



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

FAKULTÄT WIRTSCHAFTS- UND SOZIALWISSENSCHAFTEN

**Anhang II (Modulhandbuch)
zum Abschlussbericht**

Fachkraft für onkologische Pflege

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
---------------------------------	------------

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

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

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

2.1	MODULSTRUKTURPLAN FACHKRAFT FÜR ONKOLOGISCHE PFLEGE	56
2.2	MODUL „PERSPEKTIVENWECHSEL IN DER ONKOLOGISCHEN FACHPFLEGE: DAS BEHANDLUNGSTEAM“	58
2.3	MODUL „PERSPEKTIVENWECHSEL IN DER ONKOLOGISCHEN FACHPFLEGE: PFLEGEEMPFÄNGER“	66
2.4	MODUL „PERSPEKTIVENWECHSEL IN DER ONKOLOGISCHEN FACHPFLEGE: DIE INSTITUTION“	73
2.5	MODUL „FALLORIENTIERTES ARBEITEN IN DER ONKOLOGISCHEN FACHPFLEGE“	78
2.6	MODUL „FACHSPEZIFISCHE PFLEGE GESTALTEN“ (PRAXISMODUL)	83
2.7	MODUL „ZUM VERHÄLTNIS EXTERNER UND INTERNER EVIDENZ IN DER ONKOLOGISCHEN FACHPFLEGE“	88
2.8	MODUL „PERSPEKTIVENWECHSEL IN DER ONKOLOGISCHEN FACHPFLEGE: PROZESSE DER VERSORGUNG“	95
2.9	MODUL „DEM BESONDEREN FALL MIT GEEIGNETEN HILFSANGEBOTEN GERECHT WERDEN“	102
2.10	MODUL „WISSENSTRANSFER IN DIE ONKOLOGISCHE FACHPRAXIS - KONZEPTE UND METHODEN“	111
2.11	MODUL PRAXISMODUL „PROJEKT FACHSPEZIFISCH GESTALTEN“ (PROJEKT)	116
2.12	MODUL „FACHSPEZIFISCHE PFLEGE GESTALTEN“ (PRAXISMODUL)	121
2.13	MODUL „ORIENTIERUNG, INSTITUTIONSSPEZIFISCHE VERTIEFUNG UND PRÜFUNGSVORBEREITUNG ZUR ONKOLOGISCHEN FACHPFLEGENDE“	125
2.14	MODULTITEL UND SIGNATUREN IM ÜBERBLICK	129

1 Einleitung

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

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

1.1 Modulstrukturplan Kerncurriculum

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

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

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

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

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

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

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Pflegende

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

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

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

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

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

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Aus der Perspektive der Institution

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

.

Aus der Perspektive der Interaktion

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

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

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

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

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

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

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

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

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Pflegende

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

Ein Pflegender:

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

Eine Gruppe von Pflegenden:

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

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

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

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

Eine Pflegende

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

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

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Aus der Perspektive der Interaktion

Theoriegeleitetes Handeln setzt das Selbstverständnis voraus, auf den Theoriefundus und die Wissensbestände der eigenen Domäne zu reflektieren. Während in der Pflegepraxis ein an der Medizin orientiertes Handeln traditionell befolgt wird, bleiben pflegetheoretische und pflegewissenschaftliche Begründungen aus. Theoriegeleitetes Handeln in der Pflegepraxis erfreut sich auch 25 Jahre nach Einführung des pflegetheoretischen Diskurses in den deutschsprachigen Raum (u. a. Schaeffer, Moers, Steppe, Meleis 1997) einer ausgesprochenen Unbeliebtheit. Dies ist bedenklich, da die Pflege als Profession den Überformungsversuchen durch andere Wissenschaftsdisziplinen wenig entgegensetzen kann (Moers, Schaeffer, Schnepf 2011: 349) und damit den Fremdbestimmungen anderer Professionen ausgesetzt ist. Auch in der Fachpraxis zeigt sich (siehe Interviewbeispiele), dass ein Ableiten der Pflege aus medizinischen Diagnosestellungen gängiges Vorgehen ist. Vor diesen Hintergründen werden zwei wesentliche Befunde zum theoriegeleiteten Handeln in der Pflegepraxis deutlich: zum einen, dass Sinn und Zweck der (pflege-) theoretischen Reflexion in der Praxis unklar ist – zum anderen, dass eine praxisrelevante Vermittlung der (pflege-) theoretischen Bezüge über die Ausbildung offenbar nicht gelingt. Doch was nutzt nun (pflege-) theoretisch geleitetes Handeln in der Praxis? Führt man diesen Gedanken weiter aus, so ist zunächst festzuhalten, dass das sprachlich vermittelte Unvermögen zur Darstellung des „Pflegerischen“ zur Komplexitätseinbuße führt und damit Pflegeleistungen reduziert. Das Ergebnis: „der Pat. ist fit!“, wie es in den Übergaben zu hören ist. Die undifferenzierte Darstellung der Pflege befördert eine berufliche Fremdbestimmung geradezu und verleitet, Pflegeleistung ausschließlich als medizinische Assistenz zu sehen, da es ja offenbar keinen theoriegeleiteten Anlass für pflegerische Handlungen gibt. Sprache gestaltet die gesellschaftliche Wirklichkeit (Bartholomeyczik 1997: 11 ff.). Über diesen Weg wird die gesellschaftliche Wirklichkeit in

Form von Fremdbestimmung der Pflegepraxis zur regelnden und damit auch ökonomischen Realität, in welcher nur die an körperlichen Bedürfnissen ausgerichtete Pflege existiert und der „Pat. fit ist!“. „Fitte“ Patient*innen/ Bewohner*innen brauchen keine Pflegenden.

Anders könnte es sich verhalten, wenn Pflegenden die Pflegeprozessplanung unter Verwendung der Vielfalt von Pflege-theorien gestalten würden und diese nicht als notwendiges Übel zur Dokumentation und in der praktischen Berufsprüfung betrachten. Bereits in der sprachlichen Selbstverständlichkeit bildet sich Pflege komplexer und damit angemessener ab, wenn wir die kultursensible Brille aufsetzen (Leininger 1998) und pflegerische Handlungen begründen, das Selbstpflegedefizit oder Selbstpflegeerfordernisse bestimmen (Orem 1997), bei der Diagnostik und Therapie mitwirken sowie Behandlungen durchführen und überwachen, die Qualität der medizinischen Behandlung überwachen (Benner 2000), die Stellvertreterposition bzw. die Ersatzfunktion für Pflegeempfänger einnehmen und ihrer Angst in unseren Handlungen Rechnung tragen (Peplau 1997), die fördernde Prozesspflege ausrichten (Krohwinkel 2013) oder gar den Systemerhalt im ganzen Familiensystem verfolgen (Friedemann, Köhlen 2018). Die Reflexion auf Theorien stellt die Vielfalt und Komplexität der Pflege dar.

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

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

Aus der Perspektive des Individuums

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

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

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

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

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

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

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

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

Vorschlag zum AVL:

Modulleistung Praxismodul „Pflegeprozess im Handlungsfeld“ (Praxisbericht schriftlich)

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

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

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

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

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

Critical Thinking/Diagnostischer Prozess

Fallverläufe in Institutionen, Patient*innenschädigungen

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

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Pflegende

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

Ein Pflegender:

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

Eine Gruppe von Pflegenden:

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

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

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

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

Eine Pflgende

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

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

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

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

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

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

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

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

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

Leistungsüberprüfung: PBS/PMU (Kombinationsprüfung)

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

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

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

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

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

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

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

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Ein Pflegender

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

Eine Gruppe von Pflegenden

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

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

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

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

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

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

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Aus der Perspektive der Interaktion

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

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

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

Aus der Perspektive des Individuums

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

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

Leistungsüberprüfung: HA/K/R/PFP

Prüfungskombination mit Praxismodul „Wissenschaftliches Arbeiten im Handlungsfeld“

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

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

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Erhebung Praxissituation zur Themenfindung EBN, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

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

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

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

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

Ein Pflegender

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

Eine Gruppe von Pflegenden

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

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

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

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

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

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

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

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

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

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

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

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

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

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

Leistungsüberprüfung: PBM/PBS/PMU

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

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

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

- Fallerhebung nach Arbeitsverbundenem Lernen – Themenfindung zum EBN

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Erhebung Praxissituation zur Themenfindung EBN, Erstellung Prüfungsleistung

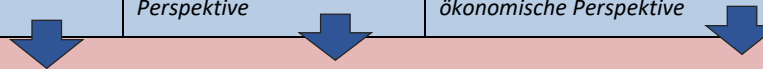
Literaturempfehlungen:

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

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

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

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

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

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

Sozialisation und berufliches Selbstverständnis zum Wissenstransfer in die Pflegepraxis:

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

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

Berufliche Weiterbildung zur Spezialisierung nach einer generalistischen Ausbildung.

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Gruppe von Anleiter*innen: „

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Die Sicht der Pflegenden

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

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

Die Sicht der Pflegenden und des Behandlungsteams

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

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

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

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

Leistungsüberprüfung: HA/R/PR/

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Reflexion Praxissituation zur Anleitung, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

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

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

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

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

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

Pflegedidaktische Forschung:

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

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Anleiterin:

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

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

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

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

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

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Die Sicht der Pflegenden

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

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

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

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

Leistungsüberprüfung: HA/PR/R

HA wahlweise PR, R

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

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

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

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

alternativ

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

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Erhebung Praxissituation zur Anleitung, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

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

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

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

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

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

Evaluation im Pflegebildungsbereich/ Leistungsbeurteilung / Ergebnissicherung/ Bildungsforschung

Kurzschulungen von Mitarbeiter*innen und Pflegeempfänger*innen

Berufliche Weiterbildung zur Spezialisierung nach einer generalistischen Ausbildung.

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Gruppe von Anleiter*innen: „

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

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

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

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

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

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

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

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

*Die Sicht der Anleiter*innen*

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

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

Praxisanleitung ist durch Anspruch und Scheitern gekennzeichnet, wie die Interviewauszüge aufweisen. Nicht immer gelingen Vermittlungsprozesse und Anleiter*innen, aber auch Schüler*innen, stellen sich selbst oder das Gegenüber in Frage. Unter diesen Voraussetzungen gelingen Vermittlungsprozess nur schlecht oder gar nicht. Festzuhalten ist, dass Lernende unsicher und ungewohnt in neue Pflegeteams kommen, was nicht selten von Emotionen begleitet wird. Das Zurechtfinden im neuen Arbeitsbereich oder Team ist von selektiver Wahrnehmung und von Fehlinterpretationen beeinflusst, was Lernprozesse verstellt. Helfen kann, wenn die erfahrene Anleiter*in eine Subjektperspektive einnimmt und Verantwortung für die Gestaltung von gelingenden Lernprozessen übernimmt. In diesem Sinne kann von einer bildenden Begegnung gesprochen werden, in der sich Lernende und Anleiter*in finden müssen.

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

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

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

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

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

Lehrervorträge zu Konzepten der Praxisanleitung, Workshops zur Planung der Anleitung/
Lehrervortrag zur Kompetenzbildung nach DQR und PflAPrV/Wie können Kompetenzen sinnvoll in der Anleitungsarbeit eingesetzt werden?/ **Gruppenarbeiten** mit Kompetenzbeschreibungen für Praxissituationen

Lehrervortrag zum Arbeitsorientierten Lernen nach Darmann-Finck (u.a. Rahmenpläne)/ Workshops zu Lernaufgaben des Arbeitsverbundenen Lernens entwickeln./

Lehrervortrag zum Selbstgesteuertem Lernen: Kompetenzbildung und Grenzen im Pflegepraxis-system erkennen.

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

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

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

Leistungsüberprüfung: wahlweise HA/P/R/PFP

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

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Themenvertiefung, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

- Altmeppen, Sandra (2022): Identität – Beruf – Bildung. Wie Auszubildende den Pfleg- eberuf biografisch einbetten und berufliche Identitätsarbeit leisten. Eine qualitative Studie. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Arens, F. (2015): gesetzlicher Auftrag zur Praxisbegleitung und Praxisanleitung in den Gesundheitsberufen. In: Praxisbegleitung in der beruflichen und akademischen Pflegeausbildung. Eine Standortbestimmung. Berlin: Wissenschaftlicher Verlag. S. 26-49
- Böttgeman, Marlies, Kühme, Benjamin, Schöninger, Ute (2019): Das Praxiscurriculum im Studiengang Pflege dual - Das Osnabrücker Modell: Spagat zwischen Anspruch und Alltag. PADUA. (01) „Praxislernen im Pflegestudium“. Bern Hogrefe: Huber. S. 21-28,
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Gesundheit (2019): Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG. Berlin
- Darmann-Finck, Ingrid, Muths, Sabine (2016): Lernen im Prozess der Arbeit - Theorie- Praxis-Verknüpfung in der akademischen Erstausbildung. In: Therapie Lernen. Zeitschrift für Lehrende und Lernende (2016/2017). Heft 5. 5.Jahrg. Bremen: Edition HarVe. S. 6-13
- Emmrich, D., Hotze, E., Moers, M. (2006): Beratung in der ambulanten Pflege. Prob- lemfelder und Lösungsansätze mit Fortbildungskonzept. Seelze, Velber: Kallmeyer,
- Giesecking, Anja, Kühme, Benjamin, Hotze, Elke, Braun von Reinersdorff, Andrea, Pope, Martin (2022): Integration hochschulischer Bildung in die berufliche Weiterbildung. In- tegration of higher education in vocational specialised education. In: Pflege& Gesell- schaft (2022). H. 1. 27. Jg. Weinheim: Beltz Juventa. S. 32- 45
- Heimann, Paul, Otto, Gunter, Schulz, Wolfgang (1979): Unterricht: Analyse und Pla- nung. 10., unveränderte Auflage. Hannover: Schroedel,
- Kühme, Benjamin, Narbei, Ethel (2019): Pflegedidaktisch reflektierte Transferaufgaben zur Praxis-Theorie-Vernetzung. PADUA. (01). „Praxislernen im Pflegestudium“ Bern Hogrefe: Huber. S. 13-19.

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

2 Fachspezifische Module

2.1 Modulstrukturplan Fachkraft für onkologische Pflege

	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				

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

2.2 Modul „Perspektivenwechsel in der onkologischen Fachpflege: das Behandlungsteam“

Modultitel/Modulkennung: 01PWBFO 01 „Perspektivenwechsel in der onkologischen Fachpflege: das Behandlungsteam“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Modul „Perspektivenwechsel in der onkologischen Fachpflege: die Institution“ (Fachspezifisches Modul)</i> <i>Modul „Perspektivenwechsel in der onkologischen Fachpflege: Pflegeempfänger“ (Fachspezifisches Modul)</i> <i>Modul „Perspektivenwechsel in der onkologischen Fachpflege: Prozesse der Versorgung“ (Fachspezifisches Modul)</i> <i>Modul „Beziehung gestalten – Pflegeverständnis, Ethisches Handeln, Selbstfürsorge“ (Basismodul)</i>			
Workload: 60 Std davon 40 Std. Kontaktstunden, 20 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
Reflexionskategorien: 1.I Leiderfahrung und Leibentfremdung 1.II Empathie und Intervention (Methode) 2.II Teamarbeit und Konkurrenz Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Anerkennung Asymmetrie Rollenambiguität Inhalte: ▪ Pflgeteam 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 Pflegende			

- 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 herausfordern-

den 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 Teilnahmbereitschaft 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 Lymphomerkkrankung 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: Pflegeetheorie 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 Pflegendе bestimmte Aufgaben ablehnen, die sie für vermeintlich delegierte ärztliche Tätigkeiten halten. Dagegen weist die Pflegeetheorie 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...

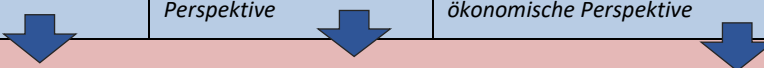
- ... verfügen über ein integriertes berufliches und pflgetheoretisches Wissen im Tätigkeitsfeld der onkologischen Fachpflege und kennen die Grenzen zur Bezugswissenschaft Onkologie
- ... verstehen das Konzept „Caring“ und können es in der Praxis auf die Fachpflege Onkologie übertragen, übernehmen Verantwortung 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 pflgetheoretisch reflektiert beim Prozess der Diagnostik
- kennen therapeutische Interventionen in der Onkologie, können diese pflgetheoretisch 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

Leistungsüberprüfung: K/R/M •
Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):
Lernvorschläge für die Selbststudienzeit: - Literaturstudium der vorgeschlagenen Pflegeetheorie (Benner 2012), ausgewählte Arbeitstexte - Literaturstudium Erkrankungen in der Onkologie - Erstellung Prüfungsleistung
Literaturempfehlungen: • Bartholomeyczik, S. (2010): Professionelle Pflege heute. Einige Thesen. In: Kreutzer, S.; Remmers, H. (Hrsg.) (2010): Transformation pflegerischen Handelns: Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert. Osnabrück: V & R Unipress, S. 134–155. • Benner, P. (2012): Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. Bern: Huber • 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, K. (2018): Berufsverständnis. Handlungskonzepte und Haltungen in der Pflege – das Konzept des „Caring“. In: Büker, Christa, Lademann, Julia, Müller, Klaus (Hrsg.) (2018): Moderne Pflege heute. Beruf und Profession zeitgemäß verstehen. Stuttgart: Kohlhammer. S. 87-102 • 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: 28.12.2022

2.3 Modul „Perspektivenwechsel in der onkologischen Fachpflege: Pflegeempfänger“

Modultitel/Modulkennung: 01PWFO 01 „Perspektivenwechsel in der onkologischen Fachpflege: Pflegeempfänger“ (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: das Behandlungsteam“ (Fachspezifisches Modul) Modul „Fallorientiertes Arbeiten in der onkologischen Fachpflege“ (Fachspezifisches Modul)			
Workload: 60 Std davon 40 Std. Kontaktstunden, 20 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
			
Reflexionskategorien: 1.I Leiderfahrung und Leibentfremdung 1.II Empathie und Intervention (Methode) 2.I Mimesis und Projektion Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Introspektionsfähigkeit Anerkennung Asymmetrie Rollenambiguität Inhalte: - Entfremdung des Patienten in seiner Handlungs-/ Entscheidungsautonomie - Zerrissenheit des Patienten zwischen Realitätssinn und regressiver Hilflosigkeit - Deutung der Patientensituation durch Pflegenden - Anerkennung des Patientenwillens und der Patientenautonomie - Gefahr der Projektion: Unreflektierte Übertragung von bisher erlebten tödlichen Krankheitsverläufen bei Patienten auf aktuelle Fälle - Wissensasymmetrie, Angstasymmetrie (Behrens; Langer) zwischen Professionellen und Patienten bzw. Angehörigen - Abwehrmechanismen gegen die Todesangst - Asymmetrien zwischen Pflegenden und Patient*innen - Bereiche der Pflegepraxis nach Benner (Helfen)			

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.“

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.“

„Die Frau wollte die Therapie nicht von sich aus limitieren. Sie konnte das nicht. Die beiden hatten einander versprochen zu kämpfen.“

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.“

Pflegende: „(...) und offensichtlich war für mich, dass sie auch sich ganz schwer getan hat jetzt wirklich Entscheidungen zu treffen über ein weiter so hinaus. Und die meisten Gespräche sind spät abends erfolgt. Sie hat bis zwei Wochen, also er hat noch gut zwei Wochen bei uns dann im Sterben gelegen, hat sie noch einer vollen Berufstätigkeit nachgegangen und sie war tagsüber immer nur im Bankdress auf Station, um mal eben eine Visite mitzumachen. Es war gar keine Ruhe irgendwie wirklich über wichtige Dinge ins Gespräch zu kommen und das hat sie vorrangig am Wochenende getan oder spät abends. Und ich glaube sie war ganz dankbar, dass letztendlich die Ärzte die Entscheidung abgenommen haben, dass es noch weiter so sein sollte. Sie war innerlich damit einverstanden, konnte diese Entscheidung für sich aber, oder für ihren Mann, nicht treffen. Und, ja, insofern war das sicherlich schwierig, aber sie hat auch immer wieder zum Ausdruck gebracht, dass die beiden sich immer gut aufgehoben gefühlt haben, auch postum noch, und war, als die Entscheidung fiel, wir gehen den palliativen Weg, sichtlich gelöst. Gelöst und konnte sich dann wieder auf wesentliche Dinge, die dann wichtig waren, konzentrieren.“

„Nicht schöner Sidekick am Ende war, dass wir glauben, dass die terminale Sedierung des Patienten suboptimal gewesen ist, weil das auch zu ängstlich angegangen worden ist. Der Patient hat

mit seinem Lymphomerkranke 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.“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Die Sicht der Betroffenen und deren Angehöriger

Im Modul „Perspektivenwechsel in der onkologischen Fachpflege: Pflegeempfänger“ steht in der *leibgebundenen Perspektive* die Entfremdung des Patienten in seiner Handlungs-/ Entscheidungsautonomie im Zentrum. Damit einhergehend zeigt sich seine Zerrissenheit zwischen autonomer Entscheidungsgewalt und regressiver Hilflosigkeit angesichts der Betroffenheit durch die lebens- und identitätsbedrohende Erkrankung. Die Illusion der Unverwundbarkeit des Patienten im Exempel als Abwehrstrategie gegen die Todesangst (vgl. Fuchs 2003) wird in der Erkenntnis der realen existenziellen Bedrohung der fremdbestimmenden Diagnostik und Therapie geopfert. Denkbar sind aber auch andere Abwehrformen und damit verknüpfte Reaktionen (etwa Depression oder auch Aggressionen, die sich z. B. gegen Pflegende und Angehörige richten können).

Methodischer Vorschlag: Einstieg Exempel lesen/Diskussion oder Szenisches Spiel (Oelke) zur Perspektiveneinnahme Betroffener: Teilnehmer*innen finden Beispiele aus der onkologischen Fachpraxis, in denen es Abwehrreaktionen und/oder Aggressionen der Betroffenen kam/ **Lehrervortrag:** Abwehrmechanismen (u.a. Uhl 2014: 36ff.), **Lehrervortrag:** Pathopsychologische Veränderungen bei bösartigen Erkrankungen/ **Lehrervortrag** Existenzanalyse alternativ Videobeitrag: <https://existenzanalyse.ch/existenzanalyse/was-ist-existenzanalyse-und-logotherapie/> / Lektüre zur Fachliteratur: Farkas, Andritsch (2018: 20-26): Psychoonkologie und Existenzanalyse. Betreuung und Behandlung im Krankenhaussetting. Längle (2016): Existenzanalyse. Existenzielle Zugänge in der Psychotherapie/ Diskussion der Ansätze.

Zwischen Pflegenden und Patienten sowie zwischen Pflegenden und Angehörigen besteht eine konstitutionelle Asymmetrie, die Behrens und Langer in Informations- und Angstasymmetrie differenzieren (vgl. 2016, S. 93f.). Sowohl durch die leibliche Betroffenheit als auch durch Wissensdefizite sind die Patienten und Angehörigen auf Unterstützung durch die professionellen Akteure angewiesen. Das onkologische Pflege team übernimmt dabei nicht nur in der Begleitung des Patienten, sondern auch in der Betreuung der Angehörigen eine Moderationsfunktion zwischen verschiedenen Fachdisziplinen (Onkologie, Psychoonkologie, Seelsorge etc.).

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

Lektürearbeit: Behrens und Langer: Asymmetrie zwischen Pflegenden und Patient*innen: Informations- und Angstasymmetrie (vgl. 2016, S. 93f.). Fragestellung: „Welche Rolle spielt das asymmetrische Verhältnis in der onkologischen Fachpraxis?“ Beiträge im Plenum sammeln und diskutieren.

Die Sicht der Pflegenden

In der *Perspektive der Interaktion* ist die Deutung der Patientensituation durch die Pflegenden und ihre Anerkennung des Patientenwillens und der Patientenautonomie von Bedeutung. Darin besteht zugleich die Gefahr der Projektion: Unreflektiert könnten frühere Erfahrungen mit tödlichen Krankheitsverläufen bei Patient*innen oder aber eigene (Todes-)Ängste (vgl. Buchmann; Greb 2008, S. 311) auf den aktuellen Fall übertragen und daraus voreilig Schlussfolgerungen auf seine Situation abgeleitet werden. Diese Projektion könnte unbewusst durch Widerstände gegen die sowohl den Patienten als auch die Pflegenden belastende Weiterbehandlung ausgelöst werden.

Methodischer Vorschlag: Einstieg Exempel und Diskussion **in Kleingruppen:** Beschreiben sie Praxissituationen, in denen sie bei Patient*innen Interventionen durchführen mussten, obwohl diese aus ihrer Sicht keine Relevanz für eine Verbesserung der Situation mehr hatten! Beschreiben sie den Widerspruch, der sich für sie ergeben hat. Tauschen sie sich in der Kleingruppe aus.“ **Zusammenfassung für das Plenum** vorbereiten (Protokoll) und dort vorstellen. **Diskussion** in der Gesamtgruppe. **Lehrervortrag** zu den Phänomenen der „Übertragung und Gegenübertragung“ (u.a. Bettighofer 2022). **Diskussion/ Lektürearbeit:** Müller, M.; Pfister, D. [Hrsg.] (2012): Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin. Zusammenfassung des Moduls.

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

• ... können die Bedürfnisse und Bedarfe von Patient*innen und deren Angehörigen in der Onkologie vorausschauend berücksichtigen und im Versorgungsteam einbringen; • ... reflektieren eigene Gefühle und Abwehrmechanismen im Kontext der Pflege von Patient*innen mit bösartigen und limitierenden Erkrankungen, können sich ihre Gefühle und Abwehrmechanismen in immer neuen Versorgungssituationen bewusstmachen und hierfür Verantwortung im Versorgungsteam übernehmen; • ... verfügen über ein integriertes berufliches und pflegetheoretisches Wissen im Tätigkeitsfeld der onkologischen Fachpflege und kennen die Grenzen zur Bezugswissenschaft Onkologie • ... 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 • kennen Techniken in der onkologischen Behandlung und unterstützen pflegetheoretisch reflektiert beim Prozess der Diagnostik (Benner) • 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
Leistungsüberprüfung: K/R/M
Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen): - Ggf. Fallerhebung in der Praxis nach Arbeitsverbundenem Lernen.
Lernvorschläge für die Selbststudienzeit: - Literaturstudium der vorgeschlagenen Pflege Theorie (Benner 2012), ausgewählte Arbeitstexte - Fallreflexion mithilfe der vorgeschlagenen Lektüre, Fallaufbereitung in der Praxis ggf. als Prüfungsleistung - Prüfungsvorbereitung
Literaturempfehlungen: • Barre, K. (2013): Evidence-based Nursing in der pflegedidaktischen Vermittlung. Frankfurt am Main: Mabuse, S. 174–176. • Bartholomeyczik, S. (2010): Professionelle Pflege heute. Einige Thesen. In: Kreutzer, S.; Remmers, H. (Hrsg.) (2010): Transformation pflegerischen Handelns: Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert. Osnabrück: V & R Unipress, S. 134–155. • Behrens, J.; Langer, G. (2016): Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber. • Benner, P. (2012): Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. Bern: Huber • Bettighofer, S. (2022): Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess. Stuttgart: Kohlhammer • Buchmann, U.; Greb, U. (2008): Pflegedidaktische Curriculumentwicklung. Neue Anforderungen in der Lehrerbildung. Case Management und pflegedidaktische Kategorialanalyse. Pflegewissenschaft 05/08: 301–311 • Diehl, E.; Rieger, S.; Letzel, S.; Nienhaus, A. & Escobar Pinzon, L. (2019): Belastungen und Ressourcen von Pflegekräften der spezialisierten Palliativversorgung. Eine explorative Querschnittstudie. In: Pflege. 32. Jg., Heft 4: 209–223. DOI: 10.1024/1012-

[5302/a000680](https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1012-5302/a000680). Verfügbar unter: <https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1012-5302/a000680> [Zugriff am 27.04.2021].

- Farkas, C., Andritsch, E. (2018): Psychoonkologie und Existenzanalyse. Betreuung und Behandlung im Krankenhaussetting. In: Existenzanalyse 2018, 35, Nr. 1. S. 20-26 (https://www.existenzanalyse.org/wp-content/uploads/EA_1_2018_Farkas_Andritsch.pdf. 22.08.22)
- Fuchs, T. (2003): Leiden an der Sterblichkeit. Formen neurotischer Todesverleugnung. Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie. 51 (1): 41–50.
- Holthausen-Markou, S.; Leweke, F.; Milch, W. (2003): Supervision auf onkologischen Stationen. Der Gynäkologe 38 (8): 696–704.
- 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.
- König, O., Schattenhofer, K. (2021): Einführung in die Fallbesprechung und Supervision. Heidelberg: Carl-Auer, Compact.
- Längle A (2016) Existenzanalyse. Existentielle Zugänge in der Psychotherapie. Wien: Facultas
- Lexa, N. (2014): Fallbesprechungen in der Palliative Care: Praxiswissen für kompetentes Handeln (Pflegekolleg). Hannover: Schlütersche.
- Marckmann, G.; Mayer, F. (2009): Ethische Fallbesprechungen in der Onkologie. Grundlagen einer prinzipienorientierten Falldiskussion. Der Onkologe 15 (10): 980–988.
- Müller, M.; Pfister, D. [Hrsg.] (2012): Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Müller, M.; Pfister, D.; Markett, S. & Jaspers, B. (2009): Wie viel Tod verträgt das Team? Eine bundesweite Befragung der Palliativstationen in Deutschland. In: Der Schmerz. 23. Jg. Heft 6: 600–608. DOI: 10.1007/s00482-009-0845-y. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00482-009-0845-y.pdf> [Zugriff am 16.04.2021].
- 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.
- Uhl, Bernhard (2014): Psychische Abwehrmechanismen. In: Uhl, B. (2014) (Hrsg.): Palliativmedizin in der Gynäkologie. Stuttgart: Thieme 36ff.
-

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

2.4 Modul „Perspektivenwechsel in der onkologischen Fachpflege: die Institution“

Modultitel/Modulkennung: 02PWIFO 01 „„Perspektivenwechsel in der onkologischen Fachpflege: die Institution“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: Modul Perspektivenwechsel in der onkologischen Fachpflege: das Behandlungsteam Modul Perspektivenwechsel in der onkologischen Fachpflege: Pflegeempfänger Modul Perspektivenwechsel in der onkologischen Fachpflege: Prozesse der Versorgung			
Workload: 60 Std davon 40 Std. Kontaktstunden, 20 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
			
Reflexionskategorien: 2.II Teamarbeit und Konkurrenz 3.III Rentabilitätsanspruch (Marktliberalität) und soziale Gerechtigkeit Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Rollenambiguität zwischen Leitlinien und Qualität Privatisierung und Rentabilität in der Onkologie Inhalte: ▪ Zertifizierung in der Onkologie, Organe: G-BA, AWMF-Leitlinien, Entwicklung von Expertenstandards, DNQP			
Eröffnung der Handlungssituation/Exempel: Eine Pflegende <i>„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.“</i> Pflegende, in Bezug auf die Ehefrau des Patienten: <i>„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</i>			

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 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: „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.“

„Die Frau wollte die Therapie nicht von sich aus limitieren. Sie konnte das nicht. Die beiden hatten einander versprochen zu kämpfen.“

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 offensichtlich war für mich, dass sie auch sich ganz schwer getan hat jetzt wirklich Entscheidungen zu treffen über ein weiter so hinaus. Und die meisten Gespräche sind

spät abends erfolgt. Sie hat bis zwei Wochen, also er hat noch gut zwei Wochen bei uns dann im Sterben gelegen, hat sie noch einer vollen Berufstätigkeit nachgegangen und sie war tagsüber immer nur im Bankdress auf Station, um mal eben eine Visite mitzumachen. Es war gar keine Ruhe irgendwie wirklich über wichtige Dinge ins Gespräch zu kommen und das hat sie vorrangig am Wochenende getan oder spät abends. Und ich glaube sie war ganz dankbar, dass letztendlich die Ärzte die Entscheidung abgenommen haben, dass es noch weiter so sein sollte. Sie war innerlich damit einverstanden, konnte diese Entscheidung für sich aber, oder für ihren Mann, nicht treffen. Und, ja, insofern war das sicherlich schwierig, aber sie hat auch immer wieder zum Ausdruck gebracht, dass die beiden sich immer gut aufgehoben gefühlt haben, auch postum noch, und war, als die Entscheidung fiel, wir gehen den palliativen Weg, sichtlich gelöst. Gelöst und konnte sich dann wieder auf wesentliche Dinge, die dann wichtig waren, konzentrieren.“

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 Institution

In der *gesundheitsspolitisch-ökonomischen Perspektive* zeigt sich die Problematik, dass die Qualität der Patient*innenversorgung in der Onkologie de facto heute meist von Zertifizierungen und Qualitätssiegeln abhängig ist. Sofern Zertifikate für die Außendarstellung oder Rentabilität einer Klinik vorteilhaft sind, werden die dafür erforderlichen Bedingungen, z. B. hinreichend qualifiziertes Fachpersonal, erfüllt und die entsprechenden Ressourcen bereitgestellt. Fehlen diese Anreize, so werden solche Verbesserungen der Patient*innenversorgung aus Gründen fehlender Profitabilität wieder zurückgenommen. Dieser marktlogische Mechanismus konterkariert die fachlichen Ansprüche der in der Onkologie tätigen Berufsgruppen, eine qualitativ hochwertige Patient*innenversorgung gewährleisten zu wollen.

Methodischer Vorschlag: Lehrervortrag *Qualität und Zertifizierungen in der Onkologie, Rolle G-BA/ Diskussion der Wirkweisen und Auswirkungen für eine onkologische Pflegeeinheit: „Welche Vorgaben haben welche Wirkweisen in der onkologischen Pflegepraxis? Welche Gremien machen Qualitätsvorgaben für onkologische Einheiten?“* **Rechercheauftrag**, *Zusammenfassung in der Gruppe, Sicherung der Ergebnisse.*

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... sie wissen, wie AWMF-Leitlinien entwickelt werden und können deren Wirkweisen für ihr berufliches Handlungsfeld in der Onkologie einschätzen
- Sie vertiefen ihr Wissen zu einer ausgewählten Leitlinie entsprechend ihres beruflichen Handlungsfeldes und können Transferleistungen für die Praxis ableiten
- ... können wichtige Gremien und Organe für ihre Arbeit in der onkologischen Fachpflege einordnen und die Machtverhältnisse bewerten.
- ... erhalten ein fundiertes Wissen über Instrumente zur Qualitätsentwicklung in der Pflege und deren Anwendungsvoraussetzung in der Praxis, können die Wirkweisen kritisch bewerten
- ... sie verfügen über ein tiefes Fachwissen zur Zertifizierung von onkologischen Versorgungseinheiten der Institution und können die Auswirkungen bewerten;
- ... reflektieren das eigene berufliche Selbstverständnis sowie der Haltung und Rolle als onkologische Fachpflegende vor dem Hintergrund der Bedeutung einer professionsgescheuerten Qualitätsentwicklung mit Hilfe von Expertenstandards.
- sie analysieren Möglichkeiten einer Integration von Expertenstandards in unterschiedlichen Einsatzbereichen der fachpraktischen Weiterbildung unter Berücksichtigung pflegerberuflicher Identitätsbildung zukünftiger Weiterbildungsteilnehmer*innen.
- ... sie nutzen Expertenstandards zur Stärkung des beruflichen Selbstverständnisses der zukünftigen Weiterbildungsteilnehmer*innen in ihrem Einsatzfeld der Onkologie.
-

Leistungsüberprüfung: K/R/M/PR

- Vertiefung einer AWMF-Leitlinie in der Onkologie, alternativ Expertenstandard in der Pflege (DNQP)

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium zu den vorgeschlagenen Inhalten, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

- Bartholomeyczik, S.; Büscher, A.; Höhmann, U.; Sirsch, E. (2019): Anforderungen an die Untersuchung der Wirksamkeit von Expertenstandards. In: Pflege & Gesellschaft 24 (2): 122-138
- Blumenberg, P.; Krebs, M.; Stehling, H.; Büscher, A. (2020): Das Auditinstrument zum aktualisierten Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. In: DNQP (Hrsg.) (2020): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Aktualisierung 2020 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück: DNQP, 198-213
- Blumenberg, P.; Büscher, A. (2019): Zweite Aktualisierung des Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege – Methodisches Vorgehen und Erkenntnisse. In: DNQP (Hg.): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 2. Aktualisierung 2019 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück: DNQP, 10-16

- Büscher, A./Krebs, M. (2022): Qualität in der Pflege. Buchreihe „Pflege studieren“. utb 5589. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Büscher, A. (2019): EXKURS: Expertenstandards in der Pflege. In: Pröhl, J.; Lux, V.; Bechtel, P. (Hg.): Pflegemanagement. Strategien, Konzepte, Methoden. Berlin: MWV, 403-404
- Krebs, M.; Büscher, A. (2022): Ziele und Inhalte des Praxisprojekts. In: DNQP (Hg.): Praxisprojekt zum Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege, Aktualisierung 2020. Projektbericht und Ergebnisse. Osnabrück: DNQP, 8-10
- Krebs, M.; Büscher, A. (2020): Methodisches Vorgehen und Ergebnisse der Aktualisierung der Expertenstandards zum pflegerischen Schmerzmanagement in der Pflege. In: DNQP (Hg.) (2020): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Aktualisierung 2020 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück: DNQP, 10-17
- 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].
- Schiemann, D./Moers, M./Bücher, A. (Hg.) (2014): Qualitätsentwicklung in der Pflege. Konzepte, Methoden und Instrumente. Stuttgart: Kohlhammer
- Schiemann, D.; Büscher, A. (2017): Konzeptionelle Aspekte der Pflegeleistung. In: Oswald, J.; Schmidt-Rettig, B.; Eichhorn, S. (Hg.): Krankenhaus-Managementlehre. Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts. Stuttgart: Kohlhammer, 400-422
- Schmalenberg, H.; Hartmann R.; Baumann, W. (2010): Qualitätsmanagement und Zertifizierung in der Onkologie. Berlin; Heidelberg; New York: Springer.

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

2.5 Modul „Fallorientiertes Arbeiten in der onkologischen Fachpflege“

Modultitel/Modulkennung: 03FAFO01 „Fallorientiertes Arbeiten in der onkologischen Fachpflege“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Modul Praxismodul 03FPFO01 „Fachspezifische Pflege gestalten“</i>			
Workload: 90 Std davon 60 Std. Kontaktstunden, 30 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitsspolitisch 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 im Praxismodul 03FPFO01 „*Fachspezifische Pflege gestalten*“ (vgl. Praxismodul Pflegeprozessmethode im Handlungsfeld) Fallerhebung 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 Pflegendende

„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 der*die Pflegende, in welcher Phase der Krankheitsverarbeitung der*die Betroffene sich befindet und welche unterschiedlichen Bedürfnisse hiermit jeweils verbunden sind. Mithilfe der Krankheitsverlaufskurve von Corbin & Strauss kann der*die Pflegende seine*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 interpersonellen 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./ Abschlussdiskussion 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 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 eine sektorenbegrenzt-funktionale 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 (vgl. Einführung in die Fallarbeit, Fallerhebung) zur Vorbereitung auf Praxismodul 03FPFO01 „Fachspezifische Pflege gestalten“.

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
- ... 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/M/PR (Kombinationsprüfung mit Praxismodul 03FPFO01 „Fachspezifische Pflege gestalten“)

Modulleistung Praxismodul 03FPFO01 „Fachspezifische Pflege gestalten“ (PBM/PBS/PMU)

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

<i>Modulleistung: 03FAFO01 „Fallorientiertes Arbeiten in der onkologischen Fachpflege“ (HA/R/PR/M)</i> • <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>
Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen): - Siehe Praxismodul 03FAFO01 Fallerhebung nach Arbeitsverbundenem Lernen.
Lernvorschläge für die Selbststudienzeit: - Literaturstudium, Erhebung Praxissituation zur Fallbearbeitung, Erstellung Prüfungsleistung
Literaturempfehlungen: • 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, A., Wissing C. (2020): Planspiel Pflege und Gesundheit. Anwendungsbeispiele für die berufliche Bildung. Stuttgart: Kohlhammer • Peplau, H. (1997): Zwischenmenschliche Beziehung in der Pflege – Ausgewählte Werke. Bern: Huber • Schaeffer, D. (2009): Chronische Krankheit und Multimorbidität im Alter – Versorgungserfordernisse diskutiert auf der Basis eines Fallverlaufs. In: Pflege & Gesellschaft. 14 Jg. Heft 4. Weinheim: Juventa • van Riet, N.; Wouters, H. (2008): Case Management. Ein Lehr- und Arbeitsbuch über die Organisation und Koordination von Leistungen im Sozial und Gesundheitswesen. Interact Verlag für Soziales und Kulturelles • Wendt, W. R.; Löcherbach, P. (2006): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven. Economica Verlag • Wendt, W. R. (2008): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Freiburg: Lambertus-Verlag
Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

2.6 Modul „Fachspezifische Pflege gestalten“ (Praxismodul)

Modultitel/Modulkennung: 03FPFO01 „Fachspezifische Pflege gestalten“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: Das Modul ist praxisbegleitend zum Modul 03FAFO01 „Fallorientiertes Arbeiten in der onkologischen Fachpflege“ (Fachspezifisches Modul) und wahlweise zum Modul 03PDB01 „Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln“ (Basismodul) Das Praxismodul kann wahlweise nach einem der Theoriemodule bearbeitet werden. <i>(Prüfungskombination der Module).</i>			
480 Praxisstunden, davon 240 Std. AVL und gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ) (8LP)			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i> 	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i> 	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i> 
Reflexionskategorien: 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), Pflgetheorie der interpersonalen Beziehungsgestaltung (Peplau), Exemplarische Krankheitsbilder lebenslimitierender Erkrankungen, Konzepte der sektorenübergreifenden Versorgung, Primary Nursing.

Fallarbeit in der Fachpraxis (vgl. 03FAFO01 „Fallorientiertes Arbeiten in der onkologischen Fachpflege“.) Fallerhebung und Reflexion wahlweise nach Krankheitsverlaufskurve (Corbin & Strauss) oder Pflgetheorie der interpersonalen Beziehungsgestaltung (Peplau), Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von authentischen Fällen aus der Fachpflegepraxis.

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Pflgende

„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.“

Pflgende: *„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 Pflgenden 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

Siehe Modulbeschreibung 03FAFO01 „Fallorientiertes Arbeiten in der onkologischen Fachpflege“ (Fachspezifisches Modul)

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

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

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... können am Fallbeispiel aus der Fachpraxis 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 (PBM/PBS/PMU):

Lernvorschläge für Praxismodul (arbeitsverbundenes Lernen):

Das Praxismodul **03FP01** kann im Schwerpunkt wahlweise mit den Theoriemodulen „Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln“ **oder** wahlweise „Fallorientiertes Arbeiten in der Fachpflege“ im 3. Semester bearbeitet werden.

(Prüfungskombination der Module).

Modulleistung Praxismodul **03FP01** „Fachspezifische Pflege gestalten“ (PBM/PBS/PMU)

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

Modulleistung: **03FAFO01** „Fallorientiertes Arbeiten in der Fachpflege“ (HA/R/PR/M)

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

Oder:

Modulleistung Praxismodul **03FP01** „Fachspezifische Pflege gestalten“ (PBM/PBS/PMU)

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

Modulleistung **03PDB01** „Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln“

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

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Erhebung Fallsituation in der Fachpraxis, Erstellung Prüfungsleistung

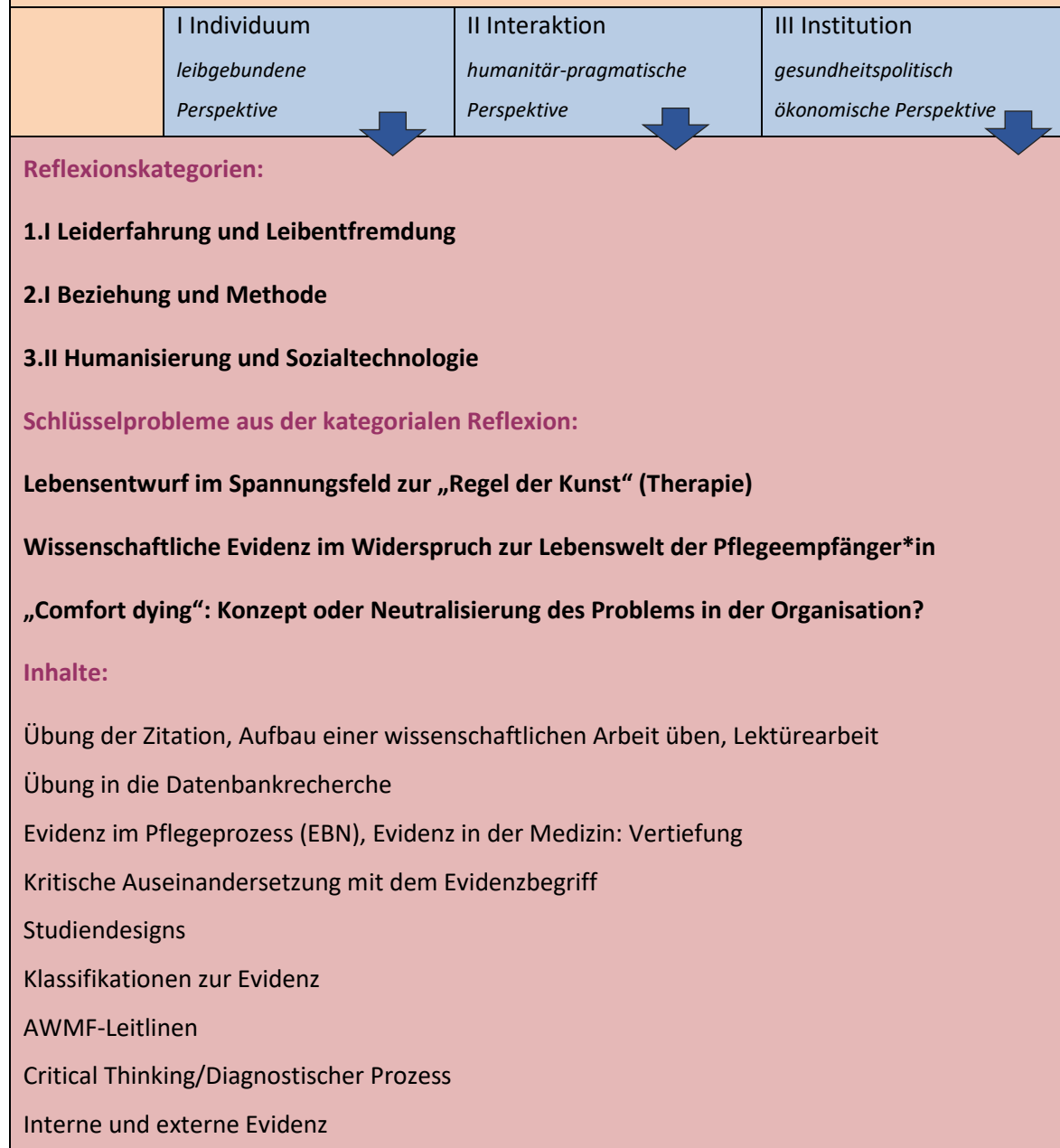
Literaturempfehlungen:

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

2.7 Modul „Zum Verhältnis externer und interner Evidenz in der onkologischen Fachpflege“

Modultitel/Modulkennung: 02EFO01 „Zum Verhältnis externer und interner Evidenz in der onkologischen Fachpflege“			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Themenerhebung in der Fachpraxis im Praxismodul 02PBP01 „Pflegeprozess im Handlungsfeld“ beachten.</i> <i>Modul führt das Thema Evidenzbasierung fort und vertieft die Modulleistung im 02PBP01 „Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“</i>			
Workload: 60 Std davon 40 Std. Kontaktstunden, 20 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
			
Reflexionskategorien: 1.I Leiderfahrung und Leibentfremdung 2.I Beziehung und Methode 3.II Humanisierung und Sozialtechnologie Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Lebensentwurf im Spannungsfeld zur „Regel der Kunst“ (Therapie) Wissenschaftliche Evidenz im Widerspruch zur Lebenswelt der Pflegeempfänger*in „Comfort dying“: Konzept oder Neutralisierung des Problems in der Organisation? Inhalte: Übung der Zitation, Aufbau einer wissenschaftlichen Arbeit üben, Lektürearbeit Übung in die Datenbankrecherche Evidenz im Pflegeprozess (EBN), Evidenz in der Medizin: Vertiefung Kritische Auseinandersetzung mit dem Evidenzbegriff Studiendesigns Klassifikationen zur Evidenz AWMF-Leitlinien Critical Thinking/Diagnostischer Prozess Interne und externe Evidenz			

Aktive und passive Sterbehilfe etc.:

- Rechtsgrundlagen: Art. 2 Abs. 2 GG; BVerfG-Urteil vom 26. Februar 2020 (2BvR2347/15)
Begriffsdiskussion über „Konzepte“ in der Palliativmedizin und -pflege (u. a. „comfort dying“, „in den Schlaf legen“)

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Pflegende: *„Da war mal ein Patient (...), das war eine palliative Situation nach vorhergegangenen (...) Hochdosis Therapien, der dann wegen erneuten Infekts bei uns lag und wo es dann nicht mehr weiter ging. Der war dann verheiratet und sollte dann ins Hospiz. Und mit der Situation konnte er umgehen, er hatte da so für sich damit abgeschlossen, wollte dort hin.“*

Pflegende: *„Und dann kam der leitende Oberarzt nochmal wieder und sagte zu mir: Nein, die Frau hatte ihn angerufen, ob es nicht doch noch was gibt und wollte nochmal einen Therapievorschlagn machen.“*

Pflegende: *„Das habe ich ihm gesagt, dass der Oberarzt dann nochmal kommen würde und er hätte noch einen Therapievorschlagn für ihn.“*

Patient (zit. von Pflegender): *„Nein, nicht schon wieder und ich habe doch schon alles gemacht und ich möchte das auch gar nicht mehr.“*

Pflegende: *„Und ich sage: ‚Aber Sie müssen das doch jetzt nicht machen, weil der Oberarzt Ihnen was vorschlägt.‘ ‚Ja, was soll ich denn machen?‘ ‚Ja‘, sage ich, ‚dann fragen Sie ihn doch mal, ob er Ihnen das versprechen kann, dass Sie davon profitieren. Dann würden Sie es dann machen. Wenn das aber wieder ein Therapievorschlagn ist, wo man jetzt nur das Ungewisseste Ausgang ist, Sie können das ja auch alles zustimmen, aber auch ablehnen.‘ ‚Ja meinen Sie?‘ ‚Ja, das können Sie.‘ ‚Ja, und dann kam der Oberarzt, habe ich ihm auch gesagt, also der Patient ist jetzt sehr, sehr, sehr unruhig und er wollte eigentlich ins Hospiz und eigentlich möchte er gar keine Therapie mehr.“*

Pflegende: *„Dann sagt er [der Oberarzt] mir: ‚Ja, aber die Frau hat mich doch angerufen und ich möchte da jetzt hin.‘ Und da bin ich dann mit rein gegangen und dann hat der Oberarzt diesen Therapievorschlagn gemacht. Und der Patient sagt: ‚Ja, aber können Sie mir das versprechen, dass dadurch meine Situation besser wird?‘ Und er sagte: ‚Nein, das kann ich nicht.‘ Dann sagt der Patient: ‚Dann möchte ich das nicht.‘ Dann sagt der Oberarzt: ‚Ja, aber haben Sie denn nicht noch was vor mit Ihrem Leben? Haben Sie nicht irgendwelche Kinder oder Enkelkinder, die Sie noch aufwachsen sehen wollen?‘ ‚Nein, ich habe niemanden und ich möchte das nicht.“*

Pflegende: „Ja, gut. Und dann sind sie dann dabeigeblichen und dann ist er [der Oberarzt] raus und der Patient war so richtig: Ja, ich möchte jetzt ins Hospiz und ist auch wirklich zufrieden ins Hospiz gegangen. Wo ich ihn dann sehr unterstützt/ Wo ich gesagt habe: „Ja, das war ja auch Ihre Entscheidung. Es war ja auch richtig so.“

Ein Pflegender

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

Eine Gruppe von Pflegenden

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

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

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

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

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

Vertiefung Tutorien und Workshops zur externen Evidenz/ **Lehrervortrag:** Entwicklung von AWMF-Leitlinien/ Tutorium zur Datenbankrecherche/ Beurteilung von Evidenz, Klassifikationen, verschiedene Studiendesigns kennenlernen (qualitativ und quantitativ), gezielte Rechercheübungen zu Themen und Interventionen in der onkologischen Pflege, palliativen Pflege./ **Lehrervortrag** zur Evidenz in der Onkologie (ausgewählte Therapiemethoden).

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

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

Perspektive der Institution

Auf der Sachebene des Krankheitserlebens ergibt sich das Schlüsselproblem der Kundensouveränität. Mit Blick auf das Lebensende und Palliation ist zum Beispiel die bewusste Gestaltung der Sterbeumgebung zu einem zentralen Thema geworden. So gehören Licht-, Raum- und Duftkonzepte zum Standard. Bezogen auf onkologisch-palliative Pflege kann zum Beispiel die Frage nach einem „guten Sterben“ oder „comfort dying“ aufgeworfen werden. Für Pflegende wird an dieser Stelle bedeutsam, sich mit entsprechenden begrifflichen Konzepten sprachlich auseinanderzusetzen und eigene Vorstellungen hierzu zu entwickeln und zu diskutieren. Zu problematisieren wäre etwa, inwieweit solche Konzepte die Realität des Sterbens womöglich verklären oder zynisch wenden könnten. In der Arbeitssituation könnte der Begriff für Klarheit sorgen, wie die „Professionals“ mit der Situation der Therapieaussetzung umgehen. Für Angehörige könnten zum Beispiel Begriffe wie „comfort dying“ befremdlich oder sogar verstörend wirken. Oder Patienten könnte dadurch ein nicht realistisches, beschönigendes Bild ihrer Situation vermittelt werden, das ihnen die Möglichkeit zu einer authentischen Selbstklärung zu finden nehmen würde.

Methodischer Vorschlag: Begriffliche Diskussion anhand eines Textauszugs aus der S3-Leitlinie Analgesie, Sedierung und Delir-Management (AWMF) / Reflexion über etablierte Begriffsverwendung in der eigenen Einrichtung (z. B. „comfort dying“ zur Einstellung von lebensverlängernden Maßnahmen oder „in den Schlaf legen“ für eine Sedierung im palliativen Setting).

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... kennen Kriterien wissenschaftlichen Arbeitens und unterschiedlicher Studiendesigns.
- ... diskutieren unterschiedliche Anforderungen an wissenschaftliche Arbeiten und die Aussagekraft unterschiedlicher Studiendesigns für die Pflegepraxis.
- ... verfügen über Schlüsselkompetenzen, die für Arbeitsprozesse in der Fachpflege notwendig sind, um wissenschaftliches Arbeiten der Pflege innerhalb der Institution sichtbar zu machen
- nutzen die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens zur Bearbeitung von Leistungsanforderungen in der Berufspraxis.
- ... erkennen in ihrer Institution, wie wissenschaftliche Erkenntnisse kommuniziert und genutzt werden können, um die Pflegepraxis weiter zu gestalten.
- ... können Informationen für wissenschaftliche Arbeiten in angemessener Zeit und angemessener Tiefe aus Bibliotheken, wissenschaftlichen Datenbanken und dem Internet zusammentragen, kritisch reflektieren und für Pflegeempfänger bewerten.
- ... reflektieren die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens vor dem Hintergrund der Entwicklung der Pflegewissenschaft
- ... setzen die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens korrekt um und argumentieren die Notwendigkeit von Theoriegeleitetem Handeln in der Pflegepraxis vor Vertreter*innen der Berufspraxis.
- ... verstehen die Logik des Forschungsprozesses. Sie haben ein Verständnis zur Evidenzbasierung und kennen den EBN-Prozess.
- ... erklären und begründen „Critical Thinking“ im Kontext des Pflegeprozesses. Sie leiten aus der pflegerischen Versorgungsevaluation neue Fragen ab bzw. zeigen Wege zur Nutzung von Forschungsergebnissen auf.
- Die Teilnehmenden können eine evidenzbasierte / wissenschaftlich begründete Problemlösung begründen.
- ... versetzen sich in die Situation eines schwerkranken Menschen, der vor einer schwierigen/ vitalen Entscheidung steht (z. B. eine kurative Krebstherapie zugunsten einer palliativen Behandlung zu beenden oder sie fortzusetzen).
- ... setzen sich mit verschiedenen Einflüssen auseinander, die auf diese Entscheidungsfindung erschwerend oder erleichternd einwirken (etwa einer unabhängigen, fachlich kompetenten, supportiven, aber nicht suggestiven Beratung, einem eventuellen eigenen Gefühl der Patientin/ des Patienten für die richtige Entscheidung oder, im Gegenteil, keinem ergründbaren eigenen Gefühl dafür angesichts der leiblichen Betroffenheit oder einem unterstützenden bzw. hindernden sozialen Umfeld).
- ... reflektieren verschiedene Möglichkeiten der professionellen Begleitung und Unterstützung der Patientin/ des Patienten, wie z. B. unterschiedliche Ansätze der onkologischen Beratung, um zu einer aus seiner Sicht für sich richtigen Entscheidung zu finden.
- ... vergegenwärtigen sich die Dilemmasituation einer Patientin/ eines Patienten, die/ der zwischen dem eigenen Wunsch (z. B. Beginn einer palliativen Behandlung, in der Hoffnung auf eine Linderung des eigenen Leids), und dem Wunsch eines/ einer Angehörigen (z. B.

Fortsetzung kurativer Interventionen, in der Hoffnung auf eine lebensverlängernde Wirkung) entscheiden zu müssen. • ... diskutieren und erproben verschiedene Möglichkeiten der professionellen Unterstützung, um Patientinnen/ Patienten und Angehörigen bei der Vermittlung zwischen unterschiedlichen Ansichten oder abweichenden Wünschen und Interessen zu helfen. • ... reflektieren, wie eigene Werte und Einstellungen von Pflegenden unbewusst/ subtil auf die Willensbildung und Entscheidungsfindung von Patienten hinsichtlich der eigenen Therapie einwirken können. • ... reflektieren, wie eigene Werte und Einstellungen von Pflegenden unbewusst ihre Wahrnehmung eines mutmaßlichen Patientenwillens beeinflussen können. • ... hinterfragen die scheinbare Eindeutigkeit und Unabhängigkeit von explizit geäußerten Patientenwünschen und ergründen, wie der wahre (autonome) Wille des Patienten, ggf. mit ihm gemeinsam, methodisch exploriert werden könnte.
Leistungsüberprüfung: K/R/M/PR
Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen): <i>Themenerhebung in der Fachpraxis im Praxismodul 02BPB01 „Pflegeprozess im Handlungsfeld“ beachten (Praxisthemen aus der Fallerhebung auf Evidenz untersuchen).</i>
Lernvorschläge für die Selbststudienzeit: - Literaturstudium, Erhebung Praxissituation zur Themenfindung EBN, Erstellung Prüfungsleistung
Literaturempfehlungen: • Ackley, B. J.; Ladwig, G. B. (2008): Nursing Diagnosis Handbook An Evidence-Based Guide to Planning Care. 8. Aufl. St. Louis: Mosby /Elsevier • Barre, Kirsten (2013): Evidence-based Nursing in der pflegedidaktischen Vermittlung. Frankfurt am Main: Mabuse. • Behrens, Johann/Langer, Gero (2010a): Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. Bern: Huber • Behrens, Johann (2011): Evidence based Nursing. In: Schaeffer, Doris/Wingenfeld, Klaus (Hrsg.) (2011): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim / München: Juventa. S. 151–164 • Bundesverfassungsgericht: https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Downloads/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (16.09.22) • Ertl-Schmuck, R. Unger, A., Mibs, M., Lang, C.: (2014): Wissenschaftliches Arbeiten in Gesundheit und Pflege. Tübingen, Basel: utb • Frank, N. u. Sary, J. (2006): Die Technik wissenschaftlichen Arbeitens. 12. Auflage. Paderborn, Schöningh • Hospiz- und Palliativgesetz (HPG): https://www.pflege.de/pflegegesetz-pflegerecht/palliativgesetz/ (22.04.20) • Hübner, J. (2012): Komplementäre Onkologie - Supportive Maßnahmen und evidenzbasierte Empfehlungen. Stuttgart: Schattauer. • Hübner, J., (2014): Onkologie interdisziplinär: evidenzbasiert – integrativ – patientenzentriert. Stuttgart: Schattauer. • Meyer, Gabriele/Köpke, Sascha (2012): Wie kann der beste pflegewissenschaftliche Kenntnisstand in die Pflegepraxis gelangen? How can best nursing science evidence reach nursing practise? In: Pflege & Gesellschaft. Heft 1 / 12. 17. Jahrgang. Weinheim: Juventa. S. 36–44

- Panfil, E.M. (2017): Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegende. Bern: Hogrefe
- Steckelberg A. (2016): Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen und Decision Coaching: Neue Rolle für die Pflege. Pflege. 2016 Sep;29(5): 225-226
- Stickel-Wolf, C. u. Wolf, J. (2006): Wissenschaftliches Arbeiten und Lerntechniken. 4. Auflage. Wiesbaden. Gabler

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

2.8 Modul „Perspektivenwechsel in der onkologischen Fachpflege: Prozesse der Versorgung“

Modultitel/Modulkennung: 03PWVFO 01 „Perspektivenwechsel in der onkologischen Fachpflege: Prozesse der Versorgung“ (Fachspezifisches Modul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Das Modul bindet an die Module 01PWBFO 01 „Perspektivenwechsel in der onkologischen Fachpflege: das Behandlungsteam“, 02PWIFO 01 „Perspektivenwechsel in der onkologischen Fachpflege: die Institution“ und 01PWPFO 01 „Perspektivenwechsel in der onkologischen Fachpflege: Pflegeempfänger“ an.</i>			
Workload: 90 Std davon 60 Std. Kontaktstunden, 30 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
			
Reflexionskategorien: 1.I Leiderfahrung und Leibentfremdung 1.II Empathie und Intervention (Methode) 1.III Individualität und Standardisierung 2.I Mimesis und Projektion 2.II Teamarbeit und Konkurrenz 3.II Humanisierung und Pflegemanagement			
Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Introspektionsfähigkeit bei medizinisch-therapeutischen Interventionen Asymmetrie zwischen Patient*innen und Behandlungsteam Kundensouveränität: „Kunde König in der Onkologie?“ Anerkennung oder „Non-Compliance“? Rollenambiguität: zwischen Verstehen und disziplinieren Management: Versorgungsprozesse in der Onkologie gestalten			
Inhalte: ▪ Knochenmarkstransplantationen, protektive Isolierung, Hygiene, Chemotherapie, Bestrahlungstherapie, Komplikationen, Pflgetheorie Friedemann; AQiG: interprofessionelle Fallanalyse, Sozialrechtliche Bestimmungen, Leistungsansprüche, Stigma			
Eröffnung der Handlungssituation/Exempel: Eine Pflegende:			

„Also wir hatten jetzt auch mal einen Ehemann und Vater von zehn Kindern, wo wir tatsächlich auch große Bedenken hatten vor der KMT, weil er von seinen Compliance her schwierig zu führen war, wo die Verhältnisse zu Hause nicht so optimal waren, die auch sehr viel Unterstützung benötigt haben...“

„Typisch war diese Infekt-Gefährdung, die der Patient hat und diese Compliance, die sie braucht. Dass sie auch ihre Tabletten, ihre Immunsuppressiva auch regelmäßig nehmen müssen, dass ein gewisser hygienischer Standard zu Hause ist. Untypisch waren die etwas desolate Verhältnisse zuhause und diese Kinder vom Säugling bis zum 18-Jährigen, wo es ein bisschen drunter und drüber ging. Wo auch nicht alle im Beruf waren, wo es mit der Schule auch nicht immer alles so klappte, dass man das so mit im Auge hat (...) und die da alle zusammen zu kriegen, dass sie auch an einem Strang ziehen, das war so ein bisschen untypisch. Aber dass sie das geschafft haben, dass es dann nachher so geklappt hat, das war so befriedigend.“

„Ich hatte ein bisschen Angst, dass er es als bevormundend empfindet, aber ich glaube, so im Nachhinein, hat er das auch gesehen, dass alle ihn ja nur unterstützen wollten. Und er hat sich dann nachher, das hat auch ein bisschen gedauert, sich auch uns gegenüber dann auch geöffnet. Und da war so ein gewisses Vertrauensverhältnis da. [...] Aber man merkt es ja auch dem Patienten an, ob er jetzt hier ablehnend gegenüber ist, oder ob er dann zum Schluss auch mitarbeitet, und das hat er ja nachher auch gemacht“

„Er war ja, wenn man das mal so sagen darf, ja nicht so der Hellste, aber man hat geschafft, auf sein Niveau zu kommen, so einen gemeinsamen Level. Und ich hatte den Eindruck, dass er so gar nicht wusste, worum es geht und was wir von ihm wollen. Und er war auch jemand, der es auch primär seiner Ehefrau überlassen hat, die ganze Kommunikation, sich da so ein bisschen hinter versteckt hat, sage ich mal. Aber dadurch, dass er wieder von vorne angefangen ist, hat er das dann auch verstanden.“

„...wo wir dann auch gemeinsam ein Gespräch geführt haben mit den Psychologen zusammen, mit dem Sozialdienst zusammen, um die auch wirklich gut darauf vorzubereiten, dass die Kinder dann auch psychologisch mitbetreut wurden. Es wurde Haushaltshilfe mit eingeschaltet, man hat Gespräche geführt mit den Angehörigen zusammen, mit den ältesten Kindern zusammen, dass auch alle wirklich verstanden haben, worum es geht, wenn Papa nach Hause kommt. Und das war ganz gut. Wir hatten von vornherein viele Bedenken, aber dadurch hat es ja auch zu vielen Gesprächen geführt und mit den anderen Berufsgruppen und das war ein sehr guter Austausch. Und das war auch wichtig, dass die onkologische Fachpflege mit initiiert hat.“

„Herausfordernd waren „[d]ie gemeinsamen Absprachen mit den anderen Berufsgruppen. Die waren [...] sehr willig, aber man braucht halt schon einen gemeinsamen Termin und dann den Gruppenaustausch, das war sehr gut.“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Perspektive des Individuums

Im Modul „Perspektivenwechsel in der onkologischen Fachpflege: Prozesse der Versorgung“ geht es in der *leibgebundenen Perspektive* auf der Sachebene des Krankheitserlebens um die Verschiedenartigkeit des Erlebens angesichts der *Diversität onkologischer Patient*innen* aufgrund der verschiedenen möglichen Tumorerkrankungen, unterschiedlicher Altersgruppen, unterschiedlicher individueller persönlicher Lebensbedingungen, -situationen, -entwürfe, Bildungsvoraussetzungen u. v. a. Bezogen auf unterschiedliche Tumorerkrankungen ergeben sich spezifische pflegerische Problemstellungen, wie etwa das besondere Infektionsrisiko bei hämatologisch onkologischen, z. B. Knochenmarkstransplantierten Patient*innen. Bei Melanom-Patient*innen hingegen steht die Vorbereitung auf medizinisch-therapeutische Interventionen (immunologische, chemotherapeutische oder Bestrahlungstherapie) im Vordergrund.

Auf der Sachebene des Helfens wird die Bedeutsamkeit von *individueller Beratung* in der onkologischen Pflege aufgrund der Diversität der Krebspatient*innen deutlich. In individuell unterschiedlichem Ausmaß geht es dabei um übergeordnete Ziele wie Angstabbau, Beruhigung, dadurch das Erreichen von mehr Gelassenheit und Zuversicht bei den Patient*innen, oder aber um die Erhaltung der Selbständigkeit im Alltag. Bei Patient*innen, die auf eine Knochenmarkstransplantation vorbereitet werden und dabei einem Hygieneregime (z. B. protektive Isolierung oder häusliche Hygiene) unterliegen, oder bei Melanom-Patient*innen, die auf medizinische Interventionen vorbereitet werden, kommt es insbesondere auf eine vorbereitende Aufklärung und Information bezüglich der Maßnahmen und der begleitenden Risiken an.

Methodischer Vorschlag: *Lehrervortrag zur Knochenmarkstransplantation, Technik, Risiken, protektive Isolierung oder (häusliche) Hygiene/ Lehrervortrag: Vorbereitung auf medizinisch-therapeutische Interventionen (immunologische, chemotherapeutische oder Bestrahlungstherapie)/ Workshop zur (häuslichen) Information, Aufklärung und Beratung von Patient*innen.*

Auf der Sachebene des Gesundheitswesens stellt sich aus der leibgebundenen Perspektive das Problem der Unübersichtlichkeit und Intransparenz. So verfügen Patient*innen häufig nicht über hinreichend Wissen über eigene sozialversicherungsrechtliche Ansprüche und bedürfen diesbezüglich der Hilfe von professionell Beratenden. Pflegende übernehmen hier eine Guide-Funktion, indem sie die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen aufnehmen und ihnen ihre entsprechenden sozialrechtlichen Ansprüchen transparent machen.

Methodischer Vorschlag: *Lehrervortrag zu Sozialleistungen, sozialrechtlichen Vorgaben- und Bestimmungen: Leistungen aus Kranken- und Pflegeversicherung, Rehabilitation, Schwerbehinderung etc. Ansprüche der Patient*innen./Workshop: „Wie erstelle ich einen Flyer oder eine Informationsschrift?“ Erstellung eines Info-Produkts für das praktische Handlungsfeld der Einrichtung.*

Perspektive der Interaktion

In der *Perspektive der Interaktion* wird auf der Sachebene des Krankheitserlebens deutlich, dass auch prekäre Familienverhältnisse sich auf Behandlungserfolg und Pflege (Compliance) auswirken. Plötzlich steht das Behandlungsteam im Widerspruch vom Verstehen der familiären Situation und der notwendigen Behandlungsdisziplin. Für Pflegende ist es nun von Bedeutung, familiensystemische Zusammenhänge hinsichtlich einer erfolgreichen Therapie zu erkennen und zu analysieren. Die Gesundheit des Einzelnen steht immer im Zusammenhang mit der Familiengesundheit (Friedemann – Theorie des systemischen Gleichgewichts). Gleichzeitig geht es aber auch darum, voreilige Schlüsse über familiäre Zusammenhänge und bestimmte stereotype Zuschreibungen zu vermeiden, zum Beispiel eine Klassifizierung nach verschiedenen Bildungsniveaus aufgrund der Anzahl der Kinder, hygienischer Verhältnisse oder Migrationshintergrund (siehe z. B. Konzept Stigma Goffman). Dennoch müssen real bestehende Kommunikationsbarrieren (Bildungsunterschiede, (fach-)sprachliche Hürden...) bewältigt werden. Aus Sicht der Pflegenden kann dabei die Sorge entstehen, dass Patient*innen sich bevormundet fühlen oder sie aus anderen Gründen nicht das Vertrauen der Patient*innen gewinnen könnten, denn die vertrauensvolle Beziehung gilt als fundamentale Basis für einen Therapieerfolg.

Methodischer Vorschlag: *Lehrervortrag Konzept Stigma/Gruppendiskussion/Reflexion von Erfahrungen in der Fachpraxis der Onkologie.*

Lehrervortrag zur Pflege Theorie von Friedemann (u.a. 2017): Grundzüge und Begriffe insbesondere die Ziel- und Prozessdimensionen/Lektürearbeit zur Theorie von Friedemann (Ziel- und Prozessdimensionen)./ Gruppenauftrag und Plakatarbeit: Reflektieren sie das Falleispiel (s.o.) auf die Theorie von Friedemann. Was bedeuten Individuation, Spiritualität, Stabilität etc. für das Familiensystem im Fallbeispiel? “ (ggf. Gruppen nach Begriffen einteilen, ggf. Fallbeispiel von Friedemann/Köhlen selbst auswählen)./ Vorstellung der Ergebnisse im Plenum./ Diskussion und Bewertung der Pflege Theorie für die onkologische Pflege.

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

dann als zufriedenstellend erlebt, wenn sie trotz widriger Bedingungen schließlich im Sinne einer optimalen Versorgung des Patienten organisiert werden kann.

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

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

Vorstellung der Arbeitsergebnisse (Fallanalysen), ggf. Prüfungsleistung.

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... erhalten ein fundiertes Wissen zur Knochenmarkstransplantation und deren besondere Voraussetzungen, Komplikationen und Handlungskonsequenzen in der onkologischen Fachpraxis
- ... sie verfügen über ein tiefes pflegewissenschaftliches Fachwissen zur Pflege Theorie von Friedemann
- ... reflektieren das eigene berufliche Selbstverständnis sowie der Haltung und Rolle als onkologische Fachpflegende vor dem Hintergrund der Bedeutung einer systemischen Pflege Theorie in familiären Situationen
- sie können einen Patient*innenfall aus der Praxis mit Hilfe der Theorie von Friedemann analysieren und pflege-onkologische Interventionen daran neu ausrichten
- ... sie kennen das Konzept Stigma und können eigene Praxiserfahrungen mit dem Konzept reflektieren und neu bewerten
- ... sie wissen, welche sozialrechtlichen Bestimmungen und Leistungsansprüche aus einer Krebserkrankung entstehen und können in ihrem beruflichen Handlungsfeld Verantwortung für Patient*innen übernehmen und entsprechend beraten
- Sie vertiefen ihr Wissen zu einer ausgewählten Leitlinie entsprechend ihres beruflichen Handlungsfeldes und können Transferleistungen für die Praxis ableiten
- können einen Fall aus der onkologischen Praxis mit einer Heuristik analysieren, Wissen zusammentragen und neu bewerten, interprofessionelle Perspektiven einnehmen und eigene Grenzen erkennen – den vorgefundenen Fall in seinen Dimensionen neu bewerten und entwickeln neue Interventionsvorschläge für dessen Versorgung.

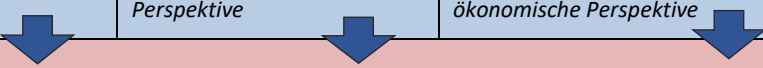
³ Die interprofessionelle Fallanalyse ist an die Gegebenheiten der Bildungsinstitution anzupassen. Das bedeutet, dass ggf. Bildungsteilnehmer*innen aus verschiedenen Fachweiterbildungen in Gruppen zusammenarbeiten und/oder die Teilnehmer*innen in der Fachpraxis Expert*innengespräche (Konsile) führen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

Leistungsüberprüfung: K/R/M/PR Ggf. Ergebnisse Fallanalyse nach AQiG
Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen): Fallerhebung nach Arbeitsverbundenem Lernen, Expert*innengespräche in der Praxis
Lernvorschläge für die Selbststudienzeit: - Literaturstudium der vorgeschlagenen Pflgeetheorie (Friedemann/Köhlen 2018), ausgewählte Arbeitstexte - Fallreflexion mithilfe der vorgeschlagenen Lektüre, Fallaufbereitung nach Heuristik (AQiG) - Erstellung Prüfungsleistung
Literaturempfehlungen: - Deutsche Krebshilfe: https://www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/mit-krebs-leben/sozialleistungen-bei-krebserkrankungen/ (22.04.23) - 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]. - Friedemann, M.-L., Köhlen, C. (2018): Familien- und Umweltbezogene Pflege. Die Theorie des systemischen Gleichgewichts und ihre Umsetzung. Bern: Hogrefe - Grabbert, T. (2004): Erving Goffmans Stigma und Asyle. Techniken der Bewältigung beschädigter Identität in totalen Institutionen. München, Ravensburg: Grin - Kießling, A. (2023): Quarantäne, Isolation, Abschottung. Interdisziplinäre Perspektiven auf das Infektionsschutzrecht. Frankfurt am Main: Campus - 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. - Neuser, J. (1989): Psychische Belastung unter Knochenmarkstransplantation. Hat soziale Unterstützung Pufferwirkung? In: Verres, R., Hasenbring, M. (Hrsg.): Jahrbuch der medizinischen Psychologie. Berlin: Springer. S. 151-160 - Schmalenberg, H.; Hartmann R.; Baumann, W. (2010): Qualitätsmanagement und Zertifizierung in der Onkologie. Berlin; Heidelberg; New York: Springer. - Tazi, I. (2023): Allogene Knochenmarkstransplantationen in der Praxis. Ein Leitfaden für Pflegekräfte. Tallinn: Verlag Unser Wissen. - Reimann, U. (2008) Multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Von den Mühen der Ebene. In: Zeitschrift für Palliativmedizin. Jg. 9. Heft 3. - Sieger, Margot/Ertl-Schmuck, Roswitha/Bögemann-Großheim, Ellen (2010): Interprofessionelles Lernen als Voraussetzung für interprofessionelles Handeln – am Beispiel eines interprofessionell angelegten Bildungs- und Entwicklungsprojektes für Gesundheitsberufe. In: Pflege & Gesellschaft Heft 3 (2010). 15. Jahrgang. Weinheim - Schaeffer, Doris (2009): Chronische Krankheit und Multimorbidität im Alter – Versorgungserfordernisse diskutiert auf der Basis eines Fallverlaufs. In: Pflege & Gesellschaft. 14 Jg. Heft 4. Weinheim: Juventa

- Spieß, E.; Nerdinger, F. W.; Regnet, E. & Rosenstiel, L. von. (2003). Effektiv kooperieren: wie aus lauter Solisten ein erfolgreiches Orchester wird. Weinheim: Beltz

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

2.9 Modul „Dem besonderen Fall mit geeigneten Hilfsangeboten gerecht werden“

Modultitel/Modulkennung: 03HFO 01 „Dem besonderen Fall mit geeigneten Hilfsangeboten gerecht werden“ (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)			
Workload: 90 Std davon 60 Std. Kontaktstunden, 30 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
			
Reflexionskategorien: 1.I Leiderfahrung und Leibentfremdung 1.II Empathie und Intervention (Methode) 2.I Mimesis und Projektion 2.II Teamarbeit und Konkurrenz 2.III Tradition und Emanzipation 3.I Bedürfnis und Verwaltung			
Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Introspektionsfähigkeit: „Er sagt nichts mehr!“ Asymmetrie: Aufmerksamkeit und Fachwissen Anerkennung: Nähe und Distanz Rollenambiguität. Ist Nähe professionell? Professionalisierung in helfenden Berufen Intransparenz im Versorgungssystem			
Inhalte: - Welche pathophysiologischen Prozesse finden in Auszehrungsprozessen statt? - Welche Wesensveränderungen gehen mit Auszehrungsprozessen einher? - Verzweiflung und Resignation beim Patienten - Notwendige Kompetenzen: Fachwissen, Aufmerksamkeit (Schmerzerkennung) und situationsspezifisches Wissen: Assessments, Ernährung, Hilfsmittel			

- Professionelle Nähe
- Angebote und Hürden im Gesundheitssystem im Palliativ-onkologischen Bereich
- Alternativkonzepte der intersektoralen onkologisch-pflegerischen Versorgung
- Koordination und Fallbesprechung,
- Paradigmatische Fälle und Intuition nach Benner
- Heilkundliche Tätigkeiten nach §63 Abs. 3c für Pflegende

Eröffnung der Handlungssituation/Exempel:

Eine Pflegende

„Dieser Patient war ungefähr, ich weiß nicht mehr genau wie alt der war, ungefähr Mitte siebzig, würde ich schätzen. Und er hatte einen kolorektalen Krebs (...) Metastasiert, so dass er ein Schema hatte, also Therapieschema, wo er regelmäßig sechs Wochen lang einmal in der Woche zu uns kam zur Therapie. (...) Der hatte auch eine Pumpe und am nächsten Tag ist er dann nochmal gekommen, da wo wir die Pumpe abnehmen mussten, dann hatte er eine Pause und kam wieder. Also das war ein Patient, den ich sehr gut kannte, lange und (...) der kam irgendwie vom Land, immer mit seiner Frau, ganz richtig bescheiden würde ich ihn beschreiben, so typisch alter Mensch, der auch Respekt vor dem Krankenhaus hat und (...) so ein ganz netter Typ. Eher so ein zarter Mann und freundlich, sage ich mal, fröhlich irgendwie von der Natur. (...) Ich weiß jetzt nicht, was er für eine Herkunft hatte, aber das war eher ein bescheidener, einfacherer Mann.“

„Und der wurde dann auf einmal immer stiller, also von Woche zu Woche und irgendwann saß er hinten im Flur, also das müssen Sie sich jetzt so vorstellen, dass ein ganz langer Gang war und hinten am Ende des Ganges waren Sitzplätze und das ist so das Bild, was ich von dem habe. Er saß da mit seiner Frau am Ende und ich habe von weitem schon gesehen, was ist denn mit ihm los, ne? Der sieht ja ganz, ja, verzweifelt würde ich fast sagen, aus. Und dann bin ich so auf die beiden zugegangen und so war es auch, er saß da auch ganz, war auch irgendwie dünner geworden, ist mir da so aufgefallen.“

„Und dann hat er gesagt: ‚Och, es geht so, ja muss ja sein. Ich komme schon klar.‘ Und die Frau auch ganz bescheiden. Und dann habe ich nachgehakt (...) bis sich irgendwann herausstellte, dass der Patient richtig megastarke Schmerzen hat, was relativ neu wohl war. Und er diese Schmerzen nicht gesagt hat, weil er dachte, muss sein, er ist ja schwer krank und wird behandelt und kranke Menschen haben auch Schmerzen und schon klar Krebspatienten. Und das war so deren Einstellung, deswegen wollte er sich jetzt irgendwie nicht so in den Vordergrund stellen. Das hat er auch so gesagt. Sie haben ja sowieso hier so viel zu tun...“

„... eine Ärztin kam dann und hat mit dem Patienten gesprochen. (...) Auf jeden Fall hat sie ihn dann abgefragt, wie stark die Schmerzen sind anhand der Schmerzskala. (...) Null bis Zehn und Null ist kein Schmerz, Zehn ist der schlimmste Schmerz, den man sich vorstellt. So hat sie ihm das

dann auch beschrieben. Und dann hat der gesagt, jetzt in diesem Moment hat er einen Schmerz von Sieben auf der Schmerzskala. Und da war ich sowas von geschockt, so richtig, (...) das kann doch wohl nicht wahr sein, der sitzt hier mit so einem starken Schmerz und der wäre auch so wieder nach Hause gegangen, wenn das jetzt nicht irgendwie so passiert wäre, dass ich das irgendwie gemerkt habe.“

„...mein Gott, der sitzt hier und sagt nichts und hat einen Schmerz von Sieben auf einer Skala. Das fand ich total widersprüchlich, total.“ (...) „... das war für mich typisch für so einen Patienten, dass der nichts sagt, weil der froh ist, dass er da sein darf und ne, weil alle anderen haben ja auch, sind ja auch krank und die haben viel zu tun und dass ihm als Patient und seiner Frau ja auch nicht gar nicht klar war, dass er das mitteilen kann, dass wir dafür da sind und darauf angewiesen sind, dass er das mitteilt. Das fand ich sehr, sehr typisch...“

„Schlüsselproblem war die (...) Kommunikation vom Patienten zum Handlungsteam sage ich jetzt mal. Das war das Schlüsselproblem. Wieso hat der sich nicht getraut, als erstes zu sagen, ich habe sehr, sehr starke Schmerzen, können sie mir helfen? Oder ich brauche Hilfe oder irgendwie so was, bestimmender oder nicht bestimmender, das fand ich irgendwie, das finde ich darf nicht/ Wird immer passieren, aber es darf eigentlich nicht passieren. Da müssen wir darauf „gebrieft“ sein, dass wir das erfassen. Das ist ja eine Frage der Übung, eine Frage der Zeit, ja, genau, wenn ich Zeit habe, kann ich ja auch aufmerksam sein, so was.“

„Ich glaube, der war froh. Ich glaube, der war also nur froh. Der hat gar nicht viel gesagt, der hat sich dann dem so hingegen und ich glaube, der war einfach nur froh, dass jetzt was passiert. Also ich habe auch immer mehr ihn im Auge als seine Frau. Seine Frau war ja auch dabei, (...), aber ich glaube, er war froh, dass jetzt was passiert, dass man ihn ernst nimmt. Vielleicht sogar ein (...) Erstaunen, dass er jetzt so ernst genommen wird...“

„... und dann habe ich gedacht, wusste ich ja, das geht so nicht und habe die Ärzte eingeschaltet und glücklicherweise war gleich in der Nachbarabteilung die Palliativmedizin angesiedelt und die hatten natürlich auch schon ein gutes Schmerzkonzept, (...) und das wusste ich, weil ich die kannte (...). Und ich bin dann rübergegangen und habe zum Glück auch gerade eine Krankenschwester getroffen, die für die ambulante, speziell ambulante Palliativversorgung zuständig war und die war auch gleich bereit, mit rüberzukommen, also das war außergewöhnlich. Und dann haben die auch relativ schnell das organisiert, dass der so eine Anamnese gekriegt hat, eine Ärztin kam dann und hat mit dem Patienten gesprochen.“

Pflegende: „... das ist meine Geschichte, wo mir damals schon klargeworden ist, dass diese Bedürfniserfassung irgendwie einen ganz, ganz toll hohen Stellenwert hat einmal, aber vor allen

Dingen auch die Koordination, was passiert danach, ne? Also, ja und ich finde das bis heute noch rudimentär, soweit ich das beurteilen kann.“

„...dann das andere, was danach kam, war ja alles erfreulicherweise leicht, ne? Die Ärzte waren bereit, (unv.), Palliativmedizin einzubeziehen, die waren sofort bereit, sofort zu kommen. Also das fand ich irgendwie krass glatt wie das gegangen ist.“

Pflegende: „...und untypisch fand ich eigentlich, dass so schnell, so schnell jemand greifbar war, dass der auch jetzt mit Schmerzmitteln nach Hause gegangen ist ohne irgendwelche stundenlangen Warteaktionen so, das ging einfach unglaublich zackig.“

„ich fühlte mich sogar ehrlich gesagt ein bisschen in meinem Element, dass ich da plötzlich irgendwie was machen konnte, ja, was tun konnte. Ich war einfach nur, wenn das auch gilt, ich einfach nur so froh, dass ich es erfasst habe. Also der Moment vielleicht war die Herausforderung, das zu erfassen und das dann auch umzusetzen. Also ich sehe nicht nur von weitem und das war ja auch so was wie ein Intuition eigentlich, er hat mir ja nicht gesagt, dass er Schmerzen hat.“

Pflegende: „Also in der onkologischen Arbeit ist jetzt ziemlich egal, ob es eine Pflegekraft oder eine andere Berufsgruppe ist, finde ich, es muss ja die Grundhaltung Respekt vor den Menschen sein, also vor dem Patienten, egal wer das ist, ob das jetzt jemand ist, der sich lauthals artikulieren kann und das gelernt hat, sich durchzusetzen oder eben so jemand, der bescheiden ist oder vielleicht auch jemand, der aggressiv reagiert, keine Ahnung, es gibt ja tausend Facetten. Das wäre so mein höchster Anspruch an Wert, dass ich (...) Patienten dann so erfasse und wahrnehme, wie es gerade ist, ne?“

„...Fachwissen, ich muss ja irgendwie fachlich wissen, warum habe ich jetzt gesehen, dass der Schmerzen hat. Das war ja eher seine äußerliche Erscheinung und seine Mimik, seine, keine Ahnung, die Veränderung. (...D)ann (...) die Kompetenz jetzt zu wissen, was tun? Also es hilft ja nichts, ihm das Händchen zu halten und zu sagen, oh, da will ich mal sehen, was ich für sie tun kann oder vielleicht nicht mal das. Sondern es muss ja konkret jetzt irgendwie, gut, ich habe es erfasst, das ist klar, dass der Schmerzen hat, jetzt muss sofort Taten folgen. Und das ist für mich eine Frage der Koordination. Und wenn ich niemanden habe, dann muss ich irgendwie dafür sorgen, dass ich jemanden finde. Was ja meistens irgendwie geht.“

Pflegende (Fokusgruppeninterview): „...ich glaube, dass Fachweitergebildete zukünftig auch noch in anderen Versorgungskonzepten eine große Rolle spielen können. Denn zurzeit sehe ich bei uns die Versorgung sektoral sehr getrennt. Der Patient kommt zur Operation ins Krankenhaus, kommt zur Chemotherapie in die Ambulanz, kommt zum Nebenwirkungsmanagement auf die Station, kommt dann zum Hausarzt und so weiter. Und er hat deutschlandweit keinen wirklichen

Ansprechpartner. Der Hausarzt fühlt sich für das Blutbild nach der Chemotherapie zuständig. Der Onkologe für die Chemotherapie. Aber ich sehe onkologisch Fachweitergebildete da zukünftig vielleicht auch noch wirklich in einer wichtigen Rolle neuer Versorgungskonzepte, wie das beispielsweise in Sachsen versucht wird mit Onkolotsen.“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Die Sicht der Betroffenen und deren Angehöriger

Im Modul „Dem besonderen Fall mit geeigneten Hilfsangeboten gerecht werden“ steht in der *leibgebundenen Perspektive* auf der Sachebene des Krankheitserlebens im Vordergrund, dass das Phänomen der Auszehrung im Rahmen bösartiger Erkrankungen mit pathophysiologischen Prozessen einhergeht, die sich auch auf die Persönlichkeit des Betroffenen erstrecken und seine Selbstwahrnehmung beeinflussen. Sie ist geprägt von einem inneren Zustand von unauflösbarer Verzweiflung, dem Resignation folgt. Die Persönlichkeitsveränderungen kommen zum Beispiel durch eine verstärkte Zurücknahme und Bescheidenheit gegenüber ihrer Umgebung zum Ausdruck. Starke Schmerzen werden dann unter Umständen nicht thematisiert, sondern stillschweigend als Krankheitssymptom hingenommen und ertragen.

Methodischer Vorschlag: *Lehrervortrag zu pathophysiologischen Veränderungen bei Krebsleiden (u.a. auch Ernährungszustand, vgl. Module: „Perspektivenwechsel in der onkologischen Fachpflege: Pflegeempfänger“ „Perspektivenwechsel in der onkologischen Fachpflege: das Behandlungsteam“) / Illustration anhand des Exempels/ Erfahrungsbezug zu selbst erlebten Praxisbeispielen in der onkologischen Praxis: Diskussion in Kleingruppen./ Literaturstudium zu charakteristischen Wesensveränderungen bei onkologischen Erkrankungen (u.a. Depression, u. a. Reuter, K., Spiegel 2016)*

Auf der Sachebene des Helfens äußert sich die Zurückhaltung zum Beispiel darin, dass Betroffene nicht zur Last fallen wollen und Hilfsangebote von den Pflegenden nicht aktiv ersuchen. Typischerweise werden Hilfsangebote vielmehr von den professionellen Akteuren proaktiv an die Patient*innen herangetragen. Entscheidend ist dabei, ob die Bedürfnisse von den Pflegenden tatsächlich erspürt werden oder lediglich schematisch Hilfsangebote unterbreitet werden. Damit Probleme erkannt werden, sind neben einer besonderen Aufmerksamkeit der Pflegenden insbesondere ausreichend Zeit und Ruhe für sorgfältige Beobachtungen erforderlich. Ein Beispiel hierfür ist die Erfassung von Schmerzen mithilfe von standardisierten Schmerz-Assessments, die entweder reflektiert und im Dialog mit dem Betroffenen angewendet oder unreflektiert mechanistisch im Rahmen der Stationsrunden abgearbeitet werden können. Erst im dialogischen Prozess und in der Beziehung wird die Schmerzerfassung mithilfe von Assessments patientengerecht beurteilbar.

Methodischer Vorschlag: *Lehrervorträge: Auseinandersetzung mit dem Expertenstandard Chronischer Schmerz, Ernährung, Mundgesundheit (DNQP)/ Auseinandersetzung mit verschiedenen Schmerz-Assessments (Bartholomeyzyk, Halek 2009, Reuschenbach, Mahler 2020) und kritische Überprüfung auf deren Praktikabilität (Auftrag zum arbeitsverbundenen Lernen – Praxismodul 3).*

Workshop ggf. „Skills-Lab“ zu Hilfsmitteln in der Pflege: Tracheostoma, Haarsersatz, Colostoma etc., Brustprothesen etc..

Perspektive der Interaktion

In der *Perspektive der Interaktion* wird mit Blick auf das Krankheitserleben des Betroffenen die Grundhaltung der Pflegenden gegenüber dem Patienten bedeutsam. Infrage steht, inwieweit sie sich mimetisch in das Krankheitserleben von onkologisch erkrankten Menschen einfühlen und Nähe im Beziehungsprozess halten können. Professionalität zeichnet sich gerade dadurch aus, dass eine mimetische Annäherung vollzogen und zugelassen werden kann; eigene Abwehrmechanismen können bewusstgemacht und reflektiert werden (vgl. Modul 01PFO 01 „Perspektivenwechsel in der onkologischen Fachpflege: Pflegeempfänger). Die Beziehung zu dem betroffenen Menschen ist von einem bedingungslosen Respekt der Person mit allen ihren Eigenheiten getragen und Pflegenden müssen erspüren, was die Betroffenen bewegt. Sofern dies gelingt, erleben Pflegenden es als besonders sinnstiftend, in der Onkologie zu arbeiten. Dieses Sinnerleben trägt maßgeblich zu ihrer Arbeitszufriedenheit bei.

Methodischer Vorschlag:

*Lehrervortrag zu Paradigmatischen Fällen und zur Intuitionsbildung nach Benner (2012: 45-85), Diskussion: „Aus Fällen lernen!“: Teilnehmer*innen berichten sich ihre Fallerlebnisse in der Praxis, in denen sie intuitiv gehandelt haben./ Auseinandersetzung mit professioneller Nähe und professioneller Distanz, Lektürearbeit (Müller et al. 2009; 2012)/ Workshop: „Gehört Nähe zum professionellem Handeln?“ Lektüre: Veit (2004: 62ff.) – Professionalisierungsthesen: u.a. Subjekt-Subjekt-Beziehung. Zusammenfassung in der Gruppe und Bewertung für die onkologische Fachpflege.*

Lehrervortrag: *(Ethische) Fallbesprechung/ Planspiel: Umsetzung einer (ethischen) Fallbesprechung im Behandlungsteam (s.o.) „Die richtige Behandlung für Herrn K. mit kolorektalem Carzinom finden“. Rollenverteilung, Fallbesprechung simulieren und Aushandlung für den Fall.*

Perspektive der Institution

In der *gesundheitspolitisch-ökonomischen Perspektive* stellt sich auf der Ebene des Helfens als Problem das Nebeneinander verschiedener Versorgungsformen, die sich vorwiegend aus ökonomischen Motiven etabliert haben. Dies hat zum Beispiel zur Folge, dass Patienten in der onkologischen ambulanten Versorgung gehalten werden, obwohl ihr Zustand Transporte zu den onkologischen Fachpraxen eigentlich nicht mehr erlaubt. Traditionell übernehmen onkologisch Pflegenden keine aufsuchenden Angebote in der Häuslichkeit, wodurch dieses Problem unnötiger Praxisbesuche und Transporte überwunden werden könnte. Innovativ wäre ein aufsuchendes Hilfsangebot durch geeignete ANP- oder SAPV-Konzepte, mit denen eine patientengerechtere und schonendere Versorgung umgesetzt werden könnte.

Methodischer Vorschlag: *Lehrervortrag Auseinandersetzung mit intersektoralen Fallsteuerung durch onkologisch Pflegenden, Gruppendiskussion. / Lehrervortrag: Auseinandersetzung mit Konzepten der Aufsuchenden Hilfe/ Lehrervortrag: kritische Analyse von ANP- und SAPV-Konzepten*

der onkologischen Pflege in Häuslichkeit und Klinik (rechtlicher Rahmen) **Gruppendiskussion**,/ Lehrervortrag: Auseinandersetzung mit § 63 Abs. 3c SGB V Übernahme Heilkundlicher Tätigkeiten, **Gruppendiskussion**. Wahlweise **Workshops** zu einzelnen Themenstellungen. Ggf. Werkstatt der Utopie: „Onkolotsen“ in der intersektoralen Versorgung. Wie könnte eine Versorgung in der Zukunft aussehen?“

Zusammenfassung des Moduls.

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... vertiefen die Pflege Theorie von Benner und reflektieren auf deren Basis Praxisfälle aus der onkologischen Fachpflege
- ... verfügen über ein integriertes berufliches und pflegetheoretisches Wissen im Tätigkeitsfeld der onkologischen Fachpflege und kennen die Grenzen zur Bezugswissenschaft Onkologie
- ... 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
- ... reflektieren eigene Gefühle und Abwehrmechanismen im Kontext der Pflege von Patient*innen mit bösartigen und limitierenden Erkrankungen, können sich ihre Gefühle und Abwehrmechanismen in immer neuen Versorgungssituationen bewusstmachen und hierfür Verantwortung im Versorgungsteam übernehmen;
- ... verstehen das Konzept „ANP“ und können es in der Praxis auf die Fachpflege Onkologie neu denken und zukünftige Handlungsoptionen für Pflegenden ausloten
- ... 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
- kennen Techniken und Hilfsmittel in der onkologischen Behandlung und unterstützen beratend beim Prozess der Versorgung
- ... kennen eine Breite an pathophysiologischen Prozessen bei onkologischen Erkrankungen und deren therapeutische Interventionen, bewerten diese für ihr Patient*innen und das Praxisfeld
- ...

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

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

- Ggf. Fallerhebung in der Praxis nach Arbeitsverbundenem Lernen.

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium der vorgeschlagenen Pflege Theorie (Benner 2012), ausgewählte Arbeitstexte
- Fallreflexion mithilfe der vorgeschlagenen Lektüre, Fallaufbereitung in der Praxis ggf. als Prüfungsleistung
- Prüfungsvorbereitung

Literaturempfehlungen:

- Bartholomeyzsik, S., Halek, M. (2009) Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen. Hannover: Schlütersche
- Behrens, J.; Langer, G. (2016): Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber.
- Benner, P. (2012): Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. Bern: Huber
- Bettighofer, S. (2022): Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess. Stuttgart: Kohlhammer
- Blotenberg, B.; Hejna, U.; Büscher, A.; Seeling, S. (2020): Präventive Hausbesuche – ein Konzept für die Zukunft? Ein Scoping Review über das innovative Versorgungsmodell präventiver Hausbesuche. In: Prävention und Gesundheitsförderung, published online 14 Januar 2020, doi: 10.1007/s11553-019-00753-0
- DBfK (2011): Advanced Practice. Nursing <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Advanced-Practice-Nursing-Broschuere-2019.pdf> (03.09.22)
- Diehl, E.; Rieger, S.; Letzel, S.; Nienhaus, A. & Escobar Pinzon, L. (2019): Belastungen und Ressourcen von Pflegekräften der spezialisierten Palliativversorgung. Eine explorative Querschnittstudie. In: Pflege. 32. Jg., Heft 4: 209–223. DOI: [10.1024/1012-5302/a000680](https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000680). Verfügbar unter: <https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1012-5302/a000680> [Zugriff am 27.04.2021].
- Fuchs, T. (2003): Leiden an der Sterblichkeit. Formen neurotischer Todesverleugnung. Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie. 51 (1): 41–50.
- Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinien nach § 63 Abs. 3c SGB V: <https://www.g-ba.de/richtlinien/77/> (03.09.22)
- Holthausen-Markou, S.; Leweke, F.; Milch, W. (2003): Supervision auf onkologischen Stationen. Der Gynäkologe 38 (8): 696–704.
- Kern, M. (2009): Palliativpflege. Richtlinien und Standards. 5. unveränderte Auflage. Bonn: PalliaMed Verlag.
- König, O., Schattenhofer, K. (2021): Einführung in die Fallbesprechung und Supervision. Heidelberg: Carl-Auer, Compact.
- Lexa, N. (2014): Fallbesprechungen in der Palliative Care: Praxiswissen für kompetentes Handeln (Pflegekolleg). Hannover: Schlütersche.
- Marckmann, G.; Mayer, F. (2009): Ethische Fallbesprechungen in der Onkologie. Grundlagen einer prinzipienorientierten Falldiskussion. Der Onkologe 15 (10): 980–988.
- Müller, M.; Pfister, D. [Hrsg.] (2012): Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Müller, M.; Pfister, D.; Markett, S. & Jaspers, B. (2009): Wie viel Tod verträgt das Team? Eine bundesweite Befragung der Palliativstationen in Deutschland. In: Der Schmerz. 23. Jg. Heft 6: 600–608. DOI: 10.1007/s00482-009-0845-y. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00482-009-0845-y.pdf> [Zugriff am 16.04.2021].
- Reuschenbach, B., Mahler, C., (2020): Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis. Göttingen: Hogrefe
- Reimann, U. (2008) Multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Von den Mühen der Ebene. In: Zeitschrift für Palliativmedizin. Jg. 9. Heft 3.
- Reuter, K., Spiegel, D. (2016): Psychische Belastungen bei Krebserkrankungen. Gruppentherapie nach dem supportiv-expressiven Ansatz. Bern: Hogrefe
- Schmidgen, Henning (1997): Einbildung und Ausföhlung. Paragrana 6 (I): 25–42.

- [Eventuell: Heinemann, Wolfgang (2005): Ethische Fallbesprechung. Eine interdisziplinäre Form klinischer Ethikberatung. Hrsg. von MTG Malteser Trägergesellschaft gGmbH, 1. Auflage, Köln. Online: https://www.malteser.de/fileadmin/Files_sites/Fachbereiche/Krankenhaeuser/Downloads/ethische_fallbesprechung.pdf [27.04.2021].]
- Uhl, Bernhard (2014): Psychische Abwehrmechanismen. In: Uhl, B. (2014) (Hrsg.): Palliativmedizin in der Gynäkologie. Stuttgart: Thieme 36ff.
- Veit, Annegret (2004): Professionelles Handeln als Mittel zur Bewältigung des Theorie-Praxis-Problems in der Krankenpflege. Bern / Göttingen / Toronto / Seattle: Huber

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

2.10 Modul „Wissenstransfer in die onkologische Fachpraxis - Konzepte und Methoden“

Modultitel/Modulkennung: 04WTF001 „Wissenstransfer in die onkologische Fachpraxis - Konzepte und Methoden“			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: <i>Themenumsetzung in der Fachpraxis im Praxismodul 04PRPFO01</i> <i>„Projekt fachspezifisch gestalten“ (ggf. Prüfungskombination der Module).</i>			
Workload: 90 Std davon 60 Std. Kontaktstunden, 30 Std. gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ):			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
Reflexionskategorien: 2.III Tradition und Emanzipation Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Gestaltende Pflege und traditioneller Stillstand Themen/ Schlüsselprobleme/Inhalte: Berufliche Quellen des Wissens (Mayer 2022) Klärung Evidenz, Evidenz von Forschungsergebnissen, Bewertung von Studien, Studientypen Implementierung von Innovationen, Dimensionen des Wissenstransfers: Projektarbeit, Konzepte und Methoden der Implementierung und Translation, u.a. Projektarbeit vertiefen, PIKE-Schema (Behrens/Langer) Übungen Datenbankrecherchen und Bestimmung von Evidenz zu pflegepraktischen Themen Aufbereitung der Ergebnisse, Erstellung "One Minute Wonder" und Vortrag für die Pflegepraxis.			
Eröffnung der Handlungssituation/Exempel: Pflegende: „Also jetzt, wo Pflegefachmann/Pflegefachfrau rausgekommen ist, habe ich jetzt zwei Fortbildungen besucht, wo dann eigentlich schon so gesagt wurde, dass wir es vergessen können, dass wir alle Themen gar nicht abdecken können, dass ganz viel auch selbst lernen gefragt ist. Und das müssen die unbedingt als Rüstzeug bekommen, dass man eben halt dann nicht gelähmt ist, weil man einen Patienten mit Parkinson bekommt und nicht weiß eigentlich, was die richtige Behandlung wäre, nicht die Initiative ergreift, das auch sich zu erlernen. Oder ich bekomme eben halt			

die Tracheostoma, "Ja, jetzt haben wir keine Schulung gekriegt, jetzt weiß ich das jetzt auch nicht, ne, jetzt nehme ich das halt da auch unsteril raus und ist ja verstopft", und also dann einfach, dass man auch sich selbst beibringen kann. Das wäre mir wichtig, ne? Ich habe auch gestaunt, manche Sachen, die ich jetzt unterrichte, habe ich nie so unterrichtet bekommen und denke: "Ach so, deswegen ist das so." Ne? Und das wäre eigentlich so das wichtigste Rüstzeug, was die Kollegen brauchen, dass sie eben halt selber wissen wollen: Was ist jetzt mit dem Patienten? Warum ist der so? Und wie kann ich ihm helfen? Und nicht dieses klassische: Grundpflege okay, aber was darüber hinaus geht, ist ja dann auch schon wieder fast Fort- und Weiterbildung und muss ja nicht unbedingt sein. Und doch, es ist halt eben total wichtig"

„(...) dann vielleicht ja ein Handwerkszeug mitbekommen, wie man sich besser vorbereitet für so ein Gespräch. Wenn der Chef dann trotzdem nein sagt okay, aber dann ist man gut vorbereitet und hat Argumente, warum das so und so halt laufen soll. Also, dass man das in der Weiterbildung dann den Leuten mit vermittelt. Zum einen um Stellung zu beziehen, dass es sich lohnt und was man dafür tun kann, damit die Position besser ist“

„Es ist ja auch nicht so, dass man sich nicht selbst auch Wissen aneignen kann und Google macht auch vieles möglich. Ja, aber einigen fehlt das ja. Also mir fällt sowas jetzt leichter, weil ich habe ja schon ein Studium und weiß, wie man an Informationen kommt und auch über diese Information. Aber, wenn das auf einmal eine Examierte machen soll oder auch die Qualifikation zur Fachpflege. Wir sollten damals eine Hausarbeit schreiben über 15 Seiten. Ja, da haben die meisten dann zwei Quellen angegeben und ja, viel abgeschrieben halt auch. Also das war dann eben halt auch, wäre zwar auch toll, aber eben halt nicht so (...)“

„Tja, also Akademisierung. Was mir gerade noch dabei einfällt, finde ich eigentlich ganz gut, dass ich als Führungskraft belegbare Instrumente an die Hand bekomme. Also, wenn ich in der Praxis bin, nicht auf, das bekomme ich in der Weiterbildung auch. Ich suche jetzt gerade nochmal so zum/ Aber auf jeden Fall, dass ich mich davon löse alles aus dem Bauch heraus zu entscheiden, mein Alltagswissen anzuwenden, dass ich eben wirklich auf Standards, auf Modelle, Theorien zurückgreife, auf Dinge, die belegbar sind. Das finde ich wichtig.“

„Was wir vorhin auch schon oder was Sie vorhin auch schon sagten mit dem wissenschaftlichen Arbeiten, dass es für eher Viele vielleicht auch das erste Mal ist, dass sie überhaupt so eine Facharbeit erstellen müssen und wie man da rangeht, und dass man überhaupt das Handwerkszeug erst mal auch erlernen muss wie mache ich eine Recherche? Und dass ich auf mehr als zwei Literaturangaben da komme (...)“

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Aus der Perspektive der Institution

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

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

Tutorium: *Vertiefung Evidenz in der Pflege (vgl. Module 02EFO01 „Zum Verhältnis externer und interner Evidenz in der onkologischen Fachpflege“, 01SB01 „Systematisches wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege“)./ Datenbankrecherchen üben/ Literatur beurteilen üben.*

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

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

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

Leistungsüberprüfung: K/R/M/PR

Lernvorschläge für Praxismodule (arbeitsverbundenes Lernen):

Siehe *Praxismodul 04PRPFO01 „Projekt fachspezifisch gestalten*

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Erhebung Praxissituation zur Themenfindung EBN, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

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

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

2.11 Modul Praxismodul „Projekt fachspezifisch gestalten“ (Projekt)

Modultitel/Modulkennung: 04PRPFO01 „Projekt fachspezifisch gestalten“ Projekt (Praxismodul)			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: Das Modul ist praxisbegleitend zum Modul 04WTF001 „Wissenstransfer in die onkologische Fachpraxis - Konzepte und Methoden“ <i>Umsetzung Projekt in der onkologischen Fachpraxis (Prüfungskombination der Module).</i> <i>GGf. praktische Abschlussprüfung.</i>			
480 Praxisstunden, davon 360 Std. AVL und gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ) (12LP)			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
Reflexionskategorien: 2.III Tradition und Emanzipation Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Gestaltende Pflege und traditioneller Stillstand Inhalte: Projekt- und Projektmanagementbegriff, Projektmerkmale und Anwendungsgebiete, Projektaufbauorganisation (Einbindung in die Organisationsstruktur, Projektbeteiligte und Projektteam), Projektablauf (Initiierung, Definition, Planung, Durchführung, Abschlussphase), Projektmanagementmethoden (u. a. Projektstrukturplanung, Stakeholderanalyse, Risikoanalyse), Merkmale und Bedingungen von Entwicklungs- und Veränderungsprojekten in der Pflegepraxis, Bedeutung von evidenzbasierter und wirksamer Pflege, Vorbereitung auf Praxisprojekte (u. a. Entwicklung von Fragestellungen)			
Eröffnung der Handlungssituation/Exempel: Eine Pflgende „Also jetzt, wo Pflegefachmann/Pflegefachfrau rausgekommen ist, habe ich jetzt zwei Fortbildungen besucht, wo dann eigentlich schon so gesagt wurde, dass wir es vergessen können, dass wir alle Themen gar nicht abdecken können, dass ganz viel auch selbst lernen gefragt ist. Und das müssen die unbedingt als Rüstzeug bekommen, dass man eben halt dann nicht gelähmt ist, weil			

man einen Patienten mit Parkinson bekommt und nicht weiß eigentlich, was die richtige Behandlung wäre, nicht die Initiative ergreift, das auch sich zu erlernen. Oder ich bekomme eben halt die Tracheostoma, "Ja, jetzt haben wir keine Schulung gekriegt, jetzt weiß ich das jetzt auch nicht, ne, jetzt nehme ich das halt da auch unsteril raus und ist ja verstopft", und also dann einfach, dass man auch sich selbst beibringen kann. Das wäre mir wichtig, ne? Ich habe auch gestaunt, manche Sachen, die ich jetzt unterrichte, habe ich nie so unterrichtet bekommen und denke: "Ach so, deswegen ist das so." Ne? Und das wäre eigentlich so das wichtigste Rüstzeug, was die Kollegen brauchen, dass sie eben halt selber wissen wollen: Was ist jetzt mit dem Patienten? Warum ist der so? Und wie kann ich ihm helfen? Und nicht dieses klassische: Grundpflege okay, aber was darüber hinaus geht, ist ja dann auch schon wieder fast Fort- und Weiterbildung und muss ja nicht unbedingt sein. Und doch, es ist halt eben total wichtig"

„(...) dann vielleicht ja ein Handwerkszeug mitbekommen, wie man sich besser vorbereitet für so ein Gespräch. Wenn der Chef dann trotzdem nein sagt okay, aber dann ist man gut vorbereitet und hat Argumente, warum das so und so halt laufen soll. Also, dass man das in der Weiterbildung dann den Leuten mit vermittelt. Zum einen um Stellung zu beziehen, dass es sich lohnt und was man dafür tun kann, damit die Position besser ist"

„Es ist ja auch nicht so, dass man sich nicht selbst auch Wissen aneignen kann und Google macht auch vieles möglich. Ja, aber einigen fehlt das ja. Also mir fällt sowas jetzt leichter, weil ich habe ja schon ein Studium und weiß, wie man an Informationen kommt und auch über diese Information. Aber, wenn das auf einmal eine Examierte machen soll oder auch die Qualifikation zur Fachpflege. Wir sollten damals eine Hausarbeit schreiben über 15 Seiten. Ja, da haben die meisten dann zwei Quellen angegeben und ja, viel abgeschrieben halt auch. Also das war dann eben halt auch, wäre zwar auch toll, aber eben halt nicht so (...)"

„Tja, also Akademisierung. Was mir gerade noch dabei einfällt, finde ich eigentlich ganz gut, dass ich als Führungskraft belegbare Instrumente an die Hand bekomme. Also, wenn ich in der Praxis bin, nicht auf, das bekomme ich in der Weiterbildung auch. Ich suche jetzt gerade nochmal so zum/ Aber auf jeden Fall, dass ich mich davon löse alles aus dem Bauch heraus zu entscheiden, mein Alltagswissen anzuwenden, dass ich eben wirklich auf Standards, auf Modelle, Theorien zurückgreife, auf Dinge, die belegbar sind. Das finde ich wichtig."

„Was wir vorhin auch schon oder was Sie vorhin auch schon sagten mit dem wissenschaftlichen Arbeiten, dass es für eher Viele vielleicht auch das erste Mal ist, dass sie überhaupt so eine Facharbeit erstellen müssen und wie man da rangeht, und dass man überhaupt das Handwerkszeug

erst mal auch erlernen muss wie mache ich eine Recherche? Und dass ich auf mehr als zwei Literaturangaben da komme (...)"

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

Siehe Modulbeschreibung **04WTF001 „Wissenstransfer in die onkologische Fachpraxis - Konzepte und Methoden“**

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

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 6:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

- ... haben ein breites und integriertes Verständnis von Prozessen des Wissenstransfers. Sie kennen die gängigen Konzepte zum Wissenstransfer und können diese beschreiben.
- ... setzen die Techniken wissenschaftlichen Arbeitens korrekt um und argumentieren die Notwendigkeit von Theoriegeleitetem oder evidenzbasiertem Handeln in der Pflegepraxis vor Vertreter*innen der Berufspraxis.
- ... verstehen die Logik des Forschungsprozesses. Sie haben ein Verständnis zur Evidenzbasierung und kennen den EBN-Prozess.
- Die Teilnehmenden können eine evidenzbasierte / wissenschaftlich begründete Problemlösung begründen.

- ... können die besonderen Probleme des Transfers wissenschaftlicher Erkenntnisse in eine überwiegend nicht-akademische Berufspraxis abschätzen. Sie demonstrieren Prinzipien und Methoden, diese Lücke zu schließen und können deren Anwendung erklären
- ... hinterfragen Praktiken in der Pflegepraxis hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und überprüfen die wissenschaftliche Belegbarkeit der Pflegepraktiken.
- wenden Methoden, Konzepte und Instrumente des Wissenstransfers an und entwickeln Lösungen für Themenstellungen aus der Pflegepraxis.
- können Implementierungsprojekte planen, die einzelnen Schritte darstellen und diskutieren, beispielhaft ein Thema der Pflegepraxis bearbeiten und für die Berufspraxis aufbereiten sowie ihre Ergebnisse in den Pflegeteams argumentativ verteidigen.
- können hemmende und fördernde Faktoren für den Wissenstransfer in der Pflege identifizieren, einordnen und für ihre Einrichtungen Lösungsvorschläge vornehmen.
- ... können nach den Phasen des Projektmanagements ein selbstgewähltes Projekt umsetzen, aufbereiten und in der Pflegepraxis präsentieren.
- ... haben einen Überblick über die Merkmale von Praxisentwicklungsprojekten.
- Die Teilnehmer*innen können die Bedeutung von evidenzbasierter und wirksamer Pflege erklären
- ... können theoriebasiert Projektideen aus Fragestellungen der Praxis entwickeln.
- ... können Lösungen gemeinsam mit den Teammitgliedern mittels wissenschaftlicher Methoden erarbeiten.
- kennen Projektmanagementmethoden, können eine zielgerichtet auswählen und kontextbezogen nutzen
- können systembezogen die Bedingungen eines Praxisprojektes aufzeigen und berufstypische Problembereiche behandeln.

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

Ggf. praktische Abschlussprüfung

Projekt in der onkologischen Pflegepraxis

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Umsetzung Projekt in der Fachpraxis, Erstellung Prüfungsleistung

Literaturempfehlungen:

- Bergmann, R. & Garrecht, M. (2016). Organisation und Projektmanagement (BA KOMPAKT, 2. Aufl.). Berlin: Springer Gabler.
- Holzbaur, U. & Bühr, M. (2015). Projektmanagement für Lehrende: erfolgreicher Einsatz von Projekten in der Hochschullehre. Berlin: Springer Gabler.
- Litke, H.-D., Kunow, I. & Schulz-Wimmer, H. (2015). Projektmanagement (3., akt. Aufl.). Freiburg: Haufe.
- Meyer, H. & Reher, H.-J. (2020). Projektmanagement. Von der Definition über die Projektplanung zum erfolgreichen Abschluss (2., überarb. Aufl.). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Peipe, S. (2020). Crashkurs Projektmanagement. Grundlagen für alle Projektphasen (8. Aufl.). Freiburg: Haufe Group.
- Poser M. & Schwarz S. (2005). Projektmanagement. In M. Poser & K. Schneider (Hrsg.). Leiten, Lehren und Beraten. Fallorientiertes Lehr- und Arbeitsbuch für PflegemanagerInnen und PflegepädagogInnen (S. 557–585). Bern: Verlag Hans Huber.

- Ruppert, N. (2022): Das kleine Solo: Das Poster. In E.-M. Panfil, M.-C. Baumann, K. Fierz & Y. Ford (Hrsg.) Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege: Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegende (4. Aufl., S. 341-353). Bern: Hogrefe.
- Ruppert, N. (2017): Das kleine Solo: Das Poster. In: E.-M. Panfil, (Hrsg.): Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegende. (3. Aufl., S. 389-404). Bern: Hogrefe Verlag
- Stöhler, C., Förster, C. & Brehm, L. (2018). Projektmanagement lehren. Studentische Projekte erfolgreich konzipieren und durchführen. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Stöhler, C. (2016). Projektmanagement im Studium. Vom Projektauftrag bis zur Abschlusspräsentation (2. Aufl.). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Ulatowski, H. (2013). Zukunftsorientiertes Personalmanagement in der ambulanten (Alten-)Pflege. Projektmanagement – Retention Management – Mitarbeiterorientierung. Wiesbaden: Springer Gabler.

Kü/Ba/Gi: 28.12.2022

2.12 Modul „Fachspezifische Pflege gestalten“ (Praxismodul)

Modultitel/Modulkennung: 04FSFOP01 Praxismodul „Fachspezifische Pflege gestalten“			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: Pflege theoretisch geleitete Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von authentischen Fällen aus der onkologischen Fachpflegepraxis nach dem Pflegeprozess. Praktische Abschlussprüfung.			
02PB 01 „Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“ (Basismodul), 02PBP 01 „Pflegeprozess im Handlungsfeld“, (Praxismodul) 03FAFO 01 „Fallorientiertes Arbeiten in der onkologischen Fachpflege“ 01PWPF 01 „Perspektivenwechsel in der onkologischen Fachpflege: Pflegeempfänger“ 03FPFO 01 „Fachspezifische Pflege gestalten“ (Praxismodul) 03HFO 01 „Dem besonderen Fall mit geeigneten Hilfsangeboten gerecht werden“			
90 Praxisstunden, davon 40 Std. AVL und gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ) (3LP)			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
			
Reflexionskategorien: 2.III Tradition und Emanzipation Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Identität zur gestaltenden Pflege und Sicherheit durch traditionelle Muster Inhalte: Individuell aus allen Modulen der Fachweiterbildung, Pflegeprozessmethode, pflegetheoretische Reflexion von Fällen aus der Praxis, Lernstanderhebung, Selbstreflexion, individuelle Übungen.			
Eröffnung der Handlungssituation/Exempel: Eine Pflegendende			

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

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

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

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

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

In der Reflexion der Kategorie *Tradition und Emanzipation* kommen wir auf ein Kernphänomen in der Pflege. So wird allgemein angezweifelt, dass Theorie und Praxis nicht gut zueinander passen. Während die Anwendung von Pflegewissen Emanzipationspotenzial freisetzt, verharren wir in alten und sicheren Handlungsmustern, die uns den Arbeitsalltag erleichtern. Die Spannung dieses Widerspruchs ist identitätsstiftend im Pflegeberuf und wird Einfluss darauf nehmen, wie der Beruf als Fachpflegende zukünftig ausgeübt wird. Werde ich die Fachpflege in der Praxis gestalten und mich ggf. auf unsicherem Terrain bewegen? Halte ich an bewährten Praktiken fest, mit denen ich gute Erfahrungen gemacht habe?

Methodischer Vorschlag: Lernstandgespräche und Selbstreflexion der Kompetenzbildung durch die Fachweiterbildung. Wo habe ich Bedarf, um die praktische Prüfung theoriegeleitet umzusetzen? Welche Themen in der Fachweiterbildung (Innovationen) haben mir besonders gut gefallen und würde ich gerne in der praktischen Prüfung umsetzen?/ **Erstellung eines Lerntagebuchs** zur Prüfungsvorbereitung in der Praxis.

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

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

Leistungsüberprüfung: (P/KQ)

Praktische Abschlussprüfung:

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

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

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

Literaturempfehlungen:

- Siehe Theoriemodule und spezifisches Angebot der Bildungseinrichtung

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

2.13 Modul „Orientierung, Institutionsspezifische Vertiefung und Prüfungsvorbereitung zur onkologischen Fachpflegenden“

Modultitel/Modulkennung: 04OFO 01 „Orientierung, Institutionsspezifische Vertiefung und Prüfungsvorbereitung zur onkologischen Fachpflegenden“			
Curricularer Bezug zu weiteren Modulen der Fachweiterbildungen in Niedersachsen: Alle Module der Fachweiterbildung. Das Modul soll dafür genutzt werden, dass sich die Bildungsteilnehmer*innen für ihre Abschlussprüfungen orientieren können. Das Modul soll den Fachweiterbildungen Gelegenheit geben, einrichtungsspezifische Inhalte zu vermitteln, um die Identitätsbildung zu fördern. Zudem sollen in diesem Modul Inhalte und Themen wiederholt werden, um Fachwissen zu festigen.			
90 Stunden Std. und 60 Std. Kontaktstunden und 30 St.d gesteuerte Selbststudienzeit (SSZ)			
Fachdidaktische Reflexion Strukturgitteransatz (Greb 2009)			
	I Individuum <i>leibgebundene Perspektive</i>	II Interaktion <i>humanitär-pragmatische Perspektive</i>	III Institution <i>gesundheitspolitisch ökonomische Perspektive</i>
			
Reflexionskategorien: 2.III Tradition und Emanzipation Schlüsselprobleme aus der kategorialen Reflexion: Identität zur gestaltenden Pflege und Sicherheit durch traditionelle Muster Inhalte: Individuell aus allen Modulen der Fachweiterbildung, Lernstanderhebung, Selbstreflexion, individuelle Übungen, einrichtungsspezifische Inhalte			
Eröffnung der Handlungssituation/Exempel: Eine Pflegende „Also an den Schulen passiert ganz viel Kurrikulums-Arbeit, aber ich sehe nicht, dass einer weiß, wie so ein Praxiskurrikulum aussieht. Oder dass es hinterlegt ist. Da rede ich mir den Mund fus-			

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

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

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

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

Modultext mit methodischen Vorschlägen/ Bildungsinhalten/ Sachanalyse

In der Reflexion der Kategorie *Tradition und Emanzipation* kommen wir auf ein Kernphänomen in der Pflege. So wird allgemein angezweifelt, dass Theorie und Praxis nicht gut zueinander passen. Während die Anwendung von Pflegewissen Emanzipationspotenzial freisetzt, verharren wir in alten und sicheren Handlungsmustern, die uns den Arbeitsalltag erleichtern. Die Spannung dieses Widerspruchs ist identitätsstiftend im Pflegeberuf und wird Einfluss darauf nehmen, wie der Beruf als Fachpflegende zukünftig ausgeübt wird. Werde ich die Fachpflege in der Praxis gestalten und mich ggf. auf unsicherem Terrain bewegen? Halte ich an bewährten Praktiken fest, mit denen ich gute Erfahrungen gemacht habe?

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

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

Prüfungsplanung

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

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

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

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

Kompetenzen nach DQR Niveau 5:

Wissen/ Fertigkeiten/ Sozialkompetenzen/ Selbstständigkeit

Die Teilnehmenden...

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

Leistungsüberprüfung: (K/R/M/PR)

Schriftliche Abschlussprüfung, ggf. mündliche Abschlussprüfung:

Lernvorschläge für die Selbststudienzeit:

- Literaturstudium, Prüfungsvorbereitung, Reflexionsgespräche

Literaturempfehlungen:

- Siehe Theoriemodule und spezifisches Angebot der Bildungseinrichtung

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

Kü/Ba/Gi: 28.12.2021

2.14 Modultitel und Signaturen im Überblick

Signatur	Modultitel	Semester
01BB 01	Beziehung gestalten – Pflegeverständnis, Ethisches Handeln, Selbstfürsorge“ (Basismodul)	1
02PB 01	Pflegeprozess als Vorbehaltsaufgabe fachspezifisch gestalten“ (Basismodul)	2
02PBP 01	Pflegeprozess im Handlungsfeld (Praxismodul)	2
01SB 01	Systematisches wissenschaftsbasiertes Arbeiten in der Pflege (Basismodul)	1
01WPB 01	Wissenschaftliches Arbeiten im Handlungsfeld (Praxismodul)	1
02GB 01	Grundlagen der Didaktik und Pflegepädagogik für die Identität in Praxisanleitung (Basismodul)	2
03PDB 01	Pflegedidaktisch reflektierte Praxisanleitung: Pflege vermitteln (Basismodul)	3
03FPFO 01	Fachspezifische Pflege gestalten (Praxismodul)	3
04PBB 01	Pflegebildung und Praxistransfer für die Identität in der Praxisanleitung (Basismodul)	4
01PWBFO 01	Perspektivenwechsel in der onkologischen Fachpflege: das Behandlungsteam (Fachspezifisches Modul)	1
01PWPFO 01	Perspektivenwechsel in der onkologischen Fachpflege: Pflegeempfänger (Fachspezifisches Modul)	1
02PWIFO 01	Perspektivenwechsel in der onkologischen Fachpflege: die Institution (Fachspezifisches Modul)	2
03FAFO 01	Fallorientiertes Arbeiten in der onkologischen Fachpflege (Fachspezifisches Modul)	3
02EFO 01	Zum Verhältnis externer und interner Evidenz in der onkologischen Fachpflege (Fachspezifisches Modul)	2
03PWVFO 01	Perspektivenwechsel in der onkologischen Fachpflege: Prozesse der Versorgung (Fachspezifisches Modul)	3
03HFO 01	Dem besonderen Fall mit geeigneten Hilfsangeboten gerecht werden (Fachspezifisches Modul)	3
04WTFO 01	Wissenstransfer in die onkologische Fachpraxis - Konzepte und Methoden (Fachspezifisches Modul)	4
04PRPFO 01	Projekt fachspezifisch gestalten (Praxismodul)	4

04FSFOP 01	Fachspezifische Pflege gestalten (Praxismodul)	4
04OFO 01	Orientierung, Institutionsspezifische Vertiefung und Prüfungsvorbereitung zur onkologischen Fachpflegenden (Fachspezifisches Modul)	4