



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

FAKULTÄT WIRTSCHAFTS- UND SOZIALWISSENSCHAFTEN

**Anhang II (Modulhandbuch)
zum Abschlussbericht**

**Fachkraft für operative und endoskopische
Pflege**

Berufsfeldanalyse für die Fachweiterbildungen in der Pflege (Niedersachsen)

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

Datum 12.05.24

Vorbemerkung

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

Benjamin Kühme
Anja Giesecking
Kirsten Barre

Inhaltsverzeichnis

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 OPERATIVE UND ENDOSKOPISCHE PFLEGE.....	56
2.2 MODUL „PFLEGEIDENTITÄT ALS FACHKRAFT FÜR OPERATIVE UND ENDOSKOPISCHE PFLEGE: ROLLENIDENTITÄT IM SYSTEM 58	
2.3 MODUL „WISSENSFUNDUS ZUM VORAUSSCHAUENDEN INSTRUMENTIEREN ENTWICKELN: TEIL I“	69
2.4 MODUL „SCHNITTSTELLENBARRIEREN AUFLÖSEN: SICHERHEIT IN DER INSTITUTION“	76
2.5 MODUL „FALLORIENTIERTES ARBEITEN: VULNERABILITÄT UND SUBJEKTPERSPEKTIVE“	84
2.6 MODUL „FACHSPEZIFISCHE PFLEGE GESTALTEN“ (PRAXISMODUL).....	93
2.7 MODUL „WISSENSFUNDUS ZUM VORAUSSCHAUENDEN INSTRUMENTIEREN ENTWICKELN: TEIL II	102
2.8 MODUL „SCHNITTSTELLENBARRIEREN AUFLÖSEN: SICHERE PROZESSE DER VERSORGUNG IM OP“	109
2.9 MODUL „SICHERHEIT BEIM INSTRUMENTIEREN ENTWICKELN UND VERMITTELN KÖNNEN“	116
2.10 MODUL „METHODEN UND PROZEDUREN IM OP“	124
2.11 MODUL PRAXISMODUL „PROJEKT FACHSPEZIFISCH GESTALTEN“ (PROJEKT)	131
2.12 MODUL „FACHSPEZIFISCHE PFLEGE GESTALTEN“ (PRAXISMODUL).....	136
2.13 MODUL ORIENTIERUNG, INSTITUTIONSSPEZIFISCHE VERTIEFUNG UND PRÜFUNGSVORBEREITUNG ZUR OPERATIVEN UND ENDOSKOPISCHEN FACHPFLEGENDEN	140
2.14 MODULTITEL UND SIGNATUREN IM ÜBERBLICK	143

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, wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege	Fachspezifisches Modul	Fachspezifisches Modul	Praxismodul 1/Wissenschaftliches Arbeiten im Handlungsfeld
	5 LP; 150 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 90 Std. gesteuerte SSZ P/R/PFP DQR 6	5 LP; 150 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 110 Std. gesteuerte SSZ HA/K/R/PFP¹ DQR 6	2 LP; 60 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 20 Std. gesteuerte SSZ K/R/M DQR 5	2 LP; 60 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 20 Std. gesteuerte SSZ K/R/M DQR 5	8 LP; 480 Praxisstunden, davon 240 Std. AVL und SSZ in der Praxis, PBM/PBS/PMU DQR 6
2 900 Std.	Fachspezifisches Modul	Fachspezifisches Modul	Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten	Grundlagen der Didaktik und Pflegepädagogik für die Identität in der Praxisanleitung	Praxismodul 2/ Pflegeprozessmethode im Handlungsfeld
	2 LP; 60 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 20 Std. gesteuerte SSZ K/R//M/PR DQR 5	2 LP; 60 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 20 Std. gesteuerte SSZ K/R//M/PR DQR 5	5 LP; 150 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 90 Std. gesteuerte SSZ PR/R/HA/P/PFP DQR 6	5 LP; 150 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 110 Std. gesteuerte SSZ HA/R/PR DQR 6	8 LP; 480 Praxisstunden, davon 240 Std. AVL und SSZ in der Praxis, PBS/PMU DQR 6
3 900 Std.	Fachspezifisches Modul	Fachspezifisches Modul	Fachspezifisches Modul	Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln	Praxismodul 3/ Fachspezifische Pflege gestalten
	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. gesteuerte SSZ HA/R//M/PR DQR 5	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. gesteuerte SSZ K/R//M/PR DQR 5	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. gesteuerte SSZ K/R//M/PR DQR 5	5 LP; 150 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 110 Std. gesteuerte SSZ HA/PR/R DQR 6	8 LP; 480 Praxisstunden, davon 240 Std. AVL und SSZ in der Praxis, PBM/PBS/PMU DQR 5
4 900 Std.	Fachspezifisches Modul	Fachspezifisches Modul Projekt fachspezifisch	Praxismodul 4/ Fachspezifische Pflege gestalten (ggf. Prüfungsmodul praktische Abschlussprüfung)	Pflegebildung und Praxisantransfer 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

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, Grotklaus-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 auch sogenannte Luftspritzen verwendet. Soweit die Patienten sich gegen die Einnahmen

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).

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

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

Wie ist vermittelbar, dass ein Kernpunkt des Pflegerischen ins Gegenteil verkehrt wurde und psychisch Kranke und Menschen mit Behinderung aktiv ermordet oder den Tötungen zugeführt wurden? In der Vermittlung ist man allzu versucht, die Frage nach Verantwortung mit dem traditionellen Delegationsweg und der hierarchisch zementierten Assistenz im Gefüge Pflege und Medizin zu beantworten. Dies ist selbstverständlich nicht ausreichend. Kritisch ist für die Gegenwart festzuhalten, dass gerade für das Thema Verantwortungsübernahme der dringende Handlungsbedarf besteht, dass Pflege aus dem Verständnismuster heraustreten muss, in dem die Entscheidungsverantwortung dem Arzt zugewiesen wird. Im Sinne pflegeberuflicher Emanzipation kommt der Pflegewissenschaft die Aufgabe zu, den Machtmissbrauch durch Pflegende weiter zu reflektieren. Auch aktuell finden wir Muster im Pflegealltag, die bedenklich stimmen lassen, da sie durch mangelnde Verantwortungsübernahme und 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 Verwahrpsychiatrie. Radiofeature DLF, MDR, WDR (<https://www.mdr.de/kultur/radio/ipg/sendung875220.html.19.04.20/>) Moderierte Gruppendiskussion zur Bewertung/ Gruppenauftrag: „Finden Sie Beispiele für Machtmissbrauch und unethisches Verhalten in ihrem Fachbereich“ **Plakatarbeit** mit dem Titel: „Finden Sie Parallelen in der beruflichen Gegenwart“/ Vorstellung der Gruppenergebnisse und Diskussion.

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

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

.

Aus der Perspektive der Interaktion

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

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

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

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

Leistungsüberprüfung: P/R/PFP

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Reflexion Praxissituationen, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

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

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

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

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 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

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 mit Vertreter*innen der Fachpraxis diskutieren.
- reflektieren Theorien, Modelle und Begriffe der Pflegewissenschaft und hinterfragen deren mangelnden Akzeptanz in der Pflegpraxis.
- greifen für die Gestaltung der Pflegeprozessmethode auf unterschiedliche Pflege-theorien zurück und übertragen ihre theoriegeleiteten Überlegungen auf Patient*innen/Bewohner*innenfälle in der fachtypischen Praxis
- werten die Pflegeprozessmethode zur sicheren Steuerung von Patient*innen und Bewohner*innen durch die funktional ausgerichtete Institution und argumentieren dies gegenüber Vertreter*innen der Berufspraxis
- Nehmen eine kritische Haltung ein und übernehmen Verantwortung dafür, mit der Pflegeprozessmethode für einen sicheren 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 und können dies im Team diskutieren
- können die Vorbehaltsaufgabe Pflegeprozess kritisch in seinen Schritten differenzieren. Die Teilnehmenden können eine evidenzbasierte / wissenschaftlich begründete Problemlösung begründen.
- erkennen situationsadäquate Rahmenbedingungen zur Anwendung des Pflegeprozesses im Kontext der Fachpflege und begründen ihre Therapie- und Diagnostikentscheidungen verantwortlich und wissenschaftlich basiert.
- Sie reflektieren ihr Pflegeprozessorientiertes Handeln in Bezug auf gesellschaftliche Erwartungen und für die Professionalisierung der Pflege.
- entwickeln ein berufliches Selbstbild, in dem die 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 Pflegetheorie • Falldarstellung Modulleistung „Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“ (schriftliche Hausarbeit) • Text aus Praxismodul überarbeiten • Pflege theoretische Reflexion • Darstellung Pflegeprozess • Ausgewählte Pflegediagnostik • Bewertung, wo es hätte zu Versorgungsbrüchen kommen können • Bewertung der theoretischen Elemente für die Praxis.
Lernvorschläge für 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 02PB01 „Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“ (Basismodul) <i>Fallerhebung in der Fachpraxis (Prüfungskombination der Module).</i>			
480 Praxisstunden, davon 240 Std. AVL und gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ) (8LP)			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
			
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

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

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

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

Leistungsüberprüfung: PBS/PMU (Kombinationsprüfung)

Modulleistung 02BP01 „Pflegeprozess im Handlungsfeld“ (Praxisbericht schriftlich)

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

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

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

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Erhebung Fallsituation in der Fachpraxis, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

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

- Mayer, H. (2019): Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr? Ein Beitrag über die Rolle der Lehre im Zusammenhang mit der Theorieentwicklung in der Pflege. Pflege & Gesellschaft. 24. Jhrg. H 2. Weinheim: Beltz, Juventa. S. 110- 122
- Mc Closky, J.; 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>			
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 und sind in der Lage, mit Vertreter*innen der Berufspraxis ins Gespräch zu kommen.
- diskutieren unterschiedliche Anforderungen an wissenschaftliche Arbeiten und die Aussagekraft unterschiedlicher Studiendesigns mit Vertreter*innen der Berufspraxis für die Pflegepraxis.
- verfügen über Schlüsselkompetenzen, die für Arbeitsprozesse in der Fachpflege notwendig sind, um wissenschaftliches Arbeiten der Pflege innerhalb der Institution sichtbar zu machen
- nutzen die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens zur Bearbeitung von Leistungsanforderungen in der Berufspraxis.
- erkennen in ihrer Institution, wie wissenschaftliche Erkenntnisse kommuniziert und genutzt werden können, um die Pflegepraxis weiter zu gestalten.
- können Informationen für wissenschaftliche Arbeiten in angemessener Zeit und angemessener Tiefe aus Bibliotheken, wissenschaftlichen Datenbanken und dem Internet zusammentragen, kritisch reflektieren und für Pflegeempfänger bewerten.
- reflektieren die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens vor dem Hintergrund der Entwicklung der Pflegewissenschaft – können mit Vertreter*innen der Fachwissenschaft ins Gespräch gehen.
- setzen die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens korrekt um und argumentieren die Notwendigkeit von Theoriegeleitetem Handeln in der Pflegepraxis vor Vertreter*innen der Berufspraxis.
- verstehen die Logik des Forschungsprozesses. Sie haben ein Verständnis zur Evidenzbasierung und kennen den EBN-Prozess.
- erklären und begründen „Critical Thinking“ im Kontext des Pflegeprozesses. Sie leiten aus der pflegerischen Versorgungsevaluation neue Fragen ab bzw. zeigen Wege zur Nutzung von Forschungsergebnissen auf.
- Die Teilnehmenden begründen eine evidenzbasierte / wissenschaftlich abgeleitete Problemlösung.

Leistungsüberprüfung: HA/K/R/PFP

Prüfungskombination mit Praxismodul „Wissenschaftliches Arbeiten im Handlungsfeld“

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

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

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Erhebung Praxissituation zur Themenfindung EBN, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

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

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

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

Modultitel/Modulkennung: Praxismodul 01WBP 01 „Wissenschaftliches Arbeiten im Handlungsfeld“ (Basismodul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Inhalte aus 01SB01 „Systematisches wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege“ (Basismodul) (ggf. Prüfungskombination der Module).</i>			
480 Std. Praxis, davon 240 Std. AVL und gesteuerte Selbststudienzeit in der Praxis (SSZ) (8 LP)			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
			
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 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 und können dies gegenüber Vertreter*innen der Berufspraxis begründen
- 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 und kommunizieren.
- Studierenden können pflegedidaktische Modelle zur Entwicklung von Lehr- Lern- Situationen in der Pflegepraxis heranziehen und evaluieren, ob der individuelle Transfer von pflegewissenschaftlichem Wissen gelungen ist.
- reflektieren die Forschungsbefunde der pflegepädagogischen Forschung kritisch und ziehen Rückschlüsse für die pflegerische Identitätsbildung in der Pflegepraxis. Sie gestalten Lehr- Lernarrangements vor dem Hintergrund der Forschungsbefunde und entwickeln eine reflexive Haltung zur pflegepädagogischen Forschung.
- können sich in Lehr- Lern- Situationen den Rezipienten (Schüler*innen, Praktiker*innen, Pflegeempfänger*innen) kommunikativ anpassen und Teilnehmer*innenorientiert interagieren.
- entwickeln eine berufliche Identität, in der die Vermittlung von Pflegewissen (pflege-) didaktisch geleitet ist und übernehmen Verantwortung dafür, dass Lernende in der Praxis zu einer Theoriegeleiteten Auseinandersetzung kommen.

Leistungsüberprüfung: HA/PR/R

HA wahlweise PR, R

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

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

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

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

alternativ

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

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Erhebung Praxissituation zur Anleitung, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

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

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

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

Evaluation im Pflegebildungsbereich/ Leistungsbeurteilung / Ergebnissicherung/ Bildungsforschung

Kurzschulungen von Mitarbeiter*innen und Pflegeempfänger*innen

Berufliche Weiterbildung zur Spezialisierung nach einer generalistischen Ausbildung.

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Gruppe von Anleiter*innen: „

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

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

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

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

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

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

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

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

*Die Sicht der Anleiter*innen*

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

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

Praxisanleitung ist durch Anspruch und Scheitern gekennzeichnet, wie die Interviewauszüge aufweisen. Nicht immer gelingen Vermittlungsprozesse und Anleiter*innen, aber auch Schüler*innen, stellen sich selbst oder das Gegenüber in Frage. Unter diesen Voraussetzungen gelingen Vermittlungsprozess nur schlecht oder gar nicht. Festzuhalten ist, dass Lernende unsicher und ungewohnt in neue 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 und können dies vor Vertreter*innen der Berufspraxis begründen.
- 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 über- nehmen Verantwortung für die Lern- und Bildungsprozesse der Schüler*innen, Weiterbil- dungsteilnehmer*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:

- Altmeppen, 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, Schöniger, Ute (2019): Das Praxiscurriculum im Studiengang Pflege dual - Das Osnabrücker Modell: Spagat zwischen Anspruch und Alltag. PADUA. (01) „Praxislernen im Pflegestudium“. Bern Hogrefe: Huber. S. 21-28,
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Gesundheit (2019): Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG. Berlin
- Darmann-Finck, Ingrid, Muths, Sabine (2016): Lernen im Prozess der Arbeit - Theorie- Praxis-Verknüpfung in der akademischen Erstausbildung. In: Therapie Lernen. Zeitschrift für Lehrende und Lernende (2016/2017). Heft 5. 5.Jahrg. Bremen: Edition HarVe. S. 6-13
- Emmrich, D., Hotze, E., Moers, M. (2006): Beratung in der ambulanten Pflege. Prob- lemfelder und Lösungsansätze mit Fortbildungskonzept. Seelze, Velber: Kallmeyer,
- Giesecking, Anja, Kühme, Benjamin, Hotze, Elke, Braun von Reinersdorff, Andrea, Pope, Martin (2022): Integration hochschulischer Bildung in die berufliche Weiterbildung. In- tegration of higher education in vocational specialised education. In: Pflege& Gesell- schaft (2022). H. 1. 27. Jg. Weinheim: Beltz Juventa. S. 32- 45
- Heimann, Paul, Otto, Gunter, Schulz, Wolfgang (1979): Unterricht: Analyse und Pla- nung. 10., unveränderte Auflage. Hannover: Schroedel,
- Kühme, Benjamin, Narbei, Ethel (2019): Pflegedidaktisch reflektierte Transferaufgaben zur Praxis-Theorie-Vernetzung. PADUA. (01). „Praxislernen im Pflegestudium“ Bern Hogrefe: Huber. S. 13-19.

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

2 Fachspezifische Module

2.1 Modulstrukturplan Fachkraft für operative und endoskopische Pflege

Curriculum der Fachweiterbildung Fachkraft für operative und endoskopische Pflege in Niedersachsen					
Semester Workload	Basismodule und fachspezifische Module				
1 900 Std.	Beziehung gestalten – Pflegeverständnis, Ethisches Handeln, Selbstfürsorge	Systematisches, wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege	Pflegeidentität als Fachkraft für operative und endoskopische Pflege: Rollenidentität im System	Wissensfundus zum vorausschauenden Instrumentieren entwickeln: Teil I	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.	Schnittstellenbarrieren auflösen: Sicherheit in der Institution	Wissensfundus zum vorausschauenden Instrumentieren entwickeln: Teil II	Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten	Grundlagen der Didaktik und Pflegepädagogik für die Identität in der Praxisanleitung	Praxismodul 2/ Pflegeprozessmethode im Handlungsfeld
	2 LP; 60 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 20 Std. gesteuerte SSZ K/R/M/PR DQR 5	2 LP; 60 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 20 Std. gesteuerte SSZ K/R/M/PR DQR 5	5 LP; 150 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 90 Std. gesteuerte SSZ PR/R/HA/P/PFP DQR 6	5 LP; 150 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 110 Std. gesteuerte SSZ HA/P/PR DQR 6	8 LP; 480 Praxisstunden, davon 240 Std. AVL und SSZ in der Praxis, PBS/PMU DQR 6
3 900 Std.	Fallorientiertes Arbeiten: Vulnerabilität und Subjektperspektive im OP	Schnittstellenbarrieren auflösen: sichere Prozesse der Versorgung im OP	Sicherheit beim Instrumentieren entwickeln und vermitteln können	Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln	Praxismodul 3/ Fachspezifische Pflege gestalten
	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. gesteuerte SSZ HA/R/M/PR 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/P/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 operativen und endoskopischen Fachpflegenden	Methoden und Prozeduren im OP	Praxismodul 4/ Fachspezifische Pflege gestalten (ggf. Prüfungsmodul praktische Abschlussprüfung)	Pflegebildung und Praxistransfer für die Identität in der Praxisanleitung	Praxismodul 5/ Projekt fachspezifisch gestalten (ggf. praktische Abschlussprüfung)
	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. gesteuerte SSZ K/R/M/PR DQR 5	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. gesteuerte SSZ K/R/M/PR DQR 6	3 LP; 90 Praxisstunden, davon 40 Std. AVL und SSZ in der Praxis P/KQ DQR 5	5LP; 150 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 110 Std. gesteuerte SSZ HA/P/R/PFP DQR 6	12 LP; 480 Praxisstunden, davon 360 Std. AVL und SSZ in der Praxis, P/PBM/PBS/P/KQ DQR 6
Workload: 3600 Std.	Total fachspezifische Module: 62 LP , Präsenzstunden 460 Total Basismodule Nds. (horizontal und vertikal, DQR 5 und 6): Präsenzstunden 280	LP Insgesamt: 92 (Niveau DQR 5 und 6)	Total horizontale Anrechnung (Nds.): 66 LP , 280 Präsenzstunden Total horizontale Anrechnung Basismodule (RP/SH): mind. 6 LP (10 Nds.)	Total Anrechnung vertikale Anrechnung: 61 LP möglich (DQR 6)	Total Stunden Praxis: 2010 Std. (LP 39)
	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 „Pflegeidentität als Fachkraft für operative und endoskopische Pflege: Rollenidentität im System“

Modultitel/Modulkennung: 01PIRSFOE 01 „Pflegeidentität als Fachkraft für operative und endoskopische Pflege: Rollenidentität im System“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Modul „Beziehung gestalten – Pflegeverständnis, Ethisches Handeln, Selbstfürsorge“ (Basismodul)</i> <i>Modul „Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“ (Basismodul)</i> <i>Modul Orientierung, Institutionsspezifische Vertiefung und Prüfungsvorbereitung zur operativen und endoskopischen Fachpflegenden (Fachspezifisches Modul)</i>			
Workload: 60 Std davon 40 Std. Kontaktstunden, 20 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
Reflexionskategorien: 2.II Teamarbeit und Konkurrenz (Selbstbestimmung und Fremdbestimmung) 1.I Tradition und Emanzipation 3.III Zuständigkeit und Selbstverantwortung Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Rollenambiguität: Was macht operative Pflege aus? Pflegerisches Selbstverständnis und Abgrenzung von Pflege Pflegeidentität, Was ist Pflege? Kommunikatives Handeln: Asymmetrie zwischen den Akteur*innen bewältigen Inhalte: Intuition (Benner) als zentrale Kompetenz bei Instrumentieren, Aufgabenwahrnehmung, Überwachung und Sicherstellung der Diagnostik und Therapie durch Pflegende (Benner) Bereiche der Pflegepraxis nach Benner (Steuerung von Diagnostik und Therapie etc.), Bedeutung der Pflegeprozessplanung zur Differenzierung von OTA, Selbstverständnis zur Pflege: Cure vs. Care: Kategorische Differenzen zwischen Sichtweisen der Medizin und der Pflege, Aufbau- und Ablauf-			

forganisation im OP, OP-Koordination (Einführung), Stellenbeschreibung, Hierarchien im System, rechtliche Regelwerke zu Aufgaben der Pflege, OTA, Operateuren, Handlungsvollmacht im System. Kommunikatives Handeln, Kommunikation mit Vorgesetzten und Mitarbeiter*innen/Konfliktgespräche/Kritikgespräche/Kommunikation in Organisationen/ Gesprächsstrategien in Sitzungen mit dem Management Chefärzten, Personalvertretung

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Pflgende:

Es war also sehr ersichtlich, dass diese Operation eine Kombinationsleistung gewesen ist durch Operateur, aber eben auch durch die instrumentierende Pflegekraft, die eben ganz gezielt sozusagen, den Ablauf der OP mit beeinflusst hat durch ihre Kompetenz. Und somit eben nochmal aufgezeigt hat, dass eben in einer Situation, wo jetzt in diesem Saal Personal vorhanden gewesen wäre, welches nicht ausreichend kompetent gewesen wäre, der Operateur keinen Einflussfaktor gehabt hätte von außen und definitiv bestimmte Dinge zum Schaden der Patientin gemacht hätte. Und das muss man einfach sagen, hat in diesem Falle die OP-Pflegekraft so beeinflusst zum Wohle der Patientin und zum Wohle des OP-Ergebnisses, was sowohl die Dauer der OP angeht, was Blutverluste und was alle Arten auch dann sozusagen mehr oder weniger des Behandlungsergebnisses beeinflusst. (...) Und ein Teil der Tätigkeit für OP-Pflegekräfte wäre ja eben auch die Vorbereitung sozusagen einer anstehenden Operation und dazu gehört ja eben dann auch die vollständige Vorbereitung: Materialien, Instrumentarien zusammensuchen und dann diese Instrumentarien so vorzubereiten, dass das, was man aus den Sieben braucht, so angeordnet wird, zusammengebaut wird, kombiniert wird, damit es dann OP-einsatzfertig ist, und zwar situativ eben einsatzfertig ist. Und grundsätzlich könnte man sagen, das hat mal ein Operateur gesagt, während der Operation wird nicht gesprochen. Und das braucht man auch nicht, wenn die Pflegekraft eben und deswegen /Das ist ja ein Medizinerberuf und insbesondere auch in der Fachweiterbildung hat man ganz lange Jahre ja eben auch / Die Pflegekraft muss praktisch eigentlich dem Operateur einen Schritt im voraus sein. Sie muss den Situs-Blick haben und sie muss wissen, das macht er gerade und gleich braucht er das! Und eigentlich braucht er gar nicht sagen, weil er weiß, wenn er seine Hand da hinhält, kriegt er das, was er braucht, weil derjenige, der dort steht, guckt rein und weiß. Und das könnte man ja zum Beispiel mit Benner machen, eben der Neuling, der da stehen würde, der hätte erstmal ganz viel damit zu tun, überhaupt aus einem Sieb mit, ich sage mal, neunzig Instrumenten, die 25 rauszuholen, die man für den Eingriff braucht und so anzuordnen, dass er den Überblick behält. Und dann diese Instrumente so anzugeben, wie es richtig ist im Angeben.

Untypisch war, dass der Operateur sich eingelassen hat auf das, was diese Pflegekraft ihm mitgegeben hat. Sehr viele, da wird dann das Verhältnis auch zwischen Ärzten und Pflegekräften dann doch häufig auch sichtbar, würden sich natürlich auf keinen Fall überhaupt sowas sagen lassen sozusagen und würden das als Anmaßung vielleicht ansehen. Und entsprechend dann auch

natürlich nicht würdigen, oder wie auch immer, und sich auf keinen Fall eingestehen, dass dann ein Fehler mehr oder weniger gewesen wäre, nicht? Von daher ist diese Situation eben daher so eindringlich oder eindrücklich in Erinnerung, weil sie ein harmonisches Bild abgegeben hat in einer interdisziplinären Zusammenarbeit, wo eben eigentlich die Rollen aufgehoben waren und eigentlich haben beide aktiv an der Handlung eigentlich, ohne sichtbares Rangverhältnis, wenn man es mal so bezeichnen kann, gearbeitet. Und das ist schon natürlich doch in einigen Bereichen ungewöhnlich, dass dann eben doch so, dass da so eine Art von Zusammenarbeit herrscht

Aus der Fokusgruppe:

Professionelles Arbeiten bedeutet hier für mich, für den gesamten perioperativen Prozess sowohl vorausschauend als auch schon im Vorfeld die postoperative Situation in der Gesamtheit aller notwendigen Faktoren, die es zu berücksichtigen gilt, zu erfassen. Erstmal zu erfassen und zu kennen, also das fachliche Wissen zu besitzen. Und vor allen Dingen dann, wenn der Abweichung von der Regel stattfindet, die Transferleistungen herstellen zu können. Nämlich zu sagen, okay, ich kann jetzt mit diesem fachlichen Wissen, mit den methodischen Kompetenzen, sie in der Berufspraxis anzuwenden, und das kann ich, dazu habe ich meine beruflichen Handlungskompetenzen erreicht. Trete ich aber jetzt noch, und das erwarte ich im Prinzip, das ist für mich tatsächlich höchste Expertise, dass ich dann, wenn es eine Transferleistung geben muss, diese übertragen kann, und die individuell auf diese Situation umsetzen kann,

(...) sind es meistens diese Herausforderungen, das sind zum Beispiel gerade in dem Moment muss irgendwas Extravagantes her. Oder, also jetzt nicht für den Auszubildenden, nicht für die in der Weiterbildung, sondern da spielen dann der Oberarzt, der Chefarzt mit rein. "Dann zeigen wir doch mal, was wir hier noch können." Und das sind so Herausforderungen, wo die dann auch reinkommen, die sind strukturell komplett darauf vorbereitet, aber in dem Moment wird komplett alles über den Haufen geworfen. Und dann sind die in einer ganz neuen Situationen, wie die sich auch geben müssen, wie die vielleicht darauf reagieren müssen.

Ich glaube, es wurde versäumt, tatsächlich, von Absolventinnen und Absolventen einer Weiterbildung, dass man diesen Personen spezielle Aufgaben nicht übertragen hat. Und sie nicht in verantwortungsvolle Aufgaben gegeben hat, anschließend. Und ihnen übertragen hat. Und das wurde halt sehr zurückgehalten, und klar, ich hatte Ihnen auch vorhin ja schon gesagt, ne, wo ich die Problematik sehe, auch mit anderen Berufsgruppen, die das für sich erkannt haben. Also gerade so der ärztliche Bereich in Managementsituation, was früher auf jeden Fall eine primäre Aufgabenfeld einer OP-Leitung mit war, die eine Weiterbildung benötigte. Das ist jetzt mittlerweile ausgehebelt, das haben andere Berufsgruppen besetzt, diese Stellen. Und jetzt muss man zukünftig gucken, es ist einfach total schwierig. Was unterscheidet jetzt die OTA oder den OTA

von der Tätigkeit als Instrumentierende oder Person in einer unsterilen Assistenz oder Tätigkeit im operativen Feld, was macht die anders als jetzt die Fachkraft? Und da wird es schwierig, weil hier nämlich die Aufgaben gleichermaßen übertragen werden. (...). Dann natürlich beratend für das OP-Management, wenn das nur aus ärztlichen Mitarbeitenden besteht, da eine feste Position zu bekommen, als OP-Koordinatorin oder Koordinator. Da sehe ich auch Fachpflegekräfte. Da sehe ich weniger OTAs. Um hier eine Abgrenzung zu bekommen. Ja. Und dann natürlich, das, was im klassischen Sinne eine Bereichsleitung, wenn ich jetzt eine größere Klinik habe, eine Bereichsleitung als Aufgabe macht. Auch da würde ich jetzt primär keine OTAs sehen. Wenn man sie abgrenzen will. Aber im Moment tut man das nicht. Und OTAs, gleichzeitig versucht, und jetzt kommen wir in diese berufspolitische Situation, der Berufsverband, und wir werden in zwei Jahren eine staatliche Anerkennung der ATA OTAs haben, dann ist das ein staatlicher Ausbildungsgang. Und deswegen reduziert sich, und das auf Ihre Frage, entweder ist es häufig das Anästhesiepflegepersonal oder die Anästhesiefachkräfte, nichtärztliche oder ärztliche, je nachdem, oder, um diese Berufsgruppe nicht zu vergessen, die ATAs. Aber es kommt manchmal diese Aufgabe auch den OTAs oder den OP-Fachpflegekräften / Und wir reden ja jetzt über Weiterbildung, deswegen, ohne diese Berufsgruppe jetzt, ne, grundsätzlich will ich sie erwähnt wissen, aber wir reden ja jetzt über Weiterbildung, deswegen konzentriere ich meinen Wortlaut auf diese Klientel.

Also eigentlich müsste man da ja wahrscheinlich sagen Pflegefachmensch. Auf jeden Fall habe ich dann eine Absolventin oder einen Absolventen, der schon ja Kompetenzen sich erworben hat, und auch im beruflichen Kontext, und eine Berufsbezeichnung tragen darf. Das ist erstmal grundsätzlicher Unterschied. Den ich jetzt bei einer OTA oder ATA nicht habe. Es sei denn, die haben vorher einen anderen Beruf gemacht

Es geht darum, tatsächlich, das ist wirklich ein zentrales Problem, dass die Klientel, weswegen wir uns hier treffen und diese Interviews führen, eigentlich ein bisschen etwas verlernt hat, was sie grundsätzlich mal vielleicht fachlich gut umsetzen konnte, was aber nicht der Fokus in den letzten Jahren drauf lag, und das ein bisschen verloren hat. Und ich glaube schon, dass es ein wichtiger Bestandteil ist, diese Berufsgruppe wieder dafür zu sensibilisieren, wie zentral, welchen zentralen Baustein, und gerade Kommunikation, und der Umgang mit Menschen das macht. Und was Sie eben gesagt hatten, nämlich alleine einen Menschen darüber zu informieren, ihn berühren zu dürfen, und das nicht einfach selbstverständlich zu tun, weil er dort ist, und weil er ja gekommen ist, dass wir ihm helfen, dann kann ich das ja einfach machen, sondern dieses Bewusstsein wieder zu schärfen: "Darf ich?" Und das hat etwas, ich glaube, dass das, wenn sich das umsetzt, zu Anfang wird das für diese Person sicherlich sehr befremdlich wirken, aber ich glaube, wenn das irgendwann gelebte Praxis ist, dann wird das auch wieder etwas machen mit den Menschen. Es

wird sozusagen diese zentrale Funktion, dass ich nicht mehr sage: "Jetzt ist die Galle oder der Blinddarm, oder der Darm kommt jetzt als nächstes", sondern, dass ich sage, wir werden jetzt den XY, wir haben jetzt den und den Menschen, die und die Person hier wieder. Dass das noch mal, es muss eine andere Wertschätzung wieder rein, für den, ja, früher sagte man immer für die Ganzheitlichkeit des Menschen. Also, dass wir wirklich den Menschen wieder in den Blick bekommen. Und ich glaube, dass das auch mit dem Personal für sich selbst was machen würde, im Umgang. Auch mit anderen Berufsgruppen. Nicht nur mit dem Patienten.

Das muss ich mir präsent machen, immer wieder, klar. Das ist eine Herausforderung. Und diesen Herausforderungen im beruflichen Kontext zu stellen. Aber ich glaube, die Crux sind unsere sozialen, personalen Kompetenzen oder Selbstkompetenz, je nachdem, wie man es nennen mag

Klar, es ist natürlich, genau, das ist ein guter Aspekt, früher wurde das dann häufig auch so diffamiert, der Funktionsbereich OP wurde ein bisschen diffamiert. Dass man gesagt hat: "Naja, du gehst da ja bewusst hin, weil du hast keinen Bock mehr auf Pflege, und du willst ja nach Möglichkeit auch nicht kommunizieren." Dann suchst du dir natürlich einen Bereich aus, wo musst du das möglichst am wenigsten tun. Das wäre dann der Funktionsbereich OP. Und dann hat man noch die Personen genommen, die gesagt haben: "Okay, die sind noch technisch affin oder haben Interesse an Technik." Ja? Hochtechnisiert, medizintechnische Geräte en masse, ja? Hochkomplex, anteilig. Also das heißt, häufig sind dann da Personen reingegangen, die so ein bisschen technikaffin waren, und gleichzeitig gesagt haben: "Ja, okay, Kommunikation ist jetzt ja auch nicht meine Stärke." Ja? Aber ich glaube, wir stellen ja jetzt das Gegenteil unter Beweis. Wir kommunizieren ja doch recht viel. Insofern, und wenn / Wir wissen auch, und wir wissen ja, wovon wir sprechen, aufgrund unserer Berufspraxis, dass man einfach sagen kann, okay, das ist ein zentraler Baustein, den darf man nicht vernachlässigen.

Ja weil einfach der, weil ich sage mal, besonders wenn man jetzt Richtung Organtransplantation oder auch Explantation geht, wie gehe ich da überhaupt mit um? Ist das jetzt eine Situation, habe ich die schon mal durchlebt? Habe ich da auch irgendwelche Möglichkeiten vielleicht, wenn ich damit Probleme habe, irgendeine Anlaufstelle, wo ich / Oder jemanden wirklich, der im OP ist, der da auch drauf geschult ist, auf sowas. Mich mit dem auseinanderzusetzen. Weil ich kann mich noch an meine erste Explantation erinnern, da hatte mich niemand drauf vorbereitet. Und das ist auch nicht für alle was. Wenn man sieht, wie die Organe entnommen wird, und nachher wird einfach alles abgestellt. Das ist ein ganz komisches Gefühl, was man ja auch nicht so hat, so oft, im OP. Und solche Aspekte würde ich wichtig finden, dass man daraufhin genau die Kräfte vielleicht eventuell vorbereitet, schon. Aber auch diese Feinfühligkeit

Und ich finde es immer schwierig, sich dann diesem Raumklima, was im OP ja auch herrscht, bewusst zu werden. Und ich glaube, dem sind viele manchmal vorher gar nicht bewusst, was das eigentlich so von der Kommunikation nachher mit einem macht. Und, dass man da auch wirklich nicht alles mit nach Hause nehmen darf. Und das finde ich immer auch so ein ganz schwieriger Punkt. Dieses Abschalten. Nach Hause kommen, irgendwas zu machen, dass man abschalten kann, vielleicht eben die Sachen kurz beiseite legen und dann vielleicht nachher irgendwann reflektieren.

Ein Pflegender:

Und wenn man hier über die AEDLs“, das hatte ich ihnen dann argumentiert, „von Krohwinkel oder so sprechen würde, in diesen grundsätzlichen AEDLs, dann wäre hier das Primäre für Sicherheit sorgen, und das ist eure Aufgabe, und dazu gehört nicht nur, dass ihr den Patienten richtig fixiert auf der Operationstischlagerfläche, sondern dass es hier auch dazu zählt, den Patienten im Vorfeld gut zu betreuen, für Sicherheit sorgen, ihn die Sicherheit zu vermitteln, sei es, durch eure Anwesenheit, durch Blickkontakte, durch qualifizierte Gespräche oder Aussagen, und auch vor allen Dingen einer hervorragenden interprofessionellen Zusammenarbeit auch mit anderen Berufsgruppen.

Wenn man jetzt noch die OP-Koordination dazu hat, muss man noch viel mit in Betracht ziehen und da kommen (ja?) meistens immer diese typischen Fälle, wie zum Beispiel eine Sectio steht an. Und es ist wirklich denn die Notsectio. Das andere Programm muss runtergefahren werden oder teilweise unterbrochen werden. Und als OP-Koordinator muss man dann wirklich sagen, wer darf weitermachen, wer nicht. Und da ist es schwierig, wenn man das als / Von der OP-Pflege her macht, sich wirklich dieses Standing zu erarbeiten bei den Ärzten, um auch für voll genommen zu werden. Dass die wirklich wissen: Der weiß ganz genau, was er macht, der überlegt auch, welche OP könnte danach weitergeführt werden. Weil das kann ja auch dazu führen, dass vielleicht ein elektiver Eingriff nachher abgesetzt werden muss, weil es auf das Tagesprogramm nicht mehr kann.

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Durch die Perspektive der Berufsgruppe (Interaktion):

Die Bildungsteilnehmer*innen bewegen sich mit ihrer neuen Aufgabe als operative Pflegende in einem Spannungsfeld von beruflicher Zuständigkeit und Selbstverantwortung, was im folgenden Zitat zum Ausdruck kommt: „Naja, du gehst da ja bewusst hin, weil du hast keinen Bock mehr auf Pflege, und du willst ja nach Möglichkeit auch nicht kommunizieren.“ Die Interviewteilnehmer*innen berichten von einem Rollenwechsel in der Institution, der aber offenbar mit der Aufgabe einer Pflegeidentität verbunden scheint. Einerseits besinnen sie sich ihrer pflegerischen Herkunft, bringen diese vielfach damit in Verbindung, die Abläufe zu den Krankheitsbildern besser verstehen zu können – andererseits deuten sie ihr neues Aufgabenfeld damit, „die Pflege zu verlassen“ und ein Pflegeverständnis erscheint keinen Sinn mehr zu machen, da ja nur

noch funktional im OP gearbeitet wird. Diese (Selbst-)Deutung mag der Transformation zur OP-Fachkraft in der Organisation geschuldet sein, um sich den neuen Zuständigkeiten widmen zu können. Darüber hinaus liegt der Aussage ein reduziertes Rollenbild von Pflege zugrunde, was auf ein ebenso reduziertes Pflegeverständnis schließen lässt. Patientenorientierung, Pflegeprozess und Steuerungsaufgaben werden nicht mehr mit Pflege in Verbindung gebracht. Dieser Widerspruch scheint nur durch das Verleugnen der eigenen Pflegeidentität auflösbar. Für die berufliche *Selbstverantwortung* als OP-Kraft muss eine Differenz zur Rolle als Pflegende hergestellt werden, um selbst in das neue Rollenbild eintreten zu können. Gleichwohl ist die Frage zu stellen, wem die Arbeit als OP-Pflegende zugutekommt? Beantwortet man diese Frage, so ist festzustellen, dass das Aufgabenspektrum auf die Sicherheit von Patient*innen in der Institution abzielt, wie die Interviews belegen und man somit auf keinen Fall vom „Verlassen der Pflege“ sprechen kann. Vielmehr: werden nicht Steuerungsaufgaben übernommen, die den Schutz von Patient*innen zum Ziel haben? Vor diesem Hintergrund scheint die Auseinandersetzung mit dem eigenen Pflegeverständnis wieder Sinn zu machen, um die Arbeit im OP für die Pflegeempfänger*innen legitimatorisch zu tragen.

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

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

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

Lehrervortrag: *„Intuitionsbildung nach Benner für den OP und die Endoskopie“ (Einstieg Exempel aus den Interviews). Gruppendiskussion:* „Intuitionsbildung als Stärke beim Instrumentieren? Was bedeutet es für OP-Pflege, dem Operateur immer **einen Schritt voraus** zu sein?“ (siehe auch Modul Sicherheit beim Instrumentieren entwickeln und vermitteln können.)

In der Kategorien *Selbstbestimmung* und *Fremdbestimmung* wird deutlich, dass die OP-Pflegenden um eine Abgrenzung zu den OTA (Operationstechnischen Assistent*innen) bemüht

sind. Sie ringen nach einer eigenen Identität, was mit Abgrenzungsprozessen verbunden ist. Was unterscheidet eigentlich die Pflegenden von den Assistenzberufen im OP? Das Spannungsfeld lässt sich durch zwei zentrale Punkte beleuchten: 1. Besinnung auf die Theoriebildung (u.a. Benner) der eigenen Fachwissenschaft, die das „Pflegerische“ zur Abbildung bringt (u.a. Intuitionsbildung bei OP-Pflegenden), 2. Pflegeprozessplanung als Vorbehaltsaufgabe, was die oben angeführte Steuerungsaufgabe beinhaltet und OP-Pflegende von den OTAs unterscheidet. Der Unterschied ist, dass es hierbei nicht nur um die Assistenz ab OP-Tisch geht, sondern auch für den Gesamtprozess der Patientenversorgung im operativen Bereich Verantwortung übernommen werden muss.

Workshop: Analyse von rechtlichen Regelwerken der Berufe: PflAPrV, PflBG, Richtlinien für die OTA-Ausbildung. Fragestellung: „Welche Kompetenzen und Aufgaben können unterschieden werden?“, „Inwiefern werden Steuerungsaufgaben übernommen?“. **Gruppendiskussion:** „Welche Bedeutung hat die Pflegeprozessmethode in der Differenzierung der Berufsgruppen?“

Lehrervortrag zum „Wesen der Pflege: Caring“. Gruppendiskussion: „Inwieweit unterscheidet uns das „Caring“ (Sorge) von den Assistenzberufen?“

Abschließende **Diskussion** zur **Pflegetheorie** und zum **Thema Prozesssteuerung** durch Pflegende in der Organisation des OPs und der Endoskopie.

Die Sicht der OP-Pflegenden und des Behandlungsteams (Interaktion)

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

Methodischer Vorschlag: Einstieg Fallbeispiel/ Reflexion Aufgaben der Akteur*innen: Pflegende, Fachpflegende, Mediziner*innen: ein Blick in rechtliche Regelwerke/behördliche Vorgaben/Ausbildungsgesetze/Approbationsordnung /**Diskussion;** Zitat: Bartholomeyczik (2010, S. 140) auf die

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

Methodischer Vorschlag: Lehrervortrag zur Organisation im OP und der Endoskopie/Aufbau- und Ablauforganisationen/Organigramme: Abläufe, OP-Planung, OP-Koordination, **Zuordnung der Fachpflegenden** (PDL, Ärztl. Direktor, Vorstand etc.)/Stellenbeschreibungen analysieren/einschlägige Behörden/Personal- und Mitarbeitervertretungen/Weisungsbefugnisse incl. rechtlicher Regelungen. **Diskussion und Bewertung:** „Welchen Einfluss hat die Aufbauorganisation auf meine Handlungsvollmacht? **Lehrervortrag** zu Merkmalen einer Stellenbeschreibung. **Workshop:** „Wie könnte eine Stellebeschreibung für Fachpflegende/OP-Koordination aussehen?“

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

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

Modulabschluss: Diskussion Sichtweisen Pflege, Sichtweisen OTA, Sichtweisen Medizin, Beurteilung Pflgeetheorie von Benner für die Fachpraxis. Beurteilung der Pflgeetheorie zur Identität als OP-Pflegende.

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- verfügen über ein integriertes berufliches und pflgeetheoretisches Wissen im Tätigkeitsfeld des OPs und der Endoskopie und kennen die Grenzen zur Bezugswissenschaft Medizin
- verstehen das Konzept „Caring“ und können es in der Praxis auf die Fachpflege übertragen, übernehmen Verantwortung für Patient*innen

- sie erkennen, dass Intuitionsbildung nach Benner eine grundlegende Fähigkeit beim Instrumentieren ist, um im Operationsverlauf immer einen Gedanken weiter zu sein, als der Operateur und der Verlauf der Operation
- sie bewerten pflegetheoretische Bezüge für ihre eigene Identität als OP-Pflegende und können sich unter deren Begründung von Operationstechnischen Assistent*innen abgrenzen
- bewerten berufliche Aufgaben, wie die Pflegeprozessplanung und Schnittstellen im Behandlungsprozess und können diese für ihr eigenes Handeln einordnen, übernehmen Verantwortung im Behandlungsteam der operativen Pflege, erkennen die Grenzen und Widersprüche in der Fachpraxis
- können mit ihrem neuen Verständnis zum „Caring“ und durch die Theorie von Benner ihre eigene Rolle als operative und endoskopische Fachkraft einordnen, Sichtweisen einbringen, Handlungsalternativen abwägen und im Versorgungsteam kommunizieren
- können Gesprächsstrategien in Arbeitssitzungen entwickeln, Machtinteressen analysieren und einordnen, sachlich argumentativ überzeugen
- kennen eine Breite an rechtlichen Regelwerken zu den Berufsbildern im OP und der Endoskopie
- sie kennen die Aufbau- und Ablauforganisation operativer Einheiten und übernehmen Verantwortung, Ablaufpläne zu gestalten und Änderungen zu begründen
- beherrschen kommunikative Fähigkeiten in Zusammenarbeit mit der Akteuren im OP, wie Chefärzte, PDL, Personalvertretung, bewerten diese für ihr Praxisfeld.
- entwickeln auf Basis der pflegewissenschaftlichen Theorien und Konzepte eine fachpflegerische Identität, für die sie im Behandlungsteam und in der Institution eintreten.

Leistungsüberprüfung: K/R/M

-

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

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

Literaturempfehlungen:

- Bartholomeyczik, S. (2010): Professionelle Pflege heute. Einige Thesen. In: Kreutzer, S.; Remmers, H. (Hrsg.) (2010): Transformation pflegerischen Handelns: Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert. Osnabrück: V & R Unipress, S. 134–155.
- Benner, P. (2012): Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. Bern: Huber
- Cervinka, G., Schranz, G. (2011): Protokollführung. Richtig strukturieren und treffend formulieren. München: Redline Verlag
- Lausch, A. (2015): Betriebsführung und Organisation im Gesundheitswesen. Ein Arbeitsbuch für Gesundheits- und Pflegeberufe. Wien: Facultas
- Lenders, D. (2022): Die Personalvertretung. Zusammenarbeit und Mitwirkungsrechte: Köln: Luchterhand. Wolters Kluver
- Liehn, M., Lengersdorf, B., Steinmüller, L., Döhler, R. (2020): OP-Handbuch: Grundlagen, Instrumentarium, OP-Ablauf. Berlin: Springer
- Müller, K. (2018): Berufsverständnis. Handlungskonzepte und Haltungen in der Pflege – das Konzept des „Caring“. In: Büker, Christa, Lademann, Julia, Müller, Klaus (Hrsg.) (2018): Moderne Pflege heute. Beruf und Profession zeitgemäß verstehen. Stuttgart: Kohlhammer. S. 87-102

- Rogall-Adam, H., Josuks, H., Adam, G., Schleinitz, G. (2018): Professionelle Kommunikation in Pflege und Management. Hannover: Schlütersche
- Schnepf, W. (1996): Pflegekundige Sorge. In: PflGe 2/96, Pflege und Gesellschaft, 1. Jahrgang: 13–16.
- Spieß, E.; Nerdinger, F. W.; Regnet, E. & Rosenstiel, L. von. (2003). Effektiv kooperieren: wie aus lauter Solisten ein erfolgreiches Orchester wird. Weinheim: Beltz
- Wilk, G. (2022): Stellenbeschreibung und Anforderungsprofile. Freiburg: Haufe
- Berufrechtliche Regelwerke

Kü/Ba/Gi: 10.05.24

2.3 Modul „Wissensfundus zum vorausschauenden Instrumentieren entwickeln: Teil I“

Modultitel/Modulkennung: 01WVIFOE01 „Wissensfundus zum vorausschauenden Instrumentieren entwickeln: Teil I“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Modul Systematisches wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege (Basismodul)</i> <i>Modul Fallorientiertes Arbeiten: Vulnerabilität und Subjektperspektive im OP (Fachspezifisches Modul)</i> <i>Modul Pflegeidentität als Fachkraft für operative und endoskopische Pflege: Rollenidentität im System (Fachspezifisches Modul)</i> <i>Ggf. Modul Fachspezifische Pflege gestalten (Praxismodul)</i> <i>Modul Wissensfundus zum vorausschauenden Instrumentieren entwickeln: Teil II (Fachspezifisches Modul),</i> <i>Modul Sicherheit beim Instrumentieren entwickeln und vermitteln können (Fachspezifisches Modul).</i>			
Workload: 60 Std davon 40 Std. Kontaktstunden, 20 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
Reflexionskategorien: 1.I Leiderfahrung und Leibentfremdung 2.II Teamarbeit und Konkurrenz 3.III Zuständigkeit und Selbstverantwortung			
Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Schicksal Mensch: wenn operatives Handeln (nur) funktional stattfindet Wissen und Intuitionsbildung machen sicher im Instrumentieren			
Inhalte: Vorausschauendes Instrumentieren (Intuition nach Benner): Steriles Arbeiten im OP. Aufbau und Funktionen der Einheit im Zusammenhang mit sterilem Arbeiten, Operationsfläche, Vorbereitung der Patient*innen, Vorbereitung der Operateure und der instrumentierenden Pflegenden, unsterile Springer, Instrumentenkunde, Aufbau von OP-Sieben, Anordnung auf dem OP-Tisch, Nosokomiale Infektionen: Mikrobiologie, Virologie, Bakteriologie, Mykologie, Immunologie Ausgewählte Operationsverfahren der Unfallchirurgie und Orthopädie: Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie und Topografie. Operationstechniken und gewünschte Operationsabläufe,			

Ausgewählte Operationsverfahren der HNO- und Augenheilkunde: Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie und Topografie. Operationstechniken und gewünschte Operationsabläufe,

Ausgewählte Operationsverfahren der Gynäkologie und Geburtshilfe: Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie und Topografie. Operationstechniken und gewünschte Operationsabläufe,

Ausgewählte Verfahren in der Endoskopie. Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie und Topografie. Eingriffe und Spiegelungen.

Patient*innengeschichte prä- und postoperativ.

Eine Pflegende:

„Auf dem OP-Plan steht Oberarmkopffraktur. In vielen OP-Abteilungen steht gar nicht dahinter, was man macht, sondern alleine diese Kurzinformation ist dann abteilungsintern der Hinweis darauf sozusagen, was wahrscheinlich für ein Verfahren gewählt wird. Und ganz typisch für die Situation war, dass es grundsätzlich ergebnisoffen war. Dass man also zunächst einmal gucken musste, in welcher Form man überhaupt / Wenn man jetzt eine instrumentierende OP-Pflegekraft ist, dann geht es ja auch darum, welche sterilen Instrumentarium lasse ich mir öffnen und nutze ich für diese Operation? Und da gibt es ja häufig drei, vier, fünf verschiedene Möglichkeiten. Und ganz typisch ist dann eben, dass die OP-Pflegekraft, sozusagen diejenige ist, die weiß, wenn der Operateur sagt, "wir machen das!", dann eben automatisch auch sagen kann, "dafür brauche ich das, das, das!" Und das brauche ich sozusagen dafür und dann das so vorbereitet, dass sozusagen dann der Operateur praktisch eben handeln kann. Das ist eine ganz typische Situation, die eben wiederkommt (...) Diese Pflegekraft in dem Fallbeispiel war dem Operateur immer einen Schritt im Voraus. Und er wusste genau, was als Nächstes kommt und er wusste genau, was er braucht von den ganzen Materialien, die es in der Abteilung gibt. Und er wusste genau, wo es liegt. Er wusste genau, wo er es braucht sozusagen und wen er sozusagen beauftragen kann, was zu holen. Das ist typisch für diese Situation gewesen

Aus der Fokusgruppe:

Im Prinzip ist die Patientengruppe um die es hier maßgeblich geht, ist die Patientengruppe, die sich einem operativen Eingriff im weitesten Sinne unterziehen muss. Und aber auch dann in speziellen Bereichen natürlich auch diagnostischen Eingriffen. Also da rede ich im Speziellen jetzt hier von Gastroenterologiebereich, also sprich der Endoskopie. Dort wären ja sowohl eine Synergie oder eine Verknüpfung zwischen diagnostisch und therapeutisch. Ansonsten sämtliche Patientengruppen, die sich (einen? #00:01:11-0#) entweder im ambulanten Verfahren oder in einem stationären Verfahren einem operativen oder diagnostischen Eingriff unterziehen müssen. #

Also das halte ich für eine zentrale Aufgabe von Weiterbildung, dass sie sich damit auseinandersetzen muss, um wirklich soziale und personale Kompetenzen als Handlungskompetenzen / Weil

wir wissen alle, die fachliche Kompetenz, ja, das Fachwissen hat eine so geringe Halbwertszeit, ja? Das verfällt zunehmend. Und aber eigentlich sind die scharfen Kompetenzen an denen wir arbeiten müssen oder die wir ausbauen müssen, sind eher soziale und personale Kompetenzen, und darauf muss sich jede Weiterbildung im primären Fokus drauf. Immer unter dem Deckmantel, klar, absolut wissenschaftlicher Stand der Technik, alles evidenzbasiert nach Möglichkeit, sofern man hat. Aber grundsätzlich ist Fachlichkeit eines, die zentralen Bausteine sind personelle und soziale Kompetenzen. Und dann deren methodische Anwendung halt natürlich

Professionelles Arbeiten bedeutet hier für mich, für den gesamten perioperativen Prozess sowohl vorausschauend als auch schon im Vorfeld die postoperative Situation in der Gesamtheit aller notwendigen Faktoren, die es zu berücksichtigen gilt, zu erfassen. Erstmal zu erfassen und zu kennen, also das fachliche Wissen zu besitzen. Und vor allen Dingen dann, wenn der Abweichung von der Regel stattfindet, die Transferleistungen herstellen zu können

Eine Pflegende:

Das Fachliche / Bei der Weiterbildung / Es wird schon sehr viel vorausgelegt durch die Krankenpflege. Es sind gute anatomische und physiologische Kenntnisse (da?) in Diagnostik, Therapien, da wissen die alle schon sehr viel Bescheid. Und wenn die in einem Spezialbereich arbeiten, sind das ja auch schon die Experten.

Eine Pflegende:

Wenn ich an mich zurückdenke, ich habe so lange Unterricht gemacht in diesen Bereichen. Wenn man den Magen-Darm-Trakt behandelt hat, man hat vierzig verschiedene Operationsverfahren erklärt, benannt, und was weiß ich nicht alles, aber eigentlich müsste man ja gar nicht das tun, sondern man müsste eigentlich nur das tun, was sozusagen ist das Besondere, wo sozusagen anderes durch ableitbar wäre. Und ich glaube, das ist, glaube ich, wichtig zukünftig: Wie kann man sozusagen, wenn man Spezialmodule vielleicht anbieten würde für bestimmte Fächer, könnte man vielleicht sagen, ein Spezialmodul Herzchirurgie, ein Spezialmodul Allgemeinchirurgie oder solche Dinge. Das könnte man nochmal überlegen, aber eben auch die Grundfrage: Was müssen wirklich alle Pflegekräfte, die im Operationsdienst tätig sind zukünftig, eigentlich für Grundkompetenzen mitbringen? Und ich glaube, da kann man schon eine ganze Reihe finden, die alle mitbringen müssen. Aber nicht jeder muss wissen, was das fachliche Modul Gynäkologie vielleicht dann beinhaltet, ne?

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Aus der Perspektive der Interaktion

Im Zentrum des Moduls steht die Bennersche Intuitionsbildung (siehe Modul Pflegeidentität als Fachkraft für operative und endoskopische Pflege: Rollenidentität im System), die es den Pflegenden ermöglicht, während der Operationen und Eingriffe vorausschauend zu agieren, wie in den Interviews beschrieben. Die Module Wissensfundus zum vorausschauenden Instrumentieren entwickeln: Teil I und II sollen den Teilnehmenden ermöglichen, einen Wissensfundus für das Handlungsfeld zu erwerben, um in der Praxiserfahrung die „paradigmatischen Fälle“ (Benner) mit dem erworbenen Wissen zu reflektieren. Nicht zuletzt gestaltet das Fallverstehen mit dem daran gebundenen „vorausschauenden Instrumentieren“ die *Teamarbeit* mit den Operateuren, die in der Realität oft als *konkurrierendes* Verhältnis erlebt wird (siehe Interviews).

Die Sicht der Betroffenen

An Anfang und Ende einer Operation steht immer der Mensch, der lebenslang davon betroffen sein könnte (vgl. *Modul Fallorientiertes Arbeiten: Vulnerabilität und Subjektperspektive im OP*). Ein operativer Eingriff ist immer mit einer *Leiderfahrung* verbunden, in die der betroffene Mensch unbeabsichtigt und oft unverschuldet hineingerät. Schutzbedürftige sind dem System hilflos ausgesetzt, da ihnen das Fachwissen fehlt, um sich zu schützen oder sie nicht mehr in der Lage sind, um sich gegen falsches Verhalten zu wehren. Zudem existiert bei Operationen eine unsichtbare Gefahr, die auch von Mitarbeitenden oft nicht in die Zusammenhänge mit dem nosokomial erworbenen Krankheitsbild gebracht wird: die operativ bedingte Infektion. Ein Moment der Achtlosigkeit im stressigen Arbeitsalltag der Mitarbeitenden ist oft der Beginn des *Leids* und steht in der Kausalkette der Infektionsepidemiologie. Die *Leiderfahrung* beginnt unsichtbar und still, je nach Erreger nimmt sie einen anderen Verlauf und ist mit vielfältigen Symptomen verbunden, die fachlich in den Zusammenhang gebracht werden müssen, um die Ursache zu erkennen. Im System Krankenhaus ist dies sehr schwer, da die Prozesse funktional ausgerichtet sind und sich der einzelne Fallverlauf für die Mitarbeitenden nur schwer erschließt. Mit den Symptomen einer Keiminfektion sind *Leibentfremdungen* der Betroffenen verbunden. Chronische Wunden und vielfältiges Organversagen können auf die im Krankenhaus erworbenen Infektionen zurückgeführt werden. Die Fachpflegenden in den Interviews wissen, um die Kausalitäten von Infektion und der im Zusammenhang stehenden Erkrankungen. Dieses Wissen ist fundiert und sehr speziell, erfordert eine tiefe und breite Auseinandersetzung mit der Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie. Doch sind ihnen die Einzelschicksale bewusst, die am Ende der Geschehnisse stehen? Spezielles Wissen wird erst dann wirksam, wenn es am Fall reflektiert zur Anwendung kommt.

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

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

Lehrervortrag: Steriles Arbeiten im OP. Aufbau und Funktionen der Einheit im Zusammenhang mit sterilem Arbeiten, Operationsfläche, Vorbereitung der Patient*innen, Vorbereitung der Operateure und der instrumentierenden Pflegenden, unsterile Springer

Workshop: Instrumentenkunde, Aufbau von OP-Sieben, Anordnung auf dem OP-Tisch (u.a. Liehn, Schlautmann 2022).

Lehrervortrag: Ausgewählte Operationsverfahren der **Unfallchirurgie und Orthopädie:** Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie und Topografie. Operationstechniken und gewünschte Operationsabläufe (u.a. Frakturbehandlung: Spickdraht- und Plattenosteosynthesen, Spiegelungen und Implantationen von künstlichen Gelenken, Amputationen, Wiederherstellung von Muskeln- und Sehnen etc.).

Exemplarisch: Aufbau Operationstisch, Lage der Instrumente und Ablauf der Operation.

Lehrervortrag: Ausgewählte Operationsverfahren der **HNO- und Augenheilkunde:** Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie und Topografie. Operationstechniken und gewünschte Operationsabläufe.

Exemplarisch: Aufbau Operationstisch, Lage der Instrumente und Ablauf der Operation.

Lehrervortrag: Ausgewählte Operationsverfahren der **Gynäkologie und Geburtshilfe:** Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie und Topografie. Operationstechniken und gewünschte Operationsabläufe (u.a. Sektio, Hysterektomie, Ablatio mammae, Kürettage/Abrasio etc.)

Exemplarisch: Aufbau Operationstisch, Lage der Instrumente und Ablauf der Operation.

Lehrervortrag: Ausgewählte Verfahren in der Endoskopie. Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie und Topografie. Eingriffe und Spiegelungen (Coloskopie, Rektoskopie, Gastroskopie etc.)

Exemplarisch: Aufbau steriles Feld, Lage der Instrumente/Geräte und Ablauf der Eingriffe.

Zwischen Fachpflegenden, Patienten und Angehörigen sowie zwischen Fachpflegenden und Pflegenden auf den Stationen besteht eine konstitutionelle Asymmetrie, die Behrens und Langer in Informations- und Angstasymmetrie differenzieren (vgl. 2016, S. 93f.). Sowohl durch die *leibliche* Betroffenheit als auch durch Wissensdefizite sind die Patienten und Angehörigen auf Unterstützung durch die professionellen Akteur*innen angewiesen. Um bei den Teilnehmer*innen den funktionalen Blick auf den Eingriff zu erweitern und das Subjekt in den Vordergrund zu rücken, bietet sich eine Auseinandersetzung mit der Geschichte der operierten Patienten an. Gewissermaßen können die Teilnehmer*innen einen Einblick in die *Leibentfremdung* bekommen, die mit invasiven Eingriffen verbunden sind.

Praxisauftrag für das Praxismodul: Nachsorgebesuch bei ausgewählten Patient*innen auf den Stationen. Die Teilnehmer*innen sollen die Geschichte der Patienten reflektieren: Wie kam es zur

Operation/dem Eingriff? Welche Beschwerden waren damit im Vorfeld verbunden? Wie ist der Ausblick auf den Verlauf? (Praxisauftrag nach AVL erstellen)

Zusammenfassung des Moduls. Ausblick auf Module in Semester und auf Modul Sicherheit beim Instrumentieren entwickeln und vermitteln können (Fachspezifisches Modul).

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- haben ein breites und tiefes Wissen zur Mikrobiologie, Virologie, Bakteriologie, Mykologie, Immunologie und den Erregernachweisen
- sie können ihr Wissen einem Fallkontext zuordnen und hierbei die Perspektive von Betroffenen einnehmen, leiten hieraus die Schicksale ab, die sich u.a aus einer Keiminfektion ergeben
- erwerben ein breites und tiefes Wissen zur Hygiene im OP und in der Endoskopie, um steriles Arbeiten umzusetzen
- Werden mit dem RKI und den KRINKO-Empfehlungen vertraut, können die Informationen für Problemsituationen in den Institutionen abrufen, einordnen und anwenden
- Haben ein breites und tiefes Wissen zu multiresistenten Keimen und ihren Auswirkungen auf Betroffene, kennen Behandlungsmöglichkeiten und können eine Eindornung des Themas für den OP und die Endoskopie vornehmen
- Erhalten ein breites und tiefes Wissen zu Operationstechniken in der Unfallchirurgie und Orthopädie, um ein intuitives Instrumentieren in der Berufspraxis entwickeln zu können
- Erhalten ein breites und tiefes Wissen zu Operationstechniken in der HNO- und Augenheilkunde, um ein intuitives Instrumentieren in der Berufspraxis entwickeln zu können
- Erhalten ein breites und tiefes Wissen zu Operationstechniken in der Gynäkologie und Geburtshilfe, um ein intuitives Instrumentieren in der Berufspraxis entwickeln zu können
- Erhalten ein breites und tiefes Wissen zu Eingriffen und Untersuchungen in der Endoskopie, um ein intuitives Assistieren in der Berufspraxis entwickeln zu können.

Leistungsüberprüfung: K/R/M

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

- Fallerhebung in der Praxis (Arbeitsverbundenes Lernen)

Praxisauftrag für das Praxismodul: Nachsorgebesuch bei ausgewählten Patient*innen auf den Stationen. Die Teilnehmer*innen sollen die Geschichte der Patienten reflektieren: Wie kam es zur Operation/dem Eingriff? Welche Beschwerden waren damit im Vorfeld verbunden? Wie ist der Ausblick auf den Verlauf? (Praxisauftrag nach AVL erstellen)

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

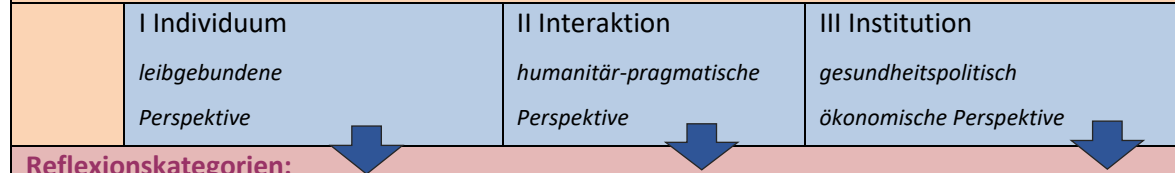
- Literaturstudium zu den Inhalten des Moduls
- Fallreflexion mithilfe der vorgeschlagenen Lektüre, Fallaufbereitung in der Praxis ggf. als Prüfungsleistung
- Prüfungsvorbereitung

Literaturempfehlungen:

- Behrens, J.; Langer, G. (2016): Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber.
- Duru, S., Gnant, M., Markstaller, K., Bodingbauer, M. (2018): Standards der OP-Patientenlagerung. Korrekte Lagerung und technische Ausstattung im modernen OP-Saal. Berlin: Springer
- Ficklscherer, A. (2023): BASICS Orthopädie und Unfallchirurgie. Urban& Fischer, Elsevier
- Grehn, F. (2019): Augenheilkunde: Lehrbuch. Berlin: Springer
- König, O., Schattenhofer, K. (2021): Einführung in die Fallbesprechung und Supervision. Heidelberg: Carl-Auer, Compact.
- Kramer, A. (2022): Krankenhaus und Praxishygiene. Hygienemanagement und Infektionsprävention in medizinischen und sozialen Einrichtungen. München: Urban& Fischer/Elsevier
- Liehn, M., Lengersdorf, B., Steinmüller, L., Döhler, R. (2020): OP-Handbuch: Grundlagen, Instrumentarium, OP-Ablauf. Berlin: Springer
- Liehn, M., Schlautmann, H. (2022): 1x1 der chirurgischen Instrumente: Benennen – Erkennen – Instrumentieren. Berlin: Springer
- Modrow, S., Truyen, U., Schätzel, H. (2021): Molekulare Virologie. Heidelberg: Springer
- Meise, C., Ferrand, N., Greve, C. (2021): Antibiotika. Medi-Learn Poster. Kiel: Medi-Learn Verlag
- Schiergens, T. (2023): BASICS Chirurgie. Urban& Fischer, Elsevier
- Schulz-Stübner, S. (2023): Repetitorium Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Heidelberg: Springer
- Schulz-Stübner, S., Dettenkofer, M., Mattner F., Dawson, A., Mahlberg, R. (2023): Multi-resistente Erreger. Diagnostik Epidemiologie, Therapie. Heidelberg: Springer
- Schulz-Stübner, S., Mattner F., Meyer, E., Mahlberg, R. (2019): Antibiotika bei Infektionen mit multiresistenten Erregern. Heidelberg: Springer
- Schumpelick, V., Kasperk, R., Stumpf, M. (2021): Operationsatlas Chirurgie, Stuttgart: Thieme
- Solomayer, E-F., Juhasz-Böss, I. (2018): Kursbuch gynäkologische Endoskopie. Stuttgart: Thieme
- Strutz, J., Mann, W.J. (2023): Praxis der HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie. Stuttgart: Thieme

Kü/Ba/Gi: 10.05.24

2.4 Modul „Schnittstellenbarrieren auflösen: Sicherheit in der Institution“

Modultitel/Modulkennung: 02SSIFOE1 „Schnittstellenbarrieren auflösen: Sicherheit in der Institution“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Modul Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten (Basismodul)</i> <i>Modul Schnittstellenbarrieren auflösen: sichere Prozesse der Versorgung im OP (Fachspezifisches Modul)</i> <i>Modul Methoden und Prozeduren im OP (Fachspezifisches Modul)</i>			
Workload: 60 Std davon 40 Std. Kontaktstunden, 20 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: 3.III Rentabilitätsanspruch (Marktliberalität) und soziale Gerechtigkeit 2.II Teamarbeit und Konkurrenz 3.II Humanisierung und Sozialtechnologie Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Wenn Kommunikation zu Fehlern führt Aus Fehlern lernen? Rollenambiguität zwischen Leitlinien und Qualität Inhalte: Schwierige Kommunikation und Kommunikationsstörungen als Ursache von Fehlern, Gesetzliche Regelungen zur Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, Behörden und Aufsichtsorgane, Aufbau- und Ablauforganisation im Fokus Institutionelle Begehungen, Bau- und Gebäudeplanung, Patientensicherheit, CIRS, Risikomanagement, Fehlermanagement, Lernende Organisation, Critical Incident Reporting System, Zertifizierung und Qualität in der Hygiene, Organe: G-BA, AWMF-Leitlinien, Krankenhausfinanzierung, DRG, Medizinische Prozedurenschlüssel im OP, Dokumentation. Haftungsrecht, Strafrecht (Körperverletzung)			
Eröffnung der Handlungssituation/Exempel: <i>Eine Pflegendende:</i>			

„Ja, ein zweites Fallbeispiel, was eben zu tun hat vielleicht mit Dingen, wo Absprachen einfach fehlen und Absprachen hinsichtlich der Zuständigkeiten und des Aufgabenspektrums. Nehmen wir eine andere Situation. Es ist Nacht, es ist Bereitschaftsdienst und es ist eine Notfalloperation und alle Beteiligten sind nicht glücklich, dass sie sozusagen arbeiten müssen. Und bestimmte Dinge sozusagen innerhalb dieser Tätigkeit ist eben so, dass man natürlich bestimmte Dinge, sage ich mal, vorbereitet. Und man kann natürlich hingehen als OP-Pflegekraft, je nach grundsätzlicher Handlungsweise vielleicht der Fachabteilung, manchmal ist es Operateur abhängig, manchmal dass denn zum Beispiel die OP-Pflegekraft den Patienten lagert. Das ist, glaube ich, kann man sagen, eine der Standardaufgaben, die aber grundsätzlich ja eine Delegationsaufgabe ist, weil eigentlich der Operateur die Verantwortung trägt sozusagen für die Lagerung, aber dadurch dass Lagerung standardisiert ist in vielen Abteilungen, natürlich dass ein grundsätzlicher Bestandteil eben auch von Aus- oder auch natürlich dann Weiterbildung ist und somit sozusagen eigentlich der Patient vom Pflorgeteam gelagert wird.“

Aus der Fokusgruppe:

„In dem, was ich da tue. Nicht nur einfach nur zum Standardmenschen werde, sondern auch auf individuelle Situationen reagieren muss. Und da halt dann auch ganz genau weiß, im Nachhinein, habe ich da alles richtig gemacht? Was kann ich beim nächsten Mal vielleicht verändern? Was gibt es da noch für Möglichkeiten?“

„Ich würde einfach sagen, wenn das jetzt jemand wäre aus der Gesellschaft und würde sagen: "Was machst du?" Dann würde ich sagen: "Du, ich versuche, dazu beizutragen, mit all dem, was ich mache, von der Bereitstellung des Instrumentariums, so wie du gelagert werden musst, und so, dass du interoperativ gut versorgt wirst, dass ich das unter sterilen Kriterien bis zum Abschluss und bis zu dem Wundverschluss hinbekomme, und, dass du sicher ohne größere Schäden du diese Abteilung wieder verlässt. Also ich würde sagen, primär nicht schädigen. Als Grundsatz. Primär nicht schädigen, das muss das oberste Ziel sein. Und für Sicherheit sorgen. Und wenn ich alles dafür tue, dass ich primär nicht schädige, habe ich viel erreicht. Ja!“

„Es ich sage mal, mit der Vorinformation fängt es schon an, vom Patienten. Die mit der Gestaltung des OP-Plans dann praktisch den, die Vorbereitung, das Einschleusen von dem Patienten, bis hin zur Vorbereitung von der Anästhesie. Die Vorbereitung des OP-Saals, der Instrumente, praktisch der ganze Ablauf, der ist auch strukturiert, oder halt an Standards schon festgefasst. Es gehört die Sterilisationsabteilung dazu. Die im, ich sage jetzt mal, im täglichen Umfeld jetzt eigentlich von Personen übernommen werden, die auch da tagtäglich arbeiten. Geht es in den Bereitschaftsdienst, muss die OP-Pflege das auch mit übernehmen.“

„(...) aber in erster Linie da auch für Sicherheit zu sorgen. Es bedeutet eine adäquate Sicherheitsvermittlung, und den Patienten gerade in diesem Bereich nicht mehr allein und unbeaufsichtigt zu lassen. Durch sämtlich, durch die gesamte perioperative Situation, aufgrund dessen, dass der Patient mitunter eingeschränkt ist aufgrund Narkosemittel oder Medikamentengabe im weitesten Sinne. Das heißt, er kann für seine eigene Sicherheit nicht sorgen, und das wird quasi, das ist noch mal eine besondere Situation, die diesen Bereich noch mal vielleicht von allen anderen unterscheidet. Hier kann die Selbstfürsorge, die der Patient umsetzen würde sonst, für sich, oder die der Mensch für sich umsetzt, ja nicht durch ihn gewährleistet oder durch Selbstübernahme erfolgen. Das heißt, wir sind noch mal angehalten, für diese komplexe Sicherheitssituation für den Patienten zu übernehmen. Dafür vertraut er sich ja quasi an, oder ich würde mich dem anvertrauen, wenn ich selbst mich einem Eingriff unterziehen würde. Und die pflegerischen Aufgaben sind allumfassend.“

Eine Pflegende

„Ich fand es immer gut, wenn man also mit seinem Vorgesetzten oder auch halt mit den anderen Teilen des Teams immer eine transparente Kommunikation führt, dass die auch genau nachvollziehen können. Klar, muss man auch ganz genau wissen: Wie verhalte ich mich? Dem Team gegenüber. Wie verhalte ich meiner Leitung gegenüber? Weil als Stellvertretung ist es ja meistens, dass man zwischen den Stühlen sitzt. Und einerseits ist man Mitglied des Teams, was man aber nicht mehr voll ist. Und andere Seite ist man Mitglied der OP-Leitung. Und dadurch kann es schnell zu Missverständnissen kommen.“

Eine Pflegende

„Also ich fand das ganz hilfreich, wenn man da schon kommunikativ besser geschult ist. Weiß man dann wesentlich besser drauf zu reagieren, ohne dass man vielleicht selbst dabei entgleist. Weil wenn ich jetzt in der Situation als OP-Koordinator oder als Leitung entgleisen würde, ziehe ich ja sofort die ganzen Umliegenden mit. Und wenn ich da halt deeskalierende Maßnahmen hervorrufe, kann ich die ganze Situation vielleicht auch entspannen, kann das besser darstellen, und dadurch wird ja natürlich auch die Kommunikation zum Patienten gefördert. Und der wird auch nicht vergessen, wie zum Beispiel der Patient oder der Mensch, der jetzt zurückgestellt ist, der eventuell auch sofort aufgeklärt werden muss: Die OP könnte vielleicht einen Moment länger dauern, das kann auch sein, dass Sie morgen erst operiert werden. Also es gibt viele Sachen, die man beachten muss.“

Ein Pflegender:

Die größten Herausforderung ist es eigentlich für mich gewesen, auf gewisse / Vielleicht auch auf den Chefarzt zuzugehen und dem ganz klar mitzuteilen, dass er seine nächste OP nicht durchführen kann. Weil ich seine Reaktion schon hervor / Also vorahnen konnte. Man ist da schon voreingestellt, man ist dann auch so ein bisschen gehemmt. Also ich muss sagen, ich war am Anfang wahrscheinlich ein bisschen mehr gehemmt. Das baut sich nachher ab. Und wenn man auch ganz klar nachher nachweisen kann, wie man es durchgeführt hat und die Person kann es nachher nachvollziehen, auch wenn die sich vielleicht vorher etwas anders verbal geäußert hat, kommt man schneller im Einklang. Sofort würde ich nicht sagen, aber man erarbeitet sich dadurch langfristig ein ganz anderes Standing. Dass sie ganz genau wissen: Der macht das schon. Der weiß ganz genau, was er macht. Und dadurch wird diese ganze Situation auch entspannter.“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Die Sicht der OP-Pflegenden und des Behandlungsteams (Interaktion)

Im Behandlungsteam kommt es zwischen den Pflegenden und Mediziner*innen zu Konflikten, die durch die unterschiedlichen Interessen der Akteur*innen verursacht werden. *Teamarbeit und Konkurrenz*, in der Klärung von relevanten Schnittstellen, müssen bewältigt werden, wie auch schon im Modul Pflegeidentität als Fachkraft für operative und endoskopische Pflege: Rollennidentität im System thematisiert. In den Interviewberichten zeigt sich, dass die Kommunikation im OP ein zentrales Problem darstellt. Zentral scheinen Kommunikationsstörungen auf die unterschiedlichen Interessenlagen der Akteur*innen zurückzugehen. Problematisch ist dabei, dass gestörte Kommunikation zu Fehlern führt und die Patient*innenversorgung gefährdet. Hierbei hilft ein abstrahierender Blick auf die Geschehnisse in den operativen und endoskopischen Einheiten.

Gruppenarbeit: „Welche Geschehnisse können Sie aus Ihrer Praxiserfahrung darstellen, die einer gestörten Kommunikation unterlagen und bei denen es zu Fehlern gekommen ist?“ (ggf. Plakatarbeit). Lehrervortrag zu typischen Problemstellungen im OP (u.a. Berentzen 2012). **Lektürearbeit** ausgewählter Texte „Ärger im OP: Ursachen, Analyse, Intervention.“. **Gruppenarbeit Teil II:** „Erarbeiten Sie Interventionen zu den Erfahrungsberichten. Wie wären die Situationen verlaufen, wenn die Interventionen eingesetzt worden wären?“

Lehrervortrag: Straf- und Haftungsrechtliche Regelungen bei Fehlern im OP und in der Diagnostik.

Aus der Perspektive der Interaktion

Fehler können unterschiedlicher Natur sein und sind oft ursächlich für Behandlungsfehler im OP. 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). Gerade Regelverletzungen in der operativen Hygiene führen zu Fehlern. 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 oder Berichte von Kunstfehlern im Krankenhaus/ Diskussion der Beispiele*. **Lehrervortrag:** Begriffsbestimmungen zum Fehlermanagement im Kontext der Arbeit im OP und in der Endoskopie. Anwendung von CIRS.

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

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

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

Methodischer Vorschlag: **Lehrervortrag** Begriffsklärungen Sicherheitskultur, „Speak Up“ (u.a. Stiftung für Patientensicherheit 2016), Übernahmeverantwortung. **Partnerarbeit:** Wie könnten Strategien in ihren Handlungsfeldern aussehen, um das offene Sprechen über Fehler zu fördern? **Lehrervortrag:** „Critical Friends“. Was sind „Critical Friends“ und wie kann es zu einer Änderung der Haltung der Zusammenarbeit kommen? **Partnerarbeit:** Wie agieren „Critical Friends“ im Handlungsfeld, um eine konstruktive Zusammenarbeit mit den Teams zu erreichen? **Sicherung der Ergebnisse.**

Die Sicht der Institution

In der *gesundheitspolitisch-ökonomischen Perspektive* zeigt sich die Problematik, dass die Qualität der Patient*innenversorgung de facto heute meist von Zertifizierungen, Qualitätssiegeln aber auch von behördlichen Reglements abhängig ist. Sofern Zertifikate für die Außendarstel-

lung oder *Rentabilität* einer Klinik vorteilhaft sind, werden die dafür erforderlichen Bedingungen, z. B. hinreichend qualifiziertes Fachpersonal, erfüllt und die entsprechenden Ressourcen bereitgestellt. Fehlen diese Anreize, so werden solche Verbesserungen der Patient*innenversorgung aus Gründen fehlender *Profitabilität* wieder zurückgenommen. Dieser *marktlogische* Mechanismus konterkariert die fachlichen Ansprüche der Mitarbeiter*innen, eine qualitativ hochwertige Patient*innenversorgung in der Institution gewährleisten zu wollen. Gleichwohl unterliegt die Institution OP und Endoskopie baulichen und Hygiene fördernden Bestimmungen. Der Gesetzgeber verfolgt an langer Hand eine *soziale Gerechtigkeit* für alle Patient*innen, die Hilfe in einer Gesundheitsinstitution suchen.

Methodischer Vorschlag:

Lehrervortrag Bau- und Gebäudeplanung im OP und in der Endoskopie, gesetzliche Vorgaben zur baulichen Hygiene und Infektionsprävention in Gesundheitseinrichtungen, behördliche Prüfor-gane und Prüfungsmechanismen, Schnittstellen zu Behörden (u.a. Gesundheitsämter), GB-A-Vorgaben an die Krankenhaushygiene, Zertifizierungsrelevante Vorgaben für die Gesundheitsin-stitution. Institutionelle Begehungen im OP und in der Endoskopie.

Lehrervortrag: Krankenhausfinanzierung, DRG, Medizinische Prozedurenschlüssel im OP, Doku-mentation.

Lehrervortrag: GB-A und AWMF-Leitlinien in der Krankenhaushygiene am Exempel der S2k-LL Händedesinfektion und Händehygiene alternativ S2k-Leitlinie: Empfehlung zur Verhinderung lage-rungsbedingter Schäden in der operativen Gynäkologie. Generelle Übersicht, „Wie werden Leitli-nien entwickelt? Wie kann man die Güte der Leitlinien beurteilen?“/**Diskussion** zur Wirkweise von Leitlinien/ Entsprechend ihrer praktischen Handlungsfelder sollen die Teilnehmer*innen eine aus-gewählte Leitlinie vertiefen (ggf. Prüfungsleistung).

Zusammenfassung des Moduls

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- Sie analysieren Kommunikationsprobleme im OP und leiten daraus die Gefahr von Fehler-nim OP ab, entwickeln erste Interventionen, um kommunikativ bedingte Fehler zu vermei-den
- sie bewerten das Fehlermanagement für das Handlungsfeld der Infektionsprävention und stellen erste Überlegungen an, wie eine Übertragung in der Praxis stattfinden könnte
- bewerten das CIRS im Kontext des Ausbruchsmangements der Krankenhaushygiene und übernehmen Verantwortung für Patient*innen und Mitarbeiter*innen
- Sie verstehen, dass eine Gefährdung der Patientensicherheit aufgrund eines Zusammen-spiels 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 der Krankenhaushygiene • Sie können Critical Incident Reporting Systeme zur Meldung von Zwischenfällen nutzen. • Sie entwickeln ein Verständnis als „Critical Friends“ in den Teams zu arbeiten • sie wissen, wie AWMF-Leitlinien entwickelt werden und können deren Wirkweisen für ihr berufliches Handlungsfeld in der operative und endoskopischen Pflege einschätzen • sie vertiefen ihr Wissen zu einer ausgewählten Leitlinie entsprechend ihres beruflichen Handlungsfeldes und können Transferleistungen für die Praxis ableiten • können wichtige Gremien und Organe für ihre Arbeit in der Fachpflege einordnen und die Machtverhältnisse bewerten. • reflektieren das eigene berufliche Selbstverständnis sowie der Haltung und Rolle als Fachpflegende für Hygiene und Infektionsprävention vor dem Hintergrund der Bedeutung einer Qualitätsentwicklung • kennen rechtliche Regelungen im Kontext von Krankenhaushygiene und Infektionsprävention sowie die Schnittstellen zu einschlägigen Behörden, um als Fachpflegende handlungsfähig zu sein. • erhalten tiefes Wissen zur Krankenhausfinanzierung, den DRG und zu medizinischen Prozedurenschlüssel • sie verfügen über ein Fachwissen zum Baumanagement, der Klimatechnik und der Ökologie, um die Themen für ihre Arbeit in der Krankenhaushygiene zu bewerten •
Leistungsüberprüfung: K/R/M/PR • Vertiefung einer AWMF-Leitlinie <i>S2k-LL Händedesinfektion und Händehygiene</i>, CIRS im Kontext der Infektionsprävention
Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen): Eine Meldung in CIRS schreiben An einer M & M-Konferenz teilnehmen Im Qualitäts- und Risikomanagement hospitieren
Lernvorschläge für die Selbststudienzeit: Reflexion von erlebten Versorgungssituationen mit Patientengefährdung Sich über das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. informieren Literaturstudium zu den vorgeschlagenen Inhalten, Erstellung Prüfungsleistung
Literaturempfehlungen: • Auhuber, T. (2021): OPS 2022. Systematisches Verzeichnis: Operationen- und Prozedurenschlüssel. Internationale Prozeduren in der Medizin. Köln: Deutscher Ärzteverlag • AWMF (2023): AWMF-Leitlinie S2k-LL Händedesinfektion und Händehygiene: https://register.awmf.org/assets/guidelines/075-004I_S2k_Haendedesinfektion-und-Haendehygiene_2023-09.pdf (22.12.23) • AWMF (2020): <i>S2k-Leitlinie: Empfehlung zur Verhinderung lagerungsbedingter Schäden in der operativen Gynäkologie</i>: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-077 (22.04.24). • Berentzen, J. (2012): Ärger im OP: Ursachen, Analyse, Intervention. Riga: AV Akademiker Verlag • 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

- Büscher, A./Krebs, M. (2022): Qualität in der Pflege. Buchreihe „Pflege studieren“. utb 5589. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Dettenkofer, M., Frank, U., Just, H.-M., Lemmen, S., Scherrer, M. (2018): Praktische Krankenhaushygiene und Umweltschutz. Heidelberg: Springer
- DIN 1946-4 (2018): Raumluftechnik - Teil 4: Raumluftechnische Anlagen in Gebäuden und Räumen des Gesundheitswesens
- Hannawa, A. F. & Postel, S. (Hrsg.). (2018). SACCIA - sichere Kommunikation. Fünf Kernkompetenzen mit Fallbeispielen aus der pflegerischen Praxis. Berlin: de Gruyter.
- Bundesministerium der Justiz: Infektionsschutzgesetz (IfSG) (2000/2022): https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/inhalts_bersicht.html (22.12.23)
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2021): Bauliche Hygiene im Klinikbau. Planungsempfehlungen für die bauliche Infektionsprävention in den Bereichen Operation, Notfall- und Intensivmedizin sowie der Normalpflege: <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/veroeffentlichungen/zukunft-bauen-fp/2018/band-13-2-dl.pdf?blob=publicationFile&v=2> (22.12.23).
- Kurz, C. (2022): Klimaschutz in Krankenhäusern. Masse an Investitionen benötigt. Deutsches Ärzteblatt 119 Jahrg. Heft 31-32
- Schulz-Stübner, S. (2022): Hygiene und Infektionsprävention. Fragen und Antworten. Heidelberg: Springer
- St. Pierre, M. & Hofinger, G. (2014). Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin (3., überarb. Aufl.). Berlin: Springer.
- Stiftung für Patientensicherheit (Hrsg.). (2016). Speak up. Wenn Schweigen gefährlich ist: Speak up für mehr Sicherheit in der Patientenversorgung (Schriftenreihe Patientensicherheit Schweiz, Nr. 8). Zürich.
- Schiemann, D./Moers, M./Bücher, A. (Hg.) (2014): Qualitätsentwicklung in der Pflege. Konzepte, Methoden und Instrumente. Stuttgart: Kohlhammer
- Schiemann, D.; Bücher, 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

Straf- und Haftungsrechtliche Regelwerke in jeweils gültiger Fassung.

Kü/Ba/Gi: 11.05.2024

2.5 Modul „Fallorientiertes Arbeiten: Vulnerabilität und Subjektperspektive“

Modultitel/Modulkennung: 03FAVSFOE 01 „Fallorientiertes Arbeiten: Vulnerabilität und Subjektperspektive im OP“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Praxismodul 03FPFOE 01 Fachspezifische Pflege gestalten</i>			
Workload: 90 Std davon 60 Std. Kontaktstunden, 30 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
Reflexionskategorien: 1.I Leiderfahrung und Leibentfremdung 3.II Humanisierung und Sozialtechnologie 1. III Individualität und Standardisierung 3.I Bedürfnis und Verwaltung Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Technische Routinen und Subjektperspektive Sprache im OP: wenn der Patient zum Objekt wird Phasen der Krankheitsverarbeitung in Krankheitsverläufen bei Krankenhausinfektionen Am Fall orientiertes Rollenverständnis im Konflikt mit disziplinspezifischen Routinen entwickeln Pflegerisch-professionelles Selbstverständnis als Anwältin/Anwalt in der Gestaltung von Fallverläufen Entwicklung und Anpassung von Konzepten der sektoren-, disziplin- und berufsübergreifenden Fachpflege Inhalte: Subjektperspektive (insbesondere vulnerable Gruppen: Kinder, Menschen mit Demenz, Menschen anderer Kulturen), Sprache und Pflege, Fallarbeit in der Fachpraxis im (03FPFOE 01 Fachspezifische Pflege gestalten, vgl. auch Praxismodul Pflegeprozessmethode im Handlungsfeld) Fallerhebung und Reflexion nach Krankheitsverlaufskurve (Corbin & Strauss oder Leininger),			

Falltheorie, Case-Management (u.a. Advocacy): sich für die Patienten verantwortlich führen, Patientenpfade. AWMF-Leitlinien zum Thema Delir und Sedierung von Kindern

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Ein Pflegender:

„Und alle haben, oder ich würde jetzt mal sagen, wahrscheinlich 95 Prozent der Teilnehmenden haben geäußert, sie finden keinerlei Möglichkeit im Bereich ihrer täglichen Arbeit eine sinnvolle Patientenbegleitung zu gewährleisten und vor allen Dingen nicht in der Form, wie sie sich es gerne wünschen würden. Das heißt, mit anderen Worten, bestimmte Aspekte wurden da ganz klar benannt, das heißt, der Patient ist teilweise überhaupt im Vorfeld nicht bekannt, sie wissen kaum etwas über den Patienten, es wird eine permanente Umstellung des Projektprogramms gemacht aufgrund des OP-Managements, weil geschaut wird, es werden Patienten, ich will hier jetzt mal den Begriff wählen, es werden einzelne Patienten rochiert, in einzelnen Sälen auch verlegt, verschoben.“

Aus der Fokusgruppe:

„Und das ist gar nicht so einfach. Also, da denke ich, da ist es ganz gut, wenn da mehr Kommunikation gefördert wird. Aber auch zum Beispiel auch andere Gruppen dann mit betrachtet werden, die sich vielleicht gar nicht so äußern können. Sei es interkulturell oder sei es auch (...) demenzkranke Patienten. Die absolut vergessen werden, teilweise. Aber auch vulnerable Patienten, die wirklich Schutz bedürfen, wie Kinder oder auch wie körperlich oder geistig Retardierte. Da, das ist eine ganz schön große Aufgabe, die eigentlich da auf die Pflege zukommt, und das darf man auch nicht vergessen. Und sie ist immer dabei, auch noch die Ergänzung in der Kommunikation zu leisten, die die Ärzte praktisch weitergeben. Weil da wird sehr oft viel vergessen, was dann auch anders wieder weiterkommuniziert wird.“

Eine Pflegende:

„Und vor allen Dingen, und das finde ich ganz gut, diese vulnerablen Gruppen. Und da muss man sagen, da sehe ich auch, genau wie Sie, eigentlich die Möglichkeit, das muss noch mal mehr Einzug halten auch in die Weiterbildung, auch inhaltlich. Weil das ist im Moment in der Umsetzung noch zu wenig. Und diesen vulnerablen Gruppen da mehr sich zu fokussieren, ne? Kind im Krankenhaus, der alten Mensch im Krankenhaus, oder aber tatsächlich jetzt, gerade interkulturell, ne? Wie gehen wir damit um? Das ist ein wichtiger Bereich, wo hier noch mal ein Fokus auch in der Weiterbildung rein muss (...) oder es gibt auch Begleitpersonen, die wirklich dem OP angegliedert sind, die dann die demenzkranken Patienten zum Beispiel begleiten können.“

„Und der Patient wird da total vergessen. Die Leute meinen vielleicht auch teilweise, dass der Patient durch die Prämedikation vielleicht auch gar nicht mehr so viel mitbekommt, aber das ist ja gar nicht so. Die Ängste, die er vielleicht hat, die sind ja meistens nur etwas runtergedrückt, und sind auf alle Fälle total präsent. Und das wird ganz oft vergessen, den Patienten da irgendwie wirklich an der Stelle abzuholen und mitzunehmen. Genau zu erklären, was vielleicht auch hier mit ihm geschieht. Schritte, die man bei ihm macht, auch wenn es nur eine Berührung ist. Das kann ja schon ganz schnell in eine andere Sichtweise vom Patienten geraten. Besonders, wenn er sich dann nicht äußern kann, das nicht versteht, vielleicht. Bei Demenzkranken finde ich das extrem.“

Es wird sozusagen diese zentrale Funktion, dass ich nicht mehr sage: "Jetzt ist die Galle oder der Blinddarm, oder der Darm kommt jetzt als nächstes", sondern, dass ich sage, wir werden jetzt den XY, wir haben jetzt den und den Menschen, die und die Person hier wieder. Dass das noch mal, es muss eine andere Wertschätzung wieder rein, für den, ja, früher sagte man immer für die Ganzheitlichkeit des Menschen. Also, dass wir wirklich den Menschen wieder in den Blick bekommen. Und ich glaube, dass das auch mit dem Personal für sich selbst was machen würde, im Umgang. Auch mit anderen Berufsgruppen. Nicht nur mit dem Patienten.“

„Das ist ein guter Aspekt und ein wichtiger Hinweis. Und ich hatte das auch erlebt, in der Praxis tatsächlich, dass ich eine Situation hatte, bei der Abnahme einer Prüfung eines OTA-Auszubildenden, und die Patientin dort hatte einen Migrationshintergrund. Und war Muslimin. Und es war einfach schwierig, und es durften dort keine männlichen Personen eigentlich mit in den OP-Saal. Und wir hatten dann eine Situation geschaffen, so dass aber diese Patientin, solange, bis sie in Narkose lag, sozusagen mich nicht wahrgenommen hat. Und ich hatte mich dann auch so im OP positioniert, dass sie mich nicht sehen konnte, und ich auch kein Wort gesprochen hatte. Und dann erst sozusagen als sämtliche Maßnahmen, wo sie entblößt war oder so, ich zumindest in einer Position war, wo sie mich nicht wahrnehmen konnte, und ich auch nur ein eingeschränktes Sichtfeld auf sie hatte. Und ich finde das sind etwas, was Sie gerade sagten, nämlich gerade so interkulturelle oder transkulturelle Geschichten, wo man einfach sagen muss, ja, da gehört eine gewisse Kompetenz zu, die muss thematisiert werden. Auch da müssen Standards und SOPs entwickelt werden, wie gehen wir mit Menschen, wenn die hier in unsere Obhut gelangen, mit verschiedenen kulturellen Hintergründen, was bedeutet das für unsere Arbeit?“

Eine Pflegende

„Vielleicht auch mal in dieser Fachweiterbildung diesen Einsatz zu haben, diesen Außeneinsatz. Ganz bewusst zu wählen nicht in die OP-Abteilung zu gehen, sondern ich war in einer Pflegeeinrichtung und konnte da mal sehen, wie da vielleicht agiert wird, wie auch mit dem Personal ganz anders zusammengearbeitet wird. Und das ist, glaube ich, ein Faktor, den man wirklich auch in die Weiterbildung mit aufnehmen sollte, dass man diesen / Über den Tellerrand rüber schauen, dass das ganz wichtig ist. Und nicht nur auf seine Abteilung zu schauen, was läuft da richtig, sondern wie kann ich alles zusammenbringen. Weil das ist einfach wichtig für den Menschen, in Klammern Patienten, um denen auch wirklich gerecht zu werden.“

Ein Pflegender:

„Ich konnte die die Patienten auch nachvollziehen, dass die sich geärgert haben, dass die vielleicht auch sehr erbost darüber waren, dass sie jetzt heute nicht drangekommen sind. Ich kann das Hungergefühl nachvollziehen, ich kann auch den Stress für die nachvollziehen und auch die Ängste, die die haben. Weil ich selbst ja schon mal auf der anderen Seite gelegen habe. Und wenn man dann abgesetzt wird, hat man ein ganz ungutes Gefühl dabei. Da finde ich es aber wichtig, dass dann wirklich auch der Operateur, in der Hinsicht, wirklich zum Patienten hingeht, drüber aufklärt zeitnahe, wie die Situation ist. Und ihm dann auch zu verstehen gibt: Ja, wir setzen Sie heute ab. Sie können heute Abend was essen, aber am Folgetag sind Sie der erste Punkt, der auf dem OP-Plan steht.“

„Kinder und, ich sage mal, Menschen, die den Schutz (bedürft? #00:17:09-9#) haben, die wurden immer noch am gleichen Tag operiert. Und das konnte man ganz gut kommunizieren, auch wenn es dann vielleicht mal ein bisschen in den Dienst gegangen ist, dass die Kollegen das sofort alle verstanden haben. Die Meisten jedenfalls, nicht immer alle.“

Ein Pflegender:

„Die Einhaltung der Patientenwerte, wie Moral, Ethik. (...) Es ist / Es versucht eigentlich jeder so zu handeln, dass wenn der Patient, Mensch, wach ist, (...) dass man die Umstände auch wirklich berücksichtigt. Nicht jeder tut es, aber man versucht immer weiter zu sensibilisieren dazu. Auch durch die Fachweiterbildungen. Sobald der Patient in Narkose ist, hat sich das im Alltag ganz schnell wieder relativiert. Das sei auch / Ich sage mal, die Ausdrucksweise, die dann teilweise an den Tag gelegt wird / Nicht von der OP-Pflege unbedingt immer, sondern auch von allen Abteilungen, ist nicht unbedingt immer dem auch der Würde des Patienten entsprechend. Weil ich finde es schwierig, wenn man vorher zum Patienten nett ist, dem auch wirklich alles erklärt und den auch gut drauf vorbereitet und derjenige kommt in den OP-Saal rein, durch die Einleitung, und wird mit abfälligen Bemerkungen dann schon empfangen.“

„(..) dass man vergisst, mit dem Patienten wirklich wertegerecht, moralisch auch umzugehen. Es wird halt schnell oberflächlich dann gesprochen und gar nicht mehr vielleicht richtig auf den Patienten eingegangen. Und da werden ganz schnell die Ängste dann außen vorgelassen. Vielleicht auch die Gefühle oder es wird auch Patientengruppen vielleicht Hilfsmittel unterschlagen, die die eigentlich brauchen, um sich richtig äußern zu können. Also Kommunikation, die personelle Kompetenz, interkulturell hatten wir ja schon in dem Gruppeninterview gesagt, dass das immer mehr kommt. Ich muss halt mit anderen Kulturen zusammenarbeiten können. Ich kann mich nicht nur immer darauf beziehen, dass wirklich ich nur eine Gruppe bediene.“

„Und da fand ich es immer ganz wichtig, dass man auch versucht, die Intimsphäre des Patienten immer so weit zu schützen, wie es möglich ist. Es fängt an bei Kleinigkeiten wie geschlossenen Türen oder wirklich das nur die Bereiche abgedeckt sind, die auch wirklich zur Operation dazugehören. Nicht, dass der Patient im Ganzen, in seinem Erscheinungsbild dann daliegt. Dass bei Frauen / Dass wirklich dann erst die Lagerung vollgezogen wird, wenn sie im OP-Saal sind und nicht schon so eingeschleust werden. Also ich / Es gibt da viele Punkte, wo man das drauf beziehen könnte. Von der Moral her muss man ehrlich sagen, muss man gucken auch, wie man mit dem Patienten umgeht, gucken, was der Patient selbst für Werte hat. Man kann / Man sieht den Patienten nur für einen ganz kleinen Augenblick, man kann kurz mit ihm sprechen, aber da ergibt sich schon manchmal ganz viel draus, auch was er für Wertvorstellungen hat oder wie er behandelt werden muss.“

„Und dabei wird ganz schnell der Patient aus dem Mittelpunkt verloren. Und dann ist es wieder diese Runterreduktion auf: Es kommt der Blinddarm. Es kommt die Galle. Es kommt die Hüfte. Und nicht Frau Meier oder (...) / Sie wissen ungefähr, // wie ich das meine, ja (...).“

„ (...) sondern einfach da dem Ausgeliefertsein. Und da gehört viel dazu, um auch wirklich mit dem Patienten vernünftig zu reden im OP. Und da gehört auch dazu, den Arzt vielleicht drauf hinzuweisen, dass der Patient wach ist. Das nicht irgendwelche Begrifflichkeiten fallen, wo der Patient nichts mit anfangen kann und unnötig irgendwelche Ängste geschürt werden. (...) Schwierige Situation im OP (...).“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Aus der Perspektive des Individuums

Patienten sind den Krankenhausinfektionen schutzlos ausgeliefert und auf die Anwaltschaft der Pflegenden angewiesen. Im Zuge einer Operation gehört zur *Leiderfahrung* der Patient*innen, dass ihnen das Fachwissen fehlt, um sich die Ursache für die Notwendigkeit eines Eingriffs zu erklären. Die *Entfremdungsprozesse*, die die Betroffenen durchlaufen, sind für die Fachpflegenden oft nicht nachvollziehbar, da die direkte Pflege von den Mitarbeitenden der Stationen übernommen wird. Zudem finden die Krankheitsverläufe (Chronizität) über die verschiedenen Institutionen statt und sind für die Fachpflegenden im Krankenhaus nicht mehr erkennbar. Der

fehlende Fallbezug mindert die Bereitschaft, Verantwortung für den Verlauf von Patient*innen-fällen zu übernehmen. In den Interviews wird dies bei besonders vulnerablen Patient*innen auffällig (Demenz, Kinder, andere Kultur). Grundlage hierfür wäre, den Patienten als ein Subjekt wahrnehmen zu können. Gleichzeitig zeigt sich aber schon über den Sprachgebrauch der „Professionals“, den Patienten zu technisieren, zu verdinglichen, wenn von „der Galle oder dem Blinddarm“ gesprochen wird oder einer „Sanierung des Patienten“ beim multiresistenten Keimbefall gesprochen wird. Der Patient läuft Gefahr, im Zuge der Betroffenheit zum Objekt zu werden.

Methodischer Vorschlag: Workshop: „Sanierung des Patienten“ oder „Die Galle kommt....“. Wenn der Patient zum Objekt wird.“ Lektüre: Veit (2004: 62ff.) – Professionalisierungsthesen: u.a. **Subjekt-Subjekt-Beziehung.** Diskussion Subjekt-Objekt-Beziehung: „Finden Sie Beispiele für einen technischen Sprachgebrauch, der Patient*innen verdinglicht!“. Zusammenfassung in der Gruppe und Bewertung für die Fachpflege. (Vertiefung im Modul Sicherheit beim Instrumentieren entwickeln und vermitteln können)

Lehrervortrag: Sprache in der Pflege (u.a. Zegelin). **Gruppendiskussion:** „Wie stellt sich Pflege über den Sprachgebrauch dar?“

Lehrervortrag: Kurzvortrag zum Professionsansatz von Oevermann: hermeneutisches Fallverstehen, Fachwissen, situative Kompetenz (siehe Veit 2004, Bartholomeyczik 2010). **Diskussion und Bewertung für die Fachpraxis:** „Was fehlt den Pflegenden im OP, um Professionsmerkmale nach Oevermann zu erfüllen?“ (Fallverstehen im Kontext funktionaler Tätigkeiten)

Im Zuge einer Betroffenheit (*Leiderfahrung*) bei einer Operation schutzlos ausgeliefert zu sein, werden Schutzmaßnahmen von Bedeutung, die auch in den OP-Teams zu vermitteln sind. Fehlender Fallbezug führt oftmals zu sinnlosen Maßnahmen, da diese vielfach noch über *Tradition und Autorität* vorgegangen werden: „Mit den Patient*innen wird nicht kommuniziert, die sind in Narkose! Berührungen können ohnehin nicht wahrgenommen werden!“ *Leibliche Entfremdung* und Ohnmachtsgefühle durch fehlenden leiblichen Kontakt sind die Folge der Leidtragenden.

Lehrervortrag: Delir im Krankenhaus. Auswirkungen von Narkosen und Operationen auf periphere Delir. (u.a. AWMF Leitlinie 2020 und 2021) Diskussion der Ansätze für die Fachpraxis

Methodischer Vorschlag: Lehrervortrag und Workshop zu vulnerablen Gruppen im OP (Demenz, Kinder, andere Kulturen). **Fallszenarien ggf. im Szenischen Spiel“ Lektürearbeit zu Demenzbegleiter*innen im Krankenhaus und OP** (u.a. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung: „Die Demenzbeauftragten im Krankenhaus“, St. Franziskus-Hospital Münster: Altenpflegerinnen betreuen Patienten mit kognitiven Einschränkungen“).

Gruppenarbeit: Rechercheauftrag zu Konzepten der Versorgung von vulnerablen Personengruppen im OP/Krankenhaus. Plakatarbeit/Erstellung Powerpoint für das Plenum.

Mithilfe der Krankheitsverlaufskurve von Corbin & Strauss kann der*die Pflegende theoretisch reflektieren, wie der Krankheitsverlauf von Betroffenen nach operativen Eingriffen über die Institution hinweg verlaufen wird. Sinnvoll scheint, wenn Fachpflegende Fallverläufe im Kontext Gesamtinstitution begleiten und mit dem Trajektmodell reflektieren (Praxismodul Fachspezifische Pflege gestalten). Der Fallverlauf kann grundsätzlich zu einer Perspektivenerweiterung führen und die Pflegenden für eine sichere Arbeitsweise sensibilisieren.

Methodischer Vorschlag: **Lehrervortrag** zum Trajektmodell). **Workshop** zur Reflexion des Modells auf einen ausgewählten Fall aus der Praxis/**Plakatarbeit:** grafische Darstellung der Krankheitsverlaufskurve/Zusammenfassung der Ergebnisse/ **Lektürearbeit** zum Modell. Aufgabe für das AVL in der Praxis: „Fallbegleitung, Fallpräsentation und Fallbesprechung zur Patientenverlaufskurve mit Hilfe des Trajektmodells.

Gruppendiskussion: „Welche Erfahrungen haben Sie mit Menschen anderer Kulturen im OP oder in der Endoskopie gemacht?“ Austausch Plenum.

Lehrervortrag: „Transkulturelle Pflege nach M. Leininger“. Lektürearbeit zur Theorie von Leininger. **Workshop:** „Welche Konsequenzen hat das Modell für die Arbeit mit Menschen anderer Kulturen im OP und in der Endoskopie?“ Handlungsempfehlungen skizzieren.

Aus der Perspektive der Interaktion

In der Perspektive der Interaktion ist das professionelle Selbstverständnis als Fachpflegende für operative und endoskopische Pflege mit den anderen am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen auszuhandeln- dies insbesondere mit den Operateur*innen. Der Fachpflegenden begegnet eine sektorenbegrenzt-funktionale Patientenbehandlung, die in Widerspruch zur fall- und bedürfnisorientierten Ausrichtung der zu operierenden Patient*innen gerät. In der Interaktion mit den Akteur*innen sehen sich die Fachpflegenden als Beratende und vertreten die Interessen der Patient*innen advokatorisch gegenüber anderen Akteuren im Behandlungsprozess. Hierbei sind Konflikte zwischen dem am Fall orientierten Rollenverständnis als Fachpflegende*r und disziplinspezifischen Routinen auszuhalten und mithilfe von Konzepten der intersektoralen Zusammenarbeit klären und bewältigen zu können. Im Zentrum steht, dass zu operierende Patienten mit Fallschwere (Demenz, Kinder, Infektionspatienten etc.) durch die Institution gesteuert werden können und Fachpflegende hier präventiv als Berater*innen auftreten.

Methodischer Vorschlag: Einstieg durch **Lehrervortrag** zum Case-Management (Phasen und Rollen, **insbesondere Advocacy**)/ Bearbeitung eines Falls aus der Praxis (Der Patient mit 4-MRGN soll operiert werden, alternativ eine Person mit Demenz) nach den Phasen des Case-Managements in Gruppen. „Welche Interventionen wären notwendig, um den Fall sicher durch die Prozeduren zu steuern?“

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

Zusammenfassung des Moduls

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- Vertiefen ihr Wissen zu Pflegetheorien und können diese für die Subjektperspektive im OP und in der Endoskopie heranziehen, um Pflegehandeln in den Arbeitsfeldern zu begründen
- bewerten die Verbindung zwischen einer Subjektperspektive und professionellem Handeln nach Oevermann
- erkennen die Technisierung und Verdinglichung von Patient*innen Sprachgebrauch der Fachpflege und Akteure im OP
- 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
- greifen für die Gestaltung ihrer Fachpraxis auf Konzepte der intersektoralen Versorgung zurück (Case-Management) und übertragen ihre theoriegeleiteten Überlegungen auf vulnerable Patient*innenfälle in der fachtypischen Praxis des OPs und der Endoskopie
- können Patient*innenpfade im System für Patient*innen mit Fallschwere entwickeln
- verfügen über ein Fachwissen zu Konzepten der Versorgung von vulnerablen Patient*innen im Krankenhaus und im OP
- explorieren erste Ansätze zu Konzeptentwürfen zur Gestaltung von Patientenpfaden vulnerabler Patient*innen im Krankenhaus und im OP
-

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

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

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

Modulleistung 03FAVSFOE 01 Fallorientiertes Arbeiten: Vulnerabilität und Subjektperspektive im OP (HA/R/PR/M)

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

• <i>Entwicklung Kurzfortbildung für Pflegende oder Entwicklung Patientenpfad</i>
Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen): - Siehe Praxismodul 03FPFOE 01 Fachspezifische Pflege gestalten: Fallerhebung nach Arbeitsverbundenem Lernen.
Lernvorschläge für die Selbststudienzeit: - Literaturstudium (Corbin& Strauss, Leininger, Case Management), Erhebung Praxissituation zur Fallbearbeitung, Erstellung Prüfungsleistung,
Literaturempfehlungen: • AWMF (2020): S3-Leitlinie Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin: https://register.awmf.org/assets/guidelines/001-012I_S3_Analgesie-Sedierung-Delirmanagement-in-der-Intensivmedizin-DAS_2021-08.pdf (22.04.24) • AWMF (2021)S2k-Leitlinie zur Sedierung und Algosedierung für diagnostische und interventionelle Prozeduren bei Kindern: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/001-039 (22.04.24) • Bartholomeyczik, S. (2010): Professionelle Pflege heute. Einige Thesen. In: Kreutzer, S.; Remmers, H. (Hrsg.) (2010): Transformation pflegerischen Handelns: Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert. Osnabrück: V & R Unipress, S. 134–155. • Bartz, M. (2012): Patientenpfade. Ein Instrument zur Prozessoptimierung im Krankenhaus. Riga: AV Akademiker Verlag • Bostelaar, R.; Pape, R. (2008): Case Management im Krankenhaus. Hannover: Schlüter-sche Verlagsgesellschaft • Brinkmann, V. (Hrsg.) (2010): Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. 2. Aufl., Wiesbaden: Gabler • Corbin, J. M.; Strauss, A. L (2004): Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Bern: Huber • Ehlers, C.; Lehmann, D. (2019): Implementierung und Entwicklung von Case Management. Praktische Tipps zur Umsetzung von Case Management in Humandiensten. Heidelberg: medhochzwei • Domenig, D. (Hrsg.) (2007): Transkulturelle Kompetenz. Handbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Huber • Ewers, M.; Schaeffer, D. (2005): Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Hans Huber • Käppeli, S. (2000): Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheiten und Umfeld, Band 3. Bern: Huber, Hogrefe • Kerres, A., Wissing C. (2020): Planspiel Pflege und Gesundheit. Anwendungsbeispiele für die berufliche Bildung. Stuttgart: Kohlhammer • Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung: „Die Demenzbeauftragten im Krankenhaus“:https://www.ms.niedersachsen.de/patientenschutz/die-demenzbeauftragten-im-krankenhaus-220455.html (22.04.24) • 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 • St. Franziskus-Stiftung Münster: https://pflege-krankenhaus.de/neue-arbeitsteilung/st-franziskus-hospital-muenster-altenpflegerinnen-betreuen-patienten-mit-kognitiver-einschraenkung (22.04.24).

- van Riet, N.; Wouters, H. (2008): Case Management. Ein Lehr- und Arbeitsbuch über die Organisation und Koordination von Leistungen im Sozial und Gesundheitswesen. Inter-act Verlag für Soziales und Kulturelles
- Wendt, W. R.; Löcherbach, P. (2006): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven. Economica Verlag
- Wendt, W. R. (2008): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Freiburg: Lambertus-Verlag
- Zegelin, A., Schnell, M. (2005): Sprache und Pflege. Bern: Huber
-

Kü/Ba/Gi: 11.05.24

2.6 Modul „Fachspezifische Pflege gestalten“ (Praxismodul)

Modultitel/Modulkennung: 03FPFOE 01 „Fachspezifische Pflege gestalten“ (Fachspezifisches Modul)

Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen:

Das Modul ist praxisbegleitend zum Modul 03FAVSFOE 01 Fallorientiertes Arbeiten: Vulnerabilität und Subjektperspektive im OP (Fachspezifisches Modul) (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:

1.I Leiderfahrung und Leibentfremdung

3.II Humanisierung und Sozialtechnologie

1. III Individualität und Standardisierung

3.I Bedürfnis und Verwaltung

Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion:

Technische Routinen und Subjektperspektive

Sprache im OP: wenn der Patient zum Objekt wird

Phasen der Krankheitsverarbeitung in Krankheitsverläufen bei Krankenhausinfektionen

Am Fall orientiertes Rollenverständnis im Konflikt mit disziplinspezifischen Routinen entwickeln

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

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

Inhalte:

Subjektperspektive (insbesondere vulnerable Gruppen: Kinder, Menschen mit Demenz, Menschen anderer Kulturen), Sprache und Pflege, Fallarbeit in der Fachpraxis im (03FPFOE 01 Fachspezifische Pflege gestalten, vgl. auch Praxismodul Pflegeprozessmethode im Handlungsfeld) Fallerhebung und Reflexion nach Krankheitsverlaufskurve (Corbin & Strauss oder Leininger), Falltheorie, Case-Management (u.a. Advocacy): sich für die Patienten verantwortlich führen, Patientenpfade. AWMF-Leitlinien zum Thema Delir und Sedierung von Kindern

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:**Ein Pflegender:**

„Und alle haben, oder ich würde jetzt mal sagen, wahrscheinlich 95 Prozent der Teilnehmenden haben geäußert, sie finden keinerlei Möglichkeit im Bereich ihrer täglichen Arbeit eine sinnvolle Patientenbegleitung zu gewährleisten und vor allen Dingen nicht in der Form, wie sie sich es gerne wünschen würden. Das heißt, mit anderen Worten, bestimmte Aspekte wurden da ganz klar benannt, das heißt, der Patient ist teilweise überhaupt im Vorfeld nicht bekannt, sie wissen kaum etwas über den Patienten, es wird eine permanente Umstellung des Projektprogramms gemacht aufgrund des OP-Managements, weil geschaut wird, es werden Patienten, ich will hier jetzt mal den Begriff wählen, es werden einzelne Patienten rochiert, in einzelnen Sälen auch verlegt, verschoben.“

Aus der Fokusgruppe:

„Und das ist gar nicht so einfach. Also, da denke ich, da ist es ganz gut, wenn da mehr Kommunikation gefördert wird. Aber auch zum Beispiel auch andere Gruppen dann mit betrachtet werden, die sich vielleicht gar nicht so äußern können. Sei es interkulturell oder sei es auch (...) demenzkranke Patienten. Die absolut vergessen werden, teilweise. Aber auch vulnerable Patienten, die wirklich Schutz bedürfen, wie Kinder oder auch wie körperlich oder geistig Retardierte. Da, das ist eine ganz schön große Aufgabe, die eigentlich da auf die Pflege zukommt, und das darf man auch

nicht vergessen. Und sie ist immer dabei, auch noch die Ergänzung in der Kommunikation zu leisten, die die Ärzte praktisch weitergeben. Weil da wird sehr oft viel vergessen, was dann auch anders wieder weiterkommuniziert wird.“

Eine Pflgende:

„Und vor allen Dingen, und das finde ich ganz gut, diese vulnerablen Gruppen. Und da muss man sagen, da sehe ich auch, genau wie Sie, eigentlich die Möglichkeit, das muss noch mal mehr Einzug halten auch in die Weiterbildung, auch inhaltlich. Weil das ist im Moment in der Umsetzung noch zu wenig. Und diesen vulnerablen Gruppen da mehr sich zu fokussieren, ne? Kind im Krankenhaus, der alten Mensch im Krankenhaus, oder aber tatsächlich jetzt, gerade interkulturell, ne? Wie gehen wir damit um? Das ist ein wichtiger Bereich, wo hier noch mal ein Fokus auch in der Weiterbildung rein muss (...) oder es gibt auch Begleitpersonen, die wirklich dem OP angegliedert sind, die dann die demenzkranken Patienten zum Beispiel begleiten können.“

„Und der Patient wird da total vergessen. Die Leute meinen vielleicht auch teilweise, dass der Patient durch die Prämedikation vielleicht auch gar nicht mehr so viel mitbekommt, aber das ist ja gar nicht so. Die Ängste, die er vielleicht hat, die sind ja meistens nur etwas runtergedrückt, und sind auf alle Fälle total präsent. Und das wird ganz oft vergessen, den Patienten da irgendwie wirklich an der Stelle abzuholen und mitzunehmen. Genau zu erklären, was vielleicht auch hier mit ihm geschieht. Schritte, die man bei ihm macht, auch wenn es nur eine Berührung ist. Das kann ja schon ganz schnell in eine andere Sichtweise vom Patienten geraten. Besonders, wenn er sich dann nicht äußern kann, das nicht versteht, vielleicht. Bei Demenzkranken finde ich das extrem.“

Es wird sozusagen diese zentrale Funktion, dass ich nicht mehr sage: "Jetzt ist die Galle oder der Blinddarm, oder der Darm kommt jetzt als nächstes", sondern, dass ich sage, wir werden jetzt den XY, wir haben jetzt den und den Menschen, die und die Person hier wieder. Dass das noch mal, es muss eine andere Wertschätzung wieder rein, für den, ja, früher sagte man immer für die Ganzheitlichkeit des Menschen. Also, dass wir wirklich den Menschen wieder in den Blick bekommen. Und ich glaube, dass das auch mit dem Personal für sich selbst was machen würde, im Umgang. Auch mit anderen Berufsgruppen. Nicht nur mit dem Patienten.“

„Das ist ein guter Aspekt und ein wichtiger Hinweis. Und ich hatte das auch erlebt, in der Praxis tatsächlich, dass ich eine Situation hatte, bei der Abnahme einer Prüfung eines OTA-

Auszubildenden, und die Patientin dort hatte einen Migrationshintergrund. Und war Muslimin. Und es war einfach schwierig, und es durften dort keine männlichen Personen eigentlich mit in den OP-Saal. Und wir hatten dann eine Situation geschaffen, so dass aber diese Patientin, solange, bis sie in Narkose lag, sozusagen mich nicht wahrgenommen hat. Und ich hatte mich dann auch so im OP positioniert, dass sie mich nicht sehen konnte, und ich auch kein Wort gesprochen hatte. Und dann erst sozusagen als sämtliche Maßnahmen, wo sie entblößt war oder so, ich zumindest in einer Position war, wo sie mich nicht wahrnehmen konnte, und ich auch nur ein eingeschränktes Sichtfeld auf sie hatte. Und ich finde das sind etwas, was Sie gerade sagten, nämlich gerade so interkulturelle oder transkulturelle Geschichten, wo man einfach sagen muss, ja, da gehört eine gewisse Kompetenz zu, die muss thematisiert werden. Auch da müssen Standards und SOPs entwickelt werden, wie gehen wir mit Menschen, wenn die hier in unsere Obhut gelangen, mit verschiedenen kulturellen Hintergründen, was bedeutet das für unsere Arbeit?“

Eine Pflegende

„Vielleicht auch mal in dieser Fachweiterbildung diesen Einsatz zu haben, diesen Außeneinsatz. Ganz bewusst zu wählen nicht in die OP-Abteilung zu gehen, sondern ich war in einer Pflegeeinrichtung und konnte da mal sehen, wie da vielleicht agiert wird, wie auch mit dem Personal ganz anders zusammengearbeitet wird. Und das ist, glaube ich, ein Faktor, den man wirklich auch in die Weiterbildung mit aufnehmen sollte, dass man diesen / Über den Tellerrand rüber schauen, dass das ganz wichtig ist. Und nicht nur auf seine Abteilung zu schauen, was läuft da richtig, sondern wie kann ich alles zusammenbringen. Weil das ist einfach wichtig für den Menschen, in Klammern Patienten, um denen auch wirklich gerecht zu werden.“

Ein Pflegender:

„Ich konnte die die Patienten auch nachvollziehen, dass die sich geärgert haben, dass die vielleicht auch sehr erbost darüber waren, dass sie jetzt heute nicht drangekommen sind. Ich kann das Hungergefühl nachvollziehen, ich kann auch den Stress für die nachvollziehen und auch die Ängste, die die haben. Weil ich selbst ja schon mal auf der anderen Seite gelegen habe. Und wenn man dann abgesetzt wird, hat man ein ganz ungutes Gefühl dabei. Da finde ich es aber wichtig, dass dann wirklich auch der Operateur, in der Hinsicht, wirklich zum Patienten hingeht, drüber aufklärt zeitnahe, wie die Situation ist. Und ihm dann auch zu verstehen gibt: Ja, wir setzen Sie heute ab. Sie können heute Abend was essen, aber am Folgetag sind Sie der erste Punkt, der auf dem OP-Plan steht.“

„Kinder und, ich sage mal, Menschen, die den Schutz (bedürft? #00:17:09-9#) haben, die wurden immer noch am gleichen Tag operiert. Und das konnte man ganz gut kommunizieren, auch wenn

es dann vielleicht mal ein bisschen in den Dienst gegangen ist, dass die Kollegen das sofort alle verstanden haben. Die Meisten jedenfalls, nicht immer alle.“

Ein Pflegender:

„Die Einhaltung der Patientenwerte, wie Moral, Ethik. (...) Es ist / Es versucht eigentlich jeder so zu handeln, dass wenn der Patient, Mensch, wach ist, (...) dass man die Umstände auch wirklich berücksichtigt. Nicht jeder tut es, aber man versucht immer weiter zu sensibilisieren dazu. Auch durch die Fachweiterbildungen. Sobald der Patient in Narkose ist, hat sich das im Alltag ganz schnell wieder relativiert. Das sei auch / Ich sage mal, die Ausdrucksweise, die dann teilweise an den Tag gelegt wird / Nicht von der OP-Pflege unbedingt immer, sondern auch von allen Abteilungen, ist nicht unbedingt immer dem auch der Würde des Patienten entsprechend. Weil ich finde es schwierig, wenn man vorher zum Patienten nett ist, dem auch wirklich alles erklärt und den auch gut drauf vorbereitet und derjenige kommt in den OP-Saal rein, durch die Einleitung, und wird mit abfälligen Bemerkungen dann schon empfangen.“

„(..) dass man vergisst, mit dem Patienten wirklich wertegerecht, moralisch auch umzugehen. Es wird halt schnell oberflächlich dann gesprochen und gar nicht mehr vielleicht richtig auf den Patienten eingegangen. Und da werden ganz schnell die Ängste dann außen vorgelassen. Vielleicht auch die Gefühle oder es wird auch Patientengruppen vielleicht Hilfsmittel unterschlagen, die die eigentlich brauchen, um sich richtig äußern zu können. Also Kommunikation, die personelle Kompetenz, interkulturell hatten wir ja schon in dem Gruppeninterview gesagt, dass das immer mehr kommt. Ich muss halt mit anderen Kulturen zusammenarbeiten können. Ich kann mich nicht nur immer darauf beziehen, dass wirklich ich nur eine Gruppe bediene.“

„Und da fand ich es immer ganz wichtig, dass man auch versucht, die Intimsphäre des Patienten immer so weit zu schützen, wie es möglich ist. Es fängt an bei Kleinigkeiten wie geschlossenen Türen oder wirklich das nur die Bereiche abgedeckt sind, die auch wirklich zur Operation dazugehören. Nicht, dass der Patient im Ganzen, in seinem Erscheinungsbild dann daliegt. Dass bei Frauen / Dass wirklich dann erst die Lagerung vollgezogen wird, wenn sie im OP-Saal sind und nicht schon so eingeschleust werden. Also ich / Es gibt da viele Punkte, wo man das drauf beziehen könnte. Von der Moral her muss man ehrlich sagen, muss man gucken auch, wie man mit dem Patienten umgeht, gucken, was der Patient selbst für Werte hat. Man kann / Man sieht den Patienten nur für einen ganz kleinen Augenblick, man kann kurz mit ihm sprechen, aber da ergibt sich schon manchmal ganz viel draus, auch was er für Wertvorstellungen hat oder wie er behandelt werden muss.“

„Und dabei wird ganz schnell der Patient aus dem Mittelpunkt verloren. Und dann ist es wieder diese Runterreduktion auf: Es kommt der Blinddarm. Es kommt die Galle. Es kommt die Hüfte. Und nicht Frau Meier oder (...) / Sie wissen ungefähr, // wie ich das meine, ja (...).“

„ (...) sondern einfach da dem Ausgeliefertsein. Und da gehört viel dazu, um auch wirklich mit dem Patienten vernünftig zu reden im OP. Und da gehört auch dazu, den Arzt vielleicht drauf hinzuweisen, dass der Patient wach ist. Das nicht irgendwelche Begrifflichkeiten fallen, wo der Patient nichts mit anfangen kann und unnötig irgendwelche Ängste geschürt werden. (...) Schwierige Situation im OP (...).“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Siehe Modulbeschreibung 03FAVSFOE 01 Fallorientiertes Arbeiten: Vulnerabilität und Subjektperspektive im OP (Fachspezifisches Modul)

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

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

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- Vertiefen ihr Wissen zu Pflgetheorien und können diese für die Subjektperspektive im OP und in der Endoskopie heranziehen, um Pflegehandeln in den Arbeitsfeldern zu begründen
- bewerten die Verbindung zwischen einer Subjektperspektive und professionellem Handeln nach Oevermann

- erkennen die Technisierung und Verdinglichung von Patient*innen Sprachgebrauch der Fachpflege und Akteure im OP
- 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
- greifen für die Gestaltung ihrer Fachpraxis auf Konzepte der intersektoralen Versorgung zurück (Case-Management) und übertragen ihre theoriegeleiteten Überlegungen auf vulnerable Patient*innenfälle in der fachtypischen Praxis des OPs und der Endoskopie
- können Patient*innenpfade im System für Patient*innen mit Fallschwere entwickeln
- verfügen über ein Fachwissen zu Konzepten der Versorgung von vulnerablen Patient*innen im Krankenhaus und im OP
- explorieren erste Ansätze zu Konzeptentwürfen zur Gestaltung von Patientenpfaden vulnerabler Patient*innen im Krankenhaus und im OP
-

Leistungsüberprüfung (PBM/PBS/PMU):

Lernvorschläge für Praxismodul (arbeitsverbundenes Lernen):

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

(Prüfungskombination der Module).

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

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

Modulleistung 03FAVSFOE 01 Fallorientiertes Arbeiten: Vulnerabilität und Subjektperspektive im OP (HA/R/PR/M)

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

oder:

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

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

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

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

Alternativ

- *Fallerhebung in der Praxis (Arbeitsverbundenes Lernen)*

*Praxisauftrag für das Prismodul: Nachsorgebesuch bei ausgewählten Patient*innen auf den Stationen. Die Teilnehmer*innen sollen die Geschichte der Patienten reflektieren: Wie kam es zur Operation/dem Eingriff? Welche Beschwerden waren damit im Vorfeld verbunden? Wie ist der Ausblick auf den Verlauf? (Praxisauftrag nach AVL erstellen, siehe Modul Wissensfundus zum vorausschauenden Instrumentieren entwickeln: Teil I)*

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Erhebung Fallsituation in der Fachpraxis, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

- AWMF (2020): S3-Leitlinie Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin: https://register.awmf.org/assets/guidelines/001-012I_S3_Analgesie-Sedierung-Delirmanagement-in-der-Intensivmedizin-DAS_2021-08.pdf (22.04.24)
- AWMF (2021) S2k-Leitlinie zur Sedierung und Analgosedierung für diagnostische und interventionelle Prozeduren bei Kindern: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/001-039> (22.04.24)
- Bartholomeyczik, S. (2010): Professionelle Pflege heute. Einige Thesen. In: Kreutzer, S.; Remmers, H. (Hrsg.) (2010): Transformation pflegerischen Handelns: Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert. Osnabrück: V & R Unipress, S. 134–155.
- Bartz, M. (2012): Patientenpfade. Ein Instrument zur Prozessoptimierung im Krankenhaus. Riga: AV Akademiker Verlag
- Bostelaar, R.; Pape, R. (2008): Case Management im Krankenhaus. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft
- Brinkmann, V. (Hrsg.) (2010): Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. 2. Aufl., Wiesbaden: Gabler
- Corbin, J. M.; Strauss, A. L (2004): Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Bern: Huber
- Ehlers, C.; Lehmann, D. (2019): Implementierung und Entwicklung von Case Management. Praktische Tipps zur Umsetzung von Case Management in Humandiensten. Heidelberg: medhochzwei
- Domenig, D. (Hrsg.) (2007): Transkulturelle Kompetenz. Handbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Huber
- Ewers, M.; Schaeffer, D. (2005): Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Hans Huber
- Käppeli, S. (2000): Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheiten und Umfeld, Band 3. Bern: Huber, Hogrefe
- Kerres, A., Wissing C. (2020): Planspiel Pflege und Gesundheit. Anwendungsbeispiele für die berufliche Bildung. Stuttgart: Kohlhammer
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung: „Die Demenzbeauftragten im Krankenhaus“: <https://www.ms.niedersachsen.de/patientenschutz/die-demenzbeauftragten-im-krankenhaus-220455.html> (22.04.24)
- 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

- St. Franziskus-Stiftung Münster: <https://pflege-krankenhaus.de/neue-arbeitsteilung/st-franziskus-hospital-muenster-altenpflegerinnen-betreuen-patienten-mit-kognitiver-einschraenkung> (22.04.24).
- van Riet, N.; Wouters, H. (2008): Case Management. Ein Lehr- und Arbeitsbuch über die Organisation und Koordination von Leistungen im Sozial und Gesundheitswesen. Interact Verlag für Soziales und Kulturelles
- Wendt, W. R.; Löcherbach, P. (2006): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven. Economica Verlag
- Wendt, W. R. (2008): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Freiburg: Lambertus-Verlag
- Zegelin, A., Schnell, M. (2005): Sprache und Pflege. Bern: Huber

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

Kü/Ba/Gi: 11.05.2024

2.7 Modul „Wissensfundus zum vorausschauenden Instrumentieren entwickeln: Teil II

Modultitel/Modulkennung: 02 WVFOE01 „Wissensfundus zum vorausschauenden Instrumentieren entwickeln: Teil II“ (Fachspezifisches Modul)			
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>Modul Systematisches wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege (Basismodul)</i> <i>Modul Sicherheit beim Instrumentieren entwickeln und vermitteln können (Fachspezifisches Modul)</i> <i>Modul Wissensfundus zum vorausschauenden Instrumentieren entwickeln: Teil I (Fachspezifisches Modul)</i>			
Workload: 60 Std davon 40 Std. Kontaktstunden, 20 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
Reflexionskategorien: 2.II Selbstbestimmung und Fremdbestimmung 1.I Leiderfahrung und Leibentfremdung 2.III Tradition und Emanzipation Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Wissenschaftliche Evidenz: Evidenzbegriffe und Evidenzverständnis Wissen um Intuitionen zum vorausschauenden Instrumentieren entwickeln Inhalte: Kritische Auseinandersetzung mit dem Evidenzbegriff, Critical Thinking/Diagnostischer Prozess, Interne und externe Evidenz, Übung der Zitation, Aufbau einer wissenschaftlichen Arbeit üben, Lektürearbeit, Erweiterte Übungen in die Datenbankrecherche, Präventivkonzepte im Ausland, Bewertung von Studien und Ergebnissen: Studiendesigns, Klassifikationen zur Evidenz, AWMF-Leitlinien. Vorausschauendes Instrumentieren (Intuition nach Benner):			

Ausgewählte Operationsverfahren der **Urologie**: Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie und Topografie. Operationstechniken und gewünschte Operationsabläufe,

Ausgewählte Operationsverfahren der **Kinderchirurgie**: Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie und Topografie. Operationstechniken und gewünschte Operationsabläufe,

Ausgewählte Operationsverfahren in der **Bauchhöhle (Allgemeinchirurgie)**: Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie und Topografie. Operationstechniken und gewünschte Operationsabläufe.

Ausgewählte Operationsverfahren in der **Thoraxchirurgie**: Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie und Topografie. Operationstechniken und gewünschte Operationsabläufe.

Ausgewählte Operationsverfahren in der **Transplantationschirurgie**: Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie und Topografie. Operationstechniken und gewünschte Operationsabläufe.

Patient*innengeschichte prä- und postoperativ.

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Pflegende:

Auf dem OP-Plan steht Oberarmkopffraktur. In vielen OP-Abteilungen steht gar nicht dahinter, was man macht, sondern alleine diese Kurzinformation ist dann abteilungsintern der Hinweis darauf sozusagen, was wahrscheinlich für ein Verfahren gewählt wird oder (unv.). Und ganz typisch für die Situation war, dass es grundsätzlich ergebnisoffen war. Dass man also zunächst einmal gucken musste, in welcher Form man überhaupt / Wenn man jetzt eine instrumentierende OP-Pflegekraft ist, dann geht es ja auch darum, welche sterilen Instrumentarium lasse ich mir öffnen und nutze ich für diese Operation? Und da gibt es ja häufig drei, vier, fünf verschiedene Möglichkeiten. Und ganz typisch ist dann eben, dass die OP-Pflegekraft, sozusagen diejenige ist, die weiß, wenn der Operateur sagt, "wir machen das!", dann eben automatisch auch sagen kann, "dafür brauche ich das, das, das!" Und das brauche ich sozusagen dafür und dann das so vorbereitet, dass sozusagen dann der Operateur praktisch eben handeln kann. Das ist eine ganz typische Situation, die eben wiederkommt (...) Diese Pflegekraft in dem Fallbeispiel war dem Operateur immer einen Schritt im voraus. Und er wusste genau, was als Nächstes kommt und er wusste genau, was er braucht von den ganzen Materialien, die es in der Abteilung gibt. Und er wusste genau, wo es liegt. Er wusste genau, wo er es braucht sozusagen und wen er sozusagen beauftragen kann, was zu holen. Das ist typisch für diese Situation gewesen

Aus der Fokusgruppe:

Entwicklung von Expertenstandards, zum Beispiel bei Patientenlagerung. Noch mal, tatsächlich, den Fokus zu bringen, was können wir tun, wie können wir den Expertenstandard tatsächlich auch während kurzer Eingriffe, welche Relevanz hat das für uns hier, Dekubitusprophylaxe im OP. Wie muss hier die Umsetzung erfolgen? Oder ist uns das gänzlich egal, und wir lagern einfach so, wie es richtig ist, oder so, wie wir meinen, dass es richtig ist, ohne Expertenstandards zu berücksichtigen? Oder wissenschaftliche Erkenntnisse zu berücksichtigen. Ich sehe darin Aufgaben, sowas

zu entwickeln. Projekte diesbezüglich umzusetzen, auch wissenschaftliche Projekte, vielleicht tatsächlich zu gucken, nehmen wir mal sowas wie Patientensicherheit. Und anhand beispielsweise von Kommunikationsstrukturen, erstmal in der eigenen Berufsgruppe. Um dann das auszuweiten, wie ist das mit Interprofessionalität, wie ist das mit anderen Berufsgruppen. Und da sehe ich wirklich Möglichkeiten, an denen die, ja, das sind Ansätze, in denen diese, ja, wie soll ich das sagen, nicht wirklich wissenschaftlich dran arbeiten können, aber zumindest expertenmäßig dranzugehen. So will ich es mal sagen. Nicht gleich eine evidentbasierte Studie oder eine randomisierte Studie durchzuführen, das nicht. Aber zum Beispiel zu sagen, okay, wie ist das hier? Was ist erwiesen, und was können wir hier von dem, was erwiesen ist, hier jetzt umsetzen? Ich weiß nicht, Patientenlagerung wäre für mich eines, wo man sagen müsste, das wäre pflegerisch noch mal ein Schwerpunkt, wo man genau gucken muss. Grundsätzlich invasiv tätige Maßnahmen wie Legen eines Blasenverweilkatheters oder Legen von Venenverweilkanülen.

Pflegender:

Dann plötzlich habe ich eine Situation, dass OP-Fachkräfte hier sehr, sehr geschätzt werden, weil dann ihre Erfahrung, ihre Berufserfahrung und ihre Kompetenzen eher der fachlichen Natur und natürlich auch sicherlich der methodischen und auch alle anderen Handlungskompetenzen, aber eher hier dann geschätzt wird, gerade bei ärztlichen Mitarbeitenden, die wenig Berufserfahrung haben oder mangelnde Unterstützung aus dem ärztlichen Bereich erfahren. Die nutzen dann gern die Expertise der OP-Fachkräfte

Eine Pflegende:

Das zeigte sich aber auch im weiteren Verlauf der OP, wo dann eben häufig, ja, junge Ärzte und auch junge Oberärzte in Teilen einfach wenig Erfahrung mitbringen und dann eben sehr wohl erfahrene OP-Pflegekräfte im Saal Einfluss nehmen können auf zum Teil die Technik, die verwendet wird, zum Teil das Material, was eingebaut wird. Zum Teil geht es dann darum zum Beispiel, wenn Nägel eingebracht werden, also ein Steinmann-Nagel oder sonstige Nägel, zu gucken, wie er verläuft. Und da stellt sich immer wieder raus, dass das Lesen von Röntgenbildern, eben die Übertragung der Dreidimensionalität in eine Zweidimensionalität vielen einfach schwerfällt. Und eben die Pflegekraft hier immer wieder auch durch Kommentare gesagt hat eben, dass das nicht weit genug ist, dass das weiter rein muss. Es war also sehr ersichtlich, dass diese Operation eine Kombinationsleistung gewesen ist durch Operateur, aber eben auch durch die instrumentierende Pflegekraft, die eben ganz gezielt sozusagen, den Ablauf der OP mit beeinflusst hat durch ihre Kompetenz.

Eine Pflegende:

Wenn ich an mich zurückdenke, ich habe so lange Unterricht gemacht in diesen Bereichen. Wenn man den Magen-Darm-Trakt behandelt hat, man hat vierzig verschiedene Operationsverfahren erklärt, benannt, und was weiß ich nicht alles, aber eigentlich müsste man ja gar nicht das tun, sondern man müsste eigentlich nur das tun, was sozusagen ist das Besondere, wo sozusagen anderes durch ableitbar wäre. Und ich glaube, das ist, glaube ich, wichtig zukünftig: Wie kann man sozusagen, wenn man Spezialmodule vielleicht anbieten würde für bestimmte Fächer, könnte man vielleicht sagen, ein Spezialmodul Herzchirurgie, ein Spezialmodul Allgemeinchirurgie oder solche Dinge. Das könnte man nochmal überlegen, aber eben auch die Grundfrage: Was müssen wirklich alle Pflegekräfte, die im Operationsdienst tätig sind zukünftig, eigentlich für Grundkompetenzen mitbringen? Und ich glaube, da kann man schon eine ganze Reihe finden, die alle mitbringen müssen. Aber nicht jeder muss wissen, was das fachliche Modul Gynäkologie vielleicht dann beinhaltet, ne?“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Aus der *Perspektive der Interaktion* beschreiben die Pflegenden einen zentralen Konflikt in der Berufsgruppe selbst, der uns ins Spannungsfeld von *Selbstbestimmung und Fremdbestimmung* führt: Welche Haltung haben wir zu neuem Wissen? Wie gehen wir mit Wissen um? Lasse ich mich als Fachpflegende für den OP und die Endoskopie *fremdbestimmen*, indem ich nur Anordnungen des Operators 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 Operator wird schon wissen, was er will?“ Oder entwickle ich eine Haltung, in der ich Wissen für die Arbeit im OP reflektiere und mir den Sinn hinter den Maßnahmen erschließen kann? (vgl. Modul Systematisches wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege).

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

Vertiefung Tutorien und Workshops zur externen Evidenz/ **Lehrervortrag: Entwicklung von AWMF-Leitlinien/ S-3-Leitlinie für perioperative Versorgung von gebrechlichen Patienten (2021)** / **Tutorium** zur Datenbankrecherche/ Beurteilung von Evidenz, Klassifikationen, verschiedene Studiendesigns kennenlernen (qualitativ und quantitativ), gezielte **Rechercheübungen** zu Themen und Interventionen im OP. **Lehrervortrag** zu ausgewählten Pflegeinterventionen im OP und in der Endoskopie und deren aktuellen Evidenzlage.

Lehrervortrag: Ausgewählte Operationsverfahren der Urologie: Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie und Topografie. Operationstechniken und gewünschte Operationsabläufe.

Exemplarisch: Aufbau Operationstisch, Lage der Instrumente und Ablauf der Operation.

Lehrervortrag: Ausgewählte Operationsverfahren der **Kinderchirurgie**: Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie und Topografie. Operationstechniken und gewünschte Operationsabläufe.

Exemplarisch: Aufbau Operationstisch, Lage der Instrumente und Ablauf der Operation.

Lehrervortrag: Ausgewählte Operationsverfahren der **Allgemeinchirurgie**: Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie und Topografie. Operationstechniken und gewünschte Operationsabläufe.

Exemplarisch: Aufbau Operationstisch, Lage der Instrumente und Ablauf der Operation.

Lehrervortrag: Ausgewählte Operationsverfahren der **Transplantationschirurgie**: Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie und Topografie. Operationstechniken und gewünschte Operationsabläufe.

Exemplarisch: Aufbau Operationstisch, Lage der Instrumente und Ablauf der Operation.

Zwischen Fachpflegenden, Patienten und Angehörigen sowie zwischen Fachpflegenden und Pflegenden auf den Stationen besteht eine konstitutionelle Asymmetrie, die Behrens und Langer in Informations- und Angstasymmetrie differenzieren (vgl. 2016, S. 93f.). Sowohl durch die *leibliche* Betroffenheit als auch durch Wissensdefizite sind die Patienten und Angehörigen auf Unterstützung durch die professionellen Akteur*innen angewiesen. Um bei den Teilnehmer*innen den funktionalen Blick auf den Eingriff zu erweitern und das Subjekt in den Vordergrund zu rücken, bietet sich eine Auseinandersetzung mit der Geschichte der operierten Patienten an. Gewissermaßen können die Teilnehmer*innen einen Einblick in die *Leibentfremdung* bekommen, die mit invasiven Eingriffen verbunden sind.

Praxisauftrag für das Praxismodul: Nachsorgebesuch bei ausgewählten Patient*innen auf den Stationen. Die Teilnehmer*innen sollen die Geschichte der Patienten reflektieren: Wie kam es zur Operation/dem Eingriff? Welche Beschwerden waren damit im Vorfeld verbunden? Wie ist der Ausblick auf den Verlauf? (Praxisauftrag nach AVL erstellen)

Zusammenfassung des Moduls und Verweis auf Modul Sicherheit beim Instrumentieren entwickeln und vermitteln können (Fachspezifisches Modul)

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- Entwickeln ein breites und tiefes Verständnis zum Evidenzbegriff
- kennen Kriterien wissenschaftlichen Arbeitens und unterschiedlicher Studiendesigns.
- diskutieren unterschiedliche Anforderungen an wissenschaftliche Arbeiten und die Aussagekraft unterschiedlicher Studiendesigns für die Pflegepraxis.
- nutzen die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens zur Bearbeitung von Leistungsanforderungen zur Hygiene und Infektionsprävention in der Berufspraxis.

- erkennen in ihrer Institution, wie wissenschaftliche Erkenntnisse kommuniziert und genutzt werden können, um die Fachpraxis für Hygiene und Infektionsprävention weiter zu gestalten.
- können Informationen für wissenschaftliche Arbeiten in angemessener Zeit und angemessener Tiefe aus Bibliotheken, wissenschaftlichen Datenbanken und dem Internet zusammentragen, kritisch reflektieren und für die Institution bewerten.
- reflektieren die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens vor dem Hintergrund der Entwicklung der Pflegewissenschaft
- setzen die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens korrekt um und argumentieren die Notwendigkeit von Theoriegeleitetem Handeln in der Fachpraxis vor Vertreter*innen der Berufspraxis und der anderen Disziplinen
- verstehen die Logik des Forschungsprozesses. Sie haben ein Verständnis zur Evidenzbasierung und kennen den EBN-Prozess.
- erklären und begründen „Critical Thinking“ im Kontext des Pflegeprozesses. Sie leiten aus der pflegerischen Versorgungsevaluation neue Fragen ab bzw. zeigen Wege zur Nutzung von Forschungsergebnissen auf.
- Die Teilnehmenden können eine evidenzbasierte / wissenschaftlich abgeleitete Problemlösung begründen.
- haben ein breites und tiefes Wissen zur Mikrobiologie, Virologie, Bakteriologie, Mykologie, Immunologie und den Erregernachweisen
- sie können ihr Wissen einem Fallkontext zuordnen und hierbei die Perspektive von Betroffenen einnehmen, leiten hieraus die Schicksale ab, die sich u.a aus einer Keiminfektion ergeben
- erwerben ein breites und tiefes Wissen zur Hygiene im OP und in der Endsokopie, um steriles Arbeiten umzusetzen
- Erhalten ein breites und tiefes Wissen zu Operationstechniken in der Allgemeinchirurgie, um ein intuitives Instrumentieren in der Berufspraxis entwickeln zu können
- Erhalten ein breites und tiefes Wissen zu Operationstechniken in der Urologie, um ein intuitives Instrumentieren in der Berufspraxis entwickeln zu können
- Erhalten ein breites und tiefes Wissen zu Operationstechniken in der Kinderchirurgie, um ein intuitives Instrumentieren in der Berufspraxis entwickeln zu können
- Erhalten ein breites und tiefes Wissen zu Eingriffen und UNtersuchungen in der Endoskopie, um ein intuitives Assistieren in der Berufspraxis entwickeln zu können.
- Erhalten ein breites und tiefes Wissen zu Operationstechniken in der Transplantationschirurgie, um ein intuitives Instrumentieren in der Berufspraxis entwickeln zu können
- Erhalten ein breites und tiefes Wissen zu Operationstechniken in der Thoraxchirurgie, um ein intuitives Instrumentieren in der Berufspraxis entwickeln zu können
-

Leistungsüberprüfung: K/R/M/PR

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

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

*Alternativ: Nachsorgebesuch bei ausgewählten Patient*innen auf den Stationen. Die Teilnehmer*innen sollen die Geschichte der Patienten reflektieren*

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

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

Literaturempfehlungen:

- Ackley, B. J.; Ladwig, G. B. (2008): Nursing Diagnosis Handbook. An Evidence-Based Guide to Planning Care. 8. Aufl. St. Louis: Mosby /Elsevier
- Albers, P., Heidenreich, A. (2022): Referenz Urologie – Operationsmethoden. Stuttgart: Thieme
- AWMF (2021): *S-3-Leitlinie für perioperative Versorgung von gebrechlichen Patienten* : <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/001-048> (2204.24)
- 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
- Duru, S., Gnant, M., Markstaller, K., Bodingbauer, M. (2018): Standards der OP-Patientenlagerung. Korrekte Lagerung und technische Ausstattung im modernen OP-Saal. Berlin: Springer
- Ficklscherer, A. (2023): BASICS Orthopädie und Unfallchirurgie. Urban& Fischer, Elsevier
- 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
- Hoffmann, H., Ludwig, C., Passlicj, B. (2023): Thoraxchirurgie. Berlin: Springer
- https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Gesetze/gesetze_node.html (20.01.24)
- Mayer, H. (2022): Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. Wien: facultas
- Meyer, Gabriele/Köpke, Sascha (2012): Wie kann der beste pflegewissenschaftliche Kenntnisstand in die Pflegepraxis gelangen? How can best nursing science evidence reach nursing practise? In: Pflege & Gesellschaft. Heft 1 / 12. 17. Jahrgang. Weinheim: Juventa. S. 36–44
- Panfil, E.M. (2017): Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegende. Bern: Hogrefe
- König, O., Schattenhofer, K. (2021): Einführung in die Fallbesprechung und Supervision. Heidelberg: Carl-Auer, Compact.
- Kramer, A. (2022): Krankenhaus und Praxishygiene. Hygienemanagement und Infektionsprävention in medizinischen und sozialen Einrichtungen. München: Urban& Fischer/Elsevier
- Liehn, M., Lengersdorf, B., Steinmüller, L., Döhler, R. (2020): OP-Handbuch: Grundlagen, Instrumentarium, OP-Ablauf. Berlin: Springer
- Liehn, M, Schlautmann, H. (2022): 1x1 der chirurgischen Instrumente: Benennen – Erkennen – Instrumentieren. Berlin: Springer
- Modrow, S., Truyen, U., Schätzel, H. (2021): Molekulare Virologie. Heidelberg: Springer
- Meise, C., Ferrand, N., Greve, C. (2021): Antibiotika. Medi-Learn Poster. Kiel: Medi-Learn Verlag
- Schiergens, T. (2023): BASICS Chirurgie. Urban& Fischer, Elsevier
- Schulz-Stübner, S. (2023): Repetitorium Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Heidelberg: Springer
- Schmittenebecher, P. (2021): Pädiatrische Chirurgie. Urban& Fischer, Elsevier
- Schumpelick, V., Kasperk, R., Stumpf, M. (2021): Operationsatlas Chirurgie, Stuttgart: Thieme

- Settmacher, U., Rauchfuß, F. (2023): Transplantation mit Lebendspende. Berlin: Springer
Kü/Ba/Gi: 10.05.24

2.8 Modul „Schnittstellenbarrieren auflösen: sichere Prozesse der Versorgung im OP“

Modultitel/Modulkennung: 03SPVFOE 01 „Schnittstellenbarrieren auflösen: sichere Prozesse der Versorgung im OP“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Modul Pflegeidentität als Fachkraft für operative und endoskopische Pflege: Rollenidentität im System</i> <i>Modul Schnittstellenbarrieren auflösen: Sicherheit in der Institution</i> <i>Modul Fallorientiertes Arbeiten: Vulnerabilität und Subjektperspektive im OP</i>			
Workload: 90 Std davon 60 Std. Kontaktstunden, 30 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
			
Reflexionskategorien: 3.II Humanisierung und Pflegemanagement 2.II Selbstbestimmung und Fremdbestimmung 3.I Bedürfnis und Verwaltung Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Schnittstellenbarrieren analysieren, erkennen und neu gestalten Unterschiedliche Interessenlagen erkennen und aushandeln Qualitätssicherung (DNQP) auf der Handlungsebene OP und Endoskopie Inhalte: OP-Koordination, Kommunikatives Training, Schnittstellen zu anderen Abteilungen gestalten, Patientenpfade, Vermittlung von Prozessabläufen in den beruflichen Handlungsfeldern, Hospi-			

tation Zentralsterilisation, DNQP und Wirkweise von Expertenstandards im OP und in der Endoskopie, AQiG: interprofessionelle Fallanalyse von operativen Patient*innen mit Fallschwere in der Institution.

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Aus der Fokusgruppe:

„Und einfach dieses, manchmal sind da so Schnittstellenbarrieren, die man auflösen muss.“

Also eine Forderung, gerade weil damit ja einhergeht, wirklich eine gute Zusammenarbeit, gerade in dieser Schnittstellenproblematik, die wir ja haben, ne, Aufwachraum, OP, Funktionspersonal, stationäres Personal, OP-Personal, diese Schnittstellen tatsächlich. Oder dann vielleicht auch zur ZSVA also zur Sterilisationsabteilung. Da, gerade diese Schnittstellen dann intensiver so Zusammenarbeit auch zu fördern. Das auf jeden Fall. Insofern sind das auch maßgeblich die Dinge, wo man jetzt im praxisorientierten Kontext für die Patienten da noch mal gucken muss.“

„Oder wir sorgen auch nicht dafür, dass der Patient korrekt einer Ganzkörperwaschung unterzogen wird. Aber wenn wir die Desinfektion des OP-Gebietes nehmen, sorgen wir dafür, dass der Patient zum Beispiel nach erfolgter Desinfektionsmaßnahme nicht im Feuchten liegt, zwischen der OP-Tisch Auflagefläche und seiner Haut. Um Mazerationen entgegenzuwirken. Um möglichen Verbrennungen oder beginnenden Dekubitussituationen, denen prophylaktisch entgegenzuwirken. Das heißt, wir sind schon viel im pflegerischen Kontext, aber es hat einen anderen Fokus, einen anderen Schwerpunkt.“

„Sei es die Zahnprothesen oder die Hörgeräte. Das wird zu oft vergessen, und dann können sich diejenigen gar nicht mehr richtig äußern, oder sind auch nicht mehr verständlich, dann. Das wird, ich finde es eine gute Sache, und man hat hier nicht die Möglichkeit unbedingt immer das aufzubewahren. Deswegen haben, also haben wir vorher in dem OP, wo wir gearbeitet haben, so kleine Kästchen mit eingerichtet, die wirklich direkt für den Patienten sind, die auch, wenn der Patient, der Mensch, will ich jetzt mal eher sagen, in Narkose versetzt wird, dass da auch die Hilfsmittel reinkommen und nachher mit dem Patient weitergeben werden.“

„Aber dann auch so Arbeitsgruppen vielleicht Entwicklungen wirklich von Standards, die generell sind. Und das finde ich halt wichtig. Dass man nicht nur sich im OP-Team austauscht, sondern auch ruhig mit anderen OP-Teams. Weil da geht sonst so viel verloren. Und der eine macht das besser, der andere das. Und so kann man sich wesentlich besser annähern. Und desto mehr Köpfe man meistens hat, desto bessere Ideen kommen nachher auch zum Tragen.“

„Diese Standards. Nämlich Entwicklung von Expertenstandards, ich hatte das vorhin mit Dekubitus bei Lagerung. Aber auch eigene entwickelnde Standards, nämlich sogenannte SOPs, also dieses Standard Operation Procedure zu entwickeln, da müssen Weiterbildungsleute mit rein. Um diese SOPs für diesen Funktionsbereich mit zu entwickeln. Deswegen sind Standards und die Entwicklung von Standards, und diese SOPs eine zentrale Aufgabe.“

Eine Pflgende

Die OP-Leitung ist im Urlaub oder zum Beispiel auch erkrankt. Und man muss diese Positionen ausfüllen. Man hat aber vorher gar nicht so die Gelegenheit gehabt immer jeden Tag dran mitzuwirken. Da kommt man in eine ganz andere Situation, in der man vielleicht in dem Moment auch nicht hundert prozentig gerecht werden kann. Wenn man jetzt noch die OP-Koordination dazu hat, muss man noch viel mit in Betracht ziehen und da kommen meistens immer diese typischen Fälle, wie zum Beispiel eine Sectio steht an. Und es ist wirklich denn die Notsectio. Das andere Programm muss runtergefahren werden oder teilweise unterbrochen werden. Und als OP-Koordinator muss man dann wirklich sagen, wer darf weitermachen, wer nicht. Und da ist es schwierig, wenn man das als / Von der OP-Pflege her macht sich wirklich dieses Standing zu erarbeiten bei den Ärzten, um auch für voll genommen zu werden. Dass die wirklich wissen: Der weiß ganz genau, was er macht, der überlegt auch, welche OP könnte danach weitergeführt werden. Weil das kann ja auch dazu führen, dass vielleicht ein elektiver Eingriff nachher abgesetzt werden muss, weil es auf das Tagesprogramm nicht mehr kann. Und da gehört ja auch zu, dass man in sehr vielen / Besonders, wie wir auch schon eben in dem Gruppeninterview gesagt haben, Schnittstellenproblematik. Ich muss ja dann mit dem Anästhesisten sprechen, ich muss mit der Gynäkologie sprechen, ich muss vielleicht mit der Fachabteilung sprechen, die den nächsten Eingriff hat, die schon in den Startlöchern steht.“

Eine Pflgende:

„Und das dann natürlich ja auch so war, dass man dann auch keine Eintragungen vorgenommen hat, die er machen muss. Also das waren die Zeiten, wo es dann anfang, dass auch die Operationsergebnisse, ja, dokumentiert werden mussten. Der Operateur auch dazu verpflichtet war, seine eigene Dokumentation zu machen, aber viele Pflegekräfte für ihn dokumentiert haben. Das heißt Diagnose und Eingriff codiert haben sozusagen am PC. Das alles abgeschlossen haben, dass er gar nichts mehr machen musste und wenn das dann natürlich Pflegekräfte nicht gemacht haben, dann war er entsprechend ungehalten, nicht?“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Auf der Sachebene Helfen steht aus pragmatisch-humanitärer Sicht die interprofessionelle Zusammenarbeit sowie die Einbeziehung von Angehörigen im Fokus, denn ein abgestimmtes, gemeinsames Agieren ist entscheidend für erfolgreiche Interventionen im OP oder der Endoskopie.

Die funktionierende (intersektorale) Zusammenarbeit von professionellen Akteur*innen aus verschiedenen Berufen und Arbeitskontexten wird hochgradig relevant, um gelingende Prozesse in den Abteilungen ohne Reibungen und Fehler umzusetzen. Hierbei spielt die aktive Einbeziehung von Angehörigen und die Arbeit mit der*dem Patientin*Patienten zunächst eine sekundäre Rolle, darf aber nicht in Vergessenheit geraten. Die Koordination der berufsgruppenübergreifenden (intersektoralen) Zusammenarbeit sowie die aktive Einbeziehung der Angehörigen in die therapeutische Arbeit, einschließlich deren professionelle Begleitung und Unterstützung werden als extrem zeit-, personal- und arbeitsaufwendige sowie strukturell schwer zu meisternde Herausforderungen erlebt. Schwierigkeiten können dabei auf verschiedensten Ebenen und in unterschiedlichen Zusammenhängen entstehen: Sie sind denkbar auf der personellen Ebene (Absprachen, Zuständigkeiten, Rollen(selbst)verständnisse etc. oder auf einer strukturellen Ebene (Terminfindung, abgestimmte Organisation von Treffen, bürokratische Hürden, verfügbare Ressourcen etc.) und müssen individuell je nach Kontextbedingungen von den Fachpflegenden gemeistert werden. In den Interviews wird dies im Zusammenhang mit dem OP-Management bedeutsam. So fällt auf, dass verschiedene Interessen der Akteur*innen im jeweiligen Fokus stehen und kommunikativ durchgesetzt werden sollen (vgl. auch Modul Schnittstellenbarrieren auflösen: Sicherheit in der Institution).

Lehrervortrag: „Aufgaben im OP-Management. Welche Anforderungen stellen sich an eine OP-Koordination?“

Szenisches Spiel unter Perspektiveneinnahme der Akteur*innen im OP (Operateure, Chefarzte, Anästhesie, Springer etc.). **Gruppenarbeit:** „Welche Interessen werden von den jeweiligen Akteur*innen verfolgt?“. **Sammlung der Ergebnisse** unter der Fragestellung: „Welche Kompetenzen braucht eine OP-Koordination?“

Workshop: Kommunikationstraining: Übungen zur sicheren Kommunikation mit Akteur*innen im OP.

Lehrervortrag: Schnittstellen zur Zentralsterilisation, Pathologie, Aufwachraum, Bettenstation, Intensivstation. **Arbeitsauftrag als Gruppenauftrag:** Visuelle Darstellung der Aufbauorganisation der Abteilungen; Erstellung Schnittstellen- und Prozessbeschreibungen, ggf. Patientenpfade.

Hospitation: Zentralsterilisation. Expert*innengespräche im Kontext der Schnittstellen zum OP und der Endoskopie. **Fragestellung:** „Wie sollte aus Ihrer Sicht eine Übergabe in Ihre Abteilung verlaufen?“

Beziehung und Methode:

Auf der Sachebene des *Helfens* wird die Bedeutsamkeit von *individueller Beziehung und Kommunikation* für die betroffenen Patient*innen deutlich. Zunächst ist von pflegerischen Methoden auszugehen, die sich etabliert haben und in die Institution hineinwirken: Expertenstandards in der Pflege. In diesem Fall kann vom konsentierten Expertenwissen in der Pflege ausgegangen werden, das die Teilnehmer*innen für ihre Arbeitsbereich im OP und in der Endoskopie untersuchen sollen. Bei der Umsetzung von Methoden ist die Beziehungsfähigkeit zu den Patient*innenn nicht aus den Blick zu verlieren, andernfalls würden sie zu Objekten werden. In individuell unterschiedlichem Ausmaß geht es dabei um übergeordnete Ziele wie Angstabbau, Beruhigung, dadurch das Erreichen von mehr Gelassenheit und Zuversicht bei den Patient*innen, oder aber um die Erhaltung der Selbständigkeit im Alltag. Für Fachpflegende ist es von Bedeutung, ob sie den Perspektivenwechsel zu den Patient*innen vollziehen können, wenn sie die Wirkweisen von Expertenstandards durchdringen.

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 im OP oder der Endoskopie?“/ **Diskussion** zur Wirkweise von Expertenstandards. Entsprechend ihres Handlungsfelds sollen die Teilnehmer*innen einen ausgewählten Expertenstandard (Dekubitus, Schmerz, Ernährung, Mundgesundheit etc.) hinsichtlich der Schnittstellen zum OP oder der Endoskopie untersuchen (Struktur, Prozess, Ergebnis) (ggf. Prüfungsleistung). Zentrale Fragestellung während der Untersuchung: „In welchen Prozessabschnitten bei der Wirkweise des ausgewählten Standards muss ich die Perspektive der Patient*innen einnehmen?“ **Abschließende Diskussion:** Bewertung: Schwierigkeiten, Umsetzungsproblematiken und Verbesserung der Patient*innenversorgung.

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

Methodischer Vorschlag Planspiel: Versorgungsprozesse im OP gestalten Fallanalyse in Anlehnung an die interprofessionelle, heuristische Matrix (AQiG)³ von Sieger, Ertl-Schmuck, Bögge-mann-Großheim (2010)/ **Lehrervortrag:** Vorstellung der Matrix zur interprofessionellen Zusammenarbeit: **insbesondere Phasen und Perspektiven/** Auftragserstellung und Auftrag in **Kleingruppen:** Fallanalyse im Gesamtverlauf von operativen Patient*innen **mit Fallschwere** im Krankenhaus (ggf. Fall aus der Praxis, alternativ fiktives Fallbeispiel) nach Perspektiven und Schritten in der heuristischen Matrix zur interprofessionellen Zusammenarbeit (AQiG). **Expert*innengespräche im Rahmen AVL in der Fachpraxis.**

Vorstellung der Arbeitsergebnisse (Gesamtversorgung des ausgewählten Falls), ggf. Prüfungsleistung.

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

³ Die interprofessionelle Fallanalyse ist an die Gegebenheiten der Bildungsinstitution und der Fachweiterbildung 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 (Chefärztin, Krankenhaushygieniker*in, Pflegedirektion, Operateure der verschiedenen Disziplinen, Pflegende, OP-Koordinatoren, Geschäftsführung, QM etc.). Die Teilnehmer*innen sollen die soziologischen Perspektiven einnehmen und den Fall nach dem Phasenverlauf bearbeiten.

Die Teilnehmenden...

- erhalten ein fundiertes Wissen zur OP-Koordination und zu den Problemstellungen und Maßnahmen im Kontext der Institution
- sie üben ihr kommunikatives Verhalten ein, um in schwierigen Situationen mit verschiedenen Akteur*innen, die unterschiedliche Interessenlagen verfolgen, interaktiv zu gestalten
- reflektieren das eigene berufliche Selbstverständnis sowie Haltung und Rolle als Fachpflegende vor dem Hintergrund der Bedeutung einer systemischen Analyse der Institution und der Arbeitsprozesse
- sie können Prioritäten unter Berücksichtigung verschiedener Aspekte setzen und argumentieren (Patientensicherheit, Bedürfnisse von Patienten, Qualität der Versorgung, zeitliche Passung von Abläufen, Anleitung von Kolleg*innen) im Kontext des OP-Managements
- Sie entwickeln einen Gesamtblick für die patientenbezogenen Abläufe im Rahmen der Operationsprozeduren und können mit dem interprofessionellen Team wirksame Maßnahmen für gelingende Prozesse einsetzen
- Sie verfügen über ein tiefes Wissen zum DNQP und den Expertenstandards als Methoden der Qualitätssicherung der Pflege, können die Auswirkungen auf ihre beruflichen Handlungsfelder nachvollziehen, daran ausgerichtete Prozesse in den Abläufen analysieren und die Patient*innenperspektive reflektieren
- Sie können die Bedeutung pflegerischer Subjektperspektive gegenüber Angehörigen anderer Berufsgruppen und der Pflege argumentieren.
- Sie können eine Fallsituation im Kontext von institutionellen Logiken analysieren und ihr Handeln gegenüber Berufsvertretern begründen
- Nehmen einen Perspektivenwechsel zur Arbeit in der Pathologie und in die Abteilung der Zentralsterilisation vor
- können einen Fall aus der Fachpraxis mit einer Heuristik analysieren, Wissen zusammentragen und neu bewerten, interprofessionelle Perspektiven einnehmen und eigene Grenzen erkennen – den vorgefundenen Fall in seinen Dimensionen neu bewerten und entwickeln neue Interventionsvorschläge für dessen Versorgung.

Leistungsüberprüfung: K/R/M/PR

- Ggf. Ergebnisse Fallanalyse nach AQiG

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

Arbeitsauftrag für die Praxis: Beobachtung von Kommunikationsverhalten bei der OP-Koordination

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

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium DNQP
- Fallreflexion mithilfe der vorgeschlagenen Lektüre, Fallaufbereitung nach Heuristik (AQiG)
- Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

- 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

- Diemer, M., Taube, C., Rüggenberg, A., Ansorg, J., Heberer, J., von Eiff, W. (2023) (Hrsg.): Handbuch OP-Management. Strategien, Konzepte, Methoden. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Hannawa, A. F. & Postel, S. (Hrsg.). (2018). SACCIA - sichere Kommunikation. Fünf Kernkompetenzen mit Fallbeispielen aus der pflegerischen Praxis. Berlin: de Gruyter.
- 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)
- Jünger, S. M. E. (2006): Erfolgskriterien berufsgruppenübergreifender Kooperation im Team einer Palliativstation. Aachen. Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen (Diss.).
- Krebs, M.; Büscher, A. (2022): Ziele und Inhalte des Praxisprojekts. In: DNQP (Hg.): Praxisprojekt zum Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege, Aktualisierung 2020. Projektbericht und Ergebnisse. Osnabrück: DNQP, 8-10
- Krebs, M.; Büscher, A. (2020): Methodisches Vorgehen und Ergebnisse der Aktualisierung der Expertenstandards zum pflegerischen Schmerzmanagement in der Pflege. In: DNQP (Hg.) (2020): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Aktualisierung 2020 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück: DNQP, 10-17
- Kurz, C. (2022): Klimaschutz in Krankenhäusern. Masse an Investitionen benötigt. Deutsches Ärzteblatt 119 Jahrg. Heft 31-32
- Reimann, U. (2008) Multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Von den Mühen der Ebene. In: Zeitschrift für Palliativmedizin. Jg. 9. Heft 3.
- Richter, P., Schlieter, H. (2024): Patientenpfade in der integrierten Versorgung. Praxishandbuch für die erfolgreiche Entwicklung und digitale Implementierung. Berlin: Springer
- 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
- Schulz-Stübner, S. (2022): Hygiene und Infektionsprävention. Fragen und Antworten. Heidelberg: Springer
- Schulz-Stübner, S. (2022): Hygiene und Infektionsprävention. Fragen und Antworten. Heidelberg: Springer
- St. Pierre, M. & Hofinger, G. (2014). Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin (3., überarb. Aufl.). Berlin: Springer.
- Stiftung für Patientensicherheit (Hrsg.). (2016). Speak up. Wenn Schweigen gefährlich ist: Speak up für mehr Sicherheit in der Patientenversorgung (Schriftenreihe Patientensicherheit Schweiz, Nr. 8). Zürich.
- Schiemann, D./Moers, M./Bücher, A. (Hg.) (2014): Qualitätsentwicklung in der Pflege. Konzepte, Methoden und Instrumente. Stuttgart: Kohlhammer
- Schiemann, D.; Bücher, 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
- Triphaus, C. (2020): Strukturierte Patientenübergabe/- Übernahme in der Notfallmedizin: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-0976-2325.pdf> (09.12.23)

2.9 Modul „Sicherheit beim Instrumentieren entwickeln und vermitteln können“

Modultitel/Modulkennung: 03SIFOE 01 „Sicherheit beim Instrumentieren entwickeln und vermitteln können“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Module Wissensfundus zum vorausschauenden Instrumentieren entwickeln: Teil I und I</i> <i>Modul Fallorientiertes Arbeiten: Vulnerabilität und Subjektperspektive im OP</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: 1.II Empathie und Intervention (Methode) 3.II Humanisierung und Sozialtechnologie Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Intuitionsbildung zum vorausschauenden Instrumentieren Rollenambiguität: Wodurch wird technisches Arbeiten professionell? Technisches Arbeiten im Kontext von Patient*innenorientierung Digitalisierung nutzen: Effektivität und Nachhaltigkeit Inhalte: Skills-Lab zu ausgewählten Operationsverfahren und technischen Verrichtungen in der Klinik, Gipsverbände, funktionale Verbände, Begriffsklärungen: Verrichtungsorientierung, Patientenorientierung, Ablauforientierung, Subjet-Subjekt-Beziehung, Kompetenzentwicklung nach Benner, Digitalisierung, eHealth, Telehealth für OP und Endoskopie, Operationsrobotik, Material und Müllverbrauch im Krankenhaus Eröffnung der Handlungssituation/Exempel: Eine Pflgende:			

„Auf dem OP-Plan steht Oberarmkopffraktur. In vielen OP-Abteilungen steht gar nicht dahinter, was man macht, sondern alleine diese Kurzinformation ist dann abteilungsintern der Hinweis darauf sozusagen, was wahrscheinlich für ein Verfahren gewählt wird. Und ganz typisch für die Situation war, dass es grundsätzlich ergebnisoffen war. Dass man also zunächst einmal gucken musste, in welcher Form man überhaupt / Wenn man jetzt eine instrumentierende OP-Pflegekraft ist, dann geht es ja auch darum, welche sterilen Instrumentarium lasse ich mir öffnen und nutze ich für diese Operation? Und da gibt es ja häufig drei, vier, fünf verschiedene Möglichkeiten. Und ganz typisch ist dann eben, dass die OP-Pflegekraft, sozusagen diejenige ist, die weiß, wenn der Operateur sagt, "wir machen das!", dann eben automatisch auch sagen kann, "dafür brauche ich das, das, das!" Und das brauche ich sozusagen dafür und dann das so vorbereitet, dass sozusagen dann der Operateur praktisch eben handeln kann. Das ist eine ganz typische Situation, die eben wiederkommt (...) Und ein Teil der Tätigkeit für OP-Pflegekräfte wäre ja eben auch die Vorbereitung sozusagen einer anstehenden Operation und dazu gehört ja eben dann auch die vollständige Vorbereitung: Materialien, Instrumentarien zusammensuchen und dann diese Instrumentarien so vorzubereiten, dass das, was man aus den Sieben braucht, so angeordnet wird, zusammengebaut wird, kombiniert wird, damit es dann OP-einsatzfertig ist, und zwar situativ eben einsatzfertig ist. Und grundsätzlich könnte man sagen, das hat mal ein Operateur gesagt, während der Operation wird nicht gesprochen. Und das braucht man auch nicht, wenn die Pflegekraft eben und deswegen / Das ist ja ein Medizinerberuf und insbesondere auch in der Fachweiterbildung hat man ganz lange Jahre ja eben auch / Die Pflegekraft muss praktisch eigentlich dem Operateur einen Schritt im Voraus sein. Sie muss den Situs-Blick haben und sie muss wissen, das macht er gerade und gleich braucht er das! Und eigentlich braucht er gar nicht sagen, weil er weiß, wenn er seine Hand da hinhält, kriegt er das, was er braucht, weil derjenige, der dort steht, guckt rein und weiß. Und das könnte man ja zum Beispiel mit Benner machen, eben der Neuling, der da stehen würde, der hätte erstmal ganz viel damit zu tun, überhaupt aus einem Sieb mit, ich sage mal, neunzig Instrumenten, die 25 rauszuholen, die man für den Eingriff braucht und so anzuordnen, dass er den Überblick behält. Und dann diese Instrumente so anzugeben, wie es richtig ist im Angeben. (...) Diese Pflegekraft in dem Fallbeispiel war dem Operateur immer einen Schritt im Voraus. Und er wusste genau, was als Nächstes kommt und er wusste genau, was er braucht von den ganzen Materialien, die es in der Abteilung gibt. Und er wusste genau, wo es liegt. Er wusste genau, wo er es braucht sozusagen und wen er sozusagen beauftragen kann, was zu holen. Das ist typisch für diese Situation gewesen.“

Eine Pflegende:

Und mit dieser Pflegekraft, das war dann irgendwann nachts mit dem Operateur und wir sind sozusagen wirklich, er ist irgendwann rausgegangen und hat nur noch geschrien: Sehen Sie zu, dass Sie / Das war ein Kind, was versorgt werden musste. "Sehen Sie zu, dass Sie das Kind jetzt hier versorgen!" Also da ging es dann um die Anlage von entsprechendem Gips und solchen Sachen. Dann ist er einfach abgehauen und hat praktisch alles stehen und liegen lassen und ist einfach abgehauen. Und dann haben wir sozusagen dann entschieden, wie jetzt hier mehr oder weniger dann nach Standard dieses Kind eine Gipsanlage kriegt, Oberarmgipsschiene war das alles, weil da das angelegt werden musste.“

Aus der Fokusgruppe:

„Also das halte ich für eine zentrale Aufgabe von Weiterbildung, dass sie sich damit auseinandersetzen muss, um wirklich soziale und personale Kompetenzen als Handlungskompetenzen / Weil wir wissen alle, die fachliche Kompetenz, ja, das Fachwissen hat eine so geringe Halbwertszeit, ja? Das verfällt zunehmend. Und aber eigentlich sind die scharfen Kompetenzen an denen wir arbeiten müssen oder die wir ausbauen müssen, sind eher soziale und personale Kompetenzen, und darauf muss sich jede Weiterbildung im primären Fokus. Immer unter dem Deckmantel, klar, absolut wissenschaftlicher Stand der Technik.“

„Ja. So würde ich sehen, für die Zukunft der Weiterbildung, was da zentral sein muss. Auch weitervermittelt werden muss. Fachlichkeit hat seinen Platz, aber / Also wenn ich das jetzt, als klassisches Beispiel, ich selbst unterrichte jetzt Personen, die arbeiten mit einer Da Vinci Robotik, und ich selber habe aber nie mit einem Da Vinci instrumentiert. Ich weiß jetzt was das ist, und klar, und ich mache Praxisbegleitung. Aber ich selbst habe ja damit nicht gearbeitet. Und ich denke, das zeigt, wie schnelllebig das ist, und irgendwann, ne, dieses, das ist ein schnelles verfallendes Wissen.“

„Das geht von natürlich einer physiologischen Situation uns bewusst sein muss, sprich, Lagerung, wie muss ich eine Lagerung / Breitflächig, die Gelenke, in welcher physiologischen Ausgangsstellung müssen die liegen? Dann Versorgung mit bestimmten / Wobei das ja eigentlich alles ärztliche Maßnahmen waren, ursprünglich mal, Legen einer Venenverweilkanüle oder das Legen eines Blasenverweilkatheters, was aber jetzt substituiert wurde an die Pflege.“

„Ja. Ökologisch gesehen ist ein Krankenhaus eine Vollkatastrophe, aus meiner Sicht!“

„Also, ich kann, okay, ich kann ja mal sagen, was ich vermute. Als ich in den OP gekommen bin, war das für mich ein Kulturschock. Und zwar, weil ich dachte, das ist hier so eine Materialschlacht,

das finde ich total furchtbar. Ich finde es einfach nur noch furchtbar. Und ich bin Teil dessen, der hier so viel Müll produziert. Und wenn ich mir jetzt so diese ökologische Situation anschau, in der wir ja jetzt leben, was ich furchtbar finde, aber damals war es für mich schon ein Kulturschock. Ja. Es fängt an bei Geräte, die die ganze Nacht durchlaufen, was eigentlich gar nicht sein muss. Müllberge, man kann das gar nicht auf ein Minimum reduzieren, weil jede OP dann auch wieder ganz speziell ist. Es kommt dann immer auch noch auf den Operateur an. Welches Verfahren. Dann wird eventuell noch das Verfahren umgestellt, dann habe ich noch mal extra Müll. Da muss man so viel mit bedenken. Ich meine, die eine oder andere Abteilung machen ja wirklich Mülltrennung, dass die Pappe, Plastik trennen, das ist ein kleiner Anfang. Aber es gibt noch genug, ich sage mal jetzt, OP-Abteilungen wo alles in einen blauen Sack gehauen wird.“

Eine Pflegende:

„Das zeigte sich aber auch im weiteren Verlauf der OP, wo dann eben häufig, ja, junge Ärzte und auch junge Oberärzte in Teilen einfach wenig Erfahrung mitbringen und dann eben sehr wohl erfahrene OP-Pflegekräfte im Saal Einfluss nehmen können auf zum Teil die Technik, die verwendet wird, zum Teil das Material, was eingebaut wird. Zum Teil geht es dann darum zum Beispiel, wenn Nägel eingebracht werden, also ein Steinmann-Nagel oder sonstige Nägel, zu gucken, wie er verläuft. Und da stellt sich immer wieder raus, dass das Lesen von Röntgenbildern, eben die Übertragung der Dreidimensionalität in eine Zweidimensionalität vielen einfach schwerfällt. Und eben die Pflegekraft hier immer wieder auch durch Kommentare gesagt hat eben, dass das nicht weit genug ist, dass das weiter rein muss. Es war also sehr ersichtlich, dass diese Operation eine Kombinationsleistung gewesen ist durch Operateur, aber eben auch durch die instrumentierende Pflegekraft, die eben ganz gezielt sozusagen, den Ablauf der OP mit beeinflusst hat durch ihre Kompetenz.“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Die Perspektive des Individuums

Im OP und in der Endoskopie gehören technische Vorgänge, bzw. deren Beaufsichtigung und Kontrolle zum Arbeitsalltag. Vielfältige technische Funktionen und Eingriffe an den Patient*innen sind umzusetzen und weisen die Gefahr der Schädigung auf, wenn falsch gearbeitet wird. *Methodisch* ist hierfür ein breites Wissen in Anwendung von „Skills“ notwendig. Die „Skills“ sind zu üben, um sich zu habitualisieren. Habitualisieren sich die „Skills“ im Sine des fachgerechten Arbeitens korrekt, minimiert sich die Gefahr einer Schädigung, wie u.a. Keimverschleppung und Kunstfehler. Im Zuge des Übens kann es notwendig sein, die Perspektive der Patient*innen bei den technischen Verrichtungen außer Acht zu lassen, um zunächst Sicherheit in den technischen Abläufen zu entwickeln, was in der Anfänger*innenphase volle Konzentration erfordert. Eine zunehmende Kunst der Pflege ist es dann, wenn die technischen Vorgänge verinnerlicht wurden und die Aufmerksamkeit parallel auf die Patient*innen gerichtet werden kann, um an der *Pflegebeziehung* festzuhalten. Dieser Kompetenzaufbau wird u.a. von Wittneben und Busch beschrieben. Durch die Perspektive der *Interaktion* ergibt sich für die Fachpflegenden nun die besondere Situation, dass sie diese Kunst umsetzen müssen: die richtigen technischen Verrichtungen und

die Patient*innen im Blick zu behalten. Fachpflegende im OP und in der Endoskopie sind wenig glaubhaft, wenn sie die „Hands-on-Nursing“ und die korrekten Abläufe nicht beherrschen, ohne dabei die Patienten aus dem Blick geraten zu lassen. Zudem gilt es, die Problemstellungen zu „fühlen“, die sich aus der doppelten Anforderung der Situation ergeben. Bei der Umsetzung und Kontrolle bewegen sich die Fachpflegenden im Spannungsfeld von *humanem* Umgang mit Patienten und *technokratischer* Sicherheit in den Verrichtungen.

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

Repetitorium der Module: Wissensfundus zum vorausschauenden Instrumentieren entwickeln: Teil I und II: **Lehrervortrag:** Ausgewählte Operationsverfahren: Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie und Topografie. Operationstechniken und gewünschte Operationsabläufe.
Exemplarisch: Aufbau Operationstisch, Lage der Instrumente und Ablauf der Operation

Methodischer Vorschlag: „Skills-Lab“ zu ausgewählten Operationstechniken und Eingriffen im OP und Endoskopie. Ziel ist die „Habitualisierung“ der Abläufe und die Intuitionsbildung zum vorausschauenden Instrumentieren. Lagerungen im OP.

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

Methodischer Vorschlag: „Skills-Lab“ zu Gipsverbänden und funktionalen Verbänden im OP

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

Lehrervortrag zu eHealth, Telehealth, Hybrid-OP, Operationsroboter und Assistierende Technologien für den OP und die Endoskopie. Entwicklungen im Gesundheitssystem.

Skills-Lab zum sicheren Umgang mit Gewebeproben, Amputaten, Organentnahmen, Abstrichen für die Pathologie in Settings des OPs und der Endoskopie.

Lehrervortrag: Müll im OP und der Endoskopie. Abfallmanagement (u.a. Dettenkofer, Frank, Just, Lemmen, Scherrer 2018): **Gruppendiskussion:** Was ist in den Abteilungen vermeidbar? Was ist alternativlos?“ Ggf. Projekt in Modul Projekt fachspezifisch gestalten. **Werkstatt der Utopie:** „Explorieren Sie ökologische Aspekte in der Arbeit im OP und in der Endoskopie! Explorieren Sie Ansätze des nachhaltigen Hygienemanagements!“

Zusammenfassung des Moduls und Gruppendiskussion zur Intuitionsbildung zum vorausschauenden Instrumentieren, Subjekt-Subjekt-Beziehung

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- vertiefen die Pflegetheorie von Benner sowie die Begriffsklärungen von Wittneben und Busch und reflektieren auf deren Basis technische Einrichtungen aus der Fachpflege, sie bewerten ihre beruflichen Handlungsmuster auf Basis der Theorie
- verfügen über ein integriertes berufliches und pflegetheoretisches Wissen im Tätigkeitsfeld der „Hands-on-Nursing“ und kennen die Grenzen zur Bezugswissenschaft Medizin
- verfügen über ein integriertes berufliches und medizinisches Wissen im Tätigkeitsfeld der „Hands-on-Nursing“ und kennen die Grenzen zur Fachwissenschaft Pflegewissenschaft
- bewerten berufliche Aufgaben und Schnittstellen im Behandlungsprozess und können diese für ihr eigenes Handeln einordnen, übernehmen Verantwortung im Behandlungsteam, erkennen die Grenzen und Widersprüche in der Fachpraxis, die sich u.a. aus technischen Einrichtungen und Patientenorientierung ergeben können
- kennen Techniken und Hilfsmittel zur direkten Behandlung von Patient*innen und unterstützen vorausschauend beim Prozess der Versorgung
- sie erkennen, welche Bedeutung Technik im professionellen Handeln hat und realisieren, dass professionelles Handeln immer den Subjektbezug voraussetzt
- entwickeln Sicherheit im Umgang mit der Entnahme von Proben im OP und in der Endoskopie
- erhalten ein tiefes Wissen zur Müllvermeidung und deren Konsequenzen für die Institution und können für ihre berufliche Arbeit abwägen, was verzichtbar und was alternativlos ist
- sie entwickeln Sicherheit im Umgang sachgerechten technischen Einrichtungen an den Patient*innen, können diese vermitteln und beaufsichtigen
- sie lernen digitale Verfahren zur Unterstützung im OP und der Endoskopie kennen, setzen sich mit Operationsrobotik auseinander und erkennen die Bedeutung und Entwicklung von digitalen Technologien in ihrem Arbeitsfeld

• sie habitualisieren Abläufe des Instrumentierens bei Operationsverfahren, entwickeln Intuition zum vorausschauenden Instrumentieren.
Leistungsüberprüfung: K/R/M/PR (ggf. Kombinationsprüfung mit Praxismodul)
Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen): - Ggf. Operationstechniken üben
Lernvorschläge für die Selbststudienzeit: - Literaturstudium der vorgeschlagenen Pflegetheorie (Benner 2012), ausgewählte Arbeitstexte, - Praktische Übungen, - Prüfungsvorbereitung
Literaturempfehlungen: • Benner, P. (2012): Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. Bern: Huber • Busch, J. (1996): "Was der Patient sagt...". Die Reflexion der Krankenpflege in Autobiographien von Patienten. Baunatal: BVS Gohl • Dettenkofer, M., Frank, U., Just, H.-M., Lemmen, S., Scherrer, M. (2018): Praktische Krankenhaushygiene und Umweltschutz. Heidelberg: Springer • Duru, S., Gnant, M., Markstaller, K., Bodingbauer, M. (2018): Standards der OP-Patientenlagerung. Korrekte Lagerung und technische Ausstattung im modernen OP-Saal. Berlin: Springer • Ficklscherer, A. (2023): BASICS Orthopädie und Unfallchirurgie. Urban& Fischer, Elsevier • Friesacher, H. (2010): Pflege und Technik – eine kritische Analyse. In: Pflege& Gesellschaft 15. Jahrg. 2010/ 4. Juventa • Friesacher, H. (2019): Fürsorge - trotz oder mit Technik? In: Hauck, C. Uzarewicz, C. (Hrsg.) (2019): I, Robit – I, care. Möglichkeiten und Grenzen neuer Technologien in der Pflege. Berlin, München, Boston: De Gruyter. S. 201-222 • Hochmuth A, Iltner J, Dockweiler C. Digitalisierung - eine Chance für die Pflege? Pro Alter.de. 2019;51(2):20-24 • Hülsken-Giesler, M. (2008): Der Zugang zum Anderen. Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimesis und Maschinenlogik. Göttingen: V& R, Unipress • Hoffmann, H., Ludwig, C., Passlicj, B. (2023): Thoraxchirurgie. Berlin: Springer • Kerres, A., Wissing, C., Wershofen, B. (2020): Skillslab in Pflege und Gesundheitsfachberufen. Intra- und interprofessionelle Lehrformate. Heidelberg: Springer • Kudyba SP. Healthcare Informatics: Improving Efficiency Through Technology, Analytics, and Management. Productivity Press; 2nd Revised ed. 2016 • Kramer, A. (2022): Krankenhaus und Praxishygiene. Hygienemanagement und Infektionsprävention in medizinischen und sozialen Einrichtungen. München: Urban& Fischer/Elsevier • Liehn, M., Lengersdorf, B., Steinmüller, L., Döhler, R. (2020): OP-Handbuch: Grundlagen, Instrumentarium, OP-Ablauf. Berlin: Springer • Liehn, M, Schlautmann, H. (2022): 1x1 der chirurgischen Instrumente: Benennen – Erkennen – Instrumentieren. Berlin: Springer • Meise, C., Ferrand, N., Greve, C. (2021): Antibiotika. Medi-Learn Poster. Kiel: Medi-Learn Verlag • Schiergens, T. (2023): BASICS Chirurgie. Urban& Fischer, Elsevier • Schulz-Stübner, S. (2023): Repetitorium Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Heidelberg: Springer • Schmittenebecher, P. (2021): Pädiatrische Chirurgie. Urban& Fischer, Elsevier

- Schumpelick, V., Kasperk, R., Stumpf, M. (2021): Operationsatlas Chirurgie, Stuttgart: Thieme
- Settmacher, U., Rauchfuß, F. (2023): Transplantation mit Lebendspende. Berlin: Springer
- Veit, Annegret (2004): Professionelles Handeln als Mittel zur Bewältigung des Theorie-Praxis-Problems in der Krankenpflege. Bern / Göttingen / Toronto / Seattle: Huber
- Wittneben, K. (2003): Pflegekonzepte in der Weiterbildung für Pflegelehrerinnen und Pflegelehrer. Leitlinien einer kritisch-konstruktiven Pflegelernfelddidaktik. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, Bruxelles, New York, Oxford, Wien: Peter Lang
- Wittneben, K. (2009): Leitlinien einer kritisch-konstruktiven Pflegelernfelddidaktik. In: Olbrich, Christa (Hrsg.): Modelle der Pflegedidaktik. München: Urban & Fischer (Elsevier): 105–121

-

Kü/Ba/Gi: 10.05.2024

2.10 Modul „Methoden und Prozeduren im OP“

Modultitel/Modulkennung: 04MFOE 01 „Methoden und Prozeduren im OP“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Themenumsetzung in der Fachpraxis im Praxismodul 04PRPFOE 01 „Projekt fachspezifisch gestalten“ (ggf. Prüfungskombination der Module).</i>			
Workload: 90 Std davon 60 Std. Kontaktstunden, 30 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>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 Methoden der Infektionsprävention: Compliance, Surveillance, Audits Aufsichtskompetenz: Kontrollabläufe entwickeln und in der Organisation umsetzen Gutachten schreiben Themen/ Schlüsselprobleme/Inhalte: Berufliche Quellen des Wissens (Mayer 2022) Implementierung von Innovationen, Dimensionen des Wissenstransfers: Projektarbeit, Konzepte und Methoden der Implementierung und Translation, u.a. Projektarbeit vertiefen, PIKE-Schema (Behrens/Langer) Aufbereitung der Ergebnisse, Erstellung "One Minute Wonder" und Vortrag für die Pflegepraxis. Lagerungen, Prophylaxe von Lagerungsschäden im OP, Ethische Fallbesprechung, Sicherheitsprozeduren im OP, Audits, Fallsteuerung von vulnerablen Patient*innen (Demenz, Kinder, Menschen anderer Kulturen etc.)			
Eröffnung der Handlungssituation/Exempel: Fokusgruppe: <i>„Weil wir wissen alle, die fachliche Kompetenz, ja, das Fachwissen hat eine so geringe Halbwertszeit, ja? Das verfällt zunehmend. Und aber eigentlich sind die scharfen Kompetenzen an denen</i>			

wir arbeiten müssen oder die wir ausbauen müssen, sind eher soziale und personale Kompetenzen, und darauf muss sich jede Weiterbildung im primären Fokus darauf. Immer unter dem Deckmantel, klar, absolut wissenschaftlicher Stand der Technik, alles evidenzbasiert nach Möglichkeit, sofern man hat. Aber grundsätzlich ist Fachlichkeit eines, die zentralen Bausteine sind personelle und soziale Kompetenzen. Und dann deren methodische Anwendung halt natürlich.“

Eine Pflegende:

Und dafür ist für mich aus meiner Sicht Weiterbildung zuständig. Und gerade auch was Sie jetzt eben sagten. Diese Standards. Nämlich Entwicklung von Expertenstandards, ich hatte das vorhin mit Dekubitus bei Lagerung. Aber auch eigene entwickelnde Standards, nämlich sogenannte SOPs, also dieses Standard Operation Procedure zu entwickeln, da müssen Weiterbildungsleute mit rein. Um diese SOPs für diesen Funktionsbereich mit zu entwickeln. Deswegen sind Standards und die Entwicklung von Standards, und diese SOPs eine zentrale Aufgabe, meines Erachtens, wo Weiterbildungsleute rein müssten (...) Und ich finde das sind etwas, was Sie gerade sagten, nämlich gerade so interkulturelle oder transkulturelle Geschichten, wo man einfach sagen muss, ja, da gehört eine gewisse Kompetenz zu, die muss thematisiert werden. Auch da müssen Standards und SOPs entwickelt werden, wie gehen wir mit Menschen, wenn die hier in unsere Obhut gelangen, mit verschiedenen kulturellen Hintergründen, was bedeutet das für unsere Arbeit? Setzen wir uns darüber hinweg, weil die müssen ja operiert werden?“

„Und ich glaube, das ist etwas, was notwendig wird. Und wo wir auch gucken müssen, und da, gerade für solche Entwicklungen, da ist das wichtig. Und das ist ganz klar für mich, dass da in diesem Feld die größte Handlungsbreite liegt. Also Handlungskompetenzen egal welcher Art. Natürlich darf ich die fachliche nicht, die ist, die fachliche ist sozusagen mein Basiswissen. Wenn ich an SOPs arbeite. Aber wie ich die SOP gestalte, das wird durch die anderen Handlungskompetenzen, meines Erachtens, gefördert. Ja!“

Pflegender:

„(...) solange der Patient, beispielsweise wenn es sich um eine Regionalanästhesie handelte und der Patient wach war, oder insbesondere, wenn der Patient noch nicht in eine Narkose eingeleitet war, dass sie über den Patienten hinweggesprochen wurde häufig, und auch über den Patienten sich hinwegbewegt wurde. Er war also, er wurde teilweise völlig ignoriert, wurde in Gespräche gar nicht involviert, es gab wenig Aufklärung. Da haben die viel für sich gesehen, woran sie ansetzen können und arbeiten können. Und dann habe ich gedacht, dann ist das zumindest schon mal das, was es gebracht hat. Oder wenn ich das sagen darf, in der eine der früheren Resultate dieser Begleitung war, dass Patientinnen, in dem Fall waren es überwiegend Patientinnen, in einer zentralen Einschleusung, die wir dort hatten, gab es zum Beispiel keine großartige Wahrung

der Intimsphäre, das heißt, wenn die Patienten in der Einschleusung umgebettet wurden, vom Bett auf den OP-Tisch, dass da Männer neben und Frauen, und alle wurden sozusagen gleichzeitig, weil es ist ein großer Klinikbereich gewesen (...).“

Eine Pflegende:

„Ja. Also es handelt sich um eine zentrale Operationsabteilung mit insgesamt acht schneidenden Disziplinen und zwölf OP-Sälen und es handelt sich um eine Situation in der Unfallchirurgie, wo deutlich wird, wo deutlich dran wird, welchen Einfluss auch Pflegekräfte auf Operationsverläufe und auch Operationsergebnisse sozusagen haben können. Die Pflegekraft, um die es hier geht, sozusagen ist eine schon langjährig erfahrene Pflegekraft in diesem Bereich und es handelte sich um eine Operation im Rahmen einer Oberarmkopffraktur bei einer älteren Dame und die sehr kompliziert war. Und die gesamte Problematik was Lagerung angeht, was Lagerungsmaßnahmen angeht dieser Patientin, aber dann eben auch entscheidend hinterher, die Sachen sind in der ganzen Zeit in einem Konflikt zwischen dem Operateur und der Pflegekraft sichtbar geworden, wo der Operateur immer sich durchsetzen wollte mit seinen Dingen. Er hat ja auch grundsätzlich die Verantwortung, sage ich mal, für die Verantwortung und alle Dinge. Er kann das ja delegieren. Aber die Art und Weise wie er diese Patientin lagern wollte, hat eben dazu geführt, dass sowohl der Kopf nicht mehr sicher war, die Intubation gefährdet war, die Patientin insgesamt, auch was Dinge wie Dekubitus oder Stabilität auf dem Tisch, einfach fragwürdig gewesen ist. Und die Pflegekraft hatte hier von Anfang an interveniert und hat sich letztendlich dann eben auch durchgesetzt, indem sie das sachlich begründet hat. Und das zeigte sich dann auch insbesondere im weiteren Verlauf, was den Einsatz von Bildwandlern und auch den Einsatz von Bohrmaschinen etcetera angeht, dass diese Lagerung sozusagen, wie sie der Operateur selber vorgesehen hätte, nicht geeignet gewesen wäre, um die Operation überhaupt fortlaufend durchführen zu können.“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Aus der Perspektive der Institution

Mit der stetigen Vermehrung evidenzbasierten pflegewissenschaftlichen Wissens verstärkt sich die Transferproblematik von der Wissenschaft zur Praxis. Neuere Implementierungsforschung zeigt, dass der Transfer nicht als Einbahnstraße, sondern als Resonanzprozess gedacht werden muss. Gerade hier setzt eine innovative Pflege an, Praxisprobleme aufzunehmen, theoretisch zu bearbeiten und die Arbeitsergebnisse wieder in die Praxis zu überführen. Das Feld der operativen Pflege findet bei den Mitarbeiter*innen im Arbeitsalltag wenig Beachtung: Pflege im OP wird ausschließlich als medizinische Assistenz gedeutet. 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 der operativen und endoskopischen Pflege“. „Wie stehen die Quellen des Wissens im Zusammenhang mit Ihrer Arbeit im OP? Plenum: Austausch der Gruppenergebnisse./ Diskussion der Quellen für die Weiterentwicklung der operativen und endoskopischen Pflege. Diskussion von hemmenden Faktoren in der Weiterentwicklung. Lehrervortrag: Zum Begriff der Wissenstranslation*

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.

In der Reflexion der Kategorie *Humanisierung und Sozialtechnologie* entwickeln wir Themen, die den Arbeitsalltag von Fachpflegenden im OP und in der Endoskopie betreffen und ein breites Methodenrepertoire abbilden. Beispielhaft können die Themen für eine Projektentwicklung in der Praxis herangezogen werden. So zielen Lagerungen und Prophylaxen auf eine Kontrollprozedur im OP ab. Es gilt, sichere Arbeitsprozesse bei den Mitarbeiter*innen in den Einrichtungen zu implementieren und zu üben. Dies erfordert nicht nur ein sicheres Fachwissen, das aus dem Berufsfeld zu entnehmen ist - es erfordert auch eine Personalführungskompetenz, damit Mitarbeiter*innen Sicherheit in den Arbeitsabläufen entwickeln.

Tutorium: Datenbanksuche und Literaturverwendung.

Lehrervortrag: Lagerungen (u.a. Duru, Gnant, Markstaller, Bodingbauer 2018) und Prophylaxen von Lagerungsschäden im OP und in der Endoskopie. Arbeitsgruppe: Untersuchung und Analyse von Hausstandards und Prozedurbeschreibungen. Ggf. Praxisprojekt.

Lehrervortrag: Sicherheitsprozeduren im OP (u.a. Zählen von Instrumenten, Kompressen und Tupfern, Kennzeichnungen von Operationsseiten etc.). Untersuchung und Analyse von Hausstandards und Prozedurbeschreibungen. Ggf. Praxisprojekt.

Lehrervortrag: Bedeutung der Dokumentation im OP und in der Endoskopie. Untersuchung und Analyse von Hausstandards und Prozedurbeschreibungen. Ggf. Praxisprojekt.

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

Lehrervortrag: Ethische Fallbesprechung im OP. **Konvergierendes Gespräch:** Erfahrungen der Teilnehmer*innen. Ggf. Praxisprojekt.

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- haben ein breites und integriertes Verständnis von Prozessen des Wissenstransfers. Sie kennen die gängigen Konzepte zum Wissenstransfer und können diese gegenüber Vertreter*innen der Wissenschaft oder Berufspraxis beschreiben.
- setzen die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens korrekt um und argumentieren die Notwendigkeit von Theoriegeleitetem oder evidenzbasiertem Handeln in der Pflegepraxis vor Vertreter*innen der Berufspraxis.
- verstehen die Logik des Forschungsprozesses. Sie haben ein Verständnis zur Evidenzbasierung und kennen den EBN-Prozess – können diesen für ein Thema in der operativen und endoskopischen Pflege anwenden
- Die Teilnehmenden können eine evidenzbasierte / wissenschaftlich begründete Problemlösung gegenüber Vertreter*innen der Berufspraxis begründen und Verantwortung im Team übernehmen
- können die besonderen Probleme des Transfers wissenschaftlicher Erkenntnisse in eine überwiegend nicht-akademische Berufspraxis abschätzen. Sie demonstrieren Prinzipien und Methoden, diese Lücke zu schließen und können deren Anwendung bei Vertreter*innen der Berufspraxis erklären
- hinterfragen Praktiken in der Pflegepraxis hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und überprüfen die wissenschaftliche Belegbarkeit der Pflegepraktiken.
- wenden Methoden, Konzepte und Instrumente des Wissenstransfers für die operative und endoskopische Pflege an und entwickeln Lösungen für Themenstellungen aus der Pflegepraxis, in die Berufskolleg*innen einbezogen werden
- können Implementierungsprojekte planen, die einzelnen Schritte darstellen und diskutieren, beispielhaft ein Thema der Pflegepraxis bearbeiten und für die Berufspraxis aufbereiten sowie ihre Ergebnisse in den Pflgeteams argumentativ verteidigen.
- können hemmende und fördernde Faktoren für den Wissenstransfer in der Pflege identifizieren, einordnen und für ihre Einrichtungen Lösungsvorschläge vornehmen.
- erwerben ein tiefes Wissen zu den Lagerungen im OP, der ethischen Fallbesprechung und den Sicherheitsprozeduren, können diese im Praxisprojekt erproben und im Arbeitsalltag anwenden.
- Können ein wissenschaftliches Poster für ihr individuelles Projekt erstellen, präsentieren und im Team als Argumentationsgrundlage verwenden.

Leistungsüberprüfung: K/R/M/PR

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

Siehe Praxismodul 04PRPFOE 01 „Projekt fachspezifisch gestalten“

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

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

Literaturempfehlungen:

- Ackley, B. J.; Ladwig, G. B. (2008): Nursing Diagnosis Handbook. An Evidence-Based Guide to Planning Care. 8. Aufl. St. Louis: Mosby /Elsevier
- Barre, Kirsten (2013): Evidence-based Nursing in der pflegedidaktischen Vermittlung. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Behrens, Johann/Langer, Gero (2010a): Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. Bern: Huber
- Behrens, J., & Langer, G. (2016). Evidence based Nursing an Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung-Vertrauensbildende Entzauberung der "Wissenschaft". 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe.
- Behrens, Johann/Langer, Gero (2010a): Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. Bern: Huber
- Behrens, Johann (2011): Evidence based Nursing. In: Schaeffer, Doris/Wingenfeld, Klaus (Hrsg.) (2011): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim / München: Juventa. S. 151–164
- Brandenburg H, Panfil E.M., Mayer H. (2007): Pflegewissenschaft 2. Lehr und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegeforschung. Hans Huber Verlag, Bern.
- Brandenburg, H. Dorscher (2015): Pflegewissenschaft 1. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in das wissenschaftliche Denken in der Pflege. Bern: Hogrefe
- Büker, C. Lademann, J, Müller, K. (2018) Moderne Pflege heute. Stuttgart: Kohlhammer
- Deutsche Gesellschaft Pflegewissenschaft (DGP) Sektion Beraten, Informieren, Schulen (Hrsg.) (2012): Kollegiale Beratung in der Pflege. Ein praktischer Leitfaden zur Einführung und Implementierung: <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/05/LeitfadenBIS1.pdf> (22.12.23)
- Duru, S., Gnant, M., Markstaller, K., Bodingbauer, M. (2018): Standards der OP-Patientenlagerung. Korrekte Lagerung und technische Ausstattung im modernen OP-Saal. Berlin: Springer
- Ertl-Schmuck, R. Unger, A., Mibs, M., Lang, C.: (2014): Wissenschaftliches Arbeiten in Gesundheit und Pflege. Tübingen, Basel: utb
- Käppeli S. (2011): Pflegewissenschaft in der Praxis. Eine kritische Reflexion. Hans Huber Verlag, Bern
- Kitson, A. (2008): The need for systems change: reflections on knowledge transfer and organizational change. In: Lournal of Advanced Nursing. 65. Jg., Heft 1, S. 217 – 228
- Krammer, H., Schiller, J., Schmidt, A., Tanczos, A. (2019): Sachverständige und ihre Gutachten. Wien: Manz
- König, O., Schattenhofer, K. (2021): Einführung in die Fallbesprechung und Supervision. Heidelberg: Carl-Auer, Compact.
- Krüger, L., & Mannebach, T. (2019). One Minute Wonder zielgerecht gestalten. PADUA, 14(4), S. 239-243.
- Kühtz, S. (2021): Wissenschaftlich formulieren. Tipps und Textbausteine für Studium und Schule. Stuttgart: utb.
- Marckmann, G.; Mayer, F. (2009): Ethische Fallbesprechungen in der Onkologie. Grundlagen einer prinzipienorientierten Falldiskussion. Der Onkologe 15 (10): 980–988.
- Mayer, H. (2007): Pflegeforschung verstehen. Facultas Verlag Wien
- Mayer H. (2002): Einführung in die Pflegeforschung. Facultas Verlag, Wien
- Mayer, H. (2003): Pflegeforschung. Elemente und Basiswissen. Wien: Facultas

- Mayer, H. (2022): Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. Wien: Facultas Verlag
- Meyer, Gabriele/Köpke, Sascha (2012): Wie kann der beste pflegewissenschaftliche Kenntnisstand in die Pflegepraxis gelangen? How can best nursing science evidence reach nursing practise? In: Pflege & Gesellschaft. Heft 1 / 12. 17. Jahrgang. Weinheim: Juventa. S. 36–44
- Meyer, Gabriele (2011): Klinische Pflegeforschung: Relevanz und Standortbestimmungen. In: Schaeffer, Doris/Wingenfeld, Klaus (Hrsg.) (2011): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim / München: Juventa S. 137–150
- Panfil, E.M. (2017): Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegende. Bern: Hogrefe
- Rey, F. (o. D.): Hygienepraxis im Gesundheitswesen. Systemlösung. Hygieneprozesse sicher umsetzen. Hamburg: Behr's
- Ruppert, N. (2022): Das kleine Solo: Das Poster. In E.-M. Panfil, M.-C. Baumann, K. Fierz & Y. Ford (Hrsg.) Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege: Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegende (4. Aufl., S. 341-353). Bern: Hogrefe.
- Ruppert, N. (2017): Das kleine Solo: Das Poster. In: E.-M. Panfil, (Hrsg.): Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegende. (3. Aufl., S. 389-404). Bern: Hogrefe Verlag
- Schiemann, D./Moers, M./Büscher, A. (Hrsg.): Qualitätsentwicklung in der Pflege. Konzepte, Methoden und Instrumente. Stuttgart: Kohlhammer, S. 70 – 101
- Steckelberg A. (2016): Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen und Decision Coaching: Neue Rolle für die Pflege. Pflege. 2016 Sep;29(5): 225-226
- Titler, M., Kleiber, C., Steelman, V., Rakel, B., Budreau, G., Everett, L., Buckwalter, K., Tripp-Reimer, T., Goode, C. (2001). The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care. Critical Care Clinics of North America, 13(4), 497-509.
-

Kü/Ba/Gi: 11.05.24

2.11 Modul Praxismodul „Projekt fachspezifisch gestalten“ (Projekt)

Modultitel/Modulkennung: 04PRPFOE 01 „Projekt fachspezifisch gestalten“ (Praxismodul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Das Modul ist praxisbegleitend zum Modul 04MFOE 01 Methoden und Prozeduren im OP (Fachspezifisches Modul)</i> <i>Umsetzung Projekt in der Fachpraxis (Prüfungskombination der Module).</i> <i>GGf. praktische Abschlussprüfung.</i>			
480 Praxisstunden, davon 360 Std. AVL und gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ) (12LP)			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
Reflexionskategorien: 2.III Tradition und Emanzipation Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Gestaltende Fachpflege und traditioneller Stillstand in der operativen und endoskopischen Pflege 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: Fokusgruppe: <i>Und ich glaube, das ist etwas, was notwendig wird. Und wo wir auch gucken müssen, und da, gerade für solche Entwicklungen, da ist das wichtig. Und das ist ganz klar für mich, dass da in</i>			

diesem Feld die größte Handlungsbreite liegt. Also Handlungskompetenzen egal welcher Art. Natürlich darf ich die fachliche nicht, die ist, die fachliche ist sozusagen mein Basiswissen. Wenn ich an SOPs arbeite. Aber wie ich die SOP gestalte, das wird durch die anderen Handlungskompetenzen, meines Erachtens, gefördert. Ja

Erstmal zu erfassen und zu kennen, also das fachliche Wissen zu besitzen. Und vor allen Dingen dann, wenn der Abweichung von der Regel stattfindet, die Transferleistungen herstellen zu können. Nämlich zu sagen, okay, ich kann jetzt mit diesem fachlichen Wissen, mit den methodischen Kompetenzen, sie in der Berufspraxis anzuwenden, und das kann ich, dazu habe ich meine beruflichen Handlungskompetenzen erreicht. Trete ich aber jetzt noch, und das erwarte ich im Prinzip, das ist für mich tatsächlich höchste Expertise, dass ich dann, wenn es eine Transferleistung geben muss, diese übertragen kann, und die individuell auf diese Situation umsetzen kann

Und aber eigentlich sind die scharfen Kompetenzen an denen wir arbeiten müssen oder die wir ausbauen müssen, sind eher soziale und personale Kompetenzen, und darauf muss sich jede Weiterbildung im primären Fokus darauf legen. Immer unter dem Deckmantel, klar, absolut wissenschaftlicher Stand der Technik, alles evidenzbasiert nach Möglichkeit, sofern man hat. Aber grundsätzlich ist Fachlichkeit eines, die zentralen Bausteine sind personelle und soziale Kompetenzen. Und dann deren methodische Anwendung halt natürlich.

Eine Pflegende

Dass sie absolut reduziert und fokussiert werden auf zentrale Aufgaben, und ihr eigentlich breiteres Handlungsfeld und ihre Wahrnehmungen und ihren Umgang und ihre wirklich breites Aufstellen, auch ihrer Handlungskompetenzen in mehreren Bereichen, auch gerade in der Patientenbetreuung, zunehmend reduziert wurde und fokussiert wurde auf das Wesentliche: „Du musst hier jetzt funktionieren.“ Und das hat eher so einen maschinellen Ablauf. Und das war tatsächlich etwas, was mir in all den Jahren und immer wieder durch so ein Praxisprojekt, ich halte trotzdem daran fest, immer wieder klar wurde, dass das ein zentrales Problem ist, dass die Teilnehmenden in diesem Funktionsbereich, in diesem Berufsfeld haben. Und ich habe ihnen gesagt: „Ja, ich sehe diese Problematik, ich sehe auch diese Wahnsinnsdiskrepanz, die sicherlich nochmal stärker ist, als im stationären Bereich.“ Das habe ich ihnen schon auch klar gemacht, dass mir das bewusst ist. Warum ich weiterhin aber an diesem Praxisprojekt festhalte, ist zum einen, dass es in unserer Verordnung oder jetzt in der Ordnung, in der Weiterbildungsordnung, steht, und da steht etwas wie Würdigung der Patientensituation. Das ist zwar ein Schlagwort. „Aber meine Aufgabe ist es“, und das hatte ich ihnen gesagt: „euch immer wieder, egal wie, dafür zu sensibilisieren, dass das ursächlich in eurem Kontext, eures beruflichen Handlungsfeldes liegt. Und ihr unabhängig davon, wie die überwiegende Berufspraxis umgesetzt wird im Tagesgeschäft, in Führungsstrichen, ihr trotzdem euch nicht hinsetzen solltet und euch das wegnehmen lassen solltet, sondern weiterhin

diesen Fokus in dieser besonderen Patientensituation, und diese zu würdigen, unter diesen besonderen Umständen, in denen die Patienten sind.

Ein Pflegender:

erstmal die Herausforderungen sind natürlich, zum einen die gewesen zu sagen: „Okay, ihr dürft jetzt darüber berichten und ihr dürft auch erläutern, das ist jetzt ja auch zwingend notwendig, dass ihr erläutert, warum es keine praktische Relevanz hat. Wo sind hier die Stolpersteine? Oder wo sind die Hürden, die unüberwindbar sind?“ Und dann die Herausforderung ist (lacht), sich nicht in dieser Resignation zu verlieren. Und ich glaube, das ist eine große Herausforderung gewesen, auch immer zu sagen: „Okay, ich weiß, wie es ist.“ Und das hat so ein bisschen, ja, wie soll man sagen, es ist ein bisschen wie Donkey Shot, und es hat so ein bisschen was wie eine Sisyphus-Arbeit, wo man denkt: Okay, jetzt rollen wir den Stein wieder, und trotzdem nicht aufzugeben, und zu sagen: Na gut, ja, es ist so, ja es ist ermüdend. Ja, es ist resignierend, aber die Herausforderungen, da selbst auch den Mut nicht zu verlieren, zu sagen: Gut, jetzt gucken wir doch trotzdem mal, wir halten einfach daran fest. Auch wenn ihr glaubt, dass das vielleicht, selbst wenn man nur so ein Tropfen irgendwo haben, der irgendwas in Bewegung bringt, oder irgendwas bei euch, auslöst, wo ihr sagt: So, ich habe jetzt eine Reflektion für mich selbst erhalten und diese, das war für mich nochmal sehr eindrücklich, was ich da über mich selbst vielleicht erfahren habe, was ich jetzt sehen konnte bei meinen Kolleginnen und Kollegen in der Praxis, wo ich denke, das möchte ich für mich abstellen. Alleine deswegen hat es sich gelohnt und trotz aller Resignation, selbst wenn ich jetzt keine Berge versetzen kann, kann ich ja zumindest überlegen, was kann ich trotzdem tun, um daran festzuhalten?

(...) jetzt geht ihr was ganz Neues auf den Weg, jetzt wird das etabliert, jetzt wird das nicht nur Projekt, sondern das Projekt hat sich als positiv erwiesen und aus dem Projekt wird hier eine fest etablierte Situation im beruflichen Handlungsfeld.“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Siehe Modulbeschreibung Modul 04MFOE 01 „Methoden und Prozeduren im OP“ (Fachspezifisches Modul)

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

Hintergrund ist, wie formelles und informelles Lernen in der Fachweiterbildung miteinander verknüpft werden. So sind in den verschiedenen lernorganisatorischen Kontexten die Operationen des Reflektierens und Lernens einerseits und des Handelns andererseits jeweils unterschiedlich ausgeprägt. Beim Modell des arbeitsverbundenen Lernens werden informelles und formelles Lernen systematisch verbunden. Hier werden arbeitsplatznahe Lernangebote angestrebt. Diese kön-

nen 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, können diese beschreiben und Verantwortung für neue Arbeitsprozesse übernehmen
- setzen die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens korrekt um und argumentieren die Notwendigkeit von Theoriegeleitetem oder evidenzbasiertem Handeln in der Pflegepraxis vor Vertreter*innen der Berufspraxis.
- verstehen die Logik des Forschungsprozesses. Sie haben ein Verständnis zur Evidenzbasierung und kennen den EBN-Prozess – können diesen Mitarbeiter*innen im Berufsfeld erläutern
- Die Teilnehmenden können eine evidenzbasierte / wissenschaftlich abgeleitete Problemlösung für Angehörigen der Berufsgruppe begründen.
- können die besonderen Probleme des Transfers wissenschaftlicher Erkenntnisse in eine überwiegend nicht-akademische Berufspraxis abschätzen. Sie demonstrieren Prinzipien und Methoden, diese Lücke zu schließen und können deren Anwendung erklären
- hinterfragen Praktiken in der Pflegepraxis hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und überprüfen die wissenschaftliche Belegbarkeit der Pflegepraktiken.
- wenden Methoden, Konzepte und Instrumente des Wissenstransfers an und entwickeln Lösungen für Themenstellungen aus der Pflegepraxis.
- können für die operative und endoskopische Pflege Implementierungsprojekte planen, die einzelnen Schritte darstellen und diskutieren, beispielhaft ein Thema der Pflegepraxis bearbeiten und für die Berufspraxis aufbereiten sowie ihre Ergebnisse in den Pflegeteams argumentativ verteidigen.
- können hemmende und fördernde Faktoren für den Wissenstransfer von Fachpflege in der Berufsgruppe Pflege selbst identifizieren, einordnen und für ihre Einrichtungen Lösungsvorschläge vornehmen.
- können nach den Phasen des Projektmanagements ein selbstgewähltes Projekt in der operativen und endoskopischen Pflege umsetzen, aufbereiten und in der Pflegepraxis präsentieren.
- haben einen Überblick über die Merkmale von Praxisentwicklungsprojekten.

- Die Teilnehmer*innen können die Bedeutung von evidenzbasierter und wirksamer Pflege für den OP und die Endoskopie erklären
- können theoriebasiert Projektideen u.a. zur Infektionsprävention aus Fragestellungen der Praxis entwickeln.
- kennen Projektmanagementmethoden, können eine zielgerichtet auswählen und kontextbezogen für die Fachpflege nutzen
- können systembezogen die Bedingungen eines Praxisprojektes aufzeigen und berufstypische Problembereiche behandeln.

Leistungsüberprüfung: (P/PBM/PBS/P/KQ

Ggf. praktische Abschlussprüfung

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: 09.05.2024

2.12 Modul „Fachspezifische Pflege gestalten“ (Praxismodul)

Modultitel/Modulkennung: 04FSFOEP 01 Praxismodul „Fachspezifische Pflege gestalten“			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: Pflege theoretisch geleitete Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von authentischen Fällen aus der Fachpflegepraxis nach dem Pflegeprozess. Praktische Abschlussprüfung. Modul „Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“ (Basismodul), Modul „Pflegeprozess im Handlungsfeld“, (Praxismodul) Modul Pflegeidentität als Fachkraft für operative und endoskopische Pflege: Rollenidentität im System (Fachspezifisches Modul) Modul Wissensfundus zum vorausschauenden Instrumentieren entwickeln: Teil I (Fachspezifisches Modul) Modul Fallorientiertes Arbeiten: Vulnerabilität und Subjektperspektive im OP (Fachspezifisches Modul) Modul Wissensfundus zum vorausschauenden Instrumentieren entwickeln: Teil II (Fachspezifisches Modul) Modul Sicherheit beim Instrumentieren entwickeln und vermitteln können (Fachspezifisches Modul) Schnittstellenbarrieren auflösen: sichere Prozesse der Versorgung im OP (Fachspezifisches Modul)			
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:

Ein Pflegender:

erstmal die Herausforderungen sind natürlich, zum einen die gewesen zu sagen: „Okay, ihr dürft jetzt darüber berichten und ihr dürft auch erläutern, das ist jetzt ja auch zwingend notwendig, dass ihr erläutert, warum es keine praktische Relevanz hat. Wo sind hier die Stolpersteine? Oder wo sind die Hürden, die unüberwindbar sind?“ Und dann die Herausforderung ist (lacht), sich nicht in dieser Resignation zu verlieren. Und ich glaube, das ist eine große Herausforderung gewesen, auch immer zu sagen: „Okay, ich weiß, wie es ist.“ Und das hat so ein bisschen (lacht), ja, wie soll man sagen, es ist ein bisschen wie Donkey Shot, und es hat so ein bisschen was wie eine Sisyphus-Arbeit, wo man denkt: Okay, jetzt rollen wir den Stein wieder, und trotzdem nicht aufzugeben, und zu sagen: Na gut, ja, es ist so, ja es ist ermüdend. Ja, es ist resignierend, aber die Herausforderungen, da selbst auch den Mut nicht zu verlieren, zu sagen: Gut, jetzt gucken wir doch trotzdem mal, wir halten einfach daran fest. Auch wenn ihr glaubt, dass das vielleicht, selbst wenn man nur so ein Tropfen irgendwo haben, der irgendwas in Bewegung bringt, oder irgendwas bei euch, auslöst, wo ihr sagt: So, ich habe jetzt eine Reflektion für mich selbst erhalten und diese, das war für mich nochmal sehr eindrücklich, was ich da über mich selbst vielleicht erfahren habe, was ich jetzt sehen konnte bei meinen Kolleginnen und Kollegen in der Praxis, wo ich denke, das möchte ich für mich abstellen. Alleine deswegen hat es sich gelohnt und trotz aller Resignation, selbst wenn ich jetzt keine Berge versetzen kann, kann ich ja zumindest überlegen, was kann ich trotzdem tun, um daran festzuhalten?“

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 fusseilig tatsächlich, dass man auch mal da reingucken muss, weil die wissen nicht, was Kompetenzen sind. Das ist auch schwierig zu erklären mal eben, was Kompetenzen sind, das ist ja ein Begriff mit glaube ich zehn, zwanzig Definitionen immer noch“

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

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

„Und da fehlt oftmals auch das Wissen. Und wenn wir wissen würden, wo Pflege Theorie herkommt, wo Pflege Wissen 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 Pflegetechniken auf Station noch gehalten, obwohl schon nachgewiesen ist, dass sie keinen Sinn haben oder dass sie einfach falsch sind.“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

In der Reflexion der Kategorie *Tradition und Emanzipation* kommen wir auf ein Kernphänomen in der Pflege. So wird allgemein angezweifelt, dass Theorie und Praxis nicht gut zueinander passen. Während die Anwendung von Pflege Wissen Emanzipationspotenzial freisetzt, verharren wir in alten und sicheren Handlungsmustern, die uns den Arbeitsalltag erleichtern. Die Spannung dieses Widerspruchs ist identitätsstiftend für die neue Rolle und wird Einfluss darauf nehmen, wie der Beruf als Fachpflegende in der operativen und endoskopischen 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 praktische Prüfung theoriegeleitet umzusetzen? Welche Themen in der Fachweiterbildung (Innovationen) haben mir besonders gut gefallen und würde ich gerne in der praktischen Prüfung umsetzen?/ **Erstellung eines Lerntagebuchs** zur Prüfungsvorbereitung in der Praxis.

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

Pflege Theorie geleitete Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von einem authentischen Fall (Fallgruppe) aus der Fachpflegepraxis OP und Endoskopie dem Pflegeprozess.

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- reflektieren ihre Kompetenzen selbstkritisch und übernehmen hierfür Verantwortung
- setzen die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens korrekt um und argumentieren die Notwendigkeit vom theoriegeleiteten oder evidenzbasierten Handeln in der Pflegepraxis vor Vertreter*innen der Berufspraxis.
- sie beurteilen, zu welchen Themen sie einen Lernbedarf haben und kommunizieren dies mit den Lehrenden der Fachweiterbildung.
- Die Teilnehmenden können eine evidenzbasierte / wissenschaftlich begründete Problemlösung für die operative Pflege 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 des OPs und der Endoskopie.
- 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.
- 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 Pflege-theorien zurück und übertragen ihre theoriegeleiteten Überlegungen auf Patient*innen in der fachtypischen Praxis.

Leistungsüberprüfung: (P/KQ)

Praktische Abschlussprüfung:

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

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

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

Literaturempfehlungen:

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

Kü/Ba/Gi: 09.05.24

2.13 Modul Orientierung, Institutionsspezifische Vertiefung und Prüfungsvorbereitung zur operativen und endoskopischen Fachpflegenden

Modultitel/Modulkennung: 04OFOE 01 „Orientierung, Institutionsspezifische Vertiefung und Prüfungsvorbereitung zur operativen und endoskopischen Fachpflegenden“ (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>gesundheitsspezifisch 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: <i>Ein Pflegender:</i>			

„Das muss geändert werden, aus meiner Sicht. Und was grundsätzlich die Inhalte dieser Weiterbildung angeht, das ist rudimentär. Wir haben keine klare Struktur, wir haben kein klares Curriculum. Also es fehlt halt an den klaren theoretischen Inhalten, die stringent, strukturiert und völlig transparent sind, dass, alle wissen auch immer genau, okay, das wird hier jetzt vermittelt, das sind die Inhalte und das ist garantiert und da habe ich auch eine klare Struktur, in der ich, ich habe eine klare Orientierung und die ist vergleichbar mit jeder anderen Orientierung. Sei es bundeslandweit oder im besten Falle natürlich bundesweit“

Eine Pflegende:

„Das ist ja ausgerichtet auf die Pflege auch. Dann ist es der Fachkräftemangel, der eigentlich auch so ein bisschen, ich gehe jetzt arbeiten und dann war es das. Also diese ganze berufliche, das berufliche Ethos hat sich ja verschoben auch. Also es sind keine Fachkräfte mehr oder keine Pflegefachkräfte mehr, weil sie es gerne machen und weil sie Leuten und Menschen und Patienten helfen wollen. Das ist halt ihr Job.“

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

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

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

In der Reflexion der Kategorie *Tradition und Emanzipation* kommen wir auf ein Kernphänomen in der Pflege. So wird allgemein angezweifelt, dass Theorie und Praxis nicht gut zueinander passen. Während die Anwendung von Pflegewissen Emanzipationspotenzial freisetzt, verharren wir in alten und sicheren Handlungsmustern, die uns den Arbeitsalltag erleichtern. Die Spannung dieses Widerspruchs ist identitätsstiftend im Pflegeberuf und wird Einfluss darauf nehmen, wie der Beruf als 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 Prüfungsformalien und zur Orientierung im Prüfungsprozedere.*

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

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

Leistungsüberprüfung: (K/R/M/PR) <i>Schriftliche Abschlussprüfung, ggf. mündliche Abschlussprüfung:</i>
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: 09.04.24

2.14 Modultitel und Signaturen im Überblick

Fachkraft für operative und endoskopische 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
03FPFOE 01	Fachspezifische Pflege gestalten (Praxismodul)	3
04PBB 01	Pflegebildung und Praxistransfer für die Identität in der Praxisanleitung (Basismodul)	4
01PIRSFOE 01	Pflegeidentität als Fachkraft für operative und endoskopische Pflege: Rollenidentität im System (Fachspezifisches Modul)	1
01WVIFOE01	Wissensfundus zum vorausschauenden Instrumentieren entwickeln: Teil I (Fachspezifisches Modul)	1
02SSIFOE1	Schnittstellenbarrieren auflösen: Sicherheit in der Institution (Fachspezifisches Modul)	2
03FAVSFOE 01	Fallorientiertes Arbeiten: Vulnerabilität und Subjektperspektive im OP (Fachspezifisches Modul)	3
02 WVIFOE01	Wissensfundus zum vorausschauenden Instrumentieren entwickeln: Teil II (Fachspezifisches Modul)	2
03SPVFOE 01	Schnittstellenbarrieren auflösen: sichere Prozesse der Versorgung im OP (Fachspezifisches Modul)	3
03SIFOE 01	Sicherheit beim Instrumentieren entwickeln und vermitteln können (Fachspezifisches Modul)	3
04MFOE 01	Methoden und Prozeduren im OP (Fachspezifisches Modul)	4
04PRPFOE 01	Projekt fachspezifisch gestalten (Praxismodul)	4
04FSFOEP 01	Fachspezifische Pflege gestalten (Praxismodul)	4

04OFOE 01	Orientierung, Institutionsspezifische Vertiefung und Prüfungsvorbereitung zur operativen und endoskopischen Fachpflegenden (Fachspezifisches Modul)	4
-----------	--	---