



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

FAKULTÄT WIRTSCHAFTS- UND SOZIALWISSENSCHAFTEN

**Anhang II (Modulhandbuch)
zum Abschlussbericht**

Fachkraft für Intensiv- und Anästhesiepflege

Berufsfeldanalyse für die Fachweiterbildungen in der Pflege (Niedersachsen)

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

Datum 03.09.23

Vorbemerkung

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

Benjamin Kühme
Anja Giesecking
Kirsten Barre

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	III
1 EINLEITUNG	4
1.1 MODULSTRUKTURPLAN KERNCURRICULUM	5
1.2 MODUL „BEZIEHUNG GESTALTEN – PFLEGEVERSTÄNDNIS, ETHISCHES HANDELN, SELBSTFÜRSORGE“ (BASISMODUL) 6	
1.3 MODUL „PFLEGEPROZESS ALS VORBEHALTSAUFGABE FACHSPEZIFISCH GESTALTEN“ (BASISMODUL).....	13
1.4 MODUL „PFLEGEPROZESS IM HANDLUNGSFELD“ (PRAXISMODUL UND BASISMODUL).....	21
1.5 MODUL „SYSTEMATISCHES WISSENSCHAFTSBASIERTES ARBEITEN IN DER PFLEGE“ (BASISMODUL).....	27
1.6 MODUL „WISSENSCHAFTLICHES ARBEITEN IM HANDLUNGSFELD“ (PRAXISMODUL UND BASISMODUL).....	33
1.7 MODUL „GRUNDLAGEN DER DIDAKTIK UND PFLEGEPÄDAGOGIK FÜR DIE IDENTITÄT IN PRAXISANLEITUNG“ (BASISMODUL).....	38
1.8 MODUL „PFLEGEDIDAKTISCH REFLEKTIERTE PRAXISANLEITUNG: PFLEGE VERMITTELN“ (BASISMODUL)	44
1.9 MODUL „PFLEGEBILDUNG UND PRAXISTRANSFER FÜR DIE IDENTITÄT IN DER PRAXISANLEITUNG“ (BASISMODUL) ...	50
2 FACHSPEZIFISCHE MODULE	56
2.1 MODULSTRUKTURPLAN FACHKRAFT FÜR INTENSIV- UND ANÄSTHESIEPFLEGE	56
2.2 MODUL „PERSPEKTIVENWECHSEL IN DER INTENSIV- UND ANÄSTHESIEPFLEGE: ROLLENIDENTITÄT IM BEHANDLUNGSTEAM.....	58
2.3 MODUL „PERSPEKTIVENWECHSEL IN DER INTENSIV- UND ANÄSTHESIEPFLEGE: PFLEGEEMPFÄNGER ZWISCHEN INTENSIVBEHANDLUNG UND PALLIATION	65
2.4 MODUL „PERSPEKTIVENWECHSEL IN DER INTENSIV- UND ANÄSTHESIEPFLEGE: SICHERHEIT IN DER INSTITUTION“ ...	72
2.5 MODUL „FALLORIENTIERTES ARBEITEN IN DER INTENSIV- UND ANÄSTHESIEPFLEGE: DIE SUBJEKTPERSPEKTIVE“	79
2.6 MODUL „FACHSPEZIFISCHE PFLEGE GESTALTEN“ (PRAXISMODUL).....	87
2.7 MODUL „ZUM VERHÄLTNIS EXTERNER UND INTERNER EVIDENZ IN DER INTENSIV- UND ANÄSTHESIEPFLEGE“	93
2.8 MODUL „PERSPEKTIVENWECHSEL IN DER INTENSIV- UND ANÄSTHESIEPFLEGE: PROZESSE DER VERSORGUNG“	100
2.9 MODUL „FUNKTIONSERSATZ TECHNIK – PFLEGEEMPFÄNGER SCHÜTZEN“	107
2.10 MODUL „WISSENSTRANSFER IN DIE FACHPRAXIS DER INTENSIV- UND ANÄSTHESIEPFLEGE - KONZEPTE UND METHODEN“	114
2.11 MODUL PRAXISMODUL „PROJEKT FACHSPEZIFISCH GESTALTEN“ (PROJEKT)	120
2.12 MODUL „FACHSPEZIFISCHE PFLEGE GESTALTEN“ (PRAXISMODUL).....	124
2.13 MODUL „ORIENTIERUNG, INSTITUTIONSSPEZIFISCHE VERTIEFUNG UND PRÜFUNGSVORBEREITUNG ZUR FACHPFLEGENDEN DER INTENSIV- UND ANÄSTHESIEPFLEGE“	127
2.14 MODULTITEL UND SIGNATUREN IM ÜBERBLICK	130

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 ihren Bedürfnissen neu anzuordnen, sofern sich die auf das Semester bezogene Arbeitslast (Workload) nicht verändert. Da sich einige Praxismodule unmittelbar im selben Semester auf Theoriemodule beziehen, um das Theorie-Praxislernen zu unterstützen, sind diese Anordnungen der Module im Zuge von Verschiebungen zu berücksichtigen (u.a. Theoriemodul Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten in Kombination mit dem Praxismodul 2/ Pflegeprozessmethode im Handlungsfeld) (ausführlich Abschlussbericht, Kapitel 2).

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

1.1 Modulstrukturplan Kerncurriculum

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Aus der Perspektive der Institution

Machtmissbrauch in helfenden Berufen findet in unterschiedlicher Form statt. 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.¹ Am Beispiel der Patientenmorde im nationalsozialistischen Deutschland bekommen wir den erschütternden Beleg, dass traditionell befolgte Autorität in der Berufsgruppe eine entscheidende Rolle für die Tötungen im Nationalsozialismus spielte. In der Zusammenarbeit von Pflege und Medizin wurden Patientenmorde begangen. Sowohl im Rahmen ärztlicher Assistenz, in der die Patienten der Tötung zugeführt wurden, als auch in Form direkter Durchführung von Patientenmorden, waren 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-Morde² anführe:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Aus der Perspektive der Interaktion

Wie in den Interviews schon ablesbar, vermuten die Pflegenden innere Veränderungsprozesse, die im Laufe der Berufsjahre stattfinden. Und tatsächlich gibt die pflegewissenschaftliche Literatur Hinweise auf moralischer Desensibilisierung (Kersting 2002, 2011) und unbewältigtem Erleben in der Pflegearbeit, das zu psychischen Veränderungen führt und Auswirkungen auf das Verhalten der Pflegenden mit sich bringt (Sowinski 1991, Overlander 1999). Hintergrund mag die Nähe (Mimesis) zu den Patient*innen sein, die oftmals ein Mitleiden abverlangt. Dies vor dem Hintergrund, dass 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 „Kälteellipse“ 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.

<p>Kompetenzen nach DQR Niveau 6:</p> <p>Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit</p> <p>Die Teilnehmenden...</p> <ul style="list-style-type: none"> • ... 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. • ... setzen sich kritisch mit verschiedenen ethischen Ansätzen als Maßstab für pflegerisches Handeln auseinander und bewerten diese für die Fachpraxis. • ... kennen aus Konzepten und Studien die Zusammenhänge zwischen dem Erleben und Bewältigen der beruflichen Belastungsfaktoren und Selbstfürsorge in der Pflege. • ... kennen die spezifischen Belastungsindikatoren ihres Praxisfeldes und können diese der „Cool-Out-Theorie“ zuordnen. • ... Reflektieren eigene Belastungssituationen auf das Konzept der „moralischen Desensibilisierung“ • ... setzen sich mit ihrem eigenen Denken, Fühlen und Handeln am Arbeitsplatz auseinander und setzen sich mit ihren eigenen Grenzen auseinander. • Entwickeln für sich Lösungen und Lösungsstrategien, um der „moralischen Desensibilisierung“ in ihrem Arbeitsfeld zu entgehen. • ... verstehen Selbstfürsorge als Bestandteil des professionellen Pflegehandelns und als Teil der beruflichen Identität. • Kennen und verstehen „Caring-Konzepte“ aus der Pflegewissenschaft und können diese für die eigene Haltung bewerten. • ... beschreiben Patientenorientierung als Grundlage pflegerischen Handelns und übertragen „Caring-Konzepte“ auf ihr berufliches Handlungsfeld in der Fachpraxis.
<p>Leistungsüberprüfung: P/R/PFP</p>
<p>Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):</p>
<p>Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:</p> <p>- Literaturstudium, Reflexion Praxissituationen, Erstellung Prüfungsleistung</p>
<p>Literaturempfehlungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arndt, Marianne (1996): Ethik denken – Maßstäbe zum Handeln in der Pflege. 1. Auflage. Stuttgart: Thieme. • Ahmann, Martina (2001): Was bleibt vom menschlichen Leben unantastbar? Kritische Analyse der Rezeption des praktisch-ethischen Entwurfs von Peter Singer aus praktisch-theologischer Perspektive. Münster: LIT (Theologie und Praxis 11) • Eisele, C. (2017): Moralischer Stress in der Pflege: Auseinandersetzungen mit ethischen Dilemmasituationen. Wien: Facultas. • Gaida, U. (2007): Zwischen Pflegen und Töten. Krankenschwestern im Nationalsozialismus, Mabuse-Verlag Frankfurt/Main. • Greb, Ulrike (2003). Identitätskritik und Lehrerbildung. Frankfurt am Main: Mabuse

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

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

Modultitel/Modulkennung: 02PB01 „Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“ (Basismodul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Fallerhebung aus der Fachpraxis in Praxismodul 02PBP01 „Pflegeprozess im Handlungsfeld“ (ggf. Prüfungskombination der Module).</i>			
Workload: 150 Std davon 60 Std. Kontaktstunden, 90 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
<p>Reflexionskategorien:</p> <p>2.II Selbstbestimmung und Fremdbestimmung</p> <p>2.I Beziehung und Methode</p> <p>Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion:</p> <p>Neutralisierung des Pflegeempfängers durch Theorie</p> <p>Besinnung auf genuines Instrument der Pflege im Behandlungsprozess</p> <p>(Pflege-) Theorie im theoriefeindlichen Pflegemilieu</p> <p>Themen/ Schlüsselprobleme/Inhalte:</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 Pflegende

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

Ein Pflegender:

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

Eine Gruppe von Pflegenden:

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

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

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

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

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

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

Vorschlag zum AVL:

Modulleistung Praxismodul „Pflegeprozess im Handlungsfeld“ (Praxisbericht schriftlich)

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

- *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

- Marriner-Tomey, A. (1992): *Pflegetheoretikerinnen und ihr Werk*. Kassel: Recom Verlag
- Leininger, Madeleine (1998): *Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege*. Freiburg i. Br.: Lambertus-Verlag,
- Mayer, H. (2019): *Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr? Ein Beitrag über die Rolle der Lehre im Zusammenhang mit der Theorieentwicklung in der Pflege*. *Pflege & Gesellschaft*. 24. Jhrg. H 2. Weinheim: Beltz, Juventa. S. 110- 122
- Mc Closky, J.; 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

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

Modultitel/Modulkennung: 02PBP01 „Pflegeprozess im Handlungsfeld“ (Basismodul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: Das Modul ist ein praxisbegleitend zum Modul 02PB01 „Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“ (Basismodul) <i>Fallerhebung in der Fachpraxis (Prüfungskombination der Module).</i>			
480 Praxisstunden, davon 240 Std. AVL und gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ) (8LP)			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
<p>Reflexionskategorien:</p> <p>2.II Selbstbestimmung und Fremdbestimmung</p> <p>2.I Beziehung und Methode</p> <p>Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion:</p> <p>Neutralisierung des Pflegeempfängers durch Theorie</p> <p>Besinnung auf genuines Instrument der Pflege im Behandlungsprozess</p> <p>(Pflege-) Theorie im theoriefeindlichen Pflegemilieu</p> <p>Themen/ Schlüsselprobleme/Inhalte:</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>			

Critical Thinking/Diagnostischer Prozess

Fallverläufe in Institutionen, Patient*innenschädigungen

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

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Pflegende

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

Ein Pflegender:

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

Eine Gruppe von Pflegenden:

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

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

„Und da gehen wir die 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

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 02BP01 „Pflegeprozess im Handlungsfeld“ (Praxisbericht schriftlich)

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

- *Falldarstellung*

Modulleistung O2PB01 „Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“ (schriftliche Hausarbeit)

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

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Erhebung Fallsituation in der Fachpraxis, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

- Alfaro-LeFevre, R. (2013): Pflegeprozess und kritisches Denken. Praxishandbuch zum kritischen Denken, Lösen von Problemen und Fördern von Entwicklungsmöglichkeiten. Bern: Hans Huber Verlag.
- Ashworth, P.; Bjorn A. (1987): People's need for nursing care. A European Study, Eigenverlag der WHO. Kopenhagen: Eigenverlag der WHO.
- Benner, Patricia (2012): Stufen zur Pflegekompetenz. From novice to expert. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber,
- Bulechek, G.; Butcher, H.; Mc Closky, J. (2018): Nursing Intervention Classification (NIC). St. Louis: Mosby.
- Carpentio-Moyet, L. (2011): Das Pflegediagnosen- Lehrbuch. Pflegeassessment- Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen für Profis und Praxis. Bern: Hans Huber Verlag.
- Diegmann-Hornig, K.; Jurgschat-Geer, H.; Beine, M.; Neufeld, G. (2009): Pflegebegutachtung. Lehrbuch für Sachverständige und Gutachten in der Pflege. Bern: Hans Huber Verlag.
- Doenges, M. E.; Moorhouse, M. F.; Geissler-Murr, A. C. (2019): Pflegediagnosen und Maßnahmen. 6. vollst. Aktual. U. überarb. Aufl. Bern: Hans Huber Verlag.
- Fiechter, V.; Meier, M. (1998): Pflegeplanung. Kassel: Recom Verlag.
- Georg, J.; Fischer, J. (Hrsg.) (2011): Das Pflegeprozess-Lehrbuch. Bern: Hogrefe AG
- Friedemann, Marie- Luise, Köhler, 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.; Herdman, H.; Herdman; Kamitsuru, S. (Hrsg.) (2017): NANDA International Pflegediagnosen. Pflegediagnosen Definitionen und Klassifikation. 2019-2020. Unter Mitarbeit von S. Berger, H. Mosebach und Johnson, M.. Maryland Heights: Elsevier Mosby.
- Kühme; Benjamin (2022): Theoriegeleitetes Handeln als pflegerisches Bildungsmuster. Teil 1: empirischer Zugang. Teil 2: Konsequenzen in einem Pflegestudiengang. In: Padua. Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, Patientenedukation und -bildung. 17. Jhr. Heft 3/22. Bern: Hogrefe,
- Kußmaul, J.; Vater, A. (2017): Pflegeplanung. 2. Aktualisierte und erweiterte Auflage, Stuttgart: Thieme, verfügbar unter: https://cne.thieme.de/cne-webapp/r/library/page/pdf/-/9783132400580_toc
- Marriner-Tomey, A. (1992): Pflegetheoretikerinnen und ihr Werk. Kassel: Recom Verlag
- Leininger, Madeleine (1998): Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. Freiburg i. Br.: Lambertus-Verlag,

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

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

Modultitel/Modulkennung: 01SB01 „Systematisches wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege“ (Basismodul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Themenerhebung in der Fachpraxis im Praxismodul 01WPB01 „Wissenschaftliches Arbeiten im Handlungsfeld“ (ggf. Prüfungskombination der Module).</i> <i>Modul „Zum Verhältnis externer und interner Evidenz in der Intensiv- und Anästhesiepflege“</i>			
Workload: 150 Std davon 40 Std. Kontaktstunden, 110 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
<p>Reflexionskategorien:</p> <p>3.II Humanisierung und Sozialtechnologie</p> <p>2.I Beziehung und Methode</p> <p>Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion:</p> <p>Verwertungsbezug: Wissenschaftliches Arbeiten als benötigte Kernkompetenz</p> <p>Wissenschaftliche Evidenz im Widerspruch zur Lebenswelt der Pflegeempfänger*in</p> <p>Themen/ Schlüsselprobleme/Inhalte:</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 (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</p>			

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

Leistungsüberprüfung: HA/K/R/PFP

Prüfungskombination mit Praxismodul „Wissenschaftliches Arbeiten im Handlungsfeld“

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

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

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Erhebung Praxissituation zur Themenfindung EBN, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

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

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

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

Modultitel/Modulkennung: Praxismodul 01WBP 01 „Wissenschaftliches Arbeiten im Handlungsfeld“ (Basismodul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Inhalte aus 01SB01 „Systematisches wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege“ (Basismodul) (ggf. Prüfungskombination der Module).</i>			
480 Std. Praxis, davon 240 Std. AVL und gesteuerte Selbststudienzeit in der Praxis (SSZ) (8 LP)			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
<p>Reflexionskategorien:</p> <p>3.II Humanisierung und Sozialtechnologie</p> <p>2.I Beziehung und Methode</p> <p>Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion:</p> <p>Verwertungsbezug: Wissenschaftliches Arbeiten als benötigte Kernkompetenz</p> <p>Wissenschaftliche Evidenz im Widerspruch zur Lebenswelt der Pflegeempfänger*in</p> <p>Themen/ Schlüsselprobleme/Inhalte:</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>			
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

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

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

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

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

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

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

Leistungsüberprüfung: PBM/PBS/PMU

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

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

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

- Fallerhebung nach Arbeitsverbundenem Lernen – Themenfindung zum EBN

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Erhebung Praxissituation zur Themenfindung EBN, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

- Ackley, B. J.; Ladwig, G. B. (2008): Nursing Diagnosis Handbook An Evidence-Based Guide to Planning Care. 8. Aufl. St. Louis: Mosby /Elsevier

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

Modultitel/Modulkennung: 02GB01 „Grundlagen der Didaktik und Pflegepädagogik für die Identität in Praxisanleitung“ (Basismodul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: Das Modul ist ein Grundlagenmodul für die Vertiefung zur Praxisanleitung in den Fachweiterbildungen mit den Modulen <i>Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln und Pflegebildung und Praxistransfer für die Identität in der Praxisanleitung</i> .			
Niedersächsische Landesschulbehörde (2019): Empfehlungen für Maßnahmen einer berufspädagogischen Qualifikation zur Praxisanleitung anteilig Modul 7			
Workload: 150 Std davon 40 Std. Kontaktstunden, 110 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
<p>Reflexionskategorien:</p> <p>1.I Erfahrung und Entfremdung</p> <p>2.I Pflegequalität und Handlungsautonomie</p> <p>2.II Berufstradition und Wissenschaft</p> <p>Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion:</p> <p>Trotz eigener (Lern-) Erfahrung Habitus zur Lehrenden entwickeln</p> <p>Rollenklarheit finden: bin ich Pflegende und/oder Lehrende?</p> <p>(Pflege-) Theorie im theoriefeindlichen Pflegemilieu</p> <p>Themen/ Schlüsselprobleme/Inhalte:</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). Lektürestudium. Methodenseminar.</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>Kompetenzen nach DQR Niveau 6:</p> <p><u>Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit</u></p> <p>Die Teilnehmenden...</p> <ul style="list-style-type: none"> • ... können eine Auswahl von didaktischen Modellen und Theorien voneinander abgrenzen und zur Bewertung von Lehr- Lernsituationen in der Pflegepraxis einander gegenüberstellen. • ... vertiefen ein ausgewähltes didaktisches Modell und schätzen dessen legitimatorische Wirkweise zur Entwicklung von Lehr- Lernsituationen in der Pflegepraxis ab. • ... bewerten Methoden und didaktische Theorien zur Gestaltung von Lehr-Lernsituationen in der Pflegepraxis kritisch. • ... konzipieren Lehr- Lernsituationen in der Pflegepraxis unter Verwendung von didaktischen Modellen und Methoden. • ... wenden didaktische Modelle und Methoden für Lehr- Lernsituationen in der Pflegepraxis an und untersuchen kritisch, in welcher Form Theorien, Modelle und Methoden für klinische Lehr- Lernsituationen angepasst und umgewandelt werden müssen. • ... vermitteln pflegewissenschaftliches Wissen unter Begründung von didaktischen Modellen und Theorien und interagieren mit Vertreter*innen der Berufspraxis und Pflegeempfänger*innen angemessen und lösungsorientiert. • ... entwickeln ein berufliches Selbstbild, in dem die didaktische Reflexion und Legitimation auf Theorien und Modelle selbstkritisch herangezogen wird, um pflegewissenschaftliches Wissen in die Praxis zu transferieren. Sie entwickeln eine pflegeberufliche Identität, in der der Umgang mit neuem Wissen in der Pflege selbstverständlich wird.
<p>Leistungsüberprüfung: HA/R/PR/</p>
<p>Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):</p>
<p>Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:</p> <p>- Literaturstudium, Reflexion Praxissituation zur Anleitung, Erstellung Prüfungsleistung</p>
<p>Literaturempfehlungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arnold, Rolf, Siebert, Horst (2006): Konstruktivistische Erwachsenenbildung: Von der Deutung zur Konstruktion von Wirklichkeit. Hohengehren: Schneider, • Faulstich, Peter, Zeuner, Christine (2010): Vermittlung als Unterstützung des Lernens – didaktische Perspektiven. In: Faulstich, Peter, Zeuner, Christine, Andresen, Sabine (Hrsg.), Hurrelmann, Klaus (Hrsg.), Palentien, Christian (Hrsg.), Schröer, Wolfgang (Hrsg.) (2010): Erwachsenenbildung. Weinheim, Basel: Beltz. S. 27-40 • Gerlach, A. (2013): Professionelle Identität in der Pflege. Akademisch Qualifizierte zwischen Tradition und Innovation. Frankfurt am Main: Mabuse. • Heimann, Paul, Otto, Gunter, Schulz, Wolfgang (1979): Unterricht: Analyse und Planung. 10., unveränderte Auflage. Hannover: Schroedel, • Hotze, Elke (1994): Die Rolle der Pflege in der medizinischen Rehabilitation – ein theoretischer und empirischer Beitrag zur beruflichen Identität und Professionalisierung in den Pflegeberufen. Frankfurt am Main: Mabuse, • Jank, Werner; Meyer, Hilbert (2011): Was ist Didaktik? In: Jank, Werner; Meyer, Hilbert (2011): Didaktische Modelle. 10. Auflage. Berlin: Cornelsen. S.10-27

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

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

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

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

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 PflAPrV/Wie können Kompetenzen sinnvoll in der Anleitungsarbeit 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.

<ul style="list-style-type: none"> • ... entwickeln und vergleichen Aufgabenstellungen zur Theorie-Praxis- Vernetzung (arbeitsgebundenes, arbeitsverbundenes und arbeitsorientiertes Lernen) in der Pflegepraxis und prüfen deren Anwendungsbezug. • ... schätzen die Aufgaben zum Theorie- Praxis- Transfer für die Identitätsbildung der Lernenden in der Pflegepraxis ab. • ... adaptieren Kompetenzklassifikationen (u.a. DQR, PflAPrV) für die Gestaltung von Lehr- Lern- Arrangements in der Pflegpraxis und richten die Lernaufgaben daran aus. • ... leiten Elemente aus der Bildungsforschung für die Evaluation ihrer Lehr- Lern- Arrange- ments ab und bewerten diese. • Mit Hilfe des Szenischen Spiels tauschen sich die Bildungsteilnehmer*innen zur Lernpro- zessbegleitung und zum Phänomen der Prüfungsangst aus – sie entwickeln Lösungsstrate- gien zur Bewältigung. • ... bewerten das Konzept des Selbstgesteuerten Lernens in der Pflegepraxis kritisch und übernehmen Verantwortung für die Lern- und Bildungsprozesse der Schüler*innen, Weiter- bildungsteilnehmer*innen und Pflegeempfänger*innen.
<p>Leistungsüberprüfung: wahlweise HA/P/R/PFP</p> <p>Vorschlag: Vertiefung eines selbstgewählten Modells zur Gestaltung von Anleitung in der Fach- praxis.</p>
<p>Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):</p>
<p>Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:</p> <p>- Literaturstudium, Themenvertiefung, Erstellung Prüfungsleistung</p>
<p>Literaturempfehlungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Altmeyden, Sandra (2022): Identität – Beruf – Bildung. Wie Auszubildende den Pfleg- eberuf biografisch einbetten und berufliche Identitätsarbeit leisten. Eine qualitative Studie. Weinheim, Basel: Beltz Juventa. • Arens, F. (2015): gesetzlicher Auftrag zur Praxisbegleitung und Praxisanleitung in den Gesundheitsberufen. In: Praxisbegleitung in der beruflichen und akademischen Pflegeausbildung. Eine Standortbestimmung. Berlin: Wissenschaftlicher Verlag. S. 26-49 • Böttgermann, Marlies, Kühme, Benjamin, Schöniger, Ute (2019): Das Praxiscurriculum im Studiengang Pflege dual - Das Osnabrücker Modell: Spagat zwischen Anspruch und Alltag. PADUA. (01) „Praxislernen im Pflegestudium“. Bern Hogrefe: Huber. S. 21-28, • Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Gesundheit (2019): Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG. Berlin • Darmann-Finck, Ingrid, Muths, Sabine (2016): Lernen im Prozess der Arbeit - Theorie- Praxis-Verknüpfung in der akademischen Erstausbildung. In: Therapie Lernen. Zeitschrift für Lehrende und Lernende (2016/2017). Heft 5. 5.Jahrg. Bremen: Edition HarVe. S. 6-13 • Emmrich, D., Hotze, E., Moers, M. (2006): Beratung in der ambulanten Pflege. Prob- lemfelder und Lösungsansätze mit Fortbildungskonzept. Seelze, Velber: Kallmeyer, • Giesecking, Anja, Kühme, Benjamin, Hotze, Elke, Braun von Reinersdorff, Andrea, Pope, Martin (2022): Integration hochschulischer Bildung in die berufliche Weiterbildung. In- tegration of higher education in vocational specialised education. In: Pflege& Gesell- schaft (2022). H. 1. 27. Jg. Weinheim: Beltz Juventa. S. 32- 45 • Heimann, Paul, Otto, Gunter, Schulz, Wolfgang (1979): Unterricht: Analyse und Pla- nung. 10., unveränderte Auflage. Hannover: Schroedel, • Kühme, Benjamin, Narbei, Ethel (2019): Pflegedidaktisch reflektierte Transferaufgaben zur Praxis-Theorie-Vernetzung. PADUA. (01). „Praxislernen im Pflegestudium“ Bern Hogrefe: Huber. S. 13-19.

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

2 Fachspezifische Module

2.1 Modulstrukturplan Fachkraft für Intensiv- und Anästhesiepflege

Curriculum der Fachweiterbildung Fachkraft für Intensiv- und Anästhesiepflege in Niedersachsen					
Semester Workload	Basismodule und fachspezifische Module				
1 900 Std.	Beziehung gestalten – Pflegeverständnis, Ethisches Handeln, Selbstfürsorge	Systematisches, wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege	Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Rollenidentität im Behandlungsteam	Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Pflegeempfänger zwischen Intensivbehandlung und Palliation	Praxismodul 1/Wissenschaftliches Arbeiten im Handlungsfeld
	5 LP; 150 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 90 Std. gesteuerte SSZ P/R/PFP DQR 6	5 LP; 150 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 110 Std. gesteuerte SSZ HA/K/R/PFP ¹ DQR 6	2 LP; 60 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 20 Std. gesteuerte SSZ K/R/M DQR 5	2 LP; 60 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 20 Std. gesteuerte SSZ K/R/M DQR 5	8 LP; 480 Praxisstunden, davon 240 Std. AVL und SSZ in der Praxis, PBM/PBS/PMU DQR 6
2 900 Std.	Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Sicherheit in der Institution	Zum Verhältnis externer und interner Evidenz in der Intensiv- und Anästhesiepflege	Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten	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 DQR 5	2 LP; 60 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 20 Std. gesteuerte SSZ K/R/M/PR DQR 5	5 LP; 150 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 90 Std. gesteuerte SSZ PR/R/HA/P/PFP DQR 6	5 LP; 150 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 110 Std. gesteuerte SSZ HA/PR DQR 6	8 LP; 480 Praxisstunden, davon 240 Std. AVL und SSZ in der Praxis, PBS/PMU DQR 6
3 900 Std.	Fallorientiertes Arbeiten in der Intensiv- und Anästhesiepflege: die Subjektperspektive	Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Prozesse der Versorgung	Funktionsersatz Technik – Pflegeempfänger schützen	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 DQR 5	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. gesteuerte SSZ K/R/M/PR DQR 5	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. gesteuerte SSZ K/R/M/PR DQR 5	5 LP; 150 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 110 Std. gesteuerte SSZ HA/PR/R DQR 6	8 LP; 480 Praxisstunden, davon 240 Std. AVL und SSZ in der Praxis, PBM/PBS/PMU DQR 5
4 900 Std.	Orientierung, Institutionsspezifische Vertiefung und Prüfungsvorbereitung zur Fachpflegenden der Intensiv- und Anästhesiepflege	Wissenstransfer in die Fachpraxis der Intensiv- und Anästhesiepflege	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 DQR 5	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. gesteuerte SSZ K/R/M/PR DQR 6	3 LP; 90 Praxisstunden, davon 40 Std. AVL und SSZ in der Praxis P/KQ DQR 5	5LP; 150 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 110 Std. gesteuerte SSZ HA/P/R/PFP DQR 6	12 LP; 480 Praxisstunden, davon 360 Std. AVL und SSZ in der Praxis, P/PBM/PBS/P/KQ DQR 6
Workload: 3600 Std.	Total fachspezifische Module: 62 LP , Präsenzstunden 460	LP Insgesamt: 92 (Niveau DQR 5 und 6)	Total horizontale Anrechnung (Nds.): 66 LP , 280 Präsenzstunden	Total Anrechnung vertikale Anrechnung: 61 LP möglich (DQR 6)	Total Stunden Praxis: 2010 Std. (LP 39)
	Total Basismodule Nds. (horizontal und vertikal, DQR 5 und 6): Präsenzstunden 280		Total horizontale Anrechnung Basismodule (RP/SH): mind. 6 LP (10 Nds.)		
740 Stunden Präsenztheorie					
Legende	Basismodul: horizontale Anerkennung FWB (Nds., RP, SH), DQR 6 für vertikale Anerkennung , tertiäre Bildung				
	Fachspezifisches Theoriemodul (Präsenz und gesteuerte SSZ), DQR 5 und DQR 6				
	Praxismodul (Praxis und gesteuertes SSZ im Rahmen AVL, anteilig LP), DQR 5-6				

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

2.2 Modul „Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Rollenidentität im Behandlungsteam“

Modultitel/Modulkennung: 01PWBFIA 01 „Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Rollenidentität im Behandlungsteam“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen:			
<i>Modul „Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Sicherheit in der Institution“ (Fachspezifisches Modul)</i>			
<i>Modul „Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Pflegeempfänger zwischen Intensivbehandlung und Palliation“ (Fachspezifisches Modul)</i>			
<i>Modul „Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Prozesse der Versorgung“ (Fachspezifisches Modul)</i>			
<i>Modul „Beziehung gestalten – Pflegeverständnis, Ethisches Handeln, Selbstfürsorge“ (Basismodul)</i>			
Workload: 60 Std davon 40 Std. Kontaktstunden, 20 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
	↓	↓	↓
Reflexionskategorien:			
1.II Empathie und Intervention (Methode)			
1.I Tradition und Emanzipation			
2.II Teamarbeit und Konkurrenz			
Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion:			
Anerkennung des Pflegebedürftigen im „Care“			
Asymmetrie zwischen Berufsbildern			
Rollenambiguität: Übernahme ärztlicher Tätigkeiten aus Sicht der Ablauforganisation			
Inhalte:			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cure vs. Care: Kategorische Differenzen zwischen Sichtweisen der Medizin und der Pflege ▪ Cure and Care, pflegerische Sorge im medizinischen Behandlungsprozess ▪ Status der Berufsgruppen → offizielle vs. faktische Handlungsvollmacht (Hierarchie), Rollenselbst- und Rollenfremdbilder, 			

- Delegation/Substitution: Offizielle Handlungsmacht und inoffizielle Handlungsstrategien der Pflegenden in der Praxis
- Aufgabenwahrnehmung, Sicherstellung der Diagnostik und Therapie durch Pflegende (Benner)
- Diagnostische und therapeutische Maßnahmen (Auswahl von Erkrankungen der oberen Atemwege: Respiratorische Insuffizienz, Kapnometrie, Laryngospasmus etc. Tracheotomie, Koniotomie, Intubation, "Weaning", Pleurapunktion, Intubationsnarkose, Spinalanästhesie, Periduralanästhesie und Gasnarkose usw.), Prämedikation, Narkosemedikamente, Weiterführung und Ausleitung von Narkosen
- Bereiche der Pflegepraxis nach Benner (Steuerung von Diagnostik und Therapie etc.)
- Pflegerische Aufgabe der Überwachung von Beatmung, Infusionstherapie, Liquorpunktion, Schmerztherapie u. a.

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Pflegende

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

„(...) im Rahmen dieses Unterrichts erzählte ein Teilnehmer quasi, dass bei der Extubation in der Anästhesie, also Narkoseausleitung, der Tubus gezogen wurde und der Patient danach quasi einen Laryngospasmus bekommen hat, das heißt, die Atemwege sind angeschwollen, die Stimmritze hat sich verkrampft und es ging halt keine Luft mehr rein. Und trotz Beutel-Masken-Beatmung und den neunten Versuch eines Tubus einzuführen, das ging alles gar nicht, sodass irgendjemand in diesem Team schon gesagt hat: „Na ja, vielleicht müssen wir auch koniotomieren, Luftrohrschnitt machen, weil wir kriegen sonst keine Luft in diesen Patienten rein.“ Das ist kommuniziert worden, von allen auch eben wahrgenommen, aber auch nicht so richtig wahrgenommen, weil es hat keiner sich getraut das zu machen. Das ist relativ invasive Maßnahme. Ist auch nicht unbedingt pflegerische Maßnahme, aber vielleicht schon Aufgabe der Pflege, zu sagen: „So, das, lieber Arzt, ist genau das, was du machen musst, damit wir diesen Patienten das Leben retten.“ Weil den Algorithmus, den kennt auch der Pflegende nämlich. Und letztendlich ist der Patient erst koniotomiert worden, als er remissionspflichtig wurde. So und dann ist er auf die Intensivstation gegangen, hat da ein paar Tage auf der Intensivstation verbracht, ist dann aber entlassen worden. Und die Aussage des Teilnehmers war, und das fand ich sehr erschreckend, da hat er nämlich nicht aus der Sicht des Teilnehmers, also des Patienten gesprochen, sondern der Teilnehmer sagte: „Das ist ja noch mal gut gegangen.“ Da habe ich gesagt: „Was meinst denn du, das ist noch mal gut gegangen?“ Der Patient war remissionspflichtig, der hat vier Tage auf der Intensivstation verbracht mit allen möglichen Komplikationen, die man da so erleiden kann, was ist daran jetzt noch mal gut gegangen? Nur, dass er nicht gestorben ist, ist jetzt das Gute daran? Diese Wahrnehmung, Reflexion, was tun wir eigentlich gerade und das war eigentlich gerade eine schlimme Situation und da hat er halt aus Sicht des Patienten überhaupt nicht nachgedacht. Weil der Patient hat jetzt Schmerzen erlitten in dem Moment, hat Komplikationen erlitten, die hätten nicht

sein müssen, nur weil irgendjemand im Vorfeld vielleicht nicht richtig kommuniziert hat. Und das sehe ich als pflegerische Maßnahme, da die Haltung zu haben, und die Verantwortung zu tragen, auch andere Berufsgruppen darauf hinzuweisen: „Das, was ihr hier gerade macht, das ist nicht korrekt.“ Es geht nicht darum, dass der Pflegende selbst welche invasiven Maßnahmen machen soll. Das ist auch gar nicht sein Aufgabenfeld. Aber er soll schon im Team kommunizieren können und beharrlich sein und ein gutes Teammitglied sein, was auch dazu gehört. Und nicht nur Assistentenkraft zu sein: „So, ich muss jetzt. Der Arzt sagt, ich mache jetzt.“ Sondern auch aktiv mitdenken. Und deswegen ist es wichtig, dass er halt auch Prozess auch kennt, Algorithmen kennt, um da zu reagieren. Weil jetzt haben wir einen Patienten gehabt, der hat vier Tage auf der Intensiv gelegen mit der Gefahr eines Delirs zum Beispiel und damit einhergehend mit der Gefahr des posttraumatischen Belastungssyndrom mit vielleicht auch, je nachdem, nach dem Alter des Patienten, auch vielleicht eine höhere Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken. Das sind so Dinge, die können wir verhindern eigentlich. Das ist so das. Genau. Und die Erwartungshaltung haben natürlich auch die Patienten. Wenn ich Patient wäre und komme in die Anästhesieabteilung oder auf die Intensivstation, dann erwarte ich natürlich auch, dass die Berufsgruppen miteinander sprechen.“

„Zum Beispiel ist das Weaning, Weaning rein formal ist ärztlich Tätigkeit, die, wenn wir vielleicht gute Ärzte haben, vielleicht an das Pflegepersonal delegiert werden können, aber ich kenne auch Intensivstationen, da hat die Pflege nicht ans Beatmungsgerät zu gehen. Ich bin aber der festen Überzeugung, dass Fachkräfte für Intensiv-, Anästhesiepflege, die gut ausgebildet sind, wesentlich besser Patienten Weaning können, weil sie in der Situation Beatmungsparameter anpassen können. Zum Beispiel ändere ich die Lage des Patienten, ändert sich die Compliance der Lunge in dem Moment und das heißt, das Beatmungsgerät muss angepasst werden. Das kann der Arzt nicht leisten, weil der betreut zehn, 15 Intensivpatienten, springt von A nach B, das können die Pflegekräfte in meinen Augen wesentlich besser. Also das heißt eigentlich, und da würde ich nicht mehr von Delegation sprechen, da müssen wir von Substitution sprechen, eine Übergabe von Tätigkeiten einer anderen Berufsgruppe. Manchmal können auch beide Berufsgruppen diese Tätigkeiten für sich behalten, aber es ist nicht mehr Delegation, sondern // es ist Substitution in dem Moment.“

„Also die Urologie hat einen eigenen OP-Saal, der halt außerhalb der ganzen OP-Säle lag. Das war so eine Art externer Einsatz und da war ich halt irgendwie dort zweite Woche, war der Chefarzt, also war mit dem Chefarzt da und der Chefarzt kannte mich halt von der Intensivstation her. Ich hatte da angefangen meine Fachweiterbildung zu machen. [...] Letzte Patientin lag halt auf dem OP-Tisch sozusagen, die Urologen waren noch am Arbeiten und der Chefarzt sagte zu mir. So, ich

muss einmal gerade zur Visite auf die Intensivstation. [...] Und ich sitze da mit dem Patienten, führe die Narkose weiter, so weit es halt ging, so weit ich das konnte. Und dann die Urologen sagen dann ja, okay, wir sind zu Ende, wir machen jetzt nur noch die Naht fertig und so wie ich halt bin, habe ich gedacht, okay, jetzt, habe den Chefarzt natürlich angerufen und er hat gesagt, „Sie können jetzt schon einmal mit der Vorbereitung anfangen“ und ich habe halt gedacht, okay, was machst du jetzt, weil der hat zwei Narkosen laufen. [...] Und so wie ich halt war, habe ich halt die Gasnarkose ausgeschaltet, weil die kannte ich nicht, wusste nicht, wie die halt läuft, habe halt letztendlich hinunterdreht. Ein paar Minuten später kam halt der Chefarzt wieder hoch. Der Patient war mittlerweile relativ wach geworden. Und er sagte: „warum haben Sie denn hier die Narkose ausgesetzt und nicht die Gasnarkose sozusagen weiterlaufen lassen?“

„Da war ich zu einer Anleitung bei einem Teilnehmer auf einer konservativen Intensivstation. Der Teilnehmer macht dort ein externes Praktikum, also der kommt aus einer anderen Klinik. Wir hatten zwei Patienten, einer war beatmet, die andere Patientin war spontan atmend. Und dieser Patientin sollte noch die Pleura punktiert werden. Sie saß noch im Sessel, wir haben sie dann auf die Bettkante zurück mobilisiert. Und diese Patientin hat uns vorher schon gesagt, sie ist einen Tag vorher schon einmal punktiert worden, dass sie große Angst davor hat, dass es wieder wehtut. Also das war am Vortag wohl sehr unangenehm für sie und ihre größte Angst war tatsächlich, dass es wieder wehtut. Also sie war schwerkrank. Sie hatte eine onkologische Erkrankung. Sie war echt schwerkrank. Auf die Bettkante mobilisiert und dann haben die Ärzte ohne uns angefangen zu punktieren. Ich bin mir nicht sicher, ob sie die Hautstelle überhaupt irgendwie betäubt haben, weil diese Patientin echt Schmerzen hatte. Also wirklich große Schmerzen hatte. Ja, der Fachschüler und ich haben dann irgendwie versucht, die Situation zu begleiten, sind dann von den Ärzten auch mehrfach dazu aufgefordert worden, endlich dafür zu sorgen, dass diese Patientin nun stillhält, weil die eben also immer mit dem Oberkörper weggezuckt ist, weil es schon wehtat. Ja, das war so eine/ Das war eine für uns schwierige Situation, weil da drei Ärzte standen, die Oberärztin und zwei Ärzte, die punktieren üben sollten, wir mit dem Wissen, diese Patientin hat supergroße Angst vor Schmerzen, ihr tat es auch weh.“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Die Sicht der Pflegenden und des Behandlungsteams (Interaktion)

Im Intensivteam kommt es zwischen Pflege und Medizin zu Konflikten, die durch die unterschiedliche Sichtweisen von Medizin und Pflege verursacht werden. Es zeigt sich eine kategorische Differenz, die sich in den Begriffen Cure und Care fassen lässt und zu unterschiedlichen Handlungsmustern führt (vgl. Schnepf 1996, Müller 2018). Während Pflege um Sorge bemüht ist, ist die Aufgabe der Medizin zu heilen, was im Behandlungsprozess zu Zerwürfnissen zwischen den Berufsgruppen führt. 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 Pflegende

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 Pflegende Umgehungsstrategien entwickeln.

Methodischer Vorschlag: Einstieg Fallbeispiel/ Reflexion Aufgaben der Akteur*innen: Pflegende, Fachpflegende, Mediziner*innen: ein Blick in rechtliche Regelwerke/Ausbildungsgesetze/Approbationsordnung/Anforderungen an Facharztausbildung./**Diskussion;** Zitat: Bartholomeyczik (2010, S. 140) auf die Intensivstation und die Anästhesie 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 Medizinern verfolgt haben! Warum haben sie die Strategien entwickelt?“. **Diskussion:** „Bewerten Sie, ob es sich bei der Strategie um eine Assistenz- oder Steuerungstätigkeit handelt!“

Lehrervortrag und Lektürearbeit „Care“ und „Cure“ in der Intensiv- und Anästhesiepflege/**Textarbeit** Mayer, Hanna (2022: 43-52); Die Perspektiven der (wissenschaftlichen) Disziplin Pflege“, Müller, Klaus (2018: 87-96): „Handlungskonzepte und Haltung in der Pflege – das Konzept des Caring“. Schulze, U. (2014: 35-40): Caring. Zur Subjektorientierung im Intensivsetting“ Bartholomeyczik (2010: 134-154): Professionelle Pflege heute. Einige Thesen. **Workshop** zur Lektürearbeit mit den Texten: „Was bedeutet Caring für die Fachpflege auf der Intensivstation und in der Anästhesie?“. **Ergebnissammlung** der Textarbeiten

Die Reflexion von *Tradition und Emanzipation* wirft die Frage auf, welche rechtlichen Auswirkungen die Übernahme delegierter Tätigkeiten hat. Wie stellt sich die Durchführungsverantwortung dar? Wie wirkt sich die Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten (Delegation und/ oder Substitution) auf die Professionalisierung der Intensiv- und Anästhesiepflege aus? Am Beispiel des „Weanings“ im Exempel zeigt sich, dass die Ablauforganisation besser läuft, wenn die Pflegenden die Verantwortung für das „Weaning“ übernehmen. Am Beispiel der Narkose, die weitergeführt und ausgeleitet wird, wird zudem deutlich, dass die Abläufe im Handlungsfeld dies geradezu einfordern. Welche Handlungsvollmacht wird der Pflege aus rechtlicher Sicht zugesprochen? Wodurch entstehen Grauzonen?

Lehrervortrag: Delegation und Substitution im Behandlungsprozess. „Sind die Grenzen fließend?“/ **Gruppendiskussion** zur Situation in der Fachpflegepraxis: „Wie sehen die Prozesse in der Praxis aus? Welche Widersprüche müssen Fachpflegende aushalten?“ **Lehrervortrag** zur Ablauforganisation/ **Gruppendiskussion:** „Schildern Sie Beispiele, in denen die Ablauforganisationen auf die Überschneidung von Tätigkeiten angewiesen sind!“

Lehrervortrag: Pflegetheorie von Benner in ihren Grundzügen: 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 kommt es auch zu der Situation, dass Pflegende bestimmte Aufgaben ablehnen, die sie für vermeintlich delegierte ärztliche Tätigkeiten halten. Dagegen weist die Pflgetheorie 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 der Pleurapunktion oder Schmerztherapie im Exempel deutlich wird.

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 Pflgetheorie und zum Thema Prozesssteuerung durch Pflegende in der Intensiv- und Anästhesiepflege

Lehrervortrag: *Invasive Eingriffe auf der Intensivstation: u.a. Pleurapunktion, ZVK, Erkrankungen und Störungen der oberen Atemwege, diagnostische und therapeutische Maßnahmen (Auswahl von Erkrankungen der oberen Atemwege: u.a. Laryngospasmus etc.), Tracheotomie, Koniotomie, Intubation, „Weaning“, Intubationsnarkose und Gasnarkose, Narkosen bei Kindern, Narkosemedikamente, Weiterführung und Ausleitung von Narkosen.*

(Übersicht, Vertiefung und inhaltliche Anpassung im Modul „Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: die Institution“).

Modulabschluss: *Diskussion Sichtweisen Pflege, Sichtweisen Medizin, Beurteilung Pflgetheorie von Benner für die Fachpraxis.*

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... verfügen über ein integriertes berufliches und pflgetheoretisches Wissen im Tätigkeitsfeld der Fachpflege Intensiv und Anästhesie und kennen die Grenzen zur Bezugswissenschaft Intensivmedizin
- ... 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 Anästhesie und der Intensivstation, erkennen die Grenzen und Widersprüche in der Fachpraxis

<ul style="list-style-type: none"> • können mit ihrem neuen Verständnis zum „Caring“ und durch die Theorie von Benner die Bedürfnisse und Bedarfe von Patient*innen und deren Angehörigen in der Anästhesie und auf der Intensivstation vorrausschauend berücksichtigen, Handlungsalternativen abwägen und im Versorgungsteam einbringen • kennen Techniken in der intensivmedizinischen Behandlung und unterstützen pflegetheoretisch reflektiert beim Prozess der Diagnostik • kennen therapeutische Interventionen in der Anästhesie, können diese pflegetheoretisch reflektiert durchführen, überwachen und stellen deren Umsetzung in der Fachpraxis sicher • ... kennen eine Breite an intensivmedizinischen Erkrankungen und deren therapeutische Interventionen, bewerten diese für ihr Praxisfeld. • ... entwickeln auf Basis der pflegewissenschaftlichen Theorien und Konzepte eine fachpflegerische Identität, für die sie im Behandlungsteam eintreten.
<p>Leistungsüberprüfung: K/R/M</p> <ul style="list-style-type: none"> •
<p>Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):</p>
<p>Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Literaturstudium der vorgeschlagenen Pflege Theorie (Benner 2012), ausgewählte Arbeitstexte - Literaturstudium intensivmedizinische Erkrankungen, Diagnostik und Therapie - Erstellung Prüfungsleistung
<p>Literaturempfehlungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • Larsen, R. (2023): Anästhesie- und Intensivmedizin. Prüfungswissen für Fachpflege. Berlin: Springer • 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 • Schäfer, R., Söding, P., (2020): Klinikleitfaden Anästhesie. München: Elsevier, Urban& Fischer. • 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 • Wallied, A., Voft, S. (2021): Praxisbuch interdisziplinäre Intensivmedizin. München: Elsevier, Urban& Fischer.
<p>Kü/Ba/Gi: 28.12.2022</p>

2.3 Modul „Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Pflegeempfänger zwischen Intensivbehandlung und Palliation

Modultitel/Modulkennung: 01PWPFIA 01 „Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Pflegeempfänger zwischen Intensivbehandlung und Palliation (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Modul „Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Sicherheit in der Institution“ (Fachspezifisches Modul)</i> <i>Modul „Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Prozesse der Versorgung“ (Fachspezifisches Modul)</i>			
Workload: 60 Std davon 40 Std. Kontaktstunden, 20 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
<p>Reflexionskategorien: 1.I Vernichtungängste und leibliches Vertrauen 1.II Empathie und Intervention (Methode) 2.I Mimesis und Projektion 4.I Resignation und Hoffnung</p> <p>Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion:</p> <p>Introspektionsfähigkeit: wenn Leiderfahrung krank macht</p> <p>Anerkennung des Patient*innenwillens</p> <p>Asymmetrie zum Wissen um die Situation</p> <p>Rollenambiguität: Was differenziert Pflege von Medizin und was ist das Gemeinsame?</p> <p>Inhalte:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entfremdung des Patienten in seiner Handlungs-/ Entscheidungsautonomie ▪ Zerrissenheit des Patienten zwischen Realitätssinn und regressiver Hilflosigkeit ▪ Deutung der Patientensituation durch Pflegenden - Anerkennung des Patientenwillens und der Patientenautonomie ▪ Gefahr der Projektion: Unreflektierte Übertragung von bisher erlebten tödlichen Krankheitsverläufen bei Patienten auf aktuelle Fälle ▪ Wissensasymmetrie, Angstasymmetrie (Behrens/Langer) zwischen Professionellen und Patienten bzw. Angehörigen ▪ Abwehrmechanismen gegen die Todesangst ▪ Delir, Depression, PTBS im Handlungsfeld ▪ Angst (Peplau) 			

- Projektion
- Sepsis, Niereninsuffizienz, Nierenversagen
- Asymmetrien zwischen Pflegenden und Patient*innen
- Bereiche der Pflegepraxis nach Benner (Helfen)

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Fokusgruppe der Pflegenden:

„Aber was ich auch sehr schwierig fand war, keine klaren Anordnungen bei Lebensende. Diese Sachen, lauf mal nicht so schnell, wir machen hier keine Reanimation, Adrenalin aber steht auf zwanzig, so. Das ist so, wo du dann denkst, was machen wir hier gerade? Am nächsten Tag wird wieder umgeschwenkt, weil irgendein Arzt sagt, was der Oberarzt jetzt eine andere Meinung ein/ Und am übernächsten Tag machen wir wieder dieses, Wasser und sonst nichts. Also das fand ich immer sehr schwierig, vor allen Dingen diese Anordnung, lauf mal nicht so schnell, ich weiß nicht, ob nur ich die gehört habe.“

„Also ich hatte Situationen, da stehe ich daneben und der Doktor spricht mit den Angehörigen und sagt, es ist alles in Ordnung und ich denke, der ist präfinal, der wird den nächsten Tag nicht überleben. Von welchem Patienten spricht der Arzt hier? Und man darf nichts sagen.“

„Und die Behandlungsoptionen waren schon eingeschränkter, aber man hatte sich dann doch dazu entschlossen den Patienten abermals intensiv zu behandeln. (...)“

Pflegende:

„Und, ja, die Therapie wurde limitiert. Das hat Gespräche bedurft. Es hat gebraucht, dass erfahrene Pflege einen guten Draht zu der Ehefrau hatten, die gesamte Familien- und Krankheitsverlaufssituation kannten, sich gut vernetzt haben mit anderen therapeutischen Fakultäten und das letztendlich moderiert haben.“

„Und dann war eben die Situation so, das war ein Mann, der war Ende Vierzig, verheiratet, hatte eine Tochter acht Jahre alt und der lag schon eine Woche da. Der ist Apotheker gewesen und hat einen Infarkt gehabt auf der Arbeit und war mit einer anderen Person noch da, der die Kunden betreut hat. Und er hat sich irgendwann zurückgezogen und gesagt, ich setze mich einmal kurz hin, mir ist nicht gut. Und nach zwanzig Minuten hat der Kollege dann einmal geschaut und hat ihn bewusstlos irgendwo am Boden gefunden und hat ihn reanimiert. Ist dann intubiert beatmet ins Krankenhaus, hatte einen Herzinfarkt und ja, wie das zuerst einmal so ist, da wurde zuerst der Kreislauf stabilisiert und dann wollte man ihn wach werden lassen. Und dann kam aber keine Reaktion. Und man hat dann eben vermutet, dass der aufgrund des langen Zeitfensters halt einen neurologischen Schaden hat. Und das war eben... die Situation so, dass er ein CT hat, ich glaube schon ein Kontroll-CT und dass der Neurologe an dem Morgen gesagt hatte, dass der ein großes

Hirnödem hat. Und dass da nicht, also Hirntod nicht aber eben so, dass er keine weiteren Reaktionen zeigt Und dann eben auch diese Familienkonstellation, die er eben auch hatte. Also er hatte glaube ich auch noch eine Mutter und Schwiegereltern, genau. Also irgendwie sehr komplex alles. Und es ging eben darum, ihn dann irgendwie palliativ zu begleiten und zu schauen, okay wie lange dauert das. Also er war noch intubiert und ich habe den ungefähr eine Woche glaube ich betreut. Und da war so die Situation, also die Hauptkerngebiete waren, zuerst einmal zu schauen, wie geht man mit dieser Situation um. Also man weiß, man kann diesem Menschen einfach nicht mehr helfen. Der hat einen irreversiblen Hirnschaden und der ist aber noch intubiert und ernährt auch. Wie geht man damit um? Das ist irgendwie eine typische Situation, die man öfter einmal hat. So das Vorgehen war eigentlich, das was wir ja dann häufig machen. Eben dass wir sagen, wir stellen die Ernährung, also mit Rücksprache der Angehörigen natürlich, dass man die Ernährung dann einstellt und dann den Patienten extubiert. Und dann gibt es halt zwei Wege. Entweder entscheidet sich relativ schnell, der Patient kann nicht alleine atmen und verstirbt dann recht schnell. Und bei ihm war das aber so, dass er noch, also selbstständig atmen konnte und dann eben der ganze Betreuungsprozess auch anfängt und Verarbeitungsprozess. Also da war natürlich irgendwie die Ehefrau, die ja über diesen plötzlichen Verlust auch irgendwie selber einmal schockiert war. Die hatte dann aber auch noch ihre achtjährige Tochter, die sie ja auch irgendwie mitnehmen musste und sagen, also was schwer war, wo sie dann auch gesagt hatte. Ja, also wir hatten irgendwann die Absprache untereinander, dass sie ihrer Tochter nicht sagt, dass ihr Vater sterben wird. Also weil das war so ein bisschen so, sie sagte, ich bin die Mutter und ich muss meinem Kind ja immer Hoffnung geben oder ich möchte meinem Kind Hoffnung geben. Und da habe ich lange überlegt, ob das wohl okay ist. Ich meine, in dem Moment habe ich es respektiert, weil die einen total guten Umgang mit der Tochter hat. Also sie hat ihre Tochter mitgebracht und die Tochter hat also die Situation noch gesehen und wir haben mit ihr gesprochen. Die hat dann auch so süße Sachen gemacht. Die hat dann die Hände eingecremt mit Handcreme und hat ihrem Vater vorgelesen und die hat auch mit ihrem Vater gekuschelt im Bett irgendwie. Also die haben für sich eine total tolle Atmosphäre geschaffen, so wie es eben geht. Aber sie wollte halt eben ihrer Tochter nicht sagen, dass sie weiß, dass ihr Vater stirbt. Ja, weil sie gesagt hat, ich möchte ihr eigentlich nicht die Hoffnung nehmen. Genau. Und dann waren auf der anderen Seite aber natürlich noch die Mutter und noch die Schwiegereltern irgendwie, die aber untereinander nicht so ein gutes Verhältnis hatten. Das hat man dann irgendwie aber auch immer geregelt und ja, das war so eine sehere komplexe Betreuungssituation, die dann nachher darin geendet ist, dass wir den Mann dann nachher auf die Palliativstation verlegt haben.“

Eine Gruppe von Pflegenden

„Ein anderes Beispiel, zum Beispiel, wenn es darum geht, dass der Arzt den Angehörigen quasi sagen muss oder sagen möchte, dass es doch präfinal ist und dass der Patient sterben wird, in dem Moment haben wir als Pflegende glaube ich auch die Aufgabe der Krisenintervention, also darauf reagieren zu können und die Angehörigen aufzufangen in dem Moment. Ja, wir haben vielleicht nicht immer die Zeit dazu, aber prinzipiell sich das als Aufgabenfeld in dem Moment, die Angehörigen aufzufangen. Das kann ich aber nicht machen, wenn ich vor dem Raum warte bis der Arzt diese schlimme Nachricht übermittelt hat und dann komme ich rein und dann habe ich genau das Problem: Was wurde gesagt? Was wurde nicht gesagt?“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Die Sicht der Betroffenen und deren Angehöriger

Im Modul „Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Pflegeempfänger zwischen Intensivbehandlung und Palliation“ steht in der *leibgebundenen Perspektive* die Entfremdung des Patienten in seiner Handlungs-/ Entscheidungsautonomie im Zentrum. Zentrales Phänomen ist die Angst. Damit einhergehend zeigt sich seine Zerrissenheit zwischen autonomer Entscheidungsgewalt und regressiver Hilflosigkeit angesichts der Betroffenheit durch die lebens- und identitätsbedrohende Erkrankung. Die Illusion der Unverwundbarkeit des Patienten im Exempel als Abwehrstrategie gegen die Todesangst (vgl. Fuchs 2003) wird in der Erkenntnis der realen existenziellen Bedrohung der fremdbestimmenden Diagnostik und Therapie geopfert. Widersprüchliche Behandlungen (Palliativ- und Intensivmedizin) sind im Intensiv- und Anästhesiebereich an der Tagesordnung. Welche Auswirkungen haben entsprechend widersprüchliche Behandlung auf die betroffenen Patienten und deren Angehörige? Zwischen *Resignation und Hoffnung* schwanken die Gefühle aller Beteiligten. Denkbare Abwehrformen und damit verknüpfte Reaktionen (etwa Delir, Depression oder auch Aggressionen, die sich z. B. gegen Pflegende und Angehörige richten können). Nicht selten kommt es bei Überlebenden zur einer posttraumatischen Reaktion.

Methodischer Vorschlag: *Einstieg Exempel lesen/Diskussion oder Szenisches Spiel (Oelke) zur Perspektiveneinnahme Betroffener: Teilnehmer*innen finden Beispiele aus der Fachpraxis, in denen es Abwehrreaktionen und/oder Aggressionen der Betroffenen kam/ Lehrervortrag: Abwehrmechanismen (u.a. Uhl 2014: 36ff.), Lehrervortrag: Depression (Starostzik 2014), Delir (Wübbeler 2019, AWMF 2021), Posttraumatische Belastungsstörung. Diskussion der Ansätze für die Fachpraxis.*

Lehrervortrag: *zum Konzept der Angst bei Hildegard Peplau./ Diskussion: „Wie gehen sie mit der Angst ihrer Patient*innen um? Welche Strategien entwickeln sie während der Narkoseeinleitung? Welche Strategien entwickeln sie auf der Intensivstation?“*

Lehrervortrag: *ausgewählte Krankheitsbilder auf der Intensivstation, die zu präfinalen Zuständen führen (Sepsis, Niereninsuffizienz, Nierenversagen etc.). Lehrervortrag zu existenzbedrohenden Erkrankungen: Posttraumatisches Belastungssyndrom, Depression etc.*

Zwischen Pflegenden und Patienten sowie zwischen Pflegenden und Angehörigen 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 Akteure angewiesen. Das Pflgeteam auf der Intensivstation übernimmt dabei nicht nur in der Begleitung des Patienten, sondern auch in der Betreuung der Angehörigen eine Moderationsfunktion zwischen verschiedenen Fachdisziplinen (Mediziner, Psychologen, Seelsorge etc.).

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

Lektürearbeit: Behrens und Langer: Asymmetrie zwischen Pflegenden und Patient*innen: Informations- und Angstasymmetrie (vgl. 2016, S. 93f.). Fragestellung: „Welche Rolle spielt das asymmetrische Verhältnis in der intensivpflegerischen Fachpraxis?“ Beiträge im Plenum sammeln und diskutieren.

Die Sicht der Pflegenden

In der *Perspektive der Interaktion* ist die Deutung der Patientensituation durch die Pflegenden und ihre Anerkennung des Patientenwillens und der Patientenautonomie von Bedeutung. „High-Tech-Medizin“ und Intensivpflege werden vor dem Hintergrund palliativer und präfinaler Situationen fragil – können zu Sinnkrisen bei den Pflegenden führen. Darin besteht zugleich die Gefahr der *Projektion*: Unreflektiert könnten frühere Erfahrungen mit tödlichen Krankheitsverläufen bei Patient*innen oder aber eigene (Todes-)Ängste (vgl. Buchmann; Greb 2008, S. 311) auf den aktuellen Fall übertragen und daraus voreilig Schlussfolgerungen auf seine Situation abgeleitet werden. Diese *Projektion* könnte unbewusst durch Widerstände gegen die sowohl den Patienten als auch die Pflegenden belastende Weiterbehandlung ausgelöst werden.

Methodischer Vorschlag: Einstieg Exempel und **Diskussion in Kleingruppen:** Beschreiben sie Praxissituationen, in denen sie bei Patient*innen Interventionen durchführen mussten, obwohl diese aus ihrer Sicht keine Relevanz für eine Verbesserung der Situation mehr hatten! Beschreiben sie den Widerspruch, der sich für sie ergeben hat. Tauschen sie sich in der Kleingruppe aus.“ **Zusammenfassung für das Plenum** vorbereiten (Protokoll) und dort vorstellen. **Diskussion** in der Gesamtgruppe. **Lehrervortrag** zu den Phänomenen der „Übertragung und Gegenübertragung“ (u.a. Bettighofer 2022). **Diskussion/ Lektürearbeit:** Müller, M.; Pfister, D. [Hrsg.] (2012): Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin.

*Zusammenfassung des Moduls.***Kompetenzen nach DQR Niveau 5:**Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... können die Bedürfnisse und Bedarfe von Patient*innen und deren Angehörigen in der Intensivpflege vorausschauend berücksichtigen und im Versorgungsteam einbringen;
- ... reflektieren eigene Gefühle und Abwehrmechanismen im Kontext der Pflege von Patient*innen mit limitierenden Erkrankungen, können sich ihre Gefühle und Abwehrmechanismen in immer neuen Versorgungssituationen bewusst machen und hierfür Verantwortung im Versorgungsteam übernehmen;
- ... verfügen über ein integriertes berufliches und pflegetheoretisches Wissen im Tätigkeitsfeld der Intensivpflege und Anästhesie und kennen die Grenzen zur Bezugswissenschaft Intensivmedizin
- ... 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 intensivpflegerischen Behandlungsteam, erkennen die Grenzen und Widersprüche in der Fachpraxis
- kennen Techniken in der intensivmedizinischen Behandlung und unterstützen pflegetheoretisch reflektiert beim Prozess der Diagnostik (Benner)
- kennen therapeutische Interventionen in der Anästhesie- und Intensivmedizin, können diese pflegetheoretisch reflektiert durchführen, überwachen und stellen deren Umsetzung in der Fachpraxis sicher
- ... kennen eine Breite an intensivmedizinischen Erkrankungen und deren therapeutische Interventionen, bewerten diese für ihr Praxisfeld

Leistungsüberprüfung: K/R/M**Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):**

- Ggf. Fallerhebung in der Praxis nach Arbeitsverbundenem Lernen.

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

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

Literaturempfehlungen:

- AWMF (2021): S3-Leitlinie Analgesie, Sedierung, und Delirmanagement in der Intensivmedizin: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/001-012> (20.08.22)
- Barre, K. (2013): Evidence-based Nursing in der pflegedidaktischen Vermittlung. Frankfurt am Main: Mabuse, S. 174–176.
- 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.

- Behrens, J.; Langer, G. (2016): Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber.
- Benner, P. (2012): Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. Bern: Huber
- Bettighofer, S. (2022): Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess. Stuttgart: Kohlhammer
- Buchmann, U.; Greb, U. (2008): Pflegedidaktische Curriculumentwicklung. Neue Anforderungen in der Lehrerbildung. Case Management und pflegedidaktische Kategorialanalyse. Pflegewissenschaft 05/08: 301–311
- Diehl, E.; Rieger, S.; Letzel, S.; Nienhaus, A. & Escobar Pinzon, L. (2019): Belastungen und Ressourcen von Pflegekräften der spezialisierten Palliativversorgung. Eine explorative Querschnittstudie. In: Pflege. 32. Jg., Heft 4: 209–223. DOI: [10.1024/1012-5302/a000680](https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000680). Verfügbar unter: <https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1012-5302/a000680> [Zugriff am 27.04.2021].
- Farkas, C., Andritsch, E. (2018): Psychoonkologie und Existenzanalyse. Betreuung und Behandlung im Krankenhaussetting. In: Existenzanalyse 2018, 35, Nr. 1. S. 20-26 (https://www.existenzanalyse.org/wp-content/uploads/EA_1_2018_Farkas_Andritsch.pdf. 22.08.22)
- Fuchs, T. (2003): Leiden an der Sterblichkeit. Formen neurotischer Todesverleugnung. Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie. 51 (1): 41–50.
- Kern, M. (2009): Palliativpflege. Richtlinien und Standards. 5. unveränderte Auflage. Bonn: PalliaMed Verlag.
- König, O., Schattenhofer, K. (2021): Einführung in die Fallbesprechung und Supervision. Heidelberg: Carl-Auer, Compact.
- Längle A (2016) Existenzanalyse. Existentielle Zugänge in der Psychotherapie. Wien: Facultas
- 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.
- Müller, M.; Pfister, D. [Hrsg.] (2012): Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Müller, M.; Pfister, D.; Markett, S. & Jaspers, B. (2009): Wie viel Tod verträgt das Team? Eine bundesweite Befragung der Palliativstationen in Deutschland. In: Der Schmerz. 23. Jg. Heft 6: 600–608. DOI: 10.1007/s00482-009-0845-y. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00482-009-0845-y.pdf> [Zugriff am 16.04.2021].
- Peplau, H. (1995). Interpersonale Beziehungen in der Pflege. Ein konzeptueller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege. Basel: Recom Verlag.
- Reimann, U. (2008) Multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Von den Mühen der Ebene. In: Zeitschrift für Palliativmedizin. Jg. 9. Heft 3.
- Sills, G. M. & Beeber, L. S. (1995). Hildegard Peplaus interpersonale Pflegekonzepte. In M. Mischo-Kelling & K. Wittneben (Hrsg.). Pflegebildung und Pflegetheorien. (S. 37-49). München: Verlag Urban & Schwarzenberg.
- Starostzik, C. (2014): Häufig Depression nach Intensivtherapie. In: ÄrzteZeitung: <https://www.aerztezeitung.de/Medizin/Haeufig-Depressionen-nach-Intensivtherapie-238605.html> (20.08.23)
- Schnepf, W. (1996): Pflegekundige Sorge. In: PflGe 2/96, Pflege und Gesellschaft, 1. Jahrgang: 13–16.

- Uhl, Bernhard (2014): Psychische Abwehrmechanismen. In: Uhl, B. (2014) (Hrsg.): Palliativmedizin in der Gynäkologie. Stuttgart: Thieme 36ff.
- Wübbeler M, Bringemeier J, Bachmann S. Delirium-Prevention Programs in German and Austrian hospitals - Views on Goals, Barriers, Facilitators and Implementation Procedures: A Qualitative Telephone Study (2019) International Journal of Health Professions

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

2.4 Modul „Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Sicherheit in der Institution“

Modultitel/Modulkennung: 02PWSFIA 01 „,„Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Sicherheit in der Institution“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Modul „Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Prozesse der Versorgung“</i> <i>Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Pflegeempfänger zwischen Intensivbehandlung und Palliation</i>			
Workload: 60 Std davon 40 Std. Kontaktstunden, 20 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
Reflexionskategorien: 1.II Verantwortungsstress und Beziehungsfähigkeit 2.II Teamarbeit und Konkurrenz 6.II Humanisierung und Sozialtechnologie 3.III Rentabilitätsanspruch (Marktliberalität) und soziale Gerechtigkeit Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Wenn das System zu Fehlern führt Über Fehler nicht reden Rollenambiguität zwischen Leitlinien und Qualität Privatisierung und Rentabilität in der Intensivpflege: Zertifizierungen Inhalte:			

- Patientensicherheit, CIRS, Risikomanagement, Fehlermanagement, Lernende Organisation, Critical Incident Reporting System, Zertifizierung und Qualität in der Intensiv- und Anästhesiepflege, Organe: G-BA, AWMF-Leitlinien, Entwicklung von Expertenstandards, DNQP, Lagerungen in der Anästhesie, Säure-Basen-Haushalt, BGA, Dispektralindex bei Narkosen, Hypothermie und Hypothermie.

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Pflegende

„Wir sind halt da ein relativ großes Team gewesen von zwanzig Anästhesiekräften und sieben OPs. Und ich habe mit einem Anästhesisten einen allgemeinchirurgischen Saal betreut, der ziemlich schnelle und kurze OPs macht. Also so Krampfadern, also so solche Sachen. Oder eben auch mal Hämorrhoiden und so etwas, ne? Und es war, ich weiß nicht, an dem Tag die sechste, siebte OP. Es war schon Mittagszeit, so was um den Dreh. Das war eine Hämorrhoiden-OP. Wir haben ihn eingeleitet, reingefahren, gelagert. Alles war tutti, alles war gut. Und ich bin rausgegangen und habe also meinem Anästhesisten gesagt: „Ich gehe. Ich fülle auf.“ Weil das müssen wir ja irgendwann zwischendurch auch noch machen. Und dann war ich halt am Auffüllen, an meinen Sachen zusammensuchen, was man braucht. Und dann kam der Anästhesist raus aus der Einleitung, hat mich gerufen und gesagt: „Hier, geh mal rein, ich muss mal weg.“ Und das war eine Narkose. Es sollte eine Kurznarkose werden - also mit Propofol immer so aus der Hand nachspritzen -, also keine kontinuierliche Narkose geben. Und der Patient hatte unter anderem einen BIS. Also es wurde an Hirnströmen gemessen, wie tief die Narkose ist. Und ich bin dann also rein. Er hat nur gesagt: „Du, ich habe gerade was gegeben.“ „Aha, alles ist gut.“ Klar, logisch, die Propofol-Spritze nimmt man dann schon in die Hand und guckt auf seinen Monitor, orientiert sich, wie weit sind sie denn so. Weil ich war ja nun draußen, ich musste mich kurz orientieren, wieweit sind wir denn hier. Und BIS zeigte, war alles in Ordnung. Da hat der Chirurg - Bei Hämorrhoiden ist das natürlich eine sehr empfindliche Gegend da -, hat wohl in dem Moment irgendwie da unten geschnitten und der Patient ist mit einem Fuß aus der Lagerung rausgesprungen. [...] Gott sei Dank ist er nach innen gefallen mit dem Fuß, dem Chirurgen auf die Schulter. Ich habe sofort Propofol gespritzt. Der Chirurg hat natürlich mit Recht auch mich angeschrien, was das hier für eine Narkose ist. Ich habe mich dafür entschuldigt. Ich habe ihn sofort heruntergespritzt (...) und habe auch den Anästhesisten sofort angerufen. Der ist dann auch gekommen und habe ihm das erzählt. Und ich habe gesagt: „Aber BIS war da und da.“ Ich konnte die Werte ja nennen. Ja, also er hat sich dann auch bei mir entschuldigt, der Anästhesist, und hat gesagt: „Ja, es war auch nicht fair, dir das jetzt so in der Kürze zu übergeben. War nicht richtig von mir.“ Die OP lief dann auch ohne Zwischenfälle. Der Patient hat keinen Schaden davongetragen. Aber hätte er den Fuß nach außen geschlagen, hätte er also einen Wahnsinnsnervenschaden und Gelenkschaden davontragen können. Also es war nicht ungefährlich für den Patienten. [...] Und ich hätte dann vielleicht Schuld

gehabt, dass der Patient - Weil ich das übernommen habe. Ich habe ja eine Übernahmeverantwortung -, dass der Patient sich schwer verletzt // hätte. (...) Ja. Das hat auch Konflikte in mir ausgelöst logischerweise. Und auch wenn der Anästhesist sich entschuldigt und der Chirurg weiß, dass ich eine gute Schwester bin (lacht), für mich hat es noch einmal sehr deutlich gemacht, wie schnell das eben geht, dass man irgendetwas übernimmt, weil man da so reingestoßen wird. Ne? Das wäre vielleicht etwas anderes gewesen, wenn ich die ganze Zeit dabei gewesen wäre schon. Dann wüsste ich genau, wieweit wir waren. Dann hätte ich vielleicht zwei Sekunden eher das Propofol gegeben. Weil eben man vielleicht gemerkt hat, der Patient reagiert sehr schnell, das Propofol wird jetzt sehr schnell bei ihm abgebaut. Keine Ahnung, ob es besser gewesen wäre. Aber so war es patientengefährdet.“

Eine Pflgende

„Ich hatte Spätdienst auf einer Intensivstation, interdisziplinäre Intensivstation mit zehn Betten und ich habe dort einen Patienten betreut, Zustand nach Reanimation, vormittags reanimiert worden auf Station, nach einer halben Stunde einen Spontankreislauf wieder. Der lag dann intubiert beatmet bei uns auf der Intensivstation. Der Patient sollte hypotherm gefahren werden, also die Körperkerntemperatur wurde reduziert auf 32 bis 34 Grad, ja, Körperkerntemperatur. Der Patient bot aber immer wieder Schwierigkeiten in der Beatmung, sodass eine druckkontrollierte Beatmung nicht möglich war und wir zeitweise immer umstellen mussten auf eine volumenkontrollierte Beatmung, damit die Ventilation sichergestellt ist. Das ging über den Nachmittag ganz gut. Ich hatte relativ viel Erfahrung, was das angeht, und konnte dann auch den Patienten relativ gut und sicher dann übergeben an den Nachtdienst. Und habe dann auch diese wichtigen Informationen auch weitergegeben im Rahmen der Übergabe. Als ich an dem Morgen wiederkam, gab es eine Gesamtübergabe im Aufenthaltsraum und da hieß es auf einmal, dass dieser Patient, dem geht es nicht gut, der würde sterbend sein und die Blutgasanalyse ist schlecht, er ist schwer azidotisch. Und das kam mir total suspekt schon vor, weil, ja, der Patient war natürlich schwerkrank, aber ich hatte ihn am Tag vorher nicht so schwer krank wahrgenommen, dass er jetzt sterbend sein müsste oder sollte. Was passiert ist, ist, dass in der Nacht der Kollege die Beatmung wieder umgestellt hat, also von druckkontrolliert auf eine volumenkontrollierte Beatmung, sodass die Ventilation sichergestellt ist, hat aber nicht darauf geachtet, dass die Ventilation, die dann eingestellt ist, ausreichend ist, um das CO₂ abzuatmen. Das heißt, der Patient hat dann eine respiratorische Azidose entwickelt, eine schwerwiegende, mit pH-Verschiebungen, was dazu führte, dass (...) nicht mehr wirken, dass der Blutdruck quasi einbrach. Und selbst der Ruf der diensthabenden Ärztin, die auch kam, gemeinsam hat man das Problem nicht erkannt. Also man ist davon ausgegangen, weil es, dass der Patient jetzt sterbend ist und das war es. So und mit ein, zwei

wenigen Handgriffen konnte man dann doch den Patienten das Leben quasi retten. Das ist das eine. Das fand ich schon sehr, sehr schlimm, dass der Kollege diese Situation nicht wahrgenommen hat. Das finde ich schon, ist Fachexpertise, die man braucht auf einer Intensivstation. Jetzt war der Kollege noch nicht fachweitergebildet, aber schon einjährige Berufserfahrung, die er mitbrachte, auch in der Betreuung von beatmeten Patienten. Aber das war so eine Situation, die hat er nicht wahrgenommen. Das nächste große Problem in der gleichen Situation war eine Tatsache, dass man mit diesem Fehler, der entstanden ist, nicht gut umgegangen ist. Also man hat schon versucht, oder ich habe schon versucht, das aufzuarbeiten, dass man sagt, das müssen wir irgendwie thematisieren, damit das nicht wieder vorkommt. Und habe dann auch vielleicht eine oder andere Gespräche sowohl mit dem Kollegen geführt, als auch mit der Leitung geführt und gesagt: „Pass mal auf, das kann ja nicht sein, dass jemand, der seit drei Jahren auf der Intensivstation arbeitet, einfachste Dinge nicht erkennen kann.“ Das wurde tatsächlich aber so ein bisschen abgetan. Also mir fehlte so ein bisschen so eine Idee von Risikomanagement und Fehlermanagement. Das ist ein für mich in meinen Augen großes Thema. [...] Und das war so ein Paradebeispiel, wie es halt nicht laufen sollte. Es wurde halt einfach totgeschwiegen. Und da erwarte ich mir eigentlich von fachweitergebildeten, gerade fachweitergebildeten Intensiv-, Anästhesiepflegekräften eine viel bessere Sensibilität, was das angeht, dass die in der Lage sind, Fehler zu erkennen, damit professionell umzugehen, damit man auch eine lernende Organisation entwickelt in dem Moment.“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Aus der Perspektive der Interaktion

Fehler können unterschiedlicher Natur sein. 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. 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). 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.

Sozialtechnologisch sind in den letzten Jahren Instrumente und Maßnahmen entwickelt worden, um Patient*innensicherheit zu fördern. Kann die Patientensicherheit auf der Intensivstation 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 auf der Intensivstation und in der Anästhesie bei?

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

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? **Sicherung** der Ergebnisse.

Lehrervortrag: Säure-Basen-Haushalt auf der Intensivstation und in der Narkose, Hypothermiebehandlung, Dispektralindex während der Narkose.

Die Sicht der Institution

In der *gesundheitsspolitisch-ökonomischen Perspektive* zeigt sich die Problematik, dass die Qualität der Patient*innenversorgung in der Intensivmedizin de facto heute meist von Zertifizierungen und Qualitätssiegeln 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 konterkariert die fachlichen Ansprüche der auf der Intensivstation und in Anästhesie tätigen Berufsgruppen, eine qualitativ hochwertige Patient*innenversorgung gewährleisten zu wollen.

Methodischer Vorschlag: Lehrervortrag Zertifizierungen in der Intensivmedizin, Rolle G-BA/ Diskussion der Wirkweisen und Auswirkungen für eine Pflegeeinheit: „Welche Vorgaben haben welche Wirkweisen in der Fachpflegepraxis? Welche Gremien machen Qualitätsvorgaben für Intensiv- und Anästhesieeinheiten?“ **Rechercheauftrag**, Zusammenfassung in der Gruppe, **Sicherung** der Ergebnisse.

Lehrervortrag: AWMF-Leitlinien in der Intensivmedizin: Übersicht, „Wie werden Leitlinien entwickelt? Wie kann man die Güte der Leitlinien beurteilen?“/ **Diskussion** zur Wirkweise von Leitlinien/

*Entsprechend ihren praktischen Handlungsfeldern 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 ihren praktischen Handlungsfeldern sollen die Teilnehmer*innen einen ausgewählten Expertenstandard (Schmerz, Ernährung, Mundgesundheit etc.) vertiefen (ggf. Prüfungsleistung).

Zusammenfassung des Moduls

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... sie wissen, wie AWMF-Leitlinien entwickelt werden und können deren Wirkweisen für ihr berufliches Handlungsfeld in der Intensiv- und Anästhesiepflege einschätzen
- Sie vertiefen ihr Wissen zu einer ausgewählten Leitlinie entsprechend ihres beruflichen Handlungsfeldes und können Transferleistungen für die Praxis ableiten
- ... können wichtige Gremien und Organe für ihre Arbeit in der Fachpflege einordnen und die Machtverhältnisse bewerten.
- ... erhalten ein fundiertes Wissen über Instrumente zur Qualitätsentwicklung in der Pflege und deren Anwendungsvoraussetzung in der Praxis, können die Wirkweisen kritisch bewerten
- ... sie verfügen über ein tiefes Fachwissen zur Zertifizierung von intensivmedizinischen Versorgungseinheiten der Institution und können die Auswirkungen bewerten;
- ... reflektieren das eigene berufliche Selbstverständnis sowie der Haltung und Rolle als o Fachpflegende für Intensiv- und Anästhesiepflege vor dem Hintergrund der Bedeutung einer professionsgesteuerten Qualitätsentwicklung mit Hilfe von Expertenstandards.
- sie analysieren Möglichkeiten einer Integration von Expertenstandards in unterschiedlichen Einsatzbereichen der fachpraktischen Weiterbildung unter Berücksichtigung pflegerberuflicher Identitätsbildung zukünftiger Weiterbildungsteilnehmer*innen.
- ... sie nutzen Expertenstandards zur Stärkung des beruflichen Selbstverständnisses der zukünftigen Weiterbildungsteilnehmer*innen in ihrem Einsatzfeld der Intensiv- und Anästhesiepflege.
- Sie verstehen, dass eine Gefährdung der Patientensicherheit aufgrund eines Zusammenspiels von unsicheren Handlungen und latenten Bedingungen entstehen kann. Sie kennen Strategien zur Minimierung der Wahrscheinlichkeit von Fehlern.
- Sie können verschiedene Kommunikationsstrategien und -techniken, die sie zur Äußerung von sicherheitsrelevanten Bedenken, Zweifeln oder Ideen einsetzen.
- Sie kennen den Einfluss der Sicherheitskultur.
- Sie kennen Instrumente und Maßnahmen des Qualitäts- und Risikomanagements zur Förderung der Patientensicherheit auf der Intensivstation.
- Sie können Critical Incident Reporting Systeme zur Meldung von Zwischenfällen nutzen.

Leistungsüberprüfung: K/R/M/PR

- Vertiefung einer AWMF-Leitlinie in der Intensivmedizin, alternativ Expertenstandard in der Pflege (DNQP) oder CIRS

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

Eine Meldung in CIRS schreiben
 An einer M & M-Konferenz teilnehmen
 Im Qualitäts- und Risikomanagement hospitieren

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

Reflexion von erlebten Versorgungssituationen mit Patientengefährdung
 Sich über das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. informieren
 Literaturstudium zu den vorgeschlagenen Inhalten, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

- AWMF (2021): S3-Leitlinie Analgesie, Sedierung, und Delirmanagement in der Intensivmedizin: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/001-012> (20.08.22)
- Bartholomeyczik, S.; Büscher, A.; Höhmann, U.; Sirsch, E. (2019): Anforderungen an die Untersuchung der Wirksamkeit von Expertenstandards. In: *Pflege & Gesellschaft* 24 (2): 122-138
- Blumenberg, P.; Krebs, M.; Stehling, H.; Büscher, A. (2020): Das Auditinstrument zum aktualisierten Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. In: DNQP (Hrsg.) (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
- Hannawa, A. F. & Postel, S. (Hrsg.). (2018). *SACCIA - sichere Kommunikation. Fünf Kernkompetenzen mit Fallbeispielen aus der pflegerischen Praxis*. Berlin: de Gruyter.
- 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
- Larsen, R. (2023): *Anästhesie- und Intensivmedizin. Prüfungswissen für Fachpflege*. Berlin: Springer
- Mellin-Olsen, J., Staender, S., Whitaker, D. K. & Smith, A. F. (2010). The Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology. *European Journal of Anaesthesiology*, 27(7), 592–597. <https://doi.org/10.1097/EJA.0b013e32833b1adf> deutsche Übersetzung: Deklaration von Helsinki zur Patientensicherheit in der Anästhesiologie. Zugriff am 22.04.2021. Verfügbar unter: <https://www.patientensicherheit-ains.de/deklaration/deutsch.html>
- Schäfer, R., Söding, P., (2020): *Klinikleitfaden Anästhesie*. München: Elsevier, Urban& Fischer.
- 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
- Wallied, A., Voft, S. (2021): Praxisbuch interdisziplinäre Intensivmedizin. München: Elsevier, Urban& Fischer.

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

2.5 Modul „Fallorientiertes Arbeiten in der Intensiv- und Anästhesiepflege: die Subjektperspektive“

Modultitel/Modulkennung: 03FASFIA01 „Fallorientiertes Arbeiten in der Intensiv- und Anästhesiepflege: die Subjektperspektive“ (Fachspezifisches Modul)		
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Praxismodul 03FPFIA 01 Fachspezifische Pflege gestalten</i>		
Workload: 90 Std davon 60 Std. Kontaktstunden, 30 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):		
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)		
I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
<p>Reflexionskategorien:</p> <p>4.I Resignation und Hoffnung</p> <p>3.I Funktionsersatz und Fremdbestimmung</p> <p>3.II Aufmerksamkeit und Routinebildung</p> <p>6.I Bedürfnis und Verwaltung</p> <p>Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion:</p> <p>Phasen der Krankheitsverarbeitung in Krankheitsverläufen</p> <p>Technische Routinen und Subjektperspektive</p> <p>Am Fall orientiertes Rollenverständnis im Konflikt mit disziplinspezifischen Routinen entwickeln</p>		

Pflegerisch-professionelles Selbstverständnis als Anwältin/Anwalt in der Gestaltung von Fallverläufen

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

Inhalte:

Subjektperspektive, Falltheorie, Case-Management (u.a. Advocacy), Patientenpfade, Krankheitsverlaufskurve (Corbin & Strauss), Verrichtungsorientierung nach Wittneben, Ablauforientierung nach Busch, Exemplarische intensivmedizinische Interventionen, Frühmobilisation, Atemtherapie, Konzepte der sektorenübergreifenden Versorgung, Primary Nursing, Theorie und praktische Übungen zu i.v.-Zugängen und zur EKG-Anlage.

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

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Pflegende

„Ich habe Nachtdienst gehabt. Und hatte auch schon mehrere Tage in Folge Nachtdienst. Und habe einen Patienten, eben demzufolge immer den gleichen Patienten betreut. Und kannte den Patienten demzufolge auch sehr gut. Es ist schon eine Weile her, deswegen kann ich mich nicht mehr an ganz präzise Details, was die Krankheit angeht, des Patienten, erinnern. Aber grundsätzlich war das ein Patient, der septisch gewesen ist. Und im Verlauf der Sepsis hochgradig Rhodamin-pflichtig war. Und darüber eben, durch diese Vasokonstriktion, kam es eben zu Nekrosen an den Händen und Füßen. Und das bedingte dann, dass der Patient nochmal ein Konsil brauchte von einem PHWler³. Und der eben konsiliarisch auch angemeldet war für diese PHW-Begutachtung. Und aber auch schon seit mehreren Tagen, drei bis vier Tage war das schon, ausstehend dieses Konsil. Und der Patient an sich war eben nach der Sepsis wach, orientiert zum Teil. Also tagsüber eher orientiert, nachts über eher desorientiert, zum Teil halluzinierend und eben auch sehr unruhig. Und er hatte sehr viel Volumen und eine eingeschränkte Nierenausscheidung, so dass er dialysiert werden musste. Und wurde eben über mehrere Nächte hinweg dialysiert. Und dieses Dialyse-Gerät hat eben häufig einen sehr lauten Alarm gegeben. Das war für den Patienten sehr belastend, so dass er eben eigentlich einen sehr intensiven Schlafmangel erlebt hat. Und über mehrere Tage hinweg immer wieder aus dem Schlaf heraus erweckt wurde oder eben überhaupt

³ Es handelt sich um einen Arzt der plastischen Hand- und Wiederherstellungschirurgie.

nicht zum Schlafen gekommen ist. Und das war eigentlich der Hauptbelastungsfaktor für den Patienten, so, dass wir da eben auch oft drüber gesprochen haben und er hat gesagt: Ich kann einfach nicht schlafen, ich kann einfach nicht schlafen. Und dann war das eben so, dass ich gehe davon aus in meiner fachlichen Expertise, dass das eben auch dazu geführt hat, dass der Patient zum Teil desorientiert, also delirant war, weil er einfach einen hohen Schlafmangel hatte. Und ich hatte ein ganz gutes Verhältnis zum Patienten, wir haben uns sehr gut verstanden und hatten eine gute Kommunikationsebene miteinander. Und ich habe ihm eben an dem Tag, als ich zum Dienst kam, betreut und habe ihn gefragt: Was kann ich heute ganz wichtig für Sie tun. Da hat er gesagt: Ich will nichts Anderes als schlafen, sonst kann ich auch sterben. Also hat das auch ganz dramatisch geäußert. Und dann habe ich gesagt: Gut, das kriegen wir jetzt auch hin. Und habe mit der Pflegekraft von der Dialyse gesprochen und wir haben dann abgemacht, dass die Dialyse erstmal noch zwei Stunden läuft, also habe ich mit dem Patienten und der Pflegefachkraft von der Dialyse abgemacht, dass die die Dialyse noch zwei Stunden läuft, aber eben eine sehr hohe Abnahmerate hat, so dass viel Volumen entzogen wird und der Patient über die Nacht dann eben keinen Volumenentzug mehr braucht und einfach schlafen kann. Und das hatte ich alles gut (eingetütet, das hat gut funktioniert. Die Dialyse-Maschine war dann abgebaut. Und ich hatte den Patienten pflegerisch noch versorgt und er hat dann geschlafen und war damit auch zufrieden. Und hat auch wirklich geschlafen, ich habe das Licht ausgemacht, die Tür zu und er hat geschlafen. Und habe unterdessen dann andere Sachen gemacht und später meinen anderen Patienten versorgt, der direkt daneben war. Und dann war es so gegen ein Uhr, als dann das Licht plötzlich anging in dem Zimmer. Und dann bin ich rübergegangen und dann kam eben dieser PHWler und hat ganz laut auf den Lichtschalter geschlagen und das Licht angemacht. Und dann habe ich gesagt: Können Sie noch mal kurz rauskommen? Und habe ihn rausgeholt und habe das Licht wieder ausgemacht und habe gesagt: Wer sind Sie denn eigentlich? Und dann sagte er, er wäre der PHWler und wäre hier für ein Konsil. Und da habe ich gesagt: Ja, das kann ich durchaus verstehen, aber dieser Patient muss jetzt schlafen, weil der einfach sehr müde ist und wir das so abgesprochen haben und ich ihm das wirklich versprochen habe. Und dieses Konsil würde ja schon seit vier Tagen ausstehen und ich finde, dass man Patienten auch besuchen/ und das habe ich ihm auch so gesagt, dass man Patienten konsiliarisch begutachten kann innerhalb der normalen Tages- und Geschäftszeiten. Und was darüber hinausgeht, muss man eben absprechen. Und ein Uhr würde für mich nicht dazu zählen und der schläft jetzt und wäre nicht rund um die Uhr verfügbar. Und der ist dann sehr ärgerlich gegangen.“

Eine Pflgende

„Der Patient kommt in so eine Schleuse, also ich war auch schon mal Patient und da wird nur gefragt, Name, alles klar und dann kriegt man seine Vigo geschoben und irgendwie denkt man, okay, es passiert/ Klar, wenn man weiß, was passiert, weil man vom Fach ist, dann weiß man, dass man jetzt Elektroden dran kriegt, aber der normale Patient, der weiß das nicht, aber eine Information dauert zwei Sekunden, dann warte ich noch eine Sekunde, dass diese Information auch die Gehirnzelle erreicht hat, weil das wird ja auch oft gerne gemacht, dieses, ich muss jetzt mal einmal Elektroden kleben und man ist schon dabei. Auch das finde ich ist eine Kompetenz, dass man einfach diese eine Sekunde, in der man den Leuten das beibringt, sagt, warte eine Sekunde ab, damit der Patient das versteht, der ist aufgeregt, der merkt es in dem Moment, der nickt das ab, aber hat es noch nicht geschnallt und gehst jemandem an die Brust, einer Frau, das ist eine intime Berührung.“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Patienten zwischen *Resignation* und *Hoffnung*: Der Patient im Exempel benötigt ein Dialysegerät als Funktionsersatz für die Niere. Durch den Einsatz des Geräts wurde sein Schlafrythmus fremdbestimmt (laute Geräusche). Die Behandlung (laute Geräusche des Dialysegeräts) beeinträchtigt den Patienten so sehr, dass er resigniert („Ich will nichts Anderes als schlafen, sonst kann ich auch sterben.“). Die Pflegende im Exempel vermittelt durch ihre Interventionen Hoffnung. Grundlage hierfür ist, dass sie den Patienten als ein Subjekt wahrnehmen kann und seine Bedürfnisse erspürt. Ähnlich erleben wir es im zweiten Exempel, in dem die Pflegende eine technische Verrichtung vornimmt und sich der Subjektperspektive der Patienten bewusst ist. Die Abläufe und die Technik in der Einschleusung (Beispiel: Elektroden kleben im Exempel) sind Patienten *fremd*. Wie sollten Pflegende mit der Wissensasymmetrie umgehen? Gleichzeitig vertrauen Patienten ihr Leben an. Während der Narkose werden technische Geräte lebenswichtige Funktionen übernehmen (Geräte als Funktionsersatz). Patienten vertrauen darauf, dass die Fachpersonen die Geräte richtig bedienen und beherrschen. Sie erleben eine Fremdbestimmung (vgl. auch Modul Funktionsersatz Technik – Pflegeempfänger schützen). Die Abläufe in der Einschleusung werden für die Pflegende zur *Routine*. In erster Linie geht es um technische Verrichtungen, die sachgerecht durchgeführt werden müssen. Im Verlauf der Routinehandlungen ist die Pflegende dennoch aufmerksam und die Achtsamkeit um die Wahrnehmung der Patienten wird zur eigentlichen Kompetenz.

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

Im Modul Fallorientiertes Arbeiten in der Intensiv- und Anästhesiepflege geht es in der *Perspektive des Individuums* darum, dass das Erleben auf einer Intensivstation durch wechselvolle Verlaufsphasen charakterisiert ist. In der Betroffenheit durch eine intensivmedizinische Diagnose erleben Patient*innen zum Beispiel *leibliche* Entfremdung und Ohnmachtsgefühle, wie Delir und einen gestörten Tag-Nacht-Rhythmus. Im Beziehungsaufbau der Intensivpflege erspürt der*die Pflegenden, in welcher Phase der Krankheitsverarbeitung der*die Betroffene sich befindet und welche unterschiedlichen Bedürfnisse hiermit jeweils verbunden sind. Mithilfe der Krankheitsverlaufskurve von Corbin & Strauss (u.a. Krise) kann der*die Pflegenden seine*ihre subjektive Einschätzung theoretisch reflektieren und prüfen, sowie situationsspezifische Pflegebedarfe eruieren. Zu erkennen ist beispielsweise, welcher Grad an Partizipation und Beratung seitens der*dem Patientin*Patienten situativ zugelassen werden kann, und wie viel Zeit die Beziehungsgestaltung benötigt.

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

Zur Kategorie 6.1 *Bedürfnis und Verwaltung*: Im Krankenhaus scheinen normale Verhaltensregeln außer Kraft. Im Exempel zeigt sich dies an dem Verhalten des Arztes. Dieser kommt zu nächtlicher Zeit in das Zimmer des Patienten, klopft vorher nicht an und schaltet sofort das Licht an. Die Bedürfnisse des Patienten (*Individuum*) nach einem ungestörten Schlaf werden den *Abläufen* in der Organisation (hier dem Arbeitsablauf des Arztes) untergeordnet.

Methodischer Vorschlag: *Lehrervortrag zur „Verrichtungsorientierung“ von Karin Wittneben und zu Jutta Buschs (1996: 184f.) „Ablauforientierung“/ Lektürearbeit der Beschreibungen und Fälle (Busch)/ Diskussion der Begriffe und Reflexion auf die Handlungsfelder Intensivstation und Anästhesie.*

*In der konzeptionellen Weiterentwicklung einer patient*innenorientierten Pflege könnte zum Beispiel das Konzept des Primary Nursing für die Gestaltung der intersektoralen Versorgung Fallverläufen aufgenommen und für die Bereiche der Intensivstation und Anästhesie bewertet werden.*

Methodischer Vorschlag: *Lehrervortrag zum Primary Nursing./Lektürearbeit zum PN/Gruppenarbeit oder ggf. Planspiel in Anlehnung an Kerres und Wissing (2020) entwickeln: „Die Intensivstation und die Anästhesie denken über die Einführung von Primary Nursing nach...“.* (Prozesse der Versorgung)/ **Fragestellung:** *„Was bedeutet das für Struktur und Ablaufprozesse auf der Intensivstation und in der Anästhesie?“*

Aus der Perspektive der Interaktion

In der Perspektive der Interaktion ist das professionelle Selbstverständnis als Fachpflegenden am Einzelfall orientiert mit den anderen am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen auszuhandeln. Der Pflegenden begegnet eine sektorenbegrenzt-funktionale Patientenbehandlung, die

in Widerspruch zur fall- und bedürfnisorientierten Ausrichtung der Intensivpflege gerät, welche von den anderen Berufsgruppen, aber auch innerhalb von Pflgeteams mit Misstrauen und Skepsis beäugt wird. In der Interaktion mit der*dem Patienten*Patientin und ihren Angehörigen sehen sich die Fachpflegenden als Beratende und vertreten ihre Interessen advokatisch gegenüber anderen Akteuren im Behandlungsprozess. Hierbei sind Konflikte zwischen dem am Fall orientierten Rollenverständnis als Fachpflegende*r und disziplinspezifischen Routinen auszuhalten und mithilfe von Konzepten der intersektoralen Zusammenarbeit klären und bewältigen zu können.

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

Lehrervortrag zu ausgewählten Therapieinterventionen auf der Intensivstation (u.a. Dialyse, EKG- Ableitungen, i.v. Zugänge etc.)/“Skills-Lab“ zur EKG-Anlage und peripheren i.v.- Zugängen)/ **Rechercheauftrag** für die SSZ (ein ausgewähltes Therapieintervention hinsichtlich der Evidenzlage recherchieren).

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... können am Fallbeispiel aus der Fachpraxis das Trajekt-Modell (Corbin & Strauss) nachvollziehen, einen Perspektivwechsel und einen Transfer vollziehen und dementsprechend Pflegebedarfe und -bedürfnisse erkennen
- ... können am Fallbeispiel aus der Fachpraxis die Subjektive Perspektive von Patient*innen nachvollziehen, einen Perspektivwechsel und Transfer vollziehen und dementsprechend Pflegebedarfe und -bedürfnisse erkennen
- Bewerten die Verbindung zwischen einer Subjektperspektive und professionellem Handeln nach Oevermann
- ... kennen eine Breite an intensivmedizinischen Erkrankungen und deren therapeutische Interventionen, bewerten diese für ihr Praxisfeld
- ... besitzen die Fertigkeiten, eine Datenbankrecherche durchzuführen und die gefundenen Ergebnisse für ihr Exempel aus der Fachpraxis zu bewerten
- ... greifen für die Gestaltung ihrer Fachpraxis auf Konzepte der intersektoralen Versorgung zurück und übertragen ihre theoriegeleiteten Überlegungen auf Patient*innenfälle in der fachtypischen Praxis
- ... bewerten das Konzept des Primary Nursing für die am Fall orientierte Versorgung und gestalten in einer Gruppenarbeit

<ul style="list-style-type: none"> • ... nehmen eine kritische Haltung ein und übernehmen Verantwortung dafür, mit der Pflegeprozessmethode für einen sicheren Versorgungsverlauf der Patient*innen und Bewohner*innen im Fachgebiet der Intensiv- und Anästhesiepflege zu sorgen.
<p>Leistungsüberprüfung: HA/R/M/PR (Kombinationsprüfung mit Praxismodul 03FPFIA 01 Fachspezifische Pflege gestalten)</p> <p>Modulleistung Praxismodul 03FPFIA 01 Fachspezifische Pflege gestalten (PBM/PBS/PMU)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fallerhebung in der Praxis • Reflexion auf ausgewählte Theorie (Corbin& Strauss) • Falldarstellung <p>Modulleistung 03FASFIA01 „Fallorientiertes Arbeiten in der Intensiv- und Anästhesiepflege: die Subjektperspektive“ (HA/R/PR/M)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fallerhebung aus Praxismodul überarbeiten • Reflexion mit der Theorie • Recherche und Darstellung des Krankheitsbildes mit Diagnostik und Therapie (Evidenzbezug) • Bewertung der Fallanalyse
<p>Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Siehe Praxismodul 03FPFIA 01 Fachspezifische Pflege gestalten: Fallerhebung nach Arbeitsverbundenem Lernen.
<p>Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Literaturstudium (Corbin& Strauss/ Bartholomeyczik), Erhebung Praxissituation zur Fallbearbeitung, Erstellung Prüfungsleistung
<p>Literaturempfehlungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bartholomeyczik, S. (2010): Professionelle Pflege heute. Einige Thesen. In: Kreutzer, S.; Remmers, H. (Hrsg.) (2010): Transformation pflegerischen Handelns: Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert. Osnabrück: V & R Unipress, S. 134–155. • Bostelaar, R.; Pape, R. (2008): Case Management im Krankenhaus. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft • Brinkmann, V. (Hrsg.) (2010): Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. 2. Aufl., Wiesbaden: Gabler • Busch, J. (1996): “Was der Patient sagt...”. Die Reflexion der Krankenpflege in Autobiographien von Patienten. Baunatal: BVS Gohl • 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 • Kerres, A., Wissing C. (2020): Planspiel Pflege und Gesundheit. Anwendungsbeispiele für die berufliche Bildung. Stuttgart: Kohlhammer • Kiening, M., Ohly, A. (2022): EKG endlich verständlich. München: Urban& Fischer, Elsevier

- 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
- Schubert, A., Koch, T. (2010): Infusionen und Injektionen. Schritt für Schritt in Wort und Bild. München: Urban& Fischer, Elsevier
- 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
- 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: 28.12.2022

2.6 Modul „Fachspezifische Pflege gestalten“ (Praxismodul)

Modultitel/Modulkennung: 03FPFIA 01 „Fachspezifische Pflege gestalten“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: Das Modul ist praxisbegleitend zum Modul 03FASFIA01 „Fallorientiertes Arbeiten in der Intensiv- und Anästhesiepflege: die Subjektperspektive“ (Fachspezifisches Modul) und wahlweise zum Modul 03PDB01 „Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln“ (Basismodul) Das Praxismodul kann wahlweise nach einem der Theoriemodule bearbeitet werden. (Prüfungskombination der Module).			
480 Praxisstunden, davon 240 Std. AVL und gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ) (8LP)			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
Reflexionskategorien: 4.I Resignation und Hoffnung 3.I Funktionsersatz und Fremdbestimmung 3.II Aufmerksamkeit und Routinebildung 6.I Bedürfnis und Verwaltung Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Phasen der Krankheitsverarbeitung in Krankheitsverläufen Technische Routinen und Subjektperspektive 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:			

Subjektperspektive, Falltheorie, Case-Management (z. B. Advocacy), Patientenpfade, Krankheitsverlaufskurve (Corbin & Strauss), Verrichtungsorientierung nach Wittneben, Ablauforientierung nach Busch, Exemplarische intensivmedizinische Interventionen, Konzepte der sektorenübergreifenden Versorgung, Primary Nursing, Theorie und praktische Übungen zu i.v.-Zugängen und zur EKG-Anlage.

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

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Pflegende

„Ich habe Nachtdienst gehabt. Und hatte auch schon mehrere Tage in Folge Nachtdienst. Und habe einen Patienten, eben demzufolge immer den gleichen Patienten betreut. Und kannte den Patienten demzufolge auch sehr gut. Es ist schon eine Weile her, deswegen kann ich mich nicht mehr an ganz präzise Details, was die Krankheit anging, des Patienten, erinnern. Aber grundsätzlich war das ein Patient, der septisch gewesen ist. Und im Verlauf der Sepsis hochgradig Rhodamin-pflichtig war. Und darüber eben, durch diese Vasokonstriktion, kam es eben zu Nekrosen an den Händen und Füßen. Und das bedingte dann, dass der Patient nochmal ein Konsil brauchte von einem PHWler. Und der eben konsiliarisch auch angemeldet war für diese PHW Begutachtung. Und aber auch schon seit mehreren Tagen, drei bis vier Tage war das schon, ausstehend dieses Konsil. Und der Patient an sich war eben nach der Sepsis wach, orientiert zum Teil. Also tagsüber eher orientiert, nachts über eher desorientiert, zum Teil halluzinierend und eben auch sehr unruhig. Und er hatte sehr viel Volumen und eine eingeschränkte Nierenausscheidung, so dass er dialysiert werden musste. Und wurde eben über mehrere Nächte hinweg dialysiert. Und dieses Dialyse-Gerät hat eben häufig einen sehr lauten Alarm gegeben. Das war für den Patienten sehr belastend, so dass er eben eigentlich einen sehr intensiven Schlafmangel erlebt hat. Und über mehrere Tage hinweg immer wieder aus dem Schlaf heraus erweckt wurde oder eben überhaupt nicht zum Schlafen gekommen ist. Und das war eigentlich der Hauptbelastungsfaktor für den Patienten, so, dass wir da eben auch oft drüber gesprochen haben und er hat gesagt: Ich kann einfach nicht schlafen, ich kann einfach nicht schlafen. Und dann war das eben so, dass ich gehe davon aus in meiner fachlichen Expertise, dass das eben auch dazu geführt hat, dass der Patient zum Teil desorientiert, also delirant war, weil er einfach einen hohen Schlafmangel hatte. Und ich hatte ein ganz gutes Verhältnis zum Patienten, wir haben uns sehr gut verstanden und hatten eine gute Kommunikationsebene miteinander. Und ich habe ihm eben an dem Tag, als ich zum

Dienst kam, betreut und habe ihn gefragt: Was kann ich heute ganz wichtig für Sie tun. Da hat er gesagt: Ich will nichts Anderes als schlafen, sonst kann ich auch sterben. Also hat das auch ganz dramatisch geäußert. Und dann habe ich gesagt: Gut, das kriegen wir jetzt auch hin. Und habe mit der Pflegekraft von der Dialyse gesprochen und wir haben dann abgemacht, dass die Dialyse erstmal noch zwei Stunden läuft, also habe ich mit dem Patienten und der Pflegefachkraft von der Dialyse abgemacht, dass die die Dialyse noch zwei Stunden läuft, aber eben eine sehr hohe Abnahmerate hat, so dass viel Volumen entzogen wird und der Patient über die Nacht dann eben keinen Volumenentzug mehr braucht und einfach schlafen kann. Und das hatte ich alles gut (eingetütet, das hat gut funktioniert. Die Dialyse-Maschine war dann abgebaut. Und ich hatte den Patienten pflegerisch noch versorgt und er hat dann geschlafen und war damit auch zufrieden. Und hat auch wirklich geschlafen, ich habe das Licht ausgemacht, die Tür zu und er hat geschlafen. Und habe unterdessen dann andere Sachen gemacht und später meinen anderen Patienten versorgt, der direkt daneben war. Und dann war es so gegen ein Uhr, , als dann das Licht plötzlich anging in dem Zimmer. Und dann bin ich rübergegangen und dann kam eben dieser PHWler und hat ganz laut auf den Lichtschalter geschlagen und das Licht angemacht. Und dann habe ich gesagt: Können Sie noch mal kurz rauskommen? Und habe ihn rausgeholt und habe das Licht wieder ausgemacht und habe gesagt: Wer sind Sie denn eigentlich? Und dann sagte er, er wäre der PHWler und wäre hier für ein Konsil. Und da habe ich gesagt: Ja, das kann ich durchaus verstehen, aber dieser Patient muss jetzt schlafen, weil der einfach sehr müde ist und wir das so abgesprochen haben und ich ihm das wirklich versprochen habe. Und dieses Konsil würde ja schon seit vier Tagen ausstehen und ich finde, dass man Patienten auch besuchen/ und das habe ich ihm auch so gesagt, dass man Patienten konsiliarisch begutachten kann innerhalb der normalen Tages- und Geschäftszeiten. Und was darüber hinausgeht, muss man eben absprechen. Und ein Uhr würde für mich nicht dazu zählen und der schläft jetzt und wäre nicht rund um die Uhr verfügbar. Und der ist dann sehr ärgerlich gegangen.“

Eine Pflegende

„Der Patient kommt in so eine Schleuse, also ich war auch schon mal Patient und da wird nur gefragt, Name, alles klar und dann kriegt man seine Viga geschoben und irgendwie denkt man, okay, es passiert/ Klar, wenn man weiß, was passiert, weil man vom Fach ist, dann weiß man, dass man jetzt Elektroden dran kriegt, aber der normale Patient, der weiß das nicht, aber eine Information dauert zwei Sekunden, dann warte ich noch eine Sekunde, dass diese Information auch die Gehirnzelle erreicht hat, weil das wird ja auch oft gerne gemacht, dieses, ich muss jetzt mal einmal Elektroden kleben und man ist schon dabei. Auch das finde ich ist eine Kompetenz,

dass man einfach diese eine Sekunde, in der man den Leuten das beibringt, sagt, warte eine Sekunde ab, damit der Patient das versteht, der ist aufgeregt, der merkt es in dem Moment, der nickt das ab, aber hat es noch nicht geschnallt und gehst jemandem an die Brust, einer Frau, das ist eine intime Berührung.“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Siehe Modulbeschreibung 03FAFIA 01 „Fallorientiertes Arbeiten in der Intensiv- und Anästhesiepflege“ (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 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... können am Fallbeispiel aus der Fachpraxis das Trajekt-Modell (Corbin & Strauss) nachvollziehen, einen Perspektivwechsel und einen Transfer vollziehen und dementsprechend Pflegebedarfe und -bedürfnisse erkennen
- ... können am Fallbeispiel aus der Fachpraxis die Subjektive Perspektive von Patient*innen nachvollziehen, einen Perspektivwechsel und Transfer vollziehen und dementsprechend Pflegebedarfe und -bedürfnisse erkennen
- Bewerten die Verbindung zwischen einer Subjektperspektive und professionellem Handeln nach Oevermann
- kennen eine Breite an intensivmedizinischen Erkrankungen und deren therapeutische Interventionen, bewerten diese für ihr Praxisfeld

- ... besitzen die Fertigkeiten, eine Datenbankrecherche durchzuführen und die gefundenen Ergebnisse für ihr Exempel aus der Fachpraxis zu bewerten
- ... greifen für die Gestaltung ihrer Fachpraxis auf Konzepte der intersektoralen Versorgung zurück und übertragen ihre theoriegeleiteten Überlegungen auf Patient*innenfälle in der fachtypischen Praxis
- ... bewerten das Konzept des Primary Nursings für die am Fall orientierte Versorgung und gestalten in einer Gruppenarbeit
- ... nehmen eine kritische Haltung ein und übernehmen Verantwortung dafür, mit der Pflegeprozessmethode für einen sicheren Versorgungsverlauf der Patient*innen und Bewohner*innen im Fachgebiet der Intensiv- und Anästhesiepflege zu sorgen.

Leistungsüberprüfung (PBM/PBS/PMU):

Lernvorschläge für Praxismodul (arbeitsverbundenes Lernen):

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

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

Modulleistung: 03FASFIA01 „Fallorientiertes Arbeiten in der Intensiv- und Anästhesiepflege: die Subjektperspektive (HA/R/PR/M)

- *Fallerhebung aus Praxismodul überarbeiten*
- *Reflexion mit der Theorie*
- *Recherche und Darstellung des Krankheitsbildes mit Diagnostik und Therapie (Evidenzbezug)*
- *Bewertung der Fallanalyse*

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 03PDB01 „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: Kreuzer, S.; Remmers, H. (Hrsg.) (2010): Transformation pflegerischen Handelns: Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert. Osnabrück: V & R Unipress, S. 134–155.
- Bostelaar, R.; Pape, R. (2008): Case Management im Krankenhaus. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft
- Brinkmann, V. (Hrsg.) (2010): Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. 2. Aufl., Wiesbaden: Gabler
- Busch, J. (1996): "Was der Patient sagt...". Die Reflexion der Krankenpflege in Autobiographien von Patienten. Baunatal: BVS Gohl
- 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
- Kerres, A., Wissing C. (2020): Planspiel Pflege und Gesundheit. Anwendungsbeispiele für die berufliche Bildung. Stuttgart: Kohlhammer
- Kiening, M., Ohly, A. (2022): EKG endlich verständlich. München: Urban& Fischer, Elsevier
- 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
- Schubert, A., Koch, T. (2010): Infusionen und Injektionen. Schritt für Schritt in Wort und Bild. München: Urban& Fischer, Elsevier
- 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
- Wittneben, K. (2003): Pflegekonzepte in der Weiterbildung für Pflegelehrerinnen und Pflegelehrer. Leitlinien einer kritisch-konstruktiven Pflegelehrerfortbildung. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, Bruxelles, New York, Oxford, Wien: Peter Lang
- Wittneben, K. (2009): Leitlinien einer kritisch-konstruktiven Pflegelehrerfortbildung. In: Olbrich, Christa (Hrsg.): Modelle der Pflegedidaktik. München: Urban & Fischer (Elsevier): 105–121
- Literatur aus **03PDB01** „*Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln.*

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

2.7 Modul „Zum Verhältnis externer und interner Evidenz in der Intensiv- und Anästhesiepflege“

Modultitel/Modulkennung: 02EFIA 01 „Zum Verhältnis externer und interner Evidenz in der Intensiv- und Anästhesiepflege“			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Themenerhebung in der Fachpraxis im Praxismodul 02PBP01 „Pflegeprozess im Handlungsfeld“ beachten.</i> <i>Modul führt das Thema Evidenzbasierung fort und vertieft die Modulleistung im 02PB01 „Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“</i>			
Workload: 60 Std davon 40 Std. Kontaktstunden, 20 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitpolitisch ökonomische Perspektive</i>
Reflexionskategorien: 2.II Selbstbestimmung und Fremdbestimmung 1.I Leiderfahrung und Leibentfremdung 2.I Beziehung und Methode 4.II Wiederherstellungswunsch und Sterbebegleitung Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Wissenschaftliche Evidenz im Widerspruch zur Lebenswelt der Pflegeempfänger*in Lebensentwurf im Spannungsfeld zur „Regel der Kunst“ (Therapie) „Comfort dying“: Konzept oder Neutralisierung des Problems in der Organisation?			
Inhalte: Übung der Zitation, Aufbau einer wissenschaftlichen Arbeit üben, Lektürearbeit Übung in die Datenbankrecherche, Evidenz im Pflegeprozess (EBN), Evidenz in der Medizin: Vertiefung Kritische Auseinandersetzung mit dem Evidenzbegriff Studiendesigns, Klassifikationen zur Evidenz, AWMF-Leitlinien, Critical Thinking/Diagnostischer Prozess, Interne und externe Evidenz Aktive und passive Sterbehilfe auf der Intensivstation etc.:			

– Rechtsgrundlagen: Art. 2 Abs. 2 GG; BVerfG-Urteil vom 26. Februar 2020 (2BvR2347/15)
Begriffsdiskussion über „Konzepte“ in der Intensivmedizin und -pflege (u. a. „comfort dying“, „in den Schlaf legen“)

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Pflegende:

„Also typisch, typisch wäre „Mensch, das ist jetzt neu“, „Mensch, wusste ich noch gar nicht“ und „Gut, dass du mir das sagst“ und „Habe ich ja noch gar nichts davon gehört“ und „Ach ja, so was hatte die Kollegin XY mir auch schon mal kurz berichtet“, „Ich wusste gar nicht, dass das so eine hohe Relevanz hat“. Also das wäre eigentlich eine typische Reaktion gewesen von Kollegen, die interessiert sind. Aber das ist dann manchmal eher nicht so. (...), medizinisch ist das dann doch, und medizinisch-pflegerisch vor allen Dingen auch, ziemlich übersichtlich, das Wissen. Und da helfen auch keine Kurse. Das ist einfach schwierig dann zu vermitteln.“

„Also das ist schon sehr komplex. Deswegen ist es sehr wichtig, dass wir da auf, ja, Bildung setzen. Und auch das irgendwie auch dann abbilden. Deswegen war ich ja so entsetzt, dass die gesagt haben „Nein, ich möchte lieber dumm bleiben, ist mir doch egal“. Und wo ich gedacht habe (...) Und noch vor einigen Jahren war der Anspruch „Also, wenn ich auf der Intensiv arbeite, möchte ich unbedingt eine Fachweiterbildung machen, ich will ja wissen, was ich tue. Und diese Gratwanderung finde ich ganz gruselig“.

„Ja, also ich finde das ganz wichtig, dass wir die Fachweiterbildung jetzt neu anfassen, oder die Fachweiterbildung, dass wir Bildung neu denken und auch so (...), dass alles möglich ist theoretisch, wir auch in Richtung Akademisierung da denken. Deswegen fand ich den Vortrag von dem Kollegen aus (Ort), war es, glaube ich, Herrn (Name)) ganz interessant, dass wir auch dann nach oben sozusagen in den tertiären Bereich auch schon sozusagen so Support-Punkte setzen können, um das halt auch schon wieder schmackhaft zu machen. Also das wäre jetzt noch so mein, also Augenmerk, wo ich denke, ja, da müssen wir ran und das finde ich total wichtig, dass wir das tun. Und wir müssen die breite Masse wieder ans Lernen bewegen.“

„Also wenn Sie auf die Selbstbestimmung gehen, dann ist es natürlich schwierig, weil wenn man selbstbestimmt etwas entscheiden möchte, dann muss man natürlich auch Alternativen kennen. Und dann ist es natürlich immer ein bisschen schwierig, wenn man dann eine Beratung durchführt. Es ist halt so wie in allen Beratungen: Da schimmert ja trotzdem immer noch so ein bisschen die Haltung des Ratgebers durch. Also das ist dann schon, ohne den Patienten jetzt, sage ich einmal, überrumpeln zu wollen oder, jetzt auch, ich sage mal, in so Trick-Geschäfte einen überzuleiten, sondern man muss ihnen halt schon erklären, dass es halt wichtig ist und dass der Patient

aufstehen kann und dass man dann eben auch erklärt wo sein Ziel ist, dass man das halt im Vorfeld klärt „Ja, ich möchte jetzt diese große Operation, die ich bis hierhin schon gut überstanden habe, auch noch die letzten Meter gut überstehen.“ Und dann muss man ihn auch aufklären, dass es ja dazu auch seine aktive Mitarbeit dann halt unbedingt notwendig ist. Also Autonomie natürlich, Selbstbestimmung, aber auch, wenn man jetzt auch von der Pflegekraft sozusagen guckt, dass man sagt „Nicht schaden wollen“, das ist ja nun auch noch eine große Sache. Also wenn man die nicht aus dem Bett holt, dann haben wir Delir, Pneumonie, Kontrakturen und solchen Problemen zu tun. Und Gutes tun will man ja eigentlich auch, und (...). Und dann sich mal mit dem Patienten unterhalten und wenn er auch das gerade erst mal ablehnt, warum er das denn ablehnt. Hat er vielleicht schon mal eine negative Erfahrung gehabt? Ist er vielleicht gar nicht umfänglich aufgeklärt? Weiß er gar nicht um die Problematik, die ihm da noch ins Haus steht? Also das ist dann schon, ja, ein bisschen mit Arbeit verbunden (...)

„Ja, das ist nicht ganz einfach. Also für uns war in der Situation ja tatsächlich schwierig, dass wir das fachliche Wissen hatten, aber eben diese Kommunikation mit dem Arzt sehr schwierig war, so ein bisschen dann für mich. Also ich als Pflegekraft muss dann ja entscheiden können, kann ich jetzt noch weiter assistieren? Ist es noch zum Wohl des Patienten oder fügen wir da vielleicht einem Patienten auch Schaden zu? Und ich muss jetzt einfach mal aufgrund meines Wissens sagen, freundlich, aber an dieser Stelle ist jetzt gerade mal Schluss für uns, sagen wir mal so. (...) 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. Es ist ja so ein bisschen paradox, weil die Ärzte einerseits viel Wert darauflegen, dass die Intensivpfleger diese Fachweiterbildung haben, aber am Ende machen sie das zwar mit mehr Wissen, haben aber keinen höheren Stellenwert. Und das muss sich, glaube ich, ändern (...).“

„Also eigentlich finde ich es eher untypisch, dass man im Bereich der Intensivpflege so eine Haltung hat „Mir doch egal“. Also das ist, finde ich, eher untypisch, weil wenn man sich für einen hochspezialisierten Bereich irgendwann einmal entscheidet im Rahmen seiner beruflichen Ausbildung, habe ich jetzt so die Erfahrung gemacht, dass es meistens dann auch noch eine ganz große intrinsische Motivation da gibt, dass man sich dann halt mit zusätzlichem Wissen dann noch bereichern möchte. Pflegerisch, medizinisch, ob es jetzt onkologisch ist oder auch psychiatrisch, das sind ja alles hochkomplexe Vorgänge, die da zu versorgen sind. Und das hat mich schon sehr irritiert, dass man da sozusagen mit so einer, ja, „Mir-doch-egal“-Haltung dann da reingeht. Das fand ich jetzt sehr ungewöhnlich, muss ich mal sagen.“

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 Pflegende *fremdbestimmen*, indem ich nur Anordnungen befolge und den Sinn der Maßnahmen nicht kennen will? Ziehe ich mich zurück auf Verrichtungen und lege ich die Verantwortung für die Patienten ab? „Der Arzt wird schon wissen, was er anordnet?“ Oder entwickle ich eine Haltung, in der ich Wissen für die Patienten reflektiere und mir den Sinn hinter den Maßnahmen erschließen kann? (vgl. Modul Systematisches wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege).

Aus der *leibgebundenen Perspektive* ergründet die Pflegende die Wünsche des Patienten, die aus seiner *Leiderfahrungen* im Rahmen einer belastenden Behandlung resultieren. Gewissermaßen hat er als Betroffener Expertenwissen erworben und über seine Erfahrungen eine interne Evidenz (Behrens/Langer 2010) aufgebaut. Dieses Wissen führt bei den Betroffenen zu Wünschen, die im Widerspruch zu den medizinischen und pflegerischen Interventionen stehen können, die nach den „Regeln der Kunst“ und aus wissenschaftlicher Sicht geboten scheinen. Eine neue „Regel der Kunst“, die Methode des EBN, soll die Pflegebedürftigen vor unwirksamen pflegerischen Interventionen schützen. Gleichsam wünschen sich die Pflegeempfänger Verständnis für ihre Situation, für die ein Beziehungsaufbau zwischen Pflegender und Pflegeempfänger*in grundlegend ist.

Methodischer Vorschlag: Lehrervortrag Anbindung an die Evidenz in der Pflege (Modul Systematisches, wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege). Vorstellung des Ansatzes zur evidenzbasierten Pflege von Behrens/ Langer 2010: Differenzierung zwischen externer und interner Evidenz./**Gruppendiskussion:** „Kann der Wille der Patienten im Widerspruch zu externem Wissen stehen? Welche Erfahrungen haben sie dazu gemacht?“/

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

Auf der *Sachebene des Gesundheitswesens* stellt sich die Frage, wie die Entscheidungsfindung zwischen den Möglichkeiten der Fortsetzung einer Intensivtherapie oder deren Beendigung zugunsten einer palliativen Therapie angesichts der Situation des Patienten und seines Willens rechtlich zu beurteilen ist. Allgemein kann man von einer Grundrechtskollision ausgehen, wenn der Wille des Patienten, die Behandlung abzubrechen, dem ärztlichen Grundsatz der Lebenserhaltung zuwiderläuft. Der Patient kann sich dagegen auf sein Selbstbestimmungsrecht gemäß Art. 2 Abs. 2 des Grundgesetzes berufen. Infrage steht, welche rechtskonformen Handlungsspielräume für Pflegende und Ärzte aus dem juristischen Rahmen resultieren.

Methodischer Vorschlag: Auseinandersetzung mit Art. 2 GG und aktueller Rechtsprechung zu selbstbestimmtem Sterben – Auslegung der Rechtssätze durch einen Juristen, insbesondere

BVerfG-Urteil vom 26. Februar 2020 (2BvR2347/15) / Fallbearbeitung/ Gespräch mit Experten für Intensivmedizin über praktische Konsequenzen aus dem BVerfG-Urteil)

Perspektive der Institution

Auf der *Sachebene des Krankheitserlebens* ergibt sich das Schlüsselproblem der *Kundensouveränität*, an die im Intensivsetting kaum zu denken ist. Mit Blick auf das Lebensende und Palliation auf der Intensivstation ist zum Beispiel die bewusste Gestaltung der Sterbeumgebung zu einem zentralen Thema geworden, die nur schwer umsetzbar ist. Bezogen auf das intensivmedizinische Setting kann zum Beispiel die Frage nach einem „guten Sterben“ oder „comfort dying“ aufgeworfen werden. Für Pflegende wird an dieser Stelle bedeutsam, sich mit entsprechenden begrifflichen Konzepten sprachlich auseinanderzusetzen und eigene Vorstellungen hierzu zu entwickeln und zu diskutieren. Zu problematisieren wäre etwa, inwieweit solche Konzepte die Realität des Sterbens auf der Intensivstation womöglich verklären oder zynisch wenden könnten. In der Arbeitssituation könnte der Begriff für Klarheit sorgen, wie die „Professionals“ mit der Situation der Therapieaussetzung umgehen. Für Angehörige könnten zum Beispiel Begriffe wie „comfort dying“ befremdlich oder sogar verstörend wirken. Oder Patienten könnte dadurch ein nicht realistisches, beschönigendes Bild ihrer Situation vermittelt werden, dass ihnen die Möglichkeit zu einer authentischen Selbstklärung zu finden nehmen würde. Oder, soll das eigentliche Problem neutralisiert werden, dass Intensivmedizin im Widerspruch zu palliativen Situationen stehen kann?

Methodischer Vorschlag: *Begriffliche Diskussion anhand eines Textauszugs aus der S3-Leitlinie Analgesie, Sedierung und Delir-Management (AWMF) / Reflexion über etablierte Begriffsverwendung in der eigenen Einrichtung (z. B. „comfort dying“ zur Einstellung von lebensverlängernden Maßnahmen oder „in den Schlaf legen“ für eine Sedierung im palliativen Intensivsetting). Diskussion ob Intensivmedizin und Palliation im Widerspruch stehen können und sprachliche Konzepte die Situation neutralisieren.*

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... kennen Kriterien wissenschaftlichen Arbeitens und unterschiedlicher Studiendesigns.
- ... diskutieren unterschiedliche Anforderungen an wissenschaftliche Arbeiten und die Aussagekraft unterschiedlicher Studiendesigns für die Pflegepraxis.
- ... verfügen über Schlüsselkompetenzen, die für Arbeitsprozesse in der Fachpflege notwendig sind, um wissenschaftliches Arbeiten der Pflege innerhalb der Institution sichtbar zu machen
- nutzen die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens zur Bearbeitung von Leistungsanforderungen in der Berufspraxis.
- ... erkennen in ihrer Institution, wie wissenschaftliche Erkenntnisse kommuniziert und genutzt werden können, um die Pflegepraxis weiter zu gestalten.
- ... können Informationen für wissenschaftliche Arbeiten in angemessener Zeit und angemessener Tiefe aus Bibliotheken, wissenschaftlichen Datenbanken und dem Internet zusammentragen, kritisch reflektieren und für Pflegeempfänger bewerten.
- ... reflektieren die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens vor dem Hintergrund der Entwicklung der Pflegewissenschaft

- ... setzen die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens korrekt um und argumentieren die Notwendigkeit von Theoriegeleitetem Handeln in der Pflegepraxis vor Vertreter*innen der Berufspraxis.
- ... verstehen die Logik des Forschungsprozesses. Sie haben ein Verständnis zur Evidenzbasierung und kennen den EBN-Prozess.
- ... erklären und begründen „Critical Thinking“ im Kontext des Pflegeprozesses. Sie leiten aus der pflegerischen Versorgungsevaluation neue Fragen ab bzw. zeigen Wege zur Nutzung von Forschungsergebnissen auf.
- Die Teilnehmenden können eine evidenzbasierte / wissenschaftlich begründete Problemlösung begründen.
- ... versetzen sich in die Situation eines schwerkranken Menschen, der vor einer schwierigen/ vitalen Entscheidung steht (z. B. eine kurative Krebstherapie zugunsten einer palliativen Behandlung zu beenden oder sie fortzusetzen).
- ... reflektieren verschiedene Möglichkeiten der professionellen Begleitung und Unterstützung der Patientin/ des Patienten, wie z. B. spezifische Ansätze der Beratung, um zu einer aus seiner Sicht für sich richtigen Entscheidung zu finden.
- ... vergegenwärtigen sich die Dilemmasituation einer Patientin/ eines Patienten, die/ der zwischen dem eigenen Wunsch (z. B. Beginn einer palliativen Behandlung, in der Hoffnung auf eine Linderung des eigenen Leids), und dem Wunsch eines/ einer Angehörigen (z. B. Fortsetzung kurativer Interventionen, in der Hoffnung auf eine lebensverlängernde Wirkung) entscheiden zu müssen.
- ... diskutieren und erproben verschiedene Möglichkeiten der professionellen Unterstützung, um Patientinnen/ Patienten und Angehörigen bei der Vermittlung zwischen unterschiedlichen Ansichten oder abweichenden Wünschen und Interessen zu helfen.
- ... reflektieren, wie eigene Werte und Einstellungen von Pflegenden unbewusst/ subtil auf die Willensbildung und Entscheidungsfindung von Patienten hinsichtlich der eigenen Therapie einwirken können.
- ... reflektieren, wie eigene Werte und Einstellungen von Pflegenden unbewusst ihre Wahrnehmung eines mutmaßlichen Patientenwillens beeinflussen können.
- ... hinterfragen die scheinbare Eindeutigkeit und Unabhängigkeit von explizit geäußerten Patientenwünschen und ergründen, wie der wahre (autonome) Wille des Patienten, ggf. mit ihm gemeinsam, methodisch exploriert werden könnte.

Leistungsüberprüfung: K/R/M/PR

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

Themenerhebung in der Fachpraxis im Praxismodul 02BP01 „Pflegeprozess im Handlungsfeld“ beachten (Praxisthemen aus der Fallerhebung auf Evidenz untersuchen).

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Erhebung Praxissituation zur Themenfindung EBN, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

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

- Bundesverfassungsgericht: https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Downloads/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (16.09.22)
- 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
- Hospiz- und Palliativgesetz (HPG): <https://www.pflege.de/pflegegesetz-pflegerecht/palliativgesetz/> (22.04.20).
- 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
- 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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

2.8 Modul „Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Prozesse der Versorgung“

Modultitel/Modulkennung: 03PWWFIA 01 „Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Prozesse der Versorgung“ (Fachspezifisches Modul)		
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Das Modul bindet an die Module „Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Rollenidentität im Behandlungsteam“, „Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Pflegeempfänger zwischen Intensivbehandlung und Palliation“ und „Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Sicherheit in der Institution an“.</i>		
Workload: 90 Std davon 60 Std. Kontaktstunden, 30 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):		
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)		
I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
<p>Reflexionskategorien:</p> <p>2.II Selbstbestimmung und Fremdbestimmung</p> <p>5.I Geborgenheit und Verlustängste</p> <p>5.II Entlastung und Belastung</p> <p>3.II Humanisierung und Pflegemanagement</p> <p>Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion:</p> <p>Rollenambiguität zum Diagnosegespräch</p> <p>Asymmetrie zwischen Patient*innen und Behandlungsteam</p> <p>Angehörige: Unterstützung oder Störfaktor?</p> <p>Keinen Einfluss auf Prozessabläufe nehmen (fremdbestimmt bleiben)</p> <p>Management: Versorgungsprozesse in der Intensiv- und Anästhesiepflege gestalten</p> <p>Inhalte:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rechtliche Perspektive: Mitteilung der Diagnose, protektive Isolierung, Hygiene, Arbeit mit Angehörigen, Pflgetheorie Friedemann, Angehörigenfreundliche Intensivstation, Patiententagebuch, MRSA-Management, Instrumente Übergabe und Visite/präoperative Visite, AQiG: interprofessionelle Fallanalyse. 		
Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:		

„Also ich hatte Situationen, da stehe ich daneben und der Doktor spricht mit den Angehörigen und sagt, es ist alles in Ordnung und ich denke, der ist präfinal, der wird den nächsten Tag nicht überleben. Von welchem Patienten spricht der Arzt hier? Und man darf nichts sagen.“

Fokusgruppe:

„Ich habe vor ein paar Jahren einen sechs Monate alten Jungen reanimiert auf der Intensivstation, der aber verstorben ist, der Anästhesist, der Oberarzt wollte dann die Todesnachricht den Eltern beibringen, dann habe ich gesagt, ich komme gerne mit. Er sagte nachher, das war total toll, dass du mitgekommen bist, das hat mir noch mal Kraft gegeben, in dieser schwierigen Situation den Angehörigen diese schlimme Nachricht zu übermitteln. Das ist natürlich auch so eine Situation, aber ich muss eine Haltung dazu haben, ich muss die Haltung haben, mir ist es wichtig, ich möchte gerne mitkommen. „

Eine Pflgende:

„Es ist so schön ruhig und entspannt hier, weil keine Angehörigen da sind.“

Fokusgruppe:

„Das ist auch ein großes Problem tatsächlich, dass wir zeitliche Absprachen häufig nicht selbst entscheiden, sondern die uns aufgedrückt werden, das ist echt ein großes Problem. Sei es Röntgen, da wird ein Röntgen angesetzt, das wird uns teilweise gar nicht kommuniziert, das wird angemeldet, plötzlich steht der mit seinem fahrbaren Röntgengerät vor einem und sagt, Mensch, jetzt müssen wir den Patienten mal Röntgen. Ich sage, Mensch, den habe ich gerade auf die Seite gelegt, ich bin hier gerade im Pflegeprozess oder was auch immer.“

Eine Pflgende

Also ich möchte mich an oder ich muss mich an eine Situation erinnern, in dem halt, ja, also ich bin halt sozusagen zum Spätdienst gekommen und in dem Frühdienst waren halt sehr viele junge und unerfahrene Kollegen im Dienst oder auch Kollegen, die nicht so routiniert sind. Und es kam zu der Situation zum Beispiel, dass die Medikamente nicht mit der nötigen Sorgfalt verabreicht wurden, weil den Kollegen das gar nicht so klar war. Und dann war es auch ein großes Problem, dass in dieser Schicht-Konstellation auch nicht das Augenmerk auf wirklich pflegerelevante Dinge gelegt worden ist, sondern nur eher so verrichtungsorientiert, so dass zum Beispiel Patienten halt nicht mobilisiert worden sind (...). Genau, das war eine Schichtübergabe und ich bin halt in der

Folgeschicht dazugekommen und habe halt gemerkt, was da halt/ unter anderem war diese eine Situation mit dem Nicht-Mobilisieren halt, ja, die nicht stattgefunden hat (...).“

Ein Pflegender

„Also es ist letztendlich ein Tagebuch, was man für Patienten führt, die quasi sediert sind auf einer Intensivstation. Wo man so ein bisschen erklärt, auch was man hört, was man vielleicht auch sieht oder an hell, dunkel irgendwie. Weil man eben weiß, dass auch sedierte Patienten eben ein gewisses Level an Wahrnehmungen haben und das nachher auch oder wenn die nachher im Delirium sind zum Beispiel, dass sie das nicht verarbeiten können (...).“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Perspektive des Individuums und der Angehörigen

Im Modul „Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Prozesse der Versorgung“ geht es in der *leibgebundenen* Perspektive auf der Sachebene des *Krankheitserlebens* um die Verschiedenartigkeit des Erlebens auf einer Intensivstation oder einer Patientenschleuse im OP. Unterschiedliche Altersgruppen, unterschiedliche individuelle persönliche Lebensbedingungen, -situationen, -entwürfe, Bildungsvoraussetzungen spielen in den existenziellen Situationen oft eine untergeordnete Rolle und schwingen dennoch bei den Pflegenden mit, um sich den Fall zu erschließen. Gleichwohl gehört es zu den Prozessen in den Pflegeeinheiten, die Verbindung zu den Angehörigen zu halten und für Informationsfluss zu sorgen. Pflegende stehen hier im Widerspruch von Informationspflicht und Zurückhaltung, da ihnen üblicherweise aufklärende Gespräch mit Angehörigen nicht zugestanden werden. Des Weiteren berichten Pflegende im Exempel von dem Gefühl des „nichts sagen Dürfens“. Die Pflegenden werden *fremdbestimmt* in dem, was sie den Angehörigen und den Patienten mitteilen dürfen. Was macht diese Situation mit den Pflegenden? Inwiefern soll und kann es eine *Selbstbestimmung* von Pflegenden in Bezug auf Angehörigen- und Patientengespräche geben?

Methodischer Vorschlag: *Einstieg durch das Exempel. Diskussion zur Aufklärung von Patient*innen und Angehörigen./ Lehrervortrag: rechtliche Perspektive zur Mitteilung der Diagnose und zu Aufklärungsgesprächen./ Reflexion des Spannungsfelds in der Praxisrealität.*

Auf der Sachebene des *Helpens* wird die Bedeutsamkeit von *individueller Beziehung und Kommunikation auf der Intensivstation deutlich*. 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, wie beispielsweise die tägliche Mobilisation. Bei Patient*innen, die einem Keimbefall unterliegen (u.a. MRSA, Corona) und dabei einem Hygieneregime (z. B. Isolierung) unterliegen, oder bei immunschwachen Patient*innen, die auf medizinische Interventionen vorbereitet werden, kommt es insbesondere auf eine vorbereitende Aufklärung und Information bezüglich der Maßnahmen und der begleitenden Risiken an.

Methodischer Vorschlag: *Lehrervortrag zur Hygiene, Isolierung auf der Intensivstation oder im OP/Mikrobiologie: 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.*

Für Angehörige stellt sich auf der Intensivstation eine Ausnahmesituation dar. Sie sind besorgt um ihre Angehörigen und haben *Verlustängste*. Nahestehende Menschen können für Patienten jedoch ein Anker sein, um den Bezug zur Realität zu behalten und Wahrnehmungen zu verarbeiten. Sie können Patienten *Geborgenheit* vermitteln und *Verlustängste* abbauen. Gleichzeitig sind Angehörige eine wichtige Informationsquelle. Üblicherweise gelten für Intensivstationen und Aufwachräume strikte Besuchsverbote oder eng gesteckte Besuchszeiten. *Geborgenheit*, die Angehörige vermitteln, wird nicht ausreichend genutzt um die Situation um die Patient*innen zu verbessern. Gleichzeitig wird von Pflegenden berichtet, dass sie die Abwesenheit von Angehörigen mit Ruhe und Entspannung assoziieren. Inwiefern stellen Angehörige eine Belastung für Pflegekräfte dar, wie es im Exempel zum Ausdruck kommt? Mittlerweile gibt es erste pflegerische Konzepte, um Angehörige in die Situation auf der Intensivstation einzubeziehen.

Methodischer Vorschlag: Lehrervortrag zum Intensivtagebuch nach Nydahl und zur Angehörigenfreundlichen Intensivstation./ **Podcast:** Deutschlandfunk zum Intensivtagebuch/**Erstellung** einer Informationsschrift für die eigene Intensivstation oder Adaption für den Aufwachraum.

Perspektive der Interaktion

In der *Perspektive der Interaktion* wird auf der Sachebene des *Krankheitserlebens* deutlich, dass auch familiäre Bindungen (*Geborgenheit*) sich auf Behandlungserfolg und Pflege (Compliance) auswirken. Plötzlich steht das Behandlungsteam im Widerspruch vom Verstehen der familiären Situation und der notwendigen Behandlungsdisziplin, die durch die Strukturen und Abläufe einer Intensivstation vorgegeben sind. Für Pflegende ist es nun von Bedeutung, familiensystemische Zusammenhänge hinsichtlich einer erfolgreichen Therapie zu erkennen und zu analysieren. Die Gesundheit des Einzelnen steht immer im Zusammenhang mit der Familiengesundheit (Friedemann – Theorie des systemischen Gleichgewichts).

Lehrervortrag zur *Pflegetheorie* von Friedemann (u.a. 2017): Grundzüge und Begriffe insbesondere die Ziel- und Prozessdimensionen/Lektürearbeit zur Theorie von Friedemann (Ziel- und Prozessdimensionen)./ Gruppenauftrag und Plakatarbeit: Reflektieren sie das Falleispiel (s.o.) 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 realisieren ließe?"/ **Vorstellung der Ergebnisse** im Plenum./ **Diskussion** und Bewertung der *Pflegetheorie* für die Intensiv- und Anästhesiepflege.

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 im Sinne und Interesse des Patienten. Die funktionierende (intersektorale) Zusammenarbeit von professionellen Akteur*innen aus verschiedenen Berufen und Arbeitskontexten und die aktive Einbeziehung von Angehörigen in die Arbeit mit der*dem Patientin*Patienten wird seitens der Pflegenden als hochgradig

relevant oder störend für Patient*innenversorgung beurteilt. 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. 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 gefährdet. 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 Pflegenden gemeistert werden. Aus Sicht der Pflegenden wird es zum Problem, wenn sie für zeitliche Absprachen in den Prozessen nicht gefragt werden, wie im Exempel ersichtlich. Pflegenden werden dann durch Akteur*innen anderer Prozess fremdbestimmt.

Methodischer Vorschlag: Literaturanalyse zur „Übergabe“ (u.a. Triphaus 2020) und zur „Visite“ als Kommunikationsinstrumente zur interprofessionellen Abstimmung. **Gruppenarbeit** Fragestellung: „Welche tradierten Muster in der Übergabe/Visite kennen sie, die der gelingenden Kommunikation nicht dienlich sind? Welches sind innovative Muster, die die Kommunikation für eine Patient*innenversorgung verbessern?“

Auf der Sachebene des Gesundheitswesens stellt sich die Problematik der Abstimmung des gemeinsamen Handelns in der interprofessionellen Zusammenarbeit als strukturelles Problem. Für die pflegerische Arbeit ist es von Bedeutung zu erkennen, welche der im praktischen Handeln entstehenden Schwierigkeiten nicht dem persönlichen Agieren, sondern institutionellen Logiken zuzuschreiben sind, die als Rahmenbedingungen Hemmnisse auf der unmittelbar pragmatischen Ebene erzeugen und zu Frustration oder sogar Resignation führen.

Methodischer Vorschlag: Planspiel: Fallanalyse in Anlehnung an die interprofessionelle, heuristische Matrix (AQiG)⁴ von Sieger, Ertl-Schmuck, Böggemann-Großheim (2010)/ Lehrervortrag: Vorstellung der Matrix zur interprofessionellen Zusammenarbeit: **insbesondere Phasen und Perspektiven/** Auftragserstellung und Auftrag in **Kleingruppen:** Fallanalyse (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.**

Vorstellung der Arbeitsergebnisse (Fallanalysen), ggf. Prüfungsleistung.

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

⁴ Die interprofessionelle Fallanalyse ist an die Gegebenheiten der Bildungsinstitution anzupassen. Das bedeutet, dass ggf. Bildungsteilnehmer*innen aus verschiedenen Fachweiterbildungen in Gruppen zusammenarbeiten und/oder die Teilnehmer*innen in der Fachpraxis Expert*innengespräche (Konsile) führen (Intensivmediziner*innen, Anästhesist*innen, MfA, Sozialarbeiter*innen etc.). Die Teilnehmer*innen sollen die soziologischen Perspektiven einnehmen und den Fall nach dem Phasenverlauf bearbeiten.

- ... erhalten ein fundiertes Wissen zur rechtlichen Situation von Aufklärungsgesprächen und Mitteilungen von Diagnosen, deren besondere Voraussetzungen und Handlungskonsequenzen in der Fachpraxis. Sie reflektieren ihr Verantwortungsgefühl im Sinne der Pflegeempfänger*innen und Angehörigen und bringen sich in der Situation ein.
- ... sie verfügen über ein tiefes pflegewissenschaftliches Fachwissen zur Pflegeetheorie von Friedemann
- ... reflektieren das eigene berufliche Selbstverständnis sowie Haltung und Rolle als Fachpflegende vor dem Hintergrund der Bedeutung einer systemischen Pflegeetheorie in familiären Situationen
- sie können einen Patient*innenfall aus der Praxis mit Hilfe der Theorie von Friedemann analysieren und intensivpflegerische Interventionen daran neu ausrichten
- ... sie können Prioritäten unter Berücksichtigung verschiedener Aspekte setzen und argumentieren (Patientensicherheit, Bedürfnisse von Patienten, Qualität der Versorgung, zeitliche Passung von Abläufen, Anleitung von Kolleg*innen)
- Sie entwickeln einen Gesamtblick für die patientenbezogenen Abläufe und können mit dem interprofessionellen Team die Tagesstruktur von Patienten koordinieren.
- Sie können die Bedeutung pflegerischer Tätigkeiten gegenüber Angehörigen anderer Berufsgruppen argumentieren.
- Sie können die Bedeutung der Einbindung von Pflegenden in Angehörigen- und Patientengespräche gegenüber Fachpersonen argumentieren
- Sie können die Wichtigkeit einer ehrlichen Kommunikation der Prognose gegenüber Patienten und Angehörigen ethisch begründen.
- Sie reflektieren ihre Handlungsmöglichkeiten im Falle eines Gefühls der Fremdbestimmung.
- können einen Fall aus der Fachpraxis mit einer Heuristik analysieren, Wissen zusammentragen und neu bewerten, interprofessionelle Perspektiven einnehmen und eigene Grenzen erkennen – den vorgefundenen Fall in seinen Dimensionen neu bewerten und entwickeln neue Interventionsvorschläge für dessen Versorgung.

Leistungsüberprüfung: K/R/M/PR

- Ggf. Ergebnisse Fallanalyse nach AQiG

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

Arbeitsauftrag für die Praxis: Beobachtung von möglichen Keimverschleppungen in den Prozessen der Institution

*Fallerhebung nach Arbeitsverbundenem Lernen, Expert*innengespräche in der Praxis (AQiG)*

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium der vorgeschlagenen Pflegeetheorie (Friedemann/Köhlen 2018), ausgewählte Arbeitstexte
- Fallreflexion mithilfe der vorgeschlagenen Lektüre, Fallaufbereitung nach Heuristik (AQiG)
- Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

- Deutschlandfunk: Intensivtagebuch: <https://www.deutschlandfunkkultur.de/koma-patienten-mit-intensivtagebuechern-zurueck-ins-leben-100.html> (03.09.22)
- Deutsche Krebshilfe: <https://www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/mit-krebs-leben/sozialeleistungen-bei-krebserkrankungen/> (22.04.23)
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2020): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.2, AWMF-Registernummer: 128/001OL, Verfügbar unter: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/LL_Palliativmedizin_Langversion_2.2.pdf [Zugriff am 24.04.2021].

- Friedemann, M.-L., Köhlen, C. (2018): Familien- und Umweltbezogene Pflege. Die Theorie des systemischen Gleichgewichts und ihre Umsetzung. Bern: Hogrefe
- 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
- Nydahl, P. (2017). Das Intensivtagebuch hat mir sehr geholfen“. Erfahrungen eines Betroffenen. *PflegenIntensiv*, 4, 18.
- 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 (03.09.22).
- Tazi, I. (2023): Allogene Knochenmarkstransplantationen in der Praxis. Ein Leitfaden für Pflegekräfte. Tallinn: Verlag Unser Wissen.
- 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.; Nerdinger, F. W.; Regnet, E. & Rosenstiel, L. von. (2003). *Effektiv kooperieren: wie aus lauter Solisten ein erfolgreiches Orchester wird*. Weinheim: Beltz
- Triphaus, C. (2020): Strukturierte Patientenübergabe/- Überhahme 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: 28.12.2022

2.9 Modul „Funktionsersatz Technik – Pflegeempfänger schützen“

Modultitel/Modulkennung: 03FTFFIA 01 „Funktionsersatz Technik – Pflegeempfänger schützen“ (Fachspezifisches Modul)		
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Modul Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Pflegeempfänger zwischen Intensivbehandlung und Palliation und Modul Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Sicherheit in der Institution.</i>		
Workload: 90 Std davon 60 Std. Kontaktstunden, 30 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):		
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)		
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>
	↓	↓
		III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
		↓
<p>Reflexionskategorien:</p> <p>1.I Leiderfahrung und Leibentfremdung</p> <p>1.II Empathie und Intervention (Methode)</p> <p>2.I Mimesis und Projektion</p> <p>2.II Teamarbeit und Konkurrenz</p> <p>2.III Tradition und Emanzipation</p> <p>3.I Bedürfnis und Verwaltung</p> <p>Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion:</p> <p>Introspektionsfähigkeit: wenn Geräusche falsch gedeutet werden</p> <p>Asymmetrie: Aufmerksamkeit und Fachwissen</p> <p>Anerkennung: Nähe und Distanz</p> <p>Rollenambiguität: Wodurch wird technisches Arbeiten professionell?</p> <p>Rollendiffusion der Berufsbilder im Versorgungssystem</p> <p>Inhalte:</p> <p>„HighTech“ auf der Intensivstation und in der Anästhesie, Verzweiflung und Resignation beim Patienten, Notwendige Kompetenzen: Fachwissen, situationsspezifisches Wissen, Assessments, Ernährung, Hilfsmittel, Professionelle Nähe, Koordination und Fallbesprechung, Paradigmatische Fälle und Intuition nach Benner, „Coolout“- Phänomen, Heilkundliche Tätigkeiten nach §63 Abs. 3c für Pflegenden, Reanimation, Kinderreanimation, ECMO, Digitalisierung, ATA und Pflege, eHealth, Telehealth und Assistierende Technologien</p>		
Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:		

Aus der Fokusgruppe

„Es gibt ja mittlerweile die Intensivbetten mit dem Matratzensystem, der Patient wird selbst gelagert. Also da ist häufig ja schnell mal so die Grundhaltung von Pflegenden, ich muss den Patienten ja gar nicht mehr lagern, das macht das Bett ja selber. (...) aber er muss das Ganze lernen, auch ethisch zu hinterfragen. Ist das überhaupt gut, dass das Gerät das machen kann? Und will ich das auch, dass der Patient genauso gelagert wird oder auch nicht?“

Eine Pflegende

„Dieser Patient war ungefähr, ich weiß nicht mehr genau wie alt der war, ungefähr Mitte siebzig, würde ich schätzen. Und er hatte einen kolorektalen Krebs (...) Metastasiert, so dass er ein Schema hatte, also Therapieschema, wo er regelmäßig sechs Wochen lang einmal in der Woche zu uns kam zur Therapie. (...) Der hatte auch eine Pumpe und am nächsten Tag ist er dann nochmal gekommen, da wo wir die Pumpe abnehmen mussten, dann hatte er eine Pause und kam wieder.

Ein Pflegender

„Ich hatte einen Patienten, der hat immer gedacht, das Dialysegerät hat immer getutet, wenn das Signal angegeben hat. Und das hat irgendwann morgens gesponnen und dann hat er gedacht, er wäre am Hamburger Hafen, weil er immer dieses Tuten gehört hat. Und das dann aufzuklären und da nachher zu sagen, also wenn die Patienten das nachher aufklären können und für sich aufarbeiten können und zu sagen, nein, ich war wirklich im Krankenhaus und das war das Dialysegerät, genau.“

Fokusgruppe:

„Vielleicht sind wir so ausgebrannt mittlerweile schon, [...] sind wir soweit ausgebrannt, dass wir vielleicht auch gar nicht mehr in der Lage sind, eine gute Beziehungsgestaltung zu ermöglichen, weil uns das einfach maximal stresst noch zusätzlich zu dem Stress, den wir sowieso haben. Finde ich tatsächlich ziemlich schade.“

Fokusgruppe:

„Wir haben natürlich den Hauptkonflikt, also den erlebe ich ja auch immer noch in der Praxis, ich will dem Patienten was Gutes tun, habe aber das große Problem, dass ich den nicht so versorgen kann, wie ich es gerne möchte. Und den Konflikt muss ich quasi mit mir nach Hause nehmen und jeder geht da irgendwie anders mit um und einige haben schon aufgegeben und funktionieren nur noch. Insgesamt ist die Kommunikation ja in dem Team auch im Laufe der Jahre unter den Berufsgruppen oder die eigentliche Kommunikation miteinander im Team ist auch runtergefahren worden häufig, weil viele so kaputt sind, dass man sich beispielsweise in der Umkleidekabine

gar nicht mehr unterhält, was machst du jetzt noch? Und so. Man geht nur noch nach Hause, man geht zur Arbeit und reist seinen Dienst ab. Und das ist eine Entwicklung, die insgesamt bedenklich ist.“

„Wir haben immer noch das Problem und was für mich ein ganz zentrales Problem in der Pflege ist, dass die Leute eigentlich gar nicht wissen, gerade auf den Intensiv- und Anästhesie, in den Abteilungen, dass sie gar nicht wissen, was Pflege ist. Und dass sie sich oft ganz gern an diesen Medizin-nahen Tätigkeiten festhalten, die ja eigentlich nur eine Kernaufgabe von Pflege sind. Aber, dass sie das, was berufsspezifisch alles noch zu ihrem Aufgabenangebot gehören WÜRDE, im Grunde genommen, dass sie das gar nicht erkennen. Und das macht mich oft so ein bisschen traurig, weil wir da so viele Möglichkeiten hätten, Pflege noch anders zu positionieren und so viel zu machen in der Pflege, was toll wäre auch und was auch eigen wäre für die Pflege, was aber nicht genutzt wird. Das finde ich immer so ein bisschen noch traurig. Da wünsche ich mir, dass man das vielleicht noch hinbekommt.“

„Es gab im Rahmen Konzertierte Aktion Pflege ja schon die Idee, ein AMP-Konzept mitzudenken, also die Politik denkt mittlerweile schon, AMP, also das ist schon Thema, (...).“

„Ja, ATAs machen viel, aber denen fehlen halt gewisse Dinge, das merkt man jetzt, wo man dazu sagt, ja, man braucht doch fachweitergebildetes Personal. Aber wo ist die Grenze? Also personell gesehen haben wir in den Kliniken/ langsam gewinnen die die Oberhand, die ATAs. Liegt aber auch daran, weil aus der Pflege immer mehr abhauen, weggehen.“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

In der Intensiv- und Anästhesiepflege gehören technische Geräte zum Arbeitsalltag. Lebenswichtige Funktionen der Patient*innen werden *ersetzt* und/oder *erleichtern* die Arbeit der Pflegenden. Vielfach ist eine Pflege ohne die Gerätemedizin nicht mehr denkbar und erfordert ein eigenes spezialisiertes Wissen ab, was im ständigen Wandel ist. Medizin ist ohne „High-Tech“ fast nicht mehr realisierbar.

Methodischer Vorschlag: Vorstellung und „Skills-Lab“ zu ausgewählten Geräten auf der Intensivstation und in der Anästhesie./ **Theorie und Praxis** der Reanimation und Defibrillation. „Skills-Lab“ zur fallgestützten Reanimation (Szenarien), ECMO-Therapie/. **Lehrervortrag** zu eHealth, Telehealth und Assistierende Technologien. Entwicklungen im Gesundheitssystem.

Das Vertrauen auf Medizintechnik wird zur Gewohnheit und birgt die Gefahr der *Achtlosigkeit* im Umgang mit Geräten und Patient*in. Während es für die Pflegenden zur Routine wird, befindet sich der Patient/ die Patientin in einem futuristischen Umfeld, das schwer zu realisieren ist. Visuelle und akustische Signale werden zur Belastung für die Pflegebedürftigen. Fehldeutungen und falsche Interpretationen führen zur Desorientierung. Wie kann es gelingen, dass den Pflegebedürftigen ein ruhiges Umfeld ermöglicht wird und wie gelingt es den Pflegenden, die Patienten

nicht als Objekte zu sehen, wenn sie dessen Körperfunktionen durch Technik stützen oder ersetzen müssen? (siehe auch nachstehend). Pflegende bewegen sich in den hochspezialisierten Arbeitsfeldern zwischen *Engagement und Resignation*. Wie kann einem „Coolout“ (Auskühlen) vorgebeugt werden? Wie kann einem „Burnout“ vorgebeugt werden? Welche Rolle nimmt das Team ein? Welche Maßnahmen können zum Eigenschutz getroffen werden? Wie geht trotz Eigenschutz die Beziehungsfähigkeit nicht verloren? (Fürsorge und Selbstsorge)

Methodischer Vorschlag: Lehrervortrag zum „Coolout“ (Kersting 2016)/**Gruppendiskussion** zum Phänomen Coolout in den Handlungsfeldern: „Wie sind die Zusammenhänge zwischen „Coolout“ und Achtlosigkeit im Umgang mit Medizintechnik zu sehen?“/ **Werkstatt der Utopie:** „Wie kann das Umfeld in den Arbeitsbereichen so gestaltet werden, dass der Einfluss von Technik weniger belastend für Patient*innen wird?“

Die Sicht der Betroffenen und deren Angehöriger

Auf der Sachebene des *Helpens* äußert sich die Zurückhaltung von Patient*innen in der Intensivpflege zum Beispiel darin, dass Betroffene nicht zur Last fallen wollen und Hilfsangebote von den Pflegenden nicht aktiv ersuchen. Typischerweise werden Hilfsangebote vielmehr von den professionellen Akteuren proaktiv an die Patient*innen herangetragen, was die Fähigkeit zum Deuten der Patienten voraussetzt. Entscheidend ist dabei, ob die Bedürfnisse von den Pflegenden tatsächlich erspürt werden oder lediglich schematisch Hilfsangebote unterbreitet werden. Damit Probleme erkannt werden, sind neben einer besonderen Aufmerksamkeit der Pflegenden insbesondere ausreichend Zeit und Ruhe für sorgfältige Beobachtungen erforderlich. Ein Beispiel hierfür ist die Erfassung von Schmerzen mithilfe von standardisierten Schmerz-Assessments, die entweder reflektiert und im Dialog mit dem Betroffenen angewendet oder unreflektiert mechanistisch im Rahmen der Stationsrunden abgearbeitet werden können. Erst im dialogischen Prozess und in der Beziehung wird die Schmerzerfassung mithilfe von Assessments patientengerecht beurteilbar.

Methodischer Vorschlag: Lehrervorträge: Auseinandersetzung mit den Expertenstandards Schmerz, Ernährung, Mundgesundheit (DNQP)/ Auseinandersetzung mit verschiedenen Schmerz-Assessments (Bartholomeyczik, Halek 2009, Reuschenbach, Mahler 2020) und kritische Überprüfung auf deren Praktikabilität (Auftrag zum arbeitsverbundenen Lernen – Praxismodul). **Workshop ggf. „Skills-Lab“** zu Hilfsmitteln in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Tracheostoma, Puls-oximeter, Monitor, elektronische Blutdruckmanschette, ECMO-Einsatz, Intubation, manuelle Beatmung etc..

Perspektive der Interaktion

In der *Perspektive der Interaktion* wird mit Blick auf das *Krankheitserleben* des Betroffenen die Grundhaltung der Pflegenden gegenüber dem Patienten bedeutsam. Infrage steht, inwieweit sie sich *mimetisch* in das Krankheitserleben von kritisch erkrankten Menschen einfühlen und Nähe im Beziehungsprozess halten können. Professionalität zeichnet sich gerade dadurch aus, dass eine *mimetische* Annäherung vollzogen und zugelassen werden kann; eigene Abwehrmechanismen können bewusstgemacht und reflektiert werden (vgl. Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Pflegeempfänger zwischen Intensivbehandlung und Palliation). Die Beziehung zu dem betroffenen Menschen ist von einem bedingungslosen Respekt der Person mit allen ihren Eigenheiten getragen und Pflegende müssen erspüren, was die Betroffenen bewegt. Sofern

dies gelingt, erleben Pflegende es als besonders sinnstiftend, in der Intensivpflege und in der Anästhesie zu arbeiten. Dieses Sinnerleben trägt maßgeblich zu ihrer Arbeitszufriedenheit bei.

Methodischer Vorschlag:

*Lehrervortrag zu Paradigmatischen Fällen und zur Intuitionsbildung nach Benner (2012: 45-85), Diskussion: „Aus Fällen lernen!“: Teilnehmer*innen berichten sich ihre Fallerlebnisse in der Praxis, in denen sie intuitiv gehandelt haben./ Lektürearbeit zu „Wirkungsvolles Handeln bei Notfällen“ (Benner 2012: 139 ff.) **Diskussion** und Bewertung für die praktischen Einsatzfelder.*

Lehrervortrag: (Ethische) Fallbesprechung/ **Planspiel:** Umsetzung einer (ethischen) Fallbesprechung im Behandlungsteam (s.o.) „Herr K. liegt auf der intelligenten Matratze richtig!“ oder „Der Aufwachraum wird für Herrn K. zum Hamburger Hafen und wir machen mit!“ Fallbesprechung simulieren und Aushandlung für den Fall.

Perspektive der Institution

In der *gesundheitpolitisch-ökonomischen Perspektive* stellt sich auf der Ebene des *Helpens* als Problem das Nebeneinander verschiedener Versorgungsformen, die sich vorwiegend aus ökonomischen Motiven etabliert haben. Dies hat zum Beispiel zur Folge, dass Patienten in der Häuslichkeit beatmet werden und die Leistungen über Krankenkassen abgerechnet werden müssen – weniger über die Pflegekassen. *Traditionell* wird Beatmung institutionell durchgeführt, hat sich aber im Laufe der letzten Jahre auch im häuslichen Setting etabliert. Hier übernehmen Pflegende aufsuchende Angebote in der Häuslichkeit, um Beatmungsgeräte zu bedienen. *Innovativ* wäre ein aufsuchendes Hilfsangebot durch geeignete ANP-Konzepte, mit denen eine Versorgung in häuslicher Umgebung vollumfassend umgesetzt werden könnte. Wie wird wohl die Zukunft im häuslichen Setting aussehen? Zu erwarten ist, dass auch hier die Gerätemedizin zunehmen wird.

Methodischer Vorschlag: **Lehrervortrag** Auseinandersetzung mit intersektoralen Fallsteuerung durch Intensiv- und Anästhesiepflegende/, **Gruppendiskussion.** / **Lehrervortrag:** Auseinandersetzung mit Konzepten der Aufsuchenden Hilfe/ **Lehrervortrag:** kritische Analyse von ANP-Konzepten für Intensivpflege oder Schmerzbehandlung in Häuslichkeit und Klinik (rechtlicher Rahmen) **Gruppendiskussion.** / **Lehrervortrag:** Auseinandersetzung mit dem Pflegekompetenzgesetz (§ 63 Abs. 3c SGB V) Übernahme Erweiterter Heilkundlicher Tätigkeiten, **Gruppendiskussion.** **Workshops** zu einzelnen Themenstellungen. Ggf. **Werkstatt der Utopie:** „Intensivlotsen“ in der intersektoralen Versorgung. Wie könnte eine Versorgung in der Zukunft aussehen?“

Die Zunahme der Technisierung im Gesundheitsbereich (*Institution*) hat neue Berufsbilder hervorgebracht. Hier sind es in erster Linie medizinische Assistenzberufe, wie „Physician Assistants“, ATAs und OTAs, die funktional ausgerichtete Aufgaben übernehmen, keinen rechtlichen Vorbehalt zum Pflegeprozess (§ 4 PflBG) innehaben. Hintergrund der Zunahme an den assistierenden Berufen ist die Personalproblematik im Gesundheitswesen. Letzteres verspricht im Personalmanagement *Effektivität* in der Personalbeschaffung. Für Anästhesie- und Intensivpflegende wird die Abgrenzung zum Problem. Rollendiffusionen im Arbeitsablauf sind zur Normalität geworden.

Es steht zu befürchten, dass Fachpflegende in einen Legitimationsnotstand geraten, da ihnen nur schwer gelingt zum Ausdruck zu bringen, was das Pflegerische eigentlich ist und wie es zu den Assistenzberufen abzugrenzen ist. Doch ist der Einsatz der neuen Berufsbilder *nachhaltig* für die Patient*innenversorgung? Wie sieht es mit der originären Beziehungsarbeit und dem Pflegeprozess als Steuerungsinstrument in der Pflege aus?

Workshop: „Was unterscheidet Intensiv- und Anästhesiepflege von ATA?“ **Lektüre** der einschlägigen Berufsgesetze, um Gemeinsamkeiten und Differenzen zu erfassen./ **Lektüre:** Veit (2004: 62ff.) – Professionalisierungsthesen: u.a. Subjekt-Subjekt-Beziehung. Insbesondere These 5: „Anwendung des Wissens einer Profession ist nicht technisch.“ (vgl. Modul Fallorientiertes Arbeiten in der Intensiv- und Anästhesiepflege: die Subjektperspektive) **Zusammenfassung** in der Gruppe und Bewertung für die Intensiv- und Anästhesiepflege.

Zusammenfassung des Moduls.

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... vertiefen die Pflgetheorie von Benner und reflektieren auf deren Basis Praxisfälle aus der Fachpflege, sie bewerten ihre beruflichen Handlungsmuster auf Basis der Theorie
- ... verfügen über ein integriertes berufliches und pflgetheoretisches Wissen im Tätigkeitsfeld der Intensiv- und Anästhesiefachpflege und kennen die Grenzen zur Bezugswissenschaft Intensivmedizin
- Sie reflektieren das Coolout- Phänomen nicht als individuelles Versagen, sondern als der Versorgungsrealität geschuldet und sind bereit, sich dessen in ihrem beruflichen Handlungsfeld immer wieder zu vergegenwärtigen
- ... können mit ihrem neuen Verständnis zum „Caring“ und durch die Theorie von Benner die Bedürfnisse und Bedarfe von Patient*innen und deren Angehörigen in der Intensiv- und Anästhesiepflege vorrausschauend berücksichtigen, Handlungsalternativen abwägen und im Versorgungsteam einbringen
- ... reflektieren eigene Gefühle und Abwehrmechanismen im Kontext der Pflege von Patient*innen mit limitierenden Erkrankungen, können sich ihre Gefühle und Abwehrmechanismen in immer neuen Versorgungssituationen bewusstmachen und hierfür Verantwortung im Versorgungsteam übernehmen;
- ... verstehen das Konzept „ANP“ und können es in der Praxis auf die Intensiv- und Anästhesiepflege neu denken und zukünftige Handlungsoptionen für Pflegende ausloten
- ... 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
- kennen Techniken und Hilfsmittel in der intensivpflegerischen Behandlung und unterstützen beratend beim Prozess der Versorgung
- ... kennen eine Breite an pathophysiologischen Prozessen bei Patient*innen auf der Intensivstation und deren therapeutische Interventionen, bewerten diese für ihr Patient*innen und das Praxisfeld
- ... sie erkennen, welche Bedeutung Technik im professionellen Handeln hat und realisieren, dass professionelles Handeln immer den Subjektbezug voraussetzt

<ul style="list-style-type: none"> • ... sie können Rollendiffusionen mit anderen Berufsbildern reflektieren, Gemeinsames und Differentes zur Fachpflege erkennen und argumentieren.
<p>Leistungsüberprüfung: K/R/M/PR (ggf. Kombinationsprüfung mit Praxismodul)</p>
<p>Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ggf. Fallhebung in der Praxis nach Arbeitsverbundenem Lernen.
<p>Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Literaturstudium der vorgeschlagenen Pflege Theorie (Benner 2012), ausgewählte Arbeitstexte - Fallreflexion mithilfe der vorgeschlagenen Lektüre, Fallaufbereitung in der Praxis ggf. als Prüfungsleistung - Prüfungsvorbereitung
<p>Literaturempfehlungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ammenwerth, A., Haux, R. IT-Projektmanagement im Gesundheitswesen: Lehrbuch und Projektleitfaden - Taktisches Management von Informationssystemen. Schattauer 2014 • Bartholomeyzsik, S., Halek, M. (2009) Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen. Hannover: Schlütersche • Behrens, J.; Langer, G. (2016): Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber. • Benner, P. (2012): Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. Bern: Huber • Blotenberg, B.; Hejna, U.; Büscher, A.; Seeling, S. (2020): Präventive Hausbesuche – ein Konzept für die Zukunft? Ein Scoping Review über das innovative Versorgungsmodell präventiver Hausbesuche. In: Prävention und Gesundheitsförderung, published online 14 Januar 2020, doi: 10.1007/s11553-019-00753-0 • DBfK (2011): Advanced Practice. Nursing https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Advanced-Practice-Nursing-Broschuere-2019.pdf (03.09.22) • Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinien nach § 63 Abs. 3c SGB V: https://www.g-ba.de/richtlinien/77/ (03.09.22) • Friesacher, H. (2010): Pflege und Technik – eine kritische Analyse. In: Pflege & Gesellschaft 15. Jahrg. 2010/ 4. Juventa • Friesacher, H. (2019): Fürsorge - trotz oder mit Technik? In: Hauck, C. Uzarewicz, C. (Hrsg.) (2019): I, Robot – 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 • Kersting, K. (2019) "Coolout" in der Pflege. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung (5. Auflage). Mabuse-Verlag Wissenschaft. • Kersting, K. (2020). Pflegende machen sich kalt. Berufsalltag zwischen Anspruch und Zwang. Die Schwester Der Pfleger, (7), 68. • 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.
- Reuschenbach, B., Mahler, C., (2020): Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis. Göttingen: Hogrefe
- Reimann, U. (2008) Multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Von den Mühen der Ebene. In: Zeitschrift für Palliativmedizin. Jg. 9. Heft 3.
- Schmidgen, Henning (1997): Einbildung und Ausföhlung. Paragrana 6 (I): 25–42.
- 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 [27.04.2021].]
- Veit, Annegret (2004): Professionelles Handeln als Mittel zur Bewältigung des Theorie-Praxis-Problems in der Krankenpflege. Bern / Göttingen / Toronto / Seattle: Huber

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

2.10 Modul „Wissenstransfer in die Fachpraxis der Intensiv- und Anästhesiepflege - Konzepte und Methoden“

Modultitel/Modulkennung: 04WTFIA01 „Wissenstransfer in die Fachpraxis der Intensiv- und Anästhesiepflege - Konzepte und Methoden“			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Themenumsetzung in der Fachpraxis im Praxismodul 04PRPFIA01 „Projekt fachspezifisch gestalten“ (ggf. Prüfungskombination der Module).</i>			
Workload: 90 Std davon 60 Std. Kontaktstunden, 30 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitpolitisch ökonomische Perspektive</i>
Reflexionskategorien:			
2.III Tradition und Emanzipation			
Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion:			
Gestaltende Pflege und traditioneller Stillstand			
Themen/ Schlüsselprobleme/Inhalte:			
Berufliche Quellen des Wissens (Mayer 2022)			
Klärung Evidenz, Evidenz von Forschungsergebnissen, Bewertung von Studien, Studientypen			
Implementierung von Innovationen, Dimensionen des Wissenstransfers: Projektarbeit,			

Konzepte und Methoden der Implementierung und Translation, u.a. Projektarbeit vertiefen, PIKE-Schema (Behrens/Langer)
Übungen Datenbankrecherchen und Bestimmung von Evidenz zu pflegepraktischen Themen
Aufbereitung der Ergebnisse, Erstellung "One Minute Wonder" und Vortrag für die Pflegepraxis.

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Pflegende:

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

„Man merkt es ja auch zum Beispiel jetzt an der Erstellung der Facharbeiten, wie unterschiedlich die Herangehensweise da ist. Also die Forderung ist ja, man soll möglichst eine Fragestellung entwickeln, anhand derer man die Facharbeit erarbeitet. Auch da haben viele schon Schwierigkeiten, überhaupt das Wort, eine Fragestellung zu entwickeln, da nennen die die Facharbeit beispielsweise, Mach ein Krankheitsbild, statt zu sagen, Begleitung des Weaning-Prozesses aus pflegerischer Sicht oder was auch immer. Also hier irgendwie zu fokussieren auf ein Thema, das fällt vielen schon schwer. Ja, ich weiß auch nicht, also ich bin auch ein bisschen skeptisch, was (lacht) die Entwicklung angeht, wahrscheinlich weil ich auch schon älter bin und das alles so erlebt habe. Aber ich erhoffe mir von jemandem, der fachweitergebildet ist, im Prinzip die Kompetenzen, die ich jetzt ein bisschen beschrieben habe.“

„Ich finde es auch enorm wichtig tatsächlich, aber es ist halt immer sehr theoriebasiert. Wir müssen lernen, vielleicht in der Bildung das mit Praxisbeispielen zu hinterlegen, damit die Teilnehmer eher etwas damit anfangen können. Da gibt es immer so ein bisschen eine Diskrepanz, glaube ich, noch.“

„Deswegen würde ich halt so eine lebenslange Bildung irgendwie da ganz favorisieren und auch in Spezialbereichen, dass man da halt auch sich noch mit Spezialwissen dann sozusagen, ja, extra aufbürdet, weil, ja, ohne dieses Spezialwissen kann man halt in diesen Spezialbereichen nicht tätig sein“

„Ja, also ich finde das ganz wichtig, dass wir die Fachweiterbildung jetzt neu anfassen, oder die Fachweiterbildung, dass wir Bildung neu denken und auch so, wie Herr (Name) gesagt hatte, dass alles möglich ist theoretisch, wir auch in Richtung Akademisierung da denken. Deswegen fand ich den Vortrag von dem Kollegen aus (Ort), war es, glaube ich, Herr (Name) ganz interessant, dass wir auch dann nach oben sozusagen in den tertiären Bereich auch schon sozusagen so Support-Punkte setzen können, um das halt auch schon wieder schmackhaft zu machen. Also das wäre jetzt noch so mein, also Augenmerk, wo ich denke, ja, da müssen wir ran und das finde ich total wichtig, dass wir das tun. Und wir müssen die breite Masse wieder ans Lernen bewegen, (...)“

Ja, das liegt daran, dass wir, jetzt bin ich wieder bei der Peripherie, dass sich in den Häusern, an der Basis an sich, die sind die Entwicklungen nicht mitgegangen. Gewerkschaften, Tarife, Arbeitsbedingungen, die Häuser haben sich totgespart und die Entwicklung in der Praxis ist denen entgangen, der Entwicklungsgang der Aus- und Weiterbildung nicht mitgegangen. Und da haben wir eine Lücke, die ist enorm groß. Ideen sind alle klasse, aber an der Basis ist nichts passiert und da passiert nach wie vor nichts, ja?

„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 (...).“

„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 wieder haben, 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.“

„Es ist ja auch nicht so, dass man sich nicht selbst auch Wissen aneignen kann und Google macht auch vieles möglich. Ja, aber einigen fehlt das ja. Also mir fällt sowas jetzt leichter, weil ich habe ja schon ein Studium und weiß, wie man an Informationen kommt und auch über diese Information. Aber, wenn das auf einmal eine Examierte machen soll oder auch die Qualifikation zur Fachpflege. Wir sollten damals eine Hausarbeit schreiben über 15 Seiten. Ja, da haben die meisten dann zwei Quellen angegeben und ja, viel abgeschrieben halt auch. Also das war dann eben halt auch, wäre zwar auch toll, aber eben halt nicht so (...).“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Aus der Perspektive der Institution

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

um Vorschläge für eine evidenzorientierte Pflege vornehmen zu können. Die Fragestellungen sind aus der Fachpraxis aufzunehmen und Lösungen durch Teammitglieder mittels wissenschaftlicher Methoden zu erarbeiten. Das Projektmanagement bietet den Ansatz, die Methoden und Instrumente, die komplexen Fragestellungen effektiv und effizient zu bearbeiten. Zuvor ist auf *traditionelle* Vorgehensweisen zu blicken, die in der Praxis ihre Berechtigung haben.

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

Tutorium: *Vertiefung Evidenz in der Pflege (vgl. Module O2EFIA 01 „Zum Verhältnis externer und interner Evidenz in der Intensiv- und Anästhesiepflege, 01SB01 „Systematisches wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege“)./ Datenbankrecherchen üben/ Literatur beurteilen üben.*

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

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

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 begründete Problemlösung begründen.
- ... können die besonderen Probleme des Transfers wissenschaftlicher Erkenntnisse in eine überwiegend nicht-akademische Berufspraxis abschätzen. Sie demonstrieren Prinzipien und Methoden, diese Lücke zu schließen und können deren Anwendung erklären
- ... hinterfragen Praktiken in der Pflegepraxis hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und überprüfen die wissenschaftliche Belegbarkeit der Pflegepraktiken.
- wenden Methoden, Konzepte und Instrumente des Wissenstransfers an und entwickeln Lösungen für Themenstellungen aus der Pflegepraxis.
- können 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.

<ul style="list-style-type: none"> • können hemmende und fördernde Faktoren für den Wissenstransfer in der Pflege identifizieren, einordnen und für ihre Einrichtungen Lösungsvorschläge vornehmen.
Leistungsüberprüfung: K/R/M/PR
Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen): Siehe <i>Praxismodul 04PRPFIA 01 „Projekt fachspezifisch gestalten</i>
Lernvorschläge für die Selbststudienzeit: - Literaturstudium, Erhebung Praxissituation zur Themenfindung EBN, Erstellung Prüfungsleistung
Literaturempfehlungen: <ul style="list-style-type: none"> • 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 • Ertl-Schmuck, R. Unger, A., Mibs, M., Lang, C.: (2014): Wissenschaftliches Arbeiten in Gesundheit und Pflege. Tübingen, Basel: utb • Meyer, Gabriele/Köpke, Sascha (2012): Wie kann der beste pflegewissenschaftliche Kenntnisstand in die Pflegepraxis gelangen? How can best nursing science evidence reach nursing practise? In: Pflege & Gesellschaft. Heft 1 / 12. 17. Jahrgang. Weinheim: Juventa. S. 36–44 • Käppeli S. (2011): Pflegewissenschaft in der Praxis. Eine kritische Reflexion. Hans Huber Verlag, Bern • Kitson, A. (2008): The need for systems change: reflections on knowledge transfer and organizational change. In: Lournal of Advanced Nursing. 65. Jg., Heft 1, S. 217 – 228 • Krüger, L., & Mannebach, T. (2019). One Minute Wonder zielgerecht gestalten. PADUA, 14(4), S. 239-243. • 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 • Panfil, E.M. (2017): Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegenden. Bern: Hogrefe

- Meyer, Gabriele (2011): Klinische Pflegeforschung: Relevanz und Standortbestimmungen. In: Schaeffer, Doris/Wingenfeld, Klaus (Hrsg.) (2011): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim / München: Juventa S. 137–150
- Moers, M./Schaeffer, D./Schnepf, W. (2011): Too busy to think? Essay über die spärliche Theoriebildung der deutschen Pflegewissenschaft. In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe. Heft 6. 24. Jahrg. Bern: Huber. S. 349–360
- 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.

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

2.11 Modul Praxismodul „Projekt fachspezifisch gestalten“ (Projekt)

Modultitel/Modulkennung: 04PRPFIA01 „Projekt fachspezifisch gestalten“ Projekt (Praxismodul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen:			
Das Modul ist praxisbegleitend zum Modul 04WTFIA 01 „Wissenstransfer in die Fachpraxis der Intensiv- und Anästhesiepflege“			
<i>Umsetzung Projekt in der Fachpraxis (Prüfungskombination der Module).</i>			
<i>GGf. praktische Abschlussprüfung.</i>			
480 Praxisstunden, davon 360 Std. AVL und gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ) (12LP)			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
Reflexionskategorien:			
2.III Tradition und Emanzipation			
Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion:			
Gestaltende Pflege und traditioneller Stillstand			
Inhalte:			
Projekt- und Projektmanagementbegriff, Projektmerkmale und Anwendungsgebiete, Projektaufbauorganisation (Einbindung in die Organisationsstruktur, Projektbeteiligte und Projektteam), Projektablauf (Initiierung, Definition, Planung, Durchführung, Abschlussphase), Projektmanagementmethoden (u. a. Projektstrukturplanung, Stakeholderanalyse, Risikoanalyse), Merkmale und Bedingungen von Entwicklungs- und Veränderungsprojekten in der Pflegepraxis, Bedeutung von evidenzbasierter und wirksamer Pflege, Vorbereitung auf Praxisprojekte (u. a. Entwicklung von Fragestellungen)			
Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:			
Eine Pflgende			
<i>„Da fehlen aber auch Konzepte, wirklich (...)“</i>			
<i>„Ja, also ich finde das ganz wichtig, dass wir die Fachweiterbildung jetzt neu anfassen, oder die Fachweiterbildung, dass wir Bildung neu denken und auch so, wie Herr (Name) gesagt hatte, dass alles möglich ist theoretisch, wir auch in Richtung Akademisierung da denken. Deswegen fand ich</i>			

den Vortrag von dem Kollegen aus (Ort), war es, glaube ich, Herr (Name) ganz interessant, dass wir auch dann nach oben sozusagen in den tertiären Bereich auch schon sozusagen so Support-Punkte setzen können, um das halt auch schon wieder schmackhaft zu machen. Also das wäre jetzt noch so mein, also Augenmerk, wo ich denke, ja, da müssen wir ran und das finde ich total wichtig, dass wir das tun. Und wir müssen die breite Masse wieder ans Lernen bewegen, (...)“
Ja, das liegt daran, dass wir, jetzt bin ich wieder bei der Peripherie, dass sich in den Häusern, an der Basis an sich, die sind die Entwicklungen nicht mitgegangen. Gewerkschaften, Tarife, Arbeitsbedingungen, die Häuser haben sich totgespart und die Entwicklung in der Praxis ist denen entgangen, der Entwicklungsgang der Aus- und Weiterbildung nicht mitgegangen. Und da haben wir eine Lücke, die ist enorm groß. Ideen sind alle klasse, aber an der Basis ist nichts passiert und da passiert nach wie vor nichts, ja?

„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 (...).“

„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 wieder haben, 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.“

„Es ist ja auch nicht so, dass man sich nicht selbst auch Wissen aneignen kann und Google macht auch vieles möglich. Ja, aber einigen fehlt das ja. Also mir fällt sowas jetzt leichter, weil ich habe ja schon ein Studium und weiß, wie man an Informationen kommt und auch über diese Information. Aber, wenn das auf einmal eine Examierte machen soll oder auch die Qualifikation zur Fachpflege. Wir sollten damals eine Hausarbeit schreiben über 15 Seiten. Ja, da haben die meisten dann zwei Quellen angegeben und ja, viel abgeschrieben halt auch. Also das war dann eben halt auch, wäre zwar auch toll, aber eben halt nicht so (...).“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Siehe Modulbeschreibung 04WTFIA 01 Wissenstransfer in die Fachpraxis der Intensiv- und Anästhesiepflege“

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 begründete Problemlösung begründen.
- ... können die besonderen Probleme des Transfers wissenschaftlicher Erkenntnisse in eine überwiegend nicht-akademische Berufspraxis abschätzen. Sie demonstrieren Prinzipien und Methoden, diese Lücke zu schließen und können deren Anwendung erklären
- ... hinterfragen Praktiken in der Pflegepraxis hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und überprüfen die wissenschaftliche Belegbarkeit der Pflegepraktiken.
- wenden Methoden, Konzepte und Instrumente des Wissenstransfers an und entwickeln Lösungen für Themenstellungen aus der Pflegepraxis.
- können Implementierungsprojekte planen, die einzelnen Schritte darstellen und diskutieren, beispielhaft ein Thema der Pflegepraxis bearbeiten und für die Berufspraxis aufbereiten sowie ihre Ergebnisse in den Pflgeteams argumentativ verteidigen.
- können hemmende und fördernde Faktoren für den Wissenstransfer in der Pflege identifizieren, einordnen und für ihre Einrichtungen Lösungsvorschläge vornehmen.

<ul style="list-style-type: none"> • ... können nach den Phasen des Projektmanagements ein selbstgewähltes Projekt 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 erklären • ... können theoriebasiert Projektideen aus Fragestellungen der Praxis entwickeln. • ... können Lösungen gemeinsam mit den Teammitgliedern mittels wissenschaftlicher Methoden erarbeiten. • kennen Projektmanagementmethoden, können eine zielgerichtet auswählen und kontextbezogen nutzen • können systembezogen die Bedingungen eines Praxisprojektes aufzeigen und berufstypische Problembereiche behandeln.
<p>Leistungsüberprüfung: (P/PBM/PBS/P/KQ)</p> <p><i>Ggf. praktische Abschlussprüfung</i></p> <p><i>Projekt in der Pflegefachpraxis</i></p>
<p>Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:</p> <p>- Literaturstudium, Umsetzung Projekt in der Fachpraxis, Erstellung Prüfungsleistung</p>
<p>Literaturempfehlungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bergmann, R. & Garrecht, M. (2016). Organisation und Projektmanagement (BA KOMPAKT, 2. Aufl.). Berlin: Springer Gabler. • Holzbaur, U. & Bühr, M. (2015). Projektmanagement für Lehrende: erfolgreicher Einsatz von Projekten in der Hochschullehre. Berlin: Springer Gabler. • Litke, H.-D., Kunow, I. & Schulz-Wimmer, H. (2015). Projektmanagement (3., akt. Aufl.). Freiburg: Haufe. • Meyer, H. & Reher, H.-J. (2020). Projektmanagement. Von der Definition über die Projektplanung zum erfolgreichen Abschluss (2., überarb. Aufl.). Wiesbaden: Springer Gabler. • Peipe, S. (2020). Crashkurs Projektmanagement. Grundlagen für alle Projektphasen (8. Aufl.). Freiburg: Haufe Group. • Poser M. & Schwarz S. (2005). Projektmanagement. In M. Poser & K. Schneider (Hrsg.). Leiten, Lehren und Beraten. Fallorientiertes Lehr- und Arbeitsbuch für PflegemanagerInnen und PflegepädagogInnen (S. 557–585). Bern: Verlag Hans Huber. • Ruppert, N. (2022): Das kleine Solo: Das Poster. In E.-M. Panfil, M.-C. Baumann, K. Fierz & Y. Ford (Hrsg.) Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege: Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegenden (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 Pflegenden. (3. Aufl., S. 389-404). Bern: Hogrefe Verlag • Stöhler, C., Förster, C. & Brehm, L. (2018). Projektmanagement lehren. Studentische Projekte erfolgreich konzipieren und durchführen. Wiesbaden: Springer Gabler. • Stöhler, C. (2016). Projektmanagement im Studium. Vom Projektauftrag bis zur Abschlusspräsentation (2. Aufl.). Wiesbaden: Springer Gabler. • Ulatowski, H. (2013). Zukunftsorientiertes Personalmanagement in der ambulanten (Alten-)Pflege. Projektmanagement – Retention Management – Mitarbeiterorientierung. Wiesbaden: Springer Gabler.
<p>Kü/Ba/Gi: 28.12.2022</p>

2.12 Modul „Fachspezifische Pflege gestalten“ (Praxismodul)

Modultitel/Modulkennung: 04FSFIAP01 Praxismodul „Fachspezifische Pflege gestalten“		
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: Pflegetheoretisch geleitete Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von authentischen Fällen aus der Fachpflegepraxis nach dem Pflegeprozess. Praktische Abschlussprüfung.		
02PB 01 „Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“ (Basismodul), 02PBP 01 „Pflegeprozess im Handlungsfeld“, (Praxismodul) 03FASFIA01 „Fallorientiertes Arbeiten in der Intensiv- und Anästhesiepflege: die Subjektperspektive“ 01PWPFIA 01 „Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Pflegeempfänger zwischen Intensivbehandlung und Palliation“ 03FPFIA 01 „Fachspezifische Pflege gestalten“ (Praxismodul) 03FTFFIA 01 „Funktionsersatz Technik – Pflegeempfänger schützen“		
90 Praxisstunden, davon 40 Std. AVL und gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ) (3LP)		
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)		
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>
		
		III Institution <i>gesundheitpolitisch ökonomische Perspektive</i>
		
Reflexionskategorien:		
2.III Tradition und Emanzipation		
Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion:		
Identität zur gestaltenden Pflege und Sicherheit durch traditionelle Muster		
Inhalte:		
Individuell aus allen Modulen der Fachweiterbildung, Pflegeprozessmethode, pflegetheoretische Reflexion von Fällen aus der Praxis, Lernstanderhebung, Selbstreflexion, individuelle Übungen.		
Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:		
Eine Pflegendende		

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

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

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

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

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

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

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

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

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

Leistungsüberprüfung: (P/KQ)*Praktische Abschlussprüfung:*

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

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

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

Literaturempfehlungen:

- Siehe Theoriemodule und spezifisches Angebot der Bildungseinrichtung

<ul style="list-style-type: none"> Gläser-Zikuda, M. (2007): Lernprozesse dokumentieren, reflektieren und beurteilen: Lerntagebuch und Portfolio in Bildungsforschung und Bildungspraxis. Das Heilbrunn: Klinkhardt
Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

2.13 Modul „Orientierung, Institutionsspezifische Vertiefung und Prüfungsvorbereitung zur Fachpflegenden der Intensiv- und Anästhesiepflege“

Modultitel/Modulkennung: 04OFIA 01 „Orientierung, Institutionsspezifische Vertiefung und Prüfungsvorbereitung zur Fachpflegenden der Intensiv- und Anästhesiepflege“		
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: Alle Module der Fachweiterbildung. Das Modul soll dafür genutzt werden, dass sich die Bildungsteilnehmer*innen für ihre Abschlussprüfungen orientieren können. Das Modul soll den Fachweiterbildungen Gelegenheit geben, einrichtungsspezifische Inhalte zu vermitteln, um die Identitätsbildung zu fördern. Zudem sollen in diesem Modul Inhalte und Themen wiederholt werden, um Fachwissen zu festigen.		
90 Stunden Std. und 60 Std. Kontaktstunden und 30 St.d gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ)		
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)		
I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
Reflexionskategorien:		
2.III Tradition und Emanzipation		
Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion:		
Identität zur gestaltenden Pflege und Sicherheit durch traditionelle Muster		
Inhalte:		
Individuell aus allen Modulen der Fachweiterbildung, Lernstanderhebung, Selbstreflexion, individuelle Übungen, einrichtungsspezifische Inhalte		

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Pflgende

„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 (...)

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

„Und da fehlt oftmals auch das Wissen. Und wenn wir wissen würden, wo Pflgetheorie herkommt, wo Pflgewissen 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 Pflgewissen 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 Fachpflgende zukünftig ausgeübt wird. Werde ich die Fachpflge 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 Fachpflgenden durch *Selbstbestimmung* gekennzeichnet ist. Lernen und Auseinandersetzung führen in die Autonomie der Person. Wissen und Kompetenzen ermöglichen es, dass auch Arbeitsprozesse

selbstbestimmt gestaltet werden können. Dem sind in der Realität Grenzen gesetzt, wie beispielsweise Vorgaben und einrichtungsspezifische Kulturen der Institution, in der man tätig ist. Für welche Themen steht meine Institution und ist es mir möglich, mich mit diesen zu identifizieren? Wie kann ich meine eigenen Ideen in die Organisation einbringen?

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

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

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

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 situationsspezifisch und übernehmen Verantwortung für ihre Lernprozesse
- ... setzen die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens korrekt um und argumentieren die Notwendigkeit von Theoriegeleitetem oder evidenzbasiertem Handeln in der Pflegepraxis vor Vertreter*innen der Berufspraxis.
- ...sie beurteilen, zu welchen Themen sie einen Lernbedarf haben und kommunizieren dies mit den Lehrenden der Fachweiterbildung.
- Die Teilnehmenden können eine evidenzbasierte / wissenschaftlich begründete Problemlösung begründen.
- ... hinterfragen Praktiken in der Pflegepraxis hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und überprüfen die wissenschaftliche Belegbarkeit der Pflegepraktiken.
- Die Teilnehmer*innen können die Bedeutung von evidenzbasierter und wirksamer Pflege erklären
- ... entwickeln ein berufliches Selbstbild, in dem die pflge theoretische Reflexion und Legitimation auf Theorien und Modelle selbstkritisch herangezogen wird, um pflegewissenschaftliches Wissen in die Praxis zu transferieren. Sie entwickeln eine pflegeberufliche Identität, in der der Umgang mit neuem Wissen in der Pflege selbstverständlich wird.
- ... identifizieren sich mit Themen ihrer Institution und entwickeln eine Haltung, mit der sie Verantwortung für Arbeitsprozesse in ihrer Einrichtung übernehmen.

Leistungsüberprüfung: (K/R/M/PR)

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: 28.12.2021

2.14 Modultitel und Signaturen im Überblick

Fachkraft für Intensiv- und Anästhesiepflege

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 der Praxisanleitung (Basismodul)	2
03PDB 01	Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln (Basismodul)	3
03FPFIA 01	Fachspezifische Pflege gestalten (Praxismodul)	3
04PBB 01	Pflegebildung und Praxistransfer für die Identität in der Praxisanleitung (Basismodul)	4
01PWBFIA 01	Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Rollenidentität im Behandlungsteam (Fachspezifisches Modul)	1
01PWPFIA 01	Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Pflegeempfänger zwischen Intensivbehandlung und Palliation (Fachspezifisches Modul)	1
02PWSFIA 01	Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Sicherheit in der Institution (Fachspezifisches Modul)	2
03FASFIA01	Fallorientiertes Arbeiten in der Intensiv- und Anästhesiepflege: die Subjektperspektive (Fachspezifisches Modul)	3
02EFIA 01	Zum Verhältnis externer und interner Evidenz in der Intensiv- und Anästhesiepflege (Fachspezifisches Modul)	2
03PWVFIA 01	Perspektivenwechsel in der Intensiv- und Anästhesiepflege: Prozesse der Versorgung (Fachspezifisches Modul)	3
03FTFFIA 01	Funktionsersatz Technik – Pflegeempfänger schützen (Fachspezifisches Modul)	3
04WTFIA01	Wissenstransfer in die Fachpraxis der Intensiv- und Anästhesiepflege (Fachspezifisches Modul)	4
04PRPFIA 01	Projekt fachspezifisch gestalten (Praxismodul)	4

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