



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

FAKULTÄT WIRTSCHAFTS- UND SOZIALWISSENSCHAFTEN

**Anhang II (Modulhandbuch)
zum Abschlussbericht**

Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege

Berufsfeldanalyse für die Fachweiterbildungen in der Pflege (Niedersachsen)

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

Datum 09.09.23

Vorbemerkung

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

Benjamin Kühme
Anja Giesecking
Kirsten Barre

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	III
---------------------------------	------------

1 EINLEITUNG.....	4
--------------------------	----------

1.1	MODULSTRUKTURPLAN KERNCURRICULUM	5
1.2	MODUL „BEZIEHUNG GESTALTEN – PFLEGEVERSTÄNDNIS, ETHISCHES HANDELN, SELBSTFÜRSORGE“ (BASISMODUL)	6
1.3	MODUL „PFLEGEPROZESS ALS VORBEHALTSAUFGABE FACHSPEZIFISCH GESTALTEN“ (BASISMODUL)	13
1.4	MODUL „PFLEGEPROZESS IM HANDLUNGSFELD“ (PRAXISMODUL UND BASISMODUL)	21
1.5	MODUL „SYSTEMATISCHES WISSENSCHAFTSBASIERTES ARBEITEN IN DER PFLEGE“ (BASISMODUL)	27
1.6	MODUL „WISSENSCHAFTLICHES ARBEITEN IM HANDLUNGSFELD“ (PRAXISMODUL UND BASISMODUL)	33
1.7	MODUL „GRUNDLAGEN DER DIDAKTIK UND PFLEGEPÄDAGOGIK FÜR DIE IDENTITÄT IN PRAXISANLEITUNG“ (BASISMODUL)	38
1.8	MODUL „PFLEGEDIDAKTISCH REFLEKTIERTE PRAXISANLEITUNG: PFLEGE VERMITTELN“ (BASISMODUL)	44
1.9	MODUL „PFLEGEBILDUNG UND PRAXISTRANSFER FÜR DIE IDENTITÄT IN DER PRAXISANLEITUNG“ (BASISMODUL) ...	50

2 FACHSPEZIFISCHE MODULE	56
---------------------------------------	-----------

2.1	MODULSTRUKTURPLAN FACHKRAFT FÜR LEITUNGSAUFGABEN IN DER PFLEGE.....	56
2.2	MODUL „ROLLENAMBIGUITÄT UND ROLLENIDENTITÄT: LEITUNG WERDEN.....	58
2.3	MODUL „PERSPEKTIVENWECHSEL ZUR LEITUNG: ANSPRECHPARTNER FÜR PFLEGEEMPFÄNGER UND ANGHÖRIGE“ .	66
2.4	MODUL „PERSPEKTIVENWECHSEL ZUR LEITUNG: SICHERHEIT UND QUALITÄT IN DER INSTITUTION“	73
2.5	MODUL „PERSPEKTIVENWECHSEL ZUR LEITUNG: VERSORGUNGSSTRUKTUREN GESTALTEN“	80
2.6	MODUL „FACHSPEZIFISCHE PFLEGE GESTALTEN“ (PRAXISMODUL).....	87
2.7	MODUL „PERSONALENTWICKLUNG: BILDUNG UND BINDUNG“	92
2.8	MODUL „PERSPEKTIVENWECHSEL ZUR LEITUNG: WIRTSCHAFTLICH AGIEREN“	99
2.9	MODUL „DIE PROFESSIONALISIERUNG IN DER EINRICHTUNG FÖRDERN: ENTWICKLUNG VON PFLEGETHEMEN“	104
2.10	MODUL „WISSENSTRANSFER IN DIE PFLEGEPRAXIS – GESTALTEN UND PROJEKTE LEITEN“	112
2.11	MODUL PRAXISMODUL „PROJEKT FACHSPEZIFISCH GESTALTEN“ (PROJEKT)	118
2.12	MODUL „FACHSPEZIFISCHE PFLEGE GESTALTEN“ (PRAXISMODUL).....	123
2.13	MODUL „ORIENTIERUNG, INSTITUTIONSSPEZIFISCHE VERTIEFUNG UND PRÜFUNGSVORBEREITUNG ZUR FACHKRAFT FÜR LEITUNGSAUFGABEN IN DER PFLEGE“	126
2.14	MODULTITEL UND SIGNATUREN IM ÜBERBLICK	129

1 Einleitung

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

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

1.1 Modulstrukturplan Kerncurriculum

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

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

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

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

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

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

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Pflegende

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

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

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

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

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

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Aus der Perspektive der Institution

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

.

Aus der Perspektive der Interaktion

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

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 6: Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit Die Teilnehmenden... • ... haben 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.
Leistungsüberprüfung: P/R/PFP
Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):
Lernvorschläge für die Selbststudienzeit: - Literaturstudium, Reflexion Praxissituationen, Erstellung Prüfungsleistung
Literaturempfehlungen: • Arndt, Marianne (1996): Ethik denken – Maßstäbe zum Handeln in der Pflege. 1. Auflage. Stuttgart: Thieme. • Ahmann, Martina (2001): Was bleibt vom menschlichen Leben unantastbar? Kritische Analyse der Rezeption des praktisch-ethischen Entwurfs von Peter Singer aus praktisch-theologischer Perspektive. Münster: LIT (Theologie und Praxis 11) • Eisele, C. (2017): Moralischer Stress in der Pflege: Auseinandersetzungen mit ethischen Dilemmasituationen. Wien: Facultas. • Gaida, U. (2007): Zwischen Pflegen und Töten. Krankenschwestern im Nationalsozialismus, Mabuse-Verlag Frankfurt/Main. • Greb, Ulrike (2003). Identitätskritik und Lehrerbildung. Frankfurt am Main: Mabuse

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

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

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

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

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Pflegende

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

Ein Pflegender:

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

Eine Gruppe von Pflegenden:

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

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

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

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

Eine 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 Selbstpflegeerfordernisse bestimmen (Orem 1997), bei der Diagnostik und Therapie mitwirken sowie Behandlungen durchführen und überwachen, die Qualität der medizinischen Behandlung überwachen (Benner 2000), die Stellvertreterposition bzw. die Ersatzfunktion für Pflegeempfänger einnehmen und ihrer Angst in unseren Handlungen Rechnung tragen (Peplau 1997), die fördernde Prozesspflege ausrichten (Krohwinkel 2013) oder gar den Systemerhalt im ganzen Familiensystem verfolgen (Friedemann, Köhlen 2018). Die Reflexion auf Theorien stellt die Vielfalt und Komplexität der Pflege dar.

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

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

Aus der Perspektive des Individuums

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

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

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

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

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

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

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

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

Vorschlag zum AVL:

Modulleistung Praxismodul „Pflegeprozess im Handlungsfeld“ (Praxisbericht schriftlich)

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

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

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

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

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

Critical Thinking/Diagnostischer Prozess

Fallverläufe in Institutionen, Patient*innenschädigungen

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

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Pflegende

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

Ein Pflegender:

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

Eine Gruppe von Pflegenden:

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

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

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

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

Eine Pflegende

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

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

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

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

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

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

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

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

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

Leistungsüberprüfung: PBS/PMU (Kombinationsprüfung)

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

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

• <i>Falldarstellung</i> Modulleistung 02PB01 „Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“ (schriftliche Hausarbeit) • <i>Text aus Praxismodul überarbeiten</i> • <i>Pflegetheoretische Reflexion</i> • <i>Darstellung Pflegeprozess</i> • <i>Ausgewählte Pflegediagnostik</i> • <i>Bewertung, wo es hätte zu Versorgungsbrüchen kommen können</i> • <i>Bewertung der theoretischen Elemente für die Praxis.</i>
Lernvorschläge für die Selbststudienzeit: - Literaturstudium, Erhebung Fallsituation in der Fachpraxis, Erstellung Prüfungsleistung
Literaturempfehlungen: • Alfaro-LeFevre, R. (2013): Pflegeprozess und kritisches Denken. Praxishandbuch zum kritischen Denken, Lösen von Problemen und Fördern von Entwicklungsmöglichkeiten. Bern: Hans Huber Verlag. • Ashworth, P.; Bjorn A. (1987): People's need for nursing care. A European Study, Eigenverlag der WHO. Kopenhagen: Eigenverlag der WHO. • Benner, Patricia (2012): Stufen zur Pflegekompetenz. From novice to expert. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, • Bulechek, G.; Butcher, H.; Mc Closky, J. (2018): Nursing Intervention Classification (NIC). St. Louis: Mosby. • Carpentio-Moyet, L. (2011): Das Pflegediagnosen- Lehrbuch. Pflegeassessment- Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen für Profis und Praxis. Bern: Hans Huber Verlag. • Diegmann-Hornig, K.; Jurgschat-Geer, H.; Beine, M.; Neufeld, G. (2009): Pflegebegutachtung. Lehrbuch für Sachverständige und Gutachten in der Pflege. Bern: Hans Huber Verlag. • Doenges, M. E.; Moorhouse, M. F.; Geissler-Murr, A. C. (2019): Pflegediagnosen und Maßnahmen. 6. vollst. Aktual. U. überarb. Aufl. Bern: Hans Huber Verlag. • Fiechter, V.; Meier, M. (1998): Pflegeplanung. Kassel: Recom Verlag. • Georg, J.; Fischer, J. (Hrsg.) (2011): Das Pflegeprozess-Lehrbuch. Bern: Hogrefe AG • Friedemann, Marie- Luise, Köhlen, Christina (2018): Familien- und umweltbezogene Pflege. Die Theorie des systemischen Gleichgewichts und ihre Umsetzung. Bern: Hogrefe Verlag. • Harald, S. (2012): POP – Praxisorientierte Pflegediagnostik. 2. Aufl. Wien: Springer Verlag. • Heather, T.; Herdmann, H.; Herdman; Kamitsuru, S. (Hrsg.) (2017): NANDA International Pflegediagnosen. Pflegediagnosen Definitionen und Klassifikation. 2019-2020. Unter Mitarbeit von S. Berger, H. Mosebach und Johnson, M.. Maryland Heights: Elsevier Mosby. • Kühme; Benjamin (2022): Theoriegeleitetes Handeln als pflegerisches Bildungsmuster. Teil 1: empirischer Zugang. Teil 2: Konsequenzen in einem Pflegestudiengang. In: Padua. Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, Patientenedukation und -bildung. 17. Jhr. Heft 3/22. Bern: Hogrefe, • Kußmaul, J.; Vater, A. (2017): Pflegeplanung. 2. Aktualisierte und erweiterte Auflage, Stuttgart: Thieme, verfügbar unter: https://cne.thieme.de/cne-webapp/r/library/page/pdf/-/9783132400580_toc • Marriner-Tomey, A. (1992): Pflegetheoretikerinnen und ihr Werk. Kassel: Recom Verlag • Leininger, Madeleine (1998): Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. Freiburg i. Br.: Lambertus-Verlag,

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

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

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

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

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Ein Pflegender

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

Eine Gruppe von Pflegenden

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

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

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

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

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

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

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Aus der Perspektive der Interaktion

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

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

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

Aus der Perspektive des Individuums

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

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

Leistungsüberprüfung: HA/K/R/PFP

Prüfungskombination mit Praxismodul „Wissenschaftliches Arbeiten im Handlungsfeld“

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

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

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Erhebung Praxissituation zur Themenfindung EBN, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

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

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

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

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

Ein Pflegender

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

Eine Gruppe von Pflegenden

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

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

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

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

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

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

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

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

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

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

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

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

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... kennen Kriterien wissenschaftlichen Arbeitens und unterschiedlicher Studiendesigns.
- ... 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

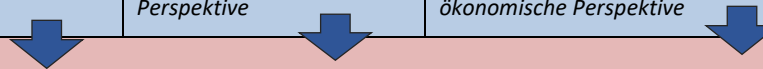
Literaturempfehlungen:

- 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>gesundheitsspolitisch ökonomische Perspektive</i>
			
Reflexionskategorien: 1.I Erfahrung und Entfremdung 2.I Pflegequalität und Handlungsautonomie 2.II Berufstradition und Wissenschaft			
Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Trotz eigener (Lern-) Erfahrung Habitus zur Lehrenden entwickeln Rollenklarheit finden: bin ich Pflegende und/oder Lehrende? (Pflege-) Theorie im theoriefeindlichen Pflegemilieu			
Themen/ Schlüsselprobleme/Inhalte: Pflegepädagogik als Disziplin des Wissenstransfers und der pflegberuflichen Identitätsbildung, Pflegerische Identität der Lernenden und Anleiter*innen: Selbstverständnis zum Pflegerischen und dessen Vermittlung: bin ich Pflegende oder Lehrende? Didaktische Modelle (Bildungstheorie, Lehr- Lerntheorie, Konstruktivismus) zur pädagogischen Identitätsbildung von Anleitenden in der Pflegepraxis. Bildungstheoretische Reflexion beruflicher Pflege (u. a. Selbst- und Mitbestimmung durch Vorbehaltsaufgabe nach §4 PflBG, Pflegerische			

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

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

Sozialisation und berufliches Selbstverständnis zum Wissenstransfer in die Pflegepraxis:

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

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

Berufliche Weiterbildung zur Spezialisierung nach einer generalistischen Ausbildung.

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Gruppe von Anleiter*innen: „

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Die Sicht der Pflegenden

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

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

Die Sicht der Pflegenden und des Behandlungsteams

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

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

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

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

Leistungsüberprüfung: HA/R/PR/

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Reflexion Praxissituation zur Anleitung, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

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

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

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

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

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

Pflegedidaktische Forschung:

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

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Anleiterin:

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

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

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

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

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

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Die Sicht der Pflegenden

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

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

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

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

Leistungsüberprüfung: HA/PR/R

HA wahlweise PR, R

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

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

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

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

alternativ

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

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Erhebung Praxissituation zur Anleitung, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

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

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

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

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

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

Evaluation im Pflegebildungsbereich/ Leistungsbeurteilung / Ergebnissicherung/ Bildungsforschung

Kurzschulungen von Mitarbeiter*innen und Pflegeempfänger*innen

Berufliche Weiterbildung zur Spezialisierung nach einer generalistischen Ausbildung.

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Gruppe von Anleiter*innen: „

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

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

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

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

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

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

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

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

*Die Sicht der Anleiter*innen*

Aus der Perspektive der Pflegenden ist festzustellen, dass eigene Lernerfahrungen in der Pflege vom Arbeitsalltag geprägt sind. Die Lernbiografie hat einen Einfluss auf die Gestaltung von Praxisanleitung selbst. So werden Anleitungsaarrangements 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 Pflege teams kommen, was nicht selten von Emotionen begleitet wird. Das Zurechtfinden im neuen Arbeitsbereich oder Team ist von selektiver Wahrnehmung und von Fehlinterpretationen beeinflusst, was Lernprozesse verstellt. Helfen kann, wenn die erfahrene Anleiter*in eine Subjektperspektive einnimmt und Verantwortung für die Gestaltung von gelingenden Lernprozessen übernimmt. In diesem Sinne kann von einer bildenden Begegnung gesprochen werden, in der sich Lernende und Anleiter*in finden müssen.

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

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

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

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

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

Lehrervorträge zu Konzepten der Praxisanleitung, Workshops zur Planung der Anleitung/
Lehrervortrag zur Kompetenzbildung nach DQR und PflAPrV/Wie können Kompetenzen sinnvoll in der 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 Pflegepraxissystem erkennen.

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

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

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

Leistungsüberprüfung: wahlweise HA/P/R/PFP

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

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Themenvertiefung, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

- 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
- Böggemann, Marlies, Kühme, Benjamin, Schöninger, 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,
- Gieseke, 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 Leitungsaufgaben in der Pflege

	Curriculum der Fachweiterbildung Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege in Niedersachsen				
Semester Workload	Basismodule und fachspezifische Module				
1 900 Std.	Beziehung gestalten – Pflegeverständnis, Ethisches Handeln, Selbstfürsorge	Systematisches, wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege	Rollenambiguität und Rollenidentität: Leitung werden	Perspektivenwechsel zur Leitung: Ansprechpartner für Pflegeempfänger und Angehörige	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 zur Leitung: Sicherheit und Qualität in der Institution	Personalentwicklung: Bildung und Bindung	Pflegeprozess als Vorbereitungs- und fachspezifische Gestaltungsaufgabe	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.	Perspektivenwechsel zur Leitung: Wirtschaftlich agieren	Perspektivenwechsel zur Leitung: Versorgungsstrukturen gestalten	Die Professionalisierung in der Einrichtung fördern: Entwicklung von Pflege Themen	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 Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege	Wissenstransfer in die Pflegepraxis – Gestalten und Projekte leiten	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	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 „Rollenambiguität und Rollenidentität: Leitung werden

Modultitel/Modulkennung: 01RRFL 01 „Rollenambiguität und Rollenidentität: Leitung werden“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <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>gesundheitsspolitisch ökonomische Perspektive</i>
Reflexionskategorien: 2.II Selbstbestimmung und Fremdbestimmung 1.I Tradition und Emanzipation 3.II Humanisierung und Sozialtechnologie Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Rollenambiguität als Leitung Die Macht der Sprache in der Organisation: „Wer ist der Chef?“ Asymmetrie zwischen den Qualifizierungswegen in der Pflege Als Leitung akademisch ausgebildete Pflegenden in meiner Institution einsetzen Inhalte: Team und „Teambuilding“, Rollen, Hierarchien, Macht, Führungsstile, Sprache, Cure vs. Care: Kategorische Differenzen zwischen Sichtweisen der Medizin und der Pflege, Benners Intuition als Stärke der Praktiker, Status der Berufsgruppen → offizielle vs. faktische Handlungsvollmacht (Hierarchie), Rollenselbst- und Rollenfremdbilder, Rechtsformen/Organisationsformen im Gesundheitswesen, VPU-Leitfaden: Personaleinsatz von akademischen Pflegenden, Vergütungen und Vergütungssysteme, Tarifverträge, Berechnungen zur Personalbemessung, Stellenbeschreibungen, Qualitätszirkel und „Journal Club“			
Eröffnung der Handlungssituation/Exempel: <i>Ein Pflegender</i>			

„Und in Bezug auf das Krankenhaus würde ich nochmal einen drauf setzen. Wenn man diese Vokabel in so eine Station, in so ein Team wirft und sagt "Ich möchte bitte mit Ihrem Chef sprechen.", reagieren vermutlich viele Pflegekräfte immer noch so, [...] Also der Chef ist der Chefarzt. Per Begrifflichkeit.“

„Also kurzfristig hatte ich da in unserem Bereich tatsächlich die Befürchtung, dass das vielleicht wieder dem ärztlichen Dienst komplett zugeordnet wird oder irgendeinem Personaler oder so was, der statt des Pflegedirektors oder so was vielleicht dann für die Pflege zuständig ist.“

„Gerade, wenn ich aus einem Unternehmen komme und ich war als Mitarbeiter zuständig, war als Mitarbeiter vor Ort und gehe dann in die Führungsposition, ist oft ganz schwierig. [...] So wie du die Führung übernimmst bist du draußen. Ne, man kann zwar weiter kommunizieren und kann auch so, natürlich wie sagt man, distanziert höflich bleiben. Aber man gehört einfach nicht mehr dazu, das muss auch vielen klar sein.“

Aus der Fokusgruppe

„Also in den Stellenausschreibungen stehen Dinge drin wie Budgetverantwortlichkeit, Personalentwicklung, Qualitätsmanagement, tatsächlich durchaus Management-Aufgaben. Aber in Realität sind die Kollegen oft auch tatsächlich arbeitsvertraglich ganz klar gebunden an pflegerische Versorgung. Das heißt, so fünfzig Prozent ihres Arbeitsvertrages sagt tatsächlich: ‚Du, liebe Managementkraft, liebe Leitungskraft, versorgst aber Patienten am Bett.‘ Und das ist eine immense Diskrepanz. Und das wird ja durchaus dann immer nochmal schlimmer je nach SGB-Bereich.“

„Und sie haben real kaum Entscheidungsspielraum. Sie werden nur mit der Verantwortung versehen für die Entscheidung anderer. Und das ist ein unattraktives Feld.“

„Und das finde ich wirklich ganz, ganz schwierig und auch meiner Meinung nach wenig wertschätzend, eben auch gegenüber dieser Fachkraft für Leitungsaufgaben der Pflege, weil die halt diesen Werdegang gehen musste. Erst die Ausbildung, Berufserfahrung halt ja doch ne und dann diese fast zweijährige oder mindestens ein-, eineinhalbjährige Ausbildung. Also diese Person hat sich verdient gemacht und bekommt dann jemand vorgesetzt, die halt die Möglichkeit hatte zu studieren und ein paar Praktika gemacht hat, aber ziemlich sicher ist, dass sie jetzt halt Karriere machen kann in dem Bereich.“

„Wobei Personalbedarfsrechnungen habe tatsächlich dann trotzdem ich gemacht, aber ja (lacht) also im Grunde genommen alles zubereitet, nur die Entscheidungskompetenz, die oblagte dann dieser Person, die im schlechtesten Fall halt einfach nur ein Studium gemacht hat, aber von der Handwerkstätigkeit selber weniger Ahnung hatte.“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Die Sicht der Pflegenden und des Teams (Interaktion) zur Selbstbestimmung und Fremdbestimmung

Mit der Übernahme einer Leitungsfunktion sind Chancen, aber auch Herausforderungen verknüpft. Diese stellen sich unterschiedlich dar, je nachdem, ob die Leitungskräfte aus dem Team befördert werden oder neu in das Team kommen. Aus einem Leitungswechsel können Teamkonflikte resultieren, beispielsweise wenn ein bestehendes Teammitglied die Leitungsfunktion übernimmt, ohne dass diese Wahl für andere Teammitglieder nachvollziehbar ist. Positionen innerhalb des Hierarchiegefüges sind plötzlich fragil und müssen innerhalb der Teams neu definiert werden. Es kann innerhalb des Teams zu *Konkurrenz*problematik kommen und Rollenpositionen werden neu ausgehandelt. In der neuen Leitungsposition scheint es wichtig, sich zu positionieren und auch abzugrenzen. Das kann mit schmerzhaften Gefühlen auf beiden Seiten verbunden sein, da der Verlust von Nähe üblicherweise als persönliches Versagen empfunden wird. Es besteht insbesondere bei Personen, welche aus einem bestehenden Team heraus eine Leitung übernehmen, die Problematik der Rollenambiguität, einerseits als Mitglied des Teams und andererseits als Leitung. Ebenfalls können neue Leitungspersonen auf eine Kultur der *Konkurrenz* und des Widerstands stoßen, da beim Leitungswechsel gewohnte Freiheiten bei den Teammitgliedern zur Disposition stehen.

Methodischer Vorschlag: *Lehrervortrag zum Thema Team und „Teambuilding“/Gruppenarbeiten mit Fallbeispielen: Klärung von Prozessen und Phasen./ Gruppendiskussion: „Wo stehe ich innerhalb der Prozesse und Phasen beim Teambuilding?“/ Szenisches Spiel (Oelke) zur „Teamaufstellung“.*

Personen, welche Leitungsaufgaben neu übernehmen, müssen zunächst in die Rolle hineinwachsen und beispielsweise ein angemessenes Verhältnis von Distanz und Nähe zu den Teammitgliedern entwickeln. Hier kann ein Spannungsverhältnis zwischen Rolle und Person entstehen. Je nachdem, wie das Team aufgestellt ist und welche Führung das Team gewohnt ist, stellen sich der neuen Leitung verschiedene Herausforderungen. Die neue Leitung bestimmt, wie sie mit diesen Herausforderungen umgeht. Leitungskräfte sehen sich mit verschiedenen Erwartungen beispielsweise von Mitarbeitenden und Vorgesetzten konfrontiert. Die teils widersprüchlichen Anforderungen (*Fremdbestimmung*) können zu Intrarollenkonflikten führen. Hinzu kommen eigene Erwartungen, welche die Leitungskräfte an sich stellen (*Selbstbestimmung*).

Methodischer Vorschlag: *Lehrervortrag zum Thema Rolle, Person und Identität/Lektürearbeit zur Definition von Rolle, Identität, Rollenkonflikte (inter und intra), Konflikt etc../Workshop/Szenisches Spiel: die Teilnehmer*innen nehmen einen Perspektivenwechsel vor und artikulieren, welche Sorgen und Befürchtungen sie hätten, wenn morgen eine neue Teamleitung käme.*

Tradition und Emanzipation

In den Interviews kommen alte *traditionelle* Konflikte zwischen Pflege und Medizin zutage. Bei der Frage nach dem „Chef“ wird selbstverständlich erwartet, dass der „Chefarzt“ gemeint ist und nicht die Pflegedienstleitung oder die Stationsleitung. Derartige Erfahrungen im Berufsalltag führen bei angehenden Leitungen zur Unsicherheit bzw. es steht zur Disposition, ob man sich gegen die sprachlichen Strukturen und damit der Hierarchisierung in der Institution wehrt, denn Hierarchien sind mit Macht verbunden. Wird der entscheidende Moment verpasst, zementieren sich sprachliche Gepflogenheiten in der Organisation und damit auch die Hierarchie im Personengefüge.

Methodischer Vorschlag: *Lehrervortrag zum Thema Hierarchien in Organisationen, Führungsstile, Macht und Machtmissbrauch, Einfluss der Sprache auf Systeme, Nähe und Distanz.*

Die *traditionellen* Konflikte zwischen Pflege und Medizin müssen auch die Leitungspersonen in ihrem zukünftigen Arbeitsalltag bewältigen. Zum Arbeitsalltag gehört, dass zwischen Pflegeleitung und ärztlicher Leitung Fragen der Betten- und Personalkapazitäten verhandelt werden. Der Konflikt, der mit Machtausübung verbunden ist, bedingt sich u.a. durch die unterschiedlichen Sichtweisen von Medizin und Pflege. 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 Pflegendе 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 Pflegendе Umgehungsstrategien entwickeln.

Methodischer Vorschlag: *Einstieg Fallbeispiel/ Reflexion Aufgaben der Akteur*innen: Pflegendе, Fachpflegendе, Mediziner*innen: ein Blick in rechtliche Regelwerke/Ausbildungsgesetze/Approbationsordnung/Anforderungen an Facharztausbildung./Diskussion; Zitat: Bartholomeyczik (2010, S. 140) auf den Berufsalltag und die damit verbundenen Konflikte reflektieren: „Was meint Bartholomeyczik mit der Feststellung in der Zusammenarbeit zwischen den Berufen? Berichten sie über berufliche Situationen, in denen sie ähnliche Strategien in der Zusammenarbeit mit Mediziner*innen verfolgt haben! Warum haben sie die Strategien entwickelt?“. Diskussion: „Bewerten Sie, ob es sich bei der Strategie um eine Assistenz- oder Steuerungstätigkeit handelt!“, „Kommen sie zu Aussagen darüber, wer hier Macht ausübt und wodurch!“*

Lehrervortrag und Lektürearbeit *„Care“ und „Cure“ in der Pflege/Textarbeit* Mayer, Hanna (2022: 43-52); *Die Perspektiven der (wissenschaftlichen) Disziplin Pflege*, Müller, Klaus (2018: 87-96): *„Handlungskonzepte und Haltung in der Pflege – das Konzept des Caring“*. Bartholomeyczik (2010: 134-154): *Professionelle Pflege heute. Einige Thesen. Workshop zur Lektürearbeit mit den Texten: „Was bedeutet Caring für ihre Mitarbeiter*innen? Wie stehen sie als Leitung zum*

Begriff? Wie wollen sie Sorgearbeit verwalten? Welche Schwierigkeiten erwarten sie, wenn den Begriff zur Personalbemessung heranziehen? “ Ergebnissammlung der Textarbeiten

Lehrervortrag: Rechtsformen/Organisationsformen im Gesundheitswesen.

Die Reflexion von *Tradition und Emanzipation* wirft die Frage auf, wie die Akademisierung der Pflege für die angehenden Leitungskräfte einzuordnen ist. In den Interviews wird deutlich, dass die Parallelität der Bildungswege Ängste und Besorgnisse auslöst. Aktuell können notwendige Qualifikationen durch Fachweiterbildung und Studium erworben werden, was ein *Konkurrenzverhältnis* zwischen den Bildungsteilnehmer*innen auslöst. Bildungsabschlüsse werden zum Schlüsselproblem. Wie kann sich die Pflege von anderen Berufsgruppen emanzipieren? Welche Rolle spielt die Akademisierung? Wie kann sich die Fachweiterbildung gegenüber Studiengängen, insb. Managementstudiengängen im Gesundheitswesen, positionieren? Von 60.000 bei der Pflegekammer Niedersachsen im November 2018 vollständig registrierten Pflegefachpersonen haben 3% einen akademischen Abschluss (Pflegekammer Niedersachsen, 2018, S. 20). Der Wissenschaftsrat empfiehlt, dass 10 bis 20% der Auszubildenden einen primärqualifizierenden Bachelor in der Pflege absolvieren sollten (Wissenschaftsrat, 2012, S. 8). Gleichzeitig werden Fachkräfte speziell für Leitungsaufgaben in der Pflege über eine Fachweiterbildung qualifiziert. Diese ist bisher nicht auf dem gleichen Kompetenzniveau nach dem Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) eingeordnet wie Bachelorprogramme. Personen, welche eine Fachweiterbildung zur Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege beginnen, haben eine pflegerische Ausbildung sowie Berufserfahrung in der Pflege. Fachkräfte für Leitungsaufgaben in der Pflege haben somit einen längeren Qualifizierungsweg als Bachelorabsolventen und bringen Erfahrungen im Berufsfeld mit. Sie berichten jedoch von einer geringen Wertschätzung gegenüber ihrem Qualifizierungsweg insbesondere im Vergleich mit Absolventen von Managementstudiengängen (z.B. Gesundheitsmanagement) ohne pflegerische Ausbildung, welche nach ihrem Studium höhere Positionen bekommen. Unterschiedlich werden auch die Vergütungen wahrgenommen, die aus unterschiedlichen Abschlüssen resultieren. Konflikte in der Praxis sind vorprogrammiert.

Methodischer Vorschlag: Lehrervortrag zu Qualifizierungswege im Gesundheitswesen. **Diskussion** der Chancen und Grenzen der Akademisierung für den Pflegeberuf.

Lehrervortrag zu Paradigmatischen Fällen und zur **Intuitionsbildung der Praktiker** 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.) und/ oder „Helfen“ (ebd. 87ff.), „Beraten und Betreuen“ (ebd. 111ff.), „Organisation und Zusammenarbeit“ (ebd. 171 ff.) und „Diagnostik und Patientenüberwachung“ (ebd. 127 ff.). **Diskussion** und Bewertung für die praktischen Einsatzfelder. Fragestellung: „Wie kann ich die Themen von Benner in meiner Einrichtung nutzen?“, Weiterführend: „Wie wäre es möglich, dass ich Benners Bereiche der Pflegepraxis zur Struktur- und Prozessgestaltung in meiner Einrichtung zur Abbildung von Pflegeleistungen heranziehe?“ **Werkstatt der Utopie oder Workshop.**

Gruppendiskussion: „Welche Kompetenzen habe ich nach Benner, die ich in meine Arbeit als Leitung einbringen kann? Bewertung der Theorie für die eigene Rolle und für die Praxis.“

Humanisierung und Sozialtechnologie

Die Verwissenschaftlichung der Pflege beinhaltet, dass wissenschaftliches Arbeiten zur Schlüsselkompetenz der akademischen Absolvent*innen werden soll. Schlüsselqualifikationen und deren Bedeutung im Studien- und Arbeitskontext, Ergebnispräsentation stellen grundsätzlich 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), um diese sinnvoll in die Arbeits- und Leistungsprozesse der Institutionen einzubinden. Traineeprogramme, Konzept- und Projektarbeit werden zu *sozialtechnologischen* Elementen in den Kliniken und sind auch für fachweitergebildete Leitungen nicht zu ignorieren. Andernfalls würden die Leitungen einen *Innovationsschub* aus der Akademisierung für ihre Einrichtungen verpassen.

Methodischer Vorschlag: Lektürearbeit zum VPU-Leitfaden der Pflegedirektionen (2019). **Gruppenauftrag** mit anschließender **Plenumsdiskussion**: „Erwartungen der Pflegedirektionen an akademisierte Pflegenden“. **Lehrervortrag**: Qualitätszirkel und „Journal Club“ als Instrumente für die Leitung./**Diskussion** und Bewertung der Teilnehmer*innen für Gestaltung in ihrem zukünftigen Arbeitsfeld.

Podcast ÜG 002 Akademisierung in der Pflege: Ausbildung und Professionalisierung. URL: <https://uebergabe.de/podcast/ug002/> (30.03.20). Ggf. Selbstlernzeit.

Lehrervortrag: Vergütungen mit und ohne akademische Abschlüsse, Vergütungssysteme, Tarifverträge, Berechnungen zur Personalbemessung, Stellenbeschreibungen. Ggf. Stellenbeschreibung schreiben (SSZ)

Modulabschluss: Diskussion Sichtweisen Pflege, Sichtweisen Medizin, Beurteilung Pflgetheorie von Benner für die Fachpraxis. Bewertung Akademisierung für eigene Rollenidentität und den Einsatz in der Institution.

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... verfügen über ein integriertes berufliches und pflgetheoretisches Wissen im Tätigkeitsfeld der Leitung einer Pflegeeinheit und kennen die Grenzen zur Leitung einer medizinischen Einheit
- ... verstehen das Konzept „Caring“ und können es in der Praxis auf die Fachpflege und zur Einordnung von Personalbemessung übertragen, übernehmen Verantwortung für Patient*innen
- ... kennen Rechts- und Organisationsformen, Tarifrecht, Vergütungssysteme und können eine Stellenbeschreibung entwerfen
- ... haben ein vertieftes Wissen zu Rolle, Hierarchie, Macht in den Institutionen
- ... können Team, Teambuilding, Konflikte, Nähe und Distanz für ihre eigene Rollenidentität bewerten
- ... erkennen die Bedeutung der Sprache in der Institution, die Einfluss auf ihre Rollenidentität nimmt

• ... bewerten ihre Haltung zur Akademisierung in der Pflege und können sich ihren Sorgen stellen, die aus einem Konkurrenzverhältnis entstehen • ... sind in der Lage, Aufgaben, Tätigkeiten und Einsatzorte von akademisch ausgebildeten Pflegenden für ihre zukünftigen Leitungsaufgaben zu reflektieren
Leistungsüberprüfung: K/R/M •
Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):
Lernvorschläge für die Selbststudienzeit: - Literaturstudium der vorgeschlagenen Pflegeetheorie (Benner 2012), ausgewählte Arbeitstexte - Literaturstudium der Literatur zur Vergütung, Tarifrecht, Personalbemessung, Stellenbeschreibung - Podcasts Übergabe hören - Erstellung Prüfungsleistung
Literaturempfehlungen: • Abt-Zegelin, A. (2009), Hrsg. Wie wir kommunizieren –Pflege in Sprache und Schrift, CNE-Fortbildung 5, Thieme-Verlag • Abt-Zegelin, A., (2009). Gespräche sind Pflegehandlungen. Die Schwester/Der Pfleger, 48 (4) 221 – 224 • Abt-Zegelin, A., (2006). Clinicum Österreich: „Na wie geht’s uns denn heute?“ Sprache und Pflege, 6 (4) 44 – 46 • Assig, D. (2001): Frauen in Führungspositionen. München: DTV • 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. • Bechtel, P. & Smerdka-Arhelger, I. (Hrsg.) (2012). Anforderungen an Pflege. Führungskräfte im 21. Jhd. Berlin: Springer • Bechtel, P. & Smerdka-Arhelger, I. (Hrsg.) (2012). Pflege im Wandel gestalten - Eine Führungsaufgabe: Lösungsansätze, Strategien, Chancen. Heidelberg: Springer. • Benner, P. (2012): Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. Bern: Huber • Braun von Reinersdorff, A. (2002): Strategische Krankenhausführung – Vom Lean Management zum Balanced Hospital Management. Bern: Huber. • Gabrisch, J. (2014). Die Besten im Gespräch. Neuwied: Wolters, Kluwer • Kumbruck, Christel & Derboven, Wibke (2016): Interkulturelles Training. Heidelberg: 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 • Naegler, H., Garbsch, M. (2021): Personalmanagement im Krankenhaus. Berlin: Medizinische Verlagsgesellschaft • Oswald, J. /Schmidt-Rettig, B. und Eichhorn, S. (2017): Krankenhaus-Managementlehre: Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 2. Auflage • Schulz-von Thun, Friedemann (1998): Miteinander reden 1-3, Reinbek: rororo • Simon, Michael (2008): Das Gesundheitssystem in Deutschland, 2. Auflage, Bern: Huber Verlag

- Simon, Michael (2017): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, 6. Auflage, Bern: Hogrefe-Verlag
- Trömel-Plötz, Senta (Hg) (1984): Gewalt durch Sprache, Frankfurt/M. (Fischer)
- Übergabe. Der Podcast für die Pflege: Podcast ÜG 002 Akademisierung in der Pflege. Ausbildung und Professionalisierung. URL: <https://uebergabe.de/podcast/ug002/> (30.03.20).
- 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
- Trost, A. (2015). Unter den Erwartungen: Warum das jährliche Mitarbeitergespräch in modernen Arbeitswelten versagt. Heidelberg: Wiley
- VPU-Leitfaden zur Implementierung von Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss im Krankenhaus“ URL: <https://www.vpuonline.de/publikationen/leitfaden-pflegefachpersonal/> (30.03.20).
- Watzlawick, Paul, Beavin, Janet H. & Jackson, Don D. (1996): Menschliche Kommunikation: Formen Störungen, Paradoxien. Bern (Verlag Hans Huber)
- Wilk, G. (2022): Stellenbeschreibung und Anforderungsprofile. Freiburg i.B.: Haufe
- Zapp, W./Oswald, J./Bettig, U./Fuchs, C. (2014): Betriebswirtschaftliche Grundlagen im Krankenhaus. Stuttgart: Kohlhammer.
- Aktuelle Rechtssätze und Gesetzbücher

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

2.3 Modul „Perspektivenwechsel zur Leitung: Ansprechpartner für Pflegeempfänger und Angehörige“

Modultitel/Modulkennung: 01PWPFL 01 „Perspektivenwechsel als Leitung: Ansprechpartner für Pflegeempfänger und Angehörige (Fachspezifisches Modul)“			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: Rollenambiguität und Rollenidentität: Leitung werden (Fachspezifisches Modul) Perspektivenwechsel zur Leitung: Sicherheit und Qualität in der Institution (Fachspezifisches Modul) Perspektivenwechsel zur Leitung: Versorgungsstrukturen gestalten (Fachspezifisches Modul)			
Workload: 60 Std davon 40 Std. Kontaktstunden, 20 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
			
Reflexionskategorien: 1.II Empathie und Intervention (Methode) 2.I Mimesis und Projektion 4.I Resignation und Hoffnung 3.III Rentabilität und soziale Gerechtigkeit			
Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Zwischen den Lagern: Moderation zwischen Angehörigen und Mitarbeiter*innen Projektion: Welche Rolle spielen Übertragungen bei Beschwerden? Asymmetrie zum Wissen um die Situation Rollenambiguität: zwischen Pflegeempfänger*in und Einrichtung stehen			
Inhalte: Beschwerdemanagement, Konfliktgespräche und Konfliktmanagement, Leitbildarbeit, Mitarbeitergespräche Gefahr der Projektion: Übertragung und Gegenübertragung, Angst (Peplau), Wissensasymmetrie, Angstasymmetrie (Behrens/Langer) zwischen Professionellen und Patienten bzw. Angehörigen, Grundgesetz (GG), Betreuungsrecht, Vorgehen bei öffentlichen Schädigungen, Gesellschaftliches Bild der Pflege			
Eröffnung der Handlungssituation/Exempel: Fokusgruppe der Pflegenden: <i>„Oder auch bei vielen, die Pflege gelernt haben, die irgendwie ihre Motivation verloren haben und auf einmal einfach Blutdruckwerte eintragen, die sie niemals gemessen haben, nur damit sie kein Blutdruck messen müssen, weil das irgendwie zu viel ist, oder keine Ahnung. Und ich mich mit dem Patienten streite, weil ich das in meiner Gedankenwelt nicht für möglich gehalten, dass man</i>			

sowas macht. Und der Patient mich dann nicht mehr mag und nicht mehr mit mir redet, weil ich dem Mitarbeiter mehr Glauben schenke, und dass man sowas rausfindet. Also solche Fälle habe ich leider ganz viele erlebt, ne? [...] Also eigentlich, so wie ich es erlebt habe, aber eigentlich müsste das jeder Examierte so erleben, wenn ich mich dem Patienten offen zuwende und mir ihn auch mal angucke, und ihm auch mal zuhöre oder auch mal vielleicht drauf reagiere, auch auf nonverbale Geschichten, die er äußert, fühlen die sich eigentlich relativ schnell zu einem also vertraut, dass sie eben offen mit einem umgehen. Aber, wenn ich natürlich was für unmöglich halte wie, dass mein Kollege einfach die Blutdruckwerte einträgt, denn gehe ich natürlich in die Diskussion und sage, nee, das kann ich mir nicht vorstellen. Ich sehe hier den Wert. Mein Kollege hat hier eingetragen, ihr Blutdruck ist 140 zu achtzig. Und der Patient hat sich natürlich gewünscht, dass einmal täglich sein Blutdruck kontrolliert wird. Dann ist natürlich das Vertrauensverhältnis kaputt.“

„Also ich glaube jetzt, da man sich in einer Zeit befindet, wo es weniger Anbieter gibt, als man eigentlich bräuchte, um die Versorgung sicherzustellen, fällt die Kommunikation so auch mit zukünftigen Kunden oder mit bereits vorhandenen Kunden ein bisschen leichter.“ Also grundsätzlich ist es aber so, dass es vereinzelt aber schon auch dann Angehörige oder auch Bewohner gibt, die halt direkt mit Presse drohen, ne? Und das ist dann schon auch ein sensibles Thema, wenn man das Gefühl hat, dass das halt sofort etwas ist, mit dem gedroht wird und was auch tatsächlich dann auch eine massive Konsequenz hat, wenn der Bewohner es tatsächlich auch macht, (...)“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Die Sicht der Betroffenen und deren Angehöriger

Empathie und Intervention

Krankheit und Pflegebedürftigkeit sind existenzielle Veränderungen im Lebenslauf und häufig mit der Aufnahme in eine Institution verbunden. Während in der Klinik eine Verweildauer abzusehen ist, sind Pflegeempfänger in den ambulanten Diensten, Hospizen und Langzeitpflegeeinrichtungen damit konfrontiert, dass die Inanspruchnahme in der Regel bis zum Lebensende bestehen wird. Dieser Gedanke kann mit Ängsten verbunden sein, da keine Person gerne hilfebedürftig ist und nun Hilfe von Fremden beziehen muss, die bisher nicht in einer empathischen *Beziehung* zu einem standen. *Beziehungsgestaltung* ist ein dauerhafter Prozess, der von Seiten der Pflegenden geleistet wird und immer wieder erschüttert werden kann. Aber auch Angehörige sind in einem hohen Maße damit konfrontiert, nun nicht mehr die Hilfe zu leisten, die ggf. aber durch familiäre Bindungen gefordert wird. So oder so erleben Angehörige hohe Belastungen: im Akutkrankenhaus ist das Geschehen plötzlich und oft mit Leid und Schmerzen verbunden. Die Hilflosigkeit, die Angehörige erleben, kann zur Angst und damit zur Aggression führen. Aggression richtet sich oft gegen die Pflegenden und gegen die Leitung. Aber auch der Wechsel in die Langzeitpflege ist von Emotionen begleitet, die sich nicht selten durch ein schlechtes Gewissen bei den Angehörigen ausdrücken. Angehörige werden damit konfrontiert, die erwartete Hilfeleistungen nicht mehr leisten zu können oder zu wollen. Umso mehr wird mit „Argusaugen“ darauf geblickt, wie mit ihren Familienmitgliedern umgegangen wird. Kommunikation und Interaktion mit Patienten/ Bewohnern und Angehörigen gehört zu den Aufgaben einer Leitungskraft. Oftmals interagieren

Leitungen erst wenn bereits ein Konflikt entstanden ist. Zudem treffen Pflegeempfänger und Angehörige als Hilfsbedürftige auf eine Autoritätsperson. In diesen Begegnungen wird aus Anlass von Angst auf Machtmittel zurückgegriffen. Wie wirken sich Machtverhältnisse im Konfliktfall aus? Seitens der Pflegebedürftigen und Angehörigen könnte ggf. das Druckmittel Presse eingebracht werden, um sich gegen (vermeintliche) Ungerechtigkeiten zu wehren. In diesen Situationen müssen Leitungen versuchen die *Beziehung* zu den Betroffenen zu halten, um eine Eskalation der Konfliktsituation zu vermeiden, indem sie *intervenieren*. Auch steht die Leitung oft in einer „Sandwichposition“ zwischen den Beschwerden und den Mitarbeiter*innen.

Methodischer Vorschlag: Lehrervortrag zum Konfliktmanagement, Beschwerdemanagement, Leitbildarbeit/ **Diskussion:** „Welche Möglichkeiten bietet das Konfliktmanagement zur Prävention und Deeskalation von Konflikten? Wie sind Beschwerden zu managen?“ **Ggf. Expert*innenspräch** mit neutralen Beratungsstellen, Ombudspersonen, Schiedsleuten, Bewohner*innenvertreter. Patientenbeschwerdevertreter.

Lehrervortrag: Mitarbeitergespräche./ **Rollenspiel/Szenisches Spiel** (Oelke): Exempel nachspielen bzw. die Leitung führt das Konfliktgespräch mit der Angehörigen, zweite Szene: Mitarbeitergespräch mit der Pflegenden, die die Medikamente vergessen hat./ **Kollegiale Beratung** im Workshop (Zweiergruppen) üben: „Wie würdest du mit dem Konflikt umgehen?“

Im Modul „Perspektivenwechsel als Leitung: Ansprechpartner für Pflegeempfänger und Angehörige“ steht in der leibgebundenen Perspektive die Entfremdung des Patienten/Bewohners 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 und die Pflegebedürftigkeit. Die Illusion der Unverwundbarkeit des Patienten als Abwehrstrategie gegen die Todesangst (vgl. Fuchs 2003) wird in der Erkenntnis der realen existenziellen Bedrohung der fremdbestimmenden Aufnahme in eine Institution geopfert. Zwischen *Resignation* und *Hoffnung* schwanken die Gefühle aller Beteiligten. Denkbare Abwehrformen und damit verknüpfte Reaktionen (etwa Depression oder auch Aggressionen, die sich z. B. gegen Pflegende und Angehörige richten können).

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: zum Konzept der Angst bei Hildegard Peplau./ **Diskussion:** „Wie gehen sie mit der Angst ihrer Patient*innen, Bewohner*innen und Angehörigen um? Welche Strategien entwickeln sie in ihrem Handlungsfeld als Leitung?“/ **Gruppendiskussion:** Angst als Auslöser von Beschwerden und Aggressionen.

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. Die Leitung übernimmt dabei nicht nur die kommunikative Begleitung des Patienten, sondern auch in der Betreuung der Angehörigen sowie eine Moderationsfunktion zwischen den Pflegenden und den Angehörigen.

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 Gesprächen mit Patient*innen, Bewohner*innen, Angehörigen und Teammitarbeiter*innen?“ Beiträge im Plenum sammeln und diskutieren.

Die Sicht der Pflegenden

In der *Perspektive der Interaktion* ist die Deutung der Patientensituation durch die Pflegende grundsätzlich von Bedeutung. Beziehungsarbeit, *Empathie* werden vor dem von (ungerechten) Beschwerden fragil – können zu Sinnkrisen bei den Pflegenden führen. Darin besteht zugleich die Gefahr der *Projektion*: Unreflektiert könnten frühere Erfahrungen mit ähnlichen Situationen zur Abwehr führen und auf den aktuellen Fall übertragen werden. Dies begünstigt voreilige Schlussfolgerungen auf die aktuelle Situation. 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 Praxisituationen, in denen sie sich in ähnlichen Situationen befunden haben und sich ungerecht von Bewohner*innen, Angehörigen und der Leitung behandelt fühlten! Beschreiben sie den Widerspruch, der sich für sie ergeben hat. Tauschen sie sich in der Kleingruppe aus.“ **Zusammenfassung für das Plenum** vorbereiten und dort vorstellen. **Diskussion** in der Gesamtgruppe. **Lehrervortrag** zu den Phänomenen der „Übertragung und Gegenübertragung“ (u.a. Bettighofer 2022).

Aus der Perspektive der *Institution* kann die Beschwerde schnell zum übergeordneten Problem werden, wenn Angehörige sich an die Öffentlichkeit wenden. Dies geschieht in der Regel nicht aus Bosheit – es geschieht aus Hilflosigkeit und dem Gefühl, nicht *gerecht* behandelt worden zu sein. Die Leitungsperson bewegt sich im Spannungsfeld von *sozialer Gerechtigkeit* gegenüber der Patient*in/ Bewohner*in und den Verpflichtungen gegenüber der Institution, die das Ziel der *Rentabilität* verfolgt und bei einem öffentlichen Schaden (Ruf der Einrichtung) in der Presse oder sozialen Netzwerken empfindlich getroffen werden kann.

Methodischer Vorschlag: Podcast „Team Wallraff“ enthüllt würdelose Zustände

([https://www.n-tv.de/mediathek/videos/panorama/Team-Wallraff-enthueellt-wuerdelose-](https://www.n-tv.de/mediathek/videos/panorama/Team-Wallraff-enthueellt-wuerdelose-Zustaende-article12772181.html)

[Zustaende-article12772181.html](https://www.n-tv.de/mediathek/videos/panorama/Team-Wallraff-enthueellt-wuerdelose-Zustaende-article12772181.html), 30.03.20). Die Teilnehmer*innen hören den **Podcast über** das Inter-

net „Team Wallraff enthüllt“ (s.o.): „Hören sie den Podcast und sammeln sie Themen, wie das Bild der Pflege durch den Beitrag in der Gesellschaft dargestellt wird!“ **Diskussion** der Inhalte im Plenum, Samm-

lung der im Podcast dargestellten Problemstellungen (**Flip-chart, Plakat etc.**). **Gruppenarbeitsauftrag:**

„Untersuchen Sie das Grundgesetz (GG) hinsichtlich der Rechte, die sich (auch) für Zupflegende und deren Angehörige in der Gesellschaft ergeben! Bewerten sie die Geschehnisse im Podcast. Was können

Sie daraus für Pflegende, Pflege und das Gesundheitssystem ableiten? Welche Handlungen wären demnach notwendig? Welche Utopien können gedanklich entwickelt werden?“ Erstellung Thesenpapiere in Gruppenarbeit.

Lehrervortrag zur juristischen Vorgehensweise bei öffentlicher Darstellung eines Schades oder Missstandes in der Einrichtung. Strafrecht, anteilig Haftungsrecht, Betreuungsrecht

Diskussionsauftrag: „Bewerten sie, wie bedeutsam Beziehungsaufbau- und Erhalt in einer entsprechenden Konfliktsituation sein kann? Kann der Beziehungsaufbau Schaden vermeiden?“

Methodischer Vorschlag: Einstieg Exempel/ Diskussion zur Perspektiveneinnahme Betroffener und Angehöriger/ Lektürearbeit zu Benner (2012: 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**). **Achtung:** vgl. auch Modul „Rollenambiguität und Rollenidentität: Leitung werden“

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... können als Leitungsperson die Bedürfnisse und Bedarfe von Patient*innen und deren Angehörigen vorrausschauend berücksichtigen und im Versorgungsteam einbringen
- ... reflektieren eigene Gefühle und Abwehrmechanismen im Kontext von Projektionen und Erfahrungen können sich ihre Gefühle und Abwehrmechanismen in immer neuen Versorgungssituationen bewusstmachen und hierfür Verantwortung im Versorgungsteam übernehmen
- können Konfliktgespräche mit Mitarbeiter*innen und Angehörigen führen
- ... sind sich bewusst, dass sie als Leitungsperson zwischen Mitarbeitenden und Angehörigen stehen können und sind in der Lage, Konflikte zu moderieren
- ... verfügen über ein integriertes berufliches und pflegetheoretisches Wissen im Tätigkeitsfeld der Pflege und können dies für die Tätigkeiten ihrer Mitarbeiter*innen bewerten
- ... verfügen über ein tiefes Wissen zum Konzept der Angst von Hildegard Peplau und können dies für die Situation von Angehörigen und Patient*innen/Bewohner*innen bewerten
- ... bewerten berufliche Aufgaben und Schnittstellen im Behandlungsprozess und können diese für ihr eigenes Handeln einordnen, übernehmen Verantwortung für das Behandlungsteam, erkennen die Grenzen und Widersprüche in der Fachpraxis
- ... verfügen über ein tiefes Wissen zu straf- und haftungsrechtlichen Fragestellungen im Kontext von Beschwerden und Missständen in der Institution
- können die Rolle der Pflege im öffentlichen Bild reflektieren und ihr Handeln als Leitung entsprechend einer besseren öffentlichen Darstellung ausrichten.

Leistungsüberprüfung: K/R/M
Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):
- Ggf. Fallerhebung in der Praxis nach Arbeitsverbundenem Lernen.
Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:
- Literaturstudium - Fallreflexion mithilfe der vorgeschlagenen Lektüre, Fallaufbereitung in der Praxis ggf. als Prüfungsleistung - Prüfungsvorbereitung
Literaturempfehlungen:
• Bartholomeyczik, S. (2010): Professionelle Pflege heute. Einige Thesen. In: Kreutzer, S.; Remmers, H. (Hrsg.) (2010): Transformation pflegerischen Handelns: Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert. Osnabrück: V & R Unipress, S. 134–155. • 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. 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. • Grundgesetz (GG) • Kirchner, H. (2002). Beschwerdemanagement im Pflgeteam. Fallbeispiele und Trainingsprogramme für die Praxis (1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer 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.
- Podcast „Team Wallraff“ enthüllt würdelose Zustände (<https://www.n-tv.de/mediathek/videos/panorama/Team-Wallraff-enthueilt-wuerdelose-Zustaende-article12772181.html>, 30.03.20)
- Sills, G. M. & Beeber, L. S. (1995). Hildegard Peplaus interpersonale Pflegekonzepte. In M. Mischo-Kelling & K. Wittneben (Hrsg.). Pflegebildung und Pflege-theorien. (S. 37-49). München: Verlag Urban & Schwarzenberg.
- Stauss, B. & Seidel, W. (2014). Beschwerdemanagement (5., vollständig überarbeitete Auflage). München: Hanser.
- Uhl, Bernhard (2014): Psychische Abwehrmechanismen. In: Uhl, B. (2014) (Hrsg.): Palliativmedizin in der Gynäkologie. Stuttgart: Thieme 36ff.
- Und aktuelle Rechssätze und Gesetzbücher.

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

2.4 Modul „Perspektivenwechsel zur Leitung: Sicherheit und Qualität in der Institution“

Modultitel/Modulkennung: 02PWSFL 01 „Perspektivenwechsel als Leitung: Sicherheit und Qualität in der Institution“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: Perspektivenwechsel zur Leitung: Ansprechpartner für Pflegeempfänger und Angehörige Rollenambiguität und Rollenidentität: Leitung werden (Fachspezifisches Modul) Perspektivenwechsel zur Leitung: Versorgungsstrukturen gestalten (Fachspezifisches Modul)			
Workload: 60 Std davon 40 Std. Kontaktstunden, 20 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
Reflexionskategorien: 2.II Selbstbestimmung und Fremdbestimmung 3.II Humanisierung und Sozialtechnologie 3.III Rentabilitätsanspruch (Marktliberalität) und soziale Gerechtigkeit Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Wenn das System zu Fehlern führt Fehler bestafen oder daraus lernen? Rollenambiguität zwischen Leitlinien und Qualität Privatisierung und Rentabilität in der der Einrichtung: Zertifizierungen und Personaleinsatz Inhalte: Patientensicherheit, CIRS, Risikomanagement, Fehlermanagement, Lernende Organisation, Critical Incident Reporting System, Haftungsrecht, Zertifizierung und Qualitätsprüfung in der Einrichtung, Organe: MDK und Begutachtung (NBA), G-BA, AWMF-Leitlinien, Entwicklung von Expertenstandards, DNQP, Audits, Leistungserfassung in der Pflege: LEP			
Eröffnung der Handlungssituation/Exempel: <i>Eine Pflegende</i> <i>„Auch wieder in der Langzeitpflege, die Patientin hat Parkinson und ist darauf angewiesen, dass sie ihre Medikamente pünktlich zu den verordneten Zeiten bekommt, 8 Uhr, 10 Uhr, zwischen-drinne noch, also manche Medikamente werden da dann zweistündlich gegeben und dann zwischen-drin müssen dann auch nochmal welche um 15 Uhr und um 22 Uhr gegeben werden. Und</i>			

es lag auch ein Medikament im Kühlschrank, eine i.m.-Spritze, die gegeben werden muss, wenn sie in so ein, ach, ich weiß jetzt gerade gar nicht, wie das heißt, wenn man in so einem Parkinson-Schockzustand, so nenne ich es jetzt mal, wo sie eben halt nicht mehr rauskommen kann, ne, also aus diesem Schütteln, und dann hätte ihr das auch gespritzt werden dürfen. Also erstmal hat die Patientin die Medikamente nie um die Uhrzeit bekommen und sie war darauf angewiesen, dass man ihr die bringt, weil ihr Krankheitsbild auch schon sehr stark [...] ausgeprägt, sie hatte auch nicht die Möglichkeit, selbst runterzukommen. Sie ist halt dann in diese Starre gefallen, konnte sich dann eben halt gar nicht mehr bewegen, und ja. Und das ist eben halt auch lebensbedrohlich dann irgendwann. Und dieses Medikament wurde auch nie gespritzt, ne. Die Kollegen suchen den Fehler nicht bei sich, sondern sagen: "Naja, wenn ich hier alleine zuständig bin, dann kann ich da auch nichts für, irgendwann bleibt mal was liegen, du weißt ja selber, wie der Hase läuft, und wie soll man das machen? Das ist alles gar nicht zu schaffen. Seitens der Heimleitung werden keine Konsequenzen gezogen: "Ach naja, dann hat sie da halt mal eine halbe Stunde später bekommen. Als die Bewohnerin gestorben ist, heißt es allgemein: "Ja, ja, sie hat sich jetzt ja auch nur noch gequält."

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.*

Selbstbestimmung und Fremdbestimmung

Ein personenbezogener Ansatz impliziert, dass Mitarbeitende, welche durch ihr Handeln die Sicherheit von Patient*innen gefährden, bestraft werden (Reason, 2000, S. 393). Im Gegensatz dazu beruht der Systemansatz auf der Annahme, dass latente Bedingungen in der Organisation

und in der Ausgestaltung des Arbeitsplatzes dazu führen, dass andere Personen ähnlich unsicher gehandelt hätten (Reason, 2000, S. 393f.). Der Systemansatz macht deutlich, dass eine Gefährdung der Patientensicherheit das Ergebnis des Versagens auf verschiedenen Stufen des Versorgungssystems ist (Reason et al., 2006, S. 16). Inwiefern handeln die Personen trotz latenter Bedingungen *selbstbestimmt*? Sind es die Arbeitsbedingungen, die fremdbestimmen und und dazu führen, dass Fehler toleriert werden? Personen in der mittleren Führungsebene finden sich in einer „Sandwichposition“ wieder. Sie tragen Verantwortung für ihre Mitarbeitenden. Dazu gehört auch, dass von ihnen erwartet wird, dass sie bei Fehlverhalten eingreifen und dieses nicht tolerieren. Gleichzeitig müssen sie Entscheidungen von ihnen übergestellten Leitungspersonen gegenüber Mitarbeitenden mittragen (*Fremdbestimmung*). Problematisch ist dies insbesondere, wenn das Verhalten der übergeordneten Leitungsperson den eigenen Wertvorstellungen widerspricht.

Methodischer Vorschlag: Lehrervortrag zum CIRS. Anwendung von Analyseinstrumenten (z.B. London-Protokoll) auf Beispielfälle. **Gruppenarbeit:** Recherche von kritischen Ereignissen auf www.cirsmedical.de, ggf. **Planspiel** zu CIRS. Vorstellung und Diskussion von Verbesserungsmaßnahmen.

Lehrervortrag zu haftungsrechtlichen Fragen der Gesundheitsinstitutionen. Ggf. Fallszenarien bearbeiten.

Sozialtechnologisch sind in den letzten Jahren Instrumente und Maßnahmen entwickelt worden, um Patient*innensicherheit zu fördern. Gleichsam scheint es zynisch, wenn Instrumente um ihrer selbst oder um der Außendarstellung wegen zum Einsatz kommen und nicht in erster Linie auf einen *humaneren* Umgang mit Patient*innen und Bewohner*innen abzielen. Die Qualität der Pflege wird durch interne und externe Maßnahmen sichergestellt und überprüft. So soll beispielsweise mittels Expertenstandards eine hohe Qualität realisiert werden. Fachkräfte für Leitungsaufgaben in der Pflege verantworten die Umsetzung in ihrem Team. Überprüfungen durch den MDK sowie Vergleiche anhand von Indikatoren sind der externen Qualitätssicherung zuzuordnen. Die Anwendung von Instrumenten der Qualitätssicherung (sozialtechnologische Instrumente) darf nicht zum Selbstzweck werden. Der Auftrag besteht in der *humanen Pflege* und nicht in der Anwendung der Instrumente oder der Erfüllung von Kriterien.

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: MDK und Begutachtung nach dem NBA. Workshop: „Wie arbeite ich mit dem NBA? Wie kann ich Gutachten des MDK überprüfen?“ (später Praxisauftrag)./ **Lehrervortrag:** Instrumente und Methoden der internen und externen Qualitätssicherung.

Die Sicht der Institution

In der *gesundheitspolitisch-ökonomischen Perspektive* zeigt sich die Problematik, dass die Qualität der Patient*innenversorgung/Bewohner*innenversorgung de facto heute meist von Zertifizierungen und Qualitätssiegeln abhängig ist. Sofern Zertifikate für die Außendarstellung oder *Rentabilität* einer Klinik o der Langzeiteinrichtung 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 einer qualitativ hochwertigen Patient*innenversorgung.

Methodischer Vorschlag: Lehrervortrag Zertifizierungen von Einrichtungen und Versorgungseinheiten, Rolle von Gremien und Fachgesellschaften (u.a G-BA) Diskussion der Wirkweisen und Auswirkungen für eine Pflegeeinheit: „Welche Vorgaben haben welche Wirkweisen in der Fachpflegepraxis? Welche Gremien machen Qualitätsvorgaben für ihre Praxisstellen?“ **Rechercheauftrag**, Zusammenfassung in der Gruppe, **Sicherung** der Ergebnisse.

Lehrervortrag: AWMF-Leitlinien: Übersicht, „Wie werden Leitlinien entwickelt? Wie kann man die Güte der Leitlinien beurteilen?“/**Diskussion** zur Wirkweise von Leitlinien/ Entsprechend ihrer praktischen Handlungsfelder sollen die Teilnehmer*innen eine ausgewählte Leitlinie vertiefen (ggf. Prüfungsleistung).

Lehrervortrag: Grundsätzliches zur Entwicklung von Expertenstandards: Qualität in der Pflege/**Workshop** zu den methodischen Schritten der Implementierung und der Auditierung. „Was bedeutet das für die Handlungsebene?“/**Diskussion** zur Wirkweise von Expertenstandards/Entsprechend ihrer praktischen Handlungsfelder sollen die Teilnehmer*innen einen ausgewählten Expertenstandard (Schmerz, Ernährung, Mundgesundheit etc.) vertiefen (ggf. Prüfungsleistung). **Lehrervortrag:** Audit zum Expertenstandard. Workshop: „Wie kann ich das Audit auf meine Einrichtung übertragen“ (ggf. Prüfungsleistung).

Rentabilität und soziale Gerechtigkeit

Studien zeigen einen Zusammenhang zwischen der pflegerischen Personalausstattung sowie der Mortalität von Patienten auf (Aiken et al., 2014/ Griffiths et al., 2014). Auch in Bezug auf Stürze wurde ein Zusammenhang zur Personalausstattung festgestellt (Griffiths et al., 2014). Die Personalausstattung ist ein Kostenfaktor für die Einrichtungen und hat somit Einfluss auf die Rentabilität. In der stationären Altenpflege bilden Pflegeschüssel das Verhältnis von Pflegekräften zu pflegebedürftigen Bewohner*innen ab. Bundeslandesspezifische Rahmenverträge beinhalten Richtwerte. Ein Instrument zur einheitlichen Personalbemessung, welches den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff berücksichtigt, wurde von einem Team der Universität Bremen erarbeitet, bedarf vor der flächendeckenden Umsetzung jedoch der Erprobung. In der stationären klinischen Versorgung sind für pflegesensitive Bereichen gesetzliche Personaluntergrenzen festgelegt. Diese haben jedoch emergente Wirkungen.

Lehrervortrag: Instrumente zur Leistungserfassung in der Pflege: LEP. **Diskussion** des Ansatzes LEP für die Praxiseinrichtungen zur Darstellung von pflegerischen Leistungen. „Was ist mir als Leitung mit LEP möglich?“

Lektürearbeit: Rothgang-Gutachten lesen und diskutieren. Personaluntergrenzen diskutieren.

*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 als Leitungspersonen 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 Institution 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 verstehen die Arbeitsweise bei einem Audit und probieren sich daran aus
- ... sie verfügen über ein tiefes Fachwissen zur Zertifizierung ihrer Versorgungseinheiten der Institution und können die Auswirkungen bewerten
- ... reflektieren das eigene berufliche Selbstverständnis sowie der Haltung und Rolle als Leitung 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 pfleg-
eberuflicher Identitätsbildung zukünftiger Weiterbildungsteilnehmer*innen.
- ... sie nutzen Expertenstandards zur Stärkung des beruflichen Selbstverständnisses der zukünftigen Weiterbildungsteilnehmer*innen in ihrer Einrichtung
- 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 in ihrer Einrichtung.
- Sie können Critical Incident Reporting Systeme zur Meldung von Zwischenfällen nutzen.
- ... setzen sich mit dem Ansatz zur Leistungserfassung in der Pflege (LEP) auseinander und bewerten dessen Einsatz für ihre Einrichtung.

Leistungsüberprüfung: K/R/M/PR

- Vertiefung einer AWMF-Leitlinie, alternativ Expertenstandard in der Pflege/Audit (DNQP) oder CIRS-Zyklus oder Begutachtung eines Falls in der Praxis mit dem NBA.

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

Eine Meldung in CIRS schreiben

An einer M & M-Konferenz teilnehmen

Im Qualitäts- und Risikomanagement hospitieren

Ein Audit planen

Fallerhebung zur Begutachtung nach dem NBA

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: Prölß, J; Lux, V.; Bechtel, P. (Hg.): Pflegemanagement. Strategien, Konzepte, Methoden. Berlin: MWV, 403-404
- Euteneier, A. (Hrsg.). (2015). Handbuch Klinisches Risikomanagement. Grundlagen, Konzepte, Lösungen, medizinisch, ökonomisch, juristisch. Berlin: Springer Verlag
- Gausmann, P., Henninger, M. & Koppenberg, J. (Hrsg.). (2015). Patientensicherheitsmanagement. Berlin: de Gruyter.
- Hannawa, A. F. & Postel, S. (Hrsg.). (2018). SACCIA - sichere Kommunikation. Fünf Kernkompetenzen mit Fallbeispielen aus der pflegerischen Praxis. Berlin: de Gruyter.
- Hensen, P. (2016). Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Grundlagen für Studium und Praxis (Lehrbuch). Wiesbaden: Springer Gabler.
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-07745-7>
- Isfort, M.; Brühl, A. (2008): Leistungserfassung und Leistungsentscheidung. Kennzahlen im Blickfeld angewandter Forschung (Teil 2). In: Pflege Zeitschrift, Jg. 61, H. 1, S. 28-31.
- Isfort, M.; Brühl, A. (2007): Leistungserfassung und Leistungsentscheidung. Kennzahlen im Blickfeld angewandter Forschung (Teil 1). In: Pflege Zeitschrift, Jg. 60, H. 12, S. 671-675
- 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
- LEP AG: <https://www.lep.ch/de/leistungsklassifikation.html> (22.08.21)
- Löber, N. (2017). Patientensicherheit im Krankenhaus. Effektives klinisches Qualitäts- und Risikomanagement. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Deutsches Pflegenetzwerk: <https://pflegenetzwerk-deutschland.de/schwerpunkte/arbeitsbedingungen/das-personalbemessungsverfahren-nach-prof-rothgang> (20.04.23)
- 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
- Aktuelle Rechtssätze und Gesetzbücher.

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

2.5 Modul „Perspektivenwechsel zur Leitung: Versorgungsstrukturen gestalten“

Modultitel/Modulkennung 03PWVFL01 „Perspektivenwechsel zur Leitung: Versorgungsstrukturen gestalten“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Praxismodul 03FPFL 01 Fachspezifische Pflege gestalten</i> <i>Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“ (Basismodul)</i> <i>Perspektivenwechsel zur Leitung: Ansprechpartner für Pflegeempfänger und Angehörige (Fachspezifisches Modul)</i> <i>Perspektivenwechsel zur Leitung: Sicherheit und Qualität in der Institution (Fachspezifisches Modul)</i> <i>Personalentwicklung: Bildung und Bindung (Fachspezifisches Modul)</i>			
Workload: 90 Std davon 60 Std. Kontaktstunden, 30 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitsspolitisch ökonomische Perspektive</i>
Reflexionskategorien: 3.I Individuum und Organisation 3.II Humanisierung und Sozialtechnologie 2.I Beziehung und Methode Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Phasen der Krankheitsverarbeitung in Krankheitsverläufen Kunde König! Perspektiven der Pflegebedürftigen, der Kunden Pflegerisch-professionelles Selbstverständnis als Anwältin/Anwalt in der Gestaltung von Fallverläufen Pflegerische Beratung zu Ansprüchen aus der Pflegekasse Inhalte: Subjektperspektive, „Kunde König!“, Marketing, Falltheorie, Case-Management (u.a. Advocacy), Patientenpfade, Krankheitsverlaufskurve (Corbin & Strauss), Aufbau- und Ablauforganisation,			

Verrichtungsorientierung nach Wittneben, Ablauforientierung nach Busch, Konzepte der sektorenübergreifenden Versorgung, Pflegesysteme, Versorgungsstrukturen: Primary Nursing, Dienstplangestaltung, Anbietermarkt, Nachfragermarkt, Fallarbeit in der Fachpraxis im (03FPFL 01 Fachspezifische Pflege gestalten, vgl. auch Praxismodul Pflegeprozessmethode im Handlungsfeld) Fallerhebung und Reflexion der Pflegeberatung.

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Pflegende

„Also ich glaube jetzt, da man sich in einer Zeit befindet, wo es weniger Anbieter gibt, als man eigentlich bräuchte, um die Versorgung sicherzustellen, fällt die Kommunikation so auch mit zukünftigen Kunden oder mit bereits vorhandenen Kunden ein bisschen leichter.“ Also grundsätzlich ist es aber so, dass es vereinzelt aber schon auch dann Angehörige oder auch Bewohner gibt, die halt direkt mit Presse drohen, ne? Und das ist dann schon auch ein sensibles Thema, wenn man das Gefühl hat, dass das halt sofort etwas ist, mit dem gedroht wird und was auch tatsächlich dann auch eine massive Konsequenz hat, wenn der Bewohner es tatsächlich auch macht, (...)“

„(...) Dienstpläne, solche Geschichten. Und natürlich die höheren Ebenen, die dann vielleicht auch mal PDL-, SGB11-Bereich oder so, da tätig sind, die dann vielleicht auch mit Akquise und Kundengewinnung zu tun haben. Also es ist, glaube ich, vielfältig, kommt auch auf den Arbeitsbereich an, (...)“

„Ich glaube aber, dass das gerade im Krankenhausbereich auch ein strukturelles Problem ist, dass der ärztliche Bereich natürlich auch daran gemessen wird, der Chefarzt, an der Ordnung und an seiner Patientenakquise und seiner Organisation. So. Der Chefarzt nebenan wird auch wiederum an seiner Klinik gemessen (...)“

„Ja, Beratung, Ernährungsberatung vielleicht. Ja gut, aber das ist ja auch ein Feld der Pflege, Beratung, ne? Das ist ja auch erst in den letzten Jahren größer geworden. Es ist ja nicht so, dass es kleiner wird, sondern viel, viel größer, dass wir auch eben zu jedem Thema irgendwie beraten können. Ich finde das auch ganz schön schwierig. Und sollte man auf einmal ad hoc können, finde ich, so habe ich es erlebt. Also ad hoc sollte ich denn auch beraten können zu sämtlichen Situationen und das habe ich ja so in der Ausbildung auch nicht gelernt.“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Individuum und Organisation

Im Modul „Perspektivenwechsel zur Leitung: Versorgungsstrukturen gestalten“ geht es in der *Perspektive des Individuums* darum, dass das Erleben auf in einem Krankenhaus, einer Pflegeeinrichtung und auch in der ambulanten Pflege durch wechselvolle Verlaufsphasen charakterisiert ist. In der Betroffenheit durch eine Diagnose erleben Patient*innen zum Beispiel *leibliche* Entfremdung und Ohnmachtsgefühle, wie Angst, Wut, Schmerz und ggf. einen gestörten Tag-Nacht-

Rhythmus. Im Beziehungsaufbau der Pflege erspürt der*die Pflegende, 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 Pflegende 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 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:** „Beschreiben sie, ob und wie das Modell ihnen dazu verhilft, sich in die Pflegeempfängerin einzudenken? Wie nehmen Pflegeempfänger ihre Organisation wahr? Wie könnten sich die Ansprüche der Pflegeempfängerin, vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Phasen, an ihre Einrichtung verändern?“

Immer mehr werden Einrichtungen im Gesundheitswesen zum Dienstleistungsbetrieb, für den sich Patient*innen und Bewohner*innen entscheiden können. „Kunde König“ ist die Devise! Mittlerweile hat sich der Begriff gerade in der ambulanten Pflege etabliert, da Betroffene die freie Wahl auf dem Markt haben. Aufgabe einer Leitung ist es, die Kundensouveränität zu berücksichtigen, um Kunden zu halten und zu binden. Diese Sichtweise steht oft im Widerspruch zu den funktionalen Prozessen in der Institution, die von den Kunden selbst oft als widersprüchlich und störend erlebt werden und zu Verärgerung führen. Wie wirkt sich ein Anbietermarkt (weniger Angebot als Nachfrage) auf das Kundenmanagement aus? Auf einem Anbietermarkt spielt die Gewinnung von Kunden eine untergeordnete Rolle, da die Nachfrage größer ist als das Angebot, wie wir es beispielsweise derzeit im Bereich der ambulanten Pflege erleben. Auf einem Nachfragermarkt kommt der Gewinnung und dem Management von Kunden eine hohe Bedeutung zu.

Methodischer Vorschlag: **Lehrervortrag** zur Aufbau- und Ablauforganisation einer Organisation, Begriffsklärungen Anbietermarkt, Nachfragermarkt im Management.

Lehrervortrag: Marketing für die Gesundheitseinrichtung (u. a. Arnold, Oswald 2017). **Workshop:** „Wie könnte die Pflegeprozessplanung als Steuerungsinstrument sinnvoll in der Ablauforganisation gedacht werden?“. „Wie müsste die Pflegeprozessplanung gestaltet werden, um die Kundenzufriedenheit zu erhöhen?“

Um die Perspektive für Abläufe in Institutionen weiter zu schärfen, ist es bedeutsam, die Perspektive der Kunden einzunehmen.

Methodischer Vorschlag: *Lehrervortrag Begriffsklärungen* 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 eigenen Organisationen: „Wie beurteilen sie die Ablauforganisationen in den Exempeln?“

In der konzeptionellen Weiterentwicklung einer patient*innenorientierten Pflege könnte zum Beispiel das Konzept des Primary Nursing für die Gestaltung von Ablaufprozessen in der Einrichtung bewertet werden.

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

Lehrervortrag: Dienstplangestaltung: Mindeststandards und wirtschaftliche Personalplanung./ **Arbeitsgruppen:** (Planspiel) „Erstellen sie einen Dienstplan nach dem Pflegesystem Primary Nursing!“/ Gruppendiskussion: „Bewerten sie eine Personalplanung nach dem Pflegesystem PN! Bewerten sie eine Dienstplangestaltung nach der Funktionspflege“

Aus der Perspektive der Interaktion

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

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

Aus der Perspektive des Individuums erwarten die Pflegeempfänger*innen ein gewisses Maß an Beziehungsarbeit durch die Pflegenden. Gleichzeitig erhoffen sie sich Fachlichkeit von den Pflegenden, die auf ihre individuelle Pflegesituation ausgerichtet ist. Optimalerweise wird die Zusammenarbeit durch *Empathie* und Fachlichkeit getragen. *Methodisch* setzen die Pflegenden

hier oft am individuellen Beratungsbedarf der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen an. Erschreckenderweise ist festzustellen, dass Pflegebedürftige und Angehörige oft nicht wissen, welche Ansprüche sie an das Sozialsystem stellen dürfen. Viele Leistungen aus dem Pflegeversicherungssystem bleiben unberücksichtigt, da den Betroffenen das Wissen dazu fehlt.

Methodischer Vorschlag: Lehrervortrag zur Pflegeversicherung und den Regelungen in den Sozialgesetzbüchern, die Ansprüche ableiten lassen. Antragstellung, Verhinderungspflege, Hilfsmittel etc./ Diskussion: „Wie verstehen Pflegende ihre Aufgabe zur Pflegeberatung?“, „Woran liegt es, dass Pflegebedürftige und ihre Angehörigen so wenig über ihre Ansprüche an das Sozialleistungssystem wissen? Wo und wie müsste professionelle Pflegeberatung ansetzen?“

Zusammenfassung des Moduls

Methodischer Vorschlag: Ausblick auf Praxismodul 03FPFL 01 „Fachspezifische Pflege gestalten“: Pflegeberatung in der Praxis durchführen (Antragstellung)

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
- ... nehmen einen Perspektivenwechsel von der Patientin/Bewohnerin zur Kundin vor
- Bewerten die Verbindung und Brüche zwischen einer Subjektperspektive und den Ablauforganisationen ihrer Einrichtungen
- ... erwerben eine Breite an Wissen zum Marketing, bewerten dies für ihr Praxisfeld
- ... erwerben die Fertigkeit, eine fachgerechte Beratung zu den Ansprüchen aus der Pflegeversicherung durchzuführen und setzen die Beratung im Praxisfeld um
- ... 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
- ... erproben sich an der Dienstplangestaltung und können das Ergebnis gegenüber Vertreter*innen der Fachpraxis begründen und argumentativ vertreten
- ... nehmen eine kritische Haltung ein und übernehmen Verantwortung dafür, mit der Pflegeprozessmethode für einen sicheren Versorgungsverlauf der Patient*innen und Bewohner*innen im Fachgebiet ihrer Einrichtung zu sorgen.

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

Moduleistung Praxismodul 03FPFL 01 Fachspezifische Pflege gestalten (PBM/PBS/PMU)

- Fallerhebung mit Beratungsbedarf in der Praxis

- Reflexion auf Bedarfe aus dem Pflegeversicherungssystem
- Falldarstellung

Modulleistung 03PWVFL01 „Perspektivenwechsel zur Leitung: Versorgungsstrukturen gestalten“ (HA/R/PR/M)

- Fallerhebung aus Praxismodul überarbeiten
- Reflexion des Beratungsbedarfs
- Durchführen der Beratung
- Bewertung der Beratung für den Fall

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

- Siehe Praxismodul 03FPFL 01 Fachspezifische Pflege gestalten: Fallerhebung nach Arbeitsverbundenem Lernen.

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium (Corbin& Strauss), Erhebung Praxissituation zur Fallberatung, Erstellung Prüfungsleistung.

Literaturempfehlungen:

- Arnold, A., Oswald, J. (2017): Marketing. In: Oswald, J., Schmidt-Rettig, B., Eichhorn, S. (Hrsg.) (2017): Krankenhaus- Managementlehre. Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts. Stuttgart: Kohlhammer. S. 686-741
- Besche, A., Vieweg, K. (2022): Die Pflegversicherung. Textausgabe mit ausführlicher Einführung. Köln: Reguvis
- 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
- Manthey, M., Wessel, S., Mischo-Kelling, M. (Hrsg) (2023): Primary Nursing – Primäre Pflege. Ein personenbezogenes Pflegesystem. Bern: Hogrefe
- Müller, H. (2021): Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung in der Pflege. Grundlagen, Modelle, Methodik. Hannover: Schlütersche
- 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
- 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
- Aktuelle Rechtssätze, Sozialgesetzbücher

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

2.6 Modul „Fachspezifische Pflege gestalten“ (Praxismodul)

Modultitel/Modulkennung: 03FPFL 01 „Fachspezifische Pflege gestalten“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: Das Modul ist praxisbegleitend zum Modul 03PWVFL01 Perspektivenwechsel zur Leitung: Versorgungsstrukturen gestalten“ (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: 3.I Individuum und Organisation 3.II Humanisierung und Sozialtechnologie 2.I Beziehung und Methode Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Phasen der Krankheitsverarbeitung in Krankheitsverläufen Kunde König! Perspektiven der Pflegebedürftigen, der Kunden Pflegerisch-professionelles Selbstverständnis als Anwältin/Anwalt in der Gestaltung von Fallverläufen Pflegerische Beratung zu Ansprüchen aus der Pflegekasse Inhalte: Subjektperspektive, „Kunde König!“, Marketing, Falltheorie, Case-Management (u.a. Advocacy), Patientenpfade, Krankheitsverlaufskurve (Corbin & Strauss), Aufbau- und Ablauforganisation, Verrichtungsorientierung nach Wittneben, Ablauforientierung nach Busch, Konzepte der sektorenübergreifenden Versorgung, Pflegesysteme, Versorgungsstrukturen: Primary Nursing, Dienstplangestaltung, Anbietermarkt, Nachfragermarkt, Fallarbeit in der Fachpraxis im (03FPFL 01			

Fachspezifische Pflege gestalten, vgl. auch Praxismodul Pflegeprozessmethode im Handlungsfeld) Fallerhebung und Reflexion der Pflegeberatung.

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Pflgende

„Also ich glaube jetzt, da man sich in einer Zeit befindet, wo es weniger Anbieter gibt, als man eigentlich bräuchte, um die Versorgung sicherzustellen, fällt die Kommunikation so auch mit zukünftigen Kunden oder mit bereits vorhandenen Kunden ein bisschen leichter.“ Also grundsätzlich ist es aber so, dass es vereinzelt aber schon auch dann Angehörige oder auch Bewohner gibt, die halt direkt mit Presse drohen, ne? Und das ist dann schon auch ein sensibles Thema, wenn man das Gefühl hat, dass das halt sofort etwas ist, mit dem gedroht wird und was auch tatsächlich dann auch eine massive Konsequenz hat, wenn der Bewohner es tatsächlich auch macht, (...)“

„(...) Dienstpläne, solche Geschichten. Und natürlich die höheren Ebenen, die dann vielleicht auch mal PDL-, SGB11-Bereich oder so, da tätig sind, die dann vielleicht auch mit Akquise und Kundengewinnung zu tun haben. Also es ist, glaube ich, vielfältig, kommt auch auf den Arbeitsbereich an, (...)“

„Ich glaube aber, dass das gerade im Krankenhausbereich auch ein strukturelles Problem ist, dass der ärztliche Bereich natürlich auch daran gemessen wird, der Chefarzt, an der Ordnung und an seiner Patientenakquise und seiner Organisation. So. Der Chefarzt nebenan wird auch wiederum an seiner Klinik gemessen (...)“

„Ja, Beratung, Ernährungsberatung vielleicht. Ja gut, aber das ist ja auch ein Feld der Pflege, Beratung, ne? Das ist ja auch erst in den letzten Jahren größer geworden. Es ist ja nicht so, dass es kleiner wird, sondern viel, viel größer, dass wir auch eben zu jedem Thema irgendwie beraten können. Ich finde das auch ganz schön schwierig. Und sollte man auf einmal ad hoc können, finde ich, so habe ich es erlebt. Also ad hoc sollte ich denn auch beraten können zu sämtlichen Situationen und das habe ich ja so in der Ausbildung auch nicht gelernt.“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Siehe Modulbeschreibung 03PWVFL01 Perspektivenwechsel zur Leitung: Versorgungsstrukturen gestalten“

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
- ... nehmen einen Perspektivenwechsel von der Patientin/Bewohnerin zur Kundin vor
- Bewerten die Verbindung und Brüche zwischen einer Subjektperspektive und den Ablauforganisationen ihrer Einrichtungen
- ... erwerben eine Breite an Wissen zum Marketing, bewerten dies für ihr Praxisfeld
- ... erwerben die Fertigkeit, eine fachgerechte Beratung zu den Ansprüchen aus der Pflegeversicherung durchzuführen und setzen die Beratung im Praxisfeld um
- ... 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
- ... erproben sich an der Dienstplangestaltung und können das Ergebnis gegenüber Vertreter*innen der Fachpraxis begründen und argumentativ vertreten
- ... nehmen eine kritische Haltung ein und übernehmen Verantwortung dafür, mit der Pflegeprozessmethode für einen sicheren Versorgungsverlauf der Patient*innen und Bewohner*innen im Fachgebiet ihrer Einrichtung 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 „Perspektivenwechsel zur Leitung: Versorgungsstrukturen gestalten“ im 3. Semester bearbeitet werden.

(Prüfungskombination der Module).

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

- *Fallerhebung mit Beratungsbedarf in der Praxis*
- *Reflexion auf Bedarfe aus dem Pflegeversicherungssystem*
- *Falldarstellung*

Modulleistung 03PWVFL01 „Perspektivenwechsel zur Leitung: Versorgungsstrukturen gestalten““ (HA/R/PR/M)

- *Fallerhebung aus Praxismodul überarbeiten*
- *Reflexion des Beratungsbedarfs*
- *Durchführen der Beratung*

Bewertung der Beratung für den Fall

oder:

*Modulleistung Praxismodul **03FPFL 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:

- Arnold, A., Oswald, J. (2017): Marketing. In: Oswald, J., Schmidt-Rettig, B., Eichhorn, S. (Hrsg.) (2017): Krankenhaus- Managementlehre. Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts. Stuttgart: Kohlhammer. S. 686-741
- Besche, A., Vieweg, K. (2022): Die Pflegversicherung. Textausgabe mit ausführlicher Einführung. Köln: Reguvis
- Bostelaar, R.; Pape, R. (2008): Case Management im Krankenhaus. Hannover: Schlüter-sche Verlagsgesellschaft
- Brinkmann, V. (Hrsg.) (2010): Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. 2. Aufl., Wiesbaden: Gabler
- Busch, J. (1996): "Was der Patient sagt...". Die Reflexion der Krankenpflege in Autobiographien von Patienten. Baunatal: BVS Gohl
- 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
- Manthey, M., Wessel, S., Mischo-Kelling, M. (Hrsg) (2023): Primary Nursing – Primäre Pflege. Ein personenbezogenes Pflegesystem. Bern: Hogrefe
- Müller, H. (2021): Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung in der Pflege. Grundlagen, Modelle, Methodik. Hannover: Schlütersche
- 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
- 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

Aktuelle Rechtssätze, Sozialgesetzbücher

- Literatur aus **03PDB01** „*Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln.*

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

2.7 Modul „Personalentwicklung: Bildung und Bindung“

Modultitel/Modulkennung: 02PEBBFL 01 „Personalentwicklung: Bildung und Bindung“			
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> <i>Grundlagen der Didaktik und Pflegepädagogik für die Identität in Praxisanleitung (Basismodul)</i> <i>Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln (Basismodul)</i> <i>Pflegebildung und Praxistransfer für die Identität in der Praxisanleitung (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: 3.II Tradition und Emanzipation 3.II Humanisierung und Sozialtechnologie 2.II Selbstbestimmung und Fremdbestimmung 1.I Leiderfahrung und Leibentfremdung 2.I Beziehung und Methode 3.II Humanisierung und Sozialtechnologie Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Emanzipation durch Selbstlernkompetenz? Management der Personalentwicklung Wissen ist Macht! Wissenschaftliche Evidenz im Widerspruch zur Lebenswelt der Pflegeempfänger*in Personalbeschaffung: Wenn Migranten in Deutschland pflegen können sollen Inhalte:			

(Weiter-) Bildung, Fortbildung, Personalentwicklung und Personalaufbau

Mitarbeitermotivation, Führungsstile, Managementansätze, „Human Resources- Ansatz“, Personal als Leistungsfaktor, Mitarbeiter als Vermögensanlage und strategische Gestaltungsfelder, Personalmanagement im Bereich Personalentwicklung und Qualifikation,

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

Mitarbeiter finden und integrieren und dauerhaft binden

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Pflegender:

„(...) zum Beispiel, wenn man jetzt vielleicht nicht in einer Großstadt wohnt, auch einfach wenig Kontakt hat, dann hat man vielleicht in einem Heim keinen Wachkoma-Patienten und auf einmal kommt ein Wachkoma-Patient. Und auf einmal soll ich den pflegen können und auf einmal muss ich eine Trachealkanüle wechseln, obwohl ich das schon seit der Ausbildung nicht mehr gemacht habe.“

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.“

„(...) 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 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?“

„Man muss auch diese Mitarbeiter dort abholen können, wo sie sind. In der Regel sind sie halt so weit, dass sie gebrochen deutsch sprechen können und ein gutes Herz haben. So, da müsste man halt auch erst mal was draus machen. So, also wie führe ich diese Menschen heran, ja? Wie gehe ich auf die zu? Womit muss ich rechnen, wenn der Mensch aus welcher Kultur auch immer, stammt? Und wie vermittele ich das im Team? Wie schaffe ich dafür auch Akzeptanz im Team? Und wie schaffe ich auch vor allem auch Akzeptanz bei den Klienten so? Und dass ist etwas, das habe ich tatsächlich auch in meiner beruflichen Tätigkeit zuletzt kennengelernt.“

„Ich habe mich zum Beispiel gerade mit Teamlernen so beschäftigt. Das ist immer, finde ich, so ein Punkt, den sind sich die Führungskräfte oft gar nicht bewusst: "Was kann ich intern regeln?" Also ich habe da eine Problematik, und ich habe Kompetenzen im Bereich, ich kann mir vielleicht auch noch jemanden dazu holen Ich muss ihnen nicht immer sagen: "Ja, wir brauchen jemanden in Bildungsmaßnahme, und ich schicke die irgendwo hin." Und dann wird auch wieder nichts umgesetzt so richtig, weil der Theorie-Praxis-Transfer nicht klappt.“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Aus der Perspektive der Institution

Für die Professionalisierung der Pflege ist ein Wille zum Lernen und zur Veränderung Voraussetzung. Damit Pflege- und Leitungshandeln auf Basis aktueller Erkenntnisse erfolgen kann, ist eine Bereitschaft zum lebenslangen Lernen erforderlich. Wie sich im Exempel darstellt, gesteht sich der Mitarbeiter ein, mit neuen Anforderungen ggf. überfordert zu sein. Doch ist es überhaupt möglich, angehende Mitarbeiter*innen innerhalb von drei Jahren auf alle Anforderungen im Pflegeberuf vorbereiten zu können? Eine didaktische Antwort darauf wäre, dass der tradierte „Nürnberger Trichter“, nach dessen Prinzip man möglichst viel „Lernstoff“ in einer vorgegebenen Zeit aufnimmt, längst überholt ist. So gesehen ist Mitarbeiter*innen immer wieder zu vermitteln, dass es nur natürlich ist, immer wieder an die Grenzen des eigenen Wissens zu stoßen. Durch Selbstlernkompetenzen kann sich die Pflege von *tradierten* Mustern *emanzipieren* und echte Veränderungen werden möglich. Aufgabe der Leitenden wird es demnach zukünftig sein, den Gedanken des lebenslangen Lernens in die Personalentwicklung aufzunehmen.

Methodischer Vorschlag: Lehrervortrag zum lebenslangen Lernen, berufliche Mobilität in Europa/ **Gruppendiskussion:** „Wie kann man den Gedanken des lebenslangen Lernens an Mitarbeiter*innen vermitteln?“, „Was sind hemmende Faktoren, die Mitarbeiter*innen vor Fortbildungen zurückschrecken lassen? Was sind fördernde Faktoren, die ich als Leitung einsetzen kann?“ **Sammlung der Ergebnisse:** Plakat, Flip-Chart

Lehrervortrag zu Ansätzen der Mitarbeitermotivation./Lehrervortrag zum „Human Resources-Ansatz“ (Personal als Leistungsfaktor, Mitarbeiter als Vermögensanlage und strategische Gestaltungsfelder) Mitarbeiter als Vermögensanlage und strategische Gestaltungsfelder, Personalmanagement im Bereich Personalentwicklung und Qualifikation (u.a. Engelke/ Oswald 2017: 640ff.).

Neben einer Bereitschaft zum lebenslangen Lernen auf Seiten der Pflegenden, stellt sich die Frage nach der Verantwortung der arbeitgebenden Institution. Es gibt eine Vielzahl von Anbietern für Fort- und Weiterbildung. Außerdem werden in Einrichtungen eigene Fort- und Weiterbildungen durchgeführt, die mit den Themen des Managements verbunden werden sollten. Einige Fort- und Weiterbildungen in der Pflege unterliegen rechtlichen Regelungen, so z.B. Pflichtfortbildungen, die Qualifikation zum Praxisanleiter/ zur Praxisanleiterin oder auch die Weiterbildung zur Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege. Inwiefern Leitungskräfte in der Pflege über Qualifizierungsmaßnahmen ihrer Mitarbeiter entscheiden können, ist in den Einrichtungen unterschiedlich geregelt.

Methodischer Vorschlag: Rechercheauftrag in Gruppen: „Welche Fort- und Weiterbildungen sind für welche Institutionen rechtlich verbindlich und müssen in welcher Form angeboten werden? Führen sie die entsprechenden Rechtssätze und Qualitätsvorgaben an, die sie als Leitung zukünftig bedenken und umsetzen müssen!“, „Wie sind diese Fort- und Weiterbildungen zu finanzieren?“, „Versetzen sie sich in die Position als Leitungsperson. Welche Fort- und Weiterbildungen fänden sie als Fachkraft und Leitung für ihre Institution wichtig? Aus welchen Gründen finden sie diese Fort- und Weiterbildungsthemen wichtig? Führen sie geeignete Literatur zur Argumentation heran!“ **Vorstellung** der Ergebnisse im Plenum.

Podcast: Transformationale Führung in der Pflege: <https://uebergabe.de/podcast/uq049/> (22.09.21): „Was ist transformationale Führung? Was hat der Führungsstil mit Mitarbeitermotivation zu tun?“/ **Gruppendiskussion.**

Lehrervortrag: Arbeitsrecht, Tarifrecht, Mutterschutzgesetz, Jugendschutzgesetz. Ggf. Fallszenarien in Kleingruppen bearbeiten.

Die Perspektive des Individuums

Aus der *leibgebundenen Perspektive* ergründet die Pflegende oft die Wünsche des Patienten, die aus seinen *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 Pflegendem und Pflegeempfänger*in grundlegend ist. Leitungen müssen nun wissen, dass wissenschaftliche Erkenntnisse im Widerspruch zu den Wünschen der Patient*inne stehen können. Vor diesem Hintergrund ist der nachstehende Ansatz von Behrens/Langer 2010 von Bedeutung. Zudem müssen Leitende selbst eine wissenschaftliche Kompetenz zum theoriegeleiteten Handeln haben, wenn sie diese von ihren Mitarbeiter*innen für ihre Einrichtung abfordern.

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?“/

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).

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 Pflege./ **Lektürearbeit:** Meyer/Köpke (2012). **Lehrervortrag** zu ausgewählten Pflegeinterventionen und deren Evidenzlage./ **Gruppendiskussion:** Bewertung des Themas für die Praxis. Gruppenarbeit: „Bei welchen Themen wäre es für meine Einrichtung grundsätzlich interessant, die Wirksamkeit von Maßnahmen (Evidenz) zu klären (z.B. Kostenfaktor?“/ **Vorstellung** der Ergebnisse im Plenum und Bewertung.

Humanisierung und Sozialtechnologie

Der Personalmangel lässt den Ruf nach neuen Pflegenden aus dem Ausland lauter werden. Ungeachtet aller Folgen der Arbeitsmigration und des Anwerbens stellt sich aktuell nicht mehr die Frage, ob unsere Gesellschaft auf Pflegende aus dem Ausland angewiesen ist. Die Marktlogik im Gesundheitswesen hat die Arbeitsmigration bereits längst zur Tatsache werden lassen, noch bevor geeignete Konzepte aus der Pflegewissenschaft dafür entwickelt wurden. Erfahrungsgemäß verlassen viele Pflegende aus dem Ausland den deutschen Arbeitsmarkt wieder, wie Berichte der Universitätskliniken zeigen. Umso dringlicher scheint es, dass sich zukünftige Leitungen mit einem *humanen* Gedanken der Arbeitsmigration widmen. Dies betrifft auch das Konzept des „Onboardings“

Methodischer Vorschlag: Thema Personalbeschaffung im Kontext der Personalentwicklung. Konzept „Onboarding“/ **Lektürearbeit** zu Konzepten und Berichten von Arbeitsmigration in Pflegeeinrichtungen (u.a. Maase 2021): „Welche Themen werden für eine gelingende Inklusion von Mitarbeiter*innen aus dem Ausland angeführt?“/ **Workshop:** Eckpunkteplan für ein Konzept zur Gewinnung von ausländischen Pflegenden.

<i>Zusammenfassung des Moduls</i>
Kompetenzen nach DQR Niveau 5: <u>Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit</u> 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. • ... 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. • ... 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. • ... verfügen über ein breites Wissen pflegersichen Fort- und Weiterbildungen und bewerten diese für ihre Institution • Sie setzen sich mit dem Anwerben und der Integration von ausländischen Pflegenden auseinander und bewerten dies für ihre Arbeit als Leitungsperson.
Leistungsüberprüfung: K/R/M/PR
Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen): <i>Themenerhebung in der Fachpraxis im Praxismodul 02BPB01 „Pflegeprozess im Handlungsfeld“ beachten (Praxisthemen aus der Fallerhebung auf Evidenz untersuchen).</i>
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
- Maase, A. (2021): Integration ausländischer Pflegefachkräfte. Zwei Dimensionen für eine erfolgreiche Inklusion. In: Klinik Management aktuell. Juli/ August 21. 26. Jhrg. Stuttgart: Thieme
- 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
- Übergabe, der Podcast: *Transformationale Führung in der Pflege*: <https://uebergabe.de/podcast/ug049/> (22.09.21)
- 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
- Aktuelle Rechtssätze und Gesetzbücher

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

2.8 Modul „Perspektivenwechsel zur Leitung: Wirtschaftlich agieren“

Modultitel/Modulkennung: 03PWWFL 01 „Perspektivenwechsel zur Leitung: Wirtschaftlich agieren“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: Perspektivenwechsel zur Leitung: Versorgungsstrukturen gestalten (Fachspezifisches Modul) Perspektivenwechsel zur Leitung: Sicherheit und Qualität in der Institution (Fachspezifisches Modul) Perspektivenwechsel zur Leitung: Ansprechpartner für Pflegeempfänger und Angehörige (Fachspezifisches Modul) Rollenambiguität und Rollenidentität: Leitung werden (Fachspezifisches Modul)			
Workload: 90 Std davon 60 Std. Kontaktstunden, 30 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
			
Reflexionskategorien:			
3.II Humanisierung und Sozialtechnologie			
3.III Rentabilität und soziale Gerechtigkeit			
Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion:			
Begrenzte Ressourcen in den Einrichtungen			
Finanzierung			
Inhalte:			
Leistungserfassung Pflege, Finanzierung ambulante Pflege, Langzeitpflege, Krankenhaus, Budget, Finanzierungsmodelle, Controlling, Kennzahlen, Planspiel zu betriebswirtschaftlichen Szenarien, DRG, AQiG: interprofessionelle Fallanalyse.			
Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:			
„Andererseits eben Wirtschaftlichkeit ganz im Vordergrund steht, und ich erlebe es auch gerade, dass der weiße Bereich immer weiter schrumpft, und der der Verwaltung und Budgetverantwortlichen immer mehr werden, und dann überlegen, wie es geht (...). Dass da andere Berufsgruppen / Ja, Budgetverantwortung, das wird dann den Führungskräften in der Pflege eher wieder abgesprochen. Und dann eher: "Ja, wir gucken mal auf die Ablauforganisation, irgendwelche Strukturen und vielleicht noch Personalentwicklung in einem kleinen Umfeld oder Umfang." Aber ansonsten geht das dann vielleicht an andere Berufsgruppen (...).“			

„Und das macht dann den zusätzlichen Spagat für eine Leitungskraft, dass sie das eine sieht, und mittlerweile bestenfalls auch eingebunden wird in das Gucken nach Zahlen und Controlling und so weiter. Da wird im besten Fall die Pflegekraft jetzt auch mit zu den Gesprächen genommen, wenn es dann um tägliche Kennzahlen geht, ne? Die Verwaltung orientiert sich an Kennzahlen, und da könnt ihr was mit erreichen. Wenn man das mit Beispielen / "Ach so." Und dann auf einmal, ich spreche nämlich deren Sprache, und dann kann ich auch in der Pflege etwas verändern.“

„Ich glaube, es sind auch so Kennzahlen, das ist natürlich auch so was, immer wichtig, zu wissen. Aber das ist dann auch im Entwicklungsbereich. Wie wird der Begriff gelebt? Gefühlt? Und da bin ich dann als Führungskraft natürlich auch wieder wirtschaftlich, werde ich herangezogen, wenn ich das Budget überreize, ne, das mir zur Verfügung steht. Ist zum Beispiel auch, finde ich, ganz wichtig in der Weiterbildung der Bereich BWL. Da haben ja viele Pflegefachkräfte oder auch Führungskräfte überhaupt gar keinen Bezug zu diesen Zahlen. Und im Krankenhaus, als ich da die große PDL-Weiterbildung gemacht habe, ist mir das mal so aufgegangen. Wenn die Gelder verteilt werden, die Pflege kriegt wirklich die/ Jetzt hat sich das geändert, aber die Pflege hat tatsächlich die Reste bekommen, weil die Führungskräfte überhaupt nicht argumentieren konnten und auch gar nicht verstanden haben, wie setzt sich das denn da zusammen? Der größte Anteil ist eben immer an die Ärzteschaft gegangen, ne?“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Perspektive der Interaktion

Fachkräfte für Leitungsaufgaben in der Pflege werden in ihrer alltäglichen Arbeit mit Kennzahlen konfrontiert (z.B. aus dem Personalmanagement). Sie müssen mit diesen Kennzahlen arbeiten, sie richtig interpretieren können und aufbauend auf diesen Kennzahlen Entscheidungen treffen. Controlling wird als *sozialtechnologisches* Instrument in Leitungspositionen immer wichtiger, um als Leitungsperson autark handeln zu können. Die Strukturen und Prozesse einer Einrichtung können so angelegt sein, dass verschiedene Bereiche eines Hauses in Konkurrenz um Ressourcen stehen. Gleichzeitig sollen Führungskräfte den Erfolg der gesamten Einrichtung im Blick haben. Die Arbeit mit Kennzahlen ist auch in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen wichtig. Dies vor allem mit Blick auf die Argumentation für Anliegen der Pflege. Ein Auszug aus einem Fokusgruppeninterview verdeutlicht dies: „Die Verwaltung orientiert sich an Kennzahlen, und da könnt ihr was mit erreichen. Wenn man das mit Beispielen (...). Und dann auf einmal, ich spreche nämlich deren Sprache, und dann kann ich auch in der Pflege etwas verändern.“ Es geht also darum, eine ökonomische Sprache zu sprechen, um mitbestimmen zu können. Gleichzeitig ist der *humane* Auftrag der Pflege zu beachten, so dass sich in der Konsequenz Pflegekräfte auch in Leitungspositionen die Beziehung von Kennzahlen zu der Versorgung von Menschen bewusstmachen sollten. Zielkonflikte können beispielsweise bestehen, wenn Patientenbedarfe und wirtschaftlich begründete Ressourcenknappheit aufeinandertreffen.

Methodischer Vorschlag: Beobachtungsauftrag für Teilnehmende. Lehrende simuliert Pflegesituation mit verschiedenen Sequenzen (Transfer aus dem Bett, reichen des Wasserglases, Blutdruckmessung, Gespräch während der Tätigkeiten, wieder Wasserglas reichen, Klingel simulieren, Patient hat Angst und braucht Berührung, Veränderung der Stimmungslage durch Orientierungslosigkeit etc.). Teilnehmende sollen die Zeiten der einzelnen Tätigkeiten stoppen und die Werte notieren. Im Anschluss werden die gemessenen Zeiten verglichen./ **Gruppendiskussion:** welche Schwierigkeit stellt sich für die Abbildung von Pflegeleistungen dar? Wie gehen die einzelnen Leistungen wohl in den Finanzierungssystemen auf?“

Lektürearbeit zur Einordnung der Pflege in den Finanzierungskontext: Moers, Schiemann (2017: 383ff.): „Grundlegende Aspekte der Pflegearbeit“ und Schiemann, Büscher (2017: 400ff.): „Konzeptionelle Aspekte der Pflegeleistung“./Bewertung der Pflegeleistungen im Kontext der Finanzierung.

Lehrervortrag: Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung/Finanzierung Langzeitpflege/ambulante Pflege. Struktur und Prozesse der Leistungserstellung, Kennzahlen, Controlling und Budgetierung, betriebliche Kosten- und Leistungserstellung.

Aus individueller Patientensicht ist zwar die beste mögliche Versorgung unabhängig der damit verbundenen Kosten anzustreben, aus Sicht der *Solidargemeinschaft* ist jedoch die zweckmäßig ausreichende Versorgung zu wählen, damit die Gesamtkosten für die Gesellschaft tragbar bleiben, das Finanzierungssystem *rentabel* bleibt. Aus diesem Grund werden Entscheidungskriterien herangezogen, beispielsweise im Rahmen der Pflegebegutachtung durch den MDK. Der Pflegegrad beeinflusst, welche Leistungen z.B. ambulante Pflegedienste abrechnen können. Im Rahmen der Vergütung von Krankenhausaufenthalten wird seit 2004 verpflichtend für somatische Einrichtungen ein DRG-Fallpauschalensystem angewendet, seit 2020 ist eine Kombination von Fallpauschalen (DRG-System) und einer Pflegepersonalkostenvergütung (Pflegebudget) vorgesehen. Wenn Pflegenden in Leitungspositionen die Finanzierungsstrukturen kennen, können sie bei der internen Ressourcenverteilung besser argumentieren.

Methodischer Vorschlag: Lehrervortrag zum DRG-System; Entgeltsysteme aus SGB V und XI, Abrechnungssysteme. Pflegepersonalkostenvergütung.

Planspiel: Je nach Ausrichtung der praktischen Institutionen betriebswirtschaftliche Szenarien in Anlehnung an Kerres, Wissing (2020) Gruppenbildung beispielsweise nach Institutionen (ambulante Pflege, Langzeitpflege, Krankenhaus). In Gruppen bearbeiten die Teilnehmer*innen z.B. Kernprozesse einer Einrichtung oder erheben Kennzahlen zu Teilprozessen etc.

Auf der *Sachebene des Gesundheitswesens* stellt sich die Problematik der Abstimmung des gemeinsamen Handelns in der interprofessionellen Zusammenarbeit als strukturelles Problem. Daran gebunden sind Leistungsansprüche und Ressourcenverteilung. 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: Fallanalyse in Anlehnung an die interprofessionelle, heuristische Matrix (AQiG)³ von Sieger, Ertl-Schmuck, Böggemann-Großheim (2010)/ Lehrervortrag: Vorstellung der Matrix zur interprofessionellen Zusammenarbeit: **insbesondere Phasen und Perspektiven/ Auftragserstellung und Auftrag in Kleingruppen:** Fallanalyse (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.

Zusammenfassung des Moduls

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... erhalten ein fundiertes Wissen zur Betriebswirtschaftslehre in ambulanten und stationären Einrichtungen. Sie reflektieren ihr Verantwortungsgefühl für wirtschaftliches Arbeiten im Sinne der Pflegeempfänger*innen, Angehörigen, Mitarbeiter*innen.
- ... reflektieren das eigene berufliche Selbstverständnis sowie Haltung und Rolle als Leitungsperson vor dem Hintergrund einer humanen Pflege in der Pflegepraxis, die finanziert werden muss.
- sie können betriebswirtschaftliche Kern- und Teilprozess aus der Praxis erheben, bestimmen, analysieren und 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)
-vertiefen ihr Wissen zum Arbeitsrecht, Tarifrecht, Mutterschutzgesetz und Jugendschutzgesetz im Kontext ihrer zukünftigen Aufgaben als Leitungspersonen
- Sie bewerten pflegerische Leistungen innerhalb von Finanzierungssystemen und sind sich bewusst, dass Pflege als hochkomplexes Geschehen in den Systemen schwer abbildbar ist.
- Sie können die Bedeutung pflegerischer Tätigkeiten im Kontext von Kosten-Leistungsrechnung gegenüber Angehörigen anderer Berufsgruppen argumentieren.
- 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.

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

Leistungsüberprüfung: K/R/M/PR Ggf. Ergebnisse Fallanalyse nach AQiG
Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen): <i>Arbeitsauftrag für die Praxis: Rechercheaufträge zu betriebswirtschaftlichen Szenarien (Kennzahlen, Kosten- Leistungsrechnung etc.)</i> <i>Fallerhebung nach Arbeitsverbundenem Lernen, Expert*innengespräche in der Praxis (AQiG)</i>
Lernvorschläge für die Selbststudienzeit: - Literaturstudium der vorgeschlagenen Arbeitstexte - Fallreflexion mithilfe der vorgeschlagenen Lektüre, Fallaufbereitung nach Heuristik (AQiG) - Erstellung Prüfungsleistung
Literaturempfehlungen: - Frye, S. (2013): Finanzierung ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen. Stuttgart: Kohlhammer, Deutscher Gemeindeverlag - 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) - Kerres, A., Wissing C. (2020): Planspiel Pflege und Gesundheit. Anwendungsbeispiele für die berufliche Bildung. Stuttgart: Kohlhammer - Oswald, J., Schmidt-Rettig, B., Eichhorn, S. (2017) (Hrsg.): Krankenhaus-Managementlehre. Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts. Stuttgart: Kohlhammer - Reimann, U. (2008) Multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Von den Mühen der Ebene. In: Zeitschrift für Palliativmedizin. Jg. 9. Heft 3. - Schellenberg, K.-U., Holtkamp, C. (2019): Finanzierung von Organisationen der Sozialwirtschaft. Regensburg, Berlin: Walhalla - 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 - Spieß, E.; Nerdinger, F. W.; Regnet, E. & Rosenstiel, L. von. (2003). Effektiv kooperieren: wie aus lauter Solisten ein erfolgreiches Orchester wird. Weinheim: Beltz - 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 „Die Professionalisierung in der Einrichtung fördern: Entwicklung von Pflege Themen“

Modultitel/Modulkennung: 03PRFL 01 „Die Professionalisierung der Pflege in der Einrichtung fördern: Entwicklung von Pflege Themen“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen:			
Workload: 90 Std davon 60 Std. Kontaktstunden, 30 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
Reflexionskategorien: 2.III Tradition und Emanzipation 2.I Empathie und Intervention (Methode) 1.II Mimesis und Projektion 3.II Humanisierung und Sozialtechnologie Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Professionsförderung als Leitungsaufgabe: Pflege Themen Assessments im Fallbezug Rollenambiguität: Wodurch wird technisches Arbeiten professionell? Inhalte: Vertiefung der Professionstheorie nach Oevermann, Pflege wissenschaftliche Rezeptionen der Professionstheorie von Oevermann, Analyse und Bewertung von pflegepraktischen Konzepten und Themen hinsichtlich der Merkmale professionellen Handelns: Professionalisierung in der Einrichtung, Ethische Fallbesprechung, Heilkundliche Tätigkeiten nach §63 Abs. 3c für Pflegenden, ANP und Community Health Nurse, Leistungen aus SGB V und SGB XI Digitalisierung, eHealth, Telehealth und Assistierende Technologien, „Pepper“, „Paro“, Technik und „Coolout“			
Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:			
<i>Aus der Fokusgruppe</i>			

„Ja, Beratung, Ernährungsberatung vielleicht. Ja gut, aber das ist ja auch ein Feld der Pflege, Beratung, ne? Das ist ja auch erst in den letzten Jahren größer geworden. Es ist ja nicht so, dass es kleiner wird, sondern viel, viel größer, dass wir auch eben zu jedem Thema irgendwie beraten können. Ich finde das auch ganz schön schwierig. Und sollte man auf einmal ad hoc können, finde ich, so habe ich es erlebt. Also ad hoc sollte ich denn auch beraten können zu sämtlichen Situationen und das habe ich ja so in der Ausbildung auch nicht gelernt.“

„Da habe ich leider nicht so viele Mitarbeiter kennengelernt, ne? Also, wenn man dann mal jemand gerade für das Wundmanagement begeistern kann, aber das hört dann schon bei Inkontinenzversorgung. Oder denn, wenn sie merken, oh, ist ja doch gar nicht mal so einfach. Ich muss mir doch ein paar Gedanken machen bei der Inkontinenzversorgung, ne? Ist nicht einfach nur hier blau und grün hinlegen und vielleicht, oh, die ist dünn, da kommt mir jetzt eine kleinere Vorlage rein, sondern also ne, dass man da sich Gedanken macht, welches Inkontinenzmaterial ist geeignet? Was fördert die Mobilität und, und, und (...).“

„Wo ich auch finde, manche Sachen sind eben auch gar nicht so bewusst. Also so gerade Personalentwicklung, dass man das im kleineren Bereich, was man da so machen kann, und darauf mal zu gucken: "Was brauche ich eigentlich? Was sind unsere Kernaufgaben, was sind die Kompetenzen, die wir haben müssten? Und was kann ich auch im eigenen Bereich alles machen?" Ich habe mich zum Beispiel gerade mit Teamlernen so beschäftigt. Das ist immer, finde ich, so ein Punkt, den sind sich die Führungskräfte oft gar nicht bewusst: "Was kann ich intern regeln?" Also ich habe da eine Problematik, und ich habe Kompetenzen im Bereich, ich kann mir vielleicht auch noch jemanden dazu holen Ich muss ihnen nicht immer sagen: "Ja, wir brauchen jemanden in Bildungsmaßnahme, und ich schicke die irgendwo hin." Und dann wird auch wieder nichts umgesetzt so richtig, weil der Theorie-Praxis-Transfer nicht klappt. Also bei manchen Aufgaben, finde ich, ist auch nicht das Bewusstsein erst mal da: "Was kann ich hier eigentlich machen?" Auch im Kleinen. Es muss ja immer nicht / Personalentwicklung muss nicht immer von der Pflegekraft am Bett zur PDL oder zum Qualitätsmanagement oder sonst was sein, sondern fachlich (...).“

„Aber das sind ja Erfahrungswerte, dass viele dann auch sagen, sei es im Kontakt mit Heimaufsicht oder Audits irgendwelcher Zertifikationsunternehmen und so weiter / Also es gab ja schon durchaus auch Bestätigungen. Ich bin da jetzt nicht so tief drin, aber ich meine, so in der Schweiz gibt es ja die unterschiedliche Orientierung, ne, dass man mehr theoriebegleitet im Management tätig ist oder mehr praxisbegleitet. Das schwebt mir manchmal vor, zumindest erlebe ich das so in unseren Weiterbildungen, ob das nicht eine bessere Vorgehensweise wäre.“

„Was ich immer da erlebe ist auch das mangelnde Verständnis für den Sinn der Theorie. Also gerade wir machen im zweiten Modul / In dem internen Praktikum geht es um Projekt, um Projektmanagement, und wo es dann natürlich darum geht, theoriegeleitet etwas in die Praxis umzusetzen. Und was mir aufgefallen ist, was sich eigentlich durch die Bank zieht, die Analyse überhaupt der Problemstellung fällt den Führungskräften sehr schwer.“

„Und das hat man in FLP weniger. Also da gibt es so Sachen inhaltlich, die behandelt werden müssen, wo ich mir auch eher die Kompetenzorientierung wünsche. Wo man so denkt: "Ja, das ist jetzt eigentlich nicht mehr so ganz so Up-to-date.“

„Also, das haben wir ja vorhin schon gesagt, die Teilnehmer, die den Abschluss dann machen, die bestätigen das auch, ne? Die haben die Möglichkeit, das eine oder andere dann auch wirklich auszuleben, zu gestalten und so weiter.“

„Ich könnte mir vorstellen, dass manche Patienten, die Oberschwester tatsächlich vermissen. Also in einer gewissen Generation wäre wahrscheinlich nicht die Frage nach dem Chef, sondern die Oberschwester, weil noch das so geprägt ist, dass das irgendwo ist. Und dass eben dieses System nicht durchschaut wird, oder wie es sein muss, oder dass sich da Aufgabenfelder völlig verschoben haben.“

„Wie profilieren wir uns über die Website nach außen? Und dann machen da jetzt einige ambulante Betriebe eine ganze Menge, die das erkannt haben. Die sagen: "Wir sind gut, aber wir schaffen es nicht, das nach außen zu transportieren." Das zum Beispiel, ne? Da können sich sicher noch einige verbessern (...).“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Aus der Perspektive der Institution

Die Professionalisierung der Pflege ist der gesellschaftspolitisch bedeutsamste Beitrag in den nächsten Jahren zur Bewältigung zukünftiger Gesundheitsversorgungsaufgaben. Das bedeutet auch, dass Pflege ihren Beitrag leisten muss, um Versorgungsthemen anzubieten. Insofern könnte man von einem *innovativen* Prozess sprechen, wenn pflegewissenschaftliche Themenbeiträge in den Institutionen bewegt und hinsichtlich ihres Professionsgehalts für den Pflegeberuf untersucht werden. In der Pflegepraxis wird der Begriff „professionell“ meist alltagssprachlich benutzt und weniger auf die Professionstheorie reflektiert, was einem *tradierten* Verständnis von „praktisch gut“ entspricht. Doch wie verhält es sich mit den Pflege Themen? Werden diese im Sinne der Professionstheorie und des professionellen Handelns verstanden? Gestaltung ist von Natur aus kreativ und *innovativ* und gehört zu den strategischen Aufgaben einer Leitungsperson. In diesem Sinne sind Personalentwicklung und Organisationsthemen zu verbinden. Vor dem Hintergrund, dass Leitungspersonen ein wesentlicher Motor für die Professionalisierung sein sollten, erscheint eine tiefere Auseinandersetzung sinnvoll. Es sind die Leitungen, die über die Einführung

von Pflege Themen (Projekten) in ihren Einrichtungen entscheiden. Über diese Steuerung der Themen in den Institutionen kann *emanzipierender* Gehalt für den Beruf freigesetzt werden, sofern die Entscheider*innen reflektieren können, ob im anvisierten Pflege Thema ein Professionsgehalt steckt. Im Modul werden professionstheoretische Ansätze vermittelt und für die Pflege besprochen. Vertiefend findet eine Auseinandersetzung mit der Professionstheorie von Oevermann statt, die mittlerweile *traditionell* für die Pflege rezipiert wird. Pflegepraktische Konzepte und aktuelle Pflege Themen werden in Bezug auf Merkmale des professionellen Handelns untersucht, um den angehenden Leitungspersonen die Professionalisierung in ihren Praxiseinrichtungen bewusst zu machen.

Methodischer Vorschlag: Lehrervortrag: Vorstellung der Professionstheorie von Ulrich Oevermann. Diskurs in der Pflegewissenschaft, Elemente des professionellen Handelns: hermeneutisches Fallverstehen, Fachwissen, situative Kompetenz (siehe Bartholomeyczik 2010)./ **Lektürearbeit:** Text Bartholomeyczik (2010). **Gruppendiskussion** anhand ausgewählter Berufsthemen: „Welche Elemente nach Oevermann werden durch Pflege erfüllt?“ /**Workshop:** Textarbeit Sekundärliteratur Veit (2009: 62ff.): 12 Thesen zur Professionalisierung in der Pflege, Gruppenteilung und Thesen zur Bearbeitung aufteilen: „Bewerten Sie Veits Thesen zur Professionalisierung der Pflege und führen Sie Beispiele aus der Praxis an! Stellen Sie Ihre Beispiele im Plenum vor“. **Diskussion und Bewertung** im Plenum. Z. B. Diskussion zum Thema „Gehört Nähe in der Pflege zum professionellen Handeln?“ oder „Ist Einsatz von Technik in der Pflege professionell?“ (Subjekt-Subjekt-Beziehung vs. Subjekt-Objekt-Beziehung) **Zusammenfassung** in der Gruppe und **Bewertung** für die Aufgabe als Leitungsperson.

Auftrag für die Selbststudienzeit und ggf. Prüfungsthema: „Die Teilnehmer*innen analysieren pflegeberufliche Themen hinsichtlich der Merkmale professionellen Handelns. Selbststudien- und Prüfungsauftrag zur Professionalisierung: „Wählen Sie ein Konzept aus der Pflege, der Pflegepraxis (Basale Stimulation, ANP, EBN, Hausstandard etc.) und bewerten Sie es hinsichtlich von Oevermanns Elementen zum professionellen Handeln. Führen Sie für die Argumentation Zitate zur Professionalisierung (Primär- oder Sekundärliteratur) an. Inwiefern erfüllt das gewählte Pflegekonzept professionelles Handeln in der Pflege?“. Die Teilnehmer*innen können sich ein Pflege Thema ggf. über den Podcast „Übergabe“ aussuchen (Übergabe, der Podcast für die Pflege: <https://uebergabe.de/podcast/>).

Perspektive der Interaktion

In der *Perspektive der Interaktion* wird mit Blick auf das *Krankheitserleben* des Betroffenen die Grundhaltung der Pflegenden gegenüber dem Patienten oder der Bewohnerin bedeutsam. Infrage steht, inwieweit sie sich *mimetisch* in das Krankheitserleben von kritisch erkrankten und alternden 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. Die Beziehung zu dem betroffenen Menschen ist von einem bedingungslosen Respekt der Person mit allen ihren Eigenheiten getragen und Pflegenden müssen erspüren, was die Betroffenen bewegt.

Sofern dies gelingt, erleben Pflegende es als besonders sinnstiftend, in der Pflegepraxis zu arbeiten. Dieses Sinnerleben trägt maßgeblich zu ihrer Arbeitszufriedenheit und zur Zufriedenheit der Bewohner*innen und Patient*innen bei. Im Sinne der erlernten Professionstheorie (Oevermann) wird der Fallbezug in der *Institution* bedeutsam. Wie können Leitungspersonen Mitarbeiter*innen stärken, dass sie sich ihrer Fallarbeit in der Praxis bewusst werden?

Methodischer Vorschlag: Lehrervortrag zur Fallkonferenz, ethischen Fallbesprechung. Fallarbeit mit Gruppenauftrag: „Setzen sie sich mit dem Fall auseinander und führen sie eine Fallbesprechung durch./**Diskussion** von ethischen Fallkonstellationen aus der Praxis.

Lehrervortrag: (Ethische) Fallbesprechung/ **Planspiel:** Umsetzung einer (ethischen) Fallbesprechung im Behandlungsteam: „Herr K. liegt auf der intelligenten Matratze richtig!“ Fallbesprechung simulieren und Aushandlung für den Fall.

Perspektive der Institution

In der *gesundheitsspolitisch-ökonomischen Perspektive* stellt sich auf der Ebene des *Helfens* 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 gepflegt werden und die Leistungen über Krankenkassen und Pflegekassen abgerechnet werden müssen. *Traditionell* wird beispielsweise 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. Aber auch politisch-ökonomisch wird die Verschiebung in den ambulanten Sektor immer bedeutsamer. *Innovativ* wäre ein aufsuchendes Hilfsangebot durch geeignete ANP-Konzepte oder die „Community Health Nurse“, 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 der Versorgungsbedarf zunehmen wird. Ähnliche Entwicklungen haben wir in den Krankenhäusern. In den großen Universitätskliniken werden bereits ANP-Konzepte umgesetzt, um Aufgaben innerhalb der Organisation zu verschieben bzw. im Hinblick auf den Mangel an Ärzten auf andere Berufsgruppen zu übertragen.

Methodischer Vorschlag: Lehrervortrag Leistungen aus SGB V und SGB XI. Welche Abrechnungssystematiken sind für welche Institutionen Bedeutsam und warum./ (vgl. Modul Perspektivenwechsel zur Leitung: Wirtschaftlich agieren). **Lehrervortrag:** Auseinandersetzung mit Konzepten der Aufsuchenden Hilfe/ **Lehrervortrag:** kritische Analyse von ANP-Konzepten für Pflege in Häuslichkeit und Klinik (rechtlicher Rahmen) **Gruppendiskussion./ Lehrervortrag:** Auseinandersetzung mit § 63 Abs. 3c SGB V Übernahme Heilkundlicher Tätigkeiten, **Gruppendiskussion.** Wahlweise **Workshops** zu einzelnen Themenstellungen. Ggf. **Werkstatt der Utopie:** „Angehörigenlotsen“, „Wundlotsen“ oder „Geronto-Lotsen“ in der Institution. Wie könnte eine Versorgung in der Zukunft aussehen?“

In der Pflege gehören technische Geräte zum Arbeitsalltag. Lebenswichtige Funktionen der Patient*innen werden ersetzt und/oder erleichtern die Arbeit der Pflegenden. Vielfach ist eine Pflege ohne die Gerätemedizin nicht mehr denkbar und erfordert ein eigenes spezialisiertes Wissen ab,

was im ständigen Wandel ist. Medizin ist ohne „High-Tech“ fast nicht mehr realisierbar und auch im Pflegesektor sind Digitalisierung und Angebote lukrativ.

Lehrervortrag zu eHealth, Telehealth und Assistierende Technologien. Elektronische Patientenakte. Kritische Diskussion zu Pflegehilfsmitteln wie „Pepper“ und „Paro“ 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, die Patienten nicht als Objekte zu sehen, wenn dessen Körperfunktionen durch Technik unterstützt oder ersetzt wird? (siehe auch nachstehend). „Verdinglichung“ der Patient*innen führt zur Verrohung. Pflegenden 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 Technik in der Pflege 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?“ (vgl. auch Modul 01BB 01 „Beziehung gestalten – Pflegeverständnis, Ethisches Handeln, Selbstfürsorge“)

Zusammenfassung des Moduls.

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... sind sich der Weiterentwicklung des Berufsfelds/ der Profession im Kontext ihrer beruflichen Rolle bewusst.
- ... wägen Merkmale des professionellen Handelns aus dem Professionsansatz von Ulrich Oevermann für Pflegekonzepte und pflegerelevante Themen ab
- ... untersuchen Themen der Pflegepraxis auf ihren Professionsgehalt und schlussfolgern Ansätze der konzeptionellen Weiterentwicklung für die Themen in der Pflegepraxis
- entwickeln ein berufliches Selbstbild, das sich an berufsprofessionellen Zielen und Standards professionellen Handelns orientieren. Sie begründen ihr eigenes berufliches Handeln mit theoretischem Wissen in ethischen Fallbesprechungen, hier besonders gegenüber anderen Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen.
- 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

- ... reflektieren eigene Gefühle und Abwehrmechanismen im Kontext des „Cooluot“ Phänomens
- ... verstehen das Konzept „ANP“ und können es in für ihre Praxis 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 digitale Techniken und Hilfsmittel in der Pflege und können diese kritisch beurteilen und unterstützen beratend beim Prozess der Versorgung
- ... sie erkennen, welche Bedeutung Technik im professionellen Handeln hat und realisieren, dass professionelles Handeln immer den Subjektbezug voraussetzt

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

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

- Ggf. Fallerhebung in der Praxis nach Arbeitsverbundenem Lernen.

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium der vorgeschlagenen Lektüre
- Fallreflexion mithilfe der vorgeschlagenen Lektüre, Fallaufbereitung in der Praxis ggf. als Prüfungsleistung
- Podcast „Übergabe“ Themenauswahl und Vertiefung des Themas
- Prüfungsvorbereitung

Literaturempfehlungen:

- Axmacher, Dirk (1991): Pflegewissenschaft – Heimatverlust der Krankenpflege? In: Rabe-Kleberg, Ursula u. a. (Hrsg.): Pro Person: Dienstleistungsberufe in der Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung. Kritische Texte. Bielefeld: Böllert KT. S. 120–138
- Bartholomeyczik, Sabine (1997): Professionalisierung der Pflege – zwischen Abhängigkeit und Omnipotenz. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 29 (1). 14. Jahrgang. Tübingen: dgvt-Verlag S. 5–13
- Bartholomeyczik, Sabine (1997): Nachdenken über Sprache – Professionalisierung der Pflege? In: Zegelin-Abt, Angelika (Hrsg.) (1997): Sprache und Pflege. Berlin / Wiesbaden: Ullstein Mosby. S. 11–22
- Bartholomeyczik, Sabine (2010): Professionelle Pflege heute. Einige Thesen. In: Kreutzer, Susanne/Remmers, Hartmut (Hrsg.) (2010): Transformation pflegerischen Handelns: Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert. Osnabrück: V & R Unipress. S. 134–155
- Bischoff-Wanner, Claudia (2011): Pflege im historischen Vergleich. In: Schaeffer, Doris/Wingenfeld, Klaus (Hrsg.) (2011): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim / München: Juventa. S. 19–36
- 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, Robit – I, care. Möglichkeiten und Grenzen neuer Technologien in der Pflege. Berlin, München, Boston: De Gruyter. S. 201-222
- Helsper, Werner (2004): Antinomien, Widersprüche, Paradoxien: Lehrerarbeit ein unmögliches Geschäft? Eine strukturtheoretisch-rekonstruktive Perspektive auf das Lehrerhandeln. In: Koch-Priewe, Barbara/Kolbe, Fritz-Ulrich/Wildt, Johannes (Hrsg.) (2004):

Grundlagenforschung und mikrodidaktische Reformansätze zur Lehrerbildung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt. S. 49–98

- Hochmuth A, Iltner J, Dockweiler C. Digitalisierung - eine Chance für die Pflege? Pro Alter.de. 2019;51(2):20-24
- SGB V und SGB XI
- Übergabe, der Podcast für die Pflege: <https://uebergabe.de/podcast/> (05.05.22)
- 30.03.20) oder Podcast Ü009 Geh wählen zur EU-Wahl! (<https://uebergabe.de/podcast/ug009/>, 30.03.20)
- Podcast Ü030: Mindestlöhne in der Pflege (<https://uebergabe.de/podcast/ug030/>, 30.03.22), ÜG018: Leiharbeit in der Pflege (<https://uebergabe.de/podcast/ug018/>, 30.03.21)
- Podcast ÜG013: Ethik in der Pflege (<https://uebergabe.de/podcast/ug013/>, 30.03.22)
- Oevermann, U. (1997): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionellen Handelns. In: Combe, A., Helsper, A. (Hg.): Pädagogische Professionalität - Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. (Suhrkamp Verlag), Frankfurt. 2. Aufl. S. 70-182.
- 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 Pflegepraxis – Gestalten und Projekte leiten“

Modultitel/Modulkennung: 04WTFL01 „Wissenstransfer in die Pflegepraxis – Gestalten und Projekte leiten“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Themenumsetzung in der Fachpraxis im Praxismodul 04PRPFLO1</i> <i>„Projekt fachspezifisch gestalten“ (ggf. Prüfungskombination der Module).</i> <i>Die Professionalisierung in der Einrichtung fördern: Entwicklung von Pflege Themen</i>			
Workload: 90 Std davon 60 Std. Kontaktstunden, 30 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene</i> <i>Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische</i> <i>Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch</i> <i>ökonomische Perspektive</i>
Reflexionskategorien: 2.III Tradition und Emanzipation 3.II Humanisierung und Sozialtechnologie Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Gestaltende Pflege und traditioneller Stillstand Methodenkompetenz und Überzeugungsarbeit 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. Stakeholderanalyse, Projektsteuerung			
Eröffnung der Handlungssituation/Exempel: <i>Pflegende:</i> <i>„Da fehlen aber auch Konzepte, wirklich (...)“</i>			

Aus der Fokusgruppe

„(...) dann werden sich Sachen überlegt im Rahmen der Weiterbildung, in Projekten werden Sachen implementiert, kollegiale Beratung, Fallbesprechung. Und manchmal hat man dann aus dem gleichen Bereich wieder eine Führungskraft, weil die Führungskraft dann weg gegangen ist, und dann fangen die mit gleichen Projekten an drei Jahre später. Und man sagt: "Mensch, also da gab es doch mal Herr/Frau so und so, die hat das auch schon mal gemacht. Wir haben das gar nicht mehr." Also dann werden die Sachen, die eigentlich gelernt wurden, die implementiert wurden, alle wieder fallen gelassen, weil die pflegerische Versorgung wieder vor geht.(...) Das finde ich auch immer sehr schade, weil da ganz viele, ja, Kompetenzen auch verloren gehen. Da gibt es einen Teilnehmer, der hat ein sehr komplexes Rotationsverfahren für seinen Heimbereich, über - ich glaube - sechs Bereiche entwickelt. Mit Erstgesprächen, Praxisanleitern und Zwischengesprächen, Endgesprächen und so. Und ja, das ist zweimal durchgeführt worden, dann ist er in Elternzeit gegangen, und dann war Ende. Jetzt gibt es das gerade wieder nicht mehr. So eine tolle Sache, also wirklich viel Inhalt zusammengebracht in einem Konzept. Ja, wieder für die Katz!“

„Und da nehme ich mir die Theorie und bastle die in die Praxis um. Und ich mache nicht etwas nach Gefühl irgendwie so, ne? Weil, das habe ich schon Jahre lang so gemacht.“

„Aber das finde ich eigentlich immer gerade das Reizvolle, dass sie eben mehr oder weniger gezwungen werden, sich dann mit diesen Inhalten zu beschäftigen. Und selbst so was wie mit Zitieren von anderen Experten oder so in ihren Arbeiten, dass es eben nicht um alternative Fakten geht, zum Glück noch nicht, sondern dass es irgendwie seinen Grund hat, warum das alles so ist. Und wenn es bei ihnen gut läuft, eben auch zu sehen, warum läuft es bei mir so gut. Weil ich eben diese Art Gruppe habe, die das kann (...)“

„Aber auf der anderen Seite, die Arbeitswelt braucht ja diese Gruppe der (...), die braucht ja nicht nur Visionäre, die gestalten wollen, sondern eben sie braucht ganz viele, die nachher tun. Und ich glaube nicht, dass der Anteil so groß ist, dass die unzufrieden sind, dass sie nicht gestalten 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 (...).

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 Implementationsforschung 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 der Pflegepraxis.*

Tutorium: *Vertiefung Evidenz in der Pflege (vgl. Module 02PEBBFL 01 Personalentwicklung: Bildung und Bindung 101SB01 „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.

Die Kategorie *Humanisierung und Sozialtechnologie* führt uns in der Reflexion zum Kernproblem der Leitungen. Zum einen, müssen sie selbst eine Methodenkompetenz besitzen, um Projekte durchführen und beurteilen zu können. Zum anderen müssen sie Überzeugungsarbeit leisten und die Projektideen verteidigen. Damit Entscheidungen nicht nur „aus dem Bauch“ heraus gefällt werden, benötigen Leitungskräfte in der Pflege Instrumente. Voraussetzung für deren Anwendung ist ein Verständnis für evidenzbasiertes Handeln und für den Sinn von Theorie zur Realisierung des humanen Auftrags der Pflege. Um andere Personen (z.B. Vorgesetzte oder Angehörige anderer Berufsgruppen) von Ideen zu überzeugen, sind Probleme konkret darzulegen und Lösungsvorschläge gut zu begründen. Überzeugungsarbeit setzt Methodenkompetenz voraus. Für die Ausarbeitung von Konzepten sind neben Kompetenzen zur konkreten Problembeschreibung

sowie zur Recherche und Bewertung von Literatur außerdem Kenntnisse des Zitierens relevant. Mittels wissenschaftlicher Belege wird ein Vorschlag fundiert und nachvollziehbar. Anliegen der Pflege können auf diese Weise besser kommuniziert und argumentiert werden.

Methodischer Vorschlag: (s.o.) Kongress in der Einrichtung simulieren. Die Teilnehmer*innen stellen ihre Projekte in Form von Plakaten aus und verteidigen diese vor Vertreter*innen der Berufspraxis.

Abschlussdiskussion nach der Projektarbeit: „Welche Schritte, Prozesse und Problemstellungen sind mir in der Bearbeitung des Projekts aufgefallen, die ich als Leitung zukünftig unbedingt berücksichtigen will?“ / **Lehrervortrag** zum Change-Management

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 und der Organisation
- ... 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.
- können hemmende und fördernde Faktoren für den Wissenstransfer in der Pflege identifizieren, einordnen und für ihre Einrichtungen Lösungsvorschläge vornehmen.
- Sie sind in der Lage, ein Projekt mit seinem Thema vor anderen Personen zu verteidigen und zu argumentieren
-sie können Projekte initiieren und steuern, sowie evaluieren und Konsequenzen in der Praxis umsetzen.

Leistungsüberprüfung: K/R/M/PR

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

Siehe *Praxismodul 04PRPFLO1 „Projekt fachspezifisch gestalten*

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Erhebung Praxissituation zur Themenfindung EBN, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

- Ackley, B. J.; Ladwig, G. B. (2008): Nursing Diagnosis Handbook An Evidence-Based Guide to Planning Care. 8. Aufl. St. Louis: Mosby /Elsevier
- 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
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Hrsg.). (2007). *Projektmanagement - Eine Einführung*. Zugriff am 13.12.2019. Verfügbar unter: https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/BGW%20Broschueren/BGW04-07-002_Ratgeber-Projektmanagement_Download.pdf?__blob=publicationFile
- 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
- Bohinc, T. (2006). *Projektmanagement. Soft skills für Projektleiter*. Offenbach: Gabal.
- Büker, C. Lademann, J, Müller, K. (2018) Moderne Pflege heute. Stuttgart: Kohlhammer
- Doppler, K. & Lauterburg, C. (2005): Change-Management. Frankfurt/M.: Campus.
- Drees, J., Lang, C. & Schöps, M. (2014). *Praxisleitfaden Projektmanagement. Tipps, Tools und Tricks aus der Praxis für die Praxis* (2., überarb. Aufl.). München: Hanser. <https://doi.org/10.3139/9783446441699>
- 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.
- Litke, H.-D., Kunow, I. & Schulz-Wimmer, H. (2015). *Projektmanagement* (Taschen-Guide, Bd. 200, 3., aktualisierte Auflage). Freiburg: Haufe.
- 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 Pflegende. Bern: Hogrefe
- Meyer, Gabriele (2011): Klinische Pflegeforschung: Relevanz und Standortbestimmungen. In: Schaeffer, Doris/Wingenfeld, Klaus (Hrsg.) (2011): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim / München: Juventa S. 137–150
- Moers, M./Schaeffer, D./Schnepp, W. (2011): Too busy to think? Essay über die spärliche Theoriebildung der deutschen Pflegewissenschaft. In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe. Heft 6. 24. Jahrg. Bern: Huber. S. 349–360
- 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
- Schmidt, S. (2011). *Anpacken. Projektmanagement in Gesundheitsberufen* (Top im Gesundheitsjob). Berlin: Springer.
- 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: 04PRPFL01 „Projekt fachspezifisch gestalten“ Projekt (Praxismodul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: Das Modul ist praxisbegleitend zum Modul 04WTFL01 „Wissenstransfer in die Pflegepraxis – Gestalten und Projekte leiten“ <i>Umsetzung Projekt in der Fachpraxis (Prüfungskombination der Module).</i> <i>GGf. praktische Abschlussprüfung bzw. Facharbeit</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 3.II Humanisierung und Sozialtechnologie Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Gestaltende Pflege und traditioneller Stillstand Methodenkompetenz und Überzeugungsarbeit 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: <i>Pflegende:</i> <i>„Da fehlen aber auch Konzepte, wirklich (...)“</i>			

Aus der Fokusgruppe

„(...) dann werden sich Sachen überlegt im Rahmen der Weiterbildung, in Projekten werden Sachen implementiert, kollegiale Beratung, Fallbesprechung. Und manchmal hat man dann aus dem gleichen Bereich wieder eine Führungskraft, weil die Führungskraft dann weg gegangen ist, und dann fangen die mit gleichen Projekten an drei Jahre später. Und man sagt: "Mensch, also da gab es doch mal Herr/Frau so und so, die hat das auch schon mal gemacht. Wir haben das gar nicht mehr." Also dann werden die Sachen, die eigentlich gelernt wurden, die implementiert wurden, alle wieder fallen gelassen, weil die pflegerische Versorgung wieder vor geht.(...) Das finde ich auch immer sehr schade, weil da ganz viele, ja, Kompetenzen auch verloren gehen. Da gibt es einen Teilnehmer, der hat ein sehr komplexes Rotationsverfahren für seinen Heimbereich, über - ich glaube - sechs Bereiche entwickelt. Mit Erstgesprächen, Praxisanleitern und Zwischengesprächen, Endgesprächen und so. Und ja, das ist zweimal durchgeführt worden, dann ist er in Elternzeit gegangen, und dann war Ende. Jetzt gibt es das gerade wieder nicht mehr. So eine tolle Sache, also wirklich viel Inhalt zusammengebracht in einem Konzept. Ja, wieder für die Katz!“

Und da nehme ich mir die Theorie und bastle die in die Praxis um. Und ich mache nicht etwas nach Gefühl irgendwie so, ne? Weil, das habe ich schon Jahre lang so gemacht."

„Aber das finde ich eigentlich immer gerade das Reizvolle, dass sie eben mehr oder weniger gezwungen werden, sich dann mit diesen Inhalten zu beschäftigen. Und selbst so was wie mit Zitieren von anderen Experten oder so in ihren Arbeiten, dass es eben nicht um alternative Fakten geht, zum Glück noch nicht, sondern dass es irgendwie seinen Grund hat, warum das alles so ist. Und wenn es bei ihnen gut läuft, eben auch zu sehen, warum läuft es bei mir so gut. Weil ich eben diese Art Gruppe habe, die das kann (...)"

„Aber auf der anderen Seite, die Arbeitswelt braucht ja diese Gruppe der (...), die braucht ja nicht nur Visionäre, die gestalten wollen, sondern eben sie braucht ganz viele, die nachher tun. Und ich glaube nicht, dass der Anteil so groß ist, dass die unzufrieden sind, dass sie nicht gestalten 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 (...).

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Siehe Modulbeschreibung 04WTFL01 „Wissenstransfer in die Pflegepraxis – Gestalten und Projekte leiten“

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 Pflegeteams argumentativ verteidigen.
- können hemmende und fördernde Faktoren für den Wissenstransfer in der Pflege identifizieren, einordnen und für ihre Einrichtungen Lösungsvorschläge vornehmen.
- ... 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.
-können Projektideen und die Projekte kommunikativ gegenüber Vertreter*innen der Berufspraxis verteidigen
- ...sie sind in der Lage, Projekte zu initiieren, zu planen, zu steuern und zu evaluieren

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

Ggf. praktische Abschlussprüfung bzw. Facharbeit

Projekt in der Pflegefachpraxis

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Umsetzung Projekt in der Fachpraxis, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

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

- Stöhler, C. (2016). Projektmanagement im Studium. Vom Projektauftrag bis zur Abschlusspräsentation (2. Aufl.). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Ulatowski, H. (2013). Zukunftsorientiertes Personalmanagement in der ambulanten (Alten-)Pflege. Projektmanagement – Retention Management – Mitarbeiterorientierung. Wiesbaden: Springer Gabler.

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

2.12 Modul „Fachspezifische Pflege gestalten“ (Praxismodul)

Modultitel/Modulkennung: 04FSFLP01 Praxismodul „Fachspezifische Pflege gestalten“			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: Pflgegetheoretisch geleitete Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von authentischen Fällen aus der Fachpflegepraxis nach dem Pflegeprozess. Praktische Abschlussprüfung Oder wahlweise Facharbeit nach einem ausgewählten Thema in den Handlungsfeldern der Fachkraft für Leitung einer Pflegeeinheit. Praxiseinsätze entsprechend des ausgewählten Themas zur Facharbeit (Praxis-Theorie-Reflexion) Alle Module der Fachweiterbildung.			
90 Praxisstunden, davon 40 Std. AVL und gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ) (3LP)			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i> 	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i> 	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i> 
Reflexionskategorien: 2.III Tradition und Emanzipation Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Identität zur gestaltenden Pflege und Sicherheit durch traditionelle Muster Inhalte: Individuell aus allen Modulen der Fachweiterbildung, Pflegeprozessmethode, pflegetheoretische Reflexion von Fällen aus der Praxis, Lernstanderhebung, Selbstreflexion, individuelle Übungen.			
Eröffnung der Handlungssituation/Exempel: Eine Pflegende			

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

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

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

„Und da fehlt oftmals auch das Wissen. Und wenn wir wissen würden, wo 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 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 oder Facharbeit umsetzen?/ **Erstellung eines Lerntagebuchs** zur Prüfungsvorbereitung in der Praxis.

Die Teilnehmenden sollen sich auf ihre praktische Abschlussprüfung oder auf die Facharbeit vorbereiten und hierfür in der Praxis Erfahrung sammeln und üben.

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 oder Facharbeit

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

Facharbeit: Praktischer Einsatzort entsprechend des Themas zur Praxis-Theorie-Reflexion (QM, Entlassmanagement, Controlling, Personalabteilung, Stabsstellen...)

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Prüfungsvorbereitung

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

2.13 Modul „Orientierung, Institutionsspezifische Vertiefung und Prüfungsvorbereitung zur Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege“

Modultitel/Modulkennung: 04OFLA 01 „Orientierung, Institutionsspezifische Vertiefung und Prüfungsvorbereitung zur Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege (Fachspezifisches Modul)“			
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 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ)			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
			
Reflexionskategorien: 2.III Tradition und Emanzipation Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Identität zur gestaltenden Pflege und Sicherheit durch traditionelle Muster Inhalte: Individuell aus allen Modulen der Fachweiterbildung, Lernstanderhebung, Selbstreflexion, individuelle Übungen, einrichtungsspezifische Inhalte			
Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:			

Eine Pflegende

*„Also an den Schulen passiert ganz viel Kurrikulums-Arbeit, aber ich sehe nicht, dass einer weiß, wie so ein Praxiskurrikulum aussieht. Oder dass es hinterlegt ist. Da rede ich mir den Mund fusse-
lig 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 ande-
ren. Und auch dieses, also das ist mir wichtig (...)“*

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

*„Und da fehlt oftmals auch das Wissen. Und wenn wir wissen würden, wo Pflege Theorie her-
kommt, wo Pflegewissen herkommt, würden die ja vielleicht auch lernen, dass Wissen nicht ulti-
mativ ist und das Wissen sich zeitlich ändert. Das heißt, oftmals wird ja an alten Pflege-
techniken 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 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 Fachpflege zukünftig ausgeübt wird. Werde ich die Fachpflege in der Praxis gestalten und mich ggf. auf unsicherem Terrain bewegen? Halte ich an bewährten Praktiken fest, mit denen ich gute Erfahrungen gemacht habe?

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

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

Prüfungsplanung

Durch die *Perspektive der Interaktion* fällt der Blick darauf, ob die Identität zur Fachpflegenden durch *Selbstbestimmung* gekennzeichnet ist. Lernen und Auseinandersetzung führen in die Autonomie der Person. Wissen und Kompetenzen ermöglichen es, dass auch Arbeitsprozesse selbstbestimmt gestaltet werden können. Dem sind in der Realität Grenzen gesetzt, wie beispielsweise Vorgaben und einrichtungsspezifische Kulturen der Institution, in der man tätig ist. Für welche

Themen steht meine Institution und ist es mir möglich, mich mit diesen zu identifizieren? Wie kann ich meine eigenen Ideen in die Organisation einbringen?

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

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

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

Leistungsüberprüfung: (K/R/M/PR)

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 Leitungsaufgaben in der Pflege

Signatur	Modultitel	Semester
01BB 01	Beziehung gestalten – Pflegeverständnis, Ethisches Handeln, Selbstfürsorge“ (Basismodul)	1
02PB 01	Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“ (Basismodul)	2
02PBP 01	Pflegeprozess im Handlungsfeld (Praxismodul)	2
01SB 01	Systematisches wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege (Basismodul)	1
01WPB 01	Wissenschaftliches Arbeiten im Handlungsfeld (Praxismodul)	1
02GB 01	Grundlagen der Didaktik und Pflegepädagogik für die Identität in Praxisanleitung (Basismodul)	2
03PDB 01	Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln (Basismodul)	3
03FPFL 01	Fachspezifische Pflege gestalten (Praxismodul)	3
04PBB 01	Pflegebildung und Praxistransfer für die Identität in der Praxisanleitung (Basismodul)	4
01RRFL 01	Rollenambiguität und Rollenidentität: Leitung werden (Fachspezifisches Modul)	1
01PWPFL 01	Perspektivenwechsel zur Leitung: Ansprechpartner für Pflegeempfänger und Angehörige	1
02PWSFL 01	Perspektivenwechsel zur Leitung: Sicherheit und Qualität in der Institution (Fachspezifisches Modul)	2
03PWVFL01	Perspektivenwechsel zur Leitung: Versorgungsstrukturen gestalten (Fachspezifisches Modul)	3
02PEBBFL 01	Personalentwicklung: Bildung und Bindung (Fachspezifisches Modul)	2
03PWWFL 01	Perspektivenwechsel zur Leitung: Wirtschaftlich agieren (Fachspezifisches Modul)	3
03PRFL 01	Die Professionalisierung in der Einrichtung fördern: Entwicklung von Pflege Themen (Fachspezifisches Modul)	3
04WTFL01	Wissenstransfer in die Pflegepraxis – Gestalten und Projekte leiten (Fachspezifisches Modul)	4
04PRPFL01	Projekt fachspezifisch gestalten (Praxismodul)	4
04FSFLP01	Fachspezifische Pflege gestalten (Praxismodul)	4

04OFLA 01	Orientierung, Institutionsspezifische Vertiefung und Prüfungsvorbereitung zur Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege (Fachspezifisches Modul)	4
------------------	--	----------