Hilfe Kinaesthetics
 - Assistenz bei der Nahrungsaufnahme schluckgestörter Patienten
 - Dokumentation und Scoring
 - Monitoring

- Praktikumstag ärztlicher Dienstag
 - Frühbesprechung
 - Visite, Nachuntersuchung von Patienten
 - Erstellen von Behandlungsplänen
 - Röntgenbesprechung
 - Aufklärungsgespräch Patient – Angehörige
 - Reha-Antrag erstellen
 - DRG-Kodierung

- Praktikumstag Therapie
 - Indikationsstellung: Welche Therapie für welchen Patienten
 - Physiotherapie
(repetitives Training, Bobath, Voita, Laufbandtraining, ..)
 - Ergotherapie
(frühfunktionelles Training, Training der Feinmotorik, Training der Alltagsaktivitäten, Hilfsmittelversorgung, ...)
 - Logopädie
(Aachener Aphasie-Test, Diagnostik und Therapie der Sprach- und Sprechstörungen)
 - Dysphagietherapie
(Standardisierter Schlucktest, Behandlung bei Dysphagie, Schluckendoskopie)