



HOCHSCHULE OSNABRÜCK  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

FAKULTÄT WIRTSCHAFTS- UND SOZIALWISSENSCHAFTEN

Anhang II (Modulhandbuch)  
zum Abschlussbericht

Fachkraft für Hygiene und Infektionsprävention  
in der Pflege

Berufsfeldanalyse für die Fachweiterbildungen in der Pflege (Niedersachsen)

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

**Datum** 23.02.24

---

## Vorbemerkung

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

Benjamin Kühme  
Anja Giesecking  
Kirsten Barre

# Inhaltsverzeichnis

<b>INHALTSVERZEICHNIS</b> .....	<b>III</b>
<b>1 EINLEITUNG</b> .....	<b>4</b>
1.1 MODULSTRUKTURPLAN KERNCURRICULUM .....	5
1.2 MODUL „BEZIEHUNG GESTALTEN – PFLEGEVERSTÄNDNIS, ETHISCHES HANDELN, SELBSTFÜRSORGE“ (BASISMODUL) 6	
1.3 MODUL „PFLEGEPROZESS ALS VORBEHALTSAUFGABE FACHSPEZIFISCH GESTALTEN“ (BASISMODUL).....	13
1.4 MODUL „PFLEGEPROZESS IM HANDLUNGSFELD“ (PRAXISMODUL UND BASISMODUL).....	21
1.5 MODUL „SYSTEMATISCHES WISSENSCHAFTSBASIERTES ARBEITEN IN DER PFLEGE“ (BASISMODUL).....	27
1.6 MODUL „WISSENSCHAFTLICHES ARBEITEN IM HANDLUNGSFELD“ (PRAXISMODUL UND BASISMODUL).....	33
1.7 MODUL „GRUNDLAGEN DER DIDAKTIK UND PFLEGEPÄDAGOGIK FÜR DIE IDENTITÄT IN PRAXISANLEITUNG“ (BASISMODUL).....	38
1.8 MODUL „PFLEGEDIDAKTISCH REFLEKTIERTE PRAXISANLEITUNG: PFLEGE VERMITTELN“ (BASISMODUL) .....	44
1.9 MODUL „PFLEGEBILDUNG UND PRAXISTRANSFER FÜR DIE IDENTITÄT IN DER PRAXISANLEITUNG“ (BASISMODUL) ...	50
<b>2 FACHSPEZIFISCHE MODULE</b> .....	<b>56</b>
2.1 MODULSTRUKTURPLAN FACHKRAFT FÜR HYGIENE UND INFektionsPRÄVENTION IN DER PFLEGE .....	56
2.2 MODUL „PFLEGEIDENTITÄT ALS FACHKRAFT FÜR HYGIENE ENTWICKELN: ROLLENIDENTITÄT IM SYSTEM .....	58
2.3 MODUL „WISSENSFUNDUS ENTWICKELN: MIKROBIOLOGIE UND INFektionsEPIDEMIOLOGIE“.....	66
2.4 MODUL „AUSBRUCHSMANAGEMENT IN DER HYGIENE UND INFektionsPRÄVENTION: SICHERHEIT IN DER INSTITUTION“ .....	71
2.5 MODUL „FALLORIENTIERTES ARBEITEN IN DER HYGIENE UND INFektionsPRÄVENTION: DIE SUBJEKTPERSPEKTIVE“.	80
2.6 MODUL „FACHSPEZIFISCHE PFLEGE GESTALTEN“ (PRAXISMODUL).....	87
2.7 MODUL „EVIDENZ: WISSEN BEURTEILEN, ANWENDEN UND VERMITTELN KÖNNEN“ .....	93
2.8 MODUL „SYSTEMISCHE PERSPEKTIVENEINNAHME: PROZESSE DER VERSORGUNG“ .....	99
2.9 MODUL „SICHERHEIT IN DEN PFLEGETECHNIKEN ENTWICKELN UND VERMITTELN KÖNNEN“ .....	105
2.10 MODUL „METHODEN IN DER HYGIENE UND INFektionsPRÄVENTION“ .....	111
2.11 MODUL PRAXISMODUL „PROJEKT FACHSPEZIFISCH GESTALTEN“ (PROJEKT) .....	118
2.12 MODUL „FACHSPEZIFISCHE PFLEGE GESTALTEN“ (PRAXISMODUL).....	122
2.13 MODUL „ORIENTIERUNG, INSTITUTIONSSPEZIFISCHE VERTIEFUNG UND PRÜFUNGSVORBEREITUNG ZUR FACHPFLEGEN DEN DER HYGIENE UND INFektionsPRÄVENTION“ .....	126
2.14 MODULTITEL UND SIGNATUREN IM ÜBERBLICK .....	129

# 1 Einleitung

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

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

## 1.1 Modulstrukturplan Kerncurriculum

Kerncurriculum für die Fachweiterbildungen Pflege in Niedersachsen					
Semester Workload	Musterplan Basismodule zur Erstellung der fachspezifischen Weiterbildungscurricula				
<b>1</b>  <b>900 Std.</b>	Beziehung gestalten – Pflegeverständnis, Ethisches Handeln, Selbstfürsorge	Systematisches, wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege	Fachspezifisches Modul	Fachspezifisches Modul	Praxismodul 1/Wissenschaftliches Arbeiten im Handlungsfeld
	5 LP; 150 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 90 Std. gesteuerte SSZ P/R/PFP <b>DQR 6</b>	5 LP; 150 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 110 Std. gesteuerte SSZ HA/K/R/PFP <sup>1</sup> <b>DQR 6</b>	2 LP; 60 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 20 Std. gesteuerte SSZ K/R//M <b>DQR 5</b>	2 LP; 60 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 20 Std. gesteuerte SSZ K/R/M <b>DQR 5</b>	8 LP; 480 Praxisstunden, davon 240 Std. AVL und SSZ in der Praxis, PBM/PBS/PMU <b>DQR 6</b>
<b>2</b>  <b>900 Std.</b>	Fachspezifisches Modul	Fachspezifisches Modul	Pflegeprozess als Vorbereitungs- und Pflegepädagogik für die Identität in der Praxisanleitung	Grundlagen der Didaktik und Pflegepädagogik für die Identität in der Praxisanleitung	Praxismodul 2/ Pflegeprozessmethode im Handlungsfeld
	2 LP; 60 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 20 Std. gesteuerte SSZ K/R//M/PR <b>DQR 5</b>	2 LP; 60 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 20 Std. gesteuerte SSZ K/R//M/PR <b>DQR 5</b>	5 LP; 150 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 90 Std. gesteuerte SSZ PR/R/HA/P/PFP <b>DQR 6</b>	5 LP; 150 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 110 Std. gesteuerte SSZ HA/R/PR <b>DQR 6</b>	8 LP; 480 Praxisstunden, davon 240 Std. AVL und SSZ in der Praxis, PBS/PMU <b>DQR 6</b>
<b>3</b>  <b>900 Std.</b>	Fachspezifisches Modul	Fachspezifisches Modul	Fachspezifisches Modul	Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln	Praxismodul 3/ Fachspezifische Pflege gestalten
	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. gesteuerte SSZ HA/R//M/PR <b>DQR 5</b>	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. gesteuerte SSZ K/R//M/PR <b>DQR 5</b>	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. gesteuerte SSZ K/R//M/PR <b>DQR 5</b>	5 LP; 150 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 110 Std. gesteuerte SSZ HA/PR/R <b>DQR 6</b>	8 LP; 480 Praxisstunden, davon 240 Std. AVL und SSZ in der Praxis, PBM/PBS/PMU <b>DQR 5</b>
<b>4</b>  <b>900 Std.</b>	Fachspezifisches Modul	Fachspezifisches Modul Projekt fachspezifisch	Praxismodul 4/ Fachspezifische Pflege gestalten (ggf. Prüfungsmodul praktische Abschlussprüfung)	Pflegebildung und Praxisanerkennung für die Identität in der Praxisanleitung	Praxismodul 5/ Projekt fachspezifisch gestalten (ggf. praktische Abschlussprüfung)
	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. gesteuerte SSZ K/R//M/PR <b>DQR 5</b>	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. gesteuerte SSZ K/R//M/PR <b>DQR 6</b>	3 LP; 90 Praxisstunden, davon 40 Std. AVL und SSZ in der Praxis P/KQ <b>DQR 5</b>	5LP; 150 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 110 Std. gesteuerte SSZ HA/P/R/PFP <b>DQR 6</b>	12 LP; 480 Praxisstunden, davon 360 Std. AVL und SSZ in der Praxis, P/PBM/PBS/P/KQ <b>DQR 6</b>
<b>Workload:</b>  <b>3600 Std.</b>	Total fachspezifische Module: <b>62 LP</b> , Präsenzstunden <b>460</b>	LP Insgesamt: <b>92</b> (Niveau DQR 5 und 6)	Total horizontale <b>Anrechnung (Nds.): 66 LP</b> , 280 <b>Präsenzstunden</b>	Total Anrechnung vertikale Anrechnung: <b>61 LP</b> möglich ( <b>DQR 6</b> )	Total Stunden Praxis: <b>2010 Std. (LP 39)</b>
	Total <b>Basismodule Nds.</b> (horizontal und vertikal, DQR 5 und 6): Präsenzstunden <b>280</b>		Total horizontale Anrechnung Basismodule ( <b>RP/SH</b> ): <b>mind. 6 LP</b> (10 Nds.)		
<b>740 Stunden Präsenztheorie</b>					
<b>Legende</b>	Basismodul: <b>horizontale Anerkennung FWB</b> (Nds., RP, SH), DQR 6 für <b>vertikale Anerkennung</b> , tertiäre Bildung				
	Fachspezifisches Theoriemodul (Präsenz und gesteuerte SSZ), DQR 5 und DQR 6				
	Praxismodul (Praxis und gesteuertes SSZ im Rahmen AVL, <b>anteilig LP</b> ), DQR 5-6				

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

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

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

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

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

#### **Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:**

Eine Pflegende

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

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

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

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

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

### **Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse**

#### *Aus der Perspektive der Institution*

Machtmissbrauch in helfenden Berufen findet in unterschiedlicher Form statt. Sei es Regeln innerhalb der Pflegeeinheit, auf deren Einhaltung von den Pflegenden gedrängt wird – oder individuelle Prozesse bei den Pflegenden selbst, die auf Überforderung und moralische Desensibilisierung schließen lassen. Durch ein trauriges Kapitel der Pflege kann vor Augen geführt werden, dass die Geschichte der Pflege emanzipatorische Prozesse für die Berufsgruppe anmahnt.<sup>1</sup> Am Beispiel der Patientenmorde im nationalsozialistischen Deutschland bekommen wir den erschütternden Beleg, dass traditionell befolgte Autorität in der Berufsgruppe eine entscheidende Rolle für die Tötungen im Nationalsozialismus spielte. In der Zusammenarbeit von Pflege und Medizin wurden Patientenmorde begangen. Sowohl im Rahmen ärztlicher Assistenz, in der die Patienten der Tötung zugeführt wurden, als auch in Form direkter Durchführung von Patientenmorden, waren Pflegendе aktiv. Mittlerweile gibt es eine Vielzahl von Belegen und Daten für deren Beteiligung, von denen ich hier beispielhaft das Zitat einer beteiligten Pflegenden der Obrawalde-Morde<sup>2</sup> anführe:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

.

*Aus der Perspektive der Interaktion*

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

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

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

**Kompetenzen nach DQR Niveau 6:**

**Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit****Die Teilnehmenden...**

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

**Leistungsüberprüfung:** P/R/PFP

**Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):**

**Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:**

- Literaturstudium, Reflexion Praxissituationen, Erstellung Prüfungsleistung

**Literaturempfehlungen:**

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

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

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

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

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

**Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:**

Eine Pflegendende

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

Ein Pflegender:

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

Eine Gruppe von Pflegenden:

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

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

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

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

Eine Pflgende

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

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

### **Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse**

#### *Aus der Perspektive der Interaktion*

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

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

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

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

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

#### *Aus der Perspektive des Individuums*

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

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

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

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

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

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

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

#### **Kompetenzen nach DQR Niveau 6:**

##### Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

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

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

Vorschlag zum AVL:

*Modulleistung Praxismodul „Pflegeprozess im Handlungsfeld“ (Praxisbericht schriftlich)*

- *Fallerhebung in der Praxis*

- Reflexion auf eine ausgewählte Pflege­theorie
- Falldarstellung

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

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

#### **Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):**

- Siehe Praxismodul „Pfle­geprozess im Handlungsfeld“: Fall­erhebung nach Arbeitsverbundenem Lernen.

#### **Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:**

- Literaturstudium, Erhebung Praxissituation zur Anleitung, Erstellung Prüfungsleistung

#### **Literaturempfehlungen:**

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

- Kußmaul, J.; Vater, A. (2017): Pflegeplanung. 2. Aktualisierte und erweiterte Auflage, Stuttgart: Thieme, verfügbar unter: [https://cne.thieme.de/cne-webapp/r/library/page/pdf/-/9783132400580\\_toc](https://cne.thieme.de/cne-webapp/r/library/page/pdf/-/9783132400580_toc)
- Marriner-Tomey, A. (1992): Pflgeethoretikerinnen und ihr Werk. Kassel: Recom Verlag
- Leininger, Madeleine (1998): Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. Freiburg i. Br.: Lambertus-Verlag,
- Mayer, H. (2019): Was Hänchen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr? Ein Beitrag über die Rolle der Lehre im Zusammenhang mit der Theorieentwicklung in der Pflege. Pflege & Gesellschaft. 24. Jhrg. H 2. Weinheim: Beltz, Juventa. S. 110- 122
- Mc Closky, J.; Bulecheck, G. M.; Butacher, H. (Hrsg.) (2015): Pflegeinterventionsklassifikation. Bern: Hans Huber Verlag.
- McHugh Schuster, P. (2012): Concept Mapping A Critical Thinking Approach to care Planning. Philadelphia: Davis Plus.
- NANDA International (2010): Pflegediagnosen Definitionen und Klassifikation 2009 – 2011. Kassel: Recom Verlag.
- Meleis, A.I. (1999): Pflgetheorie. Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber. S. 173, 174, 199, 200,
- Moers, Martin, Schaeffer, Doris, Schnepf, Wilfried (2011): Too busy to think? Essay über die spärliche Theoriebildung der deutschen Pflegewissenschaft. In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe. Heft 6. 24. Jahrg. Bern: Huber. S. 349–360
- Orem, Dorothea (1997): Strukturkonzepte der Pflegepraxis. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby
- Peplau, Hildegard (1997): Zwischenmenschliche Beziehung in der Pflege – Ausgewählte Werke. Bern: Huber
- Roper, Nancy, Logan, Winifred W., Tierney, Allison J, Mischo-Kelling, Maria (Hrsg.) (2016): Das Roper- Logan- Tierney- Modell. Bern: Hogrefe
- Schaeffer, D., Moers, M. (2011): Bewältigung chronischer Krankheiten - Herausforderungen für die Pflege. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa S. 329 – 363
- Schnepf, Wilfried (1996): Pflegekundige Sorge. In: Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (Hrsg.): Pflege und Gesellschaft. 1. Jahrgang (2). Duisburg. S.13- 16
- Schrems, Berta (2016): Fallarbeit in der Pflege. Grundlagen, Formen und Anwendungsbereiche. Wien: facultas

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

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

<b>Modultitel/Modulkennung: 02PBP01 „Pflegeprozess im Handlungsfeld“ (Basismodul)</b>			
<b>Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen:</b> Das Modul ist ein praxisbegleitend zum Modul <b>02PB01 „Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“ (Basismodul)</b> <i>Fallerhebung in der Fachpraxis (Prüfungskombination der Module).</i>			
<b>480 Praxisstunden, davon 240 Std. AVL und gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ) (8LP)</b>			
<b>Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)</b>			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
<p><b>Reflexionskategorien:</b></p> <p><b>2.II Selbstbestimmung und Fremdbestimmung</b></p> <p><b>2.I Beziehung und Methode</b></p> <p><b>Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion:</b></p> <p><b>Neutralisierung des Pflegeempfängers durch Theorie</b></p> <p><b>Besinnung auf genuines Instrument der Pflege im Behandlungsprozess</b></p> <p><b>(Pflege-) Theorie im theoriefeindlichen Pflegemilieu</b></p> <p><b>Themen/ Schlüsselprobleme/Inhalte:</b></p> <p>Theoretische Grundlagen der Pflegewissenschaft, Zentrale Begriffe der Pflege und Pflegewissenschaft, Pflegewissenschaft als Praxiswissenschaft. Das Wesen beruflicher Pflege: pflegerische Sorge. Entwicklung der Pflegetheorien: Theorien großer, mittlerer, geringer Reichweite, Theorie-/Praxis-Transfer und Theoriegeleitetes Handeln.</p> <p>Kritische Positionen zur Pflegeprozessmethode, Gestaltung der Pflegeprozessmethode mit Hilfe verschiedener Pflegetheorien (Orem, Friedemann, Benner, Peplau, Leininger, Krohwinkel, Roper et al. usw.).</p> <p>Positionsbestimmung Vorbehaltsaufgabe Pflegeprozessplanung</p> <p>Problem- und Beziehungsprozess</p> <p>Critical Thinking/Diagnostischer Prozess</p>			

Fallverläufe in Institutionen, Patient\*innenschädigungen

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

**Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:**

Eine Pflegendende

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

Ein Pflegender:

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

Eine Gruppe von Pflegenden:

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

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

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

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

Eine Pflgende

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

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

#### **Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse**

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

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

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

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

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

#### **Kompetenzen nach DQR Niveau 6:**

##### Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

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

#### **Leistungsüberprüfung:** PBS/PMU (Kombinationsprüfung)

*Modulleistung 02PBPO1 „Pflegeprozess im Handlungsfeld“ (Praxisbericht schriftlich)*

- *Fallerhebung in der Praxis*
- *Reflexion auf eine ausgewählte Pflegetheorie*
- *Falldarstellung*

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

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

**Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:**

- Literaturstudium, Erhebung Fallsituation in der Fachpraxis, Erstellung Prüfungsleistung

**Literaturempfehlungen:**

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

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

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

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

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

**Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:**

Ein Pflgender

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

Eine Gruppe von Pflgenden

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

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

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

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

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

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

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

#### *Aus der Perspektive der Interaktion*

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

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

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

#### *Aus der Perspektive des Individuums*

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

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

**Kompetenzen nach DQR Niveau 6:**

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

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

**Leistungsüberprüfung:** HA/K/R/PFP

Prüfungskombination mit Praxismodul „Wissenschaftliches Arbeiten im Handlungsfeld“

**Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):**

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

**Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:**

- Literaturstudium, Erhebung Praxissituation zur Themenfindung EBN, Erstellung Prüfungsleistung

**Literaturempfehlungen:**

- Ackley, B. J.; Ladwig, G. B. (2008): Nursing Diagnosis Handbook An Evidence-Based Guide to Planning Care. 8. Aufl. St. Louis: Mosby /Elsevier
- Barre, Kirsten (2013): Evidence-based Nursing in der pflegedidaktischen Vermittlung. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Behrens, Johann/Langer, Gero (2010a): Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. Bern: Huber

- Behrens, Johann (2011): Evidence based Nursing. In: Schaeffer, Doris/Wingenfeld, Klaus (Hrsg.) (2011): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim / München: Juventa. S. 151–164
- Ertl-Schmuck, R. Unger, A., Mibs, M., Lang, C.: (2014): Wissenschaftliches Arbeiten in Gesundheit und Pflege. Tübingen, Basel: utb
- Frank, N. u. Stary, J. (2006): Die Technik wissenschaftlichen Arbeitens. 12. Auflage. Paderborn, Schöningh
- Kruse, O. (2007) keine Angst vorm leeren Blatt. 12. Auflage. Frankfurt. Campus
- Lürken T., Zwakhalen S.M., Verbeek H. (2019): Wissenschaft und Praxis: Gemeinsam für eine bessere Versorgung. Evidenzbasierte Innovationen in der ambulanten Pflege. PFLEGE Zeitschrift 5. 2019/72, S. 48-51.
- Messer, M. (2013): Shared decision-making – Kein Thema für Pflege? DOI 10.3936/1212 Pflegewissenschaft 05/13
- Messer, M. (2018): Patientenpartizipation aus Sicht der Pflege. Eine Analyse der häuslichen Versorgung von Menschen mit Multimorbidität. Weinheim, Basel: Beltz/Juventa
- Meyer, Gabriele/Köpke, Sascha (2012): Wie kann der beste pflegewissenschaftliche Kenntnisstand in die Pflegepraxis gelangen? How can best nursing science evidence reach nursing practise? In: Pflege & Gesellschaft. Heft 1 / 12. 17. Jahrgang. Weinheim: Juventa. S. 36–44
- Panfil, E.M. (2017): Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegende. Bern: Hogrefe
- Schaeffer D. & Wingenfeld K. (2014): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim, Basel: Belz Juventa
- Steckelberg A. (2016): Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen und Decision Coaching: Neue Rolle für die Pflege. Pflege. 2016 Sep;29(5): 225-226
- Stickel-Wolf, C. u. Wolf, J. (2006): Wissenschaftliches Arbeiten und Lerntechniken. 4. Auflage. Wiesbaden. Gabler
- Theisen, M. R. (2008): Wissenschaftliches Arbeiten: Technik – Methodik – Form. 14. Auflage. Vahlen
- Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen für die hochschulische Qualifikation im Gesundheitswesen: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.html> (22.04.22)

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

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

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

Ein Pflgender

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

Eine Gruppe von Pflgenden

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

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

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

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

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

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

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

#### **Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse**

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

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

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

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

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

<p><i>Thema wird über Datenbanken recherchiert und die Ergebnisse werden kritisch für den Ausgangsfall bewertet. Ziel ist es, wissenschaftliche Belege für pflegerische oder medizinische Maßnahmen zum gewählten Thema zu identifizieren.</i></p>
<p><b>Kompetenzen nach DQR Niveau 6:</b></p> <p><u>Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit</u></p> <p>Die Teilnehmenden...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kennen Kriterien wissenschaftlichen Arbeitens und unterschiedlicher Studiendesigns.</li> <li>• diskutieren unterschiedliche Anforderungen an wissenschaftliche Arbeiten und die Aussagekraft unterschiedlicher Studiendesigns für die Pflegepraxis.</li> <li>• verfügen über Schlüsselkompetenzen, die für Arbeitsprozesse in der Fachpflege notwendig sind, um wissenschaftliches Arbeiten der Pflege innerhalb der Institution sichtbar zu machen</li> <li>• nutzen die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens zur Bearbeitung von Leistungsanforderungen in der Berufspraxis.</li> <li>• erkennen in ihrer Institution, wie wissenschaftliche Erkenntnisse kommuniziert und genutzt werden können, um die Pflegepraxis weiter zu gestalten.</li> <li>• können Informationen für wissenschaftliche Arbeiten in angemessener Zeit und angemessener Tiefe aus Bibliotheken, wissenschaftlichen Datenbanken und dem Internet zusammentragen, kritisch reflektieren und für Pflegeempfänger bewerten.</li> <li>• reflektieren die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens vor dem Hintergrund der Entwicklung der Pflegewissenschaft</li> <li>• setzen die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens korrekt um und argumentieren die Notwendigkeit von Theoriegeleitetem Handeln in der Pflegepraxis vor Vertreter*innen der Berufspraxis.</li> <li>• verstehen die Logik des Forschungsprozesses. Sie haben ein Verständnis zur Evidenzbasierung und kennen den EBN-Prozess.</li> <li>• erklären und begründen „Critical Thinking“ im Kontext des Pflegeprozesses. Sie leiten aus der pflegerischen Versorgungsevaluation neue Fragen ab bzw. zeigen Wege zur Nutzung von Forschungsergebnissen auf.</li> <li>• Die Teilnehmenden können eine evidenzbasierte / wissenschaftlich begründete Problemlösung begründen.</li> </ul>
<p><b>Leistungsüberprüfung:</b> PBM/PBS/PMU</p> <p>Prüfungskombination mit Modul 01SB01 „Systematisches <i>wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege</i>“</p> <p><i>Themenfindung, Datenbankrecherche, Darstellung und Bewertung der Ergebnisse und Vorschlag für den Praxisfall sind über die beiden Modulprüfungen aufzuteilen.</i></p>
<p><b>Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fallerhebung nach Arbeitsverbundenem Lernen – Themenfindung zum EBN</li> </ul>
<p><b>Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Literaturstudium, Erhebung Praxissituation zur Themenfindung EBN, Erstellung Prüfungsleistung</li> </ul>
<p><b>Literaturempfehlungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ackley, B. J.; Ladwig, G. B. (2008): Nursing Diagnosis Handbook An Evidence-Based Guide to Planning Care. 8. Aufl. St. Louis: Mosby /Elsevier</li> </ul>

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

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

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

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

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

Sozialisation und berufliches Selbstverständnis zum Wissenstransfer in die Pflegepraxis:

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

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

Berufliche Weiterbildung zur Spezialisierung nach einer generalistischen Ausbildung.

#### **Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:**

Eine Gruppe von Anleiter\*innen: „

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse**

#### *Die Sicht der Pflegenden*

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

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

#### *Die Sicht der Pflegenden und des Behandlungsteams*

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

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

<p><i>konstruktivistische Reflexion u.a. auf berufliche Aufgaben in der Pflege (Kompetenzschwerpunkte §5 der PflAPrV, berufliche Weiterbildung). <b>Lektürestudium. Methodenseminar.</b></i></p> <p><i>Hausarbeit oder Referat zur Anleitung in der Praxis auf Basis eines selbstgewählten Modells. Bewertung des Modells für die Pflegepraxis.</i></p>
<p><b>Kompetenzen nach DQR Niveau 6:</b></p> <p><u>Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit</u></p> <p>Die Teilnehmenden...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• können eine Auswahl von didaktischen Modellen und Theorien voneinander abgrenzen und zur Bewertung von Lehr- Lernsituationen in der Pflegepraxis einander gegenüberstellen.</li> <li>• vertiefen ein ausgewähltes didaktisches Modell und schätzen dessen legitimatorische Wirkweise zur Entwicklung von Lehr- Lernsituationen in der Pflegepraxis ab.</li> <li>• bewerten Methoden und didaktische Theorien zur Gestaltung von Lehr-Lernsituationen in der Pflegepraxis kritisch und können dies gegenüber Vertreter*innen der Berufspraxis begründen</li> <li>• konzipieren Lehr- Lernsituationen in der Pflegepraxis unter Verwendung von didaktischen Modellen und Methoden.</li> <li>• wenden didaktische Modelle und Methoden für Lehr- Lernsituationen in der Pflegepraxis an und untersuchen kritisch, in welcher Form Theorien, Modelle und Methoden für klinische Lehr- Lernsituationen angepasst und umgewandelt werden müssen.</li> <li>• vermitteln pflegewissenschaftliches Wissen unter Begründung von didaktischen Modellen und Theorien und interagieren mit Vertreter*innen der Berufspraxis und Pflegeempfänger*innen angemessen und lösungsorientiert.</li> <li>• entwickeln ein berufliches Selbstbild, in dem die didaktische Reflexion und Legitimation auf Theorien und Modelle selbstkritisch herangezogen wird, um pflegewissenschaftliches Wissen in die Praxis zu transferieren. Sie entwickeln eine pflegeberufliche Identität, in der der Umgang mit neuem Wissen in der Pflege selbstverständlich wird.</li> </ul>
<p><b>Leistungsüberprüfung:</b> HA/R/PR/</p>
<p><b>Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):</b></p>
<p><b>Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:</b></p> <p>- Literaturstudium, Reflexion Praxissituation zur Anleitung, Erstellung Prüfungsleistung</p>
<p><b>Literaturempfehlungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arnold, Rolf, Siebert, Horst (2006): Konstruktivistische Erwachsenenbildung: Von der Deutung zur Konstruktion von Wirklichkeit. Hohengehren: Schneider,</li> <li>• Faulstich, Peter, Zeuner, Christine (2010): Vermittlung als Unterstützung des Lernens – didaktische Perspektiven. In: Faulstich, Peter, Zeuner, Christine, Andresen, Sabine (Hrsg.), Hurrelmann, Klaus (Hrsg.), Palentien, Christian (Hrsg.), Schröer, Wolfgang (Hrsg.) (2010): Erwachsenenbildung. Weinheim, Basel: Beltz. S. 27-40</li> <li>• Gerlach, A. (2013): Professionelle Identität in der Pflege. Akademisch Qualifizierte zwischen Tradition und Innovation. Frankfurt am Main: Mabuse.</li> <li>• Heimann, Paul, Otto, Gunter, Schulz, Wolfgang (1979): Unterricht: Analyse und Planung. 10., unveränderte Auflage. Hannover: Schroedel,</li> <li>• Hotze, Elke (1994): Die Rolle der Pflege in der medizinischen Rehabilitation – ein theoretischer und empirischer Beitrag zur beruflichen Identität und Professionalisierung in den Pflegeberufen. Frankfurt am Main: Mabuse,</li> <li>• Jank, Werner; Meyer, Hilbert (2011): Was ist Didaktik? In: Jank, Werner; Meyer, Hilbert (2011): Didaktische Modelle. 10. Auflage. Berlin: Cornelsen. S.10-27</li> </ul>

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

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

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

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

Pflegedidaktische Forschung:

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

#### **Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:**

Eine Anleiterin:

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

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

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

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

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

#### **Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse**

##### *Die Sicht der Pflegenden*

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

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

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

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

#### **Kompetenzen nach DQR Niveau 6:**

##### Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

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

#### **Leistungsüberprüfung:** HA/PR/R

HA wahlweise PR, R

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

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

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

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

**alternativ**

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

**Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:**

- Literaturstudium, Erhebung Praxissituation zur Anleitung, Erstellung Prüfungsleistung

**Literaturempfehlungen:**

- Balzer, Sabine (2018): Chamäleonkompetenz. Eine Studie in der pflegepraktischen Ausbildung. Frankfurt am Main: Mabuse
- Balzer, Sabine, Kühme, Benjamin (2009): Anpassung und Selbstbestimmung in der Pflege. Studien zum Ausbildungserleben von Pflegeschülerinnen. Frankfurt am Main: Mabuse
- Bohrer, Annerose (2013): Selbständigwerden in der Pflegepraxis. Eine empirische Studie zum informellen Lernen in der praktischen Pflegeausbildung. Berlin: wvb
- Darmann-Finck, Ingrid, Muths, Sabine (2009): Interaktionistische Pflegedidaktik. In Olbrich, Christa (Hrsg.) (2009): Modelle der Pflegedidaktik. München: Urban & Fischer in Elsevier. S1- 21
- Dütthorn, Nadin (2013): Herausforderungen beruflicher Didaktiken personenbezogener Dienstleistungsberufe. Vom Entwicklungsweg der jungen Disziplin Pflegedidaktik - In: Haushalt in Bildung & Forschung 2 (2013) 1, S. 25-39 - URN: urn:nbn:de:0111-pedocs-209491 - DOI: 10.25656/01:20949
- Ertl-Schmuck, Roswitha (2010): Subjektorientierte Pflegedidaktik. In: Ertl-Schmuck, Roswitha, Fichtmüller, Franziska (2010): Theorien und Modelle der Pflegedidaktik. Eine Einführung. Weinheim, München: Juventa. S. 55- 90
- Fichtmüller, Franziska/Walter Anja (2007): Pflege lernen. Empirische Begriffs- und Theoriebildung zum Wirkgefüge von Lernen und Lehren beruflichen Pflegehandelns. Göttingen: V & S unipress
- Greb, Ulrike (2010): Die Pflegedidaktische Kategorialanalyse. In: Ertl-Schmuck, Roswitha, Fichtmüller, Franziska (2010): Theorien und Modelle der Pflegedidaktik. Eine Einführung. Weinheim, München: Juventa. S. 124- 165
- Greb, Ulrike (2009): Der Strukturgitteransatz in der Pflege. In Olbrich, Christa (Hrsg.) (2009): Modelle der Pflegedidaktik. München: Urban & Fischer in Elsevier. S. 23- 43
- Kersting, Karin (2011): "Coolout" in der Pflege. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung. Frankfurt am Main: Mabuse
- Klimasch, Gerlinde (2021): Pflegerische Empathie (lernen) – Sichtweisen von Pflege-lernenden. Eine longitudinale qualitative Interviewstudie. Dissertationsschrift eingereicht an der Universität Bremen: <https://media.suub.uni-bremen.de/handle/elib/5932> (22.04.22).
- Kühme, Benjamin (2015): Identitätsentwicklung in der pflegepraktischen Ausbildung. In: Ertl-Schmuck, Roswitha; Greb, Ulrike (Hg.) (2015): Pflegedidaktische Forschungsfelder. Bd. 4, Weinheim und Basel: Beltz, Juventa. S. 102-124

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

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

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

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

Evaluation im Pflegebildungsbereich/ Leistungsbeurteilung / Ergebnissicherung/ Bildungsforschung

Kurzschulungen von Mitarbeiter\*innen und Pflegeempfänger\*innen

Berufliche Weiterbildung zur Spezialisierung nach einer generalistischen Ausbildung.

#### **Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:**

Eine Gruppe von Anleiter\*innen: „

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

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

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

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

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

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

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

### **Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse**

#### *Die Sicht der Anleiter\*innen*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Lehrervortrag** zum Selbstgesteuertem Lernen: Kompetenzbildung und Grenzen im Pflegepraxis-system erkennen.

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

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

#### **Kompetenzen nach DQR Niveau 6:**

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

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

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

**Leistungsüberprüfung:** wahlweise HA/P/R/PFP

Vorschlag: Vertiefung eines selbstgewählten Modells zur Gestaltung von Anleitung in der Fachpraxis.

**Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):**

**Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:**

- Literaturstudium, Themenvertiefung, Erstellung Prüfungsleistung

**Literaturempfehlungen:**

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

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

## **2 Fachspezifische Module**

### **2.1 Modulstrukturplan Fachkraft für Hygiene und Infektionsprävention in der Pflege**

Curriculum der Fachweiterbildung Fachkraft für Hygiene und Infektionsprävention in der Pflege in Niedersachsen					
Semester Workload	Basismodule und fachspezifische Module				
<b>1</b> <b>900</b> <b>Std.</b>	Beziehung gestalten – Pflegeverständnis, Ethisches Handeln, Selbstfürsorge	Systematisches, wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege	Pflegeidentität als Fachkraft für Hygiene entwickeln: Rollenidentität im System	Wissensfundus entwickeln: Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie	Praxismodul 1/Wissenschaftliches Arbeiten im Handlungsfeld
	5 LP; 150 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 90 Std. gesteuerte SSZ P/R/PFP <b>DQR 6</b>	5 LP; 150 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 110 Std. gesteuerte SSZ HA/K/R/PFP <sup>1</sup> <b>DQR 6</b>	2 LP; 60 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 20 Std. gesteuerte SSZ K/R//M <b>DQR 5</b>	2 LP; 60 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 20 Std. gesteuerte SSZ K/R/M <b>DQR 5</b>	8 LP; 480 Praxisstunden, davon 240 Std. AVL und SSZ in der Praxis, PBM/PBS/PMU <b>DQR 6</b>
<b>2</b> <b>900</b> <b>Std.</b>	Ausbruchsmangement in der Hygiene und Infektionsprävention: Sicherheit in der Institution	Evidenz: Wissen beurteilen, anwenden und vermitteln können	Pflegeprozess als Vorbereitungs- und fachspezifische Aufgabe gestalten	Grundlagen der Didaktik und Pflegepädagogik für die Identität in der Praxisanleitung	Praxismodul 2/ Pflegemethoden im Handlungsfeld
	2 LP; 60 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 20 Std. gesteuerte SSZ K/R//M/PR <b>DQR 5</b>	2 LP; 60 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 20 Std. gesteuerte SSZ K/R//M/PR <b>DQR 5</b>	5 LP; 150 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 90 Std. gesteuerte SSZ PR/R/HA/P/PFP <b>DQR 6</b>	5 LP; 150 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 110 Std. gesteuerte SSZ HA/R/PR <b>DQR 6</b>	8 LP; 480 Praxisstunden, davon 240 Std. AVL und SSZ in der Praxis, PBS/PMU <b>DQR 6</b>
<b>3</b> <b>900</b> <b>Std.</b>	Fallorientiertes Arbeiten in der Hygiene und Infektionsprävention: die Subjektperspektive in der Institution	Systemische Perspektive: Prozesse der Versorgung	Sicherheit in den Pflegetechniken entwickeln und vermitteln können	Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln	Praxismodul 3/ Fachspezifische Pflege gestalten
	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. gesteuerte SSZ HA/R//M/PR <b>DQR 5</b>	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. gesteuerte SSZ K/R//M/PR <b>DQR 5</b>	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. gesteuerte SSZ K/R//M/PR <b>DQR 5</b>	5 LP; 150 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 110 Std. gesteuerte SSZ HA/PR/R <b>DQR 6</b>	8 LP; 480 Praxisstunden, davon 240 Std. AVL und SSZ in der Praxis, PBM/PBS/PMU <b>DQR 5</b>
<b>4</b> <b>900</b> <b>Std.</b>	Orientierung, Institutionsspezifische Vertiefung und Prüfungsvorbereitung zur Fachpflegenden der Hygiene und Infektionsprävention	Methoden in der Hygiene und Infektionsprävention	Praxismodul 4/ Fachspezifische Pflege gestalten (ggf. Prüfungsmodul praktische Abschlussprüfung)	Pflegebildung und Praxistransfer für die Identität in der Praxisanleitung	Praxismodul 5/ Projekt fachspezifisch gestalten (ggf. praktische Abschlussprüfung)
	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. gesteuerte SSZ K/R//M/PR <b>DQR 5</b>	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. gesteuerte SSZ K/R//M/PR <b>DQR 6</b>	3 LP; 90 Praxisstunden, davon 40 Std. AVL und SSZ in der Praxis P/KQ <b>DQR 5</b>	5LP; 150 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 110 Std. gesteuerte SSZ HA/P/R/PFP <b>DQR 6</b>	12 LP; 480 Praxisstunden, davon 360 Std. AVL und SSZ in der Praxis, P/PBM/PBS/P/KQ <b>DQR 6</b>
<b>Workload:</b> <b>3600</b> <b>Std.</b>	Total fachspezifische Module: <b>62 LP</b> , Präsenzstunden <b>460</b>	LP Insgesamt: <b>92</b> (Niveau DQR 5 und 6)	Total horizontale <b>Anrechnung (Nds.): 66 LP</b> , 280 <b>Präsenzstunden</b>	Total Anrechnung vertikale Anrechnung: <b>61 LP</b> möglich ( <b>DQR 6</b> )	Total Stunden Praxis: <b>2010 Std. (LP 39)</b>
	Total <b>Basismodule</b> Nds. (horizontal und vertikal, DQR 5 und 6): Präsenzstunden <b>280</b>		Total horizontale Anrechnung Basismodule ( <b>RP/SH</b> ): <b>mind. 6 LP</b> (10 Nds.)		
<b>740 Stunden Präsenztheorie</b>					
<b>Legende</b>	Basismodul: <b>horizontale Anerkennung FWB</b> (Nds., RP, SH), DQR 6 für <b>vertikale Anerkennung</b> , tertiäre Bildung				
	Fachspezifisches Theoriemodul (Präsenz und gesteuerte SSZ), DQR 5 und DQR 6				
	Praxismodul (Praxis und gesteuertes SSZ im Rahmen AVL, <b>antellig LP</b> ), DQR 5-6				

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

## 2.2 Modul „Pflegeidentität als Fachkraft für Hygiene entwickeln: Rollenidentität im System“

<b>Modultitel/Modulkennung: 01PIRSFH 01 „Pflegeidentität als Fachkraft für Hygiene entwickeln: Rollenidentität im System“ (Fachspezifisches Modul)</b>			
<b>Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen:</b>			
<i>Modul „Beziehung gestalten – Pflegeverständnis, Ethisches Handeln, Selbstfürsorge“ (Basismodul)</i>			
<i>Modul Evidenz: Wissen beurteilen, anwenden und vermitteln können (Fachspezifisches Modul)</i>			
<i>Modul Sicherheit in den Pflegetechniken entwickeln und vermitteln können (Fachspezifisches Modul)</i>			
<i>Modul Orientierung, Institutionsspezifische Vertiefung und Prüfungsvorbereitung zur Fachpflegenden der Hygiene und Infektionsprävention (Fachspezifisches Modul)</i>			
<b>Workload: 60 Std davon 40 Std. Kontaktstunden, 20 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):</b>			
<b>Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)</b>			
	<b>I Individuum</b> <i>leibgebundene Perspektive</i>	<b>II Interaktion</b> <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	<b>III Institution</b> <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
	↓	↓	↓
<b>Reflexionskategorien:</b> 2.II Teamarbeit und Konkurrenz 1.I Tradition und Emanzipation 3.III Zuständigkeit und Selbstverantwortung			
<b>Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion:</b> <b>Rollenambiguität: strukturelle Verortung der eigenen Person in Aufbau- und Ablauforganisation, Stellenbeschreibung</b> <b>Kommunikatives Handeln: Asymmetrie zwischen den Akteur*innen bewältigen</b> <b>Pflegerisches Selbstverständnis und Abgrenzung von Pflege Pflegeidentität, Was ist Pflege?</b>			
<b>Inhalte:</b> Aufbau- und Ablauforganisation, institutionelle Rechtsformen, Stellenbeschreibung, Hierarchien im System, rechtliche Regelwerke zu Aufgaben der Hygienefachkraft und zu Krankenhaushygieniker*in, Handlungsvollmacht im System.			

- Kommunikatives Handeln, Kommunikation mit Vorgesetzten und Mitarbeiter\*innen/Konfliktgespräche/Kritikgespräche/Kommunikation in Organisationen/ Gesprächsstrategien in Sitzungen mit dem Management, Personalvertretung
- Status der Berufsgruppen → offizielle vs. faktische Handlungsvollmacht (Hierarchie), Rollenselbst- und Rollenfremdbilder,
- Delegation/Substitution: Offizielle Handlungsvollmacht und inoffizielle Handlungsstrategien der Pflegenden in der Praxis
- Aufgabenwahrnehmung, Überwachung und Sicherstellung der Diagnostik und Therapie durch Pflegenden (Benner) Bereiche der Pflegepraxis nach Benner (Steuerung von Diagnostik und Therapie etc.)
- Selbstverständnis zur Pflege: Cure vs. Care: Kategorische Differenzen zwischen Sichtweisen der Medizin und der Pflege
- Cure and Care, pflegerische Sorge im medizinischen Behandlungsprozess
- 

#### **Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:**

*Aus der Fokusgruppe:*

*„Das sind Dinge, als Hygienefachkraft musst du kommunikativ saustark sein“*

*„Kommunikation, Methodik, Didaktik, Rhetorik. Also da muss (...) wahrscheinlich ein guter Schwerpunkt darauf gesetzt werden.“*

*„Die Hygiene ist nicht in der Pflege, die Hygiene ist im Krankenhaus. Und die Verortung der Hygienefachkräfte im Bereich PDL, da gehört es nicht hin. Und das ist, sage ich mal, ein struktureller Stolperstein für die Hygiene, dass man verortet ist im Bereich PDL.“*

*„Aber nicht zwingend. Also wir sind Stabsstelle ärztlicher Direktor.“*

*„Ja, oder Geschäftsführung auch, (...) ist auch ganz häufig.“*

*„Es ist für Menschen, die aus der Pflege kommen und langjährig gearbeitet haben in der Pflege, schwer das eben hinzukriegen, den anderen Blick. Aber in der Weiterbildung haben mir die Menschen gesagt: Ich lerne von der Pike auf, also ich kenne meine eigene Sprache nicht mehr. Ich bin in meinem Krankenhaus, aber es ist anders, ja? Also man verlässt die Pflege, so dass man sagen muss, einerseits, die Pflegeausbildung ist eine sehr gute Basis, ja? Aber in einer Weiterbildung weiter zu diskutieren über Pflegeverständnis ist Kokolores, weil es geht um was anderes, ja? Das heißt, muss die Weiterbildung im Bereich pflegerische Weiterbildung verortet sein? Oder geht es auch ganz anders?“*

*„Oder muss die Weiterbildung verortet sein im Bereich pflegerische Weiterbildung? Oder macht man daraus einfach ein Studiengang. Und ich meine, dass die Hygienefachkräfte, wenn man irgendwas akademisieren kann und meines Erachtens soll, ist es der Bereich Krankenhaushygiene. Eindeutig, mit den Kompetenzen, die da, sage ich mal, abgerufen werden. Also das ist, denke ich, meine Idee. Ich finde, instinktiv macht man es im Bereich Pflege, weil es die Tradition ist. Es heißt*

deswegen auch Hygiene in der Pflege. Ist es nicht. Es ist auch Hygiene in der Küche und Hygiene in der Technik.“

Eine Pflgende:

„Ja, das war in dem Zusammenhang, dass wir Beobachtungen gemacht haben auf einer Intensivstation Händehygiene, Compliance-Beobachtung. Und da ist uns dann mehrfach eine Pflegekraft halt aufgefallen, die das nicht richtig durchgeführt hat und halt wirklich sich fahrlässig verhalten hat. Und das wurde dann derjenigen mehrfach gesagt von unterschiedlichen, also von mir, von der, von meiner Kollegin und auch von der Hygienikerin. Und es wurde aber leider nicht anders umgesetzt, so dass man dann halt an den Pflegedirektor getreten ist oder vielmehr, wir sind, glaube ich, erst Richtung Betriebsrat gegangen. Den Weg weiß ich jetzt gar nicht mehr so genau. Auf jeden Fall hatten wir dann ein Gespräch mit dieser Pflegekraft beim Betriebsrat. Und da saßen natürlich ich, meine Kollegin, unsere Hygienikerin und die betreffende Person zusammen mit dem, mit der Leitung vom Betriebsrat. Und sie wurde dann halt darauf angesprochen und hat eigentlich ein ganz gutes Gespräch so stattgefunden.“

„Dann natürlich auch wieder die Konflikte, die dann daraus entstehen. Wenn mehrere Patienten es haben, wird eine Station geschlossen. Das muss man dann dem Chefarzt dann zuerst einmal beibringen, dass seine Station auch geschlossen wird und dass dort keine Aufnahmen stattfinden können. Auch die Schulung der Ärzte ist da ein großes Thema. Auch die denn wieder ohne Schutzkleidung in die Dienstzimmer gehen oder quatschen, in die Patientenzimmer gehen.“

„Die größte Herausforderung war einen Weg zu finden, die Ärzte zu überzeugen (...).“

„Typisch sind die Ärzte. Die Konflikte mit den Ärzten, die Konflikte mit den Fachkräften und dass man jedes Jahr von neuem anfängt, sie wieder zu schulen, weil die Basishygiene nicht funktioniert. Obwohl ich dieses Jahr durch Corona da andere Erwartungen daran habe.“

„Die identifizieren sich da momentan auch nicht mehr so mit und fühlen alles was Kritik bedeutet und man, ja, in der Hygiene geht man ja extrem mit Kritik um. Also man muss ja Kritik austeilen, es ist ja eine Verbesserung meistens irgendwo, man geht schulen. Und das wollen die eben nicht momentan.“

„Konflikte durchzustehen, also auf vielen Ebenen. Zuerst einmal den Konflikt, warum muss ich jetzt eigentlich schon wieder PSA schulen? Warum habe ich einen Noro-Ausbruch wenn jeder seine Hände desinfiziert. Und wieder die gleiche Station, wieder das gleiche, der gleiche Arzt. Warum muss ich Prozessbegleitungen machen, wenn ich es eigentlich letzte Woche geschult habe. Wieso ziehen sich die Ärzte keine persönliche Schutzausrüstung an? Auch die Konflikte dann auch beratend tätig, wenn ich jetzt als Hygienefachkraft ich würde der Geschäftsführung raten, die

*Station dicht zu machen. Das dann vom Chefarzt auch noch durchzuhalten. Das ist das Größte. Ja, und dann eben eine große Frustrationsgrenze auch, dass man irgend immer wieder anfängt, zu schulen (...).“*

*„Ich würde lieber mit dieser Person kommunizieren. Aber das ist mein eigenes Problem. Das trifft nicht auf alle Hygienefachkräfte zu. Aber dass einem das immer wieder passiert, das ist eindeutig. Aber man hat es eher selten. Die meisten, wenn man denen das vernünftig erklärt, sehen es ja ein.“*

*„Ich bin aber auch, selbst bei diesen Compliance-Beobachtungen ist es so, dass ich halt auch sage, wenn ihr Hilfe braucht, auch für die Pflege, die können ja da auch mal alleine sein. Und es ist eine Situation, die Sie vielleicht grad nicht bewältigen können, dann helfe ich auch. Ich bin immer umgezogen und stehe halt in der gleichen Kleidung da wie auch die Pflege. Das ist auch so ein Part, der mir wichtig ist. Ich möchte genauso aussehen, damit ich auch wahrgenommen werde als, ach ja, die hat ja auch mal. Die war, ist auch examiniert. Die weiß, was wir tun. Und das finde ich halt auch wichtig, dass man da nicht in anderen, also so in Zivil steht, wenn man da halt solche Sachen macht.“*

#### **Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse**

##### *Die Sicht der Hygienefachkraft und des Behandlungsteams (Interaktion)*

Im Behandlungsteam kommt es zwischen den Hygienepflegerinnen und Mediziner\*innen zu Konflikten, die durch die unterschiedlichen Sichtweisen von Medizin und Pflege verursacht werden. *Teamarbeit und Konkurrenz*, in der Klärung von relevanten Schnittstellen müssen bewältigt werden. Hygieneregeln sind für beide Berufsgruppen gleichermaßen relevant und verbindlich. Gleichwohl ist in den Exempeln abzulesen, dass Ärzt\*innen sich weigern, den Hygieneanweisungen der Fachpflegerinnen zu folgen. Die Fachpflegerinnen befinden sich in einer Rollenambiguität. Während sie das Mandat für die Infektionsprävention in der Organisation tragen, bleibt hierbei unklar, ob sie gegenüber den Ärzt\*innen eine Weisungsbefugnis haben. Nicht selten erfolgt eine „Klärung“ über den Status der Berufsgruppen im hierarchischen System, die sich in Form von offizieller und faktischer Handlungsmacht vollzieht. Während der Medizin eine offizielle Handlungsmacht im Behandlungsprozess zugesprochen wird, die in diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen realisiert wird, üben Hygienepflegerinnen eher inoffiziell Handlungsmacht aus: Bei anderen Ansichten zur Behandlung überzeugen sie zum Beispiel den Arzt davon, diese zu teilen und sie als seine eigene zu übernehmen, bzw. dem Arzt das Gefühl zu vermitteln, dass er die Idee selbst entwickelt hat (vgl. Bartholomeyczik 2010, S. 140). Der Arbeitsalltag ist stark durch traditionelle Rollenselbst- und Rollenfremdbilder geprägt, für die Fachpflegerinnen Umgehungsstrategien entwickeln.

**Methodischer Vorschlag:** *Einstieg Fallbeispiel/ Reflexion Aufgaben der Akteur\*innen: Pflegerinnen, Fachpflegerinnen, Mediziner\*innen: ein Blick in rechtliche Regelwerke/behördliche Vorgaben/Ausbildungsgesetze/Approbationsordnung/Anforderungen an Ausbildung für Krankenhaushygieniker und Hygienefachpflegerinnen /Diskussion; Zitat: Bartholomeyczik (2010, S. 140) auf die Umsetzung zur Infektionsprävention in der Organisation reflektieren: „Was meint Bartholomeyczik mit*

der Feststellung in der Zusammenarbeit zwischen den Berufen? Berichten sie über berufliche Situationen, in denen sie ähnliche Strategien in der Zusammenarbeit mit Mediziner\*innen verfolgt haben! Warum haben sie die Strategien entwickelt?“. **Diskussion:** „Bewerten Sie, ob es sich bei der Strategie um eine Assistenz- oder Steuerungstätigkeit handelt!“

**Methodischer Vorschlag:** Lehrervortrag zu Rechtsformen der Institutionen/Aufbau- und Ablauforganisationen/Organigramme: **Zuordnung der Hygieneeinheiten** (Stabsstelle, PDL, Ärztl. Direktor, Vorstand etc.)/Stellenbeschreibungen/einschlägige Behörden/Personal- und Mitarbeitervertretungen/Weisungsbefugnisse incl. rechtlicher Regelungen. **Diskussion und Bewertung:** „Welchen Einfluss hat die Aufbauorganisation auf meine Handlungsvollmacht? Wie kann Handlungsvollmacht für die Hygiene und Infektionsprävention gesichert werden?“. **Lehrervortrag** zu Merkmalen einer Stellenbeschreibung. **Workshop:** Analyse von Stellenbeschreibungen für Hygienefachkräfte.

Aus der Perspektive der Institution sind kommunikative Abläufe durch *traditionelle* Muster geprägt, die mit ebenso tradierten Rollenbildern verhaftet sind. Mediziner genießen weitgehend Autonomie und Macht, was sich auch in der Kommunikation widerspiegelt. Das Bewusstsein zum „Kommunikativen Handeln“ und dessen Wirkungen setzt bei den Hygienefachkräften *Emanzipationsprozesse* frei. Können sie doch hierdurch zukünftig Aushandlungsprozesse für sich und ihre Aufgaben einsetzen, die insbesondere auf Leitungs- und Managementebene relevant werden.

**Lehrervortrag** zum *Kommunikativen Handeln* und zur *Kommunikation mit Vorgesetzten und Mitarbeiter\*innen/Konfliktgespräche/Kritikgespräche/Kommunikation in Organisationen/ Gesprächsstrategien in Sitzungen mit dem Management, effektive Sitzungsstrukturen und zielführende Protokollierung. Gesprächsstrategien mit der Personalvertretung, Gesprächsstrategien mit Chefärzt\*innen. Szenisches Spiel* nach Oelke: *Kommunikation reflektieren und Einüben. Analyse von Sitzungsverläufen.*

*Durch die Perspektive der Berufsgruppe (Interaktion):*

Die Bildungsteilnehmer\*innen bewegen sich mit ihrer neuen Aufgabe als Hygienefachpflegende in einem Spannungsfeld von beruflicher *Zuständigkeit und Selbstverantwortung*, was im folgenden Zitat zum Ausdruck kommt: „Also man verlässt die Pflege, so dass man sagen muss, einerseits, die Pflegeausbildung ist eine sehr gute Basis, ja? Aber in einer Weiterbildung weiter zu diskutieren über Pflegeverständnis ist Kokoloeres, weil es geht um was anderes, ja.“ Die Interviewteilnehmer\*innen berichten von einem Rollenwechsel in der Institution, der aber offenbar nicht vollständig vollziehbar scheint. Einerseits besinnen sie sich ihrer pflegerischen Herkunft, bringen diese vielfach damit in Verbindung, die Abläufe in der Infektionsprävention besser verstehen zu können – andererseits deuten sie ihr neues Aufgabenfeld damit, „die Pflege zu verlassen“ und ein Pflegeverständnis wird zum „Kokoloeres“. Diese (Selbst-)Deutung mag der Transformation zur Hygienefachkraft in der Organisation geschuldet sein, um sich den neuen Zuständigkeiten widmen zu können. Darüber hinaus liegt der Aussage ein reduziertes Rollenbild von Pflege zugrunde, was auf ein ebenso reduziertes Pflegeverständnis schließen lässt. Steuerungsaufgaben werden nicht mehr mit Pflege in Verbindung gebracht. Einer Pflegenden schreibt man wenig Handlungsvollmacht und Weisungsbefugnis in der Organisation zu, während die (neue)

Rolle als Hygienefachperson auf Handlungsvollmacht und Weisungsbefugnis angewiesen scheint. Dieser Widerspruch scheint nur durch das Verleugnen der eigenen Pflegeidentität auflösbar. Für die berufliche *Selbstverantwortung* als Hygienefachkraft muss eine Differenz zur Rolle als Pflegende hergestellt werden, um selbst in das neue Rollenbild eintreten zu können. Gleichwohl ist die Frage zu stellen, wem die Arbeit als Hygienefachkraft zugutekommt? Beantwortet man diese Frage, so ist festzustellen, dass das Aufgabenspektrum auf die Sicherheit von Patient\*innen und Bewohner\*innen in der Institution abzielt und man somit auf keinen Fall vom „Verlassen der Pflege“ sprechen kann. Vielmehr: werden nicht Steuerungsaufgaben übernommen, die den Schutz von Patient\*innen und Bewohner\*innen zum Ziel haben? Vor diesem Hintergrund scheint die Auseinandersetzung mit dem eigenen Pflegeverständnis wieder Sinn zu machen, um die Hygienearbeit für die Pflegeempfänger\*innen legitimatorisch zu tragen.

**Lehrervortrag:** *Pflegetheorie von Benner in ihren Grundzügen (siehe auch Modul Sicherheit in den Pflegetechniken entwickeln und vermitteln können) : Herleitung, Kompetenzmodell, Bereiche der Pflegepraxis./*Textarbeit: Benner, P. (2012: 166-167): *Bereiche der Pflegepraxis: „Ärzte zur rechten Zeit zu den notwendigen Schritten bewegen“, Gruppenarbeit:* Reflektieren und sammeln sie *Situationen aus der Fachpraxis, in denen sie oder Kolleg\*innen nach Benner aktiv wurden!"/* **Ergebnissammlung** und *Vorstellung: Flip-Chart/Plakate.*

Durch Besinnung auf *traditionelle* Rollenbilder und der damit verbundenen *Zuständigkeiten* kommt es auch zu der Situation, dass Pflegende bestimmte Aufgaben ablehnen, die sie für vermeintlich delegierte ärztliche Tätigkeiten halten. Dagegen weist die Pflegetheorie von Benner darauf hin, dass die Sicherstellung und Überwachung von Therapien originär pflegerische Aufgabe sind, die mit einer hohen Verantwortung verbunden seien (vgl. Benner 2012, S. 127 ff.). Diagnostik und Therapie können ohne eine solche Steuerung der Prozesse gar keine Wirkung entfalten, wie an den Beispielen aus den Interviews ablesbar ist.

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

*Abschließende Diskussion zur Pflegetheorie und zum* **Thema Prozesssteuerung: Infektionsprävention** *durch Pflegende in der Organisation.*

**Lehrervortrag:** *Soziologische Grundbegriffe zur Klärung von Identitäts- und Rollenbildung in der Institution (Rolle, Individuum soziales Handeln, Gruppen, Interaktion in der Institution, System etc.).* **Workshop:** *Übertragung der soziologischen Grundbegriffe auf das Handlungsfeld der Fachkraft für Hygiene und Infektionsprävention in der Institution. „Beschreiben Sie die Veränderungsprozesse, die mit Ihrer Rolle in der Institution verbunden sind!“, „Welche Kompetenzen sind für die neue Rolle notwendig?“*

**Modulabschluss: Diskussion** Sichtweisen Pflege, Sichtweisen Medizin, Beurteilung Pflege Theorie von Benner für die Fachpraxis. Soziologische Reflexion zur Rollenbildung als Hygienefachkraft. Herausforderung Interaktion im System reflektieren.

#### Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

##### Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- verfügen über ein integriertes berufliches und pflege theoretisches Wissen im Tätigkeitsfeld der Hygiene und Infektionsprävention und kennen die Grenzen zur Bezugswissenschaft Medizin
- verstehen das Konzept „Caring“ und können es in der Praxis auf die Fachpflege übertragen, übernehmen Verantwortung für Patient\*innen
- bewerten berufliche Aufgaben und Schnittstellen im Behandlungsprozess und können diese für ihr eigenes Handeln einordnen, übernehmen Verantwortung im Behandlungsteam der Hygiene und Infektionsprävention, erkennen die Grenzen und Widersprüche in der Fachpraxis
- Beherrschen soziologische Grundbegriffe und können ihre eigene Rollenbildung vor dem Hintergrund der Grundbegriffe reflektieren
- können mit ihrem neuen Verständnis zum „Caring“ und durch die Theorie von Benner ihre eigene Rolle als Hygienefachkraft in die Pflege einordnen, Sichtweisen einbringen, Handlungsalternativen abwägen und im Versorgungsteam kommunizieren
- können Gesprächsstrategien in Arbeitssitzungen entwickeln, Machtinteressen analysieren und einordnen, sachlich argumentativ überzeugen
- sind in der Lage, strukturierte und zielführende Protokolle von Arbeitssitzungen anzufertigen
- kennen eine Breite an rechtlichen Regelwerken zur Infektionsprävention und Hygiene
- beherrschen kommunikative Fähigkeiten in Zusammenarbeit mit der Personalvertretung, bewerten diese für ihr Praxisfeld.
- entwickeln auf Basis der pflegewissenschaftlichen Theorien und Konzepte eine fachpflegerische Identität, für die sie im Behandlungsteam und in der Institution eintreten.

**Leistungsüberprüfung:** K/R/M

- 

#### Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

#### Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium der vorgeschlagenen Pflege Theorie (Benner 2012), ausgewählte Arbeitstexte
- Literaturstudium Stellenbeschreibung, soziologische Texte
- Erstellung Prüfungsleistung

#### Literaturempfehlungen:

- Abels, H. (2010): Einführung in die Soziologie. Band 2. Individuen in ihrer Gesellschaft. Wiesbaden: Springer, VS
- Bartholomeyczik, S. (2010): Professionelle Pflege heute. Einige Thesen. In: Kreutzer, S.; Remmers, H. (Hrsg.) (2010): Transformation pflegerischen Handelns: Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert. Osnabrück: V & R Unipress, S. 134–155.
- Benner, P. (2012): Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. Bern: Huber

- Cervinka, G., Schranz, G. (2011): Protokollführung. Richtig strukturieren und treffend formulieren. München: Redline Verlag
- Lausch, A. (2015): Betriebsführung und Organisation im Gesundheitswesen. Ein Arbeitsbuch für Gesundheits- und Pflegeberufe. Wien: Facultas
- Lenders, D. (2022): Die Personalvertretung. Zusammenarbeit und Mitwirkungsrechte: Köln: Luchterhand. Wolters Kluver
- Müller, K. (2018): Berufsverständnis. Handlungskonzepte und Haltungen in der Pflege – das Konzept des „Caring“. In: Büker, Christa, Lademann, Julia, Müller, Klaus (Hrsg.) (2018): Moderne Pflege heute. Beruf und Profession zeitgemäß verstehen. Stuttgart: Kohlhammer. S. 87-102
- Rogall-Adam, H., Josuks, H., Adam, G., Schleinitz, G. (2018): Professionelle Kommunikation in Pflege und Management. Hannover: Schlütersche
- Schnepf, W. (1996): Pflegekundige Sorge. In: PflGe 2/96, Pflege und Gesellschaft, 1. Jahrgang: 13–16.
- Spieß, E.; Nerdinger, F. W.; Regnet, E. & Rosenstiel, L. von. (2003). Effektiv kooperieren: wie aus lauter Solisten ein erfolgreiches Orchester wird. Weinheim: Beltz
- Wilk, G. (2022): Stellenbeschreibung und Anforderungsprofile. Freiburg: Haufe

Kü/Ba/Gi: 28.12.2023

## 2.3 Modul „Wissensfundus entwickeln: Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie“

<b>Modultitel/Modulkennung: 01WMIFH01 „Wissensfundus entwickeln: Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie (Fachspezifisches Modul)“</b>			
<b>Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen:</b> <i>Modul Systematisches wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege (Basismodul)</i> <i>Modul Grundlagen der Didaktik und Pflegepädagogik für die Identität in Praxisanleitung (Basismodul)</i> <i>Modul Fallorientiertes Arbeiten in der Hygiene und Infektionsprävention: die Subjektperspektive in der Institution (Fachspezifisches Modul)</i> <i>Modul Evidenz: Wissen beurteilen, anwenden und vermitteln können (Fachspezifisches Modul)</i>			
<b>Workload: 60 Std davon 40 Std. Kontaktstunden, 20 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):</b>			
<b>Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)</b>			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
<p><b>Reflexionskategorien:</b>  <b>1.I Leiderfahrung und Leibentfremdung</b>  <b>1.II Teamarbeit und Konkurrenz</b>  <b>3.III Zuständigkeit und Selbstverantwortung</b>  <b>1.II Empathie und Intervention (Methode)</b></p> <p><b>Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion:</b></p> <p><b>Schicksal Mensch: wenn Keime Leben zerstören</b></p> <p><b>Wissen macht sicher im Team</b></p> <p><b>Vermittlung von Wissen an Mitarbeitende und Patient*innen</b></p> <p><b>Inhalte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mikrobiologie, Virologie, Bakteriologie, Mykologie, Immunologie, Erregernachweise im Fallkontext</li> <li>▪ Epidemiologie, Infektionsepidemiologie, Infektionswege, Befundauswertung im Fallkontext</li> <li>▪ Datenbanken, digital gestützte Informationsbeschaffung</li> <li>▪ Aufbereitung von Wissen für Mitarbeitende, Mikroschulungen.</li> </ul>			
<b>Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:</b> <i>Fokusgruppe der Pflegenden:</i> <i>„Und dann musst du gucken: Okay, und was ist mit der Mikrobiologie? Das lernst du jetzt fachlich. Fachlichkeit kann man sich ja mittlerweile anlesen (...).“</i>			

„Also ich finde, du musst dich halt mit den nosokomialen Infektionen, also KRINKO-Empfehlungen, gesetzliche Grundlagen und so, jetzt zum Beispiel Corona. Da, finde ich, muss man schon so das grundsätzliche Wissen, welche Erreger, Maßnahmen, ne, was können wir tun? So dass du wirklich die Basics hast. Und dann kannst du ja nachher bei dir im Haus gucken: Habe ich da überhaupt ein Problem mit? Wenn ich ein Problem habe, gucke ich mir das Bündel an. Möchte ich Mundpflege weiter ausgestalten, möchte ich Mundpflegesets neu einführen oder so, also man muss so die Grundlage haben erst mal. Ja. Wie kommt es dazu, ne? Was kann das verursachen? Das ist so die Grundlage.“

„Ja, da ist ja jetzt das Wetter wieder und die Jahreszeit passend. Das sind so typische Noro-Ausbrüche im Krankenhaus, aber auch im Altenpflegeheim. Also in allen Gesundheitseinrichtungen sind ja Ausbrüche mit Noroviren auch, die auf, sagen wir einmal auf einer inneren Station gastrointestinale Beschwerden von mehreren Patienten. Mindestens zwei oder drei Patienten bedeutet.“

„Die allermeisten Hygienefachkräfte übernehmen auch die Rolle eines Krankenhaushygienikers in der Beratung der Geschäftsführer gegenüber, und der Beratung der PDL gegenüber, weil der beratende Hygieniker ist weit weg.“

„Zum Beispiel Beratungsgespräche mit Angehörigen bei multiresistenten Erregern. Das kann eine Krankenschwester und Krankenpfleger genauso gut machen. Die kennen sich im Prinzip mit dem Erreger genauso gut aus, häufig, wie wir. Also das, finde ich, ist nicht jetzt zwanghaft dann bei der Hygienefachkraft zu verorten.“

„Aber weiß ich denn auch, ob die das richtig machen, wenn die den Hintergrund nicht haben?“

### **Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse**

#### *Die Sicht der Betroffenen und deren Angehöriger*

Am Ende einer Krankenhausinfektion steht immer der Mensch, der lebenslang davon betroffen sein wird (vgl. Modul Fallorientiertes Arbeiten in der Hygiene und Infektionsprävention: die Subjektperspektive in der Institution). Die nosokomiale Infektion ist immer mit einer *Leiderfahrung* verbunden, in die der betroffene Mensch unbeabsichtigt und oft unverschuldet hineingerät. Schutzbedürftige sind den Infektionen im System hilflos ausgesetzt, da ihnen das Fachwissen fehlt, um sich zu schützen oder sie nicht mehr in der Lage sind, um sich gegen Keimübertragung zu wehren. Zudem handelt es sich um eine unsichtbare Gefahr, die auch von Mitarbeitenden oft nicht in die Zusammenhänge mit dem nosokomial erworbenen Krankheitsbild gebracht wird. Ein Moment der Achtlosigkeit im stressigen Arbeitsalltag der Mitarbeitenden ist oft der Beginn des *Leids* und steht in der Kausalkette der Infektionsepidemiologie. Die *Leiderfahrung* beginnt unsichtbar und still, je nach Erreger nimmt sie einen anderen Verlauf und ist mit vielfältigen Symptomen verbunden, die fachlich in den Zusammenhang gebracht werden müssen, um die Ursache zu erkennen. Im System Krankenhaus ist dies sehr schwer, da die Prozesse funktional ausgerichtet sind und sich der einzelne Fallverlauf für die Mitarbeitenden nur schwer erschließt. Mit den Symptomen einer Keiminfektion sind *Leibentfremdungen* der Betroffenen verbunden. Chroni-

sche Wunden und vielfältiges Organversagen können auf die im Krankenhaus erworbenen Infektionen zurückgeführt werden. Die Fachpflegenden in den Interviews wissen, um die Kausalitäten von Infektion und der im Zusammenhang stehenden Erkrankungen. Dieses Wissen ist fundiert und sehr speziell, erfordert eine tiefe und breite Auseinandersetzung mit der Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie. Doch sind ihnen die Einzelschicksale bewusst, die am Ende der Geschehnisse stehen? Spezielles Wissen wird erst dann wirksam, wenn es am Fall reflektiert zur Anwendung kommt.

**Methodischer Vorschlag:** Einstieg über ausgewählte **Exempel** von betroffenen Menschen mit nosokomialen Infektionen. /Fallbesprechungen: was war ursächlich für die Infektion? Von welchen Symptomen und Folgeschäden sind die Menschen betroffen? Wie verläuft die Pathogenese und wie steht sie im Kontext der Infektionsepidemiologie? Wie sollten nach den aktuellsten Erkenntnissen präventive und therapeutische Maßnahmen vorgenommen werden?

**Lehrervortrag:** Mikrobiologie, Virologie, Bakteriologie, Mykologie, Immunologie, Erregernachweise. KRINKO-Empfehlungen. **Fallbesprechungen** auf Ebenen des Individuums und des Systems: Welche Fehlerquellen führen zu Infektionen? Welche präventiven Maßnahmen sind daraus abzuleiten?

**Workshop:** Nutzung von Datenbanken zu Erregerinformationen/Keimidentifizierung, Einsatz von digitaler Technik zur Informationsbeschaffung im Kontext von Infektionsepidemiologie.

Zwischen Fachpflegenden, Patienten und Angehörigen sowie zwischen Fachpflegenden und Pflegenden auf den Stationen besteht eine konstitutionelle Asymmetrie, die Behrens und Langer in Informations- und Angstasymmetrie differenzieren (vgl. 2016, S. 93f.). Sowohl durch die *leibliche* Betroffenheit als auch durch Wissensdefizite sind die Patienten und Angehörigen auf Unterstützung durch die professionellen Akteur\*innen angewiesen, wenn es um die unsichtbare Gefahr multiresistenter Keime geht. Die Fachpflegenden übernehmen dabei nicht nur in der Begleitung des Patienten und dessen Angehörigen, sondern auch in der Betreuung der Pflegenden in den Pflgeeinheiten eine Schlüsselrolle. *Methodisch* sollten sie Mikroschulungen anwenden, um Betroffenen und Pflegenden im Umgang mit Krankenhauskeimen Sicherheit zu vermitteln. Der Zugang zu den Betroffenen und professionell Pflegenden erfolgt über den *Beziehungsaufbau*, ohne den eine Wissensvermittlung ins Leere laufen würde. Sowohl Betroffene als auch Mitarbeitende unterliegen der Angst, beim eigenen Nichtwissen ertappt zu werden und verbinden dies mit einer persönlichen Niederlage. Dies gilt insbesondere für die „Professionals“, die sich ihrer Unsicherheiten und/oder ihres Feherverhaltens bewusstwerden, wenn es um Arbeitsabläufe geht, die oftmals ursächlich für eine Verschleppung von multiresistenten Keimen sind. Die Fallbesprechung soll dabei helfen, dass sich die Fachpflegenden in die Sichtweisen Akteure eindenken können, um eine vertrauensvolle und produktive *Beziehung* aufzubauen.

**Lehrervortrag:** Multiresistente Keime und ihre Ausprägungen Teil I. Epidemiologie. Behandlungsmöglichkeiten. Internationale Vergleiche im Umgang mit multiresistenten Erregern und deren Behandlungsformen (vgl. auch Modul Fallorientiertes Arbeiten in der Hygiene und Infektionsprävention: die Subjektperspektive in der Institution).

**Workshop:** Fallbesprechung und Entwicklung von Mikroschulungen für Betroffene, Angehörige und Pflegende zum Umgang bei multiresistenten Keimen (siehe Module Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln (Basismodul) und Praxismodul Fachspezifische Pflege gestalten im dritten Semester, Ausblick und Synergien für die Teilnehmer\*innen herstellen).

Zusammenfassung des Moduls. Ausblick auf Module in Semester 3.

#### **Kompetenzen nach DQR Niveau 5:**

##### Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- haben ein breites und tiefes Wissen zur Mikrobiologie, Virologie, Bakteriologie, Mykologie, Immunologie und den Erregernachweisen
- sie können ihr Wissen einem Fallkontext zuordnen und hierbei die Perspektive von Betroffenen einnehmen, leiten hieraus die Schicksale ab, die sich aus einer Keiminfektion ergeben
- sie sind in der Lage, die Fallanalyse und Fallbesprechung methodisch einzusetzen, um sich im individuellen Kontext das Infektionsgeschehen und dessen Auswirkungen zu erschließen
- sind in der Lage, eine Auswahl von validen Datenbanken zur Informationsbeschaffung und Keimbestimmung einzusetzen
- setzen digitale Hilfsmittel zur Informationsbeschaffung und Keimbestimmung ein und entwickeln Sicherheit im Umgang mit fachspezifischen Datenbanken
- Werden mit dem RKI und den KRINKO-Empfehlungen vertraut, können die Informationen für Problemsituationen in den Institutionen abrufen, einordnen und anwenden
- Haben ein breites und tiefes Wissen zu multiresistenten Keimen und ihren Auswirkungen auf Betroffene, kennen Behandlungsmöglichkeiten und können eine internationale Eindornung des Themas vornehmen
- können die Bedürfnisse und Bedarfe von Patient\*innen und deren Angehörigen in der Situation von multiresistenten Keimen analysieren, erkennen und darauf adressatengerecht reagieren
- entwickeln die Fähigkeit, Fallanalysen und Fallsprechungen sinnvoll und adressatengerecht bei Mitarbeitenden einzusetzen
- können Mikroschulungen vorbereiten, durchführen und evaluieren, um Wissen im Kontext von Infektionsepidemiologie und multiresistenten Keimen zu vermitteln.

**Leistungsüberprüfung:** K/R/M

#### **Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):**

- Ggf. Fallerhebung in der Praxis nach Arbeitsverbundenem Lernen.

#### **Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:**

- Literaturstudium zur Mikrobiologie, Virologie, Bakteriologie, Mykologie, Immunologie und den Erregernachweisen
- Fallreflexion mithilfe der vorgeschlagenen Lektüre, Fallaufbereitung in der Praxis ggf. als Prüfungsleistung
- Prüfungsvorbereitung

#### **Literaturempfehlungen:**

- Behrens, J.; Langer, G. (2016): Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber.
- König, O., Schattenhofer, K. (2021): Einführung in die Fallbesprechung und Supervision. Heidelberg: Carl-Auer, Compact.
- Kramer, A. (2022): Krankenhaus und Praxishygiene. Hygienemanagement und Infektionsprävention in medizinischen und sozialen Einrichtungen. München: Urban&Fischer/Elsevier
- Lexa, N. (2014): Fallbesprechungen in der Palliative Care: Praxiswissen für kompetentes Handeln (Pflegekolleg). Hannover: Schlütersche.
- Marckmann, G.; Mayer, F. (2009): Ethische Fallbesprechungen in der Onkologie. Grundlagen einer prinzipienorientierten Falldiskussion. Der Onkologe 15 (10): 980–988
- Modrow, S., Truyen, U., Schätzel, H. (2021): Molekulare Virologie. Heidelberg: Springer
- Meise, C., Ferrand, N., Greve, C. (2021): Antibiotika. Medi-Learn Poster. Kiel: Medi-Learn Verlag
- Schieron, M. (2024): Pflegebezogene Mikroschulungen. Handlungsorientierte Patientendekuation in kleinen Wissensportionen. Bern: Hogrefe
- Schulz-Stübner, S. (2023): Repetitorium Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Heidelberg: Springer
- Schulz-Stübner, S., Dettenkofer, M., Mattner F., Dawson, A., Mahlberg, R. (2023): Multi-resistente Erreger. Diagnostik Epidemiologie, Therapie. Heidelberg: Springer
- Schulz-Stübner, S., Mattner F., Meyer, E., Mahlberg, R. (2019): Antibiotika bei Infektionen mit multiresistenten Erregern. Heidelberg: Springer

Kü/Ba/Gi: 28.12.2023

## 2.4 Modul „Ausbruchsmanagement in der Hygiene und Infektionsprävention: Sicherheit in der Institution“

<b>Modultitel/Modulkennung: 02ASIFH01 „Ausbruchsmanagement in der Hygiene und Infektionsprävention: Sicherheit in der Institution“ (Fachspezifisches Modul)</b>			
<b>Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen:</b> <i>Vgl. Planspiel im Modul „Systemische Perspektiveneinnahme: Prozesse der Versorgung“ (Fachspezifisches Modul)</i> <i>Modul Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten (Basismodul)</i>			
<b>Workload: 60 Std davon 40 Std. Kontaktstunden, 20 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):</b>			
<b>Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)</b>			
	<b>I Individuum</b> <i>leibgebundene Perspektive</i>	<b>II Interaktion</b> <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	<b>III Institution</b> <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
<b>Reflexionskategorien:</b> <b>3.III Rentabilitätsanspruch (Marktliberalität) und soziale Gerechtigkeit</b> <b>2.II Teamarbeit und Konkurrenz</b> <b>3.II Humanisierung und Sozialtechnologie</b> <b>Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion:</b> <b>Wenn das System zu Fehlern führt: Aufbau- und Ablauforganisation im Fokus institutioneller Begehungen, Bau- und Gebäudeplanung</b> <b>Dienstbesprechungen, Krisenstab, Schnittstellen Behörden, Dokumentation und Protokolle</b> <b>Rollenambiguität zwischen Leitlinien und Qualität</b> <b>Privatisierung und Rentabilität in der Hygiene: Zertifizierungen, Vorschriften, Produkt- und Materialauswahl: Ökologie, Sicherheit und Ökonomie</b> <b>Inhalte:</b> Klärung Begriff Ausbruchsmanagement, Gesetzliche Regelungen zur Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, Behörden und Aufsichtsorgane, Aufbau- und Ablauforganisation im Fokus Institutionelle Begehungen, Bau- und Gebäudeplanung, Klimatechnik, Ökologie und Nachhaltigkeit in der Krankenhaushygiene, Patientensicherheit, CIRIS, Risikomanagement, Fehlermanagement, Lernende Organisation, Critical Incident Reporting System, Zertifizierung und Qualität in der Hygiene, Organe: G-BA, AWMF-Leitlinien, Entwicklung von Expertenstandards, DNQP.			
<b>Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:</b> <i>Eine Pflegende</i>			

„Ausbruch, was dann auch gemeldet werden muss ans Gesundheitsamt. Und dort dann, wird ja im Prinzip eine Kette an Maßnahmen losgelöst, die durchgeführt werden.“

„In dem ersten Teil des Ausbruchs war es ja erstmal mehr die beobachtende Situation und dann die rege Diskussion einfach mit dem Unverständnis nachher im Büro mit meiner anleitenden Hygienefachkraft, wo ich für mich einfach wirklich hilflos war und nur gedacht habe: Was macht man in solch einer Situation? Ja, wo man dann oder wo ich dann einfach gelernt habe, dass ich mich im Zweifelsfall wirklich immer auf eine gute Dokumentation stützen muss, um mich einfach rechtlich abzusichern. So komisch sich das jetzt auch anhört. Aber dann eben auch einfach zu versuchen, irgendwann diesen Punkt zu erreichen, wo ich sage: Ich bin nur beratend tätig. Also ich habe ja keine Weisungsbefugnis, sondern dass ich mich dann auch einfach schütze, dass ich selber nicht zu frustriert werde in so einer Situation und das vor allen Dingen nicht an mich persönlich heranlasse. Und das konnte ich dann, glaube ich, in dem zweiten Teil, also sprich fast Ende der Ausbildung ganz gut umsetzen, dass ich wirklich darauf geachtet habe, dass alles ganz penibel dokumentiert wird, um einfach eine rechtliche Sicherheit auch zu haben auch gegenüber dem Gesundheitsamt, aber es eben nicht zu sehr an mich persönlich dranzulassen.“

„Gut, also im Prinzip fällt ja dann auf, dass es bei einem Patienten, dass es Durchfälle gibt, auch meinetwegen mit schwallartigem Erbrechen. Dann kommt noch ein nächster Patient dazu, dann kommen noch die Mitarbeiter dazu. Und dann geht das ja los. Das wird dann gemeldet. Dann geht man auf Ursachenforschung. Dann wird im Prinzip ein Ausbruchmanagement eröffnet auch und ein Ausbruchteam. Das besteht aus Stationsleitung, diensthabender Arzt, Hygienefachkraft, Geschäftsführung, ärztliche Direktion. Die kommen da mit auf den Plan. Arbeitshygienefachkraft ist das Spielfeld für die Person, die da tätig ist. Es geht dann auf den Bereich, muss dann zuerst einmal schauen, wo ist der Indexpatient oder gilt natürlich auch dem Mitarbeitenden der Index, der das dann da flächendeckend denn verteilt hat. Dann auch wieder Schulungen. Ganz typisch kommen dann Hände-/Basishygiene wieder. Einführung in die Schutzausrüstung AOPSA, dass da wieder nachgeschult werden muss. Auch das ist eigentlich jedes Jahr so das Gleiche. Auch, dass da einiges eingeschlafen ist an Umsetzung.“

#### *Eine Pflgende*

Wir hatten sowohl zu Beginn der zwei Jahre als auch zum Ende der zwei Jahre jeweils einen Noro-Ausbruch auf einer geriatrischen Station. Und ich habe die dort tätige Hygienefachkraft halt unterstützt, habe im ersten Ausbruch ziemlich viel von ihr lernen dürfen. Es gab jeden Tag ein Ausbruchmanagementteam, das sich getroffen hat. Und da wurde halt sehr rege diskutiert, welche Hygienemaßnahmen notwendig sind, welche nicht notwendig sind. Und im Endeffekt hat der

*Chefarzt der Geriatrie eigentlich alles torpediert, was irgendwie dahingehend zielte, dass Patienten in ihrer, ja, Bewegungsfreiheit eingeschränkt werden, dass sie an Physiotherapie zur Zeit der akuten Infektion nicht teilnehmen sollten, und hat immer alle Dinge in Frage gestellt und das hat er eben auch tagtäglich gemacht. Und er hat auch häufig unterstellt, dass gewisse Themen nicht besprochen wurden, was wir aber durch sehr, sehr gute Protokollierung beweisen konnten. Und was ich eigentlich noch viel schlimmer fand, war eben, dass ich dann im zweiten Ausbruch zum Ende der Fachweiterbildung zeitweise dieses Managementteam mehr oder weniger alleine geleitet habe, weil die Hygienefachkraft halt im Urlaub war und dann die Protokolle einfach mal miteinander verglichen habe und eigentlich fast jeden Tag Déjà-vu-Erlebnisse hatte. Also wir haben selbst nach zwei Jahren, wo immer detailliertere Verfahrensanweisungen, Arbeitsanweisungen festgelegt worden sind, schon im Vorfeld, um solche Diskussionen zu vermeiden, wurden auch nach zwei Jahren genau die gleichen Diskussionen geführt. Und es hing auch wieder an ein, zwei Personen, die das ganze Ausbruchmanagement wirklich versucht haben zu torpedieren. Also es ging sogar so weit, dass teilweise Pflegekräfte auf der Station angewiesen wurden, dass keine Stuhlproben auf Noro untersucht werden dürfen bei Diarrhöen. Und das ist eigentlich eine Situation, die mich sehr geprägt hat, wo ich Ausbruchmanagement auf jeden Fall für mich gut gelernt habe. Darin fühle ich mich eigentlich recht sicher, also jetzt in meiner Tätigkeit als Hygienefachkraft.“*

*„Wann werden die Patienten entisoliert? Wann darf die Station wieder für weitere Betten eröffnet werden? Das ist im Prinzip ja so eine ganze Kette. Und wenn das dann auch noch stationsübergreifend ist, was ja dann sehr häufig auch der Fall ist. Da ist dann fast die ganze Klinik dicht. Ja, also das ist so jetzt um diese Jahreszeit, ja jetzt sowieso, dann das kommt wieder mit Corona, kommt das dann mit auf den Plan. Ja, da hat dann die Hygienefachkraft eigentlich sehr viel zu tun. Schulen, schulen, schulen, anleiten, Beobachtungen auch. Wird die Basishygiene eingehalten? Oder auch Kontrolle. Dann viel Dokumentation, das alles. Das alles dokumentieren. Und eigentlich sind das ja so Fallbeispiele, die aus dem normalen Alltag ja auch herausfallen. Also dafür bleibt dann ganz viel anderes liegen, was dann nachher aufgeholt werden muss, ja (...).“*

*„Auch die Konflikte dann auch beratend tätig, wenn ich jetzt als Hygienefachkraft ich würde der Geschäftsführung raten, die Station dicht zu machen. Das dann vom Chefarzt auch noch durchzuhalten. Das ist das Größte. Ja, und dann eben eine große Frustrationsgrenze auch, dass man irgend immer wieder anfängt, zu schulen. Konflikte und natürlich ist das Fachwissen in diesem Fallbeispiel da. Also das ist tatsächlich ja ein ganz typisches Beispiel. Also da müssen die sich auch nicht mehr großartig hinsetzen Hygienefachkräfte und fachlich das ausarbeiten. Das ist so eine Kette, die Automatismen auslöst. Auch im Ausbruchteam Kommunikation untereinander auch.“*

*Dann hängt das davon ab, wie die Zusammenarbeit mit der Stationsleitung ist. Ist die offen auch dafür oder ist die generell zuerst einmal schon oh ne. Oder ist sie krank, ja. Also auch auf die Vorbildhaltung an den Weitungskräften und an den Ärzten appelliert man ja auch im Prinzip so als Hygienefachkraft. Ihr seid ein Vorbild. Ihr müsst es im Prinzip ja richtig machen für eure Mitarbeiter, ja. Und das sind so Problematiken, ja (...).“*

*Ich habe so eine kleine Exkursion gemacht, ein halbes (...) Jahr in (Ort). Und da war es tatsächlich so, gerade in diesem halben Jahr wurde die Endoskopie halt auch begangen, ne, vom Gewerbeaufsichtsamt. Sehr spannend.*

*„Baumaßnahmen. Das ist nämlich auch das, was anfällt. Wenn es gut läuft, dann ist die Hygiene da auch involviert (...).“*

*„Also an Teilnahme an Bausitzungen. Das läuft gut. Aber auch nachdem ein, zwei Baustellen mal stillgelegt wurden läuft das sehr gut. Wir nehmen regelmäßig an Bausitzungen teil, wissen auch wo Baustellen sind, haben dann auch fortlaufende Protokolle. Also, dass wir wirklich auch täglich die Baustellen begehen können und so.“*

*„Gut, Altenpflegeheime kommt für mich ja noch so ein bisschen mit rein. Das wird jetzt durch Corona auch ein bisschen mehr. Da wird viel nachgefragt, auch nach Schulungen. (...) weiß ich, haben die Hygienefachkräfte über das Gesundheitsamt vom Klinikum her die Pflegeheime begangen, haben dort Schulungen gegeben auch. Gesundheitsamt Hannover-Region hat jetzt sogar Hygienefachkräfte angeordnet für ein Heim, welches Corona Ausbrüche immer wieder hatte. Also das wird jetzt auch mehr, dass die Pflegeheime/ Auch Wolfsburg war ja auch ein großes Thema, Hygienefachkräfte. Also die gehen jetzt auch mehr in diese Schulungen, in die Begehungen in den Heimen und das ist teilweise ganz spannend.“*

*„Die allermeisten Hygienefachkräfte übernehmen auch die Rolle eines Krankenhaushygienikers in der Beratung der Geschäftsführer gegenüber, und der Beratung der PDL gegenüber, weil der beratende Hygieniker ist weit weg.“*

*„Was mir auch gerade noch einfällt, ist auch Produktumstellung, auch häufig, ne?“*

*„Und das Facilitymanagement ist bei uns natürlich auch sehr gut. Und dadurch hat das einfach jetzt gut funktioniert oder funktioniert das in den meisten Fällen. Wir haben es immer noch mal wieder, so kleinere Sachen, dass wir darauf zu laufen und denken, das ist jetzt nicht so schick. Aber so im Großen und Ganzen werden wir informiert (...).“*

*„Wie ist das mit der Klimatechnik bei euch? Betreut ihr die mit, oder nicht?“*

*„Noch sind die RLT-Anlagen von den Baujahren her so, dass wir sie selber überprüfen können. Das wird sich demnächst erledigen. Genau. Ja. Ansonsten, Erinnerung der Ärzte an ihre Meldepflicht*

*nach IfSG. Muss man auch zwischendurch mal immer wieder anschubsen. Ja, es ist ein umfangreiches Tätigkeitsfeld mit vielen Schnittstellen (...).“*

*„Und die Hersteller rechnen alle eine super Ökobilanz vor. Ja? Also Einmalmaterialist die Ökobilanz unter Umständen sehr viel besser als Dauermaterial. Je nach Hersteller, ne? Also da wo man kauft. Unter dem Strich ist das besser, ne, die Einmal-Schere zu kaufen.“*

*„Und ich glaube, im Gesundheitssystem ist das einfach immer noch relativ mit ökologischen Aspekten, weil wir einfach so viele andere Gesetzgebungen haben, die dann ja auch da reinkommen, ne? Also die da rein fließen. Eben mit der Verpackung, mit den anderen Anforderungen, die ich habe, ja, ist, glaube ich, sehr schwer. Also kommt immer mal wieder, wird auch von vielen Mitarbeitern ja immer mal wieder angedacht oder angemerkt (...).“*

*„Und dann ist die Wirtschaftlichkeit wieder. Ja. Das ist schwer. Ja. Ja.“*

### **Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse**

#### *Die Sicht der Institution*

In der *gesundheitspolitisch-ökonomischen Perspektive* zeigt sich die Problematik, dass die Qualität der Patient\*innenversorgung de facto heute meist von Zertifizierungen, Qualitätssiegeln aber auch von behördlichen Reglements abhängig ist. Sofern Zertifikate für die Außendarstellung oder *Rentabilität* einer Klinik vorteilhaft sind, werden die dafür erforderlichen Bedingungen, z. B. hinreichend qualifiziertes Fachpersonal, erfüllt und die entsprechenden Ressourcen bereitgestellt. Fehlen diese Anreize, so werden solche Verbesserungen der Patient\*innenversorgung aus Gründen fehlender *Profitabilität* wieder zurückgenommen. Dieser *marktlogische* Mechanismus konkretisiert die fachlichen Ansprüche der Hygienefachkräfte, eine qualitativ hochwertige Patient\*innenversorgung in der Institution gewährleisten zu wollen. Gleichwohl unterliegt die Institution baulichen und Hygiene fördernden Bestimmungen, um der ökonomischen Marktlogik Einhalt zu gebieten. Der Gesetzgeber verfolgt an langer Hand eine *soziale Gerechtigkeit* für alle Patient\*innen, die Hilfe in einer Gesundheitsinstitution suchen. Der rechtliche Dschungel, der sich aus Artikel 2 (2) GG ableiten lässt, ist in der Position der Hygienefachkraft zu bewältigen und für die Institution zu bewerten.

#### **Methodischer Vorschlag:**

**Lehrervortrag:** *Ausbruchmanagement in der Institution (vgl. Planspiel im Modul „Systemische Perspektiveneinnahme: Prozesse der Versorgung“): theoretische Begriffsklärung, Verweis auf Folgemodul.*

**Lehrervortrag** *Bau- und Gebäudeplanung, gesetzliche Vorgaben zur baulichen Hygiene und Infektionsprävention in Gesundheitseinrichtungen, behördliche Prüforgane und Prüfungsmechanismen, Schnittstellen zu Behörden (u.a. Gesundheitsämter), GB-A-Vorgaben an die Krankenhaushygiene, Zertifizierungsrelevante Vorgaben für die Gesundheitsinstitution. Institutionelle Begehungen.*

**Workshop mit unterschiedlichen Szenarien:** (Bauverordnungen/Bauamt, Heimaufsicht, Gesundheitsamt, Zertifizierung Krankenhaushygiene, themenbezogene Audits etc.) „Welche anlassbezogenen Vorgaben sind für eine Begehung zu beachten? Welche Schwierigkeiten sind einzukalkulieren? Wie kann die Begehung **vorbereitet** und **zielorientiert dokumentiert** werden (Protokoll)?“ Zusammenfassung in der Gruppe als Gruppenpräsentationen. **Sicherung** der Ergebnisse.

**Lehrervortrag** zur Klimatechnik und Infektionsprävention. **Gruppenarbeit** zu typischen Ursachen und Fehlerquellen im Gebäudeaufbau- und Management.

**Lehrervortrag** zur Ökologie und Nachhaltigkeit in der Krankenhaushygiene. **Werkstatt der Utopie:** „Explorieren Sie ökologische Aspekte in der Hygienearbeit! Explorieren Sie Ansätze des nachhaltigen Hygienemanagements!“

*Aus der Perspektive der Interaktion*

Fehler können unterschiedlicher Natur sein und sind oft ursächlich für Krankenhausinfektionen. Ein Versagen der Aufmerksamkeit oder des Gedächtnisses sowie inadäquate Pläne führen zu Fehlern (Reason, 1990, S. 207). Jede(r) im Gesundheitswesen Tätige(r) trägt *Verantwortung* für seine Handlungen, was im Arbeitsalltag zu Stress führt. In unserem Fall suchen die Fachpflegenden nach der Ursache für einen Infektionsausbruch (Indexpatient/Indexmitarbeiter(in)). Dennoch greift eine Fokussierung auf Fehler zu kurz. Es ist eine Fehlannahme, dass eine Person, die kompetent und gewissenhaft ist, nie Fehler macht. Die gleichen Umstände können unabhängig von der spezifischen Person zu den gleichen oder ähnlichen Fehlern führen (Reason, 2000, S. 394). Unerwünschte Ereignisse sind das Ergebnis des Versagens auf verschiedenen Stufen (Reason et al., 2006, S. 16). Für die Entstehung von unerwünschten Ereignissen sind sowohl Fehler und Regelverletzungen der handelnden Person als auch latente Bedingungen auf unterschiedlichen Ebenen (Arbeitsplatz, Organisation, System) relevant (Reason, 2016, S. 10). Gerade Regelverletzungen in der Hygiene führen zum Ausbruch. Unerwünschte Ereignisse können sich auch auf beruflich im Gesundheitswesen Tätige traumatisierend auswirken. Als „Second Victims“ (zweite Opfer) erleben sie weitreichende psychische Belastungen (Scott et al., 2009, S. 326). Diese können wiederum die *Beziehungsfähigkeit* beeinträchtigen.

**Methodischer Vorschlag:** Einstieg über **die Exempel./ Diskussion** der Beispiele. **Lehrervortrag:** Begriffsbestimmungen zum Fehlermanagement im Kontext der Hygienearbeit. Anwendung von CIRS.

*Sozialtechnologisch* sind in den letzten Jahren Instrumente und Maßnahmen entwickelt worden, um Patient\*innensicherheit zu fördern. Kann die Patientensicherheit im Kontext der Infektionsprävention gefördert werden, so dass zum einen aus Ereignissen gelernt wird und zum anderen präventiv die Sicherheit gefördert wird? Tragen diese Maßnahmen zu einem *humaneren* Umgang in der Patient\*innenversorgung bei?

**Methodischer Vorschlag:** Anwendung von Analyseinstrumenten (z.B. London-Protokoll) auf Beispielfälle zum Ausbruch von Infektionen. **Gruppenarbeit:** Recherche von kritischen Ereignissen

auf [www.cirsmedical.de](http://www.cirsmedical.de), ggf. Planspiel zu CIRS im Kontext des Ausbruchmanagements. Vorstellung und Diskussion von Verbesserungsmaßnahmen.

Inwiefern Sicherheitsproblematiken und sicherheitsrelevante Ideen offen besprochen werden, wird von der im Team vorherrschenden Sicherheitskultur beeinflusst. Eine Sicherheitskultur, in welcher sich Teammitglieder nicht als Konkurrenz empfinden, sondern offen über Probleme als Team sprechen, fördert die Sicherheit. Gerade Hygienefachpersonen stehen im Spannungsfeld zu den Teams in den Kliniken. Werden sie als Bedrohung wahrgenommen, da sie Fehler entdecken könnten? Oder gelingt es, dass die Fachpflegenden als Unterstützung verstanden werden, um Fehler im Kontext der Hygieneabläufe zu minimieren?

**Methodischer Vorschlag: Lehrervortrag** Begriffsklärungen Sicherheitskultur, „Speak Up“ (u.a. Stiftung für Patientensicherheit 2016), Übernahmeverantwortung. **Partnerarbeit:** Wie könnten Strategien in ihren Handlungsfeldern aussehen, um das offene Sprechen über Fehler zu fördern?

**Lehrervortrag:** „Critical Friends“. Was sind „Critical Friends“ und wie kann es zu einer Änderung der Haltung der Zusammenarbeit kommen? **Partnerarbeit:** Wie agieren „Critical Friends“ im Handlungsfeld, um eine konstruktive Zusammenarbeit mit den Teams zu erreichen? **Sicherung der Ergebnisse.**

**Lehrervortrag:** GB-A und AWMF-Leitlinien in der Krankenhaushygiene am Exempel der S2k-LL Händedesinfektion und Händehygiene. Generelle Übersicht, „Wie werden Leitlinien entwickelt? Wie kann man die Güte der Leitlinien beurteilen?“/Diskussion zur Wirkweise von Leitlinien/ Entsprechend ihrer praktischen Handlungsfelder sollen die Teilnehmer\*innen eine ausgewählte Leitlinie vertiefen (ggf. Prüfungsleistung).

**Lehrervortrag:** Grundsätzliches zur Entwicklung von Expertenstandards: Qualität in der Pflege/**Workshop** zu den methodischen Schritten der Implementierung und der Auditierung. „Was bedeutet das für die Handlungsebene?“/ **Diskussion** zur Wirkweise von Expertenstandards. Entsprechend ihres Handlungsfelds Infektionsprävention sollen die Teilnehmer\*innen einen ausgewählten Expertenstandard (Schmerz, Ernährung, Mundgesundheit etc.) hinsichtlich der Schnittstellen zur Krankenhaushygiene (Struktur, Prozess, Ergebnis) vertiefen (ggf. Prüfungsleistung).  
Zusammenfassung des Moduls

#### **Kompetenzen nach DQR Niveau 5:**

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- kennen rechtliche Regelungen im Kontext von Krankenhaushygiene und Infektionsprävention sowie die Schnittstellen zu einschlägigen Behörden, um als Fachpflegende handlungsfähig zu sein.
- sie verfügen über ein tiefes Fachwissen zum Baumanagement, der Klimatechnik und der Ökologie, um die Themen für ihre Arbeit in der Krankenhaushygiene zu bewerten
- sie bewerten das Fehlermanagement für das Handlungsfeld der Infektionsprävention und stellen erste Überlegungen an, wie eine Übertragung in der Praxis stattfinden könnte

<ul style="list-style-type: none"> <li>• bewerten das CIRS im Kontext des Ausbruchsmangements der Krankenhaushygiene und übernehmen Verantwortung für Patient*innen und Mitarbeiter*innen</li> <li>• Sie verstehen, dass eine Gefährdung der Patientensicherheit aufgrund eines Zusammenspiels von unsicheren Handlungen und latenten Bedingungen entstehen kann. Sie kennen Strategien zur Minimierung der Wahrscheinlichkeit von Fehlern.</li> <li>• Sie können verschiedene Kommunikationsstrategien und -techniken, die sie zur Äußerung von sicherheitsrelevanten Bedenken, Zweifeln oder Ideen einsetzen.</li> <li>• Sie kennen den Einfluss der Sicherheitskultur.</li> <li>• Sie kennen Instrumente und Maßnahmen des Qualitäts- und Risikomanagements zur Förderung der Patientensicherheit in der Krankenhaushygiene</li> <li>• Sie können Critical Incident Reporting Systeme zur Meldung von Zwischenfällen nutzen.</li> <li>• Sie entwickeln ein Verständnis als „Critical Friends“ in den Teams zu arbeiten</li> <li>• sie wissen, wie AWMF-Leitlinien entwickelt werden und können deren Wirkweisen für ihr berufliches Handlungsfeld in der Krankenhaushygiene einschätzen</li> <li>• sie vertiefen ihr Wissen zu einer ausgewählten Leitlinie entsprechend ihres beruflichen Handlungsfeldes und können Transferleistungen für die Praxis ableiten</li> <li>• können wichtige Gremien und Organe für ihre Arbeit in der Fachpflege einordnen und die Machtverhältnisse bewerten.</li> <li>• erhalten ein fundiertes Wissen über Instrumente zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) und deren Anwendungsvoraussetzung in der Praxis, können die Wirkweisen kritisch für die Krankenhaushygiene bewerten</li> <li>• reflektieren das eigene berufliche Selbstverständnis sowie der Haltung und Rolle als Fachpflegende für Hygiene und Infektionsprävention vor dem Hintergrund der Bedeutung einer professionsgesteuerten Qualitätsentwicklung mit Hilfe von Expertenstandards.</li> <li>• sie nutzen Expertenstandards zur Stärkung des beruflichen Selbstverständnisses der Pflegenden in ihrem Einsatzfeld der Krankenhaushygiene</li> <li>•</li> </ul>
<p><b>Leistungsüberprüfung: K/R/M/PR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertiefung einer AWMF-Leitlinie <i>S2k-LL Händedesinfektion und Händehygiene</i>, alternativ Expertenstandard in der Pflege (DNQP) oder CIRS im Kontext der Infektionsprävention</li> </ul>
<p><b>Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):</b></p> <p>Vorbereitung einer anlassbezogenen Begehung  Eine Meldung in CIRS schreiben  An einer M &amp; M-Konferenz teilnehmen  Im Qualitäts- und Risikomanagement hospitieren</p>
<p><b>Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:</b></p> <p>Reflexion von erlebten Versorgungssituationen mit Patientengefährdung  Sich über das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. informieren  Literaturstudium zu den vorgeschlagenen Inhalten, Erstellung Prüfungsleistung</p>
<p><b>Literaturempfehlungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AWMF (2023): AWMF-Leitlinie S2k-LL Händedesinfektion und Händehygiene: <a href="https://register.awmf.org/assets/guidelines/075-004l_S2k_Haendedesinfektion-und-Haendehygiene_2023-09.pdf">https://register.awmf.org/assets/guidelines/075-004l_S2k_Haendedesinfektion-und-Haendehygiene_2023-09.pdf</a> (22.12.23)</li> <li>• Bartholomeyczik, S.; Büscher, A.; Höhmann, U.; Sirsch, E. (2019): Anforderungen an die Untersuchung der Wirksamkeit von Expertenstandards. In: Pflege &amp; Gesellschaft 24 (2): 122-138</li> <li>• Blumenberg, P.; Krebs, M.; Stehling, H.; Büscher, A. (2020): Das Auditinstrument zum aktualisierten Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. In: DNQP (Hrsg.)</li> </ul>

- (2020): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Aktualisierung 2020 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück: DNQP, 198-213
- Blumenberg, P.; Büscher, A. (2019): Zweite Aktualisierung des Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege – Methodisches Vorgehen und Erkenntnisse. In: DNQP (Hg.): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 2. Aktualisierung 2019 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück: DNQP, 10-16
  - Büscher, A./Krebs, M. (2022): Qualität in der Pflege. Buchreihe „Pflege studieren“. utb 5589. München: Ernst Reinhardt Verlag
  - Büscher, A. (2019): EXKURS: Expertenstandards in der Pflege. In: Pröhl, J; Lux, V.; Bechtel, P. (Hg.): Pflegemanagement. Strategien, Konzepte, Methoden. Berlin: MWV, 403-404
  - Dettenkofer, M., Frank, U., Just, H.-M., Lemmen, S., Scherrer, M. (2018): Praktische Krankenhaushygiene und Umweltschutz. Heidelberg: Springer
  - DIN 1946-4 (2018): Raumluftechnik - Teil 4: Raumluftechnische Anlagen in Gebäuden und Räumen des Gesundheitswesens
  - Hannawa, A. F. & Postel, S. (Hrsg.). (2018). SACCIA - sichere Kommunikation. Fünf Kernkompetenzen mit Fallbeispielen aus der pflegerischen Praxis. Berlin: de Gruyter.
  - Bundesministerium der Justiz: Infektionsschutzgesetz (IsSG) (2000/2022): [https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/inhalts\\_bersicht.html](https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/inhalts_bersicht.html) (22.12.23)
  - Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2021): Bauliche Hygiene im Klinikbau. Planungsempfehlungen für die bauliche Infektionsprävention in den Bereichen Operation, Notfall- und Intensivmedizin sowie der Normalpflege: <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/veroeffentlichungen/zukunft-bauen-fp/2018/band-13-2-dl.pdf?blob=publicationFile&v=2> (22.12.23).
  - Krebs, M.; Büscher, A. (2022): Ziele und Inhalte des Praxisprojekts. In: DNQP (Hg.): Praxisprojekt zum Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege, Aktualisierung 2020. Projektbericht und Ergebnisse. Osnabrück: DNQP, 8-10
  - Krebs, M.; Büscher, A. (2020): Methodisches Vorgehen und Ergebnisse der Aktualisierung der Expertenstandards zum pflegerischen Schmerzmanagement in der Pflege. In: DNQP (Hg.) (2020): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Aktualisierung 2020 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück: DNQP, 10-17
  - Kurz, C. (2022): Klimaschutz in Krankenhäusern. Masse an Investitionen benötigt. Deutsches Ärzteblatt 119 Jahrg. Heft 31-32
  - Schulz-Stübner, S. (2022): Hygiene und Infektionsprävention. Fragen und Antworten. Heidelberg: Springer
  - St. Pierre, M. & Hofinger, G. (2014). Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin (3., überarb. Aufl.). Berlin: Springer.
  - Stiftung für Patientensicherheit (Hrsg.). (2016). Speak up. Wenn Schweigen gefährlich ist: Speak up für mehr Sicherheit in der Patientenversorgung (Schriftenreihe Patientensicherheit Schweiz, Nr. 8). Zürich.
  - Schiemann, D./Moers, M./Büscher, A. (Hg.) (2014): Qualitätsentwicklung in der Pflege. Konzepte, Methoden und Instrumente. Stuttgart: Kohlhammer
  - Schiemann, D.; Büscher, A. (2017): Konzeptionelle Aspekte der Pflegeleistung. In: Oswald, J.; Schmidt-Rettig, B.; Eichhorn, S. (Hg.): Krankenhaus-Managementlehre. Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts. Stuttgart: Kohlhammer, 400-422

## 2.5 Modul „Fallorientiertes Arbeiten in der Hygiene und Infektionsprävention: die Subjektperspektive“

<b>Modultitel/Modulkennung: 03FASFH 01 Fallorientiertes Arbeiten in der Hygiene und Infektionsprävention: die Subjektperspektive in der Institution (Fachspezifisches Modul)</b>			
<b>Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen:</b> <i>Modul „Wissensfundus entwickeln: Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie“</i> <i>Praxismodul 03FPFH 01 Fachspezifische Pflege gestalten</i>			
<b>Workload: 90 Std davon 60 Std. Kontaktstunden, 30 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):</b>			
<b>Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)</b>			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
<p><b>Reflexionskategorien:</b></p> <p>1.I Leiderfahrung und Leibentfremdung</p> <p>3.II Humanisierung und Sozialtechnologie</p> <p>1. III Individualität und Standardisierung</p> <p>3.I Bedürfnis und Verwaltung</p> <p><b>Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion:</b></p> <p>Leiderfahrung Keimbefall mit MRGN und Stigmatisierung: wenn der Patient „saniert“ wird</p> <p>Technische Routinen und Subjektperspektive</p> <p>Isolation und Schutz</p> <p>Phasen der Krankheitsverarbeitung in Krankheitsverläufen bei Krankenhausinfektionen</p> <p>Am Fall orientiertes Rollenverständnis im Konflikt mit disziplinspezifischen Routinen entwickeln</p> <p>Pflegerisch-professionelles Selbstverständnis als Anwältin/Anwalt in der Gestaltung von Fallverläufen</p> <p>Entwicklung und Anpassung von Konzepten der sektoren-, disziplin- und berufsübergreifenden Fachpflege</p> <p><b>Inhalte:</b></p>			

**Pathophysiologie von multiresistenten Keimen Teil II, 3-MRGN, 4-MRGN**

Stigmatisierung der Patient\*innen und Körperbild bei multiresistenten Infektionen (Leiderfahrung), Subjektivperspektive, Isolation und Schutzkleidung, Fallarbeit in der Fachpraxis im (03FPFH 01) Fachspezifische Pflege gestalten, vgl. auch Praxismodul Pflegeprozessmethode im Handlungsfeld) Fallerhebung und Reflexion nach Krankheitsverlaufskurve (Corbin & Strauss) Planung, Organisation und Gestaltung von Kurzfortbildungen für Pflegende in den Pflegeeinheiten, Falltheorie, Case-Management (u.a. Advocacy): sich für die Patienten verantwortlich führen, Patientenpfade.

**Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:****Eine Pflegende**

*„Die Patienten sehen die Hygienefachkräfte nicht. Die Schulen entweder in Teams, gehen in Team-Besprechungen herein. Aber ein Pfleger am Bett? Nichts mehr, gar nichts. Also von denen Weiterbildungsteilnehmern, die ich ausbilde, ist da keiner mehr am Bett. Der denn auch tatsächlich dann hereingeht. Aber es kommt schon vor, jetzt durch Corona zum Beispiel. Dann haben die sich einmal mit angezogen auch, nicht? Aber sie haben ja auch so gut es geht fast keine Dienstkleidung mehr an. Na, also das bedeutet auch, dass sie am Bett gar nicht mehr arbeiten können. Sie sind in normaler Kleidung so wie wir jetzt hier gehen die im Prinzip arbeiten. Und damit nicht mehr am Bett. Also die Patienten sehen das nicht (...).“*

*„Und dann nehme ich diese Fallbeispiele auch so in Spiele, in einem Hygienealltag dann auch durch. Woran müssen Sie denken, so. Also dass man an so einem Fallbeispiel im Prinzip sich an alles langhangelt, was sie eigentlich bis Ende der Weiterbildung wissen müssen und bedenken müssen auch.“*

*„Der Privatsphäre auf jeden Fall, wir jonglieren ja auch viel mit Daten, mit Erregern, die Patienten haben, wo vielleicht ein anderer nicht unbedingt wissen soll, das hat derjenige. Deswegen müssen wir ja auch in den Zimmern oder vor den Zimmern gucken, dass da nicht irgendwie/ Wir haben ja so Schilder, wenn jetzt eine Isolation ist, da darf natürlich auf dem Schild nicht stehen, der Patient hat irgendwie eine MSA oder was weiß ich, ein Noro oder so. Das ist halt wichtig, damit da nicht irgendwie was an andere Leute einfach gelingt. Das ist ja unser, ich meine, das müssen wir alle einhalten. Wir dürfen natürlich auch nicht im Privaten erzählen: „Hier, hast du schon gehört. Unser Nachbar, der Herr Meier hat irgendwie, was weiß ich, einen Tripper oder irgendwie so was.“ Um es jetzt mal krass zu sagen. Das ist schon sehr wichtig, da drauf zu achten, klar. Wir kriegen ja einfach auch sehr viel mit. Wir können in alle Akten reingucken. Und das halte ich für sehr, sehr wichtig, die Schweigepflicht einfach.“*

„Das ist für mich so das Schlimmste an unserer Tätigkeit, da einfach in diesem Raum zu stehen, auch grade macht man das ja, wo Patienten halt auch zuwege sind. Das würde ich, also bei den Compliance-Beobachtungen ist es ja so, wir beobachten, würden aber vor dem Patienten nie das Fehlverhalten darlegen. Also wir sagen nichts. Wir beobachten nur. Wir sagen nur was, wenn die Person, die wir beobachtet haben, selber es möchte. Und dann machen wir es auch draußen, nicht vor dem Patienten. Und das, finde ich, ist auch wichtig, dass ich halt einfach nicht dann in der Situation dazwischen gehen muss, sondern dass ich die Person an die Seite nehme und sage: „Du, das war jetzt nicht korrekt.“ Aber das fällt mir immer noch schwer, eine Person zu kritisieren in ihrem Verhalten. Also das wird sich auch bei mir, glaube ich, nicht legen. Ich versuche dann immer, es auch zu begründen oder halt dann in ein Kontext zu gehen einfach mit der Person, vielleicht auch zu begreifen, warum hat die das jetzt nicht gemacht?“

„Ich glaube, dass es die meisten gar nicht wahrnehmen, grade diese fünf Momente der Händehygiene sind, werden zwar immer präsenter, sind aber noch nicht so präsent, obwohl ja gesagt wird, man soll auch die Patienten aufklären. Also es ist auch eine Aufgabe von uns, von uns Hygienefachkräften, damit die einfach auch, wenn, wir sind ja nicht überall zugegen, damit die einfach auch reagieren können, wenn jetzt zum Beispiel mal jemand kommt und vergisst es. Aber da scheuen sich die meisten halt auch vor. Selbst wir als Hygienefachkräfte, wenn wir in dieser Situation sind, wir sind im Krankenhaus oder auch beim Arzt, ist ja egal, auch wenn ich beim Arzt bin normal und der kommt halt rein, hat der eigentlich auch seine Hände zu desinfizieren. Selbst da habe ich auch noch als Hygienefachkraft eine Hemmschwelle zu sagen: „So jetzt möchte ich aber gerne, bevor sie mich anfassen, dass sie da eine Händedesinfektion machen.“

„Also das wird erklärt tatsächlich. Also wenn wir da reinkommen ins Zimmer, uns dahin stellen, ist das für die Patienten natürlich auch befremdlich. Warum steht die da jetzt? Macht ihre Kreuzchen auf dem Zettel und guckt nur. Und das wird von uns tatsächlich im Vorfeld erklärt. „Wir sind hier, um nur zu beobachten. Wir beobachten die fünf Momente der Händehygiene.“ Also das erklären wir im Vorfeld tatsächlich, damit die einfach auch ein Feedback haben (...).“

„Und ich denke, gerade ältere Menschen sind ja sehr bedacht darauf, dass der Arzt regelmäßig zu ihnen kommt und ältere Menschen interessiert es nicht, gerade wenn sie dann noch Demenz haben, ob der jetzt einen Schutzkittel anhat, ob er den weißen Kittel anhat, ob die Pflegekraft jetzt reinkommt und ihnen hilft, wenn sie wieder Durchfall haben, aber keine Stuhlprobe nimmt. Das sind, glaube ich, alles Abläufe, die gerade ältere Menschen dann auch einfach nicht überblicken können und auch gar nicht hinterfragen werden. Also die sind mit sich selber beschäftigt, wenn sie dann von der Infektion betroffen sind, können vieles ja gar nicht umsetzen. Das war ja

*auch mit eins der Probleme. Die Menschen gehen trotzdem ins Nebenzimmer, setzen sich trotzdem auf das Bett des Nachbarpatienten und dadurch verbreitet sich ja auch gerade in diesem Patientenklintel solch eine Infektion einfach viel, viel schneller. Aber ich glaube, dass die diese Kommunikationsprobleme an sich so nicht mitbekommen haben.“*

### **Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse**

Aus der Perspektive des Individuums

Patienten sind den Krankenhausinfektionen schutzlos ausgeliefert und auf die Anwaltschaft der Pflegenden angewiesen. Im Zuge einer Infektion mit multiresistenten Keimen gehört *zur Leiderfahrung* der Patient\*innen, dass ihnen das Fachwissen fehlt, um sich die Ursache für die Infektion zu erklären. Die Folge sind multiple Beschwerden und Symptome, die nur schwer behandelbar sind und chronisch verlaufen. Die *Entfremdungsprozesse*, die die Betroffenen durchlaufen, sind für die Fachpflegenden oft nicht nachvollziehbar, da sie direkte Pflege von den Mitarbeitenden der Stationen und Wohnbereiche übernommen wird. Zudem finden die Krankheitsverläufe (Chronizität) über die verschiedenen Institutionen statt und sind für die Fachpflegenden im Krankenhaus nicht mehr erkennbar. Der fehlende Fallbezug mindert die Bereitschaft, Verantwortung für den Verlauf von Patient\*innenfällen zu übernehmen. Grundlage hierfür wäre, den Patienten als ein Subjekt wahrnehmen zu können. Gleichzeitig zeigt sich aber schon über den Sprachgebrauch der „Professionals“, den Patienten zu technisieren, zu verdinglichen, wenn von einer „Sanierung des Patienten“ beim multiresistenten Keimbefall gesprochen wird. Der Patient läuft Gefahr, im Zuge der Betroffenheit zum Objekt zu werden.

**Methodischer Vorschlag: Lehrervortrag** zu multiresistenten Keimen (3-MRGN, 4-MRGN) und deren Behandlungen im Fallkontext (vgl. Modul Wissensfundus entwickeln: Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie), Symptome: chronische Wunden, Organbeteiligung, Komplikationen. Einsatz von Antibiotika. Patient\*innen und ihre Leidenswege.

**Methodischer Vorschlag: Workshop:** „Sanierung des Patienten. Wenn der Patient zum Objekt wird.“ Lektüre: Veit (2004: 62ff.) – Professionalisierungsthesen: u.a. **Subjekt-Subjekt-Beziehung.** Diskussion Subjekt-Objekt-Beziehung: „Finden Sie Beispiele für einen technischen Sprachgebrauch, der Patient\*innen verdinglicht!“. Zusammenfassung in der Gruppe und Bewertung für die Fachpflege. **Lehrervortrag:** Sprache in der Pflege (u.a. Zegelin). **Lehrervortrag:** Kurzvortrag zum Professionsansatz von Oevermann: hermeneutisches Fallverstehen, Fachwissen, situative Kompetenz (siehe Bartholomeyczik 2010). **Diskussion** und Bewertung für die Fachpraxis.

Im Zuge einer Betroffenheit (*Leiderfahrung*) von multiresistenten Keimen werden Isolations- und Schutzmaßnahmen von Bedeutung, die auch in den Pflgeteams zu vermitteln sind. Fehlt der Fallbezug führt oftmals zu sinnlosen Maßnahmen, da diese vielfach noch über Tradition und Autorität angeordnet werden. Bei fehlendem Hintergrundwissen zu den Übertragungswegen von individuellen Keimszenarien kommt es zu überzogenen Isolations- und Schutzmaßnahmen, die Stigmatisierungen der Betroffenen zur Folge haben. Räumliche Separierung und der Einsatz von Schutzkleidung sind mit Stigmatisierungen der Patient\*innen verbunden. *Leibliche Entfremdung* und Ohnmachtsgefühle durch fehlenden sozialen Kontakt sind die Folge der Leidtragenden.

**Methodischer Vorschlag: Lehrervortrag und Workshop:** Isolation im Kontext von Keimtypen und Keimübertragungen. Sinnvolle Isolation in Kausalität zur Übertragungsgefahr von typischen multiresistenten Keimen. Einsatz von angemessener Schutzkleidung. **Fallszenarien ggf. im „Skills-Lab“**

**Lehrervortrag** zum Konzept Stigma. Ggf. Spiel „Stigma“, Gruppendiskussion zur Stigmatisierung bei MRSA, MRGN

Mithilfe der Krankheitsverlaufskurve von Corbin & Strauss kann der\*die Pflegende theoretisch reflektieren, wie der Krankheitsverlauf von Betroffenen mit multiresistenten Keimen über die Institution hinweg verlaufen wird. Sinnvoll scheint, wenn Fachpflegende in den Pflegeeinheiten als Multiplikator\*innen auftreten, um Fallverläufe im Kontext von multiresistenten Keimen mit dem Trajektmodell vorzustellen. Der Fallverlauf kann grundsätzlich zu einer Perspektivenerweiterung führen und die Pflegenden für eine sichere Arbeitsweise sensibilisieren.

**Methodischer Vorschlag: Lehrervortrag** zum Trajektmodell). **Workshop** zur Reflexion des Modells auf einen ausgewählten Fall aus der Praxis/**Plakatarbeit:** grafische Darstellung der Krankheitsverlaufskurve/Zusammenfassung der Ergebnisse/ **Lektürearbeit** zum Modell. **Workshop:** Entwicklung einer Kurzfortbildung für Pflegenden in den Pflegeeinheiten: „Fallpräsentation und Fallbesprechung zur Patientenverlaufskurve mit Hilfe des Trajektmodells – ein Moment der Unachtsamkeit und dessen Auswirkungen“.

*Aus der Perspektive der Interaktion*

*In der Perspektive der Interaktion* ist das professionelle Selbstverständnis als Fachpflegende für Hygiene mit den anderen am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen auszuhandeln. Der Fachpflegenden begegnet eine sektorenbegrenzt-funktionale Patientenbehandlung, die in Widerspruch zur fall- und bedürfnisorientierten Ausrichtung bei der individuellen Infektionsprävention gerät. Das Agieren der Hygienepflegenden wird von den anderen Berufsgruppen, aber auch innerhalb von Pflgeteams mit Misstrauen, Angst und Skepsis beäugt. In der Interaktion mit den Akteur\*innen sehen sich die Fachpflegenden als Beratende und vertreten die Interessen der Patient\*innen advokatorisch gegenüber anderen Akteuren im Behandlungsprozess. Hierbei sind Konflikte zwischen dem am Fall orientierten Rollenverständnis als Fachpflegende\*r und disziplinspezifischen Routinen auszuhalten und mithilfe von Konzepten der intersektoralen Zusammenarbeit klären und bewältigen zu können. Im Zentrum steht, dass infizierte Patient\*innen sicher durch die Institution gesteuert werden können und Fachpflegende hier als Berater\*innen auftreten.

**Methodischer Vorschlag:** Einstieg durch **Lehrervortrag** zum Case-Management (Phasen und Rollen, **insbesondere Advocacy**)/ Bearbeitung eines Falls aus der Praxis (Der Patient mit 4-MRGN) nach den Phasen des Case-Managements in Gruppen.

**Lehrervortrag** zu ausgewählten Patient\*innenpfaden./Gruppenarbeit oder ggf. Planspiel in Anlehnung an Kerres und Wissing (2020) entwickeln mit verschiedenen Akteur\*innen im Behandlungsprozess (z.B. Einführung eines Patientenpfades für die Versorgung von Patient\*innen mit multiresistenten Keimen).

Zusammenfassung des Moduls

**Methodischer Vorschlag:** Ausblick auf Fallarbeit im Praxismodul (vgl. Einführung in die Fallarbeit, Fallerhebung) zur Vorbereitung auf Praxismodul 03FPFH 01 „Fachspezifische Pflege gestalten“.

**Kompetenzen nach DQR Niveau 5:**

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- Vertiefen ihr Wissen zu multiresistenten Keimen (3-MRGN, 4-MRGN), deren Behandlung und Auswirkungen auf die Betroffenen
- Kennen das Konzept Stigma und können es auf die Situation von isolierten Patient\*innen übertragen
- bewerten die Verbindung zwischen einer Subjektperspektive und professionellem Handeln nach Oevermann
- erkennen die Technisierung und Verdinglichung von Patient\*innen mit multiresistenten Keimen im Sprachgebrauch der Fachpflege
- entwickeln ein breites Wissen zu Isolationsmaßnahmen und Schutzmaterialien bei individuellen Keimsituationen
- beraten Pflegende in den Pflegeeinheiten zur individuellen Isolation und dem Einsatz von Schutzmaterialien
- können am Fallbeispiel aus der Fachpraxis das Trajekt-Modell (Corbin & Strauss) nachvollziehen, einen Perspektivwechsel und einen Transfer vollziehen und dementsprechend Pflegebedarfe und -bedürfnisse erkennen
- entwickeln eine Kurzfortbildung für Pflegende anhand des Trajektmodells um die Pflegenden für den Krankheitsverlauf der Betroffenen zu sensibilisieren
- können am Fallbeispiel aus der Fachpraxis die Subjektive Perspektive von Patient\*innen nachvollziehen, einen Perspektivwechsel und Transfer vollziehen und dementsprechend Pflegebedarfe und -bedürfnisse erkennen
- greifen für die Gestaltung ihrer Fachpraxis auf Konzepte der intersektoralen Versorgung zurück und übertragen ihre theoriegeleiteten Überlegungen auf Patient\*innenfälle in der fachtypischen Praxis
- können Patient\*innenpfade im System für Patient\*innen mit multiresistenten Keimen entwickeln
- 

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

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

- *Fallerhebung in der Praxis*
- *Reflexion auf ausgewählte Theorie (Corbin& Strauss)*
- *Falldarstellung*

*Modulleistung 03FASFH 01 Fallorientiertes Arbeiten in der Hygiene und Infektionsprävention: die Subjektperspektive in der Institution (HA/R/PR/M)*

- *Fallerhebung in der Praxis*
- *Reflexion auf ausgewählte Theorie (Corbin& Strauss)*
- *Falldarstellung*
- *Entwicklung Kurzfortbildung für Pflegende oder Entwicklung Patientenpfad*

<p><b>Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Siehe Praxismodul 03FPFH 01 Fachspezifische Pflege gestalten: Fallerhebung nach Arbeitsverbundenem Lernen.</li> </ul>
<p><b>Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Literaturstudium (Corbin&amp; Strauss), Multiresistente Keime und deren Behandlung, Konzept Stigma), Erhebung Praxissituation zur Fallbearbeitung, Erstellung Prüfungsleistung,</li> <li>- Übungen im "Skills-Lab"</li> </ul>
<p><b>Literaturempfehlungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bartholomeyczik, S. (2010): Professionelle Pflege heute. Einige Thesen. In: Kreutzer, S.; Remmers, H. (Hrsg.) (2010): Transformation pflegerischen Handelns: Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert. Osnabrück: V &amp; R Unipress, S. 134–155.</li> <li>• Bartz, M. (2012): Patientenpfade. Ein Instrument zur Prozessoptimierung im Krankenhaus. Riga: AV Akademiker Verlag</li> <li>• Bostelaar, R.; Pape, R. (2008): Case Management im Krankenhaus. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft</li> <li>• Brinkmann, V. (Hrsg.) (2010): Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. 2. Aufl., Wiesbaden: Gabler</li> <li>• Corbin, J. M.; Strauss, A. L (2004): Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Bern: Huber</li> <li>• Ehlers, C.; Lehmann, D. (2019): Implementierung und Entwicklung von Case Management. Praktische Tipps zur Umsetzung von Case Management in Humandiensten. Heidelberg: medhochzwei</li> <li>• Ewers, M.; Schaeffer, D. (2005): Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Hans Huber</li> <li>• Goffmann, I. (1975): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt a.M.: Suhrkamp</li> <li>• Käppeli, S. (2000): Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheiten und Umfeld, Band 3. Bern: Huber, Hogrefe</li> <li>• Kerres, A., Wissing C. (2020): Planspiel Pflege und Gesundheit. Anwendungsbeispiele für die berufliche Bildung. Stuttgart: Kohlhammer</li> <li>• Schaeffer, D. (2009): Chronische Krankheit und Multimorbidität im Alter – Versorgungserfordernisse diskutiert auf der Basis eines Fallverlaufs. In: Pflege &amp; Gesellschaft. 14 Jg. Heft 4. Weinheim: Juventa</li> <li>• Schulz-Stübner, S., Mattner F., Meyer, E., Mahlberg, R. (2019): Antibiotika bei Infektionen mit multiresistenten Erregern. Heidelberg: Springer</li> <li>• van Riet, N.; Wouters, H. (2008): Case Management. Ein Lehr- und Arbeitsbuch über die Organisation und Koordination von Leistungen im Sozial und Gesundheitswesen. Interact Verlag für Soziales und Kulturelles</li> <li>• Wendt, W. R.; Löcherbach, P. (2006): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven. Economica Verlag</li> <li>• Wendt, W. R. (2008): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Freiburg: Lambertus-Verlag</li> <li>• Zegelin, A., Schnell, M. (2005): Sprache und Pflege. Bern: Huber</li> <li>•</li> </ul>
<p>Kü/Ba/Gi: 12.02.24</p>

## 2.6 Modul „Fachspezifische Pflege gestalten“ (Praxismodul)

<b>Modultitel/Modulkennung: 03FPFH 01 „Fachspezifische Pflege gestalten“ (Fachspezifisches Modul)</b>			
<b>Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen:</b> Das Modul ist praxisbegleitend zum Modul 03FASFH 01 Fallorientiertes Arbeiten in der Hygiene und Infektionsprävention: die Subjektperspektive in der Institution (Fachspezifisches Modul) <b>und wahlweise</b> zum Modul 03PDB01 „Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln“ (Basismodul) Das Praxismodul kann wahlweise nach einem der Theoriemodule bearbeitet werden. <i>(Prüfungskombination der Module).</i>			
<b>480 Praxisstunden, davon 240 Std. AVL und gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ) (8LP)</b>			
<b>Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)</b>			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
<b>Reflexionskategorien:</b> 1.I Leiderfahrung und Leibentfremdung 3.II Humanisierung und Sozialtechnologie 1. III Individualität und Standardisierung 3.I Bedürfnis und Verwaltung  <b>Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion:</b> Leiderfahrung Keimbefall mit MRGN und Stigmatisierung: wenn der Patient „saniert“ wird Technische Routinen und Subjektperspektive Isolation und Schutz Phasen der Krankheitsverarbeitung in Krankheitsverläufen bei Krankenhausinfektionen Am Fall orientiertes Rollenverständnis im Konflikt mit disziplinspezifischen Routinen entwickeln Pflegerisch-professionelles Selbstverständnis als Anwältin/Anwalt in der Gestaltung von Fallverläufen			

## Entwicklung und Anpassung von Konzepten der sektoren-, disziplin- und berufsübergreifenden Fachpflege

### Inhalte:

Pathophysiologie von multiresistenten Keimen Teil II, 3-MRGN, 4-MRGN

Stigmatisierung der Patient\*innen und Körperbild bei multiresistenten Infektionen (Leiderfahrung), Subjektperspektive,

Isolation und Schutzkleidung,

Fallarbeits in der Fachpraxis im Modul O3FPFH 01 Fachspezifische Pflege gestalten, vgl. auch Praxismodul Pflegeprozessmethode im Handlungsfeld) Fallerhebung und Reflexion nach Krankheitsverlaufskurve (Corbin & Strauss) Planung, Organisation und Gestaltung von Kurzfortbildungen für Pflegende in den Pflegeeinheiten

Falltheorie, Case-Management (u.a. Advocacy): sich für die Patienten verantwortlich führen, Patientenpfade.

### Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

*Eine Pflegendende:*

*„Die Patienten sehen die Hygienefachkräfte nicht. Die Schulen entweder in Teams, gehen in Team-Besprechungen herein. Aber ein Pfleger am Bett? Nichts mehr, gar nichts. Also von denen Weiterbildungsteilnehmern, die ich ausbilde, ist da keiner mehr am Bett. Der denn auch tatsächlich dann hereingeht. Aber es kommt schon vor, jetzt durch Corona zum Beispiel. Dann haben die sich einmal mit angezogen auch, nicht? Aber sie haben ja auch so gut es geht fast keine Dienstkleidung mehr an. Na, also das bedeutet auch, dass sie am Bett gar nicht mehr arbeiten können. Sie sind in normaler Kleidung so wie wir jetzt hier gehen die im Prinzip arbeiten. Und damit nicht mehr am Bett. Also die Patienten sehen das nicht (...).“*

*„Der Privatsphäre auf jeden Fall, wir jonglieren ja auch viel mit Daten, mit Erregern, die Patienten haben, wo vielleicht ein anderer nicht unbedingt wissen soll, das hat derjenige. Deswegen müssen wir ja auch in den Zimmern oder vor den Zimmern gucken, dass da nicht irgendwie/ Wir haben ja so Schilder, wenn jetzt eine Isolation ist, da darf natürlich auf dem Schild nicht stehen, der Patient hat irgendwie eine MSA oder was weiß ich, ein Noro oder so. Das ist halt wichtig, damit da nicht irgendwie was an andere Leute einfach gelingt. Das ist ja unser, ich meine, das müssen wir alle einhalten. Wir dürfen natürlich auch nicht im Privaten erzählen: „Hier, hast du schon gehört. Unser Nachbar, der Herr Meier hat irgendwie, was weiß ich, einen Tripper oder irgendwie so was.“ Um es jetzt mal krass zu sagen. Das ist schon sehr wichtig, da drauf zu achten, klar. Wir kriegen*

*ja einfach auch sehr viel mit. Wir können in alle Akten reingucken. Und das halte ich für sehr, sehr wichtig, die Schweigepflicht einfach.“*

*„Das ist für mich so das Schlimmste an unserer Tätigkeit, da einfach in diesem Raum zu stehen, auch grade macht man das ja, wo Patienten halt auch zuwege sind. Das würde ich, also bei den Compliance-Beobachtungen ist es ja so, wir beobachten, würden aber vor dem Patienten nie das Fehlverhalten darlegen. Also wir sagen nichts. Wir beobachten nur. Wir sagen nur was, wenn die Person, die wir beobachtet haben, selber es möchte. Und dann machen wir es auch draußen, nicht vor dem Patienten. Und das, finde ich, ist auch wichtig, dass ich halt einfach nicht dann in der Situation dazwischen gehen muss, sondern dass ich die Person an die Seite nehme und sage: „Du, das war jetzt nicht korrekt.“ Aber das fällt mir immer noch schwer, eine Person zu kritisieren in ihrem Verhalten. Also das wird sich auch bei mir, glaube ich, nicht legen. Ich versuche dann immer, es auch zu begründen oder halt dann in ein Kontext zu gehen einfach mit der Person, vielleicht auch zu begreifen, warum hat die das jetzt nicht gemacht?“*

*„Ich glaube, dass es die meisten gar nicht wahrnehmen, grade diese fünf Momente der Händehygiene sind, werden zwar immer präsenter, sind aber noch nicht so präsent, obwohl ja gesagt wird, man soll auch die Patienten aufklären. Also es ist auch eine Aufgabe von uns, von uns Hygienefachkräften, damit die einfach auch, wenn, wir sind ja nicht überall zugegen, damit die einfach auch reagieren können, wenn jetzt zum Beispiel mal jemand kommt und vergisst es. Aber da scheuen sich die meisten halt auch vor. Selbst wir als Hygienefachkräfte, wenn wir in dieser Situation sind, wir sind im Krankenhaus oder auch beim Arzt, ist ja egal, auch wenn ich beim Arzt bin normal und der kommt halt rein, hat der eigentlich auch seine Hände zu desinfizieren. Selbst da habe ich auch noch als Hygienefachkraft eine Hemmschwelle zu sagen: „So jetzt möchte ich aber gerne, bevor sie mich anfassen, dass sie da eine Händedesinfektion machen.“*

*„Also das wird erklärt tatsächlich. Also wenn wir da reinkommen ins Zimmer, uns dahin stellen, ist das für die Patienten natürlich auch befremdlich. Warum steht die da jetzt? Macht ihre Kreuzchen auf dem Zettel und guckt nur. Und das wird von uns tatsächlich im Vorfeld erklärt. „Wir sind hier, um nur zu beobachten. Wir beobachten die fünf Momente der Händehygiene.“ Also das erklären wir im Vorfeld tatsächlich, damit die einfach auch ein Feedback haben (...).“*

*„Und ich denke, gerade ältere Menschen sind ja sehr bedacht darauf, dass der Arzt regelmäßig zu ihnen kommt und ältere Menschen interessiert es nicht, gerade wenn sie dann noch Demenz haben, ob der jetzt einen Schutzkittel anhat, ob er den weißen Kittel anhat, ob die Pflegekraft jetzt reinkommt und ihnen hilft, wenn sie wieder Durchfall haben, aber keine Stuhlprobe nimmt. Das sind, glaube ich, alles Abläufe, die gerade ältere Menschen dann auch einfach nicht überblicken können und auch gar nicht hinterfragen werden. Also die sind mit sich selber beschäftigt,*

wenn sie dann von der Infektion betroffen sind, können vieles ja gar nicht umsetzen. Das war ja auch mit eins der Probleme. Die Menschen gehen trotzdem ins Nebenzimmer, setzen sich trotzdem auf das Bett des Nachbarpatienten und dadurch verbreitet sich ja auch gerade in diesem Patientenkontext solch eine Infektion einfach viel, viel schneller. Aber ich glaube, dass die diese Kommunikationsprobleme an sich so nicht mitbekommen haben.“

#### **Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse**

Siehe Modulbeschreibung 03FASFH 01 „Fallorientiertes Arbeiten in der Hygiene und Infektionsprävention: die Subjektperspektive in der Institution“ (Fachspezifisches Modul)

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

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

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

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

#### **Kompetenzen nach DQR Niveau 5:**

##### Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- Vertiefen ihr Wissen zu multiresistenten Keimen (3-MRGN, 4-MRGN), deren Behandlung und Auswirkungen auf die Betroffenen
- Kennen das Konzept Stigma und können es auf die Situation von isolierten Patient\*innen übertragen
- bewerten die Verbindung zwischen einer Subjektperspektive und professionellem Handeln nach Oevermann
- erkennen die Technisierung und Verdinglichung von Patient\*innen mit multiresistenten Keimen im Sprachgebrauch der Fachpflege
- entwickeln ein breites Wissen zu Isolationsmaßnahmen und Schutzmaterialien bei individuellen Keimsituationen

- beraten Pflegende in den Pflegeeinheiten zur individuellen Isolation und dem Einsatz von Schutzmaterialien
- können am Fallbeispiel aus der Fachpraxis das Trajekt-Modell (Corbin & Strauss) nachvollziehen, einen Perspektivwechsel und einen Transfer vollziehen und dementsprechend Pflegebedarfe und -bedürfnisse erkennen
- entwickeln eine Kurzfortbildung für Pflegende anhand des Trajektmodells um die Pflegenden für den Krankheitsverlauf der Betroffenen zu sensibilisieren
- können am Fallbeispiel aus der Fachpraxis die Subjektive Perspektive von Patient\*innen nachvollziehen, einen Perspektivwechsel und Transfer vollziehen und dementsprechend Pflegebedarfe und -bedürfnisse erkennen
- greifen für die Gestaltung ihrer Fachpraxis auf Konzepte der intersektoralen Versorgung zurück und übertragen ihre theoriegeleiteten Überlegungen auf Patient\*innenfälle in der fachtypischen Praxis
- können Patient\*innenpfade im System für Patient\*innen mit multiresistenten Keimen entwickeln

#### **Leistungsüberprüfung (PBM/PBS/PMU):**

Lernvorschläge für Praxismodul (arbeitsverbundenes Lernen):

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

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

- *Fallerhebung in der Praxis*
- *Reflexion auf ausgewählte Theorie (Corbin& Strauss)*
- *Falldarstellung*

*Modulleistung 03FASFH 01 Fallorientiertes Arbeiten in der Hygiene und Infektionsprävention: die Subjektivperspektive in der Institution (HA/R/PR/M)*

- *Fallerhebung in der Praxis*
- *Reflexion auf ausgewählte Theorie (Corbin& Strauss)*
- *Falldarstellung*
- *Entwicklung Kurzfortbildung für Pflegende (Corbin& Strauss) oder Entwicklung Patientenpfad*

oder:

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

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

*Modulleistung 03PDB 01 „Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln“*

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

#### **Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:**

- *Literaturstudium, Erhebung Fallsituation in der Fachpraxis, Erstellung Prüfungsleistung*

**Literaturempfehlungen:**

- Bartholomeyczik, S. (2010): Professionelle Pflege heute. Einige Thesen. In: Kreutzer, S.; Remmers, H. (Hrsg.) (2010): Transformation pflegerischen Handelns: Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert. Osnabrück: V & R Unipress, S. 134–155.
- Bartz, M. (2012): Patientenpfade. Ein Instrument zur Prozessoptimierung im Krankenhaus. Riga: AV Akademiker Verlag
- Bostelaar, R.; Pape, R. (2008): Case Management im Krankenhaus. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft
- Brinkmann, V. (Hrsg.) (2010): Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. 2. Aufl., Wiesbaden: Gabler
- Corbin, J. M.; Strauss, A. L (2004): Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Bern: Huber
- Ehlers, C.; Lehmann, D. (2019): Implementierung und Entwicklung von Case Management. Praktische Tipps zur Umsetzung von Case Management in Humandiensten. Heidelberg: medhochzwei
- Ewers, M.; Schaeffer, D. (2005): Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Hans Huber
- Goffmann, I. (1975): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Käppeli, S. (2000): Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheiten und Umfeld, Band 3. Bern: Huber, Hogrefe
- Kerres, A., Wissing C. (2020): Planspiel Pflege und Gesundheit. Anwendungsbeispiele für die berufliche Bildung. Stuttgart: Kohlhammer
- Schaeffer, D. (2009): Chronische Krankheit und Multimorbidität im Alter – Versorgungserfordernisse diskutiert auf der Basis eines Fallverlaufs. In: Pflege & Gesellschaft. 14 Jg. Heft 4. Weinheim: Juventa
- Schulz-Stübner, S., Mattner F., Meyer, E., Mahlberg, R. (2019): Antibiotika bei Infektionen mit multiresistenten Erregern. Heidelberg: Springer
- van Riet, N.; Wouters, H. (2008): Case Management. Ein Lehr- und Arbeitsbuch über die Organisation und Koordination von Leistungen im Sozial und Gesundheitswesen. Interact Verlag für Soziales und Kulturelles
- Wendt, W. R.; Löcherbach, P. (2006): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven. Economica Verlag
- Wendt, W. R. (2008): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Freiburg: Lambertus-Verlag
- Zegelin, A., Schnell, M. (2005): Sprache und Pflege. Bern: Huber
- Literatur aus **03PDB01** „*Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln.*

Kü/Ba/Gi: 12.01.2024

## 2.7 Modul „Evidenz: Wissen beurteilen, anwenden und vermitteln können“

<b>Modultitel/Modulkennung: 02EFWH 01 „Evidenz: Wissen beurteilen, anwenden und vermitteln können“ (Fachspezifisches Modul)</b>			
<b>Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen:</b>			
<i>Themenerhebung in der Fachpraxis im Praxismodul 02PBP01 „Pflegethema im Handlungsfeld“ beachten.</i>			
<i>Modul führt das Thema Evidenzbasierung fort und vertieft die Modulleistung im 02PBP01 „Pflegethema als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“</i>			
<i>Modul Systematisches wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege (Basismodul)</i>			
<i>Modul Wissensfundus entwickeln: Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie (Fachspezifisches Modul)</i>			
<b>Workload: 60 Std davon 40 Std. Kontaktstunden, 20 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):</b>			
<b>Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)</b>			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
	↓	↓	↓
<b>Reflexionskategorien:</b>			
<b>2.II Selbstbestimmung und Fremdbestimmung</b>			
<b>2.III Tradition und Emanzipation</b>			
<b>3.I Individuum und Organisation</b>			
<b>Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion:</b>			
<b>Wissenschaftliche Evidenz: Evidenzbegriffe und Evidenzverständnis</b>			
<b>Von der Fähigkeit statistisch zu arbeiten</b>			
<b>Von der Fähigkeit Daten zu erheben, bewerten und zu präsentieren</b>			
<b>Behördliche Meldung und Hilfestellung für betroffene Patient*innen</b>			
<b>Zwischen Schweigepflicht und Meldepflicht</b>			
<b>Über den Tellerrand: Konzepte zur Infektionsprävention im Ausland</b>			
<b>Inhalte:</b>			

Evidenz im Pflegeprozess (EBN), Evidenz in der Medizin: Vertiefung

Kritische Auseinandersetzung mit dem Evidenzbegriff, Critical Thinking/Diagnostischer Prozess, Interne und externe Evidenz,

Übung der Zitation, Aufbau einer wissenschaftlichen Arbeit üben, Lektürearbeit,

Erweiterte Übungen in die Datenbankrecherche, Präventivkonzepte im Ausland,

Statistikerstellung,

Bewertung von Studien und Ergebnissen: Studiendesigns, Klassifikationen zur Evidenz,

Umgang mit Excel, PowerPoint und Word für die Arbeit in der Hygiene und Infektionsprävention

Behördliche Meldung von Erregern, Infektionsgeschehen, Meldepflichtige Infektionen und Erkrankungen, Schweigepflicht,

Recherche Infektionsprävention im Ausland

#### **Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:**

*Pflegende:*

*„Das ist spannend, eine spannende Zeit (...) mit Fragestellungen, wo man selber manchmal echt auch erst überlegen muss, ne? Oder es ist gerade wieder was geändert worden und, ja, man sucht dann in den Unterlagen, wie war das jetzt noch mal (...)?“*

*„Gibt es ja auch Studien dazu, dass tatsächlich ja auch Recht gibt, dass Hände desinfizieren Zeit frisst. Ja, so. Und letztendlich appelliert man ja immer eher an den Eigenschutz, nicht. Und das funktioniert psychologisch ein bisschen besser als präventiv da heranzugehen oder Patientenschutz. Obwohl ja die Ausrichtung der Hygienefachkräfte sehr Infektionsprävention. Und das funktioniert aber nicht so, die Prävention.“*

*„Ja, also auch wissenschaftliches Arbeiten, ne? Das ist ein großer Punkt auch, ne? Hygienefachkräfte müssen immer auf dem aktuellen Stand sein, auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand, ne? Wenn man so jetzt guckt, wie viele Verordnungen neu rauskommen, wie viele wissenschaftliche Leitlinien, Empfehlungen vom Robert Koch-Institut, ne? Das müssen die kennen und die müssen das lesen können, auch bewerten können, managen können und anleiten und schulen können, an die Pflegekräfte, die eben im normalen Bereich arbeiten, ne?“*

*„Also ich denke mal, die Pflegekräfte auf den Stationen müssen die Basishygiene gut beherrschen und den Umgang mit multiresistenten Erregern, wie sie vor Ort handeln müssen. Ich finde, eine normale Pflegekraft muss jetzt nicht wissen, welcher Erreger zum Beispiel auf welchem Weg gemeldet werden muss? Eine Pflegekraft muss nicht wissen, wie ein Instrument explizit in der AEMP aufbereitet werden muss? Die Pflegekraft muss wissen, wie ist der Transport von der Station bis zur Funktionsabteilung gesichert? Also als fertige Hygienefachkraft, finde ich, muss man so ein bisschen den Gesamtüberblick haben. Man ist ja Schnittstelle zu wirklich allen Mitarbeitern im*

*Krankenhaus und auch zu allen Abteilungen. Das, finde ich, macht es auch so spannend. Je nach Krankenhausgröße ist es sinnvoll sich da Schwerpunkte zu setzen.“*

*„(...) die beim Personal eine hohe Unsicherheit hervorrufen. Also tagtäglich ist es zumindest bei uns so, dass wir ganz, ganz viele Anrufe haben, um einfach Mitarbeiter abzuholen, wie sie mit Patienten umgehen müssen, wie sie mit Kontaktpersonen umgehen müssen, wenn sie selber Kontaktpersonen sind, oder Kontakt von Kontaktpersonen. Also es sind sehr hohe Unsicherheiten. Ja, und ansonsten, wenn wir multiresistente Erreger feststellen. Genau!“*

*„Also Excel // und PowerPoint waren die Grundlagen und Word etwas differenzierter, so dass nachher jeder zumindest vor der Formatierung der Hausarbeit keine Angst haben musste. Sagen (...) wir es mal so!“*

### **Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse**

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

**Methodischer Vorschlag: Lehrervortrag** Anbindung an die Evidenz in der Pflege (Modul Systematisches, wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege). Vertiefung des Ansatzes zur evidenzbasierten Pflege von Behrens/ Langer 2010: Differenzierung zwischen externer und interner Evidenz./ **Lehrervortrag:** Evidenzbegriff in der Medizin, Evidenzbegriff in der positivistischen Pflegewissenschaft mit dem Vorrang externer Evidenz (u.a. Meyer/Köpke)

**Vertiefung Tutorien und Workshops** zur externen Evidenz/ **Lehrervortrag:** Entwicklung von AWMF-Leitlinien in der Hygiene und Infektionsprävention/ **Tutorium** zur Datenbankrecherche/ Beurteilung von Evidenz, Klassifikationen, verschiedene Studiendesigns kennenlernen (qualitativ und quantitativ), gezielte **Rechercheübungen** zu Themen und Interventionen in der Hygiene und Infektionsprävention. **Lehrervortrag** zu ausgewählten Pflegeinterventionen in der Hygiene und Infektionsprävention und deren aktuellen Evidenzlage.

Aus der *Perspektive der Institution* reflektieren wir in der Kategorie *Tradition und Emanzipation* zunächst, wie sich die Krankenhaushygiene und deren Geschichte für die Pflege etabliert hat. Festzustellen ist, dass die „weibliche Pflege“ auch beim Thema Hygiene eher in einer ausführenden Funktion war, die der Medizin bis heute untergeordnet ist (u.a. Zusammenspiel Krankenhaushygieniker und Hygienefachkraft). Interessanterweise berichten die Interviewpartner\*innen

von ihren vagen Positionen in der Aufbauorganisation der Krankenhäuser, die mit ebenso unklaren Weisungsbefugnissen verbunden sind. Demnach wäre es *innovativ* und für die Fachpflege Hygiene *emanzipierend*, wenn nicht nur Grundregeln des wissenschaftlichen Arbeitens im Arbeitsalltag eine Rolle spielen, sondern auch die Fähigkeit, statistische Daten zu erheben, zu bewerten und als Entscheidungsvorlage für Krankenhausleitung aufzubereiten. *Emanzipierend* wäre es, von der Entgegennahme der Weisung in die Handlungsfähigkeit zu kommen, die einen Beitrag zu den Versorgungsprozessen leistet.

**Lehrervortrag:** *Geschichte der Krankenhaushygiene bis in die Gegenwart. Diskussion:* „Welche Muster in der Zusammenarbeit von Krankenhaushygieniker und Hygienefachkraft haben bis in die Gegenwart Bestand? Wie sehen Weisungen und Zusammenarbeit in Ihrer Einrichtung aus? Zuordnung der Positionen in der Aufbauorganisation.“

**Workshop und Tutorien:** *Grundlagen Statistik, Vertiefung Statistik/ Erhebung und Aufbereitung von Daten in der Hygiene und Infektionsprävention./ Umgang mit SPSS und z.B. Lime Survey/E-*

**Workshop Excel. Erweitertes Tutorium:** *Anlage zur statistischen Auswertung von Daten in der Hygiene und Infektionsprävention. Aufbereitung und Darstellung von Daten in der Managementebene. Workshop:* *Erstellung von Powerpointpräsentationen. Schreibwerkstatt:* *Erstellung von Texten mit Word.*

Aus der *leibgebundenen Perspektive* werden die Fachpflegenden mit *individuellen* Schicksalen der Patienten (*Individuen*) konfrontiert, die sich aus meldepflichtigen Infektionen und Erkrankungen ergeben. Gleichzeitig stehen sie an den Schnittstellen zu den Aufsichtsbehörden (u.a. Gesundheitsamt), die bei einschlägigen Infektionserkrankungen als *Organisationen* eine Kontrollfunktion zum Schutz der Bevölkerung haben. Nicht unerheblich sind Fragen von Melde- und Schweigepflicht, die sich in der Praxis für die Fachpflegenden als widersprüchlich ergeben können. Während sie gegenüber Betroffenen zur Verschwiegenheit verpflichtet sind, ist gegenüber der Aufsichtsbehörde eine Meldung vorzunehmen, die aus den rechtlichen Regelungen entsteht.

**Lehrervortrag:** *Meldepflichtige Infektionen und Erkrankungen. Rechtliche Bestimmungen zur Meldung von Infektionen an Dritte. Grundlagen, Umfang und Aufhebung der Schweigepflicht gegenüber den Aufsichtsbehörden. Meldepflichtige Infektionsgeschehen, die innerhalb der Einrichtung stattfinden. Workshop:* *Erstellung einer Handlungsempfehlung für die Information, Aufklärung und Beratung der infizierten Patient\*innen bei meldepflichtigen Infektionen. Schreibwerkstatt:* *Erstellung einer Informationsschrift mit Handlungsempfehlungen für Betroffene bei meldepflichtigen Infektionen.*

#### Perspektive der *Institution*

Auf der *Sachebene des Helfens* stellt sich die Frage, wie Prävention von Krankenhausinfektionen *innovativ* gedacht werden kann. Die Interviewteilnehmer\*innen berichten, dass seitens der Kliniken *traditionell* zu wenig in die Infektionsprävention investiert werde. Vielfach passiere ein Handeln erst, wenn ein akutes Ausbruchsgeschehen in der Einrichtung präsent sei. Hier könnten Konzepte, Studien und Erfahrungen aus dem internationalen Ausland für die eigene Institution *innovativ* bewegt werden.

**Workshop/Seminar:** Datenbankrecherche zur klinischen Infektionsprävention im Ausland. Vorstellung der Ergebnisse im „Journal-Club“. Bewertung für die eigene Institution in Deutschland.

Zusammenfassung des Moduls.

**Kompetenzen nach DQR Niveau 5:**

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- Entwickeln ein breites und tiefes Verständnis zum Evidenzbegriff
- kennen Kriterien wissenschaftlichen Arbeitens und unterschiedlicher Studiendesigns.
- diskutieren unterschiedliche Anforderungen an wissenschaftliche Arbeiten und die Aussagekraft unterschiedlicher Studiendesigns für die Pflegepraxis.
- verfügen über Schlüsselkompetenzen, die für Arbeitsprozesse in der Fachpflege notwendig sind, um wissenschaftliches Arbeiten der Pflege innerhalb der Institution sichtbar zu machen (Statistik, SPSS, Lime Survey, Excel, Word, Powerpoint)
- nutzen die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens zur Bearbeitung von Leistungsanforderungen zur Hygiene und Infektionsprävention in der Berufspraxis.
- erkennen in ihrer Institution, wie wissenschaftliche Erkenntnisse kommuniziert und genutzt werden können, um die Fachpraxis für Hygiene und Infektionsprävention weiter zu gestalten.
- können Informationen für wissenschaftliche Arbeiten in angemessener Zeit und angemessener Tiefe aus Bibliotheken, wissenschaftlichen Datenbanken und dem Internet zusammentragen, kritisch reflektieren und für die Institution bewerten.
- reflektieren die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens vor dem Hintergrund der Entwicklung der Pflegewissenschaft
- setzen die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens korrekt um und argumentieren die Notwendigkeit von Theoriegeleitetem Handeln in der Fachpraxis vor Vertreter\*innen der Berufspraxis und der anderen Disziplinen
- verstehen die Logik des Forschungsprozesses. Sie haben ein Verständnis zur Evidenzbasierung und kennen den EBN-Prozess.
- erklären und begründen „Critical Thinking“ im Kontext des Pflegeprozesses. Sie leiten aus der pflegerischen Versorgungsevaluation neue Fragen ab bzw. zeigen Wege zur Nutzung von Forschungsergebnissen auf.
- Die Teilnehmenden können eine evidenzbasierte / wissenschaftlich abgeleitete Problemlösung begründen.
- Sie erwerben ein breites Wissen zu meldepflichtigen Infektionen, vertiefen das Wissen hinsichtlich der zuständigen Meldebehörden und der einschlägigen rechtlichen Vorgaben zum Umgang mit individuellen Infektionsgeschehen
- Sie kennen die Rechtsphäre von gesetzlicher Schweigepflicht und meldepflichtiger Auskunft gegenüber Aufsichtsbehörden
- Erarbeiten methodisch Handlungsempfehlungen für den Umgang mit meldepflichtigen Infektionsgeschehen
- Erarbeiten methodisch Informations- und Beratungsunterlagen zum Umgang mit individuellen Infektionsgeschehen bei Betroffenen
- reflektieren verschiedene Möglichkeiten und Erfahrungen zur Infektionsprävention aus dem Ausland und bewerten die gewonnenen Erkenntnisse für die eigenen Institutionen.
- 

**Leistungsüberprüfung:** K/R/M/PR

**Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):**

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

**Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:**

- Literaturstudium, Erhebung Praxissituation zur Themenfindung EBN, Erstellung Prüfungsleistung, Übungen zur Literaturrecherche/Datenbanken, Übungen zu Excel, Powerpoint und Word.

**Literaturempfehlungen:**

- Ackley, B. J.; Ladwig, G. B. (2008): Nursing Diagnosis Handbook. An Evidence-Based Guide to Planning Care. 8. Aufl. St. Louis: Mosby /Elsevier
- Barre, Kirsten (2013): Evidence-based Nursing in der pflegedidaktischen Vermittlung. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Behrens, Johann/Langer, Gero (2010a): Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. Bern: Huber
- Behrens, Johann (2011): Evidence based Nursing. In: Schaeffer, Doris/Wingenfeld, Klaus (Hrsg.) (2011): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim / München: Juventa. S. 151–164
- Ertl-Schmuck, R. Unger, A., Mibs, M., Lang, C.: (2014): Wissenschaftliches Arbeiten in Gesundheit und Pflege. Tübingen, Basel: utb
- Frank, N. u. Stary, J. (2006): Die Technik wissenschaftlichen Arbeitens. 12. Auflage. Paderborn, Schöningh
- Hähner-Rombach, S., Schweikhardt, C. (2023): Quellen zur Geschichte der Krankenpflege. Frankfurt a.M.: Mabuse
- Heimsch, F., Niederer, R. (2022): Statistik im Klartext. Für Psychologen, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler. London: Pearson
- Infektionsschutzgesetz (IfSG) (2017): [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Gesetze/gesetze\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Gesetze/gesetze_node.html) (20.01.24)
- Mayer, H. (2022): Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. Wien: facultas
- Meyer, Gabriele/Köpke, Sascha (2012): Wie kann der beste pflegewissenschaftliche Kenntnisstand in die Pflegepraxis gelangen? How can best nursing science evidence reach nursing practise? In: Pflege & Gesellschaft. Heft 1 / 12. 17. Jahrgang. Weinheim: Juventa. S. 36–44
- Panfil, E.M. (2017): Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegenden. Bern: Hogrefe
- Püring, E., Apel, O., Peters, M, Niessen, K. (2020): Büro Technik- Word/Excel/Powerpoint. Braunschweig: Westermann
- Steckelberg A. (2016): Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen und Decision Coaching: Neue Rolle für die Pflege. Pflege. 2016 Sep;29(5): 225-226
- Stichel-Wolf, C. u. Wolf, J. (2006): Wissenschaftliches Arbeiten und Lerntechniken. 4. Auflage. Wiesbaden. Gabler
- Strafgesetzbuch (StGB) in der jeweils gültigen Fassung.

Kü/Ba/Gi: 20.01.2024

## 2.8 Modul „Systemische Perspektiveneinnahme: Prozesse der Versorgung“

<b>Modultitel/Modulkennung: 03SPVFH 01 „Systemische Perspektiveneinnahme: Prozesse der Versorgung“ (Fachspezifisches Modul)</b>			
<b>Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen:</b> <i>Das Modul bindet an das Modul „Ausbruchsmangement in der Hygiene und Infektionsprävention: Sicherheit in der Institution“ (Fachspezifisches Modul) an (Planspiel, AQiG)</i>			
<b>Workload: 90 Std davon 60 Std. Kontaktstunden, 30 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):</b>			
<b>Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)</b>			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
<p><b>Reflexionskategorien:</b></p> <p><b>3.II Humanisierung und Pflegemanagement</b></p> <p><b>2.II Selbstbestimmung und Fremdbestimmung</b></p> <p><b>3.I Bedürfnis und Verwaltung</b></p> <p><b>Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion:</b></p> <p><b>Management: Versorgungsprozesse in der Hygiene und Infektionsprävention gestalten, Rollenambiguität im Lenkungsstab</b></p> <p><b>Schnittstelle zu den Behörden gestalten, dem Labor und der Zentralsterilisation</b></p> <p><b>Angehörige: Infektionsprävention im Familiensystem denken</b></p> <p><b>Inhalte:</b></p> <p>Ausbruchsmangement, Bettenmanagement, Insolation, Schnittstelle zu den Behörden gestalten, Corona („lesson learned“), Pflegetheorie Friedemann, Vermittlung von Prozessabläufen zur Hygienesicherheit, Hospitation Zentralsterilisation, Hospitation Labor, AQiG: interprofessionelle Fallanalyse in der Hygiene und Infektionsprävention</p>			
<b>Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:</b>			
<i>Eine Pflegende</i>			
<i>„Und was auch da, es gibt auch eine gewisse Form von Unwissenheit, dass Abläufe einfach sich eingeschliffen haben, falsche Abläufe. Und dass manche Sachen auch gar nicht gewusst werden. Also die sind einfach nicht präsent. Ich war ja auch nicht immer Hygienefachkraft. Und ich, viele Sachen, da stand ich auch mit einem Aha-Erlebnis. Das habe ich einfach nicht gewusst. Das hat</i>			

*mir nie einer gesagt. Woher soll ich das wissen? Oder es passt halt einfach in manche Abläufe nicht rein. Ich bin da so in meinem Flow. Und ich müsste jetzt, was weiß ich, die Handschuhe erst wieder ausziehen, mir die Hände desinfizieren, um da jetzt eine aseptische Tätigkeit zu machen. Das ist jetzt irgendwie, passt nicht richtig rein, weil das muss jetzt vielleicht auch schnell gehen. Und dann habe ich wieder dreißig Sekunden und kriege die Handschuhe nicht vernünftig an. Das sind dann immer so die Argumente, die man dann hört. Und ja, da habe ich keine Zeit für, so. Das sind so die Sachen, die da so zum Vorschein kommen dann in dem Moment, grade bei der Händedesinfektion hat man das halt so, ne.“*

*„Also ein Hauptproblem war einfach die Person von ihrem Grundcharakter an sich und dieses Nicht-akzeptieren-wollen von getroffenen Entscheidungen im Ausbruchmanagementteam, obwohl dieses Protokoll auch tagtäglich an das gesamte Ausbruchmanagementteam geschickt wurde. Also es wusste jeder Bescheid, der einmal an der Sitzung teilgenommen hat und dann nachher das Protokoll gelesen hat, konnte also tagtäglich alle Entscheidungen, auch alle neu getroffenen Entscheidungen immer wieder nachlesen, um sie dann auch konsequent umsetzen zu können und die Ausbruchssituation in den Griff zu bekommen. Und diese renitente Art und Weise sich dagegen zu sträuben und das einfach nicht wahrhaben zu wollen oder, ja, weiß ich gar nicht, ob das das eigentliche Problem war. Also diese hundert Prozent Kontraeinstellung, das war so das Hauptproblem. Ansonsten war eigentlich auch in dem Ausbruch, gerade die Kommunikation zwischen den einzelnen Bereichen, auch zwischen Geschäftsführung, Pflegedirektion, Pflege eigentlich sehr, sehr gut. Das war wirklich eine einzige Person, die immer wieder das ganze Team gegen sich aufgebracht hat.“*

*„Das Ausbruchmanagementteam tagt grundsätzlich außerhalb der Station, was ja auch sinnvoll ist und Konflikte nie auf dem Patientenflur ausgetragen wurden. Und ich denke, gerade ältere Menschen sind ja sehr bedacht darauf, dass der Arzt regelmäßig zu ihnen kommt und ältere Menschen interessiert es nicht, gerade wenn sie dann noch Demenz haben, ob der jetzt einen Schutzkittel anhat, ob er den weißen Kittel anhat, ob die Pflegekraft jetzt reinkommt und ihnen hilft, wenn sie wieder Durchfall haben, aber keine Stuhlprobe nimmt. Das sind, glaube ich, alles Abläufe, die gerade ältere Menschen dann auch einfach nicht überblicken können und auch gar nicht hinterfragen werden. Also die sind mit sich selber beschäftigt, wenn sie dann von der Infektion betroffen sind, können vieles ja gar nicht umsetzen. Das war ja auch mit eins der Probleme. Die Menschen gehen trotzdem ins Nebenzimmer, setzen sich trotzdem auf das Bett des Nachbarpatienten und dadurch verbreitet sich ja auch gerade in diesem Patientenkontext solch eine Infektion einfach viel, viel schneller. Aber ich glaube, dass die diese Kommunikationsprobleme an sich so*

*nicht mitbekommen haben. Weil alles das, was sie brauchten, ärztliche Betreuung und pflegerische Betreuung war ja gegeben. Also das glaube ich schon, dass sich das nicht, zumindest bei der Situation, nicht auf die Patienten ausgewirkt hat.“*

*„Dann natürlich auch Kontakt zum Gesundheitsamt. Ganz viel im Moment natürlich, (...) täglich...“*

### **Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse**

Auf der *Sachebene Helfen* steht aus *pragmatisch-humanitärer* Sicht die interprofessionelle Zusammenarbeit sowie die Einbeziehung von Angehörigen im Fokus, denn ein abgestimmtes, gemeinsames Agieren ist entscheidend für erfolgreiche Interventionen bei einem Ausbruch von Keimen in der Institution. Die funktionierende (intersektorale) Zusammenarbeit von professionellen Akteur\*innen aus verschiedenen Berufen und Arbeitskontexten wird hochgradig relevant, um einem institutionellen Infektionsgeschehen Einhalt zu gebieten. Hierbei spielt die aktive Einbeziehung von Angehörigen und die Arbeit mit der\*dem Patientin\*Patienten zunächst eine sekundäre Rolle, darf aber nicht in Vergessenheit geraten. Die Koordination der berufsgruppenübergreifenden (intersektoralen) Zusammenarbeit sowie die aktive Einbeziehung der Angehörigen in die therapeutische Arbeit, einschließlich deren professionelle Begleitung und Unterstützung werden als extrem zeit-, personal- und arbeitsaufwendige sowie strukturell schwer zu meistern Herausforderungen erlebt. Schwierigkeiten können dabei auf verschiedensten Ebenen und in unterschiedlichen Zusammenhängen entstehen: Sie sind denkbar auf der personellen Ebene (Absprachen, Zuständigkeiten, Rollen(selbst)verständnisse etc. oder auf einer strukturellen Ebene (Terminfindung, abgestimmte Organisation von Treffen, bürokratische Hürden, verfügbare Ressourcen etc.) und müssen individuell je nach Kontextbedingungen von den Fachpflegenden gemeistert werden.

**Lehrervortrag:** *Wiederholung Begriffsbestimmung Ausbruchsmanagement (siehe Modul Ausbruchsmanagement in der Hygiene und Infektionsprävention: Sicherheit in der Institution). Maßnahmen zum Ausbruchsmanagement (siehe auch Modul Methoden in der Hygiene und Infektionsprävention). Bettenmanagement und institutionelle Koordination.*

**Lehrervortrag:** *Schnittstellen zu den Behörden im Sinne der rechtlichen Vorgaben und deren Administration im Ausbruchsfall.*

**Hospitation:** *Labor (Mikrobiologie) und Zentralsterilisation. Expert\*innengespräche im Kontext eines Ausbruchsgeschehens.*

**Workshop** *zur Hygiene, Isolierung von Abteilungen: Krankenhauskeime und deren Behandlungen./Strukturen und Prozesse der Isolierung von Patient\*innen/ **Arbeitsauftrag** für die Praxis (Hygieneregime): Beobachtung von möglichen Keimverschleppungen in den Prozessen der Institution. Erstellung von Prozessbeschreibungen.*

**Beziehung und Methode:**

Die Einbeziehung der Angehörigen ist entscheidend für erfolgreiches Handeln im Sinne und Interesse des Patienten, weil sie eine wichtige Ressource für das Gelingen von Behandlungen darstellen. Ohne ein in jeder Hinsicht mittragendes Umfeld ist der Behandlungserfolg und die Eindämmung einer Reihenerkrankung in der Institution und darüber hinaus gefährdet. Auf der Sachebene des *Helfens* wird die Bedeutsamkeit von *individueller Beziehung und Kommunikation auf der betroffenen Patient\*innen deutlich*. Bei Patient\*innen, die einem Keimbefall unterliegen (u.a. MRSA, Corona) und dabei einem Hygieneregime (z. B. Isolierung) unterliegen, oder bei immunschwachen Patient\*innen, kommt es insbesondere auf eine vorbereitende Aufklärung und

Information bezüglich der Maßnahmen und der begleitenden Risiken an. In der *Perspektive der Interaktion* wird auf der Sachebene des *Krankheitserlebens* deutlich, dass auch familiäre Bindungen (*Geborgenheit*) sich auf Behandlungserfolg und Pflege (Compliance) auswirken. In individuell unterschiedlichem Ausmaß geht es dabei um übergeordnete Ziele wie Angstabbau, Beruhigung, dadurch das Erreichen von mehr Gelassenheit und Zuversicht bei den Patient\*innen und Angehörigen, oder aber um die Erhaltung der Selbständigkeit im Alltag. Für Fachpflegende ist es von Bedeutung, ob sie den Perspektivenwechsel zum Familiensystem vollziehen können, um der Keimverschleppung vorzubeugen bzw. eine Infektionsprävention vorzunehmen.

**Lehrervortrag** zur *Pflegetheorie* von Friedemann (u.a. 2017): *Grundzüge und Begriffe insbesondere die Ziel- und Prozessdimensionen/Lektürearbeit* zur *Theorie* von Friedemann (Ziel- und Prozessdimensionen)./ **Fallbeispiel zur Infektion von Patient\*innen oder Bewohner\*innen im Familiensystem (ggf. Corona, Isolierung):**

**Lehrervortrag:** *Corona, Pathophysiologie und Infektionsprävention („lesson learned“)*

**Gruppenauftrag und Plakatarbeit:** *Reflektieren sie das Fallbeispiel auf die Theorie von Friedemann. Was bedeuten Individuation, Spiritualität, Stabilität etc. für das Familiensystem im Fallbeispiel? “ (ggf. Gruppen nach Begriffen einteilen, ggf. Fallbeispiel von Friedemann/Köhlen selbst auswählen).“Finden sie Beispiele, wie sich das im Handlungsfeld der Infektionsprävention realisieren ließe?“/ **Vorstellung der Ergebnisse** im Plenum./ **Diskussion** und **Bewertung der Pflegetheorie für die Arbeit in der Infektionsprävention.***

Auf der *Sachebene des Gesundheitswesens* stellt sich die Problematik der Abstimmung des gemeinsamen Handelns in der interprofessionellen Zusammenarbeit als strukturelles Problem. Für die Arbeit in der Hygiene und Infektionsprävention ist es von Bedeutung zu erkennen, welche der im praktischen Handeln entstehenden Schwierigkeiten nicht dem persönlichen Agieren, sondern institutionellen Logiken zuzuschreiben sind, die als Rahmenbedingungen Hemmnisse auf der unmittelbar pragmatischen Ebene erzeugen und zu Frustration oder sogar Resignation führen. Dabei können Unklarheiten in der Aufbauorganisation Unsicherheiten in der eigenen Rolle auslösen und die Teilnehmer\*innen erleben eine Rollenambiguität im Lenkungsstab.

**Methodischer Vorschlag Planspiel: Versorgungsprozesse in der Hygiene und Infektionsprävention gestalten** *Fallanalyse in Anlehnung an die interprofessionelle, heuristische Matrix (AQiG)<sup>3</sup> von Sieger, Ertl-Schmuck, Böggemann-Großheim (2010)/ **Lehrervortrag:** Vorstellung der Matrix zur interprofessionellen Zusammenarbeit: insbesondere Phasen und Perspektiven/ Auftragserstellung und Auftrag in Kleingruppen: Fallanalyse, Ausbruchsmanagement (s.o., alternativ Fall aus der Praxis) nach Perspektiven und Schritten in der heuristischen Matrix zur interprofessionellen Zusammenarbeit (AQiG). **Expert\*innengespräche im Rahmen AVL in der Fachpraxis.***

<sup>3</sup> Die interprofessionelle Fallanalyse ist an die Gegebenheiten der Bildungsinstitution anzupassen. Das beutet, dass ggf. Bildungsteilnehmer\*innen aus verschiedenen Fachweiterbildungen in Gruppen zusammenarbeiten und/oder die Teilnehmer\*innen in der Fachpraxis Expert\*innengespräche (Konsile) führen (Chefärztin, Krankenhaushygieniker\*in, Pflegedirektion, Sozialarbeiter\*in, Pflegende, Geschäftsführung, QM etc.). Die Teilnehmer\*innen sollen die soziologischen Perspektiven einnehmen und den Fall nach dem Phasenverlauf bearbeiten.

<p><b>Vorstellung der Arbeitsergebnisse</b> (Ausbruchsmanagement), ggf. Prüfungsleistung.</p>
<p><b>Kompetenzen nach DQR Niveau 5:</b></p> <p><u>Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit</u></p> <p>Die Teilnehmenden...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• erhalten ein fundiertes Wissen zum Ausbruchsmanagement in der Institution, kennen die rechtliche Situation und die einzuleitenden Maßnahmen im Kontext der Institution.</li> <li>• sie verfügen über ein tiefes pflegewissenschaftliches Fachwissen zur Pflegetheorie von Friedemann und übertragen die Theorie auf die Situation eines von Infektion betroffenen Familiensystems</li> <li>• reflektieren das eigene berufliche Selbstverständnis sowie Haltung und Rolle als Fachpflegende vor dem Hintergrund der Bedeutung einer systemischen Pflegetheorie in familiären Situationen</li> <li>• sie können Prioritäten unter Berücksichtigung verschiedener Aspekte setzen und argumentieren (Patientensicherheit, Bedürfnisse von Patienten, Qualität der Versorgung, zeitliche Passung von Abläufen, Anleitung von Kolleg*innen) im Kontext des Ausbruchsmanagements</li> <li>• Sie entwickeln einen Gesamtblick für die patientenbezogenen Abläufe im Rahmen der Reihenfektion und können mit dem interprofessionellen Team wirksame Maßnahmen gegen ein weiteres Ausbreiten einsetzen</li> <li>• Sie können die Bedeutung pflegerischer Subjektperspektive gegenüber Angehörigen anderer Berufsgruppen und der Pflege argumentieren.</li> <li>• Sie können die Bedeutung der Einbindung von Pflegenden in Angehörigen- und Patientengespräche gegenüber Fachpersonen argumentieren</li> <li>• Sie können eine Fallsituation im Kontext von Hygiene und Infektionsprävention ethisch analysieren und ihr Handeln gegenüber Berufsvertretern begründen</li> <li>• Nehmen einen Perspektivenwechsel zur Arbeit im Labor und in die Abteilung der Zentralsterilisation vor</li> <li>• können einen Fall aus der Fachpraxis der Infektionsprävention mit einer Heuristik analysieren, Wissen zusammentragen und neu bewerten, interprofessionelle Perspektiven einnehmen und eigene Grenzen erkennen – den vorgefundenen Fall in seinen Dimensionen neu bewerten und entwickeln neue Interventionsvorschläge für dessen Versorgung.</li> </ul>
<p><b>Leistungsüberprüfung:</b> K/R/M/PR</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ggf. Ergebnisse Fallanalyse nach AQiG</li> </ul>
<p><b>Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):</b></p> <p><i>Arbeitsauftrag für die Praxis: Beobachtung von möglichen Keimverschleppungen in den Prozessen der Institution</i></p> <p><i>Fallerhebung nach Arbeitsverbundenem Lernen, Expert*innengespräche in der Praxis (AQiG)</i></p>
<p><b>Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Literaturstudium der vorgeschlagenen Pflegetheorie (Friedemann/Köhlen 2018), ausgewählte Arbeitstexte</li> <li>- Fallreflexion mithilfe der vorgeschlagenen Lektüre, Fallaufbereitung nach Heuristik (AQiG)</li> <li>- Erstellung Prüfungsleistung</li> </ul>
<p><b>Literaturempfehlungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Friedemann, M.-L., Köhlen, C. (2018): Familien- und Umweltbezogene Pflege. Die Theorie des systemischen Gleichgewichts und ihre Umsetzung. Bern: Hogrefe</li> </ul>

- Grabbert, T. (2004): Erving Goffmans Stigma und Asyle. Techniken der Bewältigung beschädigter Identität in totalen Institutionen. München, Ravensburg: Grin
- Holtel, M., Weber, H. (2019): Kommunikation: So gelingt Visite: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-0976-2325.pdf> (02.08.21)
- Kießling, A. (2023): Quarantäne, Isolation, Abschottung. Interdisziplinäre Perspektiven auf das Infektionsschutzrecht. Frankfurt am Main: Campus
- Jünger, S. M. E. (2006): Erfolgskriterien berufsgruppenübergreifender Kooperation im Team einer Palliativstation. Aachen. Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen (Diss.).
- Pflege e.V.: Angehörigenfreundliche Intensivstation: [http://www.stiftung-pflege.info/stiftung/?page\\_id=209](http://www.stiftung-pflege.info/stiftung/?page_id=209) (03.09.22).
- Reimann, U. (2008) Multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Von den Mühen der Ebene. In: Zeitschrift für Palliativmedizin. Jg. 9. Heft 3.
- Sieger, Margot/Ertl-Schmuck, Roswitha/Bögemann-Großheim, Ellen (2010): Interprofessionelles Lernen als Voraussetzung für interprofessionelles Handeln – am Beispiel eines interprofessionell angelegten Bildungs- und Entwicklungsprojektes für Gesundheitsberufe. In: Pflege & Gesellschaft Heft 3 (2010). 15. Jahrgang. Weinheim
- Schaeffer, Doris (2009): Chronische Krankheit und Multimorbidität im Alter – Versorgungserfordernisse diskutiert auf der Basis eines Fallverlaufs. In: Pflege & Gesellschaft. 14 Jg. Heft 4. Weinheim: Juventa
- Spieß, E.; Nerding, F. W.; Regnet, E. & Rosenstiel, L. von. (2003). Effektiv kooperieren: wie aus lauter Solisten ein erfolgreiches Orchester wird. Weinheim: Beltz
- Schulz-Stübner, S. (2022): Hygiene und Infektionsprävention. Fragen und Antworten. Heidelberg: Springer
- Triphaus, C. (2020): Strukturierte Patientenübergabe/- Übernahme in der Notfallmedizin: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-0976-2325.pdf> (09.12.21)
- Zander, Britta; Dobler, L.; Bäuml, M.; Busse, R. (2014): Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern - Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. In: Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes) 76 (11), S. 727–734. DOI: 10.1055/s-0033-1364016.
- 

Kü/Ba/Gi: 20.01.2024

## 2.9 Modul „Sicherheit in den Pflfegetechniken entwickeln und vermitteln können“

<b>Modultitel/Modulkennung: 03SPFH 01 „Sicherheit in den Pflfegetechniken entwickeln und vermitteln können“ (Fachspezifisches Modul)</b>		
<b>Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen:</b> <i>Modul Systemische Perspektiveneinnahme: Prozesse der Versorgung (Fachspezifisches Modul)</i> <i>Modul Grundlagen der Didaktik und Pflegepädagogik für die Identität in Praxisanleitung (Basismodul)</i>		
<b>Workload: 90 Std davon 60 Std. Kontaktstunden, 30 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):</b>		
<b>Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)</b>		
I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitsspolitisch ökonomische Perspektive</i>
<p><b>Reflexionskategorien:</b></p> <p><b>1.II Empathie und Intervention (Methode)</b></p> <p><b>3.II Humanisierung und Sozialtechnologie</b></p> <p><b>Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion:</b></p> <p><b>Schulen, Anleiten und Kontrollieren: „skills“ erst beherrschen und dann kontrollieren, die Herausforderungen selbst „fühlen“ können</b></p> <p><b>Rollenambiguität: Wodurch wird technisches Arbeiten professionell?</b></p> <p><b>Technisches Arbeiten im Kontext von Patient*innenorientierung</b></p> <p><b>Digitalisierung nutzen: Effektivität und Nachhaltigkeit</b></p> <p><b>Inhalte:</b></p> <p>Skills-Lab zu ausgewählten technischen Verrichtungen in der Klinik, Begriffsklärungen: Verrichtungsorientierung, Patientenorientierung, Ablauforientierung, Subjekt-Subjekt-Beziehung, Kompetenzentwicklung nach Benner, <i>Digitalisierung, eHealth, Telehealth für die Hygiene und Infektionsprävention Beprobung, Trinkwasserverordnung, mikrobiologische Beprobung, Bakteriologie, ethische Fallbesprechung.</i></p>		
<b>Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:</b> <i>Aus der Fokusgruppe</i>		

„Wenn man zum Beispiel Gefäßkatheter-assoziierte Septikämien im Unterricht hatte, dass man sich dann zum Beispiel die ZVKs auf den Intensivstationen expliziter ansieht oder sich eine ZVK-Anlage auch anguckt. Dass man sich dann den Modulen entsprechend klinikumspezifisches Wissen noch mit aneignet.“

„Ja. Ich habe aber nie einen Gefäßkatheter verbinden müssen, ich musste nie einen transurethralen Blasenkatheter legen, ne?“

„Das Handling ist enorm wichtig. Weil, wenn wir Prozessaudits durchführen, zum Beispiel Anlage eines ZVKs, Verbandwechsel ZVK, wenn ich das nie als Pflegekraft gemacht habe, weiß ich nicht mit welchen Schwierigkeiten das verbunden ist (...).“

„Die hat sich wirklich mit ihm befasst, hat ihm Literatur an die Hände gegeben, hat ihm gesagt: Gehe bitte auf Station, guck dir zum Beispiel eine ZVK-Anlage an. Ich habe es halt auf beiden Seiten kennengelernt. Und ich hätte mir das so gewünscht, ich hatte es aber nicht. Weil ich will denen nicht irgendwie böse kommen, aber die haben es vielleicht nicht besser gewusst. Aber, ja, das fehlt einem dann halt einfach, ne?“

„So, ich mache das Pädagogische und plane irgendwie eine Simulation und er muss eben fachlich gucken, ob das dann richtig ist so? Weil da bin ich dann irgendwann auch raus, ne? Also muss ich auch ganz klar sagen. Ja. Aber das sind so Wünsche, sagen wir es mal so (...).“

Ein Pflgender

„Und die betreffende Person war in einem Infektionszimmer, hat mich nicht gesehen. Und die haben da ein ZVK gelegt und brauchten halt Kochsalzlösung. Und sie war halt, weil es ein Infektionszimmer war, natürlich umgezogen, hat dann gemerkt, dass jemand da ist, hat aber wohl nicht mitgekriegt, dass ich es bin.“

„Ja, also es ist ja immer der Zeitfaktor und es ist lästig und ja, wir wissen es. Weil, also eigentlich wissen die das auch, wann und dass sie sich die Hände desinfizieren müssen zum Beispiel. Aber das ist so, sie bekommen es nicht verstetigt. Also man hat ja immer so Automatismen auch. Und da streiten sich auch wissenschaftlich die Geister, wie bekommt man so etwas, so zwanghaft, eigentlich krankhaft zwanghaft in die Personen herein, dass sie das machen auch. Und dass sie das kontinuierlich machen. Das ist so dieser Widerspruch. Das funktioniert nicht. Man müsste eben immer wieder herein und Schulen und machen und tun. Das wird dann aber schon wieder lästig. Die fühlen sich dann tatsächlich wieder genervt. Ach schon wieder die Hygiene, ja, wir wissen es. Und woran liegt es, dass sie es nicht macht? Ja, fehlende Zeit ist das Totlach-Argument.“

„Ich fand das eigentlich nur, ja, was vielleicht typisch ist, wie schnell Mitarbeiter, die sich nicht jeden Tag mit der Materie befassen, Absprachen und Maßnahmen auch wieder vergessen, die

durchzuführen sind. Also dass man doch immer von diesen Wiederholungen lebt, das merkt man auch in anderen Bereichen in der Krankenhaushygiene, finde ich immer wieder. Manche Fragen kommen einfach immer und immer wieder und für uns in der Hygiene ist es halt selbstverständlich, weil wir uns ja regelmäßig mit der Materie befassen. Aber dass viele Mitarbeiter, das dann auch einfach nach der Situation wieder aus ihren Köpfen streichen, weil sie einfach viele Dinge beachten müssen, andere Dinge beachten müssen.“

*Eine Pflgende*

„Bei allen invasiven Tätigkeiten, also immer wenn ich irgendeinen Device, irgendeinen fremden Gegenstand in einen Körper einbringen möchte, muss ich einfach ganz explizit auf korrektes Vorgehen, auf korrekte Einhaltung der Hygienemaßnahmen achten, weil ich ansonsten aktiv die Patientensicherheit gefährde. Natürlich auch in anderen Situationen, es gibt ja die fünf Momente der Händedesinfektion, auch wenn ich schon nur ins Zimmer reingehe und den Blutdruck messe. Ich habe mit Sicherheit eine Verantwortung für den Patienten, ja, aber eben je invasiver eine Maßnahme ist, desto gefährlicher wird die Situation ja auch von vornherein. Und deshalb ist es da für mich einfach ausschlaggebend, im OP ist die Hautdesinfektion das A und O, sowohl die Händedesinfektion als auch die Hautdesinfektion, weil ich da ja aktiv dann sofort Mikroorganismen in den Körper einbringen könnte. Also je invasiver, desto konsequenter muss ich mich auch an die Spielregeln halten.“

*Aus der Fokusgruppe:*

„Aber auch mit bestimmten Apps, ne, das ist ja auch noch mal so eine Möglichkeit technisch auch weiterzugehen und die Digitalisierung ja auch zu benutzen. Hygienisch natürlich immer ein bisschen fragwürdig, wenn sie ihre Handys da (lacht) alle mitschleppen, ne? So. Aber das ist ja schon auch eine Chance. Also ich habe das mit den Teilnehmer zum Beispiel jetzt, ein typisches Beispiel die Pflege (lacht): Corona Lockdown, wie machen wir das? Wollen wir online Unterricht machen? Nee. Wie? Wie geht denn so was? Also ich habe noch nicht mal einen Laptop, ich habe keinen PC zuhause. Okay. Aber wir sind doch in der Weiterbildung, wie machst du das denn sonst, ne? Ja, nö, das mache ich dann auf Arbeit oder gucke so, ne? Ich sage: Na gut. Jetzt haben wir ja eine Software angeschafft. Und ich sage: So, dann können wir ja das alles mal testen. Ich habe ja immer noch keinen Laptop. Ich sage: Aber ihr habt doch ein Smartphone. Das haben sie alle auch, ne? Aber gezielt, ne: Dann können wir uns doch alle auch darüber treffen und das mal testen. Aber sie wollen es auch teilweise nicht. Das ist so (...).“

*Eine Lehrende*

„Das war für viele absolutes Neuland. Für mich aber auch, also ich habe vorher auch noch nie Digital unterrichtet (...) Videokonferenzen oder so was (...).“

**Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse**

Die Perspektive des Individuums

In der Hygiene und Infektionsprävention gehören technische Vorgänge, bzw. deren Beaufsichtigung und Kontrolle zum Arbeitsalltag. Vielfältige technische Funktionen und Eingriffe an den Patient\*innen sind umzusetzen und weisen die Gefahr der Infektion auf. *Methodisch* ist hierfür ein breites Wissen in Anwendung von „Skills“ notwendig. Die „Skills“ sind zu üben, um sich zu habitualisieren. Habitualisieren sich die „Skills“ im Sine des hygienischen und sterilen Arbeitens korrekt, minimiert sich die Gefahr einer Keimverschleppung und Krankenhausinfektion. Im Zuge des Übens kann es notwendig sein, die Perspektive der Patient\*innen bei den technischen Verrichtungen außer Acht zu lassen, um zunächst Sicherheit in den technischen Abläufen zu entwickeln, was in der Anfänger\*innenphase volle Konzentration erfordert. Eine zunehmende Kunst der Pflege ist es dann, wenn die technischen Vorgänge verinnerlicht wurden und die Aufmerksamkeit parallel auf die Patient\*innen gerichtet werden kann, um an der *Pflegebeziehung* festzuhalten. Dieser Kompetenzaufbau wird u.a. von Wittneben und Busch beschrieben. Durch die Perspektive der *Interaktion* ergibt sich für die Fachpflegenden nun die besondere Situation, dass sie diese Kunst vermitteln und beaufsichtigen müssen. Fachpflegende der Hygiene und Infektionsprävention sind in der Compliance-Beobachtung wenig glaubhaft, wenn sie selbst die „Hands-on-Nursing“ und die korrekten Abläufe nicht beherrschen, ohne dabei die Patienten aus dem Blick geraten zu lassen. Zudem gilt es, die Problemstellungen zu „fühlen“, die sich aus der doppelten Anforderung der Situation ergeben. Bei der Vermittlung und Kontrolle bewegen sich die Fachpflegenden im Spannungsfeld von *humanem* Umgang mit Patienten und *technokratischer* Sicherheit in den Verrichtungen.

**Methodischer Vorschlag:** *Lehrervortrag* zur „Verrichtungsorientierung“ und „Patientenorientierung“ von Karin Wittneben (2009: 105ff.) und zu Jutta Buschs (1996: 184f.) „Ablauforientierung“/**Lektürearbeit. Gruppendiskussion:** *Bewertung der Begriffe für die Compliance-Beobachtung und die Vermittlung von „Skills bei Mitarbeiter\*innen. Lehrervortrag: Benner (2012): „From novice to expert“.* **Gruppendiskussion:** „Wie kann es gelingen, dass meine Mitarbeiter\*innen Expertentum in den technischen Arbeitsabläufen gewinnen, ohne die Perspektive der Patienten aus den Augen zu lassen?“ **Lehrervortrag** (Wiederholung, Anbindung) Veit (2004: 62ff.) – Professionalisierungsthesen: u.a. *Subjekt-Subjekt-Beziehung. Insbesondere These 5: „Anwendung des Wissens einer Profession ist nicht technisch.“* **Gruppendiskussion:** „Wie kann bei technischen Vorgängen die Subjektperspektive beachtet werden?“

**Methodischer Vorschlag:** „Skills-Lab“ zu ausgewählten Techniken der praktischen Pflege: ZVK, Dauerkatheter, Wundverbände, Wundversorgungen, sterile Punktionen, Operationsbesteck/Medizinprodukte, steriles Instrumentieren, Umgang mit Verpackungen und Einmalmaterial, Versorgung von Trachealkanülen, sterile und unsterile Tätigkeiten im Kontext der Patient\*innenversorgung etc.

**Fallübungen:** Fallszenarien in denen Patient\*innen ihre subjektiven Anliegen während der technischen Versorgung einfordern.

**Workshop:** Entwicklung einer Mikroschulung für Mitarbeiter\*innen zu sicheren, technischen Abläufen.

**Lehrervortrag** zu eHealth, Telehealth und Assistierende Technologien für die Hygiene und Infektionsprävention. Entwicklungen im Gesundheitssystem.

**Skills-Lab** zur sicheren Beprobung und Probenabnahme in Settings der Krankenhaushygiene.

**Lehrervortrag:** (Ethische) Fallbesprechung/ **Planspiel:** Umsetzung einer (ethischen) Fallbesprechung im Behandlungsteam: „Zeitdruck in der Verbandsvisite: heute muss es ohne sterile Kompressen gehen!“ Fallbesprechung simulieren und Aushandlung für den Fall.

**Lehrervortrag:** Trinkwasserverordnung und Probenentnahme in der Institution. **Skills-Lab:** Probenentnahme.

Zusammenfassung des Moduls.

#### **Kompetenzen nach DQR Niveau 5:**

##### Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- vertiefen die Pflegetheorie von Benner sowie die Begriffsklärungen von Wittneben und Busch und reflektieren auf deren Basis technische Einrichtungen aus der Fachpflege, sie bewerten ihre beruflichen Handlungsmuster auf Basis der Theorie
- verfügen über ein integriertes berufliches und pflegetheoretisches Wissen im Tätigkeitsfeld der „Hands-on-Nursing“ und kennen die Grenzen zur Bezugswissenschaft Medizin
- bewerten berufliche Aufgaben und Schnittstellen im Behandlungsprozess und können diese für ihr eigenes Handeln einordnen, übernehmen Verantwortung im Behandlungsteam, erkennen die Grenzen und Widersprüche in der Fachpraxis, die sich u.a. aus technischen Einrichtungen und Patientenorientierung ergeben können
- kennen Techniken und Hilfsmittel zur direkten Behandlung von Patient\*innen und unterstützen beratend beim Prozess der Versorgung
- sie erkennen, welche Bedeutung Technik im professionellen Handeln hat und realisieren, dass professionelles Handeln immer den Subjektbezug voraussetzt
- entwickeln Sicherheit im Umgang mit der Entnahme von Proben für die Chemie und Mikrobiologie
- erhalten ein breites Wissen zur Trinkwasserverordnung und deren Konsequenzen für die Institution
- sie entwickeln Sicherheit im Umgang sachgerechten technischen Einrichtungen an den Patient\*innen, können diese vermitteln und beaufsichtigen
- sie bringen sich in eine ethische Fallbesprechung ein, die sachgerechtes Arbeiten in der Hygiene und Infektionsprävention zum Thema macht.
- 

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

#### **Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):**

- Ggf. Fallerhebung in der Praxis nach Arbeitsverbundenem Lernen.

**Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:**

- Literaturstudium der vorgeschlagenen Pflege Theorie (Benner 2012), ausgewählte Arbeitstexte,
- Praktische Übungen,
- Mikroschulung entwickeln,
- Prüfungsvorbereitung

**Literaturempfehlungen:**

- Benner, P. (2012): Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. Bern: Huber
- Busch, J. (1996): "Was der Patient sagt...". Die Reflexion der Krankenpflege in Autobiographien von Patienten. Baunatal: BVS Gohl
- Friesacher, H. (2010): Pflege und Technik – eine kritische Analyse. In: Pflege & Gesellschaft 15. Jahrg. 2010/ 4. Juventa
- Friesacher, H. (2019): Fürsorge - trotz oder mit Technik? In: Hauck, C. Uzarewicz, C. (Hrsg.) (2019): I, Robit – I, care. Möglichkeiten und Grenzen neuer Technologien in der Pflege. Berlin, München, Boston: De Gruyter. S. 201-222
- Hochmuth A, Iltner J, Dockweiler C. Digitalisierung - eine Chance für die Pflege? Pro Alter.de. 2019;51(2):20-24
- Hülsken-Giesler, M. (2008): Der Zugang zum Anderen. Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimesis und Maschinenlogik. Göttingen: V& R, Unipress
- Kerres, A., Wissing, C., Wershofen, B. (2020): Skillslab in Pflege und Gesundheitsfachberufen. Intra- und interprofessionelle Lehrformate. Heidelberg: Springer
- König, O., Schattenhofer, K. (2021): Einführung in die Fallbesprechung und Supervision. Heidelberg: Carl-Auer, Compact.
- Kudyba SP. Healthcare Informatics: Improving Efficiency Through Technology, Analytics, and Management. Productivity Press; 2nd Revised ed. 2016
- Lexa, N. (2014): Fallbesprechungen in der Palliative Care: Praxiswissen für kompetentes Handeln (Pflegekolleg). Hannover: Schlütersche.
- Marckmann, G.; Mayer, F. (2009): Ethische Fallbesprechungen in der Onkologie. Grundlagen einer prinzipienorientierten Falldiskussion. Der Onkologe 15 (10): 980–988.
- Heinemann, W. (2005): Ethische Fallbesprechung. Eine interdisziplinäre Form klinischer Ethikberatung. Hrsg. von MTG Malteser Trägergesellschaft gGmbH, 1. Auflage, Köln. Online: [https://www.malteser.de/fileadmin/Files\\_sites/Fachbereiche/Krankenhaeuser/Downloads/ethische\\_fallbesprechung.pdf](https://www.malteser.de/fileadmin/Files_sites/Fachbereiche/Krankenhaeuser/Downloads/ethische_fallbesprechung.pdf) [27.04.2021].]
- Veit, Annegret (2004): Professionelles Handeln als Mittel zur Bewältigung des Theorie-Praxis-Problems in der Krankenpflege. Bern / Göttingen / Toronto / Seattle: Huber
- Wittneben, K. (2003): Pflegekonzepte in der Weiterbildung für Pflegelehrerinnen und Pflegelehrer. Leitlinien einer kritisch-konstruktiven Pflegelernfelddidaktik. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, Bruxelles, New York, Oxford, Wien: Peter Lang
- Wittneben, K. (2009): Leitlinien einer kritisch-konstruktiven Pflegelernfelddidaktik. In: Olbrich, Christa (Hrsg.): Modelle der Pflegedidaktik. München: Urban & Fischer (Elsevier): 105–121
- 

Kü/Ba/Gi: 16.01.2024

## 2.10 Modul „Methoden in der Hygiene und Infektionsprävention“

<b>Modultitel/Modulkennung: 04MFH 01 „Methoden in der Hygiene und Infektionsprävention“ (Fachspezifisches Modul)</b>			
<b>Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen:</b> <i>Themenumsetzung in der Fachpraxis im Praxismodul 04PRPFH 01 „Projekt fachspezifisch gestalten“ (ggf. Prüfungskombination der Module).</i>			
<b>Workload: 90 Std davon 60 Std. Kontaktstunden, 30 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):</b>			
<b>Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)</b>			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
<p><b>Reflexionskategorien:</b></p> <p><b>2.III Tradition und Emanzipation</b></p> <p><b>3.II Humanisierung und Sozialtechnologie</b></p> <p><b>Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion:</b></p> <p><b>Gestaltende Pflege und traditioneller Stillstand</b></p> <p><b>Methoden der Infektionsprävention: Compliance, Surveillance, Audits</b></p> <p><b>Aufsichtskompetenz: Kontrollabläufe entwickeln und in der Organisation umsetzen</b></p> <p><b>Gutachten schreiben</b></p> <p><b>Themen/ Schlüsselprobleme/Inhalte:</b></p> <p>Berufliche Quellen des Wissens (Mayer 2022)</p> <p>Implementierung von Innovationen, Dimensionen des Wissenstransfers: Projektarbeit, Konzepte und Methoden der Implementierung und Translation, u.a. Projektarbeit vertiefen, PIKE-Schema (Behrens/Langer)</p> <p>Aufbereitung der Ergebnisse, Erstellung "One Minute Wonder" und Vortrag für die Pflegepraxis.</p> <p>Compliance-Beobachtung und Kollegiale Beratung, Surveillance, Audits</p> <p>Schreibwerkstatt Gutachten</p>			
<b>Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:</b> <i>Pflegende:</i>  <i>„Und dass aber auch das Selbstverständnis da ein bisschen gewachsen ist. Ansonsten müsste man jedes Jahr immer wieder von vorne anfangen in dem Bereich. Also das ist so an die Psychologie</i>			

*der Hygiene ist da ganz, ganz, also wie bekommt man Basishygiene in den Alltag herein, dass sie das verstetigen. Und das ist ja eigentlich das größte Problem in der Hygiene.“*

*„Ja, eben einerseits immer wieder das Hervorheben des Patientenlientels, ältere Menschen, Geriatrie, die ja auch stark gefährdet sind durch solche Norovirus-Infektionen. Wir hatten auch zwei Todesfälle, die dann definitiv mit den Norovirus-Infektionen, also mit der Dehydrierung dann einfach zusammenhingen. Und dann aber auf der anderen Seite, wo ich für mich einfach sehe, dass gerade hier ein Chefarzt auch für seine Patienten (...). Also wir sind ja alle für die Patientensicherheit auch zuständig und dass man dann aber aufgrund seines eigenen Profitdenkens so weit geht, Pflegenden zu untersagen, eine Stuhlprobe auf Noroviren überhaupt erst untersuchen zu lassen, weil wenn ich keinen Norovirus nachweisen kann, habe ich auch keine Norovirus-Infektion. Also das war, glaube ich, so das Widersprüchliche überhaupt. Und dann andersrum eben zu sagen, wir müssen den Ausbruch auf der einen Station halten. Es wurden Maßnahmen besprochen, dass andere geriatrische Patienten grundsätzlich erstvisitiert werden im Haus und diese Visite immer grundsätzlich zum Schluss stattfindet nur mit dem Chefarzt und einem Assistenzarzt und man dann zum Beispiel auch häufiger vor die Station kam, um zu gucken, ob alles in Ordnung ist, und ein gesamtes Ärzteteam, ohne Schutzausrüstung, auf dem Flur gesehen hat. Also die ganze Station war als Infektionsbereich dann gekennzeichnet, so dass die Schutzausrüstung auch bei Betreten des Bereiches getragen werden musste, dass solche einfach umzusetzenden Maßnahmen dann auch regelmäßig missachtet wurden, aber eben auch hauptsächlich leider in der höheren Hierarchieebene. Also auf der pflegerischen Ebene wurde das eigentlich ganz gut umgesetzt, ja (...).“*

*Aus der Fokusgruppe*

*„Ja, auch so, ne, auf den Stationen, also wir machen zumindest mindestens eine jährliche Hygienebegehung pro Station, auf Risikobereichen sogar zweimal im Jahr. Das sind auch so Sachen, die halt anfallen.“*

*„Dann die (...) Surveillance natürlich auf den Intensivstationen, die müssen gemacht werden!“*

*„Da fehlen aber auch Konzepte, wirklich (...).“*

*„Beprobung von Endoskopen, mikrobiologische Beprobung von Patientenbetten. Teilweise dürfen wir ja Trinkwasserproben ziehen, wenn sie nicht nach Trinkwasserverordnung sind, weil wir zumindest nicht unseren Entnahmeschein haben. Also die offiziell angeordneten (...) Proben nehmen wir nicht.“*

*„Und dann die normalen Schulungen, die man halt durchführt, ne? Dann halt zum Teil auch anlassbezogen. Wenn Infektionen sind, dass man auf die Stationen geht und da mal während der*

*Übergabe kleine Schulungen macht oder aber auch mal etwas größere. Wie gestern, habe ich zum Beispiel Noro geschult, weil das ja jetzt normalerweise wieder, ne, so der Beginn ist, der Zeit. Es ist spannend, ob es diesmal wirklich auch so passieren wird, durch den Mund-Nasen-Schutz, der ja wirklich auch getragen wird, ne (...)*

*„Schulen und beraten und so was könnten zum Beispiel auch Hygienebeauftragte in der Pflege, aber das sind dann diese Minischulungen auch, ne?“*

*„Die Pflegefachkräfte schreiben Gutachten für Krankenhaushygieniker, die dann von Krankenhaushygieniker unterschrieben werden. Und die Fachkräfte machen die Gutachten, ja? Also, wenn man so weiß, es wird jetzt forciert. Die Hygiene in der Bundesrepublik liegt im Argen. Hygiene hat zu wenig Standing. Es gibt zu wenig Fachärzte für Hygiene. Dann heißt es plötzlich, zack, wir machen Hygieneausbildung, Krankenhaushygieniker. Die haben aber nicht den Hygiene-Mind.“*

*„Prozessaudits in bestimmten Bereichen. Das würde ich auch nicht jeden machen lassen, da bin ich wieder bei den Hygienebeauftragten. Die Hygienebeauftragten in der Pflege, wenn sie die Zeit bekommen, können zum Beispiel auch die Compliance Beobachtung auf ihrer Station durchführen.“*

*„Begehungen machen. Also die Haupthygienebegehung finde ich schon verortet bei der Hygienefachkraft, weil man einfach so den Rundumblick hat. In der Endoskopie, eine Endoskopiefachkraft kann mit Sicherheit genauso gut Endoskope beproben wie wir, wenn man das vorher vernünftig durchspricht, sich vergewissert. Mikrobiologische Proben in einem gewissen Maße, das finde ich auch eher bei der Hygiene verortet, also bei der Hygienefachkraft.“*

### **Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse**

#### *Aus der Perspektive der Institution*

Mit der stetigen Vermehrung evidenzbasierten pflegewissenschaftlichen Wissens verstärkt sich die Transferproblematik von der Wissenschaft zur Praxis. Neuere Implementierungsforschung zeigt, dass der Transfer nicht als Einbahnstraße, sondern als Resonanzprozess gedacht werden muss. Gerade hier setzt eine innovative Pflege an, Praxisprobleme aufzunehmen, theoretisch zu bearbeiten und die Arbeitsergebnisse wieder in die Praxis zu überführen. Das Feld der Hygiene und Infektionsprävention findet bei den Mitarbeiter\*innen im Arbeitsalltag wenig Beachtung. Gleichzeitig schauen wir hier auf einen *Emanzipierungsprozess* der beruflichen Pflege, da wissenschaftliche Erkenntnisse und deren Umsetzungen aus der Pflege selbst kommen, und nicht aus Nachbardisziplinen, wie es in der Pflegepraxis *traditionell* üblich ist. Hygiene und Infektionsprävention ist ein interdisziplinäres Feld, in dem die Fachpflege ihren Platz finden muss, um einen Beitrag zu leisten. Das Modul beschäftigt sich mit den Bedingungen dieses *innovativen* Prozesses anhand der Prinzipien und Methoden der Einführung von *Innovationen* in die Praxis. Die Fähigkeit, diesen Vorgang gestalten zu können, wird vielfach mit akademisch ausgebildeten Pflegenden verbunden und hat dennoch Einzug in die Fachweiterbildungen gehalten. Im Modul werden Methoden, Inhalte und Kompetenzen sinnvoll aufgenommen, um in die Anwendung der Wissen-

stranlation zu kommen. Im Rahmen der Anwendung werden Pflgethemen der Praxis aus- gesucht, pflegewissenschaftlich bearbeitet und für die Praxis aufbereitet, um Vorschläge für eine evidenzorientierte Pflege vornehmen zu können. Die Fragestellungen sind aus der Fachpraxis aufzunehmen und Lösungen durch Teammitglieder mittels wissenschaftlicher Methoden zu er- arbeiten. Das Projektmanagement bietet den Ansatz, die Methoden und Instrumente, die kom- plexen Fragestellungen effektiv und effizient zu bearbeiten. Zuvor ist auf *traditionelle* Vorgehens- weisen zu blicken, die in der Praxis ihre Berechtigung haben.

**Methodischer Vorschlag:** *Lehrervortrag: „Wissensquellen beruflichen Handelns“ (Mayer 2022: 19-37) und Arbeitsblätter./Gruppenarbeit: „Finden Sie Beispiele für die unterschiedlichen Quellen des Wissens in der Fachpraxis der Hygiene und Infektionsprävention“. „Wie stehen die Quellen des Wissens im Zusammenhang mit dem Mitarbeiter\*innenverhalten im Umgang mit Hygiene- maßnahmen?/ Plenum: Austausch der Gruppenergebnisse./ Diskussion der Quellen für die Wei- terentwicklung der Hygiene und Infektionsprävention. **Diskussion** von hemmenden Faktoren in der Weiterentwicklung. **Lehrervortrag:** Zum Begriff der Wissenstranlation*

***Lehrervortrag** zum Projektmanagement. /Vorstellung Bezüge zum Praxisprojekt in der Fach- pflege./ **Tutorium** zur Projektarbeit.*

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

In der Reflexion der Kategorie *Humanisierung und Sozialtechnologie* entwickeln wir Themen, die den Arbeitsalltag von Fachpflegenden für Hygiene betreffen und ein breites Methodenrepertoire abbilden. Beispielhaft können die Themen für eine Projektentwicklung in der Praxis herangezo- gen werden. So zielen Compliance- Beobachtungen und die Kollegiale Beratung auf die Kontroll- und Aufsichtskompetenz der Fachpflegenden ab, um sichere Arbeitsprozess bei den Mitarbei- ter\*innen in den Einrichtungen zu implementieren und zu üben. Dies erfordert nicht nur ein si- cheres Fachwissen, das aus der Infektionsprävention zu entnehmen ist - es erfordert auch eine Personalführungskompetenz, damit Mitarbeiter\*innen Sicherheit in den Arbeitsabläufen entwi- ckeln.

***Lehrervortrag:** Compliance- Beobachtungen/Protokollierung. **Gruppendiskussion:** „Welche For- men der Mitarbeiter\*innenabwehr können auftreten? Wie kann der Abwehr begegnet werden, um den Prozess konstruktiv zu gestalten?“, „Wie kann man als Critical Friend auftreten?“ **Lehrer- vortrag:** die Kollegiale Beratung. **Workshop und Szenisches Spiel** zur Kollegialen Beratung in der Hygiene.*

***Lehrervortrag:** Surveillance- Methoden zur Reduzierung von nosokomialen Infektionen für das interne und externe Qualitätsmanagement. Methodisches Vorgehen. Krankenhaus-Infektions- Surveillance-System (KISS), Niederschriften und Einsatz von Surveillance-Protokollen. **Workshop:** Übungen zur Methodik. Exploration Surveillance-Projekt im Projektmanagement.*

**Lehrervortrag:** *Begriffsbestimmung Audit. Compliance und Risiko-Audit zur Steigerung der Patientensicherheit bei Prozessabläufen. Einbindung in das Qualitätsmanagement. Workshop:* „Vorbereitung eines Audits zu einem ausgewählten Thema“. *Exploration Audit im Projektmanagement.*

**Lehrervortrag:** *Anforderungen an ein Gutachten. Gutachtenformatvorlagen. Schreibwerkstatt:* *Gutachten zu ausgewählten Themen der Hygiene und Infektionsprävention verfassen und üben.*

*Zusammenfassung des Moduls. Exploration von Projektthemen der Teilnehmer\*innen (siehe Praxismodul 04FSFHP 01 „Projekt fachspezifisch gestalten“)*

#### **Kompetenzen nach DQR Niveau 6:**

##### Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- haben ein breites und integriertes Verständnis von Prozessen des Wissenstransfers. Sie kennen die gängigen Konzepte zum Wissenstransfer und können diese gegenüber Vertreter\*innen der Wissenschaft oder Berufspraxis beschreiben.
- setzen die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens korrekt um und argumentieren die Notwendigkeit von Theoriegeleitetem oder evidenzbasiertem Handeln in der Pflegepraxis vor Vertreter\*innen der Berufspraxis.
- verstehen die Logik des Forschungsprozesses. Sie haben ein Verständnis zur Evidenzbasierung und kennen den EBN-Prozess – können diesen für ein Thema in der Infektionsprävention anwenden
- Die Teilnehmenden können eine evidenzbasierte / wissenschaftlich begründete Problemlösung gegenüber Vertreter\*innen der Berufspraxis begründen.
- können die besonderen Probleme des Transfers wissenschaftlicher Erkenntnisse in eine überwiegend nicht-akademische Berufspraxis abschätzen. Sie demonstrieren Prinzipien und Methoden, diese Lücke zu schließen und können deren Anwendung bei Vertreter\*innen der Berufspraxis erklären
- hinterfragen Praktiken in der Pflegepraxis hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und überprüfen die wissenschaftliche Belegbarkeit der Pflegepraktiken.
- wenden Methoden, Konzepte und Instrumente des Wissenstransfers für die Hygiene und Infektionsprävention an und entwickeln Lösungen für Themenstellungen aus der Pflegepraxis.
- können Implementierungsprojekte planen, die einzelnen Schritte darstellen und diskutieren, beispielhaft ein Thema der Pflegepraxis bearbeiten und für die Berufspraxis aufbereiten sowie ihre Ergebnisse in den Pflorgeteams argumentativ verteidigen.
- können hemmende und fördernde Faktoren für den Wissenstransfer in der Pflege identifizieren, einordnen und für ihre Einrichtungen Lösungsvorschläge vornehmen.
- erwerben ein tiefes Wissen zur Compliance-Beobachtung, Kollegiale Beratung, Surveillance und Audits und verstehen diese als Methoden der Infektionsprävention, können diese im Praxisprojekt erproben und im Arbeitsalltag anwenden.
- Entwickeln Fähigkeit zum Verfassen von Gutachten und können diese im Kontext ihrer Arbeit in der Hygiene und Infektionsprävention einsetzen.

**Leistungsüberprüfung:** K/R/M/PR

#### **Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):**

Siehe *Praxismodul 04FSFHP 01 „Projekt fachspezifisch gestalten“*

**Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:**

- Literaturstudium, Erhebung Praxissituation zur Themenfindung EBN, Erstellung Prüfungsleistung, Postererstellung

**Literaturempfehlungen:**

- Ackley, B. J.; Ladwig, G. B. (2008): Nursing Diagnosis Handbook. An Evidence-Based Guide to Planning Care. 8. Aufl. St. Louis: Mosby /Elsevier
- Barre, Kirsten (2013): Evidence-based Nursing in der pflegedidaktischen Vermittlung. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Behrens, Johann/Langer, Gero (2010a): Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. Bern: Huber
- Behrens, J., & Langer, G. (2016). Evidence based Nursing an Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung-Vertrauensbildende Entzauberung der "Wissenschaft". 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe.
- Behrens, Johann/Langer, Gero (2010a): Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. Bern: Huber
- Behrens, Johann (2011): Evidence based Nursing. In: Schaeffer, Doris/Wingenfeld, Klaus (Hrsg.) (2011): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim / München: Juventa. S. 151–164
- Brandenburg H, Panfil E.M., Mayer H. (2007): Pflegewissenschaft 2. Lehr und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegeforschung. Hans Huber Verlag, Bern.
- Brandenburg, H. Dorscher (2015): Pflegewissenschaft 1. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in das wissenschaftliche Denken in der Pflege. Bern: Hogrefe
- Büker, C. Lademann, J, Müller, K. (2018) Moderne Pflege heute. Stuttgart: Kohlhammer
- Deutsche Gesellschaft Pflegewissenschaft (DGP) Sektion Beraten, Informieren, Schulen (Hrsg.) (2012): Kollegiale Beratung in der Pflege. Ein praktischer Leitfaden zur Einführung und Implementierung: <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/05/LeitfadenBIS1.pdf> (22.12.23)
- Ertl-Schmuck, R. Unger, A., Mibs, M., Lang, C.: (2014): Wissenschaftliches Arbeiten in Gesundheit und Pflege. Tübingen, Basel: utb
- Käppeli S. (2011): Pflegewissenschaft in der Praxis. Eine kritische Reflexion. Hans Huber Verlag, Bern
- Kitson, A. (2008): The need for systems change: reflections on knowledge transfer and organizational change. In: Lournal of Advanced Nursing. 65. Jg., Heft 1, S. 217 – 228
- Krammer, H., Schiller, J., Schmidt, A., Tanczos, A. (2019): Sachverständige und ihre Gutachten. Wien: Manz
- Krüger, L., & Mannebach, T. (2019). One Minute Wonder zielgerecht gestalten. PADUA, 14(4), S. 239-243.
- Kühtz, S. (2021): Wissenschaftlich formulieren. Tipps und Textbausteine für Studium und Schule. Stuttgart: utb.,
- Mayer, H. (2007): Pflegeforschung verstehen. Facultas Verlag Wien
- Mayer H. (2002): Einführung in die Pflegeforschung. Facultas Verlag, Wien
- Mayer, H. (2003): Pflegeforschung. Elemente und Basiswissen. Wien: Facultas
- Mayer, H. (2022): Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. Wien: Facultas Verlag
- Meyer, Gabriele/Köpke, Sascha (2012): Wie kann der beste pflegewissenschaftliche Kenntnisstand in die Pflegepraxis gelangen? How can best nursing science evidence reach nursing practise? In: Pflege & Gesellschaft. Heft 1 / 12. 17. Jahrgang. Weinheim: Juventa. S. 36–44

- Meyer, Gabriele (2011): Klinische Pflegeforschung: Relevanz und Standortbestimmungen. In: Schaeffer, Doris/Wingenfeld, Klaus (Hrsg.) (2011): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim / München: Juventa S. 137–150
- Panfil, E.M. (2017): Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegende. Bern: Hogrefe
- Rey, F. (o. D.): Hygienepraxis im Gesundheitswesen. Systemlösung. Hygieneprozesse sicher umsetzen. Hamburg: Behr's
- Robert-Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2020): Surveillance von nosokomialen Infektionen . Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert-Koch-Institut. Bundesgesundheitsblatt 2020 · 63:228–241 <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03077-8>
- Ruppert, N. (2022): Das kleine Solo: Das Poster. In E.-M. Panfil, M.-C. Baumann, K. Fierz & Y. Ford (Hrsg.) Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege: Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegende (4. Aufl., S. 341-353). Bern: Hogrefe.
- Ruppert, N. (2017): Das kleine Solo: Das Poster. In: E.-M. Panfil, (Hrsg.): Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegende. (3. Aufl., S. 389-404). Bern: Hogrefe Verlag
- Schiemann, D./Moers, M./Büscher, A. (Hrsg.): Qualitätsentwicklung in der Pflege. Konzepte, Methoden und Instrumente. Stuttgart: Kohlhammer, S. 70 – 101
- Steckelberg A. (2016): Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen und Decision Coaching: Neue Rolle für die Pflege. Pflege. 2016 Sep;29(5): 225-226
- Titler, M., Kleiber, C., Steelman, V., Rakel, B., Budreau, G., Everett, L., Buckwalter, K., Tripp-Reimer, T., Goode, C. (2001). The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care. Critical Care Clinics of North America, 13(4), 497-509.
- Wendt, C. (2004): Compliance in der Umsetzung von Hygienerichtlinien. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2004 · 47:329–333. DOI 10.1007/s00103-004-0807

Kü/Ba/Gi: 28.01.2024

## 2.11 Modul Praxismodul „Projekt fachspezifisch gestalten“ (Projekt)

<b>Modultitel/Modulkennung: 04PRPFH 01 „Projekt fachspezifisch gestalten“ Projekt (Praxismodul)</b>			
<b>Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen:</b> Das Modul ist praxisbegleitend zum Modul 04 MFH 01 „Methoden in der Hygiene und Infektionsprävention“ (Fachspezifisches Modul) <i>Umsetzung Projekt in der Fachpraxis (Prüfungskombination der Module).</i> <i>GGf. praktische Abschlussprüfung.</i>			
<b>480 Praxisstunden, davon 360 Std. AVL und gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ) (12LP)</b>			
<b>Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)</b>			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
<b>Reflexionskategorien:</b>			
<b>2.III Tradition und Emanzipation</b>			
<b>Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion:</b>			
<b>Gestaltende Fachpflege und traditioneller Stillstand in der Hygiene und Infektionsprävention</b>			
<b>Inhalte:</b>			
Projekt- und Projektmanagementbegriff, Projektmerkmale und Anwendungsgebiete, Projektaufbauorganisation (Einbindung in die Organisationsstruktur, Projektbeteiligte und Projektteam), Projektablauf (Initiierung, Definition, Planung, Durchführung, Abschlussphase), Projektmanagementmethoden (u. a. Projektstrukturplanung, Stakeholderanalyse, Risikoanalyse), Merkmale und Bedingungen von Entwicklungs- und Veränderungsprojekten in der Pflegepraxis, Bedeutung von evidenzbasierter und wirksamer Pflege , Vorbereitung auf Praxisprojekte (u. a. Entwicklung von Fragestellungen)			
<b>Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:</b>			
Eine Pflgende <i>„Das muss ich wirklich sagen. Ich kenne es aus dem niederländischen Bereich, da musst du zu Fortbildungen, sonst verlierst du deine Zulassung. Du musst nicht betteln um Fortbildungen, du sagst: ich habe Bedarf. Der Arbeitgeber sagt: Ey, du musst, du musst, du musst. Ja? Und es ist ein Stück weit normal, ne? Ein Stück weit normal. Aber gut, das ist eine ganz andere Sache. Aber auch</i>			

*die Hygienefachkräfte, gerade die Hygienefachkräfte, müssen Fortbildungen machen, ja? Die müssen auch im Team gespiegelt bekommen: die müssen da sensibel sein und in ihre Fortbildungen gehen.“*

*„Aber ich denke, was uns Corona eventuell positiv bescheren wird ist, die Akzeptanz der Krankenhaushygiene ist inzwischen eine ganz andere. Also es hat sich ja durch die (Novellierung?) oder durch die Änderung im Infektionsschutzgesetz seit einigen Jahren schon vieles in die richtige Richtung bewegt. Aber, ich glaube, dieses Jahr, das hört man auch ganz, ganz viel, man sieht uns nicht mehr nur als Störfaktor, die Hygiene kommt, sondern man fragt uns sehr, sehr viel.“*

*„(...) weil wir halt vielen Mitarbeitern einfach unwahrscheinlich viel Sicherheit mit auf den Weg geben konnten. Weil unsere erste Tätigkeit morgens war die Seite des RKIs: Was gibt es Neues? Was muss wieder neu geändert werden? Und man hat ja einfach versucht dieses Chaos irgendwie zu ordnen. Und das ist, glaube ich, sehr, sehr positiv empfunden worden.“*

*„Aber das kommt ja darauf an, wie die Personalentwicklung steht, ne? Es ist so, sind die kompetenzorientiert, und dann hat das eigene Haus seine eigenen Kompetenzen aufgestellt. So. Und bei den einen ist auch Projektmanagement mit drin und bei dem anderen Haus ist Projektmanagement bei Hygienefachkräften nicht drin. Weil problembezogen oder problemorientiertes Handeln ist eine Kompetenz auch, ne? So. Und die lebt ja nur von Problemen, ne? So. Aber problemorientiertes Handeln bedeutet, dass man konfliktfähig sein muss, dass man managen können muss und projektorientiert arbeiten können muss, eben diesen Managementbereich dann auch wieder. Aber dann steht wiederum beraten und Schulung, kommunikativ, das steht immer drin. Das ist definitiv eine Kernkompetenz, die man mitbringen sollte.“*

#### **Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse**

Siehe Modulbeschreibung Modul 04 MFH 01 „Methoden in der Hygiene und Infektionsprävention“ (Fachspezifisches Modul)

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

*Hintergrund ist, wie formelles und informelles Lernen in der Fachweiterbildung miteinander verknüpft werden. So sind in den verschiedenen lernorganisatorischen Kontexten die Operationen des Reflektierens und Lernens einerseits und des Handelns andererseits jeweils unterschiedlich ausgeprägt. Beim Modell des arbeitsverbundenen Lernens werden informelles und formelles Lernen systematisch verbunden. Hier werden arbeitsplatznahe Lernangebote angestrebt. Diese können von Arbeits- und Lernaufgaben bis hin zu Lernstationen und Qualitätszirkeln mit einer eigenen räumlichen und materiellen Infrastruktur reichen (vgl. Dehnbostel 2007, 47). Durch die Integration von informellem und formellem Lernen können sowohl die systematische Planung und Durchführung von Handlungen als auch Reflexionsprozesse angebahnt werden. Ebenfalls dem*

*arbeitsverbundenen Lernen lässt sich das „Lernen durch Hospitation und betriebliche Erkundungen“ zuordnen. Mit dieser Form arbeitsbezogenen Lernens sollen auch Erfahrungen gemacht oder Theoriewissen vertieft werden (Dehnbostel 2007, 48).*

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

#### **Kompetenzen nach DQR Niveau 6:**

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- haben ein breites und integriertes Verständnis von Prozessen des Wissenstransfers. Sie kennen die gängigen Konzepte zum Wissenstransfer und können diese beschreiben.
- setzen die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens korrekt um und argumentieren die Notwendigkeit von Theoriegeleitetem oder evidenzbasiertem Handeln in der Pflegepraxis vor Vertreter\*innen der Berufspraxis.
- verstehen die Logik des Forschungsprozesses. Sie haben ein Verständnis zur Evidenzbasierung und kennen den EBN-Prozess.
- Die Teilnehmenden können eine evidenzbasierte / wissenschaftlich abgeleitete Problemlösung begründen.
- können die besonderen Probleme des Transfers wissenschaftlicher Erkenntnisse in eine überwiegend nicht-akademische Berufspraxis abschätzen. Sie demonstrieren Prinzipien und Methoden, diese Lücke zu schließen und können deren Anwendung erklären
- hinterfragen Praktiken in der Pflegepraxis hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und überprüfen die wissenschaftliche Belegbarkeit der Pflegepraktiken.
- wenden Methoden, Konzepte und Instrumente des Wissenstransfers an und entwickeln Lösungen für Themenstellungen aus der Pflegepraxis.
- können für die Hygiene und Infektionsprävention Implementierungsprojekte planen, die einzelnen Schritte darstellen und diskutieren, beispielhaft ein Thema der Pflegepraxis bearbeiten und für die Berufspraxis aufbereiten sowie ihre Ergebnisse in den Pflegeteams argumentativ verteidigen.
- können hemmende und fördernde Faktoren für den Wissenstransfer von Hygiene und Infektionsprävention in der Pflege identifizieren, einordnen und für ihre Einrichtungen Lösungsvorschläge vornehmen.
- können nach den Phasen des Projektmanagements ein selbstgewähltes Projekt in der Infektionsprävention umsetzen, aufbereiten und in der Pflegepraxis präsentieren.
- haben einen Überblick über die Merkmale von Praxisentwicklungsprojekten.
- Die Teilnehmer\*innen können die Bedeutung von evidenzbasierter und wirksamer Pflege für die Hygiene und Infektionsprävention erklären
- können theoriebasiert Projektideen zur Infektionsprävention aus Fragestellungen der Praxis entwickeln.
- können Lösungen für die Hygiene und Infektionsprävention gemeinsam mit den Teammitgliedern mittels wissenschaftlicher Methoden erarbeiten.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• kennen Projektmanagementmethoden, können eine zielgerichtet auswählen und kontextbezogen für die Infektionsprävention nutzen</li> <li>• können systembezogen die Bedingungen eines Praxisprojektes aufzeigen und berufstypische Problembereiche behandeln.</li> </ul>
<p><b>Leistungsüberprüfung:</b> (P/PBM/PBS/P/KQ)</p> <p><i>Ggf. praktische Abschlussprüfung</i></p> <p><i>Projekt in der Pflegefachpraxis</i></p>
<p><b>Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:</b></p> <p>- Literaturstudium, Umsetzung Projekt in der Fachpraxis, Erstellung Prüfungsleistung</p>
<p><b>Literaturempfehlungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bergmann, R. &amp; Garrecht, M. (2016). Organisation und Projektmanagement (BA KOMPAKT, 2. Aufl.). Berlin: Springer Gabler.</li> <li>• Holzbaur, U. &amp; Bühr, M. (2015). Projektmanagement für Lehrende: erfolgreicher Einsatz von Projekten in der Hochschullehre. Berlin: Springer Gabler.</li> <li>• Litke, H.-D., Kunow, I. &amp; Schulz-Wimmer, H. (2015). Projektmanagement (3., akt. Aufl.). Freiburg: Haufe.</li> <li>• Meyer, H. &amp; Reher, H.-J. (2020). Projektmanagement. Von der Definition über die Projektplanung zum erfolgreichen Abschluss (2., überarb. Aufl.). Wiesbaden: Springer Gabler.</li> <li>• Peipe, S. (2020). Crashkurs Projektmanagement. Grundlagen für alle Projektphasen (8. Aufl.). Freiburg: Haufe Group.</li> <li>• Poser M. &amp; Schwarz S. (2005). Projektmanagement. In M. Poser &amp; K. Schneider (Hrsg.). Leiten, Lehren und Beraten. Fallorientiertes Lehr- und Arbeitsbuch für PflegemanagerInnen und PflegepädagogInnen (S. 557–585). Bern: Verlag Hans Huber.</li> <li>• Ruppert, N. (2022): Das kleine Solo: Das Poster. In E.-M. Panfil, M.-C. Baumann, K. Fierz &amp; Y. Ford (Hrsg.) Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege: Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegende (4. Aufl., S. 341-353). Bern: Hogrefe.</li> <li>• Ruppert, N. (2017): Das kleine Solo: Das Poster. In: E.-M. Panfil, (Hrsg.): Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegende. (3. Aufl., S. 389-404). Bern: Hogrefe Verlag</li> <li>• Stöhler, C., Förster, C. &amp; Brehm, L. (2018). Projektmanagement lehren. Studentische Projekte erfolgreich konzipieren und durchführen. Wiesbaden: Springer Gabler.</li> <li>• Stöhler, C. (2016). Projektmanagement im Studium. Vom Projektauftrag bis zur Abschlusspräsentation (2. Aufl.). Wiesbaden: Springer Gabler.</li> <li>• Ulatowski, H. (2013). Zukunftsorientiertes Personalmanagement in der ambulanten (Alten-)Pflege. Projektmanagement – Retention Management – Mitarbeiterorientierung. Wiesbaden: Springer Gabler.</li> </ul>
<p>Kü/Ba/Gi: 20.01.2024</p>

## 2.12 Modul „Fachspezifische Pflege gestalten“ (Praxismodul)

<b>Modultitel/Modulkennung: 04FSFHP 01 Praxismodul „Fachspezifische Pflege gestalten“</b>		
<p><b>Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen:</b>                  Pflgetheoretisch geleitete Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von authentischen Fällen aus der Fachpflegepraxis nach dem Pflegeprozess. <b>Praktische Abschlussprüfung.</b></p> <p>02PB 01 „Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“ (Basismodul),                  02PBP 01 „Pflegeprozess im Handlungsfeld“, (Praxismodul)</p> <p>01WMIFH01 Wissensfundus entwickeln: Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie (Fachspezifisches Modul)</p> <p>03FASFH 01 Fallorientiertes Arbeiten in der Hygiene und Infektionsprävention: die Subjektperspektive in der Institution (Fachspezifisches Modul)</p> <p>03SPVFH 01 Systemische Perspektiveneinnahme: Prozesse der Versorgung (Fachspezifisches Modul)</p> <p>03SPFH 01 Sicherheit in den Pflgetechniken entwickeln und vermitteln können (Fachspezifisches Modul)</p> <p>04MFH 01 Methoden in der Hygiene und Infektionsprävention (Fachspezifisches Modul)</p>		
<b>90 Praxisstunden, davon 40 Std. AVL und gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ) (3LP)</b>		
<b>Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)</b>		
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>
	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>	
<b>Reflexionskategorien:</b>		

## 2.III Tradition und Emanzipation

### Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion:

#### Identität zur gestaltenden Pflege und Sicherheit durch traditionelle Muster

#### Inhalte:

Individuell aus allen Modulen der Fachweiterbildung, Pflegeprozessmethode, pflegetheoretische Reflexion von Fällen aus der Praxis, Lernstanderhebung, Selbstreflexion, individuelle Übungen.

#### Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

*Eine Pflegende*

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

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

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

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

#### Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

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

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

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

*Pflegetheoretisch geleitete Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von einem authentischen Fall (Fallgruppe) aus der Fachpflegepraxis der Hygiene und Infektionsprävention nach dem Pflegeprozess.*

#### **Kompetenzen nach DQR Niveau 5:**

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

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

<ul style="list-style-type: none"><li>• greifen für die Gestaltung der Pflegeprozessmethode auf unterschiedliche Pflege-theorien zurück und übertragen ihre theoriegeleiteten Überlegungen auf Patient*innen/Bewohner*innenfälle in der fachtypischen Praxis.</li></ul>
<p><b>Leistungsüberprüfung: (P/KQ)</b></p> <p><i>Praktische Abschlussprüfung:</i></p> <p>Pflege-theoretisch geleitete Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von einem authentischen Fall (Fallgruppe) aus der Fachpflegepraxis der Hygiene und Infektionsprävention nach dem Pflegeprozess.</p>
<p><b>Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:</b></p> <p>- Literaturstudium, Prüfungsvorbereitung, pflege-theoretische Reflexion von Fällen in der Praxis, praktische Prüfung simulieren und üben („Skills-Lab“).</p>
<p><b>Literaturempfehlungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Siehe Theoriemodule und spezifisches Angebot der Bildungseinrichtung</li><li>• Gläser-Zikuda, M. (2007): Lernprozesse dokumentieren, reflektieren und beurteilen: Lerntagebuch und Portfolio in Bildungsforschung und Bildungspraxis. Das Heilbrunn: Klinkhardt</li></ul>
Kü/Ba/Gi: 20.01.2024

## 2.13 Modul „Orientierung, Institutionsspezifische Vertiefung und Prüfungsvorbereitung zur Fachpflegenden der Hygiene und Infektionsprävention“

<b>Modultitel/Modulkennung: 04OFH 01 „Orientierung, Institutionsspezifische Vertiefung und Prüfungsvorbereitung zur Fachpflegenden der Hygiene und Infektionsprävention“ (Fachspezifisches Modul)</b>		
<b>Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen:</b> Alle Module der Fachweiterbildung. Das Modul soll dafür genutzt werden, dass sich die Bildungsteilnehmer*innen für ihre Abschlussprüfungen orientieren können. Das Modul soll den Fachweiterbildungen Gelegenheit geben, <b>einrichtungsspezifische Inhalte</b> zu vermitteln, um die Identitätsbildung zu fördern. Zudem sollen in diesem Modul <b>Inhalte und Themen wiederholt</b> werden, um Fachwissen zu festigen.		
<b>90 Stunden Std. und 60 Std. Kontaktstunden und 30 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ)</b>		
<b>Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)</b>		
I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
<p><b>Reflexionskategorien:</b></p> <p><b>2.III Tradition und Emanzipation</b></p> <p><b>Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion:</b></p> <p><b>Identität zur gestaltenden Pflege und Sicherheit durch traditionelle Muster</b></p> <p><b>Inhalte:</b></p> <p>Individuell aus allen Modulen der Fachweiterbildung, Lernstanderhebung, Selbstreflexion, individuelle Übungen, <b>einrichtungsspezifische Inhalte</b></p>		
<b>Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:</b> <i>Eine Pflgende</i>  „Das ist ja ausgerichtet auf die Pflege auch. Dann ist es der Fachkräftemangel, der eigentlich auch so ein bisschen, ich gehe jetzt arbeiten und dann war es das. Also diese ganze berufliche, das		

*berufliche Ethos hat sich ja verschoben auch. Also es sind keine Fachkräfte mehr oder keine Pflegefachkräfte mehr, weil sie es gerne machen und weil sie Leuten und Menschen und Patienten helfen wollen. Das ist halt ihr Job.“*

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

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

### **Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse**

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

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

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

#### **Prüfungsplanung**

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

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

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

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

**Kompetenzen nach DQR Niveau 5:**

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- reflektieren ihre Kompetenzen selbstkritisch und übernehmen hierfür Verantwortung
- sie vertiefen und erweitern ihr Wissen in der Fachpflege für Hygiene und Infektionsprävention situationspezifisch und übernehmen Verantwortung für ihre Lernprozesse
- setzen die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens korrekt um und argumentieren die Notwendigkeit vom theoriegeleiteten oder evidenzbasierten Handeln in der Pflegepraxis vor Vertreter\*innen der Berufspraxis.
- sie beurteilen, zu welchen Themen sie einen Lernbedarf haben und kommunizieren dies mit den Lehrenden der Fachweiterbildung.
- Die Teilnehmenden können eine evidenzbasierte / wissenschaftlich abgeleitete Problemlösung begründen.
- hinterfragen Praktiken in der Pflegepraxis hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und überprüfen die wissenschaftliche Belegbarkeit der Pflegepraktiken für die Hygiene und Infektionsprävention.
- Die Teilnehmer\*innen können die Bedeutung von evidenzbasierter und wirksamer Pflege in der Hygiene und Infektionsprävention erklären.
- entwickeln ein berufliches Selbstbild als Fachpflegende für Hygiene und Infektionsprävention, in dem die pflegetheoretische Reflexion und Legitimation auf Theorien und Modelle selbstkritisch herangezogen wird, um pflegewissenschaftliches Wissen in die Praxis zu transferieren. Sie entwickeln eine pflegeberufliche Identität, in der der Umgang mit neuem Wissen in der Pflege selbstverständlich wird.
- identifizieren sich mit Themen ihrer Institution und entwickeln eine Haltung, mit der sie Verantwortung für Arbeitsprozesse zur Hygiene und Infektionsprävention in ihrer Einrichtung übernehmen.

**Leistungsüberprüfung: (K/R/M/PR)**

*Schriftliche Abschlussprüfung, ggf. mündliche Abschlussprüfung:*

**Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:**

- Literaturstudium, Prüfungsvorbereitung, Reflexionsgespräche

**Literaturempfehlungen:**

- Siehe Theoriemodule und spezifisches Angebot der Bildungseinrichtung
- Gläser-Zikuda, M. (2007): Lernprozesse dokumentieren, reflektieren und beurteilen: Lerntagebuch und Portfolio in Bildungsforschung und Bildungspraxis. Das Heilbrunn: Klinkhardt

---

Kü/Ba/Gi: 20.01.2024

## **2.14 Modultitel und Signaturen im Überblick**

**Fachkraft für Hygiene und Infektionsprävention in der Pflege**

Signatur	Modultitel	Semester
01BB 01	Beziehung gestalten – Pflegeverständnis, Ethisches Handeln, Selbstfürsorge“ (Basismodul)	1
02PB 01	Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“ (Basismodul)	2
02PBP 01	Pflegeprozess im Handlungsfeld (Praxismodul)	2
01SB 01	Systematisches wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege (Basismodul)	1
01WPB 01	Wissenschaftliches Arbeiten im Handlungsfeld (Praxismodul)	1
02GB 01	Grundlagen der Didaktik und Pflegepädagogik für die Identität in Praxisanleitung (Basismodul)	2
03PDB 01	Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln (Basismodul)	3
03FPFH 01	Fachspezifische Pflege gestalten (Praxismodul)	3
04PBB 01	Pflegebildung und Praxistransfer für die Identität in der Praxisanleitung (Basismodul)	4
01PIRSFH 01	Pflegeidentität als Fachkraft für Hygiene entwickeln: Rollenidentität im System (Fachspezifisches Modul)	1
01WMIFH01	Wissensfundus entwickeln: Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie (Fachspezifisches Modul)	1
02ASIFH01	Ausbruchsmanagement in der Hygiene und Infektionsprävention: Sicherheit in der Institution (Fachspezifisches Modul)	2
03FASFH 01	Fallorientiertes Arbeiten in der Hygiene und Infektionsprävention: die Subjektperspektive in der Institution (Fachspezifisches Modul)	3
02EWFH 01	Evidenz: Wissen beurteilen, anwenden und vermitteln können (Fachspezifisches Modul)	2
03SPVFH 01	Systemische Perspektiveneinnahme: Prozesse der Versorgung (Fachspezifisches Modul)	3
03SPFH 01	Sicherheit in den Pflegetechniken entwickeln und vermitteln können (Fachspezifisches Modul)	3
04MFH 01	Methoden in der Hygiene und Infektionsprävention (Fachspezifisches Modul)	4
04PRPFH 01	Projekt fachspezifisch gestalten (Praxismodul)	4
04FSFHP 01	Fachspezifische Pflege gestalten (Praxismodul)	4

---

04OFH 01	<b>Orientierung, Institutionsspezifische Vertiefung und Prüfungsvorbereitung zur Fachpflegenden der Hygiene und Infektionsprävention (Fachspezifisches Modul)</b>	4
----------	---	---