Hochschule München
University of Applied Sciences

Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften

Studienplan und Modulhandbuch

Angewandte Pflegewissenschaft (B. Sc. Pflegefachperson)

HM

Impressum

Autorin und Autor:
Astrid Herold-Majumdar, Prof. Dr. rer. medic., MScN, Dipl. Pflegewirtin (FH), Krankenschwester
Lehrgebiet: Pflegewissenschaft mit dem Schwerpunkt Qualitätssicherung und Management
Leitung AG Pflege Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention
Mitglied der Sektion hochschulische Pflegeausbildung, Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft

Co-Autorinnen und Autoren:
Selina Baumann
Public Health, MPH, B.Sc., Gesundheits- und Krankenpflegerin, Praxisreferenz
Christine Boldt, Prof. Dr., MSc Epidemiologie, Dipl.-Pflegewirtin (FH), Gesundheits- und Krankenpflegerin
Lehrgebiet: Pflegewissenschaft mit Schwerpunkt auf pflegetheoretische Grundlagen
Studiengangsleitung Master Advanced Nursing Practice (ANP)
Mitglied der Ethikkommission
an der Hochschule München
Präsidentin der regionalen akademischen Fachgesellschaft (rAFG) ANP & APN Süd des Deutschen Netzwerks APN & ANP g.e.V.
Monika Brönner, Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Päd. (FH)
Lehrgebiet: Psychische Gesundheit und Soziale Teilhabe
Ayse Cicek, Prof. Dr. phil.
Lehrgebiet: Pflegewissenschaft mit Schwerpunkt Rehabilitation und Teilhabe
Studiengangsleitung/Studiengangsfachberatung dualer Bachelorstudiengang Pflege (B.Sc.)
Prof. Dr. Andreas Fraunhofer
Manager für Sozial- und Gesundheitseinrichtungen M.A.
Pflegepädagoge B.A.
Gesundheits- und Krankenpfleger.
Lehrgebiet: Klinische, evidence-basierte Pflege und Leiblichkeit in der Pflege
Studiengangsleiter Angewandte Pflegewissenschaft
Simone von Hardenberg, Prof. Dr. jur.
Lehrgebiet: Recht in Sozial- und Gesundheitsberufen
Katharina Kohlen, Gesundheits- und Krankenpflegerin, B.Sc., Master Angewandte Versorgungsforschung
Anja Samila Krömer
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, B.Sc.
Master Advanced Nursing Practice
Prof. Dr. phil. Monika Schaffner, MSc.
Leitung Fachpraxis
Prüfungskommissionsvorsitzende
Markus Witzmann, Prof. Dr. (phil.) M.A., M.S.M., M.A.
Lehrgebiet: Pflegewissenschaft mit dem Schwerpunkt fallorientierte und evidenzbasierte Versorgung
Forschungsprofessur
Wissenschaftlicher Leiter des Weiterbildungszentrums der Hochschule München
Studiengangsleiter Master Mental Health (MMH)
Mitglied der Ethikkommission der Hochschule München

Weitere Mitglieder der Fakultätsgruppe:
Anna Kaiser, B.Sc., Gesundheits- und Krankenpflegerin, M.Sc. Advanced Care Nursing (cand.)
Zentrale Praxisanleitung kbo Isar-Amper Klinikum gemeinnützige GmbH
David Schwarzer, Gesundheits- und Krankenpfleger, B.Sc. (cand.)
Philipp Seikowsky, Gesundheits- und Krankenpfleger, B.Sc. (cand.)

Hochschule München
Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften
Am Stadtpark 20
81243 München
Tel. 089 / 1265-2301
sw.hm.edu

München, 09.05.2025
ISBN: 978-3-943872-35-4

Grafik
hanna-hanst-design.de

Lektorat
Steffi Engelhardt, Dipl. Soziologin
Studiengangskoordination

Angewandte Pflegewissenschaft
(B.Sc. Pflegefachperson)

Studienplan und Modulhandbuch

Inhalt

Impressum **2**

Abbildungsverzeichnis **6**

Tabellenverzeichnis **6**

Abkürzungsverzeichnis **7**

Grußwort **8**

1. Hintergrund und Vision **11**

2. Paradigma und Werte **17**
2.1 Person 18
2.2 Gesundheit 19
2.3 Umwelt 20
2.4 Pflege 21

3. Pädagogisches Konzept **23**
3.1 Pädagogisch-didaktische Grundlagen 24
3.2 Lehr- und Lernformen 28
3.3 Praxiskonzept 29
3.3.1 Praxiskonzeptionelle Überlegungen 29
3.3.2 Studienverlauf und Praxiseinsätze 29
3.3.2.1 Praxisbegleitung 34
3.3.2.2 Praxisanleitung 35
3.3.2.3 Pflegefachkommission HM 36
3.3.2.4 Praktische Prüfung zur Berufszulassung 36
3.3.3 Kompetenzentwicklung 37
3.3.3.1 Fachpraktische Lehre im Clinical Simulation Lab 38
3.3.3.2 Nachweis und Überprüfung der Fertigkeiten und Kompetenzen 40
3.3.3.3 Sicherheitsmanagement in Clinical Simulation Lab 40

4. Verbundpartner und Praxiseinsatz (Pflichtpraktikum) **43**

5. Kurzdarstellung des Studiengangs **47**
5.1 Ziel 49
5.2 Aufbau und Modulübersicht 51
5.3 Ablauf 62
5.4 Staatliche Prüfung zur Heilkundeübertragung 63
5.5 Berufszulassung als Pflegefachperson 63

6. Schienenplan **65**

7. Internationalisierung **69**

8. Qualitätssicherung und -entwicklung **75**
8.1 Qualitätspolitik 77
8.2 Qualitätsziele 78
8.2.1 Studierbarkeit/Orientierung des Studienplans an den Anforderungen der Studierenden 78
8.2.2 Qualitätssicherung der Praxisanleitung 79

8.2.3 Praxisbegleitung . . . 79
8.2.4 Supervision . . . 80
8.2.5 Verzahnung von Theorie und Praxis . . . 81
8.2.6 Intensivierung der berufspraktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten in klinischen Simulationslaboren . . . 82
8.2.7 Lehrevaluation . . . 82
8.2.8 Messung, Analyse und Verbesserung anhand der zentralen Statistik . . . 83
8.2.9 Peer-Mentoring . . . 83
8.2.10 Studienberatung . . . 84
8.2.11 Employability und erfolgreiche Berufseinmündung . . . 84
8.2.12 Innovation und Weiterentwicklung durch Forschung, Evaluation und Akkreditierung . . . 87

9. Modulhandbuch: Beschreibung der einzelnen Module nach Semester . . . 89
Evidence-based Nursing (EBN) 1 . . . 90
Pflegeprozess I . . . 94
Pflegetheorie . . . 98
Medizinisch-psychologische Grundlagen I . . . 102
Pflegeprozess II . . . 105
Fachpraxis I . . . 110
Pflegeprozess III . . . 115
Pflegeprozess IV . . . 121
Forschungsmethodik . . . 127
Epidemiologie und Statistik . . . 130
Medizinisch-psychologische Grundlagen II . . . 133
Ethik I . . . 136
Fachpraxis II . . . 140
Gesundheits- und Pflegerecht . . . 147
Pflegeprozess V . . . 150
Präventives-rehabilitatives Pflegehandeln . . . 155
Kommunikation & Beratung I . . . 158
Fachpraxis III . . . 161
Intra- und interprofessionelles Arbeiten im Kontext der HKÜ . . . 166
Pflegeprozess VI . . . 170
Allgemeinwissenschaftliches Wahlpflichtfach . . . 175
Pflegeprozess VII . . . 176
Medizinisch-psychologische Grundlagen im Kontext der HKÜ . . . 182
Kommunikation & Beratung II . . . 185
Ethik II . . . 188
Fachpraxis IV . . . 192
Evidence-based Nursing (EBN) II . . . 199
Medizinische und psychologische Grundlagen IV . . . 204
Intra- und interprofessionelles Handeln . . . 208
Fachpraxis V . . . 212
Entwicklung des pflegewissenschaftlichen Abschlussprojektes . . . 218
Bachelorarbeit . . . 220

10. Anhang . . . 223
10.1 Studienplan . . . 224
10.2 Literaturverzeichnis . . . 226

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1
Schienenplan 66

Abbildung 2
Qualitätssicherungssystem 77

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1
Stundenverteilung der Praxiseinsätze 31

Tabelle 2
Modulstruktur Bachelorstudiengang Angewandte Pflegewissenschaft (B.Sc., Pflegefachperson) 57

Tabelle 3
Internationalisierungsstrategie des primärqualifizierenden Bachelorstudiengangs Angewandte Pflegewissenschaft mit dem Abschluss B.Sc., Pflegefachperson. 72

Abkürzungsverzeichnis

B.Sc.	Bachelor of Science
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
d	Differenzmaß d als Maß von Mittelwertsunterschieden, Effektstärkenmaß nach Cohen (1988)
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
EbN (EBN)	Evidence-based Nursing
ECTS	European Credit Transfer System
EG	Europäische Gemeinschaft
EU	Europäische Union
EWP	Einführungswoche Praxis
FP	Fachpraxis, fachpraktische Lehre
HKÜ	Heilkundeübertragung
HNO	Hals-Nasen-Ohrenkunde
HRK	Hochschulrektoren Konferenz
ICN	International Council of Nurses
INUAS	International Network of Universities of Applied Sciences
mdlP	mündliche Prüfung
NIC	Nursing Interventions Classification
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NOC	Nursing Outcomes Classification
OSCE	Objective Structured Clinical Examination
PflAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe
PflBG	Pflegeberufegesetz
PB	Praxisbegleitung
PP	Pflegeprozess
QM	Qualitätsmanagement
RaPO	Rahmenprüfungsordnung für die Fachhochschulen
schrP	schriftliche Prüfung
StMGP	Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
StMWK	Bayerisches Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst
SWS	Semesterwochenstunden
TEP	Totalendoprothese
WR	Wissenschaftsrat
ZPA	Zentrale Praxisanleitung

Grußwort

Der Sinn der Akademisierung
Wer sich einem Mitglied der Pflegeprofession anvertraut, muss auf mindestens zwei Kompetenzen vertrauen können: Erstens der Kompetenz der Fachpflege, alle wohldokumentierten Erfahrungen, die andere im Durchschnitt mit der Bewältigung unseres Pflegeproblems machten, finden, beurteilen und uns als „externe Evidence“ vorstellen zu können. Da man aber aus den durchschnittlichen Verläufen anderer statistisch nicht auf die einzig richtige pflegerische Handlung in unserem Einzelfall schließen kann, ist noch eine zweite Kompetenz nötig: Fachpflegende müssen sich mit uns Pflegebedürftigen zusammensetzen können, um mit uns unsere selbstbestimmten Teilhabebedürfnisse, unsere individuellen Ressourcen, Kontexte und Wahrnehmungen zu klären. Erst aus diesem Aufbau interner Evidence unter Nutzung der externen Evidence kann sich die Grundlage für eine pflegerische Entscheidung, eine pflegerische Indikation ergeben. (Dabei ist selbstverständlich – wenn auch gar nicht so leicht zu verwirklichen -, dass die finanziellen Interessen der Fachpflege bei der Indikationsstellung keinen Einfluss haben dürfen.) Um Indikationen im individuellen Fall erarbeiten können, müssen Fachpflegende also wissenschaftlich forschen können. Das ist keineswegs in allen Berufen so. In einigen Berufen reicht es, generelle Anweisungen in immer derselben Weise durchzuführen und gerade nicht je nach individuellem Klienten anders zu handeln. Aber die Fachpflege gehört nicht zu diesen Berufen. Sie muss interne Evidence unter Nutzung externer Evidence aufbauen können. Das war auch für den Wissenschaftsrat 2012 und 2013 der wichtigste Grund, eine Akademisierung der Pflege- und der Therapieberufe zu empfehlen. Gäbe es die Notwendigkeit nicht, interne Evidence im Einzelfall unter Nutzung externer Evidence aufzubauen, könnte man auf die Akademisierung getrost verzichten. Nicht aus dem Statusbedürfnis der Fachpflegenden und Therapierenden, sondern aus den Anforderungen der pflegerischen Handlung ergab sich die Empfehlung der Akademisierung. Das heißt auch: Ohne die Kompetenz für externe und interne Evidence bleibt Akademisierung ohne jeden Sinn.

Wenn Fachpflegende Wissenschaftler:innen sein müssen, kann es keinen Unterschied zwischen Fachwissenschaft und Fachpraxis geben und auch keinen zwischen Theorie und Praxis.

Eine Theorie ist nichts anderes als der Versuch, Praxis zu begreifen, zu durchdringen und stetig zu verbessern. (Das ist seit 1793 nicht mehr bestritten worden, als Kants Essay „Über den Gemeinspruch: Das mag in der Theorie richtig sein, taugt aber nicht für die Praxis“ verfasst war.)

Seit 2500 Jahren diskutiert die Pflege- und Therapietheorie didaktische Konzepte, wie diese Kompetenzen zu vermitteln seien (vgl. zu diesen sehr unterschiedlichen didaktischen Strategien individueller Professionalisierung Behrens 2019, Kapitel 5). Vergröbert gesagt, finden wir derzeit zwei Hauptmodelle. Für das eine sind medizinische, pflege- und therapiewissenschaftliche Fakultäten typisch, die ja mit ihren Universitätskliniken verantwortlicher Teil der Versorgung sind. Die Professorin der Chirurgie, die die Chirurgie-Vorlesung hält, ist am nächsten Morgen von ihren Studierenden im OP zu sehen. Die Hebamme, die die Vorlesung zur Geburtshilfe hält, ist am Abend im Kreißsaal bei der Geburtshilfe zu beobachten. Dieses Modell ist von der Karolinska-Universität in Stockholm oder von der Universität Halle-Wittenberg als „Health University“ in auch regionaler Versorgungs-Verantwortung bezeichnet worden. Anders im zweiten Hauptmodell, das viele Berufsschulen, Berufsfachschulen und auch Fachhochschulen darstellen. Von Ausnahmen abgesehen, sind die Lehrenden nicht zugleich Vorgesetzte in den Praxen, Betrieben und Einrichtungen, in denen ihre Schüler:innen und Studierenden lernen. Fachhochschulen waren nur selten Betriebe der regionalen Versorgung. Ihre Professor:innen können als Professor:innen nur sehr selten für Mängel der Versorgung persönlich verantwortlich gemacht werden. Die Dualität von (Hoch)schule und Praxiseinrichtung ist der Nährboden der Vorstellung, Theorie und Praxis unterschieden sich und der Theorie-Praxis-Transfer sei ein bemerkenswertes Problem. Wenn für Theorie und Praxis die-/derselbe Professor:in zuständig ist, ist die Theorie seltener gegen die Praxis auszuspielen und die Praxis seltener gegen die Theorie. Erst wenn die „Praxiseinrichtung“ die Herrschaft über die Praxis hat und die (Fachhoch)schule die Herrschaft über den Unterricht, wird der Unterricht mit „Theorie“ identifiziert und der Betrieb mit „Praxis“.

Beide Hauptmodelle haben ihre Licht- und Schattenseiten. Die Schattenseite der Dualität von (Hoch)schule und Praxisbetrieb ist, dass die Lernenden nicht selten den Unterricht zwar für sehr prüfungsrelevant, aber wenig praxisrelevant halten. Einige reflektieren den Stoff nur soweit, wie es für die Prüfung unumgänglich ist, und folgen in ihren Handlungen ihrem Betrieb. Die Professor:innen beklagen dann manchmal das mangelnde Reflexionsvermögen ihrer Schüler:innen und Studierenden. Die entgegengesetzte Schattenseite der Einheit von Theorie und Praxis in der Person der Professor:in ist die Gefahr, dass eher „Grundsätze und

Stil des Hauses“ vermittelt werden und weniger gründlich die Alternativen zu diesem Stil. Die Einheit von Theorie und Praxis führt bei uns Professor:innen manchmal dazu, dass wir das Maul weniger weit aufreißen, wenn wir am nächsten Morgen unsere Grundsätze in unserer Praxis verwirklichen müssen. Die Lichtseite der Dualität von (Hoch)schule und „Praxiseinrichtung“ ist, dass jederzeit eine kritische Zweitmeinung mitlaufen kann. Die Lichtseite der Einheit von Theorie und Praxis ist Didaktik der Supervision von Praxis. Selbstverständlich überlappen sich die beiden Hauptmodelle vielfach. An Medizinischen Fakultäten können andere Professor:innen die Arbeit der Kollegin Chirurgin und der Kollegin Hebamme jederzeit kritisch (z. B. epidemiologisch) untersuchen, ohne selbst als Chirurgin oder Hebamme zu arbeiten. An (Fachhoch) Schulen sind Lehrende oft – allerdings in Nebentätigkeit! – in den sogenannten Praxiseinrichtungen tätig, wenn auch selten in den Einrichtungen, in denen ihre Studierenden sich praktisch bilden.

Primärqualifizierende Studiengänge gehen eindeutig in Richtung des Hauptmodells Einheit von Theorie und Praxis in der Person der-/desselben Professor:in. Wie die Kollegin Herold-Majumdar sagt: Nach Einführung primärqualifizierender Studiengänge werden in vielen Pflegeinrichtungen, Praxen und Kliniken Pflegebedürftige und Patient:innen zum ersten Mal Pflegeprofessor:innen bei der Arbeit sehen.

Ich durfte sowohl in Norddeutschland als auch in Süddeutschland Gründungsprofessuren für erste primärqualifizierende Studiengänge bekleiden. Selbstverständlich ist, dass die Studiengänge durch eigene, inhaltlich weisungsunabhängige, forschende Institute betreut werden müssen.

Es gibt an einer Hochschule nichts Unabhängigeres als ein eigenes Institut oder Department.

Zwei andere praktische Herausforderungen sind weniger trivial zu lösen:

1. Die Fähigkeit einer/s Professor:in, auf Stationen sowie ambulant Praxis anzuleiten, ist nicht ohne weiteres gegeben. Manchmal liegt der letzte Einsatz auf Station oder ambulant schon länger zurück. Sehr häufig unterscheiden sich Stationen und Praxen untereinander so, dass auch ein:e Professor:in sich erst zurechtfinden muss. Die große Pflegewissenschaftlerin Silvia Käppeli, Jahrzehnte im Unispital Zürich tätig, erzählte gern von dem Gelächter, in das die Fachpflegenden ausgebrochen seien, sobald sie sich auf einer Station zurechtzufinden versuchte. Als Lösung arbeiteten wir mit österreichischen Lehrenden aus: Jede und jeder Lehrende spezialisiert sich auf wenige Stationen und Praxen, in denen sie anleiten, nachdem sie vorher einige Tage im Jahr mitarbeiteten.
2. Während Auszubildende der Fachpflege in Kliniken eine Ausbildungsvergütung erhalten, die in drei Jahren etwa 36 000 € ausmacht, bekommen Studierende keine Ausbildungsvergütung. Das wird zum Problem, wenn BAföG diese Summe nicht kompensiert. Denn die Zeit für bezahlte Studierendenjobs ist in einem primärqualifizierenden Studium denkbar gering. In der Zeit, in der andere Studierende sich in Studierendenjobs etwas dazu verdienen (und fast alle Studierenden, ob sie nun Vollzeit oder Teilzeit studieren, verdienen sich etwas dazu), absolvieren primärqualifizierend Studierende ihre unvergüteten sogenannten Praxisphasen. Für Studierendenjobs bleibt keine Zeit. Daher habe ich mich dafür eingesetzt, dass primärqualifizierende Studierende ganz entsprechend den „Ärzt:innen im Praktikum“ eine Praxisvergütung erhalten. Diese Vergütung ist keine Ausbildungsvergütung, sondern eine Vergütung für Leistungen, die die primärqualifizierend Studierenden in ihren „Praxisphasen“ für die Versorgung erbringen. Die finanziell entlastende Leistungsvergütung erscheint mir nötig, weil primärqualifizierende Studiengänge ohnehin sehr dicht sind. Das wird klar, vergleicht man sie mit den glücklich überwundenen „grundständigen Aufbaustudiengängen“: Erst machte man in Pflege und Therapie eine dreijährige Ausbildung, dann begann man ein Bachelorstudium (während Medizin Studierende gleich nach dem Abitur anfangen durften). So ungerecht diese Verlängerung der Zeit bis zum Bachelor war, im Aufbaustudium genossen die Studierenden, sofern sie nicht zu viel erwerbstätig waren, eine Freiheit, wie sie die bayrischen Vorfahren als Herrlichkeit des freien Studentenlebens besangen.

Neben den großen Fragen der Evidencebasierung, die der Akademisierung der Fachpflege erst ihren Sinn verleihen, sind es gerade solche pragmatischen, oft übersehenen Fragen der Studienorganisation, die über den Erfolg primärqualifizierender Studiengänge entscheiden. Den erfahrenen bayrischen Kolleg:innen und Kollegen ist Glück und Erfolg bei ihren primärqualifizierenden Studiengängen zu wünschen, sowohl bei der Evidencebasierung wie bei den vielen pragmatischen Herausforderungen der Studienorganisation.

Prof. Dr. phil. (habil.) Johann C. Behrens
Universität Halle-Wittenberg

Arteria
Artery
Artère

01

1. Hintergrund und Vision

Freie, wissenschaftlich fundierte Gesundheits- und Krankenpflege

Die Entwicklung der freien, wissenschaftlich fundierten Gesundheits- und Krankenpflege in Deutschland ist eng verwoben mit der Geschichte der Therapieberufe und der Medizin und geht wahrscheinlich zurück bis zur frühzeitlichen Entwicklung des Menschen als Sozial- und Kulturwesen. Menschliche Zuwendung, sorgendes und heilendes Handeln bei Krankheit, Verletzung und bei Lebensübergängen unter Nutzung der Heilkraft der Natur liegen dem Menschsein inne. Die Diätetik, die Lehre vom „richtigen Leben", heute würde man sagen, vom gesunden Lebensstil, kann in den frühen Jahren nach Christus als einer der ersten im Corpus Hippocraticum verfassten Pflegetheorien bezeichnet werden (Behrens 2019). Der Wandel des Selbstverständnisses professionell Pflegender kann an diesem Beispiel besonders gut dargelegt werden. Heute gilt es in der professionellen Pflege als kunstgerecht, nicht die „gute" und „gesunde" Lebensweise der pflegebedürftigen oder nach besserer Gesundheit suchenden Person einfach vorzuschreiben, sondern lösungsorientiert zu beraten (Bamberger 2015) und die pflegebedürftige Person nach fundierter Information selbst entscheiden zu lassen, was zu ihr und in ihre Lebenswelt passt. Das auf Vertrauen, menschlicher und aufrichtiger Zuwendung basierende Arbeitsbündnis ist die Grundlage einer evidenzbasierten Pflege. Dabei muss die Pflegefachperson strukturell und krankheitsbedingte Schieflagen laufend ausgleichen, um selbstbestimmte Therapieentscheidungen zu ermöglichen und das Person-Sein des pflegebedürftigen Menschen zu entfalten (Person-centered Care, Kitwood 2004). Denn nicht zuletzt ist der Erfolg von Therapie und Pflege abhängig davon, dass uns die pflegebedürftigen Menschen und ihre Bezugspersonen vertrauen und sie sich als Mensch angenommen fühlen.

Die **Geschichte der Pflege** ist geprägt vom Wandel des gesellschaftlichen Frauenbildes. Heilkundlich tätige Ordensfrauen, die sich zugleich in der Armenfürsorge engagierten, können als Vorreiterinnen des Berufes der Gesundheits- und Krankenpflege genannt werden (Büker et al. 2018). Auch, die als „Hexen" verschmähten und aufs Übelste zugerichteten und hingerichteten Frauen, die sich der Heilkraft der Natur bedienten, um sich selbst und anderen Menschen zu helfen, können als Pionierinnen der heilkundlich tätigen, therapeutischen Pflege genannt werden. Im Mittelalter waren Frauen als Wundärztinnen und Heilkundige zunächst sehr geachtet. Sie waren vor allem in der Geburtshilfe und in der Frauenheilkunde tätig. Das Heilwissen beruhte auf einem überlieferten volksmedizinischen Erfahrungswissen, welches sich laufend, auch experimentell weiterentwickelte. Diese Frauen kannten sich in der Geburtshilfe aus, unterstützten andere Frauen bei der Empfängnis, Verhütung, bei Zyklusstörungen und bei der Abtreibung. Sie waren auch als Hebammen tätig, diagnostizierten dabei schwierige Kindslagen im Mutterleib und nahmen sogar kleine Operationen vor, wie Dammschnitte bei der Geburt. Diese weisen Frauen und Hebammen genossen bei der Bevölkerung ein hohes Ansehen. Später schlug dieser Respekt vor den Frauen um in einen religiösen Wahn, der von der Kirche angetrieben und ausgetrieben wurde. Die Heilkundigen wurden als Hexen, die einen „Pakt mit dem Teufel" eingehen, verschmäht, verfolgt, gefoltert und hingerichtet. Ihnen sei an dieser Stelle gedacht.

Besonderes Augenmerk soll auch den männlichen Vertretern des Berufsstandes gelten. Ihre Rolle in der Geschichte der Krankenpflege wurde bisher in der historischen Forschung noch wenig aufgearbeitet (Hähner-Rombach 2015). Gegenüber dem bürgerlichen Frauenbild von dem feinfühligen, sorgenden Wesen, dem die mütterliche Fürsorge und Liebe sozusagen in die Wiege gelegt wurde, werden die Männer als durchsetzungsstarke „Krankenwärter" beschrieben, die vorzugsweise in gefahrengeneigten Bereichen, wie in der psychiatrischen Pflege, eingesetzt waren. Heute werden tradierte Rollenbilder abgelegt und den männlichen Berufsvertretern wird ebenso wie den weiblichen eine sorgende, menschlich zugewandte und damit professionelle Pflege zugesprochen. Für die kulturachtsame und geschlechtersensible Pflege sind die „Pflegefachmänner" nicht wegzudenken. Gerade in der Pflege sind die Offenheit und der achtsame Umgang mit dem sexuellen Selbstverständnis von hoher Bedeutung, denn kaum ein anderer Beruf kommt dem Menschen in seiner Intimität so nahe. Die Hochschule München vertritt hier das **Prinzip der Diversität**, auch in Bezug auf die sexuelle Identität.

Eine Persönlichkeit der deutschen Pflegegeschichte soll nun hervorgehoben werden, die, nach den Heilerinnen und Heilern, „Hexen", Klosterfrauen und Mutterhausangehörigen in dem Zeitgeschehen vor über hundert Jahren, in Deutschland mutig den Grundstein für eine freie und akademische Pflege legte.

Agnes Karll (* 25. März 1868 in Embsen; † 12. Februar 1927 in Berlin) gelang es zu Beginn des 20. Jahrhunderts aus dem Mutterhaussystem des Clementinenhauses in Hannover, einem Mutterhaus des Roten Kreuzes, heraus die freie, häusliche Krankenpflege in und um Berlin herum zu entwickeln. Bis dato waren die heilkundlich und pflegerisch tätigen Frauen meist im Dienste der Kirche und in einem Abhängigkeitsverhältnis, das weit über die reine Lohnabhängigkeit hinausging. Agnes Karll knüpfte Kontakte zu Berufskolleg:innen im Ausland, vor allem England, Italien, Österreich, Finnland und den Vereinigten Staaten. Schon früh erkannte sie die Internationalisierung als Chance der Entwicklung des Berufes und des Faches. 1903 gründete sie die Berufsorganisation der

Krankenpflegerinnen Deutschlands sowie der Säuglings- und Wohlfahrtspflegerinnen (B.O.K.D.). Der Verein bot Versicherungsschutz und Rechtsberatung für seine Mitglieder, die in der Geschichte bis dahin zu den meistausgebeuteten Berufsangehörigen zählten. Heute noch baut die Gesellschaft auf den unermüdlichen Dienst beruflich Pflegender, aber vor allem auch pflegender Angehöriger, die den Großteil der Pflege meist ohne professionelle Unterstützung übernehmen. Die Belange der Selbst- und Mitbestimmung, des Gesundheitsschutzes, der sozialen Absicherung und der leistungsgerechten Entlohnung verdienen besondere Beachtung durch die Gesellschaft und das soziale Sicherungssystem.

1909 wurde Agnes Karll zur Präsidentin des International Council of Nurses (ICN), dem Weltverbund der Pflegefachpersonen, gewählt und übernahm 1913 als eine der ersten Frauen eine Dozentur an der Leipziger Frauenhochschule. Eine fundierte, dreijährige Ausbildung in der Pflege war ihr ein großes Anliegen. Sie trat stets für die Eigenständigkeit des Berufs ein, was das folgende Zitat von Agnes Karll belegt:

> „Wer soll uns denn unseren Beruf aufbauen, wenn wir es nicht selbst tun! Wir haben gar kein Recht zu verlangen, dass andere das tun. Selbstständigkeit ohne Verantwortung gibt es nicht, das muss sich jede einzelne von uns dauernd vor Augen halten."
>
> (zit. in Scharfenberg & Teglas 2018: 170)

In diesem Sinne nehmen die Lehrenden der Pflegewissenschaft der Hochschule München diese Verantwortung wahr und vermitteln das Bewusstsein für die Eigenverantwortlichkeit für die Entwicklung des Berufes und der Wissenschaft an die Studierenden. Die Studierenden und Lehrenden übernehmen darüber hinaus organisationsumfassende und gesellschaftliche Verantwortung für die Menschlichkeit, die Nachhaltigkeit und die Weiterentwicklung der Qualität der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung im Rahmen der durch die Pflege beeinflussbaren Bereiche. Damit trägt die professionelle Pflege wesentlich zur Daseinsvorsorge bei.

Als Begründerin der wissenschaftlich fundierten Pflege muss **Florence Nightingale** an dieser Stelle genannt werden. Ihr wird das klinische Simulationslabor (Nursing Lab) an der Hochschule München gewidmet. Während des Krimkrieges (1853–1856) leitete sie eine Gruppe von Krankenpflegerinnen, die verwundete und erkrankte britische Soldaten im Militärkrankenhaus im türkischen Scutari (dem heutigen Istanbuler Stadtteil Üsküdar) betreute. Da sie nachts auf ihren Kontrollgängen die Patienten mit einer Lampe in der Hand besuchte, ging Nightingale als „Lady with the Lamp" in die Geschichte ein. Ein Großteil ihrer Arbeit nach dem Krieg in Großbritannien bestand in der Informationserfassung und -verarbeitung. So entwickelte sie Fragebögen, die in Kliniken verteilt wurden, um Missstände zu erkennen und nachweislich abzustellen. Diesen wissenschaftlichen Ansatz unter Nutzung von statistischen Analysen hat sie nicht nur in der Gesundheitsfürsorge genutzt, sondern auch bei ihren Bemühungen um die Verbesserung der Lebensumstände in Britisch-Indien. Sie kann somit als erste pflegewissenschaftliche Versorgungsforscherin und Epidemiologin bezeichnet werden. Ihre Pionierarbeit hat auch für die **öffentliche Gesundheitssorge (Public Health)** durch die Fachpflege eine besondere Bedeutung. In Deutschland muss sich die professionelle Pflege erst wieder mühsam den Weg in diesen Bereich bahnen. Inwiefern es der Fachpflege gelingt, die neuen Voraussetzungen durch das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PrävG) zu nutzen, um ihre Rolle in der öffentlichen und gemeindenahen Gesundheitsversorgung im Dienste der Bevölkerung zu stärken, bleibt abzuwarten. Das Curriculum des primärqualifizierenden Bachelorstudiengangs Angewandte Pflegewissenschaft bereitet die Studierenden jedenfalls vor, auch hier Verantwortung zu übernehmen und zu gestalten. Die COVID-19 Pandemie führte den Menschen des 21. Jahrhunderts vor Augen, wie wichtig die öffentliche Gesundheitsfürsorge ist und welch bedeutende Rolle die professionelle Gesundheits- und Krankenpflege sowie die pflegenden Angehörigen bzw. die selbstorganisiert Pflegenden im Gesundheitssystem spielen. An dieser Stelle sei allen Pflegefach- und hilfspersonen gedacht, die sich den erhöhten Risiken bei der Arbeit mit infizierten, pflegebedürftigen Menschen aussetzten, selbst erkrankt oder gar an einer berufliche erworbenen SARS-COV-2 Erkrankung gestorben sind.

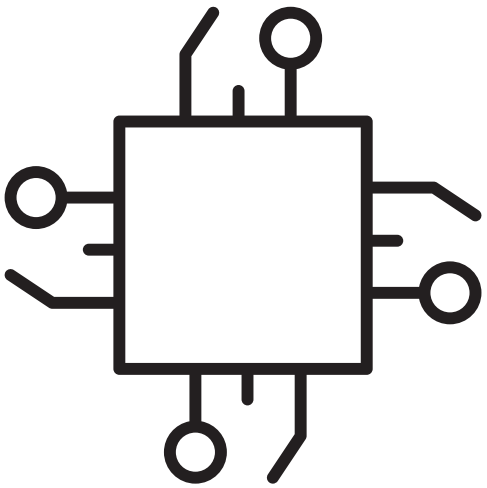
Beiden historischen Figuren, Agnes Karll und Florence Nightingale, soll ein Raum an der Fakultät, an dem der Bachelorstudiengang Angewandte Pflegewissenschaft verortet ist, gewidmet werden.

Vorbehaltsaufgaben und der Beitrag der Gesundheits- und Krankenpflege zur Gesundheitsversorgung
Die Eigenständigkeit des Berufs ist begründet auf der wissenschaftlichen Disziplin, die den Gegenstandsbereich der Pflege definiert und an diesem Gegenstand eigenständige Forschung und Lehre ausrichtet. Es ist die professionelle Pflege, die den Versorgungsbedarf hinsichtlich der Reaktion des Menschen auf einen Gesundheits- und Krankheitsprozess oder auf einen gesundheitsrelevanten Lebensprozess wie Geburt, Erwachsenwerden, Sterben, feststellt. Der Pflegebedarf kann nur von der Pflegefachperson ermittelt werden, weil sie mit ihren spezifischen Assessment- und Diagnosemethoden erhebt und zu verstehen versucht, wie Menschen Gesundheit und Krankheit erleben und deuten und wie die Menschen diese Bedeutungszuschreibungen in ihre Lebenspraxis und in ihren Lebenslauf einordnen. Damit leistet die Pflegefachperson in der Gesundheitsversorgung einen wesentlichen Beitrag, der von keiner anderen Profession übernommen werden kann. Das Verstehen dieser jeweils individuellen Bedeutungszuschreibungen ist die Voraussetzung, dass sich Gesundheitsleistungen an die Lebenswelt der pflegebedürftigen Menschen anschließen und damit von diesen Menschen auch angenommen und wahrgenommen werden. Subjektive Gesundheitstheorien, also mehr oder weniger wissensbasierte, individuelle Vorstellungen einer Person davon, was für sie Gesundheit ist und wie sie zu fördern und zu erhalten ist, leiten u.a. das Gesundheitsverhalten. Auch hier setzt die Gesundheits- und Krankenpflege mit Gesundheitsförderungsdiagnosen an, um die Menschen dabei zu unterstützen, gesund zu bleiben oder ein höheres Gesundheitsniveau zu erreichen. Zu den, der Gesundheits- und Krankenpflege vorbehaltenen Aufgaben zählen nicht nur die Erhebung und Feststellung (Pflegediagnostik) des individuellen Pflegebedarfs, sondern auch die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses und der damit verbundenen Unterstützungsprozesse sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege (§ 4 PflBG).

Gemäß den in § 37 PflBG formulierten, erweiterten Ausbildungszielen der „hochschulischen Pflegeausbildung“ kommt der Anspruch einer wissenschaftlich basierten Steuerung von hochkomplexen Pflegeprozessen unter Anwendung innovativer und evidenzbasierter Technologie hinzu.

Den Studierenden und Absolvent:innen des primärqualifizierenden Bachelorstudiengangs „Angewandte Pflegewissenschaft“ wird damit anvertraut und zugetraut, dass sie die z.T. rasanten und bahnbrechenden Entwicklungen im Bereich der technischen Assistenzsysteme, Robotik, künstliche Intelligenz und Digitalisierung verantwortlich mitgestalten.

Die Mitwirkung an der Entwicklung von Qualitätsmanagementkonzepten, Leitlinien und Expertenstandards, wie sie in § 37 Abs. 2 unter Punkt 5 als Ziel formuliert ist, erweitert den Verantwortungs- und Tätigkeitsbereich im Rahmen des Qualitätsmanagements vom individuellen Pflegeprozess auf übergeordnete, unterstützende, wissenschaftlich-theoretisch fundierte Management- und organisationale Unterstützungssysteme.



Zur Geschichte des Studiengangs an der Hochschule München
Mit der Einführung eines primärqualifizierenden Pflegestudiums werden neue Zielgruppen für eine Ausbildung in der Pflege angesprochen. Hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen stärken die Qualität in der Pflege durch erweiterte, in der wissenschaftlichen Ausbildung vermittelte Kompetenzen. Es ist mittlerweile gut belegt, dass mit steigendem, prozentualem Anteil an Pflegefachpersonen mit einem Bachelor-Abschluss in einem Pflegeteam die Mortalitätsrate sinkt (Aiken et al. 2017). Als Orientierungspunkt für das langfristig anzustrebende Maß an hochschulisch ausgebildeten Pflegekräften können die vom Wissenschaftsrat in seinen Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen vom 13. Juli 2012 genannten zehn bis zwanzig Prozent (Wissenschaftsrat 2012) dienen. Mit der Ausbildungsoffensive wird ein erster Schritt hierzu unternommen (BMFSFJ 2019, Ausbildungsoffensive Pflege). Bayern setzt diese nun mit seiner Strategie zur „Teilakademisierung der Pflege (Pressemitteilung 173/2019) um und sieht die Hochschule München in der ersten Ausbaustufe vor. Mit dem primärqualifizierenden Bachelorstudiengang „Angewandte Pflegewissenschaft“ leistet die Hochschule München einen wesentlichen Beitrag zur konsequenten Umsetzung der grundständigen Akademisierung der Pflege und damit zur Daseinsvorsorge.

Die **Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften der Hochschule München** war 2008 mit **Prof. Dr. Stefan Pohlmann** und **Prof. Dr. Michael Ewers**, sowie mit **Prof. Dr. Julia Lademann**, als erste Studiengangleiterin, Vorreiterin bei der Gründung eines dualen, berufsintegrierenden Bachelorstudiengangs Pflege. Nachdem die „Re-Akademisierung“ der Pflege am Ende der 1980er Jahre sich auf das Pflegemanagement und die Pflegepädagogik als Aufbaustudium im Anschluss an die berufliche Ausbildung konzentriert hatte, wurde erstmals die grundständige, berufsintegrierende, hochschulische Akademisierung angestrebt. Die Absolvent:innen sollten ihr wissenschaftlich und theoretisch fundiertes Wissen direkt in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen anwenden. Dem Mut dieser Pionier:innen und dem Erfolg dieser Studiengänge deutschlandweit ist es zu verdanken, dass das grundständige Hochschulstudium, das zur Berufsausübung qualifiziert, nun integraler Bestandteil des neuen Pflegeberufegesetzes ist. Das Pflegeberufereformgesetz vom 17. Juli 2017 sieht erstmalig eine „hochschulische Pflegeausbildung“ (PflBG Teil 3, Bundesgesetzblatt Jg. 2017 Teil I Nr. 49, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2017) vor. Die berufsqualifizierenden Studiengänge an den Hochschulen soll zur unmittelbaren Tätigkeit mit pflegebedürftigen Menschen aller Altersstufen befähigen (§ 37 PflBG). Die Hochschule trägt nun die Gesamtverantwortung für die Koordination der theoretischen und praktischen Lehrveranstaltungen einschließlich der Praxiseinsätzen, die ebenso umfangreich abzuleisten sind wie in der beruflichen Ausbildung. Die Hochschule ist auch für die Durchführung und wissenschaftlich-pädagogische Begleitung der Praxiseinsätze verantwortlich und schließt hierfür Kooperationsvereinbarungen mit den Einrichtungen der Pflegepraxis in den verschiedenen Versorgungsbereichen (§ 38 Abs. 4 PflBG). Deutschland findet damit erstmalig den Anschluss an die international und europäisch bereits seit Jahrzehnten umgesetzte, grundständige Akademisierung der Pflege, auch wenn politisch immer noch an der Teilakademisierung festgehalten wird.

Kunstgerechte Pflege
Die primärqualifizierende Pflegeausbildung an Hochschulen soll zur unmittelbaren Tätigkeit an und zur Arbeit mit pflegebedürftigen Menschen aller Altersstufen befähigen (§ 37 PflBG). Dies bedeutet, dass neben den an der Hochschule zu erwerbenden, wissenschaftlichen, kritisch-reflexiven, analytischen und methodischen Kompetenzen, in dem Studiengang „Angewandte Pflegewissenschaft“ berufspraktische Kompetenzen vermittelt werden müssen. Die Absolvent:innen werden befähigt, pflegebedürftige Menschen sicher, fach- und sachgerecht, evidenzbasiert sowie Person-zentriert und menschlich zugewandt, also kunstgerecht, zu versorgen. Die Kunst besteht u.a. darin, relevante Fragestellungen aus der Praxis zu entwickeln, den Stand des Wissens zu erheben und für die Zielpopulation zu bewerten und anzuwenden. Die viel höhere Kunst liegt jedoch in der klinischen Entscheidungsfindung, wie die externe Evidence, also die durch wissenschaftliche Studien von Dritten belegte Wirksamkeit einschließlich möglicher Nebenwirkungen und unerwünschter Wirkungen, in der individuellen Situation anzuwenden ist. Pflegebedürftige Menschen, die sich uns professionell Pflegenden anvertrauen, ja uns ihr Intimstes und Schutzwürdigstes zeigen, vertrauen darauf, dass wir über wissenschaftlich fundiertes, überprüftes Wissen verfügen und dieses Wissen gewissenhaft und Person-zentriert in ihrem Sinne anwenden. Die pflegebedürftige Person verlässt sich darauf, dass die Pflegefachperson, sich als Mensch ihr aufrichtig zuwendet, um zu ergründen, wie sie selbst die Situation im Zusammenhang mit Gesundheits- und Krankheitsprozessen sowie gesundheitsrelevanten Lebensprozessen (z. B. Geburt, Erwachsen werden, Altern, Sterben) versteht, was ihr wichtig ist und wie sie unterstützt werden will (interne Evidence, Behrens & Langer 2006). Den Inhalten und Methoden des Studiengangs sind nicht zuletzt deshalb Vorworte zu den zentralen Konzepten des Meta-Paradigmas der Pflege und zu den Werten, die uns als professionell Pflegende leiten (Berufsethos), voranzustellen.

HM

02

2. Paradigma und Werte

Menschliche Zuwendung und Evidence-Basierung

Damit sich eine Theorie „Pflegetheorie“ nennen darf, muss sie zu den zentralen Konzepten des Metaparadigmas der Pflege (Person, Umwelt, Gesundheit und Pflege) Erklärungsansätze liefern (Fawcett 1996: 57). Die Theorie der menschlichen Zuwendungsbeziehung nach Jean Watson (1996) liefert hierzu wissenschaftlich fundierte und wegweisende Ansätze. Sicher können Vor- und Nachteile, Reichweite und empirische Begründung bei jeder Theorie, so auch bei Watsons Theorie des „Caring“ diskutiert werden, jedoch scheint Watsons Ansatz geeignet, die Balance zwischen der Pflege als menschliche, zweckfreie Zuwendung und wissenschaftlich fundiertes, professionelles, wirtschaftlich nachhaltiges Handeln zu halten.

2.1 Person

Die Person als menschliches Wesen in der Welt (Umwelt, „phänomenales Feld“, Watson 1996, S. 75) in ihrer Einheit von Körper, Geist und Seele (als philosophisches und anthropologisches Konzept verstanden) ist in einem ständigen Wachstum und einer Entwicklung begriffen, die die Pflege förderlich zu unterstützen versucht (Watson 1996: 74 ff.). Das Person-sein (Kitwood 2016) und die Wahrnehmung des „Ich“ in der Beziehung mit anderen Menschen (Selbst) steht im Fokus der Pflege. Das Person-sein und die Entwicklung förderlicher Handlungsstrategien leiten die professionelle Interaktion mit der pflegebedürftigen Person, indem wir verstehend erkennen und anerkennen, ver- und aushandeln, zusammenarbeiten, zwecklos spielen und uns zuwenden, die Kommunikations- und Wahrnehmungsmöglichkeiten der Person erweitern und fördern, feiern und uns gemeinsam mit der pflegebedürftigen Person freuen, entspannen, wertschätzen, halten, da sind und erleichtern. Dies gilt es für die jeweilige Situation mit dem jeweils einzigartigen Individuum zu gestalten. Die Person-fördernden Handlungen nach Tom Kitwood zeigen sehr gut auf, dass es bei der Pflege nicht nur um zielorientiertes, geplantes Handeln geht, sondern vor allem auch um zweckfreies Dasein und Stützen. Deshalb muss der Pflege Raum, auch für diese Handlungen gegeben werden, die kein unmittelbar, messbares Ergebnis liefern müssen, aber wesentlich zu einer humanen Gesundheitsversorgung beitragen, in die die Menschen auch vertrauen können. Im besten Falle evidenzbasierte Leitlinien mit der Empfehlung von Interventionen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Population erwünschte Wirkungen zeigen, sollen Pflegefachpersonen bei ihren Interventionsentscheidungen mit der pflegebedürftigen Person unterstützen, ersetzen jedoch niemals die verstehende Zuwendung zur pflegebedürftigen Person und die Verständigung mit ihr über die in der jeweils aktuellen Situation beste Maßnahme.

Die Studierenden selbst als Personen und Persönlichkeiten werden ermächtigt (Empowerment), professionelle, Person-fördernde Pflegebeziehungen mit pflegebedürftigen Menschen aufzubauen, zu reflektieren und zu entwickeln, in Respekt vor der Person und ohne Wertung des Alters, der Hautfarbe, des Glaubens, der Kultur, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Nationalität, der politischen Einstellung, der ethnischen Zugehörigkeit oder des sozialen Status. Es wird von einem Verständnis des Pflegeprozesses als ein Beziehungsprozess, in dem die Partner:innen selbstbestimmt in gegenseitiger Wertschätzung agieren, ausgegangen. Dazu bedarf es sozialer Kompetenzen und Selbstkompetenz, wie z. B. aufrichtige und offene, menschliche Zuwendung, kritische Reflexion eigener Wahrnehmungsverzerrungen (z. B. Stigmatisierung) und deren Ausgleich, partnerschaftliche Kommunikation auf Augenhöhe unter Beachtung von Kommunikationsregeln und theoretisch-fundierten Prinzipien, Konflikt-

fähigkeit, Fähigkeit zu Vertrauen und tragfähiger Beziehung sowie Verständigung in asymmetrischen Beziehungen. Asymmetrische Beziehungen können entstehen, wenn beispielsweise die pflegebedürftige Person durch kognitive Einschränkungen aufgrund einer Demenz die vielschichtigen Informationen zu ihrer Gesundheit nicht mehr verstehen und einschätzen kann. Hier übernimmt die Pflegefachperson eine wichtige „Anwaltsfunktion", indem sie dafür sorgt, dass die Rechte der pflege- und hilfebedürftigen Person gewahrt werden und der mutmaßliche Wille der pflegebedürftigen Person ermittelt und beachtet wird.

Die UN-Generalversammlung verkündet am 10. Dezember 1948 in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte in Artikel 1: „Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren. Sie sind mit Vernunft und Gewissen begabt und sollen einander im Geiste der Brüderlichkeit begegnen." Menschen- und Grundrechte als oberste Rechtsnormen müssen in der Pflegebeziehung beachtet und konkretisiert werden, was sich in Situationen, in denen Menschen krankheitsbedingt kognitiv, psychisch oder körperlich eingeschränkt als eine besondere Herausforderung darstellt.

Zum Konzept „Gesundheit" gibt es viele Definitionen und Theorien. Um im theoretischen Rahmen der Pflege als Wissenschaft und menschliche Zuwendungsbeziehung zu bleiben, wird Gesundheit als der Zustand der Harmonie zwischen Körper, Geist und Seele (Watson 1996: 67) verstanden. Die Seele wird hierbei als philosophisches Konzept aufgefasst. Häufig wird Gesundheit auch als dynamischer Prozess gesehen. Die Person bewegt sich im Lebenslauf auf einem Gesundheits- und Krankheitskontinuum. Wenn das Gleichgewicht der Dimensionen des Seins gestört ist, bewegt sich der Organismus in Richtung Krankheit.

Gesundheit ist nach Watson „die Kongruenz zwischen Selbstwahrnehmung und Selbsterfahrung" .

(Watson 1996: 67)

Pflegetheorien basieren meist auf einem Gesundheitsbegriff, der von einem ganzheitlichen, meist systemtheoretisch fundierten Verständnis des Menschen als Organismus in der Umwelt geprägt ist. Subjektive Gesundheits- und Krankheitstheorien und das Erleben von Gesundheit und Krankheit durch die Person spielen in der Pflege auch in der Feststellung des Pflegebedarfs eine entscheidende Rolle, denn Pflege fokussiert nicht die Krankheit selbst, sondern die Bedeutung von Gesundheit und Krankheit für die Person in ihrem Lebenslauf und in ihrer individuellen Alltagspraxis.

2.3 Umwelt

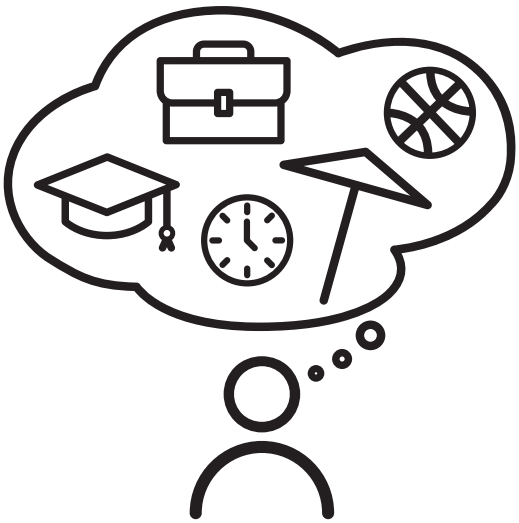
Die pflegebedürftige Person wird in ihrer Umwelt gesehen, sowohl der natürlichen als auch der sozialen Umwelt. Der Umwelt-Begriff bezieht sich nicht nur auf die von außen, beobachtbaren Bedingungen, sondern auch auf die individuelle Lebenswelt, also wie die Person das In-der-Welt-sein selbst erlebt („phänomenales Feld" nach Watson 1996: 75). Pflegerische Beurteilungen der Fallsituation, die in Pflegediagnosen präzisiert werden, können sich deshalb auf das Individuum, auf die Familie oder auf eine ganze Gruppe beziehen und schließen bei der Validierung stets die Selbsteinschätzung der pflegebedürftigen Person sowie das Hilfe- und soziale Beziehungssystem ein.

Nachhaltigkeit
Während im Mittelalter Mystifizierung und weibliche Dienstbarkeit, im Zweiten Weltkrieg von der Rassenideologie getriebener Gehorsam die kunstgerechte Ausübung der Pflege behinderten bzw. ad absurdum führten, scheint heute die Ökonomisierung ein dominierendes Prinzip zu sein, das Berufsangehörige zumindest zweifeln lässt, in wessen Dienst sie nun stehen, in dem der pflegebedürftigen Person oder in dem der finanzierenden Institution? Gleichwohl lassen sich die Zeitalter in keiner Weise vergleichen, schon gar nicht die unfassbaren Ausmaße der Vernichtungsmaschinerie des NS-Regimes, zu der Vertreter:innen der Pflege ihren Beitrag im Gehorsam oder auch aus Überzeugung leisteten (Steppe 2013). Dennoch ist den Anfängen zu wehren und die Zeit ist reif, an die Verpflichtung der Pflegefachpersonen gegenüber dem eigenen Gewissen, den Menschenrechten und dem Berufsethos (ICN Ethik Kodex, DBfK 2010) zu erinnern.

In Zeiten des Fachkräftemangels sind Person-gebundene Ressourcen, wie z. B. die Bereitschaft, sich als ganze Person mit ihren biopsycho-sozialen und seelischen Dimensionen pflegebedürftigen Menschen zuzuwenden, das Wissen, die Erfahrung, die Intuition und die körperliche Präsenz und Einsatzbereitschaft, zu schonen und langfristig zu erhalten. Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen sind Hauptverursacher des Kohlendioxidausstoßes und tragen damit paradoxerweise zu einer krankmachenden Umwelt bei (Weisz et al. 2011). Hier soll die Pflege u.a. aus ihrer Verpflichtung heraus, das Menschenrecht auf Gesundheit und eine gesunde Umwelt zu verteidigen, handeln und an der Entwicklung von Lösungen mitwirken.

Wirtschaftlicher Umgang mit Ressourcen ist angesichts der Tatsache, dass die pflegerische Leistung in den meisten Fällen aus Mitteln finanziert wird, die in Form von Kranken- oder Pflegeversicherungsbeiträgen von den Bürger:innen zwangsweise eingezogen werden, selbstverständlich und geboten. Dabei soll das nachhaltige Wirtschaften im Fokus stehen, bei dem beispielsweise die Investition in Gesundheitsförderung und Prävention langfristig Kosten für die Krankenversorgung einsparen lässt. Pflegefachpersonen können einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsförderung und Prävention leisten und damit den Gesundheitsstatus der Bevölkerung verbessern und Krankheitsrisiken minimieren.

Nachhaltigkeit als eine Weise des Wirtschaftens verstanden, bei der weder der Natur noch dem Menschen mehr Ressourcen entnommen werden als natürlicherweise wieder nachwachsen können, und als Prinzip des Wirtschaftens, das die Generationen- und soziale Gerechtigkeit im Blick hat, soll die Lehrenden und Studierenden bei den wirtschaftlichen Fragen im Zusammenhang mit der Pflege leiten.



2.4 Pflege

Was ist aber eigentlich Pflege? Pflegetheorien müssen zu allen vier Konzepten des Metaparadigmas eine Definition liefern, so auch zum Konzept Pflege. Je nach philosophischem, empirischem und theoretischem Hintergrund wird Pflege in den Theorien anders beschrieben. Es kann aber konstatiert werden, dass sich Pflege mit der menschlichen Reaktion auf Gesundheits- und Krankheitsprozesse sowie auf gesundheitsrelevante Lebensprozesse, wie z. B. Geburt, Erwachsen werden, Altern, Tod, befasst.

Die Pflegewissenschaft ist nach Jean Watson „die Wissenschaft von der menschlichen Erfahrung von Gesundheit und Krankheit, wie sie durch professionelle, persönliche, wissenschaftliche, ästhetische und ethische Transaktionen der menschlichen Zuwendung vermittelt werden“.

(Watson 1996: 74)

Der einzigartige Beitrag der Pflege zur Gesundheitsversorgung ist ihr konsequenter Blick auf die Person als ganzheitliches, bio-psycho-soziales und seelisches Wesen in ihrer Umwelt und auf ihre Reaktionen, um Gesundheits- und Krankheitsprozesse sowie gesundheitsrelevante Lebensprozesse zu bewältigen. Die Pflege fokussiert damit eher das Krank-sein als die Krankheit und ihre Ursachen, die in der Medizin als Gegenstand betrachtet werden. Deshalb kann eine Pflegediagnose niemals ohne Berücksichtigung des Erlebens und Deutens der gesundheitsrelevanten Situation durch die pflegebedürftige Person gestellt werden.

Auch wenn, ähnlich wie bei der medizinischen Diagnose, objektive Daten (wie z. B. Puls, Blutdruck, äußerlich sichtbarer Hautzustand) bei der Pflegediagnose eine wichtige Rolle spielen, so ist stets die Sichtweise der Person, auch wenn sie nur stellvertretend eingenommen werden kann, das letzte, ausschlaggebende Moment zur abschließenden Beurteilung des Pflegebedarfs.

Der primärqualifizierende Bachelorstudiengang „Angewandte Pflegewissenschaft“ steht für die freie, nicht konfessionsgebundene, dem eigenen Gewissen, den Menschenrechten und dem Berufsethos verpflichtete, menschlich zugewandte, wissenschaftlich fundierte und innovative Gesundheits- und Krankenpflege.

ontale
arietale
asale
crimale
thmoidale
phenoidale
11:31
28.07.2020

03

3. Pädagogisches Konzept

3.1 Pädagogisch-didaktische Grundlagen

Im nachfolgenden Kapitel werden die Grundprinzipien und Grundlagen des pädagogischen Konzeptes ausgeführt. Das pädagogische Konzept und die einzelnen, didaktischen Maßnahmen sind am aktuellen Stand der Bildungsforschung und der spezifischen, pflegepädagogischen Forschung auszurichten, um einer evidenzbasierten Lehre gerecht zu werden. Somit sind die Inhalte fortlaufend zu prüfen und weiterzuentwickeln. Die genannten, pädagogischen Studien und Konzepte wurden exemplarisch aus dem Wissensbestand der pädagogischen Forschung zitiert, um die wissenschaftlich-theoretische Grundlage für die Lehre an der Hochschule München zu schaffen.

Es wird von einem modernen, dynamischen und ganzheitlichen Bildungsbegriff ausgegangen, der für einen lebensbegleitenden Entwicklungsprozess des Menschen steht (lebenslanges Lernen).

Bildung wird hierbei nicht nur als ein Prozess der Wissensaneignung und geistigen Reifung verstanden, sondern als ein Prozess, der zur Entwicklung der Persönlichkeit eines Menschen beiträgt und damit zu einem „Menschsein“, das sich sowohl in der geistigen als auch sozialen, spirituellen und kulturellen Dimension entfaltet. Diese Entwicklung ist Chancen und Risiken, persönlichen Voraussetzungen und Motivationen sowie Sachzwängen unterworfen. Der Bildungsprozess ist grundsätzlich nicht an Bildungseinrichtungen, wie eine Hochschule, gebunden und kann auch autodidaktisch erfolgen. Die Hochschule bietet aber einen Rahmen und die strukturellen Voraussetzungen, um in der moderierten, sozialen Interaktion Wissen auszutauschen, neues Wissen zu generieren und Erkenntnisse zu gewinnen, sowie einen bestimmten bildungsbiographischen Abschnitt mit einem formalen Kompetenznachweis abzuschließen.

Die Didaktik orientiert sich am Fachqualifikationsrahmen der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (Walter & Dütthorn 2019). Die Spezifik des Gegenstandes der angewandten Pflegewissenschaft erfordert die Einbindung von Bezugswissenschaften und die Anwendung eines Methodenmixes. Neben einer Wissenschaftsorientierung erfordert das Wesen der Pflege eine Subjekt-, Handlungs-, sowie Professions- und Innovationsorientierung. Bei der Subjektorientierung wird davon ausgegangen, dass diese zunächst von den Studierenden im Bildungsprozess selbst erfahren werden muss, um diese im beruflichen Handeln mit den pflegebedürftigen Menschen umsetzen zu können (Ertl-Schmuck 2017).

Studierenden-orientiert und co-kreativ
Einstellungen zum Lehren und zum Lernen und das Verhältnis von Lehrenden zu Studierenden werden von zeitgeschichtlichen Ereignissen, der persönlichen sowie beruflichen Sozialisation und der Kultur beeinflusst. Lehrende müssen sich darüber im Klaren sein, dass auch ihre Haltungen und Einstellungen lebensgeschichtlich gewachsen sind und nicht mit denjenigen der Generation, die sie unterrichten, übereinstimmen müssen (Herold-Majumdar 2017). Gibson (2009) schlägt deshalb Lehr- und Motivationsstrategien für die unterschiedlichen Generationen vor und hebt die Notwendigkeit einer intergenerationalen Kommunikation hervor, bei der die Lehrenden und Studierenden, die meist unterschiedlichen Generationen angehören, sich über Strategien verständigen.

Lehrkompetenz zeigt sich hier, indem die eigenen Einstellungen und Haltungen, beispielsweise in Bezug auf die Arbeitshaltung reflektiert und nicht als allgemeingültig gesehen werden. Die sog. „Generation Y“ oder die „Millennials“ (Geburtsjahrgänge 1981–2002) werden beispielsweise charakterisiert, dass für sie die Work-Life-Balance ein wichtiges Lebensziel ist. Die Angehörigen dieser Generation werden auch als „Digital Natives“ bezeichnet, was zum Ausdruck bringen soll, dass für sie digitale Technologie und soziale Medien ganz selbstverständlich sind, um sich in der sozialen Gruppe zu organisieren und auszutauschen. Kulturelle Diversität ist für sie selbstverständlich und sie erleben deren Möglichkeiten und Grenzen. Sie suchen nach kreativen Lösungen für Probleme und haben dabei gelernt, eine große Menge an Informationen schnell aufzunehmen und zu verarbeiten. Nicht immer gelingt eine kritische Bewertung und Priorisierung dieser Informationen. Freilich stellt dies eine Typologie dar, die keineswegs die jeweils individuelle lebensgeschichtlich geprägte Bildungsbiografie ersetzen kann, jedoch kann sie Lehrenden eine grobe Orientierung geben, die dann im individuellen Einzelfall angepasst oder korrigiert werden muss. Aus diesen typischen Charakteristika können Lehr-, Lern- und Motivationsstrategien abgeleitet werden. Gibson schlägt folgende Fragen vor, um die Entwicklung hin zu

einer interaktiven, webbasierten Ära mit generationenübergreifender Kommunikation zu fördern (Gibson 2009: 39, zit. in Herold-Majumdar 2017):

1. Welche Erfahrungen bringen Studierende in das Lernsetting mit?
2. Was sind ihre Werte, Lernstile und wie kommunizieren die Studierenden?
3. Was erwarten die Studierenden von der Lernumgebung und den Lernbedingungen?

Diese Fragen sollen die Lehrenden in dem primärqualifizierenden Bachelorstudiengang „Angewandte Pflegewissenschaft" leiten und dazu anhalten, fortlaufend die Kompatibilität ihres Programms für die Zielgruppe kritisch zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Bei Verständigungsproblemen sind stets beide Seiten zu hinterfragen, die Motivation und die Erwartungen der Studierenden sowie die Passgenauigkeit des Programms für die aktuelle Generation der Studierenden und für den jeweils einzigartigen Studierenden mit seiner individuellen Lernbiografie.

Das Wissen der Lehrenden über das Fachgebiet und die didaktischen Konzepte tragen nach Hattie (2009) kaum zum Lernerfolg bei (d = 0.09, Cohen 1988: 82), während das Verhältnis zwischen Lehrer:in und Student:in einen starken Effekt auf den Lernerfolg hat (d = 0.72). **Microteaching-Methoden**, also Lehre in kleinen Gruppen mit problemorientierten Ansätzen und Debriefing, Videoanalyse und Diskussion im Anschluss an die Lehrveranstaltung sowie Reflexion über die Lehrveranstaltung besitzen nach Hattie (2009) einen großen Effekt (d = 0.88). Diese Erkenntnis wurde in die Kapazitätsplanung und in die grundsätzliche, didaktische Anlage der curricularen Einheiten berücksichtigt.

In einem Sonderheft der Zeitschrift für Erziehungswissenschaften fassen Meyer und Kolleg:innen (2008) aktuelle Erkenntnisse zu erfolgreichen Lehr-/Lernstrategien zusammen. Dabei interessiert sie insbesondere, wie sich die Grundorientierung bzw. Haltung der Lehrenden auf deren Verwendung von Lehr-/Lernstrategien und auf den Lernerfolg auswirkt. Es wird zwischen zwei Grundhaltungen unterschieden, die lehrendenfokussierte und die studierendenfokussierte Orientierung. Die lehrendenfokussierte Orientierung bedeutet, dass die Lehrperson ihre Aufgabe überwiegend darin sieht, ihr Wissen an die Studierenden zu übermitteln. Die Lehrperson behält das Heft in der Hand und steuert den Lernprozess. Dem Vorwissen und der Eigenaktivität der Studierenden wird kaum Bedeutung beigemessen. Wesentlich für den Lernerfolg wird eine angemessene Vermittlung fachlich relevanten Wissens erachtet, wobei als Garant für den Lernerfolg die fachliche Kompetenz der Lehrperson steht. Die **studierendenfokussierte Orientierung** bedeutet hingegen, dass die Lehrperson ihre Aufgabe überwiegend darin sieht, die Eigenaktivität der Studierenden anzuregen. Durch die aktive Einbindung der Studierenden soll Wissen und Erkenntnis in der Interaktion konstruiert werden. Dabei spielt die Interaktion unter den Studierenden ebenfalls eine bedeutende Rolle. Kompetenzen werden aktiv erworben, indem Dinge ausprobiert und selbst umgesetzt werden. Meyer und Kolleg:innen (2008) gehen davon aus, dass diese Grundorientierungen die Gestaltung der Lehre und die Verwendung von Methoden beeinflussen. Dabei wird angenommen, dass eine studierendenfokussierte Orientierung mit einer stärker aktivierenden Gestaltung der Lehre einhergeht als eine lehrendenfokussierte Orientierung (Meyer et al. 2008: 279). Auch Edith Braun und Bettina Hannover (zit. in Meyer et al. 2008), Freie Universität Berlin, zeigen in einer Stichprobe von 68 Lehrveranstaltungen (68 Lehrende, 451 Studierende), dass Dozierende in Abhängigkeit ihrer Lehrorientierung ihre Hochschullehre unterschiedlich gestalten. Die Lehrorientierung wird mit der deutschsprachigen Version des im angelsächsischen Raum am häufigsten verwendeten Messinstruments zur Erfassung der Lehrorientierung von Hochschuldozierenden, dem „Approaches to Teaching Inventory" beurteilt. In einem Mehrebenen-analytischen Design wird nachgewiesen, dass sich die Lehr-orientierung der Dozierenden im subjektiven Kompetenzgewinn der Studierenden niederschlägt, wobei dieser bei einer studierendenfokussierten Orientierung nachweisbar höher liegt als bei einer lehrendenfokussierten Orientierung (Meyer et al. 2008: 277 ff.).

Weiter kann auf eine Studie aus Belgien Bezug genommen werden. Gijbels und Kolleg:innen (zit. in Meyer et al. 2008) untersuchten, wie sich die Gestaltung der Hochschullehre auf die Einstellung der Studierenden gegenüber Lernen und Wissenserwerb auswirkt. „Im Vergleich zu Studierenden, die ein herkömmlich vermittlungsorientiertes Curriculum wahrgenommen hatten, verstanden Studierende nach dem Besuch eines konstruktivistisch (problem-based) ausgelegten Seminars Wissenserwerb stärker als einen aktiven, kumulativen und kooperativen Prozess, der sich in Abhängigkeit von eigenen Bedürfnissen unterschiedlich gestaltet und bei dem die präsentierten Informationen nicht unbedingt immer als gesichert gelten können" (Meyer et al. 2008: 281). Wenn wir wollen, dass unsere Studierenden die Selbstbestimmung und Kreativität der pflegebedürftigen Menschen und der Berufskolleginnen und -kollegen respektieren und in den professionellen Beziehungen wirken lassen, müssen sie schon in der Lehre selbst Autonomie und co-kreatives Handeln erleben und erfahren.

Erkenntnisprozesse und Lernen können als **co-kreative, wechselseitige** Prozesse verstanden werden, in denen sich Hierarchien abflachen und in denen die nach Wissen und Erkenntnis suchende Person selbstbestimmt und aktiv eingebunden wird (Herold-Majumdar 2017). Die Annahme von Meyer und Kolleg:innen (2008), dass sich die Lehrorientierung in der Verwen-

dung von unterschiedlichen Lehrmethoden niederschlage, wurde durch mehrere Studien bestätigt. Lehrende mit zunehmend starker studierendenfokussierter Orientierung scheinen mehr **aktivierende und sozialinteraktive Lehrmethoden** in der Hochschullehre einzusetzen. Der Einsatz des klassischen „Lehrvortrags" scheint ein Indikator für die Lehrorientierung zu sein. Je stärker Dozierende lehrendenfokussiert waren, desto häufiger trugen sie selbst vor – zugleich trugen Lehrende mit zunehmend starker studierendenfokussierten Orientierung weniger häufig selbst vor (Meyer et al. 2008: 289). In der Konsequenz schlagen Meyer und Kollegen:innen vor, hochschuldidaktische Fortbildungsangebote danach auszurichten, dass Dozierende ein konstruktivistisches Verständnis von Lernen und Wissenserwerb entwickeln. Sie sollen die Gestaltung von Lernräumen unterstützen und die konstruktiven, kognitiven Eigenaktivitäten der Studierenden anregen (Meyer et al. 2008: 289).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass aufgrund der Erkenntnisse der Lernforschung der Beitrag der Lehrenden zum erfolgreichen Lernen weniger ihr eigenes Wissen über das Fachgebiet, das sie lehren, ist, als ihre Fähigkeit, mit den Lernenden eine auf Vertrauen basierende Beziehung einzugehen und deren Eigenaktivität zu fördern. Ihre Motivation, den Stoff zu erklären und den Lernenden zu helfen, sowie ihr Talent, die Studierenden für das Fach zu begeistern, scheinen nach dem aktuellen Wissensstand (Grund & Steuer 2023) wesentliche Kompetenzen der Lehrenden zu sein. Professionelle Lehre zeichnet sich somit nicht nur durch geplante, konzeptionalisierte und kognitiv gesteuerte Prozesse, sondern auch durch affektive und zwischenmenschliche Interaktion aus.

Kritisch-konstruktiv

Eine kritisch-konstruktive Didaktik soll den Studierenden kritisches Denken vermitteln und ermöglichen. Der Ausbildung des kritischen Denkens ist in der Pflege besondere Aufmerksamkeit zu widmen, einerseits, um bei der Informationsflut, die das Internet und die neuen sozialen Medien bieten, die wichtigen von den unwichtigen Informationen zu unterscheiden und die Zuverlässigkeit der Informationen kritisch zu überprüfen. Andererseits ist für die zuverlässige Pflegebedarfserhebung und Einschätzung in der Pflegeprozessplanung „Critical Thinking" (Wilkinson 2012: 59ff.) eine Kernkompetenz, um die Informationen über die pflegebedürftige Person bewerten und zu einer handlungsleitenden Beurteilung zusammenführen zu können.

Nach Darmann-Finck (2006) ist mit dem „**Emanzipatorischen Erkenntnisinteresse**" oder „Kritik- und Reflexionsorientierung" die kritische Reflexion der Bedingungen, gesellschaftlich geprägte Strukturen und Rahmenbedingungen, der Pflege gemeint. Dabei werden in der Lehre Widersprüche erkannt und bearbeitet, vor allem solche, die sich aus dem personzentrierten Ansatz ergeben. Handlungsspielräume zu identifizieren und professionell zu gestalten, stellt ein Ziel der Lehre dar. Hierbei sollen sich die Studierenden mit ihren eigenen Haltungen, Erwartungen und ihrem Habitus kritisch reflektieren, um ihr berufliches Selbstverständnis und ihr berufliches Handlungsrepertoire zu entwickeln.

Zugleich ist die Forderung der kritisch-konstruktiven Haltung auch an die Lehrenden zu stellen, die ihr didaktisches Konzept laufend kritisch, im Sinne der Lehrevaluation und Evidence-Basierung überprüfen müssen. Dabei wird ein kontinuierlicher Lern- und Entwicklungsprozess zur ständigen Verbesserung der Lehre angestoßen. Die Hochschule München verfügt über eine sehr gute Struktur der Fort- und Weiterbildung im Bereich der curricularen Entwicklung und der Lehrpersonalentwicklung. So besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem **didaktischen Zentrum in Ingolstadt** und für die Entwicklung der digital-unterstützten Lehre ist eine eigene Abteilung, das **E-Learning Center**, eingerichtet, das neben Fort- und Weiterbildungsangeboten, umfassende Beratungsangebote für die Fakultäten und Studiengänge zur Verfügung stellt. Zugleich unterstützt die **zentrale QM-Abteilung** bei der **Akkreditierung** der Studienprogramme und externe Akkreditierungsagenturen lassen ihre Erfahrungen aus anderen Hochschulen und Studienprogrammen einfließen, was für den Verbesserungs- und Entwicklungsprozess des Curriculums einen wichtigen Impuls von außen darstellt.

Wissenschaftsorientiert und evidenzbasiert

Das berufliche Handeln muss in dem Feld der Pflegewissenschaft und Praxis laufend an den aktuellen Stand des wissenschaftlich überprüften Wissens angepasst werden. Kompetenzen, Kenntnisse und Fertigkeiten, den aktuellen Wissensstand zu erheben, zu bewerten, zielgruppenbezogen auszuwerten und in der individuellen Pflegesituation anzuwenden (**Evidence-based Nursing**) sind zu entwickeln. Darüber hinaus sind Kompetenzen, pflegebedürftige Menschen oder von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen oder nach einer besseren Gesundheit suchende Menschen und ihre Angehörigen personenzentriert, wissensbasiert und lösungsorientiert zu beraten, anzuleiten sowie zu schulen und auszubilden („**Technisches Erkenntnisinteresse**" oder „Wissenschaftsorientierung" nach Darmann-Finck 2006). Eine wissenschaftlich-forschende

Grundhaltung gilt es zu entwickeln, die es den Studierenden über das Studium hinaus ermöglicht, Routinen in der Berufspraxis laufend zu hinterfragen, neue Sichtweisen auf die Pflege und Gesundheitsversorgung zu entwickeln, Forschungsfragestellungen aus der Praxis zu generieren und an einem fortlaufenden Verbesserungs- und Innovationsprozess auf der Mikro-, Meso- und Makroebene mitzuwirken.

Interpretativ-hermeneutisch

Die Lehr- und Lernformen der theoretischen, wissenschaftlichen und praktischen Ausbildung orientieren sich an den aktuellen Erkenntnissen einer evidenzbasierten, co-kreativen und personzentrierten Lehre und zeigen diskursive, explorative, problembasierte, fall- und situationsorientierte, experimentelle, kreative, konstruktivistische, interaktive, digital und technisch unterstützte Formate.

Lehren und Lernen werden dabei auch systemisch konstruktivistisch verstanden. Lernende und Lehrende konstruieren ihre Wirklichkeit in der Lernumgebung, die sich beispielsweise über Simulation und Problemorientierung der Umwelt öffnet. Im Bachelorstudiengang Angewandte Pflegewissenschaft wird das Lehren und Lernen sogar in die Lebenspraxis verlegt (Praxisanleitung und Begleitung). Sowohl die Inhalte als auch die zwischenmenschlichen Beziehungen in der Lehre werden konstruktivistisch ausgerichtet, indem Raum geschaffen wird, sich selbst zu erfahren, sich über das Gegenüber selbst kennenzulernen, auszuprobieren und zu experimentieren.

Lehrende und Lernende nähern sich **verständigungsorientiert und verstehend** berufsbezogenen Fällen an, um exemplarisch für ähnlich gelagerte Fälle zu lernen („Praktisches Erkenntnisinteresse“ oder „Verständigungsorientierung“ nach Darmann-Finck 2006). Der hermeneutische, deskriptive Ansatz vermittelt eine verstehende Annäherung an den Fall und führt in die Perspektive der Akteurinnen und Akteure, deren inneres Erleben erschlossen werden soll (Dilthey 1894). In der so verstandenen Fallarbeit werden die Akteure zu den Subjekten, aus deren Perspektive der Fall erschlossen werden kann. Zugleich bietet das analytisch-erklärende Erkenntnisinteresse die Möglichkeit, beispielsweise die Evidence der Wirksamkeit von pflegerischen Interventionen einzuschätzen, um darauf aufbauend klinische Entscheidungen im Arbeitsbündnis mit der pflegebedürftigen Person zu treffen.

Kompetenz- und situationsorientiert

Für das didaktische Konzept und die Modulbeschreibungen werden die **Konstruktionsprinzipien der Rahmenlehrpläne der Fachkommission (Fachkommission nach § 53 PflBG 2019: 10)** zugrunde gelegt. Die Orientierung an der Kompetenz und hier insbesondere an dem **Niveau 6 des DQR** (Bund-Länder-Koordinierungsstelle für den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen 2013), an den Vorbehaltsaufgaben gemäß § 4 PflBG und an den erweiterten Ausbildungszielen der hochschulischen Ausbildung gemäß § 37 PflBG sowie an der berufs- und lebenspraktischen Situation leiten die Entwicklung der curricularen Einheiten. In den Modulbeschreibungen werden deshalb Kompetenzen in den Bereichen der Fach-, Methoden-, Sozial- und Selbstkompetenz ausführlich dargelegt, um den Lehrenden eine Orientierung für die Zielsetzung der Lehre zu geben. Die Orientierung am Fach (Fächerstruktur) wird jedoch insbesondere für die Basismodule im Grundstudium beibehalten, um die Grundlage für die Fall- und Problembearbeitung zu schaffen und Redundanzen zu vermeiden. Die Grenzen der Abstraktion und der Umsetzung des Prinzips des Exemplarischen beim problemorientierten Lernen und bei der Fallarbeit werden bewusst wahrgenommen. Das Lernen an realen Fällen und der Anschluss der Lehre an die Erfahrungen der Berufspraxis der Studierenden werden deshalb von Anfang an gefördert.

Die **Anforderungsstruktur der Fälle** ist durch im Studienverlauf zunehmende Komplexität und Dynamik sowohl in der theoretischen als auch in der praktischen, hochschulischen Ausbildung gekennzeichnet. Dies ist u.a. bedingt durch die sich verändernden Rahmenbedingungen (z. B. Leistungsrecht), Pflegearrangements, individuellen Anforderungen der pflegebedürftigen Person und den sich dynamisch entwickelnden Wissensstand. Hinzu kommt die Technologieentwicklung in den Bereichen des maschinellen Lernens, der assistierenden Technologien, der Digitalisierung und der Robotik (Stiftung Münch 2018). Die Inhalte und das didaktische Format des Studiums ermöglichen in besonderer Weise die Entwicklung sozialer Kompetenzen, die für die intra- und interdisziplinäre Teamarbeit und für das Arbeitsbündnis mit den pflegebedürftigen Menschen von hoher Bedeutung sind.

3.2 Lehr- und Lernformen

Die Lehr-, Lern- und Prüfungsformen folgen, den unter Punkt 3.1 formulierten, didaktischen Prinzipien. Eine Übersicht liefert das Abkürzungsverzeichnis „Lehr-, Lern- und Prüfungsformen“ im Anhang. Nachfolgend werden exemplarisch einzelne Lehr-Lernformen, die schwerpunktmäßig im theoretischen Studium angewandt werden, ausgeführt. Unter Punkt 3.3 Praxiskonzept werden die spezifischen Lehr-, Lern- und Prüfungsformen des Praxislernens erläutert.

Problem- und fallorientiertes Lehren und Lernen wendet die fachlichen Inhalte, auch modulübergreifend, in den exemplarischen, simulierten oder aus der Berufs- und Lebenspraxis entnommenen Fällen an. Dabei können die Studierenden an ihre Lebenswelt und an ihren Wissens- und Erfahrungsschatz anknüpfen und Wissen mit ihrem Erleben verknüpfen. In Kombination mit dem Simulationslernen in Kleingruppen erleben sich die Studierenden kompetent (Schröppel 2020; Young et al. 2014). Am Fall können Wissensbestände aus unterschiedlichen Bereichen angewandt und verknüpft werden. Fallbasiertes Lernen verbessert die Fähigkeiten des Assessments (Raurell-Torreda et al. 2015), das für die Fallbeurteilung hinsichtlich Pflegebedarf von hoher Bedeutung ist.

Im **fachlichen und ethischen Diskurs** z. B. im Rahmen des **seminaristischen Unterrichts** werden Fälle multiperspektivisch reflektiert, eingeschätzt und Lösungen entwickelt. Dabei lernen die Studierenden unterschiedliche Sichtweisen einzunehmen und können neue Erkenntnisse gewinnen, was sie in der Selbstreflexion und in der Entwicklung ihrer Selbstkompetenz stärkt. Präsenzlehre wird mit Selbststudium und E-Learning Einheiten geschickt kombiniert (**Blended Learning**), um in der Präsenz auf diejenigen Inhalte und Methoden zu fokussieren, die besser in der sozialen Interaktion und Co-Kreation erarbeitet werden können. In Online-Foren (z. B. Moodle®-Forum) können Diskussionen aus der Präsenzlehre fortgeführt werden.

Formate in **kleinen Gruppen** fördern die Fähigkeit der Studierenden zu Teamarbeit und Kooperation. Dabei können Lernaufgaben beispielsweise im Bereich der **Projektarbeit** dazu beitragen, dass an das Team klar definierte und zugleich komplexe Aufgaben (Projektauftrag) gestellt werden, die zur erfolgreichen Bewältigung einer Teamentwicklung bedürfen. Somit werden die Studierenden auf die beruflichen Anforderungen der intra- und interdisziplinären Arbeit angemessen vorbereitet. Die **Rollenvorbilder** von Lehrenden, Praktikerinnen und Praktikern aus dem beruflichen Feld (u.a. externe Lehrbeauftragte aus spezifischen Feldern, Gastdozentinnen und -dozenten) bieten Anschauung und Lernen am Modell, so dass der professionelle Habitus als Pflegefachperson und Forscherin bzw. Forscher entwickelt werden kann.

Das **Bachelor-Kolloquium** bietet als wissenschaftlicher Diskurs den Raum, das Erkenntnisinteresse wissenschaftlich fundiert zu entwickeln und zu begründen. Zudem kann die wissenschaftlich und methodisch fundierte Argumentation geübt werden. Die Studierenden lernen den Forschungsprozess und die damit verbundenen komplexen Überlegungen verständlich und zugleich präzise zu formulieren und werden darauf vorbereitet, sich im beruflichen und akademischen Kontext bezüglich ihrer wissenschaftlichen Arbeitsweise auszudrücken und zu reflektieren.

Der adäquate, auf die Gesprächspartner und den Kontext angepasste **sprachliche Ausdruck**, wird in den Lehrveranstaltungen geübt, elaboriert und unterstützt entwickelt. Dabei muss ein weites Spektrum abgedeckt werden, von Gesprächssituationen beispielsweise mit kognitiv eingeschränkten, pflegebedürftigen Menschen, über Gesprächssituationen in Skill-Grade-gemischten Pflegeteams bis hin zur wissenschaftlichen Auseinandersetzung auf Fachkongressen oder im Rahmen einer interdisziplinären Fallbesprechung. In den schriftlichen Arbeiten (z. B. Studienarbeiten, Protokolle, Projektberichte, schriftliche Prüfungen) werden die Sprachkompetenz und das Ausdrucksvermögen nachgewiesen. Für den Fall unzureichender Kenntnisse der deutschen Sprache wird den Studierenden von Seiten der Hochschule ergänzende Unterstützung (z. B. in Form ergänzender Sprachkurse) angeboten.

Bei der Beschreibung der theoretischen Module werden Vorschläge für das Lernen in der simulativen Lernumgebung formuliert, die Theorie und Praxis verbinden. Diese didaktischen Hinweise werden bei der Planung der Lerneinheiten im „Pflegelabor“ (Clinical Simulation Lab) aufgegriffen, was im nachfolgenden Praxiskonzept unter Punkt 3.3 erläutert wird.

3.3 Praxiskonzept

3.3.1 Praxiskonzeptionelle Überlegungen

Durch das kompetenzorientierte Curriculum und den Erwerb zweier Abschlüsse (Akademischer Grad sowie einem Berufsabschluss zur Pflegefachperson) ist es wichtig, die theoretischen und praktischen Qualifikationen auf EQR 6 Niveau umzusetzen, da in der Pflege Wissen und Fähigkeiten im Sinne von Kompetenzen erlernt werden müssen. In der Pflege bestehen selbst einfache Handlungen aus komplexen und fachlich fundierten Zusammenhängen der Kommunikation. Die Komplexität der Handlungen besteht einerseits aus den unterschiedlichen Situationen des pflegerischen Arbeitsfeldes, sowie aus den unvorhergesehenen, mehrdeutigen und/oder stresserzeugenden Elementen die neben den aufkommenden Problemen von den Pflegefachpersonen vorgenommen und gelöst werden müssen. Besonders an die akademischen Pflegefachpersonen wird ein hoher Anspruch an die „Analyse-, Deutungs- und Handlungsfähigkeit, an die Methodenkenntnis und -handhabung [,] […] an das Reflexionsvermögen“ und Evaluation des Pflegeprozesses gestellt (Felsenfeld 2016). „[I]m Hinblick auf die Prävention, Gesundheitsförderung, Kuration, Rehabilitation und Palliation als auch im Hinblick auf die sektorenübergreifende Versorgungsqualität können die Absolventen/innen ihr Vorgehen intra- als auch interdisziplinär abstimmen“ (Felsenfeld 2016; Schlegel 2018, S. VII; Mörzinger 2018).

Daher ist es für die Entwicklung des primärqualifizierenden Praxiskonzepts notwendig, sich mit den Möglichkeiten des Kompetenzerwerbs in der Praxis, also den arbeitsbedingten, strukturellen Gegebenheiten der Verbundpartner auseinanderzusetzen sowie mit den individuellen „Lern- und Handlungsprozessen zum Kompetenzerwerb“ (Felsenfeld 2016) der Studierenden.

Um das Erlernen der erforderlichen Kompetenzen in der Praxis zu gewährleisten, orientieren sich die meisten europäischen Länder bei der Pflegeausbildung der Tertiärstufe an der Schnittstelle des Theorie-Praxis Transfers anhand des sogenannten Dritten Lernorts (Skills Lab, Fertigkeitenlabor oder auch als Clinical Simulation Lab bezeichnet?). Auch im PflBG wird die Grundlage in § 38 Abs. 3 Satz 4 gelegt, dass ein „geringer Anteil der Praxiseinsätze in Einrichtungen durch praktische Lerneinheiten an der Hochschule ersetzt werden“ dürfen. Nach den aktuellen, bildungswissenschaftlichen Erkenntnissen können so bei den Studierenden die Grundlagen und Verbindungen von Arbeitshandeln und Struktur geschaffen werden, welche für die Realisierung einer evidenzbasierten, beruflichen Handlungskompetenz und reflexiven Handlungsfähigkeit im Sinne des kompetenzorientierten Curriculums notwendig sind (Felsenfeld 2016; Schlegel 2018, S. VII; Mörzinger 2018).

3.3.2 Studienverlauf und Praxiseinsätze

In den Punkten 5.2 (5.2 Aufbau und Modulübersicht) und 5.3 (5.3 Ablauf) des Modulhandbuchs und im Schienenplan im Anhang wird der Studienverlauf genauer erläutert. Insgesamt umfasst der Studiengang 7 Semester. Für den Studienverlauf wird das Blockmodell angewendet. Dies bedeutet, dass sich die Theorie- und Praxisblöcke abwechseln. Dieser Wechsel von Theorieblöcke an der Hochschule und Praxisblöcken in den Einrichtungen, welche teilweise aus mehrmonatigen Blockphasen bestehen, soll die Eingewöhnung und eine gewisse Routine (Zurechtfinden) in den Praxisbereichen ermöglichen. Für die Praxiseinrichtungen haben die zusammenhängenden Blöcke des Praxiseinsatzes den Vorteil, dass die Studierenden langfristig und vorausschauend im Rahmen der Dienst- und Einsatzplanung sowie der Planung der Praxisbegleitung berücksichtigt werden können (Elsbernd & Bader 2017, S. 9).

Das zweite und fünfte Semester wird als Praxissemester geführt. Während der Praxissemester finden unter Supervision der Praxisbegleitung und in Form von Peer-Monitoring Präsenzphasen an der Hochschule statt (8.2.9 Peer-Mentoring) (Elsbernd & Bader 2017, S. 9). Diese Präsenzzeiten sollen während der praktischen Einsätze einerseits eine bessere Verzahnung zur Theorie gewährleisten und andererseits die Möglichkeit bieten, mit der Praxisbegleitung u.a. Fälle, berufliche Situationen, Handlungskompetenzen, Selbstverständnis etc. zu evaluieren und zu reflektieren.

Der Studienverlauf findet somit parallel an der Hochschule und in der Praxis statt. Eine Berücksichtigung der arbeitsrechtlichen und tarifrechtlichen Vorgaben bzgl. der Arbeitszeiten, der Pausenzeiten und der Urlaubsansprüche wurde im Schienenplan entsprechend berücksichtigt und so eingeplant, dass die Regenerationszeiten z. B. nach der Prüfungszeit oder nach einem Praxiseinsatz stattfinden. Im Studienablauf wurde ebenfalls ein Puffer für Ausfallzeiten während der Praxiseinsätze eingeplant, genauer sind diese in 5.3 (5.3 Ablauf) ausgeführt.

Die Praxiseinsätze sind in drei Einsatzbereiche untergliedert:

Pflichteinsätze

Vertiefungseinsatz

weitere Einsätze

Praktische Einsätze sind mit Erfolg abgeschlossen, wenn sowohl die Praxisstelle als auch die für die praxisbegleitenden Lehrveranstaltungen zuständige Lehrkraft des Fachbereiches nach Annahme eines Praxisberichtes dies bescheinigt haben. Wird von der Praxisstelle die Praktikumsbescheinigung verweigert, so entscheidet der Prüfungsausschuss über Erfolg oder Misserfolg.

Ein Teil dieser Einsätze kann mittels praxisorientierten Lerneinheiten (sog. PoL) Lehrveranstaltungen an der Hochschule ergänzt bzw. ersetzt werden. Für diese PoL-Einheiten sollen die in der Praxis ablaufenden Lernprozesse der Studierenden insbesondere im Hinblick auf Praktikumsinhalte, Arbeitsformen, Vorgehensweisen und Arbeitstechniken stützen und fördern. Sie sollen den Studierenden Einsichten in die Zusammenhänge von Theorie und beruflichem Handeln vermitteln, welche in Punkt 3.3.3.2 (3.3.3.2 Nachweis und Überprüfung der Fertigkeiten und Kompetenzen) erläutert werden.

Praxiseinsätze

Gemäß § 37 des PflBRefG und § 30 Abs. 2 PflAPrV gliedern sich die Praxiseinsätze in Pflichteinsätze, einen Vertiefungseinsatz und weitere Einsätze.
Die Pflichteinsätze haben stattzufinden in (1) der allgemeinen stationären Akutpflege, der (2) allgemeinen stationären Langzeitpflege und (3) der ambulanten Akut- und Langzeitpflege. Die medizinischen Fachgebiete der Pädiatrie und Psychiatrie müssen dabei abgedeckt werden. Der Vertiefungseinsatz soll in einem der Bereiche erfolgen, in denen bereits ein Pflichteinsatz stattgefunden hat. Die sog. „weiteren Einsätze“ bieten insbesondere in der akademischen Pflegeausbildung die Möglichkeit, einen Einblick in spezifische pflegewissenschaftliche Bereiche wie Qualitätsmanagement, Pflegeberatung, Forschung zu erhalten.

Einführungswoche Praxis und Praxis-Semester (2. und 5. Studiensemester)

Einführungswoche Praxis (EWP)
Zur Vorbereitung auf den ersten Praxiseinsatz ist eine Einführungswoche vorgesehen, die u.a. dem Kennenlernen von Studierenden und Vertreter:innen der Praxiseinrichtungen dient. Diese Einführungswoche wird konzeptionell und didaktisch von der Hochschule, zusammen mit den Verbundpartnern geplant, um den Studierenden den Einstieg in die berufliche Praxis zu erleichtern und die Qualität der Praxisanleitung von Anfang an zu sichern. Wichtige thematische Inhalte sind:

Einführungswoche
- Vorstellung der verschiedenen kooperierende Einrichtungen und Einsatzmöglichkeiten (Präsentationen der Vertreter:innen der Praxiseinrichtungen)
- Vorstellung der Praxisanleiter:innen
- Aufgabenübertragung mit Durchführungskontrolle und Anleitung
- Intraprofessionelles Teamwork
- Vorstellung und Handhabung des Praxisbegleitbuches/Portfolio
- Dokumentation der Praxiseinsatzzeiten
- Selbstverständnis als Pflegestudierende:r
- Rechte und Pflichten der Studierenden
- Unterstützung bei ATL bei Patient:innen in wenig risikobehafteten Situationen
- Wiederholung relevanter Hygienemaßnahmen, insbesondere hinsichtlich multiresistenter Erreger (MRE) z. B. MRSA, und SARS-CoV-2
- Wiederholung relevanter Notfallmaßnahmen

Im ersten Praxissemester (2. Semester) und in der folgenden vorlesungsfreien Zeit absolvieren die Studierenden einen Großteil der gesetzlich geforderten Praxisstunden (mindestens 2.300 Stunden) in den Kooperationseinrichtungen. Anwesenheitstage an der Hochschule dienen während des Praxiseinsatzes dem Austausch und der Praxisreflexion. Im Schienenplan wird mit der Anzahl an Wochenstunden gemäß Tarifvereinbarung des öffentlichen Dienstes gerechnet.
Das zweite Praxissemester (5. Semester) ermöglicht einen weiteren, zusammenhängenden Einsatz in der beruflichen Praxis, sodass die Studierenden einen vertieften Einblick in den jeweiligen fachlichenSchwerpunkt, in die Arbeitsabläufe, in die einrichtungsübergreifenden Versorgungsstrukturen und in die Teamentwicklung erhalten.

Zusätzliche Praxiseinsätze (außerhalb der eigentlichen Praxis-Semester)

Am Ende des dritten, des vierten und des sechsten Semesters sind - jeweils in der vorlesungsfreien Zeit - zusätzliche Praxiseinsätze vorgesehen. Der Schienenplan sieht pro Studienjahr mindestens 6 Wochen Urlaub in der vorlesungsfreien Zeit vor. Am Ende des 6. Semesters findet der Vertiefungseinsatz mit Abnahme der praktischen Berufszulassungsprüfung statt.
Die detaillierte Stundenverteilung und die Art der Praxiseinsätze ist der folgenden Tabelle: 1 und dem Schienenplan im Anhang zu entnehmen.

Tabelle 1
Stundenverteilung der Praxiseinsätze

Art des Praxiseinsatzes		**Stunden**	**Wochen**
Pflichteinsatz	Einführungswoche Praxis	38,5	1
	Allgemeine Akutpflege stationär (inkl. Chirurgie, ICU, IMC, Palliativstation, Wöchnerinnen, HKÜ chronische Wunden und Diabetes)	min 400,4	11
	Allgemeine Langzeitpflege stationär (inkl. HKÜ chronische Wunden, Demenz und Diabetes)	min 400,4	11
	Allgemeine Pflege ambulant (inkl. HKÜ chronische Wunden, Demenz und Diabetes)	min 423,5	11
	Pädiatrie (inkl. Neonatologie)	min 154,0	4
	Psychiatrie (inkl. KJP, HKÜ Demenz)	min 154,0	4
Vertiefungseinsatz	In einem der Bereiche des Pflichteinsatzes (i.d.R. beim Träger der prakt. Studienanteils) (inkl. HKÜ chronische Wunden, Demenz und Diabetes)	min 423,5	11
Weitere Einsätze	z. B. Rehabilitation, Pflegeberatung, Qualitätsmanagement	min 223,3	3 x 2
(Gesamt ohne EWP		min 2300	
Gesamt mit EWP		2338,5	
Fachpraxis SimLab		200,0	
Gesamt		2538,5*	

*Davon werden 630 Stunden mit dem Fokus der Heilkundeübertragung in den Bereichen chronische Wunde, Demenz und Diabetes angeboten

Dynamisches Praxisbegleitbuch
Um der in §38 des PflBG geforderten Koordination der praktischen Lehrveranstaltungen mit den jeweiligen Praxiseinsätzen gerecht zu werden, wurde ein dynamisches Praxisbegleitbuch entwickelt. Das Praxisbegleitbuch, das kontinuierlich weiterentwickelt wird kann als dynamisch bezeichnet werden, da es sich auf den individuellen Lernbedarf des Studierenden anpasst. Das Ziel, die praktische Qualifikation auf den EQR 6 anzuheben, wird dabei stetig verfolgt.

Begleitend zum Praxisbegleitbuch, das den kontinuierlichen und strukturierten Kompetenzaufbau steuert, führen die Studierenden ePortfolios, durch das der/die Studierende seinen/ihren Lernfortschritt reflektiert. Damit die Lehrbeauftragten aus der Hochschule München und alle Verbundpartner:innen auf das Praxisbegleitbuch zugreifen können, wird eine digitale Lösung gewählt. Die ePortfolios sind indes individuelle Lernbegleiter, welche die Studierenden mit der Praxis besprechen können.

ePortfolio
Ein ePortfolio ermöglicht einen selbstbestimmten und selbstgesteuerten Lernprozess über verschiedene Lernorte und den Lebenslauf hinweg. Anders als auf der Lernplattform Moodle, können die Studierenden Templates frei gestalten und selbst bestimmen, wem sie die Inhalte zur Verfügung stellen. Inhalte des ePortfolios können auch mit externe Personen, die nicht Mitglied der HM sind, geteilt werden, sodass dieses Tool sehr gut geeignet ist, um die Praxisanleiter:innen der kooperierenden Praxiseinrichtungen in den Lehr-Lernprozess der Studierenden zu integrieren.

Das ePortfolio stellt darüber hinaus eine wertvolle Ergänzung zur Lernplattform Moodle dar und ermöglicht eine nahtlose Integration in den Studienalltag.

Durch die flexible Gestaltung ihrer persönlichen Lernumgebung haben die Studierenden die Möglichkeit, ihre individuelle Lernerfahrung zu dokumentieren, zu reflektieren und kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Sie können vielfältige Formate wie Texte, Videos, Bilder oder Dateien nutzen, um sich selbst vorzustellen und ihre Lernfortschritte anschaulich zu präsentieren. Dies unterstützt nicht nur die Selbstreflexion, sondern fördert auch die Verknüpfung von theoretischem Wissen mit den praktischen Erfahrungen in der Pflege.

Ein besonders wertvoller Aspekt des ePortfolios ist die Möglichkeit, Blog-Einträge zu verfassen, die der tiefergehenden Reflexion der erlebten Praxiseinsätze dienen. Dies trägt zur Entwicklung einer resilienten Haltung gegenüber den Herausforderungen des beruflichen Alltags bei. Die Studierenden entscheiden dabei selbst, ob sie diese Einträge für andere sichtbar machen möchten oder ob sie lieber im privaten Rahmen reflektieren – was einen hohen Grad an Selbstbestimmung gewährleistet.

Darüber hinaus fördert das ePortfolio die soziale Vernetzung und den interdisziplinären Austausch unter den Kommiliton:innen, insbesondere während der Praxiseinsätze. Studierende können leicht virtuelle Gruppenräume in Moodle nutzen, um gemeinsam zu reflektieren und voneinander zu lernen. Praxisaufträge, wie das gemeinsame Erstellen und Analysieren von evidenzbasierten Pflegemaßnahmen (EbN) oder das Lösen von Herausforderungen in Bezug auf die erweiterte Heilkundeübertragung, bieten eine Plattform für kollaboratives Arbeiten, bei dem Wissen und Erfahrungen aus verschiedenen Einsatzbereichen zusammengeführt werden. Dadurch entstehen nicht nur wertvolle fachliche Impulse, sondern auch die Möglichkeit, den eigenen Lernprozess durch Peer-Feedback zu bereichern und das theoretische Wissen in der Praxis kritisch zu hinterfragen. Diese Form des Austauschs fördert ein tiefes Verständnis der Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Pflege, wie es im § 37 Abs. 3 des PflBG gefordert wird, und unterstützt die Entwicklung von Problemlösungsstrategien, die in vielfältigen beruflichen Kontexten anwendbar sind.

Um die im § 37 PflBG geforderten Ausbildungsziele zu erreichen, sind die im § 38 Abs. 3 PflBG und § 31 Abs. 2 PflAPrV geforderten Praxisanleitungen angepasst auf jeden Studierenden durchzuführen. Dafür werden vor dem jeweiligen Praxiseinsatz vorab Informationen über den Kompetenzstand, das Lernverhalten und den Lerntyp des jeweiligen Studierenden benötigt, damit die Praxisanleiter:innen einen effektiven Lernprozess gestalten können. Diese Informationen werden im Portfolio beschrieben.

Praxisbegleitbuch
Das Praxisbegleitbuch dient den Praxisanleitenden in den Einrichtungen als Unterstützung und Orientierungshilfe. Es verfolgt das Ziel, Klarheit hinsichtlich der verschiedenen Rollen – insbesondere der Unterscheidung zwischen Praxisanleitung und Praxisbegleitung – zu schaffen. Darüber hinaus bietet es eine Strukturierungshilfe für fachpraktische Einsätze sowie Anleitungssituationen. Eine enge Verzahnung von Theorie und Praxis, bei der theoretisch erlernte Inhalte in der Praxis angewandt und Erkenntnisse aus der Praxis in die Theorie zurückgeführt werden, trägt zur qualitativen Weiterentwicklung des Studiengangs und zur Zufriedenheit aller am Prozess Beteiligten bei. Die

Praxisanleitung spielt dabei eine zentrale Rolle. Durch die berufliche Erfahrung, fundierte Anleitungen und anschließende Reflexionen wird ein wesentlicher Beitrag zur Entwicklung der fachpraktischen Kompetenzen und der beruflichen Identität der Studierenden geleistet. Die im Praxisbegleitbuch angeführten, bereits ausformulierten Anleitungssituationen greifen die bereits erworbenen Kompetenzen auf und führen diese in mögliche Praxissituationen über, welche die Praxisanleitenden gemeinsam mit den Studierenden gestalten können. Während Anleitungssituationen, welche die im § 4 PflBG geregelten vorbehaltenen Tätigkeiten sowie die Anleitungen, die zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten beitragen, als Pflichtanleitung gekennzeichnet sind, dienen die restlichen Anleitungen zur Orientierung.

Die Hochschule München möchte die Studierenden in Zusammenarbeit mit den Praxisanleitungen in den Praxiseinrichtungen schrittweise an die komplexen Anforderungen im Arbeitsalltag heranführen, indem das Komplexitätslevel der Anleitungssituationen kontinuierlich erhöht wird. Dieses Vorgehen dient nicht nur der Strukturierung der praktischen Ausbildung, sondern führt auch zu einer kontinuierlichen Annäherung an die im § 37 PflBG festgelegten erweiterten Ausbildungsziele sowie dem Erwerb von Kompetenzen, die im Zusammenhang mit der Heilkundeübertragung stehen.

Die Praxisphasen, in denen Studierende ihr Können unter Beweis stellen können, greifen die Verzahnung von Theorie und Praxis auf.

Hierbei wird sichergestellt, dass ein vielseitiges Studium geboten wird, das unterschiedliche Lernorte umfasst und auf diversen methodischen Ansätzen basiert. Vertreter und Vertreterinnen der Hochschule übernehmen hierbei eine wichtige Funktion in der Begleitung der Studierenden.

Die Praxisplanung und Organisation
Die Praxiseinsätze werden unter der Verantwortung der zuständigen Professur ebenfalls digital gestützt geplant, dokumentiert und bzgl. der Erfüllung der Voraussetzungen für die Berufszulassung laufend überprüft. Das beinhaltet die Einsatzplanung, welche mindestens ein Jahr im Voraus festgelegt werden muss. Die Einsehbarkeit der Planung der Praxiseinsätze dient der Planungssicherheit auf Seiten der Studierenden und der Praxiseinrichtungen. Im Rahmen der Umrissplanung werden die Stunden der Praxisanleitung und Praxisbegleitung auf die jeweiligen Praxiseinsätze verteilt und festgelegt. Ebenso wird der Zeitraum der praktischen Prüfungen in der Umrissplanung fixiert.

Die Studierenden haben somit eine genaue Übersicht über den Umfang der praktischen Ausbildung in den jeweiligen Praxiseinsatzbereichen.

Am Ende jeden Einsatzes werden die geleisteten Praxisanleitungs- und -begleitungsstunden dokumentiert. Wenn die geplante Anleitungszeit nicht stattgefunden hat, muss diese nachgeholt werden. Durch diese Funktion kann die Hochschule den Anforderungen gemäß § 38 des PflBG (Koordination der praktischen Lehrveranstaltungen) gerecht werden und bei Abweichungen rechtzeitig reagieren. Unter dem Punkt „Planung und Organisation“ werden zudem die geleisteten Praxisstunden pro Einsatz und die Krankheitstage dokumentiert.

Die Praxis – praktisches Lernen
Die Kompetenzübersicht, die im Praxisbegleitbuch gelistet ist, wird fortlaufend angefertigt und ist in Lehrjahre gestaffelt, in einer Klammer werden die Semester vermerkt. Der Begriff „Lehrjahre“ wird an dieser Stelle verwendet, um sich der aktuellen Sprache im Pflegesetting anzupassen und somit die Integrität des primärqualifizierenden Bachelorstudiums zu erleichtern. Das Angebot ist demnach aufgeteilt in 1. Lehrjahr (1. und 2. Semester); 2. Lehrjahr (3. und 4. Semester); 3. Lehrjahr (5. bis 7. Semester). Der Grund für die dreiteilige Vorgehensweise ist, dass innerhalb der verschiedenen Lehrjahre unterschiedliche Kompetenzgrade erworben werden. Die Struktur der Lernangebote wird nach den Kompetenzbereichen gemäß Anlage 5 Teil A und B sowie Anlage 6 PflAPrV aufgebaut.

Jeder Teil der Lehrjahre beinhaltet Pflichtlernziele und freie Lernziele.

Beispielsweise sind die „Grundpflege“ und das hygienische Richten von Medikamenten Pflichtanleitungen und das Wechseln eines Vakuumschaumverbandes ein freies Lernziel. Die Lernangebote des Praxisbegleitbuchs beinhalten didaktisch ausgearbeitete Praxisanleitungen mit den dazu benötigten Materialien. So kann eine Praxisanleitung im alltäglichen Setting auch kurz-

fristig stattfinden und dient dem stetigen Kompetenzzuwachs. Der Studierende kann anhand des Lernangebotes die gewünschten Lernziele heraussuchen und in seinem Einsatzheft vermerken.

Durch die vorbereiteten Praxisanleitungen seitens der Hochschule München, wird zudem ein reibungsloser Theorie-Praxis-Transfer ermöglicht. Die Praxisanleiter:innen werden im Vorfeld über das Konzept aufgeklärt und angehalten, bei mangelnder Übereinstimmung zwischen Theorie und Praxis dies der Hochschule zu melden. Diese Punkte werden zudem auch bei den halbjährlich stattfindenden Pflegefachkommissionen diskutiert und angepasst.

Zudem werden neben den Praxisanleitungen und -begleitungen auch Praxisaufträge angeboten, welche an die theoretischen Module angepasst sind. Diese Praxisaufträge dienen u.a. der Reflektion von EbN in den verschiedenen Settings. Wird beispielsweise der Praxisauftrag „Prävention von Schmerz“ im zweiten Lehrjahr (3. und 4. Semester) bearbeitet, kommen hier die Studierenden aus den verschiedenen Einsatzorten zusammen (Akutpflege, Langzeitpflege, Pädiatrie und ambulante Pflege) und reflektieren die Anwendung der EbN Maßnahme an den Reflexionstagen. Wie bereits beschrieben, dient dieser fachliche Austausch der sozialen Vernetzung und sorgt zudem für eine kritisch-reflexive und analytische Auseinandersetzung mit der Anwendung von wissenschaftsbasierten Maßnahmen in den verschiedenen Bereichen der Pflege, wie es im § 37 Abs. 3 des PflBRefG gefordert wird.

Mit den Praxisaufträgen ist der Teil „praktisches Lernen“ abgeschlossen und geht in die Reflektion und Evaluation über.

Die Praxisreflektion und Evaluation
Die Studierenden haben die Möglichkeit, ihre Praxiseinsätze über ein digitales Befragungstool zu evaluieren.

Die Studierenden haben in dem Onlinetool die Möglichkeit die Praxiseinsätze kritisch zu reflektieren und die Erreichung des gewünschten Lernerfolges zu evaluieren.

Ferner können die die Studierenden dort auch die Station und die Praxisanleiter:innen bewerten, um einen wechselseitigen Prozess der Bewertung zu unterstützen.

Gemäß § 38 Abs. 3 PflBG und § 31 Abs. 2 PflAPrV gewährleisten die Hochschulen die Praxisbegleitung in angemessenem Umfang. Diese wird von wissenschaftlichem Personal, d.h. von Lehrkräften für besondere Aufgaben (mit einer berufsbezogenen und pädagogischen Ausbildung), der wissenschaftlichen Referenz und zu einem geringeren Anteil von hauptamtlichen Professor:innen in enger Abstimmung mit der kooperierenden Praxiseinrichtung und der Praxisanleitung durchgeführt (siehe dazu Kapitel Praxisanleitung). In der Praxisbegleitung wirken die Lehrenden theoriegeleitet, geplant und handelnd auf das Lernen in Praxissituationen ein. Auf diese Weise führen sie unter den Aspekten situativen Pflegehandelns verschiedene Wissensgebiete zusammen, bis hin zur Begleitung und Beratung der Studierenden in exemplarischen Pflegesituationen (DBR 2017). Die Praxisbegleitung ist – unter Mitwirkung der Praxisanleitung - für die fachlich-wissenschaftliche Betreuung und Beurteilung der Studierenden sowie für die Unterstützung der Praxisanleitung zuständig. Methoden der Praxisbegleitung sind u.a. Lernberatungsgespräche, Überprüfung des Kompetenzerwerbs mit Lernzielkontrollen, Fallberatungen sowie Prüfungsvorbereitungen. Die praxisbegleitenden Lehrveranstaltungen finden in der Regel an der Hochschule statt und sollen die in der Praxis ablaufenden Lernprozesse der Studierenden, insbesondere im Hinblick auf Praktikumsinhalte, Arbeitsformen, Vorgehensweisen und Arbeitstechniken, stützen und fördern. Sie vermitteln den Studierenden Einsichten in die Zusammenhänge von Theorie und beruflichem Handeln.

Im Studienplan ist die Praxisbegleitung mit 7 Modulen (PB I – VII) berücksichtigt. Die Verteilung der 7 Module gestaltet sich folgendermaßen:

2. Semester (Praxissemester):	PB I (Einführungswoche Praxis) und PB II
3. Semester:	PB III
4. Semester:	PB IV
5. Semester (Praxissemester):	PB V
6. Semester:	PB VI
7. Semester:	PB VII (Praktische Prüfung im Rahmen des Vertiefungseinsatzes - Examensvorbereitung)

Den Studierenden steht mindestens ein Einsatz der Praxisbegleitung je Orientierungseinsatz, Pflichteinsatz und Vertiefungseinsatz zu.

3.3.2.2 Praxisanleitung

Gemäß § 38 Abs. 3 PflBG haben die kooperierenden Praxiseinrichtungen die Praxisanleitung „im Umfang von mindestens 10 Prozent der während eines Einsatzes zu leistenden praktischen Ausbildungszeit“ zu gewährleisten, welche nach § 31 Abs. 1 PflAPrV durch geeignetes, in der Regel hochschulisch qualifiziertes Pflegepersonal zu erfolgen hat. Bis 31.12.2029 sind bzgl. der Qualifikation Übergangsregeln möglich, die in Absprache mit dem zuständigen Landesministerium andere Eignungs-voraussetzungen erlauben. Die Hochschule München orientiert sich während dieser Übergangszeit an den gesetzlichen Vorgaben für die berufliche Ausbildung nach § 4 Abs. 3 PflAPrV; dementsprechend ist die Befähigung zur Praxisanleitung durch eine berufspädagogische Zusatzqualifikation von mindestens 300 Stunden und kontinuierliche jährliche Fortbildung von mindestens 24 Stunden gegeben. Der Anteil der Praxisanleiter:innen mit hochschulischer Qualifikation soll spätestens bis zum Jahr 2029 schrittweise aufgestockt werden. Entsprechende Vereinbarungen werden im Verbundvertrag getroffen.
Die Praxisanleitung stellt einen wichtigen Baustein für die Qualität der praktischen Ausbildung dar und wird vor Ort im klinischen Setting durchgeführt.

Der Auftrag der Praxisanleitung besteht insbesondere darin, die Lernenden schrittweise und wissenschaftlich fundiert an die Wahrnehmung der beruflichen Aufgaben heranzuführen.

Dazu gehören fachliche Aufgaben (z. B. Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten, Förderung der Handlungskompetenz), organisatorische Aufgaben (z. B. Mitwirkung bei Beurteilungen und Zeugnissen, Mitwirkung bei der Erstellung von Anleitungs- und Einsatzplänen) und erzieherische Aufgaben (z. B. Förderung sozialer und personaler Kompetenzen, Förderung ethischer Verhaltensweisen) (vgl. Mamerow 2018).
Über die Pflegefachkommission HM, das Praxisbegleitbuch und im Rahmen der Praxisbegleitung in den Praxiseinrichtungen durch Lehrende der Hochschule wird die Praxisanleitung begleitet und in Bezug auf eine wissenschaftlich fundierte Praxisanleitung beraten und unterstützt. In der Pflegefachkommission-HM können Probleme der Praxisanleitung diskutiert und Lösungen entwickelt werden. Die studentische Vertretung in der Pflegefachkommission-HM kann Anliegen der Studierenden in Bezug auf die Praxisanleitung und –begleitung und die Verzahnung von Theorie und Praxis einbringen.

Zusammenarbeit von Praxisanleitung und Praxisbegleitung
Pflegeanleitung und -begleitung haben gleichermaßen umfangreiche und untereinander vernetzte Aufgabenstellungen und Verantwortungsbereiche im Rahmen der Pflegeausbildung. Die Pflegeanleitung stellt dabei als Pflegefachperson mit berufsspezifischer Kompetenz das Bindeglied zur Praxis dar, während die Pflegebegleitung schwerpunktmäßig Theorie geleitet und wissenschaftlich orientiert arbeitet. Praxisanleitung und Praxisbegleitung stehen in regelmäßigem Austausch miteinander und unterstützen sich gegenseitig. Dazu wird eine Fachkommission (Pflegefachkommission-HM) eingerichtet, die mindestens einmal pro Semester tagt.

Praxisreferenz
Die Stelle der Praxisreferenz wirkt als Bindeglied zwischen den Praxiseinrichtungen und der Hochschule. Sie ist verantwortlich, für die Koordination der Praxiseinsätze und die zuverlässige Dokumentation der geleisteten Stunden in den verschiedenen Einsatzbereichen. Ein EDV-gestütztes Planungstool unterstützt bei der Überwachung der Studienpläne zur Planung der Praxiseinsätze, der Praxisbeurteilung, der Fehlzeiten und der Mindesteinsatzzeiten.

3.3.2.3 Pflegefachkommission HM

Die Pflegefachkommission-HM setzt sich aus einer benannten Vertretung der Hochschule (Studiengangsleitung, Studiendekan, im Studiengang lehrende Professor:innen, Praxisbegleitung, Praxiskoordination), der benannten Vertreter:innen der Praxiseinrichtungen (auf Basis eines bestehenden Verbundvertrages, mindestens eine autorisierte Person) sowie der Regierung von Oberbayern (als zuständige Behörde für die Berufszulassung und der Studierenden) zusammen. Die Leitung und Organisation der Pflegefachkommission-HM obliegt der Hochschule München (der Studiengangsleitung). Die Sitzungstermine finden turnusmäßig mindestens einmal im Semester und bei Beratungs- und Entscheidungsbedarf statt. Die Pflegefachkommission-HM hat eine beratende Funktion: im Qualitätssicherungs- und Entwicklungsprozess des Studiengangs, für die Verzahnung von Theorie und Praxis, als auch für die Lernortkooperation.

Zu beratende Themenbereiche der Pflegefachkommission-HM sind: Fragen der Vernetzung von Theorie und Praxis, der Qualitätssicherung und -entwicklung der berufspraktischen Vertiefung, der Praxisentwicklung, der Innovation, der organisatorischen, finanziellen und rechtlichen Rahmenbedingungen, die in direkten Zusammenhang mit der Realisierung und Weiterentwicklung des Studiengangs stehen.

Des Weiteren können in der Pflegefachkommission-HM Probleme der Praxisanleitung und Praxisbegleitung behandelt und Lösungen dazu entwickelt werden. Die studentische Vertretung in der Pflegefachkommission-HM kann Anliegen der Studierenden, die im direkten Bezug zum Theorie- Praxistransfer stehen, einbringen. Unter Berücksichtigung relevanter, den Studiengang betreffender Evaluationsergebnisse, bereitet die Kommission Entscheidungen zur Qualitätssicherung und -entwicklung der Praxisanleitung vor. Die Pflegefachkommission-HM ist ein für den Studiengang wichtiges Bindeglied der für den Studiengang verantwortlichen Akteure zur Sicherstellung und Weiterentwicklung des hochschulischen Bildungsangebotes für die Akademisierung und damit einhergehenden Professionalisierung der Pflege.

3.3.2.4 Praktische Prüfung zur Berufszulassung

Die Modulprüfung für die praktische staatliche Prüfung zur Berufszulassung findet im Rahmen des Vertiefungseinsatzes und im Fachpraxis Modul V statt und wird gem. § 37 PflAPrV, in einer der Kooperationseinrichtungen absolviert. Die fachpraktischen Module I-IV bereiten entsprechend auf die Prüfung vor, insbesondere die Modulprüfung FP IV und die Praxisbegleitung VII (Prüfungsvorbereitung). Diese Struktur soll gewährleisten, dass die Studierenden bzgl. ihrer praktischen Kompetenzen über das gesamte Studium hinweg geprüft werden und optimal auf die abschließende praktische Prüfung mit realen Patient:innen zur Berufszulassung vorbereitet werden. Die Prüfung im Rahmen des Vertiefungseinsatzes gewährleistet, dass sich die Absolvent:innen in einer Lern- und Arbeitsumgebung befinden, die ihnen vertraut ist. Die genauen Voraussetzungen für die staatlichen Prüfungen zur Berufszulassung sind in Punkt 5.4 Berufszulassung als Pflegefachperson des Modulhandbuchs aufgeführt. Insgesamt müssen die Studierenden jedoch zum Erwerb des Titels B.Sc., Pflegefachperson gemäß § 30 Satz 2 PflAPrV und der Richtlinie EG 2005/36 minimal 2.300 Stunden Praxiseinsatz (Pflichtpraktikum) in der direkten Patientenversorgung nachweisen. Die Fachpraxis ist im Vergleich zu den Praxiseinsätzen in einem sehr geringen Umfang (max. 200 Stunden) geplant, jedoch findet in fast allen theoretischen Modulen ein Theorie-Praxis bzw. Praxis-Theorie-Transfers statt, indem Hinweise für das Lernen in der simulativen Lernumgebung gegeben werden. Die praxisbegleitenden Lehrveranstaltungen sollen die in der Praxis ablaufenden Lernprozesse der Studierenden insbesondere im Hinblick auf Praktikumsinhalte, Arbeitsformen, Vorgehensweisen und Arbeitstechniken stützen und fördern. Sie sollen den Studierenden Einsichten in die Zusammenhänge von Theorie und beruflichem Handeln vermitteln. Die praxisbegleitenden Lehrveranstaltungen finden in der Regel in der Hochschule statt (siehe Näheres dazu unter Punkt 3.3.3.1 Fachpraktische Lehre im Clinical Simulation Lab).

3.3.3 Kompetenzentwicklung

Mit den primärqualifizierenden Pflegestudiengängen werden berufliche Kompetenzen entsprechend dem Ausbildungsziel des § 37 PflBG vermittelt. Die Studierenden werden zur unmittelbaren Tätigkeit an zu pflegenden Menschen aller Altersstufen befähigt. Das Studium hat zum Ziel, die Studierenden für die selbstständige umfassende und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersstufen nach § 5 Absatz 2 PflBG in akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegesituationen zu qualifizieren und die erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen inklusive der eigenständigen Ausübung von Heilkunde gemäß dem Pflegestudienstärkungsgesetz auf wissenschaftlicher Grundlage und Methodik zu vermitteln. Um einen stufenweisen Aufbau von wissenschafts- und praxisbezogenen Kompetenzen abzubilden, orientiert sich der curriculare Aufbau an dem Kompetenzmodell von Patricia Benner (Benner 1982, Dreyfuss & Dreyfuss 1988). Benner geht davon aus, dass sich mit zunehmender, praktischer Berufserfahrung die Fähigkeit der Pflegefachperson entwickelt, Wissen und theoretisch begründete Maximen des Handelns auf den spezifischen Fall adäquat anzuwenden.

Gemäß § 5 Absatz 3 PflBG erlangen die Studierenden Kompetenzen für nachfolgende Aufgaben und darüber hinaus:

- Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse, sowie die Gestaltung von Pflege-und Überleitungsprozessen anhand wissenschaftsbasierter Erkenntnisse und/oder wissenschaftsorientierter Entscheidungen.
- Anwendung von vertieftem Wissen über Grundlagen der Pflegewissenschaft, des gesellschaftlich-institutionellen Rahmens des pflegerischen Handelns sowie des normativ-institutionellen Systems der Versorgung und Mitgestalten der Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung.
- Erschließung von Forschungsgebieten der professionellen Pflege auf dem neuesten Stand der gesicherten Erkenntnisse und forschungsgestützte Problemlösung sowie Übertragung neuer Technologien in das berufliche Handeln.
- Erkennen berufsbezogener Fort- und Weiterbildungsbedarfe.
- Kritisch reflexive und analytische Auseinandersetzung, sowohl mit theoretischem als auch praktischem Wissen und Entwicklung und Implementierung wissenschaftsbasierter, innovativer Lösungsansätze zur Verbesserung im eigenen beruflichen Handlungsfeld.
- Mitwirkung an der Entwicklung von Qualitätsmanagementkonzepten, Leitlinien und Expertenstandards.

Die Theorie-Praxis Verknüpfungen sind wesentlicher Bestandteil zum Gelingen des Studiums. Hierfür wird sich an dem Modell „Arbeitsbezogenen Lernens“ von Dehnbostel orientiert, welches (Darmann- Fink et al. 2016, S. 14 ff., Lademann et al. 2016, S. 336 ff.). für die Pflege adaptiert worden ist.

Die Entwicklung praktischer Handlungsfähigkeit wird seitens der Hochschulen durch die folgenden, didaktischen Instrumente gefördert:

Arbeitsgebundenes Lernen

Lern- und kompetenzförderliches Arbeiten im Rahmen von Arbeitsprozessen bspw. durch konkrete Arbeits- und Lernaufgaben, „Bedside Teaching“, Praxismodule, Praxisbegleitende Studientage, Peer-Coaching, Student-to-Student Learning, Schulstation, Exkursionen, Praxisaufträge, Lernkatalogen, E-Learning, Lernen durch Instruktion und Anleitung, Problemorientiertes Lernen.

Arbeitsverbundenes Lernen

Lernen durch Reflexion von beruflichen Erfahrungen in Verknüpfung von formellem und informellem Lernen bspw. durch in der Praxis durchgeführte Projekte, Transferaufgaben, kollegiale Beratung, Fallmanagement, Projektaufgaben, Portfolio, Lerntagebuch, Schulstation, Blended Learning, Beurteilungsbögen, Reflexionsgespräche, Praxisbegleitende Studientage, Praxisbesuche.

Arbeitsorientiertes Lernen

Simulieren, möglichst realitätsnahen Lernsituationen, Clinical Simulation Lab Konzept bspw. Einüben von Fertigkeiten, komplizierten Handlungsablaufen an Simulatoren, verbunden mit simulierten Kommunikationssituationen, um unterschiedliche Handlungsoptionen zu erproben und anhand von Selbst- und Fremdwahrnehmung zu reflektieren.

3.3.3.1 Fachpraktische Lehre im Clinical Simulation Lab

Der Studiengang bildet einen direkten Theorie-Praxis-Transfer: Wie in der Modulübersicht zu erkennen ist, sind die fachpraktischen und (wissenschafts-)theoretischen Ausbildungslehrinhaltsmodule miteinander verzahnt und zeitlich in der Reihenfolge während des gesamten Studiums aufeinander abgestimmt. Je fortschreitender der Studienverlauf, desto mehr problemorientierte Fallbearbeitungen und Fallbesprechungen finden in den Modulen statt. Um die Verzahnung von Theorie und Praxis noch weiter zu komplettieren, sollen den Studierenden Arbeitsaufträge gestellt werden. Diese variieren von einer Beobachtungsdurchführung hin zu Fallbesprechungen und konkreten Arbeitsaufträgen in den Praxiseinsätzen, welche in den praxisbegleitenden Studientagen oder im anschließenden Theorieblock analysiert und reflektiert werden. Die Praxisbegleitungs- und Fachpraxismodule bauen ebenfalls auf den theoretischen Lerninhalten auf.

Die Reflexion der Praxis dient dem kritischen Hinterfragen der Erfahrungen, dem bewussten Wahrnehmen und dem Gewinnen neuer Erkenntnisse. Die Studierenden reflektieren ihre Erfahrungen in den Praxiseinsätzen in den unterschiedlichen Einrichtungen sowie in den praxisorientierten Lerneinheiten. Da die Persönlichkeitsorientierung im theoretischen und praktischen Studienanteil bedeutsam ist, soll die Förderung der Selbstbestimmungs-, Mitbestimmungs- und Solidaritätsfähigkeit als Reflektionsebene integriert werden (vgl. Klafki 2007, 52).

Die methodische und didaktische Gestaltung der Lerneinheiten fördert die Studierenden in ihrer kritischen Betrachtung ihrer jeweiligen Einsatzbereiche. Durch die thematisch organsierten, praxisorientierten Lerneinheiten werden die Studierenden in ihrer persönlichen Entwicklung und beruflichen Professionalisierung gefördert. Da die Situationsorientierung, insbesondere für den praktischen Studienanteil bedeutsam ist, beziehen sich diese Module auf die Kernaufgaben von Pflegenden in Berufssituationen. Um diese zu bewältigen, benötigen sie pflege- und bezugswissenschaftliche Kenntnisse, die sie in ihr pflegerisches Handeln transferieren.

Die Verzahnung von Theorie und Praxis ist unter Punkt 8.2.5 und Näheres zum pädagogischen Konzept des Studienganges unter den Punkten 3ff. beschrieben.

Die Fachpraktische Lehre, die in der simulativen Lernumgebung an der Hochschule oder in der kooperierenden Praxiseinrichtung stattfinden kann, bietet den Studierenden einen geschützten Raum, in dem berufspraktische Fähigkeiten und Fertigkeiten entwickelt und eingeübt werden können. Für den praktischen Teil der Prüfung zur Berufszulassung wird im Curriculum ein eigenständiges Modul (FP V) gem. § 37 PflAPrV angelegt, das aufbauend auf die fachpraktischen Module I-IV, die theoretischen Module und die Praxiseinsätze optimal auf die praktische Prüfung mit realen Patient:innen vorbereitet. Im Rahmen dieses Moduls werden die Stunden in der Woche vor der Prüfung geblockt, um die Studierenden intensiv für die Performanz im klinischen Setting zu trainieren. Das Simulationslernen im Labor wird über den Studienverlauf sukzessive über mehrere Module aufgebaut, indem zunächst zu Studienbeginn mit einfachen Aufgabenstellungen bzw. Einzeltätigkeiten zum Einüben von Fertigkeiten begonnen wird, um am Ende des Studiums die Studierenden zu befähigen, komplexe Szenarien der Simulation von Fallsituationen eigenständig zu bewältigen. In dieses Modul werden u.a. auch die Kompetenzen zur Organisation und Durchführung von Interventionen bei lebensbedrohlichen Krisen- und Katastrophensituationen bis zum Eintreffen der Ärztin/des Arztes und/oder anderer Ersthelfer:innen (vgl. Anlage 5 I 4. PflAPrV) im Sinne des Disaster Nursing und der Ersten Hilfe entwickelt.

Intensivierung der berufspraktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten im klinischen Simulationslabor (Nursing Lab)
Das arbeitsorientierte Lernen in der simulativen Lernumgebung, in der, möglichst realitätsnah (high fidelity), berufliche Situationen nachgestellt werden, trägt nachweislich zur Entwicklung berufspraktischer Fähigkeiten und Fertigkeiten bei. Im geschützten Rahmen können Studierende ohne Gefährdung der Patientensicherheit verschiedene Handlungsoptionen und Techniken ausprobieren und die Konsequenzen ihres Handelns unmittelbar erfahren.

Innovative, digital unterstützte Simulationsgeräte mit interaktiven, individuell zu programmierenden und selbstlernenden Tools können mittlerweile auch komplexe Szenarien realitätsnah abbilden.

Klinische Erfahrung kann in einer sicheren Lernumgebung erworben werden, was nicht nur zu mehr Patientensicherheit beiträgt (Charité Universitätsmedizin Berlin 2018), sondern auch zu einer höheren Motivation der Studierenden und zu einer festeren Bindung der Studierenden an das Studienprogramm (Robinson & Dearmon 2013). In Bezug auf die von den Studierenden selbst eingeschätzte Fachkompetenz zeigte die Studie von Solvik und Struksnes (2018), dass diese im Rahmen einer guten Anleitung (Tutoring) verbessert werden kann. Im Bereich Methodenkompetenz brachte das Einüben der Skills ein höheres Sicherheitsgefühl für eine spätere eigenständige Durchführung im Rahmen des Praxiseinsatzes mit realen Patient:innen. Zur Selbstkompetenz ergab sich bei Solvik und Struksnes (2018) eine Erhöhung des Selbstvertrauens in Form von einer Bestätigung, den richtigen Berufszweig gewählt zu haben. Die Ergebnisse der Metaanalyse von Pok-Ja Oh und Kolleg:innen (2015) belegen, dass Simulationslernen mit standardisierten Patientenfällen einen positiven Effekt auf die Lernmotivation und damit auf das Wissen und die klinischen Fähigkeiten sowie Fertigkeiten hat. Deshalb werden die abgeleisteten Stunden in der fachpraktischen Lehre bei erfolgreichem Bestehen der OSCE-Prüfungen auf die Praxiseinsätze angerechnet, weil die Wirksamkeit dieser Methode wissenschaftlich gut belegt ist.

Gestaltung des Nursing Labs an der Fakultät 11 der Hochschule München

Hintergrund: Nursing Labs (syn. Clinical Simulation Labs, Skills Labs, Pflegelabor) gehören zum Standard in der akademischen Pflegeausbildung. Als sog. dritter Lernort ermöglichen sie den Studierenden den Erwerb erforderlicher praktischer Kompetenzen zunächst im Simulationstraining. § 38 Abs. 3 des Pflegeberufegesetzes regelt, dass ein geringer Teil der Praxiseinsätze durch praktische Lerneinheiten an der Hochschule ersetzt werden kann. Nach aktuellen bildungswissenschaftlichen Erkenntnissen können so bei den Studierenden die Grundlagen und Verbindungen von Arbeitshandeln und Struktur geschaffen werden, welche für die Realisierung einer evidenzbasierten beruflichen Handlungskompetenz und reflexiven Handlungsfähigkeit im Sinne des kompetenzorientierten Curriculums notwendig sind (Felsenfeld 2016; Schlegel 2018; Mörzinger 2018).

Für den primärqualifizierenden Bachelorstudiengang „Angewandte Pflegewissenschaft“ (B.Sc., Pflegefachperson) an der Hochschule München wurde ein modernes, den aktuellen Standards entsprechendes Nursing Lab eingerichtet, welches kontinuierlich an die aktuellen Bedarfe sowie an den aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik angepasst wird.

Aktuell stehen an der Fakultät 11 am Campus Pasing zwei Räume für das Nursing Lab zur Verfügung. Weitere Räumlichkeiten wurden in räumlicher Nähe angemietet. Um ein adäquates Simulationstraining im Rahmen der generalistischen Pflegeausbildung zu ermöglichen, werden folgende Bereiche ausgebaut: akutstationäre, intensivmedizinische, pädiatrische/neonatologische und häusliche Pflege-Umgebung (Setting). Zusätzliche Räume dienen als Pflegestützpunkt, Schleuse bzw. Umkleide.

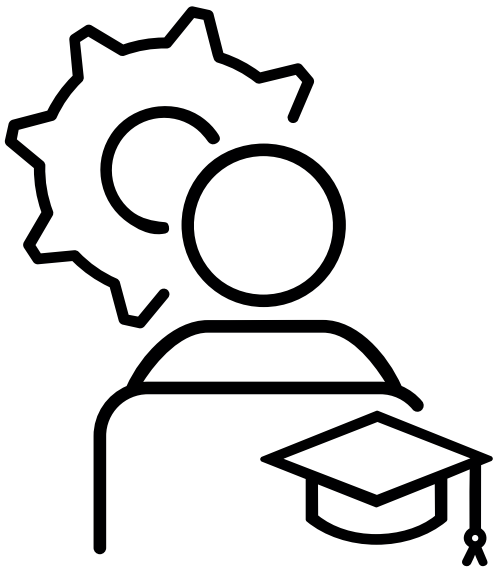
Grundsätzlich müssen in einem Nursing Lab sowohl herkömmliche als auch innovative Pflegehilfsmittel und Geräte zur Verfügung stehen. Die Studierenden üben in Simulationssituationen sowohl den Umgang mit den in der Praxis am häufigsten verwendeten Hilfsmitteln und Geräten, als auch mit innovativen Lösungen. Die akademische Pflegeausbildung an der Hochschule ist in besonderem Maße dazu verpflichtet, innovative und neue Technologien, gerade auch aus dem digitalen und virtuellen Bereich, in der theoretischen und praxisorientierten Lehre einzusetzen. Kooperationen mit weiteren Fakultäten der Hochschule München (z. B. FK 06; 07) sowie mit Entwicklungszentren für digital-, robotik-, und AI-unterstützte Pflegetechnologie (u.a. Fraunhofer Institut) sind weiterhin im Aufbau.

Ein Beschaffungs- und Raumkonzept für das Nursing Lab liegt vor. Ergänzend zu dem bereits vorhandenen Simulationsgerät Nursing Anne® (Erwachsene aller Geschlechter), ist für die Kinder- bzw. Säuglingskrankenpflege ein Neonatologie-Simulationsgerät PAUL® (Simcharacters) angeschafft, um den generalistischen Ansatz in der akademischen Pflegeausbildung im Lab abbilden zu können. Als virtueller und innovativer Patientensimulator kommt z. B. Body Interact © (Bodyinteract.com) in Gebrauch. Relevante medizinische Geräte (z. B. Defibrillator, Ultraschallgerät, Gefäßdoppler, ABI-Gerät, Sauerstoffgerät) und weitere pflegerische Hilfsmittel (z. B. Bettdusche) sind vorhanden, um die praktischen Kompetenzen in realitätsnahen Simulationstrainings einzuüben und stetig zu erweitern.

Weitere Labore an der Fakultät 11 (z. B. Medienlabor, Cultural Lab) und auch fakultätsübergreifend z. B. das BioMedLab an der Fakultät 06 (z. B. Licht und Gesundheit, Optik sowie das Medizintechniklabor) bieten die Möglichkeit zum Austausch und zur gemeinsamen Bearbeitung komplexer und multiprofessioneller Fragestellungen in der (Fachpraktischen) Lehre. So lassen sich Synergien in der Zusammenarbeit sinnvoll und nachhaltig nutzen.

3.3.3.2 Nachweis und Überprüfung der Fertigkeiten und Kompetenzen

Zur Überprüfung der Fähigkeiten und Fertigkeiten werden die sog. Objective-Structured-Clinical-Examination-Prüfungen (OSCE) herangezogen. Seit 40 Jahren hat sich dieses als „State-of-the Art“ bezeichnete Prüfungsformat in der Pflege und in anderen Gesundheitsfachberufen erfolgreich etabliert. Diese dienen dazu, im Rahmen einer problemorientierten Simulation, den Studierenden, auf die erforderlichen klinischen Fähigkeiten, Handlungsabläufe und kommunikativen Kompetenzen, welche als klinische Kompetenzen bezeichnet werden, zu prüfen. Des Weiteren werden die Werte der Lehrenden und Studierenden auf die OSCE- basierenden Prinzipien identifizieren. Hinzukommend wird diese Form des Prüfens als „praktisch und relativ unkompliziert umsetzbar angesehen“ (Harden, R. in Schlegel 2018, S.V), welches sich flexibel und situationsabhängig anpassen lässt. Hierbei sind die Vorbereitungs- und Planungsphase ausschlaggebend und die Beurteilungskriterien müssen auf das Curriculum abgestimmt sein (Harden, R.& Schlegel in Schlegel 2018, S.V ff.).



3.3.3.3 Sicherheitsmanagement in Clinical Simulation Lab

Um für alle Personen im Clinical Simulation Lab einen umfangreichen Sicherheitsschutz zu gewährleisten, rücken besonders die Aspekte des Sicherheitsmanagements der Hochschule München (Alarm, Amoklauf, Brand siehe hierzu Abbildung 1 und 2), die auch in den Laboren der technischen Fakultäten angewandt werden, in den Fokus. Der/Die Leiter:in des Clinical Simulation Labs muss in die Brandschutz- und Arbeitsschutzanweisungen der Hochschule München eingeführt sein und regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen von Hygiene- und Sicherheitsmaßnahmen teilnehmen, da die Studierenden u.a. im Clinical Simulation Lab erlenen sollen, potentielle Gefahrenquellen am pflegerischen Arbeitsplatz zu erkennen und präventive Maßnahmen einzuüben. Hierunter fallen Unterweisungen in gefährdende Tätigkeiten, Übertragungswege von Erregern, Aneignung technischer, personenbezogener, organisatorischer Schutzmaßnahmen, Verwendung von Sicherheitsgeräten, innerbetriebliches Unfallmeldesystem sowie Dokumentation und Sofortmaßnahmen nach Nadelstichverletzungen.

Deshalb umfasst das Sicherheitsmanagement sowohl die klinischen Aspekte, wie hygienisches Arbeiten, Risiko von Stichverletzungen, als auch die Sicherheitsaspekte des Labors. Die jeweils neueste Version der „Laborrichtlinien“ der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) sind für das Pflegelabor zu beachten. Die Online-Fassung der „Laborrichtlinien“ ist in deutscher und englischer Sprache unter http://www.laborrichtlinien.de bzw. http://www.guidelines-forlaboratories.de verfügbar.

Hinzu kommen Wartungen der Simulationsgeräte, der speziellen, medizinischen Gerätschaften (Ernährungspumpe, Infusionspumpe, Spritzenpumpe, elektrische Vitalzeichenmessinstrumente, Defibrillator, Beatmungsgerät, elektronisches Patientenbett, Überwachungsmonitore), und der elektrischen Anlagen sowie digitalen, technischen Unterstützungssysteme (Computer, Videokameras, Lautsprecher, etc.) (BWG 2016, S. 25).

PAUL

04

4. Verbundpartner und Praxiseinsatz (Pflichtpraktikum)

Studium der angewandten Pflegewissenschaft (B.Sc.)

praxisorientiertes, theoretisches Studium

Praxiseinsätze in Einrichtungen der Pflege

Gliederung des Studiums

Das Studium der angewandten Pflegewissenschaft (B. Sc.) mit integrierter Berufszulassung als „Pflegefachperson“ nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG) gliedert sich in ein praxisorientiertes, theoretisches Studium und in Praxiseinsätze in Einrichtungen der Pflege, bei denen die Studierenden in der direkten Pflege mit pflegebedürftigen Menschen arbeiten.

Praxiseinsätze

Die Hochschule trägt die Gesamtverantwortung für die Koordination der theoretischen und praktischen Lehrveranstaltungen (Fachpraktische Lehre) einschließlich der Praxiseinsätze (§ 38 Satz 4 PflBG). Die Praxiseinsätze werden im Sinne der generalistischen Ausbildung bei Trägern der praktischen Ausbildung in unterschiedlichen Settings (u.a. akut-stationär, Langzeitpflege, psychiatrische Pflege, ambulante Pflege), in denen Menschen aller Altersstufen und mit diversen Pflegebedarfen versorgt werden, durchgeführt. Ein wesentliches Merkmal des primärqualifizierenden Pflegestudiums ist, dass die Studierenden die verschiedenen Versorgungsbereiche der Pflege und insbesondere auch spezifische und zukünftige Aufgabenfelder der akademisch ausgebildeten Pflege (z. B. Fallsteuerung, Qualitätsmanagement) schon während ihres Studiums kennenlernen.

Studienaufbau: 7 Semester
210 ECTS, 2.300 Stunden Praxis

Semester						
1	EbN I	PP I	Pflegetheorie	Med. Grundl. I	PP II	FP I
2	PP III	EWP/ PB I	Praxissemester			PB II
			Pflegeprozess III			
3	PP IV	Methodik	Epi/Statistik	Med. Grundl. II	Ethik I	FP II PB III
4	Recht	PP V	Komm. Beratung I	Präv. Reha	PB IV	FP III
5	PP VI	Intra-/Interprof. H. I	Praxissemester			PB V
6	PP VII	Komm. Beratung II	Ethik II	Med. Grundl. III	PB VI	FP IV
7	EbN II	Intra-/interprof. H. II	BA Projekt	Med. Grundl. IV	PB VII + praktische Prüfung	FP V
140 ECTS (FP 5)					70 ECTS (FP 5)	

Verbundpartner

Die kooperierenden Praxiseinrichtungen treten dem hochschulischen Ausbildunsverbund der HM bei. Im Verbundvertrag werden u.a. Verpflichtungen, haftungs- und versicherungsrechtliche Aspekte und weiterführende Anforderungen und Qualitätsstandards für die hochschulische, berufspraktische Ausbildung vereinbart. Dem Verbundvertrag kann nur beigetreten werden, wenn die gesetzlichen Mindestanforderungen an die praktische Ausbildung, u.a. an die Praxisanleitung (§ 31 Abs. 1 PflAPrV), zur Gewährleistung des Erreichens des erweiterten Ausbildungszieles der hochschulischen Ausbildung gem. § 37 PflBG erfüllt werden. Die Studierenden schließen einen Ausbildungsvertrag mit dem Träger, der die Praxiseinsätze über den gesamten Studienverlauf hin koordiniert.

Verbundpartner, die sich über die gesetzlichen Mindestanforderungen hinaus für weiterführende Anforderungen an die praktische Ausbildung der Studierenden, auch studiengangsübergreifend, sowie an Forschung und Lehre verpflichtet haben, sollen zukünftig den Zusatz „**Akademische Lehreinrichtung für Pflegewissenschaft**“ bzw. „**Akademisches Lehrkrankenhaus für Pflegewissenschaft**“ erhalten.

05

5. Kurzdarstellung des Studiengangs

Es handelt sich um einen primärqualifizierenden, grundständigen Studiengang zur Erlangung des ersten akademischen Grades Bachelor of Science und der Berufszulassung als „Pflegefachperson“, der die Mindestanforderungen der EU Berufsanerkennungsrichtlinie.

Bei dem Fachgebiet handelt es sich um die Pflegewissenschaft (Nursing Science), bzw. **Angewandte Pflegewissenschaft (Applied Nursing Science)**. An dieser Stelle können weder die historisch-philosophischen Begründungen noch die wissenschaftstheoretischen Auseinandersetzungen zum Terminus der „angewandten Wissenschaft“ ausgeführt werden. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass die Pflegewissenschaft in Deutschland unter einer überhöhten Erwartung der Anwendungs- und Zweckorientierung steht und zum Teil immer noch darum ringt, überhaupt als Wissenschaft anerkannt zu werden. Die Pflegewissenschaft ist nach dem Kartierungsbericht der Universität Mainz von 2023 an den meisten Standorten (n= 49) weiterer Hochschultypen vertreten und wurde schließlich 2024 aus dem Katalog der kleinen Fächer gestrichen. Sie ist besonders wachstumsstark (+125 Prozent, Arbeitsstelle Kleine Fächer, Johannes Gutenberg-Universität Mainz 2023, S. 23) Sie hat spätestens jetzt den Status einer anerkannten, wissenschaftlichen Disziplin, welche der größten Berufsgruppe der Gesundheitsversorgung als Grundlage dient. Wie wenig zielführend die Trennung zwischen reinem Handwerk und wissenschaftlicher Disziplin ist, zeigt das **Beispiel der pflegerischen Assistenz bei der menschlichen Ausscheidung**. Häufig wird eben gerade dieses Beispiel angeführt, warum es sich bei der Pflege um einen einfachen Assistenzberuf handelt, der sich zudem mit dem „Niedrigsten“ des Menschseins auseinandersetzen muss, nämlich mit der Ausscheidung, mit der eigentlich niemand in Berührung kommen will. Würde die Pflegefachperson einfach mechanisch die Ausscheidung wegräumen und hätte sie kein Wissen über die Funktion und die Beschaffenheit der Ausscheidung und was uns diese Beschaffenheit über körperliche Funktionen sagt, dann würden viele Erkrankungen und physiologischen Störungen nicht oder zu spät erkannt. Nicht zuletzt ist es der Hinweis der Pflegefachperson, der Menschenleben retten kann, wenn beispielsweise Blut in der Ausscheidung beobachtet wird oder die Flüssigkeitsbilanz unausgeglichen ist. Was Normwerte sind und welche Beobachtung auf welche Funktionsstörung schließen lässt, setzt wissenschaftlich fundiertes Wissen voraus. Zugleich wird der Pflegefachperson zugemutet, nicht nur das Aussehen und die Beschaffenheit der Ausscheidung zu überprüfen, sondern darüber hinaus ist ihr Geruchssinn gefragt, der ebenfalls wichtige Hinweise auf vorliegende Erkrankungen liefern kann. Die Bestimmung des Kontinenzprofils ist die Grundvoraussetzung für eine Kontinenz fördernde Pflege, die wir uns alle wünschen, sollten wir jemals in die Lage kommen, dass unsere, für das gesellschaftliche Ansehen und die soziale Teilhabe so wichtige Kontrolle der Ausscheidung erhalten bleibt. Nun bleibt weiter die Frage zu klären, was eigentlich der eigenständige Gegenstand der Pflegewissenschaft ist und wozu wir diese überhaupt brauchen, wenn sich schon so viele, wissenschaftlich fundierte Professionen, wie beispielsweise die Medizin, die Psychologie und die Therapie um die kranke Person bemühen.

Aus den vielen Definitionsansätzen der Pflegetheorien soll eine Definition herausgegriffen werden, wohl wissend, dass damit nicht alle Ansätze (u.a. bedürfnis-, beziehungs-, entwicklungsorientierte Ansätze, systemische und interaktive Ansätze) der pflegetheoretischen Begründungen abgebildet werden können. Die Pflegewissenschaft kann verstanden werden, als „die Wissenschaft von der menschlichen Erfahrung von Gesundheit und Krankheit, wie sie durch professionelle, persönliche, wissenschaftliche, ästhetische und ethische Transaktionen der menschlichen Zuwendung vermittelt werden“ (Jean Watson 1996). Methodisch ist sie kontemplativ, die Autonomie der Lebenswelt der Person respektierend (Behrens 2019), interpretativ und empirisch-analytisch ausgerichtet. Sie ergänzt damit die im Gesundheitsbereich tätigen Berufsgruppen um die wichtige Perspektive der kranken oder gesundheitssuchenden Person und ihrem individuellen Erleben und Bewältigen von Krankheit und Gesundheit. Die Konzepte des Metaparadigmas und der Gegenstandsbereich sind unter Punkt 1. ausführlich dargelegt.

Der Bachelor-Abschluss belegt die generalistische, pflegefachliche Ausrichtung sowie eine breite Basis der wissenschaftlich-methodischen Ausbildung und bildet die Basis für ein anschließendes Masterstudium an Hochschulen für angewandte Wissenschaften und Universitäten.

Durch das Masterstudium kann entweder das Studienfach der Pflegewissenschaft (Nursing) fortgeführt und vertieft bzw. im fachlichen Zusammenhang fachübergreifend erweitert werden (konsekutiv) oder eine fachliche Umorientierung erfolgen, mit dem Wechsel in einen Masterstudiengang, der nicht auf das bisherige Studium aufbaut (nicht-konsekutiv). An der Hochschule München gibt es bereits Masterstudiengänge, in denen die Absolvent:innen des Bachelorstudiengangs Angewandte Pflegewissenschaft ihr Studium fortsetzen können (z. B. Master Advanced Nursing Practice, Master Mental Health).

5.1 Ziel

Ziel des primärqualifizierenden Bachelorstudiums „Angewandte Pflegewissenschaft“ ist es, die Studierenden zur selbständigen und eigenverantwortlichen Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse und Verfahren in dem beruflichen Feld der Gesundheits- und Krankenpflege zu befähigen.

Neben dem wissenschaftlich ausgerichteten Bachelorabschluss (B.Sc.) wird die Berufszulassung als Pflegefachperson gem. § 1 PflBG (17. Juli 2017) erworben. Die Studierenden werden befähigt, die der Pflegefachperson vorbehaltenen Aufgaben, die Erhebung und Feststellung (Pflegediagnostik) des individuellen Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses und der damit verbundenen Unterstützungsprozesse und die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege (§ 4 PflBG) fach- und sachgemäß, sowie wissenschaftlich fundiert auszuführen. Gemäß den in § 37 PflBG formulierten, erweiterten Ausbildungszielen der „hochschulischen Pflegeausbildung“ kommt der Anspruch einer wissenschaftlich basierten Steuerung von hochkomplexen Pflegeprozessen unter Anwendung innovativer und evidenzbasierter Technologie hinzu. Den Studierenden und Absolvent:innen des primärqualifizierenden bzw. dualen Bachelorstudiengangs „Angewandte Pflegewissenschaft“ wird damit anvertraut und zugetraut, dass sie die z.T. rasanten und bahnbrechenden Entwicklungen im Bereich der technischen Assistenzsysteme, Robotik, künstliche Intelligenz und Digitalisierung verantwortlich mitgestalten. Die Mitwirkung an der Entwicklung von Qualitätsmanagementkonzepten, Leitlinien und Expertenstandards, wie sie in § 37 Abs. 2 unter Punkt 5 als Ziel formuliert ist, erweitert den Verantwortungs- und Tätigkeitsbereich im Rahmen des Qualitätsmanagements vom individuellen Pflegeprozess auf übergeordnete, unterstützende, wissenschaftlich-theoretisch fundierte Steuerungssysteme.

Bei dem Fachgebiet handelt es sich um die Pflegewissenschaft (Nursing Science), genauer **Angewandte Pflegewissenschaft (Applied Nursing Science)**. In der Literatur gibt es verschiedene Ansätze, Pflege (Nursing) und Pflegewissenschaft theoretisch zu fundieren. Dabei werden mehr oder weniger empirisch überprüfte Aussagen bzw. Thesen zu den zentralen Konzepten der Pflegewissenschaft, Person, Umwelt, Gesundheit/Wohlbefinden, Pflege, formuliert. Wissenschaftsfelder befinden sich in einem laufenden Entwicklungsprozess. Dafür gibt es wissenschaftstheoretische Erklärungsmodelle. Ein pflegewissenschaftlicher Studiengang kann diese Entwicklung befördern und muss die neuesten wissenschaftstheoretischen Erkenntnisse in das Curriculum aufnehmen. Als ein Beispiel einer empirisch überprüften Pflegewissenschaftstheorie kann Jean Watsons Theorie von der menschlichen Zuwendungsbeziehung herangezogen werden, denn sie liefert ein vielschichtiges Modell, über die Pflege als menschliche Zuwendungsbeziehung und Profession. Für die angewandte Pflegewissenschaft kann Watsons vielschichtige Definition eine gute Orientierung für die verschiedenen Ebenen des Handelns geben. Der Bezug auf diese Theorie dient der exemplarischen Erläuterung und Erklärung, um was für ein Fachgebiet es sich handelt. Im Studium und im interkollegialen Austausch der Lehrenden werden selbstverständlich weitere, auch aktuellere Theorien herangezogen, um sich der Pflege sowie der angewandten Pflegewissenschaft als Profession und als wissenschaftliche Disziplin anzunähern. Die Pflegewissenschaft kann nach Jean Watson als Wissenschaft von der menschlichen Erfahrung von Gesundheit und Krankheit, wie sie durch professionelle, persönliche, wissenschaftliche, ästhetische und ethische Transaktionen der menschlichen Zuwendung vermittelt werden (Jean Watson 1996) gekennzeichnet werden. Methodisch ist sie somit kontemplativ, die Autonomie der Lebenswelt der Person respektierend (Johann Behrens 2019), interpretativ-hermeneutisch und empirisch-analytisch ausgerichtet. Sie ergänzt damit die im Gesundheitsbereich tätigen Berufsgruppen um die wichtige Perspektive der kranken oder Gesundheit-suchenden Person und ihrem individuellen Erleben und Bewältigen von Krankheit, Gesundheit und Lebensprozessen (Geburt, Erwachsen-werden, Alt-werden, Sterben und Tod). Die angewandte Pflegewissenschaft befasst sich damit, wie dieses Erleben in der menschlichen Interaktion kommunikativ ausgetauscht wird, um durch pflegerisches Handeln Person-sein, Bewältigung und förderliche Entwicklung zu ermöglichen. Die Pflegewissenschaft ist somit auch eine Handlungswissenschaft. Handlungswissenschaften sind solche Wissenschaften, die das menschliche Handeln zum Gegenstand haben und sich um „die Beschreibung und das Verstehen, die Erklärung und Vorhersage des spezifisch menschlichen Verhaltens bemühen“ (Straub/Werbik 1999, 7; Lenk 1977-1984; 1989). Die wissenschaftlich-methodische Ausbildung der Studierenden bereitet diese u.a. auf die anwendungsbezogene, klinische Forschung, die Versorgungsforschung sowie die Evidence-basierte Praxis vor. Die Anwendungsorientierung zeigt sich u.a. in der problem- und fallbasierten, theoretischen Lehre, in der Entwicklung von Forschungsfragestellungen aus der Praxis sowie in der Evidence-basierten Praxis (EbP), also in der Anwendung des besten, zur Verfügung stehenden, wissen-

schaftlich überprüften Wissens in der konkreten Fallsituation. Dabei wird von einem verstehenden Ansatz ausgegangen, der die Anwendung wissenschaftlich überprüften Wissens stets vor dem Hintergrund des individuellen Situationserlebens und –verstehens der pflegebedürftigen Person überprüft und in die klinische Entscheidungsfindung einbezieht.

Das **berufsqualifizierende Profil** bildet sich sowohl aus der anwendungsbezogen, wissenschaftlichen, hochschulischen Ausbildung (EbN) als auch aus der vertieften, beruflichen Praxis (Pflichtpraktikum, Praxiseinsätze). Für den Studienverlauf wird dazu das Blockmodell (Schienenplan, vgl. Anhang) angewendet. Dies bedeutet, dass sich die Theorie- und Praxisblöcke abwechseln. Dieser Wechsel von Theorieblöcke an der Hochschule und Praxisblöcken in den Einrichtungen, welche aus mehrwöchigen und -mehrmonatigen Blockphasen bestehen, soll die Eingewöhnung und eine gewisse Routine (Zurechtfinden) in den Praxisbereichen ermöglichen. Für die Praxiseinrichtungen haben die zusammenhängenden Blöcke des Praxiseinsatzes den Vorteil, dass die Studierenden langfristig und vorausschauend im Rahmen der Dienst- und Einsatzplanung sowie der Planung der Pflegeprozesse und der Praxisanleitung berücksichtigt werden können (Elsbernd & Bader 2017, S. 9). Mit dem Vertiefungseinsatz (§ 38 Abs. 3), in dem die praktische Prüfung zur Berufszulassung absolviert wird, und durch eine entsprechende Wahl des Themas der Bachelorarbeit kann der/die Studierende ein individuelles, wissenschaftliches und berufliches Profil bilden, um seine/ihre Employability, also die Fähigkeit am Arbeits- und Berufsleben teilzuhaben und in adäquate Stellen einzumünden, zu erhöhen.

Der Bachelorstudiengang ist generalistisch (§ 37 PflBG) ausgelegt. Er vermittelt die für die selbständige, umfassende und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersstufen nach § 5 Abs. 2 in unterschiedlichen Settings (akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegesituationen) und Sektoren (u.a. Gesundheitsförderung, Prävention, Akutversorgung, Rehabilitation, Palliation) erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen auf wissenschaftlicher Grundlage. Der generalistische Ansatz zieht sich als Querschnittsaufgabe durch das Curriculum, indem sich beispielsweise die Auswahl der Fälle und Problemstellungen, an denen theoretisch und praktisch gearbeitet wird, an diversen Lebensphasen, Settings und Sektoren orientiert. Durch Wahlmöglichkeiten für den Leistungsnachweis im Rahmen der Theoriemodule und für den Vertiefungseinsatz in der praktischen, hochschulischen Ausbildung bekommen die Studierenden die Gelegenheit, sich ein erstes, berufliches Profil zu geben.

5.2 Aufbau und Modulübersicht

Es handelt sich um einen 7-semestrigen Vollzeitstudiengang mit vertiefter Praxis zur Erlangung des ersten akademischen Grades (B.Sc.) und der Berufszulassung als Pflegefachperson, der die Mindestanforderungen der EU- Berufsanerkennungsrichtlinie erfüllt.

Das zweite und fünfte Semester werden als Praxissemester geführt. Während der Praxissemester finden, unter Supervision der Praxisbegleitung und in Form von Peer-Monitoring, Präsenzphasen an der Hochschule statt. Diese Präsenzzeiten sollen während der praktischen Einsätze einerseits eine bessere Verzahnung zur Theorie gewährleisten und andererseits die Möglichkeit bieten, mit der Praxisbegleitung u.a. Fälle, berufliche Situationen, Handlungskompetenzen etc. zu evaluieren und zu reflektieren. Der Studienverlauf findet somit parallel an der Hochschule und in der Praxis statt. Die vom PflBG und von der EU-Anerkennungsrichtlinie vorgegebenen Mindeststunden und Einsatzbereiche, die arbeitsrechtlichen und der tarifrechtlichen Vorgaben bzgl. der Arbeitszeiten, der Pausenzeiten und der Urlaubsansprüche wurden dabei entsprechend berücksichtigt und so eingeplant, dass die Regenerationszeiten z. B. nach der Prüfungszeit oder nach einem Praxiseinsatz stattfinden, sowie ausreichend Zeit für die Prüfungsvorbereitung zur Verfügung steht (vgl. Schienenplan). Im Studienablauf wurde ebenfalls ein Puffer für Ausfallzeiten während der Praxiseinsätze eingeplant, um bei einer längeren Erkrankung das Studienziel nicht zu gefährden.

Die Praxiseinsätze sind in drei Einsatzbereiche untergliedert:

Pflichteinsätze

Vertiefungseinsatz

weitere Einsätze

Die Pflichteinsätze werden entsprechend den Vorgaben des § 30 Abs. 2 PflAPrV und den Anforderungen der EU- Berufsanerkennungsrichtlinie (2005/36/EG und 2013/55) geplant und durchgeführt. Im Vertiefungseinsatz werden den Studierenden Wahlmöglichkeiten gegeben. Im Rahmen dieses Einsatzes findet die praktische Prüfung zur Berufszulassung statt (vgl. Schienenplan). Ein geringer Teil, der vom PflBG vorgeschriebenen Praxiseinsätze, kann mittels praxisorientierter Lerneinheiten (sog. PoL, Fachpraxis), die in der Regel in Simulationslaboren durchgeführt werden, an der Hochschule ergänzt bzw. ersetzt werden. Die fachpraktischen Lerneinheiten sollen die in der Praxis ablaufenden Lernprozesse der Studierenden insbesondere im Hinblick auf Praktikumsinhalte, Arbeitsformen, Vorgehensweisen und Arbeitstechniken stützen und fördern. Berufspraktische Kompetenzen, wie beispielsweise Evidence-basierte, klinische Entscheidungsfindung im konkreten Fall, Person zentrierte, lösungsorientierte Beratung und Edukation, Fähigkeiten und Fertigkeiten im Bereich des instrumentell-technischen Handelns, werden gezielt entwickelt. Die Möglichkeit weiterer Einsätze wird genutzt, um den Studierenden Zugang zu Feldern zu verschaffen, die eine erweiterte, wissenschaftliche und methodische Kompetenz erfordern, z. B. Einschätzung und Steuerung von hochkomplexen Fällen z. B. im Rahmen des Case Managements, der Überleitungspflege und der Rehabilitation, pflegeprozessorientiertes Qualitätsmanagement, Patientensicherheit und Risikomanagement, Evidence-based Nursing (EbN) und Praxisentwicklung.

In der Studien- und Prüfungsordnung (SPO) sind die Module und die Prüfungsformen genannt, die zur Berufszulassung absolviert werden müssen. Diese wurden mit der zuständigen Stelle (Regierung von Oberbayern) und dem Bayrischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) abgestimmt. Hürdenregelungen in der SPO sichern den Studienfortschritt und dienen der Zulassungsregelung zur beruflichen Abschlussprüfung. Die von der Hochschule organisierte und durch Hochschullehrende durchgeführte Praxisbegleitung sowie praktische Prüfungen (OSCE) bereiten die Studierenden auf die praktische Berufszulassungsprüfung systematisch vor. Eine spezifisch für die Hochschule München zugeschnittene Softwarelösung zum Management der Einsatz- und Fehlzeiten der Studierenden durch die Praxisreferenz gewährleistet, dass die Mindeststundenzahl, die für die Zulassung zur praktischen Prüfung zur Berufszulassung erforderlich ist, erreicht wird.

Das Abschlussprojekt wird durch ein eigenständiges Modul (Bachelor-Kolloquium) begleitet, in dem sich die Studierenden im wissenschaftlichen Diskurs gegenseitig Feedback geben und unterstützen können. Das Bachelor-Kolloquium wird von forschungserfahrenen, hauptamtlich Lehrenden geleitet und moderiert. Der Bachelor-Abschluss ist ein Qualifikationsnachweis für ein anschließendes Masterstudium, auch für einen Wechsel von der Fachhochschule zur Universität. Die wissenschaftliche Ausrichtung (B.Sc.) und der Erwerb von 210 ECTS sollen den Übergang in ein Masterstudium erleichtern.

Das Curriculum setzt sich insgesamt aus 26 theoretischen Modulen, 5 fachpraktischen Modulen, 2 AW-Modulen, 7 Praxisbegleitungsmodulen zu den jeweiligen Praxiseinsätzen zusammen.

Tabelle 2: Modulstruktur Bachelorstudiengang Angewandte Pflegewissenschaft (B.Sc., Pflegefachperson) gibt einen Gesamtüberblick über den modularen Aufbau des Studiums.

Die Beschreibung der Module kann dem Modulhandbuch im Einzelnen entnommen werden. Diese orientiert sich an den Konstruktionsprinzipien des Rahmenlehrplans der Fachkommission nach § 53 PflBG (Fachkommission nach § 53 PflBG 2019, S. 10-17).

Die Kompetenzorientierung zeigt sich erst im fortgeschrittenen Studium im Titel der Module, da die curricularen Einheiten des Grundstudiums noch fachorientiert ausgelegt sind, um die Grundlage für die zunehmende Komplexität der problem- und fallorientierten Anwendung des Wissens zu legen. Im Studienverlauf findet also eine Auflösung der zu Beginn angelegten Fächerstruktur statt, indem der Abstraktionsgrad der Problemstellungen und Fälle zunimmt und das Wissen aus den verschiedenen Modulen bei der Fallanalyse (Prinzip der Situationsorientierung) integriert wird. In der Zielformulierung der Modulbeschreibung werden die vorbehaltenen Tätigkeiten nach § 5 Abs. 3 PflBG, die erweiterten Ausbildungsziele der hochschulischen Pflegeausbildung nach § 37 PflBG und die Heilkundeübertragung konkretisiert. Dabei folgt das Curriculum der Entwicklungslogik, wie sie beispielsweise in dem Modell von Patricia Benner (P. Benner 1982) angelegt ist.

Während die Studienanfänger:innen (‚Novice') ihr Regelwissen für begrenzte Aufgaben eins zu eins anwenden, können sog. fortgeschrittene Anfänger (‚Advanced Beginner') dieses Wissen bereits auf Problemsituationen anwenden.

Es fällt ihnen aber noch schwer, den Fall ganzheitlich mit all seinen Facetten zu verstehen und Prioritäten zu setzen. Die kompetenten Studierenden im fortgeschrittenen Studium (‚Competent') könne bereits mit einer Reihe von Situationen umgehen. Standardisierung und Routine geben ihnen aber noch Sicherheit. Simulationslernen und "Decision Making Games" tragen in dieser Phase zur Kompetenzentwicklung bei. Die professionelle Pflegefachperson (‚Proficient'), die bereit ist, für die berufszulassende Abschlussprüfung erfasst Pflegesituationen ganzheitlich. Berufsethische und theoretische Handlungsmaximen sowie wissenschaftlich überprüftes Wissen bilden eine Grundlage und können in der Situation adäquat angewandt werden. Fallstudien unterstützen nach Benner in dieser Phase die Kompetenzentwicklung, wobei zunehmend an komplexen, realen Fällen aus der Berufspraxis gearbeitet wird. Auf das professionelle Niveau aufbauend kann dann nach Abschluss des Studiums und bei der beruflichen Einmündung aufgebaut werden. Durch langjährige Berufserfahrung kann das Expert:innen-Niveau (‚Expert') erreicht werden. Entscheidungen werden aus einem vertieften Verstehen der Situation

heraus getroffen. Dabei werden Situationen ganzheitlich und intuitiv erfasst und beurteilt, was ein schnelles und adäquates Handeln ermöglicht. Dieses lineare Modell des Kompetenzaufbaus nach P. Benner wird individuell von den Studierenden durchlaufen, sodass sich sowohl von Studierender zu Studierender als auch von Kompetenz zu Kompetenz diverse Entwicklungen und Profile zeigen.

Neben diesem vertikalen Kontinuum der zunehmenden Abstraktion und des zunehmenden Kompetenzaufbaus durchzieht die Modulstruktur horizontal folgende Dimensionen (Querschnittsprinzipien):

- integrativ, bio-psycho-sozial
- empathisch und evidence-basiert
- gesundheitsförderlich und stärkend (Empowerment)
- generalistisch und divers
- rehabilitativ-therapeutisch
- nachhaltig und wirtschaftlich
- norm- und werteorientiert

Nachfolgend werden die Querschnittsprinzipien der Module „Angewandte Pflegewissenschaft“ definiert und erläutert:

integrativ & bio-psycho-sozial

Im bio-psycho-sozialen Modell wird die Funktionsfähigkeit einer Person als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen der Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren aufgefasst. (Ewert, Stucki 2007: 954) Das Konzept der Person wird integrativ mit ihrer psychischen, physischen, sozialen und seelischen Dimension verstanden. Dieses vielschichtige Konstrukt der Person eingebettet in ihre Umwelt fließt in das Pflegehandeln auf allen Ebenen ein, ob bei der Einschätzung des Pflegebedarfs, bei der Interventionsplanung, bei der Evaluation oder beim Aufbau des Arbeitsbündnisses. Bei der pflegerischen Beleuchtung von Gesundheit- und Krankheitsprozesse ebenso wie lebenslaufspezifische, gesundheitsrelevante Phänomene sind die bio-psycho-sozialen Ebenen einzubeziehen. Bei der Zusammenführung der einzelnen Wissensgebiete in der intra- und interdisziplinären Fallanalyse und –diskussion sind diese Dimensionen stets zu berücksichtigen und einzubringen.

empathisch & evidenzbasiert

Empathie ist die Fähigkeit, die Gefühle, die Gedanken und Bedeutungszuschreibungen einer anderen Person wahrzunehmen und mit der Person über diese Gefühle und Bedeutungen zu kommunizieren. Im Ergebnis liegen „geteilte Bedeutungsschemata“ (Behrens, Langer 2006: 151) für eine gesundheitsrelevante Situation vor. Empathie ist eine Schlüsselkompetenz (Brunero et al. 2010) in der Pflegeausbildung und die Voraussetzung, interne Evidence (Behrens, Langer 2006) im Arbeitsbündnis mit der pflegebedürftigen Person aufzubauen. Empathie kann durch gezielte Übungen z. B. der Wahrnehmung (Simulation Lab) entwickelt werden (Chua et al. 2021). Sie ist eine wichtige Voraussetzung für eine evidenzbasierte Pflege in der Zusammenarbeit mit der pflegebedürftigen Person. Evidenzbasierte Pflege ist „die Nutzung der derzeit besten wissenschaftlich belegten Erfahrung Dritter im individuellen Arbeitsbündnis zwischen einzigartigen Pflegebedürftigen und professionell Pflegenden“ (Behrens, Langer 2006: 279). Anders ausgedrückt ist evidenzbasierte Pflege die Fähigkeit, die aktuelle Forschungslage zu einer praxisrelevanten Fragestellung systematisch zu ermitteln und zu bewerten sowie die Kunst, diesen Forschungsstand im jeweils individuellen Pflegeprozess und in der Verständigung mit der pflegebedürftigen Person anzuwenden. Die so verstandene Pflege ist verständigungsorientiert, indem sie struktur- rell- und krankheitsbedingte Asymmetrien in der Kommunikation mit der pflegebedürftigen Person auszu-

gleichen versucht, um sich verstehend der jeweils individuellen Pflegesituation zu anzunähern, ihren Auftrag zu klären und ihr Leistungsangebot an die Lebenswelt und das Situationsverstehen der Person anzuknüpfen.

gesundheitsförderlich & stärkend

Gesundheitsförderung ist der Prozess, Menschen in die Lage zu versetzen, die Kontrolle über ihre Gesundheit und die Gesundheit selbst zu verbessern (Nutbeam 1998, Health Promotion Glossary). Zentrales Prinzip dabei ist das Empowerment, die Stärkung der Menschen, ihre Gesundheit selbst zu fördern, indem sie gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsressourcen haben, Wissen über die Gesundheit erwerben und dieses Wissen anwenden können, um ihre Gesundheit zu verbessern. In der Lehre ist von Beginn des Studiums an, der Fokus auf die Gesundheitsressourcen und auf die Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Person im Pflegeprozess zu legen. Beratende und edukative Strategien sind danach auszurichten. Die Ressourcenorientierung und Ermächtigung der pflegebedürftigen Person im Pflegeprozess und bei der Interaktion können u.a. auch in praktischen Übungen trainiert werden. Dazu sind entsprechende Ansätze für das Simulationslernen in der Modulbeschreibung zu nennen.

generalistisch & divers

Im Pflegeberufereformgesetz von 2017 wurden die Ausbildungen in der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einer generalistisch ausgerichteten einheitlichen Pflegeausbildung zusammengeführt. Im Ausbildungsziel (§ 5 PflBG) wird der Begriff konkretisiert, ohne ihn direkt zu definieren. Generalistische Pflege ist die „Pflege von Menschen aller Altersstufen in akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegesituationen“ (§ 5 Abs. 1 PflBG). Die generalistische Pflege umfasst „präventive, kurative, rehabilitative, palliative und sozialpflegerische Maßnahmen zur Erhaltung, Förderung, Wiedererlangung oder Verbesserung der physischen und psychischen Situation der zu pflegenden Menschen, ihre Beratung sowie ihre Begleitung in allen Lebensphasen und die Begleitung Sterbender“ (§ 5 Abs. 2 PflBG). Die erweiterten Ausbildungsziele (§ 37 PflBG) der hochschulischen Pflegeausbildung umfassen darüber hinaus hochkomplexe Pflegeprozesse in vielschichtigen Pflegearrangements unter Berücksichtigung des aktuellen Stands des wissenschaftlich überprüften Wissens, des gesellschaftlich-institutionellen und normativen Rahmens. Neben der Setting übergreifenden Lebenslaufperspektive kommen bei der generalistischen Pflege diese systemischen Ebenen hinzu. Dies stellt für die Lehre und das Lernen die Herausforderung dar, gesundheits- und pflegerelevante Situationen stets auf diese Ebenen zu beziehen. Gesundheits-, Krankheits- und Lebensprozesse sind stets auf verschiedene Altersgruppen hin, lebenslauforientiert sowie Setting spezifisch zu beleuchten.

Der generalistische Ansatz schließt den Ansatz der Diversität mit ein, der nicht zuletzt vom Berufsethos der Pflege (ICN Code of Ethics for Nurses) vorgegeben wird. Diversität beschreibt gesellschaftspolitisch die Vielfalt des menschlichen Seins. Der Begriff hat seinen Ursprung in der Antidiskriminierungs- und Gleichberechtigungsbewegung der 1960er-70er Jahre. Die sechs Kerndimensionen von Diversität fokussieren: Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung, ethnisch-kulturelle Zugehörigkeit, Religion und Behinderung (EU-Grundrechtecharta, EG 2000). Eng verwoben mit dem Begriff der Diversität ist der Ansatz der Inklusion, der ursprünglich aus der Pädagogik stammt. „Inklusive Konzepte stellen einen individuellen Förderbedarf mit Blick auf die Besonderheiten der oder des Einzelnen in den Mittelpunkt, wobei die unterschiedlichen Voraussetzungen der oder des Einzelnen nicht als Nachteil, sondern als Ressource eines inklusiven pädagogischen Gruppenkonzepts verstanden werden“ (Keuchel 2016). Was hier für die Pädagogik als Zielsetzung formuliert ist, kann in einen gesundheitsförderlichen Ansatz der Pflege übernommen werden. Die Auswahl an Problembeschreibungen und Fällen zur Anwendung des Wissens im Lehr- und Lernprozess muss diese Vielfalt abbilden und eine inklusive Betrachtung fördern.

rehabilitativ-therapeutisch

Die therapeutische Wirkung von Pflege sowie die Mitwirkungsmöglichkeiten der Pflege bei therapeutischen Maßnahmen in der interprofessionellen Zusammenarbeit sind im Lehr-Lernprozess aufzunehmen. Selbstbestimmte, soziale Teilhabe muss als Ziel der Pflege konkret im Pflegeprozess umgesetzt werden. Lebensqualität und selbstbestimmte, soziale Teilhabe sind wichtige Endpunkte der pflegerischen Intervention. Funktionalität stellt dabei keinen Selbstzweck dar, sondern die Verbesserung der Funktionalität durch gezielte, pflege-therapeutische Maßnahmen muss einhergehen mit den Vorstellungen der pflegebedürftigen Person über ein gutes Leben und soziale Teilhabe. Die therapeutische Wirkung von Pflege sowie die Mitwir-

kungsmöglichkeiten der Pflege bei therapeutischen Maßnahmen in der interprofessionellen Zusammenarbeit sind im Lehr-Lernprozess aufzunehmen.

nachhaltig & wirtschaftlich

Nachhaltigkeit ist eine Art des Wirtschaftens, bei welcher derzeitige Bedürfnisse befriedigt werden, ohne zukünftigen Generationen die Lebensgrundlagen zu entziehen (Sustainable Development, Brundtland Report 1987). Nachhaltigkeit ist gekennzeichnet durch langfristig orientiertes Denken und Handeln, um ein Fließgleichgewicht der natürlichen Ressourcen zu erreichen. Das im Sozialversicherungsgesetz verankerte Wirtschaftlichkeitsprinzip (§ 12 SGB V) kann in der Pflege, aufgrund der berufsethischen Verpflichtung, nur nachhaltig verstanden werden. Wirtschaftlichkeit, Umweltverträglichkeit und soziale Gerechtigkeit müssen im pflegerischen Handeln miteinander ausgeglichen werden. Die Gesundheitsleistungen und Einrichtungen verbrauchen Energie und belasten die Umwelt, was wiederum zur Gesundheitsgefährdung der Menschen führt (Lynch 2011). Nachhaltiges Wirtschaften und Pflegehandeln zeigt sich in vielen Dimensionen, im gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsressourcen (soziale Gerechtigkeit) sowie auch zu anderen Ressourcen (z. B. sauberes Wasser), im verantwortungsvollen Umgang mit Ressourcen in der Gesundheitsversorgung (Ökologie) im wirtschaftlichen Handeln (Ökonomie) (Pencheon 2013). Gesundheit, als Menschenrecht, ist ein allgemeines Gut, von dem niemand ausgeschlossen werden darf. Die so verstandene, nachhaltige Wirtschaftlichkeit ist bei der Problem- und Fallanalyse im Lehr-Lernprozess stets zu berücksichtigen. Die Wirkung von Anreizstrukturen, Elementen der Verhaltenssteuerung im Gesundheitssystem und ökonomische Einflüsse sind in Bezug auf das pflegerische Handeln konstruktiv-kritisch zu beleuchten. Fallanalysen schließen die wirtschaftliche und nachhaltige Dimension des pflegerischen Handelns stets ein.

norm- und werteorientiert

Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich kultureller Rechte, des Rechts auf Leben und Entscheidungsfreiheit auf Würde und auf respektvolle Behandlung. „Pflegefachpersonen fördern ein Umfeld, in dem die Menschenrechte, Werte, Bräuche, religiösen und spirituellen Überzeugungen von Einzelnen, Familien und Gemeinschaften von allen anerkannt und respektiert werden. Die Rechte von Pflegefachpersonen sind Teil der Menschenrechte und sind zu wahren und zu schützen.“ (ICN Code of Ethics for Nurses 2021, S. 9)

Pflegerisches Handeln erfordert eine klare und reflektierte Norm- und Wertorientierung, welche es der jeweiligen Pflegefachperson ermöglicht, im Alltag zum Wohle der zu Pflegenden und deren Angehörigen zu handeln. Dabei gelten Respekt, Achtung und Würde zu jederzeit und für alle am pflegerischen Handeln beteiligten Personen. Es gilt im Rahmen des Studiums in den jeweiligen Fächern zu konkretisieren, was eine gute, qualitativ hochwertige und auf Werte und Normen basierte Pflege ausmacht; was unter gerechtem pflegerischen Handeln zu verstehen ist und wie die jeweiligen Personen dazu beitragen können, diese im Versorgungsalltag, in den jeweiligen Pflegekontexten aktiv einzubringen und bei Bedarf auch einzufordern. Der ICN-Ethikkodex als pflegeberufliche Selbstverpflichtung prägt und beeinflusst die ethische Identität professioneller Pflege. Er hebt die Grundwerte der Menschenwürde und Menschenrechte, die er der professionellen Pflege als normative Dimensionen zugrunde legt hervor und bietet Eckpunkte ethischer Prinzipien und Maßstäbe an, welcher einer verantwortungsvollen und zeitgemäßen Pflege zu Grunde liegen. Normen und Werte schaffen Sicherheit im täglichen Tun und fördern eine professionelle Haltung, die es der Pflege ermöglichen, sich für ein würdevolles und humanistisch geprägtes Handeln (auf Einzelfall-, Organisation-, Versorgungssystem- und politischer-Ebene) einzusetzen. Eine auf Basis von Werten, Normen und (wissenschaftlich fundierter) Fachlichkeit geprägte Pflege, fördert und stärkt die Persönlichkeit der Pflegefachkräfte, deren Kompetenzen und Verantwortlichkeit sich für die Gesundheit der Einzelnen und der Gesellschaft einzusetzen.

Tabelle 2
Modulstruktur Bachelorstudiengang Angewandte Pflegewissenschaft (B.Sc., Pflegefachperson)

Modul / Semester	1	2	3	4	5	6	7	ECTS
Evidence-based Nursing (EbN)	EbN I						EbN II	140
Pflegeprozess (PP)	PP I+II	PP III	PP IV	PP V	PP VI	PP VII		
Pflegetherorie								
Medizinisch-psychologische Grundlagen (MP)	MP I		MP II			MP III (HKÜ)	MP IV	
Methodik								
Epidemiologie/Statistik								
Ethik I			Ethik I			Ethik II		
Recht								
Komm. Beratung (KB)				KB I (HKÜ)		KB II		
Prävention/Reha								
Inter-/und Intraprofessionelles Handeln (PH)					PH I (HKÜ)		PH II	
Bachelorarbeit Projekt								
Fachpraxis (FP)	FP I		FP II	FP III		FP IV	FP V	70
Einführungswoche Praxis		PB I						
Praxisbegleitung (PB)		PB II	PB III	PB IV	PB V	PB VI (HKÜ)	PB VII	
Praktische Prüfung (Berufszulassung)								
		Praxissemester			Praxissemester			

Legende:
Theorieteil
Praxisteil
HKÜ Heilkundeübertragung

Die Module, die die Schlüsselkompetenzen sowohl für das wissenschaftliche als auch für das berufspraktische Profil entwickeln, bauen im Verlauf des Studiums aufeinander auf. Nachfolgend werden die „Modul-Blöcke“ und deren Lernziele zum besseren Verständnis des didaktisch geplanten Kompetenzaufbaus beschrieben.

Pflegeprozess

Das Modul „Pflegeprozess“ besteht aus 7 aufeinander aufbauenden Modulen, die dem Pflegeprozessmodell folgen. Im Modul „Pflegeprozess I“ im 1. Semester werden Kompetenzen für die Bedarfsermittlung, das pflegerische, lebenslaufspezifische Assessment und das kritische Denken (Critical Thinking) entwickelt. Das Pflegeprozessmodell wird eingeführt und sowohl als Beziehungsrahmen, als auch als arbeitsstrukturierendes und die Forschung unterstützendes Modell vorgestellt. Das Modul „Pflegeprozess II“ ergänzt die methodische Sichtweise bereits im 1. Semester um die Perspektive des Arbeitsbündnisses, der menschlichen Zuwendungsbeziehung, Interaktion und Kommunikation. Der Pflegeprozess soll nicht nur als Planungs- und Steuerungsprozess, sondern vor allem auch als menschlicher Beziehungsprozess verstanden werden. Es werden Kompetenzen vermittelt, die erforderlich sind, um die Rechte pflege- und hilfebedürftiger Menschen zu stärken und zu schützen. Die Studierenden beginnen hier ihr berufliches Selbstverständnis auf der Basis eines international konsentierten Berufsethos (ICN Code of Ethics for Nurses, International Council of Nurses 2021) zu entwickeln. Im 2. Semester führt das Modul „Pflegeprozess II“ schließlich in die lebenslaufspezifischen Pflegephänomene und Konzepte ein, als Grundlage für den pflegediagnostischen Prozess. Die Leibphänomenologie ergänzt das medizinisch geprägte Körperbild um die wichtige Perspektive des Körpererlebens aus einer psychologischen und phänomenologischen Sicht. Im Modul „Pflegeprozess IV“ im 3. Semester wird die pflegediagnostische Kompetenz ausgebildet. Dabei werden die pflegespezifischen Konzepte und Phänomene, theoretisch und empirisch untermauert, den Studierenden vermittelt. Die Entwicklung von Interventionsansätzen aus der Fallein-schätzung erfolgt auf Basis Evidence-basierter und international gebräuchlicher Klassifikationssysteme (z. B. z. B. NANDA-I, ICNP, ICF). „Pflegeprozess V“ im 4. Semester baut schließlich auf die Module „Pflegeprozess I bis IV“ auf und bildet Kompetenzen aus, die erforderlich sind, um Menschen unterschiedlicher Altersstufen und in unterschiedlichen Lebenslagen in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten zu können (Palliative Care). Im Modul „Pflegeprozess VI“ im 5. Semester werden die in den vorherigen Semestern modulübergreifend erworbenen Kompetenzen bei der fallbezogenen Arbeit zusammengeführt. Die Studierenden lernen komplexe Pflegeprozesse Person zentriert, theoretisch und wissenschaftlich fundiert zu planen, zu steuern sowie qualitativ zu sichern und zu entwickeln. Grundlagen des Qualitätsmanagements, des Risikomanagements im Sinne der Patientensicherheit und des Case Managements werden fall- und problemorientiert vermittelt. Die Modulprüfung in „Pflegeprozess VII“ im 6. Semester stellt die erste, schriftliche Aufsichtsarbeit zur Berufszulassung dar. Die Studierenden integrieren in diesem, abschließenden Modul ihr Vorwissen, ihre Kompetenzen und ihre Erfahrungen im beruflichen Praxisfeld in Bezug auf die wissenschaftlich und theoriefundierte Pflegeprozesssteuerung und auf das Qualitätsmanagement bei der Bearbeitung vielschichtiger Fallsituationen und können hochkomplexe Pflegeprozesse Person zentriert und evidenzbasiert steuern.

Evidence-based Nursing

In den Modulen Evidence-based Nursing I (1. Semester) und II (7. Semester) werden Grundlagen und vertiefende Kenntnisse in Theorien, Konzepte und Forschungsbefunde der Pflegewissenschaft vermittelt. Ebenso werden unter anderem Bezüge zur Psychologie, Medizin, Soziologie als relevante Bezugswissenschaften hergestellt. Es steht das Erlernen und Reflektieren des eigenen Handelns auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie das Erkennen der Möglichkeiten und Grenzen von Pflegeforschung im Vordergrund. Schwerpunkte der Module sind Evidence-Basierung im Kontext Pflegewissenschaft, erlernen vertiefter Kenntnisse über Techniken wissenschaftlichen Arbeitens, die Durchführung wissenschaftlicher Projekte und die Vertiefung der Kenntnisse in Bezug auf wissenschaftliche Gütekriterien und Tugenden. Die Studierenden bearbeiten dazu ausgewählte pflege- und bezugswissenschaftliche Studien, nehmen an simulierten Peer-Reviews und EBN-Fallbesprechung teil und führen ein Gespräch mit Pflegewissenschaftler:innen und Study-Nurses. Die Module bilden die Grundlage (pflege-)wissenschaftlicher Begründung der beruflichen Pflege und sollen zur Verbesserung der Pflegequalität beitragen. Es gilt pflegewissenschaftliches Wissen und Handeln unmittelbar in die Versorgung einzubringen. Die Leistung der Studierenden wird anhand schriftlicher Modularbeiten bewertet.

Medizinisch-psychologische Grundlagen

Das Modul „Medizinisch-psychologische Grundlagen I bis IV“ besteht aus 4 aufeinander, aufbauenden Modulen. Das Lernfeld „Medizinische und psychologische Grundlagen“ besteht aus 4 Modulen, die im 1. Semester (Modul I), im 3. Semester (Modul II), im 6. Semester (Modul III) und im 7. Semester (Modul IV) des primärqualifizierenden Studiengangs verortet sind.

Im Rahmen des Modul I werden den Studierenden zunächst theoretische Grundlagen der Mikrobiologie, Virologie, Infektiologie und Hygiene vermittelt (1 SWS). Ein praktisches Einüben relevanter Hygienemaßnahmen im Simulationslabor bereitet optimal auf den ersten Praxiseinsatz im Folgesemester vor. In einer zweiten Lehrveranstaltung (3 SWS) erwerben die Studierenden Kenntnisse in Anatomie und Physiologie, sowohl in der theoretischen Wissensvermittlung als auch anhand von (dreidimensionalen) Modellen und digitalen Medien. Zudem lernen die Studierenden relevante Vitalparameter theoretisch kennen und üben erste Untersuchungen dieser bereits in der Simulationsumgebung ein (z. B. z. B. Blutdruckmessung). Die im Modul I erworbenen Kenntnisse bilden die Basis für das Verständnis der in den weiteren Modulen folgenden Krankheitslehre. Im Rahmen des Modul II finden Lehrveranstaltungen zu „Pharmakologie und medizinischem Fachrechnen“ (1 SWS), „Grundlagen der Psychologie“ (2 SWS) und „Krankheitslehre I“ (1 SWS) statt. Das Wissen über Arzneimittel und deren Wirkung dient als Voraussetzung für das theoretische und praktische Einüben der verschiedenen Applikationsformen von Medikamenten sowie deren Herstellung. Grundlagen der Psychologie (z. B. Entwicklungspsychologie, Wahrnehmung) sind erforderlich, um eine Sichtweise auf den pflegebedürftigen Menschen als bio-psycho-soziales Wesen zu ermöglichen. Die Studierenden lernen, die Pflege eines Menschen vor dem Hintergrund der individuellen Persönlichkeit, der Bezugspersonen, des sozialen Netzwerks und der Umweltbedingungen zu gestalten. Eine Einführung in die allgemeine Krankheitslehre und die Besonderheiten dieser in der Psychiatrie dienen als Vorbereitung für die folgenden Module III und IV.

Im Rahmen des Modul III werden den Studierenden theoretisch und praktisch in der Simulationsumgebung die wichtigsten Krankheiten der verschiedenen Organ- und Steuerungssysteme des menschlichen Körpers vermittelt. Erkennen der Krankheiten, Zuordnung der Symptome und die wichtigsten Therapieverfahren sind Inhalte dieses Moduls (Umfang: 4 SWS).

Das Modul IV „Setting übergreifende Krankheitslehre im Lebenslauf und interdisziplinäre, gesundheitliche Versorgung“ (4 SWS) verknüpft nun das Wissen aus den Modulen I-III realitätsnah zu komplexen pflegerischen Handlungssituationen. Im Mittelpunkt stehen dabei die zu versorgenden Menschen aller Altersstufen mit ihren Bezugspersonen bzw. Angehörigen in den verschiedenen Versorgungseinheiten des Gesundheitssystems. Dazu werden entsprechende Fälle konstruiert, die von den Studierenden theoretisch bearbeitet und im Simulationslabor praktisch eingeübt und reflektiert werden. Insbesondere die Einordnung der Symptomatik, die medizinisch-psychologische Diagnostik und entsprechende pflegerische Maßnahmen werden erlernt.

Der stufenweise und schlüssige Aufbau dieser Module ermöglicht eine stetige Erweiterung des medizinisch-psychologischen Wissens und der praktischen Anwendung, sodass die Studierenden optimal auf ihre Tätigkeit (in komplexen Situationen) als Pflegefachperson vorbereitet werden.

Kommunikation und Beratung

„In den beiden Aufbau-Modulen „Kommunikation und Beratung I und II“ werden im 4. und 6. Semester Kommunikationsprozesse, insbesondere auf die Gestaltung von alltäglichen Gesprächssituationen im Berufsalltag, erlernt und im Hintergrund auf das berufliche Selbstverständnis reflektiert. Ebenso liegt der Fokus auf der Wahrnehmung und dem Bearbeiten häufig vorkommender Informations- und Beratungsbedarfe. Im Mittelpunkt steht generell die personen- und situationsbezogene Gestaltung von Kommunikation und Beratung. Ferner werden unter Berücksichtigung pädagogisch-didaktischer Aspekte die Kommunikation in Pflegesituationen von Patient:innen und Angehörigen von den Studierenden kritisch reflektiert, um die berufliche Handlungs- und Kommunikationskompetenz zu stärken. Während im Modul I der Fokus noch auf den Techniken von Kommunikationsprozess liegt, soll im Aufbaumodul „Kommunikation und Beratung II“ der Schwerpunkt auf der Vertiefung des Verständnisses von Kommunikationsprozessen auch in der interprofessionellen Zusammenarbeit liegen.

Im Modul I wird die Bedeutung der intra- und interprofessionellen Kooperation und Kommunikation in diversen organisatorischen Kontexten sowie die Entwicklung der entsprechenden Haltung gelernt und als integraler Bestandteil der Kompetenzen des Berufsverständnisses reflektiert und verstanden.

In Modul II werden in der schriftlichen Aufsichtsarbeit zur Berufszulassung settingspezifisch und lebenslauforientiert die Kompetenzen nachgewiesen, die erforderlich sind, um sowohl relevante wissenschaftliche Kommunikationstheorie differenzieren und kritisch reflektieren zu können, Kommunikationstechniken sicher anwenden zu können sowie Kommunikationsstörungen zu erkennen, zu bewerten und adäquat didaktische Lösungsoptionen zu erarbeiten und umzusetzen.

Ethik

Die Module Ethik I (3. Semester) und Ethik II (6. Semester) vermitteln relevante grundlegende philosophische Ansätze und ethische Kategorien für eine wissenschaftlich fundierte Pflege. Die Studierenden sollen in der Auseinandersetzung mit ethisch relevanten Fragestellungen, Begriffen, Ansätzen, Konzepten sowie philosophischen Entwürfen, religions- und kulturbezogenen Grundlagen die Fähigkeit entwickeln anthropologische Grundanliegen wie Menschen- und Persönlichkeitsrechte im Kontext pflegerischen Handelns zu reflektieren und argumentativ zur Geltung zu bringen. In der Auseinandersetzung mit spezifischen Problemfeldern und Herausforderungen pflegerischen Handelns soll anhand von Fallbeispielen aus der Versorgungspraxis und des wissenschaftlichen Diskurses eine Grundhaltung zu ethischen Problemstellungen, möglicher Lösungsansätze für das pflegerische Handeln in der alltäglichen Versorgungspraxis erarbeitet werden. Dies erfolgt unter Hinzuziehung wissenschaftlicher Modelle und Theorien und eigener Argumentationsstränge zur Fallbearbeitung im interprofessionellen Setting in verschiedenen pflegerischen Handlungskontexten (wie klinische stationäre Pflege, häusliche Pflege, Pflege im Bereich der Psychiatrie, der Palliativversorgung) und unter Berücksichtigung der der Durchführung Heilkundlicher Tätigkeiten. Die Studierenden sollen an einer Sitzung einer Ethikkommission hospitieren, an einer simulierten Fallberatung zur Teilnahme an einem Forschungsprojekt teilnehmen und eigene, in der Praxis aufgeworfene Fragestellungen oder Dilemmata Situationen in die Lehrveranstaltung einbringen. Das Lernen im Umgang mit speziellen versorgungsrelevanten ethischen Konfliktfeldern steht im Vordergrund. Die Module bilden die Grundlage (pflege-)ethischen Handelns unter Wahrung der Würde des Menschen (im besonderen vulnerablen Personen) und sollen zur Verbesserung eines werte- und tugendorientierten Handelns am Pflegenden und seiner Angehörigen beitragen. Die Leistung der Studierenden wird anhand einer schriftlichen Aufsichtsarbeit im Rahmen der Berufszulassungsprüfung im 6. Semester bewertet.

Intra- und interprofessionelles Handeln

In den beiden Aufbau-Modulen „Intra- und interprofessionelles Handeln I und II“ wird im 5. Semester durch eine professionstheoretisch fundierte Reflexion der Erfahrungen in der beruflichen Praxis im Rahmen des Praxissemesters das berufliche Selbstverständnis entwickelt. Internationale Professionalisierungsprozesse in der Pflege unter Berücksichtigung innovativer Modelle der Weiterentwicklung des Berufsbildes (z. B. Advanced Nursing Practice) werden dabei aufgenommen. Ferner werden Kompetenz- und Aufgabenprofile von Bachelor-Absolvent:innen in der Pflege im internationalen Vergleich kritisch diskutiert. Der Habitus der Studierenden und der beobachtete Habitus der Vorbilder in der beruflichen Praxis werden beleuchtet, um die berufliche Handlungskompetenz, auch in ihrem Erscheinungsbild nach außen, zu stärken. Während im Modul I der Fokus noch auf dem eigenen Selbstverständnis als wissenschaftlich ausgebildete und forschende Pflegefachperson liegt, soll im Aufbaumodul „Intra- und interprofessionelles Handeln II“ der Schwerpunkt auf den interprofessionellen und innovativen Handlungsfeldern liegen. Das u.a. durch Wissens- und Technologieentwicklung sowie Digitalisierung erforderliche, lebenslange Lernen wird als integraler Bestandteil des Berufsbildes der Pflegefachperson verstanden. Im Modul I werden Motivation und Kompetenzen für ein lebenslanges Lernen als individueller Prozess und als Gruppenprozess sowie organisationaler Prozess (organisationales Lernen) entwickelt. Die Vermittlung grundlegender, pädagogischer und organisationstheoretischer Konzepte befähigt zum Anleiten von Hilfs- und Nachwuchskräften in der Pflege und helfen Lernprozesse in der Gruppe und in der Organisation zu verstehen und zu unterstützen. In Modul II werden schließlich in der mündlichen Prüfung zur Berufszulassung fall- und problembezogen die Kompetenzen nachgewiesen, die erforderlich sind, um sowohl aufgabenorientiert zum Wohle der pflegebedürftigen Person als auch teamorientiert zum Wohle einer gesundheits- und lernförderlichen Arbeitsumgebung in intra- und interdisziplinären Teams von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen zu arbeiten.

Entwicklung des pflegewissenschaftlichen Abschlussprojekts und Verfassen der Bachelorarbeit

Die Bachelorarbeit wird in der Regel im 7. Fachsemester angefertigt und prüft hier viele im Bachelor-Studium erworbenen Kompetenzen ab, u.a. ein pflegewissenschaftliches Thema eigenständig und auf wissenschaftlicher Grundlage zu bearbeiten. Die Studierenden bearbeiten innerhalb von max. 6 Monaten eine praxisorientierte Fragestellung aus dem Fachgebiet der Pflegewissenschaft nach wissenschaftlichen Methoden. Zur Unterstützung dieses Vorhabens dienen die Module „Entwicklung des Pflegewissenschaftlichen Abschlussprojekts“ und „Bachelorarbeit“ im 7. Semester.

Das Modul „**Entwicklung des pflegewissenschaftlichen Abschlussprojektes**“ dient der Vorbereitung und Begleitung zur Erstellung der Bachelorarbeit sowie zur Durchführung des Kolloquiums in einer Gruppe von Studierenden mit ca. 14 Kommiliton:innen. Die inhaltliche Ausgestaltung orientiert sich an den für die Bachelorarbeiten gewählten Themen. Im geschützten Umfeld der Hochschule können die Studierenden beispielsweise forschungsethische Fragestellungen im Plenum zu erörtern oder Fragen zum methodischen Vorgehen klären.

Im **Kolloquium** des Moduls „Entwicklung des pflegewissenschaftlichen Abschlussprojektes“ werden der theoretische Hintergrund, die Relevanz, die zentrale Fragestellung, die Zielsetzung, die Methodik und die Ergebnisse der Bachelorarbeit, soweit schon vorhanden, präsentiert und argumentiert. Hiermit werden pflegewissenschaftliche Kompetenzen nachgewiesen, die erforderlich sind, um im späteren Berufsleben ähnliche Projekte durchführen zu können.
Im Modul „Bachelorarbeit“ bekommt jede:r Studierende zusätzlich eine Einzelbetreuung von mindestens 4,5 Stunden mit der/dem BA-Betreuer:in für die individuelle Besprechung des Verlaufs der Bachelorarbeit. Kritisches Denken und wissenschaftlicher Diskurs werden Kolloquium intensiv geschult. Das Bachelor-Studium schließt mit der Bachelorarbeit ab, in der das Abschlussprojekt als wissenschaftliche Monographie schriftlich dargelegt wird.

Fachpraktische Module

Die Fachpraxis setzt sich aus fünf Modulen zusammen, die berufspraktische Kompetenzen sowie instrumentell-technische Fähigkeiten und Fertigkeiten ausbilden. Dabei wird auf die Theorie-Praxis und Praxis-Theorie Vernetzung (arbeitsorientiertes Lernen) besonders geachtet. Die Beschreibung jedes theoretischen Moduls enthält eine Empfehlung für das Lernen in der simulativen Lernumgebung (vgl. Modulhandbuch), um Theorie und Fachpraxis konsequent zusammenzuführen. Die fachpraktischen Einheiten schließen jeweils mit einer OSCE-Prüfung (Objective Structured Clinical Examination) ab, um die fachpraktischen Kompetenzen zu überprüfen und die Studierenden schrittweise auf die praktische Abschlussprüfung vorzubereiten. Vom ersten bis zum siebten Semester nehmen die Aufgaben- bzw. Problemstellungen und Fälle an Komplexität zu. Während zu Beginn des Studiums abgegrenzte Aufgaben mit Durchführungskontrolle gestellt werden, müssen die Studierenden im fortgeschrittenen Studium vielschichtige Fallkonstellationen eigenständig bearbeiten und in der Peer-Gruppe reflektieren und evaluieren. Ein Praxiscurriculum fasst alle, für die Berufszulassung erforderlichen Inhalte systematisch nach Semester zusammen, enthält Vorschläge für die didaktische Gestaltung der Simulationseinheiten, listet das erforderliche Material auf und gibt Anregungen für die Zusammenarbeit mit den Praxisanleiter:innen sowie für die Praxisbegleitung.

Die Praxisbegleitung erfolgt parallel zu den geplanten Praxiseinsätzen in insgesamt sieben Modulen. Sie spannt den Bogen von der Hochschule in die berufliche Praxis und zurück und fördert das arbeitsgebundene und –verbundene Lernen. Sie stellt sicher, dass sich die theoretische Lehre an den Praxisanforderungen ausrichtet und umgekehrt Innovationen und Evidence von der Pflegeforschung in die Praxis disseminiert. In den beiden Praxissemestern (2. und 5. Semester) stellt die Praxisbegleitung ein wichtiges Bindeglied zur Hochschule dar. Mit den Studierenden werden in der Praxisbegleitung die Erfahrungen der beruflichen Praxis reflektiert. Dabei stehen sowohl fachwissenschaftliche Inhalte im Mittelpunkt, als auch die Entwicklung des professionellen Selbstverständnisses. Lehrende der Hochschule haben als Praxisbegleiter:innen die Aufgabe, den Habitus der akademischen Pflegefachperson vorzuleben und mit den Akteuren im beruflichen Feld zu konstruieren. Damit nehmen die Praxisbegleiter:innen eine wichtige Vorbildfunktion ein und wirken auf das berufliche Feld gestaltend zurück. Bei der Praxisbegleitung werden die berufspraktischen Kompetenzen überprüft und anhand einer einheitlichen Struktur differenziert bewertet. Für jeden Studierenden bzw. für jede Studierende werden Lernziele individuell formuliert und vereinbart.

5.3 Ablauf

Für die Planung des Studienablaufs und für die passgenaue Abstimmung von Theorie und Praxis wurde ein Schienenplan [Abbildung 3: Schienenplan] nach folgenden Kriterien erstellt:

- Studierbarkeit
- optimales Ineinandergreifen von Theorie, Praxiseinsatz und Fachpraxis
- Präsenz-Tage und -Wochen während der praktischen Studiensemester, um den Studierenden die Gelegenheit zu geben, den Einsatz in der beruflichen Praxis zu reflektieren und den Kontakt zur Hochschule und zu den Kommiliton:innen zu halten
- Präsenztage zur Begleitung der Bachelorarbeit mit wissenschaftlichem Diskurs
- Berücksichtigung der arbeitsrechtlichen und tarifrechtlichen Vorgaben hinsichtlich Tages-/Wochenarbeitszeit, Pausenzeiten, Urlaubsanspruch (Der Urlaubsanspruch von 30 Tagen pro Kalenderjahr wird gewährleistet)
- Puffer für Ausfallzeiten (z. B. Krankheit) im Praxiseinsatz
- Einführungswoche für das Studium und für den ersten Praxiseinsatz
- Berücksichtigung von Zeit für die Prüfungsvorbereitung und Prüfungseinsicht
- Zeit zur Regeneration z. B. nach der Prüfungszeit, nach dem Praxiseinsatz vor Semesterbeginn
- Spezielles Training vor der praktischen Abschlussprüfung im Rahmen der Fachpraxis und Praxisbegleitung
- Berücksichtigung der Verfügbarkeit und Belastung der Lehrenden an der Hochschule
- Abstimmung des Praxiseinsatzes mit der Struktur des Studienjahres der Hochschule
- Abstimmung mit der Dienst-/Einsatzplanung der Praxiseinrichtungen
- Abstimmung mit den Praxiseinsatz- und Prüfungszeiten der Auszubildenden der Berufsfachschulen

Der Schienenplan dient als Orientierung für die Studierenden, die Lehrenden, die Programmorganisator:innen und die Praxiseinrichtungen. Die Praxiseinrichtungen können auf Basis des Schienenplans die Praxiseinsätze und die praktische Prüfung vorausschauend planen. Es wurde darauf Wert gelegt, die Praxiseinsatzzeiten zusammenhängend zu gestalten, sodass sowohl die Studierenden als auch die in der Praxis Anleitenden und Begleitenden einen kontinuierlichen, berufspraktischen Lernprozess auf Basis vertrauensvoller Beziehungen aufbauen können. Über Präsenztage und Wochen erhalten die Studierenden und Lehrenden sowie die Praxisreferenz die Möglichkeit, die praktische Ausbildung und ihre Verzahnung mit der Theorie zu reflektieren. Zudem bleiben die Studierenden über die Präsenzphasen in Verbindung mit der Hochschule und vor allem mit den Kommiliton:innen, mit denen sie sich auf der Peer-Ebene bezüglich ihrer Erfahrungen und ihres Erlebens in der Berufspraxis austauschen können. Die Einführungswoche sowohl zu Beginn des Studiums als auch vor dem ersten Praxiseinsatz bereitet die Studierenden auf die neue Lernumgebung vor. Die Praxis-Einführungswoche wird zusammen mit den Praxisanleiter:innen federführend von der Praxisreferent:in und unter Verantwortung einer klinisch-pädagogisch ausgerichteten Professur konzipiert und gestaltet. Die Studien-Einführungswoche wird von der Studiengangsleitung zusammen mit den hauptamtlich Lehrenden arrangiert. Beim Schienenplan ist darauf zu achten, dass der fakultätsinterne und hochschulbergreifend geplante Studienablauf möglichst eingehalten werden kann, da es sonst gerade bei der Prüfungsplanung zu fehlerbehafteten Schnittstellen und Überschneidungen kommen kann. Eingeplante Urlaubsphasen tragen zur Regeneration der Studierenden bei. Als „Urlaub“ werden freie Wochen ohne Praxiseinsatz in der vorlesungsfreien Zeit (gem. § 1 Abs. 4 PflAPrV ist der Urlaub in der unterrichtsfreien Zeit zu gewähren) verstanden. Die geplante, freie Zeit geht über den gesetzlich und tarifrechtlich vorgeschriebenen Urlaub hinaus, weil die Studierenden Zeit für Selbststudium/Vertiefung sowie Prüfungsvorbereitung und ggf. auch Erwerbstätigkeit haben sollen.

Die Praxiseinsatzzeiten sind überplant, um einen Puffer für ungeplante Ausfallzeiten (z. B. Krankheit) zu haben, sodass die Studierenden bei einem längeren, ungeplanten Ausfall nicht gleich aus dem Raster fallen. Zur optimalen Vorbereitung der praktischen Prüfung ist eine Vorbereitungswoche geplant. Die praktische Prüfung und die Vorbereitungswoche finden im Rahmen des Moduls „Fachpraxis V“ (7. Sem.) statt.

5.4 Staatliche Prüfung zur Heilkundeübertragung

Die staatliche Prüfung zur Heilkundeübertragung umfasst die in Anlage 5 Teil B aufgeführten Kompetenzbereiche. Nach § 35 PflAPrV wird das Modul Intra- und interprofessionelles Handeln im Kontext der Heilkundeausübung für die schriftliche staatliche Prüfung, nach § 36 PflAPrV das Modul Medizinisch-psychologische Grundlagen im Kontext der Heilkundeausübung für die mündliche staatliche Prüfung festgelegt. Die praktische Prüfung findet im Rahmen des Praxiseinsatzes Praxisbegleitung VI im Kontext der Heilkundeausübung in den Einrichtungen der Pflege, mit denen ein Verbundvertrag besteht, statt. Die praktische staatliche Prüfung ist nicht auf einen einzelnen Heilkundebereich beschränkt. Es werden die heilkundlichen Kompetenzen entsprechend des spezifischen Einsatzbereiches und des Kontextes der Prüfung bewertet, um eine umfassende Abdeckung aller relevanten Fähigkeiten sicherzustellen.

Die staatliche Prüfung zur Heilkundeübertragung ist bestanden, wenn jede der o.a. Modulprüfungen einschließlich der praktischen Prüfung in der Einrichtung des Verbundpartners bestanden ist (§ 37 Abs. 2 Nr. 2a PflAPrV)

5.5 Berufszulassung als Pflegefachperson

Die staatliche Prüfung zur Berufszulassung umfasst jeweils einen mündlichen, schriftlichen und einen praktischen Teil. Gegenstand der staatlichen Prüfung zur Berufszulassung sind die Kompetenzen nach § 39 Absatz 2 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes (PflBG).

Nach § 39 Abs. 3 PflBG und § 32 Abs. 4 PflAPrV werden folgende Module für die schriftliche, staatliche Prüfung zur Berufszulassung, die gemäß § 35 PflAPrV abgehalten wird, festgelegt:
- Pflegeprozess VII (schrP)
- Kommunikation & Beratung II (schrP)
- Ethik II (schrP)

Nach § 39 Abs. 3 PflBG und § 32 Abs. 4 PflAPrV werden folgende Module für die mündliche, staatliche Prüfung zur Berufszulassung, die gemäß § 36 PflAPrV abgehalten wird, festgelegt:
- Medizinisch-psychologische Grundlagen IV (mdlP)
- Intra-/Interprofessionelles Handeln II (mdlP)

Nach § 36 Abs. 4 Satz 2 PflAPrV soll die Prüfung insgesamt für jede zu prüfende Person mindestens 30 Minuten und nicht länger als 45 Minuten dauern. Die praktische Prüfung findet im Rahmen des Moduls Fachpraxis V im Vertiefungseinsatz in den Einrichtungen der Pflege, mit denen eine Kooperationsvereinbarung besteht, statt. Die staatliche Prüfung zur Berufszulassung ist gem. § 39 Satz 2 PflAPrV bestanden, wenn jede der genannten Modulprüfungen einschließlich der praktischen Prüfung in der Einrichtung des Verbundpartners bestanden ist. Die Modulprüfungen, die gemäß Satz 2 bis 4 Teil der staatlichen Prüfung zur Berufszulassung sind, können entgegen der Rahmenprüfungsordnung der Hochschule gem. § 39 Satz 3 PflAPrV nur einmal wiederholt werden.

Der Prüfungsausschuss entscheidet auf Antrag der oder des Studierenden und auf Grundlage der im Studienkonzept geregelten Voraussetzungen über die Zulassung zur praktischen Prüfung als Teil der staatlichen Prüfung zu Berufszulassung. Die Zulassung wird dem Prüfling spätestens zwei Wochen vor Prüfungsbeginn schriftlich mitgeteilt. Für Prüflinge mit besonderen Belangen und Behinderung finden zur Wahrung ihrer Chancengleichheit bei Durchführung der Prüfungen die Regelungen der aktuellen Rahmenprüfungsordnung für die Fachhochschulen in Bayern (RaPO) Anwendung. Der Nachweis der Eignung zur Ausübung des Gesundheits- und Krankenpflegeberufes über ein ärztliches Attest bleibt davon unberührt.

06

6. Schienenplan

Abbildung 1
Schienenplan

1. Semester – Wintersemester

	Oktober					November				Dezember				Januar				Februar				März			
Kalenderwoche	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Hochschule	VF	EWS	VZ										VF		VZ	PZ				VF			EWP		
HS-Präsenz																									
Praxiseinsatz																									

3. Semester – Wintersemester

	Oktober					November				Dezember				Januar				Februar				März			
Kalenderwoche	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Hochschule	VF						VZ						VF		VZ	PZ				VF					
HS-Präsenz																									
Praxiseinsatz																									

5. Semester – Wintersemester – Praxissemester

	Oktober					November				Dezember				Januar				Februar				März			
Kalenderwoche	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Hochschule	VF						VZ						VF		VZ	PZ				VF					
HS-Präsenz			1W		1T		1T	1T		1T	1T	1T			1W										
Praxiseinsatz																									
Praktische Prüfung																									

7. Semester – Wintersemester

	Oktober					November				Dezember				Januar				Februar				März			
Kalenderwoche	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Hochschule	VF						VZ						VF		VZ	PZ						VF			
HS-Präsenz																									
Praxiseinsatz																									
Praktische Prüfung			PP	PP	PP																				

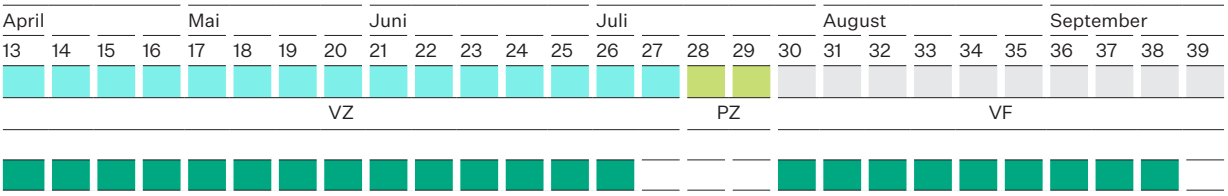
Legende

- VZ Vorlesungszeit
- T Präsenztag
- W Präsenzwoche
- PZ Prüfungszeit
- PP Praktische Prüfung mit Schwepunkteinsatz
- P Abschlussprojekt BA
- P Praxis Pflicht
- 1T Präsenztag mit SkillLab Training zur Prüfunsvorbereitung (FP V)

Erläuterungen
Praxiseinsätze: Die Wochen des Praxiseinsatzes werden mit 38,5 Stunden entsprechend öffentlichen Tarifvertrag gerechnet.
Präsenztage an der Hochschule während des Praxiseinsatzes werden mit 7,7 Stunden gerechnet und von der Praxiseinsatzzeit abgezogen.
begleitendes Theoriemodul: Das begleitende Theoriemodul zum Praxissemester wird mit 5 ECTS, 3 SWS und 45 UE (45 Min.) Kontaktstudium gerechnet.
Urlaub: frei (kein Praxiseinsatz) in der vorlesungsfreien Zeit in Wochen (gem. § 1 Abs. 4 PflAPrV ist der Urlaub in der unterrichtsfreien Zeit zu gewähren.)
Differenz/Reserve: Die Überplanung der Praxiseinsätze bietet Spielraum für die individuelle Planung der Studierenden und für die Kompensation von Ausfällen z.B. wegen Krankheit.
Einsatzbereiche: Anzahl der geplanten Plätze in den jeweiligen Einsatzbereichen: akut-stationär (mind. 400 Std./ 10,4 Wo.), langzeit-stationär (mind. 400 Std.), ambulant (mind. 400 Std.), Pädiatrie (mind. 120 Std./ 3,1 Wo.), Psychiatrie (mind. 120 Std.), sonstige (spezifische Einsatzbereiche für wissenschaftliches Pflegepersonal/ 4 Wo.), Schwerpunkteinsatz mit praktischer Prüfung

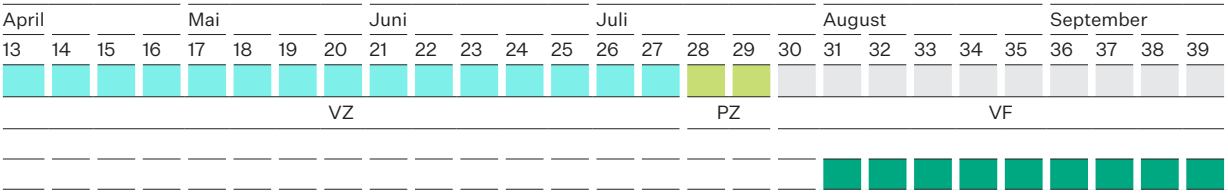
Stand: 15.04.2025

2. Semester – Sommersemester – Praxissemester



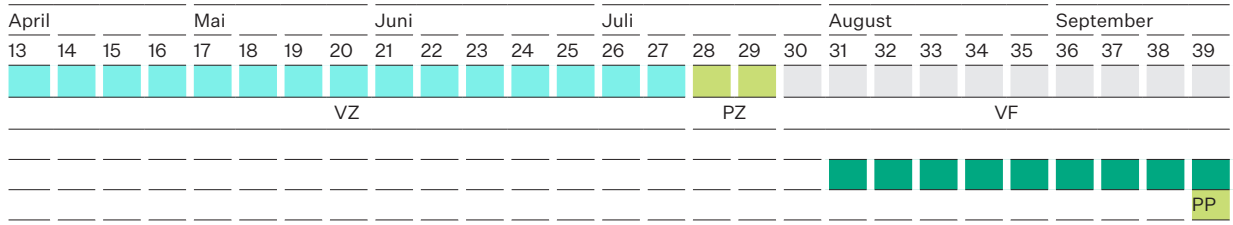
947,1 | 9

4. Semester – Sommersemester



500,5 | 6

6. Semester – Sommersemester



770,5 | 8

146,3 | 9

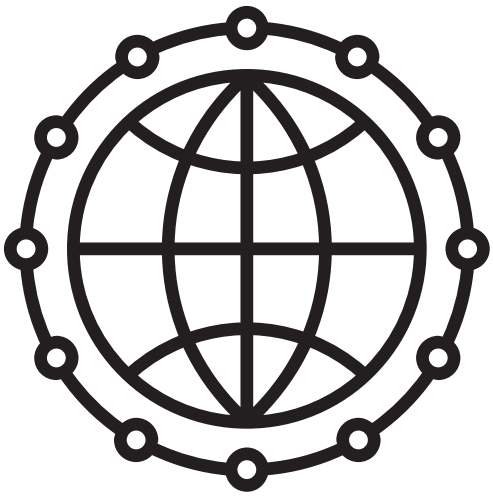
	Praxiseinsatz in Stunden	Urlaub in Wochen
Soll (ohne 200 Std./5 ECTS Fachpraxis)	2.300	
IST Praxiseinsatz gesamt	**2.364,4**	
Differenz/Reserve	64,4	
plus 10% Fehlzeit	230	
Reserve gesamt	294,4	

PARENTAL
ADVISORY
EXPLICIT CONTENT

07

7. Internationalisierung

Die Internationalisierung ist in jedem Studiengang und insbesondere im primärqualifizierenden Bachelorstudiengang Pflege eine wichtige Querschnittsaufgabe, die nicht mit einem einzelnen Modul oder durch ein Auslandssemester einzelner Studierender bewältigt werden kann. Pflegeforschung ist international und aktuell besonders stark in den anglo-amerikanischen und skandinavischen Ländern entwickelt. Für eine wissenschaftlich fundierte Pflegepraxis müssen Pflegefachpersonen in der Lage sein, die Forschungslage international zu sondieren und zu bewerten. Englische Sprachkenntnisse sind hier eine wichtige Voraussetzung.



Die gesellschaftliche Herausforderung zur Bewältigung der mit der Zuwanderung verbundenen Integrationsaufgaben muss von der aktuellen und den nachfolgenden Generationen gemeistert werden. Interkulturelle Kompetenz ist somit eine Schlüsselkompetenz in der beruflichen Bildung (Hofmuth & Weber 2011: 25). Professionen zeichnen sich durch einen „Respekt vor der Autonomie Lebenswelt“ (Behrens 2019: 57) aus, wobei die Lebenswelt biographisch gewachsen und kulturell beeinflusst ist. Der Anteil an Menschen mit sog. Migrationshintergrund unter den pflegebedürftigen Menschen und unter der Belegschaft in den Gesundheitseinrichtungen steigt stetig an. Im Juni 2023 waren rund 16 Prozent der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Pflegefachpersonen in Deutschland Ausländer. Bundesweit belief sich der Ausländeranteil unter sozialversicherungspflichtig Beschäftigten insgesamt ebenfalls auf rund 15 Prozent (STATISTA 2024). Etwa 8% der Pflegebedürftigen in Privathaushalten haben einen Migrationshintergrund (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2024). Rund 10 Prozent der Pflegebedürftigen haben nach der Schätzung des ZQP (2024) einen Migrationshintergrund. Die erhöhte Mobilität von Arbeitnehmer:innen auf dem Weltmarkt und auf dem Europäischen Binnenmarkt spielt dabei eine große Rolle. Die Thematik auf die aktuellen Flucht- und Migrationsbewegungen zu reduzieren, würde den komplexen Akkulturationsprozessen und der Individualität des Menschen mit seiner jeweils einzigartigen Biografie nicht gerecht werden. Nicht nur Menschen mit Migrationshintergrund sind von komplexen Akkulturationsprozessen betroffen. Der Kulturbegriff muss hier weiter gefasst werden und schließt „Binnenkulturen“ mit ein. So hat beispielsweise der Krankenhausaufenthalt in der Großstadt für eine Bäuerin vom Lande ggf. eine andere Bedeutung als für eine Patientin, die in der Großstadt lebt und arbeitet. Eine Altenpflegerin, die viele Jahre in Langzeitpflegeeinrichtungen gearbeitet hat, ist in die Pflege anders akkulturiert und sozialisiert als eine Fachkraft für Anästhesie und Intensivpflege im Akutpflegebereich.

Individuelle Akkulturationsprozesse bedingen unterschiedlich kulturell geprägte Haltungen und Werte. Welche Bedeutung die Menschen ihren Gesundheits-, Krankheits- und Lebensprozessen, wie Geburt und Tod, zuschreiben, ist eng verwoben mit diesen kulturell geprägten Werten und Vorverständnissen, die sich lebensgeschichtlich individuell entwickeln. Pflege befasst sich mit diesen Bedeutungszuschreibungen und unterstützt Menschen u.a. dabei, Gesundheit und Krankheit zu verstehen und in ihren Lebenslauf sowie in ihre Lebenswelt zu integrieren. Kulturelle Achtsamkeit (Rew et al. 2014), interkulturelle Kompetenz und das Bewusstsein über den Einfluss von individuellen Akkulturationsprozessen auf das Gesundheits- und Krankheitserleben sind Schlüsselqualifikationen der professionellen Pflegefachperson, die im Studium entwickelt werden müssen.

Dass Menschen an Therapieprogrammen mitwirken und damit zum Erfolg der Therapie beitragen, und dass Menschen ihre Krankheit in die Alltagspraxis integrieren können, ist wesentlich davon abhängig, wie es dem interdisziplinären Behandlungsteam gelingt, Anschluss an diese im Akkulturationsprozess und biographisch gewachsene Lebenswelt des kranken, pflegebedürftigen Menschen zu finden. Hier kann die Pflege mit ihrem verstehend, diagnostischen Ansatz und ihrer berufsethisch begründeten Offenheit eine wichtige Vermittler- und Übersetzerrolle übernehmen.

Die kulturelle Diversität kann und darf nicht auf die „Volkszugehörigkeit" oder die Nationalität reduziert werden (Mecheril & Seukwa 2006: 8). Das Wissen über Werte, Normen, Rituale und Gewohnheiten bestimmter Gruppen allein ersetzt nicht die empathische Zuwendung zu jedem Einzelnen, der zwar nach außen hin Mitglied einer Gruppe ist, aber dennoch eine ganz individuelle Akkulturation in der Familie und auf seinem Lebensweg erfahren hat. Nehmen wir das Beispiel einer deutschen Geschäftsfrau, die viele Berufsjahre in einem asiatischen Land verbracht hat, sich schließlich mit einem ebenfalls in diesem Land berufstätigen Mann vermählt, der vielleicht ursprünglich aus Südamerika stammt, dann wird deutlich, wie wenig die Nationalität allein, über den Akkulturationsprozess aussagt.

Die internationale Bildungsforschung in der Pflegepädagogik hat hierfür inzwischen Messinstrumente (Rew et al. 2014) entwickelt, die Aspekte der interkulturellen Kompetenz erfassen können. Die Erkenntnisse u.a. aus dem Lehrforschungsprojekt CANDo (Herold-Majumdar 2018) im Rahmen des „QualiFIVE-Programms" der Hochschule München werden zur Umsetzung des Querschnittsprinzips der kulturellen Diversität genutzt. Es gibt bereits einzelne Belege dafür, dass die Fallanalyse und die Diskussion effektive Methoden sind, um transkulturelle Kompetenz bei Pflegestudierenden auszubilden (Chiang-Hanisko & You-Qing 2014: 21).

Das **International Office** an der Hochschule München vernetzt die Einzelstrategien der Fakultäten zu einer hochschulweiten Internationalisierungsstrategie. So kann der pflegewissenschaftliche Studiengang von Kooperationen anderer Fachbereiche profitieren oder sich an periodisch stattfindenden, internationalen Veranstaltungen und Netzwerken, wie beispielsweise das INUAS (des International Network of Universities of Applied Sciences) -Netzwerk, aktiv beteiligen. Die Aktivitäten der Pflege sollen hier nur beispielhaft aufgeführt werden. Studierende des dualen Bachelorstudiengangs Angewandte Pflegewissenschaft können an der International Winterschool der Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften am Department für Gesundheit, zu dem seit 2017 die Beziehung gepflegt wird, teilnehmen.

Der jährlich stattfindende „INUAS Expertenworkshop Gesundheit" wurde 2018 an der Fakultät 11 zum Thema "Primary Health Care – Health for All" veranstaltet. Daraus ist ein gemeinsames Buchprojekt entstanden, das im März 2019 erfolgreich abgeschlossen wurde. Studierende der Pflegewissenschaft nehmen seit 2018 an den sog. „Global Sessions, die federführend von der Sozialen Arbeit organisiert werden, teil. Hier werden sowohl „Internationalisierung zu Hause" als auch einwöchige Auslandsaufenthalte bei den kooperierenden Hochschulen u.a. in Schweden, Dänemark, Schottland, Indien und Griechenland angeboten. In diesem Format kann zugleich die interdisziplinäre Zusammenarbeit trainiert und weiterentwickelt werden. Seit 2011 findet ein reger Austausch unter den Studierenden und Lehrenden mit der University of South Carolina, School of Nursing, Aiken, SC, USA statt, wobei im Jahr 2016 Pflege-Studierende der Hochschule München die amerikanische Universität besuchten, in Praxiseinrichtungen und im Skills Lab hospitierten und Einblick in die Kultur des Landes bekamen. Der primärqualifizierende, duale Bachelorstudiengang ist mit den internationalen Studiengängen der Pflegewissenschaft eher gut kompatibel als der duale Bachelorstudiengang und wird zukünftig die Studierenden- und Lehrenden-Mobilität eher ermöglichen. Die Anerkennung von im Ausland erfolgreich abgeleisteten Praxiseinsätzen, Theoriemodulen und fachpraktischen Lerneinheiten soll kann individuell vom Prüfungsausschuss geprüft werden.

In der nachfolgenden Tabelle (Tabelle 3: Internationalisierungsstrategie des primärqualifizierenden Bachelorstudiengangs Angewandte Pflegewissenschaft mit dem Abschluss B.Sc., Pflegefachperson) wird aufgezeigt, wie die Empfehlung der HRK-Mitgliederversammlung vom 9.5.2017 zu den Zielsetzungen der Internationalisierung (BMBF o.J., HRK 2017) für das Curriculum des primärqualifizierenden, dualen Bachelorstudiengangs Angewandte Pflegewissenschaft umgesetzt werden soll.

Tabelle 3
Internationalisierungsstrategie des primärqualifizierenden Bachelorstudiengangs Angewandte Pflegewissenschaft mit dem Abschluss B.Sc., Pflegefachperson

Zielsetzungen nach der Empfehlung der HRK-Mitgliederversammlung vom 9.5.2017	Zielsetzungen des primärqualifizierenden Bachelorstudiengangs Pflege
1. Die Studierenden werden zur interkulturellen Kommunikation befähigt. Der Aufbau interkultureller Kompetenzen vermittelt Studierenden die Fähigkeit, die Standortgebundenheit der eigenen Perspektive und somit die Ausgangsbedingungen eigenen Handelns kritisch zu reflektieren.	Die Studierenden sind zur interkulturellen Kommunikation im intra- und interdisziplinären Team und mit den pflegebedürftigen Menschen in verschiedenen Settings befähigt. Der Aufbau interkultureller Kompetenz befähigt die Studierenden zur Empathie und Perspektivübernahme sowie zur kritischen Reflexion des eigenen, beruflichen Handelns.
2. Die Internationalisierung der Curricula leistet einen wichtigen Beitrag zur Persönlichkeitsentwicklung der Studierenden. Interkulturelle Kompetenz und die hiermit verknüpfte Fähigkeit, interkulturell zu kommunizieren, sind Grundvoraussetzungen sowohl für den Umgang mit dem Anderen wie auch für gemeinsames Handeln. Ohne sie ist die Teilhabe an einer multikulturellen, demokratischen Gesellschaft nicht vorstellbar.	Die Studierenden verfügen über interkulturelle Kompetenz und die Fähigkeit, interkulturell in kulturell diversen Arbeitsteams des Gesundheitswesens zu kommunizieren. Dabei können Sie die im Studium erworbenen Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten auch auf Alltagssituationen des täglichen Lebens übertragen und werden damit zu einem aktiv gestaltenden Mitglied einer demokratischen, offenen Gesellschaft.
3. Die Internationalisierung der Curricula versetzt die Studierenden in die Lage, interdisziplinär und vergleichend zu arbeiten.	Die Internationalisierung des Curriculums versetzt die Studierenden in die Lage, im interdisziplinären Team in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen zu arbeiten. Kultursensible, pflegerische Phänomene können in kulturell diversen Teams benannt und diskutiert werden, um für die pflegebedürftige Person zu einer validen und handlungsleitenden Beurteilung zu kommen.
4. Die Internationalisierung der Curricula erweitert die Fremdsprachenkenntnisse der Studierenden und fördert ihre Fähigkeit, in internationalen Teams zu arbeiten.	Die Studierenden erwerben Fremdsprachenkenntnisse und Kenntnisse über die Spezifika verschiedener Kulturen, um in internationalen Teams und mit pflegebedürftigen Menschen unterschiedlicher Akkulturation effektiv zu arbeiten.
5. Die Internationalisierung der Curricula erhöht die internationale Beschäftigungsfähigkeit der Studierenden, indem sie ihnen eine globale Perspektive auf ihr Studiengebiet, ihre Fachdisziplin und ihren späteren Beruf ermöglicht.	Die Studierenden haben ihre Beschäftigungsfähigkeit in internationalen Teams und in Settings, in denen mit pflegebedürftigen Menschen unterschiedlicher Akkulturation gearbeitet wird, erhöht. Die Potentiale internationaler und multikultureller Teams werden erkannt und genutzt. Hindernisse und Probleme werden erkannt und die Studierenden können dafür konstruktive Lösungen entwickeln bzw. effektiv beitragen, Lösungen zu entwickeln.

Umsetzung
im Curriculum und Konzept

Gezielte Auswahl von Fällen und Problemstellungen für die Lehre in Theorie, Praxis und Simulation mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen. Beispielsweise Fallarbeit mit Patient:innen, die einen Migrationshintergrund haben.

Interkulturelle Kompetenz und die Fähigkeit, interkulturell in kulturell diversen Arbeitsteams zu kommunizieren werden durch die gezielte Auswahl von Problemstellungen und Fallsituationen und durch didaktische Methoden entwickelt. Z. B. Thematisierung und Reflexion diverser, kultureller Hintergründe und Prägungen der Studierenden selbst. Aktuell hat die Studiengruppe einen Anteil an ausländischen Studierenden von ca. 5 Prozent (Messung SoSe 2024).

Simulation von Interaktionssituationen im Pflegeteam mit Mitgliedern, die einen Migrationshintergrund haben.

Pflegerische Phänomene und Fallsituationen mit diversen, kulturellen Hintergründen werden sowohl in Studiengruppen an der Hochschule als auch im klinischen Setting mit möglichst diverser Zusammensetzung kollegial beraten. Dies kann z. B. in Form von Fallkonferenzen oder im Rahmen der Praxisanleitung und –begleitung erfolgen.

Bsp.: Durch das Lesen, Analysieren und Diskutieren von englischsprachigen Forschungsberichten werden die fachlich spezifischen Sprachkenntnisse („Medical English“) erweitert und geübt. Fall- und problembezogen werden diverse Kulturen vertiefend erforscht, sodass die Studierenden ihre Kenntnisse erweitern können.

Hospitationsbesuche im In- und Ausland befähigen die Studierenden, sich auf internationale Teams einzustellen sowie in multikulturellen Teams professionell zu arbeiten. Die kollegiale Bratung von Fällen im klinischen Setting und in kulturell diversen Teams erhöhen die kulturelle Achtsamkeit und die Fähigkeit im Arbeitskontext professionell mit kulturell beeinflussten, pflegerischen Phänomen umzugehen.

ThinkBook

08

8. Qualitätssicherung und -entwicklung

Die Qualitätssicherung und Entwicklung des Studienprogramms integriert die Anforderungen der unterschiedlichen Anspruchsgruppen, prioritär der Studierenden, der pflegebedürftigen Menschen und deren Bezugspersonen, der Lehrenden der Hochschule, der Verbundpartner:innen der Berufspraxis, der externen Lehrbeauftragten, der hochschulinternen Partner:innen (z. B. Mitarbeiter:innen des Prüfungsamtes) u.v.m. Es wird der Anspruch einer evidenzbasierten und Person zentrierten Lehre erhoben, was die Ausrichtung des Programms an den Lernenden und Lehrenden und an dem aktuellen Stand des Wissens über effektive, wissenschaftlich überprüften pädagogische Strategien und didaktischen Methoden bedeutet. Die Inhalte müssen ebenfalls dem State-of-the-Art entsprechen, was eine hohe Anforderung an das Lehrpersonal und die Studierenden stellt. Die formative und summative Evaluation des Studienprogramms aus der Perspektive der Anspruchsgruppen stellt ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung und Entwicklung dar. Hierbei sollen zunächst die Einschätzungen der Studierenden und der Praxispartner:innen (z.B. Praxisanleitung) erhoben werden, die dann in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess einfließen. Die Überwachung der Qualität erfolgt u.a. über die Statistik der zentralen Hochschulverwaltung (u.a. Entwicklung der Studienzahlen /Immatrikulation, Abbruchquoten, Studiendauer, Abschlussnote), die Lehrevaluation, die Evaluation der Praxiseinsätze von Seiten der Studierenden (z. B. Auswertung der Praxiseinsatz- und Fehlzeiten, der Beurteilungsbögen und der Beurteilung der Praxisanleiter:innen durch die Studierenden) und von Seiten der zentralen Praxisanleiter:innen (z. B. Organisation des Praxiseinsatzes von Seiten der Hochschule).

Die Akkreditierung stellt ein wichtiges Instrument der externen Qualitätssicherung und Entwicklung dar. Die Auditor:innen der Akkreditierungsagentur lassen ihr Know-How und ihre Kenntnis von anderen, vergleichbaren Programmen einfließen. Zudem schauen auch fachfremde Personen auf das Programm und können die „Betriebsblindheit“ ausgleichen. Dem externen Audit ist ein internes Audit durch die zentrale QM-Abteilung der Hochschule vorgeschaltet. Der Auditzeitplan sieht ein internes Audit und eine Selbsteinschätzung vor, die das externe Audit optimal vorbereitet. Alle nachfolgend erläuterten QM-Bestandteile sind in Abbildung 2 zu einem QM-System zueinander in Beziehung gesetzt und übersichtlich dargestellt.

8.1 Qualitätspolitik

Die Qualitätspolitik und die Ziele sind mindestens jährlich von der Studiengangsleitung und Studienfachberatung mit dem Kollegium abzustimmen und weiterzuentwickeln. Die für das Programm kalkulierten Ressourcen (u.a. Lehrkapazität, Mittel für das Clinical Simulation Lab) müssen ebenfalls überprüft werden.

Abbildung 2
Qualitätssicherungssystem
Angewandte Pflegewissenschaft (B. Sc. Pfelgefachperson)

Hochschule

Akkreditierung AHPGS

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V.

zuständige Professur

- Studien-Einführungswoche
- summative u. formative Lehrevaluation
- Peer-Mentoring
- Absolvent:innen Befragung
- Analyse der Prüfungs- und Immatrikulationsstatistik
- allgemeine und fachbezogene Studienberatung
- Beratung kritischer Fälle im Prüfungsausschuss
- Supervision (LfP), Peer-Mentoring
- Maßnahmen zur Adhärenz am Studienprogramm

Employability und Berufseinmündung

- Career Day
- Career Center
- Strascheg Center
- Verbleibstudie
- Alumniarbeit

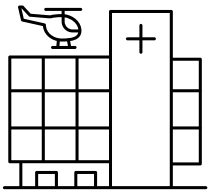
- Fachpraktische Lehre
- Schienenplan
- Praxisbegleitung
- praxisbezogene Aufgaben und Projekte
- wissenschaftliche Fragestellungen aus der Praxis
- Praxisreferenz

Pflege-Fachkommission HM Prüfungsausschuss

Regulation Berufszulassung

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege

Regierung von Oberbayern



Praxiseinrichtung

ZPA Praxisanleitung

- Praxis-Einführungswoche
- Studienplan für den Praxiseinsatz mit Lernzielen
- Praxisbegleitbuch
- QS Praxisanleitung
- Personalentwicklung
- Evaluation der Praxisanleitung und -begleitung durch die Studierenden
- wissenschaftlich fundierte Beurteilungshilfen für die Leistungsbeurteilung der Studierenden im Praxiseinsatz

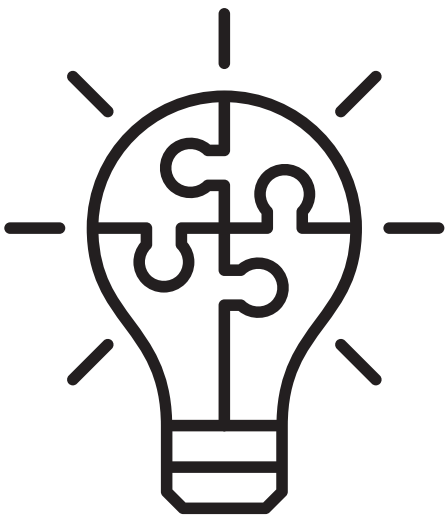
8.2 Qualitätsziele

Nachfolgend werden die Ziele für das Qualitätsmanagement (QM) aufgeführt und erläutert. Diese Ziele dienen als allgemeine Orientierung für das gesamte Studienprogramm und werden ergänzt bzw. konkretisiert durch die spezifischen Lehr-/Lernziele, die die Dozent:innen in den einzelnen, curricularen Einheiten verfolgen.

8.2.1 Studierbarkeit/Orientierung des Studienplans an den Anforderungen der Studierenden

Die Studierbarkeit und Orientierung des Studienplans an den Anforderungen der Studierenden stellt in dem primärqualifizierenden und berufsintegrierenden Studiengang eine besondere Herausforderung dar. Der hohe Praxisanteil (insgesamt mind. 2.300 Stunden Pflichtpraktikum) muss mit dem anspruchsvollen, theoretischen und wissenschaftlichen Studium vereinbart werden. Der Schienenplan stellt dabei ein zentrales Tool dar, das einen transparenten Überblick über die Planung des Studienablaufs bietet und zugleich die Phasen des theoretischen Studiums, der Prüfung, des Praxiseinsatzes und der Regeneration (vorlesungsfreie und praxisfreie Zeit) aufeinander optimal abstimmt. Im Schienenplan wird bei den Praxiseinsatzphasen ein Puffer eingeplant, sodass Ausfälle, z. B. aufgrund von Krankheit, kompensiert werden können, ohne dass die Studierenden gleich aus der Struktur fallen. Für die Einführung ins Studium (Studieneinführungswoche) und zur Vorbereitung auf den ersten Praxiseinsatz (Praxiseinführungswoche) wird eine sog. „Einführungswoche“ geplant, in der sich die Studierenden und Vertreter:innen der Praxisstellen kennenlernen können.

Die Praxis-Einführungswoche wird konzeptionell und didaktisch von der Hochschule zusammen mit den Praxispartnern geplant, um den Studierenden den Einstieg in die berufliche Praxis zu erleichtern und die Qualität der Praxisanleitung von Anfang an zu sichern.



8.2.2 Qualitätssicherung der Praxisanleitung

Die Mindestanforderungen an die Qualifikation der Praxisanleiter:innen (§ 4 Satz 2 PflAPrV) und an den prozentualen Anteil an Stunden, die mindestens im Praxiseinsatz angeleitet werden, sind in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung sowie im Pflegeberufegesetz geregelt. Die Praxisanleitung, die von den spezifisch qualifizierten Mitarbeiter:innen der Praxispartner direkt vor Ort im klinischen Setting durchgeführt wird, stellt einen wichtigen Baustein der Qualität der praktischen Ausbildung dar. Gemäß § 6 Satz 3 PflBG und § 4 Abs. 1 PflAPrV sind für die berufliche Ausbildung mindestens 10 Prozent der während eines Einsatzes zu leistenden praktischen Ausbildungszeit von einem/r nach § 4 Abs. 2 und 3 sowie § 31 Abs. 1 entsprechend ausgebildeten Praxisanleiter/in zu begleiten. Aufgrund der erweiterten Ausbildungsziele der hochschulischen Pflegeausbildung gem. § 37 PflBG, bei der u.a. komplexe Aufgaben der Implementierung von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Praxis und der Steuerung von Pflege- und Überleitungsprozessen zu leisten sind, wird eine Praxisanleitung entsprechend erhöhter Anteil an angeleiteter Praxis angestrebt. Dazu kann im Einvernehmen mit der kooperierenden Praxiseinrichtung vereinbart werden, dass bis zu einem bestimmten Zeitpunkt entsprechend viele und spezifisch ausgebildete Praxisanleiter:innen zur Verfügung stehen. Zunächst soll mindestens die zentrale Praxisanleitung über einen Bachelorabschluss in einem pflegewissenschaftlichen Studiengang, bestenfalls in einem pflegepädagogischen Studiengang, verfügen. Über die Pflegefachkommission HM und im Rahmen der Praxisbegleitung in den Praxiseinrichtungen durch Lehrende der Hochschule werden die Praxisanleiter:innen in Bezug auf eine wissenschaftlich fundierte Praxisanleitung beraten und unterstützt. In der Pflegefachkommission HM können Probleme der Praxisanleitung diskutiert und Lösungen entwickelt werden. Die studentische Vertretung in der Pflegefachkommission HM kann Anliegen der Studierenden in Bezug auf die Praxisanleitung und die Verzahnung von Theorie und Praxis einbringen.

8.2.3 Praxisbegleitung

Ein weiterer, wichtiger Baustein der Qualitätssicherung und Entwicklung der praktischen, hochschulischen Ausbildung ist die Praxisbegleitung (§31 Abs. 2 PflAPrV), die von Lehrenden der Hochschule in enger Abstimmung mit der Praxiseinrichtung und den Praxisanleiter:innen durchgeführt wird. Die zentrale Praxisanleitung (ZPA) in den Praxiseinrichtungen fungiert hierbei als Ansprechpartner:in und Koordinator:in. Für die Konzeption, Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Praxisbegleitung und des Praxiskonzeptes sorgt eine Professur mit klinisch-pädagogischer Ausrichtung. Die Einbindung der Praxisanleiter:innen in die didaktischen Konzepte der Praxisbegleitung z. B. im Rahmen einer gemeinsamen Fallbesprechung soll den Austausch zwischen Hochschule und Praxiseinrichtung befördern und die Praxisentwicklung unterstützen. Dabei können beispielsweise neue, wissenschaftliche Erkenntnisse ausgetauscht und wissenschaftlich fundierte Methoden (z. B. kollegiale Beratung) gemeinsam umgesetzt werden. Praxisbezogene Aufgabenstellungen (z. B. Analyse und Reflexion einer Gesprächssituation in der beruflichen Praxis) und betriebsbezogene Projektarbeit unterstützen zusätzlich die Theorie-Praxis Vernetzung. Dabei führen die Studierenden Projektarbeiten im betrieblichen Feld durch, nutzen den Betrieb als Feldzugang (arbeitsverbundenes Lernen) oder entwickeln Lösungen für betriebliche Problemstellungen. Der Anwendungsbezug wird somit unmittelbar hergestellt. Die Projektaufgaben und Ziele können an den Studienfortschritt angepasst werden und können schließlich in das wissenschaftliche Abschlussprojekt im Rahmen der Bachelorarbeit münden Die von den Praxisbegleiter:innen betreuten, betriebsbezogenen Projekte können zur Praxisentwicklung der Praxiseinrichtung beitragen, wobei die zentrale Praxisanleitung zusammen mit den autorisierten Stellen der Praxiseinrichtung darüber entscheidet, in welchem Rahmen und mit welchem Umfang die Projekte durchgeführt werden sollen, ohne den betrieblichen Ablauf und die Patientenversorgung zu beeinträchtigen. Studierende erfahren bei der Umsetzung der Projekte, wie die Genehmigungs- und Umsetzungsprozesse in der beruflichen Praxis und im Forschungsfeld konkret ablaufen und werden auf die Projektleitung nach der beruflichen Einmündung sehr gut vorbereitet. Von Seiten der Hochschule gibt es Qualitätsstandards und prüfungsrechtliche Regelungen für die Pflichtpraktika. So stellt ein Studienplan mit klar definierten Studienzielen, die im Praktikum erreicht werden sollen, die Voraussetzung für die Zulassung zum Praktikum dar. Über die Vorgaben der PflAPrV hinaus regelt die Rahmenprüfungsordnung der Hochschule, wann das Pflichtpraktikum vom Prüfungsausschuss als erfolgreich abgeleistet bestätigt werden kann. Darüber hinaus werden die Qualitätsstandards für Praktika der Hochschulrektorenkonferenz (Hochschulrektorenkonferenz Projekt nexus 2016) berücksichtigt.

8.2.4 Supervision

In der beruflichen Praxis werden die Studierenden im Rahmen ihrer Praxiseinsätze mit herausfordernden, physisch, psychisch und seelisch beanspruchenden Situationen konfrontiert. Leid, Schmerz, entstelltes, äußeres Erscheinungsbild von pflegebedürftigen Menschen, Sterben, Trauer, herausfordernde Verhaltensweisen, Gewalt und Aggression, um nur beispielhaft einige Herausforderungen zu nennen, müssen bewältigt werden. Dabei werden die Studierenden nicht immer behutsam an solche Situationen herangeführt, sondern sind oftmals überraschend damit konfrontiert. Inwiefern diese beanspruchenden Situationen als Belastung von Studierenden erlebt werden, hängt von mehreren Faktoren ab, u.a. von eigenen Vorerfahrungen, von individuellen Bewältigungsstrategien oder von deren sozialen Netzwerken, in denen sie Unterstützung finden können. Die Praxiseinrichtungen verfügen über unterschiedliche Strukturen und personelle Ressourcen, die Studierenden und die Pflegeteams, in denen die Studierenden ihr Praktikum absolvieren, hinsichtlich beanspruchender, berufsbezogener Fälle zu beraten und zu unterstützen. Deshalb ist es erforderlich, an der Hochschule ein strukturiertes und systematisches Angebot der Supervision zu implementieren.

Supervision dient der Kommunikation und der Beratung berufsbezogener Fälle, die aktuell oder potenziell zu einer besonderen Beanspruchung auf physischer, psychischer oder seelischer Ebene führen können.

Sie soll entlasten, Handlungsoptionen und das eigene Handlungsrepertoire erweitern, v.a. in Bezug auf Bewältigungsstrategien und professionelle Strategien und die Handlungssicherheit erhöhen. Supervision dient nicht nur der Psychohygiene, sondern auch der Qualitätssicherung. Fälle erhöhter Beanspruchung können noch vor Eintreten einer Überlastungssituation erkannt und bearbeitet werden. Die Professionalität der Studierenden auf der emotionalen, psychischen und seelischen Ebene wird gefördert, was für das Arbeitsbündnis mit der pflegebedürftigen Person und für die Teamarbeit von großer Bedeutung ist. Die Studierenden werden ans Studienprogramm und an die Hochschule, als ein Ort des Rückzugs und der Reflexion der Berufspraxis, gebunden. Studienabbrüche, aufgrund einer Überlastung, können vermieden werden. Konflikte in der Studiengruppe oder Konflikte der Studierenden mit den Programmverantwortlichen können konstruktiv bearbeitet werden.

Supervision wird im primärqualifizierenden Bachelorstudiengang Angewandte Pflegewissenschaft parallel zu den geplanten Praxiseinsatzzeiten im Rahmen der Präsenztage und –wochen von der Hochschule angeboten. Dabei können supervisorisch weitergebildete Lehrkräfte für besondere Aufgaben oder externe Supervisor:innen als Lehrbeauftragte eingesetzt werden. Auch Peer-Gruppen können sich supervisorisch unterstützen, was den Zusammenhalt der Studiengruppe und der studiengruppenübergreifenden Fachschaft fördert. Auch für die Lehrenden, die die Studierenden in der Praxis begleiten, muss es die Möglichkeit der Supervision geben. Die Gruppensupervision beispielsweise im Rahmen einer kollegialen Beratung kann durch gezielte Einzelsupervision unterstützt werden. Das supervisorische Angebot kann mit den Leistungen der Studienberatung und anderen, zentralen Diensten, wie beispielsweise dem psychologischen Dienst verknüpft werden.

Ergänzt wird das Supervisionsangebot durch das Mentorship-Programm des Landesamtes für Pflege. Der Vorteil dieses Programms ist, dass psychologisch ausgebildete Fachpersonen als externe, von der Hochschule und den Praxiseinrichtungen unabhängige Berater:innen den Studierenden zur Verfügung stehen. Über das Programm wird an der HM regelmäßig informiert.

8.2.5 Verzahnung von Theorie und Praxis

Zu jeder Modulbeschreibung im Modulhandbuch gibt es detaillierte, didaktische Hinweise für die Kompetenzentwicklung der Studierenden, die Orientierung an beruflichen Situationen und Fällen (problem-based learning, Anwendungsbezug) und die Ausrichtung auf das berufliche Handeln. Für die Verzahnung von Theorie und Praxis werden „Hinweise für das Lernen in der simulativen Lernumgebung“ (Fachkommission nach § 53 PflBG 2019: 25) gemäß Rahmenlehrplan der Fachkommission nach § 53 PflBG zu jedem Theoriemodul gegeben. Damit erhalten auch externe Lehrbeauftragte eine klare Struktur für Ihre Lehre, die diese inhaltlich sowie methodisch-didaktisch in ihrer Qualität sichert.

Die Stelle der Praxisreferenz wirkt als Bindeglied zwischen den Praxiseinrichtungen und der Hochschule.

Sie ist verantwortlich, für die Koordination der Praxiseinsätze und die zuverlässige Dokumentation der geleisteten Stunden in den verschiedenen Einsatzbereichen. Ein EDV-gestütztes Planungstool unterstützt bei der Überwachung der Studienpläne zur Planung der Praxiseinsätze, der Praxisbeurteilung, der Fehlzeiten und der Mindesteinsatzzeiten. Die Gesamtkoordination und Verantwortung übernimmt eine pflegewissenschaftliche Professur, die klinisch und pädagogisch ausgerichtet ist. Den Praxiseinrichtungen werden wissenschaftlich und theoretisch fundierte Beurteilungshilfen von der Hochschule zur Verfügung gestellt. Die Studierenden erhalten dabei die Möglichkeit, sich selbst einzuschätzen und eine anonymisierte Beurteilung der Praxisanleitung abzugeben. Diese Beurteilungen der Praxisanleitung werden systematisch erfasst und ausgewertet und die Ergebnisse fließen in den Qualitätsentwicklungsprozess ein.

Die Fachpraktische Lehre, die in der simulativen Lernumgebung an der Hochschule oder in der Praxiseinrichtung stattfinden kann, bietet den Studierenden einen geschützten Raum, indem berufspraktische Fähigkeiten und Fertigkeiten entwickelt und eingeübt werden können. Für den praktischen Teil der Prüfung zur Berufszulassung wird im Curriculum ein eigenständiges Modul (FP V) gem. § 37 PflAPrV angelegt, das aufbauend auf die fachpraktischen Module, die theoretischen Module und die Praxiseinsätze optimal auf die praktische Prüfung mit realen Patient:innen vorbereitet. Im Rahmen dieses Moduls werden die Stunden in der Woche vor der Prüfung geblockt, um die Studierenden intensiv auf die Performanz im klinischen Setting vorzubereiten. Das Simulationslernen im Labor wird über den Studienverlauf sukzessive über mehrere Module aufgebaut, indem zunächst zu Studienbeginn mit einfachen Aufgabestellungen bzw. Einzeltätigkeiten zum Einüben von Fertigkeiten (Skills Training) begonnen wird, um am Ende des Studiums die Studierenden zu befähigen, hochkomplexe Szenarien der Simulation von Fallsituationen eigenständig zu bewältigen. In dieses Modul werden u.a. auch die Kompetenzen zur Organisation und Durchführung von Interventionen bei lebensbedrohlichen Krisen- und Katastrophensituationen bis zum Eintreffen der Ärztin/des Arztes und/oder anderer Ersthelfer:innen (vgl. Anlage 5 I 4. PflAPrV) im Sinne des Disaster Nursing und der Ersten Hilfe entwickelt.

8.2.6 Intensivierung der berufspraktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten in klinischen Simulationslaboren

Das arbeitsorientierte Lernen in der simulativen Lernumgebung, in der möglichst realitätsnah (high fidelity) berufliche Situationen nachgestellt werden, trägt nachweislich zur Entwicklung berufspraktischer Fähigkeiten und Fertigkeiten bei. Im geschützten Rahmen können Studierende ohne Gefährdung der Patientensicherheit verschiedene Handlungsoptionen und Techniken ausprobieren und die Konsequenzen ihres Handelns unmittelbar erfahren. Innovative, digital unterstützte Simulationsgeräte mit interaktiven, individuell zu programmierenden und selbstlernenden Tools können mittlerweile auch komplexe Szenarien realitätsnah abbilden. Klinische Erfahrung kann in einer sicheren Lernumgebung erworben werden, was nicht nur zu mehr Patientensicherheit beiträgt (Charité Universitätsmedizin Berlin 2018), sondern auch zu einer höheren Motivation der Studierenden und zu einer festeren Bindung der Studierenden an das Studienprogramm (Robinson & Dearmon 2013). In Bezug auf die von den Studierenden selbst eingeschätzte Fachkompetenz zeigte die Studie von Solvik und Struksnes (2018), dass diese im Rahmen einer guten Anleitung (Tutoring) verbessert werden kann. Im Bereich Methodenkompetenz brachte das Einüben der Skills ein höheres Sicherheitsgefühl für eine spätere eigenständige Durchführung im Rahmen des Praxiseinsatzes mit realen Patient:innen. Zur Selbstkompetenz ergab sich bei Solvik und Struksnes (2018) eine Erhöhung des Selbstvertrauens in Form von einer Bestätigung, den richtigen Berufszweig gewählt zu haben. Die Ergebnisse der Metaanalyse von Pok-Ja Oh und Kolleg:innen (2015) belegen, dass Simulationslernen mit standardisierten Patientenfällen einen positiven Effekt auf die Lernmotivation und damit auf das Wissen und die klinischen Fähigkeiten sowie Fertigkeiten hat. Deshalb werden die abgeleisteten Stunden in der fachpraktischen Lehre bei erfolgreichem Bestehen der OSCE-Prüfungen auf die Praxiseinsätze angerechnet, weil die Wirksamkeit dieser Methode wissenschaftlich gut belegt ist.

8.2.7 Lehrevaluation

Die Lehrenden entscheiden im Rahmen der Freiheit der Lehre und des Evaluationskonzeptes der Hochschule über die Art und Weise, wie sie ihre Lehrveranstaltung überprüfen wollen. Dafür stehen Tools der Lernplattform und spezifische Befragungstools z.B. EvaSys® zur Verfügung. Darüber hinaus wird eine jährliche Absolvent:innen-Befragung durchgeführt, die konkrete Hinweise auf Verbesserungspotentiale geben kann. Die Auswertung der Absolvent:innenbefragung wird im Kreis der Studiengangsleitung und Assistenz (Studiengangsleitung, Studienfachberatung, Praxisreferenz, Studiengangsassistenz) diskutiert und ein Maßnahmenplan zur Qualitätsentwicklung und Verbesserung wird vereinbart. Durch den Vergleich mit den Ergebnissen der Absolvent:innenbefragung vorheriger Kohorten können Qualitätsentwicklungen und Verbesserungsbedarfe erkannt werden.

8.2.8 Messung, Analyse und Verbesserung anhand der zentralen Statistik

Die von der zentralen Hochschulverwaltung geführte Statistik wird hinsichtlich der Entwicklung der Immatrikulationszahlen, der Studienabbrecher, der Geschlechterverteilung, des Anteils an ausländischen Studierenden, der Abschlussnoten usw. ausgewertet, um Entwicklungen zu beobachten und um hier ggf. gegenzusteuern. Studienabbrecher:innen können kontaktiert werden, um die Gründe für den Abbruch zu eruieren und um ggf. daraus Schlüsse für Verbesserungspotentiale zu ziehen. Zur Prävention des Studienabbruchs werden Maßnahmen ausgebaut, wie z. B. Peer-Mentoring, Sprechstundenangebote, Studienberatung, erweiterte Prüfungseinsicht mit Beratungsgesprächen, Identifikation von kritischen Fällen beim Notenfeststellungsverfahren und zugehende Beratungsangebote für Studierende, die in ihrem Studienfortschritt gefährdet sind. In der Prüfungskommission werden kritische Fälle hinsichtlich des Studienfortschritts in der praktischen Ausbildung beraten, um ggf. zeitnah Maßnahmen der Praxisanleitung und -begleitung sowie der Studienberatung zu planen. Dafür werden die Beurteilungsbögen der Praxiseinrichtungen und Auswertung der Dokumentation der Einsatzzeiten sowie Fehlzeiten herangezogen.

8.2.9 Peer-Mentoring

Es wird ein Peer-Mentoring-System aufgebaut, bei dem Studierende in fortgeschrittenen, übergeordneten Semestern Studierende der unteren Semester begleiten und beraten. Gemeinsame Einheiten in den klinischen Simulationslaboren ermöglichen den Wissenstransfer, aber auch die Vernetzung und Pflege der Kontakte zwischen den Kohorten unterschiedlicher Semester. Darüber hinaus können die Studierenden über die studentische Vertretung weitere Peer-Mentoring-Angebote entwickeln.

Eine gemeinsame „Schulstation“ (Zinndorf et al. 2014) kann Studierende unterschiedlicher Kohorten und Studienfachrichtungen im berufspraktischen Lernsetting zu einem Team zusammenführen, sodass die Studierenden nicht nur voneinander lernen, sondern auch die Arbeit in Teams mit Skill-Grade-Mix üben und entwickeln können.

Um Pflegebedarfe gezielt und effektiv zu decken, müssen unterschiedliche Qualifikationsniveaus in Pflegeteams (Qualifikations-Mix oder Grade-Mix) intelligent und evidenzbasiert kombiniert werden (Darmann-Finck & Baumeister 2017).

8.2.10 Studienberatung

Die Studierenden können sich mit Fragen zum Studium an die allgemeine Studienberatung der Hochschule und der Fakultät und an die spezielle Studienfachberatung, an die Studiengangassistenz und Praxisreferenz wenden, sowie externe Angebote z. B. des Studentenwerks wahrnehmen. Die Studienberatung bietet schon vor dem Studium Informationen, Orientierung und Entscheidungsfindung. Studienbewerber:innen ohne Abitur können Informationen zu alternativen Wegen an die Hochschule erhalten. Sie unterstützt bei der Studienvorbereitung, Selbsteinschätzung der Studierfähigkeit und gibt Informationen über Vorbereitungsmöglichkeiten auf das Studium. Förderung und Finanzierung mit Informationen rund um die Themen Stipendien und Studienfinanzierung, Beratungsangebote für Studierende mit Familienaufgaben und in besonderen Lebenssituationen, sowie die Beratung für behinderte und chronisch kranke Studierende runden das Angebot ab.

8.2.11 Employability und erfolgreiche Berufseinmündung

Bedarf der Wirtschaft und Arbeitsmarktchancen
Die Gesundheitswirtschaft bildet einen zentralen Wirtschaftszweig. Bundesweit beläuft sich die Gesundheitsquote mittlerweile auf fast 12 Prozent der Gesamtwirtschaftsleistung. Die Pflege übernimmt bei der Bruttowertschöpfung als größte Berufsgruppe einen erheblichen Anteil.

Charakteristisch für die Gesundheitswirtschaft der Stadt München ist sowohl die breite akutstationäre Versorgung, die die mehr als vierzig Krankenhäuser bieten, als auch die spezialisierte Spitzenmedizin der beiden Universitätsklinika der Technischen Universität München und der Ludwig-Maximilians-Universität München sowie der München Klinik. Sie ziehen dadurch Patienten aus dem In- und Ausland nach München. Folglich entfällt in der Stadt München ein hoher Anteil der Beschäftigten der Gesundheitswirtschaft und damit auch der Pflege auf die Krankenhauslandschaft. Der Ballungsraum München mit seinem flächen- und bevölkerungsmäßig großen Landkreis zeigt einen hohen Bedarf an Pflegefachpersonen für die Langzeitpflege von zum Teil schwer- und auch intensiv-pflegebedürftigen Bürger:innen.

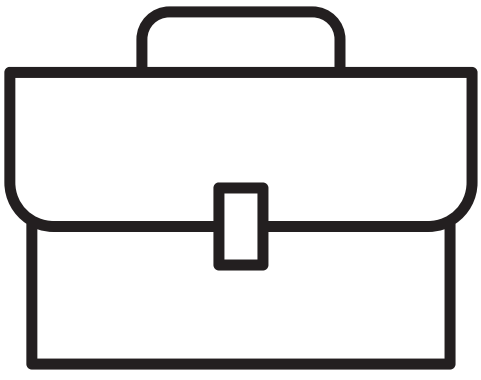
Der Altenquotient (Anzahl 65-Jährige oder Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren) betrug 2022 in Bayern 26,4 Prozent und steigt voraussichtlich 2042 auf 29,6 Prozent (Statistisches Landesamt Bayern 2024). Da in dieser Altersgruppe das Risiko für Pflegebedürftigkeit ebenfalls ansteigt, ist mit einem hohen Bedarf an pflegerischen Leistungen zu rechnen. Die Komplexität der nachgefragten Leistungen im ambulanten Setting und im Übergang zu stationären Versorgungsangeboten erfordert Pflegepersonen mit hoher, fachlicher Expertise, die auch in der Lage sind, die Leistungen an den neuen, wissenschaftlichen Erkenntnissen und an neuer Technologie auszurichten. Beispielsweise wird sich der Bereich der technischen Assistenzsysteme einschließlich Robotik in der häuslichen Versorgung in Zukunft ausweiten. Die bedarfsgerechte, selbstbestimmte und evidenzbasierte Anwendung solcher, technischer Assistenzsysteme bedarf eines berufsethisch reflektierten und evidenzbasierten Handlungsansatzes. Darüber hinaus sind Pflegefachpersonen gefordert, sich laufend selbstständig Wissen anzueignen, worauf die Studierenden des primärqualifizierenden Studiengangs Angewandte Pflegewissenschaft vorbereitet werden.

Der Landkreis München bildet zudem einen der international bedeutendsten Standorte für die Life-Science-Branchen, besonders der Biotechnologie am Standort Martinsried. Damit ist eine Vielzahl an Beschäftigten in Herstellung und Handel von medizinischen Produkten verbunden. Auch nehmen bei den Unternehmen und Einrichtungen der Life-Science-Branche ebenso wie an den Kliniken die Ausbildung und Forschung eine zentrale Rolle ein. Exemplarische Beispiele bilden die drei

weltbekannten Max-Planck-Institute für Neurobiologie, Biochemie in Martinsried und für Psychiatrie in München und das Helmholtz Zentrum München in Neuherberg (Arbeitsgruppe Wirtschaft der Europäischen Metropolregion München e.V. 2019). Diese neu entwickelten und wissenschaftlich getesteten Produkte müssen aber auch in die Anwendung kommen. Hier können grundständig akademisch ausgebildete Pflegewissenschaftler:innen mit einem hohen Praxisbezug eine Schlüsselfunktion übernehmen. Absolvent:innen des bestehenden, dualen Bachelorstudiengangs, sind in dieses Feld bereits erfolgreich beruflich eingemündet.

Unter Berücksichtigung des demographischen Wandels und der 2019 erfassten positiven Trends auf dem Pflegearbeitsmarkt, also einer eher günstigen und optimistischen Variante der Vorausberechnung läge die Zahl der verfügbaren Pflegekräfte nach dem Statistischen Bundesamt (2024) bereits im Jahr 2034 um 90 000 unter dem erwarteten Bedarf. Bis 2049 würde sich diese Lücke weiter auf voraussichtlich 280 000 Pflegekräfte vergrößern, sodass knapp ein Fünftel (+17 %) mehr Pflegekräfte benötigt würden, als 2019 in diesen Berufen arbeiteten. Das Pflegeberufereformgesetz PflBRefG 2017 und die damit einhergehende Umstellung der primärqualifizierenden Pflegestudiengänge mit integrierter Berufsausbildung als Pflegefachperson hat bundesweit zu einem Einbruch der Studierendenzahlen geführt (SVR 2024), sodass zumindest für die dringend benötigten akademischen Pflegefachpersonen der positive Trend auf dem Pflegearbeitsmarkt nicht verzeichnet werden kann. Der Anteil an Spezialisten, zu denen die Absolvent:innen des Bachelorstudiengangs Angewandte Pflegewissenschaft gezählt werden können, liegt aktuell bei nur 5,5 Prozent und derjenige an Experten (Master-Abschluss Advanced Nursing Practice) gar nur bei 1,9 Prozent (SVR 2024). Die Ergebnisse der Spitzenmedizin, die die Metropolregion München bietet, können nur nachhaltig gesichert werden, wenn die Pflege und die medizinischen Fachberufe in der Versorgungskette und im interdisziplinären Behandlungsteam eigenverantwortlich, fachlich und wissenschaftlich fundiert handeln. Dabei ist es wichtig, dass die Kompetenz unmittelbar im Pflege- und Versorgungsprozess von pflegebedürftigen Menschen eingesetzt wird. Nach Angaben der Regierung (Springer Medizinverlag 2019) arbeiteten im Dezember 2017 insgesamt 1306 Beschäftigte mit einer akademischen pflegewissenschaftlichen Ausbildung in ambulanten Pflegediensten. Das entspricht einer Quote von 0,34 Prozent aller Beschäftigten. 591 dieser Personen waren überwiegend in der Pflegedienstleitung tätig, nur 202 in der körperbezogenen Pflege. Nicht viel höher lag der Anteil der Akademiker:innen in den Pflegeheimen. Dort waren zum gleichen Zeitpunkt 3444 Personen mit einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung beschäftigt – ein Anteil von 0,45 Prozent. Davon seien 603 Beschäftigte hauptsächlich mit der körperbezogenen Pflege beschäftigt gewesen, weitere 251 mit der Betreuung. In Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen arbeiteten Ende 2017 laut Bundesregierung 4000 akademisch ausgebildete Kräfte. Hier weist die Bundesagentur für Arbeit in ihrer Statistik aber auch Führungskräfte ohne pflegewissenschaftlichen Hintergrund aus.
Mit der Einführung eines primärqualifizierenden Pflegestudiums werden neue Zielgruppen für eine Ausbildung in der Pflege angesprochen. Es können sich neue Perspektiven für die berufliche und die akademische Karriere eröffnen, die Schulabgänger:innen motivieren, ein Studium aufzunehmen und den Beruf zu ergreifen. Hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen stärken die Qualität in der Pflege durch erweiterte, in der wissenschaftlichen Ausbildung vermittelte Kompetenzen.

Ziel des Studiums ist die persönliche Weiterentwicklung, Bildung und Profilbildung der Studierenden, die Weiterentwicklung des Fachs und der Forschung sowie die erfolgreiche Einmündung der Absolvent:innen in das Berufsfeld. Dabei können Absolvent:innen in der direkten Pflege in unterschiedlichen Settings arbeiten, die Einschätzung und Steuerung von hoch komplexen Fällen durchführen, im Qualitätsmanagement, in der Überleitungspflege, in der Gesundheitsförderung und im Bereich des Public Health tätig werden, um nur einige Beispiele aufzuzählen. Bei Fragen zum Berufseinstieg unterstützt zusätzlich zur Studienberatung das CAREER Center. Hier werden auch Kurse, die spezifisch auf das Berufsleben vorbereiten (z. B. QM, Software-Kurse, Bewerbungsmappen-Check), angeboten. Ein jährlich stattfindender Career-Day bringt die Studierenden mit potentiellen Arbeitgeber:innen in dem spezifischen Feld der Pflege zusammen. Das Programm



beinhaltet einen fachlichen Austausch mit Diskussion von Fragen der Aufgaben- bzw. Stellengestaltung und Organisationsentwicklung sowie eine Messe mit Ausstellern aus der Pflege-Branche. Das Career Center bietet dabei einen Bewerbungsmappen-Check an, um die Studierenden auf die Phase der Jobsuche optimal vorzubereiten. Das Strascheg Center kann Studierenden mit einer Gründungsidee zusätzlich beratend und begleitend zur Seite stehen.

Verbleibstudien mit vergleichender, strukturierter Befragung der beruflich eingemündeten Absolvent:innen liefern Ergebnisse u.a. über die Berufsfelder, in die die Studierenden nach dem Studium einmünden, über die Einstiegsgehälter und die beruflichen Perspektiven. Aus diesen Ergebnissen können Rückschlüsse für die Qualität der Lehre in Bezug auf eine optimale Vorbereitung der Studierenden auf die berufliche Praxis gezogen werden. In der Pflegefachkommission HM kann mit den Vertreter:innen der Praxiseinrichtung die berufliche Einmündung besprochen und reflektiert werden. Auch daraus können Konsequenzen für die inhaltliche und ablauforganisatorische Planung des Studiengangs gezogen werden, um die berufliche Einmündung der Studierenden optimal vorzubereiten und zu unterstützen. Im Verbundvertrag mit den Praxiseinrichtungen ist vereinbart, dass die Studierenden bei den Abschlussprojekten von den Praxispartnern unterstützt werden, sodass hier ggf. bereits Referenzprojekte entstehen, die die berufliche Einmündung bei den Praxispartnern als potentielle Arbeitgeber befördern. Bei der Betreuung und wissenschaftlichen Begleitung dieser Abschlussarbeiten ist darauf zu achten, dass die Studierenden durch Abschlussprojekte, die mit der Praxis verknüpft sind („Auftragsforschung“) nicht in ihrer wissenschaftlichen Freiheit eingeengt oder überfordert werden. Ein begleitendes Kolloquium, in dem die Abschlussprojekte im wissenschaftlichen Diskurs entwickelt werden, unterstützt die Studierenden bei diesem Vorhaben. Im Kolloquium können Erfahrungen und Wissen ausgetauscht werden. Zugleich können die Studierenden Entlastung im Kolloquium erfahren, wenn sie sich mit den Kommiliton:innen auf Augenhöhe beraten. Der wissenschaftliche Diskurs mit Argumentation des eigenen, methodischen Vorgehens im Abschlussprojekt kann geübt und die Diskursfähigkeit entwickelt werden. Die wissenschaftliche Leitung des Kolloquiums und die Betreuung der Abschlussarbeiten durch eine:n Professor:in tragen zur Qualität der Abschlussprojekte bei.

Alumniarbeit

Die Alumni-Aktivitäten der Hochschule München besteht aus einer zentralen Alumni Verwaltung sowie Fakultätseigenen Alumni-Vereinen und –Aktivitäten. Das Angebot der Zentralen Alumni Verwaltung erstreckt sich auf das Verschicken von Newslettern mit aktuellen Informationen, Kongressen, Fach-, Kultur- und Freizeitveranstaltungen (wie etwa Big Band, Chor und Hochschulsport) der Hochschule München und hilft bei verlorenen, nicht auffindbaren oder benötigten Abschlusszeugnissen, Studiennachweis, Exmatrikulationsbescheinigungen oder Beglaubigungen von Dokumenten. In Zusammenarbeit mit dem Career Center haben Alumni die Möglichkeit einerseits von den Unternehmenskooperationen zu profitieren und anderseits an den meisten Fort- und Weiterbildungsangeboten (nach Rücksprache) teilzunehmen (außer den Qualifizierungsprogramm QMF, QMB und AdA). Spezielle Weiterbildungen, welche nur auf Alumni zugeschnitten sind, gibt es zu diesem Zeitpunkt noch nicht.

Dem Verein „Freunde der Hochschule München e.V.“ gehören Freunde und Alumni sowie Vertreter:innen aus Wirtschaft und Politik an. Der Beitrag der Mitglieder:innen hat den Zweck den Bekanntheitsgrad der HM zu steigern, Einfluss auf die weitere Entwicklung der HM zu nehmen, berufliche Erfahrungen mit Studierenden zu teilen und direkt in einzelnen Projekten finanziell und persönlich mitzuwirken.

Die zentrale Alumni Datenbank setzt sich überwiegenden aus ehemaligen Studierenden zusammen. Darunter befinden sich auch ausländische Vollzeitstudierende sowie Austauschstudierende, diese werden in der Datenbank jedoch nicht extra als solche gekennzeichnet.

Ebenfalls gibt es eine offizielle Hochschulgruppe auf XING und LinkedIn. Die beiden Gruppen sind offen und sowohl für aktuelle Studierende, Alumni, Mitarbeiter:innen, Professor:innen, andere Interessierte etc. Es gibt ebenfalls eine Alumni HM XING Gruppe welche jedoch nicht von der Hochschule verwaltet wird.

Besonders großen Wert legt die Fakultät auf die Verabschiedung der Absolvent:innen. Im Rahmen einer Absolvent:innen-Feier, die jährlich stattfindet, werden alle Abgänger:innen gewürdigt. Im dualen Bachelorstudiengang Pflege treten die Studierenden während des Studienverlaufs bereits von Beginn an in Kontakt mit Alumni in Form von Lehrbeauftragten, Gastdozenten:innen und Redner:innen bei Fachtagungen und Kongressen, um eine enge Verknüpfung zwischen Theorie und Praxis nach dem neusten Stand

8.2.12 Innovation und Weiterentwicklung durch Forschung, Evaluation und Akkreditierung

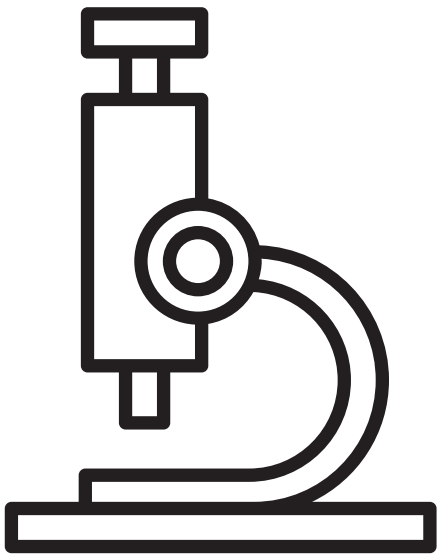
der Erkenntnisse zu gewährleisten. Beim jährlichen Karrieretag des dualen Bachelorstudiengangs Pflege berichten u.a. Alumni über ihre berufliche Einmündung, Erfahrungen und ihren bisherigen Werdegang.

Viele der Alumni des ehemaligen Studiengangs Pflege Dual arbeiten inzwischen in den unterschiedlichsten Positionen der Pflegelandschaft, so entstehen immer wieder neue Kooperationen und Netzwerke, welche die Möglichkeit bieten im Rahmen von Bachelor- und Masterarbeiten an Forschungsprojekten mitzuwirken oder an interessante Stellenangebote zu gelangen.

Zukünftig werden ebenfalls offizielle HM-pflegestudiengangspezifische Gruppen für Alumni, Studierende und Interessierte auf XING, LinkedIN und anderen sozialen Netzwerken (wie z. B. Research Gate, Facebook oder Instagram) aktiv..

Lehrende der Hochschule führen parallel zu ihrer Lehrverpflichtung anwendungsorientierte, pflegewissenschaftliche Forschungsprojekte durch. Dadurch bleiben sie auf dem Stand des Wissens und tragen zur Weiterentwicklung des aktuellen Wissensstandes aktiv bei. Die neuen Erkenntnisse aus diesen Forschungsprojekten und die Erfahrung mit wissenschaftlichen Methoden können die Lehrenden in die Lehre einfließen lassen. Damit wird gewährleistet, dass die Lehre am State-of-the-Art ausgerichtet wird und dass theoretisches Methodenwissen praxisnah gelehrt wird. Die einzelnen Forschungsaktivitäten können auf der Homepage der Fakultät (www.sw.hm.edu) eingesehen werden.

Auf Basis der Lehrevaluation wird die Gesamtkonzeption des Curriculums und des Schienenplans laufend überprüft und ggf. angepasst. Die Studierbarkeit und die theorie-Praxis-Theorie-Vernetzung spielen dabei u.a. eine große Rolle. Studienformate werden an aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse der Lernforschung angepasst.



09

9. Modulhandbuch: Beschreibung der einzelnen Module nach Semester

Evidence-based Nursing (EBN) 1 | Modulbereich Wissen

Modul BNS_W_01	Semester 1	Niveau: 1-2	SWS: 4	ECTS: 5
Evidence-based Nursing (EBN) 1	Grundlagen des wissenschaftlichen Arbeitens, gute wissenschaftliche Praxis, Grundlagen des EbN-Prozesses, klinische Entscheidungsfindung, shared decision making und interne Evidence *Pflegewissenschaftliches Denken (2 SWS)* *Methoden der empirischen Pflegeforschung (2 SWS)*			
Autor:in	Witzmann, Markus			
Verantwortung	Siehe Anlage Studienplan			
Aufwand: 150 h	Kontaktstudium: 60	Selbststudium: 40	Prüfungsvorbereitungen: 50	
Rahmenlehrplan Fachkommission nach § 53 PflBG	CE 04, CE 05, CE 06, CE 07, CE 08, CE 09, DE 10, CE 11			
PflAPrV	Anlage 2: V 1 a-d, 2a Anlage 5 Teil A: V 1., 2., 3.			

Relevanz

In diesem Modul werden grundlegende Theorien, Konzepte und Forschungsbefunde der Pflegewissenschaft als Fachwissenschaft und der weiteren Wissenschaften als Bezugswissenschaften (z. B. Psychologie, Medizin, Soziologie) vermittelt. Ebenso Kenntnisse über Forschungsmethoden und Aufbau und Ablauf von Forschungsprojekten. Dabei steht das Erlernen und Reflektieren des eigenen Handelns auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen im Vordergrund sowie das Erkennen der Möglichkeiten und Grenzen von Pflegeforschung. Darüber hinaus wird die eigenständige Übernahme ärztlicher Tätigkeiten, die im Sinne der Heilkundeübertragung, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig sind, mit einbezogen.

Schwerpunkte sind:

A. Techniken wissenschaftlichen Arbeitens (denken, lesen, zuhören, fragen, schreiben, sprechen)
   a. Lektüre ausgewählter (pflegewissenschaftlicher) Studien sowie kritische Auseinandersetzung mit deren Relevanz für das Pflegehandeln
   b. Wissenschaftliches Schreiben wie Hausarbeiten und Referate im Studium
   c. Literaturrecherche/Literaturanalyse
   d. medizinische und pflegewissenschaftliche Datenbanken

B. Durchführung wissenschaftlicher Arbeiten
   a. Aufbau, Gestaltung und Dokumentation von Forschungsprozessen inkl. kritischer Bewertung von Studiendesigns
   b. Evidence-based Nursing anhand von Musterfällen bzw. Situationsanalysen im pflegerischen Setting; interne und externe Evidence

C. Wissenschaftliche Gütekriterien/Tugenden
   a. Hauptkriterien: Objektivität, Repräsentativität, Reliabilität, Validität
   b. Nebenkriterien: Akzeptanz, Nutzen, Ökonomie

Tugenden und Prinzipien, wie forschungsethisches Handeln, klinische Entscheidungsfindung, shared decision making, gute wissenschaftliche Praxis

Erwartete Kompetenzen

FK = Fachkompetenz
MK = Methodenkompetenz
SoK = Sozialkompetenz
SeK = Selbstkompetenz

Die Studierenden:

- erschließen sich wissenschaftlich fundiertes Wissen zu ausgewählten Themen und wenden einige Kriterien zur Bewertung von Informationen an (V.1.b).
- wirken an Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie -verbesserung und der Weiterentwicklung wissenschaftlich gesicherter einrichtungsspezifischer Konzepte mit (IV.1.b).
- setzen sich für die Umsetzung evidenzbasierter und/oder interprofessioneller Leitlinien und Standards ein und leisten so einen Beitrag zur Weiterentwicklung einrichtungsspezifischer Konzepte (IV.1.b).
- begründen und reflektieren das Pflegehandeln kontinuierlich auf der Basis von vielfältigen oder spezifischen pflegewissenschaftlichen und bezugswissenschaftlichen evidenzbasierten Studienergebnissen, Theorien, Konzepten und Modellen und

▶ Erwartete Kompetenzen

setzen sich auch mit den Erwartungen in Zusammenhang mit der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten auseinander (V.1.c).
- Handeln auf der Grundlage pflege- und bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse bezogen auf die Pflege von alten Menschen, auch im Sinne einer erweiterten heilkundlichen Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen, die von einer Demenz betroffen sind und reflektieren und bewerten ihr Pflegehandeln hinsichtlich möglicher Verbesserung (V.1.c).
- wissen wie und wo wissenschaftliche Studienberichte guter Qualität zu finden sind und beherrschen Methoden und Techniken der wissenschaftlichen Recherche und haben diese auf einschlägigen, pflegewissenschaftlichen und bezugswissenschaftlichen Datenbanken eingeübt.

Detailkompetenzen sind:
Die Studierenden
- wissen um die historische Entwicklung der Pflegeforschung (FK, MK)
- haben den Prozess (pflege)wissenschaftlichen Forschens und Erkennens nachvollzogen und sich ansatzweise methodologische Grundlagen der empirischen Pflegeforschung erarbeitet (FK, MK)
- haben sich die Relevanz pflegewissenschaftlicher Theorien unterschiedlicher Reichweite für die Pflegeforschung bewusstgemacht (FK, MK)
- wissen grundsätzlich, wie eine (pflege)wissenschaftliche Fragestellung entsteht und wie sie systematisch bearbeitet werden kann (FK, MK)
- besitzen Fähigkeit zur Entwicklung und Anwendung ausgewählter Methoden und Techniken im Kontext von Forschungsprojekten (FK, MK, SeK)
- sind in der Lage, sich mit pflegewissenschaftlichen Untersuchungen kritisch-reflektierend auseinanderzusetzen und deren Anwendung einzuordnen (FK, MK, SeK)
- kennen die theoretischen Grundlagen und das Vorgehen des Evidence-based Nursing und können dies anhand von Musterfällen (Fragestellungen) unter Einbeziehung interner und externer Evidence unter Anleitung durchführen (FK, MK, SeK)
- sind in der Lage, das Pflegehandeln fall-, situations- und zielorientiert sowie wissenschaftsbasiert oder -orientiert zu strukturieren und zu begründen (FK, MK, SeK)
- tragen mit eigener Beteiligung zur klinischen Entscheidungsfindung bei (FK, MK, SeK)
- Kenntnisse der rechtlichen und ethischen Voraussetzungen und Regelungen für Forschungsvorhaben (FK, MK, SeK)
- erwerben Entscheidungspraxis und Legitimation in Bezug auf Forschungen (FK, MK, SeK) sowie
- Sensibilisierung für ethische Fragen der Forschung an Patienten und Probanden (FK, MK, SeK)
- Sind in der Lage die eigenen Defizite und Potentiale bzgl. der eigenverantwortlichen Übernahme von ärztlichen Aufgaben im Rahmen der Heilkundeübertragung ein und bilden sich im Sinne des lebenslangen Lernens fort bzw. weiter (FK, MK, SoK,)
- nutzen ein vertieftes, kritisches pflege- und bezugswissenschaftliches Wissen, um zu pflegende Menschen mit Demenz und ihre Bezugspersonen bei der Krankheits- und Situationsbewältigung zu unterstützen (FK, MK, SoK)

Inhalte Situationsmerkmale

Handlungsanlässe
- Pflegeanamnese, Pflegediagnose, Pflegeplanung und Ableitung von Pflegemaßnahmen, Pflegeüberleitung/-nachsorge
- An Pflegephänomenen orientierte Wissensrecherche und -bewertung, auch unter Nutzung von digitalen Informations- und Kommunikationstechnologien
- Erschließung und Bewertung externer Evidence für die Einbringung in die Pflegeplanung und Aushandlung mit dem Pflegenden
- Erschließung und Bewertung interner Evidence des Pflegenden Einbringung in die Pflegeplanung
- Wissenschaftliches Handeln in pflegerelevanten Handlungsfeldern, anhand von Musterfällen, wie Kinder- und Jugendlichenversorgung, Akutversorgung, Rehabilitation, Altenhilfe
- Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Pflegeprozessgestaltung in herausfordernden Pflegesituationen
- Ausrichten des Pflegehandelns an aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, welches auch dazu befähigt, Tätigkeiten der ärztlichen Heilkundeübertragung richtig einschätzen zu können.

▶ Inhalte

Situationsmerkmale

Kontextbedingungen

- wissenschaftstheoretische Strömungen und ihre Bedeutung für die Pflegewissenschaft
- Wissenschaftshistorie/Entwicklung der Pflegewissenschaft im historischen Verlauf
- Pflegewissenschaft im Kontext der Sozial- und Geisteswissenschaften / Bezugswissenschaftliche Theorien der Pflege
- erkenntnistheoretische Grundlagen
- Forschungsansätze/-methoden
- Tugenden, Gütekriterien, Prinzipien wissenschaftlichen Vorgehens / Handelns
- Pflegetheorien und -modelle
- Pflegediagnosen/-prozess
- Pflegeprobleme/-phänomene
- Wissensgenerierung im pflegerischen Setting
- Einbringung pflegewissenschaftlicher Kenntnisse in das multiprofessionelle Setting
- Umsetzung EBN im Pflegealltag
- pflegewissenschaftliche Erkenntnisse: Studien, Leitlinien, Qualitätsstandards/ Expertenstandards Pflege
- rechtliche Rahmenbedingungen der interprofessionellen Schnittstellen, der Delegation und Übernahme ärztlicher Aufgaben

Ausgewählte Akteure

- Einbindung von Pflegenden, Angehörige und Bezugspersonen in den EBN-Prozess bzw. bei wissenschaftlichen Studien
- Interprofessionelle Team in Versorgungsalltag (wie Ärzte, Psychologen)
- Ethikkommission bei Forschungsvorhaben
- Wissenschaftliche Fachgesellschaften
- Forschungsinstitute und Aufsichtsbehörden
- Wissenschafts-/Forschungsgemeinschaft
- Wissenschaftliche Mitarbeiter in Forschungsprojekten, Projektleitungen und Study-Nurse(es)

Erleben, deuten, verarbeiten

- sich wissenschaftliche Erkenntnisse erschließen, reflektieren und in das eigene Handeln integrieren
- wissenschaftliches Vorgehen entdecken, lernen und sich selbst in seiner Rolle/ Funktion als wissenschaftlich tätige Person erleben
- als auf der Grundlage wissenschaftlicher Kenntnisse tätige Person in der Pflege erfahren
- Interesse entwickeln für wissenschaftliches Arbeiten

Handlungsmuster

- Handeln unter aktiver Einbeziehung wissenschaftlicher Erkenntnisse
- relevante wissenschaftliche Informationsquellen kennen und mit Datenbanken arbeiten können
- pflegewissenschaftliche Studien lesen und kritisch bewerten können
- pflegewissenschaftliche Erkenntnisse in das Pflegehandeln wie die Gestaltung des Pflegeprozesses einbringen
- Möglichkeiten und Grenzen wissenschaftlicher Forschung kennen und in die Entscheidungsfindung bzw. das eigene Handeln einbeziehen
- Gütekriterien, Tugenden wissenschaftlichen Handelns kennen und im Versorgungsalltag anwenden bzw. bei eigenen wissenschaftlichen Arbeiten umsetzen können.
- kritisch-reflektierte Rollengestaltung, insbesondere im Zusammenhang mit der Übernahme ärztlicher Aufgaben

Wissensgrundlagen

- erkenntnistheoretische Grundlagen
- Begriffs-, Hypothesen- und Theoriebildung in Human- und Sozialwissenschaften sowie der Pflegewissenschaft
- methodologische Positionen
- Grundsätze und Vorgehensweisen in der qualitativen und quantitativen Forschung
- Grundlagen über wichtige Methoden empirischer Forschung sowie kritische Reflexion deren Möglichkeiten und Grenzen
- Vermittlung eines Zugangs und der Relevanz von Daten für Wissenschaft und Forschung; Einführung in Datengewinnung, -erhebung und -auswertung
- Grundlagen zu Aufbau, Gestaltung und Dokumentation von Forschungsprozessen inkl. kritischer Bewertung von Studiendesigns
- Lektüre ausgewählter (pflegewissenschaftlicher) Studien sowie kritische Auseinandersetzung mit deren Relevanz für das Pflegehandeln
- Verständnis, Theorie und Methode des Evidence-based Nursing; Möglichkeiten und Grenzen sowie Reflexion für das eigene Handeln als Pflegefachkraft

▶Evidence-based Nursing (EBN) 1	Modulbereich Wissen
▶Wissensgrundlagen	• Beitrag der Pflegewissenschaft zur Verbesserung der Pflegequalität in den verschiedenen Settings (z. B. anhand von Expertenstandard, Leitlinien, Assessments, oder durch erweitertes Wissen im Bereich der Physiologie und Pathophysiologie sowie ärztlichen Diagnostik und Therapieverfahren an der Schnittstelle zur Medizin) • Tugenden, Gütekriterien, wissenschaftlichen Vorgehens
Lernen in der simulativen Lernumgebung	• Teilnahme an einem simulierten Peer-Review • Teilnahme an einer simulierten EBN-Fallbesprechung zu einem relevanten Pflegeproblem
Anregung für Lern- und Arbeitsaufgaben	• Bearbeitung ausgewählter pflegewissenschaftlicher und bezugswissenschaftlicher Studien • Kritische Auseinandersetzung mit deren Relevanz für das Pflegehandeln (z. B. Umsetzung im Pflegealltag) • Analyse eines Forschungsprozesses anhand einer ausgewählten Studie; Erarbeitung des Studiendesigns, des Vorgehens, der Ergebnisse und Interpretation • Erarbeitung von Fallorientierten Vorgehen auf der Basis -Evidence-based Nursing-; Möglichkeiten und Grenzen sowie Reflexion für das eigene Handeln als Pflegefachkraft • Beitrag der Pflegewissenschaft zur Verbesserung der Pflegequalität in den verschiedenen Settings (z. B. anhand von Expertenstandard, Leitlinien, Assessments)
Didaktischer Kommentar	Lehrveranstaltungsart: Ü 3/20 TN (3 Gruppen à max. 20 Teilnehmer:innen) problemorientiertes Lernen anhand von ausgewählten Studien und Musterfällen paktische Übungen anhand ausgewählter pflegewissenschaftlicher und bezugswissenschaftlicher Studien, die auch einen Bezug zur ärztlichen Heilkundeübertragung herstellen.
Ausgewählte Literatur	Bücher: 1. Behrens, J., Langer, G. (2022) Evidence-based Nursing and Caring. 5. Auflage, Bern: Huber. 2. Bortz, J., Döring, N. (2006) Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer. 3. Brandenburg, H., Dorschner, S. (Hrsg.) (2008) Pflegewissenschaft 1. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in das wissenschaftliche Denken in der Pflege. Bern: Huber. 4. Brandenburg, H., Panfil, E., Mayer, H. (Hrsg.) (2007) Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegeforschung. Bern: Huber. 5. Grove, S. K., Cipher, D. J. (2024) Statistics for Nursing Research: A Workbook for Evidence-Based Practice, Elsevier, 4. Edition 6. Loibiondo-Wood, G., Haber, J., (2022) Nursing Research – Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice, Elsevier, 10 Edition 7. Mayer, H. (2007) Pflegeforschung kennenlernen. Wien: Facultas. 8. Müller, M. (2010) Statistik für die Pflege. Bern: Huber. 9. Panfil E.-M. (2022) Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege. 4 Auflage, Bern: Huber 10. Reinhard, K. (2002) Schreiben. Ein Handbuch für Pflegende. Bern: Huber 11. Schaeffer, D., Wingenfeld, K. (Hrsg.) (2011) Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa. Zeitschriften: • Pflegewissenschaft: Journal für Pflegewissenschaft und Pflegepraxis. ISSN 1662-3029; siehe: https://www.pflege-wissenschaft.info/ • Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft: Pflege und Gesellschaft; siehe: https://dg-pflegewissenschaft.de/veroeffentlichungen/pflege-gesellschaft/ • Pflege: Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe. Hogrefe; siehe: https://www.hogrefe.de/produkte/zeitschriften/pflege • Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung: Siehe: https://www.dip.de/aktuelles
Vorkenntnisse	Pflegetheorie, Pflegeprozess
Prüfung	ModA

Pflegeprozess I

Modulbereich Wissen

Modul BNS_W_02	Semester 1	Niveau: 6	SWS: 4	ECTS: 5
Pflegeprozess I	Bedarfsermittlung, pflegerisches / lebenslaufspezifisches Assessment, Critical Thinking			
Autor:in	Boldt			
Verantwortung	Siehe Anlage Studienplan			
Aufwand: 150 h	Kontaktstudium: 60	Selbststudium: 50	Prüfungsvorbereitungen: 40	
Rahmenlehrplan Fachkommission nach § 53 PflBG	CE 01			
PflAPrV	Anlage 2: 1a, b, c, d, e, h, 2e, 3c, 5a, 6a, II 1a, b, c, d, 2c			
	Anlage 5 Teil A: I 1., V 3.			

Relevanz

Um eine hohe Pflegequalität gewährleisten zu können, muss Pflege als strukturierter und kritisch durchdachter Prozess gesehen und gestaltet werden. Der Pflegeprozess muss von Pflegenden als berufsspezifische Arbeitsmethode bei jedem Pflegebedürftigen angewendet werden, um Individualität und Autonomie der zu pflegenden Menschen sicherzustellen. Die Studierenden brauchen grundlegende Kompetenzen zur Kontaktaufnahme mit zu pflegenden Menschen und nehmen eigene Gefühle und Deutungen in der Beziehungsgestaltung wahr. Der empathische Perspektivenwechsel von der Selbst- zur Fremdwahrnehmung ist dabei unabdingbar.

Die Anwendung des Pflegeprozesses unterstützt die Studierenden dabei, die Pflege zu strukturieren und nach Prioritäten zu ordnen, sich auf die Pflegephänomene zu konzentrieren und norm- und werteorientierte Denkweisen zu schulen, um in theoretischen, simulierten und klinischen Situationen kritisch zu denken.

Der besonderen Verantwortung von Pflegenden wird vor allem im selbstständigen Verantwortungs- und Aufgabenbereich entsprochen (§ 5 Abs. 3 PflBG). Mit der Feststellung des Pflegebedarfs, der Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie der Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege sind Aufgaben erfasst, die Pflegenden mit der Berufsbezeichnung Pflegefachperson vorbehalten sind. Sie beschreiben zugleich die berufsspezifische Arbeitsmethode des Pflegeprozesses. Der selbstständige Verantwortungs- und Aufgabenbereich bezieht sich auf die Pflegeprozessverantwortung und schließt die neu geregelten und rechtlich besonders geschützten vorbehaltenen Tätigkeiten sowie die Übernahme von Tätigkeiten des Arztes bzw. der Ärztin im Sinne der Heilkundeübertragung,ein.

Die „Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und der Planung der Pflege“ (§ 4 Abs. 2 Nr. 1 PflBG), die „Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses“ (§ 4 Abs. 2 Nr. 2 PflBG) sind als Phasen des Pflegeprozesses und zugleich als vorbehaltene Tätigkeiten künftig unter einen besonderen Schutz gestellt. Die vorbehaltenen Tätigkeiten sind gerechtfertigt durch den Schutz der Gesundheit des zu pflegenden Menschen. Hiermit ist zugleich eine besondere rechtliche und berufsethische Verantwortung verbunden.

Reflexivität ist eines der grundlegenden Prinzipien des Pflegeprozesses, indem dieser auf der Basis einer gemeinsam mit der zu pflegenden Person durchgeführten Evaluation/Bewertung immer wieder überprüft und ggf. angepasst wird. Um reflexive Fähigkeiten, die in einem risikobehafteten Handlungsfeld wie der Pflege unabdingbar sind, gezielt aufzubauen, müssen außerdem Formen der strukturellen Reflexion gegeben sein.

Critical Thinking (Kritisches Denken) wird als intellektueller und disziplinierter Prozess von aktiver Konzeptualisierung, Anwendung und Synthese von Informationen beschrieben. Es wird durch Beobachtung, Erfahrung, Reflexion und Kommunikation gesammelt und leitet die Einstellungen und das Handeln von Pflegenden. Kritisches Denken beeinflusst die Aspekte der klinischen Entscheidungsfindung a) der diagnostischen Urteilsbildung, b) der therapeutischen Meinungsfindung und c) der ethischen Entscheidungsfindung. Menschliche Reaktionen sind komplexe Prozesse, die mit Blick auf die Gesundheit, Krankheit und Behinderung interpretiert werden. Daher ist die klinische Entscheidungsfindung im pflegediagnostischen Prozess von ungemeiner Bedeutung (Müller Staub, 2006). Diese ist in Zusammenhang mit der Einschätzung

▶ Relevanz	von eigenen Defiziten und Potentialen bzgl. der eigenverantwortlichen Übernahme von ärztlichen Aufgaben im Rahmen der Heilkundeübertragung zu sehen.
Erwartete Kompetenzen FK = Fachkompetenz MK = Methodenkompetenz SoK = Sozialkompetenz SeK = Selbstkompetenz	Die Studierenden (Kompetenzen in Bezug auf den Pflegeprozess) • kennen den Unterschied zwischen Pflegebedarf und Pflegebedürftigkeit (FK) • verfügen über ein grundlegendes Verständnis von zentralen Theorien und Modellen zum Pflegeprozess und nutzen diese zur Planung von Pflegeprozessen bei Menschen aller Altersstufen (FK, MK) • haben sich mit dem Pflegeprozess als handlungsstrukturierendem Prinzip vertraut gemacht und dessen ordnungsgemäße Anwendung an fiktiven Beispielen eingeübt (FK, MK) • können ausgewählte Beispiele der Pflegeprozessplanung und -dokumentation aus der Praxis nachvollziehen und auch in Zusammenhang mit der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten im Sinne der Heilkundeübertragung setzen(FK, MK) • lernen häufig vorkommende Pflegeanlässe und Pflegebedarfe in unterschiedlichen Lebens- und Entwicklungsphasen in akuten und dauerhaften Pflegesituationen in der Theorie kennen (FK, MK, SK) • haben den Zusammenhang zwischen Pflegeprozess, -dokumentation und -qualität erfasst (FK, MK) • sind in der Lage eine digitale oder analoge Dokumentation von Pflegephänomenen / einer Bedarfsermittlung durchzuführen (FK, MK) • schätzen ihre eigenen Defizite und Potentiale bzgl. der eigenverantwortlichen Übernahme von ärztlichen Aufgaben im Rahmen der Heilkundeübertragung ein und bilden sich im Sinne des lebenslangen Lernens fort bzw. weiter (FK, MK). Die Studierenden (Kompetenzen in Bezug auf die Bedarfsermittlung und zum pflegerischen / lebenslaufspezifischen Assessment) • kennen den Unterschied zwischen Pflegeanamnese und Pflegeassessment (FK) • wurden in die Anwendung ausgewählter einfacher pflegerischer / lebenslaufspezifischer Assessmentverfahren/-instrumente eingeführt (FK, MK) • haben sich die Grundlagen der Pflegediagnostik/-klassifikation angeeignet (FK, MK) • lernen den individuellen Pflegebedarf, potentielle Risiken und Gesundheitsgefährdungen in einfachen akuten und dauerhaften Pflegesituationen kennen und zu erheben (FK, MK) • können spezifische Assessmentinstrumente und -verfahren für ausgewählte Pflegephänomene auswählen und einsetzten (FK, MK) • nutzen ausgewählte Assessmentverfahren und beschreiben den Pflegebedarf unter Verwendung von pflegediagnostischen Begriffen (FK, MK) • erheben pflegebezogene Daten von Menschen aller Altersstufen mit gesundheitlichen Problemlagen sowie zugehörige Ressourcen und Widerstandsfaktoren (FK, MK) • orientieren ihr Handeln an qualitätssichernden Instrumenten, wie insbesondere evidenzbasierten Leitlinien und Standards (FK, MK) • haben die Bedeutung pflegerischer Expertenstandards im Zusammenhang mit dem Pflegeprozess (v.a. der Bedarfsermittlung) verstanden (FK) • kennen die Bedeutung und Nomenklatur von Pflegediagnosen / Pflegeklassifikationssystemen (z. B. NANDA, NIC, NOC, ICF) (FK) • kennen medizinische Diagnosen/Klassifikationssysteme (ICD) und können zu pflegerischen bzw. funktionsorientierten Klassifikationssystemen unterscheiden (FK) • Die Studierenden (zum Critical Thinking) • haben erstmalig kritisches Denken norm- und werteorientiert in der Pflege eingeübt (MK, SK, SeK) • interpretieren und erklären die vorliegenden Daten bei Menschen mit überschaubaren Pflegebedarfen und gesundheitsbedingten Einschränkungen anhand von grundlegenden pflege- und bezugswissenschaftlichen Erkenntnissen (FK, MK) • können den Stellenwert von Biografie- und Lebensweltorientierung für Pflegeprozesse nachvollziehen (FK) • sind zur professionellen, empathischen und kritischen Wahrnehmung, Beobachtung und Interpretation von Bedarfen von Menschen jeden Alters im pflegerischen Kontext eingeführt (SK) • können unklare, nicht eindeutig erklärbare Beobachtungen im Rahmen der Pflegediagnostik festhalten und weiterleiten (MK, SK, SeK) • sind sich über die Bedeutung der klinischen Entscheidungsfindung im pflegediagnostischen Prozess im Klaren (MK, SK, SeK)

Inhalte Situationsmerkmale	**Handlungsanlässe** • Neu-/Wiederaufnahme von pflegebedürftigen Menschen • Zustandsveränderungen von pflegebedürftigen Menschen • Einfache klinische Entscheidungssituationen • Pflegeprozessplanung und -dokumentation des Pflegebedarfs bei pflegebedürftigen Menschen **Kontextbedingungen** • nationale und internationale, pflegespezifische Klassifikationen bzw. Klassifikationssysteme für Gesundheit, Krankheit und Behinderung • Einschätzung der Pflegebedürftigkeit • Einfache klinische Entscheidungssituationen im Pflegeteam **Ausgewählte Akteure** • Studierende mit wenig bzw. keiner Pflegeerfahrung • Kleingruppe im Studium • pflegebedürftige Menschen diversen Alters, Glaubens, Geschlechts, sozialen Status und unterschiedlicher Hautfarbe, Akkulturation, sexueller Orientierung, Nationalität, politischer Einstellung und ethnischer Zugehörigkeit mit krankheitsbedingten Einschränkungen oder Gesundheitsbedürfnissen und ihre Bezugspersonen • (gesetzliche) Vertreter:innen pflegebedürftiger Menschen (z. B. Patientenvertreter:in) **Erleben, deuten, verarbeiten** • pflegebedürftige Personen und Bezugspersonen als Partner:innen im diagnostischen Prozess erleben und stärken • die schmerzliche Erfahrung, dass die Pflegebedarfseinschätzung von eigenen Wahrnehmungsverzerrungen beeinflusst ist und dadurch ggf. nicht valide und zutreffend ist, verarbeiten können • mit pflegebedürftigen Menschen und ihren Bezugspersonen auf Augenhöhe arbeiten • Machtlosigkeit bei der Darlegung und Anerkennung von Pflegebedarf erleben und bewältigen können • sich als kompetent und durchsetzungsstark bei der Darlegung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegeaufwandes erleben **Handlungsmuster** • die Sichtweise und das individuelle Erleben der pflegebedürftigen Person in den Mittelpunkt stellen • initiales Assessment unter Hinzuziehung valider standardisierter Assessmentinstrumente • Anwendung von standardisierten Assessmentinstrumenten hinsichtlich der Nützlichkeit für die Pflegediagnostik • Diagnostizieren von bestehenden Pflegediagnosen • Die Verbindung von medizinischen Diagnosen und Krankheitsbildern auf potenzielle Pflegediagnosen hin einschätzen
Wissensgrundlagen	• „The most important practical lesson that can be given to nurses is to teach them what to observe - how to observe - what symptoms indicate improvement - what the reverse - which are of importance - which are of none - which are the evidence of neglect - and of what kind of neglect.“ (Nightingale, 1860, S.59) • „If we cannot name it, we cannot control it, practice it, teach it, finance it, or put it into public policy“ (Clark & Lang, 1992, S. 109)
Lernen in der simulativen Lernumgebung	• Selbsterfahrungslernen mit Übungen, in denen die Studierenden die Rolle der pflegebedürftigen Person und ihrer Bezugspersonen übernehmen • „Schauspielpatient:innen“ und technische Simulatoren (Dummies) mit nicht-komplexer Krankheitsgeschichte und „einfacher“ Pflegephänomene zur Einschätzung der Situation / der Pflegebedürftigkeit • interprofessionelle Szenarien mit Fokus auf interprofessionelle Zusammenarbeit, Delegation und Übernahme von Aufgaben (in beide Richtungen)
Anregung für Lern- und Arbeitsaufgaben	• Rollenspiele zur ersten Kontaktaufnahme zu fremden Menschen/zum Betreten eines Zimmers von zu pflegenden Menschen z. B. diversen Alters, Glaubens, sozialen Status, sexueller Orientierung und / oder Nationalität • Simulation eines Anamnesegesprächs über Fragen im Zusammenhang mit der Feststellung von Pflegebedürftigkeit, soziodemographischen Variablen und personenbezogenen Faktoren

- Eine Patientin/einen Patienten für einen einfachen operativen Eingriff aufnehmen und die Bedarfe / / Pflegephänomene / Ressourcen / Kontextfaktoren für den Pflegeprozess dokumentieren
- Die Bedarfe / Pflegephänomene / Ressourcen / Kontextfaktoren bei Kindern und Jugendlichen mit akuten oder chronischen Schmerzen erheben. Geeignete Schmerzassessments anbieten
- Pflegediagnosen priorisieren für einen alten Menschen, der nach einem Sturz unter einer Gehirnerschütterung leidet
- Befragen eine Bewohnerin in einer Pflegeinrichtung nach bedeutenden Ereignissen ihrer Biografie
- Ausgewählte bio-psycho-soziale ICF Core Sets reflektieren
- komplexe Szenarien im interprofessionellen Setting mit Fokus auf prozessuale Kompetenzen und Role Making (aktive und kritisch-reflexive Gestaltung der professionellen Rolle) im Versorgungsprozess

Didaktischer Kommentar	Lehrveranstaltungsart: SU 2/30 TN Zum aktuellen Studienfortschritt kann i.d.R. noch nicht auf Situationen aus der beruflichen Praxis zurückgegriffen werden, sodass auf Situationen aus der Lebenswelt der Studierenden Bezug genommen werden muss oder Pflegesituationen simuliert oder konstruiert werden müssen. In der Simulation können berufliche Situationen konstruiert und bearbeitet werden, um die Studierenden auf ihren ersten Praxiseinsatz vorzubereiten. Dabei sollten „Schauspielpatient:innen“ oder Studierende in der Rolle der pflegebedürftigen Person eine nicht-komplexe Krankheitsgeschichte und „einfache“ Pflegephänomene der Person darstellen und erlebbar machen. PoL Planung von Szenarien mit Studierenden und / oder Lehrenden anderer relevanter Professionen (u.a. Medizin, Therapie, Geburtshilfe / Hebammenwesen)
Ausgewählte Literatur	Grundlagenwerke: 1. Alfaro-LeFevre, R., Müller-Staub , M. (Hrsg.) (2013). Pflegeprozess und kritisches Denken: Praxishandbuch zum kritischen Denken, Lösen von Problemen und Fördern von Entwicklungsmöglichkeiten. Bern: Hogrefe. 2. Hollenweger J., Kraus de Camargo O. (Hrsg.) (2011) ICF-CY: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Bern: Huber. 3. Kamitsuru, S., Herdman, T.H. (Hrsg.) (2019). NANDA-I-Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2018-2020. Kassel: RECOM. 4. Lunney, M. (2007). Arbeitsbuch Pflegediagnostik. Bern: Huber. 5. Müller Staub, M., Schalek, K., König, P. (Hrsg.) (2016). Pflegeklassifikationen und pflegerische Begriffssysteme. Pflegeklassifikationen und pflegerische Begriffssysteme. Bern: Hogrefe. 6. Reuschenbach, B., Mahler, C. (Hrsg.) (2011). Pflegebezogene Assessmentinstrumente, Bern: Huber. 7. Stefan, H.; Eberl, J., Schalek, K., Streif, H., Pointner, H. (2006). Praxishandbuch Pflegeprozess: Lernen - Verstehen – Anwenden. Wien: Springer. 8. WHO (2001). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Genf: WHO. Aktuelle Pu blikationen in Zeitschriften: • Nibbelink CW, Brewer BB. Decision-making in nursing practice: An integrative literature review. J Clin Nurs. 2018; 27(5-6):917–928. • Rabelo-Silva ER, Dantas Cavalcanti AC, Ramos Goulart Caldas MC, et al. Advanced Nursing Process quality: Comparing the International Classification for Nursing Practice (ICNP) with the NANDA-International (NANDA-I) and Nursing Interventions Classification (NIC). J Clin Nurs. 2017; 26(3-4):379–387.
Vorkenntnisse	Kritisches Denken im alltäglichen Leben
Prüfung	ModA

Pflegetheorie

Modulbereich Wissen

Modul BNS_W_03	Semester 1	Niveau: 6	SWS: 4	ECTS: 5
Pflegetheorie	Grundlagen der Pflegewissenschaft und Pflegetheorie			
Autor:in	Boldt			
Verantwortung	Siehe Anlage Studienplan			
Aufwand: 150 h	Kontaktstudium: 60	Selbststudium: 50	Prüfungsvorbereitungen: 40	
Rahmenlehrplan Fachkommission nach § 53 PflBG	CE 2, CE 4- CE 11			
PflAPrV	Anlage 2: I 3a-f, 5a-c, 6a, d, II 1b, III 1a, b, V 1a-d, 2d, e, f, g			
	Anlage 5 Teil A: I 7./ V 6., 7.			

Relevanz

Für die Sicherung von qualitativ hochwertiger Pflege ist fundiertes und theoriegeleitetes Fachwissen unabdingbar. Pflegetheorien dienen dazu, Pflegesituationen zu verstehen, zu erklären und sie kritisch zu analysieren. Erst dann ist professionelles und damit reflektiertes und nachprüfbares Handeln in unterschiedlichen Situationen möglich, auch in Bezug auf die eigenverantwortliche Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten. Die Grundlage zur Entwicklung von Pflegetheorien schaffte Florence Nightingale mit ihrem Werk „Notes on Nursing“ (1860), das sich schon vor 160 Jahren intensiv mit dem Zusammenhang zwischen Umgebungsfaktoren und deren Auswirkungen auf die Gesundheit beschäftigte. Sie war die erste Theoretikerin, die Pflege als eigenständigen Bereich neben der Medizin betrachtete. Seitdem haben unzählige Pflegetheoretiker:innen den Gegenstand der Pflege beschrieben und verschiedene Herangehensweisen und Vorstellungen zur Pflege veröffentlicht.

Um eine wissenschaftsbasierte Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation auch von hochkomplexen Pflegeprozessen bei Menschen aller Altersstufen zu gestalten, bedarf es der Kenntnis und Anwendung von Theorien und Modellen in der Pflege gemäß der vorliegenden Pflegesituation. Dabei lernen die Studierenden, ihre Pflegetätigkeit in Beziehung zu sich selbst zu setzen, in einen gesellschaftlichen Kontext zu stellen sowie zentrale Querschnittsthemen (wie z. B. „Kultur“ und „Diversity“) zu integrieren und auch in Zusammenhang mit der eigenverantwortlichen Übernahme ärztlicher Tätigkeiten zu stellen.

Erwartete Kompetenzen

FK = Fachkompetenz
MK = Methodenkompetenz
SoK = Sozialkompetenz
SeK = Selbstkompetenz

Die Studierenden:

- haben an parallel erarbeiteten Grundlagen wissenschaftlichen und wissenschaftstheoretischen Denkens angeknüpft und diese vertieft (FK, MK)
- sind befähigt, die historische Entwicklung des Theoriediskurses in der Pflege-(Wissenschaft) nachzuvollziehen und einzelne relevante Phasen der Theorieentwicklung in ihrer Bedeutung zu unterscheiden (FK)
- haben sich mit ausgewählten Pflegetheorien und -modellen eingehend befasst und können diese in ihrer Bedeutung und Reichweite einordnen (FK, MK)
- haben sich mit der Relevanz der Pflegetheorien sowie theoretisch evaluierter Konzepte für die Pflegepraxis und Pflegeforschung kritisch auseinandergesetzt (FK, MK)
- haben Evaluationsinstrumente kennen gelernt, mit deren Hilfe sie die Grundlagen und Anwendungsmöglichkeiten von Pflegetheorien und -modellen überprüfen und beurteilen können (FK, MK)
- haben sich mit der aktuellen Diskussion über Pflegetheorie im In- und Ausland auseinandergesetzt (FK, MK)
- können zwischen Bedürfnistheorien, Interaktionstheorien, humanistischen Theorien und ergebnisorientierten Theorien unterscheiden und ausgewählte Pflegetheorien zuordnen (FK, MK)
- haben sich mit dem Kern/Wesen der Pflege auseinandergesetzt (FK, MK, SK)
- haben sich damit auseinandergesetzt, welche Pflegetheorien zu ihren Vorstellungen und Werten von Pflege passen (SoK, SeK)
- haben sich damit auseinandergesetzt, inwieweit die Anwendung von insbesondere Interaktionstheorien und humanistischen Theorien Auswirkungen auf ihre/seine Person haben (SoK, SeK)

Inhalte Situationsmerkmale

Handlungsanlässe

- Bedarfe und Bedürfnisse von pflegebedürftigen Menschen und deren Bezugspersonen erkennen und berücksichtigen

▶Erwartete Kompetenzen

- Interaktionen zwischen pflegebedürftigen Menschen / deren Bezugspersonen mit Pflegenden pflegetheoretisch durchdenken und angemessen und empathisch interagieren
- Humanistische Pflege pflegetheoretisch durchdenken und gewährleisten
- Gewünschte Pflegeergebnisse pflegetheoretisch durchdenken und gewährleisten
- Neu-/Wiederaufnahme von pflegebedürftigen Menschen
- Zustandsveränderungen von pflegebedürftigen Menschen
- Einfache und komplexe klinische Entscheidungssituationen, insbesondere in Bezug auf die Einschätzung eigerner Defizite und Potentiale bzgl. der eigenverantwortlichen Übernahme von ärztlichen Aufgaben im Rahmen der Heilkundeübertragung.
- Pflegeprozessplanung und -dokumentation des Pflegebedarfs bei pflegebedürftigen Menschen

Kontextbedingungen

- nationale und internationale, pflegespezifische Theorien, Modelle, Klassifikationen bzw. Klassifikationssysteme für Gesundheit, Krankheit und Behinderung
- Einschätzung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegebedarfs
- Einfache und komplexe klinische Entscheidungssituationen im Pflegeteam
- Rahmenbedingungen der interprofessionellen Schnittstellen sowie der Delegation und Übernahme ärztlicher Aufgaben

Ausgewählte Akteure

- Studierende mit wenig bzw. keiner Pflegeerfahrung
- Kleingruppe im Studium
- pflegebedürftige Menschen unterschiedlichen Alters, Glaubens, Geschlechts, sozialen Status und unterschiedlicher Hautfarbe, Akkulturation, sexueller Orientierung, Nationalität, politischer Einstellung und ethnischer Zugehörigkeit mit krankheitsbedingten Einschränkungen oder Gesundheitsbedürfnissen und ihre Bezugspersonen

Erleben, deuten, verarbeiten

- pflegebedürftige Personen und Bezugspersonen als Partner:innen im pflegerischen Prozess erleben und stärken
- mit pflegebedürftigen Menschen und ihren Bezugspersonen auf Augenhöhe arbeiten
- Scheitern bei der Umsetzung von Pflegetheorien erleben und dieses bewältigen können
- sich als kompetent bei der Umsetzung von Pflegetheorien erleben
- bestimmte Pflegetheorien, Modelle oder Klassifikationen nach der kritischen Analyse als veraltet und nicht praktikabel erleben

Handlungsmuster

- die Sichtweise und das individuelle Erleben der pflegebedürftigen Person und der Pflegeperson in den Mittelpunkt stellen
- Pflegepraxis unter Hinzuziehung von Pflegetheorien, Modellen oder Klassifikationen
- Anwendung von Pflegetheorien, Modelle oder Klassifikationen hinsichtlich der Nützlichkeit für die Pflegepraxis

Wissensgrundlagen

- „The most important practical lesson that can be given to nurses is to teach them what to observe - how to observe - what symptoms indicate improvement - what the reverse - which are of importance - which are of none - which are the evidence of neglect - and of what kind of neglect. “ (Nightingale, 1860, S.59)
- „If we cannot name it, we cannot control it, practice it, teach it, finance it, or put it into public policy“ (Clark & Lang, 1992, S. 109)
- Einführung in die Wissenschaftstheorie und in Pflegetheorien
- Bedürfnismodelle z. B. Lebensaktivitäten (Virginia Henderson 1955), Selbstpflegetheorie (Dorotha E . Orem 1971), Roper–Logan–Tierney–Modell (Roper, Logan & Tierney 2016), NANDA-I-Pflege-diagnosen (NANDA-I jeweils aktuelle Version)
- Interaktionsmodelle z. B. Therapeutische Beziehung (Hildegard E. Peplau 1952), Interaktionsprozess (Ida J. Orlando 1961), Alltagserfahrung und -theorie (Ernestine Wiedenbach 1964), Interpersonale Aspekte der Pflege (Joyce Travelbee 1966), Allgemeines Systemmodell (Imogen King 1971), Psychobiografisches Pflegemodell (Erwin Böhm 2009), Gefühlsarbeit in Pflege und Betreuung (Neumann-Ponesch 2010)
- Pflegeergebnismodelle z. B. Erhaltungsprinzipien in der Pflege (Myra E. Levine 1967), Adaptionsmodell (Callista Roy 1976), Verhaltenssystemmodell (Dorothy E. Johnson 1980), Nursing Outcome-Klassifikation (NANDA-I jeweils aktuelle Version)
- Humanistische Theorien z. B. Humanistische Pflege (Josephine G. Paterson & Loretta T. Zderad 1961), Theorie der menschlichen Zuwendung (Jean Watson 1996)

	• Weitere Modelle/Theorien z. B. Bemerkungen zur Krankenpflege (Florence Nightingale 1860), Transkulturelle Pflege (u.a. nach Leininger 1991 und Domenig 2007), Bio-psycho-soziales Modell und ICF (WHO 2001), Familienzentrierte Pflege (Wright & Leahey 2014)
Lernen in der simulativen Lernumgebung	• „Schauspielpatient:innen“ in der Interaktion mit Studierenden, um eine Interaktionspflegetheorie anzuwenden und kritisch zu reflektieren • „Schauspielpatient:innen“ in Situationen in denen es um moralische Verantwortung, die Würde von zu pflegenden Personen, ein fürsorgliches Bewusstsein, die spirituelle Dimension geht, um eine humanistische Pflegetheorie anzuwenden und kritisch zu reflektieren • „Schauspielpatient:innen“ mit nicht-komplexer Krankheitsgeschichte und „einfacher“ Pflegephänomene um eine Pflegetheorie, ein Modell oder eine Klassifikation anzuwenden und kritisch zu reflektieren
Anregung für Lern- und Arbeitsaufgaben	• Simulation einer irritierenden Interaktion mit einer zu pflegenden Person, um die Theorie der Gefühlsarbeit nach Neumann-Ponesch anzuwenden • Das Verständnis von „Kultur“ in der Kleingruppe erarbeiten und im Rahmen der transkulturellen Pflege interpretieren • Die Abhängigkeit bzw. Unabhängigkeit der Lebensaktivitäten eines Patienten nach einem einfachen operativen Eingriff auf der Basis des Roper–Logan–Tierney–Modells einschätzen und kritisch reflektieren • Die Analysekriterien für Pflegetheorien / -modelle nach Cormack & Reynolds auf die Selbstpflegetheorie von Dorotha E. Orem anwenden • Familienzentrierte Pflege in einer Familie mit einem Kind mit chronischen Schmerzen durchspielen • Das psychobiografische Pflegemodell nach Böhm bei einem Menschen, der unter leichter Demenz leidet, anwenden • Die Anwendung des bio-psycho-sozialen Modells der WHO für die Situation eines Jugendlichen im Rollstuhl einüben • Gespräch mit einer Bewohnerin in einer Pflegeinrichtung, um die Theorie der menschlichen Zuwendung nach Watson einzuüben
Didaktischer Kommentar	Lehrveranstaltungsart: SU 1/60 TN • Zum aktuellen Studienfortschritt kann i.d.R. noch nicht auf Situationen aus der beruflichen Praxis zurückgegriffen werden, sodass auf Situationen aus der Lebenswelt der Studierenden Bezug genommen werden muss oder Pflegesituationen simuliert oder konstruiert werden müssen. In der Simulation können berufliche Situationen konstruiert und bearbeitet werden, um die Studierenden auf ihren ersten Praxiseinsatz vorzubereiten. Dabei sollten „Schauspielpatient:innen“ oder Studierende in der Rolle der pflegebedürftigen Person eine Interaktion, eine pflegerische Situation oder eine nicht-komplexe Krankheitsgeschichte und „einfache“ Pflegephänomene der Person darstellen und erlebbar machen • SU: Durch eine Mischung zwischen Wissensvermittlung, Lehrgespräch und Diskussion werden die Lehrinhalte unter aktiver Beteiligung der Studierenden erarbeitet; evtl. durch Tutorien unterstützt • ELE: Mittels einer elektronischen Lernplattform und durch Arbeitsaufträge, ergänzende Materialien und Online-Kommunikationsforen für Lehrende/Studierende wird das eigenständige Lernen und die Kommunikation unter den Studierenden und mit den Dozentinnen und Dozenten unterstützt/ergänzt
Ausgewählte Literatur	Grundlagenwerke: 1. Benner, P. (2017). Stufen zur Pflegekompetenz: From Novice to Expert . Bern: Hogrefe. 2. Böhm, E. (2009). Psychobiografisches Pflegemodell nach Böhm. Band I: Grundlagen. Wien: Maudrich Verlag. 3. Böhm, E. (2009). Psychobiografisches Pflegemodell nach Böhm. Band II: Arbeitsbuch. Wien: Maudrich Verlag. 4. Brandenburg, H. & Dorschner, S. (Hrsg.) (2015). Pflegewissenschaft 1. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in das wissenschaftliche Denken in der Pflege Bern: Huber. 5. Chalmers, A. (2007). Wege der Wissenschaft. Einführung in die Wissenschaftstheorie. Berlin: Springer.

▶Ausgewählte Literatur

6. Feil, N., de Klerk-Rubin, V. (2017). Validation: Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. München: Ernst Reinhardt Verlag.
7. Franke, A. (2010). Modelle von Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber.
8. Herdman T. H., Kamitsuru S. (Hrsg.) (2019). NANDA-I-Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2018-2020. Recom-Verlag. [bzw. die aktuelle Version der Klassifikation]
9. Kirkevold, M. (1997). Pflegetheorien. München: Urban & Schwarzenberg.
10. Lenthe, U. (2019). Transkulturelle Pflege: Kulturspezifische Faktoren erkennen - verstehen – integrieren. Wien: Fakultas.
11. Meleis, A. (1999). Pflegetheorie: Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens. Bern: Huber.
12. Neumann-Ponesch, S. (2017). Modelle und Theorien in der Pflege. Wien: Facultas.
13. Neumann-Ponesch, S., Höller, A. (2010). Gefühlsarbeit in Pflege und Betreuung. Sichtbarkeit und Bewertung. Altes Konzept ganz neu? Bern: Springer.
14. Nightingale, F. (1860). Notes on nursing. What it is, and what it is not. New York: D. Appleton and Company.
15. Paterson, J.G., Zderad, L.T. (1999) Humanistische Pflege. Bern: Huber.
16. Schaeffer, D., Moers, M., Steppe H. & Meleis A. (2008). Pflegetheorien. Beispiele aus den USA. Bern: Huber.
17. Schaeffer, D., Wingenfeld, K. (2011). Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim und München: Juventa.
18. Roper, N., Logan W., Tierney, A. J. (2016). Das Roper–Logan–Tierney–Modell: Basierend auf den Lebensaktivitäten (LA). Bern: Hogrefe.
19. Watson, J. (1996). Pflege: Wissenschaft und menschliche Zuwendung. Bern: Huber.
20. WHO (2001). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Genf: WHO. [bzw. die aktuelle Version der Klassifikation]
21. Wright, L. M., Leahey, M. (2014): Familienzentrierte Pflege. Lehrbuch für Familien-Assessment und Interventionen. Bern: Huber.

Publikationen in Zeitschriften:

- Clark, J., Lang, N. (1992). Nursing‘s next advance: an internal classification for nursing practice. Int. Nurs. Rev., 39 (4): S. 109-11.
- Cormack, D. & Reynolds, W. (1992). Criteria for evaluating the clinical and practical
- utility of models uses by nurses. Journal of Advanced Nursing 17: S. 1472-8.
- Steppe, H. (2000). Zu Situierung und Bedeutung von Pflegetheorien in der Pflegewissenschaft. Pflege 13: S. 91-8.

Vorkenntnisse	Keine erforderlich
Prüfung	schrP

Medizinisch-psychologische Grundlagen I

Modulbereich Wissen

Modul BNS_W_04	Semester 1	Niveau: L1	SWS: 4	ECTS: 5
Medizinisch-psychologische Grundlagen I	*(1) Mikrobiologie, Infektiologie und Hygiene (1 SWS)* *(2) Anatomie und Physiologie (3 SWS)*			
Autor:in	Brönner, Monika			
Verantwortung	Siehe Anlage Studienplan			
Aufwand: 150 h	Kontaktstudium: 60	Selbststudium: 40	Prüfungsvorbereitungen: 50	
Rahmenlehrplan Fachkommission nach § 53 PflBG	CE02, CE04-CE08, CE10-CE11			
PflAPrV	Anlage 2: I 1c, d, h, 2a, b, d, e, 3a, b, c, d, e, f, 4a, c, II 2a-d, III 1a, b, III 2a, b, c, d, e, 3e Anlage 5 Teil A: III 2.			
Relevanz	In diesem Modul (im ersten Studienabschnitt) werden den Studierenden zunächst die Grundlagen relevanter Themen aus dem Bereich Mikrobiologie, Virologie und Infektiologie vermittelt. Auf diese Grundlagen aufbauend, lernen die Studierenden hygienische Maßnahmen kennen, um eine Ansteckung bzw. Verbreitung von Krankheitserregern zu verhindern; aktuelle Empfehlungen zu Hygienemaßnahmen werden als Voraussetzung für die pflegerische Tätigkeit, auch im Hinblick auf die eigenständige Übernahme ärztlicher Tätigkeiten,vermittelt. Dieses Wissen ist bereits vor dem ersten Praxiseinsatz der Studierenden zu erwerben und daher auch vorab in simulativer Umgebung einzuüben. Kenntnisse aus Anatomie und Physiologie bilden die Basis für das Verständnis der in späteren Studienabschnitten folgenden Krankheitslehre.			
Erwartete Kompetenzen FK = Fachkompetenz MK = Methodenkompetenz SoK = Sozialkompetenz SeK = Selbstkompetenz	Die Studierenden: • erschließen sich auf der Basis einer bio-psycho-sozialen Betrachtungsweise und eines intergrativen Personenkonzeptes neue Informationen in den Wissensbereichen der Medizin (FK) • kennen die Grundlagen der Anatomie und Physiologie des menschlichen Körpers (FK) • kennen die Grundlagen der Infektiologie und Mikrobiologie und können diese auch im Sinne der Gesundheitsförderung an die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen vermitteln (FK, SoK) • kennen die aktuellen Impfempfehlungen der STIKO (FK) • wissen über die Meldepflicht bestimmter Infektionskrankheiten Bescheid (FK) • erkennen die Bedeutung multiresistenter Keime in der Krankenversorgung (FK) • kennen die aktuellen Empfehlungen zu pflegerelevanten Hygienemaßnahmen (FK, MK) • beachten die Anforderungen der Hygiene und wenden Grundregeln der Infektionsprophylaxe in den unterschiedlichen pflegerischen Versorgungsbereichen sowie bei der eigenständigen Übernahme ärztlicher Tätigkeiten an. Aspekte der Nachhaltigkeit und Wirtschaftlichkeit finden hierbei Beachtung. (FK, MK, SeK, SoK) • reflektieren ihre Übungen zu Hygienemaßnahmen im SimLab in der LV (MK, SeK, SoK) • können Vitalzeichen (Atmung, Herz-Kreislauf) erheben und pathologische Abweichungen erkennen, unabhängig von Alter, Geschlecht, sexueller Orientierung, ethnisch-kultureller Zugehörigkeit, Religion und Behinderung der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen. Die Pflegenden handeln dabei norm- und werteorientiert, das Vorgehen ist von Empathie geprägt und evidenzbasiert. (MK, FK, SoK). • reflektieren ihre Übungen zur Vitalzeichenerhebung im SimLab in der LV (MK, SeK, SoK) • kennen verschiedene Arten der Lagerung/Positionierung von pflegebedürftigen Menschen nach bestimmten Interventionen (z. B. Herzkatheteruntersuchung). Die Vorgehensweise entspricht den Grundsätzen der rehabilitativ-therapeutischen Pflege. (FK, MK) • reflektieren ihre Übungen zur Positionierung/Lagerung im SimLab in der LV (MK, SeK, SoK)			

▶Erwartete Kompetenzen	• schätzen ihre eigenen Defizite und Potentiale bzgl. der eigenverantwortlichen Übernahme von ärztlichen Aufgaben im Rahmen der Heilkundeübertagung ein und bilden sich im Sinne des lebenslangen Lebens fort bzw. weiter (FK, MK).
Inhalte Situationsmerkmale	**Handlungsanlässe** • Verständnis des Aufbaus und der Funktion des menschlichen Körpers • Individualschutz und Schutz der pflegebedürftigen Personen und ihrer Bezugspersonen • Pflegeanamnese und -assessment • Interdisziplinäre Zusammenarbeit • Eigenständige Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten • Vorbereitung auf erste pflegerische Einsätze: Vitalzeichenerhebung und Lagerung/Positionierung pflegebedürftiger Personen **Kontextbedingungen** *LV Mikrobiologie, Infektiologie und Hygiene:* • Krankheitserreger: Bakterien, Viren, Pilze, Parasiten • Infektionsweg bzw. -kette • Ausgewählte Infektionserkrankungen • Meldepflichtige Infektionserkrankungen • Infektionsschutz durch Impfungen • Hygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens (nosokomiale Infektionen, Organisation der Hygiene, Individualhygiene, Desinfektion, Sterilisation, Infektionsprävention) • Umwelthygiene *LV Anatomie und Physiologie:* • Bau der Zelle und Zellteilung • Bildung des menschlichen Körpers • Gewebe • Organsysteme des menschlichen Körpers • Steuerungssysteme des menschlichen Körpers • Vitalzeichen • Normwerte Herz-Kreislauf-System und Atmung • Positionierung/Lagerung der pflegebedürftigen Personen nach Interventionen **Ausgewählte Akteure** • Studierende mit wenig bzw. keiner Pflegeerfahrung • Lerngruppe • zu pflegende Menschen aller Altersstufen • Angehörige und Bezugspersonen • Interdisziplinäres Team **Erleben, deuten, verarbeiten** Studierende können: • Organe/Organsysteme und Funktionsweise des menschlichen Körpers erkennen, verstehen und zuordnen • Hygienemaßnahmen zum unbedingten Schutz der eigenen Person und der pflegebedürftigen Personen aller Altersstufen und ihrer Bezugspersonen in den verschiedenen Versorgungseinrichtungen erleben und deuten **Handlungsmuster** • Anwendung hygienischer Maßnahmen • Anatomie und Physiologie theoretisch und praktisch im SimLab und mit Hilfe diverser Medien/Modelle erlernen • Vitalzeichenerhebung und Lagerung/Positionierung theoretisch und praktisch Im SimLab erlernen
Wissensgrundlagen	• Mikrobiologie, Infektiologie und Hygiene: Wichtige Krankheitserreger (Bakterien, Viren, Pilze und Protozoen) und Krankheitsbilder, Wege der Infektion und hygienische Maßnahmen, um Übertragung von Krankheitserregern so gering wie möglich zu halten (inkl. aktueller Empfehlungen zu hygienischen Maßnahmen in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen und bei der eigenständigen Übernahme ärztlicher Tätigkeiten); meldepflichtige Infektionskrankheiten • Anatomie und Physiologie: Entwicklungsbiologie, Zytologie, Gewebearten, Organ- und Steuerungssysteme des menschlichen Körpers (Lage, Bau, Funktion)

Lernen in der simulativen Lernumgebung	• Übungen zur Durchführung korrekter Hygienemaßnahmen im SimLab (z. B. Hautdesinfektion, Desinfektion von InstrumentenErkennung und Benennen der Organsysteme und ggf. Steuerungssysteme des menschlichen Körpers am Pflegesimulator (z. B. Nursing Anne) • Vitalzeichenerhebung in der simulativen Lernumgebung üben • Lagerung/Positionierung in der simulativen Lernumgebung üben • Interprofessionelle Szenarien mit Fokus auf interprofessionelle Zusammenarbeit und eigenständige Übernahme ärztlicher Tätigkeiten
Anregung für Lern- und Arbeitsaufgaben	• Selbständiges Erlernen von kleinen anatomischen und physiologischen Einheiten in der Kleingruppe • Anatomie an Modellen (Dreidimensionalität) und digitaler Medien (z. B. Visible Body) • (Die Durchführung hygienische Maßnahmen unter Simulationsbedingungen üben • Vitalzeichenerhebung unter Simulationsbedingungen üben • Lagerung/Positionierung unter Simulationsbedingungen üben) -> s.o. • Komplexe Szenarien im interprofessionellen Setting, auch im Hinblick auf Aspekte der Heilkundeübertragung
Didaktischer Kommentar	• Lehrveranstaltungsart: SU • Die Wissensgrundlagen können in der Großgruppe vermittelt werden. 1/60 • Die Übungen in der simulativen Lernumgebung (SimLab) erfordern kleinere Gruppen (à 3-4 Studierende). Hier kann auch auf die Durchführung von Szenarien mit Studierenden und / oder Lehrenden anderer relevanter Professionen (u.a. Medizin, Therapie, Geburtshilfe / Hebammenwesen) zurückgegriffen werden.
Ausgewählte Literatur	1. Faller, A. und Schünke, M. (2020) Der Körper des Menschen (18. Aufl.); Stuttgart: Georg Thieme-Verlag 2. Georg Thieme Verlag (Hrsg.) (2020) I Care - Anatomie, Physiologie (2. Aufl.); Stuttgart: Georg Thieme Verlag 3. Elsevier GmbH (Hrsg.) (2015) Hygiene für Pflegeberufe (5. Aufl.); Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH 4. Schoppmeyer, M. (2016) Anatomie und Physiologie. Kurzlehrbuch für Pflegeberufe (5. Aufl.); Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH 5. Dülligen, M., Kirov, A., Unverricht, H. (2016) Hygiene und medizinische Mikrobiologie. Lehrbuch für Pflegeberufe (7. Aufl.); Stuttgart: Schattauer Verlag
Vorkenntnisse	keine
Prüfung	schrP

Pflegeprozess II | Modulbereich Handeln

Modul BNS_ H_01	Semester 1	Niveau: 2	SWS: 4	ECTS: 5
Pflegeprozess II	*Arbeitsbündnis, Interaktion, Kommunikation und Empowerment in der Pflege (2 SWS)* *Rechtliche Grundlagen in der Pflege (2 SWS)*			
Autor:in	Herold-Majumdar, Astrid; von Hardenberg-Simone			
Verantwortung	Siehe Anlage Studienplan			
Aufwand: 150 h	Kontaktstudium: 60	Selbststudium: 50	Prüfungsvorbereitungen: 40	
Rahmenlehrplan Fachkommission nach § 53 PflBG	CE 09, CE 11, CE 03			
PflAPrV	Anlage 2: I 1g, 2c, 3a, b, 5a, b, c, 6a, c, d, II 1a-g, 2a-d, 3a-c, V 2d			
	Anlage 5 Teil A: I 5., 6./ II 1., 2., 4./ V 3., 6.			

Relevanz

Das Arbeitsbündnis zwischen professioneller Pflegeperson und pflegebedürftiger Person/Familie/Gemeinschaft sowie das Empowerment der pflegebedürftigen Person/Familie/Gemeinschaft stehen in diesem Modul im Mittelpunkt. Die Kompetenzen können auch auf die intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit angewandt werden.

Unter Anwendung pflegetheoretischer, pflegewissenschaftlicher sowie unter Einbeziehung rechtlicher Grundlagen werden beispielhafte und simulierte Pflegesituationen analysiert und reflektiert, um die Studierenden auf den ersten Einsatz in der Pflegepraxis vorzubereiten. Diese Moduleinheit dient als Basis für die weiterführenden Analysen und Reflexionen von realen und komplexen Situationen und Fällen im Verlauf des Studiums. Sie verfolgt das Ziel, die Studierenden selbst zu ermächtigen, professionelle Pflegebeziehungen mit pflegebedürftigen Menschen aufzubauen, zu reflektieren und unter Beachtung rechtlicher Vorgaben zu entwickeln. Dies soll in Respekt vor der Person erfolgen und ohne Wertung des Alters, der Hautfarbe, des Glaubens, der Kultur, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Nationalität, der politischen Einstellung, der ethnischen Zugehörigkeit oder des sozialen Status. Voraussetzung hierfür ist die Kenntnis der insoweit zu achtenden Rechte der pflegebedürftigen Personen ebenso wie der eigenen Rechtsposition einschließlich der Konsequenzen einer Missachtung.

Kommunikativ schwierige Situationen, Konfliktsituationen, Situationen, bei denen die Anforderungen der externen Evidence und der externen Qualitätssicherung im Widerspruch zu den Bedürfnissen und Prioritäten der pflegebedürftigen Person stehen, Versorgungsübergänge im Rahmen der sektoralen Struktur des Gesundheitssystems, Anschlüsse und Brüche des professionellen Systems mit dem familialen, sozialen System werden mit Rücksicht auf ihre Komplexität interdisziplinär bearbeitet.

Es werden die Grundlagen gelegt für den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung mit pflegebedürftigen Menschen und für den klinischen Entscheidungsprozess, der die Selbstbestimmung und die Ressourcen der pflegebedürftigen Person fördert. Das Verständnis des Pflegeprozesses als Beziehungsprozess, in dem die Partner:innen selbstbestimmt in gegenseitiger Wertschätzung agieren, wird entwickelt. Soziale Kompetenzen, wie z. B. aufrichtige und offene, menschliche Zuwendung, kritische Reflexion eigener Wahrnehmungsverzerrungen (z. B. Stigmatisierung) und deren Ausgleich, partnerschaftliche Kommunikation auf Augenhöhe unter Beachtung von Kommunikationsregeln und theoretisch-fundierten Prinzipien, Konfliktfähigkeit, Fähigkeit zu Vertrauen und tragfähiger Beziehung, Verständigung in asymmetrischen Beziehungen werden entwickelt. Dabei ist es notwendig, die eigene Verantwortung von der Verantwortung Dritter wie z. B. der beteiligten Ärzte und Kollegen abzugrenzen, mithin Delegations- und Haftungsfragen zu klären. Hierbei ist auch wichtig, eigene Defizite und Potentiale bzgl. der eigenverantwortlichen Übernahme von ärztlichen Aufgaben im Rahmen der Heilkundeübertragung zu identifizieren.

Erwartete Kompetenzen

Die Studierenden

- setzen sich mit biographischen Prozessen, Entwicklungs-, Sozialisations- und Akkulturationsprozessen auseinander, um sich verstehend der jeweils individuellen Lebenswelt von pflegebedürftigen Menschen zuwenden und annähern zu können. (FK, MK, SoK, SeK)

▶ Erwartete Kompetenzen

FK = Fachkompetenz
MK = Methodenkompetenz
SoK = Sozialkompetenz
SeK = Selbstkompetenz

- gehen auf pflegebedürftige Menschen unterschiedlicher Entwicklungsstufen im Lebenslauf (Lebensalter) ein und können ihre Hilfsangebote und Interventionen daran anschließen. (FK, MK, SoK, SeK)
- kennen den klinischen Entscheidungsprozess und beziehen pflegebedürftige Menschen situationsadäquat und selbstbestimmt ein. (FK, SoK, SeK)
- kennen die rechtlichen Grundlagen der informierten und freiwilligen Entscheidung, setzen diese in der professionellen Pflegebeziehung um und dokumentieren die Entscheidung rechtssicher und nachvollziehbar. (FK, MK, SoK)
- erkennen die Ebenen der Interaktion und Kommunikation, können diese aus der Metaperspektive kritisch reflektieren und ihr Handlungsrepertoire unter Kenntnis der rechtlichen Rahmenbedingungen erweitern. (MK, SoK, SeK)
- analysieren, reflektieren und evaluieren Interaktionssituationen einschließlich Beratungssituationen mit pflegebedürftigen Personen/Familien/Gemeinschaften und beraten rechtssicher über Handlungsoptionen. (MK, SeK, SoK)
- erkennen Asymmetrien und Machtkonstellationen in Interaktionsbeziehungen und wenden Strategien zu deren Ausgleich an. (MK, SoK, SeK)
- identifizieren und analysieren Zugangsmöglichkeiten zu Gesundheitsressourcen und sorgen für einen gleichberechtigten Zugang im Sinne der Nachhaltigkeit. (FK, MK, SoK)
- analysieren und schätzen ggf. mit Unterstützung valider, standardisierter Assessmentinstrumente die Ressourcen und Selbstbestimmungsbedürfnisse der pflegebedürftigen Person/Familie/Gemeinschaft ein und entwickeln darauf aufbauend Interventionsangebote zur Stärkung dieser Ressourcen und zur individuellen Förderung der Selbstbestimmung. (MK, SoK, SeK)
- entwickeln mit Menschen aller Altersstufen, ihren Bezugspersonen und dem sozialen Netz altersentsprechende, lebensweltorientierte Angebote zur Bewältigung von Pflegebedürftigkeit und Krankheit im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben. (MK, SoK, SeK)
- erheben mit Einverständnis und unter selbstbestimmter Beteiligung der pflegebedürftigen Person/Familie/Gemeinschaft soziale, familiale, biographische, spirituelle und kulturelle Informationen, nutzen dabei theoriebasierte und identifizieren darauf aufbauend Pflegebedarfe und Anforderungen für die Beziehungsgestaltung. (MK, SoK, SeK).
- reflektieren kritisch ihre eigenen Haltungen, Gefühle und Wahrnehmungsverzerrungen in Bezug auf pflegebedürftige Menschen mit z.T. schwersten psychischen und seelischen Beeinträchtigungen, körperlichen Gebrechen und Entstellungen des äußeren Erscheinungsbildes und entwickeln eine offene Haltung gegenüber pflegebedürftigen Menschen. (SeK, SoK)
- kennen belastende Gefühle (z. B. Ekel, Scham, Fremdheit) bei der Arbeit mit pflegebedürftigen Menschen, entwickeln Strategien mit diesen Gefühlen umzugehen (Emotionsarbeit), um professionell in Pflegesituationen zu handeln. (FK, MK, SoK, SeK)
- nehmen empathisch wahr, wie pflegebedürftige Menschen selbst ihre Situation verstehen und deuten in Bezug auf Gesundheits-, Krankheits- und Lebensprozesse und kommunizieren dieses Situationsverstehen mit den pflegebedürftigen Menschen (Verständigung), um sich deren lebensgeschichtlich gewachsenen und kulturell geprägten Lebenswelt anzunähern und das Pflegehandeln darauf abzustimmen. (MK, SoK)
- wahren die Rechte pflege- und hilfebedürftiger Menschen insbesondere in Situationen, in denen die pflegebedürftigen Menschen durch die krankheitsbedingten Einschränkungen ihre Bedürfnisse und Prioritäten nicht mehr verständlich äußern und durchsetzen können (Anwaltsfunktion). (SoK, MK)
- setzen situationsadäquat Humor ein, u. a. um schwierige Interaktionssituationen (z. B. Scham, Bewältigung chronischer Erkrankung) zu bewältigen. (MK, SoK, SK)
- erkennen unterschiedliche Erwartungshaltungen an das eigene berufliche Handeln, gehen konstruktiv mit sich widersprechenden Erwartungen (Ambiguitätstoleranz) um und entwickeln ein professionelles Selbstverständnis. (SeK, SoK)
- schätzen ihre eigenen Defizite und Potentiale bzgl. ihrer beruflichen Kompetenzen ein und entwickeln sich im Sinne des lebenslangen Lebens weiter. (FK, SeK, MK)
- schätzen ihre eigenen Defizite und Potentiale bzgl. der eigenverantwortlichen Übernahme von ärztlichen Aufgaben im Rahmen der Heilkundeübertagung richtig ein, entscheiden selbstbestimmt über die Übernahme von ärztlichen Aufgaben und argumentieren diese Entscheidung im intra-/interprofessionellen Team. (FK, SeK, MK)

Inhalte Situationsmerkmale	**Handlungsanlässe** • eigene Erfahrungen der Studierenden mit Gesundheits- und Krankheitsprozessen • herausforderndes Verhalten von pflegebedürftigen Personen und von Personen in deren Umgebung • emotional belastende Situationen • gefährliche Situationen (z. B. Aggression und Gewalt) • Situationen und pflegebedürftige Personen, die zu Wahrnehmungsverzerrungen bei den Studierenden führen können • konfliktbehaftete, klinische Entscheidungssituationen • Situationen mit widersprüchlichen Erwartungen • Spannungsfelder zwischen externer und interner Evidenz • Situationen, in denen ein hohes Risiko besteht, dass die Rechte und die Selbstbestimmung pflegebedürftiger Menschen eingeschränkt werden • Situationen, in denen Vertrauen in der professionellen Pflegebeziehung neu aufgebaut oder wiedergewonnen werden muss • Herausforderungen der Adhärenz an Behandlungsprogramme **Kontextbedingungen** • Einrichtungen und Gremien zur Vertretung von Rechten von pflegebedürftigen Menschen (z. B. Heimfürsprecher:in, Bewohnervertretung) und Patient:innen (Patientenvertreter:in) • Migration und Akkulturation, multikulturelle Pflegeteams • klinische Entscheidungssituationen, in die mehrere Professionen involviert sind **Ausgewählte Akteure** • pflegebedürftige Menschen • (gesetzliche) Vertreter:innen pflegebedürftiger Menschen • Erziehungsberechtigte • Vertreter:innen unterschiedlicher fachlicher Professionen • Vertreter:innen der Leitung und des Personals in einer Pflegeeinrichtung • Vertreter:innen externer Organisationen zur Qualitätssicherung • Vertreter:innen der Kostenträger **Erleben, deuten, verarbeiten** • Stigmatisierung erleben und abbauen • Gewalt und Aggression erleben, vorbeugen und bewältigen • eigene Wahrnehmungsverzerrungen erkennen und reflektieren • belastende Gefühle erleben, bewusst wahrnehmen und bewältigen • Respekt erfahren und geben • Sich-kompetent-fühlen in Bezug auf gefahrengeneigte Situationen • widersprüchliche Erwartungen aushalten können und seine eigene, berufliche Identität als Pflegefachperson und Forscher:in entwickeln • für die eigenen Rechte und für die Rechte anderer eintreten können und sich dabei stark erleben • als „fremd“ wahrgenommene Lebenswelten verstehen und respektieren können • die Erfahrung anderer Lebenswelten als Bereicherung des eigenen Lebens erleben • unterschiedliche Deutungsmuster von Gesundheits- und Krankheitssituationen, subjektive Gesundheits- und Krankheitstheorien annehmen und in der Interaktion aufnehmen können • sich als kompetent erleben bei Kontrolle durch Vorgesetzte und staatliche Institutionen • sich als Person in die Interaktion einbringen können und als geschützt und sicher erleben **Handlungsmuster** • Emotionen bewusst wahrnehmen, bewältigen und regulieren • kollegiale Beratung und Supervision in Anspruch nehmen • mit psychisch belastenden Situationen umgehen können • verständigungsorientiert interagieren • Widersprüche und Aushandlungsprozesse aushalten können und konstruktiv lösen • gefahrengeneigte Situationen erkennen und adäquat, risikominimierend und rechtssicher handhaben
Wissensgrundlagen	• Pflege- und bezugswissenschaftliche Grundlagen der Kommunikation und der sozialen Interaktion • Grundlagen der Wahrnehmung, Beobachtung, Beschreibung, Analyse und Beurteilung von menschlichen Interaktionsbeziehungen in der Pflege

▶ Wissensgrundlagen	• Anwenden und Einüben von allgemeinen Wahrnehmungs- und Kommunikationstechniken • Emotionswahrnehmung und –reflexion, Emotionsarbeit • Wissen über entlastende Interventionen bei emotionalem und psychischem Stress • Feedback geben und nehmen, Selbstreflexion einüben, Strategien und Methoden der Selbstevaluation anwenden • Wirkung von Humor in der pflegerischen Beziehung • Biographiearbeit und personzentrierte Pflege • kulturelle Achtsamkeit und Akkulturationsprozesse und ihre Bedeutung für Gesundheits- und Krankheit- sowie Lebensprozesse verstehen • Empowerment der pflegebedürftigen Person und der Pflegefachperson • klinische Entscheidungsfindung und demokratische Ansätze der Mitbestimmung und Selbstbestimmung pflegebedürftiger Personen und ihrem Umfeld • wissenschaftlich nachgewiesen effektive Interventionen zur Person-fördernden Beziehungsgestaltung • wissenschaftlich nachgewiesene Wirkungen von Pflegebeziehung auf das Outcome • Einführung in das System des Rechts zur Einordnung von speziellen Fragestellungen in der Pflege • Grundzüge im Zivilrecht und im Strafrecht • Systematischer Überblick über Grund- und Menschenrechte, vor allem Selbstbestimmungsrechte • Grundverständnis von Datenschutz und Schweigepflicht
Lernen in der simulativen Lernumgebung	• Rollenspiele zur Kontaktaufnahme und Vertrauensbildung mit pflegebedürftigen Menschen / zum Betreten eines Zimmers von zu pflegenden Menschen verschiedener Altersstufen • Selbsterfahrungslernen durch Übungen, in denen die Studierenden die Rolle der pflegebedürftigen Person und ihrer Bezugspersonen übernehmen • „Schauspielpatient:innen“ und technische Simulatoren (Dummies) mit diversen, menschlichen Eigenschaften • Simulation gefahrengeneigter Situationen (u.a. Gewalt, Aggression) mit Entwicklung von Handlungsstrategien • Simulation von Situationen, die belastende Emotionen (z. B. Ekel, Scham, Hilflosigkeit, sich ausgeliefert fühlen) auslösen können (u. a. Umgang mit geschminkten, simulierten Wunden und künstlich hergestellten, körperlichen Exkrementen) • Standbild und Aufstellung zur Bewusstwerdung von Situationen und damit verbundenen Emotionen und Handlungsoptionen • Simulation von typischen, klinischen Situationen mit hohem Anspruch an die Kommunikations- und Interaktionskompetenz (z. B. Beratungsgespräch, Konfliktgespräch, Gespräch und Interaktion mit Menschen, die kognitiv z. B. aufgrund Demenz eingeschränkt sind) • Simulation von Situationen, die die Studierenden erlebt haben (Anknüpfen an die Lebenswelt der Studierenden) • Rollenwechsel in den simulierten Situationen zur Übernahme unterschiedlicher Perspektiven • Debriefing mit Reflexion auf der kognitiven, emotionalen und leiblichen (z. B. wie fühlt sich Stress an?) Ebene mit digitaler Unterstützung (Videoanalyse) bei Einverständnis der Beteiligten • Simulation interprofessioneller Szenarien mit Fokus auf interprofessionelle Zusammenarbeit, Delegation und Übernahme von Aufgaben (in beide Richtungen)
Anregung für Lern- und Arbeitsaufgaben	• Beobachtung und Analyse von erlebten Interaktionssituationen • Filmanalyse • Analyse einer konstruierten Interaktionssituation (einfache Fallvignette) • Anwendung einer Kommunikationstheorie oder organisations- oder emotionspsychologischen Theorie auf eine erlebte oder konstruierte Interaktionssituation unter Beachtung der rechtlichen Implikationen • Komplexe Szenarien im interprofessionellen Setting mit Fokus auf prozessuale Kompetenzen und Role Making (aktive und kritisch-reflexive Gestaltung der professionellen Rolle) im Versorgungsprozess

Didaktischer Kommentar	Lehrveranstaltungsart: Ü 4/15 TN, kleine Gruppen (max. 6 TN) im Simulationslabor Zum aktuellen Studienfortschritt kann i.d.R. noch nicht auf Situationen aus der beruflichen Praxis zurückgegriffen werden, sodass auf Interaktionssituationen aus der Lebenswelt der Studierenden Bezug genommen werden muss oder Pflegesituationen simuliert oder konstruiert werden müssen. In der Simulation können berufliche Situationen konstruiert und bearbeitet werden, um die Studierenden auf ihren ersten Praxiseinsatz vorzubereiten. Hierbei kann auch auf der Durchführung von Szenarien mit Studierenden und / oder Lehrenden anderer relevanter Professionen (u.a. Medizin, Therapie, Geburtshilfe / Hebammenwesen) zurückgegriffen werden. Dabei sollten „Schauspielpatient:innen“ oder Studierende in der Rolle der pflegebedürftigen Person möglichst unterschiedliche Eigenschaften (hinsichtlich Geschlecht, sexueller Orientierung, Hautfarbe, kulturellem Hintergrund usw.) der Person im Sinne der Diversität darstellen und erlebbar machen. Es soll der Umgang mit Situationen, die als emotional und psychisch belastend erlebt werden können, theoretisch reflektiert und geübt werden. Gelungene Interaktionssituationen sollen hervorgehoben und positiv verstärkt werden. Misslungene Interaktionssituationen sollen als Chance zur Weiterentwicklung des eigenen Verhaltensrepertoires aufgefasst und genutzt werden. • Bei der Gestaltung der Lernumgebung und der Aufgaben ist besonders auf die Selbstbestimmung (auch informationelle Selbstbestimmung) und den Schutz der Studierenden zu achten, weil die emotionale, psychische und leibliche Ebene in die Lernsituationen einbezogen wird. Studierende und Lehrende müssen zu jeder Zeit, in jeder Situation die Möglichkeit haben, sich zurückzuziehen oder sich aus der Lernsituation herauszunehmen, wenn sie sich belastet fühlen. Gleichzeitig muss den Studierenden aber auch vermittelt werden, welche Potentiale Lernsituationen bieten, in denen auch kritische, emotional belastende Interaktionsbeziehungen simuliert und reflektiert werden. Didaktisch sind Maßnahmen zu ergreifen, die Studierenden zu ermutigen und zu motivieren, an diesen Lernsituationen teilzunehmen und teilzuhaben. Für den Fall, dass Studierende in eine Überforderungssituation kommen ist vorzusorgen (z. B. Kontakt zum psychologischen Dienst der Hochschule bereithalten, Möglichkeit zur Nachbesprechung in der Einzelberatung geben).
Ausgewählte Literatur	Bücher: 1. Büker, C.; Lademann, J. (2019) Beziehungsgestaltung in der Pflege, Stuttgart: Kohlhammer. 2. Habermas, J. (1995) Theorie des kommunikativen Handelns. Band 1. Handlungsrationalität und gesellschaftliche Rationalisierung, Frankfurt am Main: Suhrkamp. 3. Hirsch, R.D. (2019) Das Humor-Buch. Die Kunst des Perspektivenwechsels in Theorie und Praxis, Stuttgart: Schattauer. 4. Janda, C. (2023) Pflegerecht, Baden-Baden: Nomos. 5. Janda, C. (2022) Medizinrecht, Baden-Baden: Nomos. 6. Nkhoma, K. B.; Cook, A.; Giusti, A.; Farrant, L.; Ruwayda, P.; Petersen, I.; et al. (2022) ‘A systematic review of impact of person-centred interventions for serious physical illness in terms of outcomes and costs’, BMJ open, 12: e054386. 7. Rossiter, C.; Levett-Jones, T.; Pich, J. (2020) ‘The impact of person-centred care on patient safety: An umbrella review of systematic reviews’, International Journal of Nursing Studies, (109): 103658. 8. Siefarth, T. (2023), Aufbauwissen Pflege Recht, München: Elsevier. 9. Specht-Tomann, M. (2018) Biografiearbeit: in der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege, 3. Aufl., Berlin: Springer. 10. Spinelli, C.; Wisener, M.; Khoury, B. (2019) ‘Mindfulness training for healthcare professionals and trainees: A meta-analysis of randomized controlled trials’, Journal of Psychosomatic Research, (120): 29-38.
Vorkenntnisse	Reflexionen eigener, erlebter Interaktionsbeziehungen in der Lebenspraxis
Prüfung	Präs

Fachpraxis I — Modulbereich Handeln

Modul BNS_ H_02	Semester 1	Niveau: 1	SWS: 5	ECTS: 5
Fachpraxis I				
Autor:in	Herold-Majumdar, Astrid			
Verantwortung	Siehe Anlage Studienplan			
Aufwand: 150 h	Kontaktstudium: 125	Selbststudium: 15	Prüfungsvorbereitungen: 10	
Rahmenlehrplan Fachkommission nach § 53 PflBG	CE 01, CE 02, CE 03			
PflAPrV	Anlage 2: I 1a, c, d, f, 2a, b, III 1a, b, c, d			
	Anlage 5 Teil A: I 1., 4., 6., III 2.			

Relevanz

Der Schwerpunkt dieser curricularen Fachpraxis-Einheit liegt auf folgenden Aspekten:

- Vorbereitung auf den ersten Einsatz in der Praxiseinrichtung
- Selbstschutz und Selbstpflege
- Nachhaltigkeit
- ausbildungs- und berufsbezogenen Rechte und Pflichten
- Arbeiten unter Anleitung, wissenschaftlich fundierte Reflexion der Praxis mit der Praxisanleiter:in und in der Peer-Gruppe
- Arbeiten im intra- und interprofessionellen Team
- Rechte pflege- und hilfsbedürftiger Menschen aller Altersgruppen
- Schutz personenbezogener Daten und sensibler Gesundheitsdaten
- verständigungsorientierte Interaktion und Kommunikation mit pflegebedürftigen Menschen
- Interaktion in kommunikativ schwierigen Situationen
- Grundlagen der Krankenbeobachtung und Statuserhebung
- Pflegebedarfsermittlung
- Spezifische Krankenbeobachtung bei Neugeborenen und Kindern
- Setting-spezifischer Tagesablauf und Tagesstruktur
- Person-zentrierter Tagesablauf und Tagesstruktur
- Tag-Nacht-Rhythmus
- Spielen und Unterhalten
- Gestalten von Wartezeiten
- Pflegeinterventionen im Zusammenhang mit den ATL
- Erste Hilfe 16 UE + spezifische Erste Hilfe bei Kindern
- Spezielle Verbandslehre
- selbstbestimmte und eigenverantwortliche Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig sind, in enger Abstimmung mit dem behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Ärztin
- Körperverständnis der Pflege mit Übung, Grundlagen der Kinästhetik und leiblichen
- Kommunikation, Bedeutung der Berührung
- Vertiefung Ausscheidung einschl. Stomaversorgung und Kontinenzförderung/
- Inkontinenzversorgung
- Grundlagen injektion und Medikamentenmanagement mit dem Schwerpunkt Diabetes mellitus

Erwartete Kompetenzen

FK = Fachkompetenz
MK = Methodenkompetenz
SoK = Sozialkompetenz
SeK = Selbstkompetenz

Die Studierenden:

- wenden das erworbene Grundlagenwissen in simulierten Fallsituationen für klar umrissene Teil-Aufgaben regelgeleitet an. (FK, MK)
- entwickeln aus den simulierten Fallsituationen erste Fragestellungen, die pflegewissenschaftlich und berufsethisch relevant sind. (EbN). (FK, MK)
- erkennen medizinische Notfallsituationen und können diese in der Simulation im Rahmen der Ersten Hilfe empathisch und evidenzbasiert handhaben. (FK, MK)
- setzen Wissen und Prinzipien einer hygienischen in konkreten, simulierten Fallsituationen für Teilaufgaben um. (FK, MK)
- setzen Wissen und Prinzipien einer nachhaltig-wirtschaftenden Arbeitsweise in konkreten, simulierten Fallsituationen für Teilaufgaben um. (FK, MK)
- kennen die Rechte von pflegebedürftigen Menschen und können diese in einfachen Fallsituationen anwenden. (FK, MK)
- respektieren die Selbstbestimmung und den individuellen Lebensentwurf der pflegebedürftigen Menschen und handeln im Simulationskontext Person-zentriert und gesundheitsfördernd & stärkend. (FK, MK, SoK)

▶ Erwartete Kompetenzen

- wenden ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten bzgl. Gesundheitsförderung, Prävention und Förderung einer selbstbestimmten Teilhabe für einfache Bedarfssituationen an. (FK, MK, SoK)
- unterstützen pflegebedürftige Menschen mit geringem Pflegebedarf entsprechend ihrer Lebens- und Entwicklungsphase, bei der selbstbestimmten, ressourcen- und entwicklungsfördernden Körperpflege, Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, bei der Ausscheidung, bei der Bewegung und beim Kleiden entsprechend des Bedarfs. Sie führen dabei die „Krankenbeobachtung" durch, dokumentieren relevante Beobachtungen und schätzen ein, welche Beobachtungen und Informationen an die verantwortliche Pflegefachperson weitergegeben werden müssen. (FK, MK)
- erkennen und beschreiben pflegerische Phänomene (z. B. Gesundheitsverhalten, Gesundheitsmanagement, Selbstpflegekompetenz, Selbstwahrnehmung, Coping) (FK, MK, SoK, SeK)
- wenden pflegerische Interventionen, einschließlich Beratung und Edukation, in einfachen Fallsituationen an, hospitieren bei komplexen Interventionen und führen diese im Simulationskontext assistierend, angeleitet selbständig oder selbständig durch. (FK, MK)
- gestalten Kommunikation und Interaktion auf den unterschiedlichen Ebenen (in der Studierendengruppe, in der simulierten Fallsituation mit der pflegebedürftigen Person und im intra- und interdisziplinären Team) nach verständigungsorientierten, wertschätzenden, theoretisch-fundierten Prinzipien. (FK, MK)
- reflektieren Interaktionssituationen und ihr eigenes Verhalten und erweitern ihr Handlungsrepertoire. (FK, MK, SoK, SeK)
- reflektieren und entwickeln ihr Selbstverständnis und ihren Habitus, sodass sie im ersten Praxiseinsatz sicher auftreten und in Interaktion treten können (FK, MK, SoK, SeK)
- erkennen besondere Herausforderungen einer z.T. sehr körper- und personnahen Interaktion (z. B. Ekel, Scham, Mitleid, Gewalt) in der Pflege und nehmen diese aktiv (Emotionsarbeit) an.
- schätzen simulierte Entwicklungen des intra- und interdisziplinären Teams sowie der Studierendengruppe ein und leisten ihren Beitrag zu einer förderlichen Teamentwicklung und Lernatmosphäre. (FK, MK, SoK, SeK)
- sind für ihre Selbstsorge und die Fürsorge für andere Menschen sensibilisiert. (FK, MK, SoK, SeK)
- kennen wichtige Potentiale und Risiken des beruflichen Handelns für ihre eigene Gesundheit und können selbstbestimmt gesundheitsförderliche, präventive und kurative Maßnahmen für die eigene Gesundheit einleiten bzw. selbst durchführen. (FK, MK, SoK, SeK)
- kennen die Funktionsweise, die Risiken und die Potentiale von ersten, grundlegenden Pflegehilfsmitteln und technischen Assistenzsystemen einschl. Robotik und können diese hospitierend, assistierend, mit Anleitung oder selbständig situationsgerecht und Person-zentriert für klar umrissene Bedarfe anwenden. (FK, MK,)
- kennen digitale und analoge bzw. papiergestützte Systeme zur Planung und Dokumentation des Pflegeprozesses und wenden diese hospitierend, assistierend, mit Anleitung oder selbständig situationsgerecht in der simulierten, beruflichen Situation an. (FK, MK,)
- schätzen ihre eigenen Defizite und Potentiale bzgl. ihrer berufsbezogenen und wissenschaftlichen Kompetenzen ein und können sich selbstorganisiert und eigenverantwortlich im Sinne des lebenslangen Lernens weiterbilden und –entwickeln. (FK, MK, SoK, SeK)
- schätzen ihre eigenen Defizite und Potentiale bzgl. der eigenverantwortlichen Übernahme von ärztlichen Aufgaben im Rahmen der Heilkundeübertragung ein und bilden sich im Sinne des lebenslangen Lernens fort bzw. weiter. (FK, MK, SoK, SeK)

Inhalte Situationsmerkmale

Handlungsanlässe

- Ankommen im Team/in der Pflegepraxis
- Fragen von Berufsangehörigen, pflegebedürftigen Menschen, Angehörigen anderer Berufsgruppen zum Studium und zum Selbstverständis als Studierende
- Kontaktaufnahme zu pflegenden Menschen in verschiedenen Altersstufen, Auseinandersetzung mit der „Fremdheit", verstehende Annäherung
- unterschiedlicher Pflegebedarf
- medizinische Notfälle im Kontext von Pflegeeinrichtungen
- berufliche Situationen mit spezifischen Risiken z. B. Umgang mit Körperausscheidungen, infektiösem Müll, Gefahrengut

▶ Inhalte
Situationsmerkmale

- berufliche Situationen mit Risiken für die eigene Gesundheit z. B. Lagerung von pflegebedürftigen Menschen mit erhöhtem Körpergewicht, Assistenz bei radioaktiver Diagnostik und Therapie
- Einsicht in persönliche und sensible Daten
- Substitution von ärztlichen Aufgaben in enger Abstimmung mit dem behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Ärztin, insbesondere beim Assessment, bei der Erstanamnese und bei der Zuführung zum Medizinsystem, bei der Gesundheitsförderung, Prävention, bei der Weiterbehandlung von chronischen Krankheiten und bei Palliative Care (Schmerzmanagement und Symptomlinderung)

Kontextbedingungen

- Pflegebedarf in unterschiedliche Settings (z. B. akutstationäre und häusliche Pflege)
- lebenslaufspezifische Situationen
- wirtschaftliche Rahmenbedingungen, Finanzierungssystem der Pflege in unterschiedlichen Settings
- natürliche Umwelt
- rechtliche Rahmenbedingungen, Datenschutz, Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, Patienten-/Bewohnervertretung
- Notrufsysteme
- Gesellschaftliche Werte und Normen im Zusammenhang mit Gesundheit, Krankheit, Pflegebedürftigkeit
- gesellschaftliche Rollenbilder
- rechtliche Rahmenbedingungen der interprofessionellen Schnittstellen, der Delegation und Übernahme ärztlicher Aufgaben

Ausgewählte Akteure

- Studierende mit wenig bzw. keiner Pflegeerfahrung
- Kleingruppe im Studium
- pflegebedürftige Menschen unterschiedlichen Alters, Glaubens, Geschlechts, sozialen Status und unterschiedlicher Hautfarbe, Akkulturation, sexueller Orientierung, Nationalität, politischer Einstellung und ethnischer Zugehörigkeit mit krankheitsbedingten Einschränkungen oder Gesundheitsbedürfnissen und ihre Bezugspersonen
- (gesetzliche) Vertreter:innen pflegebedürftiger Menschen (z. B. Patientenvertreter:in)
- Angehörige anderer Berufsgruppen (u.a. Medizin, Notfallmedizin, Rettungsassistenz, Notfallsanitäter, Therapie, Hauswirtschaft)

Erleben, deuten, verarbeiten

- die schmerzliche Erfahrung, dass die Pflegebedarfseinschätzung von eigenen Wahrnehmungsverzerrungen beeinflusst ist und dadurch ggf. nicht valide und zutreffend ist, verarbeiten können
- sein eigenes Handeln reflektieren und Strategien entwickeln, um mit pflegebedürftigen Menschen und ihren Bezugspersonen auf Augenhöhe zu arbeiten
- Machtlosigkeit bei der Darlegung und Anerkennung von Pflegebedarf erleben und bewältigen können
- sich als kompetent und durchsetzungsstark bei der Darlegung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegeaufwandes erleben
- sich als handlungsfähig in medizinischen Notfallsituationen erleben
- die eigenen berufspraktische Kompetenz realistisch einschätzen und die Durchführungsverantwortung übernehmen können, sich dabei auch bei der Delegation komplexer Aufgaben abgrenzen können

Handlungsmuster

- in der Gruppe lernen, Gruppendynamik erleben und gestalten
- pflegerische Vorerfahrungen und die lernbiographisch gewachsenen Bedeutungen in den Lernprozess intergrieren
- den eigenen Lernprozess reflektieren und neue Lernstrategien entwickeln
- ein Verständnis des universitären Lernens entwickeln und das eigene Selbstverständnis als Studierende(r) entwickeln
- Beziehungen reflektieren und gestalten: Kommunikation, Fürsorge, Kultursensibilität, ethische Haltung, Empathie
- das Pflegeprozessmodell als Problemlösungs- und Beziehungsprozess erleben und gestalten
- professionelles Pflegehandeln entwickeln (z. B. Grundbegriffe, Gegenstand)
- kritisch-reflektierte Rollengestaltung, insbesondere im Zusammenhang mit der Übernahme ärztlicher Aufgaben
- Aufmerksam-Sein für die eigene Gesundheit/sich vor physischen und psychischen Belastungen schützen
- Handlungsmuster in ausgewählten Szenarien entwickeln und für die Praxis üben

▶ Inhalte Situationsmerkmale	• die Sichtweise und das individuelle Erleben der pflegebedürftigen Person in den Mittelpunkt stellen • den Status hinsichtlich Pflegebedarf, pathologischer Auffälligkeiten erheben, einschätzen, präzise kommunizieren und dokumentieren • Pflegebedarfe erkennen und erste Einschätzungen treffen • standardisierten Assessmentinstrumenten anwenden und in die fachliche Statuseinschätzung integrieren • pflegerische Phänomene erkennen • selbstbestimmte Integration ärztlicher Aufgaben in den Pflegeprozess
Wissensgrundlagen	• praktische Umsetzung von Bedarfsermittlung und Assessment in der Pflege • empathische Wahrnehmung von Bedürfnisse von Patient:innenGrundlagen der wissensbasierten Pflege im Pflegeprozess in verschiedenen Settings umsetzenHygiene und Arbeitssicherheit • Arbeitsbündnis und Kommunikation in der konkreten Pflegesituation • relevante Rahmenbedingungen (rechtliche, finanzielle, gesundheitssystemische, gesellschaftliche) in der konkreten Pflegesituation identifizieren und in das berufliche Handeln einbeziehen • Grundlagen der Ersten Hilfe (16 UE), spezifische Erste Hilfe bei Kindern in konkreten Simulationssituationen anwenden • erweitertes Wissen im Bereich der Physiologie und Pathophysiologie sowie ärztlichen Diagnostik und Therapieverfahren an der Schnittstelle zur Medizin • „The most important practical lesson that can be given to nurses is to teach them what to observe - how to observe - what symptoms indicate improvement - what the reverse - which are of importance - which are of none - which are the evidence of neglect - and of what kind of neglect.“ (Nightingale, 1860, S.59) • „If we cannot name it, we cannot control it, practice it, teach it, finance it, or put it into public policy“ (Clark & Lang, 1992, S. 109)
Lernen in der simulativen Lernumgebung	• Simulation Gefahren behafteter Situationen (z. B. Aggression) und Gewalt auslösender Situationen • Simulation und Veranschaulichung pathologischer Zustände • Rollenspiele zur Simulation der ersten Kontaktaufnahme zu Menschen mit Pflegebedarf • Selbsterfahrungslernen mit Übungen, in denen die Studierenden die Rolle der pflegebedürftigen Person und ihrer Bezugspersonen übernehmen • Simulationspersonen und technische Simulation nicht-komplexer Krankheitsgeschichten und „einfacher“ Pflegebedarfe • Rollenspiele zur ersten Kontaktaufnahme zu fremden Menschen/zum Betreten eines Zimmers von zu pflegenden Menschen in verschiedenen Altersstufen • Rollenspiele zum Handeln im intra-/interprofessionellen Team • Simulation eines Anamnesegesprächs über Fragen im Zusammenhang mit der Feststellung von Pflegebedürftigkeit, soziodemographischen Variablen und personbezogenen Faktoren • Simulation einer Patientenaufnahme im Zusammenhang mit einem operativen Eingriff Simulation einer Assessmentsituation mit einem pflegebedürftigen Kind • Simulation von medizinischen Notfallsituationen • interprofessionelle Szenarien mit Fokus auf interprofessionelle Zusammenarbeit, Delegation und Substitution von Aufgaben (in beide Richtungen) • Kinästhetische Analyse von Bewegungssituationen mit pflegebedürftigen Menschen/Simulatoren unterschiedlichen Lebensalters
Anregung für Lern- und Arbeitsaufgaben	• Bedarfsermittlung und Assessment bei einer pflegebedürftigen Person mit teilweiser Übernahme von ATL und unter Hinzuziehung standardisierter Assessmentinstrumente (z. B. Schmerzskala, Braden-Skala zur Dekubitusrisikoeinschätzung) und Dokumentation • Analyse einer simulierten Pflegesituation hinsichtlich Infektionsverhütung und hygienisches Arbeiten • Analyse einer simulierten Pflegesituation hinsichtlich ergonomischen Arbeitens und Selbstschutz/-pflege • Webbasierte, komplexe Szenarien (Body Interact) im interprofessionellen Setting mit Fokus auf prozessuale Kompetenzen und Role Making (aktive und kritisch-reflexive Gestaltung der professionellen Rolle) im Versorgungsprozess

Didaktischer Kommentar	Lehrveranstaltungsart: Ü 10/6 TN, Simulationstraning in Kleingruppen (max. 6 TN) • Einarbeitung in das EDV-gestützte Lernbegleitbuch, E-Portfolio zur Vorbereitung auf den ersten Praxiseinsatz und die Praxisbegleitung I • Einarbeitung in das EDV-gestützte System zum Abrufen von wissenschaftlich fundierten Informationen zu konkreten, beruflichen Handlungen auf dem mobilen Endgerät oder auf dem stationären Computer • Einführung in die Funktion der Praxisanleitung und Praxisbegleitung, Potentiale für den Lernprozess, Einführung in das Beurteilungsinstrumentatrium • kollegiale Fallberatung, Peer-Mentoring durch fortgeschrittene Studierende • Einführung in das Mentoring und die Supervision • Planung von Simulationseinheiten mit Studierenden und/oder Lehrenden anderer, relevanter Professionen (u.a. Medizin, Therapie, Geburtshilfe/Hebammenwesen)
Ausgewählte Literatur	1. Menche Nicole (2020): Pflege Heute, 7. Aufl., München: Urban & Fischer. 2. Schewior-Popp Susanne, Sitzmann Franz, Ullrich Lothar (2020) Thiemes Pflege, 15. Aufl., Stuttgart, New York: Thieme Verlag. 3. Kardioler Romana, Kuderna Heinz, Sprengseis Gabriele (2018) Erste Hilfe. Ein Lehrbuch für die Gesundheits- und Krankenpflege. 3. Aufl., Wien: Facultas. 4. Kinderschutzleitlinienbüro. AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie), Langfassung 1.0, 2019, AWMF-Registernummer: 027 – 069
Vorkenntnisse	Evidence-based Nursing I Pflegeprozess I Pflegeprozess II Pflegetheorie Medizinische Grundlagen I
Prüfung	OSCE

Pflegeprozess III

Modulbereich Wissen

Modul BNS_W_05	Semester 2	Niveau: L2	SWS: 3	ECTS: 5
Pflegeprozess III	Lebenslaufspezifische Pflegephänomene und Leibphänomenologie			
Autor:in	Fraunhofer, Herold-Majumdar			
Verantwortung				
Aufwand: 150 h	Kontaktstudium: 45	Selbststudium: 55	Prüfungsvorbereitungen: 50	
Rahmenlehrplan Fachkommission nach § 53 PflBG	CE 03, CE 05			
PflAPrV	Anlage 2: I 1c, d, 2a, c, d, e, 3a-f, 5a, b, c, 6d, e, II 1d, 2c, III 2f, 3a, b, e, V 1c, 2d			
	Anlage 5 Teil A: I 2., 7./ V 3.			

Relevanz

Begleitend zum ersten Praxissemester analysieren und reflektieren die Studierenden in diesem Modul die in der klinischen Praxis erlebten Pflegephänomene. Die funktionellen Gesundheitsmuster (functional health patterns) nach Marjory Gordon, die in der NANDA-I definierten Konzepte sowie weitere in der Literatur beschriebenen oder neue Phänomene (z. B. Mensch-Maschine/Roboter Interaktion) werden hierfür als theoretische, evidenzbasierte Grundlagen zur Systematisierung verwendet. Das medizinisch-anatomische Verständnis vom menschlichen Körper wird mit der Phänomenologie des Leibes erweitert und miteinander in Beziehung gesetzt, um das pflegewissenschaftliche und –praktische Verstehen des individuellen Gesundheits-Krankheitserlebens sowie lebenslaufspezifischer Prozesse (u.a. Geburt, kindliche Entwicklung, Erwachsen werden, Altern, Sterben) zu vertiefen. Methodisch-didaktisch werden die Pflegephänomene und die Leibphänomenologie nicht nur theoretisch erschlossen, sondern den Studierenden werden geschützte Räume geboten, in denen sie selbstbestimmt über gezielte Körper- und Wahrnehmungsübungen Phänomene am eigenen Leib erfahren können.

Erwartete Kompetenzen

FK = Fachkompetenz
MK = Methodenkompetenz
SoK = Sozialkompetenz
SeK = Selbstkompetenz

Die Studierenden:

- kennen die theoretischen Konzepte der Pflegephänomene und haben diese pflegetheoretisch eingeordnet und reflektiert. (FK)
- haben sich mit Körperkonzepten, Körperbildern, leibliche Körpererfahrung sowie mit dem Konstrukt von Selbstbild, Selbstkonzept und Selbstidentität reflektierend auseinandergesetzt. (FK, SeK)
- können das Spüren von Menschen u.a. mit Diabetes, Demenz und chronischen Wunden durch Spürensäquivalente beschreiben (FK, MK).
- kennen die somatischen, psychischen, seelischen, kulturellen und sozialen Dimensionen von Körperlichkeit und können daraus Rückschlüsse für ihr professionelles Handeln ziehen welches sie auch bei Übernahme ärztlicher Tätigkeiten im Sinne der Heilkundeübertragung anwenden. (FK, SoK)
- forschen nach Erkenntnissen zu den bekannten Pflegephänomenen und entwickeln ihr Verständnis von den Pflegephänomenen weiter. (FK, MK)
- kennen aktuelle, wissenschaftliche Belege zu den beeinflussenden Faktoren wichtiger Pflegephänomene
- forschen nach neuen Pflegephänomenen und tragen somit zur Weiterentwicklung des Pflegeverständnisses und des Pflegewissens bei. (MK)
- ordnen fachlich und pflegetheoretisch begründet die in der klinischen Praxis beobachteten, individuellen Erscheinungsformen und Informationen den Pflegephänomenen zu (Voraussetzung für die Pflegediagnostik). (FK, MK)
- dokumentieren fachsprachlich präzise identifizierte Pflegephänomene. (FK)
- haben sich Wissen, Methoden, Techniken und Maßnahmen für den schonenden und gesundheitsförderlichen Umgang mit dem eigenen Körper im Pflege- und Versorgungsalltag angeeignet (sicheres und gesundheitsförderliches Arbeiten). (FK, MK)
- reflektieren sozial konstruierte, kulturell beeinflusste Körperbilder und Körperwahrnehmungen und schätzen deren Bedeutung für die individuelle Körperwahrnehmung und das Selbstkonzept der pflegebedürftigen Person ein. (SoK, SeK)
- nehmen die individuelle Körperwahrnehmung der pflegebedürftigen Person empathisch wahr, respektieren diese und schließen darauf aufbauend Interventionsangebote an. (MK, SoK)
- haben sich die soziokulturelle und normativ-gesellschaftliche Beeinflussbarkeit der individuellen Körperwahrnehmung bewusstgemacht und binden dies in ihr Interventionsangebot ein. (SoK)

▶ Erwartete Kompetenzen	• sind in der Körperwahrnehmung geübt, haben ein reflektiertes Körperbewusstsein ausgebildet und können dieses für ihr professionelles Handeln zur Förderung der eigenen Gesundheit (z. B. rückenschonendes Arbeiten) und der Gesundheit bzw. Krankheitsbewältigung der pflegebedürftigen Menschen nutzbar machen. (SoK, SeK) • reflektieren soziokulturelle und normativ-gesellschaftliche Körperbilder, ihr eigenes Körperverständnis und können dies in den Hintergrund stellen, um offen auf das Körpererleben der pflegebedürftigen Person eingehen zu können. (SoK, SeK) • kennen wissenschaftlich fundierte Methoden, Techniken und Maßnahmen für den schonenden Umgang mit dem eigenen Körper im Pflege- und Versorgungsalltag und wenden diese in der beruflichen Praxis situationsgerecht an. (FK, MK, SeK) • erklären den Zusammenhang von Körper, Geist, Psyche und (soziale und natürliche) Umgebung auf Basis physiologischer und psychologischer Prozesse und beziehen ihr eigenes gesundheitsförderliches Verhalten sowie gesundheitsförderliche Interventionen auch im Sinne der Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten auf diese Ebenen.
Inhalte Situationsmerkmale	**Handlungsanlässe** • erste Erfahrungen mit Pflegephänomenen im beruflichen Kontext • Erscheinungsbilder, bestimmende Merkmale und beeinflussende Faktoren von komplexeren Pflegephänomenen • altersspezifische und sozio-kulturelle Einflussfaktoren auf die Pflegephänomene • Erscheinungsbilder, bestimmende Merkmale und beeinflussende Faktoren von Pflegephänomenen, die dem Wissenskörper der Pflege (wie er in den international anerkannten, evidenzbasierten Klassifikationssystemen z. B. NANDA-I dokumentiert ist) nicht zugeordnet werden können • alters-, krankheits- und settingspezifische Pflegephänomene • Pflegephänomene, bestimmende Merkmale und beeinflussende Faktoren, die sich auf die Familie oder eine Gruppe beziehen • Pflegephänomene, bestimmende Merkmale und beeinflussende Faktoren im chirurgischen Arbeitsbereich (z. B. akuter Schmerz, Schlafmangel, Immobilitätssyndrom, posttraumatisches Syndrom, Infektionsgefahr, Aspirationsgefahr, Gewebeschädigung, Harnverhalt, Obstipation, Orientierungsstörung, akute Verwirrtheit) • Pflegephänomene, bestimmende Merkmale und beeinflussende Faktoren im internistischen Arbeitsbereich (z. B. unwirksames Management der eigenen Gesundheit, Flüssigkeitsdefizit, unausgeglichenes Elektrolytgleichgewicht, Selbstversorgungsdefizit, beeinträchtigter Gasaustausch, Gefahr einer kardialen oder peripheren Durchblutungsstörung mit chronischen Wunden) • Pflegephänomene, bestimmende Merkmale und beeinflussende Faktoren im pädiatrischen Arbeitsbereich und in der Neonatologie z. B. Gefahr einer verzögerten Entwicklung, Bereitschaft für ein verbessertes Stillen, Gefahr einer beeinträchtigten Bindung, Bereitschaft für eine verbesserte, elterliche Fürsorge, beeinträchtigte Familienprozesse, Erstickungsgefahr, Gefahr eines desorganisierten, kindlichen Verhaltens • Pflegephänomene, bestimmende Merkmale und beeinflussende Faktoren im Wöchnerinnenbereich z. B. Bereitschaft für einen verbesserten Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbettverlauf, Gefahr einer gestörten Mutter-Fötus-Dyade • Pflegephänomene, bestimmende Merkmale und beeinflussende Faktoren im psychiatrischen Arbeitsbereich z. B. Gefahr einer gestörten, persönlichen Identität, Bereitschaft für ein verbessertes Selbstkonzept, Körperbildstörung, beeinträchtigte Familienprozesse, Gefahr einer beeinträchtigten Beziehung, posttraumatisches Syndrom, Angst, unwirksames Coping, Machtlosigkeit, Selbstverletzungsgefahr, Suizidgefahr, soziale Isolation • Pflegephänomene, bestimmende Merkmale und beeinflussende Faktoren im neurologischen Arbeitsbereich z. B. Orientierungsstörung, beeinträchtigte Gedächtnisleistung, funktionelle Urininkontinenz, Reflexurininkontinenz, gestörtes Schlafmuster, Stuhlinkontinenz, Körperbildstörung, Neglect, Gefahr einer autonomen Dysreflexie • Pflegephänomene, bestimmende Merkmale und beeinflussende Faktoren in ausgewählten medizinischen (z. B. HNO, Urologie) und nicht medizinischen Arbeitsbereichen • Pflegephänomene, bestimmende Merkmale und beeinflussende Faktoren im Public Health Bereich (z. B. Gesundheitserziehung und – Beratung in Bildungseinrichtungen, Kindergärten und Schulen) z. B. Bereitschaft für einen verbesserten Immu-

▶ Inhalte
Situationsmerkmale

nisierungsstatus, Bereitschaft für ein verbessertes Management der eigenen Gesundheit, Bereitschaft für eine verbesserte Ernährung, beeinträchtigte, elterliche Fürsorge)
- Pflegephänomene, bestimmende Merkmale und beeinflussende Faktoren im Palliativbereich (z. B. Gefahr einer beeinträchtigten Menschenwürde, erschwertes Trauern, unwirksame Verleugnung, Machtlosigkeit, Bereitschaft für eine verbesserte Sinnfindung, Bereitschaft für eine verbesserte Entscheidungsfindung, Bereitschaft für eine vertiefte Religiosität oder Spiritualität, akuter Schmerz, Erstickungsgefahr, Todesangst)
- Pflegephänomene, bestimmende Merkmale und beeinflussende Faktoren, die bevorzugt in spezifischen Settings (z. B. Wohnungslosigkeit, häusliche Pflege, stationäre, institutionalisierte Langzeitpflege, Überleitungspflege, ambulant betreute Wohngruppen, technisch-assistierte Wohnformen) auftreten können (z. B. Selbstvernachlässigung, Relokalisationsstresssyndrom, Vereinsamungsgefahr, Gefahr einer beeinträchtigten Menschenwürde, Rollenüberlastung der pflegenden Bezugsperson, Gefahr einer gestörten Technik-Mensch-Interkation)
- potentiell, gesundheitsbelastende und –gefährdende, berufliche Situationen (z. B. Transfer von adipösen, pflegebedürftigen Menschen, Arbeit mit Personen, die an ansteckenden Infektionskrankheiten leiden, emotional und psychisch belastende Situationen)

Kontextbedingungen
- Medizinische Fachbereiche
- Public Health
- Sektorale Struktur des Gesundheitssystems
- Spezialisierte, ambulante Palliativversorgung (SAPV)
- Institutionalisierte Pflege
- Person-orientierte Pflege in der eigenen Häuslichkeit
- Wohnungslosigkeit, Flucht und Migration
- stationäre, institutionalisierte Langzeitpflege
- Überleitungspflege
- ambulant betreute Wohngruppen
- technisch-assistierte Wohnformen
- betriebliche Gesundheitsförderung
- Arbeitssicherheit

Ausgewählte Akteure
- pflegebedürftige Menschen unterschiedlichen Alters, Glaubens, Geschlechts, sozialen Status und unterschiedlicher Hautfarbe, Akkulturation, sexueller Orientierung, Nationalität, politischer Einstellung und ethnischer Zugehörigkeit mit krankheitsbedingten Einschränkungen oder Gesundheitsbedürfnissen und ihre Bezugspersonen
- pflegebedürftige Menschen in unterschiedlichen Versorgungssituationen und Settings
- pflegebedürftige Menschen mit prekären sozioökonomischen Lebensbedingungen
- existenziell bedrohte, pflegebedürftige Menschen
- Angehörige andere Berufsgruppen z. B. Therapeut:innen, Sozialarbeiter:innen, Ärzt:innen, Seelsorger:innen, Hospiz-arbeiter:innen
- MitarbeiterInnen der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Arbeitssicherheit
- Betriebshelfer:innen, Betriebsarzt*ärztin
- Supervisor:in

Erleben, deuten, verarbeiten
- Menschen in existenziell bedrohlichen Situationen erleben und begleiten
- den eigenverantwortlichen Anteil der Pflege in komplexen Situationen im Zusammenhang mit Gesundheits-, Krankheits- und Lebensprozessen erkennen, beurteilen und gestalten
- Ängste und Selbstzweifel im Zusammenhang mit Vorbehaltsaufgaben wahrnehmen, reflektieren und bewältigen
- sich durchsetzungsstark erleben in Situationen, in denen die Pflege bisher noch nicht ihren eigenverantwortlichen Anteil an Aufgaben übernimmt
- Verantwortung im interdisziplinären Team übernehmen
- sich als kompetent erleben, pflegerische Phänomene im interdisziplinären Team verständlich und nachvollziehbar zu kommunizieren
- sich als kompetent erleben, Pflegephänomene mit der pflegebedürftigen Person und ihren Bezugspersonen verständlich und nachvollziehbar zu kommunizieren
- Hilfe und Unterstützung im beruflichen Alltag annehmen können und erfahren dürfen
- Familien und primäre, soziale Netzwerke als Ressource erkennen und im Pflegeprozess nutzen können

▶ Inhalte Situationsmerkmale	• eigene Grenzen der physischen, psychischen und seelischen Belastbarkeit erfahren, einschätzen und wahren • den eigenen Körper als wichtige Ressource bei der Arbeit mit pflegebedürftigen Menschen erleben und schützen **Handlungsmuster** • Pflegebedarf erkennen • pflegerische Handlungsfelder erkennen und verantwortungsvoll ausfüllen • den pflegerischen Verantwortungsbereich im interdisziplinären Team erkennen und gestalten • Risiken erkennen, einschätzen und minimieren • für eine kontinuierliche, pflegerische Versorgung sorgen • Menschen in Krisensituationen, existenziell bedrohlichen Situationen und bei Lebensprozessen begleiten, Leid und Schmerz aushalten können • Gesundheits-(förderungs)- und Pflegebedarfe frühzeitig erkennen und einzuschätzen • umgebungsbedingte Faktoren, die für Gesundheits-, Krankheits- und Lebensprozesse wichtig sind erkennen, einschätzen und gestalten • Risiken und Belastungen für die eigene Gesundheit in der beruflichen Praxis erkennen, minimieren und bewältigen
Wissensgrundlagen	• Pflegephänomene und Konzepte ihre theoretische Definition, Evidence-Basierung und Erscheinung in der klinischen Praxis in unterschiedlichen Settings • Pflegetheoretische, medizinische, philosophische und psychologische Grundlagen der Pflegephänomene und Leibphänomenologie • Körperbild und Körperbildstörungen im Zusammenhang mit Gesundheits- und Krankheitsprozessen und gesundheitsrelevanten Lebensprozessen (z. B. erwachsen werden und geschlechterspezifische Entwicklung, Essstörungen, Amputation, Ödeme, Hauterkrankungen) • fortgeschrittene biomedizinische Kenntnisse über Aufbau und Funktionsweise des menschlichen Körpers (Anatomie/Physiologie) • psychosoziale Dimensionen von Körperlichkeit (z. B. soziale Konstruktion von Körperbildern und Körperwahrnehmung) und Körperarbeit (z. B. Scham) • Körperlichkeit, Sinnlichkeit und Sexualität in verschiedenen Lebensaltern vor dem Hintergrund der individuellen Lebenswelt und ihre Bedeutung für die Pflege • Altersspezifische Konzepte der Bewegungspädagogik/Körperarbeit (z. B. Feldenkrais, Kinästhetik, Autogenes Training, Gestalttherapie, Atemtherapie, Ausdruckstanz, funktionale Entspannung, Eutonie, Infant Handling) • Das Leibkonzept in der Beziehungs- und Körperarbeit mit pflegebedürftigen Personen unterschiedlicher Altersstufen und in diversen Umgebungen/Settings • körperbewusstes und beidseitig gesundheitsförderliches Arbeiten mit pflegebedürftigen Menschen aller Altersstufen (z. B. Kinästhetik, Infant Handling, Therapeutic Touch) • sicheres und gesundheitsförderliches Arbeiten
Lernen in der simulativen Lernumgebung	Einübung in die Körperwahrnehmung, das Körperbewusstsein, die Leiberfahrung durch: • Wahrnehmungsübungen im geschützten Raum und mit dem Angebot verschiedener Möglichkeiten, die sich die Studierenden individuell aussuchen können • Körperscanning und Achtsamkeitsübungen • Beobachten und Analysieren von Bewegungsabläufen und –mustern, Bewegungsprofil erstellen • Menschen mit beeinträchtigter Mobilität bspw. durch chronische Wunden in einfachen Handlungen der Selbstversorgung unterstützen und die Wirksamkeit von Bewegungskonzepten evaluieren und reflektieren • Simulation und Übung postoperativer Mobilisation nach spezifischen Eingriffen z. B. Hüft-TEP-OP • Planung und Durchführung von typischen Pflegesituationen bei der Unterstützung der Selbstversorgung von pflegebedürftigen Menschen bei Selbstversorgungsdefizit (z. B. Körper- und Mundpflege, Anreichen von Speisen und Getränken, Versorgung mit Inkontinenzmaterialien, Reflexion aus unterschiedlichen Perspektiven und Rollen • Strukturierung und Planung von Handlungsabläufen unter Anwendung hygienischer Prinzipien • Reflexion von eigenen Körperwahrnehmungen und Erfahrungen in der Unterstützung von Menschen mit beeinträchtigter Mobilität

- Simulation von potentiell belastenden, beruflichen Situationen mit Übung von entlastenden Maßnahmen (z. B. kinästhetischer Transfer einer adipösen Person, einer pflegebedürftigen Person mit Hemiplegie, Einsatz von Pflegehilfsmitteln und technischen Assistenzsystemen z. B. Lifter)
- Übernahme der Rolle der pflegebedürftigen Person zur eigenen, leiblichen Erfahrung von pflegerischen Interventionen (z. B. freiheitsentziehende Maßnahmen und Fixierung, sich das Gesicht waschen lassen, Eingabe von Essen und Trinken)
- Alterssimulation
- Simulation von krankheitsbedingten Veränderungen und Entstellungen des äußeren Erscheinungsbildes z. B. exulzerierende Tumore, Ödeme, Amputation und Umgang damit in der pflegerischen Assistenz und im zwischenmenschlichen Kontakt mit der pflegebedürftigen Person
- Anleitung und Übung von entlastenden Techniken im Berufsalltag
- potentiell gefährdende, berufliche Situationen simulieren und bearbeiten
- Kinästhetische Analyse von Bewegungssituationen mit pflegebedürftigen Menschen/Simulatoren unterschiedlichen Lebensalters

Anregung für Lern- und Arbeitsaufgaben

- Aufgabe zur selbständigen Erschließung von Pflegephänomenen und Konzepten über wissenschaftliche Recherche
- Berufliche Situationen, die für die Leiberfahrung und Körperarbeit von Bedeutung sind, analysieren und Vorschläge für eine auf beiden Seiten (auf Seiten der Pflegebedürftigen Person und der Pflegefachperson) förderliche Erfahrung (im Hinblick auf die Gesundheit, die eigenen Identität und körperliche, leibliche Integrität) entwickeln
- Leibportrait in Kombination mit unterschiedlichen Übungen, Erfahrungen und Materialien
- Analyse von Reflexionsgesprächen mit pflegebedürftigen Menschen in der beruflichen Praxis bzgl. deren Leiberfahrung und Körperwahrnehmung
- wissenschaftliche Recherche nach Studien über gesundheitsförderliche Strategien zur Bewältigung von belastenden, beruflichen Situationen und deren Auswertung hinsichtlich Handlungsempfehlungen für die berufliche Praxis (Anwendungsbezug)
- wissenschaftliche Recherche nach Studien über die Wirkung von Krankheit und Therapie auf das Körperbild, das Körpererleben und das Selbstkonzept mit ggf. Ableitung von Konsequenzen für das berufliche Handeln
- wissenschaftlich nachgewiesene, wirksame pflegerische Interventionen zur Förderung eines positiven Körperbildes und Körpererlebens von pflegebedürftigen Personen
- wissenschaftliche Recherche nach Studien über das Körpererleben und das Körperbild von Personen, die überwiegend bettlägerig sind, und ggf. Ableitung von Handlungsstrategien für die berufliche Praxis
- Entwicklung von wissenschaftlichen Fragestellungen im Zusammenhang mit Pflegephänomenen und Leibphänomenologie

Didaktischer Kommentar

Lehrveranstaltungsart: Seminar
4/15 TN
Angesichts der Vielfalt pflegerischer Konzepte und Phänomene soll in dieser curricularen Einheit schwerpunktmäßig auf solche Phänomene eingegangen werden, die in der beruflichen Praxis wenig beleuchtet werden oder noch gar nicht als pflegerisches Phänomen erkannt werden. Bei den Selbstwahrnehmungsübungen im klinischen Simulationslabor ist auf eine geschützte, vertrauensvolle Atmosphäre unter Wahrung der Intimsphäre der Lehrenden und Studierenden zu achten. Bei der Gestaltung der Lernumgebung und der Aufgaben ist besonders auf die Selbstbestimmung (auch informationelle Selbstbestimmung) und den Schutz der Studierenden vor Verletzung zu achten. Da die emotionale, psychische und leibliche Ebene in die Lernsituationen einbezogen wird, müssen die Studierenden und Lehrenden zu jeder Zeit, in jeder Situation die Möglichkeit haben, sich zurückzuziehen oder sich aus der Lehr-Lernsituation herauszunehmen, wenn sie sich belastet fühlen. Gleichzeit muss den Studierenden aber auch vermittelt werden, welche Potentiale Lernsituationen bieten, in denen sie selbst leibliche Erfahrungen sammeln können. Didaktisch sind Maßnahmen zu ergreifen, die Studierenden zu ermutigen und zu motivieren, an diesen Lernsituationen teilzunehmen und teilzuhaben. Für den Fall, dass Studierende in eine Überforderungssituation kommen ist vorzusorgen (z. B. Kontakt zum psychologischen Dienst der Hochschule bereithalten, Möglichkeit zur Nachbesprechung in der Einzelberatung geben). Mögliche Rollenkonflikte der Lehrenden (z. B. Lehrer und Supervisor) müssen von den Lehrenden erkannt und gelöst werden. Es ist auch zu empfehlen, dem selbstverantwortlichen Lernen hier mehr Raum zu geben, indem die Studierenden ohne Anwesenheit der Lehrperson, Dinge ausprobieren können. Voraussetzung hierfür ist,

dass die Studierenden hinsichtlich einer sicheren Lernumgebung eingewiesen sind (z. B. bei der Anwendung des Alterssimulationsanzuges). Selbstverantwortlich gestaltete Lernsituationen sind stets mit den Studierenden nachzubesprechen und zu reflektieren. In der simulativen Lernumgebung ist eine Atmosphäre zu schaffen, die es ermöglicht, neue Dinge, experimentell auszuprobieren.

Ausgewählte Literatur	1. Bernet Rudolf (Hrsg.) (2013) Husserl Edmund. Zur Phänomenologie des inneren Zeitbewußtseins. Hamburg: Felix Meiner Verlag. 2. Fingeret Michelle Cororve, Teo Irene, Epner Daniel E. (2014) Managing Body Image Difficulties of Adult Cancer Patients. Lessons From Available Research. In: Cancer March: Jg. 1, S. 633-641. 3. Fuchs, Thomas (2000a). Leib, Raum, Person. Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie. Stuttgart: Klett-Cotta. 4. Fuchs, Thomas (2000b). Psychopathologie von Leib und Raum. Phänomenologisch-empirische Untersuchungen zu depressiven und paranoiden Erkrankungen. Darmstadt: Steinkopff (= Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie; Bd. 102) 5. Gorden Marjory (2014). Manual of Nursing Diagnosis. Thirteenth edition, Burlington/ MA: Jones & Barlett Learning. 6. Kamitsuru Shigemi, Herdman Heather (2019): NANDA-I-Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2018-2020. Baar-Ebenhausen: Recom. 7. Lautenschläger S. (2015) Therapeutische Pflege in der neurologischen (Früh-) Rehabilitation: Eine Grounded-Theory-Studie. In: Rehabilitation: Jg. 54(04) 273-278. 8. Martin Alexandra, Svaldi Jennifer (2015) Körperbild und Körperbildstörungen. In: Psychotherapeut: Jg. 60, S. 475–476. 9. Paetz Burkhard (2017) Chirurgie für Pflegeberufe. 23., überarbeitete Auflage. Stuttgart: Thieme. 10. Ried S., Gutzmann H. (2003): Das Pflegephänomen „Chronische Verwirrtheit“ im Kontext der Diagnose „Demenz“ Eine Literaturstudie. In: Z Gerontol Geriat: Jg. 36, S. 297–302. 11. Schädle-Deininger Hilde, Wegmüller David (2017) Psychiatrische Pflege Kurzlehrbuch und Leitfaden für Weiterbildung, Praxis und Studium. 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl., Bern: Hogrefe. 12. Schmitz Hermann (2011): Der Leib. Berlin, Boston: de Gruyter. 13. Uschok Andreas (Hrsg.) (2016) Körperbild und Körperbildstörungen. Handbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. Bern: Hogrefe. 14. Uzarewicz C., Moers M. (2012) Leibphänomenologie für Pflegewissenschaft – eine Annäherung. In: Pflege&Gesellschaft Jg. 17. (2) S. 101-176. 15. Uzarewicz, Charlotte (2016): Kopfkissenperspektiven. Fragmente zum Raumerleben in Krankenhäusern und Heimen. Freiburg: K. Alber Verlag.Uzarewicz, Charlotte (2013a): Die Räumlichkeit des Sterbens. In: Becker, Heinz (Hg.): Zugang zu Menschen. Angewandte Philosophie in zehn Be-rufsfeldern. Originalausg. Freiburg i. Br., München: Alber, S. 201–223. 16. Uzarewicz, Charlotte (2013b): Das Bett und das Liegen. In: Pflege in Bayern, H. 26, S. 12–16. 17. Uzarewicz, Charlotte (2012): Neophänomenologische Betrachtungen über das Altenheim. In: Pflege & Gesellschaft 17, H. 2, S. 120–135. 18. Uzarewicz, Charlotte (2009): Kann man in einem Altenheim wohnen? Mün-chen. URL: http://www.gnp-onli-ne.de/fileadmin/media/Kann_man_in_einem_Altenheim_wohnen__Ch_Uzarewicz_09.pdf [Stand: 30. Juli 2024].
Vorkenntnisse	W_02 Pflegeprozess I H_01 Pflegeprozess II W_04 Medizinische Grundlagen I W_03 Pflegetheorie
Prüfung	ModA

Pflegeprozess IV

Modulbereich Wissen

Modul BNS_W_06	Semester 3	Niveau: L3	SWS: 4	ECTS: 5
Pflegeprozess IV	Pflegediagnostik und Intervention *Pflegediagnostik und Intervention (Schwerpunkt erwachsene und ältere Menschen) (2 SWS)* *Pflegediagnostik und Intervention (Schwerpunkt Kinder) (2 SWS)*			
Autor:in	Fraunhofer, Herold-Majumdar			
Verantwortung	Siehe Anlage Studienplan			
Aufwand: 150 h	Kontaktstudium: 60	Selbststudium: 45	Prüfungsvorbereitungen: 45	
Rahmenlehrplan Fachkommission nach § 53 PflBG	CE 04, CE 05, CE 06, CE 07, CE 11			
PflAPrV	Anlage 2: I 1c, d, e, 2a, b, c, d, e, 3a-f, 5a, b, c, 6d, e, II 1d, 2c, III 2f, 3a, b, e, V 1c, 2d Anlage 5 Teil A: I 1., 2., 3./ II 3., V3.			

Relevanz	Den Pflegebedarf individuell und evidenzbasiert zu ermitteln und diesen präzise, in einer international anerkannten und für alle Berufsangehörigen verständlichen Fachsprache zu formulieren, stellt eine Schlüsselkompetenz der wissenschaftlich ausgebildeten Pflegefachpersonen dar. Pflegerische Interventionen können nur gezielt auf die pflegebedürftige Person/Familie/Gruppe ausgerichtet werden, wenn der Pflegebedarf erhoben und priorisiert wurde. Die Priorisierung ist bei komplexen Fällen, bei denen mehrere Pflegediagnosen oder Syndrome zutreffen, für die Handlungsfähigkeit wichtig. Insbesondere unter den Bedingungen knapper Ressourcen kommt der Pflegediagnostik eine besondere Bedeutung zu. Das Diagnostizieren als Prozess ist eine wichtige Kompetenz von Pflegefachpersonen, der eng verknüpft ist mit dem pflegerischen Assessment. Prozess verlangt kritisches Denken (Critical Thinking), Urteilsfähigkeit, Abstraktionsfähigkeit, vernetztes und logisches Denken. Informationen strukturieren, bewerten, validieren, clustern und zu Mustern zusammenzuführen, als wichtige Vorarbeit für die Diagnostik, ist eine Fähigkeit, die erst im Verlauf des Studiums und der praktischen Ausbildung entwickelt werden kann. Dabei müssen bestimmende Merkmale und beeinflussende Faktoren den Pflegephänomenen zugeordnet werden. Da sich diese jedoch z.T. bei den Pflegediagnosen überschneiden, braucht es Erfahrung, Beobachtungsgabe und Unterscheidungsvermögen, um sich zwischen mehreren Hypothesen für eine zutreffende, handlungsleitende Diagnose entscheiden zu können. Die Pflegediagnose als Ergebnis dieses Prozesses stellt ein klinisches Urteil über die Reaktionen eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinde auf Gesundheits- /Krankheitsprozesse, gesundheitsrelevante Lebensprozesse dar. Die Validität der Pflegediagnose ist u.a. abhängig von der Qualität des Assessments und von der Verständigung mit der pflegebedürftigen Person über ihre Sicht der Dinge und darüber, welche Bedeutung die Situation für die pflegebedürftige Person selbst hat. Die Validität der Pflegediagnose ist die Voraussetzung für zielgerichtete und wirksame, pflegerische Interventionen, die sich z.T. aus den bestimmenden Merkmalen und beeinflussenden Faktoren ableiten sowie mit validen Klassifikationssystemen (z. B. Nursing Intervention Classification, NIC) ermitteln lassen. Indem auf international anerkannte und valide Klassifikationssysteme (z. B. NANDA-I) bei der Diagnostik zurückgegriffen wird, wird gewährleistet, dass relevante, pflegespezifische Phänomene im Fokus der pflegerischen Falleinschätzung stehen und validierte Konzepte mit ihren wissenschaftlich nachgewiesenen, bestimmenden Merkmalen und beeinflussenden Faktoren verwendet werden. Für die Verständigung innerhalb der Berufsgruppe ist die Verwendung allgemeingültiger, international anerkannter Termini von hoher Bedeutung. Insbesondere vor dem Hintergrund der zunehmenden Arbeitsmigration, sollten „hausgemachte“ Klassifikationssysteme und Termini vermieden werden. Um die Versorgungssicherheit nahtlos, über die Sektoren hinweg, zu gewährleisten, sind präzise, Beschreibungen der pflegerischen Falleinschätzung erforderlich. Da sich die Pflege mit den komplexen Bedeutungssystemen und –zuschreibungen einer Person/ Familie/ Gruppe zu einem gesundheitsbezogenen Prozess befasst, braucht es kurze Diagnoseetitel, die die effektive Dokumentation und Weitergabe dieser wichtigen Informationen ermöglichen. Pflegediagnosen und deren Priorisierung haben ein hohes Potential zur Entbürokratisierung der Pflegeprozessplanung und Dokumentation. Die Pflegediagnostik ist die Voraussetzung für die Entscheidung für effektive Interventionen und für

▶ Relevanz	die Erzielung erwünschter und von der Pflege beeinflussbarer Pflegeergebnisse. Den Diagnosen sind in den Nursing Outcome Classification-Systemen (z. B. NOC) Ergebnisse zugeordnet, die über nachgewiesen effektive Interventionen (z. B. Nursing Intervention Classification, NIC) erreicht werden können. Die Wirkung, Nebenwirkung und die Risiken pflegerischer Interventionen müssen laufend überprüft werden (klinische Interventionsforschung). Den Studierenden wird in diesem Modul deshalb u.a. vermittelt, dass sie gegenüber Routinen, vor allem solcher Routinen, die mit einer Belastung der pflegebedürftigen Person verbunden sind, stets kritisch-reflektierend gegenüberstehen (Beispiel „Eisen und Föhnen"). Das Modul ist deshalb auch eng verknüpft mit den Modulen des Evidence-based Nursing, in denen die Frage der Implementierung wissenschaftlich nachgewiesener, wirksamer Interventionen in die Pflegepraxis nachgegangen wird. In diesem Modul liegt der Schwerpunkt auf der Pflegediagnostik, da diese in der beruflichen Alltagspraxis, aufgrund des hohen Handlungsdrucks, häufig vernachlässigt wird. Nicht zuletzt ist die Pflegediagnostik eine wichtige Voraussetzung, dass sich die Pflegefachpersonen gezielt in die interdisziplinäre Fallberatung einbringen können. Dabei müssen Übersetzungsleistungen erbracht werden, um sich im interprofessionellen Team und mit der pflegebedürftigen Person verständigen zu können. Dies Übersetzungsleistungen sind jedoch auch im intradisziplinären Team häufig auch erforderlich, wenn dem Pflegeteam Pflegehilfspersonen und Pflegefachpersonen ohne Kenntnis von internationalen Klassifikationssystemen angehören. Dies soll didaktisch in diesem Modul Berücksichtigung finden, indem im Rahmen der kollegialen Beratung die Verständigung in Teams mit Skill-Grade Mix geübt wird. Im Zusammenhang mit der Heilkundeübertragung ermöglicht die pflegediagnostische Kompetenz der Pflegefachperson, den Fokus auf den pflegerisch relevanten und beeinflussbaren Gesundheitsphänomenen zu richten und sich in den interdisziplinären Therapieprozess mit eigenen Impulsen einzubringen. Die Übernahme ärztlicher, heilkundlicher Tätigkeiten (z.B. Verschreibung von Wundtherapeutika) kann in bestimmten Fällen dazu beitragen, dass das auf die Pflegediagnose gerichtete Interventionsprogramm von der Pflegefachperson in enger Zusammenarbeit mit der pflegebedürftigen Person als ganzheitliche Aufgabe eigenverantwortlich gestaltet werden kann. Damit leistet bereits die Lehre in diesem Modul einen wesentlichen Beitrag zur Praxisentwicklung.
Erwartete Kompetenzen FK = Fachkompetenz MK = Methodenkompetenz SoK = Sozialkompetenz SeK = Selbstkompetenz	Die Studierenden • erheben gezielt und strukturiert auf Basis pflegetheoretisch fundierter Strukturierungsmodelle (z. B. Functional Health Patterns nach Marjory Gordon) Daten von Menschen aller Altersstufen in verschiedenen Versorgungssituationen und Settings, bewerten diese Daten kritisch, validieren und führen die Informationen zu Mustern zusammen, um Hypothesen über Pflegediagnosen (Arbeitsdiagnosen) zu bilden und diese Hypothesen schließlich zu validieren und zu handlungsleitenden Falleinschätzungen hinsichtlich Pflegebedarf zu kommen. (FK, MK) • dokumentieren fachsprachlich präzise, nachvollziehbar und rechtssicher den fortlaufenden Prozess des Assessments und der Pflegediagnostik. (FK, MK) • evaluieren und revidieren ggf. bereits validierte Pflegediagnosen bei Zustandsveränderung der pflegebedürftigen Person, wobei sich diese Zustandsveränderungen auf die innere und/oder äußere Verfassung der pflegebedürftigen Person beziehen kann. (FK, MK) • setzen zur Falleinschätzung und Beurteilung alters- und Setting-spezifische (z. B. Geriatrisches Assessment, Pediatric Evaluation of Disability Inventory – Computer Adaptive Test (PEDI-CAT)), standardisierte Assessmentinstrumente ein. (FK, MK) • bewerten standardisierte Assessmentinstrumente zum Screening und Fokusassessment kritisch hinsichtlich der psychometrischen Eigenschaften und Gütekriterien (u.a. Validität, Reliabilität, Objektivität, Praktikabilität). (FK, MK) • wenden sich pflegebedürftigen Menschen zu und wenden theoretische Grundlagen und Kompetenzen der Interaktion und Kommunikation an, um sich mit der pflegebedürftigen Person über die Bedeutung von Gesundheits-/Krankheitsprozessen bzw. gesundheitsrelevanten Lebensprozessen zu verständigen und damit die Pflegediagnose zu validieren. (FK, MK, SoK) • unterscheiden wissenschaftlich überprüfte Pflegekonzepte und die damit verbundenen bestimmenden Merkmale und beeinflussenden Faktoren von alltagssprachlich formulierten und nicht validierten Einschätzungen der Pflegebedürftigkeit. (FK, MK) • entwickeln Fragestellungen aus Fallsituationen, übersetzen diese in eine Forschungsfrage (z. B. nach dem PICOS-Schema), leiten daraus eine Recherchestra-

▶ Erwartete Kompetenzen

tegie ab, die geeignet ist, um auf einschlägigen pflege- und medizinwissenschaftlichen Datenbanken nach relevanten Forschungsberichten beispielsweise zu effektiven Interventionen zu recherchieren. (MK)
- bewerten Forschungsberichte kritisch im Hinblick auf deren Qualität und auf die Übertragbarkeit der Ergebnisse für die spezifische Fallsituation und Intervention. (MK)
- kennen ausgewählte somatische und psychische Gesundheitsprobleme im Lebenslauf und schätzen diese hinsichtlich des Pflegebedarfs ein. (FK)
- kennen die Systematik von pflegewissenschaftlichen Klassifikationssystemen für die Pflegediagnostik und finden sich darin selbständig zurecht. (FK, MK)
- schätzen die Relevanz, Möglichkeiten und Grenzen sowie die Wirkungsweise präventiver, kurativer, rehabilitativer und palliativer Strategien und Interventionen ein und planen Person-zentriert und Outcome-orientiert Interventionen. (MK, FK)
- dokumentieren fachsprachlich präzise und nachvollziehbar sowie rechtssicher die geplanten Interventionen, ihre Durchführung und die damit verbundenen Ereignisse, vor allem unerwünschter Ereignisse (z. B. Sturz während der Durchführung einer Intervention, Ablehnung einer notwendigen Intervention durch die pflegebedürftige Person). (FK, MK)
- verständigen sich im intra- und interprofessionellen Team über die Einschätzung der Fallsituation und dokumentieren die im Behandlungsteam vereinbarten, pflegerelevanten Ziele und Interventionen auch vor dem Hintergrund der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten. (SeK, SoK)
- sind bereit, eigene Einschätzungen und Schlussfolgerungen bzgl. der Pflegebedürftigkeit einer Person kritisch zu beleuchten und ggf. zu revidieren, wenn neue oder validere Informationen hinzukommen. (SeK, MK)
- entwickeln Schulungs- und Beratungskonzepte auf Basis der Falleinschätzung, setzen diese mit der Pflegebedürftigen Person/Familie/Gruppe um, evaluieren deren Effektivität und entwickeln sie weiter. (FK, MK)
- leiten Auszubildende und Studierende der Pflege(wissenschaft) niedriger Ausbildungsstufen bei der Falleinschätzung und Ableitung von Interventionen an. (FK, MK, SoK)
- beraten Teammitglieder kollegial bei der Falleinschätzung und Ableitung von Interventionen. (FK, SoK, SeK)
- wirken an der Entwicklung und Validierung von nationalen und internationalen Klassifikationssystemen mit (z. B. Eingabe von wissenschaftlich fundierten Vorschlägen für Pflegediagnosen ins Diagnoseentwicklungskomitee). (FK, SoK)
- wirken an Organisationsentwicklungsprozessen zur Einführung, Umsetzung und Evaluation der Pflegediagnostik und unterstützender Systeme mit. (FK, MK, SoK)

Inhalte Situationsmerkmale

Handlungsanlässe
- Neu-/Wiederaufnahme von pflegebedürftigen Menschen
- Zustandsveränderungen von pflegebedürftigen Menschen
- Evaluation und Anpassung der Intervention
- Nebenwirkungen der pflegerischen Intervention oder mangelnde Adhärenz
- akute oder potentielle, unerwünschte Reaktionen von Personen/Familien/Gruppen auf Gesundheits- und Krankheitsprozesse sowie gesundheitsrelevante Lebensprozesse

Kontextbedingungen
- nationale und internationale, pflegespezifische Klassifikationssysteme
- Falleinschätzung und Interventionsplanung
- Unterstützungssysteme zur Pflegeplanung und Dokumentation z. B. EDV-gestütztes Pflegeplanungs- und Dokumentationssystem mit Hinterlegten Textbausteinen
- Fallsteuerung, Clinical Pathways, Case Management
- Dynamik der Entwicklung der klinischen Interventionsforschung
- Dynamik der Entwicklung von nationalen und internationalen, pflegespezifischen Klassifikationssystemen
- Pflegeteams mit Skill-Grade Mix
- Interdisziplinäre Behandlungsteams und Versorgungssettings
- Multimorbidität und komplexe Versorgungsarrangements
- Einschätzung der Pflegebedürftigkeit in hochkomplexen Pflegeprozessen

Ausgewählte Akteure
- pflegebedürftige Menschen unterschiedlichen Alters, Glaubens, Geschlechts, sozialen Staus und unterschiedlicher Hautfarbe, Akkulturation, sexueller Orientierung, Nationalität, politischer Einstellung und ethnischer Zugehörigkeit mit krankheitsbedingten Einschränkungen oder Gesundheitsbedürfnissen und ihre Bezugspersonen

▶Inhalte Situationsmerkmale

- (gesetzliche) Vertreter:innen pflegebedürftiger Menschen (z. B. Patientenvertreter/in)
- Vertreter:innen unterschiedlicher Professionen (z. B. Medizin, Therapie, Hebammenwesen, Soziale Arbeit)
- Komitees von nationalen und internationalen Fachgesellschaften, die Klassifikationssysteme entwickeln
- Vertreter:innen von Kostenträgern
- Leiter:innen von Pflegeeinrichtungen
- Fachkolleg:innen und Angehörige anderer Professionen, die am Versorgungsprozess beteiligt sind, in überleitenden Pflegeeinrichtungen

Erleben, deuten, verarbeiten

- pflegebedürftige Personen und Bezugspersonen als Partner:innen im diagnostischen Prozess erleben und stärken
- die schmerzliche Erfahrung, dass die Pflegebedarfseinschätzung von eigenen Wahrnehmungsverzerrungen beeinflusst ist und dadurch ggf. nicht valide und zutreffend ist, verarbeiten können
- mit pflegebedürftigen Menschen und ihren Bezugspersonen auf Augenhöhe arbeiten
- eigene Zweifel an der Validität der Falleinschätzung zulassen können und methodengestützt (z. B. Fokusassessment und erneute Pflegediagnostik) ausräumen
- eigene Wahrnehmungsverzerrungen (z. B. Halo-Effekt, Stigmatisierung) erkennen, annehmen können und Maßnahmen zur Kontrolle (z. B. kollegiale Fallberatung, Diagnostik unter Hinzuziehung mehrerer, unterschiedlicher Datenquellen) anwenden
- sich als kompetent und durchsetzungsstark bei der Darlegung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegeaufwandes erleben

Handlungsmuster

- die Sichtweise und das individuelle Erleben der pflegebedürftigen Person in den Mittelpunkt stellen, auch wenn eigene oder von außen herangetragene Interessen entgegenstehen (Anwaltsfunktion)
- initiales, kontinuierliches und vertiefendes Assessment auf Basis der fachlichen Einschätzung und unter Hinzuziehung valider standardisierter Assessmentinstrumente
- Überprüfung von standardisierten Assessmentinstrumenten hinsichtlich ihrer psychometrischen Eigenschaften und Nützlichkeit für die Pflegediagnostik
- Diagnostizieren und Validieren von bestehenden Pflegediagnosen
- Medizinische Diagnosen und Krankheitsbilder auf potentielle Pflegediagnosen hin einschätzen
- laufende Informations- und Datensammlung und kritische Datenbewertung
- Erkennen und Aufklären von Widersprüchen durch Hinzuziehung von Informationen weiterer Informationsquellen und Validierung vorliegender Daten und Informationen
- pflegefachlich begründete Bestimmung des Pflegebedarfs und handlungsleitende Formulierung
- Ableitung von möglichst wissenschaftlich nachgewiesenen, wirkungsvollen Pflegeinterventionen aus dem Pflegebedarf unter Berücksichtigung der jeweils individuellen Situation der pflegebedürftigen Person

Wissensgrundlagen

- Medizinische und sonstige humanwissenschaftliche Erkenntnisse zu ausgewählten somatischen oder psychischen Erkrankungen im Lebenslauf
- Spezielle Probleme, Pflege und Versorgung von Menschen unterschiedlichen Lebensalters (Frühgeborenen / Neonatologie, Kinder, Jugendliche, Erwachsene, alte Menschen, sterbende Menschen)
- Bedeutung, grundsätzlicher Aufbau und Anwendung beispielhaft ausgewählter Klassifikationssysteme des Gesundheitswesens
- Bedeutung, grundsätzlicher Aufbau und Anwendung ausgewählter, pflegespezifischer Klassifikationssysteme (u.a. ICNP, NANDA-I Pflegediagnosen)
- ausgewählte, altersspezifische und settingspezifische Assessmentinstrumente, ihre Beurteilung und Anwendung im Rahmen des pflegerischen Assessments zur Vorbereitung der Diagnostik
- Ressourcenorientierung und Person zentrierter Ansatz bei der Pflegediagnostik
- Verstehende Pflegediagnostik und ihre theoretischen Grundlagen der Hermeneutik
- Einfluss verschiedener Settings auf den Pflegebedarf
- Rolle, Aufgaben, Bedeutung und Belastung pflegender Angehöriger
- Aufgaben und Selbstverständnis der Pflegenden im diagnostischen Prozess und bei der Entscheidung über komplexe Interventionen

▶ Pflegeprozess IV	Modulbereich Wissen
▶ Wissensgrundlagen	• Pflege- und Versorgungskonzepte von Menschen mit kognitiven Einschränkungen und demenziellen Erkrankungen (z. B. Milieutherapie, Biographie Arbeit, Mäeutik, Validation, 10-Minuten-Aktivierung, Snoezelen-Therapie, Basale Stimulation) • wissenschaftliche, methodengestützte Evidenzbasierung von Pflegediagnosen und deren bestimmenden Merkmalen und beeinflussenden Faktoren • Erforschung und wissenschaftliche Begründung neuer Pflegediagnosen
Lernen in der simulativen Lernumgebung	• einfache Szenarien mit der Aufgabenstellung der Pflegediagnostik: Simulation bestimmender Merkmale und ursächlicher Faktoren von Pflegediagnosen • Simulation eines anamnestischen und diagnostischen Gesprächs mit der pflegebedürftigen Person und mit ihren Bezugspersonen mit Verteilung unterschiedlicher Rollen (u.a. Pflegefachperson, pflegebedürftige Person, Bezugsperson, Beobachter:in, Auszubadende niedriger Ausbildungsstufe) • parallele Diagnostik durch zwei Studierende zum Herausarbeiten von Wahrnehmungsverzerrungen und unterschiedlicher Perspektiven auf einen Fall • Einüben von Setting spezifischen und Lebensalter-spezifischen Methoden, Interventionen der Pflegediagnostik (u.a. spezifische „Krankenbeobachtung“, diagnostisches Gespräch, Netzwerkkarte, Genogramm, Biographie Erhebung) durch Fallarbeit • Einüben von ärztlich delegierten Aufgaben im Zusammenhang mit der medizinischen Diagnostik und der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten (u.a. zuverlässige Abnahme von Laborproben: z. B. Urin, Stuhl, Blut, Sputum, Assistenz bei Liquor Punktion und Tätigkeiten der ärztlichen Heilkundeübertragung) • Simulation einer kollegialen Beratung zu Fragen und Problemen der Pflegediagnostik im Rahmen der Fallarbeit
Anregung für Lern- und Arbeitsaufgaben	• kollegiale Beratung über einen realen Fall im Skill-Grade-Mix, intra- und interdisziplinär: Moderation, Protokollierung, Beratung, Entwicklung und wissenschaftliche Bearbeitung (Literaturrecherche) einer Fragestellung, die sich aus dem Beratungsprozess ergibt • Präsentation eines pflegerischen Konzeptes und damit verbundener Pflegediagnosen mit Darlegung der medizinischen und psychologischen Grundlagen • Arbeit mit Fallvignetten: Herausarbeiten relevanter Informationen und Daten, Bewertung dieser Informationen, Entwicklung von Vorschlägen für die Validierung und für das weiterführende Assessment sowie Fokusassessment, Hypothesenbildung für Pflegediagnosen mit Begründung • Komplexe Szenarien im interprofessionellen Setting mit Fokus auf prozessuale Kompetenzen und Role Making (aktive und kritisch-reflexive Gestaltung der professionellen Rolle) im Versorgungsprozess
Didaktischer Kommentar	Lehrveranstaltungsart: Ü 4/15 TN Die diagnostische Kompetenz muss schrittweise entwickelt werden, indem, aufbauend auf das Modul Pflegeprozess I, das pflegerische Assessment und seine Bedeutung für die Pflegediagnostik erläutert und geübt wird. Anhand von Fallvignetten Fallsituationen soll der diagnostische Prozess aufbauend auf das pflegerische Assessment trainiert werden. In der beruflichen Praxis erleben die Studierenden den hohen Handlungsdruck, der sorgfältiges, pflegerisches Diagnostizieren erschwert. Sie erleben auch, dass die Pflegediagnostik als bewusster und wissenschaftlich fundierter, von international anerkannten Klassifikationssystemen geleiteter Prozess nicht oder nur eingeschränkt umgesetzt wird. Häufig fehlen Vorbilder, Unterstützungssysteme (EDV-gestützte Pflegeprozessplanung mit Hinterlegung von Pflegediagnosen) und Freiräume, die Pflegediagnostik in der Praxis umzusetzen. In der Lehre ist deshalb zum aktuellen Stand der Umsetzung der Pflegediagnostik in Deutschland besonderer Wert auf die Darlegung der Bedeutung und des (wissenschaftlich belegten) Nutzens der Pflegediagnostik zu legen. Die Studierenden müssen motiviert werden, in der beruflichen Praxis theoretisch und wissenschaftlich fundiert zu diagnostizieren. Dem Selbststudium von Klassifikationssystemen als Unterstützungssysteme für die Pflegediagnostik ist genügend Raum zu geben, denn es können nicht alle pflegerischen Konzepte und damit verbundenen Pflegediagnosen, bestimmenden Merkmale und beeinflussenden Faktoren in der Präsenzphase behandelt werden. Zur Festigung des Stoffes und aufgrund individueller Wissensstände ist zudem das Selbststudium hier sehr sinnvoll. Bei der Simulation von pflegediagnostischen Prozessen und Gesprächen kann das systematische Nachschlagen in den Werken von Klassifikationssys-

▶ Didaktischer Kommentar	temen geübt und in die Routine überführt werden. In der Studiengruppe sind die Themen Wahrnehmungsverzerrung, Ausgleich von möglichen Verzerrungen durch kollegiale Beratung zu bearbeiten. Im geschützten Rahmen der Lernumgebung an der Hochschule kann offen über eigene Wahrnehmungsfilter gesprochen werden.
Ausgewählte Literatur	1. Herdman, T. H.; Kamitsuru, S. und Lopes, C.T. (eds.) (2022) NANDA-I-Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2021-2023, Kassel: Recom. 2. Kocks, A.; Segmüller, T. (eds.) (2019) Kollegiale Beratung im Pflegeteam. Implementieren - Durchführen - Qualität sichern, Heidelberg, Berlin: Springer. 3. Sanson Gianfranco, Vellone Ercole, Kangasniemi Mari, D'Agostino Rosaria Alvaro and Fabio (2017) Impact of nursing diagnoses on patient and organisational outcomes: a systematic literature review. In: Journal of Clinical Nursing: Jg. 26, S. 3764–3783, doi: 10.1111/jocn.13717. 4. Wilkinson, J. M. (2021) Das Pflegeprozess-Lehrbuch, Bern: Huber, Hogrefe. 5. Gorden, M. (2014). Manual of Nursing Diagnosis, Burlington/MA: Jones & Barlett Learning.
Vorkenntnisse	Pflegeprozess I-III Pflegetheorie Evidence-based Nursing I Medizinische Grundlagen I
Prüfung	mdlP

Modul BNS_W_07	Semester 3	Niveau: 6	SWS: 4	ECTS: 5
Forschungsmethodik	Grundlagen Methodenlehre			
Autor:in	Fraunhofer, Herold-Majumdar			
Verantwortung	Siehe Anlage Studienplan			
Aufwand: 150 h	Kontaktstudium: 60	Selbststudium: 50	Prüfungsvorbereitungen: 40	
Rahmenlehrplan Fachkommission nach § 53 PflBG	CE 2, CE 4- CE 11			
PflAPrV	Anlage 2: I 1e, 2b, II 2a, b, V 1a-d			
	Anlage 5 Teil A: V 1., 3., 7.			

Relevanz

Reflexion und Begründung des eigenen Handelns auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen ist eine Schlüsselqualifikation der akademischen Pflegefachperson.

Die Angewandte Pflegewissenschaft liefert Erkenntnisse zu ihrem Gegenstandsbereich und gibt Antworten, die die Wahrnehmung, das Erleben, Verhalten und Handeln im Pflegekontext (inkl. ärztlich übertragener Tätigkeiten) betreffen. Sie bedient sich dabei naturwissenschaftlicher, sozial- und geisteswissenschaftlicher Methoden.
Die Forschungsmethodik der Angewandten Pflegewissenschaft ist je nach Fragestellung sowohl qualitativ als auch quantitativ geprägt t. Im Mixed Methods Design sich ergänzende sich die unterschiedlichen methodischen Ansätze, um komplexe Fragestellungen adäquat zu bearbeiten.

Die qualitative Sozialforschung und die Ansätze der Hermeneutik haben in der Angewandten Pflegewissenschaft eine hohe Bedeutung, weil der Gegenstand der Pflegewissenschaft sich originär mit den Bedeutungszuschreibungen der pflegebedürftigen Person an ihre Gesundheits- und Lebenssituation beschäftigt. Ergänzt wird die Methodenlehre mit dem Modul „Statistik und Epidemiologie, in dem der empirisch-analytische Ansatz und die quantitativen, naturwissenschaftlich geprägten Methoden im Mittelpunkt stehen.

Erwartete Kompetenzen

FK = Fachkompetenz
MK = Methodenkompetenz
SoK = Sozialkompetenz
SeK = Selbstkompetenz

Die Studierenden
- haben sich erkenntnistheoretische Grundlagen der qualitativen Sozialforschung angeeignet (MK)
- kennen methodologische Positionen / Grundsätze und exemplarische Vorgehensweisen in der qualitativen Forschung (MK)-
- kennen Forschungsprozessmodelle, planen und reflektieren die einzelnen Schritte des qualitativen Forschungsprozesses vor dem Hintergrund der Spezifika des explorativen Ansatzes (MK)
- schätzen Studienberichte über qualitative Forschung hinsichtlich ihrer methodischen Qualität und Relevanz adäquat und begründet ein, um klinische Entscheidungen wissenschaftlich begründet treffen zu können. (MK, FK, SoK)

Die Studierenden
- entwickeln (pflege)wissenschaftliche Fragestellungen und wählen wissenschaftstheoretisch und forschungsmethodisch begründet adäquate Methoden zur Bearbeitung der Fragestellung aus (MK, FK)
- haben sich Überblickskenntnisse über unterschiedliche Ansätze und Verfahren der qualitativen Datenerhebung und -auswertung angeeignet, mindestens eines davon unter Anleitung theoretisch erprobt und sich auf diese Weise eine methodische Grundkompetenz erworben (MK)
- sind in der Lage, sich mit wissenschaftlichen Studien kritisch-reflektierend auseinanderzusetzen und deren Anwendung (z. B. im Kontext von Evidence-based Nursing) einzuordnen (FK, MK)
- erschließen sich selbständig wissenschaftlich fundiertes Wissen zu ausgewählten Themen und wenden Kriterien zur Bewertung von Studien an (MK)
- sind in die Datengewinnung, -erhebung und -auswertung mittels QDA-Software) eingeführt und erarbeiten sich selbständig vertiefte Kompetenzen bei der Anwendung in zukünftigen Forschungsprojekten (MK)
- kennen den Aufbau, die Gestaltung und die Dokumentation von Forschungsprozessen inkl. kritischer Bewertung von Studiendesigns (MK)
- erschließen sich bezugswissenschaftliche Forschungsergebnisse bezogen auf die Pflege von Menschen aller Altersstufen und schätzen sie hinsichtlich der Reichweite,

▶Erwartete Kompetenzen	des Nutzens, der Relevanz und des Umsetzungspotenzials in der klinischen Pflegepraxis ein (FK, MK, SoK) • und reflektieren das Pflegehandeln unter Berücksichtigung der erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben, kontinuierlich auf der Basis von vielfältigen oder spezifischen pflegewissenschaftlichen und bezugswissenschaftlichen, evidenzbasierten Studienergebnissen, Theorien, Konzepten und Modellen (FK, MK, SoK)
Inhalte Situationsmerkmale	**Handlungsanlässe** • Erschließung und Bewertung externer Evidenz für die -basierte Pflegepraxis • Fragestellungen, beispielsweise zum Erleben von Krankeheitsprozessen, der klinischen Pflegepraxis, die mit qualitativen Methoden bearbeitet werden können • Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Pflegeprozessgestaltung in herausfordernden Pflegesituationen und im Zusammenhang mit ärztlich übertragenen Tätigkeiten • Kritische Reflexion von Handlungsroutinen und Ausrichten des Pflegehandelns an aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen **Kontextbedingungen** • Wissenschaftstheoretische Strömungen und ihre Bedeutung für die Pflegewissenschaft • Pflegewissenschaft im Kontext der Sozial- und Geisteswissenschaften • Bezugswissenschaftliche Theorien der Pflege • erkenntnistheoretische Grundlagen • Forschungsansätze / -methoden • Gütekriterien, Prinzipien wissenschaftlichen Vorgehens / Handelns • Pflegetheorien und -modelle • Pflegediagnosen/-prozess • Pflegeprobleme/-phänomene • Wissensgenerierung im pflegerischen Setting, Erfahrungswissen und Intuition • Einbringung pflegewissenschaftlicher Kenntnisse in das multiprofessionelle Setting • Umsetzung EBN im Pflegealltag • Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse: Studien, Leitlinien, Qualitäts-standards / Expertenstandards Pflege • Fragestellungen im Zusammenhang mit der Übertragung ärztlicher, heilkundlicher Tätigkeiten **Ausgewählte Akteure** • Einbindung von Pflegenden, Angehörige und Bezugspersonen in den EBN-Prozess bzw. bei wissenschaftlichen Studien • Interprofessionelles Team in Versorgungsalltag (wie Ärzte, Psychologen, Therapeuten) • Ethikkommission bei Forschungsvorhaben • Wissenschaftliche Fachgesellschaften • Forschungsinstitute und Aufsichtsbehörden • Wissenschafts-/Forschungsgemeinschaft • Wissenschaftliche Mitarbeiter in Forschungsprojekten, Projektleitungen und Study-Nurse(s) **Erleben, deuten, verarbeiten** • Studierende können • sich wissenschaftliche Erkenntnisse erschließen, reflektieren und in das eigene Handeln integrieren • wissenschaftliches Vorgehen entdecken, lernen und sich selbst in seiner Rolle / Funktion als wissenschaftlich tätige Person bzw. Forschende erleben • sich als auf der Grundlage wissenschaftlicher Kenntnisse tätige Person in der Pflege erfahren • Interesse entwickeln für wissenschaftliches Arbeiten • Spannungsfelder der evidenzbasierten Pflegepraxis aushalten und Lösungsoptionen entwickeln können **Handlungsmuster** • Evidence-basiertes Handeln unter aktiver Einbeziehung wissenschaftlicher Erkenntnisse • relevante wissenschaftliche Informationsquellen kennen und mit wissenschaftlichen Datenbanken arbeiten können • pflegewissenschaftliche Studien lesen und kritisch bewerten können • pflegewissenschaftliche Erkenntnisse in das Pflegehandeln wie die Gestaltung des Pflegeprozesses einbringen • Möglichkeiten und Grenzen wissenschaftlicher Forschung kennen und in die Entscheidungsfindung bzw. das eigene Handeln einbeziehen

▶Forschungsmethodik	Modulbereich Wissen
▶Inhalte Situationsmerkmale	• Gütekriterien wissenschaftlichen Handelns kennen und im Versorgungsalltag anwenden bzw. bei eigenen wissenschaftlichen Arbeiten umsetzen können
Wissensgrundlagen	• Erkenntnistheoretische Grundlagen • Methodologische Positionen • exemplarischer Einblick in qualitative Forschungsmethoden • qualitative Forschung im Mixed-Methods-Design • Auswertung qualitativer Forschungsergebnisse mit Datenverarbeitsprogrammen (QDA)
Lernen in der simulativen Lernumgebung	• Simulation von Interviewsituationen • Simulation von inhaltsanalytischer Auswertung von exemplarischen Daten • Simulation von Konsentierungsgesprächen im Forschungsteam
Anregung für Lern- und Arbeitsaufgaben	• Analyse und kritische Bewertung von exemplarischen Forschungsberichten • kritische Auseinandersetzung ausgewählter pflegewissenschaftlicher Studien und deren Relevanz für das Pflegehandeln, auch im interdisziplinären Diskurs mit anderen medizinischen Professionen (Journal Club) • schrittweise Erarbeitung über das ganze Semester hinweg des Forschungsprozesses einer konkreten pflegewissenschaftlichen Fragestellung • inhaltsanalytische Auswertung eines exemplarischen Transkripts • exemplarische Anwendung einer QDA-Software • Entwicklung exemplarischer Forschungsfragestellungen, die mit qualitativen Methoden adäquat bearbeitet werden können • Videoanalyse einer Interviewsituation • exemplarische Erstellung eines Interviewleitfadens
Didaktischer Kommentar	Lehrveranstaltungsart: SU 1/60 TN • „Technisches Erkenntnisinteresse“ oder „Wissenschaftsorientierung“ nach Darmann-Finck (2006): Wissenschaftlich gestützte Lösung pflegerischer und gesundheitsbezogener Problemlagen, d.h. • theoretisches oder empirisches Wissen, Ursache- und Wirkungszusammenhänge • übliches/traditionelles Pflegeverständnis • Konzepte, Techniken, Maßnahmen, Begründungen, Anleitung, übergeordnete/ allgemeine Reflexion • Einsicht in die prinzipielle Begrenztheit und Überprüfungsbedürftigkeit von wissenschaftlichen Erkenntnissen • SU: Durch eine Mischung zwischen Wissensvermittlung, Lehrgespräch und Diskussion werden die Lehrinhalte unter aktiver Beteiligung der Studierenden erarbeitet; evtl. durch Tutorien unterstützt. • ELE: Mittels einer elektronischen Lernplattform und durch Arbeitsaufträge, ergänzende Materialien und Online-Kommunikationsforen für Lehrende/Studierende wird das eigenständige Lernen und die Kommunikation unter den Studierenden und mit den Dozentinnen und Dozenten unterstützt/ergänzt.
Ausgewählte Literatur	Grundlagenwerke: 1. Baur, N.; Blasius J. (2019) Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung, Wiesbaden: Springer. 2. Helfferich, C. (2022) Die Qualität qualitativer. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews, Wiesbaden: Springer VS. 3. Mayer, H. (2019): Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für das Studium. Fakultas. 4. Mayring, P. (2016). Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim: Beltz. 5. Rädiker, S., Kuckartz, U. (2019). Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA: Text, Audio und Video. Wiesbaden: VS.
Vorkenntnisse	W_01 Evidence-based Nursing I W_03 Pflegetheorie Parallel zu diesem Modul das Modul W_08 Epidemiologie und Statistik
Prüfung	schrP

Epidemiologie und Statistik

Modulbereich Wissen

Modul BNS_W_08	Semester 3	Niveau: 6	SWS: 4	ECTS: 5
Forschungsmethodik	Grundlagen der Statistik und der Epidemiologie			
Autor:in	Boldt			
Verantwortung	Siehe Anlage Studienplan			
Aufwand: 150 h	Kontaktstudium: 60	Selbststudium: 50	Prüfungsvorbereitungen: 40	
Rahmenlehrplan Fachkommission nach § 53 PflBG	CE 2, CE 4- CE 11			
PflAPrV	Anlage 2: I 1e, 2b, II 2a, b, III 3e, IV 2b, c, V 1a-d			
	Anlage 5 Teil A: V 1., 3., 7.			

Relevanz	Reflexion und Begründung des eigenen Handelns auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen ist eine Schlüsselqualifikation im Bachelorstudium. Pflege als Wissenschaft möchte Erkenntnisse zu ihrem Gegenstandsbereich schaffen, möchte somit Antworten geben, die die Wahrnehmung, das Erleben, Verhalten und Handeln im Pflegekontext (inkl. ärztlich übertragener Tätigkeiten) betreffen, der sowohl naturwissenschaftlich als auch sozial- und geisteswissenschaftlich geprägt ist. Die Methodenlehre der Pflegewissenschaft ist je nach Fragestellung sowohl qualitativ als auch quantitativ geartet und sich ergänzende Methoden werden ggfs. im Mixed-Methods-Design kombiniert angewendet. Der Fokus in diesem Modul liegt auf quantitativen Forschungsansätzen. Im Bachelorstudium ist dieses Modul im Bereich der Methodenlehre als Ergänzung zum qualitativ ausgerichteten Modul „Forschungsmethodik“ zu sehen.
Erwartete Kompetenzen FK = Fachkompetenz MK = Methodenkompetenz SoK = Sozialkompetenz SeK = Selbstkompetenz	Die Studierenden (Fokus Epidemiologie und Pflegeepidemiologie) • haben sich die wichtigsten Ereignisse in der Geschichte der Epidemiologie angeeignet (FK) • kennen die wichtigsten Definitionen (u.a. zu Morbidität und Mortalität) der Epidemiologie (FK) • wissen um die Bedeutung der Epidemiologie und der Pflegeepidemiologie (FK) • können die Unterschiede der Themenbereiche von Epidemiologie und Pflege-Epidemiologie erläutern (FK) Die Studierenden (quantitativer Methodenfokus) • haben sich Grundkenntnisse und -fertigkeiten in der Statistik und Datenverarbeitung angeeignet (Grundlagen des Messens unterschiedlicher Skalenniveaus, der relevanten statistischen Kennzahlen und der Zusammenhangsmaße, Grundbegriffe und Vorgehensweisen der Stichprobenziehung) (MK) • sind in der Auswertung statistischer Daten mittels gängiger Programme zur Datenverarbeitung (EXCEL; SPSS) geübt und befähigt, statistische Daten sinnvoll graphisch und tabellarisch aufzubereiten und zu präsentieren (MK) • haben die Relevanz der Statistik und Datenverarbeitung für die Pflege/Gesundheitsversorgung sowie deren Anwendung in Pflege- und Gesundheitswissenschaften reflektiert (MK) • sind mit grundlegenden Fragestellungen, Vorgehensweisen und Erkenntnissen der Epidemiologie und Pflegeepidemiologie vertraut und können deren Bedeutung für ihr professionelles Handeln einordnen (MK) • Können sich wissenschaftlich fundiertes Wissen zu ausgewählten Themen erschließen und wenden Kriterien zur Bewertung von Informationen an (FK, MK) • können gesicherte Forschungsergebnisse erschließen und bewerten und können diese für den eigenen Handlungsbereich auswählen (FK, MK) • haben sich Überblickskenntnisse über unterschiedliche Ansätze und Verfahren der quantitativen Datenerhebung und -auswertung angeeignet, mindestens eines davon unter Anleitung theoretisch erprobt und sich auf diese Weise eine methodische Grundkompetenz erworben (MK) • können die vorbehaltenen Tätigkeiten verantwortlich ausgestalten indem sie pflegewissenschaftliche Erkenntnisse auf die Praxis übertragen (FK, MK) • können sich pflege- und bezugswissenschaftliche Forschungsergebnisse bezogen auf die Pflege von Menschen aller Altersstufen erschließen und können sie hinsicht-

▶Erwartete Kompetenzen

lich der Reichweite, des Nutzens, der Relevanz und des Umsetzungspotenzials bewerten (FK, MK, SoK)
- können das Pflegehandeln , auch unter Berücksichtigung der erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben, kontinuierlich auf der Basis von vielfältigen oder spezifischen pflegewissenschaftlichen und bezugswissenschaftlichen evidenzbasierten Studienergebnissen, Theorien, Konzepten und Modellen begründen und reflektieren (FK, MK, SoK)

Inhalte Situationsmerkmale

Handlungsanlässe
- Erschließung und Bewertung externer Evidenz für die Einbringung in die Pflegeplanung und Aushandlung mit dem Pflegenden
- Wissenschaftliches Handeln in pflegerelevanten Handlungsfeldern (inkl. ärztlich übertragene Tätigkeiten), anhand von Musterfällen, wie Kinder- und Jugendlichenversorgung, Akutversorgung, Rehabilitation, Altenhilfe, Palliative Care
- Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Pflegeprozessgestaltung in herausfordernden Pflegesituationen und im Zusammenhang mit ärztlich übertragenen TätigkeitenAusrichten des Pflegehandelns an aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen

Kontextbedingungen
- Wissenschaftstheoretische Strömungen und ihre Bedeutung für die Pflegewissenschaft
- Pflegewissenschaft im Kontext der Sozial- und Geisteswissenschaften / Bezugswissenschaftliche Theorien der Pflege
- erkenntnistheoretische Grundlagen
- Forschungsansätze / -methoden
- Gütekriterien, Prinzipien wissenschaftlichen Vorgehens / Handelns
- Pflegetheorien und -modelle
- Pflegediagnosen/-prozess
- Pflegeprobleme/-phänomene
- Wissensgenerierung im pflegerischen Setting
- Einbringung pflegewissenschaftlicher Kenntnisse in das multiprofessionelle Setting
- Umsetzung EBN im Pflegealltag
- Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse: Studien, Leitlinien, Qualitäts-standards / Expertenstandards Pflege
- Heilkundeübertragung

Ausgewählte Akteure
- Einbindung von Pflegenden, Angehörige und Bezugspersonen in den EBN-Prozess bzw. bei wissenschaftlichen Studien
- Interprofessionelle Team in Versorgungsalltag (wie Ärzte, Psychologen, Therapeuten)
- Ethikkommission bei Forschungsvorhaben
- Wissenschaftliche Fachgesellschaften
- Forschungsinstitute und Aufsichtsbehörden
- Wissenschafts-/Forschungsgemeinschaft
- Wissenschaftliche Mitarbeiter in Forschungsprojekten, Projekt-leitungen und Study-Nurse(s)

Erleben, deuten, verarbeiten
- Studierende können sich wissenschaftliche Erkenntnisse erschließen, reflektieren und in das eigene Handeln integrieren
- wissenschaftliches Vorgehen entdecken, lernen und sich selbst in seiner Rolle/ Funktion als wissenschaftlich tätige Person erleben
- sich als auf der Grundlage wissenschaftlicher Kenntnisse tätige Person in der Pflege erfahren
- Interesse entwickeln für wissenschaftliches Arbeiten

Handlungsmuster
- Evidence-basiertes Handeln unter aktiver Einbeziehung wissenschaftlicher Erkenntnisse
- Relevante wissenschaftliche Informationsquellen kennen und mit Datenbanken arbeiten können
- Pflegewissenschaftliche Studien lesen und kritisch bewerten können
- Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse in das Pflegehandeln wie die Gestaltung des Pflegeprozesses einbringen
- Möglichkeiten und Grenzen wissenschaftlicher Forschung kennen und in die Entscheidungsfindung bzw. das eigene Handeln einbeziehen
- Gütekriterien wissenschaftlichen Handelns kennen und im Versorgungsalltag anwenden bzw. bei eigenen wissenschaftlichen Arbeiten umsetzen können

Wissensgrundlagen	• Epidemiologie • Quantitative Forschungsmethodik • Mixed-Methods-Design • Auswertung quantitativer Forschungsergebnisse mit Datenverarbeitsprogrammen (z. B. SPSS)
Lernen in der simulativen Lernumgebung	nicht anwendbar, da in diesem Modul hauptsächlich Methodenkompetenz erworben wird
Anregung für Lern- und Arbeitsaufgaben	• Analyse von Studien hinsichtlich des Studiendesigns • Kritische Auseinandersetzung ausgewählter pflegewissenschaftlicher Studien und deren Relevanz für das Pflegehandeln , auch im interdisziplinären Diskurs mit anderen medizinischen Professionen. • Schrittweise Erarbeitung über das ganze Semester hinweg des Forschungsprozesses einer konkreten pflegewissenschaftlichen Fragestellung
Didaktischer Kommentar	Lehrveranstaltungsart: SU 1/60 TN • „Technisches Erkenntnisinteresse“ oder „Wissenschaftsorientierung“ nach Darmann-Finck (2006): Wissenschaftlich gestützte Lösung pflegerischer und gesundheitsbezogener Problemlagen, d.h. • theoretisches oder empirisches Wissen, Ursache- und Wirkungszusammenhänge • übliches/traditionelles Pflegeverständnis • Konzepte, Techniken, Maßnahmen, Begründungen, Anleitung, übergeordnete/ allgemeine Reflexion • Einsicht in die prinzipielle Begrenztheit und Überprüfungsbedürftigkeit von wissenschaftlichen Erkenntnissen • SU: Durch eine Mischung zwischen Wissensvermittlung, Lehrgespräch und Diskussion werden die Lehrinhalte unter aktiver Beteiligung der Studierenden erarbeitet; evtl. durch Tutorien unterstützt • ELE : Mittels einer elektronischen Lernplattform und durch Arbeitsaufträge, ergänzende Materialien und Online-Kommunikationsforen für Lehrende/Studierende wird das eigenständige Lernen und die Kommunikation unter den Studierenden und mit den Dozent:innen unterstützt/ergänzt.
Ausgewählte Literatur	Grundlagenwerke: 1. Döring, N., Bortz, J. (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Berlin: Springer. 2. Fletcher, R., Fletcher, S., Fletcher G. E. (2019). Klinische Epidemiologie: Grundlagen und Methoden. Bern: Hogrefe. 3. Razum, O., Breckenkamp, J., Brzoska, P. (2017). Epidemiologie für Dummies. Weinheim: Wiley-VCH. 4. Rumsey, D.J. (2016): Übungsbuch Statistik für Dummies. Weinheim: Wiley-VCH. 5. Weiß, C. (2019). Basiswissen Medizinische Statistik. Berlin, Heidelberg: Springer. 6. Publikationen in Zeitschriften: 7. Alle Teile 1 - 17 der Serie „Biometrische Methoden in der medizinischen Forschung 2009 - 2011“ angefangen mit dem Editorial der Serie zur Bewertung wissenschaftlicher Publikationen mit dem Beitrag „Kritisches Lesen wissenschaftlicher Artikel“ von du Prel, J.-B., Röhrig, B. & Blettner (2009). Dtsch Arztebl Int: 106(7): 99. Alle Artikel sind frei zugänglich! Zeitschriften: • Epidemiologic Reviews. Online ISSN 1478-6729; siehe: https://academic.oup.com/epirev • International Journal of Epidemiology. Online ISSN 1464-3685: siehe: https://academic.oup.com/ije
Vorkenntnisse	W_01 Evidence-based Nursing I W_03 Pflegetheorie Parallel zu diesem Modul das Modul W_07 Forschungsmethodik
Prüfung	schrP

Medizinisch-psychologische Grundlagen II | Modulbereich Wissen

Modul BNS_W_09	Semester 3	Niveau: L2	SWS: 4	ECTS: 5
Medizinisch-psychologische Grundlagen II	1. *Pharmakologie und medizinisches Fachrechnen (1 SWS)* 2. *Grundlagen der Psychologie (2 SWS)* 3. *Krankheitslehre I (Einführung in die Krankheitslehre und die Besonderheiten der Krankheitslehre in der Psychiatrie) (1 SWS)*			
Autor:in	Brönner			
Verantwortung	Siehe Anlage Studienplan			
Aufwand: 150 h	Kontaktstudium: 60	Selbststudium: 40	Prüfungsvorbereitungen: 50	
Rahmenlehrplan Fachkommission nach § 53 PflBG	CE02, CE04-CE08, CE10-CE11			
PflAPrV	Anlage 2: I 1c, d, h, 2a, b, d, e, 3a, b, c, d, e, f, 4a, c, II 2a-d, III 1a, b, 2a, b, c, d, e, 3e, V 2b, c			
	Anlage 5 Teil A: I 1., 2., 3., 4., 7. II 3. III 2. Anlage 5 Teil B: I.11			

Relevanz

In diesem Modul (im ersten Studienabschnitt) werden den Studierenden zunächst die Grundlagen relevanter Themen aus dem Bereich Pharmakologie und Medizinisches Fachrechnen vermittelt. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit in den unterschiedlichen pflegerischen Versorgungsbereichen und die eigenständige Übernahme ärztlicher Tätigkeiten im Sinne der Heilkundeübertragung erfordert die Kenntnis über Arzneimittel und Applikation dieser; eigenständiges Aufbereiten bzw. Herstellen von Arzneimittel-Mischungen/Lösungen erfordert Sicherheit im medizinischen Fachrechnen.

Des Weiteren findet in diesem Modul, als Grundlage und Vorbereitung für die weiteren Module „Medizinische und psychologische Grundlagen III und IV“, eine Einführung in die allgemeine Krankheitslehre und die Besonderheiten dieser in der Psychiatrie statt.

Ergänzende Grundlagen der Psychologie sind erforderlich, um die Sichtweise auf den pflegebedürftigen Menschen als bio-psycho-soziales Wesen sowie ein integratives Personenkonzept zu festigen. Die Studierenden lernen, die Pflege eines Menschen vor dem Hintergrund der individuellen Persönlichkeit, der Bezugspersonen, des sozialen Netzwerkes und der Umweltbedingungen in den verschiedenen Versorgungseinheiten zu gestalten.

Erwartete Kompetenzen

FK = Fachkompetenz
MK = Methodenkompetenz
SoK = Sozialkompetenz
SeK = Selbstkompetenz

Die Studierenden:

- kennen für die Pflege relevante persönlichkeits- und entwicklungspsychologische Begriffe (FK)
- haben sich exemplarisch mit psychischen Basisprozessen und psychosozialen Phänomenen befasst (FK, SeK)
- haben die Reichweite der behandelten Wissensbestände diskutiert und können deren Reichweite erfassen (FK, MK, SeK, SoK)
- Kennen Funktion, Aufgaben, Strategien, Methoden und Grenzen psychologischen Handelns und sind befähigt, Fragestellungen aus der Pflege vor dem Hintergrund humanwissenschaftlicher Theorien zu analysieren (FK, MK, SeK)
- sind befähigt, die spezifischen Perspektiven der Gesundheitspsychologie sowie deren relevante Beiträge zum Thema Gesundheit und Krankheit (z. B. Gesundheitsförderung, Empowerment) zu benennen (FK, MK)
- haben sich mit der Bereitschaft und der Fähigkeit zur Empathie sowohl theoretisch als auch praktisch beschäftigt und in der Simulationsumgebung gezielte Übungen dazu durchgeführt und diese reflektiert (FK, MK, SoK, SeK)
- können das vermittelte psychologische Wissen auf die Handlungsfelder der Pflege inklusive der erweiterten heilkundlichen Aufgaben übertragen sowie situations- und zielgruppengerecht - im Hinblick auf den generalistischen Ansatz der Diversität - anwenden (FK, MK, SeK, SoK) (LV Grundlagen der Psychologie)

- kennen die wichtigsten Arzneimittelgruppen mit ihren Wirkungen und Nebenwirkungen (FK)
- können zwischen Regel- und Bedarfsmedikation unterscheiden (FK)
- setzen sich mit der Problematik der Multimedikation (insbesondere bei älteren Menschen) auseinander und beziehen dabei Aspekte der Evidenzbasierung mit ein. (FK)
- kennen die Besonderheiten der Medikation insbesondere im Kindes- und Seniorenalter (FK)
- kennen die verschiedenen Applikationsarten von Arzneimitteln (FK)

▶ Erwartete Kompetenzen

- üben die verschiedenen Applikationen mindestens einmal in der simulativen Lernumgebung. Auf nachhaltiges und wirtschaftliches Vorgehen wird auch in diesem Zusammenhang besonders Wert gelegt. (FK, MK, SeK).
- reflektieren die Erfahrungen in der simulativen Lernumgebung in der Lerngruppe, und beziehen dabei ein norm- und werteorientiertes Handeln mit ein. (MK, SeK, SoK).
- beherrschen die pflegerelevanten Rechenarten und rechnerischen Aufgabenstellungen (z. B. Herstellen einer Infusionslösung) sicher. (FK, MK)
- schätzen ihre eigenen Kompetenzen und Potenziale ein und treffen eine begründete Entscheidung für oder gegen die Übernahme erweiterter heilkundlicher Aufgaben (FK, MK, SeK)
- (LV Pharmakologie und Medizinisches Fachrechnen)

- kennen wichtige Begriffe der allgemeinen Krankheitslehre und können diese sicher in der intra- und interdisziplinären Zusammenarbeit anwenden (FK, MK)
- kennen die Besonderheiten der psychiatrischen Krankheitslehre (FK)
- kennen pflegerelevante psychopathologische Symptome und Syndrome (FK)
- kennen das ICD Klassifikationssystem und finden sich in der Klassifikationslogik sicher zurecht (FK, MK)
- verstehen medizinische Diagnosen (FK)
- verstehen medizinische Diagnosen auch im Hinblick auf die rehabilitativ-therapeutische Pflege und die erweiterten heilkundlichen Aufgaben (FK, MK, SoK)
- (LV Krankheitslehre I)

Inhalte Situationsmerkmale

Handlungsanlässe

- Verständnis der Arzneimittelwirkungen und -nebenwirkungen im menschlichen Körper, welches auch dazu befähigt, Tätigkeiten der ärztlichen Heilkundeübertragung richtig einschätzen zu können.
- Dosierung, Herstellung und Verabreichung von Arzneimitteln
- Verstehen bio-psycho-sozialer Zusammenhänge von Gesundheit und Krankheit
- Verstehen und Dokumentieren medizinischer (inkl. psychiatrischer) Befunde und Diagnosen

Kontextbedingungen

- Pharmakologie – Grundlagen der Medikamentenlehre (Umgang mit Arzneimitteln, Arznei- und Betäubungsmittelrecht, Therapie- und Arzneiformen/Applikationsformen, Pharmakokinetik und -dynamik, unerwünschte Arzneimittelwirkungen)
- Medizinisches Fachrechnen (Grundoperationen, Rechnen mit physikalischen Größen, Dreisatz, Runden, Mischungen und Verdünnungen, Prozentrechnung, Dosisberechnung/-kontrolle, Stoffmengenkonzentration, BMI, Halbwertszeit-Berechnungen, Laufzeitberechnung von Infusionen)
- Grundlagen der Psychologie (Entwicklungspsychologie, Persönlichkeit, Bewusstsein, Lernen, Intelligenz, Motivation, Emotionen, Aggression, Stress, Schmerz)
- Krankheitslehre I: Allgemeine Krankheitslehre, d.h. Ätiologie, Beschreibung, Systematisierung und Klassifikation von Krankheiten, Begriffe (z. B. Symptom – Syndrom - Diagnose, ICD-Klassifikationssystem; Medizinische Diagnostik; Besonderheiten der Krankheitslehre/Diagnostik in der Psychiatrie (Psychopathologie)

Ausgewählte Akteure

- Studierende mit wenig bzw. keiner Pflegeerfahrung
- Lerngruppe
- zu pflegende Menschen aller Altersstufen
- Angehörige und Bezugspersonen
- Interdisziplinäres Team

Erleben, deuten, verarbeiten

- Studierende können
- den Umgang mit Arzneimitteln erleben und deuten
- sich selbst als sicher im medizinischen Fachrechnen erleben
- bio-psycho-soziale Zusammenhänge erleben und verarbeiten
- erste psychiatrische und psychopathologische Wissens-erkenntnisse verarbeiten

Handlungsmuster

- Pharmakologie theoretisch erlernen
- Applikation von Arzneimittel in der simulativen Lernumgebung üben
- Dosieren, Herstellen und Verabreichen von Arzneimitteln
- Grundlagen der Krankheitslehre kennen
- Psychopathologische Symptome zuordnen können
- Kritisch-reflektierte Rollengestaltung, insbesondere im Zusammenhang mit der Übernahme ärztlicher Aufgaben

Wissensgrundlagen	• Pharmakologie und medizinisches Rechnen: Allgemeine Grundlagen der Medikamententherapie und spezielle Pharmakologie • Grundlagen der Psychologie: Entwicklungspsychologie, Persönlichkeit, Bewusstsein, Lernen, Intelligenz, Motivation, Emotionen, Aggression, Stress, Schmerz • Krankheitslehre I: Allgemeine Krankheitslehre und Besonderheiten der psychiatrischen Krankheitslehre (insbes. Psychopathologie)
Lernen in der simulativen Lernumgebung	• Arzneimittel-Applikation (z. B. i.m., s.c., i.V. –Injektionen) im SimLab am Pflegesimulator (z. B. Nursing Ann) üben • Dosieren und Herstellen von Arzneimitteln im SimLab üben • Gezielte Übungen zu empathischem Verhalten • Rollenspiele zur Gesprächsführung • Interprofessionelle Szenarien mit Fokus auf interprofessionelle Zusammenarbeit, Delegation und Übernahme von Aufgaben (in beide Richtungen)
Anregung für Lern- und Arbeitsaufgaben	• Lernen in der simulativen Lernumgebung (s.o.) • Übungen zu medizinischen Rechenaufgaben in Kleingruppen • Gruppenarbeit • Rollenspiele • Komplexe Szenarien im interprofessionellen Setting
Didaktischer Kommentar	Lehrveranstaltungsart: SU • Die Wissensgrundlagen können in der Großgruppe vermittelt werden. 2/30 TN empfohlen • Die Übungen zum Medizinischen Fachrechnen und die Übungen in der simulativen Lernumgebung erfordern kleinere Gruppen (à 3-4 Studierende). • Planung von Szenarien mit Studierenden und / oder Lehrenden anderer relevanter Professionen (u.a. Medizin, Therapie, Geburtshilfe / Hebammenwesen)
Ausgewählte Literatur	1. Gierse, M. (2017) Fachrechnen für Pflegeberufe; Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft 2. Elsevier GmbH (Hrsg.) (2015) Weisse Reihe Arzneimittellehre; Urban & Schwarzenberg 3. Georg Thieme Verlag (Hrsg.) (2020) I Care Krankheitslehre (2. Aufl.); Stuttgart: Georg Thieme Verlag 4. Leucht, S. und Förstl, H. (Hrsg.) (2018) Kurzlehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie (2. Aufl.); Stuttgart: Georg Thieme Verlag 5. Schoppmeyer, M. (Hrsg.) (2018) Gesundheits- und Krankheitslehre für Pflege – und Gesundheitsfachberufe (4. Aufl.); Elsevier GmbH 6. Gerrig, R.J., Zimbardo, P.G. (2018) Psychologie. München: Pearson 7. Myers, D..G. und DeWall C.N. (2023) Psychologie. Heidelberg: Springer 8. Gouzoulis-Mayfrank, E. und Haupt, W.F. (2016) Neurologie und Psychiatrie für Pflegeberufe (11. Aufl.); Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG 9. Thiel, H., Jensen, M., Traxler, S. (Hrsg.) (2016) Klinikleitfaden Psychiatrische Pflege (4. Aufl.); Urban & Fischer in Elsevier
Vorkenntnisse	Medizinische Grundlagen I
Prüfung	mdlP

Modul BNS_WN_01	Semester 3	Niveau: 1-2	SWS: 4	ECTS: 5
Ethik I	Berufsethik, bezugswissenschaftliche Grundlagen der Ethik, Methoden *Einführung in ethisch-normative Grundfragen (3 SWS)* *Ausgewählte ethische Fragen in spezifischen Handlungsfeldern (1 SWS)*			
Autor:in	Witzmann, Markus			
Verantwortung	Siehe Anlage Studienplan			
Aufwand: 150 h	Kontaktstudium: 60	Selbststudium: 40	Prüfungsvorbereitungen: 50	
Rahmenlehrplan Fachkommission nach § 53 PflBG	CE02, CE04, CE05, CE06, CE07, CE08, CE10, CE11			
PflAPrV	Anlage 2: I 2d, 3e, f, 4a, b, 5c, 6a, b, c, II 1a, b, d, f, g, 2c, 3a-c, III 1c, e, f, 3c, IV 1c, d, V 1b, c, d, 2b, c, d, e, f, g Anlage 5 Teil A: II 2., 4., III 3., IV 1., 3., V 5., 6., 7. Anlage 5 Teil B: I 1.,2.,6.,7.,8., II 3., 7., III 1. IV 3.,7. Empfehlungen der Fachkommission nach § 53 PflBG: G, W1, W2, W3			

Relevanz

In diesem Modul werden grundlegende philosophische Ansätze in ihrer Relevanz für die Pflege und zentrale ethische Kategorien erörtert. Weitere Inhalte sind Menschenbilder, die Bedeutung von Menschenrechten/-würde sowie von Spiritualität und Religiosität in der Pflege. Ebenso werden spezifische Handlungsfelder der Pflege anhand von Musterfällen analysiert und ethisch reflektiertes Handeln daraus erarbeitet.

Die Studierenden entwickeln in Auseinandersetzung mit zentralen Fragestellungen, Begriffen, Ansätzen, Konzepten und ethischen und philosophischen Entwürfen sowie religions- und kulturbezogenen Grundlagen die Fähigkeit, anthropologische Grundanliegen wie Menschen- und Persönlichkeitsrechte im Kontext pflegerischen Handelns zu reflektieren und argumentativ zur Geltung zu bringen.

Schwerpunkte sind:
- der Prozess ethischer Urteilsbildung und -begründung;
- exemplarische Entwürfe und zentrale Themen philosophischer Ethik
- Menschenwürde und Menschenrechte in ethischer Perspektive;
- ausgewählte Themen der Ethik in der Pflege (z. B. ICN- Ethikkodex für Pflegende
- spezifische ethische Dilemmata in ausgewählten Handlungsfeldern der Pflege, wie Altenhilfe, Kinder- und Jugendlichenversorgung, Akutversorgung, Rehabilitation.

Erwartete Kompetenzen

FK = Fachkompetenz
MK = Methodenkompetenz
SoK = Sozialkompetenz
SeK = Selbstkompetenz

Die Studierenden
- wahren das Selbstbestimmungsrecht des zu pflegenden Menschen, insbesondere auch, wenn dieser in seiner Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt ist (I.6.a).
- respektieren Menschenrechte, Ethikkodizes sowie religiöse, kulturelle, ethnische und andere Gewohnheiten von zu pflegenden Menschen in unterschiedlichen Lebensphasen (II.3.a).
- erkennen das Prinzip der Autonomie der zu pflegenden Person als eines von mehreren konkurrierenden ethischen Prinzipien und unterstützen zu pflegende Menschen bei der selbstbestimmten Lebensgestaltung (II 3.b.).

Entsprechend der Kompetenzen - Anlage 1 und 2 PflAPrV

Die Studierenden
- setzen sich für die Verwirklichung von Menschenrechten, Ethikkodizes und die Förderung der spezifischen Bedürfnisse und Gewohnheiten von zu pflegenden Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen ein
- fördern und unterstützen Menschen aller Altersstufen bei der Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung über das eigene Leben, auch unter Abwägung konkurrierender ethischer Prinzipien,
- tragen in ethischen Dilemmasituationen mit Menschen aller Altersstufen oder ihren Bezugspersonen im interprofessionellen Gespräch zur gemeinsamen Entscheidungsfindung bei

▶ Erwartete Kompetenzen

- können Begriffe, Aufgabenstellungen, Methoden und Theorien der allgemeinen und angewandten Ethik im Berufsalltag einbringen (FK)
- kennen die Grundzüge medizin- und pflegeethischer Methoden und Theorien (FK/MK)
- kennen Menschenbilder und deren Relevanz für die ethische Diskussion bzw. Entscheidungsfindung (FK)
- kennen Grundzüge religiösen Denkens und verstehen, diese in ihrer Relevanz für die Pflege beim Treffen selbstbestimmter Entscheidungen der pflegebedürftigen Personen, (FK/MK)
- analysieren ethische Herausforderungen der Pflege in unterschiedlichen Settings und leiten Konsequenzen für eine ethisch sensible Pflege a,b (MK)
- beherrschen ausgewählte Modelle zur Entscheidungsfindung sowie einer institutionalisierten Ethik, (MK)
- wahren das Selbstbestimmungsrecht von Menschen mit Pflegebedarf insbesondere auch, wenn sie in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt sind (MK)
- erkennen das Prinzip der Autonomie der zu pflegenden Person als eines von mehreren konkurrierenden ethischen Prinzipien und unterstützen zu pflegende Menschen bei der selbstbestimmten Lebensgestaltung (MK)
- tragen in ethischen Dilemmasituationen mit Menschen oder ihren Bezugspersonen im interprofessionellen Gespräch zur gemeinsamen Entscheidungsfindung bei (MK, SK)
- erkennen Hinweiszeichen auf eine mögliche Gewaltausübung in der Versorgung von Menschen unterschiedlicher Altersstufen in diversen Settings und reflektieren ihre Beobachtungen im therapeutischen Team (MK, SK, SeK) und wirken an Entscheidungen zum Schutze der pflegebedürftigen Person mit – stoßen Entscheidungen und Maßnahmen zum Schutze der pflegebedürftigen Person an
- kennen und setzen wichtige Maßnahmen zur Gewalterkennung und Beweissicherung um
- regen medizinische Maßnahmen zur Beweissicherung an
- gehen empathisch und professionell mit Gewaltopfern um
- reflektieren ihre persönliche Entwicklung als professionell Pflegende und entwickeln ein eigenes Pflegeverständnis sowie ein berufliches Selbstverständnis unter Berücksichtigung berufsethischer und eigener ethischer oder religiöser Überzeugungen (SeK)
- führen übertragene heilkundliche Tätigkeiten verantwortlich auf der Grundlage anerkannter professionsspezifischer Werte aus (MK, SeK)

Inhalte Situationsmerkmale

Handlungsanlässe

- Pflegephänomene, wie Hilflosigkeit, Abhängigkeit, Fremdheit, Scham, Bedürfnis nach Zuwendung, Orientierung und Berührung
- Konfrontation mit Dilemmata in verschiedensten pflegerelevanten Handlungsfeldern, anhand von Musterfällen, wie Kinder- und Jugendlichenversorgung, Akutversorgung, Rehabilitation, Altenhilfe
- Erkennen und Handeln bei möglichen Gewaltausübung in der Versorgung (ethische Dimension von Prävention von Gewalt/Zwang in der Versorgung)
- Pflegeberatung in schwierigen/herausfordernden Lebenssituationen aufgrund Krankheit und Sterben
- Pflegeprozessgestaltung in herausfordernden Pflegesituationen unter Berücksichtigung ethischer Konfliktfelder und der Selbstbestimmung des Einzelnen

Kontextbedingungen

- Fragen der Ethik in der Gesundheitsförderung: Der Einzelne und das Gemeinwohl; Berufsethos
- Pflegetheorien und -modelle
- Pflegeprozess
- ICN-Ethikkodex; Pflegecharta
- verschiedene Versorgungsbereiche der Pflege (insbesondere solche, in denen die Lernenden im Orientierungseinsatz eingesetzt werden)
- Angehörige und Bezugspersonen, die bei der Pflege anwesend sein können
- klinische Medizinethik, Ethikberatung und Entscheidungsfindung
- Geschichte der Medizin- und Pflegeethik
- Informed Consent, Ethikkommissionen, Deklaration von Helsinki, Gute klinische Praxis
- Medizin- und Pflegerecht (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsempfehlung, Behandlungsvereinbarung, Krisenpass, advance care planning)

▶Inhalte Situationsmerkmale	• Kinder/Jugendhilfe und -schutz, Jugendamt • Schutzeinrichtungen z. B. Frauenhäuser • Notfalltelefon für Gewaltopfer • Gewaltopferambulanz • Gesetzliche Rahmenbedingungen für Gewaltopfer • Gesetzliche Betreuung, Betreuungsrecht • Erziehungsberechtigte **Ausgewählte Akteure** • Menschen aller Altersstufen mit unterschiedlichen kulturellen und religiösen Hintergründen, mit ihren jeweiligen individuellen Bedürfnissen in häufig vorkommenden Pflegesituationen (insbesondere die in den Orientierungseinsätzen hauptsächlich vertretenen Zielgruppen) • Angehörige und Bezugspersonen • Betreuer, Bevollmächtigte und Gerichte • Interprofessionelle Team in Versorgungsalltag (wie Ärzte, Psychologen) • Ethikkommission • Seelsorge **Erleben, deuten, verarbeiten** • Eigene Werte, Normen kennen lernen und sich selbst reflektieren • beruflich bedingte Intimitätsverletzungen respekt- und würdevoll gestalten und sich selbst reflektieren • Eigenes Menschenbild erkennen und auf das eigene Handeln hin reflektieren – insbesondere in spezifischen Pflegesituationen • Verarbeiten von herausfordernden ethischen Pflegesituationen/Dilemmata • erkennen und deuten von eigenen Wertvorstellungen und denen anderer im Versorgungsalltag und dem daraus sich ergebenden Handlungssituationen **Handlungsmuster** • Gesundheitsbezogene Entscheidungsfindung/informierte Entscheidung, ethische Aspekte • Handeln aus Fürsorge, Selbstbestimmung, Paternalismus, Pflege-/Pflegendenbeziehung (pflegebedürftige Person) • Institutionelle/rechtliche Grenzen kennen und in die Entscheidungsfindung bzw. das eigene Handeln einbeziehen • ethische Aspekte zur Gewaltprävention kennen und im Versorgungsalltag anwenden
Wissensgrundlagen	• Einführung in die Ethik: wissenschaftliche Disziplin, Modelle, Theorien, und Prinzipien • Berufsethos, zentrale Institutionen, rechtliche Rahmenbedingungen • Relevanz der Kontexte: Würde und Respekt, Autonomie/Selbstbestimmung, Paternalismus und informed Consent • Menschenbilder • Gute Klinische Praxis in speziellen Fallbezogenen ethischen Problemsituationen • spezifische Körperstatuserhebung und Assessment bei Verdacht auf Gewalt • Gewaltformen • Maßnahmen zur Prävention von Gewalt • Schutz und Pflege von Gewaltopfern • Gesetzliche Grundlagen des Gewaltopferschutzes
Lernen in der simulativen Lernumgebung	• Durchführung eines Ethik-Cafés • Durchführung ethischer Fallbesprechungen (anhand von Musterfällen) • Besprechung ethischer Dilemmata im Team (wie Übergabe auf Station)
Anregung für Lern- und Arbeitsaufgaben	• Reflexionsaufgaben zum Erleben von ethisch relevanten Situationen, wie Nähe, Hilflosigkeit und Abhängigkeit, Scham, Grenzüberschreitung • Fallarbeit anhand ethisch relevanter Musterfälle in unterschiedlichen Feldern pflegerischen Handelns • Information und Beratung pflegender Menschen und ihrer Bezugspersonen zur Selbstreflexion guten ethischen Handelns und Entscheidens im Kontext Pflege
Didaktischer Kommentar	Lehrveranstaltungsart: SU 2/30 TN • Lernsituation in Gruppen zur Reflexion eigener Normen und Werte im Umgang mit Krankheit, Selbstbestimmung, Lernsituationen, in denen subjektive (auch kulturell

▶Didaktischer Kommentar	bedingte) Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit die Gestaltung des Pflegeprozesses maßgeblich bestimmen und zu einem ethischen Dilemma führen. • Lernsituation im Umgang mit speziellen versorgungsrelevante ethischen Konfliktfeldern anhand von Musterfällen • Hospitation klinisches Ethikkomitee
Ausgewählte Literatur	Bücher: 1. Andersen, S. (2005) Einführung in die Ethik. Berlin: De Gruyter. 2. Arbeitsgruppe Pflege und Ethik der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (2005). Für alle Fälle... Arbeit mit Fallgeschichten in der Pflegeethik. Hannover: Brigitte Kunz. 3. Borasio, G. (2011) Über das Sterben. München: Beck. 4. Fölsch, D. (2008) Ethik in der Pflegepraxis. Anwendung moralischer Prinzipien im Pflegealltag. Wien: Facultas. 5. Fölsch, D., Bussmann, B. (2023) Pflegeethik für Ausbildung und Studium. Militzke Verlag GmbH 6. Hiemetzberger, M. (2016) Ethik in der Pflege. 2. Aufl., Facultas. Wien 7. Hoeffe, Otfried (2008) Lexikion der Ethik, 7. Auflage, München: C.H. Beck. 8. Knoepffler, Nikolaus (2010) Angewandte Ethik. Ein systematischer Leitfaden, Köln, Weimar, Wien: Böhlau. 9. Körtner, U. (2012) Grundkurs Pflegeethik. Wien: Facultas UTB. 10. Lay, Reinhard (2012) Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Hannover: Schlütersche. 11. Monteverde, S. (Hrsg.) (2020) Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege. 2. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer. 12. Pieper, Annemarie (2007: Einführung in die Ethik, Tübingen: A. Francke-Verlag. 13. Schnell, Martin W. (2017) Ethik im Zeichen vulnerabler Personen, Weilerswist: Velbrueck-Wissenschaft. 14. Schulz, Stefan et.al. (2012): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, 3 Auflage, Frankfurt am Main: Suhrcamp. 15. Spaemann, Robert (2007) Ethik Lehr- und Lesebuch, 3. Auflage, Stuttgart: Klett-Cotta. 16. Schweppenhäuser, G. (2006) Grundbegriffe der Ethik zur Einführung. Hamburg: Junius. 17. Vollmann, J.; Schildmann, J.; Simon, A. (Hg.): Klinische Ethik. Campus, Frankfurt 18. Wiesing, U. (Hrsg.) (2012) Ethik in der Medizin. Stuttgart: Reclam. Zeitschrift für medizinische Ethik: • Ethik in der Medizin, AEM • Nursing Ethics. An international Journal for Health Care Professionals • The Online Journal of Issues in Nursing. A scholarly Journal of American Nurses Association • Nursing Philosophy, Journal, Open Access
Vorkenntnisse	W_01 Evidence-based Nursing I W_02 Pflegeprozess I W_03 Pflegetheorie H_01 Pflegeprozess II W_05 Pflegeprozess III
Prüfung	Präs

Fachpraxis II | Modulbereich Handeln

Modul BNS_H_05	Semester 3	Niveau: 3	SWS: 1	ECTS: 1
Fachpraxis II				
Autor:in	Herold-Majumdar			
Verantwortung	Siehe Anlage Studienplan			
Aufwand: 30 h	Kontaktstudium: 20	Selbststudium: 5	Prüfungsvorbereitungen: 5	
Rahmenlehrplan Fachkommission nach § 53 PflBG	CE 01, CE 02, CE 03, CE 04			
PflAPrV	Anlage 2: I 1c, d, 2a, c, d, e, 3a-f, 5a, b, c, 6d, e, II 1d, 2c, III 2f, 3a, b, e, V 1c, 2d Anlage 5 Teil A: I 1., III 1. Anlage 5 Teil B: I.11			
Relevanz	• Anamnese und Assessment unter Zuhilfenahme standardisierter, valider Assessmentinstrumente und Messinstrumente • Mensch als psychosoziales, kulturelles und sexuelles Wesen • Leibphänomenologie und Körperarbeit • Rechtliche Grundlagen • Grundlagen der angewandten Pflegewissenschaft und Theorie, EbN • Vertiefung der Krankenbeobachtung, spezielle Krankenbeobachtung, Risikoassessments • Vertiefung Atmung und Beatmungfspflege • Wöchnerinnen Pflege • Prä-/postoperative Pflege • Patientensicherheit, Risikoeinschätzung und –minimierung • Medikamentenmanagement • ärztlich delegierte Aufgaben und Assistenz bei medizinischen Diagnose- und Therapiemaßnahmen • Umgang mit einfachen, technischen Geräten und Medizinprodukten • Suizidalität und selbstgefährdende/-verletzende Verhaltensweisen • Gewaltprävention, Umgang mit Gewalt • selbstbestimmte und eigenverantwortliche Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig sind, in enger Abstimmung mit dem behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Ärztin • Psychiatrische Pflege			
Erwartete Kompetenzen FK = Fachkompetenz MK = Methodenkompetenz SoK = Sozialkompetenz SeK = Selbstkompetenz	Die Studierenden • wenden zum ersten Mal in realen, beruflichen Handlungssituationen und Kontexten das gelernte Grundlagenwissen an (FK, MK) • nehmen sich selbst als Berufsanfänger:in und Pflegeforscher:in wahr, erleben und reflektieren ihre Rollen. (FK, MK, SoK) • nehmen die unterschiedlichen Rollenerwartungen, insbesondere auch die Erwartungen in Zusammenhang mit der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten, im institutionellen, setting-spezifischen Kontext wahr, erfüllen Rollenerwartungen (role taking), reflektieren diese kritisch und entwickeln erste Ansätze zur Rollengestaltung (role making, Entwicklung des beruflichen Selbstverständnisses). (FK, MK, SoK) • setzen sich mit den organisatorischen, ökonomischen, nachhaltigen & wirtschaftlichen, kulturellen, gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen und rollenspezifischen Anforderungen aktiv auseinander und bauen Handlungssicherheit im Berufsfeld auf. (FK, MK, SoK) • schätzen im gesetzlichen Rahmen (Vorbehaltsaufgaben) und entsprechend ihres Studienfortschritts berufliche Fallsituationen bzgl. ihres Beitrages als Berufsanfänger:in ein und entscheiden, ob sie sich eher aus der Situation zurückziehen, hospitierend oder weiterführend assistierend teilnehmen, angeleitet selbst Interventionen durchführen oder selbständig eine Intervention planen und durchführen. (FK, MK, SoK, SeK) • wenden das erworbene Grundlagenwissen für klar umrissene Teil-Aufgaben in der beruflichen Praxis regelgeleitet an und passen selbständig oder unter Anleitung ihre Interventionen an die Situation und an die pflegebedürftige Person an. (FK, MK, SoK, SeK) • entwickeln aus den Fallsituationen erste Fragestellungen, die pflegewissenschaftlich (EbN) oder berufsethisch relevant sind und formulieren diese für die weitere Bearbeitung in der praxisbegleitenden Lehre. (FK, MK, SoK, SeK)			

▶ Erwartete Kompetenzen

- erkennen medizinische Notfallsituationen in der klinischen Fallsituation und können diese im Rahmen der Ersten Hilfe empathisch & evidenzbasiert handhaben. (FK, MK, SoK, SeK)
- setzen Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten einer hygienischen Arbeitsweise in konkreten, beruflichen Situationen für Teilaufgaben um und reflektieren diese kritisch. (FK, MK, SoK, SeK)
- setzen Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten einer nachhaltig-wirtschaftenden Arbeitsweise in konkreten, beruflichen Situationen für Teilaufgaben um und reflektieren diese kritisch. (FK, MK, SoK, SeK)
- nehmen die Rechte, die Selbstbestimmung und den individuellen Lebensentwurf der pflegebedürftigen Menschen empathisch und wissensbasiert wahr, respektieren diese und handeln im beruflichen Kontext ersonenzentriert sowie fachlich fundiert. (FK, MK, SoK, SeK)
- wenden ihr Grundlagenwissen, ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten bzgl. Gesundheitsförderung, Prävention und Förderung einer selbstbestimmten Teilhabe in der jeweiligen, individuellen, Fallsituation für einfache Bedarfssituationen an. (FK, MK, SoK)
- unterstützen pflegebedürftige Menschen entsprechend ihrer Lebens- und Entwicklungsphase bei der selbstbestimmten, ressourcen- und entwicklungsfördernden Körperpflege, Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, bei der Ausscheidung, bei der Bewegung, beim Kleiden entsprechend ihres Bedarfs. Sie führen dabei die „Krankenbeobachtung“ durch und entscheiden, welche Beobachtungen dokumentiert bzw. an die verantwortliche Pflegefachperson weitergegeben werden müssen. (FK, MK, SoK, SeK)
- erkennen und beschreiben pflegerische Phänomene (z. B. Gesundheitsverhalten, Gesundheitsmanagement, Selbstpflegekompetenz, Selbstwahrnehmung, Coping), die in Fallsituationen auftreten und entwickeln erste Hypothesen über die pflegerische Beurteilung einfacher Fallsituationen. (FK, MK, SoK, SeK)
- wenden verständigungsorientierte, wertschätzende, theoretische sowie die Autonomie und Entwicklung der Person fördernde Grundsätze der Kommunikation und Interaktion in den beruflichen Fallsituationen (sowohl in Bezug auf die pflegebedürftige Person und ihre Angehörigen als auch auf die Mitglieder des intra- und interdisziplinären Teams) an. (FK, MK, SoK, SeK)
- reflektieren Interaktions- und Kommunikationssituationen im beruflichen Kontext und erweitern ihr Handlungsrepertoire. (FK, MK, SoK, SeK)
- entwickeln Strategien, um mit belastenden Gefühlen (z. B. Ekel, Scham, Mitleid) im Zusammenhang mit einer körper- und personnahen Interaktion umgehen zu können (Emotionsarbeit, ausgewogenes Nähe-Distanz Verhältnis). (FK, MK, SoK, SeK)
- schätzen Entwicklungen des intra- und interdisziplinären Teams ein, reflektieren ihre Rolle und Funktion in dem Team und leisten einen Beitrag zu einer förderlichen Teamentwicklung. (FK, MK, SoK, SeK)
- sind für ihre Selbstsorge und die Fürsorge für andere Menschen sensibilisiert. Sie kennen erste, wichtige Potentiale und Risiken des beruflichen Handelns für ihre eigene Gesundheit und können selbstbestimmt gesundheitsförderliche, präventive und kurative Maßnahmen für die eigene Gesundheit einleiten oder selbst durchführen. (FK, MK, SoK, SeK)
- können die Funktionsweise, die Risiken und die Potentiale von ersten, grundlegenden Pflegehilfsmitteln und technischen Assistenzsystemen einschl. Robotik einschätzen und können diese hospitierend, assistierend, mit Anleitung oder selbständig situationsgerecht und personzentriert in der beruflichen Praxis anwenden. (FK, MK, SoK, SeK)
- wenden EDV-gestützte, digitale und analoge bzw. papiergestützte Systeme zur Planung und Dokumentation des Pflegeprozesses assistierend, unter Anleitung oder selbständig situationsgerecht in der beruflichen Praxis an. (FK, MK, SoK, SeK)
- schätzen ihre eigenen Defizite und Potentiale bzgl. ihrer berufsbezogenen und wissenschaftlichen Kompetenzen ein und können sich selbstorganisiert und eigenverantwortlich, empathisch & evidenzbasiert im Sinne des lebenslangen Lernens weiterbilden und –entwickeln. (FK, MK, SoK, SeK)
- schätzen ihre eigenen Defizite und Potentiale bzgl. der eigenverantwortlichen Übernahme von ärztlichen Aufgaben im Rahmen der Heilkundeübertragung ein und bilden sich im Sinne des lebenslangen Lernens fort bzw. weiter. (FK, MK, SoK, SeK)

Inhalte Situationsmerkmale

Handlungsanlässe

- Pflege- und Beratungsbedarf von Wöchnerinnen
- prä- und postoperativer Pflegebedarf
- Inkontinenz und Potentiale zur Förderung der Kontinenz

▶Inhalte Situationsmerkmale

- erhöhte gesundheitliche Risiken u.a. durch Immobilität
- Verdacht auf Gewalt, Missbrauch
- Machasymmetrien und strukturelle Bedingungen, die Gewalt fördern können
- Suizidalität und Selbstgefährdung
- Delegation von ärztlichen Aufgaben und Assistenz bei medizinischen Diagnose- und Therapiemaßnahmen
- sichere und unsichere Evidence im Zusammenhang mit dem pflegerischem Assessment und Assessmentverfahren

Kontextbedingungen

- multiprofessionelle, postoperative Versorgung im akutstationären Bereich
- Familien- und Paarbeziehungen, Rollenbeziehungen
- Medizinprodukte und –geräte-Hersteller, rechtliche Rahmenbedingungen z. B. MPBetreibV
- Machtkonstellationen in Gesundheitseinrichtungen, Familien
- gesundheitsbezogene Werte und Normen in der Gesellschaft und in Institutionen
- rechtliche Rahmenbedingungen der interprofessionellen Schnittstellen, der Delegation und Übernahme ärztlicher Aufgaben

Ausgewählte Akteure

- Studierende und Auszubildende der Pflege
- zu pflegende Menschen aller Altersstufen und ihre Bezugspersonen
- multiprofessionelles Team in unterschiedlichen Pflegesettings
- Medizinprodukte-Beauftragte(r)

Erleben, deuten, verarbeiten

- sich selbst und andere als verletzlich erleben
- sich als wehrhaft und standhaft erleben
- sich kompetent fühlen in Bezug auf die eigene Gesundheit
- sich kompetent und sicher erleben in Situationen, in denen der Gesundheitszustand von pflegebedürftigen Menschen instabil ist
- sich sicher fühlen im Umgang mit Gesundheitsrisiken
- sich empathisch erleben in Situationen, in denen Gewalt auftritt
- sich konstruktiv kritisch erleben in Bezug auf Handlungsroutinen
- sich forschend und fragend erleben

Handlungsmuster

- Reflexion des eigenen konkreten Gesundheitsverhaltens anhand von Gesundheitsverhaltensmodellen und Ableitung konkreter Konsequenzen für das eigene gesundheitsbezogene Verhalten und für das pflegerische Handeln
- Reflexion und Mitgestaltung der Arbeitsplatz- und Lernbedingungen, gesundheits- und personförderliches Verhalten
- kritisch-reflektierte Rollengestaltung, insbesondere im Zusammenhang mit der Übernahme ärztlicher Aufgaben
- Gefährdungen am Arbeitsplatz erkennen und Maßnahmen zum Arbeitsschutz umsetzen
- bewusste Arbeitszeit-und Freizeitgestaltung/Selbstsorge
- Daten/Informationen erheben, kritisch beurteilen, clustern und zu Einschätzungen kommen
- kritisch denken und beurteilen
- Risiken einschätzen und adäquate Maßnahmen zur Risikoreduktion umsetzen
- forschen und recherchieren
- wissenschaftlich relevante Fragestellungen aus der Praxis entwickeln und methodengestützt bearbeiten
- selbstbestimmte Integration ärztlicher Aufgaben in den Pflegeprozess

Wissensgrundlagen

- berufliches Selbstverständnis entwickeln, das Gesundheitsförderung und Prävention umfasst (hierbei auch historische Betrachtung der Veränderung des Berufsprofils)Modelle zu Gesundheit/Salutogenese, Krankheit, Lebensqualität, Gesundheits-kompetenz, Empowerment
- Aspekte der Motivations- und Gesundheitspsychologie
- Modelle und Konzepte zu Gesundheitsförderung und Prävention (primäre, sekundäre, tertiäre, Verhaltens- und Verhältnisprävention)
- Systematik/Unterscheidung von Information, Schulung und Beratung, Reflexion von Grenzen/Schulungs- und Beratungskonzepte
- betriebliche Gesundheitsförderung
- Pflegephänomene und Konzepte ihre theoretische Definition, Evidence-Basierung und Erscheinung in der klinischen Praxis in unterschiedlichen Settings

▶ Wissensgrundlagen	• pflegetheoretische, medizinische, philosophische und psychologische Grundlagen der Pflegephänomene und Leibphänomenologie • Körperbild und Körperbildstörungen im Zusammenhang mit Gesundheits- und Krankheitsprozessen und gesundheitsrelevanten Lebensprozessen (z. B. erwachsen werden und geschlechterspezifische Entwicklung, Essstörungen, Amputation, Ödeme, Hauterkrankungen) • fortgeschrittene biomedizinische Kenntnisse über Aufbau und Funktionsweise des menschlichen Körpers (Anatomie/Physiologie) • psychosoziale Dimensionen von Körperlichkeit (z. B. soziale Konstruktion von Körperbildern und Körperwahrnehmung) und Körperarbeit (z. B. Scham) • Körperlichkeit, Sinnlichkeit und Sexualität in verschiedenen Lebensaltern vor dem Hintergrund der individuellen Lebenswelt und ihre Bedeutung für die Pflege • altersspezifische Konzepte der Bewegungspädagogik/Körperarbeit (z. B. Feldenkrais, Kinästhetik, Autogenes Training, Gestalttherapie, Atemtherapie, Ausdruckstanz, funktionale Entspannung, Eutonie, Infant Handling) • das Leibkonzept in der Beziehungs- und Körperarbeit mit pflegebedürftigen Personen unterschiedlicher Altersstufen und in diversen Umgebungen/Settings • körperbewusstes und beidseitig gesundheitsförderliches Arbeiten mit pflegebedürftigen Menschen aller Altersstufen (z. B. Kinästhetik, Infant Handling, Therapeutic Touch) • sicheres und gesundheitsförderliches Arbeiten • vertiefte Krankenbeobachtung und körperliche Untersuchung mit Statuserhebung • evidenzbasiertes, pflegerisches Assessment • postoperative Krankenbeobachtung und Überwachung • Grundlagen Wochenbettpflege • Patientensicherheit, Risikobewertung und Risikominimierung, Prophylaxen • Vertiefung der Beurteilung von Vitalfunktionen (Atmung, Ausscheidung) und pflegerische Intervention • leitlinienorientiertes Arbeiten und Umsetzung der nationalen Expertenstandards im beruflichen Handlungsfeld: nationaler Expertenstandard: Förderung der Harnkontinenz in der Pflege • Medikamentenmanagement • Kritische, wissenschaftlich fundierte Beurteilung von Standards und Leitlinien im Zusammenhang mit pflegerischen Interventionen • Unterscheidung von Empfehlungsgraden für pflegerische Interventionen auf Basis der Evidence und Identifikation von Forschungsbedarf • erweitertes Wissen im Bereich der Physiologie und Pathophysiologie sowie ärztlichen Diagnostik und Therapieverfahren an der Schnittstelle zur Medizin • Integration externer Evidence in die Verständigung über Pflegeziele mit der pflegebedürftigen Person in exemplarischen Handlungsfeldern • Pflegeprozess in der Umsetzung, Pflegeprozessplanung und –dokumentation • ärztlich delegierte Aufgaben und Assistenz bei medizinischen Diagnose- und Therapiemaßnahmen • Injektion intracutan, subcutan, intramuskulär • Infusionstherapie • Umgang mit einfachen, technischen Geräten und Medizinprodukten • Suizidalität und selbstgefährdende/-verletzende Verhaltensweisen erkennen und adäquat handeln • Gewaltprävention und Deeskalationsstrategien, Validation • Körpernahe Fixierungssysteme und deren fachgerechte Anwendung unter Beachtung der Patientensicherheit • bewegungs-, selbstbestimmungs- und freiheitsfördernde Maßnahmen zur Reduktion der Selbstgefährdung und/oder Sturz-/Verletzungsgefahr • spezielle Lagerung zur Diagnostik, Therapie, nach Operationen • Auffrischung Erste Hilfe (8 UE)
Lernen in der simulativen Lernumgebung	• Einübung in die Körperwahrnehmung, das Körperbewusstsein, die Leiberfahrung durch Wahrnehmungsübungen im geschützten Raum und mit dem Angebot verschiedener Möglichkeiten, die sich die Studierenden individuell aussuchen können • Körperscanning und Achtsamkeitsübungen • Beobachten und Analysieren von Bewegungsabläufen und –mustern, Bewegungsprofil erstellen • Menschen mit beeinträchtigter Mobilität in einfachen Handlungen der Selbstversorgung unterstützen und die Wirksamkeit von Bewegungskonzepten evaluieren und reflektieren

▶Lernen in der simulativen Lernumgebung	• Simulation und Übung postoperativer Mobilisation nach spezifischen Eingriffen z. B. Hüft- TEP-OP • Planung und Durchführung von typischen Pflegesituationen bei der Unterstützung der Selbstversorgung von pflegebedürftigen Menschen bei Selbstversorgungsdefizit (z. B. Körper- und Mundpflege, Anreichen von Speisen und Getränken, Versorgung mit Inkontinenzmaterialien…), Reflexion aus unterschiedlichen Perspektiven und Rollen • Strukturierung und Planung von Handlungsabläufen unter Anwendung hygienischer Prinzipien • Reflexion von eigenen Körperwahrnehmungen und Erfahrungen in der Unterstützung von Menschen mit beeinträchtigter Mobilität • Simulation von potentiell belastenden, beruflichen Situationen mit Übung von entlastenden Maßnahmen (z. B. kinästhetischer Transfer einer adipösen Person, einer pflegebedürftigen Person mit Hemiplegie, Einsatz von Pflegehilfsmitteln und technischen Assistenzsystemen z. B. Lifter) • Übernahme der Rolle der pflegebedürftigen Person zur eigenen, leiblichen Erfahrung von pflegerischen Interventionen (z. B. freiheitsentziehende Maßnahmen und Fixierung, sich das Gesicht waschen lassen, Eingabe von Essen und Trinken) und zur Förderung der Empathie • Alterssimulation • Simulation von krankheitsbedingten Veränderungen und Entstellungen des äußeren Erscheinungsbildes z. B. exulzerierende Tumore, Ödeme, Amputation und Umgang damit in der pflegerischen Assistenz und im zwischenmenschlichen Kontakt mit der pflegebedürftigen Person • Simulation spezifischer Pflegesituationen mit erhöhten Risiken und spezifischen Interventionsbedarfen (u.a. Prophylaxen) einschließlich der Übernahme ärztlich delegierter Aufgaben (u.a. Injektionen) • Fertigkeitstraining im Umgang mit Injektionen, Punktionen zur venösen Blutentnahme, invasive Blutdruckmessung, spezifischen Messgeräten und medizinischen Geräten • Simulation einer prä-/postoperativen Situation mit spezieller Krankenbeobachtung, Lagerung • Simulation einer Still- und Beratungssituation mit einer Wöchnerin • interprofessionelle Szenarien mit Fokus auf interprofessionelle Zusammenarbeit, Delegation und Übernahme von Aufgaben (in beide Richtungen)
Anregung für Lern- und Arbeitsaufgaben	• Reflexiver Dialog • Lernaufgaben für die PraxisbegleitungVorbereitung, Verabreichung und Beobachtung der Medikation bei einer pflegebedürftigen Person mit komplexem Medikamentenregime und mit risikobehafteten Medikamenten; Reflexion in der Praxisbegleitung • Punktion und venöse Blutentnahme • Assessment und pflegediagnostischer Prozess bei einer pflegebedürftigen Person mit psychiatrischer/psychosomatischer Erkrankung einschließlich Entwicklung von Interventions- und Evaluationsansätzen; Schreiben einer Pflegeplanung für prioritäre Pflegediagnosen mit Reflexion in der Praxisbegleitung • schriftliche Reflexion eines in der beruflichen Praxis erlebten (beinahe) Fehlers einschließlich Fehlermanagement und Fehlerkultur mit Besprechung in der Praxisbegleitung • systematische Erkundung der Perspektiven der Akteure im jeweiligen Handlungsfeld (z. B. im Hinblick auf Aufgabenfelder, Motivationen, Selbstverständnis, ökologische Grundsätze/Umweltmanagement, Brandschutz, Dienstplanung) • Eindrücke von der ersten Begegnung mit zu pflegenden Menschen sammeln und eigene Gedanken und Gefühle reflektieren • Begleitung eines zu pflegenden Menschen und Erkundung ihrer/seiner Bedürfnisse im Pflegeprozess • Aufgabe zur selbständigen Erschließung von Pflegephänomenen und Konzepten über wissenschaftliche Recherche • berufliche Situationen, die für die Leiberfahrung und Körperarbeit von Bedeutung sind, analysieren und Vorschläge für eine auf beiden Seiten (auf Seiten der Pflegebedürftigen Person und der Pflegefachperson) förderliche Erfahrung (im Hinblick auf die Gesundheit, die eigenen Identität und körperliche, leibliche Integrität) entwickeln • Leibportrait in Kombination mit unterschiedlichen Übungen, Erfahrungen und Materialien

▶Lernen in der simulativen Lernumgebung	• Analyse von Reflexionsgesprächen mit pflegebedürftigen Menschen in der beruflichen Praxis bzgl. deren Leiberfahrung und Körperwahrnehmung • wissenschaftliche Recherche nach Studien über gesundheitsförderliche Strategien zur Bewältigung von belastenden, beruflichen Situationen und deren Auswertung hinsichtlich Handlungsempfehlungen für die berufliche Praxis (Anwendungsbezug) • wissenschaftliche Recherche nach Studien über die Wirkung von Krankheit und Therapie auf das Körperbild, das Körpererleben und das Selbstkonzept mit ggf. Ableitung von Konsequenzen für das berufliche Handeln • wissenschaftlich nachgewiesene, wirksame pflegerische Interventionen zur Förderung eines positiven Körperbildes und Körpererlebens von pflegebedürftigen Personen • wissenschaftliche Recherche nach Studien über das Körpererleben und das Körperbild von Personen, die überwiegend bettlägerig sind, und ggf. Ableitung von Handlungsstrategien für die berufliche Praxis • Entwicklung von wissenschaftlichen Fragestellungen im Zusammenhang mit Pflegephänomenen und Leibphänomenologie • Webbasierte, komplexe Szenarien (Body Interact) im interprofessionellen Setting mit Fokus auf prozessuale Kompetenzen und Role Making (aktive und kritisch-reflexive Gestaltung der professionellen Rolle) im Versorgungsprozess
Didaktischer Kommentar	Lehrveranstaltungsart: Ü 10/6 TN, Kleingruppen max. 6 TN • EDV-gestütztes Lernbegleitbuch • Lerntagebuch und E-Portfolio • EDV-gestützte Systeme zum Abrufen von wissenschaftlich fundierten Informationen zu konkreten, beruflichen Handlungen und Fragestellungen • Kollegiale Fallberatung, Peer-Mentoring durch fortgeschrittene Studierende im Praxisfeld, gemeinsame Fallbesprechungen und Reflexion mit Praxisbegleitung und Praxisanleitung • Fallberatung im intradisziplinären Team • Hospitation Fallkonferenz, interdisziplinär • Hospitation Therapie, Funktionsdienst, Seelsorge, Patientenaufnahme, Betreuungsdienst (ambulante, häusliche Pflege), Tages-/nachpflege, Sozialdienst, Küche, Reinigungsdienst, externe Dienstleister (über alle Praxiseinsätze verteilt) • Feedback und Reflexion des eigenen, beruflichen Handelns auf Basis interaktiver und kreativer Methoden in der praxisbegleitenden Präsenzlehre an der HS • Übungen mit Selbsterfahrung • Rollenvorbild der Lehrenden, fortgeschrittenen Studierenden (Peers) und der im Berufsfeld tätigen Pflegefachpersonen • Szenische Darstellung und Videoanalyse im Nursing Lab • Simulation mit Virtual Reality im Nursing Lab • vgl. Praxiscurriculum • Planung von Simulationseinheiten mit Studierenden und/oder Lehrenden anderer, relevanter Professionen (u.a. Medizin, Therapie, Geburtshilfe/Hebammenwesen)
Ausgewählte Literatur	1. Barkow Michael (2015) Perioperative Pflege als professionelle Dienstleistung: Qualitätskriterien der Betreuung von Patienten durch nicht-ärztliches Personal. Hamburg: Diplomica Verlag. 2. Schirmer Uwe, Mayer Michael, Vaclav Jörg, Papenberg Wolfgang, Martin Veronika (2010) Prävention von Aggression und Gewalt in der Pflege. Grundlagen und Praxis des Aggressionsmanagements für Psychiatrie und Gerontopsychiatrie. 2. Aktualisierte Aufl., Augsburg: Schlütersche Verlagsgesellschaft 3. Staudhammer Martina (2018) Prävention von Machtmissbrauch und Gewalt in der Pflege. Berlin: Springer. 4. Reuschenbach Bernd, Mahler Cornelia (2020) Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und –praxis. 2. unveränderte Aufl., Bern: Hogrefe.
Vorkenntnisse	Evidence-based Nursing I Pflegeprozess I Pflegeprozess II Pflegetheorie Medizinische Grundlagen I Pflegeprozess III

▶ Fachpraxis II		Modulbereich Handeln
▶ Vorkenntnisse	Pflegeprozess IV Forschungsmethodik Epidemiologie und Statistik Ethik I Medizinische Grundlagen II	
Prüfung	schrP (2. schriftliche Aufsichtsarbeit/Berufszulassung gem. § 35 PflAPrV)	

Modul BNS_WN_02	Semester 4	Niveau: 3	SWS: 4	ECTS: 5
Gesundheits- und Pflegerecht				
Autor:in	von Hardenberg, Simone			
Verantwortung	Siehe Anlage Studienplan			
Aufwand: 150 h	Kontaktstudium: 60	Selbststudium: 45	Prüfungsvorbereitungen: 45	
Rahmenlehrplan Fachkommission nach § 53 PflBG	CE 01 – CE 11			
PflAPrV	Anlage 2: I 1f, 2d, 3d, 6a, b, c, II 1g, 2d, 3a, b, c, III 1a, IV 1ac, d, 2a, c, d, e, V 1c			
	Anlage 5 Teil A: II 1., 2., 3., 4., III 2., 3., 4. IV1., V 6. Anlage 5 Teil B: I, II Empfehlungen der Fachkommission nach § 53 PflBG: G, W1, W2, W3			

Relevanz

Das Pflegerecht bestimmt in Überschneidung mit dem Gesundheitsrecht den rechtlichen Rahmen für eine norm- und werteorientierte Pflege. Die Kenntnis der rechtlichen Vorgaben, ihre Anwendung im beruflichen Alltag sowie das Erkennen und verantwortungsvolle Nutzen von Handlungsspielräumen sind wichtige Kompetenzen einer professionellen Pflegefachperson.

In diesem Modul wird an die im ersten Semester gelegten rechtlichen Grundlagen angeknüpft, um diese zu vertiefen und zu erweitern. Ein Überblick über die Steuerung des Gesundheitswesens durch das Recht ermöglicht die Einordnung des Berufsbilds und die Entwicklung eines eigenen Rollenverständnisses. Die zivil- und strafrechtlichen Grundlagen werden um neue pflegerelevante Rechtsgebiete wie das Arbeits- und Sozialrecht, das Arzneimittel- und Medizinprodukterecht sowie das Betäubung- und Hygienerecht ergänzt. Schnittstellen zwischen den verschiedenen Rechtsgebieten, aber auch zu anderen Fachdisziplinen werden herausgearbeitet, um den komplexen Pflegealltag widerzuspiegeln und neben der Vermittlung des notwendigen Fachwissens ein interdisziplinäres Verständnis zu fördern. Dies gilt vor allem mit Rücksicht auf die Erweiterung heilkundlicher Aufgaben im Verhältnis zu den Ärztinnen und Ärzten.

Die Studierenden sollen ihre eigene Rechtsposition kennen und in ein angemessenes Verhältnis zu den anderen Akteuren in ihrem Arbeitsumfeld setzen können, um ihr Handeln daran ausrichten und die Konsequenzen etwaiger Fehlentwicklungen einschätzen zu können. Diese Fähigkeit ist auch Voraussetzung dafür, sich für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, wirtschaftlichen und nachhaltigen Pflege einsetzen zu können und dadurch das Gesundheitssystem insgesamt zu verbessern.

Erwartete Kompetenzen

FK = Fachkompetenz
MK = Methodenkompetenz
SoK = Sozialkompetenz
SeK = Selbstkompetenz

Die Studierenden

- verstehen die Steuerung des Gesundheitswesens durch das Recht und die Auswirkungen auf ihr Berufsfeld. (FK, MK, SeK)
- analysieren komplexe berufliche Situationen aus der rechtlichen Perspektive und handeln unter Berücksichtigung der rechtlichen Implikationen. (FK, MK, SeK)
- argumentieren rechtlich fundiert im intra- und interdisziplinären Team und entwickeln im Diskurs mit dem Team praktische und rechtssichere Lösungen. (FK, MK, SoK, SeK)
- kennen ihr erweitertes Rollenverständnis und haben eine professionelle Haltung im Hinblick auf die Ausübung erweiterter heilkundlicher Aufgaben vor dem rechtlichen Hintergrund. (FK, MK, SeK)
- können eine begründete Entscheidung für oder gegen die Übernahme erweiterter heilkundlicher Aufgaben treffen. (FK, MK, SeK)
- übernehmen rechtliche Verantwortung für die selbstständig ausgeführten übertragenen heilkundlichen Aufgaben. (FK, MK, SoK, SeK)
- kennen die rechtliche Rahmenbedingungen für die Versorgung von Menschen in diabetischer Stoffwechsellage, für die Versorgung chronischer Wunden und von Menschen mit Demenz und können die Betroffenen und ihre Angehörige dazu beraten. (FK, MK, SoK, SeK)
- sind über die Rechte pflegebedürftiger Menschen informiert und setzten sich für ihre Berücksichtigung ein. (FK, MK, SoK, SeK)
- erkennen Rechtsgüterkollisionen und entwickeln in Übereinstimmung mit den rechtlichen Vorgaben praxistaugliche Lösungen. (FK, MK, SoK, SeK)

▶ Erwartete Kompetenzen	• delegieren unter Berücksichtigung rechtlicher Bestimmungen ausgewählte Maßnahmen an Personen anderer Qualifikationsniveaus (z. B. Pflegehilfspersonen). (FK, MK, SoK) • erkennen rechtliche Fragestellungen, die sie nicht selbst lösen können und wissen, an wen sie sich wenden können, um sich juristischen Rat zu holen. (FK, MK, SoK, SeK) • dokumentieren klinische Entscheidungen rechtssicher. (FK, MK, SeK) • entwickeln eine Sensibilität für das Recht auf informationelle Selbstbestimmung und halten die datenschutzrechtlichen Grundsätze ein. (FK, MK).
Inhalte Situationsmerkmale	**Handlungsanlässe** • ambulante und stationäre Einsätze • klinische Entscheidungsfindung und Diskurs im intra- und interdisziplinären Team • Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen und Hilfsangeboten • Unterstützungs- und Dokumentationssysteme • Gestaltung der arbeitsvertraglichen Situation **Kontextbedingungen** • Gesundheitssystem • Fallkonferenzen • Ethikkommission, ethische Fallbesprechung • Grenzen zwischen eigenen und übertragenen Aufgaben **Ausgewählte Akteure** • pflegebedürftige Personen aller Altersstufen • Pflegefach- und Hilfspersonen • Vertreter: kooperierender Berufsgruppen (z. B. Ärzt:innen, Therapeut:innen, Sozialarbeiter:innen) • Vertreter:innen der Ethikkommission • Vertreter:innen der Kostenträger • anschließende Versorgungseinrichtungen und deren Vertreter:innen • Vertreter:innen von Prüf- und Gutachterdiensten • Patientenrechtevertreter:innen, Heimfürsprecher:innen, Mitglieder des Heimbeirats **Erleben, deuten, verarbeiten** Die Studierenden • erleben sich kompetent bei der Analyse und Argumentation von beruflichen Fällen, bei denen Rechtsfragen auftreten. • erleben sich informiert bei der Beratung von pflegebedürftigen Menschen über Leistungsansprüche und deren Durchsetzung. • halten Rechtsunsicherheit in Grenzbereichen des Rechtssystems aus und entwickeln selbst oder gemeinsam mit dem intra-/interdisziplinären Team Lösungen im rechtlichen Rahmen. • setzen sich für die Selbstbestimmungsrechte pflegebedürftiger Menschen ein, wenn diese ihre Rechte krankheitsbedingt nicht selbst wahrnehmen können. • schätzen sich selbst wert und treten für ihre Rechte ein. • erkennen konkurrierende Rechtsgüter und erleben sich kompetent und argumentativ stark bei der Formulierung, Analyse und Bearbeitung von Konfliktfällen. **Handlungsmuster** • Abstraktion von rechtlich relevanten beruflichen Fällen • Anwendung von Rechtsnormen auf den spezifischen Einzelfall • interdisziplinärer Austausch über Rechtsfragen im Zusammenhang mit beruflichen Fällen • fachlich fundierte Einschätzung rechtlicher Leistungsansprüche pflegebedürftiger Personen, deren Bezugspersonen und Pflegepersonen • rechtssichere Dokumentation von klinischen Entscheidungen
Wissensgrundlagen	• Grund- und Menschenrechte (GG) • Zivilrecht (BGB) • Strafrecht (StGB) • Sozialrecht (z. B. SGB V, IX und XI) • Arbeitsrecht (z. B. KSchG, TzBfG) • Berufsrecht (z. B. PflBG) • Medizinproduktegesetz (MPG) • Arzneimittelrecht (AMG) • Betäubungsmittelrecht (BtMG) • Hygienerecht (z. B. IfSG)

Lernen in der simulativen Lernumgebung	• Simulation von Beratungssituationen über leistungsrechtliche Ansprüche • Teamteaching in der simulativen Lernumgebung mit einem/r jursitischen Dozent:in und einem/r Dozent:in aus der Pflegewissenschaft oder der Medizin zur Analyse und Reflexion von Fällen, bei denen rechtliche und ethische Dilemmata zu bearbeiten sind. • Simulation von Fällen, bei denen das Selbstbestimmungsrecht oder andere Rechte verletzt werden mit Lösungsentwicklung
Anregung für Lern- und Arbeitsaufgaben	• Analyse von berufsbezogenen Fällen in Kleingruppen mit Entwicklung einer rechtlich fundierten Argumentation, die anschließend im Plenum diskutiert wird • Arbeit mit Fallvignetten und mit realen Fällen aus der Praxis • Anleitung und Üben der Arbeit mit (auch unbekannten) Gesetzestexten • Anleitung und Üben einer zielgerichteten Recherche juristischer Fachliteratur zu bestimmten rechtlichen Fragestellungen • Recherche und Verständnis von Gerichtsentscheidungen
Didaktischer Kommentar	Lehrveranstaltungsart: SU 1/60 TN Es sollen Lernsituationen gewählt werden, in denen konkurrierende Rechtsgüter abgewogen werden müssen. Bei der Fallarbeit sollen auch reale Fälle aus der beruflichen Praxis der Studierenden aufgegriffen werden. Dabei müssen die Rolle der Fallerzähler:innen und die Möglichkeiten der Fallbeurteilung auf Basis eingeschränkter Informationen geklärt werden. Die Rolle der Dozent:in und des Plenums kann sich hierbei verschieben, wenn die Fallbearbeitung supervisorischen Charakter annimmt. Potenzielle Überforderungs- und Belastungssituationen müssen früh erkannt und fachgerecht gehandhabt werden. Die Rechtswissenschaft stellt für die Studierenden der Pflege eine Bezugswissenschaft dar, in die sich die Studierenden erst einarbeiten müssen. Die Studierenden werden in die Begriffe und Methoden eingeführt und sollen zum selbständigen Studium von Gesetzestexten ermutigt und befähigt werden. Im Sinne des lebenslangen Lernens sollen die Studierenden angeleitet werden, wie sie selbst einschlägige Gesetzestexte, juristische Literatur und Gerichtsentscheidungen finden und sich eigenständig erschließen können.
Ausgewählte Literatur	1. Siefarth, T. (2023), Aufbauwissen Pflege Recht, München: Elsevier 2. Janda, C. (2023) Pflegerecht, Baden-Baden: Nomos 3. Janda, C. (2022) Medizinrecht, Baden-Baden: Nomos 4. Kostorz, P. (2024), Recht in der Pflege, München: Ernst Reinhardt
Vorkenntnisse	Evidence-based Nursing I Med. Grundlagen I Med. Grundlagen II Pflegeprozess II Pflegeprozess III Pflegeprozess IV
Prüfung	schrP

Modul BNS_WN_03	Semester 4	Niveau: 4	SWS: 4	ECTS: 5
Pflegeprozess V	Menschen in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten, Palliative Care			
Autor:in	Cicek			
Verantwortung	Siehe Anlage Studienplan			
Aufwand: 150 h	Kontaktstudium: 60	Selbststudium: 40	Prüfungsvorbereitungen: 50	
Rahmenlehrplan Fachkommission nach § 53 PflBG	CE 08, CE 09, CE 11			
PflAPrV	Anlage 2:			
	Anlage 5 Teil A: I 3., 4., 5., 6., II 1., 2., 4., III 2., 3., IV 3., V 3., 5., 6., 7.			

Relevanz

Der Schwerpunkt dieser curricularen Einheit liegt auf der Pflege von Menschen in kritischen Lebens- und Krankheitssituationen und in der Begleitung in der letzten Lebensphase. Dabei stehen die Grundprinzipien der palliativen pflegerischen Versorgung im Mittelpunkt. Hierzu zählen unter anderem die verschiedenen Anwendungsbereiche und Organisationsformen, die Kontrolle ausgewählter Symptome (insbesondere Schmerz), die auch unter Einbezug heilkundlicher Tätigkeiten erfolgt, sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die essentiell für eine umfassende und effektive Patientenversorgung ist. Darüber hinaus wird der adäquate Umgang mit ausgewählten Symptomen (insbesondere Schmerz) sowie die Pflege Sterbender und Begleitung der Angehörigen als Schwerpunkt gesetzt.

Insbesondere steht bei dieser curricularen Einheit die Begleitung und Unterstützung von Menschen in kritischen Lebenssituationen – zum Beispiel angesichts chronischer, onkologischer oder anderer lebenslimitierender Erkrankungen – sowie von sterbenskranken und sterbenden Menschen ist ein zentrales Thema in verschiedenen Handlungsfeldern der Pflege im Mittelpunkt. Mit Blick auf Palliative Pflege als von der WHO definierten Versorgungsansatz sollen die Studierenden lernen, daran mitzuwirken, die Lebensqualität von zu pflegenden Menschen, ihren Bezugspersonen und Familien zu verbessern, die mit Problemen und Herausforderungen konfrontiert sind, welche mit einer lebenslimitierenden Erkrankung einhergehen. Im Mittelpunkt stehen auch das Vorbeugen und Lindern von Leiden.

Die Studierenden setzen sich in dieser curricularen Einheit tiefgreifend mit Phänomenen auseinander, die sich in der Begegnung mit existentiell herausgeforderten Menschen und ihren Bezugspersonen zeigen. Dies stellt hohe persönliche Anforderungen an die Studierenden, die ebenso thematisiert werden sollen.
In dieser curricularen Einheit werden die Begleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen aller Altersgruppen, ihren Bezugspersonen und Familien in kritischen Lebenssituationen angesichts chronischer, onkologischer sowie lebens-limitierender Erkrankungen thematisiert. Ebenso findet eine erste Auseinandersetzung mit der Pflege sterbender Menschen statt.

Des Weiteren stehen die umfassende und individuelle Pflege von Menschen in komplexen kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase im Kontext ihrer familiären, sozialen, kulturellen, religiösen Bezüge und Lebenswelten sowie der institutionellen und gesellschaftlichen Bedingungen und Einflussfaktoren im Mittelpunkt.

Erwartete Kompetenzen

FK = Fachkompetenz
MK = Methodenkompetenz
SoK = Sozialkompetenz
SeK = Selbstkompetenz

Die Studierenden
- können den Pflegebedarf im Rahmen der onkologischen und palliativen Versorgung empathisch & evidenzbasiert einschätzen, ausführen und evaluieren (FK, MK)
- zeigen Bereitschaft zu Pflegende mit schwerwiegenden Erkrankungen bzw. in der Endphase ihres Lebens sowie ihre Angehörigen professionell zu unterstützen (FK, MK, SoK)
- wissen belastende beruflichen Situationen wahrzunehmen (FK, MK, SoK, SeK)
- reflektieren kritisch eigene Erfahrungen und Haltungen in Bezug auf das Thema Menschen in kritischen Lebens-und Krankheitssituationen und in der letzten Lebensphase (FK, MK, SoK, SeK)
- kennen Möglichkeiten der Bewältigungsstrategien im Umgang mit belastenden beruflichen Situationen (FK, MK)

▶ Erwartete Kompetenzen	• sind in der Lage, sich mit medizinischen Therapien auseinanderzusetzen, um diese hinsichtlich möglicher Komplikationen auch im Sinne der Heilkundeübetragung zu überwachen und, falls erforderlich, Pflegeempfänger:innen und deren Bezugspersonen entsprechend zu informieren, anzuleiten und zu beraten (FK, MK, SoK, SeK) • sind in der Lage, abgeleitet aus einem systematisch erhobenen Pflegebedarf, evidenzbasiert eine Pflegeinterventionsplanung unter Berücksichtigung von präventiven, kurativen, rehabilitativen, palliativen, sozialpflegerischen und gesundheitsfördernden Aspekten für die beschriebene Pflegeempfängerin oder den beschriebenen Pflegeempfänger und deren Bezugspersonen zu erstellen, um dies auf ihr pflegerisches Handeln zu transferieren (FK, MK, SoK, SeK) • lernen Therapien und den Verlauf ausgewählter onkologischer Erkrankungen sowie die Pflegebedarfserhebung, Planung, Organisation, Durchführung und Auswertung der Pflege, kennen (FK, MK, SoK) • erabeiten sich die Grundprinzipien der palliativen pflegerischen Versorgung. Hierzu zählen unter anderem die verschiedenen Anwendungsbereiche und Organisationsformen, die Kontrolle ausgewählter Symptome (insbesondere Schmerz) und der adäquate Umgang damit sowie die Pflege Sterbender und Begleitung der Angehörigen (FK, MK, SoK, SeK) • reflektieren der eigenen Erfahrungen und Haltungen in Bezug auf Sterben und Tod. Hierbei werden bezugswissenschaftliche Fragestellungen zu Sterben und Tod erörtert, wie z. B. die Feststellung des Todes, Sterben in unterschiedlichen Lebensaltern, Phasen des Sterbe- und Trauerprozesses sowie Trauerrituale. (FK, MK, SoK, SeK) • setzen sich mit ethischen, soziokulturellen und juristischen Aspekten des Themas (Patientenverfügung, Organspende, Sterbehilfe usw.) sowie mit Prinzipien der Hospizarbeit, Sterbebegleitung und unterschiedlichen Bestattungsformen auseinander (FK, MK, SoK, SeK) • sind in der Lage, schwerkranke und sterbende Menschen aller Altersstufen sowie deren Angehörige zu den spezifischen Schwerpunkten palliativer Versorgungsangebote zu informieren (FK, MK, SoK, SeK) • machen sich eigene Deutungs- und Handlungsmuster in der pflegerischen Interaktion mit Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen und mit ihren unterschiedlichen, insbesondere kulturellen und sozialen, Hintergründen bewusst und reflektieren sie (FK, MK, SoK, SeK) • schätzen ihre eigenen Defizite und Potentiale bzgl. der eigenverantwortlichen Übernahme von ärztlichen Aufgaben im Rahmen der Heilkundeübertragung ein und bilden sic him Sinne des lebenslagen Lernens fort bzw. weiter (FK, MK) • stimmen ihr Pflegehandeln zur Gewährleistung klientenorientierter komplexer Pflegeprozesse im qualifikationsheterogenen Pflegeteam ab und koordinieren die Pflege von Menschen aller Altersstufen unter Berücksichtigung der jeweiligen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche in unterschiedlichen Versorgungsformen (FK, MK, SoK, SeK) • erschließen sich pflege- und bezugswissenschaftliche Forschungsergebnisse bezogen auf die Pflege von Menschen aller Altersstufen und bewerten sie hinsichtlich der Reichweite, des Nutzens, der Relevanz und des Umsetzungspotenzials (FK, MK, SoK, SeK) • begründen und reflektieren kritisch das Pflegehandeln kontinuierlich auf der Basis von vielfältigen oder spezifischen pflegewissenschaftlichen und bezugswissenschaftlichen evidenzbasierten Studienergebnissen, Theorien, Konzepten und Modellen (FK, MK, SoK, SeK)
Inhalte Situationsmerkmale	**Handlungsanlässe** • Pflegebedarf bei Menschen aller Altersstufen und deren Bezugspersonen in kritischen Lebenssituationen, ausgelöst durch chronische, onkologische oder andere, auch angeborene, lebenslimitierende Erkrankungen • Pflegebedarf bei sterbenden Menschen bzw. Menschen in der letzten Lebensphase aller Altersstufen und deren Bezugspersonen • gesundheits-, alters- und entwicklungsbedingte Bearbeitungs- bzw. Bewältigungsphänomene: Veränderungspotenziale, Widerstandsfaktoren, Umstellung von Lebensplänen, Coping/unwirksames Coping/Bereitschaft zum Coping • spezifische (auch religiöse/kulturell bedingte) Selbstversorgungsbedürfnisse • weitere Pflegediagnosen und -phänomene im Zusammenhang mit kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase • umfassender Pflegebedarf bei Menschen aller Altersstufen und deren Bezugspersonen in kritischen Lebenssituationen, ausgelöst durch chronische oder onkologische Erkrankungen

▶ Inhalte
Situationsmerkmale

- umfassender Pflegebedarf bei sterbenden Menschen bzw. mit Menschen in der letzten Lebensphase aller Altersstufen und deren Bezugspersonen
- gesundheits-, alters- und entwicklungsbedingte Bearbeitungs- bzw. Bewältigungsphänomene, Veränderungspotenziale, Widerstandsfaktoren, Erfordernisse der Umstellung von Lebensplänen
- Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Hospizdiensten
- Pflegediagnosen und -phänomene im Zusammenhang mit kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase

Kontextbedingungen

- alle Bereiche der Akut- und Langzeitversorgung
- institutionelle und gesellschaftliche Bedingungen: Kultur/Religion
- ambulante und stationäre Palliativ- und Hospizversorgung
- institutionelle und gesellschaftliche Bedingungen: Patientenverfügung, Sterbehilfe, palliative Versorgung, gesellschaftlicher Umgang mit kritischen Lebenssituationen und Begleitung in der letzten Lebensphase

Ausgewählte Akteure

- Studierende/Lerngruppen
- zu pflegende Menschen aller Altersstufen und ihre Bezugspersonen
- Angehörige anderer Gesundheitsberufe, der Seelsorge und des Bestattungswesens im Kontext kritischer Lebenssituationen, der letzten Lebensphase und des Todes
- freiwillig Engagierte (z. B. Hospizhelfer:innen)

Erleben, deuten, verarbeiten

- belastende Gefühle, insbesondere Hilflosigkeit, Unsicherheit, Angst, Sprachlosigkeit
- Haltungen, insbesondere Mitgefühl/Mitleid, Helfen-Wollen und nicht -Können, Abgrenzung, Sinnfragen
- zu pflegende Menschen und ihre Bezugspersonen
- belastende Gefühle, insbesondere Angst, Phasen der Trauer, Verlust, Wut, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Aggressionen, Scham, Ambivalenz, Grenzerfahrung, Verleugnung, Machtlosigkeit, Leiden, Erlösung erhoffen
- Erwartungen an Pflege und Therapie

Handlungsmuster

Studierende

- persönliche Reflexion kritischer Lebenssituationen und des eigenen Erlebens angesichts chronisch/onkologisch erkrankter und sterbender Menschen aller Altersstufen
- Reflexion eigener Bewältigungsstrategien, Erkennen von Faktoren der Resilienz und/oder (drohender) Überforderung, frühzeitiges Annehmen und aktives Einfordern von Unterstützungsangeboten
- mit belastenden Erfahrungen umgehen, kollegiale Beratung in Anspruch nehmen, an Ritualen im Team mitwirken

Zu pflegende Menschen und ihre Bezugspersonen

- Pflegebedarfe feststellen, Planung, Steuerung, Durchführung, Dokumentation und Evaluation des Pflegeprozesses zur Erhaltung der Lebensqualität mit Menschen, die von kritischen Lebenssituationen betroffen sind
- Gestaltung von Pflegeprozessen unter Einbezug des Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ und relevanter Leitlinien sowie weiterer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse
- Palliative Care als Konzept und Versorgungsansatz, insbesondere Leiden lindern und vorbeugen sowie Wohlbefinden fördern
- personen- und situationsbezogene Gesprächsführung
- Unterstützung z. B. bei der individuellen Auseinandersetzung mit den Veränderungen und bei der Lebensführung
- Analyse von Versorgungskontexten und Systemzusammenhängen in Einrichtungen der Akut- und Langzeitversorgung, ökonomische und ökologische Prinzipien beachten
- Trauer
- würdevolle, fach- und sachgerechte Versorgung von Verstorbenen
- Beratung, Schulung und Unterstützung von Menschen in kritischen Lebenssituationen bei der individuellen Auseinandersetzung mit den Veränderungen sowie bei der Erhaltung und Stärkung der eigenständigen Lebensführung, der Familiengesundheit und der Sinnfindung
- Reflexion der Qualität der pflegerischen Leistungen und der Versorgung in Hospizdiensten

	• Analyse von Versorgungskontexten und Systemzusammenhängen in der palliativen Pflege und im Hospiz, Beachtung ökonomischer und ökologischer Prinzipien
Wissensgrundlagen	• belastenden Situationen auseinander zu setzen. Sie akzeptieren das Selbstbestimmungsrecht der zu Pflegenden • Abgrenzung zur Sterbehilfe • Interdisziplinäre Zusammenarbeit v.a. mit der Palliativmedizin z. B. zur Symptomkontrolle • Atemnot, Schmerz, Todesangst, Stress, gastro-intestinale Beschwerden u.a. Obstipation, Delir • Sterben bei demenzkranken Menschen • Sterben bei Menschen nach langjährigem Substanzmittelmissbrauch • Sterben von Kindern, Begleitung von Geschwisterkindern, Eltern • Trauerarbeit mit Bezugspersonen, im Pflegeteam • Rituale • Kulturachtsame Sterbebegleitung und kulturachtsamer Umgang mit Verstorbenen • Exemplarische Pflegediagnosen im Zusammenhang mit Sterben • Ungleichheiten in den Lebens- und Sterbebedingungen im internationalen Vergleich, Versorgungs(un)gerechtigkeit • Pflegecharta, Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland • rechtliche Auseinandersetzungen: Betreuungsrecht, Rechtsproblematik Sterbebeglei- tung/Sterbehilfe, Patientenverfügung, (Vorsorge)Vollmachten, Bestattungsrecht, Hos piz- und Palliativgesetz, Sterbebegleitrecht • Reflexion der häuslichen Versorgung: Erwartungshaltungen, Rollenverständnisse • Entstehung und Bedeutung von Disease-Management-Programmen • Gegenüberstellung und Reflexion palliativer Handlungsfelder, Reflexion der Versorgungsrealität • Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich Palliative Care
Lernen in der simulativen Lernumgebung	• Rollenspiele zu konkreten Situationen, z. B. auf eine Diagnosemitteilung angemessen reagieren, Beileidsbekundungen aussprechen, Mitteilung einer Todesnachricht • Pflegeinterventionen üben und kritisch reflektieren • Besuch eines Hospizes und/oder einer Palliativstation • Interprofessionelle Szenarien mit Fokus auf interprofessionelle Zusammenarbeit, Delegation und Übernahme von Aufgaben (in beide Richtungen)
Anregung für Lern- und Arbeitsaufgaben	• Kritisches Auseinandersetzen von Bearbeitungs-/Bewältigungsstrategien, Pflegebedarf feststellen und Pflegeprozes bei Menschen in kritischen Lebens- und Krankheitssituationen, insbesondere in der letzten Lebensphase • Wissenschaftlich basierte Grundlage die Pflegesituationen mit sterbenden Menschen gestalten und Erfahrungen reflektieren • Kritische Reflexion der Versorgungsrealität: Wie sieht die Versorgungsrealität aus? Wo kann gute Versorgung warum stattfinden? Welche Defizite gibt es? (fehlendes Case Management, Koordinations- und Integrationsprobleme, Unter- und Fehlversorgung) Welche Ressourcen bleiben ungenutzt? (informelle Hilfen, freiwillig Engagierte, Hospizhelfer:innen) • Komplexe Szenarien im interprofessionellen Setting mit Fokus auf prozessuale Kompetenzen und Role Making (active und kritisch-reflexive Gestaltung der professionellen Rolle) im Versorgungsprozess
Didaktischer Kommentar	Lehrveranstaltungsart: SU 2/30 TN • Literaturrecherche mit Übungen • Problemorientiertes lernen anhand von ausgewählten Studien und Musterfällen • Praktische Übungen anhand ausgewählter Pflegewissenschaftlicher und Bezugswissenschaftlicher Studien • Planung von Szenarien mit Studierenden und / oder Lehrenden anderer relevanter Professionen (u.a. Medizin, Therapie, Geburtshilfe / Hebammenwesen)
Ausgewählte Literatur	1. Bausewein, C.; Roller, S.; Voltz, R. (Hrsg.) (2018): Leitfaden Palliativ Care: Palliativmedizin und Hospizbetreuung. 6. Aufl. München, Jena: Urban & Fischer Verlag/ Elsevier GmbH.

▶Ausgewählte Literatur	2. Feichtner, A. (2018). Palliativpflege. Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. 5. überarb., und erw. Aufl. Wien: Facultas. 3. Gehring, P. (2011): Theorien des Todes zur Einführung. 2. Aufl. Hamburg: Junius Verlag. 4. Husebö, S.; Klaschik, E. (2009): Palliativmedizin. Grundlagen und Praxis. 5. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. 5. Knipping, C. (Hrsg.) (2008): Lehrbuch Palliative Care. Bern: Verlag Hans Huber. 6. Menche, N. (Hrsg.) (2019). Pflege Heute. 7. Aufl. München: Elsevier/Urban & Fischer Verlag. 7. Student, J.-C.; Napiwotzky, A. (2011): Palliative Care: wahrnehmen – verstehen - schützen. Stuttgart: Thieme Verlag. 8. Wittwer, H.; Schäfer, D.; Frewer, A. (Hrsg.) (2010): Sterben und Tod: Geschichte – Theorie – Ethik. Ein interdisziplinäres Handbuch. Stuttgart, Weimar: Metzler Verlag.
Vorkenntnisse	Pflegeprozess I-IV
Prüfung	mdlP

Modul BNS_W_10	Semester 4	Niveau: 3	SWS: 4	ECTS: 5
Präventives-rehabilitatives Pflegehandeln	Präventives-rehabilitatives Pflegehandeln im Lebenslauf			
Autor:in	Cicek			
Verantwortung	Siehe Anlage Studienplan			
Aufwand: 150 h	Kontaktstudium: 60	Selbststudium: 40	Prüfungsvorbereitungen: 50	
Rahmenlehrplan Fachkommission nach § 53 PflBG	CE 02-11			
PflAPrV	Anlage 6: III			
	Anlage 5 Teil A: I 1., 2., 5., 6. II 1., 3., III 2., 3., V 6., 7.			

Relevanz	Der Schwerpunkt dieser curricularen Einheit auf den gesellschaftlich relevanten Handlungsfelder der Gesundheitsförderung und Prävention. Dabei werden drei Ebenen dabei adressiert: • Die Makroebene und damit gesundheitsbezogene Herausforderungen in der Gesellschaft, • die Mesoebene, auf der gesundheitliche Bedingungen von Institutionen und Belastungssituationen in der intraprofessionellen Zusammenarbeit, auch im Rahmen der Heilkundeübertragung, betrachtet werden und • die Mikroebene, die das persönliche gesundheitsbezogene und präventive Handeln bzw. die Gesundheitskompetenz der Studierenden, der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in den Blick nimmt. Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang auch die Reflexion der Legitimation gesundheitsförderlicher und präventiver Angebote. So liegt der Fokus auf dem Erkennen, Erfassen und Bewerten von Pflegesituationen sowie dem Erlernen der Grundbegriffe, Definitionen und theoretische Grundlagen von Gesundheitsförderung und (Krankheits-)Prävention. Ebenso liegt der Schwerpunkt auf dem Erlernen der Rolle und dem Auftrag der Pflege im Handlungsfeld der Rehabilitation vor dem Hintergrund ihrer berufspraktischen Erfahrungen und deren kritisch-reflektierenden Auseinandersetzung.
Erwartete Kompetenzen FK = Fachkompetenz MK = Methodenkompetenz SoK = Sozialkompetenz SeK = Selbstkompetenz	Die Studierenden • lernen Grundbegriffe, Definitionen und theoretische Grundlagen von Gesundheitsförderung und (Krankheits-)Prävention (z. B. Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention, Verhaltens- und Verhältnisprävention etc.) (FK, MK) • lernen theoretische, konzeptionelle und programmatische Aspekte der Gesundheitsförderung, des präventiven und rehabilitativen Pflegehandeln im Lebenslauf und Prävention kennen (FK, MK) • erkennen präventive und gesundheitsfördernde Pfleginterventionen (FK, MK, SoK) • haben relevante Interventionskonzepte kennen gelernt und in der Auseinandersetzung mit ihnen konkrete Herausforderungen für die Pflegepraxis und Pflegewissenschaft, insbesondere auch die Erwartungen im Zusammenhang mit der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten, identifiziert (FK, MK, SoK) • erlernen gesundheitsfördernde Lebensführung im beruflichen und privaten Kontext der zu Pflegenden auf Grundlage der Bezugswissenschaften (FK, MK, SoK) • erkennen die prophylaktische Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit und Vermeidung zusätzlicher Gesundheitseinbußen (FK, MK) • wissen um relevante Akteure sowie einschlägige gesetzliche Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention im deutschen System (FK, MK) • können ihren Beitrag zur Stärkung von gesundheitlichen Ressourcen in unterschiedlichen Settings benennen und einschätzen, mit welchen Zielen und Methoden sie intervenieren können, um die Angehörigen ausgewählter Zielgruppen zu unterstützen (FK, MK, SoK, SeK) • wissen um Wege und Vorgehensweisen zur Beeinflussung von strukturellen Bedingungen, die sich positiv auf die Gesundheit der ins Auge gefassten Zielgruppen/ Populationen auswirken (FK, MK, SoK) • haben praktische Umsetzungsmöglichkeiten von Gesundheitsförderung / Prävention / Rehabilitation kennen gelernt und reflektiert (FK, MK, SoK, SeK) • haben sich relevante medizinische und sonstige humanwissenschaftliche Grundlagen für das Handlungsfeld der Rehabilitation erschlossen (FK, MK)

▶ Erwartete Kompetenzen	• kennen organisatorische, rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen von Rehabilitation und können sich in diesen orientieren und kennen sich dabei mit (Inter-) Nationale Initiativen / Vernetzungen (WHO) aus (FK, MK) • haben eigene Gesundheitsförderung und Prävention im beruflichen und betrieblichen Kontext • Arbeitssicherheit und betriebliche Gesundheitsförderung kennengelernt (FK, MK, SeK)
Inhalte Situationsmerkmale	**Handlungsanlässe** • Bereitschaft zu gesundheitsförderlichen/präventiven Verhaltensweisen in verschiedenen Altersstufen, z. B. im Hinblick auf Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, Bewegung, Ernährung, Lebensstil, Rauchen, Zahngesundheit, Schlaf, Sexualverhalten, Sinnfindung etc. • Informations- und Beratungsbedarfe von (zu pflegenden) Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen zu o. g. gesundheitsbezogenen Themen • Gefahr einer Gesundheitsschädigung/gefahrengeneigtes Gesundheitsverhalten in allen Altersstufen, z. B. Suchtverhalten, bewegungsarmer Lebensstil, (entwicklungsbedingtes) Risikoverhalten (z. B auch von Klein- und Schulkindern im Straßenverkehr und im Haushalt, von Jugendlichen im Umgang mit Suchtstoffen und -formen oder Gefahr einer beeinträchtigten Risikoeinschätzung) • Risiko der Verschlechterung der gesundheitlichen Lage / Komplikationsrisiko • institutionelle gesundheitsbezogene Bedingungen, z. B. gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen/physische und psychische Belastungen am Arbeits- und Lernplatz • Informations- und Beratungsbedarfe von Menschen aller Altersstufen und Einrichtungen zu gesundheitsbezogenen Fragen • Belastungssituationen in der intraprofessionellen Zusammenarbeit/drohende Konflikte im Pflegeteam **Kontextbedingungen** • alle gesundheitsbezogenen Einrichtungen und pflegerischen Handlungsfelder • weitere Einrichtungen (z. B. Betriebe, Schulen, Familienzentren, Sozialpädiatrische Zentren, Frühförderung), die gesundheitsbezogene Angebote unterbreiten • gesundheitsbezogene Werte und Normen in der Gesellschaft und in Institutionen • rechtliche Rahmenbedingungen zu Gesundheitsförderung und Prävention • Schnittstellen zwischen Gesundheitsberufen, anderen beratenden Berufen und in der Prävention tätigen Organisationen und Netzwerken **Ausgewählte Akteure** Die Studierenden/Lerngruppen • zu pflegende Menschen aller Altersstufen und ihre Bezugspersonen • Menschen in verschiedenen Sozialisationsinstanzen (Familie, Schule, Betrieb etc.) • Akteure der Pflege- und Gesundheitsberufe (Physiotherapeuten, Erzieher, usw.) **Erleben, deuten, verarbeiten** Die Studierenden • Erschließen sich wissenschaftliche Erkenntnisse, reflektieren und integrieren diese in das eigene Handeln • Entdecken und lernenwissenschaftliches Vorgehen und sich selbst in seiner Rolle / Funktion als wissenschaftlich tätige Person erleben • Erfahren sich als eine auf der Grundlage wissenschaftlicher Kenntnisse tätige Person in der Pflege • Entwickeln Interesse für wissenschaftliches Arbeiten **Handlungsmuster** • reflektieren des eigenen konkreten Gesundheitsverhaltens anhand von Gesundheitsverhaltensmodellen und Ableitung konkreter Konsequenzen für das eigene gesundheitsbezogene Verhalten und für das pflegerische Handeln • kennen die Methoden zum Schutz vor physischen und psychischen Belastungen/ Stressbewältigung/-reduktion und Resilienzentwicklung, z. B. Entspannungsübungen, Supervision, Mediation etc. • Handeln unter aktiver Einbeziehung wissenschaftlicher Erkenntnisse • Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse in das Pflegehandeln wie die Gestaltung des Pflegeprozesses einbringen • Möglichkeiten und Grenzen wissenschaftlicher Forschung kennen und in die Entscheidungsfindung bzw. das eigene Handeln einbeziehen, auch im Sinne einer kritisch-reflektierte Auseinandersetzung in Zusammenhang mit der Übernahme ärztlicher Aufgaben
Wissensgrundlagen	• Grundbegriffe, Definitionen und theoretische Grundlagen von Gesundheitsförderung und (Krankheits-)

	• Prävention (z. B. Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention, Verhaltens- und Verhältnisprävention etc.) • konzeptionelle Zugänge, Strategien und Ansatzpunkte biomedizinisches Modell / Stresstheorien und Grundlagen der Salutogenese • (Inter-)Nationale Initiativen / Vernetzungen (WHO) Zielgruppenorientierung und Settingansatz (Gemeinden, Schulen, Hochschulen, Krankenhäuser etc.) • Überblick über Themen, Zielgruppen, Settings, Methoden und Instrumente von Gesundheitsförderung und Präventionsgesetz, ICF, WHO Gesundheitsförderung und Empowerment, Gesundheitsförderungsdiagnosen • Vernetzung mit Beratung • Vernetzung mit der Übertragung verschiedener heilkundlicher Tätigkeiten • Public Health • Community Health Nursing • Bedeutung der Pflege für die Gesundheitsförderung und Prävention in diversen Settings/Handlungsfeldern • Erkennung der Relevanz ausgewählter rehabilitativer Ansätze • Überblick zu Rehabilitationseinrichtungen und -angeboten, deren gesetzliche Grundlagen, Organisationsformen etc.
Lernen in der simulativen Lernumgebung	• erlernen anhand von Rollenspielen zu präventives und rehabilitatives Pflegehandeln • führen Übungen zu Methoden der gesundheitsförderliche und präventive Aspekte in das pflegerische Handeln durch • reflektieren ihre Interaktionen vor dem Hintergrund eines wissenschaftlichen präventives und rehabilitatives Pflegeverständnisses. z. B. Simulation einer potentiell gesundheitsgefährdenden Pflegesituation z. B. Transfer einer adipösen, schwerst pflegebedürftigen Person, Arbeiten am Bett, Positionierung im Bett
Anregung für Lern- und Arbeitsaufgaben	• Bei der Entwicklung und Umsetzung von Präventiven und rehabilitativen Pflegehandeln im Lebenslauf mitwirken und diese in das Pflegehandeln integrieren • Pflegehandeln an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen ausrichten • Führen Information, Schulung und Beratung zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen zu gesundheitsbezogenen Aspekten, Reflexion der Legitimation und der Anknüpfung an die Lebenswelt der Angesprochenen durch
Didaktischer Kommentar	• Literaturrecherche mit Übungen • Problemorientiertes Lernen anhand von ausgewählten Studien und Musterfällen • Praktische Übungen anhand ausgewählter pflegewissenschaftlicher und bezugswissenschaftlicher Studien • Einführung in Datengewinnung, -erhebung und -auswertung anhand von Übungen • 2 Gruppen à 30 Teilnehmer:innen
Ausgewählte Literatur	1. Brieskorn-Zinke, M. (2006). Gesundheitsförderung in der Pflege. Ein Lehr- und Lernbuch zur Gesundheit. Stuttgart: Kohlhammer 2. Hasseler, M., Meyer, M. (2006). Prävention und Gesundheitsförderung – Neue Aufgaben für die Pflege. Grundlagen und Beispiele. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft 3. Hurrelmann, K., Richter, M., Klotz, T., Stock, S. (Hrsg.) (2018). Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. 5. Aufl. Bern: Hogrefe 4. Lauber, A., Schmalstieg, P. (2017): Prävention und Rehabilitation. 4. aktual. Aufl. Stuttgart, Thieme Verlag 5. Naidoo, J., Wills, J. (2019). Lehrbuch der Gesundheitsförderung. 3. aktual. Aufl. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung 6. Neubart, R. (Hrsg.) (2018) Repetitorium Geriatrie: Geriatrische Grundversorgung - Zusatz-Weiterbildung Geriatrie - Schwerpunktbezeichnung Geriatrie. 2. Aufl. Berlin: Springer Verlag 7. Schmidt, R.; Thiele, H.; Leibig, A. (Hrsg.) (2011): Pflege in der Rehabilitation. Medizinische Rehabilitation und Pflegeinterventionen. Stuttgart: Kohlhammer 8. Welti, F. (2005). Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat. Tübingen: Mohr-Siebeck
Vorkenntnisse	Pflegeprozess I-V
Prüfung	ModA

Kommunikation & Beratung I

Modulbereich Handeln

Modul BNS_H_07	Semester 4	Niveau: 2-3	SWS: 4	ECTS: 5
Kommunikation & Beratung I	*Grundlagen der Interaktion/Kommunikation und Beratung (2 SWS) im Kontext der HKÜ* *Übungen zur Interaktion/Kommunikation und Beratung (2 SWS)*			

Autor:in	Cicek
Verantwortung	Siehe Anlage Studienplan
Aufwand: 150 h	Kontaktstudium: 60 Selbststudium: 40 Prüfungsvorbereitungen: 50
Rahmenlehrplan Fachkommission nach § 53 PflBG	CE 01, CE 02, CE03
PflAPrV	Anlage 2: I 1d, g, 2a, b, e, 3a, b, f, 5a, 6a, d, e, II 1a-g, 2a-d, III 1ab, c, f, 3a, b, c, d, e, f
	Anlage 5 Teil A: I 5., 6., II 1., 2., 3., III 4. Anlage 5 Teil B: I 3. 4. 6. 9. 10., II 1. 2. 3. 4. 6. 7. 8., III 2. 3. 4. 5. 7. 8, IV 1. 2. 3. 5. 6. 9. 10. Empfehlungen der Fachkommission nach § 53 PflBG: G, W1, W2, W3

Relevanz

Der Schwerpunkt dieser curricularen Einheit ist liegt auf dem Erwerb von Kompetenzen zur Analyse berufsspezifischer Kommunikationsprozesse, und die Anwendung der erworbenen Erkenntnisse zur Gestaltung und kritischen Reflektion von Gesprächssituationen im Berufsalltag. Darüber hinaus geht es in diesem Modul um die Analyse von Informations- und Beratungsbedarfen in diesen Situationen und eine qualifizierte, situationsgerechte Beantwortung der erkannten Bedarfe.

Im Modul „Beratung und Kommunikation I“ werden vertiefte Kenntnisse der Heilkundeübertragung (§63 Abs. 3 a + c SGB V, sowie den „Standardisierten Modulen zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben der Fachkommission gemäß PflBG (https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/17717) erworben. Auch in diesem Zusammenhang stehen neben der Pflegediagnostik, Pflege- und Therapieplanung und der Umsetzung heilkundlicher Maßnahmen die Beratung von Betroffenen, deren Bezugspersonen und Mitgliedern des interdisziplinären Teams im Mittelpunkt.

Erwartete Kompetenzen

FK = Fachkompetenz
MK = Methodenkompetenz
SoK = Sozialkompetenz
SeK = Selbstkompetenz

Die Studierenden

- haben Grundkenntnisse über die Anforderungen der sozialen Interaktion und Kommunikation in pflegerischen Handlungsfeldern. (FK, MK)
- sind zur professionellen und empathischen Wahrnehmung, Beobachtung und Interpretation von Interaktion/Kommunikation mit Menschen im pflegerischen Kontext generalistisch & divers befähigt. (FK, MK)
- haben sich in der Wahrnehmung und Reflexion ihres eigenen Interaktions-/Kommunikationsverhaltens geübt. (FK, MK, SeK)
- haben ihre Sozialkompetenzen (z. B. Kontakt-, Konflikt-/Teamfähigkeit) und Subjektkompetenzen (z. B. Reflexionsfähigkeit) im Umgang mit anderen Menschen gezielt erweitert. (FK, MK, SeK)
- sind befähigt, mit anderen Personen in professionellen Kontexten, auch nonverbal, in Kontakt zu treten und eine förderliche Pflege- oder Arbeitsbeziehung aufzubauen (professioneller Beziehungsaufbau, Arbeitsbündnis, Vertrauen und Sicherheit). (FK, MK, SeK)
- können die Bedeutung der intra- und interprofessionellen Kooperation und Kommunikation in diversen organisatorischen Kontexten einschätzen und haben eine entsprechende Haltung entwickelt. (FK, MK, SeK, SoK)
- haben ihre Rolle im intra- und interprofessionellen Kontext eingeschätzt und ihr Selbstverständnis als Studierende als Teil eines Teams reflektiert. (FK, MK, SeK, SoK)
- können die Zusammenarbeit mit Vertreter:innen anderer Professionen und Disziplinen initiieren, daran aktiv partizipieren, sie kooperativ gestalten und evaluieren. (FK, MK, SeK, SoK)
- sind in der Lage, insbesondere im Rahmen ihrer eigenverantwortlichen Ausübung heilkundlicher Aufgaben gegenüber Ärzten ihre eigene Position zu vertreten und diesen auf Augenhöhe zu begegnen (FK, MK, SeK, SoK).
- wissen um die Grenzen des eigenen Verantwortungsbereichs und können situativ Unterstützung einfordern und organisieren. (FK, MK, SeK, SoK)
- sind fähig, die Zusammenarbeit zwischen Pflegeempfänger:innen und (in)formellen Helfer:innen im Team zu bearbeiten. (FK, MK, SeK, SoK)

▶Inhalte Situationsmerkmale	• haben verschiedene Leitungs- und Führungsstile kennengelernt und können ihre Wirkung einschätzen. (FK, MK, SeK, SoK) • sind in der Lage, Konfliktsituationen im Team wahrzunehmen, die eigenen und fremden Anteile zu erkennen und einen angemessenen gesundheitsförderlich & stärkende Beitrag für ein erfolgreiches Konfliktmanagement beizusteuern (FK, MK, SeK, SoK)
Inhalte Situationsmerkmale	**Handlungsanlässe** • Anwenden und Einüben von Beobachtungs- bzw. Kommunikationstechniken im Feld mit Einzelnen und Gruppen; • Spezifische Kenntnisse und Fähigkeiten in der Kommunikation und Interaktion mit Menschen in verschiedenen Situationen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit, insbesondere auch mit Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung kognitiv und /oder sensitiv eingeschränkt sind **Kontextbedingungen** • Grundlagen der Kommunikationstheorie und der sozialen Interaktion • Grundlagen der Wahrnehmung, Beobachtung, Beschreibung, Analyse und Beurteilung • Anwenden und Einüben von allgemeinen Wahrnehmungs- und Kommunikationstechniken **Ausgewählte Akteure** • Einbindung von Pflegenden, Angehörigen und Bezugspersonen in den Kommunikations- und Beratungs-Prozess • Interprofessionelle Team in Versorgungsalltag (wie Ärzte, Psychologen u. weitere) **Erleben, deuten, verarbeiten** Die Studierenden können: • auf der Metaebene zwischen Wahrnehmung, Beobachtung, Bewertung und Interpretation unterscheiden. • sich auf der Grundlage spezifischer Kommunikations- und Beratungstheorien als tätige Personen in der Pflege erfahren **Handlungsmuster** • Relevante wissenschaftliche Kommunikationstheorie kennen und differenzieren können • Kommunikationstechniken kennen
Wissensgrundlagen	• Klientenzentrierte Gesprächsführung nach Carl Rogers • Theorien und Modelle zum Beratungsprozess • Shared Decision-Making (SDM) • unterschiedliche Formen der Pflegeberatung • häufig vorkommende Auslöser für Beratungsbedarfe in Handlungsanlässe • Leitziele und Grundhaltungen in Beratungs- und Anleitungsprozessen • Kriterien zur Reflexion und Bewertung von Kommunikation
Lernen in der simulativen Lernumgebung	Die Studierenden • initiieren, gestalten und beenden Gespräche im simulierten Pflegealltag unter Einbeziehung kommunikationstheoretischer Grundlagen. • reflektieren ihre Interaktionen vor dem Hintergrund eines wissenschaftlichen Pflegeverständnisses. • kommunizieren handlungsbegleitend bei der Durchführung von Pflegemaßnahmen (etwa zur Information, Situationsbewältigung, zum Abbau von Angst, Scham, etc.).
Anregung für Lern- und Arbeitsaufgaben	• Grundlagen Klientenzentrierte Gesprächsführung nach Carl Rogers • Übung der Wahrnehmung, Beobachtung, Beschreibung, Analyse und Beurteilung sowie das Anwenden und Einüben von allgemeinen Wahrnehmungs- und Kommunikationstechniken in der Lerngruppe in unterschiedlichen Lerngruppen • angeleitete Vorbereitung und Durchführung von Gesprächssituationen in verschiedenen Situationen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit, insbesondere auch mit Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung eingeschränkt sind, aber auch mit ärztlichen Kollegen bei Ausübung heikundlicher Tätigkeiten • Reflexions- und Analyseaufgaben: Feedback geben und nehmen / Selbstreflexion schriftlich einüben.

Didaktischer Kommentar	SU 3/20 TN • Problemorientiertes Lernen anhand von ausgewählten Fallbeispielen • Gruppendiskussion und -arbeit, Lehrvortrag Partner- und Gruppenübung, Rollenspiel, Fallbesprechungen, Szenisches Spiel
Ausgewählte Literatur	1. Bamberger, G. (2005). Lösungsorientierte Beratung, Weinheim: Beltz.Dunkel, W., Weihrich, M. (Hrsg.) (2012). Interaktive Arbeit: Theorie, Praxis und Gestaltung von Dienstleistungsbeziehungen. Wiesbaden: Springer. 2. Hummel-Gatz, S., Doll, A. (2006). Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig gewährleisten. München: Urban & Fischer. 3. Mantz, S. (2019). Kommunizieren in der Pflege. Kompetenz und Sensibilität im Gespräch. 2. Aufl. 4. Stuttgart: Kohlhammer. 5. Nestmann, F., Engel, F., Sickendiek, U. (Hrsg.) (2004). Handbuch der Beratung. Band 1/Band 2. Tübingen: dgvt. 6. Röhner, J., Schütz, A. (2016). Psychologie der Kommunikation. Wiesbaden: Springer. 7. Schulz von Thun, F. (2010). Miteinander reden: 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation, Hamburg: Rowohlt. 8. Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D. (2007). Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern: Huber. 9. Wellhöfer, P. (2012). Gruppendynamik und soziales Lernen. Stuttgart: UTB. 10. PflBG (https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/17717)
Vorkenntnisse	Evidence-based Nursing I Pflegeprozess I Pflegeprozess II Arbeitsbündnis) Pflegetheorie Pflegeprozess III Pflegeprozess IV Forschungsmethodik Ethik I Pflegeprozess V
Prüfung	ModA

Modul BNS_H_08	Semester 4	Niveau: 3	SWS: 1	ECTS: 1
Fachpraxis III				
Autor:in	Herold-Majumdar			
Verantwortung	Siehe Anlage Studienplan			
Aufwand: 30 h	Kontaktstudium: 20	Selbststudium: 5	Prüfungsvorbereitungen: 5	
Rahmenlehrplan Fachkommission nach § 53 PflBG	CE 01, CE 02, CE 03, CE 04, CE 05, CE 06			
PflAPrV	Anlage 2: I. 1d, f, g, 2a, c, d, e, 3a-c, 5a, b, c, 6d, e, c, II. 1a,-g, 2c, d, 3a,-c, III. 1d, e, 2a, b, 3a, b, e, IV. 1b, c, 2a, c, e, V. 1a, d, 2a, b, d, f			
	Anlage 5 Teil A: I 1., 2., 3., III 2., V 7. Anlage 5 Teil B: I.11			
Relevanz	• Beratung und Edukation • Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung im Pflegealltag • Gesprächsführung und Beratung in kommunikativ schwierigen Situationen • Gesundheitsförderung, Empowerment und Prävention • Pathophysiologie, Therapie und Pflege bei chronischen Erkrankungen • leitlinienorientiertes Arbeiten und Umsetzung der nationalen Expertenstandards im beruflichen Handlungsfeld: nationaler Expertenstandard: Pflege von Menschen mit chronischen Wunden • Angst, Stress, Coping und Bewältigungsstrategien, Adhärenz • Rehabilitativ-therapeutische Pflege • spezielle Beatmungspflege einschl. invasive Beatmung, Trachealkanülenversorgung • Physikalische Therapie, Thermo- und Hydrotherapie, Wickel und Auflagen, Aromatherapie • Palliative care und Umgang mit Verstorbenen und Trauernden • selbstbestimmte und eigenverantwortliche Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig sind, in enger Abstimmung mit dem behandelnden Arzt bzw. der behandelnden ÄrztinSchmerzmanagement • Comfort und Lebensqualität • Selbstwahrnehmung, Würde • Familienprozesse, Rollenbeziehungen • Injektionen und Infusionsmanagement • Vertiefung pädiatrische Pflege • Stomatherapie und -pflege			
Erwartete Kompetenzen FK = Fachkompetenz MK = Methodenkompetenz SoK = Sozialkompetenz SeK = Selbstkompetenz	Die Studierenden • können die theoretischen Erkenntnisse im Rahmen der klinischpraktischen Pflege in unterschiedlichen Einsatzorten unter Anleitung und in ausgewählten Sequenzen selbstständig anwenden (FK, MK, SoK, SeK) • erwerben und vertiefen ihre fachlichen und methodischen Kompetenzen in verschiedenen Pflegesettings und in konkreten Pflegesituationen (FK, MK, SoK, SeK) • können ihre erworbene Handlungskompetenz im berufsrelevanten Umfeld anwenden (FK, MK, SoK, SeK) • tauschen sich mit Fachkolleg:innen/Kommiliton:innen aus und reflektieren eigene Erfahrungen (FK, MK, SoK, SeK) • analysieren und reflektieren ihre Praxiserfahrungen im Rahmen Theorie-Praxistransfer (FK, MK, SoK, SeK) • nehmen sich selbst als fortgeschrittene Berufsanfänger:in und Pflegeforscher:in wahr, erleben und reflektieren ihre Rollen (FK, MK, SoK, SeK) • nehmen die unterschiedlichen Rollenerwartungen, insbesondere auch die Erwartungen im Zusammenhang mit der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten, im institutionellen, setting-spezifischen Kontext wahr, erfüllen Rollenerwartungen (role taking), reflektieren diese kritisch und entwickeln weiterführende Ansätze zur Rollengestaltung (role making, Entwicklung des beruflichen Selbstverständnisses). (FK, MK, SoK, SeK) • setzen sich konstruktiv-kritisch mit den organisatorischen, ökonomischen, nachhaltig wirtschaftlichen, kulturellen, gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen und rollenspezifischen Anforderungen der Pflege auseinander. (FK, MK, SoK, SeK)			

▶ Erwartete Kompetenzen

- schätzen im gesetzlichen Rahmen (Vorbehaltsaufgaben) und entsprechend ihres Studienfortschritts berufliche Fallsituationen bzgl. ihres Beitrages als fortgeschrittene Berufsanfänger:in ein und entscheiden, ob sie sich eher aus der Situation zurückziehen, hospitierend oder weiterführend assistierend teilnehmen, angeleitet selbst Interventionen durchführen oder selbständig eine Intervention planen und durchführen. (FK, MK, SoK, SeK)
- wenden das erworbene Grundlagenwissen in realen Fallsituationen im beruflichen Kontext für klar umrissene Aufgaben regelgeleitet, empathisch und evidenzbasiert an und passen selbständig oder unter Anleitung ihre Interventionen an die Situation und an die pflegebedürftige Person an. (FK, MK, SoK, SeK)
- entwickeln aus den Fallsituationen erste Fragestellungen, die pflegewissenschaftlich (EbN) relevant sind und formulieren diese für die weitere Bearbeitung im Rahmen einer wissenschaftlichen Recherche (z. B. nach dem PICO-Schema). (FK, MK)
- entwickeln effektive Strategien auf einschlägigen, gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Datenbanken zur Recherche von wissenschaftlichen Studien (FK, MK)
- analysieren wissenschaftliche Studienberichte hinsichtlich wichtiger Ergebnisse für die untersuchte Fragestellung. (FK, MK)
- schätzen die Qualität von ausgewählten Studienberichten mit einfachen Forschungsdesigns ein.
- entwickeln aus den Fallsituationen erste Fragestellungen, die berufsethisch relevant sind und formulieren diese für den ethischen Diskurs. (FK, MK)
- setzen Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten einer hygienischen Arbeitsweise in konkreten, (simulierten) beruflichen Situationen für bestimmte Aufgaben um und reflektieren diese kritisch. (FK, MK, SeK)
- setzen Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten einer nachhaltig-wirtschaftenden Arbeitsweise in konkreten, (simulierten) beruflichen Situationen für Teilaufgaben um und reflektieren diese kritisch. (FK, MK, SoK, SeK)
- nehmen die Rechte, die Selbstbestimmung und den individuellen Lebensentwurf der pflegebedürftigen Menschen empathisch und wissensbasiert wahr, respektieren diese und handeln im (simulierten) beruflichen Kontext Person-zentriert sowie fachlich fundiert. (FK, MK, SoK, SeK)
- wenden ihr erweitertes Grundlagenwissen, ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten bzgl. Gesundheitsförderung, Prävention und Förderung einer selbstbestimmten Teilhabe in der jeweiligen, individuellen, Fallsituation an. (FK, MK, SoK, SeK)
- unterstützen pflegebedürftige Menschen entsprechend ihrer Lebens- und Entwicklungsphase bei der selbstbestimmten, ressourcen- und entwicklungsfördernden Körperpflege, Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, bei der Ausscheidung, bei der Bewegung, beim Kleiden entsprechend ihres Bedarfs. Sie führen dabei die „Krankenbeobachtung“ durch und entscheiden, welche Beobachtungen dokumentiert bzw. an die verantwortliche Pflegefachperson weitergegeben werden müssen. (FK, MK, SoK, SeK)
- erkennen und beschreiben pflegerische Phänomene (z. B. Gesundheitsverhalten, Gesundheitsmanagement, Selbstpflegekompetenz, Selbstwahrnehmung, Coping), die in Fallsituationen auftreten und entwickeln erste Hypothesen über die pflegerische Beurteilung einfacher Fallsituationen. (FK, MK, SoK, SeK)
- wenden verständigungsorientierte, wertschätzende, theoretische sowie die Autonomie und Entwicklung der Person fördernde Grundsätze der Kommunikation und Interaktion in den beruflichen Fallsituationen (sowohl in Bezug auf die pflegebedürftige Person und ihre Angehörigen als auch auf die Mitglieder des intra- und interdisziplinären Teams) an. (FK, MK, SoK, SeK)
- reflektieren Interaktions- und Kommunikationssituationen im beruflichen Kontext und erweitern ihr Handlungsrepertoire. (FK, MK, SoK, SeK)
- entwickeln Strategien, um mit belastenden Gefühlen (z. B. Ekel, Scham, Mitleid) im Zusammenhang mit einer körper- und personnahen Interaktion umgehen zu können (Emotionsarbeit, ausgewogenes Nähe-Distanz Verhältnis). (FK, MK, SoK, SeK)
- schätzen Entwicklungen des intra- und interdisziplinären Teams ein, reflektieren ihre Rolle und Funktion in dem Team und leisten einen Beitrag zu einer förderlichen Teamentwicklung. (FK, MK, SoK, SeK)
- sind für ihre Selbstsorge und die Fürsorge für andere Menschen sensibilisiert. Sie kennen erste, wichtige Potentiale und Risiken des beruflichen Handelns für ihre eigene Gesundheit und können selbstbestimmt gesundheitsförderliche, stärkende, präventive und kurative Maßnahmen für die eigene Gesundheit einleiten oder selbst durchführen. (FK, MK, SoK, SeK)

▶ Erwartete Kompetenzen	• können die Funktionsweise, die Risiken und die Potentiale von ersten, grundlegenden Pflegehilfsmitteln und technischen Assistenzsystemen einschl. Robotik einschätzen und können diese hospitierend, assistierend, mit Anleitung oder selbständig situationsgerecht und Person-zentriert in der (simulierten) beruflichen Praxis anwenden. (FK, MK, SoK, SeK) • wenden EDV-gestützte, digitale und analoge bzw. papiergestützte Systeme zur Planung und Dokumentation des Pflegeprozesses assistierend, unter Anleitung oder selbständig situationsgerecht in der beruflichen Praxis an. (FK, MK, SoK, SeK) • schätzen ihre eigenen Defizite und Potentiale bzgl. ihrer berufsbezogenen und wissenschaftlichen Kompetenzen ein und können sich selbstorganisiert und eigenverantwortlich im Sinne des lebenslangen Lernens weiterbilden und –entwickeln. (FK, MK, SoK, SeK) • schätzen ihre eigenen Defizite und Potentiale bzgl. der eigenverantwortlichen Übernahme von ärztlichen Aufgaben im Rahmen der Heilkundeübertragung ein und bilden sich im Sinne des lebenslangen Lernens fort bzw. weiter. (FK, MK, SoK, SeK)
Inhalte Situationsmerkmale	**Handlungsanlässe** • gesundheitsgefährdende und belastende Berufssituationen • gesundheitsgefährdender Lebensstil • Gesundheitspotentiale • Informations- und Beratungsbedarfe von (zu pflegenden) Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen zu o. g. gesundheitsbezogenen Themen • Informations-, Anleitungs- und Beratungsbedarfe von Auszubildenden/ Teammitgliedern zu pflegefachlichen Fragestellungen • Sterben und Trauern • Übernahme von ärztlichen Aufgaben in enger Abstimmung mit dem behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Ärztin, insbesondere beim Assessment, bei der Erstanamnese und bei der Zuführung zum Medizinsystem, bei der Gesundheitsförderung, Prävention, bei der Weiterbehandlung von chronischen Krankheiten und bei Palliative Care (Schmerzmanagement und Symptomlinderung) • Lebensprinzipien, kulturspezifische Werte und Rituale • Angst- und Stress-beladene Situationen • Familienprozesse und Rollenbeziehungen **Kontextbedingungen** • institutionelle gesundheitsbezogene Bedingungen, z. B. gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen/physische und psychische Belastungen am Arbeits- und Lernplatz • alle gesundheitsbezogenen Einrichtungen und pflegerischen Handlungsfelder • gesundheitsbezogene Werte und Normen in der Gesellschaft und in Institutionen • rechtliche Rahmenbedingungen der palliativen Pflege, der Rehabilitation und der klinischen/außerklinischen Intensiv- und Beatmungspflege • rechtliche Rahmenbedingungen der interprofessionellen Schnittstellen, der Delegation und Substitution ärztlicher Aufgaben **Ausgewählte Akteure** • zu pflegende Menschen aller Altersstufen und ihre Bezugspersonen • interprofessionelles Team • spezialisierte Palliativteams • Case Manager:innen **Erleben, deuten, verarbeiten** Studierende, • die Vergänglichkeit des Lebens erleben • die eigene Vergänglichkeit reflektieren • die Leid, Tod und Sterben aushalten können • sich einfühlen können in kulturell beeinflusste Lebenswelten und Bedeutungszuschreibungen im Zusammenhang mit Sterben und Tod • die belastende Gefühle (u.a. Ekel, Angst und Fremdheit) erleben, verarbeiten und bewältigen • die kulturell beeinflusste, lebensgeschichtlich gewachsene Überzeugungen und Selbstwirksamkeitserwartungen in Bezug auf Gesundheit, Krankheit und Tod erkennen, annehmen und das berufliche Handeln daran anschließen • die Gesundheitspotentiale erkennen und fördern, Motivationslagen pflegebedürftiger Menschen in Bezug auf das Gesundheitsmanagement einschätzen und Motivation fördern

▶ Inhalte Situationsmerkmale	**Handlungsmuster** • Reflexion des eigenen konkreten Gesundheitsverhaltens anhand von Gesundheitsverhaltensmodellen und Ableitung konkreter Konsequenzen für das eigene gesundheitsbezogene Verhalten • empathische Zuwendung zu Menschen in palliativen Situationen • respektvoller und würdevoller Umgang mit Verstorbenen • wissenschaftlich und theoretisch fundierter Umgang mit Rehabilitationspotentialen • wissenschaftlich und theoretisch fundierter Umgang mit palliativen Pflegesituationen • forschende Erschließung von Fragestellungen im Zusammenhang mit Sterben und Tod • interprofessionelles Handeln mit dem Ziel einer sicheren und qualitätsvollen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen • forschende Erschließung von Fragestellungen im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung und Rehabilitation • kritisch-reflektierte Rollengestaltung, insbesondere im Zusammenhang mit der Übernahme ärztlicher Aufgaben • selbstbestimmte Integration ärztlicher Aufgaben in den Pflegeprozess
Wissensgrundlagen	• Nutzung allgemeiner und spezifischer Assessmentverfahren • wissenschaftliche Recherche nach validen, standardisierten Assessmentinstrumenten • Beschreibung von Pflegebedarfen unter Hinzuziehung von validierten Pflegediagnosen (NANDA-I, ICNP) • Interventionsplanung auf Basis wissenschaftlich, belegter, wirksamer Interventionen • Anforderungen der Hygiene und Infektionsprävention • erweitertes Wissen im Bereich der Physiologie und Pathophysiologie sowie ärztlichen Diagnostik und Therapieverfahren an der Schnittstelle zur Medizin • kritische Reflexionen und Evaluationen der eigenen pflegerischen Praxis im Hinblick auf Ergebnis- und Patientenorientierung
Lernen in der simulativen Lernumgebung	• Szenarien mit Simulation von Beratungssituationen mit pflegebedürftigen Menschen • Beratung bei chronischen Erkrankungen u.a. Diabetes mellitus Typ 1 und 2, chronische Wunden, Demenz, Hypertonus (ohne Schwangerschaft) • Simulation von Gesprächen in kommunikativ schwierigen Situationen • Simulation von Gesprächen bei Konflikten • Szenarien mit Simulation einer Beratungs- und/oder Anleitungssituation in der Rehabilitation von Menschen unterschiedlicher Rehabilitationsbedarfe • Herstellung und Anwendung unterschiedlicher Wickel und Auflagen im Labor • Szenarien mit Simulation unterschiedlicher Phasen des Sterbeprozesses, Simulation der Versorgung eines Verstorbenen, eines Trauergesprächs • Szenario mit Simulation einer ethischen Dilemma-Situation bei Vorliegen einer Patientenverfügung und parenteralen Ernährung • interprofessionelle Szenarien mit Fokus auf interprofessionelle Zusammenarbeit, Delegation und Übernahme von Aufgaben (in beide Richtungen)
Anregung für Lern- und Arbeitsaufgaben	• Lernaufgaben für die Praxisbegleitung • Webbasierte, komplexe Szenarien (Body Interact) im interprofessionellen Setting mit Fokus auf prozessuale Kompetenzen und Role Making (aktive und kritisch-reflexive Gestaltung der professionellen Rolle) im Versorgungsprozess • Reflexion einer palliativen Fallsituation mit Schwerpunkt auf pflegerische, rechtliche und ethische Fragestellungen • Schriftliche Pflegeprozessplanung bei zwei pflegebedürftigen Personen mit komplexem Pflegebedarf und mit vielschichtigem Versorgungsarrangement; Reflexion in der Praxisbegleitung • Entwicklung einer wissenschaftlichen Fragestellung aus der Pflegeprozessplanung und wissenschaftliche Recherche mit handlungsleitender Ergebniszusammenfassung
Didaktischer Kommentar	Lehrveranstaltungsart: Ü 10/6 TN

- Lerntagebuch und E-Portfolio zum Thema Sterben und Tod mit Selbstreflexion
- Freiräume und Rückzugsmöglichkeiten für die Verarbeitung des Themas Sterben und Tod für die Studierenden schaffen
- im Praxiseinsatz erlebte Situationen im Zusammenhang mit Sterben und Tod reflektieren und supervidieren
- Zugang zu spezifischen, wissenschaftlichen Datenbanken z. B. CINAHL sichern
- Zugang zu wissenschaftlich fundierten Handlungsempfehlungen, Leitlinien sichern z. B. VAR®
- Kollegiale Fallberatung, Peer-Mentoring durch fortgeschrittene Studierende im Praxisfeld, gemeinsame Fallbesprechungen und Reflexion mit Praxisbegleitung und Praxisanleitung
- Fallberatung im intradisziplinären Team
- Hospitation Fallkonferenz, interdisziplinär
- Hospitation in Therapie, Funktionsdienst, Seelsorge, Patientenaufnahme, Betreuungsdienst (ambulante, häusliche Pflege), Tages-/Nachpflege, Sozialdienst, Küche, Reinigungsdienst, externe Dienstleister (über alle Praxiseinsätze verteilt), Hospize
- Feedback und Reflexion des eigenen, beruflichen Handelns auf Basis interaktiver und kreativer Methoden in der praxisbegleitenden Präsenzlehre an der HS
- Szenische Darstellung und Videoanalyse im Nursing Lab
- Simulation mit Virtual Reality im Nursing Lab
- vgl. Praxiscurriculum
- Planung von Simulationseinheiten mit Studierenden und/oder Lehrenden anderer, relevanter Professionen (u.a. Medizin, Therapie, Geburtshilfe/Hebammenwesen)

Ausgewählte Literatur	1. Steffen-Bürgi Barbara, Schärer-Santschi Erika, Staudacher Diana, Monteverde Settimio (2017) Lehrbuch Palliative Care, 3. vollst. überarb. u. erw. Aufl., Bern: Hogrefe. 2. Lenthe Ulrike Transkulturelle Pflege. Kulturspezifische Faktoren erkennen – verstehen – integrieren. 3. überarb. Aufl., Wien: Facultas. 3. Schäfer Sigrid, Kirsch Frank, Scheuermann Gottfried, Wagner Rainer (2019) Fachpflege Beatmung, 8. Auflage, München: Elsevier, Urban & Fischer.
Vorkenntnisse	Aufbauend auf Fachpraxis II Ethik I Berufsethik Ethisch-normative Grundfragen Einführung in die ethische Fallberatung Forschungsmethodik I Statistik, Epidemiologie, quantitative und qualitative Methoden Pflege als Disziplin und Profession I Professionstheorie Pflege im soziopolitischen Kontext Gesundheitssystem Wirtschaftlichkeit & Nachhaltigkeit in der Pflege Gesundheitsförderung und Prävention Grundlagen u.a. Ernährungslehre Disaster Nursing Notfall- und Krisenmanagement, Pflege in der Notaufnahme
Prüfung	OSCE (vgl. Praxiscurriculum)

Modul BNS_WN_04	Semester 5	Niveau: 2-3	SWS: 4	ECTS: 5
Intra- und interprofessionelles Arbeiten im Kontext der HKÜ	*im Kontext der HKÜ*			
Autor:in	Cicek			
Verantwortung	Siehe Anlage Studienplan			
Aufwand: 150 h	Kontaktstudium: 60	Selbststudium: 40	Prüfungsvorbereitungen: 50	
Rahmenlehrplan Fachkommission nach § 53 PflBG	CE 01 – CE 11			
PflAPrV	Anlage 2:			
	Anlage 5 Teil A: I 4., III 1., 2., 3., 4., V 3., 4., 7. Anlage 5 Teil B: I 5., 8., 10., II 5., 7., 9., III 1., 3., 6., 9., IV 1., 2., 4., 8., 9., 10. Empfehlungen der Fachkommission nach § 53 PflBG: G, W1, W2, W			

Relevanz	Der Schwerpunkt dieser curricularen Einheit liegt auf der Professionalisierung der Pflegeberufe, vor allem hinsichtlich auf folgende Themen: • Pflege als Disziplin und Profession, • Haltung, Habitus, Selbstverständnis, • intra-/interdisziplinäres Arbeiten, • Teamarbeit, • Identifikation von berufsbezogenen Fort- und Weiterbildungsbedarfen, • lebenslanges Lernen und Anleiten auf Basis pädagogischer Konzepte • Hier wird auch die eigenständige Übernahme ärztlicher Tätigkeiten, die im Sinne der Heilkundeübertragung zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig sind, miteinbezogen. • Diese curriculare Einheit setzt sich darüber hinaus mit den internationalen Entwicklungsprozessen in der Pflege unter Berücksichtigung innovativer Modelle der Weiterentwicklung des Berufsbildes (z. B. Advanced Nursing Practice) auseinander. Ferner werden Kompetenz- und Aufgabenprofile von Bachelorabsolventen:innen in der Pflege im internationalen Vergleich kritisch diskutiert. Darüber hinaus werden internationale Entwicklungsprozesse der Pflegewissenschaft thematisiert und kritisch reflektiert.
Erwartete Kompetenzen FK = Fachkompetenz MK = Methodenkompetenz SoK = Sozialkompetenz SeK = Selbstkompetenz	Die Studierenden • haben sich grundlegende Kenntnisse der Berufssoziologie und Professionstheorie angeeignet und diese in ihrer Relevanz für die Pflege- und Gesundheitsberufe kritisch reflektiert (FK, MK, SoK) • haben ein norm- und werteorientiertes professionelles Selbstverständnis entwickelt und können die Pflege im Kontext anderer Gesundheits- und Sozialberufe positionieren (FK, MK, SoK, SeK) • haben sich die Möglichkeiten und Grenzen der Professionalisierbarkeit der Pflege und des beruflichen und professionellen Handelns in Organisationen bewusstgemacht und können praktische Schlussfolgerungen aus diesen Überlegungen ziehen (FK, MK, SoK, SeK) • verstehen die Pflege in ihrer Eigenständigkeit als wissenschaftliche Disziplin und Profession und sind bereit, Eigeninitiative zu zeigen und Verantwortung für ihr Handeln zu übernehmen (FK, MK, SoK, SeK) • sind befähigt, Entwicklungen im Gesundheitswesen wahrzunehmen, deren Folgen für die Pflege einzuschätzen und sich in aktuelle gesundheits-, pflege- und sozialpolitische Diskussionen generalistisch & divers sowie qualifiziert einzubringen (FK, MK, SoK, SeK) • können berufsbezogene Fort- und Weiterbildungsbedarfe identifizieren (FK, MK) • kennen sich unter bezugswissenschaftlichen Theorien über intra-/interdisziplinäres Arbeiten und Arbeiten in Teams aus (FK, MK) • haben sich über lebenslanges Lernen und Anleiten auf Basis pädagogischer Konzepte auseinandergesetzt (FK, MK) • setzen sich auch mit den Erwartungen in Zusammenhang mit der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten auseinander (FK, MK, SeK, SoK) • sind in der Lage die eigenen Defizite und Potentiale bzgl. der eigenverantwortlichen Übernahme von ärztlichen Aufgaben im Rahmen der Heilkundeübertragung einzu-

schätzen und bilden sich im Sinne des lebenslangen Lernens fort bzw. weiter (FK, MK, SoK, SeK)

Inhalte Situationsmerkmale

Handlungsanlässe
- Im Team an der Versorgung und Behandlung von Menschen aller Altersstufen mitwirken und Kontinuität an Schnittstellen sichern.
- Anwenden und Einüben von intra-/interdisziplinärem Arbeiten und der Teamarbeit mit Einzelnen und Gruppen; z. B. medizinischer Notfall
- Eigenständige Übernahme ärztlicher Tätigkeiten
- Spezifische Kenntnisse und Fähigkeiten der Berufssoziologie / Professionstheorie
- Selbstreflexion einüben zur eigenen Haltung, Habitus und Selbstverständnis (inkl. Reflexion und Kommunikation biographischer Erfahrungen)
- Unterstützungsbedarfe in Familien bzw. der Familiengesundheit

Kontextbedingungen
- Pflegewissenschaftliche Grundlagen und deren Bezugswissenschaften
- Forschungsansätze / -methoden
- Pflegetheorien und -modelle
- Wissensgenerierung im pflegerischen Setting
- Einbringung pflegewissenschaftlicher Kenntnisse in das multiprofessionelle Setting
- gesetzlich geregelte Vorbehaltsaufgaben, Delegation im itra- und interdisziplinären Team
- Skill-Grade Mix
- Interkulturelle Teams (Migration in der Pflegeprofession)
- Grundlagen der Berufssoziologie / Professionstheorie
- Grundlagen des intra-/interdisziplinäres Arbeitens und der Teamarbeit
- Anwenden und Einüben von Konzepten zu Lebenslanges Lernen und Anleiten auf Basis pädagogischer Theorien

Ausgewählte Akteure
- Einbindung von Pflegenden, Angehörige und Bezugspersonen in den EBN-Prozess bzw. bei wissenschaftlichen Studien
- Inter- und intraprofessionelle Teams in Versorgungsalltag (wie Ärzte, Psychologen)
- Ethikkommission bei Forschungsvorhaben
- Wissenschaftliche Fachgesellschaften
- Forschungsinstitute und Aufsichtsbehörden
- Wissenschafts-/Forschungsgemeinschaft
- Gesundheits- und Sozialberufe
- interprofessionelles Team (z. B. Physio-/Ergotherapeut:innen, Logopäd:innen, Ärzt:innen, Sozialarbeiter:innen, Psycholog:innen, Psychiater:innen, Psychotherapeut:innen, Diätassistent:innen, Heilpädagog:innen)
- Peer Groups und freiwillig Engagierte im sozialen Raum (z. B. Nachbarschaft/Quartier)
- zusätzliche Betreuungskräfte (§§ 43b, 84 SGB XI)
- Leistungsträger der Rehabilitation

Erleben, deuten, verarbeiten

Studierende können
- sich wissenschaftliche Erkenntnisse hinsichtlich der Berufssoziologie / Professionstheorie erschließen, reflektieren und in das eigene Handeln integrieren
- wissenschaftliches Vorgehen entdecken, lernen und sich selbst in seiner Rolle / Funktion als wissenschaftlich tätige Person erleben
- sich auf der Grundlage wissenschaftlicher Kenntnisse tätige Person in der Pflege erfahren
- Interesse entwickeln für wissenschaftliches Arbeiten
- Reflektierter und kritischer Umgang mit der eigenen Haltung, Habitus, Selbstverständnis
- eigene pflegewissenschaftliche Fragestellungen und Projekte entwickeln können und diese planen

Handlungsmuster
- Relevante wissenschaftliche Berufssoziologie / Professionstheorie kennen und differenzieren können
- Bedeutsame intra-/interdisziplinäres Arbeitens kennen

Wissensgrundlagen
- Pflege als Beruf, Disziplin und Profession im Gesundheitswesen
- Grundlagen der Berufssoziologie / Professionstheorie
- Grundlagen des intra-/interdisziplinären Arbeitens und der Teamarbeit
- Professionalisierung als Entwicklungsaufgabe

▶ Wissensgrundlagen	• professionelles Handeln in der Pflege (Grundlagen, Voraussetzungen) • Akademisierung und Professionalisierung der Pflege im internationalen und nationalen Kontext • Change Management als Aufgabe der Pflege / Pflege als „Change Agents“ • Identifikation von berufsbezogenen Fort- und Weiterbildungsbedarfen, • Lebenslanges Lernen und Anleiten auf Basis pädagogischer Konzepte • Inhalte Team und Teamentwicklung
Lernen in der simulativen Lernumgebung	• Problemorientiertes Lernen anhand von ausgewählten Fallbeispielen • Simulation im interdisziplinären Team mit Studierenden anderer Fachdisziplinen • … interprofessionelle Szenarien mit Fokus auf interprofessionelle Zusammenarbeit, Delegation und Übernahme von Aufgaben (in beide Richtungen)Konkrete Situationen, in denen interdisziplinäres Arbeiten von großer Bedeutung sind • Gruppendiskussion und -arbeit, Lehrvortrag Partner- und Gruppenübung, Rollenspiel, Fallbesprechungen, Szenisches Spiel • 2er Gruppen à 30 Teilnehmer:innen
Anregung für Lern- und Arbeitsaufgaben	• Übungen zu Grundlagen der Pflege als Beruf, Disziplin und Profession im Gesundheitswesen • Übungen zur Analyse und Beurteilung sowie die Anwendung und Einüben von intra-/interdisziplinären Arbeitens bzw. Rollenspielen • komplexe Szenarien im interprofessionellen Setting mit Fokus auf prozessuale Kompetenzen und Role Making (aktive und kritisch-reflexive Gestaltung der professionellen Rolle) im Versorgungsprozess • Reflexion der Übernahme ärztlicher Aufgaben • Reflexions und Analyse von berufsbezogenen Fort- und Weiterbildungsbedarfen • Reflexions und Analyse Lebenslanges Lernen und Anleiten auf Basis pädagogischer Konzepte
Didaktischer Kommentar	Lehrveranstaltungsart: SU 2/30 TN • Literaturrecherche mit Diskussionen im Plenum / Übungen mit Lernteams. Studierenden aus verschiedenen Fachrichtungen v.a. Medizin, Therapie usw. • Problemorientiertes Lernen anhand von ausgewählten Fallbeispielen • Gruppendiskussion und -arbeit, Lehrvortrag Partner- und Gruppenübung, Rollenspiel, Fallbesprechungen, Szenisches Spiel • Planung von Szenarien mit Studierenden und / oder Lehrenden anderer relevanter Professionen (u.a. Medizin, Therapie, Geburtshilfe / Hebammenwesen)
Ausgewählte Literatur	1. Andree, J. (2013). Implementierung akademischer Pflegekräfte: Wie lassen sich akademische Pflegekräfte sinnvoll in die Pflegepraxis integrieren. Berlin: Logos-Verlag. 2. Bollinger, H., Gerlach, A., Pfadenhauer, M. (Hrsg.) (2008). Gesundheitsberufe im Wandel. Frankfurt am Main: Mabuse. 3. Butts, J. B. (2013). Philosophies and theories for advanced nursing practice. 2. Auflage. Burlington Mass: Joneas & Bartlett Learning. 4. Fuchs-Frohnhofen, P., Blass, K., Dunkel, W., Hinding, B., Keiser, S., Klatt, R., Zühlke-Robinet, K. (2010). Wertschätzung, Stolz und Professionalisierung in der Dienstleistungsarbeit „Pflege“: Beiträge aus den pflegebezogenen Projekten der Förderrichtlinie Arbeit des BMBF vom 19.06.2007. Tectum Verlag. 5. Gerlach, A. (2013). Professionelle Identität in der Pflege. Akademisch Qualifizierte zwischen Tradition und Innovation. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag. 6. Jasper, M., Koubel, G. (2013). Professional development, reflection and decision-making in nursing and healthcare. 2. Auflage. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell. 7. Kaiser, K. (2005). Beiträge der Weiterbildung zur Professionalisierung der Pflege. Eine systematisch-empirische Untersuchung. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag. 8. Matzick, S. (Hrsg.) (2008). Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung. Weinheim, München: Juventa Verlag. 9. Menche, N. (Hrsg.) (2019). Pflege Heute. 7. Aufl. München: Elsevier/Urban & Fischer Verlag. 10. Palm, R.; Dichter, M. (2013). Pflegewissenschaft in Deutschland: Errungenschaften und Herausforderungen – Festschrift für Sabine Bartholomeyczik. Bern: Hans Huber Verlag.

▶ Ausgewählte Literatur	11. Pfadenhauer, M. (Hrsg.) (2005). Professionelles Handeln. Wiesbaden: VS-Verlag. 12. Pundt, J. (Hrsg.) (2006). Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen- Potenziale- Perspektiven. Bern: Verlag Hans Huber. 13. Schober, M., Affara, F. (2008). Advanced Nursing Practice. Bern: Hans Huber Verlag. 14. Schroeter, K.R. (2006). Das soziale Feld der Pflege. Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen. Weinheim, München: Juventa Verlag. 15. Schuss, U., Blank, R. (2018). Qualitätsorientierte interprofessionelle Kooperation (QuiK): Pflegefachkräfte und Mediziner im Fokus. Bern: Hogrefe Verlag
Vorkenntnisse	Pflegeprozess VII Kommunikation & Beratung I und II
Prüfung	schr.P.

Pflegeprozess VI

Modulbereich Organisation

Modul BNS_O_01	Semester 5	Niveau: L4	SWS: 3	ECTS: 5
Pflegeprozess VI	Komplexe Pflegeprozesse Person-zentriert, theoretisch und wissenschaftlich fundiert planen, steuern sowie qualitativ sichern und entwickeln			
Autor:in	Herold-Majumdar, Astrid			
Verantwortung	Siehe Anlage Studienplan			
Aufwand: 150 h	Kontaktstudium: 45	Selbststudium: 55	Prüfungsvorbereitungen: 50	
Rahmenlehrplan Fachkommission nach § 53 PflBG	CE 05, CE 06, CE 08, CE 09			
PflAPrV	Anlage 2: I 1a-h, 2f, 4b, c, 5d, 6a, d, II 1b, d, 2a-d, III 1a, b, c, d, e, 2f, 3a-f, IV 1a-d, 2c, d, e, V 1c, d, V 2f, g			
	Anlage 5 Teil A: I 1., 2., 3., 5., 7., II 1., 2., III 1., 3., 4., IV 1., 2., 3., V 3., 6., 7.			

Relevanz	Der Schwerpunkt dieser curricularen Einheit liegt auf der selbständigen und eigenverantwortlichen Analyse, Sicherung, Evaluation und Entwicklung der Qualität des Pflegeprozesses von Menschen aller Altersstufen mit hohem Pflegebedarf und in hochkomplexen Pflegesituationen. Darüber hinaus wird die Qualitätssicherung und Entwicklung übergreifender Strukturen und Prozesse, die Einfluss auf den Pflegeprozess haben, behandelt. Der Pflegebedarf kann sich dabei auf eine bereits bestehende Pflegebedürftigkeit oder auf den Bedarf im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung, Prävention (auch Prävention von Pflegebedürftigkeit), Beratung und Begleitung bei Lebensprozessen einschließlich Palliation beziehen. Entsprechend sollen auch unterschiedliche Fallsituationen (Setting, Lebensphase und Alter, Pflegebedarf, Diversität) zur Bearbeitung ausgewählt werden. Der Zusammenhang von Qualitätssicherung und Entwicklung, Evidence-Basierung und theoretischer Fundierung ist bei der Fallanalyse mit den Studierenden herauszuarbeiten. Die Bedeutung der Evaluation als wichtiger Schritt im Pflegeprozess für die Qualitätssicherung und Entwicklung ist zu erschließen. Dabei soll auf unterstützende Prozesse (z. B. Pflegevisite) und Technologien (z. B. digitale und KI-gestützte Planungstools) Bezug genommen werden, sowie auf das organisationsumfassende und externe Qualitätsmanagementsystem (z. B. externe Qualitätssicherung nach §§ 114 ff. SGB XI, CIRS). Die Versorgungssicherheit und Risikominimierung stehen genauso wie die Person-Zentrierung (Ausrichtung der Qualitätssicherung und Entwicklung an der Person) im Mittelpunkt der Betrachtung. Dabei werden Spannungsfelder unter Beachtung der Prinzipien des Berufsethos, der Evidence-Basierung (Evidenzniveau, Empfehlungsgrade), des Qualitätsmanagements, der klinischen, partnerschaftlichen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) und der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten im Sinne der Heilkundeübertragung identifiziert, analysiert, reflektiert und bearbeitet. Dem Risikomanagement ist besondere Beachtung zu schenken. Dabei werden Methoden sowohl aus der Pflege, der Medizin, den Bezugsdisziplinen als auch aus anderen Branchen eruiert, kritisch analysiert und angewandt.
Erwartete Kompetenzen FK = Fachkompetenz MK = Methodenkompetenz SoK = Sozialkompetenz SeK = Selbstkompetenz	Die Studierenden • integrieren ihr Vorwissen, ihre Kompetenzen und Erfahrungen im beruflichen Praxisfeld in Bezug auf die wissenschaftlich und Theorie-fundierte Pflegeprozesssteuerung und auf das Qualitätsmanagement bei der Bearbeitung vielschichtiger Fallsituationen und können hochkomplexe Pflegeprozesse Person-zentriert und evidenzbasiert steuern. Dabei wenden sie selbständig und eigenverantwortlich die Prinzipien, Instrumente und Erkenntnisse des spezifischen Qualitätsmanagements und des Risikomanagements im Pflegeprozess an. (FK, MK) • erkennen Zusammenhänge des Qualitätsmanagements des individuellen Pflegeprozesses mit dem bereichs-, organisationsumfassenden und externen Qualitätsmanagement, identifizieren Entwicklungs- und Verbesserungsbedarfe und wirken an Maßnahmen der organisationsumfassenden und externen Qualitätssicherung sowie -verbesserung mit. (FK, SoK, SeK) • überprüfen und bewerten kritisch Methoden der Risikoerfassung (z. B. standardisierte Risikoeinschätzungsskalen) auf Basis wissenschaftlicher Methoden (z. B. psychometrische Testung). (FK, MK) • recherchieren selbständig innovative Methoden der Risikoerfassung und Minimierung, auch aus anderen Feldern als der Pflege und überprüfen kritisch deren Übertragung und Anwendung auf die Pflege. (FK, MK, SeK) • entwickeln Vorschläge und Konzepte für das Risiko- und Qualitätsmanagement der Zukunft. (FK, MK, SeK)

▶ Erwartete Kompetenzen	• dokumentieren nachvollziehbar und rechtssicher die individuelle, fachlich fundierte, pflegerische Risikoeinschätzung im Pflegeprozess sowie die daraus abgeleiteten Handlungsstrategien zur Risikominimierung. (FK, MK) • haben sich kritisch und wissenschaftlich fundiert mit dem Begriff der Qualität in der Pflege auseinandergesetzt und vertreten einen wissenschaftlich sowie theoretisch und berufsethisch fundierten Begriff der Pflegequalität. (FK, SoK, SeK) • analysieren wissenschaftliche begründet rechtliche, ökonomische, kulturelle und gesellschaftliche Rahmenbedingungen sowie Verfahren des Qualitätsmanagements und der Qualitätsentwicklung und reflektieren diese kritisch. (FK, MK, SoK, SeK) • kennen für den spezifischen Versorgungsbereich einschlägige internationale und nationale, evidenzbasierte Leitlinien und Standards, wenden diese im individuellen Pflegeprozess an und dokumentieren dies nachvollziehbar. (FK, MK, SoK) • kennen und bewerten kritisch die rechtlichen (u.a. nach SGB V, XI und IX) und fachlichen (u.a. Total Quality Management, spezifisches Risikomanagement in Gesundheitseinrichtungen, Grundlagen der Evaluationsforschung und des Qualitätsmanagements) Grundlagen der externen Qualitätssicherung und Überprüfung (u.a. Begutachtungsrichtlinien des Medizinischen Dienstes, Prüfleitfaden der Heimaufsicht, KQM-RL). (FK, SeK) • kennen die bereichsspezifischen, organisationsinternen und organisationsübergreifenden Berichtssysteme für unerwünschte Ereignisse, beinahe Fehler und Fehler (z. B. CIRS, FMEA, Clinical Pathway) und wenden diese für den individuellen Pflegeprozess und damit zusammenhängende Prozesse und Situationen an. (FK, MK, SeK) • entwickeln aus der individuellen Pflegesituation qualitätsrelevante Fragestellungen, zu denen sie eigenständig auf einschlägigen, wissenschaftlichen Datenbanken Studienberichte identifizieren und auf die spezifische Pflegesituation hin analysieren und anwenden. (FK, MK) • integrieren erweiterte Anforderungen zur internen und externen Qualitätssicherung in das Pflegehandeln und verstehen Qualitätssicherung und Entwicklung als rechtlich verankertes und interdisziplinäres Anliegen in Institutionen des Gesundheitswesens. (FK, MK, SoK) • beteiligen sich an gesellschaftlichen Aushandlungsprozessen zur Pflege- und Versorgungsqualität und bringen die spezifische Sichtweise der professionellen, wissenschaftlich fundierten Pflege ein. (FK, SoK, SeK) • schätzen ihre eigenen Defizite und Potentiale bzgl. der eigenverantwortlichen Übernahme von ärztlichen Aufgaben im Rahmen der Heilkundeübertragung ein und bilden sich im Sinne des lebenslangen Lernens fort- bzw. weiter (FK, MK) • wenden Prinzipien und Methoden der Evaluationsforschung an und kennen pflegesensitive Qualitätsindikatoren. (FK, MK) • tragen mit Maßnahmen der Qualitätssicherung und –entwicklung zur Vermeidung von Fehlern und unerwünschten Outcomes bei, vermeiden damit unnötiges Leid der pflegebedürftigen Menschen und reduzieren (Fehler-) Kosten (FK, MK, SoK) • reflektieren auf Basis wissenschaftlichen und theoretisch fundierten Wissens bereichsspezifische, organisationsinterne und organisationsübergreifende Berichtssysteme für unerwünschte Ereignisse, beinahe Fehler und Fehler kritisch und tragen zu deren Weiterentwicklung für ein effektives Risiko- und Qualitätsmanagement bei. (FK, MK, SeK) • erkennen und reflektieren Spannungsfelder und Dilemmata der Versorgungspraxis in Bezug auf das Thema Pflegequalität. (FK, SoK, SeK) • vertreten und argumentieren im intra- und interdisziplinären Team eigenverantwortlich die Qualitätssicherungs- und Entwicklungsmaßnahmen der von ihnen verantworteten Pflegeprozesse und der damit verbundenen bereichs-, organisationsspezifischen QS/QE-Maßnahmen im Rahmen interner, organisationsumfassender und externen QS/QE-Maßnahmen. (FK, MK, SoK, SeK)
Inhalte Situationsmerkmale	**Handlungsanlässe** • Risikodiagnosen • Gesundheitsförderungsdiagnosen • aktuelle Pflegediagnosen, insbesondere solche mit hoher Dynamik (Möglichkeit einer kurzfristigen Veränderung des Pflegebedarfs) und mit einer eingeschätzten Vulnerabilität der pflegebedürftigen Person/Familie/Gemeinschaft • Spannungsfelder und Dilemmata, die auftreten, wenn die Anforderungen eines Person-zentrierten, professionsethisch fundierten Pflegehandelns sich mit den Anforderungen externer und interner Qualitätssicherung (u.a. Standards, Leitlinien), gesetzlicher Vorgaben, realer Praxisbedingungen und externer Evidence widersprechen.

▶Inhalte
Situationsmerkmale

- Hochkomplexe, risiko- und fehlerbehaftete Pflegeprozesse
- Qualitätsberichtwesen, Benchmarking und Qualitätsvergleiche
- Externe Qualitätssicherung und Kontrolle
- Verbesserungsbedarfe, die im Rahmen von internen und externen Qualitätsaudits identifiziert wurden
- Planung von Qualitätszielen und deren Umsetzung für Organisationsbereiche und individuelle Pflegeprozesse
- Risikoeinschätzung und Management
- Patientenrechte, Rechte pflege- und hilfebedürftiger Menschen, UN-Menschenrechtskonvention, Grundrechte
- Beschwerdemanagement und Zufriedenheit
- Lebens- und Wohnqualität
- selbstbestimmte soziale Teilhabe

Kontextbedingungen

- externes (u.a. leistungsrechtlich verankertes) und einrichtungsübergreifendes (u.a. Qualitätszirkel, CIRS) QS/QM System, intermediäres QM System (u.a. Zertifizierungssysteme)
- einrichtungsinternes und bereichsspezifisches QM System
- Grundgesetz, Patientenrechtegesetz, Rechte pflege- und hilfebedürftiger Menschen, UN-Menschenrechtskonvention
- Patienten- bzw. Bewohnervertretung, Ombudsmann/-frau, Heimbeirat, Patientenfürsprecher
- Beschwerdestellen für Patienten und pflegebedürftige Menschen in der Langzeitpflege
- Medizinproduktegesetz und Medizinproduktebetreiber Verordnung
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
- Infektionsschutzgesetz und damit verbundene Normen (wird schwerpunktmäßig im Modul Medizinische Grundlagen behandelt)
- Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP) und andere Institute (z. B. AQUA, ZQP, IQWiG), die sich für die Qualitätssicherung und Entwicklung im Gesundheitswesen einsetzen
- haftungs- und strafrechtliche Bedingungen
- unterstützende Pflegeplanungs- und Dokumentationssysteme für das Risiko-, Fehler- und Qualitätsmanagement

Ausgewählte Akteure

- pflegebedürftige Menschen aller Altersstufen in den verschiedenen Settings und ihre Bezugspersonen
- freiwillig engagierte Menschen
- Träger des internen und bereichsspezifischen QM Systems (z. B. zentrale und dezentrale QMB, Einrichtungsleitung, Beteiligte und Mitwirkende intra- und interprofessionell)
- interne und externe Auditor:innen
- Akteure der externen Qualitätssicherung und Kontrolle (z. B. Medizinischer Dienst, Heimaufsicht, Vertreter:innen des zentralen QM der Einrichtungsträger)
- Verbraucherverbände, Vertreter der Patientenrechte, Heimbeirat und Heimfürsprecher, Ombudsmann/-frau
- Institute (z. B. AQUA, DNQP, IQWiG) und G-BA

Erleben, deuten, verarbeiten

Studierende

- erleben sich als kompetent und sicher im Umgang mit komplexen, gefahrengeneigten, risikobehafteten Pflegesituationen bezüglich Risikoerkennung, Risikominimierung und Qualitätssicherung.
- deuten komplexe, gefahrengeneigte, risikobehaftete Pflegesituationen hinsichtlich Risiken für sich und die pflegebedürftige Person/Familie/Gemeinschaft und leiten adäquate Maßnahmen ab.
- erleben sich eigenverantwortlich in Bezug auf die Qualitätssicherung und –Entwicklung von hoch komplexen Pflegeprozessen und den damit verbundenen Prozessen und Situationen.
- erleben sich als aktive Akteur:innen in dem einrichtungsinternen und externen QS/QM System und sehen sich als Mitgestalter:innen dieses Systems.
- tragen zur Entwicklung einer Sicherheits- und Fehlerkultur bei, die das Risikomanagement und die Vermeidung von Fehlern fördert.
- entwickeln eine konstruktive Haltung zu eigenen Fehlern, beinahe Fehlern.
- tragen zur Entwicklung einer Lernkultur bei

▶Inhalte Situationsmerkmale	• nehmen externe Qualitätskontrolle als Unterstützung und Möglichkeit zur Reflexion wahr. • verarbeiten belastende Emotionen im Zusammenhang mit Risiken und Fehler und wirken proaktiv am organisationsinternen und externen Risiko- und Fehlermanagement mit. • nehmen empathisch wahr, wie pflegebedürftige Personen/Familien/Gemeinschaften ihre Situation in risikobehafteten Situationen erleben, deuten und einschätzen und richten den Pflegeprozess an diesen Deutungsmustern aus. • haben den Mut, Lösungen mit den pflegebedürftigen Personen/Familien/Gemeinschaften zu entwickeln, wenn sich Anforderungen der externen QS und des internen QM mit den Prioritäten und Deutungsmustern der pflegebedürftigen Personen/Familien/Gemeinschaften widersprechen. **Handlungsmuster** • Identifikation und sichere Handhabung von hochkomplexen Pflegesituationen mit instabilen Gesundheitssituationen, hohen Risiken und Vulnerabilität der pflegebedürftigen Person/Familie/Gemeinschaft • kritische Überprüfung und Reflexion von QM-Systemen auf Basis der Evidence, des Berufsethos und der Grund- und Menschenrechte pflegebedürftiger Personen/Familien/Gemeinschaften • proaktives und gestaltende Handlungsmuster für die Lernkultur, die Sicherheits- und Fehlerkultur, das Risikomanagement und die Qualitätsentwicklung sowohl auf der Ebene des individuellen Pflegeprozesses, des organisationsinternen und des externen Qualitätsmanagements
Wissensgrundlagen	• Grundlagen des spezifischen Qualitätsmanagements, Risikomanagement, Fehlermanagements • Lernen in Organisationen und organisationales Lernen • Grundlagen der Patientensicherheit • Rechte pflege- und hilfebedürftiger Menschen • Rechtlicher Rahmen des Qualitätsmanagements und der Evaluation im Gesundheitswesen in den verschiedenen Settings • System des externen, internen und intermediären QM • Methoden und Instrumente des QM einschließlich des Risikomanagements und des Fehlermanagements • theoretische Grundlagen der Evaluationsforschung und Anwendungsbeispiele • Qualitätsindikatoren, pflegesensitive Outcome Indikatoren und deren wissenschaftliche Bewertung • Lebens- und Wohnqualität, soziale Teilhabe und Inklusion • Bundesteilhabegesetz • Rehabilitation SGB IX
Lernen in der simulativen Lernumgebung	• Simulation von Risiko-Assessment-Situationen mit unterschiedlichen Rollen (u.a. pflegebedürftige Person, Bezugsperson, Beobachter/in, Pflegefachperson) und Reflexion auf unterschiedlichen Ebenen • Simulation einer kollegialen (intra- und interdisziplinären) Fallberatung im klinischen Kontext • Planspiel (z. B. Planspiel QM Audit) zur Simulation komplexer Situationen im Zusammenhang mit Qualitätssicherung und Entwicklung • Simulation von interprofessionellen Szenarien mit Fokus auf interprofessioneller Zusammenarbeit, Delegation und Übernahme von Aufgaben (in beide Richtungen) • Simulation einer Fallberatung bei erhöhten Gesundheitsrisiken (z. B. häusliche Pflegesituation mit erhöhtem Sturzrisiko, Infektionsrisiko) • Simulation von Dilemmata-Situationen und Spannungsfeldern im Zusammenhang mit QM (z. B. Simulation einer Auditsituation, bei der das Abweichen vom Qualitätsstandard bzw. von der Leitlinie im individuellen Pflegeprozess begründet werden muss)
Anregung für Lern- und Arbeitsaufgaben	• Risikoeinschätzung und Vorschlag für risikominimierende, pflegerische Interventionen anhand von Fallvignetten unter Verwendung von standardisierten Assessmentinstrumenten • FMEA-Analyse • Prozessanalysen und Entwicklung von Vorschlägen für die Prozessverbesserung

▶ Anregung für Lern- und Arbeitsaufgaben	• Entwicklung von Fragestellungen aus der Fallberatung/-analyse für die wissenschaftliche Recherche, Durchführung und Auswertung der wissenschaftlichen Recherche von Studienberichten mit Entwicklung von Vorschlägen für die konkrete Fallsituation • wissenschaftliche Untersuchung und Beurteilung von Qualitätsindikatoren und pflegesensitiven Outcome Parametern hinsichtlich ihrer Zuverlässigkeit und Aussagekraft • Analyse exemplarischer Qualitätsberichte, Qualitätsvergleiche • Analyse, wissenschaftliche Überprüfung und kritische Reflexion exemplarischer Qualitätsstandards und Begutachtungsrichtlinien • Analyse von exemplarischen Pflegeprozessplanungen mit Fokus auf die Evaluation, das Risiko- und Qualitätsmanagement • Analyse und Entwicklung von Handlungsstrategien auf Basis beispielhafter CIRS-Dokumentationen • Analyse von Qualitätsberichten mit Entwicklung von Maßnahmen und Strategien für die Qualitätsverbesserung
Didaktischer Kommentar	Lehrveranstaltungsart: S 2/30 TN, Kleingruppen (max. 6 TN) bei Simulationstraining • vielschichtige Fallsituationen mit hohem Risikopotential von pflegebedürftigen Menschen unterschiedlichen Alters in unterschiedlichen Settings • Debriefing mit konsequenter Beleuchtung der Perspektive der pflegebedürftigen Person/Familie/Gemeinschaft • Hochkomplexe, risiko- und fehlerbehaftete Fallsituationen mit Fehler und unerwünschten Ereignissen • Simulation eines Qualitätsaudits zur Entwicklung des Handlungsrepertoires, des Selbstverständnisses sowie der Rolle und zum Einüben von Fertigkeiten im Zusammenhang mit dem QM • bei der Reflexion und beim Debriefing konsequente Einbeziehung der Lerninhalte der vorausgesetzten Module zur Wiederholung des Stoffs • Fish Bowle Diskussion zur Simulation und Reflexion von Auditgesprächssituationen • Pro-Contra Diskussion bzgl. der Eignung von Qualitätsindikatoren mit Rollenverteilung (z. B. Einrichtungsleitung, pflegebedürftige Person und ihre Bezugspersonen, Bürger/in, Qualitätsauditor/in) • Planung von Szenarien mit Studierenden und / oder Lehrenden anderer relevanter Professionen (u.a. Medizin, Therapie, Geburtshilfe / Hebammenwesen)
Ausgewählte Literatur	1. Brüggemann, H.; Bremer, P.; Zischka, S. (2024) Grundlagen Qualitätsmanagement Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. 2. Greß, S. and Jesberger, C. (2023): Auswirkungen des ordnungspolitischen Rahmens der Pflegeversicherung auf die Qualität der pflegerischen Versorgung, in A Schwinger, A Kuhlmey, S Greß, J Klauber and K Jacobs (eds) Pflege-Report 2023, Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, pp 145–155. 3. Große, Caroline (2021) Patientenorientierung im Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, Wiesbaden: Springer Fachmedien. 4. Petzina, R. and Wehkamp, K. (2019) Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, in R Haring (ed) Gesundheitswissenschaften, Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, pp 709–723. 5. Donabedian, A. (2003) An introduction to quality assurance in healthcare, New York: Oxford University Press. 6. Parasuraman, A.; Zeithaml, V.A. and Berry, L.L. (1988) 'SERVQUAL: a multi-item scale for measuring consumer perceptions of the service quality', Journal of Retailing, 64 (1): 12-40.
Vorkenntnisse	Pflegeprozess I-V
Prüfung	ModA

Allgemeinwissenschaftliches Wahlpflichtfach

	Semester 5	Niveau: L4	SWS: 4	ECTS: 5
Allgemeinwissenschaftliches Wahlpflichtfach	*LV aus dem Modulangebot der Fakultät 13 (2 SWS)* *LV aus dem Modulangebot der Fakultät 13 (2 SWS)*			
Autor:in				
Verantwortung	Fakultät 13 (Allgemeinwissenschaften)			
Aufwand: 150 h	Kontaktstudium: 60	Selbststudium: 50	Prüfungsvorbereitungen: 40	
Relevanz	Absolvent:innen der Hochschule können nur dann auf dem Arbeitsmarkt bestehen, wenn sie mehr als reine Fachkenntnisse mitbringen. Orientierendes und ergänzendes Wissen sowie fachübergreifend wirksame Handlungskompetenzen vermittelt das interdisziplinäre Angebot der Fakultät 13 SG (Studium Generale und Interdisziplinäre Studien). Es ist in fünf Kompetenzfelder gegliedert: • Reflexive Kompetenz • Gesellschaftspolitische Kompetenz • Künstlerische, visuelle, mediale und kreative Kompetenz • Interkulturelle, fremdsprachliche Kompetenz Die Studierenden können aus dem Lehrangebot der FK 13 frei wählen.			
Erwartete Kompetenzen FK = Fachkompetenz MK = Methodenkompetenz SoK = Sozialkompetenz SeK = Selbstkompetenz	wird von der Fakultät 13 definiert			
Inhalte Situationsmerkmale	wird von der Fakultät 13 definiert			
Vorkenntnisse	wird von der Fakultät 13 definiert			
Prüfung	wird von der Fakultät 13 definiert			

Modul: BNS_O_02	Semester 6	Niveau: L4	SWS: 4	ECTS: 5
Pflegeprozess VII	Person- und fallorientiertes Versorgungs- und Qualitätsmanagement *Person- und fallorientiertes Versorgungsmanagement (2 SWS)* *Person- und fallorientiertes Qualitätsmanagement (2 SWS)*			
Autor:in	Herold-Majumdar, Astrid			
Verantwortung	Siehe Anlage Studienplan			
Aufwand: 150 h	Kontaktstudium: 60	Selbststudium: 40	Prüfungsvorbereitungen: 50	
Rahmenlehrplan Fachkommission nach § 53 PflBG	CE 05, CE 06			
PflAPrV	Anlage 2: I 1a-f, h, 2e, 3f, 4b, 5d, 6d, II 1b, III 1a, b, 2f, III 3a-f, IV 2c, d, e, V 1d, V 2f, g			
	Anlage 5 Teil A: I 1-3, 7, III 1, 3, 4, IV 1, 2, 3, V 3., 7.			

Relevanz

Versorgungsprozesse und Arrangements Person orientiert zu gestalten, stellt in einem sektoral gegliederten Gesundheitssystem eine große Herausforderung dar. Die professionelle Pflege muss für die Qualitätssicherung und –entwicklung sowie für die Outcome-orientierte Steuerung von Versorgungsprozessen für ihren originären Aufgabenbereich und für Aufgaben, die von ärztlicher Seite auf die Pflege übertragen werden (Heilkundeübertragung) selbst die Verantwortung übernehmen. Pflegeziele sind im Arbeitsbündnis mit der pflegebedürftigen Person/Familie/Gruppe gemeinsam festzulegen. Ökonomische und ökologische Prinzipien sind bei der Versorgungsplanung und -steuerung zu beachten. Nachhaltiges Wirtschaften auf der individuellen und Meso-Ebene ist Bestandteil eines umfassenden Versorgungs- und QM-Ansatzes. Im interdisziplinären Team kann sich die Pflege mit ihrer Expertise zu Fragen des Qualitätsmanagements und der Versorgungssteuerung konstruktiv einbringen und dabei für die pflegebedürftige Person/Familie/Gruppe eine Fürsprache Funktion übernehmen. Fragen, welche Unterstützungs- und Steuerungssysteme für die Person zentrierte Gestaltung des Pflegeprozesses hilfreich und effektiv sind, sind hierbei wissenschaftlich fundiert zu bearbeiten, genauso wie Fragen zu erwünschten Outcomes und Zielparametern. Unerwünschte Ereignisse und Fehler sind von den Pflegefachpersonen zu identifizieren und Maßnahmen des Risikomanagements, der Fehlervorbeugung und Fehlerbehebung sind von der Berufsgruppe selbst einzuleiten und umzusetzen. Das Konstrukt der Pflegequalität ist wissenschaftlich fundiert und theoretisch zunächst sorgfältig zu klären, bevor Outcome-Parameter festgelegt, Methoden der Evaluation, des Case- und Care-Managements und des Qualitätsmanagements auf die Pflege übertragen werden.

Die menschliche Zuwendung (Caring) ist von Natur aus ein spontaner, freiwilliger, nicht planbarer Akt, der nicht vorgeschrieben werden kann und für den es Freiräume braucht. Die menschliche Zuwendung in der Pflege als wesentliches Element der Vertrauensbildung und der Heilkraft der Pflege (Watson 1996) spielt beim Outcome orientierten Versorgungsmanagement eine wichtige Rolle. Qualität stellt stets das Ergebnis eines Abwägungsprozesses dar, zwischen den Anforderungen externer Evidence bzw. Handlungsleitlinien und den jeweils ganz individuellen Anforderungen der einzigartigen, pflegebedürftigen Person und ihrer aktuellen Situation. Dabei müssen Interventionen an die Bedeutungszuschreibungen der Person zu ihrer gesundheitsrelevanten Situation bzw. zu gesundheitsrelevanten Lebensprozessen anschließen. Nur die pflegebedürftige Person selbst kann entscheiden, welche Risiken und Nebenwirkungen sie bereit ist, in Kauf zu nehmen, um mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit eine erwünschte Wirkung mit einer Intervention zu erzielen. Diese individuellen, klinischen Entscheidungsprozesse mit der pflegebedürftigen Person und ihren Bezugspersonen (Shared Decision Making) spielen bei der Versorgungssteuerung und Planung eine wichtige Rolle.

Die Logik des Aufbaus und der Finanzierung des Gesundheitssystems kann im Widerspruch zur Handlungslogik der pflegebedürftigen Person/Familie/Gruppe und der Profession stehen. Solche Widersprüche sind aufzudecken und im Rahmen des Versorgungs- und Qualitätsmanagements zu bearbeiten, indem konstruktive Lösungen mit der pflegebedürftigen Person und ihrem unmittelbaren, sozialen Umfeld entwickelt

werden. Wenn Widersprüche nicht zu lösen sind, trägt die professionelle Pflege Verantwortung, dass sie auf das Finanzierungs- und Gesundheitssystem zurückwirkt und Entwicklungen in Richtung fall- und Person zentrierte Versorgungssteuerung anstößt und befördert.

Erwartete Kompetenzen FK = Fachkompetenz MK = Methodenkompetenz SoK = Sozialkompetenz SeK = Selbstkompetenz	Die Studierenden • analysieren wissenschaftlich begründet rechtliche, ökonomische, ökologische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen sowie Verfahren der Versorgungssteuerung und des Qualitätsmanagements und reflektieren diese kritisch. (FK, MK, SeK, SoK) • wirken an der Entwicklung, Implementierung und Evaluation von wissenschaftsbasierten oder –orientierten innovativen Ansätzen des Qualitätsmanagements und der Qualitätsentwicklung mit. (FK, MK, SoK) • analysieren und reflektieren die pflegerischen und gesundheitlichen Versorgungsstrukturen, die Steuerung von Versorgungsprozessen sowie die Formen von intra- und interprofessioneller Zusammenarbeit und wirken an der nachhaltigen und Person zentrierten Gestaltung von Strukturen und Versorgungsprozessen auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse mit. (FK, MK, SoK) • bewerten Forschungsergebnisse und nutzen forschungsgestützte Problemlösungen sowie neue Technologien für die Gestaltung von Pflegeprozessen und nachhaltigen Strukturen und Versorgungsprozessen. (FK, MK, SoK) • übernehmen die Planung, Organisation, Gestaltung, Steuerung und Durchführung von Pflegeprozessen bei hochkomplexen Pflegebedarfen, auch in Zusammenhang mit der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten im Sinne der Heilkundeübertragung, spezifischen Klientengruppen in Pflegesituationen mit besonderen gesundheitlichen Problemlagen sowie in hoch belasteten und kritischen Lebenssituationen auf der Grundlage wissenschaftlicher Theorien, Modellen und Forschungsergebnisse. (FK, MK, SoK) • beteiligen sich an gesellschaftlichen Aushandlungsprozessen zur Pflege- und Versorgungsqualität. (FK, MK, SoK) • entscheiden verantwortlich über die Übernahme ärztlicher, heilkundlicher Tätigkeiten und gestalten die ihnen ärztlicherseits übertragenen Tätigkeiten verantwortlich aus und positionieren pflegewissenschaftliche Erkenntnisse im interdisziplinären Team. (FK, MK, SoK, SeK) • analysieren und reflektieren die pflegerischen und gesundheitlichen Versorgungsstrukturen, die Steuerung von Versorgungsprozessen sowie die Formen von intra- und interprofessioneller Zusammenarbeit und wirken an der Gestaltung von Strukturen und Versorgungsprozessen auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse mit. (FK, MK, SoK) • schätzen ihre eigenen Defizite und Potentiale bzgl. der eigenverantwortlichen Übernahme von ärztlichen Aufgaben im Rahmen der Heilkundeübertragung ein und bilden sich im Sinne des lebenslangen Lernens fort bzw. weiter (FK, MK) • beziehen freiwillig Engagierte zur Unterstützung und Bereicherung der Lebensgestaltung in die Versorgungsprozesse von Menschen aller Altersstufen ein. (FK, MK, SoK, SeK) • fördern und gestalten die Koordination und Zusammenarbeit zwischen familialen, selbst organisierten Systemen sowie den sozialen Netzwerken und den professionellen Pflegesystemen in der pflegerischen Versorgung von Menschen aller Altersstufen und beziehen dabei kulturelle Aspekte mit ein. (FK, MK, SoK, SeK) • identifizieren Widersprüche zwischen der Handlungslogik des Gesundheitssystems und ihrer Vertreter:innen, der Handlungslogik der pflegebedürftigen Person/ Familie/Gruppe und der eigenen, beruflichen Handlungslogik, die dem Berufsethos verpflichtet ist, und bearbeiten diese konstruktiv. (SoK, SeK) • kennen ausgewählte Methoden des Case- und Care Managements und wenden diese Person zentriert und situationsadäquat in der jeweils individuellen Handlungssituation an. (MK, SoK) • kennen ausgewählte und innovative Unterstützungssysteme und Tools für das QM und die Versorgungssteuerung, wenden diese Person zentriert an und tragen zu deren Implementierung und Weiterentwicklung bei. (FK, MK, SoK) • setzen sich kritisch mit den impliziten Paradigmen von Konzepten des Versorgungs- und Qualitätsmanagements (z. B. Patientenzufriedenheit) auseinander und entscheiden über die Transfermöglichkeit in das Handlungsfeld der Pflege. (FK, MK, SeK)

Inhalte Situationsmerkmale	**Handlungsanlässe** • (sektorale, setting-bezogene) Versorgungsübergänge • hochkomplexe Fallkonstellationen mit vielschichtigen Anforderungen (z. B. interdisziplinäre Zusammenarbeit, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit, komplexe Versorgungsarrangements, Mischfinanzierung) an das Gesundheits- und Versorgungssystem • Gestaltung, Umsetzung und Evaluation der Gesundheitsversorgung und Pflege bereichs- und berufsgruppenübergreifend • Gestaltung, Umsetzung und Evaluation des Pflegeprozesses und der pflegerischen Anteile des interdisziplinären Versorgungsprozesses • Gestaltung, Umsetzung und Evaluation des interdisziplinären und sektorenübergreifenden Versorgungsprozesses (auch im Sinne der Heilkundeübertragung) aus fachpflegerischer Perspektive • kulturelle Aspekte sozialer Netzwerke und informaler Strukturen, die für die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen von Bedeutung sind • prekäre Wohnsituationen, in denen Pflege und Versorgung stattfinden • Rehabilitationsbedarf und Rehabilitationsfähigkeit • nachhaltig wirtschaftliche Gestaltung von Versorgungsprozessen • Situationen, die für die Patientensicherheit und das Risikomanagement bedeutungsvoll sind **Kontextbedingungen** • ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen und deren Übergänge • Übergänge von u.a. kurativer, rehabilitativer, palliativer Versorgung • Komplexbehandlung (z. B. ambulante, geriatrische Rehabilitation) • Abstimmung von medizinisch-pflegerischer Versorgung mit dem Schul- und Berufsleben der pflegebedürftigen Person • Teilhabe und Lebensqualität-fördernde, komplexe Versorgungsprozesse bei Langzeitpflegebedarf in allen Altersstufen • gesetzliche Rahmenbedingungen des Case Managements • gesetzliche Rahmenbedingungen des Qualitätsmanagements in den unterschiedlichen Settings (u.a. SGB V, SGB XI, SGB IX) • Versorgungs- und Qualitätsmanagementansätze aus anderen Bereichen und Branchen sowie Transferprobleme • Qualitätsplanungs- und Dokumentationssysteme (z. B. QM Handbuch, Planung und Dokumentation von Pflegevisiten und Fallkonferenzen, Prozessablaufplanung, standardisierte Prozessabläufe im Zusammenhang mit der Versorgung pflegebedürftiger Menschen) **Ausgewählte Akteure** • Akteur:innen im zentralen und dezentralen Stab von Gesundheitseinrichtungen, die für das QM bzw. für das Case Management verantwortlich sind (z. B. QM-Beauftragte(r)) • Soziale Arbeit, Sozialdienst im Überleitungsmanagement • Case Manager:innen • Mitarbeiter:innen der Überleitungspflege • Mitarbeiter:innen des Medizinischen Dienstes (u.a. Begutachtung der Pflegebedürftigkeit, externe Qualitätssicherung) • Akteure im sozialen Raum der pflegebedürftigen Person (z. B. Nachbarschaftshilfe, Netzwerke und Hilfestrukturen im Quartier) • Pflegende Angehörige • Kostenträger • Anbieter von Steuerungstools (z. B. digitalisierte Pflege-prozessplanung, telemedizinische Tools, Tools für interdisziplinäre Videokonferenzen) **Erleben, deuten, verarbeiten** • Sich als sicher und kompetent erleben im interdisziplinären Team bei der Gestaltung von hochkomplexen Versorgungsprozessen und bei der Umsetzung von QM-Maßnahmen. • Widersprüche bei den Erwartungen und Anforderungen an den Versorgungs- und QM-Prozess aushalten können und Person zentrierte Lösungen im Rahmen der gesetzlichen und strukturellen Bedingungen entwickeln **Handlungsmuster** • eigenverantwortliche Gestaltung des einzelfallbezogenen Case- und QM- Managements • eigenverantwortliche Evaluation des Pflegeprozesses hinsichtlich der Erreichung von Pflegezielen

▶Inhalte Situationsmerkmale	• Planung und Dokumentation von qualitätsrelevanten Versorgungsstrukturen und Prozessen • Outcome-orientierte Steuerung von Pflegeprozessen • Mitgestaltung bereichs- und organisationsübergreifender Maßnahmen des Case- und QM-Managements • Mitarbeit in intra- und interdisziplinären Teams des Case- und QM-Managements (z. B. Qualitätszirkel)
Wissensgrundlagen	• Grundlagen des Qualitätsmanagements • DNQP-Expertenstandards • Fallverstehen und Pflegediagnostik als Ausgangspunkt • Methodengestütztes Fallverstehen (z. B. Biographiearbeit, Genogramm, Soziogramm, Netzwerkanalyse, kollegiale Fallberatung) • Angewandte und innovative Methoden und Tools zur Unterstützung der Fallsteuerung (z. B. digital unterstützte Pflegediagnostik anhand wissenschaftlich fundierter Klassifikationssysteme) und des QM (z. B. digital unterstütztes, einrichtungsübergreifendes Critical Incident Reporting System) • Merkmale und Analyse komplexer Fälle, Priorisierung von Handlungsbedarfen und Interventionsplanung • Versorgungskontinuität und -qualität • Case Management in der Rehabilitation • Case Management in der Palliation • Soziale Teilhabe und Lebensqualität als wichtige Ergebnisse der Pflege • ethische Dimensionen des Case Managements als Steuerungsinstrument • Kosten-Nutzen-Analyse und nachhaltige Gesundheitsökonomie, nachhaltiges Fallmanagement • DNQP-Expertenstandards, Entlassungsmanagement • Überleitungspflege • Grundlagen des Leistungsrechts in Bezug auf Versorgungs- und Qualitätsmanagement • Fall-Steuerungsmethoden im Gesundheitssystem • Steuerung von Versorgungsprozessen über Outcomes • Outcome- und Qualitätsindikatorenforschung • Case Management und die Rolle des Case Managers bzw. der Case Managerin im Versorgungssystem • Clinical Pathways • Integrierte Versorgung
Lernen in der simulativen Lernumgebung	• Simulation einer Überleitungssituation mit Beratung und Patientenedukation anhand komplexer Fälle (z. B. Vielschichtigkeit des Falles aufgrund Dynamik der Gesundheits- und Versorgungssituation, Anforderungen an das Versorgungsarrangement) mit Verteilung unterschiedlicher Rollen unter Verwendung von Vorlagen und Dokumenten des Case Managements (z. B. Vorlage für einen pflegerischen Überleitungsbogen, Patientenschulungs- und Informationsmaterial) • Simulation von Gesprächssituationen zur Information und Schulung von Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen mit unterschiedlichen kognitiven, emotionalen sozialen und kulturellen Voraussetzungen bei chronischen, rezidivierenden Erkrankungen (z. B. Diabetes Typ I) • Simulation von Gesprächssituationen zur Information und Schulung von Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen mit unterschiedlichen kognitiven, emotionalen sozialen und kulturellen Voraussetzungen bei psychiatrischen Erkrankungen (z. B. Depression, Essstörung, Schizophrenie) • Arbeit mit Fallvignetten und konkreten Aufgabenstellungen zum Qualitäts- und Fallmanagement (z. B. Erstellung einer Entlassungsplanung mit Hilfe der Übersicht des DNQP-Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege) • Simulation eines Qualitätszirkels mit der Aufgabenstellung der Umsetzung der DNQP-Expertenstandards im konkreten Pflegeprozess mit Verteilung unterschiedlicher Rollen (u.a. Pflegedienstleitung, Pflegefachperson, Pflegehilfsperson, QM-Beauftragte:r, Beobachter:in) • Simulation eines Entlassungsgesprächs in der geriatrischen Rehabilitation mit Entlassung in das häusliche Umfeld mit Verteilung unterschiedlicher Rollen (u.a. Rehabilitand:in, Bezugsperson/Angehöriger, Pflegefachperson, Therapeut:in, Arzt/Ärztin)

▶Lernen in der simulativen Lernumgebung	• Simulation eines Entlassungsgesprächs in der Neonatologie mit Eltern eines frühgeborenen Kindes mit Verteilung unterschiedlicher Rollen (u.a. Eltern, Bezugsperson z. B. Großeltern, Pflegefachperson) unter Einbeziehung digitaler Unterstützungstechnik z. B. Tele Monitoring • Simulation eines externen/internen Qualitätsaudits mit Erstellung und Anwendung einer Auditcheckliste und mit unterschiedlichen Rollen (u.a. QM-Beauftragte/r, Pflegedienstleitung, Pflegefachperson, Auditor/in) • Simulation interprofessioneller Szenarien mit dem Fokus auf interprofessionelle Zusammenarbeit, Delegation und Übernahme von Aufgaben (in beide Richtungen).
Anregung für Lern- und Arbeitsaufgaben	• Workshop zum Ausprobieren von Instrumenten und Methoden für die Prozessanalyse und –Gestaltung (z. B. Entwicklung einer Prozesslandschaft für einen komplexen Versorgungsprozess mit Überleitung) • Durchführung und Reflexion eines Pflegeplanungsgesprächs mit Verteilung unterschiedlicher Rollen (z. B. pflegebedürftige Person, pflegende Angehörige, Pflegefachperson) • Durchführung und Reflexion schriftlicher Pflegeplanung und Dokumentation anhand von Fallvignetten • Durchführung und Reflexion eines interdisziplinären Versorgungsplanungsgesprächs einschließlich Hilfeplanung (Soziale Arbeit) • Fallvignetten mit beispielhaft ausgeführten Versorgungsbrüchen • Problemorientiertes Lernen (PoL) anhand der in der beruflichen Praxis erlebten Fälle und Probleme (im Zusammenhang mit dem Versorgungs- und Qualitätsmanagement) der Studierenden • Analyse und kritische Bewertung von Qualitätsberichten akutstationären Versorgung • Analyse und kritische Bewertung von Qualitätsberichten von Aufsichtsbehörden (z. B. Medizinischer Dienst, Heimaufsicht) mit Erarbeitung von Vorschlägen für die Umsetzung von Verbesserungspotentialen in Bezug auf die unmittelbare Versorgung von pflegebedürftigen Menschen • wissenschaftliche Analyse und Bewertung (z. B. Recherche und Bewertung der psychometrischen Eigenschaften, Testgütekriterien) von Outcome-Parametern zur Steuerung der Versorgungsqualität • Entwicklung von Forschungsansätzen zur Überprüfung und Entwicklung von pflegesensitiven Outcome-Parametern unter Hinzuziehung internationaler Literatur • kritische, wissenschaftliche Bewertung von Überleitungsbögen und anderen Vorlagen sowie Standards des Versorgungs- und Qualitätsmanagements • Durchführung komplexer Szenarien im interprofessionellen Setting mit Fokus auf prozessuale Kompetenzen und Role Making (aktive und kritisch-reflexive Gestaltung der professionellen Rolle) im Versorgungsprozess
Didaktischer Kommentar	Lehrveranstaltungsart: SU 2/30 TN Bei der Auswahl der Fallsituationen in den Fallvignetten, in der Simulationsumgebung und beim PoL soll darauf geachtet werden, dass hochkomplexe, von Diversität geprägte Fälle mit hohen Anforderungen an das QM und an das Versorgungsmanagement bearbeitet werden. Durch den Perspektivwechsel in Positionen, die üblicherweise in der praktischen Ausbildung nicht eingenommen werden (z. B. zentraler oder dezentraler Stab des QM einer Pflegeeinrichtung, pflegende Angehörige) soll das Verständnis für die jeweilige Situation der Akteure verbessert und Konsequenzen für das eigene berufliche Handeln gezogen werden. Durch die Öffnung von Workshops und von simulativen Lernumgebungen für Studierende anderer, in der beruflichen Praxis, kooperierender Berufsgruppen (z. B. Soziale Arbeit, Medizin, Psychologie) soll das gegenseitige Verständnis für die jeweiligen Anforderungen an das Versorgungs- und Qualitätsmanagement geweckt werden. Dozenturen von Gästen aus den verschiedenen Versorgungsbereichen des Gesundheitssystems mit Diskussion von Problemen der Versorgungskontinuität und –Qualität sollen den Einblick in das komplexe Versorgungssystem erweitern. Gastdozenturen von interdisziplinären Vertreter:innen des Case Managements und Qualitätsmanagements sowie von Kostenträgern und Behörden, die für die externe Qualitätssicherung und Versorgungssteuerung zuständig sind, vermitteln das Verständnis für Zusammenhänge und unterschiedliche Sichtweisen auf den Versorgungsprozess.

Ausgewählte Literatur	1. Greß, S. and Jesberger, C. (2023) Auswirkungen des ordnungspolitischen Rahmens der Pflegeversicherung auf die Qualität der pflegerischen Versorgung, in A Schwinger, A Kuhlmey, S Greß, J Klauber and K Jacobs (eds) Pflege-Report 2023, Berlin, Heidelberg: Springer, pp 145–155. 2. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen IQTIG (2022) Bundesqualitätsbericht 2022, Berlin, https://www.iqtig.org/ . 3. Kuntsche, P. and Börchers, K. (2017) Qualitäts- und Risikomanagement im Gesundheitswesen, Berlin, Heidelberg: Springer. 4. Weatherly, J.N. (ed) (2017) Versorgungsmanagement in der Praxis des deutschen Gesundheitswesens, Wiesbaden: Springer VS
Vorkenntnisse	Evidence-based Nursing I Pflegeprozess I Pflegeprozess II Arbeitsbündnis) Pflegetheorie Pflegeprozess III Pflegeprozess IV Forschungsmethodik Ethik I Pflegeprozess V
Prüfung	schrP (1. schriftliche Aufsichtsarbeit/Berufszulassung gem. § 35 PflAPrV)

Modul BNS_W_11	**Semester 6**	**Niveau: L3**	**SWS: 4**	**ECTS: 5**
Medizinisch-psychologische Grundlagen im Kontext der HKÜ	*Krankheitslehre II (Spezielle Krankheitslehre) (4 SWS) im Kontext der HKÜ*			
Autor:in	Brönner			
Verantwortung	Siehe Anlage Studienplan			
Aufwand: 150 h	Kontaktstudium: 60	Selbststudium: 40	Prüfungsvorbereitungen: 50	
Rahmenlehrplan Fachkommission nach § 53 PflBG	CE02, CE04-CE08, CE10-CE11.			
PflAPrV	Anlage 2: I1d, I2a, e, f, I3a,b,c,e, I4a, I5a, I6a,b, II1b,d,e, II2a,c, 3c, III 2a,b,c,d,e IV1b, V1a,c, V2a			
	Anlage 5 Teil A: I 1., 2., 3., 4., 7.; II 3.; III 1, 2.; IV 2, 3; V 2, 3,4, 5, 6, 7 Anlage 5 Teil B: III.6.; IV. 4. Empfehlungen der Fachkommission nach § 53 PflBG: G, W1, W2, W3			

Relevanz	Auf Grundlage des in den beiden vorangehenden Modulen „Medizinische und psychologische Grundlagen I und II“ erlernten Wissens, sollen den Studierenden in diesem dritten Modul im 4. Semester die wichtigsten Krankheiten der verschiedenen Organ- und Steuerungssysteme des menschlichen Körpers vermittelt werden. Die Studierenden sollen in der Lage sein, die wichtigsten Krankheiten zu erkennen, Symptome zuordnen zu können und über die gängigsten Therapieverfahren informiert sein. Dies ist von Relevanz insbesondere auch im Hinblick auf die eigenständige Übernahme ärztlicher Tätigkeiten im Rahmen der Heilkundeübertragung, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig sind.Dieses Wissen wiederum dient als Voraussetzung für die Fallarbeit im vierten Modul „Medizinische und psychologische Grundlagen IV“.
Erwartete Kompetenzen FK = Fachkompetenz MK = Methodenkompetenz SoK = Sozialkompetenz SeK = Selbstkompetenz	Die Studierenden • erkennen die Bedeutung der Ätiologie wichtiger Erkrankungen im Hinblick auf Prävention und Gesundheitsförderung (FK) • verfügen über ein integratives Verständnis von physischen, psychischen und psychosomatischen Zusammenhängen in der Pflege von Menschen aller Altersstufen und Diversitäten (FK) • kennen die wichtigsten Krankheitsbilder aus den verschiedenen Organ- und Steuerungssystemen des menschlichen Körpers (FK) • kennen die wichtigsten Krankheitsbilder (inkl. Behinderungen) des Kindes-, Erwachsenen- und des Seniorenalters aus den jeweiligen Organ- und Steuerungssystemen des menschlichen Körpers (FK) • unterstützen Menschen aller Altersstufen mit angeborener oder erworbener Behinderung, um sie - im Sinne der rehabilitativ-therapeutischen Pflege - zu einer möglichst selbständigen Lebensführung und sozialen Teilhabe zu befähigen (FK, MK, SoK) • pflegen, begleiten, unterstützen und beraten Menschen aller Altersstufen und Diversitäten und ihre Bezugspersonen bei entsprechenden alterstypischen Erkrankungen z. B. Frühgeburt, Demenz, schwere chronische Krankheitsverläufe sowie bei akuten und chronischen Schmerzen und am Lebensende (FK, MK, SoK) • informieren und erklären pflegebedürftigen Menschen aller Altersstufen und ihren Angehörigen/ Bezugspersonen die Grundlagen und Therapiemöglichkeiten der wichtigsten Erkrankungen des menschlichen Körpers. Die Gesprächsführung ist dabei gekennzeichnet von Empathie, Wertschätzung, Achtsamkeit und Kongruenz. (FK, MK, SeK, SoK) • beraten zu pflegende Menschen und ihre Bezugspersonen im Umgang mit krankheits- sowie therapie- und pflegebedingten Anforderungen norm- und werteorientiert und befähigen sie (unter Wahrung der Selbstbestimmungsrechte und unter Berücksichtigung der spezifischen Gewohnheiten und Bedürfnisse), ihre Gesundheitsziele in größtmöglicher Selbständigkeit und Selbstbestimmung zu erreichen (FK, MK, SoK, SeK) • können wichtige Symptome der entsprechenden Erkrankung bzw. dem entsprechenden Organ-/Steuerungssystem des menschlichen Körpers zuordnen (FK) • führen entsprechend den rechtlichen Bestimmungen eigenständig ärztlich veranlasste Maßnahmen und im Rahmen der Heilkundeübertragung übertragene ärzt-

▶ Erwartete Kompetenzen	liche Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie bei Menschen aller Altersstufen durch. Grundsätze der Nachhaltigkeit und Wirtschaftlichkeit werden dabei berücksichtigt. (FK, MK)beachten umfassend die Anforderungen der Hygiene und wirken an der Infektionsprävention in den unterschiedlichen pflegerischen Versorgungsbereichen mit (FK, MK) • unterstützen und begleiten zu pflegende Menschen aller Altersstufen umfassend, auch bei invasiven Maßnahmen der Diagnostik und Therapie (FK, MK) • Schätzen chronische Wunden bei Menschen aller Altersstufen prozessbegleitend ein und versorgen sie verordnungsgerecht (FK, MK). Sie übernehmen hier auch eigenständig übertragene ärztliche Tätigkeiten. • erkennen instabile gesundheitliche und vulnerable Lebenssituationen bei Menschen aller Altersstufen und schätzen Pflegeanlässe entsprechend ein (FK, MK) • erheben, erklären und interpretieren pflegebezogene Daten von Menschen aller Altersstufen in gesundheitlichen Problemlagen (FK, MK) • erkennen lebensbedrohliche Situationen, treffen erforderliche Interventionsentscheidungen und leiten lebenserhaltende Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärzte ein (FK, MK) • überprüfen und festigen erlerntes Wissen in Lerngruppen (FK, SeK, SoK) • reflektieren ihre Übungen im SimLab in der LV bzw. Lerngruppe (FK, MK, SeK, SoK) • erschließen sich selbständig neue Informationen zu ausgewählten Aspekten in der Versorgung von Menschen aller Altersstufen aus den Wissensbereichen der Pflege, Gesundheitsförderung und Medizin (Ätiologie, Pathogenese, Symptomatik, Diagnostik und Therapiemöglichkeiten diverser Erkrankungen) (FK, MK, SeK) • setzen sich für die Umsetzung evidenzbasierter und/oder interprofessioneller Leitlinien und Standards ein (FK, MK) • vertreten die Notwendigkeit, die Wissensgrundlagen des eigenen Handelns kontinuierlich zu überprüfen und gegebenenfalls zu verändern (FK, MK) • bewerten das lebenslange Lernen als ein Element der persönlichen und beruflichen Weiterentwicklung und übernehmen Eigeninitiative und Verantwortung für das eigene Lernen und nutzen hierfür auch moderne Informations- und Kommunikationstechnologien (FK, MK, SeK) • schätzen ihre eigenen Defizite und Potentiale bzgl. der eigenverantwortlichen Übernahme von ärztlichen Aufgaben im Rahmen der Heilkundeübertragung ein und bilden sich im Sinne des lebenslangen Lernens fort bzw. weiter.
Inhalte Situationsmerkmale	**Handlungsanlässe** • Verständnis der Ätiologie, Pathogenese, Symptomatik und Therapie von Krankheiten • Verständnis der altersspezifischen Krankheiten im Lebenslauf • Pflegeanamnese und -assessment • Beratung/Gespräche mit pflegebedürftigen Menschen und ihren Bezugspersonen • Interdisziplinäre Zusammenarbeit • Substitution und eigenverantwortliche Übernahme von Tätigkeiten des Arztes bzw. der Ärztin im Sinne der Heilkundeübertragung, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig sind, in enger Abstimmung mit dem behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Ärztin **Kontextbedingungen** • Spezielle Krankheitslehre nach Organ- und Steuerungssystemen des menschlichen Körpers: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen der Atemwege, Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes, Erkrankungen der Fortpflanzungs- und Ausscheidungsorgane, Stoffwechselerkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Hauterkrankungen, Erkrankungen der Sinnesorgane (inkl. Taubheit, Blindheit), des Nervensystems und psychische Störungen. • Die Ätiologie, die Pathogenese, die Symptomatik, die Diagnostik und die Therapiemöglichkeiten (chirurgisch, pharmakotherapeutisch, psychotherapeutisch) werden für jedes Organsystem vermittelt, ebenso relevante altersspezifische Erkrankungen der einzelnen Organ-/Steuerungssysteme (Pädiatrie, Geriatrie) **Ausgewählte Akteure** • Studierende mit wenig Pflegeerfahrung • Lerngruppe • Zu pflegende Menschen aller Altersstufen • Angehörige und Bezugspersonen

▶ Inhalte Situationsmerkmale	• Interdisziplinäres Team **Erleben, deuten, verarbeiten** Studierende können • auf Grundlage ihres erworbenen Wissens Krankheitssymptome deuten und den entsprechenden Organen/ Organsystemen zuordnen • das Wissen um die verschiedenen Krankheiten und Störungen und die damit in Verbindung stehende Limitierung des menschlichen Lebens erleben und verarbeiten **Handlungsmuster** • Pathologie und Pathophysiologie theoretisch und praktisch im SimLab und mit Hilfe diverser Medien/Modelle erlernen • Im SimLab erste Pflegemaßnahmen und ärztlich übertragene Tätigkeiten (im Sinne der Heilkundeübertragung) bei ausgewählten Krankheiten üben • Krankenbeobachtung • Körperstatuserhebung
Wissensgrundlagen	• Anatomie und Physiologie • Pathologie und Pathophysiologie • Ätiologie im Hinblick auf Prävention und Gesundheitsförderung • Chronische Krankheiten und Behinderung • Therapie- und Rehabilitationsmöglichkeiten altersspezifisch und settingspezifisch • Grundlagen altersspezifischer Erkrankungen in den wichtigsten medizinischen Fachbereichen (z. B. angeborene Herzfehler, Autismus, ADHS, pAVK , Diabetes mellitus, Demenz, chron. Wunden)
Lernen in der simulativen Lernumgebung	• Das Erkennen von und das pflegerische Handeln bei den unterschiedlichen Erkrankungen der Organ- und Steuerungssysteme des Menschen verschiedener Altersstufen wird in der simulativen Lernumgebung (SimLab) am Pflegesimulator (z. B. Nursing Anne) geübt • Körperstatuserhebung (inkl. Auskultation und Perkussion) am Pflegesimulator • interprofessionelle Szenarien mit Fokus auf interprofessionelle Zusammenarbeit, Delegation und Übernahme von Aufgaben (in beide Richtungen)
Anregung für Lern- und Arbeitsaufgaben	• Selbstständiges Erarbeiten kleiner Wissenseinheiten in der Kleingruppe • Gruppenarbeit • Selbsterfahrungsübungen bzgl. ausgewählter Beeinträchtigungen (Taubheit, Blindheit, Parese) • Lernen in der simulativen Lernumgebung (s.o.) • komplexe Szenarien im interprofessionellen Setting mit Fokus auf prozessuale Kompetenzen und Role Making (aktive und kritisch-reflexive Gestaltung der professionellen Rolle) im Versorgungsprozess • Lernspiele/Quiz
Didaktischer Kommentar	Lehrveranstaltungsart: SU 2/30 TN • Die Übungen in der simulativen Lernumgebung (SimLab) erfordern kleinere Gruppen (à 3-4 Studierende pro Pflegesimulator)
Ausgewählte Literatur	1. Schoppmeyer, Marianne (Hrsg.) (2018) Gesundheits- und Krankheitslehre für Pflege – und Gesundheitsfachberufe (4. Aufl.); München: Elsevier 2. Keller, C. und Menche, N. (2017) PFLEGEN Gesundheits-und Krankheitslehre; München: Elsevier 3. I care (Hrsg.) Krankheitslehre (2015); Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG 4. Leucht, Stefan und Förstl, Hans (Hrsg.) (2018) Kurzlehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie (2. Aufl.); Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG 5. Gouzoulis-Mayfrank, E. und Haupt, W.F. (2016) Neurologie und Psychiatrie für Pflegeberufe (11. Aufl.); Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG 6. Thiel, H., Jensen, M., Traxler, S. (Hrsg.) (2016) Klinikleitfaden Psychiatrische Pflege (4. Aufl.); Urban & Fischer in Elsevier
Vorkenntnisse	Medizinische Grundlagen I + II Pflegeprozess I
Prüfung	mündlP

Modul BNS_H_11	Semester 6	Niveau: 4	SWS: 4	ECTS: 5
Kommunikation & Beratung II	Kommunikation & Beratung II *Grundlagen der Interaktion/Kommunikation (2 SWS)* *Übungen zur Interaktion/Kommunikation (2 SWS)*			
Autor:in	Andreas Fraunhofer Cicek, Ayse			
Verantwortung	Siehe Anlage Studienplan			
Aufwand: 150 h	Kontaktstudium: 60	Selbststudium: 40	Prüfungsvorbereitungen: 50	
Rahmenlehrplan Fachkommission nach § 53 PflBG	CE 01, CE 02, CE 03, CE 04, CE 05, CE 07, CE 08, CE 09, CE 10, CE 11			
PflAPrV	Anlage 2: I 1c, d, e, g, 2c, 3a, b, e, f, 5b, d, 6d, II 1a-g, 2a-d, 3a, b, V 1b, c, d Anlage 5 Teil A: I 2., 3., 5., 6., II1., 2., 3., 4., II 3., V 3., 5., 6., 7.			

Relevanz	In diesem Modul wird die vertiefte, professionelle Gestaltung von Kommunikations- und Interaktionsprozessen in verschiedenen Settings insbesondere mit dem Fokus der Heilkundeübertragung eingeübt und reflektiert. Fokus liegt auch im vertieften Lebenslauf und in der settingspezifische Beratung im sozio-politischen und leistungs- und haftungsrechtlichen Kontext. Die vertieften theoretischen Grundlagen der klientenorientierten Beratung und personenzentrierten Gesprächsführung stehen auch hier im Mittelpunkt und werden angewandt und kritisch reflektiert.
Erwartete Kompetenzen FK = Fachkompetenz MK = Methodenkompetenz SoK = Sozialkompetenz SeK = Selbstkompetenz	Die Studierenden • haben profunde, theoretische Grundlagen, Techniken und Prinzipien der verbalen und nonverbalen, situationsspezifischen Kommunikation. (FK, MK,) • verfestigen ihre Kompetenzen der klientenzentrierten, systemischen, familien- oder/und gruppenbezogenen Gesprächsführung und Beratung (FK, MK, SeK, SoK) • verfügen über fundierte Kenntnisse der verbalen und nonverbalen Kommunikation und Interaktion. (FK, MK) • verfügen über ein sicheres Wissen und Verstehen den adressatengerechten Einsatz von Kommunikationstechniken und -methoden in der Pflege. (FK, MK) • können vertieft, gezielt und ressourcenorientiert Gespräche und Beziehungen mit pflegebedürftigen Menschen, ihren An- und Zugehörigen und weiteren Stakeholdern führen, leiten und beenden. (MK) • sind in der Lage, Informationen adressatengerecht zu präsentieren und pflegebedürftige Menschen bzw. deren Angehörigen zu beraten bzw. zu informieren. (FK, MK) • beziehen freiwillig Engagierte zur Unterstützung und Bereicherung der Lebensgestaltung in den Beratungsprozess ein. (FK, MK, SoK, SeK) • können Gespräche mit und zwischen anderen Akteuren, wie Krankenkassen, Sanitätshäuser etc. des Gesundheits-/ Pflegewesens initiieren und führen. (FK, MK) • können mit unterschiedlichen Berufsgruppen/Zielgruppen zusammenarbeiten und dabei multidisziplinäre und berufsübergreifende norm- und werteorientiert Lösungen entwickeln. Dies gilt insbesondere im Verhältnis zu Ärzten und Ärztinnen unter Berücksichtigung der eigenverantwortlichen Ausübung heilkundlicher Aufgaben. (FK, MK, SeK, SoK) • erarbeiten ein wissenschaftlich fundiertes Verständnis für unterschiedliche Informations-, Anleitungs- und gelingende Beratungssituationen insb. in Bezug auf die eigenverantwortliche Ausübung der Heilkunde. Sie können individuelle Informations-, Anleitungs- und Beratungsbedürfnisse identifizieren (z. B. nach Zielgruppe, Beratungsanlass oder Hintergrund des Gesprächspartners). (FK, MK, SeK, SoK) • sind in der Lage, mögliche förderlichen Faktoren und Barrieren für Informations-, Anleitungs- und gelingende Beratungssituationen zu identifizieren und zu analysieren. (FK, MK) • können eigene Standpunkte professionell reflektieren, formulieren und argumentieren, sowie präzise mündlich und schriftlich wiedergeben. (FK, MK, SeK, SoK) • fördern die Entwicklung und Autonomie in der Lebensspanne und unterstützen Menschen aller Altersgruppen bei der Lebensgestaltung auf der Grundlage pflege-

und bezugswissenschaftlicher Methoden und Forschungsergebnisse. (FK, MK, SeK, SoK)
- konzipieren, gestalten, reflektieren und evaluieren Beratungs- und Schulungskonzepte auf der Basis gesicherter Forschungsergebnisse. (FK, MK, SeK, SoK)

Inhalte Situationsmerkmale	**Handlungsanlässe** • Vertiefung von theoretischen Grundlagen der Kommunikation und sozialer Interaktion. Risiken und Grenzen in der Kommunikation; • Trainieren von Beobachtung, Wahrnehmung, Beschreibung, Bewertung sowie Reflexion von Kommunikation und Interaktion. • Theoretische Grundlagen und praktisches Trainieren von Anleitungen und Beratungen **Kontextbedingungen** • Erweiterte Kenntnisse der Kommunikationstheorie und der sozialen Interaktion • Intensivierung der Wahrnehmung, Beobachtung, Beschreibung, Analyse und Beurteilung • Reflektiertes Anwenden und vertieftes Einüben von allgemeinen Wahrnehmungs- und Kommunikationstechniken; auch in Bezug auf die Ausübung von Heilkunde • Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung, • Pflegeeinrichtungen und Einzelpersonen nach • Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen sowie **Ausgewählte Akteure** • Angehörige und Bezugspersonen • Interprofessionelle Team in Versorgungsalltag (wie Ärzte, Psychologen) • Krankenkassen und Sanitätshäuser • Agenturen für Arbeit und Träger der Grundsicherung • Beratung von Eltern mit pflegebedürftigen Kindern **Erleben, deuten, verarbeiten** Die Studierenden können: • auf der Metaebene zwischen Wahrnehmung, Beobachtung, Bewertung und Interpretation unterscheiden. • sich auf der Grundlage spezifischer Kommunikations- und Beratungstheorien als tätige Personen in der Pflege erfahren • einen reflektierten und kritischen Umgang mit eigenen Kommunikation-Situationen reflektieren. **Handlungsmuster** • Relevante wissenschaftliche Kommunikationstheorie differenzieren und kritisch reflektieren können • Sichere Anwendung von Kommunikationstechniken • Kommunikationsstörungen erkennen, bewerten und adäquate Lösungsoptionen erarbeiten und umsetzten
Wissensgrundlagen	Die Studierenden sind in der Lage: • im vertieften Lebenslauf und in der setting-spezifischen Beratung im sozio-politischen und leistungsrechtlichen Kontext Kommunikationstechniken zu nutzen • die theoretischen Grundlagen der klientenorientierten Beratung und personenzentrierten Gesprächsführung beschreiben • die Unterschiede und Gemeinsamkeiten wichtiger Theorien und Praktiken von Gesprächsführung und Beratung darstellen • Konzepte zur erfolgreichen Konfliktlösung, Beratung und Gesprächsführung, Kommunikationstheorien anzuwenden • Beratungskonzepte und –theorien, sowie evidenzbasierte Beratung anwenden • Rechtsfragen im Zusammenhang mit Beratung z. B. Haftungsfragen beantworten • Den Unterschied von Beratung und Schulung, Anleitung, Information zu erläutern.
Lernen in der simulativen Lernumgebung	Die Studierenden • können Gespräche im simulierten Pflegealltag unter Einbeziehung vertiefter kommunikationstheoretischer Grundlagen führen und kritisch reflektieren • können die Bedeutung von vertiefter Kommunikation und intensiver Gesprächsführung in der Pflege analysieren • sind in der Lage, unterschiedliche Theorien und Modelle der Kommunikation und Gesprächsführung sicher zu erörtern und kritisch zu diskutieren

▶Lernen in der simulativen Lernumgebung	• werden befähigt, eine praktische Auseinandersetzung mit Bedingungen und Effekten gelingender Kommunikation und Gesprächsführung in der Pflege zu führen • kKönnen auch in herausfordernden Situationen, wie Konflikten oder Krisen, sicher kommunizieren
Anregung für Lern- und Arbeitsaufgaben	• Einüben erweiterter Kenntnisse der Kommunikationstheorie und der sozialen Interaktion • Einüben der vertieften Wahrnehmung, Beobachtung, Beschreibung, Analyse und Beurteilung sowie das Anwenden und Einüben von allgemeinen Wahrnehmungs- und Kommunikationstechniken in unterschiedlichen Lerngruppen • selbstständige Vorbereitung und Durchführung von komplexen Gesprächssituationen in verschiedenen Situationen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit, insbesondere mit Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung (stark) eingeschränkt sind bzw. die auf die Ausübung von Heilkunde durch die Pflegefachperson angewiesen sind • Einüben von sicherem, konstruktivem Feedback (geben und nehmen) und Selbstreflexion
Didaktischer Kommentar	Lehrveranstaltungsart: SU 3/20 TN • Gruppendiskussion und -arbeit, Lehrvortrag Partner- und • Gruppenübung, Herausfordernde Rollenspiele (z. B. bei DemenzMenschen mit Demenz, Diabetes und/oder chronischen Wunden-Patienten), komplexere Fallbesprechungen
Ausgewählte Literatur	1. Bamberger, G. (2005). Lösungsorientierte Beratung, Weinheim: Beltz.Dunkel, W., Weihrich, M. (Hrsg.) (2012). Interaktive Arbeit: Theorie, Praxis und Gestaltung von Dienstleistungsbeziehungen. Wiesbaden: Springer. 2. Hummel-Gatz, S., Doll, A. (2006). Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig gewährleisten. München: Urban & Fischer. 3. Kocks, A., Segmüller, T., Zegelin, A. (2017). Pflege ist Kommunikation und die Basis für vielschichtige Beratungsmomente. In Pick, I. (Hrsg.) Beratung in der Interaktion: Eine gesprächslinguistische Typologie des Beratens. Peter Lang, Frankfurt. 4. Mantz, S. (2019). Kommunizieren in der Pflege. Kompetenz und Sensibilität im Gespräch. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer. 5. Nestmann, F., Engel, F., Sickendiek, U. (Hrsg.) (2004). Handbuch der Beratung. Band 1/Band 2. Tübingen: dgvt. 6. Nestmann, F., Engel, F., Sickendiek, U. (Hrsg.) (2013). : Handbuch der Beratung. Neue Beratungswelten: Fortschritte und Kontroversen. Band 3: Tübingen: dgvt. 7. Schulz von Thun, F. (2010). Miteinander reden: 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation, Hamburg: Rowohlt. 8. Schulz von Thun, F. (2013). Miteinander reden 3: Das „Innere Team“ und situationsgerechte Kommunikation. Hamburg: Rowohlt. 9. Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D. (2007). Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern: Huber. 10. Weinberger, S. (2011): Klientenzentrierte Gesprächsführung: Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe. 13. Aufl., Weinheim: Beltz-Juventa 11. Velten, J., Scholten, S. (2018). Kognitiv-behaviorale Beratung. In: Margraf, J., Schneider, S. (eds) Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1. Springer. Berlin, Heidelberg. 12. von Reibnitz, C., Sonntag, K., Strackbein, D. (Hrsg.) (2017). Patientenorientierte Beratung in der Pflege. Berlin: Springer. 13. Wellhöfer, P. (2012). Gruppendynamik und soziales Lernen. Stuttgart: UTB.
Vorkenntnisse	Kommunikation und Beratung
Prüfung	schrP (2. schriftliche Aufsichtsarbeit/Berufszulassung gem. § 35 PflAPrV)

Modul BNS_WN_05	Semester 6	Niveau: L3-4	SWS: 4	ECTS: 5
Ethik II	-fallbezogener, ethischer Diskurs und Fragestellungen am Lebensende- *Angewandte Ethik in verschiedensten Kontexten pflegerischen Handelns (1 SWS)* *Bearbeitung ethischer Konfliktfälle (3 SWS)*			
Autor:in	Witzmann, Markus			
Verantwortung	Siehe Anlage Studienplan			
Aufwand: 150 h	Kontaktstudium: 55	Selbststudium: 45	Prüfungsvorbereitungen: 50	
Rahmenlehrplan Fachkommission nach § 53 PflBG	CE 02, CE 04, CE 05, CE 06, CE 07, CE 08, CE 10, CE 11			
PflAPrV	Anlage 2: I 2d, 3e, f, 4a, b, 5c, 6a, b, c, II 1a, b, d, f, g, 2c, 3a-c, III 1c, e, f, 3c, IV 1c, d, V 1b, c, d, 2b, c, d, e, f, g			
	Anlage 5 Teil A: II 2., 4., III 3., IV 1., 3., V 5., 6., 7. Anlage 5 Teil B: I 1.,2.,6.,7.,8., II 3., 7., III 1., IV 3.,7. Empfehlungen der Fachkommission nach § 53 PflBG: G, W1, W2, W3			
Relevanz	In dem Modul werden aufbauend auf die Ausbildungsverordnung zum Pflegeberufegesetz (WN_01 Ethik I; V 5./6.) ethisch-normative Problemstellungen in gewählten Fachbereichen, anhand der Lebensspanne des Menschen sowie in verschiedenen Handlungsfeldern der Pflege analysiert und mögliche Handlungs- und Entscheidungsoptionen mit deren Konsequenzen erarbeitet. Dabei wird ein besonderer Fokus auf Themenbereiche der psychiatrischen Versorgung, der Einbeziehung nicht einwilligungsfähiger Personen (wie Kinder, Jugendliche, Menschen mit Demenz) und auf die Pflege am Lebensende gelegt. Hierbei wird Wert gelegt auf die fallbezogene Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse, der Medizin- und Pflegeethik sowie der Pflegewissenschaft. Die Studierenden entwickeln in Auseinandersetzung mit spezifischen Problemfeldern der Versorgung im Kontext pflegerischen Handelns anhand von Fallbeispielen aus der Versorgungspraxis und der wissenschaftlichen Diskussion eine Grundhaltung zu ethischen Problemstellungen, möglicher Lösungsansätze unter Hinzuziehung wissenschaftlicher Modelle und Theorien und eigener Argumentationsstränge zur Fallbearbeitung im interprofessionellen Setting in verschiedenen pflegerischen Handlungskontexten (wie klinische stationäre Pflege, häusliche Pflege, Pflege im Bereich der Psychiatrie, der Palliativversorgung unter Berücksichtigung der erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben).			
Erwartete Kompetenzen FK = Fachkompetenz MK = Methodenkompetenz SoK = Sozialkompetenz SeK = Selbstkompetenz	Die Studierenden • reflektieren auf der Grundlage praxisrelevanter Fälle in ausgewählten pflegerischen Handlungsfeldern - insbesondere bei Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und kognitiven Beeinträchtigungen, nicht einwilligungsfähige Personen (wie Kinder, Jugendliche bzw. Menschen mit geistiger Behinderung, oder einem fortgeschrittenen Grad an demenzieller Erkrankung), Menschen mit chronischen Erkrankungen und am Lebensende - ethisch-normativen Problemstellungen und erarbeiten hierzu Entscheidungs- und Handlungsansätze (FK, MK, SoK, SeK). • beherrschen ausgewählte Modelle zur Entscheidungsfindung sowie einer institutionalisierten Ethik in spezifischen pflegerischen Handlungsfeldern und können diese Fallbezogen anwenden (FK, MK, SoK, SeK). • Sind vertraut mit ethischen Herausforderungen der Pflege in unterschiedlichen Settings und leiten Konsequenzen für eine ethisch sensible Pflege ab; berücksichtigen diese im eigenen pflegerischen Handeln, wie der Pflegeprozessgestaltung, der Gestaltung der Beziehungspflege oder der Pflegeberatung (FK, MK, SoK, SeK) • können die zentralen Prinzipien ethischer Entscheidungsfindung fallbezogen anwenden (FK, MK, SoK, SeK) und in den Pflegeprozess einbringen. • können ethische Aspekte bei der Gestaltung des Pflegealltags in unterschiedlichen Pflegesituationen (wie im psychiatrischen Versorgungskontext, der Palliativpflege und bei Ausübung einzelner heilkundlicher Aufgaben) einschätzen und in das eigene pflegerische Handeln integrierten (FK, MK, SoK, SeK).			

▶ Erwartete Kompetenzen

- sind in der Lage, eigenes und fremdes Handeln unter Beachtung einfacher ethischer Grundsätze zu betrachten, zu reflektieren und in den Pflegeprozess zu integrieren (FK, MK, SoK, SeK).
- wenden medizin- und pflegeethische Methoden und Theorien fallbezogen an (FK, MK).
- kennen die für die Durchführung von pflegewissenschaftlichen Vorhaben (Studien, Projekten) ethisch relevanten Rahmenbedingungen (FK, MK).
- können fallbezogen die konkurrierenden ethischen Prinzipien anwenden und die Ergebnisse argumentativ begründen, insbesondere auch gegenüber ärztlichen Kollegen und Kolleginnen bei Ausübung heilkundlicher Aufgaben (FK, MK).
- können Patienten und Angehörige bei der Gestaltung und Umsetzung pflegerisch relevanten Handelns beraten und bei ihrer Entscheidungsfindung unterstützen (informed Cosent) (FK, MK, SoK, SeK).
- bringen sich bei der individuellen Gestaltung des Diagnose-, Behandlungs- und Pflegeprozesses (inklusive Rehaprozess) bei ethischen Problemstellungen mit ihrer berufsethischen Perspektive ein und unterstützen den zum Wohle des jeweiligen Pflegenden bestmöglichen Handlungsansatzes (FK, MK, SoK, SeK).
- reflektieren die bei der Planung und Durchführung pflegewissenschaftlichen Projekte (Studien) ethisch relevanten Rahmenbedingungen (FK, MK, SoK, SeK).

Inhalte Situationsmerkmale

Handlungsanlässe

- Pflegephänomene in ausgewählten Pflegesituationen, wie Psychiatrie, Palliativcare
- Konfrontation mit Dilemmata in ausgewählten Pflegesituationen, wie Psychiatrie, Palliativcare
- Prävention, Erkennen und Handeln von/bei Gewalt/Zwang in der Versorgung von zu Pflegenden und deren Angehörigen; Reflexion der ethischen Rahmenbedingungen und möglicher Handlungsansätze
- Pflegeberatung in schwierigen/herausfordernden Lebenssitutationen aufgrund Krankheit in ausgewählten Pflegesituationen, wie Psychiatrie und Palliativcare
- Pflegeprozessgestaltung in herausfordernden Pflegesituationen, ethischen Dilemmata in ausgewählten Pflegesituationen, wie Psychiatrie und Palliativcare

Kontextbedingungen

- verschiedene Versorgungsbereiche der Pflege (insbesondere solche in der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen und im Kontext der Versorgung von Menschen am Lebensende inkl. Palliativcare)
- Angehörige und Bezugspersonen, die bei der Pflege anwesend sein können
- Berücksichtigung sozialer Kontexte (Umweltbedingungen)
- Pflegetheorien und –modelle
- Pflegeprozess
- ICN-Ethikkodex; Pflegecharta
- Medizinethik und Pflegeethik
- Medizin- und Pflegerecht im Kontext Ethik
- Spezifische Beratungsansätze in herausfordernden Lebens- und Pflegesituationen
- Forschungsethik
- Abgrenzung zu medizinischen Verantwortungsbereichen

Ausgewählte Akteure

- zu Pflegende aller Altersstufen mit unterschiedlichen kulturellen und religiösen (bzw. spirituellen) Hintergründen, mit ihren jeweiligen individuellen Bedürfnissen in ehtischen Dilematasituationenin spezifischen)
- Angehörige und Bezugspersonen
- Betreuer, Bevollmächtigte und Gerichte
- Interprofessionelle Team in Versorgungsalltag
- Ethikkommission
- Seelsorge
- An Forschung beteiligte Akteure (wie Auftraggeber, Forschungsteam, zu Pflegenden -Probanten- und ihre Angehörigen/Bezugspersonen, gesetzl. Betreuer oder Bevollmächtigte)
- Ärzte und Ärztinnen

Erleben, deuten, verarbeiten

- Studierende erleben, deuten und verarbeiten
- eigene Werte, kennen Normen, können sich selbst reflektieren und in die Pflegesituation zur gemeinsamen Entscheidungsfindung mit den zu Pflegenden und den Angehörigen/Bezugspersonen einbringen.
- Herausfordernde Pflegesituationen respekt- und würdevoll gestalten mit größtmöglicher Verwirklichung der Selbstbestimmung des zu Pflegenden.

▶ Inhalte Situationsmerkmale	• Die ethisch relevanten Auswirkungen von pflegewissenschaftlichen Projekten/ Studien verstehen und berücksichtigen. **Handlungsmuster** • Ethische Reflexion von herausfordernden Pflegesituationen • Ethische Reflexion von Fallkonstellationen und Berücksichtigung der Ergebnisse im Pflegeprozess bzw. pflegerischen Handeln • Ethische Reflexion von beabsichtigten wissenschaftlichen Projekten bzw. deren Durchführung und Ergebnisbewertung • Mitgestaltung ethisch relevanter Rahmenbedingungen von Pflegesituationen in unterschiedlichen Versorgungskontexten des Versorgungssystems • Ethische Reflexion des eigenen Wirkens bzw. des Wirkens der am Behandlungs- und Pflegeprozess beteiligten Akteure und Berücksichtigung dieser bei der Maßnahmengestaltung
Wissensgrundlagen	• Modelle zur Entscheidungsfindung sowie einer institutionalisierten Ethik in spezifischen pflegerischen Handlungsfeldern • ethisch sensible Pflege im Rahmen der Gestaltung der Beziehung, des Pflegeprozesses, pflegerischen Handelns, Pflegeberatung • konkurrierende ethischen Prinzipien • berufsethische Perspektive • ethisch relevante Kontextbedingungen zur Planung und Durchführung pflegewissenschaftlicher Projekte (Studien)
Lernen in der simulativen Lernumgebung	• Simulation von Besprechung ethischer Dilemmata im multiprofessionellenTeam • Simulation ethischer Fallbesprechungen • Simulation ethischer Fallberatung von zu Pflegenden und deren Angehörigen/ Bezugspersonen
Anregung für Lern- und Arbeitsaufgaben	• Reflexionsaufgaben zum Erleben von ethisch herausfordernden Situationen, in ausgewählten Pflegefeldern • Fallarbeit (mit den von Studierenden eingebrachten Praxisfällen, oder Fällen die aktuelle im wissenschaftlichen Diskurs thematisiert werden) • Beratung pflegender Menschen und ihrer Angehörigen/Bezugspersonen in ethisch herausfordernden Pflegesituationen, wie Pflege am Lebensende
Didaktischer Kommentar	Lehrveranstaltungsart: S 4/15 TN • Hospitation Ethikkommission zur Beratung von Forschungsprojekten • Lernsituation schaffen, zur Reflexion spezieller ethischer Fallkonstellationen, wie ethische Fallbesprechungen • Lernsituation im Umgang mit speziellen versorgungsrelevanten ethischen Konfliktfeldern anhand von Praxisfällen der Studierenden • Vorstellung Pflegewissenschaftlicher Projekte und Reflexion dieser anhand eines Ethik-Self-Assessement
Ausgewählte Literatur	Bücher: 1. Andersen, S. (2005). Einführung in die Ethik. Berlin: De Gruyter. 2. Arbeitsgruppe Pflege und Ethik der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (2005). Für alle Fälle... Arbeit mit Fallgeschichten in der Pflegeethik. Hannover: Brigitte Kunz. 3. Borasio, G. (2011). Über das Sterben. München: Beck. 4. DGPPN. Hrsg. S3-Leitlinie: Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. 2018. Im Internet: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022l_S3_Verhinderung-von-Zwang-Praevention-Therapie-aggressiven-Verhaltens_2018-07.pdf (letzter Zugriff 5.10.2019) 5. Deutscher Ethikrat (2016): Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus; ISBN 978-3-941957-71-8 (PDF) 6. Deutscher Ethikrat (2018): Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung; ISBN 978-3-941957-79-4 (PDF) 7. Fölsch, D. (2008). Ethik in der Pflegepraxis. Anwendung moralischer Prinzipien im Pflegealltag. Wien: Facultas. 8. Fölsch, D., Bussmann, B. (2023) Pflegeethik für Ausbildung und Studium. Militzke Verlag GmbH

9. Held, Christoph (2018): Was ist „gute“ Demenzpflege?: Verändertes Selbsterleben bei Demenz – ein Praxishandbuch für Pflegende, hogrefe
10. Hiemetzberger, M. (2016): Ethik in der Pflege. 2. Aufl., Facultas.
11. Hoeffe, Otfried (2008): Lexikion der Ethik, 7 Auflage, C.H. Beck, München
12. Knoepffler, Nikolaus (2010): Angewandte Ethik. Ein systematischer Leitfaden, Köln, Weimar, Wien: Böhlau
13. Körtner, U. (2012). Grundkurs Pflegeethik. Wien: Facultas UTB.
14. Lay, Reinhard (2012): Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Hannover: Schlütersche
15. Maio, Giovanni (2011): Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin: Ein Lehrbuch, Schattauer
16. Monteverde, S. (Hrsg.) (2020) Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege. 2. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer..
17. Pieper, Annemarie (2007): Einführung in die Ethik, A. Francke-Verlag, Tübingen
18. Pott, G. (2007). Ethik am Lebensende. Stuttgart: Schattauer.
19. Schildmann J.; Vollmann J. (2011): Empirische Medizinethik, LIT.
20. Schnell, Martin W. (2017): Ethik im Zeichen vulnerabler Personen, Velbrueck-Wissenschaft, Weilerswist
21. Schulz, Stefant et.al. (2012): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, 3 Auflage, Suhrcamp, Frankfurt am Main
22. Spaemann, Robert (2007): Ethik Lehr- und Lesebuch, 3 Auflage, Klett-Cotta, Stuttgart
23. Schweppenhäuser, G. (2006). Grundbegriffe der Ethik zur Einführung. Hamburg: Junius.
24. Trachsel, Manuel (2018): End–of–Life Care: Psychologische, ethische, spirituelle und rechtliche Aspekte der letzten Lebensphase, hogrefe
25. Vollmann, J.; Schildmann, J.; Simon, A. (Hg.): Klinische Ethik. Campus. Wiesing, U. (Hrsg.) (2012). Ethik in der Medizin. Stuttgart: Reclam.
26. Wiesing, U. (Hrsg.) (2012) Ethik in der Medizin. Stuttgart: Reclam.

Zeitschrift für medizinische Ethik:
- Ethik in der Medizin, AEM
- Nursing Ethics. An international Journal for Health Care Professionals
- The Online Journal of Issues in Nursing. A scholarly Journal of American Nurses Association
- Nursing Philosophy, Journal, Open Access

Vorkenntnisse	WN_01 Ethik I; V 5./6.; entsprechende Kompetenzen nach Pflegeberufegesetz bzw. PflAPrV
Prüfung	schrP (3. schriftliche Aufsichtsarbeit/Berufszulassung gem. § 35 PflAPrV)

Fachpraxis IV | Modulbereich Handeln

Modul BNS_WN_05	Semester 6	Niveau: 4	SWS: 1	ECTS: 1
Fachpraxis IV				
Autor:in	Herold-Majumdar			
Verantwortung	Siehe Anlage Studienplan			
Aufwand: 30 h	Kontaktstudium: 20	Selbststudium: 5	Prüfungsvorbereitungen: 5	
Rahmenlehrplan Fachkommission nach § 53 PflBG	CE 01-CE 10			
PflAPrV	Anlage 2: I.1g, 2e, f, 3a - d, 4b, c, 5a, b, c, d, 6a - e, II. 1a -g, 2a, b, 3a, b, c, III. 1a, d, e, 2a, b, c, d, f, 3a, b, e,			
	Anlage 5 Teil A: I 1.-7., II 1.- 4., III 1.- 4., V 1., 2., 3., 6.			

Relevanz

- (Selbst-)Einschätzung der Kompetenzentwicklung und Identifikation von Bedarfen der Studierenden im Hinblick auf die praktische Abschlussprüfung
- Pflegeprozessplanung und -dokumentation bei hochkomplexen Fällen (Übung für die praktische Prüfung)
- Vertiefung pflegerische Beratung und Edukation mit Schwerpunkt auf das Fall- und Versorgungsmanagement (Case- und Care-Management)
- Vertiefung Statuserhebung Herz-Kreislauf und extrakorporale Verfahren
- Spezielle Pflege bei spezifischen Erkrankungen mit Einschätzung und Steuerung hochkomplexer Fälle
- selbstbestimmte und eigenverantwortliche Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig sind, in enger Abstimmung mit dem behandelnden Arzt bzw. der behandelnden ÄrztinEvidenzbasierte Pflegepraxis mit Überprüfung des Forschungsstandes von pflegerischen Interventionen bei (lebenslauf-)spezifischen Krankheitsbildern und hochkomplexen Pflegebedarfen
- Vertiefung Pflege und Beratung bei Gewalt, herausfordernden Verhaltensweisen, Kindeswohlgefährdung und weiterführende Intervention
- Erste Hilfe-Auffrischung (8 UE)
- leitlinienorientiertes Arbeiten und Umsetzung der nationalen Expertenstandards im
- beruflichen Handlungsfeld: nationaler Expertenstandard: Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege, parenterale Ernährung, Ernährungssonden (PEG)
- Pflege bei neurologischen Pflegephänomenen und Vertiefung Beatmungspflege
- Spezielle pädiatrische Pflege

Erwartete Kompetenzen

FK = Fachkompetenz
MK = Methodenkompetenz
SoK = Sozialkompetenz
SeK = Selbstkompetenz

Die Studierenden :

- können die theoretischen Erkenntnisse im Rahmen der klinischpraktischen Pflege in unterschiedlichen Einsatzorten unter Anleitung und in ausgewählten Sequenzen, empathisch und evidenzbasiert selbstständig anzuwenden (FK, MK, SoK, SeK)
- erwerben und vertiefen ihre fachlichen und methodischen Kompetenzen in verschiedenen Pflegesettings und in konkreten Pflegesituationen (FK, MK, SoK, SeK)
- stellen ihre erworbene Handlungskompetenz im berufsrelevanten Umfeld unter Beweis (FK, MK, SoK, SeK)
- nehmen sich selbst als fortgeschrittene Berufsanfänger:in und Pflegeforscher:in wahr, erleben und reflektieren ihre Rollen. (FK, MK, SoK, SeK)
- nehmen die unterschiedlichen Rollenerwartungen im institutionellen, setting-spezifischen Kontext wahr, erfüllen Rollenerwartungen (role taking), reflektieren diese kritisch und entwickeln weiterführende Ansätze zur Rollengestaltung (role making, Entwicklung des beruflichen Selbstverständnisses). (FK, MK, SoK, SeK)
- setzen sich konstruktiv-kritisch mit den organisatorischen, ökonomischen, nachhaltigen & wirtschaftlichen, kulturellen, gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen und rollenspezifischen Anforderungen der Pflege auseinander und können theoretisch- und wissensfundierte Vorschläge für förderliche Rahmenbedingungen entwickeln. (FK, MK)
- schätzen im gesetzlichen Rahmen (u.a. Vorbehaltsaufgaben) und entsprechend ihres Studienfortschritts berufliche Fallsituationen bzgl. ihres Beitrages als fortgeschrittene Berufsanfänger:in ein und entscheiden, ob sie sich eher aus der Situation zurückziehen, hospitierend oder weiterführend assistierend teilnehmen, angeleitet

▶ Erwartete Kompetenzen

selbst Interventionen durchführen oder selbständig eine Intervention planen und durchführen. (FK, MK)

- wenden das erworbene, erweiterte Grundlagenwissen und spezielles Wissen sowie wissenschaftlich überprüftes in hochkomplexen Fallsituationen im beruflichen Kontext an und passen selbständig oder unter Anleitung ihre Interventionen an die Situation und an die pflegebedürftige Person an. (FK, MK, SoK)
- entwickeln aus den Fallsituationen Fragestellungen, die pflegewissenschaftlich (EbN) relevant sind und formulieren diese für die weitere Bearbeitung im Rahmen einer wissenschaftlichen Recherche (z. B. nach dem PICO-Schema). (FK, MK, SoK)
- entwickeln effektive Strategien auf einschlägigen, gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Datenbanken zur Recherche von wissenschaftlichen Studien (FK, MK)
- analysieren wissenschaftliche Studienberichte hinsichtlich wichtiger Ergebnisse für die untersuchte Fragestellung. (FK, MK)
- schätzen die Qualität von ausgewählten Studienberichten mit einfachen quantitativen und qualitativen Forschungsdesigns ein und übertragen relevante Ergebnisse auf die Zielgruppe. (FK, MK)
- entwickeln aus den Fallsituationen Fragestellungen, die berufsethisch relevant sind und formulieren diese für den ethischen Diskurs, der argumentativ im intra- und interdisziplinären Team sowie in der Studiengruppe an der Hochschule geführt wird. (FK, MK, SoK, SeK)
- erkennen medizinische Notfallsituationen in der klinischen oder simulierten Fallsituation und handhaben diese im Rahmen der Ersten Hilfe adäquat, wobei auch weiterführende Sofortmaßnahmen assistierend unterstützt werden. (FK, MK, SoK)
- setzen Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten einer hygienischen Arbeitsweise in konkreten, (simulierten) beruflichen Situationen für Aufgabenkomplexe um und reflektieren diese kritisch.
- setzen Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten einer nachhaltig-wirtschaftenden Arbeitsweise in konkreten, (simulierten) beruflichen Situationen für Aufgabenkomplexe um und reflektieren diese kritisch. (FK, MK, SoK, SeK)
- nehmen die Rechte, die Selbstbestimmung und den individuellen Lebensentwurf der pflegebedürftigen Menschen empathisch und wissensbasiert wahr, respektieren diese und handeln im (simulierten) beruflichen Kontext person-zentriert sowie fachlich fundiert. (FK, MK, SoK, SeK)
- argumentieren und treten für die Rechte und die Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Person im intra- und interdisziplinären Team ein (Anwaltsfunktion).
- wenden ihr erweitertes Grundlagenwissen, ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten bzgl. Gesundheitsförderung, Prävention und Förderung einer selbstbestimmten Teilhabe in der jeweiligen, individuellen, Fallsituation an. (FK, MK, SoK, SeK)
- unterstützen pflegebedürftige Menschen entsprechend ihrer Lebens- und Entwicklungsphase bei der selbstbestimmten, ressourcen- und entwicklungsfördernden Körperpflege, Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, bei der Ausscheidung, bei der Bewegung, beim Kleiden entsprechend ihres Bedarfs. Sie führen dabei auch eine spezifische „Krankenbeobachtung“ (z. B. Auskultation bei auffälligem Atemgeräusch) durch und entscheiden, welche Beobachtungen dokumentiert bzw. an die verantwortliche Pflegefachperson weitergegeben werden müssen. (FK, MK, SoK, SeK)
- erkennen und beschreiben pflegerische Phänomene (z. B. Gesundheitsverhalten, Gesundheitsmanagement, Selbstpflegekompetenz, Selbstwahrnehmung, Coping), die in Fallsituationen auftreten und entwickeln erste Hypothesen über die pflegerische Beurteilung von einzelnen Erscheinungen. (FK, MK, SoK, SeK)
- wenden verständigungsorientierte, wertschätzende, theoretische sowie die Autonomie und Entwicklung der Person fördernde Grundsätze der Kommunikation und Interaktion in den beruflichen Fallsituationen (sowohl in Bezug auf die pflegebedürftige Person und ihre Angehörigen als auch auf die Mitglieder des intra- und interdisziplinären Teams) an. (FK, MK, SoK, SeK)
- reflektieren Interaktions- und Kommunikationssituationen im beruflichen Kontext und erweitern ihr Handlungsrepertoire. Dabei entwickeln die Studierenden ihr Selbstverständnis als Pflegefachperson und Pflegewissenschaftler:in. (FK, MK, SoK, SeK)
- entwickeln Strategien, um mit belastenden Gefühlen (z. B. Ekel, Scham, Mitleid) im Zusammenhang mit einer körper- und person-nahen Interaktion umgehen zu können (Emotionsarbeit, ausgewogenes Nähe-Distanz Verhältnis) und können diese reflektieren und weiterentwickeln. (FK, MK, SoK, SeK)

▶ Erwartete Kompetenzen

- schätzen Entwicklungen des intra- und interdisziplinären Teams ein, reflektieren ihre Rolle und Funktion in dem Team und leisten einen Beitrag zu einer förderlichen Teamentwicklung.
- sind für ihre Selbstsorge und die Fürsorge für andere Menschen sensibilisiert. Sie kennen wichtige Potentiale und Risiken des beruflichen Handelns für ihre eigene Gesundheit und können selbstbestimmt wirksame, gesundheitsförderliche, präventive und kurative Maßnahmen für die eigene Gesundheit einleiten oder selbst durchführen. (FK, MK, SoK, SeK)
- können die Funktionsweise, die Risiken und die Potentiale speziellen Pflegehilfsmitteln und technischen Assistenzsystemen einschl. Robotik einschätzen und können diese hospitierend, assistierend, mit Anleitung oder selbständig situationsgerecht und person-zentriert in der (simulierten) beruflichen Praxis anwenden. (FK, MK)
- reflektieren die Anwendung von Hilfsmitteln, Medizinprodukten/-geräten und Assistenzsystemen kritisch und leiten daraus Handlungsalternativen ab. (FK, MK, SeK)
- wenden EDV-gestützte, digitale und analoge bzw. papiergestützte Systeme zur Planung und Dokumentation des Pflegeprozesses assistierend, unter Anleitung oder selbständig situationsgerecht in der beruflichen Praxis an und reflektieren deren Effektivität kritisch. (FK, MK,SeK)
- schätzen ihre eigenen Defizite und Potentiale bzgl. ihrer berufsbezogenen und wissenschaftlichen Kompetenzen ein und können sich selbstorganisiert und eigenverantwortlich im Sinne des lebenslangen Lernens weiterbilden und –entwickeln. (FK, MK, SoK, SeK)
- nehmen sich selbst als kompetente Berufsanfänger:in und Pflegeforscher:in wahr, erleben und reflektieren ihre Rollen. (FK, MK, SoK, SeK)
- nehmen die unterschiedlichen Rollenerwartungen, insbesondere auch die Erwartungen in Zusammenhang mit der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten, im institutionellen, setting-spezifischen Kontext wahr, erfüllen Rollenerwartungen (role taking), reflektieren diese kritisch und gestalten ihre Rolle aktiv im intra- und interdisziplinären Team. Sie tragen damit zur Entwicklung des Berufsbildes wesentlich bei. (FK, MK, SoK, SeK)
- setzen sich konstruktiv-kritisch mit den organisatorischen, ökonomischen, kulturellen, gesellschafts-politischen Rahmenbedingungen und rollenspezifischen Anforderungen der Pflege auseinander und können theoretisch- und wissensfundierte Vorschläge für förderliche Rahmenbedingungen entwickeln und mit den verantwortlichen Führungspersonen der Organisation argumentieren sowie an Organisationsentwicklungsmaßnahmen mitwirken, die zu einer effektiveren Patientenversorgung beitragen. (FK, MK, SoK, SeK)
- schätzen im gesetzlichen Rahmen (u.a. Vorbehaltsaufgaben) und entsprechend ihres Studienfortschritts berufliche Fallsituationen bzgl. ihres Beitrages als kompetente Berufsanfänger:in und Pflegewissenschaftler:in ein und entscheiden, ob sie sich eher aus der Situation zurückziehen, hospitierend oder weiterführend assistierend teilnehmen, angeleitet selbst Interventionen durchführen oder selbständig eine Intervention planen und durchführen. (FK, MK, SoK, SeK)
- wenden das erworbene, erweiterte Grundlagenwissen in realen Fallsituationen im beruflichen Kontext für komplexe Fallsituationen an und passen selbständig oder unter Anleitung ihre Interventionen an die Situation und an die pflegebedürftige Person an. (FK, MK, SoK, SeK)
- entwickeln aus komplexen Fallsituationen präzise Fragestellungen, die pflegewissenschaftlich (EbN) relevant sind und formulieren diese für die weitere Bearbeitung im Rahmen einer wissenschaftlichen Recherche (z. B. nach dem PICO-Schema). (FK, MK)
- entwickeln effektive Strategien auf einschlägigen, gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Datenbanken zur Recherche von wissenschaftlichen Studien (FK, MK)
- analysieren wissenschaftliche Studienberichte hinsichtlich wichtiger Ergebnisse für die untersuchte Fragestellung. (FK, MK)
- schätzen die Qualität von ausgewählten Studienberichten mit einfachen quantitativen und qualitativen Forschungsdesigns ein und können diese auf die Fallsituation wieder anwenden sowie im intra- und interdisziplinären Team kommunizieren und argumentativ vertreten. (FK, MK, SoK, SeK)
- Entwickeln die Praxis im institutionellen bzw. organisationalen Kontext weiter oder tragen wesentlich zu umfassenden Organisationsentwicklungsmaßnahmen bei (FK, MK)
- entwickeln aus komplexen Fallsituationen präzise Fragestellungen, die berufsethisch relevant sind und formulieren diese für den ethischen Diskurs, der argumen-

▶ Erwartete Kompetenzen

tativ im intra- und interdisziplinären Team sowie in der Studiengruppe an der Hochschule geführt wird und können daraus Handlungsoptionen für die Praxis entwickeln. (FK, MK, SoK, SeK)
- erkennen medizinische Notfallsituationen in der klinischen oder simulierten Fallsituation und handhaben diese im Rahmen der Ersten Hilfe adäquat, wobei auch weiterführende Sofortmaßnahmen im Rahmen der Vorbehaltsaufgaben selbständig durchgeführt werden. (FK, MK, SoK, SeK)
- setzen Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten einer hygienischen Arbeitsweise in (simulierten) beruflichen Situationen für komplexe Fallsituationen um und reflektieren diese kritisch. (FK, MK, SoK, SeK)
- entwickeln wissensbasierte Vorschläge für ein verbessertes Hygienemanagement (FK, MK)
- setzen Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten einer nachhaltig-wirtschaftenden Arbeitsweise in konkreten, (simulierten) beruflichen Situationen für komplexe Fallsituationen um und reflektieren diese kritisch. (FK, MK, SoK, SeK)
- nehmen die Rechte, die Selbstbestimmung und den individuellen Lebensentwurf der pflegebedürftigen Menschen empathisch und wissensbasiert wahr, respektieren diese und handeln im (simulierten) beruflichen Kontext erson-zentriert sowie fachlich fundiert. (FK, MK, SoK, SeK)
- argumentieren und treten ein für die Rechte und die Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Person im intra- und interdisziplinären Team (Anwaltsfunktion) (FK, MK, SoK, SeK)
- entwickeln Vorschläge für eine selbstbestimmte Pflege und Teilhabe und setzen diese um. (FK, MK, SoK, SeK)
- wenden ihr erweitertes Wissen, ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten bzgl. Gesundheitsförderung, Prävention und Förderung einer selbstbestimmten Teilhabe in komplexen Fallsituationen an. (FK, MK, SoK, SeK)
- unterstützen pflegebedürftige Menschen entsprechend ihrer Lebens- und Entwicklungsphase bei der selbstbestimmten, ressourcen- und entwicklungsfördernden Körperpflege, Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, bei der Ausscheidung, bei der Bewegung, beim Kleiden entsprechend ihres Bedarfs, auch in komplexen Bedarfssituationen. (FK, MK, SoK, SeK)
- führen die allgemeine und spezifische „Krankenbeobachtung“ selbständig durch und können daraus den Handlungsbedarf ableiten und mit der verantwortlichen Pflegefachperson sowie mit Ärzt:innen und Therapeut:innen abstimmen. (FK, MK, SoK, SeK)
- schätzen den Pflegebedarf bei hochkomplexen Fällen differenziert ein und leiten entsprechende Interventionen ab (FK, MK)
- verständigen sich mit der pflegebedürftigen Person über den Pflegebedarf, den Pflegeauftrag, die Ziele und Interventionen auch in kommunikativ schwierigen Situationen (FK, MK, SoK)
- wenden verständigungsorientierte, wertschätzende, theoretische sowie die Autonomie und Entwicklung der Person fördernde Grundsätze der Kommunikation und Interaktion in den beruflichen Fallsituationen (sowohl in Bezug auf die pflegebedürftige Person und ihre Angehörigen als auch auf die Mitglieder des intra- und interdisziplinären Teams) an. (FK, MK, SoK, SeK)
- reflektieren Interaktions- und Kommunikationssituationen im beruflichen Kontext und erweitern ihr Handlungsrepertoire. Dabei entwickeln die Studierenden ihr Selbstverständnis als Pflegefachperson und Pflegewissenschaftler:in. (FK, MK, SoK, SeK)
- wirken an Teamentwicklungsmaßnahmen mit und machen aktiv konstruktive Vorschläge für die Teamentwicklung. (FK, MK, SoK, SeK)
- setzen weiterführende und effektive Strategien zum Umgang mit belastenden Gefühlen (z. B. Ekel, Scham, Mitleid) im Zusammenhang mit einer körper- und Person-nahen Interaktion um, reflektieren diese und entwickeln ihre Strategien weiter. (FK, MK, SoK, SeK)
- schätzen Entwicklungen des intra- und interdisziplinären Teams ein, reflektieren ihre Rolle und Funktion in dem Team und setzen Ansätze der Teamentwicklung um, die für die Patientenversorgung relevant sind. (FK, MK, SoK, SeK)
- sind für ihre Selbstsorge und die Fürsorge für andere Menschen sensibilisiert. (FK, MK, SoK, SeK)
- schätzen Potentiale und Risiken des beruflichen Handelns für ihre eigene Gesundheit ein und führen selbstbestimmt wirksame, gesundheitsförderliche, präventive und kurative Maßnahmen für die eigene Gesundheit durch. (FK, MK, SoK, SeK)
- reflektieren Maßnahmen der Selbstsorge und entwickeln diese weiter (FK, MK, SoK, SeK)

▶ Erwartete Kompetenzen	• können die Funktionsweise, die Risiken und die Potentiale spezieller Pflegehilfsmittel und technischen Assistenzsysteme einschl. Robotik einschätzen und können diese hospitierend, assistierend, mit Anleitung oder selbständig situationsgerecht und person-zentriert in der (simulierten) beruflichen Praxis anwenden. (FK, MK, SoK, SeK) • reflektieren die Anwendung von Hilfsmitteln, Medizinprodukten/-geräten und Assistenzsystemen kritisch und gestalten person-zentrierte, ressourcenfördernde, komplexe Assistenzsysteme. (FK, MK, SoK, SeK) • wenden EDV-gestützte, digitale und analoge bzw. papiergestützte Systeme zur Planung und Dokumentation des Pflegeprozesses assistierend, unter Anleitung oder selbständig situationsgerecht in der beruflichen Praxis an, reflektieren deren Effektivität kritisch und argumentieren effektivere Supportprozesse und -systeme gegenüber den verantwortlichen Entscheider:innen. (FK, MK, SeK) • leiten Pflegepersonen mit einem geringeren Qualifikationsniveau entsprechend ihres Ausbildungs- bzw. Studienfortschritts an und bedienen sich dabei pflegepädagogischer Methoden und Konzepte. (FK, MK, SoK, SeK) • gestalten und steuern Qualitätssicherungs- und entwicklungsmaßnahmen für komplexe Fallsituationen (z. B. Umsetzung der DNQP Expertenstandards für die spezifische Fallsituation und den individuellen Bedarf) (FK, MK, SoK, SeK) • wirken an dem organisationsumfassenden Qualitätsmanagementsystem (z. B. CIRS) mit und entwickeln wissensbasierte und begründete Vorschläge für dessen Weiterentwicklung bzgl. der direkten Patientenversorgung (FK, MK, SoK, SeK) • schätzen ihre eigenen Defizite und Potentiale bzgl. ihrer berufsbezogenen und wissenschaftlichen Kompetenzen ein und können sich selbstorganisiert und eigenverantwortlich im Sinne des lebenslangen Lernens weiterbilden und –entwickeln. (FK, MK, SoK, SeK) • schätzen ihre eigenen Defizite und Potentiale bzgl. der eigenverantwortlichen Übernahme von ärztlichen Aufgaben im Rahmen der Heilkundeübertragung ein und bilden sich im Sinne des lebenslangen Lernens fort bzw. weiter. (FK, MK, SoK, SeK)
Inhalte Situationsmerkmale	**Handlungsanlässe** • Informations- und Beratungsbedarfe von (zu pflegenden) Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen • gesundheitsförderliche/-belastende Bedingungen am Arbeits- und Lernort • Informations-, Anleitungs- und Beratungsbedarfe von Auszubildenden/ Teammitgliedern zu pflegefachlichen Fragestellungen • spezielle Pflegebedarfe bei altersspezifischen Krankeheitsbildern **Kontextbedingungen** • alle gesundheitsbezogenen Einrichtungen und pflegerischen Handlungsfelder • gesundheitsbezogene Werte und Normen in der Gesellschaft und in Institutionen • rechtliche Rahmenbedingungen der Intensivpflege • rechtliche Rahmenbedingungen der interprofessionellen Schnittstellen, der Delegation und Übernahme ärztlicher Aufgaben • interprofessionelles Team und Aufgabenteilung **Ausgewählte Akteure** • zu pflegende Menschen aller Altersstufen und ihre Bezugspersonen • intra- und interprofessionelles Team • Praxisanleiter:innen, Zentrale Praxisanleiter:in **Erleben, deuten, verarbeiten** • sich kompetent und souverän fühlen bei der pflegerischen Einschätzung und Versorgung hochkomplexer Fälle • kollegial beratend und unterstützend Studierenden und Auszubildenden niederer Ausbildungsstufen zur Seite stehen und anleiten **Handlungsmuster** • Reflexion des eigenen konkreten Gesundheitsverhaltens anhand von Gesundheitsverhaltensmodellen und Ableitung konkreter Konsequenzen für das eigene gesundheitsbezogene Verhalten und für das pflegerische Handeln • Reflexion und Mitgestaltung der Arbeitsplatz- und Lernbedingungen, gesundheitsförderliches Verhalten in der Lerngruppe befördern • Maßnahmen zum Arbeitsschutz umsetzen • kritisch denken und reflektieren • kritisch-reflektierte Rollengestaltung, insbesondere im Zusammenhang mit der Übernahme ärztlicher Aufgaben

	• hinterfragen, forschen und und systematisch nach wissenschaftlichen Belegen recherchieren • selbstbestimmte Integration ärztlicher Aufgaben in den Pflegeprozess
Wissensgrundlagen	• Pflegephänomene bei akut kranken Menschen • Versorgungsketten • Systemische Nutzung und Einbindung qualitätsgesteuerten Verfahren • Vertiefung mit Assessmentverfahren • erweitertes Wissen im Bereich der Physiologie und Pathophysiologie sowie ärztlichen Diagnostik und Therapieverfahren an der Schnittstelle zur Medizin • Einbeziehung von Bezugspersonen • Durchführung von komplexen Beratungssituationen • Arbeiten im interprofessionellen Team • Beratung, Schulung und Anleitung von Menschen aller Altersstufen mit hochkomplexen gesundheitlichen Einschränkungen und deren Angehörigen • Durchführung von komplexeren Beratungssituationen bei Menschen mit chronischen Krankheitsverläufen • Anatomie, Physiologie, allgemeine und spezielle Krankheitslehre, Psychiatrische Erkrankungen und Psychosomatik, Infektiologie und Hygiene, Biochemie und Pharmakologie, medizinisches Rechnen • fall- und situationsspezifische Analyse des Forschungsstandes und Implementierung in die Praxis, Vorbereitung des wissenschaftlichen Abschlussprojektes • fallbezogener, ethischer Diskurs und Fragestellungen am Lebensende • Entwicklungsfelder, Digitalisierung, technische Assistenzsysteme, Innovation
Lernen in der simulativen Lernumgebung	• hochkomplexe Szenarien mit eigenständiger Lösungsentwicklung, Fallkonstellationen mit Multimorbidität und vielschichtigen Versorgungsarrangements mit Beratungsbedarf unter Einbeziehung des sozialen sowie Versorgungs-Netzwerks zur Vorbereitung auf die praktische Abschlussprüfung • interprofessionelle Szenarien mit Fokus auf interprofessionelle Zusammenarbeit, Delegation Übernahme von Aufgaben (in beide Richtungen)
Anregung für Lern- und Arbeitsaufgaben	• spezielle Pflege bei spezifischen Erkrankungen • Case- und Caremanagement mit Versorgungsplanung für hochkomplexe Fälle in Überleitungssituationen unter Abbildung aller Altersstufen und Settings • Beratung und Edukation bei hochkomplexen Fällen • Kollegiale Beratung und interprofessionelle Fallbesprechungen • Webbasierte, komplexe Szenarien (Body Interact) im interprofessionellen Setting mit Fokus auf prozessuale Kompetenzen und Role Making (aktive und kritisch-reflexive Gestaltung der professionellen Rolle) im Versorgungsprozess
Didaktischer Kommentar	Ü 10/6 TN • In diesem fortgeschrittenen, fachpraktischen Modul liegt der Fokus auf hochkomplexen Fällen und Problemkonstellationen, die eine Integration des erlernten Wissens und der bisher erworbenen Kompetenzen erfordern. • Es soll ein besonderes Gewicht auch auf den pflegerischen Beratungsbedarf und die Edukation gelegt werden. • Kompetenzanalyse: In Vorbereitung auf die praktische Prüfung zur Berufszulassung sollen Kompetenzdefizite und –potentiale identifiziert (Selbst- und Fremdeinschätzung auf Basis der Praxisbeurteilung und des e-Portfolios) und gezielt ausgeglichen bzw. entwickelt werden. • Hospitation in Therapie, Funktionsdienst, Seelsorge, Patientenaufnahme, Betreuungsdienst (ambulante, häusliche Pflege), Tages-/Nachpflege, Sozialdienst, Küche, Reinigungsdienst, externe Dienstleister (über alle Praxiseinsätze verteilt) • vgl. Praxiscurriculum • Planung von Simulationseinheiten mit Studierenden und/oder Lehrenden anderer, relevanter Professionen (u.a. Medizin, Therapie, Geburtshilfe/Hebammenwesen)
Ausgewählte Literatur	1. Larsen Reinhard (2016) Anästhesie und Intensivmedizin für die Fachpflege. 9. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer. 2. Ullrich Lothar, Stolecki Dietmar (2015) Intensivpflege und Anästhesie, 3. überarb. u. erw. Aufl., Stuttgart: Thieme.

▶ Ausgewählte Literatur	3. Deutsch Johann, Schenkenburger Franz G. (2017) Pädiatrie und Kinderchirurgie: für Pflegeberufe (Krankheitslehre), 2. Aufl., Stuttgart: Thieme. 4. Schraut Veronika, Trögner Jens (2020) Pflege Heute Geriatirsche Pflege. München: Elsevier, Urban & Fischer 5. Hülsken-Giesler Manfred, Kreutzer Susanne, Dütthorn Nadin (2016) Rekonstruktive Fallarbeit in der Pflege. Methodologische Reflexionen und praktische Relevanz für Pflegewissenschaft, Pflegebildung und die direkte Pflege. Osnabrück: V&R unipress. 6. Kocks Andreas, Segmüller Tanja (Hrsg.) Kollegiale Beratung im Pflegeteam. Implementieren - Durchführen - Qualität sichern. Berlin, Heidelberg: Springer.Gorden Marjory (2014). Manual of Nursing Diagnosis. Thirteenth edition, Burlington/MA: Jones & Barlett Learning.
Vorkenntnisse	Pflegewissenschaft und Theorie II Pflegetheoretischer Diskurs Forschungsmethodik II quantitative und qualitative Methoden Fall- und Versorgungsmanagement Case & Care Management Lebenslaufspezifische Pflegephänomene & Pathophysiologie II Arbeitsorganisation Projektmanagement In der Pflege Recht II Berufsrecht, SGB XI, spezifisches Straf- und Haftungsrecht, Arbeitsrecht Evidence-based Nursing II Vertiefung des wissenschaftlichen Arbeitens anwendungsbezogene Analyse wissenschaftlicher Studienberichte Bewältigungsstrategien und Lebensqualität bei chronischer Krankheit Palliative Care Lebenslaufspezifische Pflegephänomene Vertiefung Fallbearbeitung Lebenslaufspezifische Rehabilitation & Teilhabe Ethik II Berufsethische und professionstheoretische Fallreflexion Qualitätsmanagement I Grundlagen Nationale Expertenstandards Qualitätsmanagement II Evaluationsforschung Steuerung pflegerischer Versorgung über Ergebnisindikatoren
Prüfung	OSCE (vgl. Praxiscurriculum)

Evidence-based Nursing (EBN) II

Modulbereich Wissen

Modul BNS_W_12	Semester 7	Niveau: 3-4	SWS: 4	ECTS: 5
Evidence-based Nursing (EBN) II	Fall- und situationsspezifische Analyse des Forschungsstandes und Implementierung in die Praxis, Vorbereitung des wissenschaftlichen Abschlussprojektes *Vertiefte theoretische Aspekte der Evidence-Basierung (EBN) (2 SWS)* *Fall- und situationsspezifische Analyse des Forschungsstandes und Implementierung in die Praxis (Lektürekurs / Analyse empirischer Studien/Fallarbeit) (2 SWS)* *Entwicklung wissenschaftlicher Projekte (1 SWS)*			
Autor:in	Witzmann, Markus			
Verantwortung	Siehe Anlage Studienplan			
Aufwand: 150 h	Kontaktstudium: 60	Selbststudium: 40	Prüfungsvorbereitungen: 50	
Rahmenlehrplan Fachkommission nach § 53 PflBG	CE 04, CE 05, CE 06, CE 07, CE 08, CE 09, DE 10, CE 11			
PflAPrV	Anlage 2: I. 1. a. - e.; 2. a., f.; 3. c., II. 2. a., III. 1. c.; 2. f.; 3. f., IV. 1. b. - d.; 2. d., V. 1.a. - d.; 2. a. Anlage 5 Teil A: I 1.-7., II 1.-3., III 2., 3., 4., IV 2., 3., V 1.-7.			

Relevanz

In diesem Modul werden vertiefte Kenntnisse von Theorien, Konzepte und Forschungsbefunde der Pflegewissenschaft als Fachwissenschaft und der weiteren Wissenschaften als Bezugswissenschaften vermittelt. Ebenso vertiefte Kenntnisse über Forschungsmethoden und Aufbau und Ablauf von Forschungsprojekten. Dabei steht das selbständige Lernen, Reflektieren und Handeln auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse im Vordergrund sowie das Entwickeln eigener wissenschaftlicher Projekte/Evaluations- und Forschungsarbeiten (in Hinblick auf die Bachelorarbeit). Hier wird auch die eigenständige Übernahme ärztlicher Tätigkeiten, die im Sinne der Heilkundeübertragung, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig sind, mit einbezogen.

Mit dem Fokus wissenschaftlichen Handelns bzw. EBN werden folgende Kategorien mitberücksichtigt:

- wissenschaftsbasierte Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation auch von hochkomplexen Pflegeprozessen bei Menschen aller Altersstufen
- personen- und situationsorientierte Kommunikation und Beratung von zu pflegenden Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen unter Einbeziehung wissenschaftlicher Kenntnisse
- verantwortliche Gestaltung des intra- und interprofessionellen Handelns in unterschiedlichen systemischen Kontexten und Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von Menschen aller Altersstufen unter Einbeziehung wissenschaftlicher Kenntnisse
- Reflexion und Begründung des eigenen Handelns vor dem Hintergrund von Leitlinien und Expertenstandards
- Reflexion und Begründung des eigenen Handelns auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen

Schwerpunkte sind:

- Vertiefung wissenschaftlichen Arbeitens mit Schwerpunkt auf Evidence-Basierung im Kontext Pflegewissenschaft
- Selbstverständnis der Pflege zwischen Wissenschaft und Kunst
- Evidence-Basierung in Medizin und Pflege — Diskussions- und Entwicklungsstand
- Vertiefte Kenntnisse über Techniken wissenschaftlichen Arbeitens
- Lektüre ausgewählter (pflegewissenschaftlicher) Studien sowie kritische Auseinandersetzung mit deren Relevanz für das Pflegehandeln anhand von Beispielen aus der Pflegepraxis, komplexen und herausfordernden Pflegesituationen
- Vertiefung der Kenntnisse über Forschungsansätze in der Pflegewissenschaft (Quantitativer und qualitativer Verfahren)
- Durchführung wissenschaftlicher Arbeiten

▶ Evidence-based Nursing (EBN) II	Modulbereich Wissen

▶ Relevanz

- Entwicklung wissenschaftlicher Projekte/Design von Forschungsprozessen
- Evidence-based Nursing anhand von Praxisfällen bzw. Situationsanalysen im pflegerischen Setting; interne und externe Evidence
- Wissenschaftliche Gütekriterien/Tugenden
- Vertiefung der Kenntnisse unter Einbeziehung aktueller Diskussionen in der Wissenschaftscommunity zu forschungsethischen Handeln, klinische Entscheidungsfindung und shared decision making
- Effektivität und Effizienz pflegerischer oder anderer gesundheitsrelevanter Maßnahmen

Erwartete Kompetenzen

FK = Fachkompetenz
MK = Methodenkompetenz
SoK = Sozialkompetenz
SeK = Selbstkompetenz

Entsprechend Rahmenlehrplan und PflAPrV (siehe Modulbeschreibung EBN I)
Die Studierenden

- sind befähigt zum wissenschaftlichen Arbeiten mit Schwerpunkt Evidence-Basierung im Kontext Pflegewissenschaft; kennen die Potenzialen der evidenzbasierten Pflege wie auch deren Grenzen für Pflegepraxis/Pflegewissenschaft und haben sich damit kritisch reflektierend auseinandergesetzt (FK, MK, SeK)
- haben vertiefte Kenntnisse über Techniken wissenschaftlichen Arbeitens erworben und können diese anwenden (FK, MK)
- sind zur Durchführung wissenschaftlicher Arbeiten befähigt (im Rahmen von angeleitetem Vorgehen bei der Entwicklung wissenschaftlicher Projekte/Design von Forschungsprozessen) (FK, MK, SeK)
- haben vertiefte Kenntnisse des Evidence-based Nursing und können diese anhand von Praxisfällen bzw. Situationsanalysen im pflegerischen Setting anwenden (FK, MK, SeK)
- kennen die wissenschaftlichen Gütekriterien/Tugenden, haben diese reflektiert und können diese im Rahmen von Forschungsprojekten, im pflegerischen Setting anwenden (FK, MK, SeK)
- haben den Prozess (pflege)wissenschaftlichen Forschens und Erkennens intensiviert nachvollzogen und sich methodologische Grundlagen der empirischen Pflegeforschung erarbeitet (FK, MK)
- haben sich Kenntnisse über unterschiedliche Ansätze und Verfahren der Datenerhebung und -auswertung angeeignet und können diese einsetzen (FK, MK, SeK)
- kennen zentrale Techniken und Methoden quantitativer und qualitativer Forschung (FK, MK)
- sind in der Lage, sich mit pflegewissenschaftlichen Untersuchungen kritisch-reflektierend auseinanderzusetzen und deren Anwendung Fallbezogen einzuordnen (FK, MK, SeK)
- kennen die theoretischen Grundlagen und das Vorgehen des Evidence-based Nursing und können dies anhand von Praxisfällen (Fragestellungen) unter Einbeziehung interner und externer Evidenzen durchführen und in Zusammenhang mit der Substitution und Übernahme ärztlicher Tätigkeiten stellen (FK, MK, SeK)
- sind in der Lage, das Pflegehandeln fall-, situations- und zielorientiert sowie wissenschaftsbasiert oder -orientiert zu strukturieren und zu begründen auch im Sinne einer erweiterten heilkundlichen Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse pflegebedürftiger Menschen (FK, MK, SeK)
- kennen die Entscheidungspraxis und Legitimation in Bezug auf Forschungen (FK, MK, SeK)
- sind befähigt medizinische und pflegerische Studien mit unterschiedlichen Designs anhand von Checklisten kritisch zu beurteilen und hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit auf die pflegerische Praxis zu beurteilen (FK, MK, SeK)
- entwickeln aus der Pflegepraxis relevante, beforschbare Fragestellungen, recherchieren dazu gezielt Studienberichte, werten diese aus und implementieren die Ergebnisse zielgruppenorientiert
- beurteilen die Methodenadäquatheit für pflegewissenschaftliche Fragestellungen und entscheiden sich für angemessene Methoden bei der jeweiligen, spezifischen Fragestellung
- Sind in der Lage die eigenen Defizite und Potentiale bzgl. der eigenverantwortlichen Übernahme von ärztlichen Aufgaben im Rahmen der Heilkundeübertragung ein und bilden sich im Sinne des lebenslangen Lernens fort bzw. weiter (FK, MK, SoK)
- nutzen ein vertieftes, kritisches pflege- und bezugswissenschaftliches Wissen, um zu pflegende Menschen und ihre Bezugspersonen bei der Krankheits- und Situationsbewältigung zu unterstützen (FK, MK, SoK)

Inhalte
Situationsmerkmale

Handlungsanlässe
- Pflegeanamnese, Pflegediagnose, Pflegeplanung und Ableitung von Pflegemaßnahmen, Pflegeüberleitung/-nachsorge
- an Pflegephänomenen orientierte Wissensrecherche und -bewertung, auch unter Nutzung von digitalen Informations- und Kommunikationstechnologien
- Erschließung und Bewertung externer Evidence für die Einbringung in die Pflegeplanung und Aushandlung mit dem Pflegenden
- Erschließung und Bewertung interner Evidenz des Pflegenden Einbringung in die Pflegeplanung
- wissenschaftliches Handeln in pflegerelevanten Handlungsfeldern, anhand von Praxisfällen, wie Kinder- und Jugendlichenversorgung, Akutversorgung, Rehabilitation, Altenhilfe
- Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Pflegeprozessgestaltung in herausfordernden Pflegesituationen
- Ausrichten des Pflegehandelns an aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, welches auch dazu befähigt, Tätigkeiten der ärztlichen Heilkundeübertragung richtig einschätzen zu können.
- Entwicklung und Durchführung von pflegewissenschaftlichen Projekten

Kontextbedingungen
- pflegewissenschaftliche Grundlagen und deren Bezugswissenschaften
- Forschungsansätze und -methoden
- Tugenden, Gütekriterien, Prinzipien wissenschaftlichen Vorgehens/Handelns
- Pflegetheorien und -modelle
- Pflegediagnosen/-prozess
- Pflegeprobleme/-phänomene
- Wissensgenerierung im pflegerischen Setting
- Einbringung pflegewissenschaftlicher Kenntnisse in das multiprofessionelle Team
- Umsetzung EBN im Pflegealltag
- Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse: Studien, Leitlinien, Qualitätsstandards/ Expertenstandards Pflege
- Durchführung wissenschaftlicher Projekte
- rechtliche Rahmenbedingungen der interprofessionellen Schnittstellen, der Delegation und Übernahme ärztlicher Aufgaben

Ausgewählte Akteure
- Einbindung von Pflegenden, Angehörige und Bezugspersonen in den EBN-Prozess bzw. bei wissenschaftlichen Studien
- Interprofessionelle Team in Versorgungsalltag (wie Ärzte, Psychologen)
- Ethikkommission bei Forschungsvorhaben
- wissenschaftliche Fachgesellschaften
- Forschungsinstitute und Aufsichtsbehörden
- Wissenschafts-/Forschungsgemeinschaft
- wissenschaftliche Mitarbeiter in Forschungsprojekten, Projektleitungen und Study-Nurse(s)

Erleben, deuten, verarbeiten
Studierende können
- sich wissenschaftliche Erkenntnisse erschließen, reflektieren und in das eigene Handeln integrieren
- wissenschaftliches Vorgehen entdecken, lernen und sich selbst in seiner Rolle / Funktion als wissenschaftlich tätige Person erleben
- sich auf der Grundlage wissenschaftlicher Kenntnisse tätige Person in der Pflege erfahren
- Interesse entwickeln für wissenschaftliches Arbeiten
- reflektierter und kritischer Umgang mit Studien und wissenschaftlichen Erkenntnissen
- mit Assessement-Instrumenten arbeiten können
- eigene pflegewissenschaftliche Fragestellungen und Projekte entwickeln können und diese planen

Handlungsmuster
- Handeln unter aktiver Einbeziehung wissenschaftlicher Erkenntnisse
- Relevante wissenschaftliche Informationsquellen kennen und mit Datenbanken arbeiten können
- pflegewissenschaftliche Studien lesen und kritisch bewerten können
- pflegewissenschaftliche Erkenntnisse in das Pflegehandeln wie die Gestaltung des Pflegeprozesses reflektiert einbringen

▶Evidence-based Nursing (EBN) II	Modulbereich Wissen
▶Inhalte Situationsmerkmale	• Möglichkeiten und Grenzen wissenschaftlicher Forschung kennen und in die Entscheidungsfindung bzw. das eigene Handeln reflektiert einbeziehen • Gütekriterien, Tugenden wissenschaftlichen Handelns kennen und im Versorgungsalltag anwenden bzw. bei eigenen wissenschaftlichen Arbeiten umsetzen können. • eigene pflegewissenschaftliche Projekte entwickeln und planen • kritisch-reflektierte Rollengestaltung, insbesondere im Zusammenhang mit der Übernahme ärztlicher Aufgaben
Wissensgrundlagen	• erkenntnistheoretische Grundlagen • vertiefte Kenntnisse und Vorgehensweisen in der qualitativen und quantitativen Forschung • vertiefte Kenntnisse über wichtige Methoden empirischer Forschung sowie kritische Reflexion deren Möglichkeiten und Grenzen • Kenntnis über Relevanz von Daten für Wissenschaft und Forschung; Übung von Datengewinnung, -erhebung und -auswertung • Kenntnisse zu Aufbau, Gestaltung und Dokumentation von Forschungsprozessen inkl. kritischer Bewertung von Studiendesigns • Vertiefte Lektüre ausgewählter (pflegewissenschaftlicher) Studien sowie kritische Auseinandersetzung mit deren Relevanz für das Pflegehandeln • Vertiefte Kenntnisse zu Theorie und Methode des Evidence-based Nursing; Möglichkeiten und Grenzen sowie Reflexion für das eigene Handeln als Pflegefachkraft • Reflektierte Kenntnisse zum Beitrag der Pflegewissenschaft zur Verbesserung der Pflegequalität in den verschiedenen Settings (z. B. anhand von Expertenstandards, Leitlinien, Assessments oder durch erweitertes Wissen im Bereich der Physiologie und Pathophysiologie sowie ärztlichen Diagnostik und Therapieverfahren an der Schnittstelle zur Medizin) • Vertiefte Kenntnisse zu Diskussionen in der Wissenschaftscommunity zu Tugenden, Gütekriterien und gutes wissenschaftliches Vorgehen/Handeln
Lernen in der simulativen Lernumgebung	• Teilnahme an einem simulierten Peer-Review • Teilnahme an einer simulierten EBN-Fallbesprechung zu einem relevanten Pflegeproblem • Gespräch mit Pflegewissenschaftler:innen und Study-Nurses
Anregung für Lern- und Arbeitsaufgaben	• Bearbeitung ausgewählter pflegewissenschaftlicher und bezugswissenschaftlicher Studien • kritische Auseinandersetzung mit deren Relevanz für das Pflegehandeln (z. B. Umsetzung im Pflegealltag) • Analyse eines Forschungsprozesses anhand einer ausgewählten Studie; Erarbeitung des Studiendesigns, des Vorgehens, der Ergebnisse und Interpretation • Erarbeitung von fallorientierten Vorgehen auf der Basis -Evidence-based Nursing; Möglichkeiten und Grenzen sowie Reflexion für das eigene Handeln als Pflegefachkraft • Beitrag der Pflegewissenschaft zur Verbesserung der Pflegequalität in den verschiedenen Settings (z. B. anhand von Expertenstandard, Leitlinien, Assessements) • Planung des eigenen, pflegewissenschaftlichen Abschlussprojektes, Erstellung eines Exposés (ModA)
Didaktischer Kommentar	Lehrveranstaltungsart: Ü 3/20 TN • Literaturrecherche mit Übungen (Literaturcafé/-zirkel) • Problemorientiertes Lernen anhand von ausgewählten Studien und Praxisfällen • Praktische Übungen anhand ausgewählter pflegewissenschaftlicher und bezugswissenschaftlicher Studien, die auch einen Bezug zur ärztlichen Heilkundeübertragung herstellen • Übung von Datengewinnung, -erhebung und -auswertung
Ausgewählte Literatur	Bücher: 1. Behrens, J., Langer, G. (2022) Evidence-based Nursing and Caring. 5. Auflage, Bern: Huber. 2. Bortz, J., Döring, N. (2006) Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer.

3. Brandenburg, H., Dorschner, S. (Hrsg.) (2008) Pflegewissenschaft 1. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in das wissenschaftliche Denken in der Pflege. Bern: Huber.
4. Brandenburg, H., Panfil, E., Mayer, H. (Hrsg.) (2007) Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegeforschung. Bern: Huber.
5. Grove, S. K., Cipher, D. J. (2024) Statistics for Nursing Research: A Workbook for Evidence-Based Practice, Elsevier, 4. Edition.
6. Loibiondo-Wood, G., Haber, J., (2022) Nursing Research – Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice, Elsevier, 10 Edition.
7. Mayer, H. (2007) Pflegeforschung kennenlernen. Wien: Facultas.
8. Müller, M. (2010) Statistik für die Pflege. Bern: Huber.
9. Panfil E.-M. (2022) Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege. 4. Auflage, Bern: Huber.
10. Reinhard, K. (2002) Schreiben. Ein Handbuch für Pflegende. Bern: Huber.
11. Schaeffer, D., Wingenfeld, K. (Hrsg.) (2011) Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa.

Zeitschriften:

- Pflegewissenschaft: Journal für Pflegewissenschaft und Pflegepraxis. ISSN 1662-3029; siehe: https://www.pflege-wissenschaft.info/
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft: Pflege und Gesellschaft; siehe: https://dg-pflegewissenschaft.de/veroeffentlichungen/pflege-gesellschaft/
- Pflege: Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe. Hogrefe; siehe: https://www.hogrefe.de/produkte/zeitschriften/pflege
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung: siehe: https://www.dip.de/aktuelles/

Vorkenntnisse	W_01 Evidence-based Nursing I / V 1. / V
Prüfung	ModA

Medizinische und psychologische Grundlagen IV | Modulbereich Wissen

Modul BNS_W_12	Semester 7	Niveau: L4	SWS: 4	ECTS: 5
Medizinische und psychologische Grundlagen IV	*Setting-übergreifende Krankheitslehre im Lebenslauf (2SWS)* *Interdisziplinäre, gesundheitliche Versorgung (Fallarbeit) (2 SWS)*			
Autor:in	Brönner			
Verantwortung	Siehe Anlage Studienplan			
Aufwand: 150 h	Kontaktstudium: 60	Selbststudium: 40	Prüfungsvorbereitungen: 50	
Rahmenlehrplan Fachkommission nach § 53 PflBG	CE02, CE04-CE08, CE10-CE11			
PflAPrV	Anlage 2: I 2a, b, d, e, 3a, b, c, d, e, 6c, II 2a, c, III 1a, b, c, e, III 2a-f, 3a-f, IV 1a, b			
	Anlage 5 Teil A: I 1., 2., 3., 4., 7.; II 3.; III 1, 2.; IV 2, 3; V 2, 3,4, 5, 6, 7			

Relevanz

Das Modul „Medizinische und psychologische Grundlagen IV“ im 7. Semester verknüpft das Wissen aus den Modulen I - III realitätsnah zu komplexen pflegerischen Handlungssituationen. Im Mittelpunkt stehen dabei die zu versorgenden pflegebedürftigen Menschen aller Altersstufen mit ihren Bezugspersonen/Angehörigen in den verschiedenen Versorgungseinheiten des Gesundheitssystems. Dazu werden entsprechende Fälle konstruiert, die von den Studierenden theoretisch bearbeitet und im SimLab praktisch geübt werden. Insbesondere die Einordnung der Symptomatik, die medizinische-psychologische Diagnostik und erste pflegerische Maßnahmen werden erlernt. Hier wird auch die eigenständige Übernahme ärztlicher Tätigkeiten, die im Sinne der Heilkundeübertragung, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig sind, mit einbezogen.

Damit werden die Studierenden optimal auf ihre Tätigkeit als Pflegefachperson vorbereitet, die meist ein Handeln in komplexen Situationen (Multimorbidiät, psychische Komorbiditäten, prekäre soziale Lebenslagen etc.) erfordert.

Versorgungseinheiten pflegerischen Handelns: Akutversorgung, Intensivversorgung, Rehabilitation, Palliativversorgung, Pflegeeinrichtung, ambulante und häusliche Versorgung

Pflegebedürftige Menschen im Lebenslauf:
Neonatologie, Pädiatrie, Kinder-und Jugendpsychiatrie
Gynäkologie und Geburtshilfe, Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie, Dermatologie, Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik
Geriatrie, Gerontopsychiatrie

Erwartete Kompetenzen

FK = Fachkompetenz
MK = Methodenkompetenz
SoK = Sozialkompetenz
SeK = Selbstkompetenz

Die Studierenden

- können das erlernte (theoretische) Wissen in der konkreten Handlungssituation mit dem Fallbeispiel unter Berücksichtigung des Alters und der Diversität der pflegebedürftigen Person, der Erkrankung und der Versorgungseinheit verknüpfen (FK, MK, SeK)
- gestalten (mit-)verantwortlich das intra- und interprofessionelle Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten und zur Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung (FK, MK, SoK, SeK)
- reflektieren ihre praktischen Übungen im SimLab in der Lerngruppe (SeK, SoK)
- können die Bedeutung und Tragweite komplexer Fälle in Handlungssituationen erfassen und eigenständig erste pflegerische Maßnahmen einleiten (FK, MK, SeK)
- führen ärztliche Anordnungen und Maßnahmen der Diagnostik, Therapie und Rehabilitation eigenständig durch. Die Grundsätze der Nachhaltigkeit und Wirtschaftlichkeit werden dabei berücksichtigt. (FK, MK, SeK, SoK)
- übernehmen im Rahmen der Heilkundeübertragung eigenständig ärztliche Tätigkeiten, in enger Abstimmung mit den Ärzten und Ärztinnen (FK, MK, SeK, SoK)
- können Symptome zuordnen und erste medizinische Verdachtsdiagnosen stellen (FK, MK)
- können die pflegebedürftigen Personen und ihre Bezugspersonen/Angehörige – basierend auf dem bio-psycho-sozialen Modell - in ihrer gesamten Lebenssituation erfassen (physische, psychische und soziale Aspekte) (FK, MK, SeK, SoK)

▶Erwartete Kompetenzen

- kennen psychologische Bewältigungsstrategien bei chronischen Erkrankungen (FK)
- kennen die wichtigsten Krankheitsbilder aus den verschiedenen medizinischen Fachbereichen (FK)
- können den pflegebedürftigen Personen und ihren Bezugspersonen/Angehörigen erste Informationen zur aktuellen Situation geben. Das Handeln und die Gesprächsführung gestaltet sich dabei empathisch, norm- und werteorientiert (FK, MK, SeK, SoK)
- können pflegebedürftige Personen und ihre Bezugspersonen/Angehörigen hinsichtlich ihrer Erkrankung, Therapie und Krankheitsbewältigung, aber auch hinsichtlich Prävention und Gesundheitsförderung beratend – unter Berücksichtigung evidenzbasierter Kenntnisse -unterstützen (FK, MK, SoK)
- nutzen forschungsgestützte Problemlösestrategien für die Gestaltung von Pflegeprozessen (FK, MK)
- bringen im intra- und interdisziplinären Team ihr theoretisches Wissen, die Ergebnisse der Pflegeanamnese und -diagnostik ein, und positionieren pflegewissenschaftliche Erkenntnisse im intra- und interdisziplinären Team (FK, MK, SeK, SoK)
- setzen ihr Wissen über komplexe Handlungsfelder in Pflegesituationen mit pflegebedürftigenMenschen und ihren Bezugspersonen aller Altersstufen in den verschiedenen Versorgungsbereichen ein, um sich an gesellschaftlichen Aushandlungsprozessen zur Pflege- und Versorgungsqualität zu beteiligen (FK, MK, SeK, SoK)
- schätzen ihre eigenen Defizite und Potentiale bzgl. der eigenverantwortlichen Übernahme von ärztlichen Aufgaben im Rahmen der Heilkundeübertragung ein und bilden sich im Sinne des lebenslangen Lernens fort bzw. weiter. (FK, SeK, SoK)

Inhalte Situationsmerkmale

Handlungsanlässe

- Verständnis der Ätiologie, Pathogenese, Symptomatik und Therapie von Krankheiten
- Verständnis komplexer Zusammenhänge von Gesundheit/Krankheit und psychosozialer Situation
- Verständnis der altersspezifischen Krankheiten im Lebenslauf
- Pflegeanamnese und -assessment
- Beratung/Gespräche mit pflegebedürftigen Menschen und ihren Bezugspersonen (z. B. zu Prävention und Gesundheitsförderung, zur Information/Aufklärung, zur Krankheitsbewältigung)
- Beratung/Gespräche mit pflegebedürftigen Menschen und ihren Bezugspersonen hinsichtlich Adhärenz/Compliance
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Übernahme von ärztlichen Aufgaben in enger Abstimmung mit dem behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Ärztin

Kontextbedingungen

- Fallarbeit zu komplexen pflegerischen Handlungssituationen:
- In den verschiedenen Versorgungseinheiten pflegerischen Handelns: Akutversorgung, Intensivversorgung, Rehabilitation, Palliativversorgung, Pflegeeinrichtung, ambulante und häusliche Versorgung
- Mit den pflegebedürftigen Menschen im Lebenslauf:
- Neonatologie, Pädiatrie, Kinder-und Jugendpsychiatrie
- Gynäkologie und Geburtshilfe, Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie, Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik, Dermatologie
- Geriatrie, Gerontopsychiatrie

Ausgewählte Akteure

- Studierende mit wenig Pflegeerfahrung
- Lerngruppe
- Zu pflegende Menschen aller Altersstufen
- Angehörige und Bezugspersonen
- Interdisziplinäres Team

Erleben, deuten, verarbeiten

Die Studierenden

- erfahren und erleben komplexe Handlungssituationen im Pflegealltag
- erleben und verarbeiten ihre Stärken und Schwächen medizinischer Diagnostik und Einleitung erster Maßnahmen

Handlungsmuster

- Komplexe Handlungssituationen theoretisch bearbeiten
- Komplexe Handlungssituationen im SimLab üben und reflektieren
- Pflegemaßnahmen einleiten
- Beratung und Edukation (z. B. Entwicklung von Bewältigungsstrategien)

▶Inhalte Situationsmerkmale	• kritisch-reflektierte Rollengestaltung, insbesondere im Zusammenhang mit der Übernahme ärztlicher Aufgaben
Wissensgrundlagen	• Anatomie und Physiologie • Pathologie und Pathophysiologie • Therapie- und Rehabilitationsmöglichkeiten altersspezifisch und settingspezifisch • Grundlagen altersspezifischer Erkrankungen in den wichtigsten medizinischen Fachbereichen (z. B. angeborene Herzfehler, Autismus, ADHS, Demenz) • Medizinische Diagnostik • Pflegemaßnahmen • Der Mensch als psychosoziales Wesen • Prävention und Gesundheitsförderung • Strategien und Phasen der Krankheitsbewältigung
Lernen in der simulativen Lernumgebung	• Praktische Übung am Pflegesimulator (z. B. Nursing Anne) entsprechend den konstruierten Fällen • Interaktive Simulation von medizinischen Notfällen • Beratung / Edukation • interprofessionelle Szenarien mit Fokus auf interprofessionelle Zusammenarbeit, Delegation und Übernahme von Aufgaben (in beide Richtungen)
Anregung für Lern- und Arbeitsaufgaben	• Fallarbeit • Gruppenarbeit • Lernen in der simulativen Lernumgebung (s.o .) • Komplexe Szenarien im interprofessionellen Setting mit Fokus auf prozessuale Kompetenzen und Role Making (aktive und kritisch-reflexive Gestaltung der professionellen Rolle) im Versorgungsprozess
Didaktischer Kommentar	Lehrveranstaltungsart: SU 3/ 20 TN • Fallarbeit in kleinen Gruppen • Lernen im SimLab am Pflegesimulator (z. B. Nursing Anne) und/oder am virtuellen Simulator (z.B. Body Interact) in Gruppen à 3 - 4 Studierende pro Pflegesimulator (z. B. Nursing Anne) und/oder virtuellen Simulator (z.B. Body Interact) • Planung von Szenarien mit Studierenden und / oder Lehrenden anderer relevanter Professionen (u.a. Medizin, Therapie, Geburtshilfe / Hebammenwesen)
Ausgewählte Literatur	1. Schoppmeyer, M. (Hrsg.) (2018) Gesundheits- und Krankheitslehre für Pflege – und Gesundheitsfachberufe (4. Aufl.); München: Elsevier 2. Keller, C. und Menche, N. (2017) PFLEGEN Gesundheits-und Krankheitslehre; München: Elsevier 3. Georg Thieme Verlag (Hrsg.) (2015) I Care – Krankheitslehre; Stuttgart: Georg Thieme Verlag 4. Leucht, S. und Förstl, H. (Hrsg.) (2018) Kurzlehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie (2. Aufl.); Stuttgart: Georg Thieme Verlag 5. Gouzoulis-Mayfrank, E. und Haupt, W.F. (2016) Neurologie und Psychiatrie für Pflegeberufe (11.Aufl.); Stuttgart: Georg Thieme Verlag 6. Thiel, H., Jensen, M., Traxler, S. (Hrsg.) (2016) Klinikleitfaden Psychiatrische Pflege (4. Aufl.); Urban & Fischer in Elsevier 7. Deutsch, J. und Schnekenburger F.G. (Hrsg.) (2017) Pädiatrie und Kinderchirurgie für Pflegeberufe (2. Aufl.); Stuttgart: Georg Thieme Verlag 8. Goerke, K. und Junginger C. (Hrsg.) (2018) Pflege konkret Gynäkologie Geburtshilfe (6. Aufl.); Elsevier Health Sciences 9. Larsen, R. (2016) Anästhesie und Intensivmedizin für die Fachpflege (9. Aufl.); Heidelberg: Springer Verlag 10. Ullrich, L. und Stolecki, D. (Hrsg.) (2015) Intensivpflege und Anästhesie (3. Aufl.); Stuttgart: Georg Thieme Verlag 11. Lexa, N. (2019) Palliativpflege Versorgung von Menschen am Lebensende (2. Aufl.); Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer 12. Bartels, F. (2019) Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie (Bd. 1-3); Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer 13. Corbin, J., Strauss, A. (2004) Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit; Bern: Huber 14. Schaeffer, D. (2009) Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf; Bern: Huber

▸Medizinische und psychologische Grundlagen IV

Modulbereich Wissen

Vorkenntnisse	Medizinische Grundlagen I + II + III Kommunikation und Beratung I + II Pflegeprozess I - VII Intra- und interprofessionelles Handeln I W11 Präventives und rehabilitatives Pflegehandeln im Lebenslauf
Prüfung	mdlP (Berufszulassung gem. § 36 PflAPrV)

Modul BNS_H_14	Semester 7	Niveau: L4	SWS: 4	ECTS: 5
Intra- und interprofessionelles Handeln	Entwicklungsfelder des intra- und interprofessionellen Handelns in der Pflege *LV Technologieentwicklung in Pflege und Versorgung (2 SWS)* *LV Exemplarische Anwendungsfelder (2 SWS)*			
Autor:in	Herold-Majumdar, Astrid			
Verantwortung	Siehe Anlage Studienplan			
Aufwand: 150 h	Kontaktstudium: 60	Selbststudium: 40	Prüfungsvorbereitungen: 50	
Rahmenlehrplan Fachkommission nach § 53 PflBG	CE 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09,10, 11			
PflAPrV	Anlage 2: : I1f, I2f I6c, II3, III1a, III3a, IV2b,e, V1a, V2a,f,g			
	Anlage 5 Teil A: I 4., 5.; II 4; III 1., 2., 3., 4., IV 1.-3.; V 1.-7.			

Relevanz	Das Modul Intra- und interprofessionelles Handeln baut auf den Modulen, WN_04 Intra- und interprofessionelles Handeln I und O_01 Pflegeprozess VI, auf und vertieft die entsprechenden Kompetenzen, mit dem Ziel des Nachweises der wissenschaftlichen und beruflichen Kompetenzen in der mündlichen Prüfung zur Berufszulassung. Die Gestaltung des Pflegeprozesses in der Zusammenarbeit mit wichtigen Bezugsdisziplinen, insbesondere mit der Medizin, steht im Mittelpunkt. Die technologische Entwicklung sowohl im Bereich der assistiven Technologien, des Ambient Assisted Living, der Diagnostik und Intervention als auch im Bereich der interprofessionellen und intersektoralen (z.B. Tele Health) Zusammenarbeit werden in die Betrachtung einbezogen. Die Studierenden werden ermächtigt und befähigt, den rasanten, technologischen Entwicklungsprozess, auch im Bereich des maschinellen Lernens und der Künstlichen Intelligenz proaktiv mitzugestalten. Das berufliche Selbstverständnis und der Habitus werden mit Blick auf die bevorstehende Berufszulassung als Pflegefachperson noch einmal geschärft. Auf Basis professionstheoretischer, arbeitsorganisatorischer, berufsethischer und fachlicher Grundlagen werden praxisrelevante Fragestellungen der intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit fallbasiert bearbeitet. Das Modul sollte im Teamteaching einer Pflegefachperson und einer Medizinerin oder eines Mediziners gelehrt werden, um an den Schnittstellen die Detailfragen der patientenorientierten Arbeit zu bearbeiten und Rollenvorbilder zu liefern. Für die problem- und fallbasierte Arbeit werden komplexe Fälle gewählt, die eine enge Zusammenarbeit verschiedener Professionen und hohe prozessuale Kompetenz erfordern. Die interprofessionelle Zusammenarbeit wird mit webbasierten 2-D-Patientensimulatoren und ggf. auch mit Schauspielpatienten geübt und vielschichtig reflektiert. Die eigenständige Übernahme ärztlicher Tätigkeiten, die im Sinne der Heilkundeübertragung zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig sind, wird am Übungsfall simuliert. Praxisorientiert können Detailfragen der Delegation und Substitution ärztlicher Tätigkeiten erörtert und bearbeitet werden.
Erwartete Kompetenzen FK = Fachkompetenz MK = Methodenkompetenz SoK = Sozialkompetenz SeK = Selbstkompetenz	Die Studierenden • reflektieren die Bedeutung der Technikentwicklung und Digitalisierung für die Entwicklung der Gesundheitsversorgung und Pflege und die damit einhergehenden Herausforderungen, insbesondere hinsichtlich eines empathischen und berufsethischen Handelns (FK, MK, SeK) • reflektieren die Bedeutung der Technologieentwicklung und Digitalisierung für die Entwicklung der Arbeitsorganisation im intra- und interprofessionellen Team sowie in der settingspezifischen (z. B. telehealth care in der ambulanten Versorgung in ländlichen Gebieten) und settingübergreifenden (z. B. digitalgestütztes, interprofessionelles Überleitungsmanagement) Gesundheitsversorgung (FK, MK, SeK) • reflektieren konstruktiv kritisch Möglichkeiten und Grenzen der Technologieentwicklung und leiten daraus entsprechende Konsequenzen für ihr intra- und interprofessionelles Handeln ab (FK, MK, SeK, SoK) • identifizieren berufsethische, ökonomische und professionstheoretische Fragestellungen im Zusammenhang mit der interprofessionellen Zusammenarbeit, insbeson-

▶Erwartete Kompetenzen

dere mit der Delegation und Substitution von ärztlichen Tätigkeiten (FK, MK, SeK, SoK)
- entwickeln ein fundiertes Pflegeverständnis und ein berufliches Selbstverständnis als hochschulisch qualifizierte Pflegefachperson sowie Pflegeforschende und wirken an der Weiterentwicklung der Profession mit (FK, MK, SeK, SoK)
- kennen Beispiele verschiedener Formen und Anwendungsfelder der technikgestützten Pflege und Versorgung (High-Tech Home Care, Telenursing/ Telemedicine, E-Health, Pflegeinformatik, Robotik, KI etc.) (FK, MK)
- wenden digitale, ggf. KI-gestützte Pflegedokumentationssysteme an, um ihre evidenzbasierten Pflegeprozessentscheidungen in der Pflege von Menschen aller Altersstufen und Diversitäten selbständig und im Pflegeteam zu planen, zu dokumentieren und zu evaluieren (FK, MK, SeK, SoK)
- tragen durch die Integration technischer Assistenzsysteme - im Sinne der rehabilitativ-therapeutischen Pflege - zum Erhalt und zur Wiedererlangung der Alltagskompetenz von Menschen aller Altersstufen bei und reflektieren die Potenziale und Grenzen technischer Assistenzsysteme (unter Anerkennung der bio-psycho-sozialen und integrativen Sichtweise) (FK, MK, SeK, SoK)
- identifizieren und reflektieren die Anforderungen der Wirtschaftlichkeit und der Nachhaltigkeit technikgestützten, beruflichen Handelns (z. B. Kosten-Nutzen-Analysen von Robotik-Systemen in der Gesundheitsversorgung, KI-gestützte Effizienzsteigerung der Pflegeprozessplanung und –steuerung, Müllvermeidung durch Technologieentwicklung im Bereich des aseptischen Arbeitens) und entwickeln im intra-/interprofessionellen Team Ansätze zur Erfüllung dieser Anforderungen (FK, MK, SeK, SoK)
- identifizieren berufsbezogene Fort- und Weiterbildungsbedarfe hinsichtlich der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten (FK, MK)
- bewerten das lebenslange Lernen als ein Element der persönlichen und beruflichen Weiterentwicklung und übernehmen Eigeninitiative und Verantwortung für das eigene Lernen (MK, SeK)
- erschließen und bewerten gesicherte Forschungsergebnisse und wählen diese für den intra-/interprofessionellen Handlungsbereich aus (FK, MK)
- nutzen forschungsgestützte, innovative Problemlösungsstrategien und neue Technologien für die Gestaltung der intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit, sowie bei der Ausübung ärztlich übertragener Aufgaben (FK, MK, SeK, SoK)
- gestalten die vorbehaltenen Tätigkeiten verantwortlich aus und positionieren pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse im intra- und interdisziplinären Team (FK, MK, SeK, SoK)

Inhalte Situationsmerkmale

Handlungsanlässe
- technische und digitale Innovationen und Entwicklungen in den verschiedenen Versorgungsbereichen der Pflege und Gesundheitsversorgung
- Entwicklungen und Innovationen im Bereich KI, Robotik
- Schnitt- und Nahtstellen interprofessioneller Zusammenarbeit der Technologieentwicklung (z. B. Telehealth), auch im Zusammenhang mit der Ausübung ärztlich übertragener Tätigkeiten
- Fragen und Potentiale der Wirtschaftlichkeit und Nachhaltigkeit im Zusammenhang mit der Technologieentwicklung
- ethische Fragen und Dilemmata im Zusammenhang mit der interprofessionellen Zusammenarbeit und Technologieentwicklung
- Einflüsse der Technologieentwicklung in der Gesundheitsversorgung auf das berufliche Selbstverständnis und die Vorbehaltsaufgaben (z. B. ANP, Telehealth und Telecare, E-Health in infrastrukturschwachen Regionen)
- Versorgungsbrüche und –engpässe, komplexe Versorgungsbedarfe
- sektorenübergreifende, patientenzentrierte Versorgung
- Komplexbehandlungen mit Rehabilitationspotential
- hohe Menge und Komplexität von Informationen, die für Falleinschätzungen verarbeitet werden müssen

Kontextbedingungen
- humanwissenschaftliche, soziologische, kommunikationswissenschaftliche Erkenntnisse zum Verhältnis von Mensch und Technik/Computer/KI
- medizinische und therapiewissenschaftliche Erkenntnisse technikunterstützter Gesundheitsversorgung

- Einsatzgebiete und Anwendungsfelder von Technik, Robotik, KI in der Gesundheitsversorgung und Pflege (Intensivstation, Krankenhaus, Rehabilitationskliniken, ambulante und häusliche Versorgung)
- rechtliche Rahmenbedingungen (Haftungsrecht, Medizinprodukterecht) und gesellschaftlicher Diskurs zur Heilkundeübertragung, interprofessionellen Zusammenarbeit und Technologieentwicklung in der Gesundheitsversorgung
- Anspruch der Nachhaltigkeit und Nachhaltigkeitsziele (SDG)

Ausgewählte Akteure

- Pflegefach- und Hilfspersonen
- Studierende und Auszubildende der Pflege
- pflegebedürftige Menschen aller Altersstufen, in verschiedenen Versorgungskontexten/Setting mit unterschiedlichen Pflege- und Assistenzbedarfen
- Pflegepersonen, Zu- und Angehörige
- Angehörige anderer Berufsgruppen im Gesundheitssystem (u.a. Ärzt:innen, Therapeut:innen, Medizintechniker:innen, Medizininformatiker:innen)

Erleben, deuten, verarbeiten

Die Studierenden

- kennen und verstehen grundlegende Begriffe der Professionalisierung und der interprofessionellen Zusammenarbeit
- erleben in konkreten, praxisrelevanten Fallsituationen die Schnittstellen der interprofessionellen Zusammenarbeit und entwickeln daraus in der Reflexion ein professionelles Selbstverständnis sowie einen professionellen Habitus
- kennen und verstehen grundlegende Begriffe u.a. aus den Bereichen Telenursing, Digital Nursing, Pflegeinformatik, E-Health, Robotik, KI)
- Diskurse zur interprofessionellen Zusammenarbeit und beteiligen sich daran

Handlungsmuster

- kritische Überprüfung und Reflexion mit Hilfe wissenschaftlicher Methoden und auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse
- offenes und neugieriges Ausprobieren von Innovationen/neuen Technologien
- intra- und interdisziplinäres Forschen
- interprofessionelles Handeln
- diskursive Auseinandersetzung
- Neukonzeption und kreatives Gestalten
- visionäres Vorausdenken, kreatives Denken und Innovation
- Konstruktion des Selbstverständnisses und des Berufsbildes im intra-interprofessionellen Handeln
- reflektiertes, wohlüberlegtes Handeln im rechtlichen und berufsethischen Rahmen
- sorgendes Handeln, Schutz der Würde, Wahrung der Sicherheit und der Rechte pflege-/hilfsbedürftiger Menschen aller Altersstufen
- stärkendes (Empowerment) und unterstützendes Handeln mit pflege-/hilfsbedürftigen Menschen
- gezielter, unterstützender Einsatz neuer Technologien
- verarbeiten von großen Mengen an Informationen
- clustern von Informationen
- klassifizieren, einschätzen, beurteilen, diagnostizieren

Wissensgrundlagen

- Professionstheoretische Grundlagen der interprofessionellen Zusammenarbeit
- innovative Konzepte der Pflegeorganisation und der Organisation der interprofessionellen Zusammenarbeit
- Digitalisierung in der Pflege / Digital Nursing
- Künstliche Intelligenz (KI), AAL und Robotik in der Pflege, Pflege-/Medizininformatik, Telenursing/-medicine, E-Health
- Technik-unterstützte bzw. -intensive Pflege
- intra- und interprofessionelles Handeln im Zusammenhang mit Digitalisierung, Robotik und KI
- ethische Fragestellungen und Dilemmata im Zusammenhang mit der Technologieentwicklung in der Gesundheitsversorgung
- Methoden des ethischen Diskurses
- Mensch-Technik Interaktion
- Entwicklungs- und Innovationsprozesse/ -methoden
- wissenschaftliche Entwicklungs- und Implementierungsstudien und deren Methoden
- Organisationsentwicklungsprozesse

Lernen in der simulativen Lernumgebung	• Pflegeroboter in der simulativen Lernumgebung (SimLab) ausprobieren und Erfahrungen mit der Lerngruppe reflektieren • Anschauung und ggf. exemplarische Anwendung digitaler, KI-gestützter Pflegeprozessplanungs- und steuerungssysteme • Alterssimulation im Zusammenhang mit assistiven Technologien • interprofessionelle und intraprofessionelle Fallbearbeitungen im Zusammenhang mit technikgestützter, gesundheitlicher Versorgung, und auch hinsichtlich ärztlich übertragener Tätigkeiten • Hospitation in Laboren mit pflege- und gesundheitsrelevanter Technologieentwicklung (z. B. Fraunhofer Institut, Bayrische TelemedAllianz, Labor „Licht und Gesundheit“ FK 06, Geriatronik Labor der Technische Universität München RSI - Lehrstuhl für Robotik und Systemintelligenz in Garmisch-Partenkirchen)
Anregung für Lern- und Arbeitsaufgaben	• Fallbezogene Simulation interprofessioneller Zusammenarbeit • Exkursionen mit Lernaufgaben zur kritischen Reflexion der Anwendungsprobleme neuer Technologien • wissenschaftliche Recherche, Präsentation und Veranschaulichung neuer Technologien mit wissenschaftlicher Überprüfung der Wirkung und Anwendbarkeit • Hospitation mit Lernaufgaben zur kritischen Reflexion der Anwendungsprobleme neuer Technologien • Zukunftswerkstatt • Filmanalyse z. B. Kurzfilm über „PEPPER“ oder „GIRAF“ mit kritisch-konstruktiver Reflexion der Chancen und Risiken neuer Technologien • Marktanalyse bzgl. neuer Technologien
Didaktischer Kommentar	Lehrveranstaltungsart: SU 2/30 TN Die Übungen in der simulativen Lernumgebung (SimLab) erfordern kleinere Gruppen (à 3-4 Studierende)
Ausgewählte Literatur	1. Kälble, K. und Borgetto, B. (2023) Soziologie der Berufe und Interprofessionalität im Gesundheitswesen, in M Richter, K Hurrelmann (eds) Soziologie von Gesundheit und Krankheit, Wiesbaden: Springer VS, pp 411-435. 2. Pfannstiel, M. A.; Krammer, S.; Swoboda, W. (2018) Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen IV. Impulse für die Pflegeorganisation, Wiesbaden: Springer Gabler. 3. Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege (2024) Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource, Gutachten 2024, www.svr-gesundheit.de
Vorkenntnisse	WN_04 Intra- und interprofessionelles Handeln I O_01 Pflegeprozess VI WN_02 Gesundheits- und Pflegerecht
Prüfung	mdlP (Berufszulassung gem. § 36 PflAPrV)

Modul BNS_H_15	Semester 7	Niveau: 6	SWS: 2	ECTS: 2
Fachpraxis V	*Setting-spezifische und -übergreifende, person-zentrierte, pflegerische Versorgung von Neugeborenen und Kindern (1SWS)* *Setting-spezifische und -übergreifende, person-zentrierte, pflegerische Versorgung von jungen und älteren Erwachsenen sowie hochaltrigen Menschen (1 SWS)*			
Autor:in	Herold-Majumdar			
Verantwortung	Siehe Anlage Studienplan			
Aufwand: 60 h	Kontaktstudium: 30	Selbststudium: 10	Prüfungsvorbereitungen: 20	
Rahmenlehrplan Fachkommission nach § 53 PflBG	CE 01- CE 11			
PflAPrV	Anlage 2: I. 1g, h, 2a-f, 3e, f, 4a, b, c, 5a, b, c, d, 6a,-e, II. 1a-g, 2a, d, 3a, b, c, III. 1a, b, c, d, e, f, 2a-f, 3a, b, c, e, d, f, IV. 1a-d, 2a,-e, V. 1a, b, c, d, 2a-g			
	Anlage 5 Teil A: I 1.-7., II 1.-4., II 1.-4-, III 1., 2. IV 1.-3., V 1.-7.			

Relevanz	Das Modul verknüpft das Wissen aus den Fachpraxismodulen I - IV, den Praxiseinsätzen und der Praxisbegleitung I - VI sowie die Vorkenntnisse im Studienverlauf. Der Schwerpunkt liegt auf komplexen Szenarien von pflegebedürftigen Menschen aller Altersstufen und deren Bezugspersonen/Angehörigen mit eigenständiger Lösungsentwicklung. Der Fokus liegt auf der gezielten und individuellen Vorbereitung auf die praktische Abschlussprüfung. Intensiver Übungsblock vor Beginn der praktischen Abschlussprüfungen im Vertiefungseinsatz an den Präsenztagen an der Hochschule (vgl. Schienenplan). Selbstbestimmte und eigenverantwortliche Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig sind, in enger Abstimmung mit dem behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Ärztin
Erwartete Kompetenzen FK = Fachkompetenz MK = Methodenkompetenz SoK = Sozialkompetenz SeK = Selbstkompetenz	Die Studierenden : • erkennen und beschreiben pflegerische Phänomene (z. B. Gesundheitsverhalten, Gesundheitsmanagement, Selbstpflegekompetenz, Selbstwahrnehmung, Coping), die in Fallsituationen auftreten und schätzen den Pflegebedarf auf Basis von wissenschaftlich fundierten Klassifikationssystemen (z. B. NANDA-I, ICNP, ICF) ein. (FK, MK, SoK, SeK) • führen die allgemeine und spezifische „Krankenbeobachtung“ selbständig durch und können daraus den Handlungsbedarf ableiten und mit der verantwortlichen Pflegefachperson abstimmen. (FK, MK, SoK, SeK) • führen die Pflegediagnostik für komplexe Fälle auf Basis von wissenschaftlich fundierten Klassifikationssystemen (z. B. NANDA-I, ICNP, ICF) selbständig durch. (FK, MK, SeK) • planen, gestalten und reflektieren den Pflegeprozess einschließlich der Überleitungspflege für komplexe Fälle mit pflegebedürftigen Menschen unterschiedlicher Altersstufen, in unterschiedlichen Lebenslagen, mit diversen Lebensentwürfen, spezifisch für die Lebensphase. (FK, MK, SoK, SeK) • entwickeln den Pflegeprozess auf Basis der Evaluation und auf Basis neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse weiter. (FK, MK) • nehmen sich selbst als kompetente Berufsanfänger:in und Pflegeforscher:in wahr, erleben und reflektieren ihre Rollen und bereiten sich auf die Rolle als Pflegefachperson vor (FK, MK, SoK, SeK) • finden in die Rolle der professionellen Pflegefachperson und der Pflegewissenschaftler:in (Statuspassage) und sind bereit, die Verantwortung für die Steuerung hochkomplexer Fallsituationen und Pflegeprozesse sowie für Organisationsentwicklungsprozesse zu übernehmen (FK, MK, SoK, SeK) • setzen weiterführende und effektive Strategien zum Umgang mit belastenden Gefühlen (z. B. Ekel ,

▶ Erwartete Kompetenzen

- schätzen Potentiale und Risiken des beruflichen Handelns für ihre eigene Gesundheit ein, führen selbstbestimmt wirksame, gesundheitsförderliche, präventive und kurative Maßnahmen für die eigene Gesundheit durch und reflektieren Maßnahmen der Selbstsorge und entwickeln diese weiter. (FK, MK, SoK, SeK)
- setzen Organisationsentwicklungsmaßnahmen für eine effektivere Patientenversorgung selbständig um oder wirken an organisationsumfassenden Maßnahmen aktiv mit und bedienen sich dabei ihres fundierten Wissens über das Qualitäts- und Projektmanagement. (FK, MK, SoK, SeK)
- gestalten die Rolle der professionellen Pflegefachperson und der Pflegewissenschaftler:in im institutionellen, setting-spezifischen Kontext, im intra- und interdisziplinären Team sowie darüber hinaus z. B. bei der Zusammenarbeit mit anschließenden Versorgungseinrichtungen, mit externen Auditteams im Rahmen der Zertifizierung, mit dem medizinischen Dienst und der Heimaufsicht. (FK, MK, SoK, SeK)
- wirken an Teamentwicklungsmaßnahmen mit und machen aktiv konstruktive Vorschläge für die Teamentwicklung. (FK, MK, SoK, SeK)
- gestalten Teamentwicklungsmaßnahmen, die zu einer verbesserten Patientenversorgung beitragen. (FK, MK, SoK, SeK)
- nehmen die unterschiedlichen Rollenerwartungen, insbesondere auch die Erwartungen im Zusammenhang mit der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten, im institutionellen, setting-spezifischen Kontext wahr, erfüllen Rollenerwartungen (role taking), reflektieren diese kritisch und entwickeln weiterführende Ansätze zur Rollengestaltung (role making, Entwicklung des beruflichen Selbstverständnisses) und können diese im beruflichen Kontext umsetzen. (FK, MK, SoK, SeK)
- schätzen im gesetzlichen Rahmen (u.a. Vorbehaltsaufgaben) und entsprechend ihres Studienfortschritts berufliche Fallsituationen bzgl. ihres Beitrages als fortgeschrittene Berufsanfänger:in ein und entscheiden, ob sie sich eher aus der Situation zurückziehen, hospitierend oder weiterführend assistierend teilnehmen, angeleitet selbst Interventionen durchführen oder selbständig eine Intervention planen und durchführen. (FK, MK, SoK, SeK)
- wenden das erworbene Wissen in hochkomplexen Fallsituationen empathisch und evidenzbasiert an und passen selbständig oder unter Anleitung ihre Interventionen an die Situation und an die pflegebedürftige Person an. (FK, MK, SoK, SeK)
- entwickeln aus den Fallsituationen Fragestellungen, die pflegewissenschaftlich (EbN) relevant sind und formulieren diese für die weitere Bearbeitung im Rahmen einer wissenschaftlichen Recherche (z. B. nach dem PICO-Schema). (FK, MK)
- entwickeln effektive Strategien auf einschlägigen, gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Datenbanken zur Recherche von wissenschaftlichen Studien (FK, MK)
- analysieren wissenschaftliche Studienberichte hinsichtlich wichtiger Ergebnisse für die untersuchte Fragestellung. (FK, MK)
- schätzen die Qualität von ausgewählten Studienberichten mit quantitativen und qualitativen Forschungsdesigns ein und können diese auf die Fallsituation wieder anwenden sowie im intra- und interdisziplinären Team kommunizieren und argumentativ vertreten. (FK, MK, SoK, SeK)
- entwickeln aus den Fallsituationen erste Fragestellungen, die berufsethisch relevant sind und formulieren diese für den ethischen Diskurs, der argumentativ im intra- und interdisziplinären Team sowie in der Studiengruppe an der Hochschule geführt wird und können daraus Handlungsoptionen für die Praxis entwickeln. (FK, MK, SoK, SeK)
- erkennen medizinische Notfallsituationen in der klinischen oder simulierten Fallsituation und handhaben diese im Rahmen der Ersten Hilfe adäquat, wobei auch weiterführende Sofortmaßnahmen (z. B. Intubation) assistierend unterstützt werden. (FK, MK, SoK, SeK)
- setzen Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten einer hygienischen Arbeitsweise in konkreten, (simulierten) beruflichen Situationen für komplexe Fallsituationen um und reflektieren diese kritisch. (FK, MK, SoK, SeK)
- identifizieren hygienisch kritische Stellen in der Struktur und in den Prozessabläufen, regen zur Verbesserung der Hygiene an und wirken an Verbesserungsmaßnahmen mit bzw. führen Verbesserungsmaßnahmen eigenständig durch. (FK, MK, SoK)
- setzen Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten einer nachhaltig-wirtschaftenden Arbeitsweise in konkreten, (simulierten) beruflichen Situationen für komplexe Fallsituationen um und reflektieren diese kritisch. (FK, MK, SoK, SeK)
- entwickeln Vorschläge für eine nachhaltigere Wirtschaftsweise in Bezug auf die unmittelbare Patientenversorgung und setzen Maßnahmen um. (FK, MK, SoK, SeK)

▶ Erwartete Kompetenzen

- nehmen die Rechte, die Selbstbestimmung und den individuellen Lebensentwurf der pflegebedürftigen Menschen empathisch und wissensbasiert wahr, respektieren diese und handeln im (simulierten) beruflichen Kontext person-zentriert sowie fachlich fundiert. (FK, MK, SoK, SeK)
- argumentieren und treten für die Rechte und die Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Person im intra- und interdisziplinären Team ein (Anwaltsfunktion) und entwickeln Vorschläge für eine selbstbestimmte Pflege und Teilhabe. (FK, MK, SoK, SeK)
- unterstützen pflegebedürftige Menschen entsprechend ihrer Lebens- und Entwicklungsphase bei der selbstbestimmten, ressourcen- und entwicklungsfördernden Körperpflege, Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, bei der Ausscheidung, bei der Bewegung, beim Kleiden entsprechend ihres Bedarfs. Sie führen dabei auch eine spezifische „Krankenbeobachtung“ (z. B. Auskultation bei auffälligem Atemgeräusch) durch und entscheiden, welche Beobachtungen dokumentiert bzw. an die verantwortliche Pflegefachperson weitergegeben werden müssen. (FK, MK, SoK, SeK)
- wenden verständigungsorientierte, wertschätzende, theoretische sowie die Autonomie und Entwicklung der Person fördernde Methoden und Theorien der Kommunikation und Interaktion in den beruflichen Fallsituationen (sowohl in Bezug auf die pflegebedürftige Person und ihre Angehörigen, als auch auf die Mitglieder des intra- und interdisziplinären Teams) an. (FK, MK, SoK, SeK)
- reflektieren hochkomplexe Interaktions-, Kommunikations- und Beratungssituationen im beruflichen Kontext und erweitern ihr Handlungsrepertoire. (FK, MK, SoK, SeK)
- wenden ihr erweitertes fundiertes Wissen, ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten bzgl. Gesundheitsförderung, Prävention und Förderung einer selbstbestimmten Teilhabe in der jeweiligen, individuellen, Fallsituation an. (FK, MK, SoK, SeK)
- setzen weiterführende und effektive Strategien zum Umgang mit belastenden Gefühlen (z. B. Ekel, Scham, Mitleid) im Zusammenhang mit einer körper- und Person-nahen Interaktion um und reflektieren diese. (FK, MK, SoK, SeK)
- schätzen Entwicklungen des intra- und interdisziplinären Teams ein, reflektieren ihre Rolle und Funktion in dem Team und entwickeln Vorschläge für eine, in Bezug Patientenversorgung förderliche Teamentwicklung. (FK, MK, SoK, SeK)
- sind für ihre Selbstsorge sensibilisiert. Sie kennen wichtige Potentiale und Risiken des beruflichen Handelns für ihre eigene Gesundheit und können selbstbestimmt wirksame, gesundheitsförderliche, präventive und kurative Maßnahmen für die eigene Gesundheit einleiten oder selbst durchführen und reflektieren. (FK, MK, SoK, SeK)
- können die Funktionsweise, die Risiken und die Potentiale speziellen Pflegehilfsmitteln und technischen Assistenzsystemen einschl. Robotik einschätzen und können diese hospitierend, assistierend, mit Anleitung oder selbständig situationsgerecht und person-zentriert in der (simulierten) beruflichen Praxis anwenden. (FK, MK, SoK, SeK)
- reflektieren die Anwendung von Hilfsmitteln, Medizinprodukten/-geräten und Assistenzsystemen kritisch und entwickeln Vorschläge für einen adäquaten, ressourcenfördernden und die Selbstbestimmung fördernden Einsatz bei der pflegebedürftigen Person. (FK, MK, SoK, SeK)
- wenden EDV-gestützte, digitale und analoge bzw. papiergestützte Systeme zur Planung und Dokumentation des Pflegeprozesses assistierend, unter Anleitung oder selbständig situationsgerecht in der beruflichen Praxis an, reflektieren deren Effektivität kritisch und entwickeln Vorschläge für einen effektiveren Einsatz. (FK, MK, SoK, SeK)
- schätzen ihre eigenen Defizite und Potentiale bzgl. ihrer berufsbezogenen und wissenschaftlichen Kompetenzen ein und können sich selbstorganisiert und eigenverantwortlich im Sinne des lebenslangen Lernens weiterbilden und –entwickeln. (FK, MK, SoK, SeK)
- leiten Pflegepersonen mit einem geringeren Qualifikationsniveau entsprechend ihres Ausbildungs- bzw. Studienfortschritts an und bedienen sich dabei pflegepädagogischem fundierten Wissen. (FK, MK, SoK, SeK)
- setzen sich konstruktiv-kritisch mit den organisatorischen, ökonomischen, kulturellen, gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen auseinander und wirken an deren Gestaltung mit. (FK, MK, SoK, SeK)
- identifizieren ethische Fragestellungen, Dilemmata und Konfliktsituationen in komplexen Fallsituationen, initiieren und führen im intra- und interdisziplinären Team den Diskurs und leiten daraus für den Pflegeprozess Interventionen ab zur Förde-

▶ Erwartete Kompetenzen

rung berufsethischen Handelns unter Berücksichtigung von Menschenrechten. (FK, MK, SoK, SeK)
- schätzen die Funktionsweise, die Risiken und die Potentiale spezieller Pflegehilfsmittel und technischer Assistenzsysteme einschl. Robotik wissensbasiert ein und entwickeln die Unterstützungssysteme person-zentriert weiter. (FK, MK)
- wenden EDV-gestützte, digitale und analoge bzw. papiergestützte Systeme zur Planung und Dokumentation des Pflegeprozesses assistierend, unter Anleitung oder selbständig situationsgerecht in der beruflichen Praxis an, reflektieren deren Effektivität kritisch und argumentieren effektivere Supportprozesse und -systeme gegenüber den verantwortlichen Entscheider:innen. (FK, MK, SoK, SeK)
- gestalten und steuern Qualitätssicherungs- und entwicklungsmaßnahmen für komplexe Fallsituationen (z. B. Umsetzung der DNQP Expertenstandards für die spezifische Fallsituation und den individuellen Bedarf) (FK, MK, SoK, SeK)
- wirken an dem organisationsumfassenden Qualitätsmanagementsystem (z. B. CIRS) mit und entwickeln wissensbasierte und begründete Vorschläge für dessen Weiterentwicklung bzgl. der direkten Patientenversorgung (FK, MK, SoK, SeK)
- schätzen ihre eigenen Defizite und Potentiale bzgl. der eigenverantwortlichen Übernahme von ärztlichen Aufgaben im Rahmen der Heilkundeübertragung ein und bilden sich im Sinne des lebenslangen Lernens fort bzw. Weiter (FK, MK, SoK, SeK)

Inhalte Situationsmerkmale

Handlungsanlässe
- hochkomplexe Informations- und Beratungsbedarfe von (zu pflegenden) Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen
- hochkomplexe Pflegebedarfe
- hochkomplexe Assistenz- und Kooperationssituationen mit anderen Gesundheitsfachberufen einschl. Medizin
- Übernahme von ärztlichen Aufgaben in enger Abstimmung mit dem behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Ärztin, insbesondere beim Assessment, bei der Erstanamnese und bei der Zuführung zum Medizinsystem, bei der Gesundheitsförderung, Prävention, bei der Weiterbehandlung von chronischen Krankheiten und bei Palliative Care (Schmerzmanagement und Symptomlinderung)
- Organisations- und Qualitätsentwicklungsbedarfe
- gesundheitsförderliche und gesundheitsgefährdende Bedingungen am Arbeits- und Lernplatz
- Informations-, Anleitungs- und Beratungsbedarfe von Auszubildenden/ Teammitgliedern zu pflegefachlichen Fragestellungen

Kontextbedingungen
- Institutionelle, organisatorische Rahmenbedingungen
- kommunikativ schwierige Situationen
- komplexe Rollenbeziehungen
- settingspezifisches und –übergreifendes Gesundheits- und Versorgungssystem einschließlich Finanzierung
- gesundheits- und lebenslaufbezogene Werte und Normen in der Gesellschaft und in Institutionen
- pflege- und medizinrechtliche Bedingungen
- rechtliche Rahmenbedingungen der interprofessionellen Schnittstellen, der Delegation und Übernahme ärztlicher Aufgaben
- Sozialstaatlichkeit und Gesundheitssystem
- selbstbestimmte Integration ärztlicher Aufgaben in den Pflegeprozess

Ausgewählte Akteure
- Studierende/Lerngruppe
- zu pflegende Menschen aller Altersstufen und ihre Bezugspersonen
- intra- und interprofessionelles Team
- Leitungspersonen in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen
- Mitarbeiter:innen des MD, der FAQ
- Pflegeberater:innen
- Sozialarbeiter:innen
- Patientenfürsprecher:innen, Heimbeiratsmitglieder
- Medizinproduktebeauftragte:r
- Qualitätsbeauftragte:r
- Hygienebeauftragte:r
- Seelsorger:in

▶ Inhalte Situationsmerkmale	**Erleben, deuten, verarbeiten** • sich kompetent erleben in Bezug auf die Vorbehaltsaufgaben und weiterführende Aufgaben im Rahmen der weiterführenden beruflichen Kompetenzen nach § 37 PflBG • ganzheitliche Aufgaben übernehmen und gestalten • hochkomplexe Pflegeprozesse person-zentriert gestalten • sich im intra- und interprofessionellen Team integriert und akzeptiert fühlen • Statuspassage von der/dem Studierenden zur Pflegefachperson verarbeiten und die neue Rolle als Pflegefachperson gestalten **Handlungsmuster** • eigenverantwortliche Gestaltung und Ausführung von Vorbehaltsaufgaben • Reflexion des eigenen konkreten Gesundheitsverhaltens anhand von Gesundheitsverhaltensmodellen und Ableitung konkreter Konsequenzen für das eigene gesundheitsbezogene Verhalten und für das pflegerische Handeln • kritische Reflexion des berufspraktischen Handelns vor dem Hintergrund der aktuellen, wissenschaftlichen Erkenntnisse • kritisch-reflektierte Rollengestaltung, insbesondere im Zusammenhang mit der Übernahme ärztlicher Aufgaben • Pflegeprozesse evaluieren und Pflegequalität verbessern • Entwicklung von Forschungsfragestellungen aus der Berufspraxis • forschende Neugierde und wissenschaftliche Recherche • neue Technologien entwickeln und einsetzen • Fort- und Weiterbildungsbedarfe identifizieren und decken • Organisationen analysieren, Entwicklungsbedarfe erkennen und an deren Entwicklung mitwirken • für Patientensicherheit sorgen • Qualität sichern und entwickeln • Pflegepraxis evidenzbasiert entwickeln
Wissensgrundlagen	• Beratung, Schulung und Anleitung von Menschen aller Altersstufen mit hochkomplexen gesundheitlichen Einschränkungen und deren Angehörigen • Durchführung von komplexeren Beratungssituationen bei Menschen mit chronischen Krankheitsverläufen, spezifischen, seltenen Erkrankungen • Anatomie, Physiologie, allgemeine und spezielle Krankheitslehre, Psychiatrische Erkrankungen und Psychosomatik, Infektiologie und Hygiene, Biochemie und Pharmakologie, medizinisches Rechnen • erweitertes Wissen im Bereich der Physiologie und Pathophysiologie sowie ärztlichen Diagnostik und Therapieverfahren an der Schnittstelle zur Medizin • fall- und situationsspezifische Analyse des Forschungsstandes und Implementierung in die Praxis, Vorbereitung des wissenschaftlichen Abschlussprojektes • fallbezogener, ethischer Diskurs und Fragestellungen am Lebensende • Entwicklungsfelder, Digitalisierung, technische Assistenzsysteme, Innovation • Qualitätsmanagement, Patientensicherheit • hygienische Arbeitsweise, Strukturen und Prozesse des Hygienemanagements • Umsetzung von EbN in der Praxis, Umsetzungsprobleme
Lernen in der simulativen Lernumgebung	• komplexe Szenarien mit high/medium fidelity • gezieltes Skill-Training von spezifischen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (auch in medizinischer Assistenz), orientiert am Bedarf der Studierenden • Simulation der praktischen Prüfungssituation • interprofessionelle Szenarien mit Fokus auf interprofessionelle Zusammenarbeit, Delegation und Übernahme von Aufgaben (in beide Richtungen)
Anregung für Lern- und Arbeitsaufgaben	• komplexe Szenarien mit eigenständiger Lösungsentwicklung, Fallkonstellationen mit Multimorbidität und vielschichtigen Versorgungsarrangements mit Beratungsbedarf unter Einbeziehung des sozialen sowie des Versorgungs-Netzwerks zur Vorbereitung der praktischen Abschlussprüfung • selbständige Organisation des Pflegebereichs und Koordination der Versorgung mehrerer Patient:innen/pflegebedürftiger Menschen • Webbasierte, komplexe Szenarien (Body Interact) im interprofessionellen Setting mit Fokus auf prozessuale Kompetenzen und Role Making (aktive und kritisch-reflexive Gestaltung der professionellen Rolle) im Versorgungsprozess

Didaktischer Kommentar	Lehrveranstaltungsart: Ü 10/6 TN • Der Schwerpunkt dieses letzten fachpraktischen Moduls liegt auf der Vorbereitung der praktischen Prüfung durch intensives, gezieltes und individuelles Training der Kompetenzen, die noch nicht ausreichend ausgebildet sind (auf Basis der Kompetenzanalyse in FP IV/V) • Die Studierenden gewinnen Sicherheit durch selbstorganisierte Übungseinheiten an der Hochschule im Skills Lab (Präsenztage an der Hochschule während des Vertiefungseinsatzes). Möglichst freier und unkomplizierter Zugang zum Skills Lab. • komplexe Szenarien mit eigenständiger Lösungsentwicklung üben • Vertiefung von Pflegediagnostik, Pflegeprozessplanung und –dokumentation • Vertiefung Falleinschätzung und -management • Vertiefung Qualitätsmanagement, Entwicklung und Anwendung nationaler Expertenstandards • Vertiefung EbN in der Praxis • vgl. Praxiscurriculum • Planung von Simulationseinheiten mit Studierenden und/oder Lehrenden anderer, relevanter Professionen (u.a. Medizin, Therapie, Geburtshilfe/Hebammenwesen)
Ausgewählte Literatur	1. Menche Nicole (2020): Pflege Heute, 7. Aufl., München: Urban & Fischer. 2. Schewior-Popp Susanne, Sitzmann Franz, Ullrich Lothar (2020) Thiemes Pflege, 15. Aufl., Stuttgart, New York: Thieme Verlag. 3. Schleyer Daniela, Klimek Margarete, Lauber Annette, Herbers Tobias, Heiligmann Sandra (2018) I care - PflegeExamen KOMPAKT. Stuttgart: Thieme. 4. Müller Staub Maria, Georg Jürgen, Leoni-Scheiber Claudia (2018) Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen, 6., vollst. überarb. u. erw. Aufl., Göttingen: Hogrefe.
Vorkenntnisse	Pflegeprozess I - VII Fachpraxis I - IV Praxiseinsatz und PB I - VI Intra- und interprofessionelles Handeln I Medizinische Grundlagen I - III Medizin- und Pflegerecht Forschungsmethodik Kommunikation und Beratung I und II Ethik I und II
Prüfung	praktische Prüfung zur Berufszulassung gem. § 37 PflAPrV

Entwicklung des pflegewissenschaftlichen Abschlussprojektes

Modulbereich Wissen

Modul BNS_W_14	Semester 7	Niveau: 6	SWS: 4	ECTS: 5
Entwicklung des pflegewissenschaftlichen Abschlussprojektes	Forschungsmethodischer Diskurs mit Vertiefung der Methodenlehre, Kolloquium			
Autor:in	Boldt, Herold-Majumdar, Fraunhofer			
Verantwortung	Siehe Anlage Studienplan			
Aufwand: 150 h	Kontaktstudium: 64	Selbststudium: 56	Prüfungsvorbereitungen: 30	
Rahmenlehrplan Fachkommission nach § 53 PflBG				
PflAPrV	Anlage 2: -			
	Anlage 5 Teil A: V 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7.			

Relevanz	Dieses Seminar dient der Vorbereitung und Begleitung zur Erstellung der Bachelorarbeit sowie zur Durchführung des Kolloquiums. Die inhaltliche Ausgestaltung orientiert sich an den für die Bachelorarbeiten gewählten Themen. Es können sowohl theoretische als auch methodische Aspekte vertieft werden. Im Seminar sollen sowohl erste Ideenskizzen als auch fertige Konzepte sowie individuelle Fragestellungen hinsichtlich der eigenen Bachelorarbeit präsentiert werden. Darüber hinaus sollen Zeitrahmen und Machbarkeit des Vorhabens erörtert werden. Dazu präsentieren alle teilnehmenden Studierenden den aktuellen Stand ihrer Bachelorarbeiten und bereiten eine Diskussion vor (z. B. gezielte Fragen zu Theorie, Forschungsstand, Methoden usw.). Kritisches Denken im forschungsmethodischen Diskurs wird intensiv geschult.
Erwartete Kompetenzen FK = Fachkompetenz MK = Methodenkompetenz SoK = Sozialkompetenz SeK = Selbstkompetenz	Die Studierenden • haben einen umfassenden Überblick über Methoden, die für die Erstellung einer Bachelorarbeit genutzt werden können (MK) • sind in der Lage eine systematische Literaturrecherche und den aktuellen Forschungsstand in Bezug auf das Thema der Bachelorarbeit zu evaluieren und zu präsentieren (MK) • führen einen forschungsmethodischen Diskurs über ihr eigenes Abschlussprojekt sowie das Forschungsvorhaben der Komilliton:innen (FK, MK, SoK, SeK) • können den theoretischen Hintergrund, die Relevanz, die zentrale Fragestellung, die Zielsetzung, die Methodik und die Ergebnisse ihrer Bachelorarbeit angemessen präsentieren und gegenüber Fachkolleg:innen und Kommilliton:innen vertreten (FK, MK, SoK, SeK) • schulen ihr kritisches Denken im forschungsmethodischen Diskurs (FK, MK, SoK, SeK)
Inhalte Situationsmerkmale	**Handlungsanlässe** Abhängig vom Thema der Bachelorarbeit **Kontextbedingungen** Abhängig vom Thema der Bachelorarbeit **Ausgewählte Akteure** Abhängig vom Thema der Bachelorarbeit **Erleben, deuten, verarbeiten** Abhängig vom Thema der Bachelorarbeit **Handlungsmuster** Abhängig vom Thema der Bachelorarbeit
Wissensgrundlagen	Alle vorausgegangenen Module
Lernen in der simulativen Lernumgebung	Nicht anwendbar
Anregung für Lern- und Arbeitsaufgaben	Abhängig vom Thema der Bachelorarbeit

Didaktischer Kommentar	Lehrveranstaltungsart: S 4/15 TN: Kolloquium in der Kleingruppe Kritische und konstruktive Diskussionen über die Relevanz, die zentrale Fragestellung, die Zielsetzung, die Methodik und die Ergebnisse des Bachelorarbeitsvorhabens jedes/r einzelnen Bachelorstudierenden
Ausgewählte Literatur	Grundlagenwerke 1. Gläser, J., Laudel, G. (2010). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden: VS. 2. Häder, M. (2014). Delphi-Befragungen. Ein Arbeitsbuch. Wiesbaden: VS. 3. Klewer, J. (2016). Projekt-, Bachelor- und Masterarbeiten: Von der Themenfindung bis zur Fertigstellung (Studium Pflege, Therapie, Gesundheit). Heidelberg: Springer. 4. Kuckartz, U. (2014). Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren. Wiesbaden: VS. 5. Mayer, H. (2019): Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für das Studium. Fakultas. 6. Mayring, P. (2016). Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim: Beltz. 7. Porst, R. (2011). Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. Wiesbaden: VS. 8. Raab-Steiner, E. & Benesch, M. (2010). Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPSS/PASW-Auswertung. Wien: Facultas. 9. Rädiker, S., Kuckartz, U. (2019). Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA: Text, Audio und Video. Wiesbaden: VS. 10. Schönberger, C. (2017). Die Anfertigung einer wissenschaftlichen Arbeit Aufbau, Gestaltung, Zitierform. Wiss. Standard der Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften, Hochschule München. 11. Schulz, M., Mack, B., Renn, O. (Hrsg.) (2012). Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Wiesbaden: VS. 12. Weiß, C. (2019). Basiswissen Medizinische Statistik. Berlin, Heidelberg: Springer.
Vorkenntnisse	Alle vorausgegangenen Module
Prüfung	Präs

Bachelorarbeit

Modulbereich Wissen

Modul BNS_W_12	Semester 7	Niveau: 6	SWS: 0,3	ECTS: 5
Medizinische und psychologische Grundlagen IV	*Eigenverantwortliche Forschungsarbeit und Verfassen der Bachelorarbeit*			
Autor:in	Boldt			
Verantwortung	Siehe Anlage Studienplan			
Aufwand: 300 h	Kontaktstudium: 4,5 (270 min = 15 Wo. X 18 min) Selbststudium: 145,5 Prüfungsvorbereitungen: 150			
Rahmenlehrplan Fachkommission nach § 53 PflBG	CE: -			
PflAPrV	Anlage 2:			
	Anlage 5 Teil A: V 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7.			

Relevanz	Das Bachelor-Studium schließt mit der Bachelorarbeit ab. Diese Arbeit wird in der Regel im letzten Fachsemester angefertigt und prüft viele im BA-Studium erworbenen Kompetenzen ab, u.a. ein pflegewissenschaftliches Thema eigenständig und auf wissenschaftlicher Grundlage zu bearbeiten.
Erwartete Kompetenzen FK = Fachkompetenz MK = Methodenkompetenz SoK = Sozialkompetenz SeK = Selbstkompetenz	Die Studierenden • können innerhalb von 6 Monaten eine praxisorientierte Fragestellung aus dem Fachgebiet der Pflegewissenschaft nach wissenschaftlichen Methoden bearbeiten (FK, MK, SeK) • sind in der Lage auf dem aktuellen Stand der Pflegewissenschaft einen Forschungsgegenstand einzugrenzen und auszuwählen (FK, MK, SeK) • können dazu zielgerichtet Informationen aus wissenschaftlichen Quellen gewinnen und aufbereiten sowie unter Anleitung wissenschaftlich angemessene Methoden und Techniken auswählen und einsetzten (FK, MK, SeK) • führen weitgehend selbständig Analysen durch und leisten einen Beitrag zur Entwicklung von pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen (FK, MK, SeK) • bewerten ihre Ergebnisse, ordnen diese ein, diskutieren diese kritisch und dokumentieren sie in schriftlicher Form (FK, MK, SeK) • benutzen eine angemessene Wissenschaftssprache und halten die formalen Vorgaben ein (FK, MK, SeK)
Inhalte Situationsmerkmale	**Handlungsanlässe** Abhängig vom Thema der Bachelorarbeit **Kontextbedingungen** Abhängig vom Thema der Bachelorarbeit **Ausgewählte Akteure** Abhängig vom Thema der Bachelorarbeit **Erleben, deuten, verarbeiten** Abhängig vom Thema der Bachelorarbeit **Handlungsmuster** Abhängig vom Thema der Bachelorarbeit
Wissensgrundlagen	Alle vorausgegangenen Module
Lernen in der simulativen Lernumgebung	Nicht anwendbar
Anregung für Lern- und Arbeitsaufgaben	Abhängig vom Thema der Bachelorarbeit
Didaktischer Kommentar	Lehrveranstaltungsart: Proj Einzelbetreuung über 4,5 Stunden

Ausgewählte Literatur	Grundlagenwerke 1. Gläser, J., Laudel, G. (2010). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden: VS. 2. Häder, M. (2014). Delphi-Befragungen. Ein Arbeitsbuch. Wiesbaden: VS. 3. Klewer, J. (2016). Projekt-, Bachelor- und Masterarbeiten: Von der Themenfindung bis zur Fertigstellung (Studium Pflege, Therapie, Gesundheit). Heidelberg: Springer. 4. Kuckartz, U. (2014). Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren. Wiesbaden: VS. 5. Mayer, H. (2019): Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für das Studium. Fakultas. 6. Mayring, P. (2016). Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim: Beltz. 7. Porst, R. (2011). Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. Wiesbaden: VS. 8. Raab-Steiner, E. & Benesch, M. (2010). Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPSS/PASW-Auswertung. Wien: Facultas. 9. Rädiker, S., Kuckartz, U. (2019). Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA: Text, Audio und Video. Wiesbaden: VS. 10. Schönberger, C. (2017). Die Anfertigung einer wissenschaftlichen Arbeit Aufbau, Gestaltung, Zitierform. Wiss. Standard der Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften, Hochschule München. 11. Schulz, M., Mack, B., Renn, O. (Hrsg.) (2012). Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Wiesbaden: VS. 12. Weiß, C. (2019). Basiswissen Medizinische Statistik. Berlin, Heidelberg: Springer.
Vorkenntnisse	Alle vorausgegangenen Module
Prüfung	BA

10

10. Anhang

10.1 Studienplan

1. Studiensemester	Studienmodul	Modulverantwortung	SPO	LN-Art
BNS_W_01	Evidence-based nursing I	Witzmann, Markus	2021 / 2022 / 2024	ModA
BNS_W_02	Pflegeprozess I	Boldt, Christine	2021 / 2022 / 2024	ModA
BNS_W_03	Pflegetheorie	Boldt, Christine	2021 / 2022 / 2024	schrP
BNS_W_04	Medizinisch-psychologische Grundlagen I	Brönner, Monika	2021 / 2022 / 2024	schrP
BNS_W_H_01	Pflegeprozess II	Herold-Majumdar, Astrid; von Hardenberg-Simone	2021 / 2022 / 2024	Präs
BNS_H_02	Fachpraxis I	Schaffner, Monika	2021 / 2022 / 2024	praP (OSCE)

2. Studiensemester	Studienmodul	Modulverantwortung	SPO	LN-Art
BNS_W_05	Pflegeprozess III	Fraunhofer, Andreas	2021 / 2022 / 2024	ModA
BNS_H_03	Praxisbegleitung I	Fraunhofer, Andreas	2021 / 2022 / 2024	ModA; TN
BNS_H_04	Praxisbegleitung II	Fraunhofer, Andreas	2021 / 2022 / 2024	ModA und praP; TN

3. Studiensemester	Studienmodul	Modulverantwortung	SPO	LN-Art
BNS_W_06	Pflegeprozess IV	Herold-Majumdar, Astrid	2021	ModA
			2022	mdlP
			2024	Präs
BNS_W_07	Forschungsmethodik	Boldt_Christine	2021 / 2022 / 2024	schrP
BNS_W_08	Epidemiologie und Statistik	Boldt, Christine	2021 / 2022 / 2024	schrP
BNS_W_09	Medizinisch-psychologische Grundlagen II	Brönner, Monika	2021 / 2022	Präs
			2024	mdlP
BNS_WN_01	Ethik I	Witzmann, Markus	2021 / 2022 / 2024	Präs
BNS_H_05	Fachpraxis II	Schaffner, Monika	2021 / 2022 / 2024	praP (OSCE)
BNS_H_06	Praxisbegleitung III	Fraunhofer, Andreas	2021 / 2022 / 2024	ModA und praP; TN

4. Studiensemester	Studienmodul	Modulverantwortung	SPO	LN-Art
BNS_WN_02	Gesundheits- und Pflegerecht	von Hardenberg, Simone	2021 / 2022 / 2024	schrP
BNS_WN_03	Pflegeprozess V	Fraunhofer, Andreas	2021 / 2022 / 2024	mdlP
BNS_W_10	Präventives und rehabilitatives Pflegehandeln	Cicek, Ayse	2021 / 2022 / 2024	Präs
BNS_H_07	Kommunikation und Beratung I	Cicek, Ayse	2021	ModA
			2022 / 2024	Präs
BNS_H_08	Fachpraxis III	Schaffner, Monika	2021 / 2022 / 2024	praP (OSCE)
BNS_H_09	Praxisbegleitung IV	Fraunhofer, Andreas	2021 / 2022 / 2024	ModA und praP; TN

5. Studiensemester	Studienmodul	Modulverantwortung	SPO	LN-Art
BNS_WN_04	Intra- und interprofessionelles Arbeiten im Kontext der HKÜ	Cicek, Ayse; Fraunhofer, Andreas	2021	ModA
			2022 / 2024	Präs
			2025	schrP
BNS_O_01	Pflegeprozess VI	Herold-Majumdar, Astrid	2021 / 2022 / 2024	ModA
	Allgemeinwissenschaftliches Wahlpflichtfach (FK 13)		2021 / 2022 / 2024	
BNS_H_10	Praxisbegleitung V	Fraunhofer, Andreas	2021 / 2022 / 2024	ModA und praP; TN

6. Studiensemester	Studienmodul	Modulverantwortung	SPO	LN-Art
BNS_O_02	Pflegeprozess VII	Herold-Majumdar, Astrid	2021 / 2022 / 2024	schrP
BNS_W_11	Medizinisch-psychologische Grundlagen III	Brönner, Monika	2021 / 2022 / 2024	mdlP
BNS_H_11	Kommunikation und Beratung II	Fraunhofer, Andreas	2021 / 2022 / 2024	schrP
BNS_WN_05	Ethik II	Witzmann, Markus	2021 / 2022 / 2024	schrP
BNS_H_12	Fachpraxis IV	Schaffner, Monika	2021 / 2022 / 2024	praP (OSCE)
BNS_H_13	Praxisbegleitung VI	Fraunhofer, Andreas	2021 / 2022 / 2024	ModA und praP; TN

7. Studiensemester	Studienmodul	Modulverantwortung	SPO	LN-Art
W_12	Evidence-based Nursing II	Witzmann, Markus	2021 / 2022 / 2024	ModA
W_13	Medizinisch-psychologische Grundlagen IV	Brönner, Monika	2021 / 2022 / 2024	mdP
H_14	Intra-/Interprofessionelles Handeln	Herold-Majumdar, Astrid	2021 / 2022 / 2024	mdP
H_15	Fachpraxis V	Schaffner, Monika	2021 / 2022 / 2024	praP zur Berufszul-assung
H_16	Praxisbegleitung VII	Fraunhofer, Andreas	2021 / 2022 / 2024	ModA und praP; TN
W_14	Entwicklung eines Pflegewissenschaftlichen Abschlussprojekts	Boldt, Christine; Herold-Majumdar,Astrid; Fraunhofer, Andreas	2021	Präs
W_14	Bachelorarbeit mit Seminar	Boldt, Christine; Herold-Majumdar,Astrid; Fraunhofer, Andreas	2022	BA + Präs
W_14	Entwicklung eines Pflegewissenschaftlichen Abschlussprojekts + Bachelorabeit	Boldt, Christine; Herold-Majumdar,Astrid; Fraunhofer, Andreas	2024	BA + Präs
W_15	Bachelorarbeit	Boldt, Christine; Herold-Majumdar,Astrid	2021	BA

10.2 Literaturverzeichnis

Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., Maier, C. B., Moreno-Casbas, T., Ball, J. E., Ausserhofer, D. & Sermeus, W. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. BMJ quality & safety, 26(7), 559–568. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567

Alshehri, F. D., Jones, S. & Harrison, D. (2023). The effectiveness of high-fidelity simulation on undergraduate nursing students' clinical reasoning-related skills: A systematic review. Nurse Education Today, 121, 105679. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105679

Arbeitsstelle Kleine Fächer, Johannes Gutenberg-Universität Mainz (Hrsg.). (2024). Kartierung kleiner Fächer an deutschen Hochschulen.
https://www.kleinefaecher.de/kartierung/arbeitsstelle-kleine-faecher

Asegid, A. & Assefa, N. (2021). Effect of simulation-based teaching on nursing skill performance: a systematic review and meta-analysis. Frontiers of Nursing, 8(3), 193–208.
https://doi.org/10.2478/fon-2021-0021

Bamberger, G. G. (2015). Lösungsorientierte Beratung: Praxishandbuch (5. Aufl.). Beltz.

Becker-Lenz, R., Busse, S., Ehlert, G. & Müller-Hermann, S. (Hrsg.). (2012). Professionalität Sozialer Arbeit und Hochschule: Wissen, Kompetenz, Habitus und Identität im Studium Sozialer Arbeit. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Behrens, J. (2019). Theorie der Pflege und Therapie: Grundlagen für Pflege und Therapieberufe. Hogrefe.

Behrens, J. & Langer, G. (2006). Evidence-based Nursing and Caring. Interpretativ-hermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen: Vertrauensbildende Entzauberung der "Wissenschaft". Huber, Hogrefe.

Benner, P. (1982). From novice to expert. The American journal of nursing, 82(3), 402–407.

BMG/BMFSFJ (Hrsg.). (2016). Eckpunkte für eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zum Entwurf des Pflegeberufsgesetzes.
https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegeberuf/Eckpunkte_APrVO.pdf&ved=2ahUKEwic3fih1O2IAxWHxQIHHfcyKugQFnoECA0QAQ&usg=AOvVaw0o3sylJt8AoXQzIunlQc3z

Brunero, S., Lamont, S. & Coates, M. (2010). A review of empathy education in nursing. Nursing inquiry, 17(1), 65–74.
https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2009.00482.x

Büker, C., Lademann, J. & Müller, K. (2018). Moderne Pflege heute: Beruf und Profession zeitgemäß verstehen und leben. Kohlhammer.

Bundesinstitut für Berufsbildung BIBB (Hrsg.). (November 2023). Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG.
https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/16560

Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.). (2017). Internationalisierung der Curricula Prozessbeschreibungen aus deutschen Hochschulen. BMBF Expertise Internationalisierung, Manual, Empfehlung der HRK-Mitgliederversammlung vom 9.5.2017.
https://www.hrk.de/positionen/beschluss/detail/zur-internationalisierung-der-curricula

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Referat Öffentlichkeitsarbeit (Hrsg.). (2019). Ausbildungsoffensive Pflege (2019 –2023), Vereinbarungstext Ergebnis der Konzertierten Aktion Pflege.
https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/ausbildungsoffensive-pflege-2019-2023--135566

Gesetz über die Pflegeberufe Pflegeberufegesetz, Bundesgesetzblatt, Bundesamt für Justiz (2017).

Bund-Länder-Koordinierungsstelle für den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (Hrsg.). (2013). Handbuch zum Deutschen Qualifikationsrahmen Struktur – Zuordnungen – Verfahren –Zuständigkeiten.
https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.kmk.org/fileadmin/pdf/PresseUndAktuelles/2013/131202_DQR-Handbuch__M3_.pdf&ved=2ahUKEwil0p3T1O2IAxXP9AIHHRaNGoUQFnoECBYQAQ&usg=AOvVaw1ciwQoKiPuZFe22MLMtc4t

Charité Universitätsmedizin Berlin (Hrsg.). (2018). Mustercurriculum Patientensicherheit der Weltgesundheitsorganisation. Multiprofessionelle Ausgabe.
https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://igpw.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/igpw/Forschung/Health_Professions_Education/PAMM/WHO_Mustercurriculum_Patientensicherheit_DEUTSCH_2018.pdf&ved=2ahUKEwjJl7iq1e2IAxX2gv0HHZb2lawQFnoECBoQAQ&usg=AOvVaw1k_TaXQG-5vBiZugXQI8WV

Chua, J. Y. X., Ang, E., Lau, S. T. L. & Shorey, S. (2021). Effectiveness of simulation-based interventions at improving empathy among healthcare students: A systematic review and meta-analysis. Nurse Education Today, 104, 105000.
https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105000

Darmann-Finck, I. (2006). «Und es wird immer so empfohlen» – Bildungskonzepte und Pflegekompetenz. Pflege, 19(3), 188–196.
https://doi.org/10.1024/1012-5302.19.3.188

Darmann-Finck, I., Baumeister, A. & Greiner, A. D. (Dezember 2016). Qualifikationsmix in der stationären Versorgung im Krankenhaus: Projektbericht.

Darmann-Finck, I. & Baumeister, A. (2017). Qualifikationsmix in der stationären Krankenpflege. Einsatzpotenziale für Pflegehelferberufe. BWP - Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis(1), 16–19.

Darmann-Finck, I., Muths, S., Görres, S., Adrian, C., Bomball, J. & Reuschenbach, B. (Dezember 2014). Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW. Abschlussbericht. Studie im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter.

Deutsche Industrie- und Handelskammer (Hrsg.). (Juni 2023). Stimmung in der Gesundheitswirtschaft: heiter bis düster! DIHK-Gesundheitsreport Sommer 2023.
https://www.dihk.de/de/themen-und-positionen/wirtschaftspolitik/gesundheitswirtschaft

Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR) (Hrsg.). (2017).
Pflegeausbildung vernetzend gestalten – ein Garant für Versorgungsqualität
https://www.bildungsrat-pflege.de/wp-content/uploads/2022/02/2017-Broschuere-Pflegeausbildung-vernetzend-gestalten.pdf

Dreyfuß, H. L. & Dreyfuß, S. E. (1988). Mind over Mashine. The Power of Human Intuition and Expertise in the Era of the Computer. (Reprint (12. September 1988). The Free Press.

Du, L., Zhao, L., Xu, T., Wang, Y., Zu, W., Huang, X., Nie, W. & Wang, L. (2022). Blended learning vs traditional teaching: The potential of a novel teaching strategy in nursing education - a systematic review and meta-analysis. Nurse education in practice, 63, 103354.
https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103354

Durham, C. F. & Alden, K. R. (2008). Enhancing Patient Safety in Nursing Education Through Patient Simulation. In R. G. Hughes (Hrsg.), Advances in Patient Safety : Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses.

Elsbernd, A. & Bader, K. (2017). Curriculares Konzept für einen primärqualifizierenden Bachelorstudiengang „Pflege“: Esslinger Standortbestimmung. Jacobs Verlag.

Elsbernd, A. & Bader, K. (2018). Herausforderungen bei der Konzeption von primärqualifizierenden Pflegestudiengängen. Berufs- und Wirtschaftspädagogik online(34).

Ertl-Schmuck, Roswitha (2017: Pflegedidaktik unter subjekttheoretischer Perspektive. HYPERLINK (2. Auflage.)

Ewert, T. & Stucki, G. (2007). Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50(7), 953–961.
https://doi.org/10.1007/s00103-007-0285-8

Faßhauer, U., Aff, J., Fürstenau, B. & Wuttke, E. (Hrsg.). (2011). Schriftenreihe der Sektion Berufs- und Wirtschaftspädagogik der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DGfE). Lehr-Lernforschung und Professionalisierung: Perspektiven der Berufsbildungsforschung. Verlag Barbara Budrich.

Fawcett, J. (1996). Pflegemodelle im Überblick. Aus dem Amerikanischen von Irmela Erckenbrecht. Hans Huber.

Felsenfeld, A. (2016). Pflege ist mehr als Handwerk: Praxisausbildung in akademischen Strukturen. Heilberufe. Das Pflegemagazin, 1/2016(68), 44–45.
https://www.springerpflege.de/pflege-ist-mehr-als-handwerk/10665456

Gibson, S. E. (2009). Intergenerational communication in the classroom: recommendations for successful teacher-student relationships. Nursing education perspectives, 30(1), 37–39.

Grund, A., Steuer, G. (2023). Motivation und Selbstregulation: Theoretische Grundlagen und ihre Anwendung in Lernkontexten. Deutschland: utb GmbH.

Hähner-Rombach, S. (2015). Männer in der Geschichte der Krankenpflege: Zum Stand einer Forschungslücke. Medizinhistorisches Journal, 50(Themenheft: Geschlechterspezifische Gesundheitsgeschichte), 123–148.

Heiner, M. (2012). Handlungskompetenz „Fallverstehen". In R. Becker-Lenz, S. Busse, G. Ehlert & S. Müller-Hermann (Hrsg.), Professionalität Sozialer Arbeit und Hochschule: Wissen, Kompetenz, Habitus und Identität im Studium Sozialer Arbeit (S. 201–217). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
https://doi.org/10.1007/978-3-531-94246-9_11

Herold-Majumdar, A. (2017). Ein Kompetenzmodell für die ko-kreative Lehre. In J. Kemser & A. Kerres (Hrsg.), Beiträge zur Profilbildung Lehrender. Lehrkompetenz lehren (S. 129–149). De Gruyter Oldenbourg.

Herold-Majumdar, A. (2018). Kulturelle Achtsamkeit und Wissensbasierung in der klinisch-pflegerischen Fallbeurteilung: Entwicklung und Evaluation eines kooperativen Lehr-Lernkonzeptes zwischen Hochschule und Klinik im Rahmen des QualiFIVE Programms im dualen Bachelorstudiengang Pflege dualen Bachelorstudiengang Pflege. Ergebnisse der Begleitstudie „CANDo": Cultural Awareness and Evidence in Nursing Diagnosis 2015-2017.

Hochschulrektorenkonferenz HRK (Hrsg.). (September 2016). Qualitätsstandards für Praktika Bestandsaufnahme und Empfehlungen: Fachgutachten. ausgearbeitet von Wilfried Schubarth, Karsten Speck und Juliane Ulbricht unter Mitarbeit von Lena Cording.

Hofmuth, M. & Weber, S. (2011). Zur Messung interkultureller Kompetenz. In U. Faßhauer, J. Aff, B. Fürstenau & E. Wuttke (Hrsg.), Schriftenreihe der Sektion Berufs- und Wirtschaftspädagogik der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DGfE). Lehr-Lernforschung und Professionalisierung: Perspektiven der Berufsbildungsforschung. Verlag Barbara Budrich.
https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-70224

Hughes, R. G. (Hrsg.). (2008). Advances in Patient Safety : Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses.

International Council of Nurses (Hrsg.). (2021). Code of Ethics for Nurses. übersetzte Ausgabe des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe.
https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.dbfk.de/de/dbfk/Ethikkodex.php&ved=2ahUKEwiBgLP1hLiIAxW71QIHHcNQDZIQFnoECAgQAQ&usg=AOvVaw1FhA1uK_k2WTfAzPd6kT6P

Kemser, J. & Kerres, A. (Hrsg.). (2017). Beiträge zur Profilbildung Lehrender. Lehrkompetenz lehren. De Gruyter Oldenbourg.
https://doi.org/10.1515/9783110500707

Keuchel, S. (2016). Zur Diskussion der Begriffe Diversität und Inklusion – mit einem Fokus der Verwendung und Entwicklung beider Begriffe in Kultur und Kultureller Bildung. Kulturelle Bildung Online. Vorab-Onlinepublikation.
https://doi.org/10.25529/92552.382

Kitwood, T. M. (2016). Demenz: der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. aus dem Englischen von Michael Herrmann ; deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Christian Müller-Hergl und Helen Güther (7., überarbeitete und ergänzte Auflage). Hogrefe.

Klafki, W. (2007). Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik: Zeitgemäße Allgemeinbildung und kritisch-konstruktive Didaktik. Beltz.

Kostorz, P. (2024), Recht in der Pflege, München: Ernst Reinhardt

Lademann, J., Latteck, Ä. D. & Mertin, M. (2016). Primärqualifizierende Pflegestudiengänge in Deutschland - eine Übersicht über Studienstrukturen, -ziele und -inhalte. Pflege & Gesellschaft, 21(4), 330–345.

Landratsamt München (Hrsg.). (2020). Senioren: Auf einen Blick. Der Landkreis München in Grafiken & Zahlen.

Lautenschläger, S. (2019). Therapeutische Pflege in der neurologischen (Früh-)Rehabilitation. Springer Fachmedien Wiesbaden.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-25927-3

Lenny, C. H. & Peng, Y. Q. (2014). Efficacies of different methods of teaching transcultural nursing practice in China. Chinese Nursing Research, 1, 17–24.
https://doi.org/10.1016/j.cnre.2014.11.002

Lund, F., Schultz, J. H., Maatouk, I., Krautter, M., Möltner, A., Werner, A., Weyrich, P., Jünger, J. & Nikendei, C. (2012). Effectiveness of IV cannulation skills laboratory training and its transfer into clinical practice: a randomized, controlled trial. PloS one, 7(3), e32831.
https://doi.org/10.1371/journal.pone.0032831

Lynagh, M., Burton, R. & Sanson-Fisher, R. (2007). A systematic review of medical skills laboratory training: where to from here? Medical education, 41(9), 879–887.
https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02821.x

Lynch, T. (2011). Greening health care: how hard can that be? Journal of health services research & policy, 16(4), 247–248.
https://doi.org/10.1258/jhsrp.2010.010142

Mecheril, P. & Seukwa, L. H. (2006). Transkulturalität als Bildungsziel? Skeptische Bemerkungen. ZEP : Zeitschrift für internationale Bildungsforschung und Entwicklungspädagogik, 29(4), 8–13.
https://doi.org/10.25656/01:6107

Mörzinger, G. (2018). Ein dritter Ort des Lernens: Konzeption und Implementierung praxisorientierter Lernmethoden. Pflegezeitschrift, 71(9), 44–48.
https://doi.org/10.1007/s41906-018-0685-4

Mulyadi, M., Tonapa, S. I., Rompas, S. S. J., Wang, R. H. & Lee, B. O. (2021). Effects of simulation technology-based learning on nursing students‘ learning outcomes: A systematic review and meta-analysis of experimental studies. Nurse Education Today, 107, 105127.
https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105127

Münch, I. & Münch, E. (2023). Robotik in der Gesundheitswirtschaft: Einsatzfelder und Potenziale (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). medhochzwei.

Nagle, B. M., McHale, J. M., Alexander, G. A. & French, B. M. (2009). Incorporating scenario-based simulation into a hospital nursing education program. Journal of continuing education in nursing, 40(1), 18-25.
https://doi.org/10.3928/00220124-20090101-02

Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary. Health Promotion International, 13(4), 349–364.
https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349

Oh, P. J., Jeon, K. D. & Koh, M. S. (2015). The effects of simulation-based learning using standardized patients in nursing students: A meta-analysis. Nurse Education Today, 35(5), e6-e15.
https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.01.019

Oliveira Silva, G., Oliveira, F. S. e., Coelho, A. S. G., Cavalcante, A. M. R. Z., Vieira, F. V. M., Fonseca, L. M. M., Campbell, S. H., Del Aredes, N. A. & Oliveira, F. S. e. (2022). Effect of simulation on stress, anxiety, and self-confidence in nursing students: Systematic review with meta-analysis and meta-regression. International Journal of Nursing Studies, 133, 104282.
https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104282

Pencheon, D. (2013). Developing a sustainable health and care system: lessons for research and policy. Journal of health services research & policy, 18(4), 193–194.
https://doi.org/10.1177/1355819613503633

Raurell-Torredà, M., Olivet-Pujol, J., Romero-Collado, À., Malagon-Aguilera, M. C., Patiño-Masó, J. & Baltasar-Bagué, A. (2015). Case-based learning and simulation: useful tools to enhance nurses' education? Nonrandomized controlled trial. Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, 47(1), 34–42.
https://doi.org/10.1111/jnu.12113

Rew, L., Becker, H., Chontichachalalauk, J. & Lee, H. Y. (2014). Cultural diversity among nursing students: reanalysis of the cultural awareness scale. The Journal of nursing education, 53(2), 71–76.
https://doi.org/10.3928/01484834-20140122-01

Robinson, B. K. & Dearmon, V. (2013). Evidence-based nursing education: effective use of instructional design and simulated learning environments to enhance knowledge transfer in undergraduate nursing students. Journal of professional nursing : official journal of the American Association of Colleges of Nursing, 29(4), 203–209.
https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2012.04.022

Roh, Y. S., Kim, S. S. & Kim, S. H. (2014). Effects of an integrated problem-based learning and simulation course for nursing students. Nursing & health sciences, 16(1), 91–96.
https://doi.org/10.1111/nhs.12069

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege. (2024). Fachkräfte im Gesundheitswesen: Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. https://www.svr-gesundheit.de/publikationen/gutachten-2024/
https://doi.org/10.4126/FRL01-006400072

Sapeni, M. A. A. R. & Said, S. (2020). The effectiveness of case-based learning in increasing critical thinking of nursing students: A literature review. Enfermería Clínica, 30, 182–185.
https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.07.073

Scharfenberg, E. & Teglas, I. (2018). Pflege ist stark: Gelebte Ideen und Zukunftsimpulse (1. Aufl.). Vincentz Network.

Schell, H., Milla, G. & Herold-Majumdar, A. (2019). Durch Kollegiale Fallberatung den Austausch zwischen Pflegefachkräften und Studierenden fördern. PADUA, 14(1), 1–6.

Schlegel, C. (2023). OSCE – Kompetenzorientiert Prüfen in der Pflegeausbildung: Einführung und Umsetzung von OSCE-Stationen (2. Aufl.). Springer.

Schröppel, Hildegard. „Simulation und Skill-Training – Relevanz für die Lehre und die Praxis". 25 Jahre Pflege studieren – Über Umwege und neue Horizonte: Eine Fest-Schrift, Berlin, Boston: De Gruyter Oldenbourg, 2020, pp. 193-202.
https://doi.org/10.1515/9783110623574-035

Solvik, E. & Struksnes, S. (2018). Training Nursing Skills: A Quantitative Study of Nursing Students' Experiences before and after Clinical Practice // Training Nursing Skills: A Quantitative Study of Nursing Students' Experiences before and after Clinical Practice. Nursing Research and Practice, 2018, 1–9.
https://doi.org/10.1155/2018/8984028

STATISTA (Hrsg.). (2024). Ausländeranteil unter sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Pflege und insgesamt in Deutschland im Jahr 2023.
https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1029896/umfrage/auslaenderanteil-an-pflegekraeften-in-deutschland-nach-pflegeart/

Statistisches Bundesamt DSTATIS (Hrsg.). (2024). Bis 2049 werden voraussichtlich mindestens 280 000 zusätzliche Pflegekräfte benötigt.
https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/01/PD24_033_23_12.html

Steppe, H. (2013). Krankenpflege im Nationalsozialismus (10. Aufl.). Mabuse.

Tietze, K. O. (2010). Wirkprozesse und personenbezogene Wirkungen von kollegialer Beratung: Theoretische Entwürfe und empirische Forschung. VS Verlag.

Waldner, M. H. & Olson, J. K. (2007). Taking the patient to the classroom: applying theoretical frameworks to simulation in nursing education. International journal of nursing education scholarship, 4, Article18.
https://doi.org/10.2202/1548-923X.1317

Walter, A. & Dütthorn, N. Fachqualifikationsrahmen Pflegedidaktik der Sektion Bildung und Sektion Hochschullehre Pflegewissenschaft der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft. DGP (978-3-00-062155-0).
https://opus4.kobv.de/opus4-UBICO/frontdoor/index/index/docId/25923

Watson, J. (1996). Pflege: Wissenschaft und menschliche Zuwendung. Hans Huber.

Weisz, U., Haas, W., Pelikan, J. M. & Schmied, H. (2011). Sustainable Hospitals: A Socio-Ecological Approach. Gaia-ecological Perspectives for Science and Society, 20, 191–198.

Wilkinson, J. (2012). Das Pflegeprozess-Lehrbuch (1. Aufl.). Verlag Hans Huber Programmbereich Pflege. Huber.

Wissenschaftsrat. Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen (/Drucksache] / Wissenschaftsrat).

Yao, J., Fu, R., Zhu, M., Jia, L., Dong, X., Shi, Y., Zhang, X. & Yuan, H. (2023). Case-based learning interventions for undergraduate nursing students in a theoretical course: A review of design, implementation, and outcomes. Journal of professional nursing : official journal of the American Association of Colleges of Nursing, 46, 119–133.
https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2023.03.007

Zentrum für Qualität in der Pflege ZQP (Hrsg.). (2024). Migration und Pflege.
https://www.zqp.de/projekt/migration-pflege/

Zinndorf, S., Arend, A., Jochum, S. & Utsch, A. (2014). „Endlich kann ich mal komplett pflegen“. PADUA, 9(3), 139–143.
https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000181

Hochschule München
Fakultät für Angewandte
Sozialwissenschaften
Am Stadtpark 20
81243 München
sw.hm.edu

Hochschule
München
University of
Applied Sciences