



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

FAKULTÄT WIRTSCHAFTS- UND SOZIALWISSENSCHAFTEN

Abschlussbericht

Berufsfeldanalyse für die Fachweiterbildungen in der Pflege (Niedersachsen)

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

Datum 28.08.23

Vorbemerkung

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

Benjamin Kühme
Anja Giesecking
Kirsten Barre

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	III
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	IV
TABELLENVERZEICHNIS	V
1 EINLEITUNG	1
1.1 DER ABSCHLUSSBERICHT AUSGANGSLAGE UND DIDAKTISCHE EINORDNUNG	1
1.2 BERUFSFELDDANALYSE	3
1.2.1 <i>Interviewleitfäden</i>	4
1.2.2 <i>Ethische Reflexion</i>	14
1.2.3 <i>Durchführung von Fokus-Gruppen-Interviews und Einzelinterviews</i>	15
1.3 KATEGORIALANALYSE	17
1.3.1 <i>Erster Schritt: Zuordnung der Interviewinhalte Sachebenen</i>	19
1.3.2 <i>Zweiter Schritt: Kategoriale Reflexion und Modulentwurf</i>	33
1.3.3 <i>Dritter Schritt: Modulentwicklung am Beispiel Onkologische Fachpflege</i>	34
2 MODULARER AUFBAU UND CURRICULA	43
2.1 KERNCURRICULUM	47
2.2 FACHSPEZIFISCHE CURRICULA	49
2.3 ERLÄUTERUNGEN ZUR MODULANSICHT	51
2.4 PRAXISMODULE UND ARBEITSVERBUNDENES LERNEN	58
3 WEITERBILDUNGSBEDARF UND NEUE HANDLUNGSFELDER IN DER PFLEGE	65
4 LITERATUR	68

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Der Kriteriensatz für die Pflege (Greb 2003)	18
Abbildung 2: Einnahme der gesellschaftlichen Perspektiven (zweiter Schritt der Analyse)	33
Abbildung 3: Korrespondierende Sachanalyse für Modulthemen.....	34
Abbildung 4: Modulbeispiel onkologische Pflege.....	35
Abbildung 5: Kerncurriculum für die Fachweiterbildungen.....	48
Abbildung 6: Curriculum für die Fachweiterbildung onkologische Pflege.....	50
Abbildung 7: Modulansicht: "Fallorientiertes Arbeiten in der onkologischen Fachpflege.....	51
Abbildung 8: Praxismodul "Pflegeprozess im Handlungsfeld"	60

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: ENTWICKLUNG DER INTERVIEWLEITFÄDEN NACH SACHEBENEN(BERUFSFELDANALYSE)	5
TABELLE 2: ENTWICKLUNG DER INTERVIEWLEITFÄDEN NACH PERSPEKTIVEN (BERUFSFELDANALYSE)	10

ANHANG 1: MODULHANDBÜCHER FÜR DIE FACHWEITERBILDUNGEN

ANHANG 2: INTERVIEWS AUS DER KATEGORIALANALYSE

1 Einleitung

Im Auftrag der Pflegekammer Niedersachsens wurde für die Neuordnung der Fachweiterbildungen in der Pflege eine Berufsfeldanalyse vorgenommen, um Datenmaterial zu Arbeitsinhalten, Arbeitsprozessen und Problemstellungen im Praxisfeld zu erheben. Hierfür sollten die Fachpflegenden selbst zu Wort kommen, um ihre Erfahrungen in die Neugestaltung einzubringen. Das Datenmaterial wurde im Anschluss einer pflegedidaktischen Kategorialanalyse (Greb 2003) unterzogen, um Module für die Fachweiterbildungen zu entwerfen.

Im nachstehenden Bericht wird das Vorgehen im Projekt beschrieben. Dem Bericht liegen zwei Anhänge bei. Anhang 1 umfasst die Curricula der niedersächsischen Fachweiterbildungen. Darin enthalten sind Modulstrukturpläne, das Basiscurriculum für alle Fachweiterbildungen und die fachspezifischen Curricula. In Anhang 2 sind die Interviews aufgenommen, die für die Analyse im Projekt erhoben wurden.

Im Verlauf des Projekts wurde die Arbeit der Pflegekammer Niedersachsen eingestellt und das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung trat als Auftragstellerin für das Projekt ein.

1.1 Der Abschlussbericht Ausgangslage und didaktische Einordnung

Die Pflegeberufe stehen vor einem Umbruch, der u.a. durch eine Neuordnung der Ausbildungs- und Weiterbildungsformate für die pflegerischen Handlungsfelder im Gesundheitssystem geprägt ist. Dies belegt sich z.B. durch Novellierung der Ausbildungsgesetze der Gesundheits- und Krankenpflege, der Altenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, die zu einem gemeinsamen Berufsausbildungsgesetz zusammengefasst wurden (PfleBRefG 2017).

Auch für die pflegerische Weiterbildung besteht Novellierungsbedarf, der sich zum einen aus den neuen Anforderungen im Gesundheitswesen ergibt – zum anderen, weil die berufliche Weiterbildung durch eine eigene Standesvertretung im Land Niedersachsen den Auftrag zur Regulierung der Weiterbildung übernommen hat. So ergibt sich der Anlass, die künftigen Anforderungen und Entwicklungen in der Pflege in den zukünftigen Berufsweiterbildungen entsprechend abzubilden, diese strukturell, didaktisch sowie inhaltlich zu überarbeiten, um den gesellschaftlichen Entwicklungen sowie den Veränderungen im Gesundheitssystem Rechnung zu tragen. Dabei sind u.a. mehrere Anforderungen handlungsleitend, auf die sich der Ausschuss für Weiterbildung in der Pflegekammer Niedersachsen verständigt hat.

Berufsfeldanalyse: Arbeitsprozesse in der Praxiserheben

Die Neuordnung und Ausgestaltung der zukünftigen Weiterbildungen soll unter Berücksichtigung der pflegerischen Handlungsfelder und den dort Tätigen selbst stattfinden. In Anlehnung an eine Berufsfeldanalyse wird eine empirische Realanalyse (Greb 2009) der pflegerischen Handlungsfelder vorgenommen. Die erhobenen Befunde werden die Grundlage für die didaktische Ausgestaltung zukünftiger Weiterbildungen bilden.

Fachdidaktische Aufbereitung der Befunde zu Fachweiterbildungsmodulen

Die didaktische Aufbereitung der Befunde erfolgt mittels pflegedidaktischer Kategorialanalyse (Greb 2003, 2009), um die realanalytischen Anforderungen sinnvoll in pflegedidaktische Planungs- und Lehr-Lernprozesse zu überführen. Als Ergebnis werden Module vorgelegt, die die Fachweiterbildungen in Niedersachsen zusammensetzen.

Vertikale und horizontale Anrechnung: Zugang zum Bologna-System

Pflegerische Fachweiterbildungen in Deutschland fallen im europäischen Vergleich durch ihren fehlenden Anschluss an das Bologna-System auf. Sie führen nicht in das europäische Bachelor-Mastersystem und verstellen hierdurch den europäischen Weg des lebenslangen Lernens. Das deutsche Fachweiterbildungssystem führt somit nicht zu einer Berufsanerkennung im europäischen Ausland. Gleichsam fehlen hierdurch bedingt den Gesundheitsinstitutionen die Möglichkeiten zur Personalentwicklung, die sich aus Bildungsgängen im Bachelor-Master-System ergeben würden. Hierfür ist Abhilfe zu schaffen, in dem für die niedersächsischen Fachweiterbildungen sinnvolle Anschlüsse ins tertiäre Bildungssystem hergestellt werden. Angestrebt ist ein modularer Aufbau der Fachweiterbildungen sowie die Ausweisung von kompetenzorientierter Lehre nach DQR (analog HQR), um Übergänge ins tertiäre Bildungssystem gestalten zu können. Jede Fachweiterbildung soll Kernmodule auf DQR-6-Niveau (analog HQR 1) beinhalten, um den Hochschulen Anrechnungsmöglichkeiten für pflegerische Studiengänge zu ermöglichen.

Gleichsam soll eingerichtet werden, dass bereits erfolgreich abgeschlossene Basismodule in einer Fachweiterbildung, für zukünftige und weitere Fachweiterbildungen in der Pflege angerechnet werden können. Über diese Wege werden den Bildungsteilnehmern durchlässige Bildungsangebote eröffnet und zudem stehen sie dem Arbeitsmarkt rascher zur Verfügung.

1.2 Berufsfeldanalyse

Im Projekt wird davon ausgegangen, dass die Einbeziehung der Akteure (fachweitergebildete Pfleger*innen, Vertreter der Weiterbildungsinstitutionen, Vertreter des Pflegemanagements und anderer Berufsgruppen im Gesundheitswesen) zu realen und relevanten Ausgangsbefunden führt, die sinnvoll in die pflegedidaktische Überarbeitung der Fachweiterbildungen eingebracht werden. Hierdurch wird ein realanalytischer Anspruch verfolgt, der die Anforderungen und Problemstellungen in den Handlungsfeldern berücksichtigen soll. Die Realanalyse brachte zudem hervor, wie sich fachpflegerische Handlungsfelder verändert haben, demnach neue Anforderungen an die Weiterbildungsteilnehmer*innen stellen und welche Neuordnungen im Weiterbildungssektor notwendig sind. Gleichzeitig soll durch das Vorgehen „Aus der Fachpraxis – für die Fachpraxis“ die Identifikation der Berufsgruppe mit den Weiterbildungen gefördert werden. Ziel ist, dass sich die Akteure in den zukünftigen Bildungsangeboten unter Berücksichtigung ihrer realen Arbeitsprozesse wiederfinden.

Zu Beginn des Projekts wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Im Schwerpunkt wurde nach berufsanalytischen Vorgehensweisen geschaut, um für die eigene Analyse typische Muster in den Handlungsfeldern der Akteur*innen erheben zu können. Da im Rahmen einer Berufsfeldanalyse in den Pflegeberufen ein besonderes Augenmerk auf die agierenden Personen (Pfleger*innen, zu pflegende Menschen, Angehörige, Mitglieder des **interprofessionellen Teams** usw.), die **Kommunikation** und die **Interaktion** zu Grunde zulegen ist, -wurde neben der Identifizierung von Geschäfts- und Arbeitsprozessen die Erfassung der Merkmale von Handlungssituationen zum Ausgangspunkt der Forschung gemacht. Die Arbeitsprozesse sind hierbei immanenter Bestandteil und somit konstituierende Merkmale von Handlungssituationen (Schneider/Kuckeland/Hatziliadis 2019: 13).

Nach Sichtung der Literatur wurden für das Vorgehen in der Berufsfeldanalyse drei theoretische Bezugspunkte gewählt, wobei eine induktive Vorgehensweise im Vordergrund stand:

- Entwicklung eines Interviewleitfadens, der aus der Literatur und den theoretischen Vorüberlegungen abgeleitet wurde (siehe Tabellen 1 und 2).
- Durchführung von Fokus-Gruppen-Interviews (u.a. Bohnsack 2010) mit Expert*innen der den Fachweiterbildungen zu Grunde liegenden Weiterbildungslehrgängen. Transkription und erste Sichtung des Materials. Überprüfung der Themen hinsichtlich eines Sättigungsgrades. Einzelinterviews mit Expert*innen (u.a. Meuser/Nagel 2010) aus dem Handlungsfeld, um Sättigung zu erreichen. Einzelinterviews zur Generierung von Beispielen (siehe Anlage Abschlussbericht).
- Erste Zuordnung des Interviewmaterials in die Sachebenen des Kriteriensatzes für die Pflege (Greb 2003) als Zugang für die fachdidaktische Aufbereitung (siehe Kapitel 1.3).

Als konstituierende Elemente der Berufsfeldanalyse wurden bestimmt:

1. Analyse des Berufsbildes (BECKER/SPÖTTL 2006; SPÖTTL 2006a), hier des pflegerischen Fachbereichs
2. Die Identifizierung von Geschäfts- und Arbeitsprozessen (HAASLER 2003; PÄTZOLD/RAUNER 2006; RAUNER 2004) im pflegerischen Fachbereich
3. Die Identifizierung von Handlungssituationen (HUNDENBORN/KNIGGE-DEMAL 1998; RAUNER 2006; WITTNEBEN 2003b, Schneider/Kuckeland/Hatziliadis 2019:14) im pflegerischen Fachbereich.

Arbeits- und Geschäftsprozesse: Im Kontext der beruflichen Bildung nimmt die Identifizierung von Geschäfts- und Arbeitsprozessen eine besondere Stellung ein, denn sie dienen als „Ausgangspunkt für die Entwicklung einer bedarfsgerechten Ausbildung und der Gestaltung von Lernprozessen“ (KLEINER et al. 2021 S. 21). Im pflegerischen Zusammenhang sind Geschäftsprozesse übergeordnete Prozesse, die je nach pflegerischem Versorgungsbereich (stationäre Akutpflege in der Klinik, stationäre Langzeitpflege in Langzeiteinrichtungen oder Settings in der ambulanten Pflege) variieren. Arbeitsprozesse hingegen sind konkretere Prozesse, die sich in allgemeine und spezielle Tätigkeiten, die Pflegenden in ihrem beruflichen Alltag durchführen, realisieren (Schneider/Kuckeland/Hatziliadis 2019:14). Berufliche Handlungssituationen sind „eingebettet in ein Geflecht von Interessen. Und da diese nicht selten widersprüchlich sind, resultieren daraus Konflikte, die zu bewältigen sind“ (RAUNER 2001, S.15). Die pflegeberufliche Praxis ist voller Konflikte, Widersprüche und herausfordernden Situationen, auf die zukünftige Pflegefachkräfte bereits in der Berufsausbildung vorbereitet werden müssen (Greb 2003, Walter 2009, Kühme 2015)

An dieser Stelle ist zu betonen, dass im Projekt kein Forschungsanspruch im Sinne der qualitativen Sozialforschung oder soziologischer Berufsforschung gestellt wurde. Im Zentrum der Arbeit stand die didaktische Analyse. Auf Auswertungsmethoden der qualitativen Sozialforschung wurde daher verzichtet.

1.2.1 Interviewleitfäden

In Anlehnung an die gesichtete Literatur wurden zwei Interviewleitfäden entwickelt (siehe Anhang). Als Endprodukt ergaben entstanden Stimulusfragen zu Aufgaben, Arbeitsprozessen, Handlungsabläufen und Problemstellungen im Handlungsfeld, zu institutionellen Einbindungen, zu neuen und sich verändernden Handlungsanforderungen, die sich für die Handlungsfelder ergeben. Um bereits in der induktiven Erhebung auf berufstypische Themen mit allgemeinbildendem Charakter zu stoßen, wurden die Interviewleitfäden um exemplarische, epochale Schlüsselprobleme (Klafki 1996)

angereichert. Hintergrund ist, dass der Pflegeberuf als Bildungsberuf verstanden wird und eine reine (arbeits-)funktionale Ausrichtung der Fachweiterbildungen nicht den Grundsätzen einer Standesvertretung, der Pflegekammer, entspricht. Mit dem Organ der Pflegekammer bildet sich berufliche Selbstbestimmung, Mitbestimmung, Solidarität (Klafki 1996) und Autonomie für den Beruf ab. Hierfür sind didaktische Konsequenzen zu ziehen

Die folgende Tabelle 1 zeigt die Entwicklung von Fragen unter Bezugnahme auf die Sachebenen des Strukturgitteransatzes nach Greb (2003,2009).

Tabelle 1: Entwicklung der Interviewleitfäden nach Sachebenen (Berufsfeldanalyse)

Sachebene Thema	Indikatoren/Referenzen	Fragestellungen
Krankheitserleben		
Patientengruppen und Anlässe von pflegerischen Handlungen	2.1. Welche Pflegeanlässe sind die Grundlage pflegerischen Handelns in den verschiedenen Pflegesettings? (in Anlehnung an Schneider/Kuckeland/Hatziliadis 2019)	Bei welchen PatientInnengruppen werden Sie tätig? Welche Anlässe sind Grundlage Ihres fachspezifischen Handelns?
Allgemeine Aufgaben, spezielle Aufgaben	Welche allgemeinen Tätigkeiten (Gemeinsames) und speziellen Tätigkeiten (Unterschiedliches) führen Pflegende in unterschiedlichen Settings bei der Pflege von Menschen verschiedener Altersstufen durch? (in Anlehnung an Schneider/Kuckeland/Hatziliadis 2019)	Welche Arbeitsaufgaben, welche Arbeitsprozesse resultieren aus den spezifischen Handlungsanlässen Ihres Fachbereichs? Welche typischen und speziellen Aufgaben resultieren aus den spezifischen Handlungsanlässen?
Kommunikationsprozesse mit Klienten	2.4 Inwiefern lassen sich unterschiedliche Kommunikationsweisen in der Interaktion mit unterschiedlichen Klienten eruieren? (in Anlehnung an Schneider/Kuckeland/Hatziliadis 2019)	Wie gestaltet sich die Kommunikation mit Ihren PatientInnen in Ihrem typischen Fachbereich? Was ist das Besondere an der Kommunikation mit PatientInnen in Ihrem Fachbereich?

Subjektbezug	2.5. Wie erleben zu pflegende Menschen die Interaktion in Ihrem Handlungsbereich? (in Anlehnung an Schneider/Kuckeland/Hatziliadis 2019)	Bitte versetzen Sie sich in Ihre PatientInnen. Wie erleben Ihre zu pflegenden Menschen die Kommunikation/Interaktion in Ihrem Fachbereich? Führen Sie bitte typische Beispiele an!
Handlungstypus Helfen		
Typische Aufgaben und Tätigkeiten	<p>„ein berufsbezogenes Curriculum orientiert sich an der Berufspraxis (...)“, „(...) Berufsfeldanalyse, in der aktuelle und zukünftige Tätigkeitsfelder eruiert werden.“ (in Anlehnung an Schneider/Kuckeland/Hatziliadis 2019)</p> <p>1. Welche allgemeinen Tätigkeiten (Gemeinsames) und speziellen Tätigkeiten (Unterschiedliches) führen Pflegende in unterschiedlichen Settings bei der Pflege von Menschen verschiedener Altersstufen durch?</p>	<p>Welche für Sie pflegetypischen Aufgaben und Tätigkeiten fallen in Ihrem Handlungsbereich an?</p> <p>Welche Entwicklungen haben diese Aufgaben im Verlauf Ihrer beruflichen Tätigkeit durchlaufen? Beschreiben Sie!</p> <p>Welche pflegetypischen Aufgaben erwarten Sie für Ihr Arbeitsfeld in der Zukunft?</p> <p>Nennen Sie Aufgaben in Ihrem Fachbereich, die sich klar von anderen Fachbereichen abgrenzen lassen? Wodurch lassen diese sich abgrenzen? Begründen Sie!</p>
Benennung von herausfordernden Situationen	2.2. Welche herausfordernden Situationen können für den Fachbereich/Handlungsfeld herausgestellt werden? (in Anlehnung an Schneider/Kuckeland/Hatziliadis 2019)	<p>Welche herausfordernden Situationen können für Ihren Fachbereich/Handlungsfeld herausgestellt werden?</p> <p>Welche speziellen Kenntnisse brauchen Sie dafür, um handlungsfähig zu sein?</p>
Aufgaben, Schnittstellen, Interprofessionalität	2. Worin bestehen Gemeinsamkeiten und Unterschiede in pflegerischen	Welche Ihrer Arbeitsaufgaben werden auch von anderen Be-

	<p>schen Handlungssituationen in unterschiedlichen Settings bei der Pflege von Menschen verschiedener Altersstufen (in Anlehnung an Schneider/Kuckeland/Hatziliadis 2019)</p>	<p>rufsgruppen übernommen? Beschreiben Sie! Wo finden Überschneidungen statt und wie sehen diese aus?</p> <p>Finden Sie Gemeinsamkeiten, die Sie mit anderen Berufsgruppen teilen. Beschreiben Sie!</p> <p>Was ist das Different? Wodurch unterscheidet sich Fachpflege von anderen Akteuren in dem Fachbereich?</p>
Herausfordernde Situationen, Problemstellungen	<p>2.2. Welche herausfordernden Situationen können für den Fachbereich/Handlungsfeld herausgestellt werden? (in Anlehnung an Schneider/Kuckeland/Hatziliadis 2019)</p>	<p>Welche herausfordernden Situationen können für den Fachbereich/Handlungsfeld herausgestellt werden?</p> <p>Welche Problemstellungen können Sie beispielhaft für Ihren Arbeitsbereich beschreiben?</p>
Typische Konflikte	<p>2.3 Welche Konflikte treten in den unterschiedlichen Settings auf? (in Anlehnung an Schneider/Kuckeland/Hatziliadis 2019)</p>	<p>Welche typischen Konflikte treten in Ihrem Handlungsfeld auf? Wie stellen diese sich dar?</p>
Pflege- und Beziehungsprozess als Kerngegenstand	<p>WITTNEBEN (2003b1 S. 129) stellt vielmehr den Pflege- und Beziehungsprozess als Kerngegenstand der Pflege in den Mittelpunkt und setzt zur Konstruktion von Lernfeldern an pflegerischen Handlungssituationen an. Vorbehaltsaufgabe § 4 PflBRefG</p>	<p>Welche Rolle spielen Pflege- und Beziehungsprozess in Ihrem Fachbereich? Beschreiben Sie, wie stellen sich Pflege- und Beziehungsprozess dar?</p>

Berufstypische Situationen, Kommunikation	DARMANN (2000, S; 2.15) knüpft am Situationsprinzip an, indem sie anhand von pflegeberuflichen Situationen Schlüsselprobleme in der Kommunikation zwischen Pflegenden und zu pflegenden Menschen ableitet. In Anlehnung an HABERMAS (1973) fokussiert DARMANN-FINCK (2010a, S. 37) die Ermittlung pflegerischer Problemsituationen einschließlich der darin wirksamen widersprüchlichen Anforderungen.	Beschreiben Sie Schlüsselprobleme, die typischerweise in Ihrem Fachbereich in beruflichen Situationen auftreten! Wie stellt sich die Interaktion in diesen Problemsituationen dar?
Widersprüchliche Kommunikation in der Zusammenarbeit	DARMANN (2000, S; 2.15) knüpft am Situationsprinzip an, indem sie anhand von pflegeberuflichen Situationen Schlüsselprobleme in der Kommunikation zwischen Pflegenden und zu pflegenden Menschen ableitet. In Anlehnung an HABERMAS (1973) fokussiert DARMANN-FINCK (2010a, S. 37) die Ermittlung pflegerischer Problemsituationen einschließlich der darin wirksamen widersprüchlichen Anforderungen.	Welchen widersprüchlichen Situationen begegnen Sie in Ihrem Handlungsfeld? Wie sieht die Interaktion aus? Mit welchen Handlungen begegnen Sie den widersprüchlichen Situationen, um diese zu lösen?
Widersprüchliche Handlungsanforderung (Antinomien)	Berufliche Handlungssituationen sind „eingebettet in ein Geflecht von Interessen. Und da diese nicht selten widersprüchlich sind, resultieren daraus Konflikte , die zu bewältigen sind" (RAUNER 2001, S.15). Die pflegeberufliche Praxis ist voller Konflikte, Widersprüche und herausfordernden Situationen , auf	Bleiben wir bei den widersprüchlichen Handlungsanforderungen (Dilemma) in Ihrem Arbeitsfeld. Welche verschiedenen Handlungsanforderungen werden an Sie gestellt?

	<p>die zukünftige Pflegefachkräfte bereits in der Berufsausbildung vorbereitet werden müssen (Greb 2003, Walter 2009, Kühme 2015)</p>	<p>Nehmen Sie einen systemischen Blick auf Ihre Institution ein. Welche systemischen Verflechtungen können Sie beschreiben? Welche unterschiedlichen Interessen könnten vorliegen? Mit einem Blick in die Zukunft: wie könnte man diese Verflechtungen/Widersprüche lösen?</p>
<p>Gesundheitswesen</p>		
<p>Arbeitsprozesse und Qualifikationsanforderungen</p>	<p>„Wird berufliche Bildung als ein Beitrag zur Qualifizierung für die berufsförmig organisierten Arbeitsprozesse verstanden, dann kommt es ganz zentral darauf an, berufliche Arbeitsprozesse und berufliche Tätigkeiten zu analysieren, um die Qualifikationsanforderungen so detailliert zu entschlüsseln, dass diese eine Grundlage für berufliche Curricula bilden.“ (RAUNER 2000: 331)</p>	<p>Nehmen Sie wichtige Arbeitsprozesse Ihres Fachbereichs in den Blick. Welche Qualifikationsanforderungen werden gestellt? Welches Qualifikationsprofil sollte vorliegen, um in Ihrem Fachbereich arbeiten zu können? Wie sollten die Qualifikationen zukünftig aussehen? Welche Änderungen sehen Sie?</p>
<p>Handlungssituationen in der Organisationsstruktur</p>	<p>Berufsbild Fachweiterbildungen: Die Analyse des Berufsbildes dient dazu, Informationen u.a. über die Organisationsstruktur, die Beschäftigungsstruktur, die Fachkräftestruktur usw. zu gewinnen (BECKER/SPÖTTL 2006, S. 10).</p>	<p>Wie stellt sich Ihre Organisationsstruktur dar? Was ist typisch für Ihre Organisationsstruktur in Ihrem Handlungsfeld? Welche Organisationsstruktur brauchen Sie, um die Handlungssituationen in Ihrem Fachbereich bewältigen zu können? Welche sind unabdingbar?</p>
<p>Widersprüchliche Kommunikation im System</p>	<p>DARMANN (2000, S; 2.15) knüpft am Situationsprinzip an, indem sie anhand von pflegeberuflichen Situationen Schlüsselprobleme in der</p>	<p>Bleiben wir bei den widersprüchlichen Handlungsanforderungen (Dilemma) in Ihrem Arbeitsfeld.</p>

	<p>Kommunikation zwischen Pflegenden und zu pflegenden Menschen ableitet. In Anlehnung an HABERMAS (1973) fokussiert DARMANN-FINCK (2010a, S. 37) die Ermittlung pflegerischer Problemsituationen einschließlich der darin wirksamen widersprüchlichen Anforderungen.</p>	<p>Nehmen Sie einen systemischen Blick auf Ihre Institution ein. Welche systemischen Verflechtungen können Sie beschreiben? Welche unterschiedlichen Interessen könnten vorliegen? Mit einem Blick in die Zukunft: wie könnte man diese Verflechtungen/Widersprüche lösen?</p>
<p>Neue Handlungsfelder</p>	<p>„ein berufsbezogenes Curriculum orientiert sich an der Berufspraxis (...)“, „(...) Berufsfeldanalyse, in der aktuelle und zukünftige Tätigkeitsfelder eruiert werden.“ Die „(...) Akzeptanz steigt, wenn Lehrende aktiv an der Entwicklung beteiligt sind.“ (Schneider/Kuckeland/Hatziliadis 2019: 6)</p>	<p>Mit welchen neuen Aufgabenstellungen und Prozessen kommen Sie in Ihrem Handlungsfeld in Berührung, die Sie eigentlich anderen Handlungsfeldern zuordnen würden? Wie sehen diese Aufgaben aus? Beschreiben Sie!</p> <p>Welche zukünftigen Aufgaben erwarten Sie für Ihr Handlungsfeld? Wie wird es sich verändern?</p> <p>Darüber hinaus: welche neuen Aufgaben sehen Sie für die Pflege, wofür es eine spezielle Fachausbildung braucht?</p>

Quelle: Kühme, Gieseck 2020

Um den allgemeinbildenden Gehalt abzubilden, wurden Fragen unter Bezugnahme auf die Perspektiven nach Greb (2003,2009) ergänzt (siehe Tabelle 2) Für die Leitfäden der weiterbildungsspezifischen Fokus-Gruppen wurden handlungsfeldspezifische Fragen ausgewählt (siehe Leitfäden mit spezifischen und optionalen Fragen zu den Handlungsfeldern im Anhang).

Tabelle 2: Entwicklung der Interviewleitfäden nach Perspektiven (Berufsfeldanalyse)

Individuum	Interaktion	Institution	Fragestellungen
	Pflegeberuflicher Habitus in der Selbstreflexion		<p>Wie würden Sie Ihre Rolle als Fachpflegende für beschreiben?</p> <p>Was ist das Typische, was diese Rolle ausmacht?</p>
	Akademisierung und pflegeberufliche Rollenklarheit		Welche Rolle spielt die Akademisierung für Ihren Fachbereich und für Ihr Berufsbild Fachpflege für?
Bedürfnis nach Empathie und Sorge			Wie drücken sich die Erwartungen Ihrer PatientInnen hinsichtlich von Empathie und Sorge aus? Wie stellt sich das dar und welche Anforderungen werden dabei an Sie gestellt?
		Das doppelte Mandat (im berufspolitischen Kontext)	Sie tragen die Verantwortung für Ihre PatientInnen und gleichzeitig sind Sie Ihrer Institution verpflichtet. Wie stellt sich das Spannungsfeld für Sie dar? Woraus begründet es sich?
Technik und Rationalisierung: Die Technisierung des Hilfebedürftigen			<p>Wie erleben Sie Technik im Kontext Ihres Arbeitsfeldes?</p> <p>Wie stellt sich das Erleben der Patientin/des Patienten in Berührung mit Technik dar?</p>

		Pflegebildung: Anspruch und Wirklichkeit	<p>Wie erleben Sie die Pflegebildung für Ihren Fachbereich?</p> <p>Welche Anforderungen sehen Sie für die Pflegebildung, wenn Sie an Ihr Arbeitsfeld denken?</p>
	Professionalisierung und Pflege-theorien		<p>Wie würden Sie professionelles Arbeiten in Ihrem Fachbereich beschreiben? Wodurch drückt sich professionelles Handeln aus?</p> <p>Beschreiben Sie, welche Rolle Pflege-theorien für Ihr Handlungsfeld spielen?</p>
Menschliche Existenz: die Würde des Menschen (in der Institution)			Beschreiben Sie berufliche Situationen aus Ihrem Handlungsfeld, in denen es um den Erhalt der Würde von PatientInnen ging!
	Gesundheitserziehung und Laisierung (ein „Muss“ mit Stoppschild)		Beschreiben Sie bitte Situationen in Ihrem Fachbereich, in denen es um Gesundheitsförderungen und Gesundheitsberatung ging! Beschreiben Sie, wodurch Sie ggf. an Grenzen gestoßen sind und davon abgesehen haben!

	Personalmanagement: Brauchbarkeit und wissenschaftliche Legitimation		Stellen Sie bitte Situationen dar, in denen Ihnen deutlich wurde, dass Sie Unterstützung aus dem Personalmanagement brauchten! Wodurch legitimiert sich Ihrer Meinung nach das Personalmanagement?
Gesellschaftliche Ungleichheit: ein Mandat für Hilfebedürftige			Erleben Sie in Ihrem Fachbereich Ungleichbehandlung von PatientInnen? Wie stellt sich diese dar?
		Pflegequalität und Bildungsökonomie	In wie weit ist Pflegequalität von Pflegebildung abhängig? Welche Zusammenhänge sehen Sie?
Ökologie und Umwelt: Stellung des Individuums			Denken Sie an Ihr Handlungsfeld! In welchen Arbeitsprozessen werden ökologische Einflüsse bemerkbar? In welchem Kontext steht die Patientin/der Patient dazu?
		Fort- und Weiterbildung im Konkurrenzdruck des freien Marktes	Wie beurteilen Sie die Fort- und Weiterbildung der Fachpflege im Konkurrenzdruck der Marktwirtschaft? Welche Probleme sehen Sie?
Schutz des Einzelnen durch Werte			Schöpfen Sie aus Ihrer beruflichen Erfahrung in Ihrem Handlungsfeld! In

			welchen Situationen, Arbeitsprozessen ist eine Einhaltung von Werten für Ihre PatientInnen unabdingbar?
--	--	--	---

Quelle: Kühme, Gieseking 2020

1.2.2 Ethische Reflexion

Beim Projekt handelt es sich ausdrücklich nicht um eine Forschungsarbeit im Sinne der qualitativen Sozialforschung, sondern um eine didaktische Analyse. Aus diesem Grund wurde darauf verzichtet, ein ethisches Votum einzuholen. Gleichwohl sind selbstverständlich ethische Kriterien einzuhalten und für das Vorgehen zu reflektieren. Für die Vorgehensweise wurden die ethischen Grundsätze nach Mayer (2007) berücksichtigt: Autonomie, Benefizienz, Non-Malefizienz und Gerechtigkeit. Die Teilnahme an den Fokus-Gruppen sowie den Einzelinterviews beruhte auf Freiwilligkeit der Teilnehmenden. Die Einladung erfolgte mittels den Weiterbildungseinrichtungen als Multiplikatoren. Die Vertreter*innen von Weiterbildungsstätten haben ein Eigeninteresse an der Weiterentwicklung der Verordnung mitzuwirken, stehen jedoch nicht in Abhängigkeit zu dem Projektverantwortlichem der Hochschule Osnabrück, so dass dem Grundsatz der Autonomie der Interviewpartner*innen Rechnung getragen wird. Die Ergebnisse wurden anonymisiert dargestellt. Mit der Weiterentwicklung der Weiterbildungsverordnung zielt das Projekt darauf, für den Pflegeberuf und insbesondere die zukünftigen Teilnehmenden sowie deren Arbeitgeber grundsätzlich etwas Gutes zu tun (Benefizienz), indem die Bildungsdurchlässigkeit gestärkt wird und Bildungswege durch verschiedene Bildungssektoren, aber auch unterschiedliche berufliche Handlungsfelder der Pflege hinweg, vereinfacht werden. So wird der Grundsatz der „Gerechtigkeit“ als Bildungsgerechtigkeit verstanden, welche ein lebenslanges Lernen in den Blick nimmt. Die Schilderung von problembehafteten typischen Situationen aus den Berufsfeldern kann belastende Erinnerungen bei den Interviewpartner*innen hervorrufen. Entsprechend dem Grundsatz der Non-Malefizienz ist das Projektteam von den Interviewpartner*innen auch nach den Interviews ansprechbar und kann im Bedarfsfall an weiterführende Unterstützungs- und Beratungsangebote vermitteln.

1.2.3 Durchführung von Fokus-Gruppen-Interviews und Einzelinterviews

Das „Gate-Keeping“ erfolgte über die Pflegekammer in Hannover (Anschreiben der Projektgruppe, Aufruf via Internetauftritt). Außerdem wurden alle in Niedersachsen zugelassenen Weiterbildungsstätten kontaktiert und um Weitergabe der Einladung an interessierte Personen aus Bildung und Berufspraxis gebeten. Auf diese Weise wurde Zugang zum Feld gefunden und es konnten 44 Interviews (Fokus-Gruppen und Einzelinterviews) geführt werden. Die Interviewführung wurde insgesamt durch das Auftreten der Corona-Pandemie beeinflusst und sorgte im Projekt für erhebliche zeitliche Verzögerungen, die hier jetzt nicht im Einzelnen dargelegt werden.

Organisatorisch wurden für jedes Handlungsfeld zunächst Fokus-Gruppen-Interviews umgesetzt, um insbesondere die Interaktion zwischen den Akteur*innen zu erheben und auf für das Handlungsfeld typische Berufsmuster zu stoßen. In einem zweiten Schritt nahmen die Teilnehmer*innen an Einzelinterviews teil. Im Wesentlichen ging es hier darum, Sättigung zu aufgeworfenen Themenstellungen zu generieren. Zudem dienten die Einzelinterviews später als Exempel für die fachdidaktische Kategorialanalyse (siehe Kapitel 1.3). Die Teilnahme an den Interviews war freiwillig. Alle Teilnehmer*innen wurden zuvor über eine Informationsschrift aufgeklärt und konnten jederzeit ihre Teilnahme widerrufen. Im Projekt hat kein*e Interviewpartner*in das Einverständnis zurückgezogen. Alle durchgeführten Interviews konnten für die folgende fachdidaktische Arbeit aufgenommen werden.

Tabelle 3: Geplante Interviews zur Berufsfeldanalyse

Fachweiterbildung	Fokus-Gruppen-Interviews	Einzelinterviews
Informationsveranstaltung Weiterbildungsstätten	20.10. via Zoom	
Onkologische Fachpflege	10. August	10. August
Fachpflege Psychiatrie	11. August	11. August
Intensiv- und Anästhesiepflege	17. August	17. August
Praxisanleitung	18. August	18. August
Sozialpsychiatrische Pflege und Betreuung	24 August	24 August
Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege	25. August	25. August
Hygiene und Infektionsprävention in der Pflege, Hygiene in der Pflege	31. August	31. August

Frühe Hilfen	Ausgesetzt wegen Covid, keine Stichprobe (geplant 1. September)	Ausgesetzt wegen Covid, keine Stichprobe (geplant 1. September)
Operative und endoskopische Pflege	14. September	14. September
Leitung einer Pflegeeinheit	15. September	15. September
Leitung einer Pflegeeinheit	Folgetermin in Osnabrück	Folgetermin in Osnabrück

Quelle: Kühme, Giesecking 2020

Aufgrund der hohen Nachfrage zum Handlungsfeld „Leitung einer Pflegeeinheit“ wurde eine weitere Fokus-Gruppe gebildet und in Osnabrück ein entsprechendes Interview geführt. Der Feldzugang zu den „Frühen Hilfen“ erwies sich problematisch, da keine Akteur*innen des Berufsfeld teilnehmen wollten. Für einen Zugang bemühten wir uns um die direkte Ansprache bei den Gesundheits- und Sozialbehörden und beim Deutschen Hebammenverband. Die Rückmeldungen zeigten sich zögerlich und vielfach desinteressiert. Folgetermine für die Interviews wurden nicht eingehalten. Von einem Zugang über Hebammenstudierenden der Hochschule Osnabrück wurde im Verlauf zurückgetreten, da durch den Projektleiter ein Abhängigkeitsverhältnis zu den Studierenden bestand und man davon ausgehen musste, dass das Phänomen der sozialen Erwünschtheit aufgetreten wäre. Zudem wurde die Planung der Interviews der „Frühen Hilfen“ durch den „Lock-Down“ in der Corona-Pandemie zusätzlich erschwert und für Monate unmöglich gemacht. Das Themenfeld der „Frühen Hilfen“ wurde somit im Projektverlauf angestellt und stellt ein Desiderat dar. Allgemein zeigte sich, dass durch die Covid-Pandemie eine Umplanung der Interviews erforderlich wurde. Die zeitlichen Verschiebungen werden jetzt hier im Einzelnen nicht dargestellt.

Insgesamt wurden zehn Fokus-Gruppen-Interviews mit insgesamt 45 Teilnehmer*innen durchgeführt. Für die Einzelinterviews konnten insgesamt 34 Personen befragt werden. Die Interviewdauer der Fokus-Gruppen betrug im Schnitt 1,5 Stunden, die der Einzelinterviews 45 Minuten. Durchschnittlich nahmen 4,5 Personen pro Gruppe teil. Eine Person hat aufgrund zweier Fachweiterbildungsabschlüsse an zwei Fokus-Gruppen teilgenommen. Die Teilnehmenden kamen aus der jeweiligen Handlungspraxis. Etwas mehr als die Hälfte der Personen kam aus den Weiterbildungsstätten in Niedersachsen. Schwierig erwiesen sich kurzfristige Absagen, die durch die Corona-Situation bedingt waren. Problematisch war auch, dass die Pflegenden häufig in der Freizeit an Interviews teilnehmen mussten.

Das Interviewmaterial wurde vollständig transkribiert und im ersten Durchgang über Sachebenen im Kriteriensatz für die Pflege (Greb 2003) zugeordnet und analysiert.

1.3 Kategorialanalyse

Wie in der Einleitung dargelegt, wurde der Berufsfeldanalyse (Realanalyse) eine Kategorialanalyse nach Greb (2009) angeschlossen. Die Auswertung der Interviews erfolgte somit nicht im Rahmen einer qualitativen Sozialforschung, welche die Rekonstruktion von Sinnstrukturierungen sozialer Wirklichkeit in den Mittelpunkt stellt (siehe u.a. Lamnek, 2010) und auf eine Theoriebildung abzielt, sondern mit dem Ziel der Entwicklung eines Curriculums.

Die didaktische Aufbereitung der Befunde erfolgt deshalb mittels pflegedidaktischer Kategorialanalyse (Greb 2003, 2009), um die realanalytischen Befunde und Anforderungen der Praxis sinnvoll in die Curricula der Fachweiterbildungen zu überführen.

Das Modell verfolgt einen bildungstheoretischen Anspruch und berücksichtigt die in der Ausgangslage dargelegten Anforderungen, die sich aus dem Wesen und den Aufgaben der beruflichen Standesvertretung ergeben. Durch die Arbeit mit dem pflegedidaktischen Modell werden Bildungsinhalte, damit Modulthemen und Modulinhalte generiert, die in die Curricula der neuen Fachweiterbildungen eingehen. Analog zur neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflege (PflAPrV) wird am Fall orientiert und damit am Exempel gearbeitet. Die Exempel wurden in der Realanalyse erhoben (vgl. Kapitel 1.2).

Didaktische Einordnung: Aufdecken von Widersprüchen und Handlungsdilemmata in den Praxisfeldern

Das pflegedidaktische Modell von Ulrike Greb ist ein Modell der Bildungstheorie. Pflegende bewegen sich in einem Arbeitsalltag, der von widersprüchlichen Anforderungen bestimmt wird (Antinomien). Diese Widersprüche sind den Institutionen immanent und können nicht umgangen werden (Greb 2003, 2010; Walter 2011). Es gilt, die systemimmanenten Widersprüche in der Handlungspraxis der zukünftigen Teilnehmer*innen aufzudecken und kritisch zu reflektieren, um den beruflichen Anforderungen in der Pflege gerecht werden zu können. Einfach und beispielhaft illustriert: die Logik der bisherigen Fachweiterbildungen (u.a. OP-Pflege, Anästhesiepflege, Hygienefachkraft etc.) folgt einer tayloristischen Ordnung in Funktionen, die sich weitestgehend aus einer tradierten Fächersystematik im Gesundheitswesen ableiten lässt. Diese Ordnung widerspricht einer zeitgemäßen Handlungsorientierung und pflegewissenschaftlich gebotenen Fallkompetenz im Praxisfeld (u.

a. Remmers 2000, Hülsken-Giesler 2008, Greb 2010). In Grebs Modell wird den Antinomien beruflichen Handelns im konstellativen Denken nachgegangen. So auch beispielsweise dem Widerspruch, der sich aus einer funktional aufgebauten Arbeitsorganisation, die nur einen fragmentarischen Blick auf die zu versorgenden Patient*innen erlaubt und der Begründungsverpflichtung der Pflegenden, die sich aus einer hermeneutischen Fallkompetenz im Sinne des professionellen Handelns ergibt. Das pflegedidaktische Modell stellt genau diese Widersprüche und Dilemmata ins Zentrum der didaktischen Reflexion und ermöglicht, den Antinomien in der Fachpraxis auf die Spur zu kommen – diese sinnvoll in didaktischen Planungsprozessen zu berücksichtigen. Zur Umsetzung der Zielsetzung wird die pflegedidaktische Kategorialanalyse nach Greb (2010) angewandt, da sie zum einen in Form einer Realanalyse die Belange der Praxisrealität berücksichtigt und zum anderen mittels pflegedidaktischer Reflexion zu Bildungsgehalten führt.

Kritische Theorie (Adorno): gesellschaftliche Strukturen und Widersprüche			
Berufsbildungstheorie: Pflege im Bezugssystem von Tausch und Herrschaft (Heydorn, Blankertz, Klafki)			
Hermeneutische Einzelfallkompetenz			
zentrale Medien der Pflege	I. Individuum leibgebundene Perspektive	II. Interaktion humanitär-pragmatische Perspektive	III. Institution gesundheitspolitisch ökonomische Persp.
1. Krankheits-erleben	1.I Leiderfahrung und Leibentfremdung	1.II Mimesis und Projektion	1.III Individualität und Standardisierung
Befunde der Realanalyse in den ausgewählten Reflexionskategorien dialektisch denken Feld 2.II: Worin zeigt sich im Fall Teamarbeit? Wodurch herrscht Konkurrenz? <i>Interpretationen und Assoziationen in Widersprüchen (konstellatives Denken)</i>		2.II Teamarbeit und Konkurrenz	2.III Tradition und Emanzipation
		3.II Humanisierung und Sozialtechnologie	3.III Marktliberalität und soziale Gerechtigkeit

Abbildung 1: Der Kriteriensatz für die Pflege (Greb 2003)

Für das Projekt wurden Modifikationen des pflegedidaktisches Strukturgitter hinsichtlich der Handlungsfelder unter Beratung der Urheberin vorgenommen. Wenn nicht schon durch Veröffentlichungen dokumentiert (Greb 2001-2019), erfuhr der Basiskriteriensatz jeweils eine fachtypische Ausrichtung und Anpassung, um für die jeweiligen Fachweiterbildungscurricula damit zu arbeiten und die Interviews zu transformieren. Über diesen Weg fand eine didaktische Bestimmung von Schlüsselproblemen und pflegedidaktische Reflexion mit Hilfe der Kategorien im Kriteriensatz statt.

Neben dem Basiskriteriensatz (Abb. 1) kamen transformierte Strukturgitter für die Pflege in 2020 und 2021 zum Einsatz. Im Einzelnen sind dies: der Kriteriensatz für die Intensiv- und Anästhesiepflege (Greb 2001), der Kriteriensatz für die Pflege in der Psychiatrie (Greb 2002), der Kriteriensatz für die Altenpflege und Gerontopsychiatrie (Greb 2008), der Kriteriensatz für die Pflegepädagogik und Erwachsenenbildung (Greb, unveröffentlicht), der Kriteriensatz für die Kinderkrankenpflege (Greb, unveröffentlicht), der Strukturgitteransatz für die Sozialpsychiatrie (Greb, unveröffentlicht) und eine adaptierte Form für die Pflege im OP und der Endoskopie.

1.3.1 Erster Schritt: Zuordnung der Interviewinhalte Sachebenen

Die Inhalte aller Interviews wurden in einem ersten Schritt den Sachebenen in den Strukturgittern zugeordnet, um im Anschluss daran zunächst die Schlüsselprobleme mittels der Perspektiven im Strukturgitter (Individuum, Interaktion, Institution, vgl. Abb. 1) bestimmen zu können.

Beispielhaft wird auf den folgenden Seiten das Vorgehen zu den Sachebenen im Kriteriensatz (Greb 2003) im ersten Schritt dokumentiert und am Beispiel der Fachweiterbildung Operative- und endoskopische Pflege dargelegt:

Perspektiven:	I Individuum leibgebundene Perspektive	II. Interaktion humanitär-moralische Perspektive	III. Institution politisch-ökonomische Perspektive
1 Krankheitserleben Behindertsein Altwerden	<p>Wie erlebt ein Patient sein Kranksein, eine Behinderung oder sein Sterben? <i>[Anlässe fachpflegerischen Handelns: fallorientiert]</i></p> <p>Umgang mit belastenden/ existenziellen Situationen</p> <p>„Ja weil einfach der, weil ich sage mal, besonders wenn man jetzt Richtung Organtransplantation oder auch Explantation geht, wie gehe ich da überhaupt mit um? Ist das jetzt eine Situation, habe ich die schon mal durchlebt? Habe ich da auch irgendwelche Möglichkeiten vielleicht, wenn ich damit Probleme habe, irgendeine Anlaufstelle, wo ich / Oder jemanden wirklich, der im OP ist, der da auch drauf geschult ist, auf sowas. Mich mit dem auseinanderzusetzen. Weil ich kann mich noch an meine erste Explantation erinnern, da hatte mich niemand drauf vorbereitet. Und das ist auch nicht für alle was. Wenn man sieht, wie die Organe entnommen wird, und nachher wird einfach alles abgestellt. Das ist ein ganz komisches Gefühl, was man ja auch nicht so hat, so oft, im OP. Und solche Aspekte würde ich wichtig finden, dass man daraufhin genau die Kräfte vielleicht eventuell vorbereitet, schon. „Aber auch diese Feingefühligkeit. Sei es vielleicht onkologische Patienten, die ich im OP habe. Die jetzt eine (Portimplantation? #00:48:24-3#) kriegen. Wie gehe ich mit denen um?</p>		

Sterben	<p>Wie sind die überhaupt vielleicht strukturiert? Also das setzt natürlich viel voraus, was die schon an Grundwissen haben, aber auch einfach um das Einfühlungsvermögen, die Kommunikation, vielleicht auch das eigene emotionale Verhalten widerzuspiegeln, zu reflektieren. Dass man sich immer wieder hinterfragt.“</p> <p>„Wir haben auch diese Schwierigkeit, dass wir ja, es ist ja auch eine existenzielle Situation. Also mitunter kann das ja auch etwas mit mir machen. Ich will dafür ein Beispiel geben, warum diese Situationen manchmal existenziell sind. Und die haben hier, natürlich habe ich die auch sonst in Gesundheitsfachberufen. Aber das ist noch mal ein anderer Fokus. Also wenn ich, nehmen wir mal an, eine medizinische Fachangestellte der Radiologie wäre. Und ich muss da jetzt ein MRT oder irgendwas machen. Dann sehe ich vielleicht die Diagnose der Patientin, aber es berührt mich vielleicht nicht so sehr, weil ich nicht maßgeblich weiter in der Therapie oder in dem Konzept mit involviert bin. Aber in dem Moment, wo ich zum Beispiel so eine Situation habe, ich will jetzt mal plakativ sein, aber die kommt hier zum Tragen. Wenn ich selbst zum Beispiel eine junge Frau bin, und sage: "Okay, ich erlebe jetzt eine junge Mutter, die ist 32, hat gerade ihr zweites Kind, und hat jetzt die Diagnose malignes, hochgradig malignes (Mamma CA? #01:02:15-4#) mit Metastasen schon im Gehirn, und die und die Lebenserwartung, dann werde ich, wenn ich selbst in dieser (Marge? #01:02:23-9#) bin, für mich, werde ich ganz anders sensibilisiert. Das heißt, ich komme da mit so existentiellen Situationen werde ich konfrontiert, muss aber gleichzeitig diese Gefühle sozusagen so ein bisschen externalisieren. Ich selber habe dieses Beispiel für mich damals, als meine Töchter geboren wurden, war es mir nicht, oder war es für mich total eine Herausforderung, bei pädiatrischen OP-Eingriffen, wenn das auch häufig maligne Erkrankungen waren, bei pädiatrischen Eingriffen von Kindern in der Neurochirurgie diesen Hirntumor zu instrumentieren. Das fand ich total schwierig, weil ich selbst gedacht habe, okay, das könnte jetzt deine Tochter sein. Und das ist so etwas, wo man ja existenziell oder mit so einer existenziellen Situation in diesem speziellen Kontext noch mal anders konfrontiert wird. Sie hatten vorhin das Beispiel Multiorganentnahme. Ist der Klassiker. Wenn man darauf nicht vorbereitet wird, ist das total schwierig. Wenn man plötzlich merkt, okay, der, in Anführungsstrichen, entschuldigen Sie, wenn ich jetzt diesen profanen Begriff benutze oder diesen / Er wird ja quasi ausgeweidet, dieser Mensch. Und man ist da Zeuge und ist mit dabei. Und das ist schwierig.“</p> <p>„Das ist, das fängt an mit, wenn man wirklich einen Abort zum Beispiel. Und dann denkt man schon über die Kolleginnen zum Beispiel nach, die eventuell sich gerade in der Schwangerschaft befinden. Die, sagt man sofort: "Bleib du mal ruhig weg", oder was weiß ich, und man geht da ganz anders mit um. Was man vorher gar nicht so wahrgenommen hat. Also es sind, ist jetzt nur so ein ganz kleines Beispiel.“</p> <p>„Also gerade sowas wie die Konfrontation mit existenziellen Lebenssituationen. Und nehmen wir mal an, ich wäre aus eigenen Glaubensgründen Gegner es Paragraphen 218 oder Gegnerin des Paragraphen 218, dann ist das natürlich eine Schwierigkeit, wenn ich dann zum Beispiel bei einem Abort (unv. #01:05:27-9#) instrumentiert. Im Tagesdienst, im Elektivgeschäft kann ich mir sagen, okay, das kann eine Kollegin oder ein Kollege übernehmen. Aber was ist aber, wenn mir das im Bereitschaftsdienst begegnet? In einer Akutsituation, wie gehe ich dann damit um?“</p> <p>Wertschätzung für die Ganzheitlichkeit des Menschen</p> <p>„Es wird sozusagen diese zentrale Funktion, dass ich nicht mehr sage: "Jetzt ist die Galle oder der Blinddarm, oder der Darm kommt jetzt als nächstes", sondern, dass ich sage, wir werden jetzt den XY, wir haben jetzt den und den Menschen, die und die Person hier wieder. Dass das noch mal, es muss eine andere Wertschätzung wieder rein, für den, ja, früher sagte man immer für die Ganzheitlichkeit des Menschen. Also, dass wir wirklich den Menschen wieder in den Blick bekommen. Und ich glaube, dass das auch mit dem Personal für sich selbst was machen würde, im Umgang. Auch mit anderen Berufsgruppen. Nicht nur mit dem Patienten.“</p>
---------	---

2 Hel- fen	<p>An welchen Grundlagen orientiert sich professionelles Pflegehandeln? [konditionales und prozedurales Wissen, Hermeneutische Fallkompetenz]</p>
Prä- ven- tion	<p>Selbstfürsorge in perioperativer Situation nicht möglich, Patient vertraut sich an „Hier kann die Selbstfürsorge, die der Patient umsetzen würde sonst, für sich, oder die der Mensch für sich umsetzt, ja nicht durch ihn gewährleistet oder (durch? #00:03:53-4#) Selbstübernahme erfolgen. Das heißt, wir sind noch mal angehalten, für diese komplexe Sicherheitssituation für den Patienten zu übernehmen. Dafür vertraut er sich ja quasi an, oder ich würde mich dem anvertrauen, wenn ich selbst mich einem Eingriff unterziehen würde.“</p>
Cura- tion	<p>Ängste von Patienten während Regionalanästhesie „Die Ängste, die er vielleicht hat, die sind ja meistens nur etwas runtergedrückt, und sind auf alle Fälle total präsent.</p>
Re- habi- lita- tion	<p>Interprofessionelle Zusammenarbeit „Und sie ist immer dabei, auch noch die Ergänzung in der Kommunikation zu leisten, die die Ärzte praktisch weitergeben. Weil da wird sehr oft viel vergessen, was dann auch anders wieder weiterkommuniziert wird.“ „Also gerade diese interprofessionelle Zusammenarbeit, die Sie jetzt angesprochen haben.“ „Und Förderung sämtlicher interprofessioneller Zusammenarbeit. Da drin zu arbeiten. Ja.“ „wenn man sowas machen würde wie ein interprofessionelles Projekt mit Studierenden. Da sehe ich Weiterbildungsleute.“</p>
	<p>Belastendes Raumklima im OP, nach der Arbeit abschalten „Und ich finde es immer schwierig, sich dann diesem Raumklima, was im OP ja auch herrscht, bewusst zu werden. Und ich glaube, dem sind viele manchmal vorher gar nicht bewusst, was das eigentlich so von der Kommunikation nachher mit einem macht. Und, dass man da auch wirklich nicht alles mit nach Hause nehmen darf. Und das finde ich immer auch so ein ganz schwieriger Punkt. Dieses Abschalten. Nach Hause kommen, irgendwas zu machen, dass man abschalten kann, vielleicht eben die Sachen kurz beiseite legen und dann vielleicht nachher irgendwann reflektieren.“</p>
	<p>Übergabe und Zusammenarbeit an Schnittstellen: Kommunikation und Dokumentation „Dann, wenn der Patient natürlich sozusagen aus diesem Eingriff in der Postphase, in der postoperativen Phase oder in der posttherapeutischen oder diagnostischen Phase, dass man dann sagt, okay, er wird auch wieder hinüberbegleitet in diese sichere Situation, dass er an eine Kollegin oder Kollegen von uns übergeben wird, um weiterhin für seine Sicherheit im Nachfolgemodus das zu gewährleisten. Und dazu gehört, und das ist auch, glaube ich, das Wichtigste, eine gute Kommunikation und Dokumentation.“</p>
	<p>„Und einfach dieses, manchmal sind da so Schnittstellenbarrieren, die man auflösen muss. [...] Und das ist gar nicht so einfach. Also, da denke ich, da ist es ganz gut, wenn da mehr Kommunikation gefördert wird.“</p>
	<p>„Also eine Forderung, gerade weil damit ja einhergeht, wirklich eine gute Zusammenarbeit, gerade (und eine? #00:08:58-9#) in dieser Schnittstellenproblematik, die wir ja haben, ne, Aufwachraum, OP, (Funktionspersonal? #00:09:04-9#), stationäres Personal, OP-Personal, diese Schnittstellen tatsächlich. Oder dann vielleicht auch zur (ZSVA? #00:09:12-0#) also zur (Sterilisationsabteilung? #00:09:14-2#). Da, gerade diese Schnittstellen dann intensiver so Zusammenarbeit auch zu fördern.“</p>
	<p>„Mit der Kommunikation muss ich ja / Ich bin ja die ganze Zeit da dran beschäftigt, mit dem Patienten, aber auch, dazu gehört natürlich auch die anderen Abteilungen, die da mit reinspielen.“</p>

„für mich wäre beispielsweise so eine Möglichkeit, dass man sagt, okay, wir haben eine spezielle Fachkraft für die Schnittstellenproblematik. Die zum Beispiel als Koordinatorin oder Koordinator dort sitzt und versucht, an diesen Schnittstellen zu arbeiten. Das sollte auf jeden Fall, aus meiner Sicht, eine weitergebildete Person dann sein.“

Umgang mit vulnerablen Patientengruppen, Patienten (z.B. Patienten mit Demenz, mit Hörschrankungen oder mit Zahnprothesen) können sich nicht äußern und/oder nicht verstehen, was passiert

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

„Und vor allen Dingen, und das finde ich ganz gut, diese vulnerablen Gruppen. Und da muss man sagen, da sehe ich auch, genau wie Sie, eigentlich die Möglichkeit, das muss noch mal mehr Einzug halten auch in die Weiterbildung, auch inhaltlich. Weil das ist im Moment in der Umsetzung noch zu wenig. Und diesen vulnerablen Gruppen da mehr sich zu fokussieren, ne? Kind im Krankenhaus, der alten Mensch im Krankenhaus, oder aber tatsächlich jetzt, gerade interkulturell, ne? Wie gehen wir damit um? Das ist ein wichtiger Bereich, wo hier noch mal ein Fokus auch in der Weiterbildung reinmuss. Auf jeden Fall.“

Da kann man ja viel auch schon heutzutage mit Dolmetscherlisten, oder es gibt auch Begleitpersonen, die wirklich dem OP angegliedert sind, die dann die demenzkranken Patienten zum Beispiel begleiten können. Oder teilweise auch die Möglichkeit, dass wirklich Hilfsmittel mit in den OP gebracht werden dürfen. [...] Sei es die Zahnprothesen oder die Hörgeräte. Das wird zu oft vergessen, und dann können sich diejenigen gar nicht mehr richtig äußern, oder sind auch nicht mehr verständlich, dann.“

„Und das wird ganz oft vergessen, den Patienten da irgendwie wirklich an der Stelle abzuholen und mitzunehmen. Genau zu erklären, was vielleicht auch hier mit ihm geschieht. (Jede? #00:13:23-1#) Schritte, die man bei ihm macht, auch wenn es nur eine Berührung ist. Das kann ja schon ganz schnell in eine andere Sichtweise vom Patienten geraten. Besonders, wenn er sich dann nicht äußern kann, das nicht versteht, vielleicht. Bei Demenzkranken finde ich das extrem.“

Deeskalation

„Auch deeskalierende Maßnahmen.“

Umgang mit Patienten aus anderen Kulturkreisen, Interkulturelle Kompetenz bezogen auf Patienten
„genauso wie diese emotionale Kompetenz und auch die interkulturelle, die fließen ja mit ein. Und das wird auch besonders interkulturell wird immer mehr. Nicht nur von den Menschen, die sich jetzt einer Operation unterziehen. Sondern auch von den ganzen Strukturen im OP.“

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

Standards und SOPs entwickelt werden, wie gehen wir mit Menschen, wenn die hier in unsere Obhut gelangen, mit verschiedenen kulturellen Hintergründen, was bedeutet das für unsere Arbeit? Setzen wir uns darüber hinweg, weil die müssen ja operiert werden? Oder sagen wir, hey, wir haben die Möglichkeiten, wir haben das Glück, dass wir darauf reagieren können. Wir haben das Glück, dass wir hier Fachkräfte haben. Und wir können ja jetzt mal gucken, was steht denn da in unseren SOPs, die wir entwickelt haben? Oder muss ich zum Beispiel tatsächlich, kann das nicht vielleicht eine Anästhesiepflegefachkraft weiblich sein, die dann die Einleitung bei den Patientinnen macht? Warum muss das eine Anästhesiefachkraft männlich sein? Das muss nicht sein. Wenn wir genügend unterschiedliche Geschlechter hier haben, dann kann ich doch darauf auch reagieren. Und ich glaube, das ist etwas, was notwendig wird.“

Interkulturelle Zusammenarbeit im OP-Team

„genauso wie diese emotionale Kompetenz und auch die interkulturelle, die fließen ja mit ein. Und das wird auch besonders interkulturell wird immer mehr. Nicht nur von den Menschen, die sich jetzt einer Operation unterziehen. Sondern auch von den ganzen Strukturen im OP.“

„Ich muss mit ganz anderen Kulturen vielleicht zusammenarbeiten und die auch verstehen oder nachvollziehen. Oder die auch mich nachvollziehen können.“

Sicher versorgen, nicht schädigen, Sicherheit vermitteln

„bezüglich der Information und der Vorbereitung des Patienten bei der Einschleusung ist natürlich über die einzelnen Handlungsschritte zu informieren, aber in erster Linie da auch für Sicherheit zu sorgen. Es bedeutet eine adäquate Sicherheitsvermittlung, und den Patienten gerade in diesem Bereich nicht mehr allein und unbeaufsichtigt zu lassen.“

„Und aus meiner Sicht ist die Crux all dessen, was passieren kann und auch was die Patientensicherheit angeht, eigentlich eine mangelnde Kommunikationsstruktur.“

„Dann ist es primär für Sicherheit sorgen. Und das egal in welchem Kontext. Während dieser Zeit.“

„Ich würde einfach sagen, wenn das jetzt jemand wäre aus der Gesellschaft und würde sagen: "Was machst du?" Dann würde ich sagen: "Du, ich versuche, dazu beizutragen, mit all dem, was ich mache, von der Bereitstellung des Instrumentariums, so wie du gelagert werden musst, und so, dass du interoperativ gut versorgt wirst, dass ich das unter sterilen (Kriterien? #01:24:44-7#) bis zum Abschluss und bis zu dem Wundverschluss hinbekomme, und, dass du sicher ohne größere Schäden du diese Abteilung wieder verlässt. Also ich würde sagen, primär nicht schädigen. Als Grundsatz. Primär nicht schädigen, das muss das oberste Ziel sein. Und für Sicherheit sorgen. Und wenn ich alles dafür tue, dass ich primär nicht schädige, habe ich viel erreicht. Ja.“

Patientenlagerung, Legen einer Venenverweilkanüle, Legen eines Blasenverweilkatheters

„Das geht von natürlich einer physiologischen Situation, (der er uns bewusst sein muss? #00:04:17-2#) sprich, Lagerung, wie muss ich eine Lagerung / Breitflächig, die Gelenke, in welcher physiologischen Ausgangsstellung müssen die liegen? Dann Versorgung mit bestimmten / Wobei das ja eigentlich alles ärztliche Maßnahmen waren, ursprünglich mal, Legen einer (Venenverweilkanüle? #00:04:36-4#) oder das Legen eines Blasenverweilkatheters, was aber jetzt substituiert wurde an die Pflege über Jahrzehnte oder so. Dass man sagen muss, das gehört jetzt grundlegend mit in unseren Fokus der Betreuung, der Vorbereitung und der Beobachtung.“

„Ich weiß nicht, Patientenlagerung wäre für mich eines, wo man sagen müsste, das wäre pflegerisch noch mal ein Schwerpunkt, wo man genau gucken muss. Grundsätzlich invasiv tätige Maßnahmen wie Legen eines Blasenverweilkatheters oder Legen von (Venenverweilkanülen?“

„ich versuche, dazu beizutragen, mit all dem, was ich mache, von der Bereitstellung des Instrumentariums, so wie du gelagert werden musst, und so, dass du interoperativ gut versorgt wirst, dass ich das unter sterilen (Kriterien? #01:24:44-7#) bis zum Abschluss und bis zu dem Wundverschluss hinbekomme, und, dass du sicher ohne größere Schäden du diese Abteilung wieder verlässt.“

Vorinformation, Vorbereitung, Einschleusen, Vorbereitung Anästhesie, Vorbereitung OP-Saal und Instrumente, Sterilisation von Instrumenten

„Es (sieht ja mit? #00:01:36-0#) ich sage mal, mit der Vorinformation fängt es schon an, vom Patienten. Die mit der Gestaltung des OP-Plans dann praktisch den, die Vorbereitung, das Einschleusen von dem Patienten, bis hin zur Vorbereitung (von der? #00:01:50-6#) Anästhesie. Die Vorbereitung des OP-Saals, der Instrumente, praktisch der ganze Ablauf, der ist auch strukturiert, oder halt an Standards schon festgefasst. Es gehört die Sterilisationsabteilung dazu. Die im, ich sage jetzt mal, im täglichen Umfeld jetzt eigentlich von Personen übernommen werden, die auch da tagtäglich arbeiten. Geht es in den Bereitschaftsdienst, muss die OP-Pflege das auch mit übernehmen. Und da ist ja auch gefordert, dass jeder den // (Steri eins Kurs? #00:02:27-7#)“

„Grundsätzlich sind, also wenn ich rein, ich will jetzt das Wort ungerne nutzen, aber wenn ich jetzt eine Reduktion machen würde auf rein pflegerische Tätigkeiten, gehört natürlich im Prinzip die Vorbereitung des Patienten zu diesen diagnostisch-therapeutischen oder operativen Eingriff einher, da ist das, was der Kollege eben schon gesagt hatte, bezüglich der Information und der Vorbereitung des Patienten bei der Einschleusung ist natürlich über die einzelnen Handlungsschritte zu informieren,“

„ich versuche, dazu beizutragen, mit all dem, was ich mache, von der Bereitstellung des Instrumentariums, so wie du gelagert werden musst, und so, dass du interoperativ gut versorgt wirst, dass ich das unter sterilen (Kriterien? #01:24:44-7#) bis zum Abschluss und bis zu dem Wundverschluss hinbekomme, und, dass du sicher ohne größere Schäden du diese Abteilung wieder verlässt.“

Desinfektionsmaßnahmen

„Sämtliche Desinfektionsmaßnahmen, die notwendig sind fachlich versiert und unter dem Aspekt der Nachweislichkeit, der Evidenz umzusetzen.“

„Aber wenn wir die Desinfektion des OP-Gebietes nehmen, sorgen wir dafür, dass der Patient zum Beispiel nach erfolgter Desinfektionsmaßnahme nicht im Feuchten liegt, zwischen der OP-Tisch Auflagefläche und seiner Haut. Um Mazerationen entgegenzuwirken. Um möglichen Verbrennungen oder beginnenden Dekubitussituationen, denen prophylaktisch entgegenzuwirken.“

„ich versuche, dazu beizutragen, mit all dem, was ich mache, von der Bereitstellung des Instrumentariums, so wie du gelagert werden musst, und so, dass du interoperativ gut versorgt wirst, dass ich das unter sterilen (Kriterien? #01:24:44-7#) bis zum Abschluss und bis zu dem Wundverschluss hinbekomme, und, dass du sicher ohne größere Schäden du diese Abteilung wieder verlässt.“

Kommunikation mit Patienten

„Mit der Kommunikation muss ich ja / Ich bin ja die ganze Zeit da dran beschäftigt, mit dem Patienten“

„Ich würde es so beschreiben wollen, es ist abgegeben worden an andere Berufsgruppen.“

„aber die Kommunikation, und das auf Ihre Frage, ist nur dann gegeben, wenn Sie häufig Patienten haben, die in Regionalanästhesie sind, die dann in einem wachen Zustand chirurgisch versorgt werden. Dann ist die Kommunikation eher bei dem operativ tätigen Personal. Ansonsten ist die sehr reduziert.“

„Sobald es bei Regionalanästhesien ist, besteht da auch die Kommunikation während der ganzen OP dann. Da muss auch drauf geachtet werden. Nur, da ist, finde ich, teilweise das Personal gar nicht so richtig drauf geschult. Das geht vielleicht auch im Alltag verloren, weil man die tägliche Kommunikation mit den Patienten gar nicht mehr hat.“

„Und der Patient wird da total vergessen. Die Leute meinen vielleicht auch teilweise, dass der Patient durch die Prämedikation vielleicht auch gar nicht mehr so viel mitbekommt, aber das ist ja gar nicht

so. [...] Und das wird ganz oft vergessen, den Patienten da irgendwie wirklich an der Stelle abzuholen und mitzunehmen. Genau zu erklären, was vielleicht auch hier mit ihm geschieht. (Jede? #00:13:23-1#) Schritte, die man bei ihm macht, auch wenn es nur eine Berührung ist. Das kann ja schon ganz schnell in eine andere Sichtweise vom Patienten geraten. Besonders, wenn er sich dann nicht äußern kann, das nicht versteht, vielleicht.“

„Und ich glaube schon, dass es ein wichtiger Bestandteil ist, diese Berufsgruppe wieder dafür zu sensibilisieren, wie zentral, welchen zentralen Baustein, und gerade Kommunikation, und der Umgang mit Menschen das macht. Und was Sie eben gesagt hatten, nämlich alleine einen Menschen darüber zu informieren, ihn berühren zu dürfen, und das nicht einfach selbstverständlich zu tun, weil er dort ist, und weil er ja gekommen ist, dass wir ihm helfen, dann kann ich das ja einfach machen, sondern dieses Bewusstsein wieder zu schärfen: ‚Darf ich?‘“

„Aber auch diese Feinfühligkeit. Sei es vielleicht onkologische Patienten, die ich im OP habe. Die jetzt eine (Portimplantation? #00:48:24-3#) kriegen. Wie gehe ich mit denen um? Wie sind die überhaupt vielleicht strukturiert? Also das setzt natürlich viel voraus, was die schon an Grundwissen haben, aber auch einfach um das Einfühlungsvermögen, die Kommunikation, vielleicht auch das eigene emotionale Verhalten widerzuspiegeln, zu reflektieren. Dass man sich immer wieder hinterfragt.“

Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen und Handlungsfeldern der Pflege

„Ich würde es so beschreiben wollen, es ist abgegeben worden an andere Berufsgruppen. Also wir haben, ich, in der Kooperation unserer Weiterbildung befinden sich Kliniken, wo für die Einschleusung des Patienten auch sicherlich das operativ tätige Personal tätig ist, also das operativ nicht ärztliche Personal tätig ist. Also die Weiterbildungsteilnehmenden oder die Fachkräfte, die dort arbeiten. Aber das ist nicht in jeder Klinik so. In vielen Kliniken ist das so, man hat entweder, ohne das werten zu wollen, ich setze das jetzt mal bewusst in Anführungsstrichen, Zuarbeitungspersonal oder Hilfspersonal, die werden dort häufig als Lagerungspflegeperson bezeichnet, obwohl sie es nicht sind.“

„Also gerade so der ärztliche Bereich in Managementsituation, was früher auf jeden Fall eine primäre Aufgabenfeld einer OP-Leitung mit war, die eine Weiterbildung benötigte. Das ist jetzt mittlerweile ausgehebelt, das haben andere Berufsgruppen besetzt, diese Stellen. Und jetzt muss man zukünftig gucken, es ist einfach total schwierig. Was unterscheidet jetzt die OTA oder den OTA von der Tätigkeit als Instrumentierende oder Person in einer unsterilen Assistenz oder Tätigkeit im operativen Feld, was macht die anders als jetzt die Fachkraft? Und da wird es schwierig, weil hier nämlich die Aufgaben gleichermaßen übertragen werden. Ich glaube, es muss etwas geben, dass wir sagen, okay, das, was wir als Advance (Practitioner? #00:20:04-0#) oder (Practice Nurse? #00:20:05-4#) haben, im stationären Bereich, brauchen wir irgendwie im Fokus des OPs. Das heißt, wenn wir das jetzt mal nehmen, für mich wäre beispielsweise so eine Möglichkeit, dass man sagt, okay, wir haben eine spezielle Fachkraft für die Schnittstellenproblematik. Die zum Beispiel als Koordinatorin oder Koordinator dort sitzt und versucht, an diesen Schnittstellen zu arbeiten. Das sollte auf jeden Fall, aus meiner Sicht, eine weitergebildete Person dann sein. Dann natürlich beratend für das OP-Management, wenn das nur aus ärztlichen Mitarbeitenden besteht, da eine feste Position zu bekommen, als OP-Koordinatorin oder Koordinator. Da sehe ich auch Fachpflegekräfte. Da sehe ich weniger OTAs. Um hier eine Abgrenzung zu bekommen. Ja. Und dann natürlich, das, was im klassischen Sinne eine Bereichsleitung, wenn ich jetzt eine größere Klinik habe, eine Bereichsleitung als Aufgabe macht. Auch da würde ich jetzt primär keine OTAs sehen. Wenn man sie abgrenzen will. Aber im Moment tut man das nicht. Und OTAs, gleichzeitig versucht, und jetzt kommen wir in diese berufspolitische Situation, der Berufsverband, und wir werden in zwei Jahren eine staatliche Anerkennung der (ATA OTAs? #00:21:23-3#) haben, dann ist das ein staatlicher Ausbildungsgang. Die suchen ganz klar für sich jetzt schon Qualifizierungs-, Weiterqualifizierungsmöglichkeiten. Der gesamte Berufsverband. Parallel zur Weiterbildung. Und da ist jetzt die Frage, machen wir das gemeinsam, oder sind wir im Konkurrenzdenken? Wo siedeln wir uns hier an? Und weil wir, wenn ich das Konkurrenzdenken nicht haben möchte, und sinnvoll mit allen Berufsgruppen zusammenarbeiten möchte, darf ich ja jetzt nicht eine Konkurrenzsituation hier künstlich herstellen und sagen: "Dann

dürfen OTAS nicht mehr rein, weil das muss über die Fachpflege besetzt werden." Das ist schwierig, finde ich. Deswegen, also so ein Funktionsbereich, da klar zu sagen, was sind hier Aufgaben, die durch eine Weiterbildungskraft besetzt werden sollte, dann würde ich zum Beispiel das sagen, was ich schon gesagt hatte. Mit Schnittstellen, mit Koordination. Solche Dinge.“

„Die Abgrenzung besteht darin, dass wir zum Einen wir natürlich eine gewisse, also wie soll ich / Ich habe, über die Weiterbildung habe ich es mit einer Person zu tun, die eine Berufsbezeichnung besitzt. Sie besitzt die Berufsbezeichnung der Pflege, egal wie. Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, oder dann jetzt zukünftig der Generalistikpflegefachfrau, Pflegefachmann, wobei ich das mit der Genderei da schon schwierig finde, weil da fehlt ja im Prinzip, was machen wir mit dem dritten Geschlecht, ne? Das haben die auch schlecht überlegt ne? Also eigentlich müsste man da ja wahrscheinlich sagen Pflegefachmensch. Auf jeden Fall habe ich dann eine Absolventin oder einen Absolventen, der schon ja Kompetenzen sich erworben hat, und auch im beruflichen Kontext, und eine Berufsbezeichnung tragen darf. Das ist erstmal grundsätzlicher Unterschied. Den ich jetzt bei einer OTA oder ATA nicht habe. Es sei denn, die haben vorher einen anderen Beruf gemacht.“

„Also grundständig haben die erstmal eine grundständige Ausbildung, und bei der Weiterbildung, die kommen mit einem gewissen Erfahrungswissen schon dazu. Das heißt, ich habe eine Möglichkeit, erstmal anders anzusetzen in der theoretisch-praktischen Aus- und Weiterbildung.“

„Und ja einfach diese Vorkenntnisse, die die besitzen. [...] Da kann man ganz anders drauf aufbauen. Besonders auch in Richtung Kommunikation, weil die schon viel enger mit den Patienten, oder eher gesagt mit den Menschen zusammengearbeitet haben. Und das fehlt teilweise in der (OTA ATA? #00:34:13-4#). Das merkt man auch.“

„früher wurde das dann häufig auch so diffamiert, der Funktionsbereich OP wurde ein bisschen diffamiert. Dass man gesagt hat: "Naja, du gehst da ja bewusst hin, weil du hast keinen Bock mehr auf Pflege, und du willst ja nach Möglichkeit auch nicht kommunizieren." Dann suchst du dir natürlich einen Bereich aus, wo musst du das möglichst am wenigsten tun. Das wäre dann der Funktionsbereich OP. Und dann hat man noch die Personen genommen, die gesagt haben: "Okay, die sind noch technisch affin oder haben Interesse an Technik." Ja? Hochtechnisiert, medizintechnische Geräten masse, ja? Hochkomplex, anteilig. Also das heißt, häufig sind dann da Personen reingegangen, die so ein bisschen technikaffin waren, und gleichzeitig gesagt haben: "Ja, okay, Kommunikation ist jetzt ja auch nicht meine Stärke." Ja?“

„Berufspolitisch halte ich es für ganz, ganz wichtig, für mich ist die zentrale Frage, gerade diese Weiterbildung, welche Zukunft hat sie? Soll sie weiterhin erhalten bleiben, oder soll dieser Funktionsbereich gänzlich einer anderen Berufsgruppe überlassen werden? Oder möchte man zukünftig darauf hinarbeiten, dass Berufsgruppe der Fachpflege sozusagen diesen Bereich verlässt?“

Mangelnde Wertschätzung

„Und das manchmal, und ich glaube, die größte Herausforderung ist dann, wenn sie zum Beispiel, ich hatte das vorhin ja schon im Einzelinterview gesagt, sie mangelnde Wertschätzung zeitgleich erfahren. Und wenn ich sowas habe, wenn ich über eine andere Berufsgruppe vielleicht abwertend behandelt werde, und gleichzeitig aber nicht aus diese Kontext herauskann. Und dann noch diesen Druck habe, der Rahmenbedingungen, der schlechten Rahmenbedingungen / Gut, die sind überall in Gesundheitsfachberufen. Und nicht nur in Gesundheitsfachberufen sondern überhaupt in der Berufswelt habe ich diese mangelnden Ressourcen. Sowie Zeit wie Personal. Aber hier kommt noch hinzu erschwerend, ich habe eine maximale Anspannung, und arbeite unter einem Druck, und dann werde ich gegebenenfalls auch noch mangelnd wertgeschätzt, beziehungsweise vielleicht sogar abgewertet. Und das sind so Voraussetzungen, die es denkbar / Das ist, glaube ich, die größte Herausforderung, da nicht zu sagen: "Ich habe keinen Bock mehr, das war es für mich." Ich glaube, das ist eine der größten Herausforderungen, unter dem OP-Kräfte arbeiten.“

„Mit einem klaren, wo ihr auch sagt, ihr gebt die Marschrichtung vor, und ihr werdet nicht ausgelacht dafür, was ihr umsetzt. Sondern es wird ernst genommen. Wie zum Beispiel SOPs.“

Mangelnde Interessensvertretung/ Außenwerbung

„Aber die Vertretung, es ist einfach nicht da. Wir haben keine starke Position.“

„Und ich möchte mich mehr vertreten sehen durch Werbung.“

Aber wie können wir auch Werbung für diese Weiterbildung machen? Also, ich glaube, eine starke Gruppe muss auch dafür sorgen, dass sie positive Werbung für sich versteht. Nicht nur sagt, wie bedeutsam das ist, sondern es auch begründen können und eine positive Werbung. Und auch, wir brauchen auch eine tatsächliche Vertretung, die dann auch dafür sorgt, ja, und, ihr werdet, und für viele ist das nunmal ein Anreiz, monetär besser vergütet. Punkt. Oder ihr bekommt, und das wäre noch aus meiner Sicht, das hatte ich ja jetzt schon auch mehrfach gesagt, mit guten Aufgaben be-
traut.“

„Und diese, egal wie, aber diese starke Interessensvertretung sorgt auch dafür, und jetzt komme ich wieder auf das, was ich schon vorhin im Einzelinterview gesagt hatte, Frau (unv. #01:19:05-6#), sorgt auch dafür, dass der Funktionsbereich OP auch noch mal weiter dafür geworben wird. Auch in der Generalistik. Und, dass es ein fester Bestandteil wird. Und nicht irgendwann komplett ausgeklammert, sodass es eine andere Berufsgruppe nur noch dort gibt. Ich möchte, dass alle Berufsgruppen da vertreten sind. Und für mich ist die Frage, will die Generalistik überhaupt noch diesen Einsatz? Will die überhaupt noch dort den Funktionsbereich behalten? Und ich möchte, dass diese Gruppe dafür wirbt, dass das da bleibt, und sich dafür stark macht. Ja. Das wäre das größte Anliegen, sozusagen. Vielleicht schafft, geht das dann über eine Modularisierung, wie auch immer, oder man bringt das dann schon in so einer generalistischen Ausbildung hinein, dass man sagt, okay, wir legen hier jetzt schon Schwerpunkte für diese unterschiedlichen Funktionsbereiche, ob nun Endoskopie oder OP oder Intensivstation. Oder Notaufnahme. Aber ich halte es für zwingend notwendig, und ich finde, dass der Funktionsbereich mit stark gemacht werden muss. Das würde ich jetzt erwarten. Oder ist meine Hoffnung, sagen wir es mal so. Ja.“

„Und dafür zu sorgen, dass dieses Berufsbild, oder dieser Funktionsbereich oder die Weiterbildung dort ein besseres Ansehen bekommt als das, was sie jetzt hat. Das ist (meine Meinung? #01:27:49-1#). Ja.“

Transferleistungen

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

„Vielleicht auch, dass diese Transferleistung auch für andere dann nachvollziehbar (mit ist? #01:22:32-6#). Dass man ganz genau weiß, warum der so reagiert. Und, dass ich mich auch immer wieder reflektiere.“

„Nicht nur einfach nur zum Standardmenschen werde, sondern auch auf individuelle Situationen reagieren muss. Und da halt dann auch ganz genau weiß, im Nachhinein, habe ich da alles richtig

gemacht? Was kann ich beim nächsten Mal vielleicht verändern? Was gibt es da noch für Möglichkeiten?“

Praxisanleitung und -begleitung, Einarbeitung

„Und natürlich, und das auch, und ich glaube, es muss über eine Weiterbildung sein, eine Koordinatorin für gesamte Einarbeitung und Anleitung von Mitarbeitenden, Auszubildenden. Also eine Betreuung, also so eine Struktur, dass komplett die gesamte Praxisanleitung und Praxisbegleitung nicht nur im Ausbildungssektor, sondern auch in der Einarbeitung von neuen Mitarbeitenden, und vielleicht sogar, wenn man sowas machen würde wie ein interprofessionelles Projekt mit Studierenden. Da sehe ich Weiterbildungsleute. Dass die auch, wenn man das erweitert, und man hat Studierende dort, die überhaupt keine Ahnung haben, was sie dann im OP machen, dass (die die? #00:23:09-4#) Einführungstage man einrichtet, und da braucht es Koordinatoren, über die Weiterbildung, die solche Einführungstage gestalten. Um die Studierenden, wenn sie dann ihre ersten OP-Einsätze haben, da auch koordiniert und gut zu begleiten. Da sehe ich Weiterbildungsaufgaben. [...] Studierende der Humanmedizin. Ja. Absolut. Weil die werden von den ärztlichen Mitarbeitenden dort einfach mitgenommen, dann sollen die da nur die Haken halten, aber die wissen eigentlich nicht, wie sie eine chirurgische Händedesinfektion durchzuführen haben. Die wissen nicht, wie sie sich bewegen sollen im OP. Das wird denen dann so kurz mal beiläufig gezeigt, und dann war es das. Und dafür, das würde ich auch, zum Beispiel, machen. Da sehe ich auch Weiterbildung. Also gerade Einarbeitung, Anleitung.“

Expertenstandards/ SOPs entwickeln und umsetzen

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

„Aber dann auch so Arbeitsgruppen vielleicht Entwicklungen wirklich von Standards, die generell sind. Und das finde ich halt wichtig. Dass man nicht nur sich im OP-Team austauscht, sondern auch ruhig mit anderen OP-Teams.“

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

Wiss. Erkenntnisse berücksichtigen, Projekte und Maßnahmen umsetzen und kontrollieren

„Oder wissenschaftliche Erkenntnisse zu berücksichtigen. Ich sehe darin Aufgaben, sowas zu entwickeln. Projekte diesbezüglich umzusetzen, auch wissenschaftliche Projekte, vielleicht tatsächlich zu gucken, nehmen wir mal sowas wie Patientensicherheit. Und anhand beispielsweise von Kommunikationsstrukturen, erstmal in der eigenen Berufsgruppe. Um dann das auszuweiten, wie ist das mit Interprofessionalität, wie ist das mit anderen Berufsgruppen. Und da sehe ich wirklich Möglichkeiten, an denen die, ja, das sind Ansätze, in denen diese, ja, wie soll ich das sagen, nicht wirklich wissenschaftlich dran arbeiten können, aber zumindest expertenmäßig dranzugehen. So will ich es mal sagen. Nicht gleich eine (evidentbasierte? #00:46:00-6#) Studie oder eine randomisierte Studie durchzuführen, das nicht. Aber zum Beispiel zu sagen, okay, wie ist das hier? Was ist erwiesen, und was können wir hier von dem, was erwiesen ist, hier jetzt umsetzen?“

„und unter dem Aspekt der Nachweislichkeit, der Evidenz umzusetzen. Ernsthaft umzusetzen, und auch nicht nur die Umsetzung, sondern auch diese Maßnahmen zu kontrollieren.“

	<p>Durchsetzungsvermögen gegenüber Kollegen (z.B. nicht Material aufreißen)</p> <p>„Ja, dann wirklich nur das Wichtigste, das andere kann ich nachher immer noch, ich habe noch genug Zeit während der OP, da auch das eine oder andere Material noch aufzumachen. Und ich finde das immer ganz schwierig, das, wenn man in den Alltag wieder zurückgeht, dann hat man wieder die eingefahrenen Kollegen vielleicht auch teilweise, die dann sagen: "Jetzt reiß auf." Dann kommen die, die in der Weiterbildung manchmal gar nicht zum Zug. Weil die noch nicht dieses Durchsetzungsvermögen haben.“</p> <p>„Also da versuchen wir auch, die Menschen zu sensibilisieren, auch wirklich zurückhaltender und mit Bedacht umzugehen. Klassiker wäre da zum Beispiel, wenn man jetzt richtig fachlich, wäre Nahtmaterial. Wenn man mal gesehen hat, wie Nahtmaterial, wirklich hochwertiges, hochqualifiziert hergestellt wird, was für ein aufwendiger Prozess das ist, bis es wirklich im OP-Saal im Patienten verwendet wird. Und dann einfach gesagt wird: "Ja, reiß einfach auch die Packung, auch wenn ich hinterher das Ganze wegschmeiße.““</p> <p>Ethik</p> <p>„Ethische, genau, genau, ja.“</p>
<p>3 Gesundheitswesen</p> <p>Einrichtungen</p> <p>Finanzierung</p> <p>Bürokratie</p>	<p>Was ist typisch für die Organisationsstruktur Ihres pflegerischen Handlungsfeldes?</p> <p>Maschinelles Ablauf</p> <p>„Aber es ist, ohne das werten zu wollen, damit versucht man halt tatsächlich, eine produktive Arbeit oder so ein, wie so eine Art maschinellen Ablauf zu gewährleisten, ja? Der Patient muss eingeschleust werden, dann muss er in die Einleitung, schnell in die Narkose oder in die (Regionalanästhesie? #00:10:57-6#), dann in den OP, dann verlässt er den wieder, wird (ausgeleitet? #00:11:00-9#), Aufwachraum und so. Es muss / Ist sozusagen Aneinanderreihung und wenig Vernetzung da. Oder nur bedingt.“</p> <p>„Und wie gehen wir mit unseren Strukturen um? Also unseren Arbeitsstrukturen, gerade wenn wir so kurze, wir haben ja nur eine ganz, das ist ja alles so ein getaktetes System, wenn man so möchte. Und wie können wir in diesem Taktsystem trotzdem, was ist da wichtig, worauf müssen wir uns dabei konzentrieren, was zwischenmenschliche Zusammenarbeit oder die Arbeit am Patienten angeht?“</p> <p>Aktualität von Fachwissen: Bedeutung sozialer und personaler Kompetenzen</p> <p>„Weil wir wissen alle, die fachliche Kompetenz, ja, das Fachwissen hat eine so geringe Halbwertszeit, ja? Das verfällt zunehmend. Und aber eigentlich sind die scharfen Kompetenzen an denen wir arbeiten müssen oder die wir ausbauen müssen, sind eher soziale und personale Kompetenzen, und darauf muss sich jede Weiterbildung im primären Fokus (drauf? #00:16:07-5#). Immer unter dem Deckmantel, klar, absolut wissenschaftlicher Stand der Technik, alles evidenzbasiert nach Möglichkeit, sofern man hat. Aber grundsätzlich ist Fachlichkeit eines, die zentralen Bausteine sind personelle und soziale Kompetenzen. Und dann deren methodische Anwendung halt natürlich.“</p> <p>„Also wenn ich das jetzt, als klassisches Beispiel, ich selbst unterrichte jetzt Personen, die arbeiten mit einer Da Vinci Robotik, und ich selber habe aber nie mit einem Da Vinci (das instrumentiert? #00:16:53-9#). Ich weiß jetzt was das ist, und klar, und ich mache Praxisbegleitung. Aber ich selbst habe ja damit nicht gearbeitet. Und ich denke, das zeigt, wie schnelllebig das ist, und irgendwann, ne, dieses, das ist ein schnelles verfallendes Wissen. Das muss ich mir präsent machen, immer wieder, klar. Das ist eine Herausforderung. Und diesen Herausforderungen (mir? #00:17:13-2#) im beruflichen Kontext zu stellen. Aber ich glaube, die Crux sind unsere sozialen, personalen Kompetenzen oder Selbstkompetenz, je nachdem, wie man es nennen mag.“</p> <p>Koordination und Konzeption der Praxisanleitung und -begleitung sowie der Einarbeitung, Praxiscurriculum entwickeln</p> <p>„Und natürlich, und das auch, und ich glaube, es muss über eine Weiterbildung sein, eine Koordinatorin für gesamte Einarbeitung und Anleitung von Mitarbeitenden, Auszubildenden. Also eine Betreuung, also so eine Struktur, dass komplett die gesamte Praxisanleitung und Praxisbegleitung</p>

nicht nur im Ausbildungssektor, sondern auch in der Einarbeitung von neuen Mitarbeitenden, und vielleicht sogar, wenn man sowas machen würde wie ein interprofessionelles Projekt mit Studierenden. Da sehe ich Weiterbildungsleute. Dass die auch, wenn man das erweitert, und man hat Studierende dort, die überhaupt keine Ahnung haben, was sie dann im OP machen, dass (die die? #00:23:09-4#) Einführungstage man einrichtet, und da braucht es Koordinatoren, über die Weiterbildung, die solche Einführungstage gestalten. Um die Studierenden, wenn sie dann ihre ersten OP-Einsätze haben, da auch koordiniert und gut zu begleiten. Da sehe ich Weiterbildungsaufgaben. [...] Studierende der Humanmedizin. Ja. Absolut. Weil die werden von den ärztlichen Mitarbeitenden dort einfach mitgenommen, dann sollen die da nur die Haken halten, aber die wissen eigentlich nicht, wie sie eine chirurgische Händedesinfektion durchzuführen haben. Die wissen nicht, wie sie sich bewegen sollen im OP. Das wird denen dann so kurz mal beiläufig gezeigt, und dann war es das. Und dafür, das würde ich auch, zum Beispiel, machen. Da sehe ich auch Weiterbildung. Also gerade Einarbeitung, Anleitung.“

„Weil es fängt schon allein bei der Umkleide fängt das schon an. Dass sie, sie werden einfach allein gelassen. Jetzt besonders die Studierenden, oder werden gar nicht rangeführt, und werden ins kalte Wasser geschmissen. Da finde ich es wirklich wichtig, auch bei neuen Fachkräften, die jetzt zum Beispiel die Abteilung oder vielleicht auch die Einrichtung gewechselt haben, dass es da wirklich einen gibt, der den Hut auf hat, der wirklich sagt, komm, so machen wir das. Es gibt ein gewisses Einarbeitungskonzept, wie man auch, je nachdem wie er sich entwickelt, in gewissen Schritten ranführen kann. Und bei den, ich sage mal, bei den Auszubildenden klappt dieses halt sehr gut. Da werden die Studierenden, aber auch die neuen Fachkräfte die werden da ganz vergessen. Weil, die werden, es wird viel vorausgesetzt, die haben ja schon im OP gearbeitet, vielleicht zehn Jahre, nur OP ist ja nicht gleich OP, und man muss erst die andere Einrichtung kennenlernen.“

„Da fällt mir ein, in diesem Kontext, vielleicht könnte man es mit dem Schlagwort auch versehen, dass man sagt, okay, Weiterbildungsteilnehmer oder Absolventen einer Weiterbildung sehe ich tatsächlich eher, dass die für ein Praxiscurriculum da mitarbeiten müssen. Da sehe ich Aufgaben einer Weiterbildung, tatsächlich eine klare praxiscurriculare Struktur zu haben. Was Inhalte und auch Handlungskompetenzen in der praktischen Aus- und Weiterbildung darstellt. Da (müssen Weiterbildende? #00:26:19-9#). Da sehe ich ein Handlungsfeld. Da auch aktiv mitzuarbeiten. Und vor allen Dingen, Sie sind dann eine Schnittstelle, die wir noch nicht erwähnt haben, aber Sie sind das notwendige Bindeglied, aus meiner Sicht, und Schnittstelle zur theoretischen Aus- und Weiterbildungsstätte. Also der Volksmund oder die Praxis würde jetzt sagen: "Die Schule", ne? Also sie ist das notwendige Bindeglied dazwischen. Da sehe ich Weiterbildungsleute. Das ist eine wichtige Schnittstelle, die wir jetzt noch gar nicht erwähnt hatten, aber die halte ich auch für zentral. Und das könnten durchaus, da muss, die müssen auch autark sein, da sehe ich ein berufliches Feld für Absolventinnen der Weiterbildung.“

Ressourcenmangel

„Ich glaube, was auch so eine ganz große Herausforderung ist, was Sie ja sagten, ist, ich glaube die größte Herausforderung, die die haben, ist, unter maximalem Ressourcenmangel sowohl personell wie zeitlich, eine konzentrierte, qualitative Arbeit abgeben zu müssen.“

Krankenhaus/ OP als ökologische Katastrophe, innovative Ansätze wie Blockheizkraftwerk, Produktionsweg des Materials ansehen, Spannungsfeld zwischen Ökologie sowie Versorgung (Beispiel Trinkwasser)

„Als ich in den OP gekommen bin, war das für mich ein Kulturschock. Und zwar, weil ich dachte, das ist hier so eine Materialschlacht, das finde ich total furchtbar. Ich finde es einfach nur noch furchtbar. Und ich bin Teil dessen, der hier so viel Müll produziert. Und wenn ich mir jetzt so diese ökologische Situation anschau, in der wir ja jetzt leben, was ich furchtbar finde, aber damals war es für mich schon ein Kulturschock.[...] Und wenn ich so eine OP habe, und habe nur einmal Material, da werden säckeweise Müll bei einer OP rausgetragen. Also ökologisch ist das für mich die Vollkatastrophe. Und wenn ich Mehrwegmantel habe, dann ist es auch ein tierischer Wasserverbrauch. Also, ökologisch, ich weiß nicht, ob ich Sie da jetzt richtig verstanden habe, aber ich werde da natürlich auch mit meinem Gewissen konfrontiert. Wo ich denke, wow, was machen wir hier?“

„Und das alles für so einen kleinen Eingriff. Das ist ein Wahnsinn, was wir hier produzieren an Müll. Und Ressourcen. Und Energien. Oder, schlimm fand ich, Entschuldigung, als ich noch im OP gearbeitet habe, bin ich immer dann, wenn das Elektivprogramm zu Ende war, und ich im Bereitschaftsdienst war, bin ich immer durch die Säle gegangen und habe überall das Licht ausgemacht. Teilweise brannten da die OP-Lampen, die ganze Beleuchtung, waren alle Neonröhren, und ich habe gedacht, das brennt jetzt hier auch die Nacht durch. Also ökologisch ist für mich so eine Operationsabteilung häufig auch eine Katastrophe.“

„Es fängt an bei Geräte, die die ganze Nacht durchlaufen, was eigentlich gar nicht sein muss. Müllberge, man kann das gar nicht auf ein Minimum reduzieren, weil jede OP dann auch wieder ganz speziell ist. Es kommt dann immer auch noch auf den Operateur an. Welches Verfahren. Dann wird eventuell noch das Verfahren umgestellt, dann habe ich noch mal extra Müll. Da muss man so viel mit bedenken. Ich meine, die eine oder andere Abteilung machen ja wirklich Mülltrennung, dass die Pappe, Plastik trennen, das ist ein kleiner Anfang. Aber es gibt noch genug, ich sage mal jetzt, OP-Abteilungen wo alles in einen blauen Sack gehauen wird.“

„Und ich denke, mit Kleinigkeiten kann man erstmal anfangen, und dann gucken, wie es auch weitergeht. Und auch, was man für Möglichkeit hat, vielleicht organische Abfälle zu entsorgen.“

„Oder Folienumverpackungen zu wählen, die kompostierbar sind, oder was auch immer.“

„Ökologisch gesehen ist ein Krankenhaus eine Vollkatastrophe, aus meiner Sicht. Und wir haben ja gar keine andere Möglichkeit. Ich meine, die Pandemie zeigt es uns ja jetzt auch noch in anderen Bereichen, ne? Also ich meine, wir können nicht anders als, wir müssen den Standards der Desinfektion und der Sterilität und allem gerecht werden. Auf der anderen Seite wissen wir genau, wow, das ist eine Vollkatastrophe. Und wir können froh sein, nicht in irgendeinem Internierungslager jetzt zu liegen, oder in, was weiß ich den weiten Teilen der Erde, können wir nicht, dieses Planeten, nicht einfach das Wasser aus der Leitung trinken. Und wir haben gar kein sauberes Wasser, dass wir uns jetzt ständig die Hände waschen können. Und jetzt durch die Pandemie müssen wir ständig unsere Hände waschen. Alleine, was das für unsere Situation bedingt, wo Trinkwasser unser kostbarstes Gut ist, ist jetzt die Pandemie denkbar ungünstig. Und das ist aber, das kann ich auch übertragen jetzt in das Krankenhaus, das ist genauso eine Vollkatastrophe wie das Krankenhaus an sich. Das ist ökologisch ein Moloch.“

„Es sei denn, was ich ganz gut finde, wenn so eine Klinik sich dann (rausstellt? #01:11:35-8#) und sagt, okay, für unsere Energieversorgung, wir verbrauchen so viel, aber wir bauen jetzt so ein eigenes Blockheizkraftwerk. Oder so. Ne? Das, und das (sind finde ich? #01:11:45-3#) sind wichtige innovative Ansätze. Und da muss man jetzt einfach schauen, das ist ja auch etwas, was wir auch im Rahmen von Unterrichten und in der Weiterbildung auch thematisieren. Also, es geht nicht nur immer nur um Fachlichkeit, Methode und so. Sondern auch ökologische und ökonomische Aspekte.“

„Also da versuchen wir auch, die Menschen zu sensibilisieren, auch wirklich zurückhaltender und mit Bedacht umzugehen. Klassiker wäre da zum Beispiel, wenn man jetzt richtig fachlich, wäre Nahtmaterial. Wenn man mal gesehen hat, wie Nahtmaterial, wirklich hochwertiges, hochqualifiziert hergestellt wird, was für ein aufwendiger Prozess das ist, bis es wirklich im OP-Saal im Patienten verwendet wird. Und dann einfach gesagt wird: "Ja, reiße einfach auch die Packung, auch wenn ich hinterher das Ganze wegschmeiße.““

„Da finde ich es auch ganz gut, dass man dann ab und zu mal Fremdfirmen mit einbeziehen kann. Dass man vielleicht mal so eine Werksbesichtigung, dass denen das erstmal vor Augen geführt wird. Was ist das überhaupt, wie wird das hergestellt? Und dann sehen die diesen ganzen Produktionsweg.“

Eigene Motivation zur Weiterentwicklung als Anreiz für die Fachweiterbildung, monetärer Anreiz nicht gegeben, zeitliche Verzögerungen seitens der Arbeitgeber, häufig keine veränderten Aufgaben, keine Verantwortungsübertragung nach Fachweiterbildung

„Nicht nur Aufgaben, sondern auch, monetär ist ja nur, immer meistens für einen kleinen Moment. Wo es dann wirkt. Aber dann wirklich, ich habe die Aussicht vielleicht mich weiterzuentwickeln. Sei es gewisse Fortbildungen (auf dem? #01:17:57-9#) im OP, wo ich mich spezialisieren kann. Oder jetzt, ich habe die Fachweiterbildung in Aussicht, und ich muss da auch nicht sechs, sieben, acht Jahre darauf warten, sondern ich weiß ganz genau, zwei Jahre habe ich Erfahrung, dann kann ich mich schon vielleicht ein bisschen weiterentwickeln. Wenn es auch drei oder vier Jahre sind. Das ist ja egal. Aber, dass ich da schon weiß, ich kann mich weiterentwickeln, und ich habe mehr, ich steigere mich da schon ganz anders rein. Und (wenn es? #01:18:22-7#) wichtig ist, dass diese enttäuschenden Faktoren weggenommen werden. Dass man zum Beispiel sagt, wir stellen dich ein, Fachweiterbildung hast du auch in Aussicht, aber man wird dann so lange hinausgezögert. Das ist nicht attraktiv. Da kann, die Bezahlung ist dann immer ein gewisser anderer Punkt, ne? Der da noch mit reinspielt. Aber für mich ist immer wichtig, wenn die Motivation da ist, und man sich selbst auch weiterentwickeln will, das ist ein ganz anderer Ansporn.“

„Aber nicht nur der monetäre, sondern primär geht es, glaube ich, wirklich, ich schaffe intrinsische Faktoren oder fördere die, wenn ich sage, okay, ich gebe mehr Aufgaben und ich gebe mehr Verantwortung. Und ich betreue sie auch einfach. Weil sonst ist die Frage, ja warum habe ich es denn jetzt gemacht? Und in der freien Wirtschaft, denke ich mal, würde ja nie jemand sagen, wenn mich jetzt, wenn meine Vorgesetzte oder meine Chefin oder mein Chef mich zu irgendeiner Ausbildung schickt, und ich dann da aber nicht in diesem Feld, wo er mich ja hingeschickt hat und teuer für bezahlt hat, und ich dann aber plötzlich hinterher genau das Gleiche mache, das würde ja meine Chefin oder mein Chef mir doch gar nicht bezahlen, weil er sagt: "Wieso, du brauchst das nicht. Du arbeitest weiterhin hinterher genauso." Und in der Weiterbildung haben wir das häufig. Und das muss sich glaube ich ändern. Das muss sich definitiv ändern.“

„Denn es geht ja darum, wir müssen ja überlegen, welche Argumente habe ich denn, das jemand eine Weiterbildung überhaupt sich einer Weiterbildungsmaßnahme hingibt? Nun kann ich den Anreiz schaffen, natürlich, was weiß ich, einen extrinsischen Faktor und sagen, okay, ein monetärer Hintergrund, ja? Aber der ist ja eigentlich, das wissen wir alle, ja nicht wirklich gegeben. Ja? Aber das wäre ein Anreiz.“

„Und auch, wir brauchen auch eine tatsächliche Vertretung, die dann auch dafür sorgt, ja, und, ihr werdet, und für viele ist das nunmal ein Anreiz, monetär besser vergütet.“

Bestimmung von typischen Schlüsselproblemen über die Perspektiven

In einem zweiten Schritt wurden Schlüsselprobleme identifiziert, die der weiteren fachdidaktischen Reflexion dienen sollen. Dabei wurde schon in diesem Schritt bestimmt, wie sich die Themen in den Modulen ausrichten und Gegenstand der Modullehre werden sollen. Die Gestaltung des Inhalts wurde durch die soziologischen Perspektiven im Kriteriensatz ausgerichtet (Individuum, Interaktion und Institution). Ziel ist es, das Thema aus der Perspektive des*der Pflegeempfänger*in, der Kommunikation der am Prozess beteiligten Berufsgruppen und der Gesundheitsinstitution zu betrachten. Über diesen Weg erfährt das Thema eine gesellschaftliche Reflexion und (Fach-) Pflege wird immer im gesellschaftlichen Kontext bewegt.

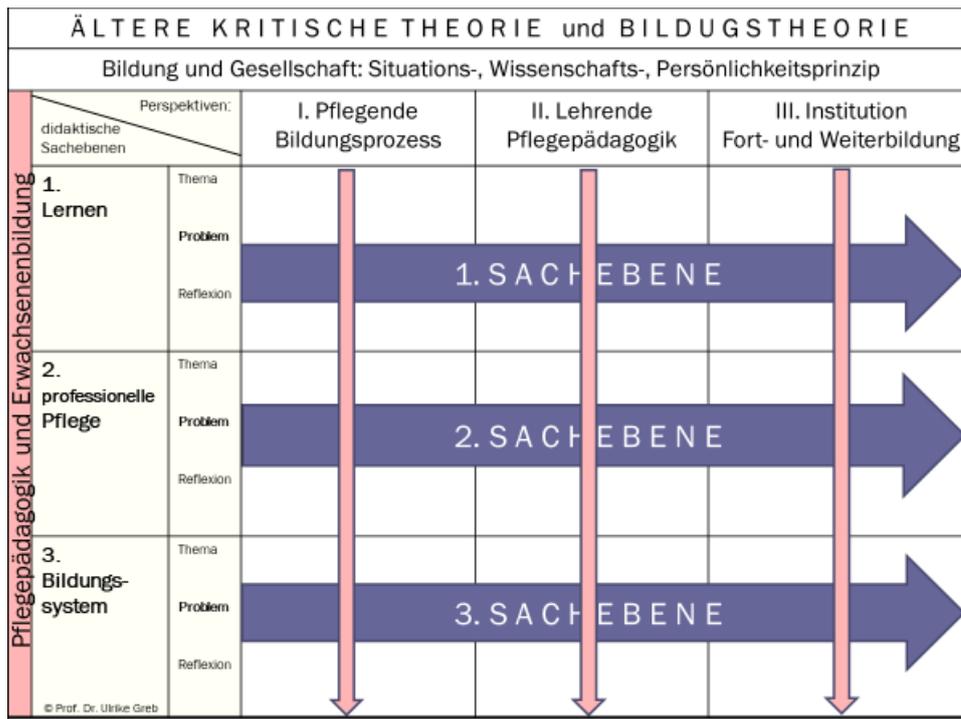


Abbildung 2: Einnahme der gesellschaftlichen Perspektiven (zweiter Schritt der Analyse)

1.3.2 Zweiter Schritt: Kategoriale Reflexion und Modulentwurf

Im dritten Arbeitsschritt erfolgte die eigentliche Kategorialanalyse mit den dialektischen Reflexionskategorien (vgl. Abb. 1). In diesem Arbeitsgang wurden die Themen verdichtet und gewendet, um sich voreiligen Schlüssen zu entziehen – den eigentlichen Bildungsgehalt zum Vorschein zu bringen. Dieser Schritt korrespondierte mit einer Sachanalyse, um die Inhalte in die Module einbringen zu können.

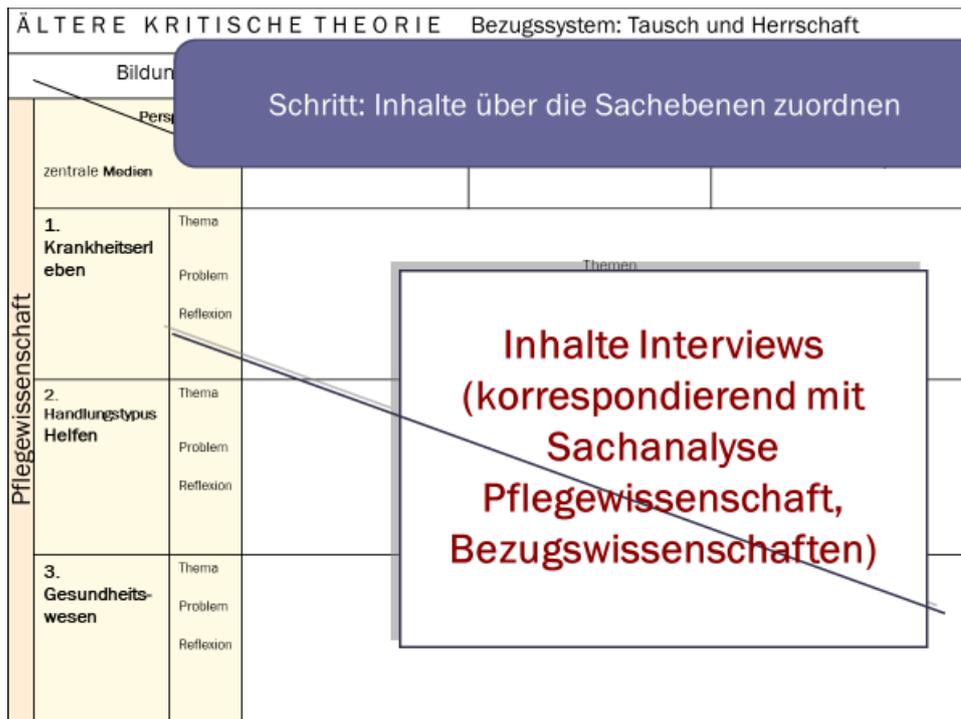


Abbildung 3: Korrespondierende Sachanalyse für die Modulinhalt

1.3.3 Dritter Schritt: Modulentwicklung am Beispiel Onkologische Fachpflege

Nachfolgend wird ein Modulbeispiel dargestellt. Die Module sind neben den Inhalten durch Kompetenzen ausgewiesen, um horizontale und vertikale Anrechnungen zu ermöglichen. Dabei erfolgt eine Ausrichtung am Deutschen Qualitätsrahmen (DQR). Um in die Exempel einsteigen zu können, wurden Interviewpassagen aus der Realanalyse aufgenommen und Schlüsselprobleme bestimmt, die das jeweilige Fachweiterbildungsthema entfalten. Modultexte eröffnen den Lehrenden die Lernsituationen und verweisen auf die Interviews der Realanalyse, nachdem die Schlüsselprobleme didaktisch bewegt wurden. Die Module enthalten Vorschläge zum Workload und zu den Anschlüssen an andere Module sowie die Praxismodule. Gemäß der Ausrichtung an den aktuellen Rahmenlehrplänen der Fachkommission nach § 53 PflBG wurden zudem Vorschläge für das „Arbeitsverbundene Lernen“ in den Praxismodulen vorgenommen, um eine Durchlässigkeit zur geltenden Pflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung und den Rahmenplänen der Grundausbildung zu gewährleisten.

Beispielhaft soll das Modul *Perspektivenwechsel in der onkologischen Fachpflege* als fachspezifisches Modul der Fachweiterbildung *Onkologische Fachpflege* einen Einblick geben, wie die Module konzipiert wurden.

Modultitel/Modulkennung: FO01 „Perspektivenwechsel in der onkologischen Fachpflege: das Behandlungsteam“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: Modul „Perspektivenwechsel in der onkologischen Fachpflege: die Institution“ (Fachspezifisches Modul) Modul „Perspektivenwechsel in der onkologischen Fachpflege: Pflegeempfänger“ (Fachspezifisches Modul) Modul „Beziehung gestalten – Pflegeverständnis, Ethisches Handeln, Selbstfürsorge“ (Basismodul)			
Workload: 60 Std davon 40 Std. Kontaktstunden, 20 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
<p>Reflexionskategorien:</p> <p>1.I Leiderfahrung und Leibentfremdung</p> <p>1.II Empathie und Intervention (Methode)</p> <p>2.II Teamarbeit und Konkurrenz</p> <p>Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion:</p> <p>Anerkennung</p> <p>Asymmetrie</p> <p>Rollenambiguität</p> <p>Inhalte:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflorgeteam übernimmt in Betreuung der Angehörigen Moderationsfunktion zwischen verschiedenen Fachdisziplinen (Medizin, Psychoonkologie, Seelsorge etc.) ▪ Cure vs. Care: Kategorische Differenzen zwischen Sichtweisen der Medizin und der Pflege ▪ Cure and Care, pflegerische Sorge im medizinischen Behandlungsprozess ▪ Status der Berufsgruppen → offizielle vs. faktische Handlungsvollmacht (Hierarchie), Rollenselbst- und Rollenfremdbilder ▪ Aufgabenwahrnehmung, Sicherstellung der Diagnostik und Therapie durch Pflegenden ▪ Diagnostische und therapeutische Maßnahmen (Auswahl bösartiger Erkrankungen, Computertomografie, Strahlentherapie, Chemotherapie, Infusionstherapie, Liquorpunktion, Schmerztherapie usw.) ▪ Offizielle Handlungsmacht und inoffizielle Handlungsstrategien der Pflegenden in der Praxis ▪ Bereiche der Pflegepraxis nach Benner (Steuerung von Diagnostik und Therapie etc.) 			

- Pflegerische Aufgabe der Überwachung von Chemotherapie, Infusionstherapie, Liquorpunktion, Schmerztherapie u. a.

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Pflegende

„Ja, nicht lange zurück erinnere ich mich an einen Fall eines Patienten, den wir über Jahre betreut haben und der an einem Mantelzell-Lymphom litt und er schon allerlei Behandlungsoptionen hinter sich hatte, hatte auch eine Hochdosis-Therapie bekommen und kam jetzt mit einer, mit einem Rezidiv, das Wiederauftretens der Erkrankung, zu uns.“

Pflegende, in Bezug auf die Ehefrau des Patienten: *„Ihr Mann war eigentlich immer sehr stark in dem, was er wollte und was er nicht wollte. Er hatte beispielsweise den Termin für eine Hochdosis-Therapie selber um einige Wochen nach hinten geschoben entgegen des ärztlichen Rates, weil eine wichtige Familienfeier anstand. Das hat er immer für sich entschieden. Die beiden waren von jung an befreundet und er hat die Entscheidungen eigentlich immer selbstständig getroffen und wusste was zu machen. Und die Ehefrau war immer für ihn da, hat aber immer respektiert, dass er diese Dinge entschieden hat. Jetzt konnte er das nicht mehr. Vermutlich ist das nicht angesprochen worden im Vorfeld (...).“*

„Und die Behandlungsoptionen waren schon eingeschränkter, aber man hatte sich dann doch dazu entschlossen den Patienten abermals intensiv zu behandeln. (...) Er hat letztendlich nochmal eine intensive Chemotherapie erhalten, nachdem dieses Lymphom auch im Liquor, im Nervengewebe, nachgewiesen werden konnte und er einen sehr verwirrten Allgemeinzustand hatte. Solch einen Patienten mit intensiver Chemotherapie und Bewässerungstherapie sicher zu versorgen ist eine Herausforderung. Das auch vor dem Hintergrund, dass die Therapieentscheidung, die dazu geführt hat, eher unter Ärzten und der Ehefrau geführt wurde, und aus meiner Sicht, ja, schwer vom therapeutischen Team und von der Pflege mitgetragen werden konnte. Das Ganze war dann so, dass der Patient nochmal ein klein wenig besser geworden ist nach dieser Therapie, aber letztendlich in einer pflegerischen Versorgung der Bettlägerigkeit und dann wieder zunehmender Verwirrung nach gut 14 Tagen nach der Therapie wieder am Ausgangspunkt stand.“

„Und dann wurde tatsächlich nochmal darüber diskutiert intensive Diagnostik zu betreiben, einen CT zu fahren. Und das ganze Gemengelage, wirklich, ja, Patientenwunsch, Wunsch der Ehefrau und auch, ja, Unerfahrenheit der neuberufenen Oberärzte, führte wirklich zu einer herausfordernden Situation an dieser Stelle, wo viele von uns Pflegenden, nein, wo alle Pflegenden den Patienten eher in einer palliativen Versorgung gesehen haben und Medizin zu unserem Erschrecken noch

an Diagnostik und weitere Therapie denkt. Wir konnten uns im Team innerhalb unserer pflegerischen Übergaben darauf verständigen, dass wir es wirklich schwer mittragen können diesen Weg noch weiter zu gehen, aber der direkte Kanal fehlte zu den entscheidungstragenden Ärzten (...).“

Pflegende: „Oder ein Abbiegen in eine palliative Situation und alleine wir gut ausgebildeten erfahrenen Pflegekräfte mit dem Fallverständnis konnten überhaupt erkennen, dass dieses jetzt eine solche Situation ist. Das ist nicht das abermalste CT nur um Verlauf zu dokumentieren, sondern mit Wissen des gesamten Krankheitsbildes war für die erfahrenen Pflegekräfte erkennbar, dass dieses sich um einen Meilenstein des Verlaufs handelte. Und andere haben das gar nicht so wahrgenommen, steckten in alltäglichen: Ja, dann bereite ich ihn vor für das CT. Ich organisiere, dass er da gut sediert runterkommt und so weiter. Insofern war es zum einen typisch, die älteren erfahrenen Pflegekräfte sind da überhaupt in der Lage diese Situation zu erkennen und letztendlich auch das Ganze zu beginnen zu moderieren, zueinander zu bringen. Das war typisch.“

„Und die jungen Ärzte taten sich ebenso schwer. Aber das kann nicht zur Konsequenz bedeuten, dass man die Patienten in aussichtslose Kämpfe schickt. Und das ist uns sehr gut gelungen. Ich hoffe, dass es uns auch gelingt für die Zukunft daraus zu lernen.“

Pflegende: „Die größte Herausforderung war einen Weg zu finden mit den Ärzten zu kommunizieren. Das Ganze sollte nicht vorwurfsvoll sein. Auf der anderen Seite mussten sie mit einer gewissen Bestimmtheit von diesem nicht guten Weg abgebracht werden. Und letztendlich war es wirklich so, dass ich persönlich gesagt habe: Wenn ihr den jetzt noch ins CT fahren lasst, rufe ich jetzt den Chefarzt an. Das hat sie ein bisschen wachgerüttelt und ich hoffe auch, und ich bin so reflektiert, dass das nicht, dass das nicht falsch interpretiert wird mein Verhalten. Sowas ist eigentlich nur Ultima Ratio und ich hoffe, dass wir als Team daraus lernen. Die Kommunikation mit den Ärzten erforderte schon einen breiten Rücken.“

Pflegende: „Mich erschreckt immer, dass Ärzte gar nicht signalisieren, dass man einfach das nochmal rückblickend bespricht, um weiter zulernen. Und ich selbst initiiere Fallbesprechungen für solche Dinge und die Teilnahmebereitschaft der Ärzte ist aus meiner Sicht bedauernswerter Weise sehr gering. Aber sie müssen / Ich hoffe, dass man sich da nochmal weiterentwickelt. Ich denke dann immer: Wir haben ja auch nicht die Weisheit mit Löffeln gefressen, aber ein Kern des ganzen onkologischen Versorgens ist die Teamarbeit. Und junge Ärzte, auch Oberärzte, sind so auf die sachliche Richtigkeit ihrer Entscheidungen fixiert und es fällt ihnen oft schwer uns auch so ein bisschen als Stütze zu nehmen. Das müsste doch eigentlich so ein System sich intrinsisch motivieren.“

Pflegende: „Oder wir haben auch beobachtet, dass dieses klassische Dilemma zwischen den Angehörigen und dem Patienten bestand, dass die Angehörigen auf keinen Fall irgendwie Entscheidungsträger sein wollten eine Therapie zu limitieren. Und uns ist es seitens der Pflege rückblickend denke ich sehr gut gelungen über Seelsorge und Psychoonkologen eine Betreuung der Ehefrau zu organisieren, die dann letztendlich auch ein Stück sich weiterentwickelt hat. Wir haben erkannt, dass sie diese Entscheidung nicht treffen wollte, nicht treffen konnte, aber es hat dann, bin ich fest von überzeugt, im Sinne des Patienten zu einer Entscheidung geführt, dass die Therapie wirklich limitiert wurde auch auf Vorschlag der Ärzte, die von sich aus diesen Schritt sicherlich nicht gegangen wären.“

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

Aber das Ganze ist moderiert worden innerhalb des Pflgeteams. Wir haben daraus gelernt und rüsten uns für das nächste Mal.“

„Nicht schöner Sidekick am Ende war, dass wir glauben, dass die terminale Sedierung des Patienten suboptimal gewesen ist, weil das auch zu ängstlich an-gegangen worden ist. Der Patient hat mit seinem Lymphomerkrankung im Kopf wirklich sehr gelitten unter Verwirrtheits- und Angstzuständen, die man wahrscheinlich aus unserer Sicht medikamentös hätte härter durchbrechen und dämpfen müssen.“

Pflegende: „Es ist schon auch ein herausragender Patient für uns viele gewesen, da er ein sehr eigenständiges Individuum hatte seit seiner Erkrankung, ganz freundlicher Mensch war und letztendlich wahrscheinlich auch vielen von uns das Ehepaar sehr bekannt war, letztendlich auch lieb gewonnen worden ist. Umso schwerer fällt es in solch einer Situation dann auch den anderen Weg zu gehen und ich glaube, dass es für Ärzte nochmal eine ganz immens viel größere Herausforderung. Wenn man sie über Jahre behandelt hat die Patienten, stehen die doch noch in einer ganz, ganz anderen Situation.“

Pflegende: „Ja, ist gut, dass die Zertifizierungen ein strukturiertes Fallbesprechen fordern. Wenn das dann nicht nur auf dem Papier stattfindet, sondern auch wirklich auf Augenhöhe gelebt wird, ist es gut, weil es von innen heraus zu inszenieren kann manchmal schwer sein im klinischen Alltag.“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Die Sicht der Pflegenden und des Behandlungsteams (Interaktion)

Im onkologischen Behandlungsprozess kommt es zwischen Pflege und Medizin zu Konflikten, die durch die unterschiedliche Sichtweisen von Medizin und Pflege verursacht werden. Es zeigt sich eine kategorische Differenz, die sich in den Begriffen Cure und Care fassen lässt und zu unterschiedlichen Handlungsmustern führt (vgl. Schnepf 1996, Müller 2018). Während Pflege um Sorge bemüht ist, ist die Aufgabe der Medizin zu heilen, was im Versorgungsprozess einer onkologischen Erkrankung zu Zerwürfnissen zwischen den Berufsgruppen führt. Nicht selten erfolgt eine „Klärung“ über den Status der Berufsgruppen im hierarchischen System, die sich in Form von offizieller und faktischer Handlungsmacht vollzieht. Während der Medizin eine offizielle Handlungsmacht im Behandlungsprozess zugesprochen wird, die in diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen realisiert wird, üben Pflegendе eher inoffiziell Handlungsmacht aus: Bei anderen Ansichten zur Behandlung überzeugen sie zum Beispiel den Arzt davon, diese zu teilen und sie als seine eigene zu übernehmen (vgl. Bartholomeyczik 2010, S. 140). Der Arbeitsalltag ist stark durch traditionelle Rollenselbst- und Rollenfremdbilder geprägt.

Methodischer Vorschlag: Einstieg Fallbeispiel/ Reflexion Aufgaben der Akteur*innen: Pflegendе, Onkologen, Psychoonkologen, MFA: ein Blick in rechtliche Regelwerke/Ausbildungsgesetze/Approbationsordnung/Anforderungen an Facharztausbildung.

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

Lehrervortrag: Delegation und Substitution im onkologischen Behandlungsprozess. „Sind die Grenzen fließend?“/ Gruppendiskussion zur Situation in der Fachpflegepraxis: „Wie sehen die Prozesse in der Praxis aus? Welche Widersprüche müssen Fachpflegendе aushalten?“

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

Durch Besinnung auf traditionelle Rollenbilder kommt es auch zu der Situation, dass Pflegende bestimmte Aufgaben ablehnen, die sie für vermeintlich delegierte ärztliche Tätigkeiten halten. Dagegen weist die Pflgetheorie von Benner darauf hin, dass die Sicherstellung und Überwachung von Therapien eine originär pflegerische Aufgabe ist, die mit einer hohen Verantwortung verbunden sei (vgl. Benner 2012, S. 127 ff.). Diagnostik und Therapie können ohne eine solche Steuerung der Prozesse gar keine Wirkung entfalten, wie an den Beispielen der Chemotherapie oder Infusionstherapie, Liquorpunktion oder Schmerztherapie deutlich wird.

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

Lehrervortrag: Chemotherapie, Computertomografien in der Onkologie, Strahlentherapie, Techniken in der Onkologie: Labordiagnostik, Liquorpunktion, Knochenmarkbiopsie etc., Schmerztherapien bei Tumorschmerzen (Übersicht, Vertiefung in Modul Perspektivenwechsel in der onkologischen Fachpflege: die Institution“).

Lehrervortrag: ausgewählte bösartige Erkrankungen (vgl. Modul Fallorientiertes Arbeiten in der onkologischen Fachpflege): Diagnostik und Therapie.

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... verfügen über ein integriertes berufliches und pflgetheoretisches Wissen im Tätigkeitsfeld der onkologischen Fachpflege und kennen die Grenzen zur Bezugswissenschaft Onkologie

<ul style="list-style-type: none"> • ... verstehen das Konzept „Caring“ und können es in der Praxis auf die Fachpflege Onkologie übertragen, übernehmen Verantwortung für Patient*innen • ... bewerten berufliche Aufgaben und Schnittstellen im Behandlungsprozess und können diese für ihr eigenes Handeln einordnen, übernehmen Verantwortung im onkologischen Behandlungsteam, erkennen die Grenzen und Widersprüche in der Fachpraxis • können mit ihrem neuen Verständnis zum „Caring“ und durch die Theorie von Benner die Bedürfnisse und Bedarfe von Patient*innen und deren Angehörigen in der Onkologie vorausschauend berücksichtigen, Handlungsalternativen abwägen und im Versorgungsteam einbringen • kennen Techniken in der onkologischen Behandlung und unterstützen pflegetheoretisch reflektiert beim Prozess der Diagnostik • kennen therapeutische Interventionen in der Onkologie, können diese pflegetheoretisch reflektiert durchführen, überwachen und stellen deren Umsetzung in der Fachpraxis sicher • ... kennen eine Breite an onkologischen Erkrankungen und deren therapeutische Interventionen, bewerten diese für ihr Praxisfeld • ...
<p>Leistungsüberprüfung: K/R/M</p> <ul style="list-style-type: none"> •
<p>Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):</p> <p>-</p>
<p>Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Literaturstudium der vorgeschlagenen Pfl egetheorie (Benner 2012), ausgewählte Arbeitstexte - Literaturstudium Erkrankungen in der Onkologie - Erstellung Prüfungsleistung
<p>Literaturempfehlungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bartholomeyczik, S. (2010): Professionelle Pflege heute. Einige Thesen. In: Kreutzer, S.; Remmers, H. (Hrsg.) (2010): Transformation pflegerischen Handelns: Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert. Osnabrück: V & R Unipress, S. 134–155. • Benner, P. (2012): Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. Bern: Huber • Holthausen-Markou, S.; Leweke, F.; Milch, W. (2003): Supervision auf onkologischen Stationen. Der Gynäkologe 38 (8): 696–704. • Giagounidis, A., Aul, C. (2023): Onkologie, Grundlagen, Diagnostik, Therapie, Entwicklungen. Landsberg am Lech: EcoMed-Storck • Hübner, J. (2012): Komplementäre Onkologie - Supportive Maßnahmen und evidenzbasierte Empfehlungen. Stuttgart: Schattauer. • Hübner, J., (2014): Onkologie interdisziplinär: evidenzbasiert – integrativ – patientenzentriert. Stuttgart: Schattauer. • Jünger, S. M. E. (2006): Erfolgskriterien berufsgruppenübergreifender Kooperation im Team einer Palliativstation. Aachen. Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen (Diss.). • Kern, M. (2009): Palliativpflege. Richtlinien und Standards. 5. unveränderte Auflage. Bonn: PalliaMed Verlag. • Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2020): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.2, AWMF-Registernummer: 128/001OL, Verfügbar unter:

https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/LL_Palliativmedizin_Langversion_2.2.pdf [Zugriff am 24.04.2021].

- Leitlinienprogramm Neurologie (2020): AWMF: S1-Leitlinie zur Lumbalpunktion und Liquordiagnostik. DGN (Hrsg.), AWMF: 030/141: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-141l_S1_Lumbalpunktion_und_Liquordiagnostik_2020-01.pdf (Zugriff am 21.10.2021).
- Müller, Klaus (2018): Berufsverständnis. Handlungskonzepte und Haltungen in der Pflege – das Konzept des „Caring“. In: Büker, Christa, Lademann, Julia, Müller, Klaus (Hrsg.) (2018): Moderne Pflege heute. Beruf und Profession zeitgemäß verstehen. Stuttgart: Kohlhammer. S. 87-102
- Müller, M.; Pfister, D. [Hrsg.] (2012): Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Müller, M.; Pfister, D.; Markett, S. & Jaspers, B. (2009): Wie viel Tod verträgt das Team? Eine bundesweite Befragung der Palliativstationen in Deutschland. In: Der Schmerz. 23. Jg. Heft 6: 600–608. DOI: 10.1007/s00482-009-0845-y. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00482-009-0845-y.pdf> [Zugriff am 16.04.2021].
- Reimann, U. (2008) Multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Von den Mühen der Ebene. In: Zeitschrift für Palliativmedizin. Jg. 9. Heft 3.
- Schnepf, W. (1996): Pflegekundige Sorge. In: PflGe 2/96, Pflege und Gesellschaft, 1. Jahrgang: 13–16.
- Schulze, U. (2014): Caring. Zur Subjektorientierung im palliativen Setting. In: Georg, W., (2014) (Hrsg.): Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen: Situationsbeschreibungen, Zusammenhänge, Empfehlungen. Gießen: Psychosozial-Verlag. S. 35-40
- Spieß, E.; Nerdinger, F. W.; Regnet, E. & Rosenstiel, L. von. (2003). Effektiv kooperieren: wie aus lauter Solisten ein erfolgreiches Orchester wird. Weinheim: Beltz

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

Abbildung 4: Modulbeispiel onkologische Pflege

2 Modularer Aufbau und Curricula

Die nachstehende Matrix (Abb. 5) bildet einen Vorschlag für die einheitliche modulare Struktur der niedersächsischen Fachweiterbildungen in der Pflege ab. Die modulare Übersicht stellt das Kerncurriculum mit Basismodulen (Module in rosa, vgl. Modulhandbuch) für alle Fachweiterbildungen dar. Das Kerncurriculum ist entsprechend für die jeweiligen Fachweiterbildungen durch fachtypische Module zu ergänzen (Module in hellblau, vgl. Modulhandbuch). Für die Bildungsarchitektur in Niedersachsen wird eine modulare Struktur zur Förderung des Theorie- Praxis-Lernens vorgeschlagen (Praxismodule in hellgrün, vgl. Modulhandbuch), um generell den Theorie-Praxis-Transfer in der Pflege zu unterstützen. Theorie- und Praxislernen soll semesterbezogen in einer Abfolge stehen, um bei den Bildungsteilnehmer*innen die Reflexion der beiden Lernorte anzuregen. Gleichsam wird vermutet, dass die Struktursetzung eine Annäherung von Praxis und Theorie fördert, beispielsweise durch die zeitnahe Überprüfung des theoretischen Wissens im Abgleich mit den Praxiseinsätzen durch die Bildungsteilnehmer*innen selbst. Das Kerncurriculum ist nicht als statischer Aufbau einer festgelegten Modulabfolge zu verstehen. Den Bildungsstätten obliegt die Freiheit, die Modulabfolge entsprechend ihrer Bedürfnisse neu anzuordnen, sofern sich die auf das Semester bezogene Arbeitslast (Workload) nicht verändert. Da sich einige Praxismodule unmittelbar im selben Semester auf Theoriemodule beziehen, um das Theorie-Praxislernen zu unterstützen, sind diese Anordnungen der Module im Zuge von Verschiebungen zu berücksichtigen (u.a. Theoriemodul Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten in Kombination mit dem Praxismodul 2/ Pflegeprozessmethode im Handlungsfeld).

Der Workload von bis zu 900 Arbeitsstunden im Semester richtet sich an den Empfehlungen der KMK¹ aus und folgt hierdurch der europäischen Norm. Die Module sind in Präsenz- und Selbststudienzeiten berechnet und werden mit Leistungspunkten (LP nach dem ECTS-System) versehen. Zugleich wird den bewährten Regularien für Fachweiterbildungen Rechnung getragen. Die im Workload enthaltenen Präsenzstunden orientieren sich an den Richtwerten der vormaligen Ordnung für die Fachweiterbildungen und Übergangsordnung der ehemaligen Pflegekammer Niedersachsens. Der vorliegende Vorschlag sieht vor, dass der bisherige Präsenzstundenumfang von 720 Theoriestunden beibehalten wird. Mit 740 geplanten Theoriestunden im Kerncurriculum wird eine leichte Überbuchung anvisiert, die den Behörden und Weiterbildungsstätten einen Spielraum im Hinblick

¹ KMK: https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2017/2017_12_07-Musterrechtsverordnung.pdf.

auf Fehlzeiten² ermöglicht. Um digitales Lernen zu fördern und den Bildungsteilnehmer*innen in Mobilitätsfragen entgegenzukommen, empfehlen wir, dass bis zu 25 % der Präsenzlehre in Onlineformaten ermöglicht werden können, die nach dem Format des Selbstgesteuerten Lernens zu gestalten sind.³

Jedes Modul ist mit einer Modulprüfung abzuschließen. Hierfür wird eine Varianz in den Prüfungsformen vorgeschlagen (siehe Abb. 5), die an den Fachweiterbildungsstätten im Sinne der Bildungsteilnehmer*innen auszuwählen sind. Um die Prüfungslast der Bildungsteilnehmer*innen zu senken, sind die Modulprüfungen im vierten Semester als Abschlussprüfungen der Fachweiterbildung zu gestalten. Anzahl und Abfolge der Module ermöglichen grundsätzlich differenzierte Prüfungsformen, um Kompetenzbildungen umfassend abzubilden.

Die Gesamtsumme der Praxisstunden aus den Praxismodulen orientiert sich mit 2010 Stunden durchschnittlichen an den in der bisherigen Übergangsweiterbildungsordnung vorgesehenen Praxisstunden für die Fachweiterbildungen.⁴ Analog zu den Rahmenplänen der Fachkommission nach § 53 (PflBG) für die Pflegeausbildung schlagen wir eine didaktische Gestaltung zum Arbeitsverbundenen Lernen (AVL) (vgl. Rahmenpläne der Fachkommission nach §53 2017: 17, Darmann-Finck et al. 2014: 117ff.) vor. Arbeitsverbundene Lernaufgaben in der Praxis (vgl. Kapitel 2.4) werden aus den Theoriemodulen des jeweiligen Semesters gesteuert, von den Lehrenden als Auftrag gestellt, begleitet und als Lernprodukte der Bildungsteilnehmer*innen wieder in die Theoriemodule zurückgebunden. Dieser Transfer verbessert das Theorie-Praxis-Lernen und hat sich bereits durch die Ausbildungsstrukturen der neuen Pflegeausbildung etabliert. Das bewährte Instrument des Arbeitsverbundenen Lernens aus der Pflegeausbildung für die pflegerischen Fachweiterbildungen zu übernehmen, wird daher als folgerichtiger Schritt gesehen. Pflegeausbildung und pflegerische Fachweiterbildungen sehen bisher keine Anrechnung von Selbststudienzeiten im Rahmen praktischer Ausbildungszeiten vor. Das Vorgehen ist mit einer Workloadberechnung nach dem Bologna-System nicht in Passung zu bringen. Die Gestaltung von arbeitsverbundenen Lernaufgaben ermöglicht es aber, dass Lernzeiten in der Praxis kalkuliert und geplant werden können (vgl. Abb. 5, Praxismodule in hellgrün). Das Praxislernen wird hierdurch gesteuert und bekommt Raum im Arbeitsalltag. Vor diesem Hintergrund werden Zeitrictwerte für das Arbeitsverbundene Lernen innerhalb der Praxisstunden vorgeschlagen und als Selbststudienzeiten (SSZ) geplant. Diese Zeiten sind für die Bearbeitung der Lernaufgaben zu nutzen und durch die Lehrenden der Bildungsstätten zu begleiten. Hierdurch wird eine Teilanrechnung des Workloads analog der in den Modulen geplanten Lernzeit in

² Vgl. Weiterbildungsordnung der Pflegekammer Niedersachsen – Übergangsregelung vom 10.1.19, § 3 (3): 10% von 100% der vorgesehenen Stunden.

³ Vgl. Weiterbildungsordnung der Pflegekammer Niedersachsen – Übergangsregelung vom 10.1.19, § 3 (1).

⁴ Zum Vergleich: Rheinland-Pfalz sieht für seine Fachweiterbildungen in den Anlagen I und II 1900 Praxisstunden vor: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=landespflegekammer+weiterbildungsordnung+Rheinland>.

der Praxis möglich. In Folge können anteilig Leistungspunkte (LP) für die so gesteuerte Lernzeit in der Praxis berechnet werden, was nach den vormaligen Regelungen praktischer Ausbildungszeiten nicht möglich war. Anzunehmen ist, dass über diesen Weg die Lernzeiten von Bildungsteilnehmer*innen in der Praxis eine neue Selbstverständlichkeit bekommen und Praxiszeit nach Fachweiterbildungsverordnung nicht nur als Arbeitszeit ohne Lernanspruch gewertet wird. Über den vorgeschlagenen Weg werden Praxislernzeiten didaktisch gesteuert und im Sinne eines Weiterbildungserfolges ausgerichtet. Zudem ist davon auszugehen, dass die praktischen Einsatzorte von den gesteuerten Aufgabenstellungen der Bildungsteilnehmer*innen profitieren werden und die Gestaltung der Praxis mehr Aufmerksamkeit bekommt. Da es sich hierbei um einen Kulturwandel zur Wertung praktischer Ausbildungszeiten handelt, empfehlen wir eine Evaluation der Umsetzung. Die Selbststudienzeiten sind hinsichtlich ihrer Angemessenheit fortlaufend zu überprüfen und im Sinne der Qualitätsentwicklung situativ anzupassen.

Das Kerncurriculum umfasst 6 theoretische Basismodule und 2 Praxismodule (1. und 2. Semester), die in allen Fachweiterbildungscurricula vorgesehen sind (vgl. Abb. 5, vgl. Modulhandbuch). Für die fachtypische Ausrichtung der Fachweiterbildungen sind entsprechend 9 theoretische und 3 praktische (3. und 4. Semester) und fachspezifische Module in das Kerncurriculum zu integrieren (vgl. Abb. 4 und 5, vgl. Modulhandbuch). Alle Module wurden aus den Handlungslogiken der jeweiligen Berufsfelder für die Pflege entwickelt (Berufsfeldanalyse) und fachdidaktisch bearbeitet (vgl. Kapitel 1). Die thematischen Ausrichtungen der Basismodule fanden sich in allen Befunden der fachtypischen Handlungsfeldern Pflege als Querschnittsthemen wieder. Aufgrund des induktiven Ansatzes kam bei der Erhebung zu unterschiedlichen Intensitäten in der Ausprägung des jeweiligen Themas. Insgesamt sind jeweils 20 Module innerhalb der Fachweiterbildungen konzipiert.

Horizontale Anrechnung: Durchlässigkeit innerhalb Niedersachsens und weiterer Bundesländer

Die fachdidaktische Entwicklung der fachspezifischen Module fand auf Basis der im jeweiligen Berufsfeld erhobenen Daten statt. Diese Module bilden das fachtypische Profil (u.a. Intensiv- und Anästhesiepflege, Leitung einer Pflegeeinheit, Operative und endoskopische Pflege). Die Berufsfeldanalyse brachte zudem Themen zutage, die über die fachtypischen Handlungsfelder hinweg deutliche Überschneidungen aufwiesen und als Kernthemen des Berufsfelds Pflege identifiziert wurden. Diese Themenfelder wurden als Basismodule entwickelt, die in allen Fachweiterbildungen vorgesehen sind. Parallel zu der niedersächsischen Entwicklung fanden in den Bundesländern Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz Neuordnungen und curriculare Neuausrichtungen statt, die in unserem Vorschlag aufgegriffen werden. Die hier vorgeschlagene Modulstruktur ermöglicht eine Durchlässigkeit für die Bildungsteilnehmer*innen in Niedersachsen und darüber hinaus. Eine horizontale

Durchlässigkeit für die drei genannten Bundesländer ergibt sich aus dem Modul Beziehung gestalten – Pflegeverständnis, Ethisches Handeln, Selbstfürsorge und dem Modul Systematisches, wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege (Abb. 5, 1. Semester). Der hier vorgeschlagene Präsenzstundenumfang ist entsprechend der jeweiligen landespezifischen Vorschläge (100 Präsenzstunden) analog ausgerichtet.⁵ Durch das hier vorgeschlagene Kerncurriculum wird innerhalb Niedersachsens eine deutlich höhere Anrechnung von geleisteten Modulen ermöglicht. Niedersachsens Basismodule sehen im Rahmen der horizontalen Anrechnung 280 Präsenzstunden vor (Basismodule in rosa). Hieraus resultiert, dass Bildungsteilnehmer*innen bei mehreren Fachweiterbildungsgängen entsprechende Anrechnungen ermöglicht werden. Die am Bologna-Prozess (Lissabonner Konvention 2007) orientierte Überlegung verkürzt die Dauer von Bildungsgängen und stellt sicher, dass Absolvent*innen dem Arbeitsmarkt schneller zur Verfügung stehen. Das modulare Baukastensystem ermöglicht den Fachweiterbildungsstätten in Niedersachsen eine rasche Prüfung von Vorleistungen anderer Fachweiterbildungen, um die Bildungsteilnehmer*innen in aktuelle Fachweiterbildungsgänge zu integrieren.

Drei Basismodule orientieren sich an der niedersächsischen Praxis, die Anerkennung zur/zum Praxisanleiter*in über eine erfolgreich absolvierte Fachweiterbildung in der Pflege zu erlangen⁶: 1. Grundlagen der Didaktik und Pflegepädagogik für die Identität in der Praxisanleitung, 2. Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln und 3. Pflegebildung und Praxistransfer für die Identität in der Praxisanleitung. Hierfür wurden die Empfehlungen zu den Maßnahmen einer berufspädagogischen Qualifikation zur Praxisanleitung (Module 7 und 8) der Niedersächsischen Landesschulbehörde (2019) aufgenommen.

Ein Basismodul wurde in Folge des § 4 PflBG gestaltet, nachdem die Pflegeprozessmethode als Vorbehaltsaufgabe ausgewiesen ist. Den Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten (2. Semester) stellt somit einen folgerichtigen Anschluss an das Pflegeberufegesetz dar. Die Berufsfeldanalyse brachte zudem hervor, dass sich für alle Handlungsfelder ergab, den Pflegeprozess sinnvollerweise als Steuerungsinstrument einzusetzen, um die Prozessabläufe innerhalb der Institutionen und zwischen den Gesundheitseinrichtungen im Sinne einer Patient*innenorientierung zu verbessern. Das Modulniveau ist auf DQR-6 angelegt, um einen stimmigen Übergang von den in der Grundausbildung vermittelten Kompetenzen zur Pflegeprozessplanung herzustellen.

⁵ Im niedersächsischen Curriculum ist eine höhere Ausweisung von Leistungspunkten vorgesehen, da der Umfang der Selbststudienzeit höher ist, als in Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein. Hintergrund ist, dass für die vertikale Anrechnung vergleichbare Module in Studienprogrammen gefunden werden müssen. Hochschulcurricula beinhalten selten Module im Umfang von 2 und 3 LP, wie es in den Weiterbildungscurricula SH und RP vorgesehen ist. Für Niedersachsen wurde deshalb entschieden, dass diese Module für vertikale Anrechnungsmöglichkeiten mit 5 LP entwickelt werden.

⁶ Vgl. 2.14 RdErl.MK v.30.07.2018 – 45-80009/10/c-.

Vertikale Anrechnung: Zugang zum Bologna-System und zur tertiären Bildung

Pflegerische Fachweiterbildungen in Deutschland fallen im europäischen Vergleich durch ihren fehlenden Anschluss an das Bologna-System auf. Sie führen nicht in das europäische Bachelor-Master-System und verstellen hierdurch den europäischen Weg des lebenslangen Lernens. Gleichsam fehlen hierdurch bedingt den Gesundheitsinstitutionen die Möglichkeiten zur Personalentwicklung, die sich aus Bildungsgängen im Bachelor-Master-System ergeben würden. Hierfür ist Abhilfe zu schaffen, in dem für die niedersächsischen Fachweiterbildungen sinnvolle Anschlüsse ins tertiäre Bildungssystem hergestellt werden. Vor diesem Hintergrund umfasst der Vorschlag zum modularen Aufbau der Fachweiterbildungen eine Ausweisung von kompetenzorientierter Lehre nach DQR, um Übergänge ins tertiäre Bildungssystem zu ermöglichen. Hochschulische Bachelorbildung ist auf DQR-6-Niveau (analog HQR-1) angelegt. Um möglichst vielen Weiterbildungsteilnehmer*innen einen Anschluss an das tertiäre Bildungssystem zu ermöglichen, wurden die Basismodule (aus der vertikalen Anrechnung, rosa) nach DQR-6-Niveau gestaltet. Darüber hinaus sehen im vierten Semester ein fachspezifisches Modul (Abb. 5, hellblau) und ein Praxismodul (grün) die Lehre auf DQR-6-Niveau vor. Die thematischen Ausrichtungen der DQR-6-Module (Basismodule) orientieren sich an den Bildungsangeboten für Studienprogramme der niedersächsischen Hochschulen. Diese sehen bereits Erprobungsversuche zu Individualanrechnungen von Fachweiterbildungen auf pflegebezogene Studiengänge vor.⁷

Die vertikale Durchlässigkeit fördert das lebenslange Lernen der Pflegenden und beugt damit einer Berufsflucht vor, sie ermöglicht den Einrichtungen im Gesundheitssystem eine Personalentwicklung, die neben den Fachweiterbildungen den tertiären Bildungsmarkt erschließt und fördert längerfristig die vom Wissenschaftsrat geforderte Quote akademisierter Mitarbeiter*innen im Gesundheitssystem (WR 2012, 2022).

2.1 Kerncurriculum

Die modulare Übersicht stellt das Kerncurriculum mit Basismodulen (Module in rosa, vgl. Modulhandbuch) für alle Fachweiterbildungen dar.

⁷ U.a. Ostfalia Hochschule Wolfsburg: <https://www.ostfalia.de/cms/de/g/weiterbildung/>, Hochschule Osnabrück: <https://www.hs-osnabrueck.de/studium/studienangebot/weiterbildung/>, Hochschule Hannover: <https://www.hs-hannover.de/weiterbildung>.

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

Abbildung 5: Kerncurriculum für die Fachweiterbildungen

Das Kerncurriculum ermöglicht Bildungsteilnehmer*innen und Bildungsinstitutionen die vertikale und horizontale Durchlässigkeit. Das Kerncurriculum ist entsprechend für die jeweiligen Fachweiterbildungen durch fachtypische Module zu ergänzen (Module in hellblau, vgl. Modulhandbuch). Um eine breite Prüfungsvarianz zu ermöglichen, die auf Kompetenzbildung abzielt, sind für die Modulabschlussprüfungen verschiedene Prüfungsformen vorgesehen. Die Bildungseinrichtungen sind angehalten, die entsprechende Prüfungsform auszuwählen und zu Beginn des Semesters mit den Bildungsteilnehmer*innen zu kommunizieren. Hierdurch wird gewährleistet, dass die Lehrenden entsprechend ihrer Schwerpunktsetzungen zu den Kompetenzen Prüfungen gestalten können und die Bildungsteilnehmer*innen eine Prüfungsvarianz erfahren.

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

Im 4. Semester sind die Abschlussprüfungen der Fachweiterbildungen den Modulen zugeordnet. Die Abschlussprüfungen für die Fachweiterbildungen gelten auch als Modulabschlussprüfungen. Unterhalb der Modultitel sind Leistungspunkte, Präsenzstunden und die Selbststudienzeiten (SSZ) ausgewiesen. Zudem finden sich die vorgeschlagenen Prüfungsformen und die Niveaueisweisungen auf DQR 5 und 6. In den Modulen sind die entsprechenden Kompetenzen auf dem ausgewählten Niveau ausformuliert.

2.2 Fachspezifische Curricula

Die fachspezifischen Module sollen die jeweilige Fachlichkeit sichern, die für das entsprechende Handlungsfeld notwendig ist. Für die fachtypische Ausrichtung der Fachweiterbildungen sind entsprechend 9 theoretische und 3 praktische (3. und 4. Semester) und fachspezifische Module in das Kerncurriculum zu integrieren (vgl. Abb. 5 und 6, vgl. Modulhandbuch). Alle Module wurden aus den Handlungslogiken der jeweiligen Berufsfelder für die Pflege entwickelt (Berufsfeldanalyse) und fachdidaktisch bearbeitet (vgl. Kapitel 1). Beispielhaft wird nachstehend das fachspezifische Curriculum für die onkologische Fachpflege abgebildet.

Curriculum der Fachweiterbildung Fachkraft für onkologische Pflege in Niedersachsen					
Semester Workload	Basismodule und fachspezifische Module				
1 900 Std.	Beziehung gestalten – Pflegeverständnis, Ethisches Handeln, Selbstfürsorge	Systematisches, wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege	Perspektivenwechsel in der onkologischen Fachpflege: das Behandlungsteam	Perspektivenwechsel in der onkologischen Fachpflege: Pflegeempfänger	Praxismodul 1/Wissenschaftliches Arbeiten im Handlungsfeld
	5 LP; 150 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 90 Std. gesteuerte SSZ P/R/PFP DQR 6	5 LP; 150 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 110 Std. gesteuerte SSZ HA/K/R/PFP ¹ DQR 6	2 LP; 60 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 20 Std. gesteuerte SSZ K/R//M DQR 5	2 LP; 60 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 20 Std. gesteuerte SSZ K/R/M DQR 5	8 LP; 480 Praxisstunden, davon 240 Std. AVL und SSZ in der Praxis, PBM/PBS/PMU DQR 6
2 900 Std.	Perspektivenwechsel in der onkologischen Fachpflege: die Institution	Zum Verhältnis externer und interner Evidenz in der onkologischen Fachpflege	Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten	Grundlagen der Didaktik und Pflegepädagogik für die Identität in der Praxisanleitung	Praxismodul 2/ Pflegeprozessmethode im Handlungsfeld
	2 LP; 60 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 20 Std. gesteuerte SSZ K/R//M/PR DQR 5	2 LP; 60 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 20 Std. gesteuerte SSZ K/R//M/PR DQR 5	5 LP; 150 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 90 Std. gesteuerte SSZ PR/R/HA/P/PFP DQR 6	5 LP; 150 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 110 Std. gesteuerte SSZ HA/R/PR DQR 6	8 LP; 480 Praxisstunden, davon 240 Std. AVL und SSZ in der Praxis, PBS/PMU DQR 6
3 900 Std.	Fallorientiertes Arbeiten in der onkologischen Fachpflege	Perspektivenwechsel in der onkologischen Fachpflege: Prozesse der Versorgung	Dem besonderen Fall mit geeigneten Hilfsangeboten gerecht werden	Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln	Praxismodul 3/ Fachspezifische Pflege gestalten
	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. gesteuerte SSZ HA/R//M/PR DQR 5	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. gesteuerte SSZ K/R//M/PR DQR 5	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. gesteuerte SSZ K/R//M/PR DQR 5	5 LP; 150 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 110 Std. gesteuerte SSZ HA/PR/R DQR 6	8 LP; 480 Praxisstunden, davon 240 Std. AVL und SSZ in der Praxis, PBM/PBS/PMU DQR 5
4 900 Std.	Orientierung, Institutionsspezifische Vertiefung und Prüfungsvorbereitung zur onkologischen Fachpflegenden	Wissenstransfer in die onkologische Fachpraxis - Konzepte und Methoden (Projekt)	Praxismodul 4/ Fachspezifische Pflege gestalten (ggf. Prüfungsmodul praktische Abschlussprüfung)	Pflegebildung und Praxistransfer für die Identität in der Praxisanleitung	Praxismodul 5/ Projekt fachspezifisch gestalten (ggf. praktische Abschlussprüfung)
	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. gesteuerte SSZ K/R//M/PR DQR 5	3 LP; 90 Stunden, davon 60 Präsenzstunden, 30 Std. gesteuerte SSZ K/R//M/PR DQR 6	3 LP; 90 Praxisstunden, davon 40 Std. AVL und SSZ in der Praxis P/KQ DQR 5	5LP; 150 Stunden, davon 40 Präsenzstunden, 110 Std. gesteuerte SSZ HA/P/R/PFP DQR 6	12 LP; 480 Praxisstunden, davon 360 Std. AVL und SSZ in der Praxis, P/PBM/PBS/P/KQ DQR 6
Workload: 3600 Std.	Total fachspezifische Module: 62 LP , Präsenzstunden 460	LP Insgesamt: 92 (Niveau DQR 5 und 6)	Total horizontale Anrechnung (Nds.): 66 LP , 280 Präsenzstunden	Total Anrechnung vertikale Anrechnung: 61 LP möglich (DQR 6)	Total Stunden Praxis: 2010 Std. (LP 39)
	Total Basismodule Nds. (horizontal und vertikal, DQR 5 und 6): Präsenzstunden 280		Total horizontale Anrechnung Basismodule (RP/SH): mind. 6 LP (10 Nds.)		
740 Stunden Präsenztheorie					
Legende	Basismodul: horizontale Anerkennung FWB (Nds., RP, SH), DQR 6 für vertikale Anerkennung , tertiäre Bildung				
	Fachspezifisches Theoriemodul (Präsenz und gesteuerte SSZ), DQR 5 und DQR 6				
	Praxismodul (Praxis und gesteuertes SSZ im Rahmen AVL, anteilig LP), DQR 5-6				

Abbildung 6: Curriculum für die Fachweiterbildung Fachkraft onkologische Pflege

Das Modul „Orientierung, Institutionsspezifische Vertiefung und Prüfungsvorbereitung zur onkologischen Fachpflegenden“ (Abb. 6 in rot markiert) ist ausdrücklich von den Bildungsinstitutionen frei zu gestalten, um einrichtungstypische Themen und Schwerpunktsetzungen festzulegen, die sich bewährt haben. Die Möglichkeit soll gegeben werden, um den Weiterbildungen eine Profilbildung auf dem Bildungsmarkt zu ermöglichen bzw. zu erhalten. Darüber hinaus ist vorgesehen, dass in den Modulen Zeiten für Besprechungen (u.a. Prüfungsabläufe etc.) möglich sind. In erster Linie ist das Modul aber dafür vorgesehen, dass entsprechend dem Stand der Lerngruppen Prüfungsthemen wiederholt und geübt werden können, um ein erfolgreiches Abschließen der Fachweiterbildungen zu fördern. Zudem enthalten die Module Workload, um Zeit für die Prüfungen selbst planen zu können.

2.3 Erläuterungen zur Modulansicht

Nachstehend wird die Modulansicht erläutert. Hierfür wird beispielhaft ein Theoriemodul aus der onkologischen Fachpflege herangezogen.

Modultitel/Modulkennung: FFO 01 „Fallorientiertes Arbeiten in der onkologischen Fachpflege“ (Fachspezifisches Modul)		
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Fallerhebung aus der Fachpraxis in Praxismodul 3/ Fachspezifische Pflege gestalten (ggf. Prüfungskombination der Module).</i>		
Workload: 90 Std davon 60 Std. Kontaktstunden, 30 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):		
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)		
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>
	↓	↓
	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>	↓
Reflexionskategorien: 1.I Leiderfahrung und Leibentfremdung 1.II Selbstwahrnehmung und Fremdwahrnehmung 2.I Empathie und Intervention (Beziehung und Methode) 2.II Teamarbeit und Konkurrenz 3.II Humanisierung und Pflegemanagement		

Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion:

Phasen der Krankheitsverarbeitung in onkologischen Krankheitsverläufen

Pflegerisch-professionelles Selbstverständnis als Berater*in, onkologische*r Fallmanager*in und in der Gestaltung von onkologischen Fallverläufen

Am Fall orientiertes Rollenverständnis im Konflikt mit disziplinspezifischen Routinen entwickeln

Klärung und Vermittlung der Strukturen zur sektorenübergreifenden Fallarbeit durch die onkologische Fachpflegende

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

Inhalte:

Falltheorie, Case-Management (z. B. Advocacy), Krankheitsverlaufskurve (Corbin & Strauss), Pflegetheorie der interpersonalen Beziehungsgestaltung (Peplau), Exemplarische Krankheitsbilder lebenslimitierender Erkrankungen, Konzepte der sektorenübergreifenden Versorgung, Primary Nursing

Fallarbeit in der Fachpraxis (vgl. Praxismodul 03) Fallhebung und Reflexion wahlweise nach Krankheitsverlaufskurve (Corbin & Strauss) oder Pflegetheorie der interpersonalen Beziehungsgestaltung (Peplau), Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von authentischen Fällen aus der Fachpflegepraxis.

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Pflegende

„Es ist eine junge Patientin mit einem Pankreas Kopfkarzinom, Mitte vierzig ungefähr, zwei noch relativ kleine Kinder. Der Mann versorgt die Kinder zu Hause, geht aber natürlich noch zeitgleich arbeiten. Die Patientin ist bei der ersten Pflegeberatung auf der Station gerade operiert worden aufgrund ihres Pankreaskarzinoms, was dann auch diagnostiziert wurde und wo die Patientin sowohl körperlich als auch psychisch in einer schlechten Verfassung war, weil die OP gerade erst zwei Tage her war. Und sie war noch sehr stark beschäftigt mit den Nebenwirkungen oder den Nachwirkungen der Operation und machte sich aber natürlich auch psychisch schon sehr stark Gedanken, wie es denn weitergehen würde.“

„Und an diesem Beispiel hat man tatsächlich sehr gut einmal die Schritte der oder die unterschiedlichen Stadien der doch noch relativ Akuterkrankung der Patientin oder Ersterkrankung gut sehen

können. Auch die unterschiedlichen jeweils (...) Wochenabstände der Beratung (...), konnte man sehr gut die Entwicklung der Patientin sehen, das auf und ab.“

„Typisch war, dass es unterschiedliche Stadien oder Entwicklungen der Patienten gab, die sich an Phasen der Krankheitsverarbeitung orientieren.“

Pflegende: „Und es waren alle sehr, sehr skeptisch, was denn eigentlich der Aufgabenbereich der onkologischen Fachweitergebildeten, was denn da eigentlich gemacht werden soll. Und das, was man daran gut gesehen hat, war eigentlich, dass alle Beteiligten gesehen haben, Mensch, das ist richtig gut und diese Patienten hat richtig davon profitiert von dieser Beratung. Das ist dann auch, na ja, alle heißt in dem Bereich Sozialdienst, Psychoonkologen, Pflege, auch die Pflegenden vor Ort im chirurgischen Bereich waren mit dem Fall überfordert. Und haben dann auch nach diesem Fall, haben sie immer gesagt, Mensch, ist ja gut, dass ich jetzt bei anderen Patienten weiß, dass ihr da kommt und das macht.“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Im Modul Fallorientiertes Arbeiten in der onkologischen Fachpflege geht es in der *Perspektive des Individuums* darum, dass das Erleben onkologischer Erkrankungen durch wechselvolle Verlaufsphasen charakterisiert ist. In der Betroffenheit durch eine onkologische Diagnose erleben Patient*innen zum Beispiel leibliche Entfremdung und Ohnmachtsgefühle. Im Beziehungsaufbau der onkologischen Fachpflege erspürt die Pflegende, in welcher Phase der Krankheitsverarbeitung der*die Betroffene sich befindet und welche unterschiedlichen Bedürfnisse hiermit jeweils verbunden sind. Mithilfe der Krankheitsverlaufskurve von Corbin & Strauss kann die Pflegende ihre subjektive Einschätzung methodisch reflektieren und prüfen sowie situationsspezifische Pflegebedarfe eruieren. Zu erkennen ist beispielsweise, welcher Grad an Partizipation und Beratung seitens der*dem Patientin*Patienten situativ zugelassen werden kann, und wie viel Zeit die Beziehungsgestaltung benötigt. Mithilfe von Peplaus Theorie der interpersonalen Beziehung können Phasen und Rollen im Beziehungsprozess der palliativen Versorgung analysiert werden.

Methodischer Vorschlag: *Einstieg durch Lesen der Interviewauszüge/Lehrervortrag zum Trajektmodell (Corbin und Strauss). Workshop zur Reflexion des Modells auf einen ausgewählten Fall aus der Praxis./Plakatarbeit: grafische Darstellung der Krankheitsverlaufskurve./Zusammenfassung der Ergebnisse/ Lektürearbeit zum Modell.*

Lehrervortrag zur Theorie von Hildegard Peplau: Rollen, Phasen, Konzept der Angst./ Workshop zur Reflexion der Theorie auf den ausgewählten Fall aus der Praxis (siehe oben)./Plakatarbeit: grafische Darstellung Rollen, Phasen, Angst/ Zusammenfassung der Ergebnisse./ Abschlussdis-

kussion mit der Fragestellung: „Welche Themen zum Fall wären ihnen ohne die Theorien unbewusst geblieben? Welche Elemente der Modelle haben ihnen besonders geholfen, den Fall ggf. besser zu verstehen?“

Lehrervortrag zu ausgewählten Krankheitsbildern und deren Therapie (vgl. Modul Perspektivenwechsel in der onkologischen Pflege) in der Onkologie./ Rechercheauftrag für die SSZ (ein ausgewähltes Krankheitsbild und dessen Behandlung hinsichtlich der Evidenzlage recherchieren).

Aus der Perspektive der Interaktion

*In der Perspektive der Interaktion ist das professionelle Selbstverständnis als Fachpflegende am Einzelfall orientiert mit den anderen am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen auszuhandeln. Der Pflegenden begegnet einer sektorenbegrenzt-funktionalen Patientenbehandlung, die in Widerspruch zur fall- und bedürfnisorientierten Ausrichtung der onkologischen Fachpflege gerät, welche von den anderen Berufsgruppen, aber auch innerhalb von Pflgeteams mit Misstrauen und Skepsis beäugt wird. In der Interaktion mit der*dem Patienten*Patientin und ihren Angehörigen sehen sich die onkologischen Fachpflegenden als Beratende und vertreten ihre Interessen als onkologische*r Fallmanager*in advokatorisch gegenüber anderen Akteuren im Behandlungsprozess.*

*Hierbei sind Konflikte zwischen dem am Fall orientierten Rollenverständnis als Fachpflegende*r und disziplinspezifischen Routinen auszuhalten und mithilfe von Konzepten der intersektoralen Zusammenarbeit klären und bewältigen zu können.*

Methodischer Vorschlag: *Einstieg durch Lehrervortrag zum Case-Management (Phasen)/ Bearbeitung eines Falls aus der Praxis nach den Phasen des Case-Managements in Gruppen./Lehrervortrag zum DMP Brustkrebs*

*(https://www.iqwig.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-detailseite_30913.html. 03.08.23) und zu ausgewählten Patient*innenpfaden./Gruppenarbeit oder ggf. Planspiel in Anlehnung an Kerres und Wissing (2020) entwickeln mit verschiedenen Akteur*innen im Behandlungsprozess (z.B. Einführung eines Patientenpfades für Frauen mit Mama CA in der Klinik).*

In der konzeptionellen Weiterentwicklung bestehender Ansätze könnte zum Beispiel das Konzept des Primary Nursing für die Gestaltung der intersektoralen Versorgung von onkologischen Fallverläufen aufgenommen und bewertet werden.

Methodischer Vorschlag: Lehrervortrag zum Primary Nursing./Lektürearbeit zum PN/Gruppenarbeit oder ggf. Planspiel in Anlehnung an Kerres und Wissing (2020) entwickeln: „Die Onko-Station denkt über die Einführung von Primary Nursing nach...“.

Methodischer Vorschlag: *Ausblick auf Fallarbeit im Praxismodul 03 (vgl. Einführung in die Fallarbeit (Fallerhebung) zur Vorbereitung auf Praxismodul PB 02 und Basismodul „Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten).*

Zusammenfassung des Moduls.

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... können am Fallbeispiel aus der Fachpraxis mit bösartiger Erkrankung das Trajekt-Modell (Corbin & Strauss) nachvollziehen, einen Perspektivwechsel und einen Transfer vollziehen und dementsprechend Pflegebedarfe und -bedürfnisse erkennen
- ... können am Fallbeispiel aus der Fachpraxis mit bösartiger Erkrankung die Theorie der interpersonellen Beziehung (Peplau) nachvollziehen, einen Perspektivwechsel und Transfer vollziehen und dementsprechend Pflegebedarfe und -bedürfnisse erkennen
- ... kennen eine Breite an onkologischen Erkrankungen und deren therapeutische Interventionen, bewerten diese für ihr Praxisfeld
- ... verfügen über ein integriertes Wissen zu einem onkologischen Krankheitsbild an einem Exempel aus der Fachpraxis
- ... sie besitzen die Fertigkeiten, eine Datenbankrecherche durchzuführen und die gefundenen Ergebnisse für ihr Exempel aus der Fachpraxis zu bewerten
- ... greifen für die Gestaltung ihrer Fachpraxis auf Konzepte der intersektoralen Versorgung in der Onkologie zurück und übertragen ihre theoriegeleiteten Überlegungen auf Patient*innen/Bewohner*innenfälle in der fachtypischen Praxis.
- ... bewerten das Konzept des Primary Nursing für die am Fall orientierte Versorgung und gestalten in einer Gruppenarbeit
- Nehmen eine kritische Haltung ein und übernehmen Verantwortung dafür, mit der Pflegeprozessmethode für einen sicheren Versorgungsverlauf der Patient*innen und Bewohner*innen im Fachgebiet der Onkologie zu sorgen.
- ...

Leistungsüberprüfung: HA/R/PR/M (Kombinationsprüfung mit Praxismodul 03)

Modulleistung Praxismodul PB03 „Fachspezifische Pflege gestalten“ (PBM/PBS/PMU)

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

<p>Modulleistung: FFO 01 „Fallorientiertes Arbeiten in der onkologischen Fachpflege“ (HA/R/PR/M)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Fallerhebung aus Praxismodul überarbeiten</i> • <i>Reflexion mit der Theorie</i> • <i>Recherche und Darstellung des Krankheitsbildes mit Diagnostik und Therapie (Evidenzbezug)</i> • <i>Bewertung der Fallanalyse</i>
<p>Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Siehe Praxismodul 03: Fallerhebung nach Arbeitsverbundenem Lernen.
<p>Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Literaturstudium, Erhebung Praxissituation zur Fallbearbeitung, Erstellung Prüfungsleistung
<p>Literaturempfehlungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bostelaar, R.; Pape, R. (2008): Case Management im Krankenhaus. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft • Brinkmann, V. (Hrsg.) (2010): Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. 2. Aufl., Wiesbaden: Gabler • Corbin, J. M., Strauss, A. L (2004): Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Bern: Huber • Ehlers, C./Lehmann, D. (2019): Implementierung und Entwicklung von Case Management. Praktische Tipps zur Umsetzung von Case Management in Humandiensten. Heidelberg: medhochzwei • Ewers, M.; Schaeffer, D. (2005): Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Hans Huber • Hübner, J. (2012): Komplementäre Onkologie - Supportive Maßnahmen und evidenzbasierte Empfehlungen. Stuttgart: Schattauer. • Hübner, J., (2014): Onkologie interdisziplinär: evidenzbasiert – integrativ – patientenzentriert. Stuttgart: Schattauer. • Kerres, Andreas, Wissing Christiane (2020): Planspiel Pflege und Gesundheit. Anwendungsbeispiele für die berufliche Bildung. Stuttgart: Kohlhammer • Peplau, Hildegard (1997): Zwischenmenschliche Beziehung in der Pflege – Ausgewählte Werke. Bern: Huber • Schaeffer, Doris (2009): Chronische Krankheit und Multimorbidität im Alter – Versorgungserfordernisse diskutiert auf der Basis eines Fallverlaufs. In: Pflege & Gesellschaft. 14 Jg. Heft 4. Weinheim: Juventa • van Riet, N.; Wouters, H. (2008): Case Management. Ein Lehr- und Arbeitsbuch über die Organisation und Koordination von Leistungen im Sozial und Gesundheitswesen. Interact Verlag für Soziales und Kulturelles • Wendt, W. R., Löcherbach, P. (2006): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven. Economica Verlag • Wendt, W. R. (2008): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Freiburg: Lambertus-Verlag
<p>Kü/Ba/Gi: 28.12.2021</p>

Abbildung 7: Modulansicht „Fallorientiertes Arbeiten in der onkologischen Fachpflege“

Die Modulansicht ist mit Modulnamen und Modulkennung (Signatur) ausgewiesen. Zudem ist vermerkt, ob es sich um ein Basismodul oder ein fachspezifisches Modul handelt. Die Signatur ergibt sich aus den Abkürzungen und Zuordnungen FFO 01 steht für „Fallorientiertes“ (F) „fachspezifisch“ (F), „Onkologie“ (O). Die Nummer gibt Hinweis darauf, um welche Modulversion es sich handelt (01). Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass sich nach einer Evaluation die Modulversionen durch Überarbeitung ändern werden. Beim Praxismodul 02PBP01 „Pflegeteam im Handlungsfeld“ steht „02“ für die Reihung im Semester vorweg, das „P“ für „Pflegeteam“, „Basismodul“ (B), „Praxismodul“ (P) und 01 für „Version“.

In der zweiten Spalte ist ein Verweis enthalten, wenn das Modul einen didaktischen Bezug zu einem anderen Modul aufweist.

Es folgt die Ausweisung des Workloads mit Angabe von Präsenzstunden, Selbststudienzeit (SSZ) und bei Praxismodulen zusätzlich die Gesamtzeit in der Praxis und Praxiszeit, die für das arbeitsverbundene Lernen (AVL) angerechnet wird.

Die folgenden Spalten geben Hinweis auf die fachdidaktische Bearbeitung. Die soziologischen Perspektiven verweisen auf die Sichtweisen, die bei der Bearbeitung eingenommen wurden. Zudem sind die Reflexionskategorien aus dem Strukturgitter aufgeführt, mit denen die kategorialen Reflexionen durchgeführt wurden. Hierdurch sind Schwerpunktsetzungen vorgenommen worden, die nachstehend als Schlüsselproblem aus den Interviews gefasst wurden. Daran schließen sich die gewählten Inhalte an, die zu vermitteln sind.

Aus der pflegedidaktischen Reflexion heraus sind Kompetenzen formuliert, die angestrebt werden sollen. Wie schon dargelegt ist in einigen Modulen das Kompetenzniveau DQR-6 angesetzt, um Anrechnungen im tertiären Bildungssektor zu ermöglichen. Es ist anzunehmen, dass die Lehre auf DRQ-6-Niveau eine Umstellung bedeutet und dass die Bildungsteilnehmer*innen viel Unterstützung brauchen, um das Niveau zu erreichen. Auch für diesen Themenpunkt schlagen wir eine Evaluation vor.

Einen großen Platz nehmen die Interviewauszüge ein, die als Exempel ausgewählt wurden. Es bietet sich an, dass zum Einstieg in das Modul mit den Interviewauszügen direkt gearbeitet werden kann, um die Teilnehmer*innen auf die Schwerpunktsetzungen einzustimmen. Auch kann es gelingen, dass mit den Auszügen aus der Realanalyse die Aufmerksamkeit der Lernenden gewonnen werden kann.

Um für die Lehrenden die fachdidaktische Arbeit nachzuzeichnen, sind didaktische Kommentare verfasst. Die Kommentare geben Hinweis auf die kategorialen Überlegungen, aus denen Inhalte und Methodenvorschläge abgeleitet wurden. Es ist wichtig daraufhin zuweisen, dass es sich hier um methodische Vorschläge handelt und nicht um methodische Vorgaben! Selbstverständlich sind

die Lehrenden aufgerufen, methodische Vielfalt einzusetzen und frei in ihren didaktisch-methodischen Überlegungen zu sein, solange die Kompetenzen erreicht werden können. Es erübrigt sich hier weiter auszuführen, dass die Leistungsüberprüfung „Klausur“ in den seltensten Fällen zur angestrebten Kompetenzbildung führt. Vor diesem Hintergrund schlagen wir auch Variationen in den Prüfungsformen vor. Die didaktischen Kommentare sind teilweise durch die methodischen Vorschläge unterbrochen, um den Lehrenden die Themen- und Methodenwahl nachvollziehbarer zu machen.

Es folgen Hinweise zur Leistungsüberprüfung, Lernvorschläge für die Praxisphasen (AVL) und Vorschläge zur Gestaltung der Selbststudienzeit (SSZ).

Im letzten Teil werden Literaturvorschläge gemacht.

2.4 Praxismodule und Arbeitsverbundenes Lernen

Die Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG für die Pflegeausbildung sehen differenzierte Formen des Lernens in der Praxis vor. In Anlehnung an Dehnbostel (2007: 44 ff.) differenziert die Fachkommission das arbeitsbezogene Lernen in drei Varianten:

- Das arbeitsgebundene Lernen, bei dem Arbeits- und Lernort identisch sind und der Lernprozess unmittelbar in den Arbeitsprozess integriert ist,
- Das arbeitsverbundene Lernen, bei dem Arbeits- und Lernort zwar getrennt sind, sich aber in unmittelbarer räumlicher Nähe befinden, wie z.B. bei auf den Lernprozess hin orientierte Fallbesprechungen in einer Versorgungseinrichtung
- Und letztlich das arbeitsorientierte Lernen, in dem Arbeitsabläufe zu Lernzwecken simuliert werden und das damit stets in ihrer Komplexität reduzierte Realitäten betrifft

(vgl. Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG 2019:17, Darmann-Finck, Muths, Görres, Adrian, Bomball und Reuschenbach 2014: 117 ff.).

Erstmalig wurden hierdurch Varianten des Praxislernens in den gesetzlichen Bestimmungen benannt und geben Anlass, das Lernen in der praktischen Ausbildung zu differenzieren und genauer auszugestalten. Hintergrund ist, wie formelles und informelles Lernen in der Ausbildung miteinander verknüpft werden. Somit sind in den verschiedenen lernorganisatorischen Kontexten die Operationen des Reflektierens und Lernens einerseits und des Handelns andererseits jeweils unterschiedlich ausgeprägt. Beim Modell des arbeitsverbundenen Lernens werden informelles und formelles Lernen systematisch verbunden. Hier werden arbeitsplatznahe Lernangebote angestrebt. Diese können von Arbeits- und Lernaufgaben bis hin zu Lernstationen und Qualitätszirkeln mit einer eigenen räumlichen und materiellen Infrastruktur reichen (vgl. Dehnbostel 2007, 47). Durch die Integration von informellem und formellem Lernen können sowohl die systematische Planung und

Durchführung von Handlungen als auch Reflexionsprozesse angebahnt werden. Ebenfalls dem arbeitsverbundenen Lernen lässt sich das „Lernen durch Hospitation und betriebliche Erkundungen“ zuordnen. Mit dieser Form arbeitsbezogenen Lernens wird primär die Gewinnung eines Ein- und Überblicks über das Berufsfeld angestrebt, z. T. sollen auch Erfahrungen gemacht oder Theoriewissen vertieft werden (Dehnbostel 2007, 48).

Die Praxismodule enthalten Vorschläge, wie die Aufgabenstellungen didaktisch gedacht sind. Die Aufgabenstellungen selbst müssen von den Lehrenden entwickelt werden, um auf die Lerngruppen einzugehen und typische Schwerpunktsetzungen zu ermöglichen.

Über diesen Vorgang soll ein Transfer stattfinden, der zum einen auf Lernprozesse abzielt – zum anderen aber auch Befunde und Realitäten der Praxis aufnimmt und gleichzeitig wiederum dafür sorgt, dass Pflegewissen in der Pflegepraxis wahrgenommen wird. Letzteres setzt Innovationsprozesse in der Praxis frei. Zu den vielfältigen Entwicklungsprozessen der Pflege, die durch die Weiterbildung ausgelöst werden, gehört neben der Professionalisierung auch die inhaltliche Entwicklung von Pflege Themen. Hiervon sollte die Pflegepraxis profitieren. Gleichzeitig werden die Themen der Fachweiterbildungen in der Fachpraxis prominenter und die Fachpraxis kann an den Bildungsinhalten Anteil nehmen.

Für die Fachweiterbildungen wird an das arbeitsverbundene Lernen angebunden, das die Fachkommission in den Rahmenplänen vorsieht (vgl. ebd. 2019: 17f.). Hierdurch gelingt es einen Teil der Lern- und Bildungskultur von Ausbildung und Fachweiterbildungen zu harmonisieren. Zukünftige Bildungsteilnehmer*innen werden die Fortführung des Instruments als stimmig wahrnehmen. Im Kerncurriculum ist das arbeitsverbundene Lernen (AVL) in den Praxislernmodulen 1-5 vorgesehen. Dabei findet eine Anbahnung des Lernens in den Theorieanteilen der Module statt). Optimal ist es, wenn Theoriephasen von Praxisphasen unterbrochen werden, um eine Verknüpfung zu erreichen. Die Rückkehr in das Theoriemodul ermöglicht es, die arbeitsverbundenen Lernaufgaben zu besprechen und weiter zu bearbeiten.

Um Praxiszeiten für die Anrechnung von Leistungspunkten (LP) berechnen zu können, wurde in den Praxismodulen ein Teil der Praxiszeit für das Bearbeiten der arbeitsverbundenen Aufgaben und für Selbststudienzeit angesetzt (Ausweisungen in den Modulen und im Modulstrukturplan). Hier sollen die Bildungsteilnehmer*innen Zeit für die Erledigung der Aufgaben in der Praxis bekommen und von den Arbeitsprozessen freigestellt werden.

Im 3. Semester besteht eine inhaltliche Wahlmöglichkeit für die Teilnehmer*innen. Das „Praxismodul 3/Fachspezifische Pflege gestalten“ kann mit den Themenstellungen (AVL) aus Modul „Fallorientiertes Arbeiten in der spezifischen Fachpflege“ oder „Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln“ bearbeitet werden.

Modultitel/Modulkennung: 02PBP01 „Pflegetprozess im Handlungsfeld“ (Basismodul)		
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: Das Modul ist ein praxisbegleitend zum Modul PPB01 „Pflegetprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“ (Basismodul) <i>Fallerhebung in der Fachpraxis (Prüfungskombination der Module).</i>		
480 Praxisstunden, davon 240 Std. AVL und gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ) (8LP)		
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)		
I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
<p>Reflexionskategorien:</p> <p>2.II Selbstbestimmung und Fremdbestimmung</p> <p>2.I Beziehung und Methode</p> <p>Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion:</p> <p>Neutralisierung des Pflegeempfängers durch Theorie</p> <p>Besinnung auf genuines Instrument der Pflege im Behandlungsprozess</p> <p>(Pfleget-) Theorie im theoriefeindlichen Pflegemilieu</p> <p>Themen/ Schlüsselprobleme/Inhalte:</p> <p>Inhalte:</p> <p>Theoretische Grundlagen der Pflegewissenschaft, Zentrale Begriffe der Pflege und Pflegewissenschaft, Pflegewissenschaft als Praxiswissenschaft. Das Wesen beruflicher Pflege: pflegerische Sorge. Entwicklung der Pflegetheorien: Theorien großer, mittlerer, geringer Reichweite, Theorie-/Praxis-Transfer und Theoriegeleitetes Handeln.</p> <p>Kritische Positionen zur Pflegeprozessmethode, Gestaltung der Pflegeprozessmethode mit Hilfe verschiedener Pflegetheorien (Orem, Friedemann, Benner, Peplau, Leininger, Krohwinkel, Roper et al. usw.).</p> <p>Positionsbestimmung Vorbehaltsaufgabe Pflegeprozessplanung</p> <p>Problem- und Beziehungsprozess</p>		

Critical Thinking/Diagnostischer Prozess

Fallverläufe in Institutionen, Patient*innenschädigungen

Fallarbeits in der Fachpraxis: Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von authentischen Fällen aus der Fachpflegepraxis nach dem Pflegeprozess.

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Pflegende

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

Ein Pflegender:

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

Eine Gruppe von Pflegenden:

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

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

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

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

Eine Pflgende

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

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

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Siehe Modulbeschreibung **PPB01 „Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“ (Basismodul)**

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

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

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

sorgt, dass Pflegewissen in der Pflegepraxis wahrgenommen wird. Letzteres setzt Innovationsprozesse in der Praxis frei. Hiervon sollte die Pflegepraxis profitieren.

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

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

Leistungsüberprüfung: HA/R/PR/PFP (Kombinationsprüfung)

Moduleistung „Pflegeprozess im Handlungsfeld“ (schriftlicher Praxisbericht)

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

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

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

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Erhebung Fallsituation in der Fachpraxis, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

- Alfaro-LeFevre, R. (2013): Pflegeprozess und kritisches Denken. Praxishandbuch zum kritischen Denken, Lösen von Problemen und Fördern von Entwicklungsmöglichkeiten. Bern: Hans Huber Verlag.
- Ashworth, P.; Bjorn A. (1987): People´s need for nursing care. A European Study, Eigenverlag der WHO. Kopenhagen: Eigenverlag der WHO.
- Benner, Patricia (2012): Stufen zur Pflegekompetenz. From novice to expert. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber,
- Bulechek, G.; Butcher, H.; Mc Closky, J. (2018): Nursing Intervention Classification (NIC). St. Louis: Mosby.
- Carpentio-Moyet, L. (2011): Das Pflegediagnosen- Lehrbuch. Pflegeassessment- Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen für Profis und Praxis. Bern: Hans Huber Verlag.
- Diegmann-Hornig, K.; Jurgschat-Geer, H.; Beine, M.; Neufeld, G. (2009): Pflegebegutachtung. Lehrbuch für Sachverständige und Gutachten in der Pflege. Bern: Hans Huber Verlag.
- Doenges, M. E.; Moorhouse, M. F.; Geissler-Murr, A. C. (2019): Pflegediagnosen und Maßnahmen. 6. vollst. Aktual. U. überarb. Aufl. Bern: Hans Huber Verlag.
- Fiechter, V.; Meier, M. (1998): Pflegeplanung. Kassel: Recom Verlag.
- Georg, J.; Fischer, J. (Hrsg.) (2011): Das Pflegeprozess-Lehrbuch. Bern: Hogrefe AG
- Friedemann, Marie- Luise, Köhlen, Christina (2018): Familien- und umweltbezogene Pflege. Die Theorie des systemischen Gleichgewichts und ihre Umsetzung. Bern: Hogrefe Verlag.
- Harald, S. (2012): POP – Praxisorientierte Pflegediagnostik. 2. Aufl. Wien: Springer Verlag.
- Heather, T.; Herdmann, H.; Herdman; Kamitsuru, S. (Hrsg.) (2017): NANDA International Pflegediagnosen. Pflegediagnosen Definitionen und Klassifikation. 2019-2020. Unter Mitarbeit von S. Berger, H. Mosebach und Johnson, M.. Maryland Heights: Elsevier Mosby.
- Kühme; Benjamin (2022): Theoriegeleitetes Handeln als pflegerisches Bildungsmuster. Teil 1: empirischer Zugang. Teil 2: Konsequenzen in einem Pflegestudiengang. In: Padua. Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, Patientenedukation und -bildung. 17. Jhr. Heft 3/22. Bern: Hogrefe,

- Kußmaul, J.; Vater, A. (2017): Pflegeplanung. 2. Aktualisierte und erweiterte Auflage, Stuttgart: Thieme, verfügbar unter: https://cne.thieme.de/cne-webapp/r/library/page/pdf/-/9783132400580_toc
- Marriner-Tomey, A. (1992): Pflgetheoretikerinnen und ihr Werk. Kassel: Recom Verlag
- Leininger, Madeleine (1998): Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. Freiburg i. Br.: Lambertus-Verlag,
- Mayer, H. (2019): Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr? Ein Beitrag über die Rolle der Lehre im Zusammenhang mit der Theorieentwicklung in der Pflege. Pflege & Gesellschaft. 24. Jhrg. H 2. Weinheim: Beltz, Juventa. S. 110- 122
- Mc Closky, J.; Bulecheck, G. M.; Butacher, H. (Hrsg.) (2015): Pflegeinterventionsklassifikation. Bern: Hans Huber Verlag.
- McHugh Schuster, P. (2012): Concept Mapping A Critical Thinking Approach to care Planning. Philadelphia: Davis Plus.
- NANDA International (2010): Pflegediagnosen Definitionen und Klassifikation 2009 – 2011. Kassel: Recom Verlag.
- Meleis, A.I. (1999): Pflgetheorie. Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber. S. 173, 174, 199, 200,
- Moers, Martin, Schaeffer, Doris, Schnepf, Wilfried (2011): Too busy to think? Essay über die spärliche Theoriebildung der deutschen Pflegewissenschaft. In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe. Heft 6. 24. Jahrg. Bern: Huber. S. 349–360
- Orem, Dorothea (1997): Strukturkonzepte der Pflegepraxis. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby
- Peplau, Hildegard (1997): Zwischenmenschliche Beziehung in der Pflege – Ausgewählte Werke. Bern: Huber
- Roper, Nancy, Logan, Winifred W., Tierney, Allison J, Mischo-Kelling, Maria (Hrsg.) (2016): Das Roper- Logan- Tierney- Modell. Bern: Hogrefe
- Schaeffer, D., Moers, M. (2011): Bewältigung chronischer Krankheiten - Herausforderungen für die Pflege. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa S. 329 – 363
- Schnepf, Wilfried (1996): Pflegekundige Sorge. In: Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (Hrsg.): Pflege und Gesellschaft. 1. Jahrgang (2). Duisburg. S.13- 16
- Schrems, Berta (2016): Fallarbeit in der Pflege. Grundlagen, Formen und Anwendungsbereiche. Wien: facultas

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

Abbildung 8: Praxismodul „Pflegeprozess im Handlungsfeld“

3 Weiterbildungsbedarf und neue Handlungsfelder in der Pflege

Mit dem Projekt war verbunden, zukünftige Themenstellungen und Bedarfe für Fachweiterbildungen in der Pflege aus der Berufsfeldanalyse herauszuarbeiten, die wir nachfolgend skizzieren. Die thematischen Bedarfe der Analyse sind weitgehend in die neuen Curricula eingegangen. Gleichwohl sehen wir für die meisten Themen den Bedarf, umfängliche Weiterbildungsformate aufzulegen.

Auffallend war, dass die *pflegerische Beratung* im Kontext aller Handlungsfelder ein wichtiges Thema war und auch mit den Aufgaben einer Fachkraft verbunden wird. Auffallend war aber auch, dass es sich scheinbar noch nicht etabliert hat, dass Pflegende bei Antragsstellungen und Leistungsansprüche aus dem Sozialgesetzbuch die Pflegebedürftigen unterstützen bzw. hierzu Sachkenntnis besitzen, um Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zu ihren Rechten zu verhelfen. Dies mag mit Mängeln in der Grundausbildung zu erklären sein oder aber dass Pflegenden das Selbstverständnis fehlt, eine Beratung als autonome Tätigkeit, unabhängig vom Arzt durchzuführen. Zudem ist Beratung insbesondere in den stationären Einrichtungen noch nicht genügend systematisiert und findet hier überwiegend als Aufgabe nebenbei statt. Beratung hat es so schwer, einen angemessenen und festen Raum im Arbeitsalltag zu finden. Hier ist die Empfehlung, das Thema Beratung als Fachweiterbildung neu und umfassender aufzulegen, um zukünftig eine systematisierte Beratung von Pflegeempfängern zu sichern.

Ebenfalls ist sehr auffallend, dass Fachweiterbildungen für die *ambulante Pflege* fehlen und sich Weiterbildungskonzepte eher auf die stationären Akutbereichen beziehen. Vor dem Hintergrund, dass die meisten Pflegebedürftigen im ambulanten Sektor zu finden sind, scheint hier geboten, entsprechende Fachweiterbildungen (u.a. Community Health Nursing) auszurichten und vollständig neu aufzulegen. Eine entsprechende Weiterbildung würde zudem wichtige Schnittstellen und deren Lücken zwischen den Gesundheitsinstitutionen schließen können (siehe nachstehend). Hier sehen wir den dringenden Handlungsbedarf, das Handlungsfeld durch Weiterbildung zu entwickeln.

Ähnliches ist für die *Langzeitpflege* festzuhalten, für die insbesondere Vertiefungen im Bereich *Geriatric und Gerontologie* zu schaffen sind, um den gesellschaftlichen Entwicklungen gerecht zu werden. Zudem fehlt es der Altenpflege an Aufstiegsmöglichkeiten, die mit Fachweiterbildungen verbunden sind.

Als ein zentrales Problem konnte der *intersektorale Übergang* zwischen den Institutionen identifiziert werden. Ein Großteil der in der Berufsfeldanalyse erfassten Problemstellungen resultiert aus den Übergängen der Pflegebedürftigen nicht oder unzureichend geregelt sind, dass die Institutionen oft gegeneinander arbeiten, weil Informationen oder wenig Interesse am Fallverlauf besteht. Es ist festzustellen, dass die Akteur*innen nur in den Grenzen der Organisation denken und handeln. Den Pflegenden fallen diese Versorgungsbrüche zwar auf, beschrieben auch hierdurch bedingte Patient*innenschädigungen, sehen sich aber oftmals nicht in der Lage, die Schnittstellen zu überwinden bzw. es fehlt ihnen die Handlungsautonomie. Hier ist sehr zu empfehlen, dass entsprechende Weiterbildungen konzipiert werden, aus denen zukünftig Absolvent*innen mit viel Wissen, Kompetenzen und Handlungsautonomie hervorgehen.

Herausforderungen die sich stellen, sind *Digitalisierung und Technik* in der Fachpraxis. Viele Arbeitsprozesse sind nur durch digitale Kompetenzen zu lösen, die den Pflegenden fehlen, was zu Unzufriedenheit führt. Hier sind sowohl Grundausbildung und neue Fachweiterbildungen angesprochen, um den Fachpflegenden digitale Kompetenzen zu vermitteln.

Wissenschaftliche Kompetenzen sind nur in Ansätzen zu identifizieren. Auch hier wird zwar deutlich, dass die Pflegenden das Thema als wichtig erachten, sich selbst aber nicht kompetent fühlen, wissenschaftlich zu arbeiten und Konzepte umzusetzen. Gleiches gilt für das evidenzbasierte, begründete Arbeiten und die Entwicklung von Projekten, die Anschluss in der Praxis finden. Aus unserer Sicht liegt dies am fehlenden DRQ-6- Niveau im Pflegeberuf bzw. auch in den Fachweiterbildungen. Die Teilnehmenden haben in den Interviews deutlich gemacht, dass ihnen häufig das Wissen zur Finanzierung, Abrechnung, Arbeitsmanagement und dem Controlling fehlt. Auch besteht ein Bedarf an System- und Prozessverständnis aus der *Betriebswirtschaftslehre*.

Erschreckenderweise fehlen Vertiefungen zu den *Expertenstandards in der Pflege*. Zwar sind die Standards des DNQP bekannt und werden positiv bewertet, deren Umsetzung und Auditierung scheint in der Praxis aber mit Problemen behaftet zu sein. Ähnlich sieht es mit Fehlermanagement aus. Hier wäre dringend zu empfehlen, dass Fachweiterbildungen das Thema Qualität in der Pflege intensiver aufnehmen.

In den Interviews wurde deutlich, dass Pflegenden mehr Fort- und Weiterbildung zu Themen wie *Umgang mit belastenden Situationen*, Überforderungssituationen, existenziellen Situationen, Ethik und Moral reklamieren. Viele Problemstellungen aus der Analyse resultieren aus Überforderungssituationen, denen sich die Pflegenden nicht gewachsen fühlen oder für die keine Möglichkeit der *psychohygienischen Reflexion* besteht. Ethische Fragen zogen sich durch fast alle Interviews.

Ebenso besteht ein Bedarf, sich aktiv an *interprofessioneller Teamarbeit* zu beteiligen und interprofessionelle Ausbildungskonzepte zur Vorbereitung auf die Fachpraxis zu besuchen. Auch hier sehen wir einen deutlichen Entwicklungsbedarf für die Zukunft.

Themen der Zukunft sind *Interkulturalität* sowie *Diversität*, die in der täglichen Arbeit der Pflegenden eine Rolle spielen. Die Interviewten selbst wünschten sich zu den Themen weitere Kompetenzen für die Zukunft. Gleiches gilt für *politische Bildung* in der Pflege, die von den Teilnehmer*innen angesprochen wurde.

4 Literatur

- Becker, M., Spöttl, G. (2006) Berufswissenschaftliche Forschung und deren empirische Relevanz für die Curriculumentwicklung. In: bwp@ Berufs- und Wirtschaftspädagogik: https://www.bwpat.de/ausgabe11/becker_spoettl_bwpat11.pdf (20.7.19)
- Bohnsack, Ralf (2010): Gruppendiskussionsverfahren und dokumentarische Methode. In: Friebersthäuser, Barbara, Langer, Antje, Prengel, Annedore (Hrsg.) (2010): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim, München: Juventa. S.205-218
- Darmann, I. (2000): Kommunikative Kompetenz in der Pflege. Ein pflegedidaktisches Konzept auf der Basis einer qualitativen Analyse der pflegerischen Kommunikation. Stuttgart: Kohlhammer
- Darmann-Finck, I, (2010): Eckpunkter einer interaktionistischen Pflegedidaktik. In: Ertl-Schuck, R., Fichtmüller, F. (Hrsg.): Theorien und Modelle der Pflegedidaktik. Eine Einführung. Weinheim: Beltz. S. 13-54
- Darmann-Finck, I, Muths, S., Görres, S., Adrian, C., Bomball, J., und Reuschenbach, B. (2014): Abschlussbericht. Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW. MGEPA NRW: https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/pflege_abschlussbericht_26_05_2015.pdf (20.7.19)
- Dehnbostel, P. (2007): Lernen im Prozess der Arbeit. Münster. Waxmann
- Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (2011): <http://www.deutscherqualifikationsrahmen.de> (20.07.20)
- Ertl-Schmuck, R./Fichtmüller, F. (Hrsg.) (2010): Theorien und Modelle der Pflegedidaktik. Eine Einführung. Weinheim / München: Juventa
- Ertl-Schmuck, R., Greb, U. (Hrsg.) (2013): Pflegedidaktische Handlungsfelder. Pflegedidaktische Forschungsfelder. Weinheim, Basel: Beltz.
- Ertl-Schmuck, R., Greb, U. (Hrsg.) (2015): Pflegedidaktische Forschungsfelder. Pflegedidaktische Forschungsfelder. Weinheim, Basel: Beltz.
- Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG 2017). Bundesgesetzblatt. Jahrgang 2017. Teil I. Nr. 49 ausgegeben zu Bonn 24.Juli 2017
- Greb, Ulrike (1997): Das Metaparadigma der Krankenpflege. In: Dr. med. Mabuse, Nr. 109, Teil 1, S. 60–64, Teil 2, Nr. 110, S. 62–65. 22. Jahrgang. Frankfurt am Main: Mabuse
- Greb, Ulrike/Studierende der Pflegepädagogik (2001): Der Strukturgitteransatz in der Fachdidaktik Intensivpflege. In: PrInterNet 11/2001. 3. Jahrgang. Mönchaltorf: HpS-Medienverlag. S. 252–268
- Greb, Ulrike (2002): Strukturgitter zur Generierung von Lernfeldern am Beispiel der Pflege in der Psychiatrie. In: Darmann, Ingrid/Wittneben, Karin (Hrsg.) (2002): Gesundheit und Pflege: Bildungshaltigkeit von Lernfeldern. Wissensbestände und Wissenstransfer. Bielefeld: Bertelsmann. S. 37–46
- Greb, Ulrike (2003): Identitätskritik und Lehrerbildung. Ein hochschuldidaktisches Konzept für die Fachdidaktik Pflege. Frankfurt am Main: Mabuse

- Greb, Ulrike (2006): „Helfen“ im Diskurs der Negativen Dialektik – eine Chiffre für pflegerisches Handeln. In: *Pflege & Gesellschaft* Heft 1 (2006). 11. Jahrgang. Weinheim: Juventa. S. 12–16
- Greb, Ulrike (2008a): *Lernfelder fachdidaktisch interpretieren. Werkstattberichte zur Gestaltung von Gesundheits- und Krankheitsthemen im schulischen Bereich*. 2. Auflage. Frankfurt am Main: Mabuse
- Greb, Ulrike (2008b): *Das Strukturgitter für die Fachrichtung Pflege – Entstehungsgeschichte und Begründungszusammenhang*. In: Dies./Hoops, Wolfgang (Hrsg.): „Demenz“ – jenseits der Diagnose. *Pflegedidaktische Interpretation und Unterrichtssetting*. Frankfurt am Main: Mabuse. S. 31–102
- Greb, Ulrike/Hoops, Wolfgang (2008): *Didaktische Analyse und Planung des Lernfeldes*. In: Dies. (Hrsg.) (2008): „Demenz“ – jenseits der Diagnose. *Pflegedidaktische Interpretation und Unterrichtssetting*. Frankfurt am Main: Mabuse, S. 117–144
- Greb, Ulrike (2009a): *Didaktik der beruflichen Fachrichtung Gesundheit: Der pflegedidaktische Kriteriensatz*. Universität Hamburg. Beitrag aus dem life-Dossier „Heterogenität“, Mai 2009. <http://life.epb.uni-hamburg.de//node/84>. S. 1–13 (eingesehen 11.04.2011)
- Greb, Ulrike (2009b): *Der Strukturgitteransatz in der Pflegedidaktik*. In: Olbrich, Christa (Hrsg.) (2009): *Modelle der Pflegedidaktik*. München: Elsevier. Urban & Fischer. S. 23–42
- Greb, Ulrike (2010): *Die pflegedidaktische Kategorialanalyse*. In: Ertl-Schmuck, Roswitha/Fichtmüller, Franziska (Hrsg.) (2010): *Theorien und Modelle der Pflegedidaktik. Eine Einführung*. Weinheim/München: Juventa. S. 124–163
- Greb, Ulrike/Fuhlendorf, Anke (2013): *Hochschuldidaktik – ein Exempel: MS oder vom Leben auf einer Eisscholle*. In: Ertl-Schmuck, Roswitha/Greb, Ulrike (Hrsg.) (2013): *Pflegedidaktische Handlungsfelder*. Weinheim: Beltz Juventa, S. 90–123
- Haasler, B. (2003): *BAG-Analyse- Analyseverfahren zur Identifikation von Arbeits- und Lerninhalten für die Gestaltung beruflicher Bildung*: https://www.pedocs.de/volltexte/2014/9166/pdf/Haasler_2003_BAG_Analyse.pdf (20.07.19)
- Hülken-Giesler, Manfred (2008): *Der Zugang zum Anderen. Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimesis und Maschinenlogik*. Göttingen: V & R unipress
- Hundenborn, G., Knigge-Demal, B.(1998): *Curriculare Rahmenkonzeption. Zum Begriff von Pflegesituationen und Generierung von Qualifikationen*. Teil 5 des Zwischenberichts der Landeskommision zur Erstellung eines landeseinheitlichen Curriculums als empfehlende Ausbildungsrichtlinie für die Kranken- und Kinderkrankenpflegeausbildung im Auftrag des Landes NRW
- Klafki, W. (1996): *Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik*. Weinheim: Beltz
- Kleiner, M, Raunder, F, Reinhold, M., Röben, P. (2002): *Curriculum-Designs I. Identifizieren und Beschreiben von beruflichen Arbeitsaufgaben*. Konstanz: Christiani
- Kühme, B. (2015): *Identitätsentwicklung in der pflegepraktischen Ausbildung*. In: Ertl-Schmuck, Roswitha (Hrsg.), Greb, Ulrike (Hrsg.) (2015): *Pflegedidaktische Forschungsfelder*. Weinheim, Basel: Beltz, Juventa. S. 102-124

- Kühme, Benjamin (2018): Die kritische Patientenfallanalyse. In: Barre, Kirsten, Balzer, Sabine, Hoops, Wolfgang, Kühme, Benjamin (Hrsg.) (2018): „Kritisches Denken in der Pflege“ – eine Festschrift für Ulrike Greb. Frankfurt am Main: Mabuse. S. 48-65
- Kühme, Benjamin, Narbei, Ethel (2019): Pflegedidaktisch reflektierte Transferaufgaben zur Praxis-Theorie-Vernetzung. PADUA. (01). „Praxislernen im Pflegestudium“ Bern Hogrefe: Huber. S. 13-19
- Lamnek, S. (2010). Qualitative Sozialforschung (5. Überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz.
- Mayer, H. (2007): Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. Wien: Facultas
- Meuser, Michael, Nagel, Ulrike (2010): Experteninterviews – wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführungen. In: Friebersthäuser, Barbara, Langer, Antje, Prengel, Anedore (Hrsg.) (2010): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim, München: Juventa. S.457-472.
- Pätzold, G., Rauner, F. (2006) Die empirische Fundierung der Curriculumentwicklung – Annäherungen an einen vernachlässigten Forschungszusammenhang. In: Pätzold, G, Rauner, F.; (Hrsg.): Qualifikationsforschung und Curriculumentwicklung. Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik. Stuttgart: Reiner. S. 7-28
- Rahmenpläne der Fachkommission nach §53 (2017): <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/16560> (20.707.19)
- Rauner, F. (2004): Qualifikationsforschung und Curriculum – ein aufzuklärender Zusammenhang. In: Rauner, F. (Hrsg.): Qualifikationsforschung und Curriculum. Analysieren und Gestalten beruflicher Arbeit und Bildung. Bielefeld: Bertelsmann. S. 9-43
- Remmers, Hartmut (2000): Pflegerisches Handeln – Wissenschafts- und Ethikdiskurse zur Konturierung der Pflegewissenschaft. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Huber
- Schneider, C., Kuckeland, H., Hatziliadis, M. (2019): Berufsfeldanalyse in der Pflege. Ausgangspunkt für die curriculare Entwicklung einer generalistisch ausgerichteten Pflegeausbildung. In: Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik, 115 (2019). Stuttgart: Steiner, 1, S. 6-38
- Spöttl, G. (2006): Experten-Facharbeiter-Workshops. In: Rauner, F. (Hrsg.): Handbuch Berufsbildungsforschung. Bielefeld: Bertelsmann. S. 611-616
- Walter, Anja (2011): Welche Anforderungen stellen berufsqualifizierende gesundheitsbezogene Studiengänge an die Hochschuldidaktik? In: Pflegewissenschaft/PfInterNet. Band 1/11. 13. Jahrgang. Mönchaltorf: hps-media. S. 40–44
- Wittneben, K. (2003): Pflegekonzepte in der Weiterbildung für Pflegelehrerinnen und Pflegelehrer: Leitlinien einer kritisch-konstruktiven Pflegelernfelddidaktik. Bern: Peter Lang

