



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

FAKULTÄT WIRTSCHAFTS- UND SOZIALWISSENSCHAFTEN

**Anhang II (Modulhandbuch)
zum Abschlussbericht**

**Fachkraft für pädiatrische Intensiv- und Anästhe-
siepflege**

Berufsfeldanalyse für die Fachweiterbildungen in der Pflege (Nieder-
sachsen)

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

Datum 16.09.23

Vorbemerkung

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

Benjamin Kühme
Anja Giesecking
Kirsten Barre

Inhaltsverzeichnis

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

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

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

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

2.1	MODULSTRUKTURPLAN FACHKRAFT FÜR PÄDIATRISCHE INTENSIV- UND ANÄSTHESIEPFLEGE	56
2.2	MODUL PÄDIATRISCHE INTENSIV- UND ANÄSTHESIEPFLEGE: ROLLENBEWUSSTSEIN IM BEHANDLUNGSTEAM	58
2.3	MODUL FAMILIENORIENTIERUNG IN DER PÄDIATRISCHEN INTENSIV- UND ANÄSTHESIEPFLEGE: ZWISCHEN DEN SYSTEMEN VERMITTELN	65
2.4	MODUL „ERFAHRUNGSBILDUNG IN DER KINDERINTENSIVPFLEGE: SICHERHEIT FÜR DAS KIND IN DER INSTITUTION“ ..	73
2.5	MODUL „FALLORIENTIERTES ARBEITEN IN DER PÄDIATRISCHEN INTENSIV- UND ANÄSTHESIEPFLEGE: SUBJEKTORIENTIERUNG UND GRENZEN“	82
2.6	MODUL „FACHSPEZIFISCHE PFLEGE GESTALTEN“ (PRAXISMODUL)	90
2.7	MODUL „EXTERNE UND INTERNE EVIDENZ IN DER PÄDIATRISCHEN INTENSIV- UND ANÄSTHESIEPFLEGE: KONZEPTE UND METHODEN DER KINDERKRANKENPFLEGE“	97
2.8	MODUL „PERSPEKTIVENWECHSEL IN DER PÄDIATRISCHEN INTENSIV- UND ANÄSTHESIEPFLEGE: PROZESSE DER VERSORGUNG“	104
2.9	MODUL „FUNKTIONSERSATZ TECHNIK – DAS KIND UND DIE ELTERN SCHÜTZEN“	111
2.10	MODUL „WISSENSTRANSFER IN DIE FACHPRAXIS DER PÄDIATRISCHEN INTENSIV- UND ANÄSTHESIEPFLEGE“	119
2.11	MODUL PRAXISMODUL „PROJEKT FACHSPEZIFISCH GESTALTEN“ (PROJEKT)	124
2.12	MODUL „FACHSPEZIFISCHE PFLEGE GESTALTEN“ (PRAXISMODUL)	128
2.13	MODUL „ORIENTIERUNG, INSTITUTIONSSPEZIFISCHE VERTIEFUNG UND PRÜFUNGSVORBEREITUNG ZUR FACHPFLEGENDEN DER PÄDIATRISCHEN INTENSIV- UND ANÄSTHESIEPFLEGE“	131
2.14	MODULTITEL UND SIGNATUREN IM ÜBERBLICK	134

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/PFP ¹ DQR 6	2 LP; 60 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 20 Std. gesteuerte SSZ K/R//M DQR 5	2 LP; 60 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 20 Std. gesteuerte SSZ K/R/M DQR 5	8 LP; 480 Praxisstunden, davon 240 Std. AVL und SSZ in der Praxis, PBM/PBS/PMU DQR 6
2 900 Std.	Fachspezifisches Modul	Fachspezifisches Modul	Pflegeprozess als 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, Groklaus-Seidel u.a..

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

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Pflegende

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

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

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

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

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

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Aus der Perspektive der Institution

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

.

Aus der Perspektive der Interaktion

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

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 6: Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit Die Teilnehmenden... • ... haben Kenntnisse über historische Beispiele zu Machtmissbrauch in der Pflege und können die Mechanismen von Machtmissbrauch und Gewalt auf berufliche Situationen in der Gegenwart reflektieren. • ... kennen die Bedeutung von Konzepten zu Empathie und Mitgefühl im Hinblick auf Phänomene wie Übertragung und Gegenübertragung und können eigene Erfahrungen darin einordnen. • ... kennen ethische Handlungsmaximen nach ethischen Modellen in der Pflege und interpretieren patientenorientierte Pflege in ihrer Bedeutung für Pflegebedürftige. • ... setzen sich kritisch mit verschiedenen ethischen Ansätzen als Maßstab für pflegerisches Handeln auseinander und bewerten diese für die Fachpraxis. • ... kennen aus Konzepten und Studien die Zusammenhänge zwischen dem Erleben und Bewältigen der beruflichen Belastungsfaktoren und Selbstfürsorge in der Pflege. • ... kennen die spezifischen Belastungsindikatoren ihres Praxisfeldes und können diese der „Cool-Out-Theorie“ zuordnen. • Reflektieren eigene Belastungssituationen auf das Konzept der „moralischen Desensibilisierung“ • ... setzen sich mit ihrem eigenen Denken, Fühlen und Handeln am Arbeitsplatz auseinander und setzen sich mit ihren eigenen Grenzen auseinander. • Entwickeln für sich Lösungen und Lösungsstrategien, um der „moralischen Desensibilisierung“ in ihrem Arbeitsfeld zu entgehen. • verstehen Selbstfürsorge als Bestandteil des professionellen Pflegehandelns und als Teil der beruflichen Identität. • Kennen und verstehen „Caring-Konzepte“ aus der Pflegewissenschaft und können diese für die eigene Haltung bewerten. • ... beschreiben Patientenorientierung als Grundlage pflegerischen Handelns und übertragen „Caring-Konzepte“ auf ihr berufliches Handlungsfeld in der Fachpraxis.
Leistungsüberprüfung: P/R/PFP
Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):
Lernvorschläge für die Selbststudienzeit: - Literaturstudium, Reflexion Praxissituationen, Erstellung Prüfungsleistung
Literaturempfehlungen: • Arndt, Marianne (1996): Ethik denken – Maßstäbe zum Handeln in der Pflege. 1. Auflage. Stuttgart: Thieme. • Ahmann, Martina (2001): Was bleibt vom menschlichen Leben unantastbar? Kritische Analyse der Rezeption des praktisch-ethischen Entwurfs von Peter Singer aus praktisch-theologischer Perspektive. Münster: LIT (Theologie und Praxis 11) • Eisele, C. (2017): Moralischer Stress in der Pflege: Auseinandersetzungen mit ethischen Dilemmasituationen. Wien: Facultas. • Gaida, U. (2007): Zwischen Pflegen und Töten. Krankenschwestern im Nationalsozialismus, Mabuse-Verlag Frankfurt/Main. • Greb, Ulrike (2003). Identitätskritik und Lehrerbildung. Frankfurt am Main: Mabuse

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

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

Modultitel/Modulkennung: 02PB01 „Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“ (Basismodul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Fallerhebung aus der Fachpraxis in Praxismodul 02PBP01 „Pflegeprozess im Handlungsfeld“ (ggf. Prüfungskombination der Module).</i>			
Workload: 150 Std davon 60 Std. Kontaktstunden, 90 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
			
Reflexionskategorien: 2.II Selbstbestimmung und Fremdbestimmung 2.I Beziehung und Methode Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Neutralisierung des Pflegeempfängers durch Theorie Besinnung auf genuines Instrument der Pflege im Behandlungsprozess (Pflege-) Theorie im theoriefeindlichen Pflegemilieu Themen/ Schlüsselprobleme/Inhalte: Theoretische Grundlagen der Pflegewissenschaft, Zentrale Begriffe der Pflege und Pflegewissenschaft, Pflegewissenschaft als Praxiswissenschaft. Das Wesen beruflicher Pflege: pflegerische Sorge. Entwicklung der Pflegetheorien: Theorien großer, mittlerer, geringer Reichweite, Theorie-/Praxis-Transfer und Theoriegeleitetes Handeln. Kritische Positionen zur Pflegeprozessmethode, Gestaltung der Pflegeprozessmethode mit Hilfe verschiedener Pflegetheorien (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 Pflegende 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 Pflegende mit Pflegediagnosen arbeiten? Welche Diagnosen sind für die Fachpflege geeignet?/ Lektürearbeit ausgewählter Artikel zur Pflegediagnostik

Aus der Perspektive des Individuums

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

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

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

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

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

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

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

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

Vorschlag zum AVL:

Modulleistung Praxismodul „Pflegeprozess im Handlungsfeld“ (Praxisbericht schriftlich)

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

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

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

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

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

Critical Thinking/Diagnostischer Prozess

Fallverläufe in Institutionen, Patient*innenschädigungen

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

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Pflegende

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

Ein Pflegender:

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

Eine Gruppe von Pflegenden:

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

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

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

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

Eine Pflgende

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

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

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

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

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

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

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

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

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

Leistungsüberprüfung: PBS/PMU (Kombinationsprüfung)

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

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

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

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

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

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

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

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Ein Pflegender

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

Eine Gruppe von Pflegenden

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

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

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

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

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

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

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Aus der Perspektive der Interaktion

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

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

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

Aus der Perspektive des Individuums

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

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

Leistungsüberprüfung: HA/K/R/PFP

Prüfungskombination mit Praxismodul „Wissenschaftliches Arbeiten im Handlungsfeld“

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

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

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Erhebung Praxissituation zur Themenfindung EBN, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

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

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

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

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

Ein Pflegender

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

Eine Gruppe von Pflegenden

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

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

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

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

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

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

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

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

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

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

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

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

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

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

Leistungsüberprüfung: PBM/PBS/PMU

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

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

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

- Fallerhebung nach Arbeitsverbundenem Lernen – Themenfindung zum EBN

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Erhebung Praxissituation zur Themenfindung EBN, Erstellung Prüfungsleistung

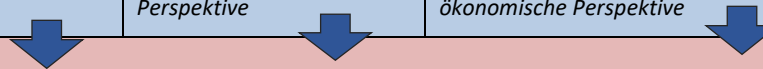
Literaturempfehlungen:

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

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

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

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

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

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

Sozialisation und berufliches Selbstverständnis zum Wissenstransfer in die Pflegepraxis:

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

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

Berufliche Weiterbildung zur Spezialisierung nach einer generalistischen Ausbildung.

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Gruppe von Anleiter*innen: „

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Die Sicht der Pflegenden

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

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

Die Sicht der Pflegenden und des Behandlungsteams

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

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

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

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

Leistungsüberprüfung: HA/R/PR/

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Reflexion Praxissituation zur Anleitung, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

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

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

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

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

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

Pflegedidaktische Forschung:

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

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Anleiterin:

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

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

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

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

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

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Die Sicht der Pflegenden

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

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

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

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

Leistungsüberprüfung: HA/PR/R

HA wahlweise PR, R

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

Lernvorschläge für Praxismodul 03FPFO01/ Fachspezifische Pflege (arbeitsverbundenes Lernen): Das Praxismodul 03FPFO01 „Fachspezifische Pflege gestalten“ kann im Schwerpunkt wahlweise mit den Theoriemodulen „Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln“ oder „Fallorientiertes Arbeiten in der Fachpflege“ im 3. Semester bearbeitet werden. - Fallerhebung bzw. Themenerhebung im Praxismodul “Fachspezifische Pflege gestalten”, um pflegedidaktisch bearbeitete Lehr-Lernsituation für die Fachpraxis zu entwickeln. alternativ - Fallerhebung bzw. Themenerhebung im Praxismodul “Fachspezifische Pflege gestalten, um pflegetheoretische Reflexion und fachinhaltliche Neubewertung des Falls vorzunehmen. Lernvorschläge für die Selbststudienzeit: - Literaturstudium, Erhebung Praxissituation zur Anleitung, Erstellung Prüfungsleistung Literaturempfehlungen: • Balzer, Sabine (2018): Chamäleonkompetenz. Eine Studie in der pflegepraktischen Ausbildung. Frankfurt am Main: Mabuse • Balzer, Sabine, Kühme, Benjamin (2009): Anpassung und Selbstbestimmung in der Pflege. Studien zum Ausbildungserleben von Pflegeschülerinnen. Frankfurt am Main: Mabuse • Bohrer, Annerose (2013): Selbständigwerden in der Pflegepraxis. Eine empirische Studie zum informellen Lernen in der praktischen Pflegeausbildung. Berlin: wvb • Darmann-Finck, Ingrid, Muths, Sabine (2009): Interaktionistische Pflegedidaktik. In Olbrich, Christa (Hrsg.) (2009): Modelle der Pflegedidaktik. München: Urban & Fischer in Elsevier. 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 Pflegeteams 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 Pflegepraxis-system erkennen.

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

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

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

Leistungsüberprüfung: wahlweise HA/P/R/PFP

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

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Themenvertiefung, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

- Altmeyden, Sandra (2022): Identität – Beruf – Bildung. Wie Auszubildende den Pfleg- eberuf biografisch einbetten und berufliche Identitätsarbeit leisten. Eine qualitative Studie. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Arens, F. (2015): gesetzlicher Auftrag zur Praxisbegleitung und Praxisanleitung in den Gesundheitsberufen. In: Praxisbegleitung in der beruflichen und akademischen Pflegeausbildung. Eine Standortbestimmung. Berlin: Wissenschaftlicher Verlag. S. 26-49
- Böttgermann, Marlies, Kühme, Benjamin, Schöninger, Ute (2019): Das Praxiscurriculum im Studiengang Pflege dual - Das Osnabrücker Modell: Spagat zwischen Anspruch und Alltag. PADUA. (01) „Praxislernen im Pflegestudium“. Bern Hogrefe: Huber. S. 21-28,
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Gesundheit (2019): Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG. Berlin
- Darmann-Finck, Ingrid, Muths, Sabine (2016): Lernen im Prozess der Arbeit - Theorie- Praxis-Verknüpfung in der akademischen Erstausbildung. In: Therapie Lernen. Zeitschrift für Lehrende und Lernende (2016/2017). Heft 5. 5.Jahrg. Bremen: Edition HarVe. S. 6-13
- Emmrich, D., Hotze, E., Moers, M. (2006): Beratung in der ambulanten Pflege. Prob- lemfelder und Lösungsansätze mit Fortbildungskonzept. Seelze, Velber: Kallmeyer,
- 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 pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege

	Curriculum der Fachweiterbildung Fachkraft für pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege in Niedersachsen				
Semester Workload	Basismodule und fachspezifische Module				
1 900 Std.	Beziehung gestalten – Pflegeverständnis, Ethisches Handeln, Selbstfürsorge	Systematisches, wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege: Rollenbewusstsein im Behandlungsteam	Familienorientierung in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege: zwischen den Systemen vermitteln	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.	Erfahrungsbildung in der Kinderintensivpflege: Sicherheit für das Kind in der Institution	Externe und interne Evidenz in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege: Konzepte und Methoden der Kinderkrankenpflege	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.	Fallorientiertes Arbeiten in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege: Subjektorientierung und Grenzen	Perspektivenwechsel in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege: Prozesse der Versorgung	Funktionsersatz Technik – das Kind und die Eltern schützen	Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln	Praxismodul 3/ Fachspezifische Pflege gestalten
	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. gesteuerte SSZ HA/R//M/PR DQR 5	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. gesteuerte SSZ K/R//M/PR DQR 5	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. gesteuerte SSZ K/R//M/PR DQR 5	5 LP; 150 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 110 Std. gesteuerte SSZ HA/PR/R DQR 6	8 LP; 480 Praxisstunden, davon 240 Std. AVL und SSZ in der Praxis, PBM/PBS/PMU DQR 5
4 900 Std.	Orientierung, Institutionsspezifische Vertiefung und Prüfungsvorbereitung zur Fachpflegenden der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege	Wissenstransfer in die Fachpraxis der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege	Praxismodul 4/ Fachspezifische Pflege gestalten (ggf. Prüfungsmodul praktische Abschlussprüfung)	Pflegebildung und Praxistransfer für die Identität in der Praxisanleitung	Praxismodul 5/ Projekt fachspezifisch gestalten (ggf. praktische Abschlussprüfung)
	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. gesteuerte SSZ K/R//M/PR DQR 5	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. gesteuerte SSZ K/R//M/PR DQR 6	3 LP; 90 Praxisstunden, davon 40 Std. AVL und SSZ in der Praxis P/KQ DQR 5	5LP; 150 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 110 Std. gesteuerte SSZ HA/P/R/PFP DQR 6	12 LP; 480 Praxisstunden, davon 360 Std. AVL und SSZ in der Praxis, P/PBM/PBS/P/KQ DQR 6
Workload: 3600 Std.	Total fachspezifische Module: 62 LP , Präsenzstunden 460	LP Insgesamt: 92 (Niveau DQR 5 und 6)	Total horizontale Anrechnung (Nds.): 66 LP , 280 Präsenzstunden	Total Anrechnung vertikale Anrechnung: 61 LP möglich (DQR 6)	Total Stunden Praxis: 2010 Std. (LP 39)
	Total Basismodule Nds. (horizontal und vertikal, DQR 5 und 6): Präsenzstunden 280		Total horizontale Anrechnung Basismodule (RP/SH): mind. 6 LP (10 Nds.)		
	740 Stunden Präsenztheorie				
Legende	Basismodul: horizontale Anerkennung FWB (Nds., RP, SH), DQR 6 für vertikale Anerkennung , tertiäre Bildung				
	Fachspezifisches Theoriemodul (Präsenz und gesteuerte SSZ), DQR 5 und DQR 6				
	Praxismodul (Praxis und gesteuertes SSZ im Rahmen AVL, anteilig LP), DQR 5-6				

DQR-Niveau (DQR 5 und DQR 6)	K Klausur	R Referat	M Mündliche Prüfung
LP Leistungspunkte	PBM Praxisbericht, mündlich	PBS Praxisbericht, schriftlich	PFP Portfolio-Prüfung
SSZ Selbststudienzeit	PMU Projektbericht, mündlich	PSC Projektbericht, schriftlich	PR Präsentation

AVL	Arbeitsverbundenes Lernen	HA	Hausarbeit	KQ	Kolloquium	P	Praktische Prüfung
-----	---------------------------	----	------------	----	------------	---	--------------------

2.2 Modul Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege: Rollenbewusstsein im Behandlungsteam

Modultitel/Modulkennung: 01PRBFPIA 01 „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege: Rollenbewusstsein im Behandlungsteam“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: Modul Erfahrungsbildung in der Kinderintensivpflege: Sicherheit für das Kind in der Institution (Fachspezifisches Modul) Modul Fallorientiertes Arbeiten in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege: Subjektorientierung und Grenzen (Fachspezifisches Modul) Modul Perspektivenwechsel in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege: Prozesse der Versorgung (Fachspezifisches Modul) Modul „Beziehung gestalten – Pflegeverständnis, Ethisches Handeln, Selbstfürsorge“ (Basismodul)			
Workload: 60 Std davon 40 Std. Kontaktstunden, 20 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitsspolitisch ökonomische Perspektive</i>
Reflexionskategorien: 1.II Empathie und Intervention (Methode) 1.I Tradition und Emanzipation 2.II Teamarbeit und Konkurrenz Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Rollenbewusstsein zum „Care“ des Kindes Asymmetrie zwischen Berufsbildern: Erfahrungheit als Stärke Rollenambiguität: Übernahme ärztlicher Tätigkeiten aus Sicht der Ablauforganisation Inhalte: ▪ Cure vs. Care: Kategorische Differenzen zwischen Sichtweisen der Medizin und der Pflege ▪ Cure and Care, pflegerische Sorge im medizinischen Behandlungsprozess			

- Status der Berufsgruppen → offizielle vs. faktische Handlungsvollmacht (Hierarchie), Rollenselbst- und Rollenfremdbilder,
- Delegation/Substitution: Offizielle Handlungsmacht und inoffizielle Handlungsstrategien der Pflegenden in der Praxis
- Aufgabenwahrnehmung, Sicherstellung der Diagnostik und Therapie durch Pflegende (Benner)
- Diagnostische und therapeutische Maßnahmen: Beatmungsgeräte und Beatmungsformen in der pädiatrischen Kinder- und Intensivpflege. Narkosebeatmung und Narkoseformen bei Kindern. Theorie und Praxis der Kinderreanimation und Kinderintubation. Übungen zur Reanimation und Notfallintubation (1)
- Auswahl von Erkrankungen in der Notfallversorgung: Ventilations- und verteilungsstörungen, Herzrhythmusstörungen, gestörter pulmonaler Gasaustausch, Diffusions- und Perfusionsstörungen, Coma Diabeticum, Coma Hepaticum, respiratorische Anpassungsstörungen, neonatale Lungenerkrankungen, kardiale Anpassungsstörungen, kardiale Erkrankungen
- Bereiche der Pflegepraxis nach Benner (Steuerung von Diagnostik und Therapie etc.)

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Pflegende

„Und zwar hatten wir eine Akutnotfallsituation auf einen Sonntagnachmittag bei einem schwer herzkranken Patienten, der eigentlich nach der Operation schon gut genesen war und schon auf dem Weg auf die Normalstation war. Aufgrund von Personalmangel auf der Normalstation, noch bei uns geblieben ist und dann akut reanimationspflichtig geworden ist auf einem Sonntagnachmittag. Und da so die Situation, wie das so abgelaufen ist, war halt, (...) ein relativ junges Team auf Station, zwei mit Fachweiterbildung. Und die Situation war so, dass eigentlich auch kompetente Ärzte auch schon mit Erfahrung da waren. Aber es war eine Situation, die so völlig unerwartet kam. Und wo sehr viel durcheinandergelaufen ist und ich nachher in der Situation war, dass ich quasi zum Großteil die Leitung der Reanimation übernommen habe. Obwohl Altassistenten und Oberärzte mit da waren. Und es hat dann alles letztendlich relativ gut funktioniert, aber da war so diese Situation zu sagen: Ja, ich kann das. Aber dann auch mit den Kompetenzüberschreitungen/ Wir sind ein recht gutes Team, verstehen uns recht gut, aber trotz alledem hat die Situation mich sehr beschäftigt und auch zu überlegen, wie kann man so etwas optimieren (...).“

„Und Schlüsselproblem auch zum Teil ein Kompetenzproblem. Wer hat welche Rechte? Und wer darf was (...) bestimmen und entscheiden? Also ich sage mal, in der normalen Abfolge wäre es ja so, dass der Oberarzt quasi die Leitung übernimmt. Das hat er nur ansatzweise getan. Dadurch lief viel aus dem Ruder. Der nächste, der dran gewesen wäre, wenn man jetzt in der alteingesessenen Hierarchie geht, wäre der Altassistent, der es zwei, drei Mal versucht hat, sich gegenüber dem Oberarzt aber nicht durchsetzen konnte. Und daraus hat sich dann im Verlauf irgendwann ergeben, dass ich gesagt habe: So, Schluss. Jetzt müssen wir hier mal kurz klären. So dass ich denn quasi in diese Rolle gefallen bin, dass ich jetzt das Kommando habe.“

„(...) beziehungsweise im letzten Jahr, also wenn man/ Diese lange Weiterbildung und dann das Wissen vielleicht schon weiter geworden ist, dass immer mehr ärztliche Tätigkeiten in unseren Bereich fallen und dadurch wenn man die Fachweiterbildung hat, auch gerne schnell gesagt wird: „Ja, die ist erfahren.“, dann kriegt man halt die unerfahrenen Assistenzärzte, die natürlich auch was lernen müssen, das will ich auch gar nicht kleinreden. Aber wo halt schnell gesagt wird: „Na ja, da ist eine erfahrene Pflegekraft und ein unerfahrener Assistenzarzt und jetzt sollen die mal machen.“, in Anführungsstrichen. Und da ist der Tätigkeitsbereich, der immer größer ist, dass wir da ärztliche Aufgaben mit übernehmen müssen und auch ein Teil Verantwortung (...)“

„Also bei uns ist, also gerade für die Fachweitergebildeten die Verantwortung immer größer, was vorhin auch schon war, also dieses bisschen Oberaufsicht führen, über die, die keine haben, so man guckt, dass irgendwie eins, zwei zumindest da sind, die den Gesamtblick haben und halt auch wirklich in Notfallsituationen zum Teil komplett die Aufgabe der Ärzte übernehmen, weil einfach ein junger, unerfahrener da ist und man dann dasteht und quasi die komplette Veran/ oder das Gefühl hat, die komplette Verantwortung zu tragen.“

„Und wenn man dann einem zu Gemüte führt, dass man dann der einzige ist irgendwie, der ein bisschen länger dabei ist und einfach die Komplettverantwortung trägt, aufgrund dessen, dass es halt damit abgestempelt ist, dass man halt diese Weiterbildung gemacht hat. Und man sieht dann, dass der Assistenzarzt am besten noch seinen ersten Nachtdienstblock hat und hat dann wahrscheinlich noch einen Oberarzt im Hintergrund, der nicht normalerweise auf der Intensivstation arbeitet, da wird einem anders. Also da hat man dann wirklich auch Angst irgendwie.“

„Ja, aber so kann es ja/ Also ich meine, ich weiß das es so ist, aber es kann im Prinzip nicht so sein, dass wir die Unerfahrenheit der Ärzte kompensieren und dadurch sozusagen immer was/ Wir haben die Durchführungsverantwortung, aber es passt irgendwie/ Also es ist so, aber es passt nicht.“

„Da stehen wir von der Pflege da und erklären denen das Beatmungsgerät. Und ich denke mir so: Weißt du denn überhaupt, welche Beatmungsform du da jetzt eingibst? Und weißt du, was du damit/ Also das ist schlimm, das hinterfragen zu müssen.“

„Die Pflege muss sagen: Wir sind Pfleger, wir sind keine Ärzte. Das ist euer Aufgabenbereich, das ist mein Tätigkeitsbereich. Die verschmelzen, auf jeden Fall. Aber was Einarbeitung und Anwenderbedienung angeht, das müssen die Ärzte unter sich klären. Also da gibt es wirklich Fälle, man macht das Beatmungsgerät an, dann ist das aber eine Grundeinstellung und die glauben, das ist schon auf die Patienten eingestellt. Die kannst du alle anmachen, die sind alle gleich eingestellt.“

Das ist einfach so: Notfallstart drücken und dann kommt Luft raus und das funktioniert irgendwie, aber für die Patienten ist das gerade Murks, das funktioniert nicht, aber das wissen die nicht. Da sage ich: „Du bist seit drei Monaten hier, warum weißt du?“ „Ja, hat mir keiner gesagt.“ Dann sage ich: „Ja, fange ich jetzt auch nicht an. Dann musst du zu deinem Oberarzt gehen, der muss das machen.“ Und da wird es halt auch immer mehr (...).“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Die Sicht der Pflegenden und des Behandlungsteams (Interaktion)

Im Intensivteam kommt es zwischen Pflege und Medizin zu Konflikten, die durch unterschiedliche Sichtweisen von Medizin und Pflege verursacht werden. Es zeigt sich eine kategorische Differenz, die sich in den Begriffen Cure und Care fassen lässt und zu unterschiedlichen Handlungsmustern führt (vgl. Schnepf 1996, Müller 2018). Während Pflege um Sorge bemüht ist, ist die Aufgabe der Medizin zu heilen, was im Behandlungsprozess zu Zerwürfnissen zwischen den Berufsgruppen führt. Nicht selten erfolgt eine „Klärung“ über den Status der Berufsgruppen im hierarchischen System, die sich in Form von offizieller und faktischer Handlungsmacht vollzieht. Während der Medizin eine offizielle Handlungsmacht im Behandlungsprozess zugesprochen wird, die in diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen realisiert wird, üben Pflegendе eher inoffiziell Handlungsmacht aus: Bei anderen Ansichten zur Behandlung überzeugen sie zum Beispiel den Arzt davon, diese zu teilen und sie als seine eigene zu übernehmen, bzw. dem Arzt das Gefühl zu vermitteln, dass er die Idee selbst entwickelt hat (vgl. Bartholomeyczik 2010, S. 140). Der Arbeitsalltag ist stark durch traditionelle Rollenselbst- und Rollenfremdbilder geprägt, für die Pflegendе Umgehungsstrategien entwickeln. Für die Kinderintensivpflege wird zum berufstypischen Merkmal, dass berufliche Erfahrungheit zum überlegenen Machtinstrument gegenüber den unerfahrenen Ärzt*innen eingesetzt wird, um u.a. Krisensituationen auf der Intensivstation zu bewältigen.

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

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

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

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

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

Durch Besinnung auf *traditionelle* Rollenbilder kommt es auch zu der Situation, dass Pflegende bestimmte Aufgaben ablehnen, die sie für vermeintlich delegierte ärztliche Tätigkeiten halten, wie der letzte Interviewauszug illustriert. 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 zu den Beatmungsgeräten in den Exempeln deutlich wird.

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

Abschließende Diskussion zur Pflegetheorie und zum Thema Prozesssteuerung durch Pflegende in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege.

Lehrervortrag: *Beatmungsgeräte und Beatmungsformen in der pädiatrischen Kinder- und Intensivpflege. Theorie und Praxis der Kinderreanimation und Kinderintubation. Praktische Übungen zur Kinderreanimation (1)*

Lehrervortrag: Auswahl von Erkrankungen in der Notfallversorgung: Ventilations- und verteilungsstörungen, Herzrhythmusstörungen, gestörter pulmonaler Gasaustausch, Diffusions- und Perfusionsstörungen, Coma Diabeticum, Coma Hepaticum, respiratorische Anpassungsstörungen, neonatale Lungenerkrankungen, kardiale Anpassungsstörungen, kardiale Erkrankungen

Zusammenfassung des Moduls.

Modulabschluss: Diskussion Sichtweisen Pflege, Sichtweisen Medizin, Beurteilung Pflege Theorie von Benner für die Fachpraxis, Rollenbewusstsein der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflegenden.

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... verfügen über ein integriertes berufliches und pflegetheoretisches Wissen im Tätigkeitsfeld der pädiatrischen Fachpflege Intensiv und Anästhesie und kennen die Grenzen zur Bezugswissenschaft Kinderintensivmedizin
- ... verstehen das Konzept „Caring“ und können es in der Praxis auf die Fachpflege übertragen, übernehmen Verantwortung für Patient*innen
- ... bewerten berufliche Aufgaben und Schnittstellen im Behandlungsprozess und können diese für ihr eigenes Handeln einordnen, übernehmen Verantwortung im Behandlungsteam der Anästhesie und der Intensivstation, erkennen die Grenzen und Widersprüche in der Fachpraxis
- können mit ihrem neuen Verständnis zum „Caring“ und durch die Theorie von Benner die Bedürfnisse und Bedarfe von Patient*innen und deren Angehörigen in der Anästhesie und auf der Intensivstation vorausschauend berücksichtigen, Handlungsalternativen abwägen und im Versorgungsteam einbringen
- kennen Techniken in der kinderintensivmedizinischen Behandlung und unterstützen pflegetheoretisch reflektiert beim Prozess der Diagnostik
- kennen therapeutische Interventionen in der Anästhesie, können diese pflegetheoretisch reflektiert durchführen, überwachen und stellen deren Umsetzung in der Fachpraxis sicher
- ... kennen eine Breite an kinderintensivmedizinischen Erkrankungen und deren therapeutische Interventionen, bewerten diese für ihr Praxisfeld.
- ... entwickeln auf Basis der pflegewissenschaftlichen Theorien und Konzepte eine fachpflegerische Identität, für die sie im Behandlungsteam eintreten.
- ... Entwickeln Sicherheit bei der Kinderreanimation- und Intubation und können die Handlungen pflegetheoretisch einordnen.

Leistungsüberprüfung: K/R/M

-

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium der vorgeschlagenen Pflege Theorie (Benner 2012), ausgewählte Arbeitstexte
- Literaturstudium kinderintensivmedizinische Erkrankungen, Diagnostik und Therapie
- Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

- Alfieri, Emanuela; Alebbi, Alessia; Bedini, M. Giovanna; Boni, Laura; Foà, Chiara (2017): Mapping the nursing competences in neonatology: a qualitative research. In: *Acta bio-medica : Atenei Parmensis* 88 (3S), S. 51–58. DOI: 10.23750/abm.v88i3-s.6614.
- Atzbach, Ulrich (2011): *Der Kinderenotfall. Versorgung nach dem ABCDE-Schema*. Ede- wecht: Stumpf + Kossendey-Verlag
- 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.
- Barnsteiner, Jane H.; Wyatt, Janet S.; Richardson, Virginia (2002): What do pediatric nurses do? Results of the role delineation study in Canada and the United States. In: *Pediatric nursing* 28 (2), S. 165–170.
- Benjamins, S. Janine; Damen, Maurice L. W.; van Stel, Henk F. (2015): Feasibility and Impact of Doctor-Nurse Task Delegation in Preventive Child Health Care in the Nether- lands, a Controlled Before-After Study. In: *PloS one* 10 (10), e0139187. DOI: 10.1371/journal.pone.0139187.
- Benner, P. (2012): *Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert*. Bern: Huber
- Ehlen, Michael (2014): *Klinikstandards für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedi- zin*. Stuttgart: Thieme
- Fichtner, Andreas (2013): Lernen für die Praxis: Das Skills-Lab. In: Michael St.Pierre und Georg Breuer (Hg.): *Simulation in der Medizin*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Hei- delberg, S. 105–114.
- Jaramillo Santiago, Lina Ximena; Osorio Galeano, Sandra Patricia; Salazar Blandón, Diego Alejandro (2018): Quality of Nursing Care: Perception of Parents of Newborns Hospitalized in Neonatal Units. In: *Investigacion y educacion en enfermeria* 36 (1), e08. DOI: 10.17533/udea.iee.v36n1e08.
- Köhlen, Christina (2010): Gemeinsame Verantwortung macht stark. In: *Heilberufe* 62 (9), S. 10–12. DOI: 10.1007/s00058-010-0929-1.
- Larsen, R. (2023): *Anästhesie- und Intensivmedizin. Prüfungswissen für Fachpflege*. Ber- lin: Springer
- Laserna Jiménez, Cristina; López Poyato, Mireia; Casado Montañés, Isabel; Guix- Comellas, Eva Maria; Fabrellas, Núria (2021): Paediatric nursing clinical competences in primary healthcare: A systematic review. In: *Journal of advanced nursing* 77 (6), S. 2662–2679. DOI: 10.1111/jan.14768.
- Meyer, Wolfgang (2014): *Entscheidungsfindung bei präklinischer Reanimation*. Mün- chen: Elsevier, Urban& Fischer.
- 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
- Pätzmann-Sietas, Birgit; Baumgart, Kristin (2022): Zusammen sind wir stärker: Pflegepersonal und Ärzt:innenschaft. In: *Monatsschrift Kinderheilkunde* 170 (5), S. 453–457. DOI: 10.1007/s00112-022-01460-5.
- Rohde, Katrin S.; Bohrer, Annerose (2022): Pflege von Kindern und Jugendlichen neu denken? In: *JuKiP - Ihr Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege* 11 (02), S. 72–85. DOI: 10.1055/a-1740-0289.
- Schäfer, R., Söding, P., (2020): *Klinikleitfaden Anästhesie*. München: Elsevier, Urban& Fischer.
- Spieß, E.; Nerdinger, F. W.; Regnet, E. & Rosenstiel, L. von. (2003). *Effektiv kooperieren: wie aus lauter Solisten ein erfolgreiches Orchester wird*. Weinheim: Beltz

- Wallied, A., Voft, S. (2021): Praxisbuch interdisziplinäre Intensivmedizin. München: Elsevier, Urban& Fischer.

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

2.3 Modul Familienorientierung in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege: zwischen den Systemen vermitteln

Modultitel/Modulkennung: 01FOSFPIA 01 „Familienorientierung in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege: zwischen den Systemen vermitteln“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Modul Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“ (Basismodul), zweites Semester</i> <i>Modul Fallorientiertes Arbeiten in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege: Subjektorientierung und Grenzen (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.III Tradition und Emanzipation 1.II Empathie und Intervention (Methode) 2.I Mimesis und Projektion 4.I Resignation und Hoffnung			
Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Zwischen den Systemen stehen (Krankheit, Kinderkrankenhaus, Kind, Familie) Anerkennung des Familiensystems als Schutzhülle des Kindes im Widerspruch zu den Behandlungsprozessen in der Intensiv- und Anästhesiepflege Rollenambiguität: Pädiatrische Assistenz und Kinderkrankenpflege als Vermittlung zwischen den Systemen			
Inhalte: ▪ Entfremdung des Kindes und der Familie in ihrer Handlungs-/ Entscheidungsautonomie ▪ Deutung der Patienten- und Familiensituation durch Pflegenden (Friedemann)			

- Systemtheorie
- Gefahr der Projektion, Übertragung/Gegenübertragung, Stigmatisierung im Familiensystem
- Depression, PTBS im Handlungsfeld
- Angst (Peplau)
- Nähe und Distanz zum Familiensystem
- Pädiatrische Assistenz auf der Intensivstation.
- Kindesmisshandlung, Traumatologie, Battered-Child-Syndrom
- Bereiche der Pflegepraxis nach Benner (Helfen)

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Pflegende:

„Also typisch ist, dass auf jeden Fall Eltern mit anwesend sind!“

„Das ist so eine Besonderheit letztendlich. Und damit sind, ist der Kontakt definitiv zu Eltern wichtig und sollte auch mit beurteilt werden. Wie ist das Zwischenmenschliche? Weil diese Eltern ja natürlich in einer besonders kritischen Situation sich gerade befinden und nicht/ Für sie ist es nicht Routine, (...), und dann noch so ein kleines Kind.“

„Und wir haben es ja mittlerweile mit vielen Kulturen zu tun. Und auch das muss in der heutigen Zeit durch Zuwanderung mitbeachtet werden. Das heißt, was ist für diese Eltern letztendlich auch wichtig und damit auch fürs Kind. Darauf sollten wir vielleicht noch achten. Und deswegen ist sowas zum Beispiel auch im pflegerischen Anamnesegepräch letztendlich dann wichtig, sowas mit aufzunehmen, aber durchgängig. Und manchmal kommt es auch durch Sprachbarrieren natürlich auch nicht alles so heran und da empfiehlt sich ja auch nicht immer, sage ich mal, (nicht?) über einen Dolmetscher als einen Familienangehörigen mit dazu zuziehen, weil die meistens ja auch - also das ist jetzt eine Annahme, aber das steht ja auch in der Literatur - dass die dann ihre eigenen Übersetzungen dazu geben. Aber da, das ist für mich durchgängig. Und wie gesagt Unvoreingenommenheit auch vor anderen Werden auch als Pflegende dann, das zu respektieren, was die anderen letztendlich für sich als wichtig erachten.“

Fokusgruppe der Pflegenden:

„Also im Prinzip die ganzen Elterngespräche. Weil, also Eltern und Kind ist ja eine Einheit sozusagen. Und die Eltern sind ja immer vor Ort. Dass da auch ein großer Schwerpunkt ist, im Bereich Kommunikation, Krisenbewältigung und so. (...) Also die Eltern sind ja eigentlich jeden Tag mit als Kooperationspartner für uns da (...).“

„Und noch Einweisung der Eltern, wenn sie nach Hause entlassen werden, Notfallversorgung, Tracheostoma-Pflege, -Wechsel, was dann auch alles noch geschult werden muss, damit sie es zu Hause dann auch können.“

„Das ist halt so dieser Dreierblick, auf alles gleichzeitig. Dazu dann auch noch die Eltern, die auch noch da sind, die ich auch noch mit im Blick haben MUSS, gerade in Krisensituationen, ob die vielleicht dann auch gerade noch Hilfe benötigen, von einer anderen Pflegekraft, die die mit zur Seite nimmt oder denen zur Seite steht. Also das ist, glaube ich, sehr, sehr vielfältig. Und das unterscheidet uns, denke ich, schon sehr von anderen pflegerischen Berufsgruppen, die dann vielleicht sich nur auf eine Sache, wie zum Beispiel Verbandswechsel gut konzentrieren müssen.“

„Ja, und ich denke, was halt wirklich auch eine große Herausforderung ist, ist der Bereich also Ärzte, Eltern, Patient, Pflege. Und dann werden irgendwie Dinge besprochen, wo die vielleicht/ Die Ärzte haben eine andere Meinung als die Eltern, die Pflege steht aber direkt beim Patienten, ist deswegen/ arbeitet eng mit den Eltern zusammen und muss das quasi irgendwie mit aushalten und mittragen, was der/ Ja. Wo man einfach auch geschult sein muss dafür (...).“

„Das geht ja darüber hinaus noch, dass die Eltern in der Rolle, ob man es in der Neo tatsächlich inzwischen selber über die Möglichkeiten, die sie im Internet haben und über die ganzen Blogs und die ganzen Kommunikationsformen, die es da gibt, so zu Fachexperten werden, im Rahmen dieser Frühgeburtlichkeit, dass es tatsächlich viel Konfliktpotenzial birgt, weil die eine eigene Meinung aufbauen, eine eigene Meinung entwickeln und eben nicht mehr, so wie vor zehn, 15 Jahren da standen und eigentlich die Rechte an der Tür abgeben. Und die Pflegekräfte und die Ärzte übernehmen sozusagen alles bis zur Entlassung und dann sagt man schön „Dankeschön“. Sondern die Eltern sagen: „Nein, das habe ich aber anders gelesen. Können wir nicht das und das machen?“ Also das sind ganz neue Konfliktfelder, die man tatsächlich in der Zusammenarbeit da lösen muss (...).“

„Ja, okay (...) wir doch sehr viel Zeit dafür in Anspruch nehmen müssen, da wieder irgendwas in die richtigen Bahnen zu lenken, dass die Kommunikation zwischen Ärzten, Pflege, Eltern optimiert wird. Die lassen sich einfach – das ist jetzt böse – nicht mehr so einfach abspeisen.“

„Und dementsprechend habe ich natürlich auch einen besseren Blick auf die Eltern und Angehörigen. Es sind ja nicht nur die Eltern, sondern wir haben ja jetzt auch die Geschwisterkinder und Oma und Opa. Und ich sage mal so, das ist ja das gesamte soziale Umfeld, was da – vor Corona – sozusagen auch bei den Kindern dann Zeit verbracht hat. Und ganz häufig ist es ja auch so, das

ist ja nicht mehr so, dass nur die Eltern sich zu Hause um die Kinder kümmern, sondern im Endeffekt ist es das gesamte soziale Netzwerk. Und ganz häufig ist die Einarbeitung und Schulung nicht immer nur auf die Eltern begrenzt, sondern die Fachweitergebildeten müssen das dann natürlich auch mit dem familiären Umfeld, was eventuell unterstützen soll, in dieser Zeit zu Hause, dann auch mitschulen/ von anderen Angehörigen, nicht nur Eltern.“

„Also du kannst Eltern haben, die sind mit der Information, die sie bekommen völlig zufrieden, weil das reicht ihnen so. Es gibt aber auch Eltern, da kannst du ganz, ganz häufig im Gespräch sein, die fühlen sich trotzdem nicht ausreichend informiert. Ich glaube, das ist so eine Persönlichkeitssache, die man, glaube ich/ (an andere Befragte gewandt) Ich habe unser Beispiel da gerade im Kopf. Das ist ganz schwierig. Also ich bin bei dir, das ist wirklich ein Balanceakt. Aber ich glaube, es variiert auch stark von Eltern zu Eltern. Ich glaube, was auch die Herausforderung ist, wir haben ja auch Eltern, die so unterschiedlich auch in ihrem Wissen und Erfahrungswissen sind. Und das, glaube ich, ist auch immer eine Herausforderung, weil wir haben ja diesen medizinischen Fachjargon. Da im Endeffekt auch den Eltern es so zu vermitteln, dass es auch für die, die nicht medizinisch, sage ich mal, etwas vorgebildet sind, dann auch so bekömmlich zu offerieren, das ist, glaube ich, eine große Herausforderung.“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

*Pflegende der Kinderkrankenpflege bewegen sich im Spannungsfeld von pädiatrischer Assistenz bei Diagnostik und Therapie und dem Familiensystem ihrer Patient*innen. Während traditionell die Unterstützung der Pädiater bei Untersuchungen und Interventionen zum beruflichen und gesellschaftlichen Bild einer „Kinderkrankenschwester“ gehört, ist die Rolle der Pflegenden im Familiensystem bisher weitgehend ungeklärt und damit auch nicht im gesellschaftlichen Bewusstsein. Zu fragen ist, in wie weit Betroffenen klar ist, dass Kinderkrankenpflege zwischen den Systemen (Krankheit, Klinik und Familie) vermittelt, wie auch in den Interviewauszügen deutlich wird. Die Pflegenden richten ihre Aufmerksamkeit immer wieder auf das Familiensystem und schätzen dessen (Aus-) Wirkungen auf die Behandlung des Kindes ein. Dabei spielt sich die Deutung der familiären Situation im Hintergrund ab und die Pflegenden greifen nur dann ein, wenn sie befürchten, dass eine Situation „aus dem Ruder“ läuft, die Familie außerhalb des Systems Klinik Kompetenzen braucht, um die Kinder zu versorgen oder die kommunikative Vermittlung von Krankheit und Gesundheit mit dem Familiensystem nicht gelingt, wie beispielsweise an den „aufklärenden“ Gesprächen mit den Pädiatern ablesbar. Interessanterweise stehen die Pflegenden zwischen den Systemen und beginnen zu vermitteln. Hierfür benötigen sie Wissen zur pädiatrischen Behandlung und zum Familiensystem um zu ergründen, wie eine pädiatrische Behandlung im Familiensystem erfolgreich sein kann. Die Handlungen der Pflegenden erinnern an professionelles Handeln im Sinne der Professionstheorie von Luhmann (u.a. 1982), bei der sich die professionelle Handelnde zwischen den Systemen bewegt und für Verständigung sorgt. Bedauerlicherweise ist bisher weder bei den Pädiatern, in der Gesellschaft und den Pflegenden selbst angekommen, dass die beschriebene Vermittlungskompetenz ein wesentliches Merkmal von Kinderkrankenpflege ist, die erheblich für das Gelingen pädiatrischer Behandlungsprozesse verantwortlich*

ist. Innovative Ansätze wären die Reflexion des Handelns in der Kinderkrankenpflege auf eine Professionstheorie sowie auf eine Pflege Theorie (Friedemann), die systemisches Handeln in der Kinderkrankenpflege zur Abbildung bringen.

Methodischer Vorschlag: Interviewauszüge lesen und diskutieren. **Fragestellung:** In wie weit decken sich die Interviewauszüge mit ihren Erfahrungen in der Praxis? **Kurzeinführung** in die Systemtheorie nach Luhmann. **Erklärvideo:** Luhmanns Systemtheorie:

(<https://kopfundstift.de/portfolio/einfuehrung-in-luhmanns-systemtheorie/>). **Lehrervortrag:** Be-

griffsklärungen System Gesundheit/Krankheit (Pädiatrie), Kinderklinik, Familie im Kontext der Systemtheorie. Begriffsklärung Professionsmerkmal: **Vermittlung zwischen den Systemen als professionelles Handeln.** / **Diskussion:** „Rolle der Kinderkrankenpflege: schildern sie Fallverläufe aus der Praxis, in denen ohne ihre **Vermittlung zwischen den Systemen** die pädiatrische Diagnostik und Therapie im Familiensystem nicht gelungen wäre.“ / **Diskussion:** „Diskutieren sie, in wie weit die Vermittlung zwischen den Systemen durch Kinderkrankenpflegende als professionelles Handeln bezeichnet werden kann, ohne das Prozesse auf der Kinderintensivstation nicht gelingen“, „Welche Rolle spielen Nähe und Distanz in der Arbeit mit dem Familiensystem?“ / **Lektürearbeit** zur Professionalisierung in der Kinderkrankenpflege (Rohde 2022, S. 139 ff.)

Methodischer Vorschlag: **Lehrervortrag zur pädiatrischen Assistenz** auf der Intensivstation als Aufgabe im Behandlungsprozess: Liquorpunktionen, zentrale Verweilkatheter, Fontanellenpunktion, Intubation, Beatmung, Sondenernährung etc.

Die Interviewauszüge belegen, dass die Arbeit auf der Intensivstation ohne einen systemischen Blick auf die Familiensituation nicht möglich ist oder gar ins Leere führt. Die Pflegenden bewegen sich zwischen den traditionellen Aufgaben der pädiatrischen Assistenz und der eigenständigen (autonomen) Ergründung von Systemverstrickungen im Familiengefüge, die Einfluss auf die Gesundheit und Genesung der Kinder haben.

Methodischer Vorschlag: **Lehrervortrag** zur systemischen Pflege Theorie der Familienorientierten Pflege (Friedemann), **Begriffsklärungen:** Kongruenz, Zieldimensionen nach Friedemann: Stabilität, Wachstum, Regulation/Kontrolle, Spiritualität. Prozessdimensionen: Systemerhaltung, Systemänderung, Individuation, Kohärenz. / **Gruppenauftrag:** Bearbeiten sie in Gruppen die Interviewauszüge in dem sie Friedemanns Begriffe auf die in den Interviews dargestellten Familiensituationen beziehen. „Welche Konsequenzen würden sich für Zieldimensionen ergeben? Wie könnten mit ihrer Hilfe die Prozessdimensionen gestaltet werden, um das Ziel Familiengesundheit zu erreichen?“ **Bewertung** der Theorie für die Kinderintensivpflege: „Wie bewerten sie ihr Handeln und Aufgabenspektrum als Intensivpflegende der Kinderkrankenpflege vor dem Hintergrund der Theorie?“.

Die Sicht der Betroffenen und deren Familien

Im Modul „Familienorientierung in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege: zwischen den Systemen vermitteln“ steht in der leibgebundenen Perspektive die Entfremdung des Patienten in seiner Handlungs-/ Entscheidungsautonomie im Zentrum. Dies gilt auch für das Familiensystem, das seiner natürlichen Schutzfunktion, dem Schutz des Kindes, nicht nachkommen kann. Die Prozesse der intensivpflegerischen Behandlung bzw. die Loslösung des Kindes aus dem Familienverbund zur Narkoseeinleitung und Operation muss die Familie „ohnmächtig“ geschehen lassen. Zentrales Phänomen im Familiensystem ist die Angst. Damit einhergehend zeigt sich seine Zerrissenheit zwischen autonomer Entscheidungsgewalt und regressiver Hilflosigkeit angesichts der Betroffenheit durch die lebens- und identitätsbedrohende Erkrankung des Kindes. Widersprüchliche Behandlungen (Unversehrtheit des Kindes und Schmerz bzw. Angst bei medizinischen Interventionen) sind im Intensiv- und Anästhesiebereich an der Tagesordnung. Welche Auswirkungen haben entsprechend widersprüchliche Behandlung auf die betroffenen Patienten und deren Familie? Zwischen *Resignation* und *Hoffnung* schwanken die Gefühle aller Beteiligten. Denkbare Abwehrformen und damit verknüpfte Reaktionen (etwa Angst, Aggressionen, Depression oder auch Resignation, die sich z. B. gegen Pflegende und Ärzte richten können). Nicht selten kommt es bei Kindern und Eltern zu einer posttraumatischen Reaktion.

Die Vermittlung zwischen den „Welten“ bzw. Systemen ist nicht unbelastet von den Phänomenen „Übertragung und Gegenübertragung“. Gerade in belastenden Situationen, beispielsweise wenn Kinder aus der schützenden Hülle Familie herausgelöst werden, um zu behandeln oder die Krankheit des Kindes von den Pflegenden gar als Systemfehler im Familiensystem gedeutet wird (z. B. Vernachlässigung Kindesmisshandlung), unterliegen Professionelle und Akteur*innen des Familiensystems ihren Projektionen. Abwehr und Stigmatisierung können die Folge sein.

Methodischer Vorschlag: Diskussion oder Szenisches Spiel (Oelke) zur Perspektiveneinnahme Betroffener und der Familienangehörigen: Teilnehmer*innen finden Beispiele aus der Fachpraxis, in denen es Abwehrreaktionen und/oder Aggressionen der Betroffenen und/ der Familien kam./ **Lehrervortrag:** Abwehrmechanismen (u.a. Uhl 2014: 36ff.), **Lehrervortrag:** Depression (Starostzik 2014), Posttraumatische Belastungsstörung, Phänomene der Übertragung und Gegenübertragung./ **Lehrervortrag:** Stigma in der Kinderkankenpflege. **Gruppendiskussion in Kleingruppen:** „Tauschen sie sich zu Situationen aus, in denen es zur Fehlinterpretation durch Übertragung und Gegenübertragung gekommen ist.“, „In wie weit kann die Stigmatisierung eines Familiensystems zur Fehlbehandlung auf der Intensivstation führen?“ Diskussion der Ansätze für die Fachpraxis.

Lehrervortrag: Kindesmisshandlung und ihre Folgen, Unfallmechanismen, Verbrühungen, Battered-Child-Syndrom

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

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

Zusammenfassung des Moduls insbesondere mit Ausblick auf Modul „Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“ (Basismodul), in dem die Pflegeprozessplanung am Modell von Friedemann ausgerichtet gestaltet werden kann.

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... können die Bedürfnisse und Bedarfe von Patient*innen und deren Angehörigen in der Intensivpflege vorausschauend berücksichtigen und im Versorgungsteam einbringen;
- ... reflektieren eigene Gefühle und Abwehrmechanismen im Kontext der Pflege von Patient*innen im Familiensystem, können sich ihre Gefühle und Abwehrmechanismen in immer neuen Versorgungssituationen bewusstmachen und hierfür Verantwortung im Versorgungsteam übernehmen;
- ... verfügen über ein integriertes berufliches und pflegetheoretisches Wissen im Tätigkeitsfeld der Kinderintensivpflege und Anästhesie und kennen die Grenzen zur Bezugswissenschaft Intensivmedizin
- ... verstehen die Systemtheorie, übertragen die Vermittlung zwischen den Systemen Familie, Kinderklinik, Krankheit und Gesundheit auf Handeln in der Kinderkrankenpflege und können den theoretischen Zusammenhang unter professionstheoretischen Gesichtspunkten für Handeln in der Kinderkrankenpflege bewerten
- ... bewerten berufliche Aufgaben und Schnittstellen im Behandlungsprozess und können diese für ihr eigenes Handeln einordnen, übernehmen Verantwortung im intensivpflegerischen Behandlungsteam, erkennen die Grenzen und Widersprüche in der Fachpraxis
- kennen Techniken in der intensivmedizinischen Behandlung und unterstützen pflegetheoretisch reflektiert beim Prozess der Diagnostik (Benner)
- ...bewerten die Bereiche der Pflegepraxis nach Benner für ihre Arbeit mit Kindern und Angehörigen
- kennen therapeutische Interventionen in der Anästhesie- und Intensivmedizin, können diese pflegetheoretisch reflektiert durchführen, überwachen und stellen deren Umsetzung in der Fachpraxis sicher

• ... kennen eine Breite an intensivmedizinischen Erkrankungen und Folgen von Kindesmisshandlung und deren therapeutische Interventionen, bewerten diese für ihr Praxisfeld auf der Kinderintensivstation •verstehen in wie weit Phänomene wie Abwehr, Übertragung, Gegenübertragung und Stigma einen Einfluss auf ihre Arbeit in der Kinderkrankenpflege haben.
Leistungsüberprüfung: K/R/M
Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen): - Ggf. Fallerhebung in der Praxis nach Arbeitsverbundenem Lernen. Anwendung des Assessments zur Familiengesundheit nach Friedemann (ASF-E) nach Friedemann/Köhlen auf der Kinderintensivstation.
Lernvorschläge für die Selbststudienzeit: - Literaturstudium der vorgeschlagenen Pflege-theorien (Friedemann/Köhlen 2018, Benner 2012), ausgewählte Arbeitstexte - Fallreflexion mithilfe der vorgeschlagenen Lektüre, Fallaufbereitung in der Praxis ggf. als Prüfungsleistung - Prüfungsvorbereitung
Literaturempfehlungen: • AWMF S3 plus-Leitlinie (2018): Kindesmisshandlung, - missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie): https://register.awmf.org/assets/guidelines/KF_027-069k_Kinderschutz_2018-10.pdf (22.08.23) • Benner, P. (2012): Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. Bern: Huber • Bettighofer, S. (2022): Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess. Stuttgart: Kohlhammer • Fraser, Sarah; Grant, Julian; Mannix, Trudi (2016): Maternal Child and Family Health Nurses: Delivering a Unique Nursing Speciality. In: Maternal and child health journal 20 (12), S. 2557–2564. DOI: 10.1007/s10995-016-2081-2. • Friedemann, M.-L., Köhlen, C. (2017): Familien- und Umweltbezogene Pflege. Die Theorie des systemischen Gleichgewichts und ihre Umsetzung. Bern: Hogrefe • Fuchs, T. (2003): Leiden an der Sterblichkeit. Formen neurotischer Todesverleugnung. Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie. 51 (1): 41–50. • Herrmann B, Eydam AK (2010) Leitlinien und Evidenz. Neue Entwicklungen im somatischen Medizinischen Kinderschutz. Bundesgesundheitsbl 53:1173–1179 • Hermann, Dettmayer, Banaschek, Thyen (2010) Kindesmisshandlung, 2. Aufl. Springer, Berlin/Heidelberg • Köhlen. C. (2010): Gemeinsame Verantwortung macht stark. In: Heilberufe 62 (9). S. 10-21. DOI: 10.1007/s00058-010-09291 • Köhlen, C. Friedemann, M.-L. (2016): Pflege von Familien. Die familien- und umweltbezogene Pflege in der Praxis. Haan-Grueiten: Verlag Europa-Lehrmittel Nourney • Köhlen, Christina (2012): Prinzipien der familienorientierten Pflege. In: Kinderkrankenschwester 31. (4), S. 164–167. • König, O., Schattenhofer, K. (2021): Einführung in die Fallbesprechung und Supervision. Heidelberg: Carl-Auer, Compact. • Lexa, N. (2014): Fallbesprechungen in der Palliative Care: Praxiswissen für kompetentes Handeln (Pflegekolleg). Hannover: Schlütersche. • Luhmann, N./Schorr, K.E. (1982) (Hrsg.): Zwischen Technologie und Selbstreferenz. Frankfurt a.M: Suhrkamp

- Oesch, V., Slongo, Th., (2021): Battered-Child-Syndrom. In: Dietz, H.G.; Illing, P., Schmittenbecher, P.P.: Slongo, Th., Sommerfeldt, D.W. (2022): Praxis der Kinder- und Jugendtraumatologie. Berlin, Heildeberg: Springer
- Peplau, H. (1995). Interpersonale Beziehungen in der Pflege. Ein konzeptueller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege. Basel: Recom Verlag.
- Rohde, K. (2022): Theoriegeleitetes Handeln im Kontext professioneller Beratung. In Padua. Zeitschrift für Pflegepädagogik und Patientendukation (2022), 17 (3). Bern: Hogrefe S. 139-145
- Ulrich, Manuela (2021): Mit Kindern und ihren Eltern adäquat kommunizieren. In: Pflege 74 (9), S. 46–49. DOI: 10.1007/s41906-021-1116-5.
- Sills, G. M. & Beeber, L. S. (1995). Hildegard Peplaus interpersonale Pflegekonzepte. In M. Mischo-Kelling & K. Wittneben (Hrsg.). Pflegebildung und Pflegetheorien. (S. 37-49). München: Verlag Urban & Schwarzenberg.
- Starostzik, C. (2014): Häufig Depression nach Intensivtehrapie. In: ÄrzteZeitung: <https://www.aerztezeitung.de/Medizin/Haeufig-Depressionen-nach-Intensivtherapie-238605.html> (20.08.23)
- Uhl, Bernhard (2014): Psychische Abwehrmechanismen. In: Uhl, B. (2014) (Hrsg.): Palliativmedizin in der Gynäkologie. Stuttgart: Thieme 36ff.
-

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

2.4 Modul „Erfahrungsbildung in der Kinderintensivpflege: Sicherheit für das Kind in der Institution“

Modultitel/Modulkennung: 02EBSFPIA 01 „Erfahrungsbildung in der Kinderintensivpflege: Sicherheit für das Kind in der Institution“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen:			
<i>Modul „Fallorientiertes Arbeiten in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege: Subjektivierung und Grenzen (Fachspezifisches Modul)</i>			
<i>Modul Familienorientierung in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege: zwischen den Systemen vermitteln (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.II Verantwortungsstress und Beziehungsfähigkeit**2.II Teamarbeit und Konkurrenz****6.II Humanisierung und Sozialtechnologie****3.III Rentabilitätsanspruch (Marktliberalität) und soziale Gerechtigkeit****Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion:**

Durch Erfahrung das Frühgeborene im System schützen

Über Fehler nicht reden und nicht daraus lernen

Rollenambiguität zwischen Leitlinien und Qualität

Privatisierung und Rentabilität in der Kinderintensivpflege: Zertifizierungen

Inhalte:

- Aus Fällen lernen, Paradigmatische Fälle nach Benner: Krankenbeobachtung, Frühgeburtlichkeit, Anpassungsstörungen, Kreislaufparameter, Miss- und Fehlbildungen, die zur vitalen Bedrohung führen, Herzfehler, Säure-Basen-Haushalt bei Patienten auf der Kinderintensivstation und in der Narkose, BGA, Dispektralindex bei Narkosen, Hypothermie und Hypothermie, Patientensicherheit, CIRS, Risikomanagement, Fehlermanagement, Lernende Organisation, Critical Incident Reporting System, Zertifizierung und Qualität in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege, Organe: G-BA, AWMF-Leitlinien, Entwicklung von Expertenstandards, DNQP.

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Pflegende

„Weil die Erfahrung, die kann eine Weiterbildung nicht mitgeben. Und auf der anderen Seite aber auch, dass die Personen, die 25 Jahre auf der Station arbeiten und viel Erfahrung haben.“

„Das ist aber so, dass die Erfahrene natürlich den Eltern eine Sicherheit gibt. Und ich glaube einfach, dass die Erfahrenen viel schneller sehen, dass Eltern vielleicht gerade in so eine Dekompensation rutschen. Also das ist das Erfahrungswissen, aber das ist auch das Wissen aus der Fachweiterbildung, was sich da vereint. Und dementsprechend habe ich natürlich auch einen besseren Blick auf die Eltern und Angehörigen.“

„Es geht um ein männliches Frühgeborenes, 28. Schwangerschaftswoche, das per Sektio aufgrund eines pathologischen CTGs auch die Welt gekommen ist, Kreislauf instabil, (unv.) zeigte insbesondere Herzkreislauf und auch Beatmung, also Atmungssituation. Daraufhin wurde es auf die Intensivstation aufgenommen, wurde intubiert und beatmet, das heißt, an eine Beatmungsmaschine angeschlossen und an ein Monitoring, das heißt, um die Kreislaufparameter kontinuierlich zu überwachen, weil das Kind kontinuierlich zu Bradykardien neigte und auch stimuliert werden

musste, um das auch letztendlich rechtzeitig zu erkennen. Es wurde mit den üblichen Frühgeborenen-Medikamenten behandelt, genau, und es/ Ja, genau. Und ein ZVK Wurde letztendlich auch zum Infusionsmanagement gelegt (..)“

„Dann ist es natürlich die Beatmungssituation, die kontinuierlich beurteilt werden sollten, ein Minimal-Handling oder auch Optimal-Handling, um das Frühgeborene auch so wenig wie möglich zu belasten; dann natürlich im interdisziplinären Team auch Maßnahmen oder Interventionen zu koordinieren; die Pflegedokumentation natürlich, um andere Maßnahmen, also Interventionen zu dokumentieren und darzulegen, auch zu beweisen. Die Medikation, die immer wieder letztendlich dann verabreicht wurde, appliziert wurde. Genau, eine Magensonde natürlich, hatte ich jetzt vergessen, lag auch letztendlich vor, genau, eine enterale Ernährung. Und ja, jetzt muss ich einmal noch kurz überlegen. Genau, und zur Beatmung natürlich dann auch entsprechendes Absaugen und viel Pflege“

„Schlüsselprobleme sind einfach die Vitalparameter, die instabil sind bei dieser Patientengruppe, insbesondere Beatmung, Herz-Kreislauf, die immer wieder im Fokus stehen sollten, und eine besondere Aufmerksamkeit der Pflegefachkraft erfordern, und auch ein schnelles Intervenieren. Wir haben eine Dauerbelastung der Pflegenden, würde ich auch dazu sagen, weil es kontinuierliche Alarmer gibt, und dann auch immer einzuschätzen, ja, genau, die präzise Einschätzung, ist jetzt ein, besteht ein Handlungsbedarf oder auch nicht (....).“

„Ja, wenn es um Beratung letztendlich geht. Das heißt, wenn ein Elternteil entweder beraten oder auch angeleitet wird. Das heißt, dass die, der zu prüfende einfach beispielsweise eine kleine Anleitung zur Mundpflege gibt. Auch sowas ist eher künstlich, also nein, das ist realistisch, das stimmt gar nicht. Aber, dass dieser Zeitfaktor dann einfach da ist. Das ist so eine Besonderheit letztendlich. Und damit sind, ist der Kontakt definitiv zu Eltern wichtig und sollte auch mit beurteilt werden. Wie ist das Zwischenmenschliche? Weil diese Eltern ja natürlich in einer besonders kritischen Situation sich gerade befinden und nicht/ Für sie ist es nicht Routine, dort einen Angehörigen auf der Station (zu haben?), und dann noch so ein kleines Kind.“

„Also es war eine Situation, da habe ich ein Neugeborenes versorgt, das hatte einen angeborenen Herzfehler und es gab dann das Eltern-Arzt-Gespräch. Das ist viele Jahre her und dann war es noch so, dass Pflege eben nicht in diesem Gespräch dabei war“

Na ja, ein systemischer Konflikt ist der GBA, in der Neo. Das ist ein ganz klassisches. Also wenn man mal hört/ Also ja, das ist eine qualitätssichernde Maßnahme gewesen und wird weiterverfolgt, aber was das im Endeffekt für einen Konflikt für die Pflge/ also für einen Druck und für einen Konflikt für die Pflegekräfte bedeutet, die dann diese Kriterien erfüllen müssen. Das ist einmal die

Pflegekraft, aber das ist auch die Institution. Also das ist für mich der (lachend) absolute Systemkonflikt, wenn ich da so drauf angesprochen werde. Also ja, ich bin für Qualitätssicherung, aber wir müssen auch aufpassen, dass wir da das Pflegepersonal nicht auf dem Weg verlieren. Also weil der Druck einfach immens ist, gerade für die, die diese Kriterien erfüllen.“

„Ich kann es im Bereich der Neonatologie sagen, ist es eben wirklich die extreme Frühgeburtlichkeit und die extreme Besonderheit der Patienten, die die Patienten unterschieden und damit auch das pflegerische Handeln. Das grenzt tatsächlich auch die Kompetenz von anderen Pflegekräften ab, die das nicht gelernt haben, extrem kleine Frühchen zu händeln oder eben zu versorgen oder komplett im Blick zu haben und adäquat zu reagieren. Das macht sozusagen die Kompetenz aus, dass man das Patientenkontinuum hat, was was Besonderes bedarf. Und im Bereich der Neo ist das ganz deutlich.“

„Ja, wo es einfach sehr wichtig ist, wenn besondere Ereignisse waren, dass man halt darüber spricht, dass ja, im Prinzip jeder, aber insbesondere auch die unerfahrenen Pflegekräfte da auch aufgefangen werden. Für mich persönlich, weiß ich eigentlich bis heute nicht, warum ich am nächsten Tag da wieder hingegangen bin zur Arbeit, aber vielleicht hat es mich auch längerfristig gesehen etwas zeitversetzt an die Stelle gebracht, wo ich jetzt bin. Dass es mir wichtig ist, Wissen weiterzugeben um die jungen Pflegekräfte da irgendwie gut zu unterstützen.“

„(...) und es wird schon auch Wert darauf gelegt, dass die Patienten gut betreut sind, dass auch das Personal gut betreut ist und sich sicher fühlt, auch wenn es halt die Situation gibt, wo einfach mal alles, ja quasi aus dem Ruder laufen kann, aber dann, sobald halt wieder Zeit ist, ja muss man die Situation halt aufgreifen, damit halt da auch noch Werte eingehalten werden können.“

„Im neonatologischen Bereich haben wir eben die extrem kleinen Frühgeborenen, die wir im Intensivbereich versorgen, aber eben auch alle Neugeborenen, die tatsächlich komplexe Fehlbildungen haben oder Anpassungsstörungen haben und intensivpflichtig sind, sodass auch dort das Spektrum eben weit ist, zwischen extremer Frühgeburtlichkeit und extrem kranken Kindern, die sowohl pädiatrisch als auch chirurgisch versorgt werden müssen. Aber alle im Bereich der Neugeborenen-Medizin, das ist bei uns noch mal in Abgrenzung zur pädiatrischen Intensivstation, die dann die Kinder jenseits der Neugeborenenphase aber so wie beschrieben, eben bis zum Erwachsenenalter, jungen Erwachsenenalter versorgt.“

„Ja, ich glaube so Beobachtung ist ein ganz großer Punkt, der auch in den taktischen Bereichen immer wieder gespiegelt wird, dass eben jemand auch in der Anästhesie oder sonst lieber Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte an der Seite hat als Krankenpflegekräfte, weil sie es

einfach in ihrer Ausbildung schon gelernt haben, mehr auf Beobachtung, Einschätzung, kleinste Veränderungen zu reagieren oder beziehungsweise zu informieren.“

„Also den Blick für das Ganzheitliche. Also nicht nur, dass Kinderkrankenpflege mehr geschult ist, die Patienten zu beobachten, sondern dazu (räuspert sich) – Entschuldigung – je nachdem was man ja auch für Patienten hat, auch noch alle Gerätschaften parallel MIT in Beobachtung hat. Und das ist, glaube ich, auch der große Unterschied, was uns abgrenzt von anderen. Wir haben nicht nur die Hautveränderung des Patienten im Blick oder kleinste Veränderungen an den Extremitäten, gerade im Bereich der Frühgeburtlichkeit. Wenn man sieht, die fangen an/ Hände und Füße werden kalt oder marmoriert/ sondern ich habe gleichzeitig die ganzen Perfusoren, Beatmungsgeräte und auch den Monitor auch noch im Blick.“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

*In der Neonatologie ergibt sich für die Pflegenden ein besonderer Verantwortungsstress. Pflegende bewegen sich zwischen einer Gerätemedizin, die auf die Überwachung und Sicherheit der Patient*innen abzielt, und einer Beziehungsfähigkeit zu den kleinen Kindern, die den Pflegenden eine Krankenbeobachtung ermöglicht. In diesen Intensivbereichen kommt es darauf an, kleinste Veränderungen an den Patient*innen zu bemerken, die Rückschlüsse auf deren Gesundheitszustand ziehen lassen. Benner spricht von paradigmatischen Fällen (ebd. 2012: 45-85), die Pflegende in ihrer Erfahrungsaufschichtung zum intuitiven Handeln führen. Durch diese Erfahrung kann das Frühgeborene im System geschützt werden.*

Methodischer Vorschlag:

Lehrervortrag zu Paradigmatischen Fällen und zur Intuitionsbildung nach Benner (2012: 45-85), Diskussion: **„Aus Fällen lernen!“**: Teilnehmer*innen berichten sich ihre Fallerlebnisse in der Praxis, in denen sie intuitiv gehandelt haben./ **Lektürearbeit** zu „Wirkungsvolles Handeln bei Notfällen“ (Benner 2012: 139 ff.). Lektürearbeit zu „Bedeutsame Veränderungen des Patientenzustandes erkennen und dokumentieren“ (Benner 2012: 129ff.), „Frühzeitige Alarmsignale geben: Komplikationen und Verschlechterungen gedanklich vorwegnehmen, noch ehe messbare diagnostische Anzeichen vorliegen (129ff.)/ **Diskussion** und Bewertung für die praktischen Einsatzfelder auf der Kinderintensivstation und Anästhesie.

Lehrervortrag: Frühgeburtlichkeit (siehe auch Modul Fallorientiertes Arbeiten in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege: Subjektorientierung und Grenzen), Anpassungsstörungen, Kreislaufparameter, Miss- und Fehlbildungen, die zur vitalen Bedrohung führen, Herzfehler, Säure-Basen-Haushalt auf der Intensivstation und in der Narkose, Hypothermiebehandlung, Dispektralindex während der Narkose.

Aus der Perspektive der Interaktion

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

Methodischer Vorschlag: Einstieg über Fälle, die von den Teilnehmer*innen erlebt wurden/ **Diskussion** der Beispiele. **Lehrervortrag:** Begriffsbestimmungen zum Fehlermanagement.

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

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

Inwiefern Sicherheitsproblematiken und sicherheitsrelevante Ideen offen besprochen werden, wird von der im Team vorherrschenden Sicherheitskultur beeinflusst. Eine Sicherheitskultur, in welcher sich Teammitglieder nicht als *Konkurrenz* empfinden, sondern offen über Probleme als Team sprechen, fördert die Sicherheit.

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

Die Sicht der Institution

In der *gesundheitssystempolitisch-ökonomischen Perspektive* zeigt sich die Problematik, dass die Qualität der Patient*innenversorgung in der Kinderintensivmedizin de facto heute meist von Zertifizierungen und Qualitätssiegeln abhängig ist. Nicht zuletzt ist der Personalschlüssel zu Fachpflegenden von Bedeutung. Sofern Zertifikate für die Außendarstellung oder *Rentabilität* einer Klinik vorteilhaft sind, werden die dafür erforderlichen Bedingungen, z. B. hinreichend qualifiziertes Fachpersonal, erfüllt und die entsprechenden Ressourcen bereitgestellt. Fehlen diese Anreize, so

werden solche Verbesserungen der Patient*innenversorgung aus Gründen fehlender *Profitabilität* wieder zurückgenommen. Dieser *marktlogische* Mechanismus konterkariert die fachlichen Ansprüche der auf der Intensivstation und in Anästhesie tätigen Berufsgruppen, eine qualitativ hochwertige Patient*innenversorgung gewährleisten zu wollen.

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

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

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

Zusammenfassung des Moduls

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... können die Pflegeetheorie von Benner für ihre Arbeit in der Neonatologie bewerten
- ... erhalten vertieftes Wissen zur Erfahrungsbildung und paradigmatischen Fällen in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege und bewerten die Krankenbeobachtung auf der Kinderintensivstation neu
- ... sie wissen, wie AWMF-Leitlinien entwickelt werden und können deren Wirkweisen für ihr berufliches Handlungsfeld in der Intensiv- und Anästhesiepflege einschätzen
- Sie vertiefen ihr Wissen zu einer ausgewählten Leitlinie entsprechend ihres beruflichen Handlungsfeldes und können Transferleistungen für die Praxis ableiten
- ... können wichtige Gremien und Organe für ihre Arbeit in der Fachpflege einordnen und die Machtverhältnisse bewerten.
- ... erhalten ein fundiertes Wissen über Instrumente zur Qualitätsentwicklung in der Pflege und deren Anwendungsvoraussetzung in der Praxis, können die Wirkweisen kritisch bewerten
- ... sie verfügen über ein tiefes Fachwissen zur Zertifizierung von kinderintensivmedizinischen Versorgungseinheiten der Institution und können die Auswirkungen bewerten;

- ... reflektieren das eigene berufliche Selbstverständnis sowie der Haltung und Rolle als Fachpflegende für pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege vor dem Hintergrund der Bedeutung einer professionsgesteuerten Qualitätsentwicklung mit Hilfe von Expertenstandards.
- ... sie analysieren Möglichkeiten einer Integration von Expertenstandards in unterschiedlichen Einsatzbereichen der fachpraktischen Weiterbildung unter Berücksichtigung pflegerischer Identitätsbildung zukünftiger Weiterbildungsteilnehmer*innen.
- ... sie nutzen Expertenstandards zur Stärkung des beruflichen Selbstverständnisses der zukünftigen Weiterbildungsteilnehmer*innen in ihrem Einsatzfeld der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege.
- Sie verstehen, dass eine Gefährdung der Patientensicherheit aufgrund eines Zusammenspiels von unsicheren Handlungen und latenten Bedingungen entstehen kann. Sie kennen Strategien zur Minimierung der Wahrscheinlichkeit von Fehlern.
- Sie kennen den Einfluss der Sicherheitskultur.
- Sie kennen Instrumente und Maßnahmen des Qualitäts- und Risikomanagements zur Förderung der Patientensicherheit auf der Intensivstation.
- Sie können Critical Incident Reporting Systeme zur Meldung von Zwischenfällen nutzen.

Leistungsüberprüfung: K/R/M/PR

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

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

Eine Meldung in CIRS schreiben

An einer M & M-Konferenz teilnehmen

Im Qualitäts- und Risikomanagement hospitieren

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

Reflexion von erlebten Versorgungssituationen mit Patientengefährdung

Sich über das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. informieren

Literaturstudium zu den vorgeschlagenen Inhalten, Erstellung Prüfungsleistung

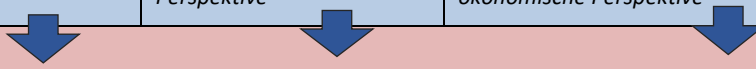
Literaturempfehlungen:

- AWMF (2020): S2k-Leitlinie: Empfehlungen zur Struktur, Organisation und Ausstattung der pädiatrischen intensivmedizinischen Versorgung.
(<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/024-028>, 16.09.21)
- Bartholomeyczik, S.; Büscher, A.; Höhmann, U.; Sirsch, E. (2019): Anforderungen an die Untersuchung der Wirksamkeit von Expertenstandards. In: Pflege & Gesellschaft 24 (2): 122-138
- Blumenberg, P.; Krebs, M.; Stehling, H.; Büscher, A. (2020): Das Auditinstrument zum aktualisierten Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. In: DNQP (Hrsg.) (2020): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Aktualisierung 2020 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück: DNQP, 198-213
- Blumenberg, P.; Büscher, A. (2019): Zweite Aktualisierung des Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege – Methodisches Vorgehen und Erkenntnisse. In: DNQP (Hg.): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 2. Aktualisierung 2019 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück: DNQP, 10-16
- Büscher, A./Krebs, M. (2022): Qualität in der Pflege. Buchreihe „Pflege studieren“. utb 5589. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Büscher, A. (2019): EXKURS: Expertenstandards in der Pflege. In: Pröhl, J.; Lux, V.; Bechtel, P. (Hg.): Pflegemanagement. Strategien, Konzepte, Methoden. Berlin: MWV, 403-404

- Ehlen, Michael (2014): Klinikstandards für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin. Stuttgart: Thieme
- Fichtner, Andreas (2013): Lernen für die Praxis: Das Skills-Lab. In: Michael St.Pierre und Georg Breuer (Hg.): Simulation in der Medizin. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 105–114.
- GBA: Personalvorgaben für die Intensivpflege von Frühgeborenen: (<https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/814/>, 22.07.22)
- Hannawa, A. F. & Postel, S. (Hrsg.). (2018). SACCIA - sichere Kommunikation. Fünf Kernkompetenzen mit Fallbeispielen aus der pflegerischen Praxis. Berlin: de Gruyter.
- Jaramillo Santiago, Lina Ximena; Osorio Galeano, Sandra Patricia; Salazar Blandón, Diego Alejandro (2018): Quality of Nursing Care: Perception of Parents of Newborns Hospitalized in Neonatal Units. In: Investigacion y educacion en enfermeria 36 (1), e08. DOI: 10.17533/udea.iee.v36n1e08.
- Krebs, M.; Büscher, A. (2022): Ziele und Inhalte des Praxisprojekts. In: DNQP (Hg.): Praxisprojekt zum Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege, Aktualisierung 2020. Projektbericht und Ergebnisse. Osnabrück: DNQP, 8-10
- Krebs, M.; Büscher, A. (2020): Methodisches Vorgehen und Ergebnisse der Aktualisierung der Expertenstandards zum pflegerischen Schmerzmanagement in der Pflege. In: DNQP (Hg.) (2020): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Aktualisierung 2020 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück: DNQP, 10-17
- Larsen, R. (2023): Anästhesie- und Intensivmedizin. Prüfungswissen für Fachpflege. Berlin: Springer
- Mellin-Olsen, J., Staender, S., Whitaker, D. K. & Smith, A. F. (2010). The Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology. European Journal of Anaesthesiology, 27(7), 592–597. <https://doi.org/10.1097/EJA.0b013e32833b1adfd> deutsche Übersetzung: Deklaration von Helsinki zur Patientensicherheit in der Anästhesiologie. Zugriff am 22.04.2021. Verfügbar unter: <https://www.patientensicherheit-ains.de/deklaration/deutsch.html>
- Schäfer, R., Söding, P., (2020): Klinikleitfaden Anästhesie. München: Elsevier, Urban& Fischer.
- St. Pierre, M. & Hofinger, G. (2014). Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin (3., überarb. Aufl.). Berlin: Springer.
- Stiftung für Patientensicherheit (Hrsg.). (2016). Speak up. Wenn Schweigen gefährlich ist: Speak up für mehr Sicherheit in der Patientenversorgung (Schriftenreihe Patientensicherheit Schweiz, Nr. 8). Zürich.
- Schiemann, D./Moers, M./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
- Wallied, A., Voft, S. (2021): Praxisbuch interdisziplinäre Intensivmedizin. München: Elsevier, Urban& Fischer.

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

2.5 Modul „Fallorientiertes Arbeiten in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege: Subjektorientierung und Grenzen“

Modultitel/Modulkennung: 03FASFPIA01 „Fallorientiertes Arbeiten in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege: Subjektorientierung und Grenzen“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Praxismodul 03FPFPIA 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:			
4.I Resignation und Hoffnung			
3.I Funktionersatz und Fremdbestimmung			
3.II Aufmerksamkeit und Routinebildung			
6.I Bedürfnis und Verwaltung			
Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion:			
Phasen der Krankheitsverarbeitung in Krankheitsverläufen			
Technische Routinen und Subjektperspektive			
Zwischen Grenzen, Hoffnung und Spiritualität			
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, Nähe als Professionsmerkmal, Grenzerfahrungen und Spiritualität, Nottaufe, Elternberatung, Falltheorie, Case-Management (u.a. Advocacy), Patientenpfade, Krankheitsverlaufskurve (Corbin & Strauss), Verrichtungsorientierung nach Wittneben, Ablauforientierung nach Busch, Exemplarische intensivmedizinische Interventionen			

fenden Versorgung, Primary Nursing, AWMF- S2k-Leitlinie: Frühgeborene an der Grenze zur Lebensfähigkeit, S2k-Leitlinie: Akutes, nicht obstruktives Lungenversagen im Kindesalter (pädiatrisches ARDS, PARDS), S2k-Leitlinie: Schädel-Hirn-Trauma im Kindes- und Jugendalter, S2k-Leitlinie: Thermische Verletzungen im Kindesalter (Verbrennung, Verbrühung), Behandlung.

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

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Pflegende

„Also, ich denke es gab eben den Moment, wo das, ja wo es irgendwie funktionieren musste und so Werte, Wertschätzung nicht die Priorität hatten, aber ja, da das Ganze einfach noch einmal thematisiert wurde, hat das für mich wieder gezeigt, okay doch das hat schon speziell etwas mit Wertschätzung zu tun und es wird schon auch Wert darauf gelegt, dass die Patienten gut betreut sind, dass auch das Personal gut betreut ist und sich sicher fühlt, auch wenn es halt die Situation gibt, wo einfach mal alles, ja quasi aus dem Ruder laufen kann, aber dann, sobald halt wieder Zeit ist, ja muss man die Situation halt aufgreifen, damit halt da auch noch Werte eingehalten werden können.“

Eine Pflegende

Also es war eine Situation, da habe ich ein Neugeborenes versorgt, das hatte einen angeborenen Herzfehler und es gab dann das Eltern-Arzt-Gespräch. Das ist viele Jahre her und dann war es noch so, dass Pflege eben nicht in diesem Gespräch dabei war. Und dann kam der Oberarzt halt wieder und sagte vor der Operation, die sofort noch an dem Tag anstand: /„möchten die Eltern gerne eine Nottaufe haben.“ Und das sollte ich jetzt machen. Und ich war 26, ungefähr 25, 26 Jahre alt und stand jetzt vor dieser Situation, das Kind zu taufen. Während der Ausbildung haben wir das damals noch so durchgesprochen und so weiter. Ich hatte mir aber vorher auch immer schon Gedanken gemacht, ob diese Situation vorbereitet zu sein. Und hatte dann sicherheitshalber noch so, also was man bei Taufen halt sagen muss und was man aber noch zusätzlich sagen darf, wenn vielleicht Angehörige dabei sind - das ist ja nochmal eine schwierigere Situation, wenn die halt auch zuhören - dass ich da/ und dann ist es kein Ding, man darf dann ja einen Zettel haben, sozusagen (...)

„Auf Station gibt es ja immer so Trauerkisten, wo eben spezielles Material drin ist, was man so zur Taufe benötigt. Und sie haben sich auch vorgenommen, dass man eben auch so kleine Zettel

mit Sprüchen, mit Gebeten und so vorbereitet, ne? Habe ich gedacht: „Okay, es ist zwar ganz lange her, aber es ist doch noch präsent und/“ Gut, jetzt heutzutage ist es mit der Requisitität vielleicht bisschen anders oder die verschiedenen/ aber man muss dann eben/ Deshalb ist vielleicht auch in der Fachweiterbildung nochmal dieses, dass man eben diese verschiedenen Glaubensrichtungen auch vielleicht nochmal dann auch mitbehandelt. Weil, was im Katholischen oder im Evangelischen irgendwie jetzt normal in Führungsstrichen ist, ist ja bei den anderen Glaubensrichtungen zum Beispiel nicht so und dass man da vielleicht dann sich nochmal/ Was braucht der- oder diejenige dann in solchen Situationen? Kleiner Teil der Weiterbildung (...).“

„Das ist der Patient, den ich versorge und von meinem religiösen Verständnis passt das also und von daher würde ich das auch übernehmen wollen. Untypisch? Na, untypisch, das bedingt sich irgendwie so, dass Pflege wieder irgendwie alles macht, ne? Egal, ist ja nun gar nicht sozusagen unsere Aufgabe, aber dass wir eben für die anderen Berufsgruppen das machen. Weil eben da niemand dann/ Das war, glaube ich, auch ein Wochenende und niemand aus der Berufsgruppe da war und diese Nottaufe hätte machen können. Andererseits hatte ich es mal erlebt, dass jemand so ein Priester auf die Station kam und ein Kind taufen wollte. Aber der war, sage ich jetzt mal, mit dieser Situation Kinderintensivstation völlig überfordert und das war ein ganz schlechtes Beispiel (...).“

„Und die Eltern haben eigentlich auch den Kontakt weiterhin gesucht. Also auf Abständen, aber wie gesagt, dass sie mich dann Wochen später auch dann zu dieser Familienfeier eingeladen haben. Die war erst in der Kirche und dann bei denen zu Hause/ und mich sozusagen auch abgeholt haben und wieder zurückgebracht haben. Das war/ genau. Aber es war eben nicht so enger Kontakt, dass irgendwie dann weitergeht. Das hat wirklich nur auf diese Taufe bezogen. Also nicht weiter. Also die Trennung, sage ich jetzt mal, vom Dienstlichen oder Privat, dass man sich da auch abgrenzt, das war schon da. Aber wie gesagt, außer jetzt diese Feier, aber das hatte ja auch wieder was mit der Taufe zu tun, dass sie einfach dann auch mal mit allen Beteiligten diesen Tag sozusagen begehen wollten. Also diese Abgrenzung, was ja manchmal im Pflegebereich auch schwierig ist, wenn man mit den Eltern jetzt täglich auch privat zusammenkommt, das sehe ich schwierig (...).“

„Oder das wäre dann ja professionell zu sagen: „Hier, das kann ich wirklich nicht, das gebe ich jetzt ab.“ Aber sonst, egal jetzt, ob ich jetzt für oder gegen Organtransplantation bin. Ich meine, wenn ich denn jemanden habe, der Patient ist ja dann zu versorgen. Kann ich ja nicht sagen: „Nein, danke.“ (...).“

„Deshalb diese im Unterricht auch so ethische Auseinandersetzungen oder auch in Fortbildungen, denke ich, auch jetzt im Team, denke ich, sollten gegeben sein. Und auch, was sich da jetzt im

Späteren ja auch ergeben hat, sodass es die ganze Sache mit Beerdigungsinstituten und den Umgang mit den Kindern und deren Eltern. Dass es ja für die Eltern auch schwierig ist, so dieses Abgeben jetzt in großen Häusern in die Pathologie erst. Und das ist jetzt schon so in den letzten Jahren, dass jetzt auf dieser Station zum Beispiel/ Es gibt ein Beerdigungsinstitut, die dann direkt auch die Kinder von dieser Station abholen. Dass die nicht in diesem großen Klinikum erst in die Pathologie/ weil Eltern wollen ihre Kinder manchmal da auch besuchen, nochmal sehen. Aber das ist ja dann auch sehr schwierig und das hat ja auch immer dann nochmal was mit Würde zu tun, wie dann die Kinder dann nochmal irgendwie zurechtgemacht werden. Und von daher, ja, genau/ Und diese Beerdigungsinstitute, die die Kinder direkt abholen, das ist auch gut gelöst.“

„Na gut, man muss, also zum pflegeethischen Unterricht Grenzen des Lebens, Lebensfähigkeit/ also wenn mal Frühchen sind, die eben/ Es gibt ja bestimmte Grenzen in Deutschland, wann ein Kind versorgt werden muss oder ob es eben Nachgespräch mit den Eltern/ dass man sagt, man geht gleich in die palliative Versorgung bei den ganz, ganz/ je nachdem, welche Schwangerschaftswoche das Kind geboren wird (...).“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Eltern zwischen *Resignation und Hoffnung*: Das Kind im Exempel benötigt eine Nottaufe. Die Pflegende im Exempel vermittelt durch ihre Überlegungen und Interventionen Würde und Hoffnung. Grundlage hierfür ist, dass sie das Kind als ein Subjekt wahrnehmen kann und die Bedürfnisse der Eltern erspürt. Ähnlich erleben wir es in den weiteren Exempeln, in dem die Pflegende die Versorgung eines verstorbenen Kindes thematisiert und sich der Subjektperspektive der Eltern bewusst ist. Gleichzeitig stellt sich die Frage, ob die Annäherung an die Eltern (Mimesis) eigentlich noch professionell ist? Kinderkrankenpflege wird in Krisen oft ein Teil des Familiensystems (vgl. Modul Familienorientierung in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege: zwischen den Systemen vermitteln) und balanciert zwischen Nähe und Distanz. Die Abläufe in der gerätemedizinischen Behandlung werden für die Pflegende zur Routine. In erster Linie geht es um technische Einrichtungen, die sachgerecht durchgeführt werden müssen. Im Verlauf der Routinehandlungen ist die Pflegende dennoch aufmerksam, nimmt die Subjektperspektive ein und die Achtsamkeit um die Wahrnehmung der Patienten und Eltern wird zur eigentlichen Kompetenz.

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

Methodischer Vorschlag: Lehrervortrag Pathophysiologie der Frühgeburtlichkeit (siehe auch Modul „Erfahrungsbildung in der Kinderintensivpflege: Sicherheit für das Kind in der Institution“), Neugeborenenreife, Pathophysiologie des SHT bei Kindern, Pathophysiologie bei Lungenversagen im Kindesalter, Pathophysiologie bei Verbrühungen und Verbrennungen, Frühgeborene an der Grenze zur Lebensfähigkeit (S2k-Leitlinie), S2k-Leitlinie Akutes, nicht obstruktives Lungenversagen im Kindesalter (pädiatrisches ARDS, PARDS), S2k-Leitlinie Schädel-Hirn-Trauma im Kindes- und Jugendalter, S2k-Leitlinie Thermische Verletzungen im Kindesalter (Verbrennung, Verbrühung), Behandlung.

Methodischer Vorschlag: Workshop zur Nottaufe, Expert*innengespräch Theolog*in, Beisetzungsrituale, Thanatologie, Sterbeverständnis in den verschiedenen Religionen. Expert*innengespräch mit Bestatter*in, Fragestellung: „Wie erfolgt die weitere Begleitung des verstorbenen Kindes und dessen Familie?“

Lehrervortrag: (Ethische) Fallbesprechung/ **Planspiel:** Umsetzung einer (ethischen) Fallbesprechung im Behandlungsteam z.B. „Frühgeburtlichkeit und Zukunftsperspektiven der Kinder“ Fallbesprechung simulieren und Aushandlung für den Fall.

Im Modul Fallorientiertes Arbeiten in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege: Subjektorientierung und Grenzen geht es in der *Perspektive des Individuums* darum, dass das Erleben auf einer Intensivstation durch wechselvolle Verlaufsphasen charakterisiert ist. Nicht selten münden chronische Erkrankungen bei Kindern in die intensivmedizinische Versorgung. Im Beziehungsaufbau der pädiatrischen Intensivpflege erspürt der*die Pflegenden, in welcher Phase der Krankheitsverarbeitung der*die Betroffene und dessen Familie sich befindet und welche unterschiedlichen Bedürfnisse hiermit jeweils verbunden sind. Mithilfe der Krankheitsverlaufskurve von Corbin & Strauss (u.a. Krise) kann der*die Pflegenden seine*ihre subjektive Einschätzung theoretisch reflektieren und prüfen, sowie situationsspezifische Pflegebedarfe eruieren. Zu erkennen ist beispielsweise, welcher Grad an Partizipation und Beratung seitens der*dem Patientin*Patienten situativ zugelassen werden kann, und wie viel Zeit die Beziehungsgestaltung mit der Familie benötigt.

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

Seminararbeit/Workshop: Elternberatung nach den Wittener Werkzeugen, Ggf. Expert*innengespräch.

Technisches Arbeiten auf der Intensivstation ist Teil der pflegerischen Methoden. Gerät dabei die Perspektive auf das Kind und dessen Eltern in den Hintergrund, ist eine beziehungslose Pflege vorprogrammiert. Verdinglichung des Kindes kann die Folge sein.

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

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

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

Aus der Perspektive der Interaktion

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

Methodischer Vorschlag: Einstieg durch **Lehrervortrag** zum Case-Management (Phasen und Rollen, **insbesondere Advocacy**)/ Bearbeitung eines Falls aus der Praxis nach den Phasen des Case-Managements in Gruppen./**Lehrervortrag** zu ausgewählten Patient*innenpfaden./Gruppenarbeit oder ggf. Planspiel in Anlehnung an Kerres und Wissing (2020) entwickeln mit verschiedenen Akteur*innen im Behandlungsprozess (z.B. Einführung eines Patientenpfades für die Versorgung auf der Kinderintensivstation oder in der Anästhesie).

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... können am Fallbeispiel aus der Fachpraxis das Trajekt-Modell (Corbin & Strauss) nachvollziehen, einen Perspektivwechsel und einen Transfer vollziehen und dementsprechend Pflegebedarfe und -bedürfnisse erkennen
- ... können am Fallbeispiel aus der Fachpraxis die Subjektive Perspektive von Patient*innen und ihrer Familien nachvollziehen, einen Perspektivwechsel und Transfer vollziehen und dementsprechend Pflegebedarfe und -bedürfnisse erkennen
- Bewerten die Verbindung zwischen einer Subjektperspektive und professionellem Handeln nach Oevermann
- ... kennen eine Breite an kinderintensivmedizinischen Erkrankungen und deren therapeutische Interventionen, bewerten diese für ihr Praxisfeld
- ... setzen sich mit der Thanatologie und dem Sterbeverständnis in den verschiedenen Religionen auseinander – können eine Nottaufe vornehmen
- ... greifen für die Gestaltung ihrer Fachpraxis auf Konzepte der intersektoralen Versorgung zurück und übertragen ihre theoriegeleiteten Überlegungen auf Patient*innenfälle und deren Familien in der fachtypischen Praxis
- ... bewerten das Konzept des Primary Nursing für die am Fall orientierte Versorgung und gestalten in einer Gruppenarbeit
- ... üben Beratungs- und Elterngespräche mit Hilfe der Wittener Werkzeuge
- ... nehmen eine kritische Haltung ein und übernehmen Verantwortung dafür, mit der Pflegeprozessmethode für einen sicheren Versorgungsverlauf der Patient*innen und Bewohner*innen im Fachgebiet der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege zu sorgen.

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

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

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

Modulleistung 03FASFPIA01 „Fallorientiertes Arbeiten in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege: Subjektorientierung und Grenzen“ (HA/R/PR/M)

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

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

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

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

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

Literaturempfehlungen:

- AWMF (2020): Frühgeborene an der Grenze zue Lebensfähigkeit (S2k-Leitlinie): <https://register.awmf.org/de/leitlinien/aktuelle-leitlinien/fachgesellschaft/024> (22.08.22)
- AWMF (2021): S2k-Leitlinie Akutes, nicht obstruktives Lungenversagen im Kindesalter (pädaitrishes ARDS, PARDS): <https://register.awmf.org/de/leitlinien/aktuelle-leitlinien/fachgesellschaft/024> (22.08.22)
- AWMF (2022): S2k-Leitlinie Schädel-Hirn-Trauma im Kindes- und Jugendalter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/aktuelle-leitlinien/fachgesellschaft/024> (22.08.22)
- AWMF (2015): S2k-Leitlinie Thermische Verletzungen im Kindesalter (Verbrennung, Verbrühung), Behandlung: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/006-128>
- Bartholomeyczik, S. (2010): Professionelle Pflege heute. Einige Thesen. In: Kreutzer, S.; Remmers, H. (Hrsg.) (2010): Transformation pflegerischen Handelns: Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert. Osnabrück: V & R Unipress, S. 134–155.
- Bostelaar, R.; Pape, R. (2008): Case Management im Krankenhaus. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft
- Brinkmann, V. (Hrsg.) (2010): Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. 2. Aufl., Wiesbaden: Gabler
- Busch, J. (1996): "Was der Patient sagt...". Die Reflexion der Krankenpflege in Autobiographien von Patienten. Baunatal: BVS Gohl
- Corbin, J. M.; Strauss, A. L (2004): Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Bern: Huber
- Ehlers, C.; Lehmann, D. (2019): Implementierung und Entwicklung von Case Management. Praktische Tipps zur Umsetzung von Case Management in Humandiensten. Heidelberg: medhochzwei
- Ewers, M.; Schaeffer, D. (2005): Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Hans Huber
- Friedrich, L. (2020): Bestatten. Praktische Theologie konkret. Göttingen: V&R
- Grethlein, C. (2020): Taufen. Praktische Theologie konkret. Göttingen: V&R
- Heinemann, W. (2005): Ethische Fallbesprechung. Eine interdisziplinäre Form klinischer Ethikberatung. Hrsg. von MTG Malteser Trägergesellschaft gGmbH, 1. Auflage, Köln. Online: https://www.malteser.de/fileadmin/Files_sites/Fachbereiche/Krankenhaeuser/Downloads/ethische_fallbesprechung.pdf [27.04.2021].]
- Kerres, A., Wissing C. (2020): Planspiel Pflege und Gesundheit. Anwendungsbeispiele für die berufliche Bildung. Stuttgart: Kohlhammer
- Segmüller, T., Kocks, A. (2013): Wie kann Beratung in der Pflege gelingen? In: JuKiP 2013; 1: 25–2. Stuttgart: Thieme. Doi 10.1055/s-0033-1333855,
- van Riet, N.; Wouters, H. (2008): Case Management. Ein Lehr- und Arbeitsbuch über die Organisation und Koordination von Leistungen im Sozial und Gesundheitswesen. Interact Verlag für Soziales und Kulturelles
- Wendt, W. R.; Löcherbach, P. (2006): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven. Economica Verlag
- Wendt, W. R. (2008): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Freiburg: Lambertus-Verlag
- Wittneben, K. (2003): Pflegekonzepte in der Weiterbildung für Pflegelehrerinnen und Pflegelehrer. Leitlinien einer kritisch-konstruktiven Pflegelehrerfelddidaktik. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, Bruxelles, New York, Oxford, Wien: Peter Lang

- Wittneben, K. (2009): Leitlinien einer kritisch-konstruktiven Pflegelernfelddidaktik. In: Olbrich, Christa (Hrsg.): Modelle der Pflegedidaktik. München: Urban & Fischer (Elsevier): 105–121
-

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

2.6 Modul „Fachspezifische Pflege gestalten“ (Praxismodul)

Modultitel/Modulkennung: 03FPFPIA 01 „Fachspezifische Pflege gestalten“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: Das Modul ist praxisbegleitend zum Modul 03FASFPIA01 „Fallorientiertes Arbeiten in der Intensiv- und Anästhesiepflege: die Subjektperspektive“ (Fachspezifisches Modul) und wahlweise zum Modul 03PDB01 „Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln“ (Basismodul) Das Praxismodul kann wahlweise nach einem der Theoriemodule bearbeitet werden. (Prüfungskombination der Module).			
480 Praxisstunden, davon 240 Std. AVL und gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ) (8LP)			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitsspolitisch ökonomische Perspektive</i>
Reflexionskategorien: 4.I Resignation und Hoffnung 3.I Funktionersatz und Fremdbestimmung 3.II Aufmerksamkeit und Routinebildung 6.I Bedürfnis und Verwaltung Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Phasen der Krankheitsverarbeitung in Krankheitsverläufen Technische Routinen und Subjektperspektive Zwischen Grenzen, Hoffnung und Spiritualität 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, Nähe als Professionsmerkmal, Grenzerfahrungen und Spiritualität, Nottaufe, Elternberatung, Falltheorie, Case-Management (u.a. Advocacy), Patientenpfade, Krankheitsverlaufskurve (Corbin & Strauss), Verrichtungsorientierung nach Wittneben, Ablauforientierung nach Busch, Exemplarische intensivmedizinische Interventionen Konzepte der sektorenübergreifenden Versorgung, Primary Nursing, AWMF- S2k-Leitlinie: Frühgeborene an der Grenze zur Lebensfähigkeit, S2k-Leitlinie: Akutes, nicht obstruktives Lungenversagen im Kindesalter (pädiatrisches ARDS, PARDS), S2k-Leitlinie: Schädel-Hirn-Trauma im Kindes- und Jugendalter, S2k-Leitlinie: Thermische Verletzungen im Kindesalter (Verbrennung, Verbrühung), Behandlung.

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

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Pflegendende

Also es war eine Situation, da habe ich ein Neugeborenes versorgt, das hatte einen angeborenen Herzfehler und es gab dann das Eltern-Arzt-Gespräch. Das ist viele Jahre her und dann war es noch so, dass Pflege eben nicht in diesem Gespräch dabei war. Und dann kam der Oberarzt halt wieder und sagte vor der Operation, die sofort noch an dem Tag anstand: /„möchten die Eltern gerne eine Nottaufe haben.“ Und das sollte ich jetzt machen. Und ich war 26, ungefähr 25, 26 Jahre alt und stand jetzt vor dieser Situation, das Kind zu taufen. Während der Ausbildung haben wir das damals noch so durchgesprochen und so weiter. Ich hatte mir aber vorher auch immer schon Gedanken gemacht, ob diese Situation vorbereitet zu sein. Und hatte dann sicherheitshalber noch so, also was man bei Taufen halt sagen muss und was man aber noch zusätzlich sagen darf, wenn vielleicht Angehörige dabei sind - das ist ja nochmal eine schwierigere Situation, wenn die halt auch zuhören - dass ich da/ und dann ist es kein Ding, man darf dann ja einen Zettel haben, sozusagen (...)

„Auf Station gibt es ja immer so Trauerkisten, wo eben spezielles Material drin ist, was man so zur Taufe benötigt. Und sie haben sich auch vorgenommen, dass man eben auch so kleine Zettel

mit Sprüchen, mit Gebeten und so vorbereitet, ne? Habe ich gedacht: „Okay, es ist zwar ganz lange her, aber es ist doch noch präsent und/“ Gut, jetzt heutzutage ist es mit der Requisitität vielleicht bisschen anders oder die verschiedenen/ aber man muss dann eben/ Deshalb ist vielleicht auch in der Fachweiterbildung nochmal dieses, dass man eben diese verschiedenen Glaubensrichtungen auch vielleicht nochmal dann auch mitbehandelt. Weil, was im Katholischen oder im Evangelischen irgendwie jetzt normal in Führungsstrichen ist, ist ja bei den anderen Glaubensrichtungen zum Beispiel nicht so und dass man da vielleicht dann sich nochmal/ Was braucht der- oder diejenige dann in solchen Situationen? Kleiner Teil der Weiterbildung (...).“

„Das ist der Patient, den ich versorge und von meinem religiösen Verständnis passt das also und von daher würde ich das auch übernehmen wollen. Untypisch? Na, untypisch, das bedingt sich irgendwie so, dass Pflege wieder irgendwie alles macht, ne? Egal, ist ja nun gar nicht sozusagen unsere Aufgabe, aber dass wir eben für die anderen Berufsgruppen das machen. Weil eben da niemand dann/ Das war, glaube ich, auch ein Wochenende und niemand aus der Berufsgruppe da war und diese Nottaufe hätte machen können. Andererseits hatte ich es mal erlebt, dass jemand so ein Priester auf die Station kam und ein Kind taufen wollte. Aber der war, sage ich jetzt mal, mit dieser Situation Kinderintensivstation völlig überfordert und das war ein ganz schlechtes Beispiel (...).“

„Und die Eltern haben eigentlich auch den Kontakt weiterhin gesucht. Also auf Abständen, aber wie gesagt, dass sie mich dann Wochen später auch dann zu dieser Familienfeier eingeladen haben. Die war erst in der Kirche und dann bei denen zu Hause/ und mich sozusagen auch abgeholt haben und wieder zurückgebracht haben. Das war/ genau. Aber es war eben nicht so enger Kontakt, dass irgendwie dann weitergeht. Das hat wirklich nur auf diese Taufe bezogen. Also nicht weiter. Also die Trennung, sage ich jetzt mal, vom Dienstlichen oder Privat, dass man sich da auch abgrenzt, das war schon da. Aber wie gesagt, außer jetzt diese Feier, aber das hatte ja auch wieder was mit der Taufe zu tun, dass sie einfach dann auch mal mit allen Beteiligten diesen Tag sozusagen begehen wollten. Also diese Abgrenzung, was ja manchmal im Pflegebereich auch schwierig ist, wenn man mit den Eltern jetzt täglich auch privat zusammenkommt, das sehe ich schwierig (...).“

„Oder das wäre dann ja professionell zu sagen: „Hier, das kann ich wirklich nicht, das gebe ich jetzt ab.“ Aber sonst, egal jetzt, ob ich jetzt für oder gegen Organtransplantation bin. Ich meine, wenn ich denn jemanden habe, der Patient ist ja dann zu versorgen. Kann ich ja nicht sagen: „Nein, danke.“ (...).“

„Deshalb diese im Unterricht auch so ethische Auseinandersetzungen oder auch in Fortbildungen, denke ich, auch jetzt im Team, denke ich, sollten gegeben sein. Und auch, was sich da jetzt im

Späteren ja auch ergeben hat, sodass es die ganze Sache mit Beerdigungsinstituten und den Umgang mit den Kindern und deren Eltern. Dass es ja für die Eltern auch schwierig ist, so dieses Abgeben jetzt in großen Häusern in die Pathologie erst. Und das ist jetzt schon so in den letzten Jahren, dass jetzt auf dieser Station zum Beispiel/ Es gibt ein Beerdigungsinstitut, die dann direkt auch die Kinder von dieser Station abholen. Dass die nicht in diesem großen Klinikum erst in die Pathologie/ weil Eltern wollen ihre Kinder manchmal da auch besuchen, nochmal sehen. Aber das ist ja dann auch sehr schwierig und das hat ja auch immer dann nochmal was mit Würde zu tun, wie dann die Kinder dann nochmal irgendwie zurechtgemacht werden. Und von daher, ja, genau/ Und diese Beerdigungsinstitute, die die Kinder direkt abholen, das ist auch gut gelöst.“

„Na gut, man muss, also zum pflegeethischen Unterricht Grenzen des Lebens, Lebensfähigkeit/ also wenn mal Frühchen sind, die eben/ Es gibt ja bestimmte Grenzen in Deutschland, wann ein Kind versorgt werden muss oder ob es eben Nachgespräch mit den Eltern/ dass man sagt, man geht gleich in die palliative Versorgung bei den ganz, ganz/ je nachdem, welche Schwangerschaftswoche das Kind geboren wird (...).“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Siehe Modulbeschreibung 03FAFPIA 01 „Fallorientiertes Arbeiten in der Intensiv- und Anästhesiepflege: die Subjektperspektive“ ((Fachspezifisches Modul)

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

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

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... können am Fallbeispiel aus der Fachpraxis das Trajekt-Modell (Corbin & Strauss) nachvollziehen, einen Perspektivwechsel und einen Transfer vollziehen und dementsprechend Pflegebedarfe und -bedürfnisse erkennen
- ... können am Fallbeispiel aus der Fachpraxis die Subjektive Perspektive von Patient*innen und ihrer Familien nachvollziehen, einen Perspektivwechsel und Transfer vollziehen und dementsprechend Pflegebedarfe und -bedürfnisse erkennen
- Bewerten die Verbindung zwischen einer Subjektperspektive und professionellem Handeln nach Oevermann
- ... kennen eine Breite an kinderintensivmedizinischen Erkrankungen und deren therapeutische Interventionen, bewerten diese für ihr Praxisfeld
- ... setzen sich mit der Thanatologie und dem Sterbeverständnis in den verschiedenen Religionen auseinander – können eine Nottaufe vornehmen
- ... greifen für die Gestaltung ihrer Fachpraxis auf Konzepte der intersektoralen Versorgung zurück und übertragen ihre theoriegeleiteten Überlegungen auf Patient*innenfälle und deren Familien in der fachtypischen Praxis
- ... bewerten das Konzept des Primary Nursing für die am Fall orientierte Versorgung und gestalten in einer Gruppenarbeit
- ... üben Beratungs- und Elterngespräche mit Hilfe der Wittener Werkzeuge
- ... nehmen eine kritische Haltung ein und übernehmen Verantwortung dafür, mit der Pflegeprozessmethode für einen sicheren Versorgungsverlauf der Patient*innen und Bewohner*innen im Fachgebiet der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege zu sorgen.

Leistungsüberprüfung (PBM/PBS/PMU):

Lernvorschläge für Praxismodul (arbeitsverbundenes Lernen):

Das Praxismodul **03FPFPIA 01 „Fachspezifische Pflege gestalten** kann im Schwerpunkt wahlweise mit den Theoriemodulen „Pflagedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln“ **oder** wahlweise „Fallorientiertes Arbeiten in der Intensiv- und Anästhesiepflege: die Subjektperspektive“ im 3. Semester bearbeitet werden.

(Prüfungskombination der Module).

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

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

Modulleistung: 03FASFPIA01 „Fallorientiertes Arbeiten in der Intensiv- und Anästhesiepflege: die Subjektperspektive (HA/R/PR/M)

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

- *Bewertung der Fallanalyse*

oder:

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

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

Modulleistung 03PDB01 „Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln“

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

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Erhebung Fallsituation in der Fachpraxis, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

- AWMF (2020): Frühgeborene an der Grenze zue Lebensfähigkeit (S2k-Leitlinie): <https://register.awmf.org/de/leitlinien/aktuelle-leitlinien/fachgesellschaft/024> (22.08.22)
- AWMF (2021): S2k-Leitlinie Akutes, nicht obstruktives Lungenversagen im Kindesalter (pädaitrishes ARDS, PARDS): <https://register.awmf.org/de/leitlinien/aktuelle-leitlinien/fachgesellschaft/024> (22.08.22)
- AWMF (2022): S2k-Leitlinie Schädel-Hirn-Trauma im Kindes- und Jugendalter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/aktuelle-leitlinien/fachgesellschaft/024> (22.08.22)
- AWMF (2015): S2k-Leitlinie Thermische Verletzungen im Kindesalter (Verbrennung, Verbrühung), Behandlung: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/006-128>
- Bartholomeyczik, S. (2010): Professionelle Pflege heute. Einige Thesen. In: Kreutzer, S.; Remmers, H. (Hrsg.) (2010): Transformation pflegerischen Handelns: Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert. Osnabrück: V & R Unipress, S. 134–155.
- Bostelaar, R.; Pape, R. (2008): Case Management im Krankenhaus. Hannover: Schlüter-sche Verlagsgesellschaft
- Brinkmann, V. (Hrsg.) (2010): Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. 2. Aufl., Wiesbaden: Gabler
- Busch, J. (1996): "Was der Patient sagt...". Die Reflexion der Krankenpflege in Autobiographien von Patienten. Baunatal: BVS Gohl
- Corbin, J. M.; Strauss, A. L (2004): Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Bern: Huber
- Ehlers, C.; Lehmann, D. (2019): Implementierung und Entwicklung von Case Management. Praktische Tipps zur Umsetzung von Case Management in Humandiensten. Heidelberg: medhochzwei
- Ewers, M.; Schaeffer, D. (2005): Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Hans Huber
- Friedrich, L. (2020): Bestatten. Praktische Theologie konkret. Göttingen: V&R
- Grethlein, C. (2020): Taufen. Praktische Theologie konkret. Göttingen: V&R
- Heinemann, W. (2005): Ethische Fallbesprechung. Eine interdisziplinäre Form klinischer Ethikberatung. Hrsg. von MTG Malteser Trägergesellschaft gGmbH, 1. Auflage, Köln.

Online: https://www.malteser.de/fileadmin/Files_sites/Fachbereiche/Krankenhaeuser/Downloads/ethische_fallbesprechung.pdf [27.04.2021].]

- Kerres, A., Wissing C. (2020): Planspiel Pflege und Gesundheit. Anwendungsbeispiele für die berufliche Bildung. Stuttgart: Kohlhammer
- Segmüller, T., Kocks, A. (2013): Wie kann Beratung in der Pflege gelingen? In: JuKiP 2013; 1: 25–2. Stuttgart: Thieme. Doi 10.1055/s-0033-1333855,
- van Riet, N.; Wouters, H. (2008): Case Management. Ein Lehr- und Arbeitsbuch über die Organisation und Koordination von Leistungen im Sozial und Gesundheitswesen. Interact Verlag für Soziales und Kulturelles
- Wendt, W. R.; Löcherbach, P. (2006): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven. Economica Verlag
- Wendt, W. R. (2008): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Freiburg: Lambertus-Verlag
- Wittneben, K. (2003): Pflegekonzepte in der Weiterbildung für Pflegelehrerinnen und Pflegelehrer. Leitlinien einer kritisch-konstruktiven Pflegelernfelddidaktik. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, Bruxelles, New York, Oxford, Wien: Peter Lang
- Wittneben, K. (2009): Leitlinien einer kritisch-konstruktiven Pflegelernfelddidaktik. In: Olbrich, Christa (Hrsg.): Modelle der Pflegedidaktik. München: Urban & Fischer (Elsevier): 105–121
- Literatur aus **03PDB01** „*Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln.*

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

2.7 Modul „Externe und interne Evidenz in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege: Konzepte und Methoden der Kinderkrankenpflege“

Modultitel/Modulkennung: 02EFPIA 01 „Externe und interne Evidenz in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege: Konzepte und Methoden der Kinderkrankenpflege“			
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 04WTFPIA01 Wissenstransfer in die Fachpraxis der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege</i>			
Workload: 60 Std davon 40 Std. Kontaktstunden, 20 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitsspolitisch ökonomische Perspektive</i>
			
Reflexionskategorien: 2.II Selbstbestimmung und Fremdbestimmung 1.I Leiderfahrung und Leibentfremdung 2.I Beziehung und Methode 4.II Wiederherstellungswunsch und Sterbebegleitung Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Wissenschaftliche Evidenz im Widerspruch zur Lebenswelt der Pflegeempfänger*in Lebensentwurf im Spannungsfeld zur „Regel der Kunst“ (Therapie) „Comfort dying“: Konzept oder Neutralisierung des Problems in der Organisation? Inhalte: Übung der Zitation, Aufbau einer wissenschaftlichen Arbeit üben, Lektürearbeit Übung in die Datenbankrecherche, Evidenz im Pflegeprozess (EBN), Evidenz in der Medizin: Vertiefung Kritische Auseinandersetzung mit dem Evidenzbegriff			

Studiendesigns, Klassifikationen zur Evidenz, AWMF-Leitlinien, Critical Thinking/Diagnostischer Prozess, Interne und externe Evidenz

Aktive und passive Sterbehilfe auf der Intensivstation etc.:

– Rechtsgrundlagen: Art. 2 Abs. 2 GG; BVerfG-Urteil vom 26. Februar 2020 (2BvR2347/15)

Methoden und Konzepte der Kinderkrankenpflege: Päpartale Visite, Känguruen, Bonding, Temperaturegelung, Schmerzerfassung bei Kindern und Frühgeborenen, Babymassage, Basale Stimulation, Intensivtagebuch für Eltern, Minimal-Handling, Elternschulung

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Pflegende:

„Aber es ist tatsächlich in der Regel nicht so, weil man dann doch mehr Patienten zu versorgen hat und dann wäre es nur einer, der optimal versorgt wird und gut im Blick ist, mit dem ganzheitlichen Ansatz auch so, wie es sein sollte, wo man so besondere Interventionen noch mal durchführen kann. Basale Stimulation oder ähnliches, was eigentlich in der Praxis nicht realistisch ist. Und das ist glaube ich ein Dilemma.“

„Ja, wenn es um Beratung letztendlich geht. Das heißt, wenn ein Elternteil entweder beraten oder auch angeleitet wird. Das heißt, dass die, der zu prüfende einfach beispielsweise eine kleine Anleitung zur Mundpflege gibt. Auch sowas ist eher künstlich, also nein, das ist realistisch, das stimmt gar nicht.“

„Wenn du dann noch die pränatale Elternstunde dazu nimmst, hast du noch den Schritt davor, dann zu den Eltern zu gehen, zu informieren, was sozusagen auf der Intensivstation passiert (...).“

Aus der Fokusgruppe

„Beziehungsweise im Bereich der Neonatologie haben wir eben dieses ganze Konzept der entwicklungsfördernden Pflege und Versorgung der Kinder, wo wir die Eltern auch ganz stark mit in der Begleitung und in dem Kennenlernen ihrer Kinder anleiten und unterstützen, dass sie ihre Kinder mitfordern, entwickeln zum Geburtstermin und darüber hinaus. Also das ist ein großer Anlass, wo wir tatsächlich pflegerisch und fachlich wirksam werden.“

„Und noch Einweisung der Eltern, wenn sie nach Hause entlassen werden, Notfallversorgung, Tracheostoma-Pflege, -Wechsel, was dann auch alles noch geschult werden muss, damit sie es zu Hause dann auch können.“

„Man vergrößert sein Wissen, vertieft es in den Bereichen, wo man auch schon unterwegs war, aber es wird auch immens, sage ich mal, größer. Und das unterscheidet uns, glaube ich, auch von den Kollegen, die die Fachweiterbildung nicht haben. Weil ich glaube, dass der tägliche Umgang

zwar mit den Patienten mich immer als Fachkraft dazu animiert und auch verpflichtet, diese unterschiedlichen auch Krankheitsbilder wieder zu recherchieren, aber ich habe es manchmal einfach zeitlich gar nicht. Ich kriege es zeitlich gar nicht so hin. Und deswegen ist es, glaube ich, mit einer Fachweiterbildung einfach noch mal/ Man kriegt es konzentriert, in sehr großer Breite (...).“

„Insgesamt denke ich, das Thema Forschung oder auch Durchführung von Studien, also wo dann, genau, je nachdem von welcher Seite jetzt was kommt, das Verständnis fehlt, weil vielleicht auch einfach oft das Hintergrundwissen fehlt. Oder ja, gibt ja verschiedene Gründe dafür. Aber dass dann auch eine Zusammenarbeit halt schwierig ist oder eben je nachdem, die Pflege Dinge mit in den Alltag mit einbauen muss, damit Studien durchgeführt werden können.“

„Das geht ja darüber hinaus noch, dass die Eltern in der Rolle, ob man es in der Neo tatsächlich inzwischen selber über die Möglichkeiten, die sie im Internet haben und über die ganzen Blogs und die ganzen Kommunikationsformen, die es da gibt, so zu Fachexperten werden, im Rahmen dieser Frühgeburtlichkeit, dass es tatsächlich viel Konfliktpotenzial birgt, weil die eine eigene Meinung aufbauen, eine eigene Meinung entwickeln und eben nicht mehr, so wie vor zehn, 15 Jahren da standen und eigentlich die Rechte an der Tür abgeben. Und die Pflegekräfte und die Ärzte übernehmen sozusagen alles bis zur Entlassung und dann sagt man schön „Dankeschön“. Sondern die Eltern sagen: „Nein, das habe ich aber anders gelesen. Können wir nicht das und das machen?“ Also das sind ganz neue Konfliktfelder, die man tatsächlich in der Zusammenarbeit da lösen muss.“

„Man merkt es ja schon. Manche haben ein bestimmtes Handling einfach für Frühchen. Wenn die Pflegekraft das Neugeborene oder so anfasst, mit dieser Ruhe und Ausstrahlung, die sind einfach wesentlich ruhiger, als wenn jemand Fachwissen hat, ganz viel, aber dieser Umgang mit dem Kind ist einfach ein anderer.“

„Im Alltag versuchen wir schon in dem Team bei uns irgendwie gemeinsame Behandlungs- und Leitlinien für die Versorgung der Patienten aufzustellen, interdisziplinär, sodass eben nicht jede Berufsgruppe für sich im Umgang mit den Eltern oder mit den Patienten macht, was sie denken, was richtig ist, sondern dass wir eine gemeinsame Linie finden, auf diesem Weg. Und das stellt sich im Alltag konkret so dar, dass wir eben auch gemeinsam berufsübergreifende Visiten machen, um tatsächlich eben den Patienten von unterschiedlichen Seiten anzuschauen, nicht nur aus einer Berufsgruppe.“

„Bei uns ist ganz klassisch, dass die Kompetenz an die Eltern Weitergeben, ein krankes oder ein noch wachsendes Kind zu Hause selbstständig versorgen zu können oder schon im Klinikalltag versorgen zu können. Das nimmt tatsächlich einen großen Rahmen ein, mit Erklären und dann

aber auch Beobachten, Beaufsichtigen, Rückerklären lassen und wirklich gucken, dass die Eltern in der Lage sind, ihre Kinder zu versorgen.“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

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

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

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

In den letzten Jahren haben sich *typische Methoden* in der Kinderkrankenpflege etabliert und werden im Pflegeunterricht vermittelt bzw. finden ihren Eingang in die Praxis der Kinderkrankenpflege. Bezeichnenderweise steht bei vielen *Methoden* der *Beziehungsaufbau* zwischen Kindern und Pflegenden oder Kindern und Eltern im Vordergrund. So fördern wohl Kängururufen und Bonding auf der Intensivstation die Entwicklung und die *Beziehung* der Frühgeborenen mit den Eltern. Im alltäglichen Kampf mit den anderen Berufsgruppen müssen diese Konzepte verteidigt werden, da diese arbeitsorganisatorisch im Konflikt mit Diagnostik und Therapie stehen können. In der Argumentation hilft die wissenschaftliche Belegbarkeit der Konzepte. Stellt sich eine Methode als „evident“, wissenschaftlich wirksam, heraus, gibt es keinen Grund diese nicht anzuwenden.....

Vertiefung Tutorien und Workshops zur externen Evidenz/ **Lehrervortrag:** Entwicklung von AWMF-Leitlinien/ Tutorium zur Datenbankrecherche/ Beurteilung von Evidenz, Klassifikationen, verschiedene Studiendesigns kennenlernen (qualitativ und quantitativ), gezielte Rechercheübun-

gen zu Themen und Interventionen in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege./ **Lehrervortrag** zur Evidenz in der Intensivmedizin und Anästhesie (ausgewählte Therapiemethoden). **Lehrervortrag** zu ausgewählten Pflegeinterventionen und deren Evidenzlage.

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

Methodischer Vorschlag: Auseinandersetzung mit Art. 2 GG und aktueller Rechtsprechung zu selbstbestimmtem Sterben – Auslegung der Rechtssätze durch einen Juristen, insbesondere BVerfG-Urteil vom 26. Februar 2020 (2BvR2347/15) / Fallbearbeitung/ Gespräch mit Experten für Intensivmedizin über praktische Konsequenzen aus dem BVerfG-Urteil)

Methodischer Vorschlag: Literaturrecherche zu Methoden und Konzepten in der Kinderkrankenpflege: Pärtaale Visite, Känguruhen, Bonding, Temperaturegelung, Schmerzeinschätzung bei Kindern und Frühgeborenen, Babymassage, Basale Stimulation, Minimal-Handling, Elternschulung, Intensivtagebuch für Eltern..... /Vertiefte Auseinandersetzung zu einem selbstgewählten Thema, **Erhebung und Bewertung** der wissenschaftlichen (Güte des Themas Externe Evidenz). Expert*innengespräch mit Praktiker*innen aus der Kinderkrankenpflege zum gewählten Thema (Von welchen Erfahrungen kann berichtet werden? Interne Evidenz der Praktiker*innen)./ Vorstellung des bearbeiteten Themas in der Gesamtgruppe und im Pflgeteam der kooperierenden Einrichtung.

Zusammenfassung des Moduls

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... kennen Kriterien wissenschaftlichen Arbeitens und unterschiedlicher Studiendesigns.
- ... diskutieren unterschiedliche Anforderungen an wissenschaftliche Arbeiten und die Aussagekraft unterschiedlicher Studiendesigns für die Pflegepraxis.
- ... verfügen über Schlüsselkompetenzen, die für Arbeitsprozesse in der Fachpflege notwendig sind, um wissenschaftliches Arbeiten der Pflege innerhalb der Institution sichtbar zu machen

- nutzen die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens zur Bearbeitung von Leistungsanforderungen in der Berufspraxis.
- ... erkennen in ihrer Institution, wie wissenschaftliche Erkenntnisse kommuniziert und genutzt werden können, um die Pflegepraxis weiter zu gestalten.
- ... können Informationen für wissenschaftliche Arbeiten in angemessener Zeit und angemessener Tiefe aus Bibliotheken, wissenschaftlichen Datenbanken und dem Internet zusammentragen, kritisch reflektieren und für Pflegeempfänger bewerten.
- ... reflektieren die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens vor dem Hintergrund der Entwicklung der Pflegewissenschaft und der Pflegepraxis
- ... setzen die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens korrekt um und argumentieren die Notwendigkeit von Theoriegeleitetem Handeln in der Pflegepraxis vor Vertreter*innen der Berufspraxis.
- ... verstehen die Logik des Forschungsprozesses. Sie haben ein Verständnis zur Evidenzbasierung und kennen den EBN-Prozess.
- ... erklären und begründen „Critical Thinking“ im Kontext des Pflegeprozesses. Sie leiten aus der pflegerischen Versorgungsevaluation neue Fragen ab bzw. zeigen Wege zur Nutzung von Forschungsergebnissen auf.
- Die Teilnehmenden können eine evidenzbasierte / wissenschaftlich begründete Problemlösung begründen.
- ... reflektieren verschiedene Möglichkeiten der professionellen Begleitung und Unterstützung der Patientin/ des Patienten und deren Familien, wie z. B. spezifische Ansätze der Beratung, um zu einer aus seiner Sicht für sich richtigen Entscheidung zu finden.
- ... erproben sich in Methoden der Kinderkrankenpflege, explorieren deren Anwendung im Arbeitsalltag und können diese argumentativ vertreten
- ... diskutieren und erproben verschiedene Möglichkeiten der professionellen Unterstützung, um Patientinnen/ Patienten und Angehörigen bei der Vermittlung zwischen unterschiedlichen Ansichten oder abweichenden Wünschen und Interessen zu helfen.

Leistungsüberprüfung: K/R/M/PR

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

Themenerhebung in der Fachpraxis im Praxismodul 02BPB01 „Pflegeprozess im Handlungsfeld“ beachten (Praxisthemen aus der Fallerhebung auf Evidenz untersuchen).

*Expert*innengespräch in der pädiatrischen Praxis (Interne Evidenz)*

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Erhebung Praxissituation zur Themenfindung EBN, Expert*innengespräche, 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
- Baldsiefen, R. (2022): Bindungs- und Entwicklungsförderung mit dem ersten Atemzug. In: JuKIP (2022) Heft 11 (04). Stuttgart, New York: Thieme. S. 140-145. DOI: 10.1055/a-1866-8582
- 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

- Bensch, S., Arnold, C. (2016): Schmerzen erkennen und beheben. In: JuKiP - Ihr Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege 2016; 05(04). Stuttgart, New York: Thieme. S. 152-16. DOI: 10.1055/s-0042-107914
- Bruck, A., Rose, S., Seiplod, B., Mense, L. (2021): Pflege von peripheren Arterienzugängen bei extrem unreifen Frühgeborenen. In: JuKiP - Ihr Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege 2021; 10(04). Stuttgart, New York: Thieme. S. 153-157. DOI: 10.1055/a-1519-3962
- Bundesverfassungsgericht: https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Downloads/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (16.09.22)
- Ertl-Schmuck, R. Unger, A., Mibs, M., Lang, C.: (2014): Wissenschaftliches Arbeiten in Gesundheit und Pflege. Tübingen, Basel: utb
- Frank, N. u. Stary, J. (2006): Die Technik wissenschaftlichen Arbeitens. 12. Auflage. Paderborn, Schöningh
- Fydrich, S. (2020): Ein guter Start ins frühe Leben. In: JuKiP - Ihr Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege 2020; 09(05). Stuttgart, New York: Thieme. S. 184-192 DOI: 10.1055/a-1213-2476
- Hospiz- und Palliativgesetz (HPG): <https://www.pflege.de/pflegegesetz-pflegerecht/palliativgesetz/> (22.04.20).
- Lutsch, N. (2014): Postnatale Temperaturregulation Früh- und Termingeborener. In: JuKiP - Ihr Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege 2014; 03(04): 163-167. Stuttgart, New York: Thieme. DOI: 10.1055/s-0034-1386728
- 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
- Münstermann, U. (2022): Das Leben gestalten, wenn Worte fehlen. In: JuKiP - Ihr Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege 2022; 11(06). Stuttgart, New York: Thieme. 228-233. DOI: 10.1055/a-1945-031
- Panfil, E.M. (2017): Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegenden. Bern: Hogrefe
- Steckelberg A. (2016): Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen und Decision Coaching: Neue Rolle für die Pflege. Pflege. 2016 Sep;29(5): 225-226
- Stickel-Wolf, C. u. Wolf, J. (2006): Wissenschaftliches Arbeiten und Lerntechniken. 4. Auflage. Wiesbaden. Gabler
- Westermann, J. (2015): Aufklärung von Anfang an. In: JuKiP - Ihr Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (2015); 04(06): 273-276. DOI: 10.1055/s-0041-106889

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

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

Modultitel/Modulkennung: 03PWVFPIA 01 „Perspektivenwechsel in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege: Prozesse der Versorgung“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Das Modul bindet an die Module Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege: Rollenbewusstsein im Behandlungsteam“, „Familienorientierung in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege: zwischen den Systemen vermitteln“ und „Erfahrungsbildung in der Kinderintensivpflege: Sicherheit für das Kind in der Institution“ an.</i>			
Workload: 90 Std davon 60 Std. Kontaktstunden, 30 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
			
Reflexionskategorien: 2.II Selbstbestimmung und Fremdbestimmung 5.I Geborgenheit und Verlustängste 5.II Entlastung und Belastung 3.II Humanisierung und Pflegemanagement Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Rollenambiguität zum Diagnosegespräch Asymmetrie zwischen Kind, Familie und Behandlungsteam Angehörige: Unterstützung oder Störfaktor? Keinen Einfluss auf Prozessabläufe nehmen (fremdbestimmt bleiben) Management: Versorgungsprozesse in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege gestalten Inhalte: Rechtliche Perspektive: Mitteilung der Diagnose, protektive Isolierung, Hygiene, Arbeit mit Familien, Angehörigenfreundliche Intensivstation, Patiententagebuch, MRSA-Management, Instrumente Übergabe und Visite/präoperative Visite, AqIG: interprofessionelle Fallanalyse, Transport von Kindern. Krankheitsbildern, die eine protektive Isolierung erfordern.			
Eröffnung der Handlungssituation/Exempel: <i>Eine Pflegendende</i>			

„Also es war eine Situation, da habe ich ein Neugeborenes versorgt, das hatte einen angeborenen Herzfehler und es gab dann das Eltern-Arzt-Gespräch. Das ist viele Jahre her und dann war es noch so, dass Pflege eben nicht in diesem Gespräch dabei war (...).“

„Aber es war eine Situation, die so völlig unerwartet kam. Und wo sehr viel durcheinandergelaufen ist und ich nachher in der Situation war, dass ich quasi zum Großteil die Leitung der Reanimation übernommen habe. Obwohl Altassistenten und Oberärzte mit da waren. Und es hat dann alles letztendlich relativ gut funktioniert, aber da war so diese Situation zu sagen: Ja, ich kann das. Aber dann auch mit den Kompetenzüberschreitungen/ Wir sind ein recht gutes Team, verstehen uns recht gut, aber trotz alledem hat die Situation mich sehr beschäftigt und auch zu überlegen, wie kann man so etwas optimieren (...).“

„Und Schlüsselproblem auch zum Teil ein Kompetenzproblem. Wer hat welche Rechte? Und wer darf was (...) bestimmen und entscheiden? Also ich sage mal, in der normalen Abfolge wäre es ja so, dass der Oberarzt quasi die Leitung übernimmt. Das hat er nur ansatzweise getan. Dadurch lief viel aus dem Ruder. Der nächste, der dran gewesen wäre, wenn man jetzt in der alteingesessenen Hierarchie geht, wäre der Altassistent, der es zwei, drei Mal versucht hat, sich gegenüber dem Oberarzt aber nicht durchsetzen konnte. Und daraus hat sich dann im Verlauf irgendwann ergeben, dass ich gesagt habe: So, Schluss. Jetzt müssen wir hier mal kurz klären. So dass ich denn quasi in diese Rolle gefallen bin, dass ich jetzt das Kommando habe.“

„Thema Transport, also speziell in der Neonatologie, Patienten aus anderen Kliniken abholen, da dann also ja vor Ort versorgen, abholen. Oder eben auch hausinterne Transporte, sprich aus dem Notfall, aus dem OP direkt die Patienten abholen und sie dann auf die Intensivstation zu bringen (...) Ja, genau, Transport, jetzt Flug aus mittlerweile deutschlandweit Patienten in die Kliniken der Maximalversorgung holen, was ein hoher Zeitaufwand ist.“

„Und geht der Patient in eine andere Klinik muss ich ja die Verlegungsanamnese dann, sozusagen den Bericht durchführen und muss die Übergabe auch an die Klinik, die ihn eventuell abholt oder aber, wenn wir sie bringen, dann wird die Übergabe dort vor Ort durchgeführt.“

„Da ist dann ja auch noch mal von pflegerischer Seite den Patienten sozusagen zu begleiten, entweder schon präoperativ, Anästhesie, Pflegevisiten, Information, und so weiter. Und dann Begleitung durch die OP sozusagen bis zum Aufwachraum oder Verlegung auf die Station.“

Aus der Fokusgruppe

„Diese lange Weiterbildung und dann das Wissen vielleicht schon weiter geworden ist, dass immer mehr ärztliche Tätigkeiten in unseren Bereich fallen und dadurch wenn man die Fachweiter-

bildung hat, auch gerne schnell gesagt wird: „Ja, die ist erfahren.“, dann kriegt man halt die unerfahrenen Assistenzärzte, die natürlich auch was lernen müssen, das will ich auch gar nicht kleinreden. Aber wo halt schnell gesagt wird: „Na ja, da ist eine erfahrene Pflegekraft und ein unerfahrener Assistenzarzt und jetzt sollen die mal machen.“, in Anführungsstrichen. Und da ist der Tätigkeitsbereich, der immer größer ist, dass wir da ärztliche Aufgaben mit übernehmen müssen und auch ein Teil Verantwortung.“

„Und ein Konfliktfeld, was mir noch einfällt, das hatten wir vorhin auch schon angesprochen, ist das der interdisziplinären Konflikte mit den Ärzten. Je länger man da arbeitet, dass es immer wieder auch Situationen gibt, wo man in der Behandlung des Patienten nicht einer Meinung ist. Und gerade mit jüngeren, unerfahrenen Ärzten wirklich da steht und die haben eigentlich die Verantwortung Sachen anzuordnen und die Behandlung des Patienten zu übernehmen, und man steht dann da und sagt: „Ähm, nee, so würde ich das jetzt nicht machen.“ Und man weiß gar nicht, wie man das in der Schicht schnell lösen kann, so ein Problem. Aber das wird zunehmend schwieriger, finde ich, im Team, weil es auch sehr hochkocht dann zwischen den Berufsgruppen, was die Kompetenzen angeht (...).“

Fokusgruppe:

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

Eine Pflegende:

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

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Perspektive des Individuums und der Angehörigen

Im Modul „Perspektivenwechsel in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege: Prozesse der Versorgung“ geht es in der *leibgebundenen* Perspektive auf der Sachebene des *Krankheits-erlebens* um die Verschiedenartigkeit des Erlebens auf einer Intensivstation oder einer Patientenschleuse im OP. Unterschiedliche Altersgruppen, unterschiedliche individuelle persönliche Lebensbedingungen, -situationen, -entwürfe, Bildungsvoraussetzungen spielen in den existenziellen Situationen oft eine untergeordnete Rolle und schwingen dennoch bei den Pflegenden mit, um sich den Fall zu erschließen. Gleichwohl gehört es zu den Prozessen in den Pflegeeinheiten, die Verbindung zu den Angehörigen zu halten und für Informationsfluss zu sorgen. Pfl-

gende stehen hier im Widerspruch von Informationspflicht und Zurückhaltung, da ihnen üblicherweise aufklärende Gespräch mit Angehörigen nicht zugestanden werden. Gleichwohl sind es die Pflegenden, die in Verbindung mit dem System Familie stehen. Die Pflegenden werden *fremdbestimmt* in dem, was sie den Angehörigen und den Patienten mitteilen dürfen. Was macht diese Situation mit den Pflegenden? Inwiefern soll und kann es eine *Selbstbestimmung* von Pflegenden in Bezug auf Angehörigen- und Patientengespräche geben?

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

Auf der Sachebene des Helfens wird die Bedeutsamkeit von *individueller Beziehung und Kommunikation auf der pädiatrischen Intensivstation deutlich*. In individuell unterschiedlichem Ausmaß geht es dabei um übergeordnete Ziele wie Angstabbau, Beruhigung, dadurch das Erreichen von mehr Gelassenheit und Zuversicht bei den Patient*innen und Angehörigen, oder aber um die Erhaltung der Selbständigkeit im Alltag, wie beispielsweise die tägliche Mobilisation. Bei Patient*innen, die einem Keimbefall unterliegen (u.a. MRSA, Corona) und dabei einem Hygieneregime (z. B. Isolierung) unterliegen, oder bei immunschwachen Patient*innen, die auf medizinische Interventionen vorbereitet werden, kommt es insbesondere auf eine vorbereitende Aufklärung und Information bezüglich der Maßnahmen und der begleitenden Risiken an.

Methodischer Vorschlag: **Lehrervortrag** zur Hygiene, Isolierung auf der pädiatrischen Intensivstation oder im OP/Mikrobiologie: Krankenhauskeime und deren Behandlungen./Strukturen und Prozesse der Isolierung von Patient*innen/ **Arbeitsauftrag für die Praxis** (Hygieneregime): Beobachtung von möglichen Keimverschleppungen in den Prozessen der Institution.

Lehrervortrag zu Krankheitsbildern, die eine protektive Isolierung erfordern.

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

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

Auf der *Sachebene Helfen* steht aus *pragmatisch-humanitärer* Sicht die interprofessionelle Zusammenarbeit sowie die Einbeziehung von Angehörigen im Fokus, denn ein abgestimmtes, gemeinsames Agieren ist entscheidend für erfolgreiche Interventionen im Sinne und Interesse des Patienten. Die funktionierende (intersektorale) Zusammenarbeit von professionellen Akteur*innen aus verschiedenen Berufen und Arbeitskontexten und die aktive Einbeziehung von Angehörigen in die Arbeit mit der*dem Patientin*Patienten wird seitens der Pflegenden als hochgradig relevant oder störend für Patient*innenversorgung beurteilt. Die Koordination der berufsgruppenübergreifenden (intersektoralen) Zusammenarbeit sowie die aktive Einbeziehung der Angehörigen in die therapeutische Arbeit, einschließlich deren professionelle Begleitung und Unterstützung werden als extrem zeit-, personal- und arbeitsaufwendige sowie strukturell schwer zu meisternde Herausforderungen erlebt. Die Einbeziehung der Eltern ist entscheidend für erfolgreiches Handeln im Sinne und Interesse des Patienten, weil sie eine wichtige Ressource für das Gelingen von Behandlungen darstellen. Ohne ein in jeder Hinsicht mittragendes Umfeld ist der Behandlungserfolg gefährdet. Schwierigkeiten können dabei auf verschiedensten Ebenen und in unterschiedlichen Zusammenhängen entstehen: Sie sind denkbar auf der personellen Ebene (Absprachen, Zuständigkeiten, Rollen(selbst)verständnisse etc. oder auf einer strukturellen Ebene (Terminfindung, abgestimmte Organisation von Treffen, bürokratische Hürden, verfügbare Ressourcen etc.) und müssen individuell je nach Kontextbedingungen von den Pflegenden gemeistert werden. Aus Sicht der Pflegenden wird es zum Problem, wenn sie für zeitliche Absprachen in den Prozessen nicht gefragt werden. Pflegenden werden dann durch Akteur*innen anderer Prozess *fremdbestimmt*.

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

Workshop und Skills-Lab: Transporte von intensivpflichtigen Kindern (Rettungswagen, Hubschrauber), ggf. Praxiseinsatz im Rettungsdienst.

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

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

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

Vorstellung der Arbeitsergebnisse (Fallanalysen), ggf. Prüfungsleistung.
Kompetenzen nach DQR Niveau 5: <u>Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit</u> Die Teilnehmenden... • ... erhalten ein fundiertes Wissen zur rechtlichen Situation von Aufklärungsgesprächen und Mitteilungen von Diagnosen, deren besondere Voraussetzungen und Handlungskonsequenzen in der Fachpraxis. Sie reflektieren ihr Verantwortungsgefühl im Sinne der Pflegeempfänger*innen und Angehörigen und bringen sich in der Situation ein. • ... sie verfügen über ein tiefes Fachwissen zur Mikrobiologie, Krankenhauskeimen und zu Isolationsmaßnahmen • ... sie können Prioritäten unter Berücksichtigung verschiedener Aspekte setzen und argumentieren (Patientensicherheit, Bedürfnisse von Patienten, Qualität der Versorgung, zeitliche Passung von Abläufen, Anleitung von Kolleg*innen) • Sie entwickeln einen Gesamtblick für die patientenbezogenen Abläufe und können mit dem interprofessionellen Team die Tagesstruktur von intensivpflichtigen Kindern koordinieren • üben im Skills-Lab den Transport von intensivpflichtigen Kindern • ... setzen die Übergabe und die interdisziplinäre Visite sinnvoll ein • Sie können die Bedeutung pflegerischer Tätigkeiten gegenüber Angehörigen anderer Berufsgruppen argumentieren. • Sie können die Bedeutung der Einbindung von Pflegenden in Angehörigen- und Patientengespräche gegenüber Fachpersonen argumentieren • Sie können die Wichtigkeit einer ehrlichen Kommunikation der Prognose gegenüber Patienten und Angehörigen begründen und echtes Wissen hierfür einbeziehen • Sie reflektieren ihre Handlungsmöglichkeiten im Falle eines Gefühls der Fremdbestimmung. • können einen Fall aus der Fachpraxis mit einer Heuristik analysieren, Wissen zusammentragen und neu bewerten, interprofessionelle Perspektiven einnehmen und eigene Grenzen erkennen – den vorgefundenen Fall in seinen Dimensionen neu bewerten und entwickeln neue Interventionsvorschläge für dessen Versorgung •sie erproben sich an der Methode des Intensivtagebuchs und kennen die Kriterien für eine angehörigengerechte Intensivstation.
Leistungsüberprüfung: K/R/M/PR • Ggf. Ergebnisse Fallanalyse nach AQiG
Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen): <i>Arbeitsauftrag für die Praxis: Beobachtung von möglichen Keimverschleppungen in den Prozessen der Institution,</i> <i>Praxiseinsatz im Rettungsdienst</i> <i>Fallerhebung nach Arbeitsverbundenem Lernen, Expert*innengespräche in der Praxis (AQiG)</i>
Lernvorschläge für die Selbststudienzeit: - Fallreflexion mithilfe der vorgeschlagenen Lektüre, Fallaufbereitung nach Heuristik (AQiG) - Erstellung Prüfungsleistung
Literaturempfehlungen: • Deutschlandfunk: Intensivtagebuch: https://www.deutschlandfunkkultur.de/koma-patienten-mit-intensivtagebuechern-zurueck-ins-leben-100.html (03.09.22)

- Friedemann, M.-L., Köhlen, C. (2018): Familien- und Umweltbezogene Pflege. Die Theorie des systemischen Gleichgewichts und ihre Umsetzung. Bern: Hogrefe
- Hecker, u., Schramm, C. (2018): Praxis des Intensivtransports. Heidelberg, Berlin: Springer
- Holtel, M., Weber, H. (2019): Kommunikation: So gelingt Visite: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-0976-2325.pdf> (02.08.21)
- Kießling, A. (2023): Quarantäne, Isolation, Abschottung. Interdisziplinäre Perspektiven auf das Infektionsschutzrecht. Frankfurt am Main: Campus
- Nydahl, P. (2017). Das Intensivtagebuch hat mir sehr geholfen“. Erfahrungen eines Betroffenen. PflegenIntensiv, 4, 18.
- Jünger, S. M. E. (2006): Erfolgskriterien berufsgruppenübergreifender Kooperation im Team einer Palliativstation. Aachen. Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen (Diss.).
- Plege e.V.: Angehörigenfreundliche Intensivstation: http://www.stiftung-pflege.info/stiftung/?page_id=209 (03.09.22).
- Tazi, I. (2023): Allogene Knochenmarkstransplantationen in der Praxis. Ein Leitfaden für Pflegekräfte. Tallinn: Verlag Unser Wissen.
- Reimann, U. (2008) Multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Von den Mühen der Ebene. In: Zeitschrift für Palliativmedizin. Jg. 9. Heft 3.
- Sieger, Margot/Ertl-Schmuck, Roswitha/Bögemann-Großheim, Ellen (2010): Interprofessionelles Lernen als Voraussetzung für interprofessionelles Handeln – am Beispiel eines interprofessionell angelegten Bildungs- und Entwicklungsprojektes für Gesundheitsberufe. In: Pflege & Gesellschaft Heft 3 (2010). 15. Jahrgang. Weinheim
- Schaeffer, Doris (2009): Chronische Krankheit und Multimorbidität im Alter – Versorgungserfordernisse diskutiert auf der Basis eines Fallverlaufs. In: Pflege & Gesellschaft. 14 Jg. Heft 4. Weinheim: Juventa
- Spieß, E.; Nerdinger, F. W.; Regnet, E. & Rosenstiel, L. von. (2003). Effektiv kooperieren: wie aus lauter Solisten ein erfolgreiches Orchester wird. Weinheim: Beltz
- Triphaus, C. (2020): Strukturierte Patientenübergabe/- Übernahme in der Notfallmedizin: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-0976-2325.pdf> (09.12.21)

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

2.9 Modul „Funktionsersatz Technik – das Kind und die Eltern schützen“

Modultitel/Modulkennung: 03FTKPIA 01 „Funktionsersatz Technik – das Kind und die Eltern schützen“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Modul Fallorientiertes Arbeiten in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege: Subjektorientierung und Grenzen und Modul Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege: Rollenbewusstsein im Behandlungsteam</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 1.II Empathie und Intervention (Methode) 2.I Mimesis und Projektion 2.II Teamarbeit und Konkurrenz 2.III Tradition und Emanzipation 3.I Bedürfnis und Verwaltung			
Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Asymmetrie: Aufmerksamkeit und Fachwissen Introspektionsfähigkeit: wenn Technik zur Belastung für Kinder und Eltern wird Anerkennung: Eltern sinnvoll einbeziehen Rollenambiguität: Wodurch wird technisches Arbeiten professionell? Rollendiffusion der Berufsbilder im Versorgungssystem			
Inhalte: Skills-Lab Kinderreanimation, physiologischen und pathophysiologischen Vorgängen beim Kind in der Intensivmedizin, „HighTech“ auf der pädiatrischen Intensivstation und in der Anästhesie, Verzweiflung und Resignation beim Kind und den Eltern, Technisches Umfeld als Belastung für Kinder und Eltern, Notwendige Kompetenzen: Fachwissen, situationsspezifisches Wissen, Gerätemedizin, Inkubator, EKG, Assessments, Ernährung, Hilfsmittel, Professionelle Nähe, Debriefing von Eltern als pflegerische Aufgabe, „Coolout“- Phänomen, Heimbeatmung von Kindern,			

Heilkundliche Tätigkeiten nach §63 Abs. 3c für Pflegende in der Häuslichkeit, ANP in der Kinderkrankenpflege, ECMO, Digitalisierung, ATA und Pflege, eHealth, Telehealth und Assistierende Technologien.

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Pflegende

„Schlüsselprobleme sind einfach die Vitalparameter, die instabil sind bei dieser Patientengruppe, insbesondere Beatmung, Herz-Kreislauf, die immer wieder im Fokus stehen sollten, und eine besondere Aufmerksamkeit der Pflegefachkraft erfordern, und auch ein schnelles Intervenieren. Wir haben eine Dauerbelastung der Pflegenden, würde ich auch dazu sagen, weil es kontinuierliche Alarme gibt, und dann auch immer einzuschätzen, ja, genau, die präzise Einschätzung, ist jetzt ein, besteht ein Handlungsbedarf oder auch nicht.“

„Die haben das sicherlich wahrgenommen, dass ich gestresst war. Ich glaube, sie haben aber auch wahrgenommen, dass ich schon, bei jedem Patienten, der halt Alarm gegeben hat, darauf geachtet habe, darauf reagiert habe. Und, also obwohl ich dann auch etwas machen musste, was ich vorher noch nie gemacht habe, haben sie glaube ich gemerkt quasi, sie gibt ihr bestes. Und waren, denke ich, mir gegenüber auch sehr wohlwollend, weil sie halt schon registriert haben, in dem anderen Zimmer ist es im Prinzip noch viel schlimmer, da geht es gerade wirklich um Leben und Tod. Und hier ist aber wenigstens jemand, der noch auf unsere Kinder achtet so.“

Eine Pflegende

„Ja, ich habe ein relativ aktuelles Fallbeispiel mir herausgesucht, obwohl ich schon zwanzig Jahre Berufserfahrung habe, aber das ist eigentlich eins, was uns immer wieder beschäftigt. Und zwar hatten wir eine Akutnotfallsituation auf einen Sonntagnachmittag bei einem schwer herzkranken Patienten, der eigentlich nach der Operation schon gut genesen war und schon auf dem Weg auf die Normalstation war. Aufgrund von Personalmangel auf der Normalstation, noch bei uns geblieben ist und dann akut reanimationspflichtig geworden ist auf einem Sonntagnachmittag. Und da so die Situation, wie das so abgelaufen ist, war halt, (...) ein relativ junges Team auf Station, zwei mit Fachweiterbildung. Und die Situation war so, dass eigentlich auch kompetente Ärzte auch schon mit Erfahrung da waren. Aber es war eine Situation, die so völlig unerwartet kam. Und wo sehr viel durcheinandergelaufen ist und ich nachher in der Situation war, dass ich quasi zum Großteil die Leitung der Reanimation übernommen habe. Obwohl Altassistenten und Oberärzte mit da waren. Und es hat dann alles letztendlich relativ gut funktioniert (...).“

„Also in der Akutnotfallsituation ja immer sehr schwer, weil ja erstmal wirklich die lebenserhaltenden Maßnahmen im Vordergrund stehen. Würde des Patienten ist bei uns, glaube ich, auch in

den Notfallsituationen gut in den Köpfen mit drin. Also wir sorgen schon relativ schnell dafür, dass wir trotz Reanimationssituation an eine Narkose denken. Irgendwer im Team denkt da immer relativ frühzeitig dran, wenn alle beschäftigt sind. Und dann, wenn wir so in die Phase kommen, wir beenden die Therapie. Oder die Konsequenz bei uns ist ja häufig dann die Herz- Lungen- Maschine. Dass man dann doch im Team nochmal innehält und sagt, wir machen jetzt eine Herzdruckmassage und eine Beatmung und überlegen kurz im Team: Was wollen wir jetzt? Dass man, wenn es möglich ist in der Situation auch nochmal mit den Eltern spricht. Also ich glaube, in der Akutphase ist die natürlich nicht vorhanden, aber im Verlauf, glaube ich, hat es unser Team ganz gut unter Kontrolle.“

„Unter Berücksichtigung der Würde des Patienten, dass der entsprechend Schlaf- und Schmerzmittel bekommt. Und man dann nochmal irgendwie eine Runde weitermacht und denjenigen rausnimmt aus der Situation und sagt: Warum, weshalb, wieso kannst du es jetzt nicht beenden? Also wir legen auch sehr viel Wert darauf, dass das Team mit der Situation umgehen kann. Oder dann vielleicht auch den Eltern ermöglichen, unter Reanimationsbedingungen quasi reinzukommen und dann dabei zu sein, wenn man wirklich aufhört. Was natürlich eine enorme Belastung ist.“

Eine Pflgende

„Wir müssen deutlich mehr Schulungen auch in Reanimationssituationen machen. Und nicht nur ein, häufig ist es ja nur irgendwie ein zwei, drei Doppelstundenblock, in der Ausbildung selbst zum Teil gar nicht mehr, habe ich gehört von Schülern. Ich weiß, bei uns ist es so, dass die in der Pflegeausbildung die Möglichkeit haben, ein Intensivmodul zu machen, wo Reanimation nochmal mit drin ist zusätzlich zur Ausbildung.“

Eine Pflgende

„(...) wenn wir von Uniklinken sprechen, dann geht es letztendlich um, ja, Hightech-Medizin, das heißt dann, gegebenenfalls sind einfach noch mehr Apparaturen an den Patienten angeschlossen. (...) aber dass, genau, also dass es ein intensives Monitoring letztendlich ist.“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

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

Methodischer Vorschlag: Vorstellung und „**Skills-Lab**“ zu ausgewählten Geräten auf der pädiatrischen Intensivstation und in der Anästhesie, Inkubator/ **Theorie und Praxis** der Reanimation und Defibrillation. „**Skills-Lab**“ zur fallgestützten Reanimation (Szenarien), EKG, ECMO-Therapie/.

Lehrervortrag zu physiologischen und pathophysiologischen Vorgängen beim Kind in der Intensivmedizin.

Lehrervortrag zu eHealth, Telehealth und Assistierende Technologien. Entwicklungen im Gesundheitssystem.

Das Vertrauen auf Medizintechnik wird zur Gewohnheit und birgt die Gefahr der *Achtlosigkeit* im Umgang mit Geräten und Kindern. Während es für die Pflegenden zur Routine wird, befinden sich Kind und Eltern in einem futuristischen Umfeld, das schwer zu realisieren ist. Visuelle und akustische Signale werden zur Belastung für die Kinder und Eltern. Fehldeutungen und falsche Interpretationen führen bei Eltern zur Desorientierung. Wie kann es gelingen, dass den Kindern ein ruhiges Umfeld ermöglicht wird und wie gelingt es den Pflegenden, die Patienten nicht als Objekte zu sehen, wenn sie dessen Körperfunktionen durch Technik stützen oder ersetzen müssen? (siehe auch nachstehend). Pflegende bewegen sich in den hochspezialisierten Arbeitsfeldern zwischen *Engagement und Resignation*. Wie kann einem „Coolout“ (Auskühlen) vorgebeugt werden? Wie kann einem „Burnout“ vorgebeugt werden? Welche Rolle nimmt das Team ein? Welche Maßnahmen können zum Eigenschutz getroffen werden? Wie geht trotz Eigenschutz die Beziehungsfähigkeit nicht verloren? (Fürsorge und Selbstsorge)

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

Die Sicht der Kinder und deren Eltern

Auf der Sachebene des *Helfens* äußert sich beispielsweise, dass Eltern mitten im Geschehen stehen und hilflos sind. Sie beobachten die Arbeitsabläufe der Pflegenden genau und befinden sich emotional im Spannungsfeld von Sorge um das eigene Kind und Akzeptanz, dass die Pflegenden ihre Aufmerksamkeit auch auf andere Patient*innen richten müssen. Für die Eltern wird ihre passive Rolle im Behandlungsverlauf unerträglich. Typischerweise werden Hilfsangebote von den professionellen Akteuren proaktiv an die Patient*innen und Familien herangetragen, was die Fähigkeit zum Deuten der Patient*innen und Familien voraussetzt. Entscheidend ist dabei, ob die Bedürfnisse von den Pflegenden tatsächlich erspürt werden oder lediglich schematisch Hilfsangebote unterbreitet werden. Damit Probleme erkannt werden, sind neben einer besonderen Aufmerksamkeit der Pflegenden insbesondere ausreichend Zeit und Ruhe für sorgfältige Beobachtungen der Eltern und Kinder erforderlich. Ein Beispiel hierfür ist die Erfassung von Schmerzen mithilfe von standardisierten Schmerz-Assessments, die entweder reflektiert und im Dialog mit dem Betroffenen angewendet oder unreflektiert mechanistisch im Rahmen der Stationsrunden abgearbeitet werden können. Erst im dialogischen Prozess und in der Beziehung wird die Schmerzerfassung mithilfe von Assessments patientengerecht beurteilbar.

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

Gruppendiskussion: „Sollen Eltern bei der Reanimation ihrer Kinder anwesend sein?“, Pro- und Contra-Debatte. Sicherung der Ergebnisse.

Lehrervortrag: „Debriefing mit Eltern als Aufgabe der Pflegenden“./ Begriffsklärungen, Planung eines Debriefings im Arbeitsalltag der pädiatrischen Intensivstation ggf. szenisches Spiel.

Perspektive der Institution

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

Methodischer Vorschlag: Lektürearbeit Falkson, Hellmers, Metzling (2020): *Leben mit einer häuslichen Beatmung – aus der Perspektive von betroffenen Kindern und ihren Eltern*. „Welche typischen Besonderheiten in der Heimbeatmung von Kindern werden von den Autorinnen angeführt?“, „Welche Herausforderungen stellen sich für die Pflegenden?“, Sammlung der Ergebnisse.

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

Die Zunahme der Technisierung im Gesundheitsbereich (*Institution*) hat neue Berufsbilder hervorgebracht. Hier sind es in erster Linie medizinische Assistenzberufe, wie „Physician Assistants“, ATAs und OTAs, die funktional ausgerichtete Aufgaben übernehmen, keinen rechtlichen Vorbehalt zum Pflegeprozess (§ 4 PflBG) innehaben. Hintergrund der Zunahme an den assistierenden Berufen ist die Personalproblematik im Gesundheitswesen. Letzteres verspricht im Personalmanagement *Effektivität* in der Personalbeschaffung. Für pädiatrische Anästhesie- und Intensivpflegende wird die Abgrenzung zum Problem. Rollendifusionen im Arbeitsablauf sind zur Normalität geworden. Es steht zu befürchten, dass Fachpflegende in einen Legitimationsnotstand geraten, da ihnen nur schwer gelingt zum Ausdruck zu bringen, was das Typische der Kinderintensivpflege eigentlich ist und wie es zu den Assistenzberufen abzugrenzen ist. Doch ist der Einsatz der neuen Berufsbilder *nachhaltig* für die Patient*innenversorgung? Wie sieht es mit der originären Beziehungsarbeit und dem Pflegeprozess als Steuerungsinstrument in der Pflege aus?

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

Zusammenfassung des Moduls.

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... vertiefen ihre Fertigkeiten zur Reanimation von Kindern und den Umgang mit Geräten auf der Kinderintensivstation im Skills-Lab
- ... verfügen über ein integriertes berufliches und pflegetheoretisches Wissen im Tätigkeitsfeld der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiefachpflege und kennen die Grenzen zur Bezugswissenschaft Intensivmedizin
- Sie reflektieren das Coolout- Phänomen nicht als individuelles Versagen, sondern als der Versorgungsrealität geschuldet und sind bereit, sich dessen in ihrem beruflichen Handlungsfeld immer wieder zu vergewärtigen
- ... reflektieren eigene Gefühle und Abwehrmechanismen im Kontext der Pflege von Kindern in lebensbedrohlichen Situationen, reflektieren die Rolle der Eltern im Geschehen, können sich ihre Gefühle und Abwehrmechanismen in immer neuen Versorgungssituationen bewusstmachen und hierfür Verantwortung im Versorgungsteam übernehmen
- ... setzen sich mit dem Konzept des Debriefings für begleitende Eltern auseinander und können in ihrem Arbeitsalltag ein entsprechendes Angebot für Eltern vornehmen
- ... verstehen das Konzept „ANP“ und können es in der Praxis auf die pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege neu denken und zukünftige Handlungsoptionen für Pflegende ausloten
- ... bewerten berufliche Aufgaben und Schnittstellen im Behandlungsprozess und können diese für ihr eigenes Handeln einordnen, übernehmen Verantwortung im Behandlungsteam, erkennen die Grenzen und Widersprüche in der Fachpraxis

- kennen Techniken und Hilfsmittel in der intensivpflegerischen Behandlung und unterstützen beratend beim Prozess der Versorgung
- ... kennen eine Breite an pathophysiologischen Prozessen bei Patient*innen auf der Intensivstation und deren therapeutische Interventionen, bewerten diese für ihr Patient*innen und das Praxisfeld
- ... sie lernen die spezifischen Besonderheiten der Heimbeatmung von Kindern kennen und bewerten pflegerische Aufgaben im außerklinischen Behandlungssektor.
- ... sie erkennen, welche Bedeutung Technik im professionellen Handeln hat und realisieren, dass professionelles Handeln immer den Subjektbezug voraussetzt
- ... sie können Rollendifusionen mit anderen Berufsbildern reflektieren, Gemeinsames und Differentes zur Fachpflege erkennen und argumentieren.

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

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

- Ggf. Fallerhebung in der Praxis nach Arbeitsverbundenem Lernen.

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium der vorgeschlagenen Texte, ausgewählte Arbeitstexte
- Fallreflexion mithilfe der vorgeschlagenen Lektüre, Fallaufbereitung in der Praxis ggf. als Prüfungsleistung
- Prüfungsvorbereitung

Literaturempfehlungen:

- Bartholomeyszik, S., Halek, M. (2009) Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen. Hannover: Schlütersche
- Blotenberg, B.; Hejna, U.; Büscher, A.; Seeling, S. (2020): Präventive Hausbesuche – ein Konzept für die Zukunft? Ein Scoping Review über das innovative Versorgungsmodell präventiver Hausbesuche. In: Prävention und Gesundheitsförderung, published online 14 Januar 2020, doi: 10.1007/s11553-019-00753-0
- Brüll, N., Nicca, D., Staudacher, S., Schmidt-Mohler, G., Zuniga, F. (2023): Auf dem Weg in ein sicheres Daheim: Erleben des Übergangs in ein ambulantes Setting mit Heimbeatmung. In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe. Heft 5 (23), 36. Jhrg.. Bern: Hogrefe
- DBfK (2011): Advanced Practice. Nursing <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Advanced-Practice-Nursing-Broschuere-2019.pdf> (03.09.22)
- Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinien nach § 63 Abs. 3c SGB V: <https://www.g-ba.de/richtlinien/77/> (03.09.22)
- Falkson, S., Hellmers, C., Metzger, S. (2020): Leben mit einer häuslichen Beatmung – aus der Perspektive von betroffenen Kindern und ihren Eltern. In: Pflege & Gesellschaft. Ausgabe 2 (2020), Weinheim: Beltz/Juventa. S. 152-169
- Friesacher, H. (2010): Pflege und Technik – eine kritische Analyse. In: Pflege & Gesellschaft 15. Jahrg. 2010/ 4. Juventa
- Friesacher, H. (2019): Fürsorge - trotz oder mit Technik? In: Hauck, C. Uzarewicz, C. (Hrsg.) (2019): I, Robot – I, care. Möglichkeiten und Grenzen neuer Technologien in der Pflege. Berlin, München, Boston: De Gruyter. S. 201-222
- Heimberg, E., Daub, J., Schmutz, J. B. (2021): Debriefing in der Kindernotfallversorgung. Notfall Rettungsmed 24, 43–51 (2021). <https://doi.org/10.1007/s10049-020-00833-1>
- Hochmuth A, Iltner J, Dockweiler C. Digitalisierung - eine Chance für die Pflege? Pro Alter.de. 2019;51(2):20-24
- Hülsken-Giesler, M. (2008): Der Zugang zum Anderen. Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimesis und Maschinenlogik. Göttingen: V& R, Unipress

- Kersting, K. (2019) "Coolout" in der Pflege. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung (5. Auflage). Mabuse-Verlag Wissenschaft.
- Kersting, K. (2020). Pflegende machen sich kalt. Berufsalltag zwischen Anspruch und Zwang. Die Schwester Der Pfleger, (7), 68.
- Kiening, M., Ohly, A. (2022): EKG endlich verständlich. München: Urban& Fischer, Elsevier
- König, O., Schattenhofer, K. (2021): Einführung in die Fallbesprechung und Supervision. Heidelberg: Carl-Auer, Compact.
- Kudyba SP. Healthcare Informatics: Improving Efficiency Through Technology, Analytics, and Management. Productivity Press; 2nd Revised ed. 2016
- Kurath, B., Resch, S. (2014): Pädiatrische Notfälle. Sicher handeln, richtig medikamentieren- griffbereit. Stuttgart: Schattauer
- Lexa, N. (2014): Fallbesprechungen in der Palliative Care: Praxiswissen für kompetentes Handeln (Pflegekolleg). Hannover: Schlütersche.
- Reuschenbach, B., Mahler, C., (2020): Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis. Göttingen: Hogrefe
- Schubert, A., Koch, T. (2010): Infusionen und Injektionen. Schritt für Schritt in Wort und Bild. München: Urban& Fischer, Elsevier
- Veit, Annegret (2004): Professionelles Handeln als Mittel zur Bewältigung des Theorie-Praxis-Problems in der Krankenpflege. Bern / Göttingen / Toronto / Seattle: Huber

Kü/Ba/Gi: 28.09.2023

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

Modultitel/Modulkennung: 04WTFPIA01 „Wissenstransfer in die Fachpraxis der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege“			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Themenumsetzung in der Fachpraxis im Praxismodul 04PRPFPIA01 „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 Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Gestaltende Pflege und traditioneller Stillstand Themen/ Schlüsselprobleme/Inhalte: Berufliche Quellen des Wissens (Mayer 2022) Vertiefung Evidenz, Evidenz von Forschungsergebnissen, Bewertung von Studien, Studientypen Implementierung von Innovationen, Dimensionen des Wissenstransfers: Projektarbeit, Konzepte und Methoden der Implementierung und Translation, u.a. Projektarbeit vertiefen, PIKE-Schema (Behrens/Langer) Übungen Datenbankrecherchen und Bestimmung von Evidenz zu pflegepraktischen Themen Aufbereitung der Ergebnisse, Erstellung "One Minute Wonder" und Vortrag für die Pflegepraxis.			
Eröffnung der Handlungssituation/Exempel: <i>Pflegende:</i> <i>„Insgesamt denke ich, das Thema Forschung oder auch Durchführung von Studien, also wo dann, genau, je nachdem von welcher Seite jetzt was kommt, das Verständnis fehlt, weil vielleicht auch einfach oft das Hintergrundwissen fehlt. Oder ja, gibt ja verschiedene Gründe dafür. Aber dass dann auch eine Zusammenarbeit halt schwierig ist oder eben je nachdem, die Pflege Dinge mit in den Alltag mit einbauen muss, damit Studien durchgeführt werden können.“</i> <i>Aus der Fokusgruppe</i>			

„Also es gibt wirklich so Sachen, die können sie tatsächlich nur aus der Situation heraus, aus diesem Pflgeteam oder Ärzteteam lernen. Das ist tatsächlich schwer, sich das über das Internet oder über irgendwelche Kurse, Volkshochschule oder wie auch immer, anzueignen. Die kriegt man tatsächlich aus diesem Kompetenzbereich ausschließlich so raus. Und entweder man lernt es dann da oder man wird da unterstützt oder man steht da wirklich allein da. Kannst dir keine Bücher groß holen. An vielen Stellen bist du da tatsächlich auf diese Teams angewiesen. Also auch so in Bezug auf die Verantwortung, die man in der Gesellschaft hat, was Gesundheitsfürsorge angeht, ist das im Intensivbereich, glaube ich, tatsächlich so was, wo es da so eine Nischenkompetenz gibt, die man nur da weitergeben kann, auch an Angehörige und an andere Leute in der Bevölkerung.“

„Also mir ist noch mal deutlich geworden, im Gespräch an vielen Stellen, dass in dieser Fachweiterbildung oder in dieser Phase, wo man Leute wirklich fit macht, für unseren Beruf, dass dieses Coaching und diese Persönlichkeitsentwicklung einen ganz hohen Stellenwert haben muss, im Lehrplan oder in der Berücksichtigung und nicht nur die fachliche Kompetenz. Sondern an ganz vielen Stellen ist deutlich geworden, dass es da Sachen geben muss, in der Förderung der persönlichen Entwicklung, der sozialen Kompetenzen, die unglaublich gefragt sind und die entscheidend sind, wie unser Beruf sich weiterentwickelt.“

„Und das ist meine persönliche Meinung, es ist nicht nur die Aufgabe, sage ich mal, von externen Personen, die dann schulen, sondern es hat auch/ da ist auch ein ganz wichtiger interner Fakt mit drin. Also da, wo die Generalisten dann auch eingesetzt werden. Wir haben die Verantwortung.“

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

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

„(...) und die Entwicklung in der Praxis ist denen entgangen, der Entwicklungsgang der Aus- und Weiterbildung nicht mitgegangen. Und da haben wir eine Lücke, die ist enorm groß. Ideen sind alle klasse, aber an der Basis ist nichts passiert und da passiert nach wie vor nichts, ja?“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Aus der Perspektive der Institution

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

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

Tutorium: *Vertiefung Evidenz in der Pflege (vgl. Module 02EFPIA 01 „Externe und interne Evidenz in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege: Konzepte und Methoden der Kinderkrankenpflege, 01SB01 „Systematisches wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege“)./ Datenbank-recherchen üben/ Literatur beurteilen üben.*

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... haben ein breites und integriertes Verständnis von Prozessen des Wissenstransfers. Sie kennen die gängigen Konzepte zum Wissenstransfer und können diese beschreiben.

- ... setzen die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens korrekt um und argumentieren die Notwendigkeit von Theoriegeleitetem oder evidenzbasiertem Handeln in der Pflegepraxis vor Vertreter*innen der Berufspraxis.
- ... verstehen die Logik des Forschungsprozesses. Sie haben ein Verständnis zur Evidenzbasierung und kennen den EBN-Prozess.
- Die Teilnehmenden können eine evidenzbasierte / wissenschaftlich begründete Problemlösung begründen.
- ... können die besonderen Probleme des Transfers wissenschaftlicher Erkenntnisse in eine überwiegend nicht-akademische Berufspraxis abschätzen. Sie demonstrieren Prinzipien und Methoden, diese Lücke zu schließen und können deren Anwendung erklären
- ... hinterfragen Praktiken in der Pflegepraxis hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und überprüfen die wissenschaftliche Belegbarkeit der Pflegepraktiken.
- wenden Methoden, Konzepte und Instrumente des Wissenstransfers an und entwickeln Lösungen für Themenstellungen aus der Pflegepraxis.
- können Implementierungsprojekte planen, die einzelnen Schritte darstellen und diskutieren, beispielhaft ein Thema der Pflegepraxis bearbeiten und für die Berufspraxis aufbereiten sowie ihre Ergebnisse in den Pflegeteams argumentativ verteidigen.
- können hemmende und fördernde Faktoren für den Wissenstransfer in der Pflege identifizieren, einordnen und für ihre Einrichtungen Lösungsvorschläge vornehmen.

Leistungsüberprüfung: K/R/M/PR

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

Siehe *Praxismodul 04PRPFPIA 01 „Projekt fachspezifisch gestalten*

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Erhebung Praxissituation zur Themenfindung EBN, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

- Ackley, B. J.; Ladwig, G. B. (2008): Nursing Diagnosis Handbook An Evidence-Based Guide to Planning Care. 8. Aufl. St. Louis: Mosby /Elsevier
- Barre, Kirsten (2013): Evidence-based Nursing in der pflegedidaktischen Vermittlung. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Behrens, Johann/Langer, Gero (2010a): Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. Bern: Huber
- Behrens, J., & Langer, G. (2016). Evidence based Nursing an Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung-Vertrauensbildende Entzauberung der "Wissenschaft". 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe.
- Behrens, Johann/Langer, Gero (2010a): Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. Bern: Huber
- Behrens, Johann (2011): Evidence based Nursing. In: Schaeffer, Doris/Wingenfeld, Klaus (Hrsg.) (2011): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim / München: Juventa. S. 151–164
- Brandenburg H, Panfil E.M., Mayer H. (2007): Pflegewissenschaft 2. Lehr und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegeforschung. Hans Huber Verlag, Bern.
- Brandenburg, H. Dorscher (2015): Pflegewissenschaft 1. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in das wissenschaftliche Denken in der Pflege. Bern: Hogrefe
- Büker, C. Lademann, J, Müller, K. (2018) Moderne Pflege heute. Stuttgart: Kohlhammer
- Ertl-Schmuck, R. Unger, A., Mibs, M., Lang, C.: (2014): Wissenschaftliches Arbeiten in Gesundheit und Pflege. Tübingen, Basel: utb

- Meyer, Gabriele/Köpke, Sascha (2012): Wie kann der beste pflegewissenschaftliche Kenntnisstand in die Pflegepraxis gelangen? How can best nursing science evidence reach nursing practise? In: Pflege & Gesellschaft. Heft 1 / 12. 17. Jahrgang. Weinheim: Juventa. S. 36–44
- Käppeli S. (2011): Pflegewissenschaft in der Praxis. Eine kritische Reflexion. Hans Huber Verlag, Bern
- Kitson, A. (2008): The need for systems change: reflections on knowledge transfer and organizational change. In: Lournal of Advanced Nursing. 65. Jg., Heft 1, S. 217 – 228
- Krüger, L., & Mannebach, T. (2019). One Minute Wonder zielgerecht gestalten. PADUA, 14(4), S. 239-243.
- Mayer, H. (2007): Pflegeforschung verstehen. Facultas Verlag Wien
- Mayer H. (2002): Einführung in die Pflegeforschung. Facultas Verlag, Wien
- Mayer, H. (2003): Pflegeforschung. Elemente und Basiswissen. Wien: Facultas
- Mayer, H. (2022): Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. Wien: Facultas Verlag
- Panfil, E.M. (2017): Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegenden. Bern: Hogrefe
- Meyer, Gabriele (2011): Klinische Pflegeforschung: Relevanz und Standortbestimmungen. In: Schaeffer, Doris/Wingenfeld, Klaus (Hrsg.) (2011): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim / München: Juventa S. 137–150
- Moers, M./Schaeffer, D./Schnepf, W. (2011): Too busy to think? Essay über die spärliche Theoriebildung der deutschen Pflegewissenschaft. In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe. Heft 6. 24. Jahrg. Bern: Huber. S. 349–360
- Ruppert, N. (2022): Das kleine Solo: Das Poster. In E.-M. Panfil, M.-C. Baumann, K. Fierz & Y. Ford (Hrsg.) Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege: Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegenden (4. Aufl., S. 341-353). Bern: Hogrefe.
- Ruppert, N. (2017): Das kleine Solo: Das Poster. In: E.-M. Panfil, (Hrsg.): Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegenden. (3. Aufl., S. 389-404). Bern: Hogrefe Verlag
- Schiemann, D./Moers, M./Büscher, A. (Hrsg.): Qualitätsentwicklung in der Pflege. Konzepte, Methoden und Instrumente. Stuttgart: Kohlhammer, S. 70 – 101
- Steckelberg A. (2016): Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen und Decision Coaching: Neue Rolle für die Pflege. Pflege. 2016 Sep;29(5): 225-226
- Titler, M., Kleiber, C., Steelman, V., Rakel, B., Budreau, G., Everett, L., Buckwalter, K., Tripp-Reimer, T., Goode, C. (2001). The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care. Critical Care Clinics of North America, 13(4), 497-509.

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

2.11 Modul Praxismodul „Projekt fachspezifisch gestalten“ (Projekt)

Modultitel/Modulkennung: 04PRPFPIA01 „Projekt fachspezifisch gestalten“ Projekt (Praxismodul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: Das Modul ist praxisbegleitend zum Modul 04WTFPIA 01 „Wissenstransfer in die Fachpraxis der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege“ <i>Umsetzung Projekt in der Fachpraxis (Prüfungskombination der Module).</i> <i>GGf. praktische Abschlussprüfung.</i>			
480 Praxisstunden, davon 360 Std. AVL und gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ) (12LP)			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitsspolitisch ökonomische Perspektive</i>
Reflexionskategorien: 2.III Tradition und Emanzipation Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Gestaltende Pflege und traditioneller Stillstand Inhalte: Projekt- und Projektmanagementbegriff, Projektmerkmale und Anwendungsgebiete, Projektaufbauorganisation (Einbindung in die Organisationsstruktur, Projektbeteiligte und Projektteam), Projektablauf (Initiierung, Definition, Planung, Durchführung, Abschlussphase), Projektmanagementmethoden (u. a. Projektstrukturplanung, Stakeholderanalyse, Risikoanalyse), Merkmale und Bedingungen von Entwicklungs- und Veränderungsprojekten in der Pflegepraxis, Bedeutung von evidenzbasierter und wirksamer Pflege, Vorbereitung auf Praxisprojekte (u. a. Entwicklung von Fragestellungen)			
Eröffnung der Handlungssituation/Exempel: <i>Pflegende:</i> <i>„Insgesamt denke ich, das Thema Forschung oder auch Durchführung von Studien, also wo dann, genau, je nachdem von welcher Seite jetzt was kommt, das Verständnis fehlt, weil vielleicht auch einfach oft das Hintergrundwissen fehlt. Oder ja, gibt ja verschiedene Gründe dafür. Aber dass</i>			

dann auch eine Zusammenarbeit halt schwierig ist oder eben je nachdem, die Pflege Dinge mit in den Alltag mit einbauen muss, damit Studien durchgeführt werden können.“

Aus der Fokusgruppe

„Also es gibt wirklich so Sachen, die können sie tatsächlich nur aus der Situation heraus, aus diesem Pflgeteam oder Ärzteteam lernen. Das ist tatsächlich schwer, sich das über das Internet oder über irgendwelche Kurse, Volkshochschule oder wie auch immer, anzueignen. Die kriegt man tatsächlich aus diesem Kompetenzbereich ausschließlich so raus. Und entweder man lernt es dann da oder man wird da unterstützt oder man steht da wirklich allein da. Kannst dir keine Bücher groß holen. An vielen Stellen bist du da tatsächlich auf diese Teams angewiesen. Also auch so in Bezug auf die Verantwortung, die man in der Gesellschaft hat, was Gesundheitsfürsorge angeht, ist das im Intensivbereich, glaube ich, tatsächlich so was, wo es da so eine Nischenkompetenz gibt, die man nur da weitergeben kann, auch an Angehörige und an andere Leute in der Bevölkerung.“

„Also mir ist noch mal deutlich geworden, im Gespräch an vielen Stellen, dass in dieser Fachweiterbildung oder in dieser Phase, wo man Leute wirklich fit macht, für unseren Beruf, dass dieses Coaching und diese Persönlichkeitsentwicklung einen ganz hohen Stellenwert haben muss, im Lehrplan oder in der Berücksichtigung und nicht nur die fachliche Kompetenz. Sondern an ganz vielen Stellen ist deutlich geworden, dass es da Sachen geben muss, in der Förderung der persönlichen Entwicklung, der sozialen Kompetenzen, die unglaublich gefragt sind und die entscheidend sind, wie unser Beruf sich weiterentwickelt.“

„Und das ist meine persönliche Meinung, es ist nicht nur die Aufgabe, sage ich mal, von externen Personen, die dann schulen, sondern es hat auch/ da ist auch ein ganz wichtiger interner Fakt mit drin. Also da, wo die Generalisten dann auch eingesetzt werden. Wir haben die Verantwortung.“

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

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

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

Für das Praxismodul ist eine Aufgabenstellung nach dem Vorbild des Arbeitsverbundenen Lernens (Rahmenplänen der Fachkommission § 53 PflBG, Darmann-Finck, Muths, Görres, Adrian, Bomball

und Reuschenbach 2014: 117 ff.) zu entwerfen, die die Gegebenheiten der jeweiligen Fachweiterbildung und der praktischen Einsatzorte berücksichtigt.

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... haben ein breites und integriertes Verständnis von Prozessen des Wissenstransfers. Sie kennen die gängigen Konzepte zum Wissenstransfer und können diese beschreiben.
- ... setzen die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens korrekt um und argumentieren die Notwendigkeit von Theoriegeleitetem oder evidenzbasiertem Handeln in der Pflegepraxis vor Vertreter*innen der Berufspraxis.
- ... verstehen die Logik des Forschungsprozesses. Sie haben ein Verständnis zur Evidenzbasierung und kennen den EBN-Prozess.
- Die Teilnehmenden können eine evidenzbasierte / wissenschaftlich begründete Problemlösung begründen.
- ... können die besonderen Probleme des Transfers wissenschaftlicher Erkenntnisse in eine überwiegend nicht-akademische Berufspraxis abschätzen. Sie demonstrieren Prinzipien und Methoden, diese Lücke zu schließen und können deren Anwendung erklären
- ... hinterfragen Praktiken in der Pflegepraxis hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und überprüfen die wissenschaftliche Belegbarkeit der Pflegepraktiken.
- wenden Methoden, Konzepte und Instrumente des Wissenstransfers an und entwickeln Lösungen für Themenstellungen aus der Pflegepraxis.
- können Implementierungsprojekte planen, die einzelnen Schritte darstellen und diskutieren, beispielhaft ein Thema der Pflegepraxis bearbeiten und für die Berufspraxis aufbereiten sowie ihre Ergebnisse in den Pflegeteams argumentativ verteidigen.

- können hemmende und fördernde Faktoren für den Wissenstransfer in der Pflege identifizieren, einordnen und für ihre Einrichtungen Lösungsvorschläge vornehmen.
- ... können nach den Phasen des Projektmanagements ein selbstgewähltes Projekt umsetzen, aufbereiten und in der Pflegepraxis präsentieren.
- ... haben einen Überblick über die Merkmale von Praxisentwicklungsprojekten.
- Die Teilnehmer*innen können die Bedeutung von evidenzbasierter und wirksamer Pflege erklären
- ... können theoriebasiert Projektideen aus Fragestellungen der Praxis entwickeln.
- ... können Lösungen gemeinsam mit den Teammitgliedern mittels wissenschaftlicher Methoden erarbeiten.
- kennen Projektmanagementmethoden, können eine zielgerichtet auswählen und kontextbezogen nutzen
- können systembezogen die Bedingungen eines Praxisprojektes aufzeigen und berufstypische Problembereiche behandeln.

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: 28.12.2022

2.12 Modul „Fachspezifische Pflege gestalten“ (Praxismodul)

Modultitel/Modulkennung: 04FSFPIAP01 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. 02PB 01 „Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“ (Basismodul), 02PBP 01 „Pflegeprozess im Handlungsfeld“, (Praxismodul) 01PRBFPIA 01 Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege: Rollenbewusstsein im Behandlungsteam 01FOSFPIA 01 Familienorientierung in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege: zwischen den Systemen vermitteln 02EBSFPIA 01 Erfahrungsbildung in der Kinderintensivpflege: Sicherheit für das Kind in der Institution 03FTKPIA 01 Funktionsersatz Technik – das Kind und die Eltern schützen			
90 Praxisstunden, davon 40 Std. AVL und gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ) (3LP)			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i> 	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i> 	III Institution <i>gesundheitsspolitisch ökonomische Perspektive</i> 
Reflexionskategorien: 2.III Tradition und Emanzipation Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Identität zur gestaltenden Pflege und Sicherheit durch traditionelle Muster Inhalte: Individuell aus allen Modulen der Fachweiterbildung, Pflegeprozessmethode, pflegetheoretische Reflexion von Fällen aus der Praxis, Lernstanderhebung, Selbstreflexion, individuelle Übungen.			
Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:			

Eine Pflegende

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

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

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

„Und da fehlt oftmals auch das Wissen. Und wenn wir wissen würden, wo Pflege Theorie her-
kommt, wo Pflegewissen herkommt, würden die ja vielleicht auch lernen, dass Wissen nicht ulti-
mativ ist und das Wissen sich zeitlich ändert. Das heißt, oftmals wird ja an alten 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 pas-
sen. 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 ge-
stalten 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 umzuset-
zen? 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 theoretisch geleitete Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und
Evaluation von einem authentischen Fall aus der Fachpflegepraxis der Intensiv- und Anästhesie-
pflege nach dem Pflegeprozess.*

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

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

Leistungsüberprüfung: (P/KQ)

Praktische Abschlussprüfung:

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

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

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

Literaturempfehlungen:

- Siehe Theoriemodule und spezifisches Angebot der Bildungseinrichtung

- Gläser-Zikuda, M. (2007): Lernprozesse dokumentieren, reflektieren und beurteilen: Lerntagebuch und Portfolio in Bildungsforschung und Bildungspraxis. Das Heilbrunn: Klinkhardt

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

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

Modultitel/Modulkennung: 04OFPIA 01 „Orientierung, Institutionsspezifische Vertiefung und Prüfungsvorbereitung zur Fachpflegenden der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege“

Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen:

Alle Module der Fachweiterbildung.

Das Modul soll dafür genutzt werden, dass sich die Bildungsteilnehmer*innen für ihre Abschlussprüfungen orientieren können.

Das Modul soll den Fachweiterbildungen Gelegenheit geben, **einrichtungsspezifische Inhalte** zu vermitteln, um die Identitätsbildung zu fördern.

Zudem sollen in diesem Modul **Inhalte und Themen wiederholt** werden, um Fachwissen zu festigen.

90 Stunden Std. und 60 Std. Kontaktstunden und 30 St.d gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ)

Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)

I Individuum	II Interaktion	III Institution
<i>leibgebundene Perspektive</i>	<i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	<i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
		

Reflexionskategorien:

2.III Tradition und Emanzipation

Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion:

Identität zur gestaltenden Pflege und Sicherheit durch traditionelle Muster

Inhalte:

Individuell aus allen Modulen der Fachweiterbildung, Lernstanderhebung, Selbstreflexion, individuelle Übungen, einrichtungsspezifische Inhalte

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Pflgende

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

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

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

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

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

In der Reflexion der Kategorie *Tradition und Emanzipation* kommen wir auf ein Kernphänomen in der Pflege. So wird allgemein angezweifelt, dass Theorie und Praxis nicht gut zueinander pas-
sen. Während die Anwendung von Pflegewissen Emanzipationspotenzial freisetzt, verharren wir
in alten und sicheren Handlungsmustern, die uns den Arbeitsalltag erleichtern. Die Spannung
dieses Widerspruchs ist identitätsstiftend im Pflegeberuf und wird Einfluss darauf nehmen, wie
der Beruf als Fachpflegende zukünftig ausgeübt wird. Werde ich die Fachpflege in der Praxis ge-
stalten 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 um-
zusetzen? Erstellung eines Lerntagebuchs zur Prüfungsvorbereitung./ Lehrervortrag zu Themen,
die wiederholt werden.

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

Prüfungsplanung

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

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

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

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

Leistungsüberprüfung: (K/R/M/PR)

<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: 28.12.2021

2.14 Modultitel und Signaturen im Überblick

Fachkraft für pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege

Signatur	Modultitel	Semester
01BB 01	Beziehung gestalten – Pflegeverständnis, Ethisches Handeln, Selbstfürsorge“ (Basismodul)	1
02PB 01	Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“ (Basismodul)	2
02PBP 01	Pflegeprozess im Handlungsfeld (Praxismodul)	2
01SB 01	Systematisches wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege (Basismodul)	1
01WPB 01	Wissenschaftliches Arbeiten im Handlungsfeld (Praxismodul)	1
02GB 01	Grundlagen der Didaktik und Pflegepädagogik für die Identität in Praxisanleitung (Basismodul)	2
03PDB 01	Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln (Basismodul)	3
03FPFPIA 01	Fachspezifische Pflege gestalten (Praxismodul)	3
04PBB 01	Pflegebildung und Praxistransfer für die Identität in der Praxisanleitung (Basismodul)	4
01PRBFPIA 01	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege: Rollenbewusstsein im Behandlungsteam (Fachspezifisches Modul)	1
01FOSFPIA 01	Familienorientierung in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege: zwischen den Systemen vermitteln (Fachspezifisches Modul)	1
02EBSFPIA 01	Erfahrungsbildung in der Kinderintensivpflege: Sicherheit für das Kind in der Institution	2
03FASFPIA01	Fallorientiertes Arbeiten in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege: Subjektorientierung und Grenzen (Fachspezifisches Modul)	3
02EFPIA 01	Externe und interne Evidenz in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege: Konzepte und Methoden der Kinderkrankenpflege	2
03PWVFPIA 01	Perspektivenwechsel in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege: Prozesse der Versorgung (Fachspezifisches Modul)	3
03FTKPIA 01	Funktionersatz Technik – das Kind und die Eltern schützen (Fachspezifisches Modul)	3
04WTFPIA01	Wissenstransfer in die Fachpraxis der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege (Fachspezifisches Modul)	4

04PRPFPIA 01	Projekt fachspezifisch gestalten (Praxismodul)	4
04FSFPIAP01	Fachspezifische Pflege gestalten (Praxismodul)	4
04OFPIA 01	Orientierung, Institutionsspezifische Vertiefung und Prüfungsvorbereitung zur Fachpflegenden der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege (Fachspezifisches Modul)	4