



Standardisierte Module zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben

Standardisierte Module zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben

Impressum

Zitiervorschlag:

Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz: Standardisierte Module zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben. o.O. 2022

1. Auflage 2022

Herausgeber:

Bundesinstitut für Berufsbildung
Robert-Schuman-Platz 3
53175 Bonn
Internet: www.bibb.de

Mitglieder der Fachkommission:

Rainer Ammende, München
Frank Arens, Osnabrück
Prof'in Dr. Ingrid Darmann-Finck, Bremen, stellv. Vorsitzende
Prof'in Dr. Roswitha Ertl-Schmuck, Oppenheim
Brigitte von Germeten-Ortmann, Paderborn
Prof'in Gertrud Hundenborn, Köln, Vorsitzende
Uwe Machleit, Hattingen/Ruhr
Christine Maier, Freiburg
Sabine Muths, Tittmoning
Prof'in Dr. Anja Walter, Dresden

Publikationsmanagement:

Stabsstelle „Publikationen und wissenschaftliche Informationsdienste“
E-Mail: publikationsmanagement@bibb.de
www.bibb.de/veroeffentlichungen

Gesamtherstellung:

Verlag Barbara Budrich
Stauffenbergstraße 7
51379 Leverkusen
Internet: www.budrich.de
E-Mail: info@budrich.de

Lizenzierung:

Der Inhalt dieses Werkes steht unter einer Creative-Commons-Lizenz (Lizenztyp: Namensnennung – Keine kommerzielle Nutzung – Keine Bearbeitung – 4.0 International).



Weitere Informationen zu Creative Commons und Open Access finden Sie unter www.bibb.de/oa.

ISBN 978-3-96208-312-0

urn:nbn:de:0035-0963-5

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Inhaltsverzeichnis

Tabellen- und Abkürzungsverzeichnis	5
I. BEGRÜNDUNGSRAHMEN	7
1. Hintergrund, Intentionen, Auftrag und Arbeitsweise	9
2. Verortung der standardisierten Module im Pflegebildungssystem	12
3. Pflege- und Berufsverständnis in erweiterten heilkundlichen Pflege- und Therapieprozessen	13
4. Didaktisch-pädagogische Grundsätze	15
4.1 Subjektorientierung	15
4.2 Bildungsverständnis	16
4.3 Kompetenzverständnis	16
4.4 Lehr-/Lernverständnis	16
5. Konstruktionsprinzipien der Module	18
5.1 Pflege- und Therapieprozess- verantwortung	18
5.2 Kompetenzorientierung	18
5.3 Situationsorientierung	19
5.4 Entwicklungslogik	20
6. Darlegung der Module zum Erwerb erweiterter heilkundlicher Kompetenzen	22
7. Umsetzungsempfehlungen für die standardisierten Module zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben	26
7.1 Empfehlungen zur curricularen Planung	26
7.2 Empfehlungen für die Umsetzung an Hochschulen	27
7.3 Empfehlungen zur Qualifikation der Lehrenden	28
7.4 Empfehlungen zu Kooperationen und zur praktischen Ausbildung	28
7.5 Empfehlungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen am Lernort Pflegebildungseinrichtung	29
7.6 Empfehlungen zur Prüfungsgestaltung	30
Literaturverzeichnis	32

II. STANDARDISIERTE MODULE	35
G – Grundlagenmodul: Ein professionelles Berufs- und Rollenverständnis mit erweiterter heilkundlicher Verantwortung entwickeln.....	37
W 1 – Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen in diabetischer Stoffwechsellaage	43
W 2 – Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von chronischen Wunden betroffen sind.....	54
W 3 – Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen, die von einer Demenz betroffen sind	60
W 4 – Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von einem Hypertonus betroffen sind	69
W 5 – Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von Schmerzen betroffen sind	75
W 6 – Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von spezifischen Ernährungs- oder Ausscheidungsproblemen betroffen sind	83
W 7 – Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen mit einem Tracheostoma.....	94
W 8 – Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von akuter oder chronischer Beeinträchtigung der Atmung betroffen sind	102
III. ANHANG.....	109
Expertinnen und Experten, die von der Fachkommission nach § 53 PflBG beratend hinzugezogen wurden.....	111

Tabellen- und Abkürzungsverzeichnis

Tabellen

Tabelle 1: Übersicht über die Modulstruktur	21
Tabelle 2: Darlegungsform und Darlegungsinhalte der Module.....	22

Abkürzungen

BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
PflAPrV	Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung
PfIBG	Pflegeberufegesetz
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

I. BEGRÜNDUNGSRAHMEN

1. Hintergrund, Intentionen, Auftrag und Arbeitsweise

Die mit der demografischen Entwicklung verbundenen vielfältigen Herausforderungen im Gesundheits- und Pflegewesen erfordern zunehmend interdisziplinäre Ansätze, die auch die Verantwortungs- und Aufgabenverteilung zwischen den Heilberufen tangieren. Auf die bestehenden Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit und auf die Notwendigkeit einer Neuregelung der Kompetenzen hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) bereits in seinem 2007 verfassten Gutachten „Kooperation und Verantwortung – Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ deutlich hingewiesen. Neben dem Abbau von Versorgungsdefiziten, der Qualitätsverbesserung und der Erhöhung der Patientensicherheit betont der Sachverständigenrat auch das Ziel einer Attraktivitätssteigerung der Heilberufe. „Die neuen Berufsbilder sollten die realistische Option bieten, die Arbeitszufriedenheit der Berufsgruppen durch sinnvolle Arbeitsteilung zu verbessern, und sollten garantieren, dass Tätigkeiten entsprechend des eigenen Qualifikationsniveaus durchgeführt werden können“ (SACHVERSTÄNDIGENRAT 2007, S. 16).

Erste erforderliche gesetzliche Neuregelungen für eine Aufgabenneuverteilung zwischen den ärztlichen und pflegerischen Berufsgruppen wurden mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28. Mai 2008 geschaffen. Der Gesetzgeber hat die Möglichkeit eröffnet, zeitlich befristet Ausbildungsangebote zu erproben, die der Weiterentwicklung des Pflegeberufs im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) dienen. Ziel der Modellvorhaben ist es, die Übertragung bestimmter ärztlicher Tätigkeiten zu erproben, bei denen es sich um die selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt.

Erforderlich war nach den Regelungen im Altenpflegegesetz und im Krankenpflegegesetz eine zusätzliche Ausbildung mit staatlicher Prüfung. Die übertragbaren ärztlichen Tätigkeiten wurden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GB-A) einige Jahre später festgelegt. Die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über

die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V“ in der Fassung vom 20. Oktober 2011 ist mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 22. März 2012 in Kraft gesetzt worden.

Obwohl die gesetzlichen Voraussetzungen für die Übertragung ärztlicher Aufgaben an entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen seit vielen Jahren gegeben sind, wurde die Möglichkeit einer Erprobung im Rahmen von Modellversuchen bislang kaum genutzt. Dies zeigt auch eine auf Beschluss der Fachkommission nach § 53 PflBG in Auftrag gegebene Bestandsaufnahme der Universität zu Lübeck (vgl. VAN HALSEMA/INKROT/BALZER 2020).

Das Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG) vom 17. Juli 2017 regelt die Pflegeausbildung/-en seit dem 1. Januar 2020 neu und erleichtert mit den Bestimmungen des § 14 Abs. 4 PflBG nun auch die Schaffung von Ausbildungsangeboten, in denen über § 5 PflBG hinausgehende erweiterte Kompetenzen für heilkundliche Aufgaben aufgebaut werden. Diese Erleichterungen sind als eine von mehreren zentralen Innovationen der grundlegend reformierten Pflegeausbildung anzusehen.

Durch den Erwerb erweiterter heilkundlicher Kompetenzen darf das Erreichen des Ausbildungsziels nach § 5 PflBG für die berufliche Pflegeausbildung bzw. nach § 37 PflBG für die hochschulische Pflegeausbildung nicht gefährdet werden. Ausbildungsinhalte, die über die im PflBG und die auf Grundlage von § 56 Abs. 1 PflBG erlassene Ausbildungs- und Prüfungsverordnung hinausgehen, sind in gesonderten schulinternen Curricula der Pflegeschulen bzw. in den Modulhandbüchern der Hochschulen, die ein primärqualifizierendes Pflegestudium anbieten, sowie in den Ausbildungsplänen der Träger der praktischen Ausbildung bzw. der kooperierenden Praxiseinrichtungen zu regeln und durch

das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zu genehmigen. Die Genehmigung war bisher stets an die Voraussetzung eines vereinbarten Modellvorhabens nach § 63 Abs. 3c SGB V gebunden. Diese Voraussetzung entfällt – und diese Bestimmung ist neu – wenn die Fachkommission nach § 53 PflBG standardisierte und von den beiden Bundesministerien genehmigte Module für die zusätzliche Ausbildung zum Erwerb erweiterter Kompetenzen entwickelt (vgl. § 14 Abs. 4 PflBG). Dieser Aufgabe ist die Fachkommission mit dem vorliegenden Dokument nachgekommen. Dass standardisierte Module zur Verfügung gestellt werden, entspricht zugleich den Vereinbarungen der Ausbildungsinitiative Pflege 2019–2023, die sich in Handlungsfeld III unter Punkt 3.4 darauf verständigt hat, den Erwerb erweiterter Kompetenzen durch die Entwicklung standardisierter Module seitens der Fachkommission zu forcieren (vgl. BMFSFJ 2019, S. 20).

Die Fachkommission ist ein in § 53 PflBG neu verankertes Gremium aus pflegfachlich, pflegepädagogisch und pflegewissenschaftlich ausgewiesenen Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Handlungsfeldern der Wissenschaft und Forschung sowie der Pflege- und Bildungspraxis. Dieses Gremium hat die im PflBG zugewiesene Aufgabe, erstmals empfehlende bundesweite Rahmenlehrpläne und Rahmenausbildungspläne für die Pflegeausbildungen zu entwickeln, fristgerecht zum 1. Juli 2019 zunächst abgeschlossen und wird die Rahmenpläne bei Bedarf und in regelmäßigen Abständen aktualisieren. In den Rahmenlehrplänen für den theoretischen und praktischen Unterricht sowie in den Rahmenausbildungsplänen für die praktische Ausbildung übersetzt die Fachkommission das neue Pflege- und Berufsverständnis sowie die damit verbundenen Konzepte, Prinzipien und Innovationen konsequent auf die Lehrplanebene und unterstützt mit ihren Impulsen zur curricularen (Weiter-)Entwicklung auf Landes- und Schul- bzw. Einrichtungsebene die Implementierung der neuen Pflegeausbildung/-en und der damit verbundenen Ansprüche.

Die Entwicklung standardisierter Module durch die Fachkommission bietet den Vorteil, die Module nach den gleichen Prinzipien zu konzipieren, die auch den Rahmenplänen zugrunde liegen. Bei der Modulkonzeption war die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätig-

keiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V“ aus dem Jahr 2012 im Hinblick auf das Anforderungs- und Berufsprofil der neuen Pflegeausbildung/-en zu interpretieren. Strukturell und inhaltlich werden damit die konzeptionelle Anschlussfähigkeit und die Integration in eine Ausbildung oder ein Studium mit einem um zusätzliche heilkundliche Aufgaben erweiterten Verantwortungs- und Aufgabebereich deutlich unterstützt. Die Module sind zugleich eine Grundlage für Nachqualifizierungsangebote von Pflegefachpersonen, „die bereits zur Führung der Berufsbezeichnung nach § 1 Abs. 1 berechtigt sind“ (§ 14 Abs. 7 PflBG). Um die Umsetzung von Modellvorhaben zu unterstützen, hat der Gesetzgeber mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz vom 11. Juli 2021 in § 64d SGB V die Krankenkassen verpflichtet, bis spätestens 1. Januar 2023 Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten nach § 63 Abs. 3c SGB V zu beginnen.

Die Fachkommission hat in der Zeit von November 2019 bis Juni 2021 ein Grundlagenmodul und insgesamt acht Wahlmodule sowie die theoretischen Begründungen erarbeitet. In neun, meist zweitägigen Sitzungen, die durch intensive Arbeitsphasen in kleineren Arbeitsgruppen ergänzt wurden, haben die Kommissionsmitglieder alle konzeptionellen Fragen gemeinsam diskutiert und die verschiedenen Entwurfsfassungen der Module konsensorientiert weiterentwickelt.

Unterstützung hat die Fachkommission in den verschiedenen Entwicklungsphasen durch externe Expertinnen und Experten eingeholt. Sie werden im Anhang namentlich aufgeführt. Eine auf Beschluss der Fachkommission in Auftrag gegebene Bestandsaufnahme der Universität zu Lübeck (VAN HALSEMA/INKROT/BALZER 2020) weist die bisherigen Modellversuche und Konzepte im Kontext der Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V aus. Wichtige konzeptionelle Impulse erhielt die Fachkommission durch zwei Pflegepädagoginnen, die ein umfassendes Modulhandbuch für den Erwerb erweiterter Kompetenzen verfasst haben und von der Fachkommission konsultiert wurden (vgl. ADAMS/FLICK 2013). Nachdem der in einer Kommissionssitzung geplante Workshop aufgrund der Covid-19-Pandemie nicht stattfinden konnte, wurden die dafür von der Fachkommission vorgesehenen Expertinnen und Experten aus der Pflegewissenschaft

und verschiedenen Handlungsfeldern der Pflegepraxis gebeten, sich schriftlich zu ausgewählten Fragen der Modulkonzeption zu positionieren. Schließlich wurden die letzten Entwurfsfassungen der acht Wahlmodule von Expertinnen und Experten aus der Medizin und der Pflegewissenschaft schriftlich begutachtet. Da für eine evidenzbasierte Versorgung den AWMF-Leitlinien und DNQP-Expertenstandards eine besondere Bedeutung zukommt, wurden die externen Expertinnen und Experten für die Begutachtung der Module aus den Fachgesellschaften gewonnen, die eine führende Funktion für die jeweiligen Entwicklungs- und Koordinierungsprozesse übernommen haben. Dabei wurde darauf geachtet, dass die beauftragten Personen intensiv in die inhaltliche Erarbeitung der Leitlinien oder Expertenstandards eingebunden waren. Die im Verlauf des Erarbeitungsprozesses eingegangenen Hinweise und Rückmeldungen von Expertinnen und Experten wurden von der Fachkommission jeweils geprüft und begründet berücksichtigt oder verworfen. Durch die breite Beteiligung von Expertinnen und Experten sowohl aus der Pflegewissenschaft als auch aus der Medizin hat die Fachkommission die fachliche Legitimation der standardisierten Module sichergestellt.

Frühzeitig hat sich die Fachkommission mit den beiden für die Genehmigung der standardisierten Module gemeinsam zuständigen Bundesministerien, dem

BMFSFJ und dem BMG, über die Modulkonzeption verständigt. Im Interesse einer Koordination der Aktivitäten zur interdisziplinären Zusammenarbeit sowie einer frühen Transparenz und Akzeptanz in der Fachöffentlichkeit wurden Kontakte mit den beiden Bundesministerien sowie mit dem Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung gepflegt. In diesem Kontext hat die stellvertretende Vorsitzende auch an verschiedenen Fachtagungen sowie an den Sitzungen des Expertengremiums zum „Strategieprozess der interprofessionellen Zusammenarbeit“ teilgenommen und die Rückmeldungen der Expertinnen und Experten zur Modulkonzeption der Fachkommission aufgenommen.

Das vorliegende Dokument beinhaltet zwei Teile. Im Begründungsrahmen werden zunächst die Hintergründe, die zentralen Intentionen, der Auftrag und die Arbeitsweise der Fachkommission offengelegt. In den folgenden Kapiteln werden das Pflege- und Berufsverständnis im Kontext erweiterter heilkundlicher Verantwortung, die leitenden didaktisch-pädagogischen Grundsätze, die Konstruktionsprinzipien der Module und die Form der Darlegung der Module erläutert. Der zweite Teil des Dokumentes beinhaltet das Grundlagenmodul und die acht Wahlmodule.

2. Verortung der standardisierten Module im Pflegebildungssystem

Nach § 14 PflBG werden die erweiterten Kompetenzen innerhalb der beruflichen oder hochschulischen Erstausbildung (vgl. § 37 Abs. 5 PflBG) erworben, wobei das Erreichen des Ausbildungsziels nicht gefährdet sein darf, und die Ausbildungsdauer ist nach Maßgabe des jeweiligen Modulumfangs zu verlängern. Die erweiterten Kompetenzen sind dabei kein verbindlicher Gegenstand der Erstausbildung, sondern ein zusätzliches Ausbildungsangebot, das zum Zwecke der Weiterentwicklung des Pflegeberufes zeitlich befristet nach § 63 Abs. 3c oder § 64d SGB V erprobt werden soll. Auf der Grundlage der Ergebnisse dieser Erprobung obliegt es dann dem Gesetzgeber, über die Frage einer dauerhaften Regelung zu entscheiden. § 14 Abs. 7 PflBG zufolge können auch Pflegefachpersonen, die bereits über eine Berufszulassung verfügen, die erweiterten Kompetenzen durch Absolvieren der Module erlangen und durch Prüfungen nachweisen. Die standardisierten Module bieten vor diesem Hintergrund auch eine Grundlage, um anderweitig, z. B. durch Fort- und Weiterbildung, erworbene Kompetenzen, durch einen gesonderten Nachweis in Form einer staatlichen Prüfung (vgl. § 14 Abs. 6 PflBG) formal zu dokumentieren.

Die standardisierten Module entsprechen von der Struktur her deshalb nicht dem in Deutschland etablierten Qualifikationssystem in der Pflege. Sie sind weder in die Erstausbildung noch in eine landesrechtlich

geregelte Weiterbildung oder in ein Masterstudium regelhaft integriert. Nach positiver Erprobung sollte der Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Übernahme heilkundlicher Aufgaben nach Auffassung der Fachkommission mittelfristig im Qualifikationssystem fest verankert werden. Dabei sollten weitere Übertragungen, neue Versorgungsmodelle sowie internationale Erfahrungen und Regelungen einbezogen werden (vgl. MAIER/AIKEN 2016).

In ihrer derzeitigen bildungssystematischen Stellung gehen die Module über das Niveau der gegenwärtigen (beruflichen) Erstausbildung hinaus, weisen aber einen geringeren Umfang als landesrechtlich geregelte Fachweiterbildungen auf, da sie den Erwerb von erweiterten heilkundlichen Kompetenzen laut Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V fokussieren. Im Vergleich zu Masterstudiengängen sind sowohl das Qualifikationsniveau als auch der Umfang deutlich niedriger angesetzt. Fachweiterbildungen und Masterstudiengänge stellen daher nach wie vor Optionen der beruflichen Weiterentwicklung auch im Anschluss an absolvierte standardisierte Module zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Übernahme heilkundlicher Aufgaben dar. Eine andere Möglichkeit besteht auch darin, die Module in entsprechende Bildungsangebote zu integrieren.

3. Pflege- und Berufsverständnis in erweiterten heilkundlichen Pflege- und Therapieprozessen

Die den standardisierten Modulen zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zugrunde liegende Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V sieht explizit vor, dass der Erwerb erweiterter Kompetenzen für die selbstständige Ausübung der bislang ärztlichen Aufgaben qualifiziert, die von der Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V erfasst sind. Nach „ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung“ wird die Durchführung dieser Aufgaben von der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt auf die entsprechend qualifizierte Pflegefachperson in schriftlicher Form übertragen (vgl. G-BA-Richtlinie § 3 Abs. 1). Nach Übertragung übt die Pflegefachperson die Aufgaben selbstständig und eigenverantwortlich aus. Die Ausübung in den Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V beinhaltet auch die „Übernahme fachlicher, wirtschaftlicher und rechtlicher Verantwortung“ sowie die Entscheidung darüber, in welchem Umfang die übertragene Aufgabe „medizinisch geboten ist“ (G-BA-Richtlinie § 2 Abs. 2). Die standardisierten Module der Fachkommission nach § 53 PflBG zielen folglich auf Qualifizierung für Substitution, also die selbstständige und eigenverantwortliche Ausübung von Heilkunde in einem von der Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V beschriebenen Aufgabenbereich einschließlich der damit verbundenen Verantwortung, und nicht lediglich auf Delegation, bei der die Aufgaben stellvertretend für die anordnende Ärztin oder den anordnenden Arzt ausgeführt werden, diese/-r jedoch die ärztliche und juristische Verantwortung behält.

Mit dem Erwerb von erweiterten Kompetenzen durch Pflegefachpersonen ist die Intention verbunden, die gesundheitliche Versorgung insbesondere von Menschen mit chronischen Erkrankungen durch kontinuierliche, alltagsnahe, evidenzbasierte und abgestimmte Behandlungs-, Pflege-, Unterstützungs- und Informationsangebote zu sichern und hierfür die Kompetenzen der Pflegefachpersonen besser als bisher auszuschöpfen. Pflegefachpersonen haben durch ihre pflegerischen Aufgaben einen niedrigschwelligen und

kontinuierlichen Zugang zu den Menschen, die von chronischen Erkrankungen betroffen sind. Außerdem bezieht die Pflege sich auf das gesamte Spektrum der Handlungsfelder von der Prävention, über Kuration, Rehabilitation bis zur Palliation, sodass sie dazu beitragen kann, Patientenzentrierung und Versorgungskontinuität auch über die Sektoren hinweg entscheidend zu verbessern. Mit Blick auf diese übergeordneten Intentionen muss sich die Logik der Versorgungsprozesse an den Menschen mit komplexen medizinisch-pflegerischen Versorgungsbedarfen orientieren. Die Fachkommission legt daher der Entwicklung der standardisierten Module stets den vollständigen Pflegeprozess zugrunde und erweitert diesen um den Therapieprozess. Um die Verknüpfung beider Prozesse hervorzuheben, verwendet sie den Terminus „Pflege- und Therapieprozesse“.

Die Übernahme von erweiterten Aufgaben bedeutet nicht, dass diese Aufgaben isoliert von anderen Berufsgruppen oder auch von Pflegepersonen anderer Qualifikationsniveaus durchgeführt werden. Vielmehr erfordert die Versorgung selbstverständlich eine enge Kooperation der an der gesundheitlichen Versorgung beteiligten Berufsgruppen und insbesondere eine enge Kooperation mit den Ärztinnen und Ärzten, die die Übertragung dieser Aufgaben vorgenommen haben. Stellt die Pflegefachperson Verschlechterungen oder gravierende Veränderungen der auf die ärztliche Diagnose und Indikationsstellung bezogenen gesundheitlichen Situation fest, sind die übertragenden Ärztinnen und Ärzte umgehend zu informieren. Neben Kompetenzen zur inter- und intraprofessionellen Zusammenarbeit, die im Rahmen der standardisierten Module aufgebaut werden, kann die Kommunikation und Kooperation in der direkten Zusammenarbeit durch abgestimmte Kommunikations- und Kooperationsregeln oder auf systemischer Ebene, beispielsweise durch interprofessionelle Standards und Leitlinien, erleichtert werden.

Die erweiterten Kompetenzen beziehen sich entsprechend dem generalistischen Ansatz der Pflegeerausbildung sowohl auf Menschen aller Altersstufen als auch auf alle Versorgungsbereiche. Sie können auch von Personen mit Berufsabschlüssen nach dem Altenpflegegesetz oder dem Krankenpflegegesetz erworben werden (vgl. § 64 PflBG). Ein besonderes Potenzial zur Verbesserung der Versorgung liegt aus Sicht der Fachkommission in der stationären Langzeitversorgung und der häuslichen Versorgung im kommunalen Umfeld, vor allem im ländlichen Raum, also den Versorgungsbereichen, in denen – anders als in der stationären Akutversorgung – Ärztinnen und Ärzte nicht ständig präsent sind.

Mit dem Erwerb erweiterter Kompetenzen und dem Transfer erweiterter Versorgungsbefugnisse in die Praxis können neue Versorgungsmodelle umgesetzt werden, wie beispielsweise lokale Gesundheitszentren zur Primär- und pflegerischen Langzeitversorgung, die alle für die umfassende Versorgung, insbesondere von älteren und chronisch erkrankten Menschen, erforderlichen medizinischen, pflegerischen und sozialen Leistungen bündeln (SVR 2014). Wie schon in den Rahmenplänen für die Erstausbildung werden auch in den standardisierten Modulen Kompetenzen zur Bewältigung der aktuellen Herausforderungen in der Versorgung, die sich als Querschnittskompetenzen auf alle Module beziehen, wie die Anwendung von digitalen Technologien, die Gewährleistung der Patientensicherheit oder die Förderung der Gesundheitskompetenz, mitgedacht. Sie sind allerdings nicht in den Kompetenzformulierungen erkennbar, da sich diese auf einem höheren Abstraktionsniveau befinden, wohl aber auf der Ebene der Inhalte.

Mit der Vorlage von standardisierten Modulen für den Erwerb erweiterter Kompetenzen hat die Fachkommission die qualifikatorische Grundlage zur Durchführung der Modellvorhaben nach §§ 63 Abs. 3c und 64d SGB V erarbeitet. Im nächsten Schritt sind aus Sicht der Fachkommission die noch ausstehenden regulatorischen Voraussetzungen (beispielsweise zu Vergütung und Haftung) zu schaffen.

Die Fachkommission stützt sich auch bei der Entwicklung der standardisierten Module zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Übernahme heilkundlicher Aufgaben auf die professions- und handlungstheoretischen Begründungen, die schon die Entwicklung der Rahmenpläne geleitet haben (vgl. FACHKOMMISSION 2020a, S. 8ff.). Sie geht davon aus, dass in der Pflege unterschiedliche Handlungslogiken von Bedeutung sind, nämlich das Handeln auf der Basis von kognitiven Operationen des Planens und Problemlösens unter Nutzung von evidenzbasiertem Wissen und das Pflegehandeln auf der Basis eines sinnlich-leiblichen, praktischen Zugangs zur subjektiven Lebens-, Wahrnehmungs- und Erfahrungswelt des zu pflegenden Menschen, der auf phänomenologisch-hermeneutischen Methoden beruht. Außerdem bezieht sich die Fachkommission auf kritische Theorien und Methoden des kritischen Denkens durch das Denken in Widersprüchen. Ein wesentliches Bildungsziel besteht vor diesem Hintergrund darin, die Absolventinnen und Absolventen der Module zu befähigen, „Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben der Gesellschaft“ (§ 1 SGB IX) in Pflege- und Therapieprozessen im Bewusstsein zu fördern, dass Fremdbestimmung und Ungerechtigkeit vermieden oder jedenfalls abgemildert werden sollten.

4. Didaktisch-pädagogische Grundsätze

Bei der Erarbeitung der standardisierten Module zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben hat die Fachkommission nach § 53 PflBG die didaktisch-pädagogischen Grundsätze berücksichtigt, die auch schon bei der Erarbeitung der Rahmenpläne für die Erstausbildung (FACHKOMMISSION 2020a) grundlegend waren, und in den Begleitmaterialien zu den Rahmenplänen (FACHKOMMISSION 2020b) ausführlich begründet werden. Im Folgenden werden einzelne Aspekte, die für die standardisierten Module von besonderer Bedeutung sind, vertieft und spezifiziert.

4.1 Subjektorientierung

Alle standardisierten Module folgen über die Situationsmerkmale – insbesondere über das Merkmal „Erleben/Deuten/Verarbeiten“ – konsequent dem Ansatz der Subjektorientierung: Die subjektiven Wahrnehmungen und Deutungen der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen, der Angehörigen des interprofessionellen Teams und der Teilnehmenden stellen einen zentralen Ausgangspunkt der Auseinandersetzung mit den Lerngegenständen dar.

Das Grundlagenmodul ist in seinem ersten Teil primär aus Sicht der an den Bildungsangeboten Teilnehmenden konzipiert. Anknüpfend an das bereits entwickelte pflegeberufliche Selbstverständnis werden die subjektiven Vorstellungen der Teilnehmenden zu übertragbaren Aufgaben und zu der damit verbundenen Verantwortungsübernahme fokussiert. Die Teilnehmenden erhalten darüber die Möglichkeit, ihre Erwartungen und zukünftigen Verpflichtungen zu reflektieren und ein erweitertes professionelles Berufs- und Rollenverständnis zu entwickeln. Pädagogisch initiierte Reflexions- und Erfahrungsräume unterstützen den Entscheidungsprozess der Teilnehmenden.

In diesem erweiterten Berufs- und Rollenverständnis nimmt die interprofessionelle Vernetzung, insbesondere die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten, eine zentrale Rolle ein. Eine zielgerichtete, die jewei-

ligen Aufgabenbereiche in ihrer konkreten Abgrenzung berücksichtigende Kooperation ist erforderlich, um die Qualität der gesundheitlichen Versorgung und die Patientensicherheit zu erhalten und weiterzuentwickeln, insbesondere bei Menschen mit chronischen Erkrankungen. In den Fokus rückt eine am Subjekt des zu pflegenden Menschen ausgerichtete Versorgung, in der zwischen den Berufsgruppen eine Verständigung über Ziele und Unterstützungsangebote sowie über die Definition der Schnittstellen zwischen den Aufgabenbereichen erfolgen sollte. In diesem vielschichtigen Pflege- und Therapieprozess muss das mitunter spannungsreiche und mit Abhängigkeitsverhältnissen verbundene Verhältnis der Berufe überwunden werden. Subjektorientierung bedeutet in diesem Zusammenhang, das Spannungsfeld zwischen Selbst- und Fremdbestimmung im pflegerischen Handeln kritisch zu reflektieren, unterschiedliche Aussagen hinsichtlich ihrer Geltungsansprüche und Evidenz in interprofessionellen Diskursen zu prüfen und eine über isoliert delegierte oder substituierte medizinische Tätigkeiten hinausweisende pflegerische Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse zu übernehmen. Eine ausschließlich biomedizinische Versorgung entspricht nicht dem Bedarf von chronisch erkrankten Menschen. Die Aushandlungsprozesse zwischen Pflegefachpersonen mit erweiterter Verantwortung und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten können deshalb von divergierenden Interessen und Handlungslogiken bestimmt sein. Die dabei möglicherweise erlebten Spannungen sowie ggf. vorherrschende unreflektierte Normen können als Bildungsanlässe genutzt werden. Die Teilnehmenden sollen in die Lage versetzt werden, pflegerische und medizinische Perspektiven sowie unterschiedliche Handlungslogiken so miteinander zu verknüpfen, dass Teilhabe und Selbstbestimmung sowie Lebensqualität und Alltagskompetenz der von chronischer Erkrankung betroffenen Menschen gefördert werden. Damit verbunden sind ein reflexiver Umgang mit disziplinärem Wissen – neben pflegewissenschaftlichem kommt hier ein vertieftes medizinisches Wissen hinzu – und ein an den individuellen Pflegebedarfen der zu pflegenden Menschen orientierter Pflegeprozess unter Beachtung ethischer Ansprüche.

Neben diesen auf den konkreten Fall bezogenen Kompetenzen sollten die Bildungsangebote zum Erwerb erweiterter heilkundlicher Kompetenzen auch darauf abzielen, die bislang eher medizinisch ausgerichteten Wissens- und Interaktionsordnungen, vor allem in der Akutversorgung im Krankenhaus, im Kontext institutioneller und gesellschaftlicher Bedingungen zu hinterfragen und ggf. zu verändern (vgl. SANDER 2008, S. 31).

Der Aufbau derartig reflexiver Haltungen wird im Grundlagenmodul explizit als Bildungsziel aufgenommen, in allen anderen Modulen weitergeführt und entwickelt sich über die Arbeit an konkreten Fällen und praktischen Erfahrungen mit der Übernahme erweiterter heilkundlicher Aufgaben.

4.2 Bildungsverständnis

Der Fachkommission nach § 53 PflBG ist es ein Anliegen, das in der neuen pflegeberuflichen Ausbildung zugrunde gelegte Bildungsverständnis auch in den Modulen zum Erwerb von erweiterten Kompetenzen zur Übernahme heilkundlicher Aufgaben weiterzuführen. Bildung ist ein lebenslanger, offener Prozess und beinhaltet die Initiierung und Begleitung von Subjektentwicklungsprozessen, wobei Lernbiografien und subjektive Theorien bedeutungsvolle Anknüpfungspunkte bieten. Bildung hebt auf die (Weiter)Entwicklung der Selbst- und Weltsicht bzw. auf die Transformation von Welt- und Selbstverhältnissen ab (vgl. MAROTZKI 2006, S. 61; FACHKOMMISSION 2020b, S. 12f.). Die Teilnehmenden der Module müssen mit Übernahme der erweiterten Verantwortung für heilkundliche Aufgaben in komplexen Versorgungsprozessen und der damit verbundenen größeren Handlungsautonomie ihre bisher entwickelte Pflegeidentität erweitern. Sie übernehmen als eigenständige Erbringende von Versorgungsleistungen die fachliche, wirtschaftliche, rechtliche und ethische Verantwortung für alle an sie übertragenen Aufgaben. Sie müssen daher in der Lage sein, die Folgen ihrer Entscheidungen zu antizipieren und bezogen auf die unterschiedlichen – zum Teil auch widersprüchlichen – Anforderungen abzuwägen. Diese erweiterten Entscheidungsspielräume bringen, wie auch die oben genannten Herausforderungen in der Zusammenarbeit, ein erhebliches Bildungspotenzial mit sich.

In den standardisierten Modulen sieht die Fachkommission daher vor, Bildung durch reflexive Einsicht in Widersprüche und restriktive Herrschafts- sowie Missachtungsverhältnisse (vgl. DARMANN-FINCK 2010, S. 157; ERTL-SCHMUCK 2010, S. 68) zu ermöglichen und die Teilnehmenden darin zu stärken, sich mit ihrer erweiterten Berufsrolle innerhalb der eigenen wie auch gegenüber anderen Professionen zu positionieren und mit ihrer erweiterten pflegerischen Expertise Stellung zu beziehen.

4.3 Kompetenzverständnis

Den zu entwickelnden erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben liegt ein dispositionales Kompetenzverständnis zugrunde, wie es in den Begleitmaterialien zu den Rahmenlehr- und Rahmenausbildungsplänen entfaltet wurde. Demnach wird Kompetenz als Fähigkeit und Bereitschaft verstanden, in komplexen Pflege- und Berufssituationen professionell zu handeln und sich für die persönliche und fachliche Weiterentwicklung einzusetzen (vgl. FACHKOMMISSION 2020a, S. 12). Kompetenzen als Handlungsvoraussetzungen konkretisieren sich in den Modulen über die Anforderungen der spezifischen heilkundlichen Aufgaben. Den Kontext der Kompetenzentwicklung bildet das erweiterte professionelle Berufs- und Rollenverständnis, das die Substitution ausgewählter ärztlicher Aufgaben umfasst. Da die Kompetenzen auf eine erweiterte Verantwortungsübernahme für die in der Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V beschriebenen Aufgaben abzielen, ergibt sich ein höheres Komplexitätsniveau in den beruflichen Anforderungen, und sie gehen bezogen auf das Niveau über die dreijährige Pflegeausbildung hinaus.

4.4 Lehr-/Lernverständnis

Das der Entwicklung der standardisierten Module zugrunde liegende Lehr-/Lernverständnis schließt an das Verständnis an, das in den Begleitmaterialien zu den Rahmenlehr- und Rahmenausbildungsplänen dargelegt wurde (vgl. FACHKOMMISSION 2020b, S. 14f.). Das dort ausgeführte konstruktivistische und interaktionistische Lehr-/Lernverständnis ist auch für die didaktische Arbeit im Rahmen dieser Module bedeutsam. Die pädagogischen Handlungsmuster wie Unterstützen, Anregen, Beraten, Anleiten und Erklären

müssen auf unterschiedliche Zielgruppen (z. B. Auszubildende, Studierende, Pflegefachpersonen mit bereits abgeschlossener Erstausbildung) angepasst werden, die diese Module zu verschiedenen Zeitpunkten ihres Bildungswegs absolvieren. Um implizite Aneignungsergebnisse zu reflektieren, sind didaktische Konzepte der Erfahrungs- und Biografieorientierung sinnvoll. Entsprechende Reflexionsprozesse sind in der Pflegebildung von besonderer Bedeutung, da das implizite, körperlich-leiblich verankerte, biografisch erworbene Wissen der Pflegefachpersonen einen Zugang zur subjektiven Erfahrungswelt eines zu pflegenden Menschen ermöglicht und daher für berufliches Können grundlegend ist (vgl. NEUWEG 2020, S. 251ff.).

Um den Erwerb interprofessioneller Kompetenzen zu unterstützen, bedarf es entsprechender Voraussetzungen auf struktureller und konzeptioneller Ebene. Als wirksam haben sich insbesondere interprofessionelle Lehr- und Lernformate erwiesen, über die kooperative Deutungs- und Kommunikationsprozesse eingeübt werden können (vgl. REEVES u. a. 2016).

Lernen in den auf den Erwerb erweiterter Kompetenzen zur selbstständigen Ausübung heilkundlicher Aufgaben ausgerichteten Modulen erfolgt an allen Lernorten. Anbietende Bildungseinrichtungen müssen nach Möglichkeit gemeinsam mit Fachexpertinnen und -experten der Einsatzbereiche didaktische Konzepte bzw. Lernsituationen entwickeln und begründen, die einen sukzessiven Aufbau der entsprechenden Kompetenzen ermöglichen. Zur Unterstützung des Kompetenzaufbaus bzw. der Sichtbarmachung des Kompetenzerwerbs bietet sich über alle Lernorte hinweg z. B. eine strukturierte Portfolioarbeit an. Hohe Lernpotenziale weisen auch ergänzende simulative Lernszenarien auf.

Bei der Gestaltung der Lehr-/Lernangebote zum Erwerb erweiterter heilkundlicher Kompetenzen sollte das Lernen an allen Lernorten durch einen reflexiven Einsatz digitaler Medien unterstützt werden. Die Teilnehmenden sollen im Hinblick auf Digitalisierung:

(1) ihre bereits erworbenen digitalen Kompetenzen für lebenslanges Lernen weiterentwickeln. Durch den Einsatz digitaler Medien kann im Rahmen dieser Module ergänzend ein Lernen unabhängig von Ort und Zeit ermöglicht werden. Insbesondere bei heterogenen Zielgruppen mit unterschiedlichen Bildungswegen können Diversitätsherausforderungen aufgefangen werden, wenn mittels digitaler Lernmedien, beispielsweise responsiver tutorieller Systeme, an die jeweiligen Lernvoraussetzungen angepasste Unterstützungsangebote offeriert werden (vgl. KREIDL 2011, S. 26f.). Die Teilnehmenden sollen sich: (2) Kompetenzen zum Einsatz von digitalen und technikgestützten Unterstützungsmöglichkeiten der pflegerischen Versorgung sowie zur Kosten-Nutzen-Abwägung des Technikeinsatzes aneignen. Zudem ist anzuregen, dass sie sich an der interprofessionellen Diskussion zu digitalen Lösungen in der Gesundheitsversorgung beteiligen und dabei ihre pflegerischen und ethischen Kompetenzen einbringen.

Wie in den Rahmenlehrplänen sollten auch in den auf den Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben ausgerichteten Modulen idealerweise exemplarisch bedeutsame Schlüsselprobleme der Berufswirklichkeit zum Ausgangspunkt des Lernens werden. Dabei ist zu klären, welche Exemplare in den heilkundlichen Modulen im Mittelpunkt stehen sollen. Da gesicherte Relevanzkriterien für diese Exemplare bzw. Situationen fehlen und um Gestaltungsspielräume zu eröffnen, werden in den Modulen inhaltliche bzw. kompetenzbezogene Aspekte nicht vollkommen ausgearbeitet. Hinweise für geeignete Lernsituationen finden sich in den Modulen jeweils im Abschnitt „Didaktischer Kommentar“.

Die Fachkommission weist darauf hin, dass die Module der regelmäßigen Evaluation bedürfen und mit Blick auf pflegeberufliche, pflegewissenschaftliche, medizinische und gesellschaftliche Entwicklungen von der Fachkommission mindestens alle fünf Jahre überprüft und gegebenenfalls revidiert werden müssen.

5. Konstruktionsprinzipien der Module

Auch bei der Entwicklung eines Rahmenkonzepts für die standardisierten Module zum Erwerb von erweiterten Kompetenzen hat sich die Fachkommission nach § 53 PflBG an den Prinzipien orientiert, die schon bei der Entwicklung der Rahmenpläne für die Erstausbildung leitend waren, nämlich an der (erweiterten) Verantwortung für den vollständigen Pflege- und Therapieprozess, an beruflichen Kompetenzen als Ergebnis von Lehr-/Lernangeboten, an Situationen als strukturbildendem curricularem Prinzip unter Integration der Prinzipien der Wissenschafts- und der Persönlichkeitsorientierung und an einer entwicklungslogischen Strukturierung des Kompetenzaufbaus im Ausbildungsverlauf.

5.1 Pflege- und Therapieprozessverantwortung

Mit § 4 PflBG werden die „Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs“, die „Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses“ sowie die „Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege“ und damit ausgewählte Schritte einer prozessorientierten Pflege als den Pflegefachpersonen vorbehaltenen Tätigkeiten definiert. Die vorbehaltenen Tätigkeiten lassen sich auch als Anspruch einer am Subjekt des zu pflegenden Menschen orientierten Pflege durch deren individualisierende Gestaltung verstehen. Sie konzeptualisieren zudem Pflege als vollständige Handlung und nicht nur als eine Aneinanderreihung von Tätigkeiten. Die Fachkommission begreift daher auch die vom G-BA definierten heilkundlichen Tätigkeiten als in den Pflegeprozess einzubettende Aufgaben, wobei diese Aufgaben stets von einem festgestellten Bedarf oder Anlass abzuleiten sind. Um die Verknüpfung beider Prozesse und die Eigenverantwortlichkeit zu betonen, spricht die Fachkommission von der „Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse“. Den Anspruch einer prozesshaften Bearbeitung der jeweiligen heilkundlichen Aufgaben hat die Fachkommission u. a. in den Titeln der Module ausgedrückt, z. B. „Erweiterte heilkundliche

Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen in diabetischer Stoffwechsellage“. Er findet sich des Weiteren in den Kompetenzformulierungen wieder sowie in der Unterscheidung von Inhalten anhand der Situationsmerkmale „Handlungsanlässe“ und „Handlungsmuster“. Auch innerhalb der „Handlungsmuster“ oder der „Arbeits- und Lernaufgaben am Lernort Praxis“ sind die Angaben anhand der Prozessschritte Assessment, Diagnostik, Planung, Durchführung sowie Evaluation der Pflege- und Therapieprozesse strukturiert.

5.2 Kompetenzorientierung

In jedem Modul werden die intendierten Kompetenzen angegeben. Laut § 14 PflBG sollen die erweiterten Kompetenzen im Kontext der beruflichen Erstausbildung bzw. eines primärqualifizierenden Studiums erworben werden. Daher beziehen sich die angegebenen Kompetenzen auch auf die Kompetenzschwerpunkte der Anlagen 1-5 der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV). Bei der Übernahme der erweiterten Verantwortung durch Pflegefachpersonen handelt es sich um komplexe Pflege- und Therapieprozesse. Die Menschen, die von chronischer Krankheit betroffen sind, befinden sich in vulnerablen Pflegesituationen, oftmals verbunden mit dem Verlust der Selbstständigkeit, Phasen der gesundheitlichen Stabilität wechseln sich mit instabilen Phasen ab. Aufgrund der vielfältigen Unterstützungsbedarfe ist die Einbindung unterschiedlicher Beteiligter und Berufsgruppen unabdingbar. Die damit verbundene Komplexität der Versorgungssituationen sowie die Notwendigkeit, die pflegerischen und therapeutischen Entscheidungen mit aktuellen Evidenzen begründen zu können, erfordern nach Einschätzung der Fachkommission ein über die (berufliche) Erstausbildung hinausgehendes Kompetenzniveau. Dieses wurde entsprechend in den Kompetenzformulierungen realisiert. Damit wird explizit keine Vorentscheidung hinsichtlich der anbietenden Bildungseinrichtungen getroffen. Sie müssen aber die personellen und ggf. strukturellen Voraussetzungen

schaffen, um den Erwerb dieser Kompetenzen zu gewährleisten.

5.3 Situationsorientierung

Kompetenzorientierung und Situationsorientierung sind als curriculare Konstruktionsprinzipien eng miteinander verknüpft, indem Kompetenzen anhand von Situationen erworben werden (vgl. HUNDENBORN 2019, S. 6). Wie bei den Rahmenplänen auch wurde bei der Entwicklung der Rahmenstruktur der Module ein situationsorientierter Ansatz zugrunde gelegt (vgl. REETZ/SEYD 2006). Der situationsorientierte Ansatz wurde realisiert, indem jedes Modul von einer komplexen Pflege- und Therapiesituation und den damit verbundenen Pflege- und Therapiebedarfen von Menschen ausgeht, die von einer – meistens chronischen – Erkrankung betroffen sind. Dabei legt die Fachkommission (2020a, S. 13) jeweils abstrahierte Situationen zugrunde, in denen das Generelle, das Generalisierbare und das Typische im Mittelpunkt stehen. Diese abstrahierten Situationen müssen bei der Konzeption von Lehr-/Lernangeboten anhand von konkreten Fallsituationen umgesetzt werden. In den Modulen ist das Prinzip etwa daran erkennbar, dass die Inhaltsangaben für die Lehre in der Bildungseinrichtung anhand der folgenden Situationsmerkmale (vgl. KAISER 1985) geordnet sind: Handlungsanlässe, Kontextbedingungen, ausgewählte Akteure, Erleben, Deuten und Verarbeiten sowie Handlungsmuster. Situationen im Verständnis der Fachkommission müssen anhand des vollständigen Pflege- und Therapieprozesses bearbeitet werden.

In der Festlegung der ärztlichen Tätigkeiten zur Übertragung an Pflegefachpersonen unterscheidet der G-BA zwischen diagnose- und prozedurenbezogenen Tätigkeiten. Während die diagnosebezogenen Tätigkeiten sich am Pflege- und Therapieprozess orientieren und dem Prinzip der Situationsorientierung wie auch dem der Pflege- und Therapieprozessorientierung entsprechen, ist dies bei den prozedurenbezogenen Tätigkeiten, mit Ausnahme der Tätigkeit „Schmerztherapie/-management“, nicht der Fall. Die Fachkommission sieht daher bezogen auf die prozedurenbezogenen Tätigkeiten die Notwendigkeit, diese in den Gesamtzusammenhang eines Pflege- und Therapieprozesses, ausgehend von vorhandenen Bedarfen oder Anlässen von Pflege und Therapie, zu integrieren. Die prozedurenbezogenen Tätigkeiten sind außerdem inhaltlich

sehr heterogen gefasst und haben eine unterschiedliche Reichweite. Die Fachkommission ist daher bei der Erarbeitung der Rahmenstruktur für die Module zu differenzierten Lösungen gelangt:

- Die Tätigkeiten „psychosoziale Versorgung“ und „Patientenmanagement, Case Management, Überleitungsmanagement“ können als Bestandteil jeglichen vollständigen Pflege- und Therapieprozesses betrachtet werden. Kompetenzen für diese Tätigkeiten werden in der Erstausbildung angeeignet. Im Zusammenhang mit der Übernahme der jeweiligen heilkundlichen Tätigkeiten werden diese vertieft und auf spezifische Bedarfe und Anlässe von Pflege und Therapie bezogen. Sie werden daher in jedem der Wahlmodule wiederaufgenommen.
- Die Tätigkeiten „Ableitungen/Entlastungen/Zugänge“ und „Infusionstherapie/Injektionen“ können ebenfalls als Bestandteil des vollständigen Pflege- und Therapieprozesses betrachtet werden, jedoch können sie im Unterschied zu den erstgenannten unabhängig von dem spezifischen Bedarf an Pflege und Therapie Gegenstand der Lehr- und Lernprozesse sein. Sie werden deshalb in das Grundlagenmodul (Teil 2) integriert.
- Für die Tätigkeit „Schmerztherapie/-management“ wird ein eigenständiges Wahlmodul gebildet, da in der Tätigkeit bereits der Bedarf bzw. Anlass, nämlich Schmerz, benannt wird. Schmerztherapie bzw. Schmerzmanagement lassen sich nach Ansicht der Fachkommission mit Blick auf sowohl medizinische Leitlinien als auch pflegewissenschaftliche Expertenstandards ohnehin eher den diagnosebezogenen Tätigkeiten zuordnen.
- Weitere prozedurenbezogene Tätigkeiten werden jeweils mit Fokus auf einen zugrunde liegenden Pflege- und Therapieanlass oder -bedarf zu einem übergreifenden Modul zusammengefasst. Damit soll verdeutlicht werden, dass stets die komplexe Versorgungssituation und der daraus resultierende Bedarf und nicht einzelne Tätigkeiten im Mittelpunkt stehen. Modul W 6 greift heilkundliche Aufgaben in Zusammenhang mit der pflegerischen Unterstützung von Menschen auf, die von spezifischen Ernährungs- oder Ausscheidungsproblemen betroffen sind. Es beinhaltet die prozedurenbezogenen Tätigkeiten „Ernährung/Ausscheidung“, „Legen und Überwachen eines transurethralen Blasenkatheters“, „Versorgung und Wechsel eines suprapubischen Blasenkatheters“, „Anlage und

Versorgung Magensonde“ und „Stomatherapie“. In Modul W 7 bilden die komplexen Bedarfe von Menschen mit einem Tracheostoma den Ausgangspunkt für die prozedurenbezogenen Tätigkeiten „Tracheostomanagement“ und „Wechsel von Trachealkanülen“.

- Das Modul W 8 bezieht sich auf Menschen mit akuter oder chronischer Beeinträchtigung der Atmung und fokussiert lediglich eine prozedurenbezogene Tätigkeit, nämlich die „Atemtherapie“. Die Fachkommission hat sich aufgrund des erheblichen Versorgungsbedarfs in diesem Bereich entschieden, zu dieser prozedurenbezogenen Tätigkeit ein umfassendes Modul zu entwickeln, obwohl nach Einschätzung der Fachkommission eigentlich nur das Assessment, die regelmäßige Verlaufskontrolle und die Anordnung von Inhalationstherapie und Atemgymnastik ärztliche Tätigkeiten darstellen, die substituiert werden könnten. Der Schwerpunkt dieses Moduls liegt auf atmungstherapeutischen Interventionen, also auf einer Aufgabe, die eher Schnittstellen zur Physiotherapie als zur ärztlichen Domäne aufweist. Bislang fehlt insbesondere für Menschen mit chronischer Beeinträchtigung der Atmung ein alltagsnahes Unterstützungsangebot, mit dem sie über punktuelle physiotherapeutische Interventionen hinaus auch über einen längeren Zeitraum kontinuierlich bei der Durchführung von atmungstherapeutischen Maßnahmen begleitet werden. Diesen Bedarf einschließlich der regelmäßigen Verlaufskontrollen und der erforderlichen Verordnungen deckt das Modul W 8 ab.

Neben acht an komplexen Pflege- und Therapiesituationen orientierten Wahlmodulen umfasst die Modulstruktur ein aus zwei Teilen bestehendes Grundlagenmodul, welches verpflichtend zu belegen ist (vgl. Tabelle 1 „Übersicht über die Modulstruktur“). Dieses Grundlagenmodul ist vor einem der Wahlmodule anzubieten. Es fokussiert in Teil 1 die Selbstvergewisserung und Reflexion der Auszubildenden bzw. Studierenden, die sich für den Erwerb erweiterter Kompetenzen entschieden haben oder sich noch im Entscheidungsprozess befinden.

Mit der Darstellung der Modulstruktur (Tabelle 1) stellt die Fachkommission Transparenz darüber her, welche der in der G-BA-Richtlinie genannten Tätigkeiten sich wie in der Modulstruktur wiederfinden. In den einzelnen Modulen werden sie nicht extra ausgewie-

sen, sondern sind in den Pflege- und Therapieprozess integriert.

Das Persönlichkeits- und das Wissenschaftsprinzip, zwei weitere Prinzipien curricularer Strukturierung, werden auf der Mikroebene, also der Ebene der konkreten Module, berücksichtigt. Das Persönlichkeitsprinzip wird in Teil 1 des Grundlagenmoduls explizit in den Mittelpunkt gestellt, weil es – wie bereits dargestellt – die Erwartungen und Verpflichtungen der/des Auszubildenden bzw. Studierenden fokussiert, die mit der erweiterten Verantwortungsübernahme verbunden sind. In allen anderen Modulen wird das Persönlichkeitsprinzip durch den angestrebten Erwerb (umfassender) beruflicher Kompetenz und insbesondere durch die Angabe von Bildungszielen realisiert. Die Bildungsziele greifen jeweils Widersprüche auf, die anhand der Modulhalte exemplarisch reflektiert werden und dadurch zu einer kritischen Persönlichkeits- und Identitätsbildung beitragen sollen. Neben der Pflegewissenschaft bildet die Medizin die zentrale Bezugswissenschaft für die Konzeption der Module. Die Fachkommission hat, bezogen auf diese und auf weitere Wissenschaften, bei der Ausdifferenzierung der Inhalte den aktuellen Stand der Forschung zugrunde gelegt und Rückmeldungen von Expertinnen und Experten sowohl aus der Medizin als auch aus der Pflegewissenschaft aufgenommen.

5.4 Entwicklungslogik

Die Module zum Erwerb erweiterter Kompetenzen werden zwar im Rahmen der Erstausbildung bzw. des primärqualifizierenden Studiums angeboten, gehen aber zeitlich und inhaltlich über den in der PflAPrV angegebenen Rahmen hinaus. Um Kompetenzen auf dem für die erweiterten Kompetenzen erforderlichen Niveau anbahnen zu können, sollten die für die ersten zwei Ausbildungsdritteln bzw. für die Zwischenprüfung vorgesehenen Kompetenzen bereits vorliegen (PflAPrV, Anlage 1 bzw. Anlage 5). Die Module zum Erwerb erweiterter Kompetenzen sollen daher für die Integration in das letzte Ausbildungsdritteln vorgesehen werden. Werden sie absolviert, verlängert sich gemäß § 14 Abs. 5 PflBG bzw. § 37 Abs. 5 PflBG die (Mindest-) Ausbildungs- bzw. Studienzeit um den zeitlichen Umfang der absolvierten Module.

Tabelle 1: Übersicht über die Modulstruktur

Grundlagenmodul (Pflichtmodul)

G	Ein professionelles Berufs- und Rollenverständnis mit erweiterter heilkundlicher Verantwortung entwickeln
---	---

Wahlmodule

W 1	Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen in diabetischer Stoffwechsellaage	jeweils einschl. „psycho-soziale Versorgung“ und „Patientenmanagement, Casemanagement, Überleitungsmanagement“
W 2	Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von chronischen Wunden betroffen sind	
W 3	Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen, die von einer Demenz betroffen sind	
W 4	Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von einem Hypertonus betroffen sind	
W 5	Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von Schmerzen betroffen sind	
W 6	Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von spezifischen Ernährungs- oder Ausscheidungsproblemen betroffen sind <ul style="list-style-type: none"> ● Ernährung/Ausscheidung ● Legen und Überwachen eines transurethralen Blasenkatheters ● Versorgung und Wechsel eines suprapubischen Blasenkatheters ● Anlage und Versorgung Magensonde ● Stomatherapie 	
W 7	Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen mit einem Tracheostoma <ul style="list-style-type: none"> ● Tracheostomamanagement ● Wechsel von Trachealkanülen 	
W 8	Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von akuter oder chronischer Beeinträchtigung der Atmung betroffen sind <ul style="list-style-type: none"> ● Atemtherapie 	

6. Darlegung der Module zum Erwerb erweiterter heilkundlicher Kompetenzen

Die Darlegungsform der Module schließt an die Darlegungsform der curricularen Einheiten der Rahmenlehrpläne an und erleichtert durch diese konzeptionelle Anschlussfähigkeit die Integration der Module zum Erwerb erweiterter heilkundlicher Kompetenzen in die Erstausbildung an einer Pflegeschule. Im Unterschied zu den Rahmenplänen umfassen die heilkundlichen Module auch Arbeits- und Lernaufgaben für den Lernort Praxis, die für die berufliche Erstausbildung in den Rahmenausbildungsplänen dargelegt sind. Die gewählten Darlegungselemente korrespondieren zudem mit den allgemein üblichen Darlegungselementen für

Module eines primärqualifizierenden Pflegestudiums. Zu den Darlegungselementen werden in den Modulen jeweils abstrakte Angaben gemacht sowie illustrierende Beispiele gegeben. Die Beispielangaben orientieren sich am derzeitigen Stand der Forschung. Sie dienen der Konkretisierung einer abstrakten Angabe, es besteht aber nicht der Anspruch auf Vollständigkeit.

Die nachstehende Tabelle (Tabelle 2) zeigt, wie die Module dargelegt werden. Sie verdeutlicht Gegenstand und Funktion der einzelnen Darlegungselemente.

Tabelle 2: Darlegungsform und Darlegungsinhalte der Module

Nr. Titel
<p>Der Modultitel gibt die zentrale kompetenzbezogene Ausrichtung und Perspektive an. Dem Modultitel wird die Codeziffer vorangestellt. G kennzeichnet das Grundlagenmodul, das für alle Bildungsangebote zum Erwerb erweiterter heilkundlicher Kompetenzen obligatorisch ist. W kennzeichnet die Wahlmöglichkeiten, zwischen denen sich Bildungsanbieter und Teilnehmende entscheiden können. Die laufende Nummer bezeichnet die Reihenfolge des Moduls im Dokument und stellt keine Priorisierung dar.</p>
<p>Pflichtmodul oder Wahlmodul</p> <p>Mit dieser Angabe wird ausgewiesen, ob es sich um ein verpflichtend zu absolvierendes Modul oder um ein Wahlmodul handelt.</p>
<p>Ausbildungs- bzw. Studiendrittel</p> <p>Hier finden sich Angaben, in welchem Ausbildungs- bzw. Studienabschnitt das Modul angeboten werden sollte. Da die Module für den Erwerb erweiterter heilkundlicher Kompetenzen komplexer sind als die Erstausbildung, sollen sie im letzten Ausbildungs- oder Studiendrittel vorgesehen werden.</p> <p>Zeitrictwert</p> <p>Die Stundenzahlen werden als Zeitrictwerte ausgewiesen und auf die Lernorte Bildungseinrichtung und Praxis verteilt. Die Stundenangabe beinhaltet für die hochschulische Kompetenzvermittlung auch Selbstlernzeiten unter Berücksichtigung der unter 7.2 genannten Empfehlungen.</p>

Intentionen und Relevanz

In diesem Abschnitt wird die dem Modul zugrunde gelegte erweiterte heilkundliche Verantwortung beschrieben. Die Ausführungen beginnen mit epidemiologischen Daten und begründen damit die Relevanz der Verantwortungs- und Aufgabenbereiche von Pflegefachpersonen. Sie erläutern die Verknüpfung der Module mit der beruflichen Ausbildung oder dem primärqualifizierenden Pflegestudium und zeigen auf, inwieweit die zu erwerbenden erweiterten Kompetenzen über die in der Ausbildung oder im Studium erworbenen Kompetenzen hinausgehen. Des Weiteren werden die Schwerpunkte herausgestellt, die in den Modulen gesetzt werden.

Bildungsziele

In den Bildungszielen werden die reflexiven Einsichten beschrieben, die anhand der in den Modulen dargelegten Pflege- und Therapieprozesse angeeignet werden können und sollen. Sie nehmen vielfach strukturelle, gesellschaftlich bedingte intra-/interpersonelle Widersprüche und Handlungsanforderungen, die mit der Modulthematik verbunden sind, zum Ausgangspunkt. Die reflexiven Einsichten gehen über umfassende (berufliche) Handlungskompetenzen hinaus und zielen auf die kritische Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung der Teilnehmenden.

Kompetenzen

In den Modulen werden die mit den zugrunde gelegten Pflege- und Therapieprozessen korrespondierenden Kompetenzen ausgewiesen. Sie orientieren sich an der Systematik sowie an den Perspektiven und Schwerpunkten der Anlagen zur PflAPrV, gehen jedoch dem erweiterten Verantwortungs- und Aufgabenbereich entsprechend in ihrem Anspruchsniveau und ihrer Komplexität über diese hinaus.

Inhalte/Situationsmerkmale für den Lernort Bildungseinrichtung

Dem Situationsprinzip als einem zentralen Konstruktionsprinzip der Module entsprechend werden die Inhalte den verschiedenen Situationsmerkmalen zugeordnet. Hierbei werden Handlungsanlässe, Kontextbedingungen, ausgewählte Akteure, Erleben/Deuten/Verarbeiten und Handlungsmuster unterschieden.

Handlungsanlässe

Handlungsanlässe sprechen den Aufforderungsgehalt von Situationen an. Sie begründen und rechtfertigen die Zuständigkeit von Pflegefachpersonen für die Situation und die Notwendigkeit des Handelns. Sie werden – soweit dies möglich und sinnvoll ist – anhand von pflegespezifischen Begriffssystemen als Pflegediagnosen oder Pflegephänomene beschrieben. In erweiterten heilkundlichen Pflege- und Therapieprozessen setzen sie die entsprechende ärztliche Diagnosestellung und schriftliche Übertragung voraus.

Kontextbedingungen

Pflegeprofessionelles Handeln ist stets in institutionelle und gesellschaftliche Kontexte eingebettet. Institutionelle und gesellschaftliche Rahmenbedingungen beeinflussen maßgeblich die Handlungsoptionen in Pflege- und Therapieprozessen. Als Kontextbedingungen werden sie auf der Meso- und auf der Makroebene ausgewiesen.

Ausgewählte Akteure

An Pflege- und Therapieprozessen sind verschiedene Akteure beteiligt. Ihre Anzahl, ihre spezifischen Denk- und Handlungslogiken sowie die an sie gerichteten Rollenerwartungen und Rollenverpflichtungen haben entscheidenden Einfluss auf die Situationsgestaltung. Ausgewählte, für den jeweiligen Pflege- und Therapieprozess relevante Akteure werden hier aufgeführt.

Erleben/ Deuten/ Verarbeiten	<p>Pflege- und Therapiesituationen sind nicht ausschließlich objektiv. Sie werden vielmehr von den verschiedenen beteiligten Akteuren vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen, Sichtweisen und Präferenzen subjektiv erlebt und gedeutet. Hierbei sind auch die persönlichen Deutungsmuster, die Bewältigungsstrategien und erlebten Ressourcen zu berücksichtigen. In Pflege- und Therapieprozessen gilt es, die verschiedenen Situationsdeutungen aufeinander zu beziehen und möglichst ein gemeinsames Situationsverständnis zu entwickeln. In den Modulen werden deshalb verschiedene ausgewählte Akteure in ihrem Erleben, Deuten und Verarbeiten fokussiert.</p>
Handlungsmuster	<p>In den Handlungsmustern werden die Kompetenzen situationspezifisch, d. h. auf die dem Modul zugrunde liegenden Pflege- und Therapieprozesse hin, weiter konkretisiert und fokussiert. Der Komplexität von Pflege- und Therapieprozessen entsprechend werden die Handlungsmuster nach Prozessphasen strukturiert und unterscheiden Einschätzung/Assessment, Interventions- und Maßnahmenplanung sowie Prozesssteuerung, Durchführung und Evaluation.</p>
<p>Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen</p> <p>Wenn eine Zuordnung notwendiger und über die berufliche Erstausbildung oder das primärqualifizierende Studium hinausgehender und vertiefender Inhalte zu den Situationsmerkmalen nicht möglich ist oder wenn vertiefende systematische Einblicke in solche Lerngegenstände intendiert sind, werden diese hier aufgeführt.</p>	
<p>Inhalte für den Lernort Praxis</p>	
<p>Arbeits- und Lernaufgaben am Lernort Praxis</p> <p>Anders als in den Rahmenplänen wird die praktische Ausbildung nicht in einem gesonderten Dokument geregelt, sondern an dieser Stelle in die Modularlegung integriert. Die Inhalte für den Lernort Praxis sind als komplexe Arbeits- und Lernaufgaben formuliert. Ihre Struktur folgt – wie die der Handlungsmuster – den verschiedenen Phasen des Pflege- und Therapieprozesses.</p> <p>Die Arbeits- und Lernaufgaben sind obligatorisch und stellen unverzichtbare Anteile des Kompetenzerwerbs sicher, die nur in realen Situationen angeeignet und weiterentwickelt werden können.</p>	
<p>Empfehlungen für den Lernort Bildungseinrichtung</p>	
<p>Lernaufgaben für simulative Lernumgebungen</p> <p>An dieser Stelle werden Anregungen für das ergänzende arbeitsorientierte Lernen gegeben. Simulierte Pflege- und Therapiesituationen werden hierfür als Lernanlass genutzt. Das Lernen in simulativen Lernumgebungen ermöglicht handlungsentlastetes Lernen ohne Nachteile für die zu pflegenden Menschen und kann gezielt dem Entwicklungsstand der Lernenden angepasst werden. Günstige Bedingungen und Vorteile für das arbeitsorientierte Lernen bietet das Skills Lab.</p>	

Empfehlungen für Lern- und Arbeitsaufgaben

Hier finden sich Anregungen zum arbeitsverbundenen Lernen, bei dem informelles und formelles Lernen systematisch aufeinander bezogen werden. Die Anregungen werden als beispielhafte Lern- und Arbeitsaufgaben gegeben, die die Teilnehmenden vonseiten der Bildungseinrichtung (Pflegeschule oder Hochschule) in Absprache mit den Verantwortlichen der praktischen Einsatzbereiche erhalten. Sie sind am Lernort Praxis zu bearbeiten, zum Teil zu dokumentieren und auszuwerten und werden im Anschluss in der Bildungseinrichtung aufgegriffen und in die Lehr-/Lernprozesse eingebunden. In der Komplexität und im Anforderungsniveau gehen die Lern- und Arbeitsaufgaben über die Erstausbildung hinaus.

Didaktischer Kommentar

Im didaktischen Kommentar werden Anregungen für die Gestaltung von Lernsituationen gegeben, welche die den Modulen zugrunde liegenden Pflege- und Therapiesituationen beispielhaft konkretisieren. Sie beziehen sich in der Regel auf zu pflegende Menschen aller Altersstufen und ihre Bezugspersonen und führen die generalistische Perspektive der Ausbildung an einer Pflegeschule oder Hochschule fort.

7. Umsetzungsempfehlungen für die standardisierten Module zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben

Die Hinweise zur Umsetzung umfassen Empfehlungen zur curricularen Planung, zur Qualifikation der Lehrenden in den standardisierten Modulen, für das Lernen in simulativen Lernumgebungen und zur Prüfungsgestaltung. Sie richten sich sowohl an die Länder, die für die Umsetzung der Modellversuche zuständig sind, als auch an Bildungsanbieter, die sich entschließen, standardisierte Module zum Erwerb erweiterter heilkundlicher Kompetenzen zu implementieren.

7.1 Empfehlungen zur curricularen Planung

Bildungseinrichtungen der beruflichen bzw. hochschulischen Pflegeausbildung können das schulinterne Curriculum für die Erstausbildung bzw. das Modulhandbuch für ein primärqualifizierendes Studium um standardisierte Module für die erweiterten heilkundlichen Kompetenzen ergänzen, wodurch sich die (Mindest-)Ausbildungszeit bzw. Studienzeit bis zur staatlichen Prüfung entsprechend verlängert (vgl. § 14 Abs. 5 bzw. § 37 Abs. 5 PflBG). Bildungseinrichtungen der Weiterbildung (sofern diese mit einer Pflegeschule und einer geeigneten Einrichtung nach § 7 Abs. 1 oder Abs. 2 PflBG kooperieren oder diese Anforderungen selbst erfüllen) können Curricula für entsprechende Nachqualifizierungsangebote konzipieren (vgl. § 14 Abs. 7 PflBG). Die Bildungseinrichtungen setzen dabei, ihrem Profil entsprechend und in Abstimmung mit den kooperierenden Einrichtungen der praktischen Ausbildung, Schwerpunkte, indem sie sich für das Angebot bestimmter Wahlmodule entscheiden.

Das Grundlagenmodul ist in jedem Fall verbindlich. Für die Wahlmodule wird seitens der Fachkommission empfohlen, zwei inhaltlich korrespondierende Module zu wählen, welche in der Praxis die Kontinuität des Therapie- und Pflegeprozesses unterstützen. Es bietet sich z. B. an, das Modul „W 1 – Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen in diabetischer Stoffwechsellage“ mit dem Modul „W 2 – Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von chronischen Wunden betroffen sind“ oder dem Modul „W 6 – Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von spezifischen Ernährungs- oder Ausscheidungsproblemen betroffen sind“ zu kombinieren. In diesem Beispiel entsteht ein Vorteil z. B. für an Diabetes mellitus erkrankte Menschen, die ein höheres Risiko haben, eine chronische Wunde zu entwickeln. Die Pflegefachperson kann in diesem Fall ein größeres Spektrum an notwendigen heilkundlichen Maßnahmen umsetzen, und es müssen keine weiteren Fachpersonen oder Kolleginnen und Kollegen anderer Berufsgruppen eingebunden werden. Dies kann für alle beteiligten Akteure entlastend wirken. Abhängig von den Qualifikationen der Lehrenden sowie der spezifischen Expertise und Vernetzung mit Kooperationspartnern der Bildungseinrichtung ist auch denkbar, dass die Auszubildenden bzw. Teilnehmenden im Rahmen ihrer Aus- oder Weiterbildung nach eingehender Beratung und Reflexion selbst eine Auswahl der Module treffen können.¹

In der beruflichen Pflegeausbildung bzw. im primärqualifizierenden Studium empfiehlt die Fachkommission eine Integration der gewählten Wahlmodule in das letzte Ausbildungs- bzw. Studiendrittel. Dies gilt auch

¹ Entsprechend ihrem Profil nehmen die Hochschulen weitere Spezifizierungen vor wie z. B. die Angabe von Leistungs- bzw. Kreditpunkten.

für das Grundlagenmodul, welches den Wahlmodulen vorgeschaltet werden muss. Das Grundlagenmodul könnte im Rahmen zusätzlicher, über die rechtlich vorgegebenen Mindeststunden hinausgehender Lerneinheiten in der beruflichen Pflegeausbildung, ggf. auch teilweise (z. B. Teil 1), schon zum Ende des zweiten Ausbildungsdrittels ergänzend angeboten werden. Hierdurch könnten die Auszubildenden Entscheidungshilfen für die Wahl der heilkundlichen Module erhalten.

Für Pflegefachpersonen, die bereits zur Führung der Berufsbezeichnung nach § 1 Abs. 1 PflBG berechtigt sind, können Pflegebildungseinrichtungen Nachqualifizierungsangebote für den Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben konzipieren. Solche Angebote müssen auf die Zielsetzungen des Grundlagenmoduls und mindestens eines Wahlmoduls ausgerichtet sein. Die Fachkommission empfiehlt auch hier die Kombination von zwei Wahlmodulen zusätzlich zum Grundlagenmodul. Für Teilnehmende, deren Pflegeausbildung bereits viele Jahre zurückliegt und die möglicherweise nicht umfassend über die nach PflAPrV vorgesehenen Kompetenzen verfügen, empfiehlt die Fachkommission, ggf. Brückenkurse z. B. zum Erwerb von Kompetenzen der Pflegeprozessorientierung oder der wissensbasierten Begründung pflegerischer Entscheidungen anzubieten.

Das zu entwickelnde Curriculum und die Ausbildungs- bzw. Studiengangplanung sind so zu gestalten, dass sie den Aufbau erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben durch Pflegefachpersonen ermöglichen. Ein besonderer Fokus sollte darauf gerichtet sein, dass die heilkundlichen Aufgaben in einen umfassenden (vollständigen) Behandlungs- und Pflegeprozess integriert sind und sich nicht auf isolierte heilkundliche Tätigkeiten reduzieren. Hierzu sollten Lernangebote auf der Basis von komplexen Lernsituationen entwickelt werden, die authentische Situationen der Berufspraxis didaktisch reflektiert aufnehmen. Beispiele für solche Lernsituationen sind in den Modulen jeweils im „didaktischen Kommentar“ angegeben.

Für die Erarbeitung der Lernsituationen sollten die folgenden Grundsätze berücksichtigt werden:

- Bei der curricularen Erarbeitung sollte in der Gesamtschau der Lernsituationen sichergestellt werden, dass die für die gewählten Module relevanten (unterschiedlichen) Altersstufen der zu pflegenden Menschen, die einer in der Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V genannten übertragbaren heilkundlichen Tätigkeit bedürfen, berücksichtigt werden. Auch sollten die Lebenslagen, die kulturellen und sozioökonomischen Hintergründe, die Symptome der zu pflegenden Menschen, das Stadium und der Schweregrad der Erkrankung sowie der Versorgungsbereich variiert werden, um die Teilnehmenden gut auf die Abschlussprüfung vorzubereiten und die Berufswirklichkeit dem generalistischen Ansatz entsprechend umfassend abzubilden.
- Die Lernsituationen sollten die Gelegenheit dafür bieten, die erfolgte Diagnostik nachzuvollziehen und Behandlungsmaßnahmen herzuleiten, zu erläutern, zu begründen und zu reflektieren.
- Die Lernsituationen sollten multidimensionale Problem-, Konflikt- und Dilemmasituationen aufnehmen (Schlüsselprobleme der Berufswirklichkeit), die Abwägungsprozesse und begründete Entscheidungen erfordern.
- Gegen Ende der Erarbeitung in den Wahlmodulen sollte sich das Lernangebot auf hochkomplexe Versorgungssituationen beziehen, bei denen typische Kombinationen von gesundheitlichen Problemlagen und Problemlagen der pflegerischen Versorgung vorliegen und in denen in besonderem Maße vernetztes Denken und die Integration unterschiedlicher Erkenntnisse aus der gesamten Ausbildung sowie den belegten heilkundlichen Modulen verlangt wird, z. B. Lernsituationen, in denen die zu pflegenden Menschen neben einer chronischen Wunde auch von einem Diabetes mellitus sowie von Schmerzen oder neben einer chronischen Wunde und/oder Schmerzen auch von einer Demenz betroffen sind.

7.2 Empfehlungen für die Umsetzung an Hochschulen

An Hochschulen wird der Umfang von Studienleistungen nicht in inputorientierten Stundenzahlen angegeben, sondern in Form von Kreditpunkten auf der Grundlage studentischer Arbeitslast (Workload) berechnet. Der Workload umfasst Präsenz-, Prüfungs- und Selbstlernzeiten. Falls im Rahmen des primärqualifizierenden Studiums zu einzelnen Schwerpunkten der standardisierten Module bereits nachweislich über

die Mindestanforderungen für die Berufszulassung hinausgehende Kompetenzen auf einem in den Modulen vorgesehenen Niveau aufgebaut worden sein sollten (vgl. § 37 Abs. 4 PflBG), können diese Kompetenzen auf die zu erwerbenden erweiterten Kompetenzen angerechnet werden.

Die Zeitangaben für den Lernort Bildungseinrichtung beinhalten für die Vermittlung an Hochschulen Präsenz- und Selbstlernzeiten und können entsprechend der für die hochschulische Lehre typischen Bedeutung des Selbstlernens konkretisiert werden. Die Zeitangaben für den Lernort Pflegepraxis sind grundsätzlich als Präsenzzeiten zu verstehen. In geringem Umfang können Zeiten für arbeitsplatznahes Selbstlernen, beispielsweise für die Bearbeitung von Lern- und Arbeitsaufgaben, eingebunden werden.

7.3 Empfehlungen zur Qualifikation der Lehrenden

Grundsätzlich können alle Träger der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung sowie der Weiterbildung in der Pflege standardisierte Module zum Erwerb von erweiterten heilkundlichen Kompetenzen anbieten. Um die Ausbildungsqualität und, damit verbunden, die spätere Versorgungsqualität auf dem mit den Modulen anvisierten Niveau einer erweiterten heilkundlichen Kompetenz im Pflege- und Therapieprozess zu sichern, sollten die folgenden Anforderungen an die Expertise und die Qualifikation der Lehrenden in den standardisierten Modulen vorliegen:

- Pflegelehrende mit mindestens einem pflegewissenschaftlichen oder pflegepädagogischen Masterabschluss oder mit einem vergleichbaren einschlägigen Hochschulabschluss und mit einer pflegfachlichen Expertise zum Modulthema als Modulverantwortliche, z. B. als Pflegefachpersonen mit Fachweiterbildung oder Studium, und/oder
- Ärztinnen und Ärzte mit medizinischer Expertise zum Modulthema, z. B. durch eine einschlägige fachärztliche Ausbildung.

7.4 Empfehlungen zu Kooperationen und zur praktischen Ausbildung

Wie in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung auch bilden die Zusammenarbeit und ein regelmäßiger Austausch zwischen Bildungseinrichtung und Einrichtungen der praktischen Ausbildung wichtige Voraussetzungen, um die Qualität des Lernangebots für den Erwerb erweiterter heilkundlicher Kompetenzen abzusichern. Es wird außerdem empfohlen, dass Bildungseinrichtungen untereinander Kooperationen eingehen, um die jeweilige spezifische fachliche Expertise wechselseitig für eine hohe Ausbildungsqualität zu nutzen. Zudem sollten Bildungseinrichtungen Kooperationen insbesondere mit akademischen Lehrkrankenhäusern und Lehrpraxen in der Allgemein- und Fachmedizin aufnehmen, um interprofessionelles Lernen sowie ein umfassendes Spektrum heilkundlicher Pflege- und Therapieprozesse in die Qualifizierung zu integrieren.

Einrichtungen der praktischen Ausbildung zum Erwerb erweiterter heilkundlicher Kompetenzen können insbesondere alle Einrichtungen sein, die auch Träger der praktischen Pflegeausbildung sind. Aus Sicht der Fachkommission kann eine Einrichtung für den erweiterten Kompetenzerwerb als geeignet gelten, wenn genügend zu pflegende Menschen mit den spezifischen Gesundheitsproblemen des jeweiligen Wahlmoduls zu versorgen sind. Ziel muss es sein, dass sich die Teilnehmenden die Kompetenzen zur Gestaltung von erweiterten heilkundlichen Pflege- und Therapieprozessen entsprechend den Modulen in Breite und Tiefe aneignen können. Hierzu können ggf. auch Einsätze oder Hospitationen in Schwerpunkteinrichtungen, z. B. kardiologischen oder diabetologischen Schwerpunktpraxen, Wundversorgungszentren oder klinischen Versorgungseinrichtungen mit einem entsprechenden z. B. gerontopsychiatrischen Schwerpunkt, sinnvoll sein.

In Zusammenarbeit mit der Bildungseinrichtung erstellen die Praxiseinrichtungen einen individuellen Ausbildungsplan zum Erwerb erweiterter heilkundlicher Kompetenzen, wobei sie sich an den in den Modulen formulierten Aufgabenstellungen („Arbeits- und Lernaufgaben für den Lernort Praxis“) orientieren. „Arbeits- und Lernaufgaben“ stellen reale Arbeitsanforderungen dar, die aus der Planung, Durchführung

und Evaluation des individuellen Pflege- und Therapieprozesses resultieren und die als Lernanlässe genutzt werden, indem die Teilnehmenden bei deren Bewältigung Kompetenzen sowohl einbringen als auch erwerben und im Anschluss reflektieren (vgl. DEHNBOSTEL 2007, S. 58ff.). Bei der Einsatzplanung muss sichergestellt werden, dass in diesem Einsatz ausschließlich die mit dem Modul angestrebten erweiterten heilkundlichen Kompetenzen im Fokus stehen. Auch stellen die Verantwortlichen in den Einrichtungen sicher, dass geeignete Ärztinnen/Ärzte die Teilnehmenden in erweiterten heilkundlichen Pflege- und Therapieprozessen anleiten, die Bearbeitung von Arbeits- und Lernaufgaben im erforderlichen Umfang ermöglichen und dabei – nach Ansicht der Fachkommission – idealerweise mit Pflegefachpersonen mit spezifischer Expertise zum Modulthema, z. B. mit einschlägiger Fachweiterbildung und/oder entsprechendem Hochschulabschluss, zusammenarbeiten.

Um die erforderlichen Kompetenzen sicher aufbauen zu können, sollen die Teilnehmenden während des Praxiseinsatzes in mehrere Pflege- und Therapieprozesse eingebunden sein. Zur Sicherstellung eines Mindestmaßes an Erfahrungsmöglichkeiten empfiehlt die Fachkommission, dass die Teilnehmenden bei mindesten acht Menschen mit den entsprechenden Problemlagen unter Anleitung und Begleitung die erforderlichen Entscheidungen treffen und Interventionen durchführen sowie im Rahmen einer Lern- und Arbeitsaufgabe mindestens zwei komplexe Versorgungssituationen mit vollständigen Pflege- und Therapieprozessen vertiefend und ausführlich dokumentieren. Die Versorgungssituationen sollten Variationen aufweisen, z. B. bezogen auf Alter, Lebenslagen, kulturelle und sozioökonomische Hintergründe, Symptome des zu pflegenden Menschen sowie Stadium und Schweregrad der Erkrankung. Für die Vorbereitung durch den Lernort Bildungseinrichtung sollten im Sinne des Patientenschutzes insbesondere simulative Lernumgebungen genutzt werden. Die Dokumentation der vollständigen Pflege- und Therapieprozesse könnte etwa durch eine Sammlung der erstellten Dokumente (z. B. Pflegebericht) erfolgen.

Arbeits- und Lernaufgaben werden durch Lern- und Arbeitsaufgaben ergänzt. Diese Aufgaben werden vonseiten der Bildungseinrichtung in Absprache mit den Verantwortlichen der praktischen Einsatzbereiche gestellt. Sie verbinden formelles und informelles Lernen und erfordern eine bewusste Vorbereitung, Durchfüh-

lung und Reflexion von praktischen Aufgabenstellungen unter Nutzung fachlicher Reflexionskategorien. Sie sind im Rahmen des Praxiseinsatzes zu bearbeiten, zum Teil zu dokumentieren und werden im Anschluss in die Lehre am Lernort Bildungseinrichtung eingebunden. Dies setzt voraus, dass die Lehre an den zwei Lernorten Bildungseinrichtung und Praxis im Wechsel erfolgt.

Während der praktischen Ausbildung in einem Modul wird mindestens eine Praxisbegleitung durch Lehrende der Bildungseinrichtung empfohlen, um z. B. mithilfe von Lern- und Arbeitsaufgaben die Kompetenzentwicklung der Teilnehmenden zu unterstützen und die Kooperation mit den Einrichtungen zu stärken.

Die Teilnehmenden führen in den Praxiseinsätzen einen Nachweis, beispielsweise nach dem Musterentwurf zum Ausbildungsnachweis des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB 2019). Hierin sollten die Durchführung von Arbeits- und Lernaufgaben sowie von Lern- und Arbeitsaufgaben dokumentiert werden.

Für die Reflexion und Begleitung der praktischen Ausbildung und des erweiterten Pflegeverständnisses als Teil des berufsbiografischen Prozesses bietet sich der Einsatz von Portfolios an.

7.5 Empfehlungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen am Lernort Pflegebildungseinrichtung

Das simulative Lernen bietet für die Erarbeitung der erweiterten heilkundlichen Kompetenzen umfassende Vorzüge sowohl hinsichtlich des angestrebten Lernfortschritts als auch im Interesse der Patientensicherheit. Auch wenn die Einrichtung solcher Lernumgebungen zunächst aufwendig und kostenintensiv erscheint, überwiegt nach Auffassung der Fachkommission der Nutzen, sodass empfohlen wird, simulative Lernumgebungen am Lernort Bildungseinrichtung als Ergänzung zur praktischen Ausbildung anzubieten. Hierfür können ggf. auch Kooperationen mit anderen Bildungseinrichtungen oder Hochschulen aufgebaut werden. Für die Module zum Erwerb erweiterter heilkundlicher Kompetenzen ist es außerdem wünschenswert, wenn möglich, Kontakte zu Medizinstudiengängen herzu-

stellen, um so Perspektiven für interdisziplinäre Lehr-/Lernprozesse zu entwickeln.

Im simulativen Lernen werden Pflege- und Therapieprozesse der beruflichen Praxis möglichst realitätsgetreu abgebildet (simuliert) und von den Teilnehmenden wie in der zukünftigen praktischen Arbeit – im Unterschied dazu jedoch handlungsentlastet – bearbeitet. Die Arten simulationsbasierten Lernens sind vielfältig: Skills- und Tasktrainer, computer- und simulatorbasierte Simulationen, Simulationen mit Simulationspatienten/-patientinnen (geschulte Schauspieler/-innen oder Laiinnen und Laien), Hybrid- und In-Situ-Simulationen (vgl. KERRES/WISSING/WERSHOFEN 2021). Anhand dieser Simulationsszenarien können sowohl eher technische Fertigkeiten und Skills – Handlungsabläufe mit einem eher hohen Standardisierungsgrad – gezielt gefördert als auch höhere Denk-, Handlungs- sowie Clinical-Reasoning-Prozesse, die in Pflege- und Therapieprozessen mit erweiterter heilkundlicher Verantwortung relevant sind, initiiert und reflektiert werden. Überforderungen und Fehler können, ohne zu versorgende Menschen zu gefährden, zugelassen und als Lernanlass genutzt werden, um darüber reflexive Kompetenzen aufzubauen und eine positive Fehlerkultur zu befördern.

Geeignete Lernsituationen sollten im Idealfall von Lehrenden und Fachleuten der Einsatzbereiche gemeinsam entwickelt und strukturiert werden. Dabei können vielfältige Situationsvariablen gezielt ausgeblendet oder integriert werden. Lehrende (und Teilnehmende) können die Komplexität der Situation steuern und somit die Anforderung der Entscheidungs- und Handlungsprozesse gezielt an die vorhandenen und zu entwickelnden Kompetenzen anpassen. Über verschiedene didaktische Ansätze – z. B. Modeling, Rollenspiele und Übungen mit Simulationspersonen – können die Teilnehmenden Handlungssicherheit aufbauen und korrekte Handlungen einüben. Reflexionssequenzen (sog. Debriefing) schließen sich den Übungsphasen an. Die Reflexion zielt darauf ab, Handlungsmuster bewusst zu machen, zu überprüfen und ggf. zu verändern.

7.6 Empfehlungen zur Prüfungsgestaltung

Wird der Erwerb der erweiterten heilkundlichen Kompetenzen mit der beruflichen oder hochschulischen Pflegeausbildung verknüpft, erfolgt die Prüfung der erweiterten heilkundlichen Kompetenzen in Verbindung mit der staatlichen Abschlussprüfung bei einer entsprechend verlängerten Ausbildungsdauer (vgl. § 14 Abs. 5 und 6 PflBG). Dem Prüfungsausschuss für die berufliche Pflegeausbildung gehören auch die ärztlichen Fachprüfer/-innen an, „die die erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten unterrichtet haben“ (§ 24 Abs. 1 PflAPrV bzw. § 41).

Die Prüfung erfolgt in drei zusätzlichen Prüfungsteilen:

- Der schriftliche Prüfungsteil umfasst 120 Minuten (vgl. § 24 Abs. 3 und § 41 PflAPrV). In Ergänzung zu den an dieser Stelle der PflAPrV getroffenen Vorgaben empfiehlt die Fachkommission, die zu formulierenden Aufgabenstellungen aus einer hochkomplexen Versorgungssituation des Wahlmoduls abzuleiten. Wurden mehrere Wahlmodule absolviert, sollte sich die Prüfung über alle gewählten Module erstrecken. Der inhaltliche Schwerpunkt sollte sich von den weiteren Prüfungsteilen unterscheiden. Für die pflegerische Anamnese sowie die Begründung des erforderlichen Pflege- und Therapieprozesses sollten neben der Pflegewissenschaft medizinische, gesundheitswissenschaftliche und andere bezugswissenschaftliche Kenntnisse integrativ geprüft werden.
- Der mündliche Prüfungsteil umfasst mind. 15 und max. 30 Minuten und ist unter Beteiligung der ärztlichen Fachprüfer/-innen durchzuführen (vgl. § 24 Abs. 4 und § 41 PflAPrV). Hierzu empfiehlt die Fachkommission ergänzend, dass sich dieser Prüfungsteil auch auf die im Grundlagenmodul vermittelten Kompetenzen bezieht. Das Prüfungsgespräch könnte sich z. B. auf eine Fallsituation zu ausgewählten rechtlichen, berufspolitischen und pflegeethischen Fragestellungen im Kontext der Ausübung erweiterter heilkundlicher Aufgaben beziehen oder in der Form eines konsiliarischen Gesprächs mit den ärztlichen Fachprüferinnen und Fachprüfern stattfinden (z. B. Diskussion von Problemen, die bei der Durchführung der Therapie

entstanden sind, Begründungen zur Verordnung von Medizinprodukten oder Hilfsmitteln).

- Der praktische Prüfungsteil umfasst max. 180 Minuten und wird laut PflAPrV von zwei Fachprüferinnen und Fachprüfern, die als praxisanleitende Personen im Rahmen der Ausbildung tätig sind, abgenommen. Die Auswahl der zu pflegenden Menschen erfolgt durch eine ärztliche Fachprüferin/einen ärztlichen Fachprüfer (vgl. § 24 Abs. 5 sowie § 10 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 und § 41 PflAPrV). In Ergänzung zu den in der PflAPrV formulierten Anforderungen an diesen Prüfungsteil empfiehlt die Fachkommission, dass mindestens eine/-r der beiden Fachprüfer/innen über die für den Erwerb von erweiterten heilkundlichen Kompetenzen vorgeschlagenen Qualifikationen verfügen sollte (vgl. Kap. 7.3) Auch sollte möglichst eine Lehrperson

der Bildungseinrichtung Mitglied des Prüfungsteams sein. Gegenstand der Prüfung sollte eine hochkomplexe Versorgungssituation sein, in der pflegerisch-medizinische Diagnose- und Behandlungsmaßnahmen durchgeführt, begründet und in einem abschließenden Gespräch reflektiert werden. Eine Kombination der Anforderungen aus den absolvierten Modulen bietet sich an.

Für die staatliche Abschlussprüfung in Nachqualifizierungsangeboten von Pflegefachpersonen, „die bereits zur Führung der Berufsbezeichnung nach § 1 Abs. 1 berechtigt sind“ (§ 14 Abs. 7 PflBG) und die auf der Grundlage von ausgewählten standardisierten Modulen des hier vorliegenden Dokuments konzipiert werden, gelten die vorstehend beschriebenen drei Prüfungsteile entsprechend.

Literaturverzeichnis

ADAMS, E; FLICK, S.: Modulhandbuch zur Heilkundeübertragungsrichtlinie – Ein Routenplaner. Unveröffentlichte Masterarbeit im postgradualen Masterstudiengang Schulleitungsmanagement an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen 2013

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeausbildungs- und -Prüfungsverordnung – PflAPrV) vom 2. Oktober 2018. (BGBl. I S. 1572), die durch Artikel 10 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist

Gesetz über die Pflegeberufe (PflBG) – Pflegeberufegesetz vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), das zuletzt durch Artikel 9a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2792) geändert worden ist

BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (BMFSFJ) (Hrsg.): Ausbildungsoffensive Pflege (2019-2023). Vereinbarungstext – Ergebnis der Konzertierte Aktion Pflege/AG 1. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/Vereinbarungstext_KAP.pdf (Stand: 28.12.2021)

BUNDESINSTITUT FÜR BERUFSBILDUNG (Hrsg.): Musterentwurf zum Ausbildungsnachweis. Bonn 2019. URL: <https://www.bibb.de/dokumente/pdf/Musterentwurf-Ausbildungsnachweis.pdf> [Stand: 05.07.2021]

DARMANN-FINCK, I.: Interaktion im Pflegeunterricht. Frankfurt/Main 2010

DEHNBOSTEL, P.: Lernen im Prozess der Arbeit. Münster 2007

ERTL-SCHMUCK, R.: Subjektorientierte Pflegedidaktik. In: ERTL-SCHMUCK, R.; FICHTMÜLLER, F. (Hrsg.): Theorien und Modelle der Pflegedidaktik. Eine Einführung. Weinheim, München 2010, S. 55–90

FACHKOMMISSION NACH § 53 PFLBG: Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG. 2. Auflage. o. O. 2020a. URL: <https://www.bibb.de/dienst/veroeffentlichungen/de/publication/show/16560>

(Stand: 21.11.2021)

FACHKOMMISSION NACH § 53 PFLBG: Begleitmaterialien zu den Rahmenplänen der Fachkommission nach § 53 PflBG. o.O. 2020b. URL: <https://www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/publication/show/16613> (Stand: 21.11.2020)

GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V. Stand 20. Oktober 2012. URL: http://www.g-ba.de/downloads/62-492-600/2011-10-20_RL-63Abs3c.pdf (Stand: 21.11.2021)

HUNDENBORN, G.: Pflegeausbildung kompetenzorientiert gestalten. Kompetenzverständnis und Kompetenzsystematik im Kontext der Pflegeberufereform. In: PflegeLeben (2019) 1, S. 411

IGL, G.: Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG). Praxiskommentar. 2., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Heidelberg 2019

KAISER, A.: Sinn und Situation. Grundlinien einer Didaktik der Erwachsenenbildung. Bad Heilbrunn 1985

KERRES, A.; WISSING, C.; WERSHOFEN, B.: Skillslab in Pflege und Gesundheitsfachberufen. Intra- und interprofessionelle Lehrformate. Heidelberg 2021

KREIDL, C.: Akzeptanz und Nutzung von E-Learning-Elementen an Hochschulen. Gründe für die Einführung und Kriterien der Anwendung von E-Learning. Münster 2011

MAIER, C. B.; AIKEN, L.H.: Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. In: European Journal of Public Health 26 (2016) 6, S. 927–934

MAROTZKI, W.: Bildungstheorie und Allgemeine Biographieforschung. In: KRÜGER, H.-H.; MAROTZKI, W. (Hrsg.): Handbuch erziehungswissenschaftliche Biographieforschung. 2., überarbeitete Auflage. Wiesbaden 2006, S. 59–70

NEUWEG, G. H.: Könnerschaft und implizites Wissen. Zur lehr-lerntheoretischen Bedeutung der Erkenntnis- und Wissenstheorie Michael Polanyis. 4. Auflage. Internationale Hochschulschriften, Band 111. Münster 2020

REETZ, L.; SEYD, W.: Curriculare Strukturen beruflicher Bildung. In: ARNOLD, R.; LIPSMEIER, A. (Hrsg.): Handbuch der Berufsbildung. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage, Wiesbaden 2006, S. 203–219

REEVES, S.; FLETCHER, S.; BARR, H.; BIRCH, I.; BOET, S.; DAVIES, N.; MCFADYEN, A.; RIVERA, J.; KITTO, S.: A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. In: Medical Teacher 38 (2016) 7, S. 656–668

REIDL, C.: Akzeptanz und Nutzung von E-Learning-Elementen an Hochschulen: Gründe für die Einführung und Kriterien der Anwendung von E-Learning. Münster 2011

SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER ENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN: Bedarfsge-rechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Re-gionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutach-ten 2014. Kurzfassung. URL: https://www.bdpk.de/fileadmin/user_upload/BDPK/Service/Stu-dien/2011_2014/14117.Anlage_1_SVR-Gutach-ten_2014_Kurzfassung.pdf (Stand: 21.11.2021)

SANDER, K.: Interaktionsordnungen. Zur Logik des Scheiterns und Gelingens professioneller Praxis. In: HANSES, A.; SANDER, K. (Hrsg.): Interaktionsordnun-gen. Gesundheit als soziale Praxis. Wiesbaden 2008, S. 15–34

VAN HALSEMA, A.; INKROT, S.; BALZER, K.: Erfassung bereits vorhandener (curricularer) Konzepte zur Ver-mittlung erweiterter Kompetenzen, die Pflegefach-personen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten befähigen. Unveröffentlichte Bestandsaufnahme im Auftrag des BIBB nach Beschluss der Fachkommission nach § 53 PflBG. Lübeck 2020

II. STANDARDISIERTE MODULE

G – Grundlagenmodul: Ein professionelles Berufs- und Rollenverständnis mit erweiterter heilkundlicher Verantwortung entwickeln

Pflichtmodul

3. Ausbildungs-/Studiendrittel

Zeitrichtwert

160 Stunden, davon 80 Stunden am Lernort Bildungseinrichtung und 80 Stunden am Lernort Praxis

Intentionen und Relevanz

Einführend in die Wahlmodule zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten steht die Auseinandersetzung mit einem professionellen Berufs- und Rollenverständnis, das die Substitution ärztlicher Aufgaben umfasst, im Mittelpunkt des Grundlagenmoduls. Fokussiert werden im **umfangreicheren ersten Teil** die damit zusammenhängenden fachlichen, wirtschaftlichen, rechtlichen und ethischen Fragestellungen, die sich aus dem Anspruch einer prozesshaften Bearbeitung der übertragenen ärztlichen Aufgaben und einer am Subjekt des zu pflegenden Menschen ausgerichteten Pflege ergeben. Die subjektiven Vorstellungen der Teilnehmenden zu diesen Aufgaben und der damit einhergehenden Verantwortungsübernahme sollen in diesem Modul reflektiert werden.

Bereits in den Rahmenplänen werden – insbesondere mit den Kompetenzen zur Pflegeprozesssteuerung und zur Beziehungsgestaltung, die in jeder curricularen Einheit angebahnt werden sollen –, dafür die Grundlagen gelegt. Die Bildungsprozesse gehen in diesem Modul darüber hinaus, da das bislang entwickelte berufsspezifische Verständnis durch die erweiterte Verantwortungsübernahme für die Ausübung übertragener ärztlicher Aufgaben weiterentwickelt werden muss. Das Modul bietet den Teilnehmenden die Möglichkeit, sich dieser Verantwortungsübernahme zu vergewissern und den persönlichen Entscheidungsprozess zur bewussten Übernahme zu unterstützen. Das Grundlagenmodul ist ein Pflichtmodul und muss vor den Wahlmodulen absolviert werden.

Mit dem Erwerb von erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten ist für Pflegefachpersonen die Verantwortungsübernahme in komplexen Pflege- und Therapieprozessen mit Menschen aller Altersstufen und deren Bezugspersonen verbunden, in enger Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Gesellschaftliche und epidemiologische Entwicklungen und die damit verbundenen komplexen Versorgungssituationen in allen pflegerischen Handlungsfeldern erfordern multiprofessionelle Teams, die mit einer begründeten geteilten Verantwortung tätig werden. Die interprofessionelle Zusammenarbeit bedingt eine größere pflegerische Handlungsautonomie, da Pflegefachpersonen als eigenständige Erbringer von Leistungen auftreten und die fachliche, wirtschaftliche, ethische und rechtliche Verantwortung für alle der Pflege übertragenen Aufgaben übernehmen. Wenngleich es sich bei einer Reihe der in der Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V aufgeführten heilkundlichen Tätigkeiten um Aufgaben handelt, die auch jetzt schon von Pflegefachpersonen in Delegation übernommen werden, so ist die hier stattdessen intendierte Substitution darauf gerichtet, diese Aufgaben selbstständig und eigenverantwortlich auszuüben. Die sonst oftmals isoliert delegierten medizinischen (Einzel-)Tätigkeiten können so in sinnhafte pflegerische und therapeutische Gesamtprozesse integriert und mit den individuellen Bedarfen der zu pflegenden Menschen abgestimmt werden. Darüber wird eine stärkere Einbettung der Pflegefachpersonen in die Gesundheitsversorgung angestrebt, in der die erforderliche interprofessionelle Vernetzung und interdisziplinäre Kommunikation, insbesondere die Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten, einen zentralen Stellenwert einnehmen. In der Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten müssen die historisch bedingten mitunter spannungsreichen Abhängigkeiten überwunden werden. Mit den substituierten ärztlichen Tätigkeiten übernehmen die Pflegefachpersonen die Selbstverantwortung und sind dabei besonders gefordert, aus einer pflegerischen Perspektive diese heilkundlichen Aufgaben in einen komplexen Pflege- und Therapieprozess zu integrieren und die so gewonnenen Erkenntnisse im interprofessionellen Team argumentativ zu vertreten.

Im **zweiten Teil** des Grundlagenmoduls vertiefen die Teilnehmenden ausgewählte Fähigkeiten aus der Erstausbildung, die in allen Wahlmodulen relevant werden, nämlich Fähigkeiten zur Verabreichung von Infusionstherapie und Injektionen sowie zur Verordnung von und Versorgung mit Medizinprodukten und Hilfsmitteln.

Bildungsziele

Die Teilnehmenden reflektieren ihre neue Rolle im Kontext divergierender Interessen, die sich aus den unterschiedlichen Perspektiven von Ärztinnen und Ärzten einerseits sowie Pflegefachpersonen andererseits – historisch bedingt – verstetigt haben und das jeweilige Denken und Handeln bestimmen. Sie sind dafür sensibilisiert, sich sowohl für ihre erweiterte Rolle innerhalb der eigenen als auch gegenüber anderen Professionen sowie systembedingten Einschränkungen zu positionieren.

Kompetenzen

Teil 1

Die Absolventinnen und Absolventen

- entwickeln ein erweitertes Rollenverständnis sowie eine professionelle Haltung im Hinblick auf die Ausübung erweiterter heilkundlicher Aufgaben vor einem rechtlich-ethischen Hintergrund,
- schätzen ihre eigenen Kompetenzen und Potenziale ein und treffen eine begründete Entscheidung für oder gegen die Übernahme erweiterter heilkundlicher Aufgaben,
- identifizieren und gestalten die mit den erweiterten heilkundlichen Kompetenzen verbundenen Verantwortungsbereiche in verschiedenen pflegeberuflichen Handlungsfeldern sowie die Spannungsfelder, die sich in der Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten, dem interprofessionellen Team und den involvierten Leistungsträgern ergeben können,
- übernehmen eine erweiterte Verantwortung für die Einbettung heilkundlicher Tätigkeiten in den Pflege- und Therapieprozess und die Steuerung von Pflege- und Therapieprozessen bei hochkomplexen Pflegebedarfen, gesundheitlichen Problemlagen sowie hochbelasteten und kritischen Lebens- und Pflegesituationen und Verlaufsdynamiken,
- überwachen und steuern integrierte patientenorientierte Pflege- und Therapieprozesse unter Nutzung vertieften forschungsbasierten Wissens in enger Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Berufsgruppen,
- übernehmen die fachliche, wirtschaftliche, ethische und rechtliche Verantwortung für die selbstständig ausgeführten übertragenen heilkundlichen Aufgaben,
- beteiligen sich an der wissenschaftsbasierten Weiterentwicklung der Pflege- und Versorgungsqualität und bringen sich in ihrer neuen Rolle als Bindeglied zwischen den zu pflegenden Menschen aller Altersstufen, dem intra- und interprofessionellen Team sowie ggf. den involvierten Leistungsträgern ein,
- nehmen drohende Über- oder Unterforderungen frühzeitig wahr und erkennen notwendige Veränderungen, z. B. im Aufgabenzuschnitt oder in den Rahmenbedingungen, und leiten entsprechende Handlungsalternativen ab,
- identifizieren und beheben eigene berufsbezogene Fort- und Weiterbildungsbedarfe.

Teil 2

Die Absolventinnen und Absolventen

- übernehmen die Verantwortung für die Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von Pflege- und Therapieprozessen bei Menschen in hochkomplexen Pflege- und Lebenssituationen einschließlich der Verordnung von und Versorgung mit Medizinprodukten und Hilfsmitteln,
- führen selbstständig Infusionstherapie und Injektionen unter Berücksichtigung vertieften forschungsbasierten Wissens durch.

Inhalte/Situationsmerkmale für den Lernort Bildungseinrichtung	
Handlungs- anlässe	<p>Teil 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Entscheidungsfindung für oder gegen die Übernahme erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten ● geforderte/gewünschte Verantwortungsübernahme für erweiterte heilkundliche Tätigkeiten ● Rollenunsicherheit ● ausgewählte rechtliche, wirtschaftliche und berufspolitische sowie pflegeethische Fragestellungen im Kontext der Ausübung erweiterter heilkundlicher Aufgaben ● konsiliarische Erfordernisse ● Widersprüche und Konflikte in der Institution, im intra- und interprofessionellen Team hinsichtlich der Übernahme erweiterter heilkundlicher Aufgaben ● individuelle und interprofessionelle Lernbedürfnisse und -erfordernisse ● Innovationsbedarfe zur Weiterentwicklung und Stärkung der Pflege als Profession vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Problemstellungen <p>Teil 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Verordnung von Infusionen/Injektionen ● Bedarf an Medizinprodukten und Hilfsmitteln
Kontext- bedingungen	<p>Teil 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ● gesundheits- und pflegepolitische Positionen und Entscheidungen zur Substitution ärztlicher Aufgaben ● pflegepolitische Gremien und Institutionen als Orte der Mitbestimmung und Weiterentwicklung der Pflege als Profession ● Versorgungsbereiche und deren jeweilige Logik vor dem Hintergrund der Übernahme ärztlicher Aufgaben ● rechtliche Grundlagen, z. B. Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V, § 63 SGB V, PflBG, Haftungsrecht, Delegationsrecht ● Finanzierung der übernommenen heilkundlichen Aufgaben ● Aspekte der Geschichte des Pflegeberufs, insbesondere des Verhältnisses zwischen der pflegerischen und ärztlichen Berufsgruppe <p>Teil 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ● gesetzliche Grundlagen ● Finanzierung der übernommenen heilkundlichen Aufgaben, z. B. Abrechnungsverfahren für Heil- und Hilfsmittelerbringer
Ausgewählte Akteure	<p>Teil 1 und 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Teilnehmende der Module ● Ärztinnen und Ärzte ● Juristinnen und Juristen ● intra- und interprofessionelles Team ● relevante Leistungsträger (z. B. Akteure der Krankenkassen) ● zu pflegende Menschen und deren Bezugspersonen

<p>Erleben/ Deuten/ Verarbeiten</p>	<p>Teil 1 und 2</p> <p>Teilnehmende der Module</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Engagiert-Sein ● Bedürfnis, pflegeberufliche Identität weiterzuentwickeln ● Unbehagen/Sicherheit in der Entscheidungsfindung ● positives Erleben, fachliche und rechtliche Verantwortung zu übernehmen ● Unsicherheiten in Bezug auf Verantwortungsübernahme ● Grenzen der Verantwortungsübernahme <p>Mitglieder des intra- und interprofessionellen Teams, Ärztinnen und Ärzte, Juristinnen und Juristen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Unsicherheit in Bezug auf die Übergabe ärztlicher Tätigkeiten, Skepsis ● Entlastung ● Konkurrenzerleben ● neue Wirkmacht von Pflegefachpersonen
<p>Handlungsmuster</p>	<p>Teil 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Prozess der Verantwortungsübernahme erweiterter heilkundlicher Aufgaben und persönliche Entscheidung zu deren Übernahme reflektieren (Bedingungen, Voraussetzungen) ● erweiterte neue Rolle annehmen und rechtliche Verantwortung für die selbstständige Übernahme erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten übernehmen ● eigene Haltung dazu entwickeln und reflektieren ● fachliche und persönliche Argumentationsstärke im Kontext divergierender Positionen zur Übernahme erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten entwickeln ● Professionalisierungsdebatten im Team fördern und eine begründete Position zur erweiterten Berufsrolle beziehen ● Innovationsprozesse mitgestalten (z. B. Entwicklung einer interprofessionellen Leitlinie für das Qualitätsmanagement) ● systemimmanente Widersprüche aufdecken und Handlungsspielräume für die Ausgestaltung der neuen Rolle entwickeln ● intra- und interprofessionelle Kommunikation in der neuen Rolle aktiv gestalten ● Aushandlungsprozesse und Shared-Decision-Making-Prozesse in der neuen Rolle anregen und gestalten ● notwendige konsiliarische Prozesse mit Ärztinnen und Ärzten und ggf. anderen Berufsgruppen initiieren und gestalten ● Unterstützungsangebote einfordern (z. B. Supervision, kollegiale Beratung) ● Fortbildungen nutzen und Selbstlernstrategien reflektieren und weiterentwickeln <p>Teil 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Verordnung von und Versorgung mit Medizinprodukten und Hilfsmitteln ● Anlage, Kontrolle, Sicherstellung, Entfernen, Erneuern von peripheren Venenverweilkanülen ● venöse Blutentnahme nach Behandlungspfad/Standard oder spezieller Anordnung ● Bewertung von Laborwerten und Ableitung/Veranlassung entsprechender Maßnahmen nach Standard <p style="text-align: right;">▶</p>

- Flüssigkeitssubstitution, Planung und Durchführung nach Standard und Kontrolle
- parenterale Ernährung, Durchführung und Anpassung nach Standard
- Anlegen von (Kurz-)Infusionen
- Anhängen von Antibiose
- intravenöse Injektionen und Injektionen in liegende Infusionssysteme von Medikamenten (Selektion durch Positivliste) nach Anordnung/Verordnung
- intravenöse Applikation von Zytostatika mit Positivliste nach festgelegtem Schema (in der Regel über liegenden Portkatheter) oder nach spezieller Anordnung

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

Keine

Inhalte für den Lernort Pflegepraxis

Teil 2: Arbeits- und Lernaufgaben

- Verordnung von und Versorgung mit Medizinprodukten und Hilfsmitteln
- Anlage, Kontrolle, Sicherstellung, Entfernen, Erneuern von peripheren Venenverweilkanülen
- venöse Blutentnahme nach Behandlungspfad/Standard oder spezieller Anordnung
- Bewertung von Laborwerten und Ableitung/Veranlassung entsprechender Maßnahmen nach Standard
- Flüssigkeitssubstitution, Planung und Durchführung nach Standard und Kontrolle
- parenterale Ernährung, Durchführung und Anpassung nach Standard
- Anlegen von (Kurz-)Infusionen
- Anhängen von Antibiose
- intravenöse Injektionen und Injektionen in liegende Infusionssysteme von Medikamenten (Selektion durch Positivliste) nach Anordnung/Verordnung
- intravenöse Applikation von Zytostatika mit Positivliste nach festgelegtem Schema (in der Regel über liegenden Portkatheter) oder nach spezieller Anordnung
- venöse Blutentnahme nach Behandlungspfad/Standard oder spezieller Anordnung

Empfehlungen für den Lernort Pflegepraxis

Teil 1: Empfehlungen für Lern- und Arbeitsaufgaben für den Lernort Pflegepraxis

- Beobachtung und Beschreibung der neuen Verantwortungsbereiche erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten in ausgewählten pflegeberuflichen Handlungsfeldern und die damit verbundenen Spannungsfelder in der neuen Rolle reflektieren: Was ist möglich? Was ist schwierig? Fokus: Wie stellt sich das eigene Handlungsfeld mit den neuen Aufgaben dar?
- über die Verordnungskompetenz, die mit der Substitution verbunden ist, mit Kolleginnen und Kollegen aus dem interprofessionellen Team ins Gespräch kommen (beispielsweise anhand von Leitfragen: Welche Haltung haben die Kolleginnen und Kollegen dazu? Wie schätzen sie diese Regelungen ein? Welche konkreten Kompetenzen sind damit verbunden?)
- Innovationsbedarfe vor dem Hintergrund der Weiterentwicklung der Pflege als Profession identifizieren und Lösungsstrategien beschreiben



- Unterstützungsangebote identifizieren bzw. einfordern, mit der Pflegedienstleitung darüber ins Gespräch kommen
- eigene und intra- und interprofessionelle Lernbedürfnisse und -erfordernisse wahrnehmen und eine Fortbildung bzw. ein Teamgespräch darüber gestalten
- Liste mit pflegerischen Aufgaben zur Delegation und Substitution erstellen und mit Angehörigen der eigenen und anderer Berufsgruppen ins Gespräch kommen
- Fallbesprechungen zur interprofessionellen Versorgung und Behandlung von Menschen aller Altersstufen – insbesondere im Zusammenhang mit den Verordnungen, die im zweiten Modulteil thematisiert werden – reflektieren; Hinweis: Da in diesen Besprechungen auch auf die Reflexion der erweiterten Verantwortungsübernahme fokussiert wird, kann diese Aufgabe mit anderen Modulen verbunden werden.

Empfehlungen für den Lernort Bildungseinrichtung

Lernaufgaben für simulative Lernumgebungen

- szenische Improvisation und Rekonstruktion, in der die eigene Haltung gegenüber der Übernahme erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten in einem interprofessionellen Team vertreten wird (interprofessionelles Lernen)
- Rollenspiele zu herausfordernden Gesprächen mit zu pflegenden Menschen aller Altersgruppen und deren Bezugspersonen (über das Fortschreiten von Erkrankungen, die Wirkzusammenhänge der Medikation, weitere unterstützende ärztliche Maßnahmen sowie Anzeichen für einen beginnenden Sterbeprozess), um darüber die erweiterte Verantwortungsübernahme zu erkennen
- Rollenspiele zu intra- und interprofessionellen Abstimmungsprozessen und zu Konflikten zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachpersonen, um Rollenklarheit zu gewinnen

Hinweis: Die beiden zuletzt genannten Lernaufgaben für simulative Lernumgebungen können parallel mit einem Wahlmodul bearbeitet werden.

Didaktischer Kommentar

Empfehlungen zu möglichen Lernsituationen, in denen die Handlungsmuster konkretisiert werden:

- Lernsituation, in der eine Pflegefachperson gefragt wird, ob sie erweiterte heilkundliche Tätigkeiten übernehmen möchte, und sich fragt, was darunter zu verstehen ist (subjektive Theorien in den Blick nehmen)
- Lernsituation, in der im Pflegeteam unterschiedliche rechtliche Positionen (Delegation versus Substitution) begründet werden
- Lernsituation, in der systemimmanente Widersprüche – z. B. wird eine gewünschte Diagnostik nicht von der gesetzlichen Krankenkasse finanziert – sichtbar werden
- Lernsituation, in der gegensätzliche Meinungen in einer interprofessionellen Fallbesprechung geäußert werden

Der Praxiseinsatz sollte in der ersten Woche folgende Elemente beinhalten: mitlaufen, reflektieren, Gespräche führen, dokumentieren und ein Portfolio erstellen (ggf. etwas vorstrukturiert).

Das Grundlagenmodul kann parallel zu den Wahlmodulen angeboten werden, da sich die berufliche Haltung und Sicherheit bei Entscheidungen über konkrete Fälle und Erfahrungen bei der Übernahme erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten entwickeln. Ebenso können die Teile 1 und 2 curricular verknüpft werden.

W 1 – Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen in diabetischer Stoffwechsellage

Wahlmodul

3. Ausbildungs- bzw. Studiendrittel

Zeitrichtwert

400 Stunden, davon 200 Stunden am Lernort Bildungseinrichtung und 200 Stunden am Lernort Praxis

Intentionen und Relevanz

In Deutschland leben zurzeit etwa 7,5 Millionen Menschen mit einem Diabetes mellitus, davon ca. 500.000 mit einem Typ-1-Diabetes (DMT1). Zusammen mit einer geschätzten Anzahl von ca. 2,5 Millionen nicht diagnostizierten Fällen leben etwa zwölf Prozent der Gesamtbevölkerung mit einer diabetischen Stoffwechsellage. Die damit einhergehenden psychosozialen Belastungen der betroffenen Menschen sowie die mikro- und makrovaskulären Folgekomplikationen können die Lebenserwartung verringern, das Mortalitätsrisiko erhöhen und die gesellschaftliche Teilhabe einschränken. Wenngleich Diabetestypen nicht auf bestimmte Altersgruppen beschränkt sind, überwiegt im Kindes- und Jugendalter der immunologisch bedingte DMT1 und in den höheren Lebensaltern der mit Insulinresistenz und verminderter Insulinsekretion verbundene Typ-2-Diabetes (DMT2). Beachtung erfahren inzwischen auch sonstige Formen, die auf unterschiedliche Ursachen und Erkrankungen zurückzuführen sind und die ebenfalls zu einer diabetischen Stoffwechsellage führen. Insulinresistenz wird inzwischen als Bindeglied zwischen Diabetes mellitus und Morbus Alzheimer diskutiert. Diabetes mellitus gilt als eine der großen Volkskrankheiten, sodass unter gesundheitspolitischen Gesichtspunkten der Prävention und bedarfsgerechten Versorgung eine hohe Bedeutung zukommt.

Im Kindesalter stellt der DMT1 die häufigste Stoffwechselerkrankung dar. Nach aktuellen Schätzungen leben in Deutschland rund 32.500 Kinder und Jugendliche mit einem DMT1. Die Inzidenz steigt um drei bis vier Prozent pro Jahr und liegt bei 23,6 Fällen pro 100.000 Kinder im Alter zwischen null und 15 Jahren und betrifft vor allem jüngere Kinder. Häufig assoziierte Erkrankungen sind Schilddrüsenerkrankungen, zystische Fibrose und Zöliakie. In Verbindung mit einem veränderten Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie zunehmendem Übergewicht mehrten sich inzwischen jedoch auch bereits im Kindes- und Jugendalter die Fälle von DMT2.

Neben der hochkomplexen Diagnostik und Therapie des Diabetes mellitus stellt die Integration entwicklungsbedingter, familiärer, sozialer und alltagsorientierter Anforderungen eine besondere Herausforderung in der Therapie bei Kindern und Jugendlichen dar. Deren Ziel ist es, neben einer weitestgehend stabilen Stoffwechsellage eine normale körperliche, kognitive, emotionale und psychosoziale Entwicklung, altersentsprechende Selbstständigkeit und Selbstwirksamkeit zu fördern sowie Akutkomplikationen und Folgeerkrankungen zu vermeiden.

In den höheren Lebensaltern überwiegt der DMT2, dessen Anteil in der Gruppe der über 80-Jährigen ca. 95 Prozent beträgt. Mehr als 100.000 Menschen über 70 Jahre haben aber auch einen DMT1, bei vielen liegen altersbedingte Funktionsstörungen verschiedener Organe und Organsysteme, insbesondere der Augen, der Nieren sowie des Nerven- und Herz-Kreislauf-Systems, und weitere chronische Erkrankungen vor.



Insbesondere in der Altersgruppe der hochbetagten, über 80-jährigen Menschen, gehört ein hoher Anteil zu den geriatrischen Patientinnen und Patienten, die alterstypische Funktionseinschränkungen aufweisen und für Komplikationen prädestiniert sind. Bei dieser Gruppe ist ein besonderer Pflege- und Therapiebedarf gegeben, der über die Blutzuckerregulierung und die Vermeidung diabetestypischer Risikofaktoren und Komplikationen hinausgeht. Dabei sollte sich eine differenzierte Therapieplanung auf die funktionell unterschiedlich betroffenen Gruppen von Menschen mit Pflege- und Behandlungsbedarf beziehen. Die funktionelle Abhängigkeit oder Unabhängigkeit entscheidet in einem hohen Maße über die Behandlungsziele: Lebensqualität, individuelle Therapie- und Stoffwechselziele unter Vermeidung schwerer Hypo- wie Hyperglykämien. Für Hypoglykämien sind ältere Menschen mit zunehmender Diabetesdauer besonders prädisponiert, verbunden mit einem verkürzten Wahrnehmungs- und Interventionszeitfenster. In der Regel ist ein spezifisches geriatrisches Assessment notwendige Grundlage, um die Selbstpflegefähigkeiten zu ermitteln bzw. den Pflege- und Unterstützungsbedarf durch familiäre Bezugspersonen oder den Bedarf an professioneller Pflege festzulegen.

Pflegefachpersonen begegnen Menschen mit diabetischer Stoffwechsellage in unterschiedlichen Pflege- und Versorgungssituationen, und sie tragen durch eine suffiziente Krankenbeobachtung Verantwortung, auch im Sinne der Patientensicherheit. In besonderer Weise gilt dies für Bereiche, in denen die ständige Präsenz von Ärztinnen und Ärzten nicht gegeben ist, z. B. in der stationären Langzeitpflege sowie in der ambulanten Pflege.

Dieses Modul knüpft an die curricularen Einheiten der Rahmenlehrpläne CE 04 „Gesundheit fördern und präventiv handeln“, CE 06 „In Akutsituationen sicher handeln“ sowie CE 10 „Entwicklung und Gesundheit in Kindheit und Jugend in pflegerischen Situationen fördern“ oder an äquivalente Module eines primärqualifizierenden Pflegestudiums an. Über die Erstausbildung hinausgehend werden die Teilnehmenden in diesem Modul befähigt, nach ärztlicher Diagnose im Rahmen des Assessments selbstständig Blutentnahmen zur Routinediagnostik und körperliche Untersuchungen im Kontext eines routinemäßigen Therapiemonitorings vorzunehmen, notwendige diagnoseabhängige Interventionen und Maßnahmen nach einem Algorithmus/Behandlungspfad zu planen, den Therapieplan umzusetzen, die therapeutischen Maßnahmen zu beurteilen sowie die Kontinuität des Pflege- und Therapieprozesses an institutionellen Schnittstellen frühzeitig sicherzustellen.

Als eine chronische, lebensbegleitende Erkrankung hat die Diagnose Diabetes mellitus häufig Auswirkungen auf alle Lebensbereiche, auf Selbstbestimmung und Autonomie der Lebenspraxis der zu pflegenden Menschen. Integrierte Pflege- und Therapieprozesse sind deshalb stets an den individuellen Lebenswelten und den verschiedenen Lebenslagen zu orientieren und auf die Selbsteinschätzung und die Förderung des Selbstmanagements der zu pflegenden Menschen auszurichten. Der Einschätzung diagnose- und therapiebezogener Selbstmanagementfähigkeiten und den hierauf ausgerichteten strukturierten Schulungs- und Beratungsangeboten, die in allen Altersstufen erkrankungs- und entwicklungspezifisch auszugestalten und an den Alltag der Menschen mit diabetischer Stoffwechsellage und ihrer Bezugspersonen anzupassen sind, kommt deshalb eine besondere Bedeutung zu.

Angesichts der gesellschaftlichen Relevanz sollten Pflegefachpersonen, die erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen in diabetischer Stoffwechsellage übernehmen, bevorzugt in der Gesundheitsförderung sowie in der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention eingesetzt werden.

Da Menschen mit einer diabetischen Stoffwechsellage häufig unter verzögerter Wundheilung und Wundheilungsstörungen leiden, wird eine Kombination mit dem Modul W 2 – „Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von chronischen Wunden betroffen sind“ empfohlen.

Bildungsziele

Die rasche Inzidenzzunahme, insbesondere des DMT2 schon bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, weist auf eine gesellschafts- und gesundheitspolitische Problematik sowie auf die Relevanz dieser chronischen Erkrankung für das Gesundheits- und Pflegewesen hin. Gleichzeitig erfahren Menschen mit der Diagnose DMT2 und häufig assoziiertem Übergewicht möglicherweise gesellschaftliche Stereotypisierung und Stigmatisierung, die ihr Leben in bedingter Gesundheit zusätzlich beeinträchtigen.

Vor diesem Hintergrund reflektieren die Teilnehmenden das Spannungsfeld zwischen gesellschaftlichen Erwartungen an eine gesunde Ernährung von Menschen mit diabetischer Stoffwechsellaage sowie Interessen und Anreizen der Lebensmittelindustrie.

Sie reflektieren die zunehmende gesundheitspolitische Diskussion zu chronischen Erkrankungen wie DMT1 und DMT2 zwischen einer leitlinienbezogenen und einer personenorientierten Medizin und Pflege (Abweichung vom Standard). Sie machen sich in diesem Zusammenhang die widerstreitenden Bedürfnisse zwischen optimaler Blutzuckereinstellung, eigenem Lebensstil (Ernährungs- und Bewegungsdisziplin) und Lebensqualität sowie Lebensdauer bewusst.

Kompetenzen

Die Absolventinnen und Absolventen

- übernehmen Verantwortung für die Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von Pflege- und Therapieprozessen bei Menschen aller Altersstufen mit einer diabetischen Stoffwechsellaage entlang eines Algorithmus bzw. Behandlungspfads unter Berücksichtigung von entwicklungs- und altersspezifischen besonderen Verlaufsdynamiken in enger Abstimmung mit den zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen,
- schätzen mithilfe von alters- und entwicklungsspezifischen Assessments diabetesassoziierte Werte und klinische Befunde, diabetesassoziierte und patientenindividuelle sowie situationsspezifische Risiken und Komplikationen sowie die funktionelle Unabhängigkeit/Abhängigkeit des zu pflegenden Menschen ein, bewerten die Ergebnisse und leiten Schlussfolgerungen hinsichtlich therapeutischer Interventionen sowie des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs der Betroffenen, der Eltern und/oder Bezugspersonen ab,
- analysieren, reflektieren und evaluieren kritisch Kommunikations-, Interaktions- und Beratungsprozesse auf der Grundlage pflege- und bezugswissenschaftlicher Methoden sowie unter ethischen Gesichtspunkten zur Reflexion der Krankheitsvorstellungen und Bewältigungsarbeit der Betroffenen im Lebensalltag,
- konzipieren, gestalten und evaluieren abgestimmte entwicklungs- und altersspezifische Schulungs- und Beratungskonzepte mit Menschen in einer diabetischen Stoffwechsellaage und ihren Bezugspersonen auf der Basis gesicherter Forschungsergebnisse und etablierter Versorgungsleitlinien,
- analysieren wissenschaftlich begründet die derzeitigen Versorgungsstrukturen, die Steuerung von Versorgungsprozessen und Formen der intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit bei Menschen aller Altersstufen in diabetischer Stoffwechsellaage und reflektieren diese kritisch,
- wirken an der (Weiter-)Entwicklung und Implementierung von wissenschaftsorientierten, innovativen Lösungsansätzen der Zusammenarbeit von Berufsgruppen und der Steuerung von Versorgungsprozessen bei Menschen aller Altersstufen in diabetischer Stoffwechsellaage mit,
- analysieren wissenschaftlich begründet rechtliche, ökonomische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Versorgung von Menschen aller Altersstufen in diabetischer Stoffwechsellaage und bewerten diese kritisch,
- erschließen und bewerten Forschungsergebnisse und neue Technologien im Bereich der Versorgung von Menschen aller Altersstufen in diabetischer Stoffwechsellaage und identifizieren Informations-, Schulungs- und Beratungsbedarfe der am Prozess Beteiligten,
- erleben und erkennen ihr durch die selbstständige Übernahme heilkundlicher Aufgaben erweitertes Kompetenzprofil und gestalten die Schnittstellen zu anderen mit der Diabetesproblematik befassten Fachberufen/Gesundheitsberufen.

Inhalte/Situationsmerkmale für den Lernort Bildungseinrichtung

Handlungs- anlässe

Bezogen auf Kinder und Jugendliche

- ärztlich diagnostizierter DMT1/DMT2
- entwicklungsbedingt eingeschränkte Voraussetzungen (motorisch, kognitiv, emotional, psychosozial) für das Therapiemanagement
- entwicklungsbedingte Ängste wie z. B. Angst vor körperlichem Schaden z. B. durch Nadelstiche
- Hypoglykämieängste von Kindern/Bezugspersonen
- Bedarf an entwicklungsbedingter und bewegungsbezogener Anpassung von Therapie und Schulung
- Über-/Unterforderung des Kindes (zu frühe Selbstständigkeit oder Überbehütung des Kindes durch Bezugspersonen)
- Gefahr eines gesundheitsbedingten geringen Selbstwertgefühls
- Gefahr einer Entwicklungsverzögerung bzw. einer Beeinträchtigung in der Bewältigung von alterstypischen Entwicklungsaufgaben
- Erkrankung der für das Therapiemanagement verantwortlichen Bezugsperson
- familiäre Konflikte und Veränderungen (z. B. Trennung der Eltern)
- gefahrgeneigtes Gesundheitsverhalten in der Pubertät
- Transition vom Jugendalter ins junge Erwachsenenalter

Bezogen auf junge Erwachsene und Erwachsene

- ärztlich diagnostizierter DMT1/DMT2
- medikamenteninduzierter Diabetes mellitus und sonstige Formen
- LADA-Diabetes (Late autoimmune diabetes in adults) als eine spezifische Form des DMT1
- Wirkweisen sowie Vor- und Nachteile oraler Antidiabetika und Insuline
- Gefahr einer zu früh begonnenen Insulintherapie
- Lebensstiländerungen durch Bewegungs- und Ernährungsinterventionen
- Risikofaktoren für DMT2 wie Gestationsdiabetes, Übergewicht und Adipositas, Frühgeburt und Kaiserschnitt, Geburtsgewicht über 4.000 g
- Über-, Fehl- und Mangelernährung durch Convenience- und Industrienahrungsmittel
- Essstörungen als Ursache einer DMT2 assoziierten Adipositas
- Formen von Heißhunger auf Süßigkeiten (Abhängigkeitsproblem)
- Formen von Schlafstörungen und starker psychosozialer Stress
- stressinduzierte flache Atmung mit Sauerstoffmangel und niedrigem CO₂-Spiegel (Kohlendioxid zur Engstellung der Arteriolen mit Glukose-Mangelernährung und Heißhunger)
- Mangel an Selbstwirksamkeit/Selbststeuerung
- mangelnde Gesundheitskompetenz
- (Gefahr der) Aktivitätsintoleranz (und andere Pflegediagnosen im Funktionsbereich Aktivität/Bewegung oder mit Auswirkung auf den Funktionsbereich), für die Stoffwechselsituation unzureichende bzw. mangelnde Alltagsbewegung



	<p>Bezogen auf alte und hochbetagte Menschen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ärztlich diagnostizierter DMT1/DMT2, andere Diabetesformen ● Gefahr des instabilen Blutglukosespiegels/(hohes) Hypoglykämierisiko ● eingeschränkte Fähigkeiten und Fertigkeiten zum Diabetes Selbstmanagement (kognitiv, affektiv, motorisch) ● Risiko der Überernährung, insbesondere aber der Unter- oder Mangelernährung ● Risiko mikrovaskulärer Folgeerkrankungen ● beeinträchtigte körperliche Mobilität und Sturzgefahr aufgrund von kognitiven Störungen, von diabetischer Polyneuropathie, Polypharmazie, Immobilität, Frailty und Sarkopenie ● Gefahr des diabetischen Fußsyndroms/diabetisches Fußsyndrom ● Verletzungs-/Infektionsgefahr ● medikamentenassoziierte Gefahr der Ketoazidose und Hypoglykämie (bei verschiedenen oralen Antidiabetika und Insulinen) sowie kardiale Effekte, Auswirkungen auf die Kognition und das Sturzrisiko ● beeinträchtigte Selbstversorgung ● beeinträchtigtes körperliches und psychosoziales Wohlbefinden ● (Gefahr der) Aktivitätsintoleranz (und andere Pflegediagnosen im Funktionsbereich Aktivität/Bewegung oder mit Auswirkung auf den Funktionsbereich), für die Stoffwechselsituation und den Erhalt körperlicher Aktivität unzureichende/mangelnde Alltagsbewegung <p>Bezogen auf Bezugspersonen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Wissensdefizit bezüglich des Krankheitsprozesses, der Therapie und des individuellen Versorgungsbedarfs ● gefährdetes familiäres Coping/Bereitschaft für ein verbessertes Coping ● Gefahr der Rollenüberlastung ● Gefahr adipogener Familien- und Sozialstrukturen und Lebenswelten
<p>Kontextbedingungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Präventionsprogramme und spezifische Gesundheitschecks, z. B. FINnish Diabetes Risk Score, Selbsteinschätzungstests des Diabetes-Risikos ● Angebote zu Selbstmanagement/Selbststeuerung/Gesundheitskompetenz (Health Literacy) ● Internetangebote und Infoportale ● Qualitätsmanagementsysteme im Bereich der Verhaltensprävention, z. B. KoQuaP (Koordination und Qualität in der Prävention) ● Nährwertkennzeichnung, z. B. Nutri-Score ● Versorgungsleitlinien (AWMF S3-Leitlinie „Therapie des Typ-1-Diabetes“, AWMF S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter, AWMF S2k-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Alter“ in den jeweils aktuellen Fassungen) Disease-Management-Programme (bei DMT1 und DMT2) ● Fachgesellschaften, Fachkommissionen für Diabetologie, Stiftungen (z. B. Deutsche Diabetes Gesellschaft, DDG), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ● Entwicklung digitaler Technologien zur Unterstützung des Therapiemanagements ● Einrichtungen der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung im Rahmen von Prävention, Kuration, Rehabilitation und den damit verbundenen Schulungs- und Beratungsangeboten; diabetische Schwerpunktpraxen

<p>Ausgewählte Akteure</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Menschen verschiedener Altersstufen und funktionell unterschiedlicher Gruppen in diabetischer Stoffwechsellage und ihre Bezugspersonen, Menschen mit Behinderungen und diabetischer Stoffwechsellage ● multiprofessionelles Team: (Fach-)Ärztinnen und (Fach-)Ärzte (Diabetologie, Geriatrie, Endokrinologie, Gynäkologie), Pflegefachpersonen, ggf. mit erweiterten heilkundlichen Kompetenzen zum routinemäßigen Therapiemonitoring, zur Versorgung chronischer Wunden, zum Schmerzmanagement, zur Mitwirkung und Begleitung bei Verdacht auf Hypertonie oder Verdacht auf Demenz, AP-Nurses, Diabetespflegefachpersonen, Podologinnen und Podologen, weitere Expertinnen und Experten des Diabetesmanagements und der Beratung, der Ernährungs-, Sport- und Bewegungstherapie ● Selbsthilfegruppen
<p>Erleben/ Deuten/ Verarbeiten</p>	<p>Kleinkinder und ihre Bezugspersonen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Angst und Abwehrverhalten, Erleben von Sorge und Verunsicherung der Bezugspersonen/Familien, Erleben von Überforderung durch familiäre Anpassungsprozesse und Veränderungen des Alltags, Erleben von therapeutischen Maßnahmen als Bestrafung, Angst vor körperlichem Schaden, (Nicht-Verstehen von Zusammenhängen und Notwendigkeit der Therapie) <p>Schulkinder und ihre Bezugspersonen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Erleben von Selbstwirksamkeit ● Erleben von Überforderung ● Erleben von Sorge und Verunsicherung der Bezugspersonen/Familien, Erleben von Überforderung durch familiäre Anpassungsprozesse und Veränderungen des Alltags ● Scham vor Gleichaltrigen <p>Jugendliche und ihre Bezugspersonen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Autonomie und Unabhängigkeit ● Sorge um Akzeptanz in der Peergroup, Zweifel an der eigenen Attraktivität ● Zukunftsängste in Bezug auf Partnerschaft, Familienplanung, Beruf ● Ambivalenz zwischen Abhängigkeit und Selbstständigkeit ● jedoch auch Selbstwirksamkeit und Zuversicht <p>Junge Erwachsene und Erwachsene</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Erleben einer eingeschränkten Lebensqualität durch eine chronische Erkrankung in den „besten“ Jahren (kein „Alterszucker“) ● Erleben einer Krankheit (DMT2 und weiterer Diabetesformen), die nicht „wehtut“; Gewöhnung an Symptomtherapie ● Angst vor den vielfältigen Folgeerkrankungen von DMT1 und DMT2 <p>Alte und hochbetagte Menschen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Erleben eingeschränkter Lebensqualität aufgrund komplizierter Diagnostik und Therapie mit Multimedikation und zu strenger Glukosekontrolle aufgrund einer diabetischen Neuropathie und Schmerzen sowie aufgrund von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit ● Gefühl der Überforderung ● depressive Verstimmung/chronische Traurigkeit <p style="text-align: right;">▶</p>

	<p>Bezugspersonen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sorge um das Wohl des Diabetesbetroffenen ● Sorge vor Hypoglykämien und geriatrischen Syndromen sowie Folgeschäden ● erlebte Beeinträchtigungen in eigenen Freizeitaktivitäten, Einschränkungen im Beruf und im sozialen Beziehungsnetz
<p>Handlungsmuster</p>	<p>Evidenzbasiertes Handeln im Pflege- und Therapieprozess</p> <p>Einschätzung gesundheits- und entwicklungsbedingter Erfordernisse/Bedürfnisse und Problemlagen unter Nutzung spezifischer Assessments zur Diagnostik und Therapie von DMT1/DMT2</p> <ul style="list-style-type: none"> ● kapilläre und venöse Blutentnahmen, Uringewinnung zur Routinediagnostik und Verlaufskontrolle ● körperliche Untersuchung zur Einschätzung des Hautzustands, insbesondere im Bereich der Spritzstellen, der Einstiche zur Blutzuckerkontrolle sowie des Sensors bei CGM und des Katheters bei sensorunterstützter Pumpentherapie (SuP), bei Verletzungen/Wunden; körperliche Untersuchung der Füße und Beurteilung des Schuhwerks ● Einschätzung der Funktionsfähigkeit von digital-technischen Hilfsmitteln zum Therapiemonitoring, Auswertung und Interpretation von CGM-Daten, Führen des Diabetikerpasses ● Einschätzung der (psychosozialen) diabetesassoziierten Auswirkungen auf die zu pflegenden Menschen und ihre Bezugspersonen ● Einschätzung der Voraussetzungen (Selbstmanagementfähigkeiten und Hilfebedarfe) zur Information, Schulung und Beratung von Menschen unterschiedlicher Alters- und Funktionsgruppen (Erfassung des kognitiven, motorischen, emotionalen und sozialen Entwicklungsstands und der Fähigkeiten sowie der Entwicklungsaufgaben mittels altersspezifischer Screenings und Testverfahren) ● Einschätzung der Voraussetzungen zur Schulung und Beratung der Bezugspersonen/Familie bzw. der Familienprozesse und der vorhandenen personalen, finanziellen und materiellen Ressourcen ● Berücksichtigung von gendermedizinischen Erkenntnissen <p>Planung einzuleitender Interventionen unter Einbeziehung evidenzbasierter Leitlinien und strukturierter Schulungsprogramme</p> <ul style="list-style-type: none"> ● multiprofessionelle Beratung und Shared-Decision-Making-Prozess bei der Planung von notwendigen diagnoseabhängigen Interventionen und Maßnahmen sowie Abwägung von Alternativen unter Einbeziehung des aktuellen Pflege- und Therapieplans ● spezifische Hautpflege und Monitoring der Füße analog „Frankfurter Aktivitätenkatalog der Selbstpflege – Prävention Diabetisches Fußsyndrom“ (FAS-PräDiFuß) und ggf. Beauftragung von (selbstständigen) Wundmanagerinnen und Wundmanagern ● ggf. Versorgung von chronischen Wunden (diabetisches Fußsyndrom, Ulcus cruris venosum, Ulcus cruris arteriosum, Ulcus cruris mixtum, Dekubitalulcera) ● Erfassung und Analyse der Medikationswirkungen und Nebenwirkungen, Polypharmazie im Alter ● Ernährungsberatung und Hypertonieschulung ● Folgeverordnungen gemäß HKP-RiLi (§ 37 SGB V) ● Verordnung von Hilfsmitteln (Rollator, Kontinenzmaterialien etc.), Verband- und Wundmaterialien (analog chronische Wunden), Materialien zur Insulinbehandlung

Steuerung des Pflege- und Therapieprozesses und Durchführung therapeutischer Maßnahmen und geplanter Intervention sowie deren Evaluation

- der diabetesassoziierten klinischen Werte (siehe Assessment)
- der geplanten Interventionen (siehe chronische Wunden, u. a. diabetisches Fußsyndrom)
- Bewertung der Selbstmanagementfähigkeiten und Hilfebedarfe der zu pflegenden Menschen (inklusive Monitoring der Füße, z. B. analog „Frankfurter Aktivitätenkatalog der Selbstpflege – Prävention Diabetisches Fußsyndrom“ (FAS-PräDiFuß) insbesondere im Kontext nachstationärer Versorgung (inklusive notwendiger podologischer Verordnungen)
- alters- und entwicklungsgerechte Information und Schulung von Menschen der unterschiedlichen Altersgruppen und funktionell unterschiedlich betroffener Gruppen und ihrer Bezugspersonen/Familien unter Berücksichtigung der individuellen Voraussetzungen, des Entwicklungsstands, der Selbstmanagementfähigkeiten und Ressourcen des zu pflegenden Menschen sowie auch der Therapiemanagementfähigkeiten der Bezugspersonen und anderer am Prozess Beteiligter im persönlichen Umfeld
- in Kooperation mit dem zu pflegenden Menschen und allen am Prozess Beteiligten frühzeitige Abstimmung von voraussichtlichen Entlassungs- und Verlegungsterminen zur Schnittstellenregulierung und Sicherstellung der Kontinuität im Pflege- und Therapieprozess

Gesundheitsförderung und Prävention

- kommunikative Unterstützung bei der Krankheits- und Situationsbewältigung
- Information, Schulung und Beratung der zu pflegenden Menschen und deren Bezugspersonen hinsichtlich präventiver, diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, z. B. zur Ernährung, Bewegung, Hautpflege, Risikominimierung
- Stärkung der persönlichen Gesundheitskompetenz und Selbststeuerung

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

- erweitertes und integriertes Wissen zur Ätiologie, Pathophysiologie, Diagnostik, Prävention und Therapien des DMT1 und DMT2 sowie sonstiger Diabetesformen und Folgeerkrankungen auf der Basis von evidenzbasierten Leitlinien und strukturierten Schulungsprogrammen
- vertieftes endokrinologisches Wissen zur Hormonregulation, insbesondere bei DMT1 und DMT2, und in verschiedenen menschlichen Entwicklungsphasen
- erweitertes Wissen über Wirkungen und Wirkzusammenhänge der medikamentösen und nicht medikamentösen Therapien; Pharmakokinetik und Medikamentenwirkformen, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen und verschiedene Insulinwirkprofile
- erweitertes evidenzbasiertes Wissen zur Bewegung und Ernährung (Fastenformen) und Lebensstiländerung in Bezug auf DMT1, DMT2 und sonstige Diabetesformen in verschiedenen Lebens- und Entwicklungsphasen
- kritisches evidenzbasiertes Wissen zu innovativen diagnostischen und therapeutischen Ansätzen digitaler Technologien im Monitoring und in der Behandlung von Menschen mit diabetischer Stoffwechsellage

Inhalte für den Lernort Pflegepraxis

Arbeits- und Lernaufgaben am Lernort Praxis

Evidenzbasiertes Handeln im individuellen Pflege- und Therapieprozess bei Menschen verschiedener Altersstufen und Entwicklungsphasen

Assessment/Routinediagnostik/Verlaufskontrolle

- Blutentnahmen und Uringewinnung
- körperliche Untersuchung, insbesondere Hautzustand (Einstichstellen, Verletzungen, Wunden), Füße und Schuhwerk
- Risikoerfassung: diabetisches Fußsyndrom, besondere Hypoglykämierisiken, BMI u. a.
- Prüfung der Funktionsfähigkeit digital technischer Hilfsmittel
- Erfassung der Selbstmanagementfähigkeiten anhand begründet ausgewählter Assessmentverfahren und -instrumente
- Einschätzung von Schulungs- und Beratungsvoraussetzungen der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen

Planung der pflegerisch-medizinischen Interventionen im Shared-Decision-Making-Prozess mit dem zu pflegenden Menschen und seinem Umfeld sowie in Abstimmung im therapeutischen Team

- spezifische Hautpflege und Monitoring der Füße, z. B. analog „Frankfurter Aktivitätenkatalog der Selbstpflege – Prävention Diabetisches Fußsyndrom“ (FAS-PräDiFuß)
- bei Wunden ggf. Beauftragung von Wundmanagerinnen und Wundmanagern bzw. Expertinnen und Experten zur Versorgung chronischer Wunden
- Medikamentennebenwirkungen, insbesondere Analyse des Hypoglykämierisikos
- Informations- und Schulungsplanung für Gruppen und Einzelne

Steuerung im Pflege- und Therapieprozess, Durchführung und Evaluation von Interventionen und Maßnahmen

- Auswertung diabetesassoziierter klinischer Werte
- Durchführung der geplanten Interventionen zur Routinediagnostik, zur Hautpflege, u. a. Insulin-Spritzpläne, zum Fußmonitoring bzw. Information und Schulung einbezogener Pflegepersonen
- Durchführung von entwicklungs- und altersentsprechenden sowie auf die Selbstmanagementfähigkeiten abgestimmten Schulungen
- Gespräche über krankheitsbezogene Vorstellungen und Bewältigungsarbeit im Lebensalltag
- Terminkoordination mit den am Pflege- und Therapieprozess Beteiligten

Empfehlungen für den Lernort Bildungseinrichtung

Lernaufgaben für simulative Lernumgebungen

- Schwerpunkte eines routinemäßigen Therapiemonitorings (Blutentnahme, körperliche Untersuchungen) im Skills Lab trainieren
- Symptomerfassung und Einschätzung der emotionalen Situation von zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen mit Simulationspersonen
- Fallbearbeitungen zu unterschiedlichen Diabetesformen mit Variation der gesundheitlichen Problemlagen, der Altersstufen und sozialen sowie institutionellen Kontexte



- Bewertung von Selbstmanagementfähigkeiten auf der Grundlage von Falldokumentationen und Entscheidung über Schulungs- und Beratungskonzepte
- Beratungsgespräche mit Simulationspersonen
- Objective structured clinical examination (OSCE) mit prozeduren- und fragebezogenen Stationen sowie dem Einsatz von Simulationspersonen

Empfehlungen für Lern- und Arbeitsaufgaben

- Identifikation besonderer Hypoglykämierisiken in stationären Altenhilfeeinrichtungen unter Berücksichtigung von Medikations- und Essenszeiten sowie der Nahrungsaufnahme
- Recherche des Einsatzes von Telemonitoring-Systemen für insulinbehandelte Diabetiker/-innen, Einschätzung ihrer Eignung für zu pflegende Menschen unterschiedlicher Altersstufen im Hinblick auf das Selbstmanagement

Didaktischer Kommentar

Der Aufbau von Kompetenzen sollte anhand von fallbasierten Lehr-/Lernangeboten erfolgen, in denen die aufgeführten Inhalte sinnvoll kombiniert werden und in die auch die jeweils erforderlichen Wissensgrundlagen eingebettet sind, z. B.

- Lernsituation in der ambulanten Pflege, in der ein 16-jähriges Mädchen mit einem insulinpflichtigen DMT1 neuerdings im Rahmen des routinemäßigen Therapiemonitorings sehr hohe Blutzuckerwerte sowie ein stark schwankendes Körpergewicht aufweist, die Eintragungen im Diabetes-Pass sind lückenhaft, es entsteht der Verdacht eines Insulin-Purgings im Kontext einer Essstörung,
- Lernsituation in der ambulanten Pflege: eine 57-jährige Frau mit einem vor sechs Monaten erstdiagnostizierten DMT2, HbA1c-Wert bei Diagnosestellung 7,8 Prozent, familiäre Disposition für Diabetes mellitus und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, normgewichtig, Initialtherapie mit Metformin 1000 mg, die körperliche Untersuchung im Rahmen des routinemäßigen Therapiemonitorings zeigt an der linken Fußsohle eine stark verhornte Druckstelle in Höhe des Zehengrundgelenks (Digitus pedis II),
- Lernsituation in der stationären Langzeitpflege: eine 86-jährige Bewohnerin mit einem seit mehr als 20 Jahren insulinbehandelten DMT2, starkes Übergewicht, Amputation einzelner Zehen bei diabetischem Fußsyndrom, mehrfache Sturzereignisse, zunehmende kognitive Veränderungen, Bewertung der Selbstmanagementfähigkeiten und Hilfebedarfe,
- Lernsituation in der stationären Langzeitpflege: ein 90-jähriger Bewohner mit DMT1, insulinpflichtig, zunehmende Inappetenz und starker Gewichtsverlust in den letzten Monaten, Anzeichen von Mangelernährung, mehrfache schwere Hypoglykämien, insbesondere in der Nacht; Beratung des zu pflegenden Menschen und aller am Prozess Beteiligten sowie des multiprofessionellen Teams über die notwendigen diagnoseabhängigen Interventionen und ihre Alternativen in einem Shared-Decision-Making-Prozess,
- Lernsituation in der ambulanten Pflege: eine 65-jährige Klientin mit DMT1, Spritzstellen eines NPH-Mischinsulins – bevorzugt am Bauch injiziert – weisen entzündliche Rötungen auf, ebenso einige Blutzucker-Stichstellen im Fingerbeerenbereich; in sozialen Situationen – etwa bei gemeinsamen Mahlzeiten – nimmt die Klientin die Insulininjektion durch die Kleidung vor, es entwickelt sich der Verdacht einer Mehrfachverwendung von Injektionskanülen und Lanzetten,
- Lernsituation in der stationären Akutpflege: ein achtjähriger Junge mit DMT1, häufige Hypo- und Hyperglykämien, Überforderung durch ungenügende familiäre Unterstützung im Therapiemanagement, beeinträchtigte Familienprozesse, der zur Umstellung auf eine Insulinpumpentherapie stationär aufgenommen wird,
- Lernsituation in der stationären Akutpflege (Ambulanz): ein 40-jähriger IT-Spezialist mit Übergewicht, DMT2/entgleister DMT2, Schlaf-Apnoe, Wunsch nach Insulinsensor, Ernährungs-App und Adipositasstherapie



Das Modul erfordert in der Gestaltung der Lernsituationen sowie in den Arbeits- und Lernaufgaben und den Lern- und Arbeitsaufgaben einen Wechsel der Diabetestypen, der Altersstufen, der Lebens- und Entwicklungsphasen, der Lebenslagen und der Versorgungskontexte (Settings). Gegen Ende des Bearbeitungsprozesses sollen komplexere Situationen bearbeitet werden, in denen etwa Menschen mit einem DMT2 zusätzlich unter einer chronischen Wunde oder einer besonderen, beispielsweise polyneuropathiebedingten Schmerzsymptomatik leiden. Situationen dieser Komplexität treten in der Regel insbesondere in der ambulanten und stationären Langzeitversorgung auf.

W 2 – Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von chronischen Wunden betroffen sind

Wahlmodul

3. Ausbildungs-/Studiendrittel

Zeitrichtwert

300 Stunden, davon 150 Stunden am Lernort Bildungseinrichtung und 150 Stunden am Lernort Praxis

Intentionen und Relevanz

Die Prävalenz chronischer Wunden an der Gesamtbevölkerung beträgt ca. ein Prozent. Menschen mit einer chronischen Wunde (oder Wunden) sind häufig multimorbid und in vielen Fällen auch über die Versorgung der Wunde hinaus pflegebedürftig, die Wunden stellen oftmals Symptome oder Stadien der vorhandenen Grunderkrankungen dar. In der ambulanten Pflege war 2012 jeder neunte zu pflegende Mensch auch von einer chronischen Wunde betroffen. Eine Verknüpfung der pflegerischen Versorgung mit der Substitution ärztlicher Aufgaben in der Wundbehandlung kann daher dazu beitragen, die Versorgung patientenzentrierter zu gestalten und Versorgungsbrüche zu verhindern. Das Modul knüpft an die curricularen Einheiten CE 04 „Gesundheit fördern und präventiv handeln“ sowie die CE 05 „Menschen in kurativen Prozessen pflegerisch unterstützen und Patientensicherheit stärken“ der Rahmenlehrpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG und an äquivalente Module eines primärqualifizierenden Pflegestudiums an. Über die Erstausbildung hinausgehend werden die Teilnehmenden in diesem Modul befähigt, bei Menschen, die von einer chronischen oder schwerheilenden Wunde betroffen sind wie z. B. einem Ulcus cruris, einem Dekubitus oder einem diabetischen Fußsyndrom, nach ärztlicher Diagnosestellung **selbstständig** das Assessment und die Verlaufsdiagnostik der Wunde vorzunehmen, einzuleitende wundbezogene Interventionen zu planen und das Wundmanagement umzusetzen, einschließlich der Verordnung von Medizinprodukten (z. B. Verbandmaterial) und Hilfsmitteln. Chronische und schwerheilende Wunden haben schwerwiegende Auswirkungen auf alle Lebensaktivitäten, die soziale Teilhabe und das Wohlbefinden der betroffenen Personen und ihrer Angehörigen. Es ist daher von besonderer Bedeutung, die Prozessschritte gemeinsam mit den Betroffenen zu gestalten und neben der Behandlung der lokalen und systemischen Krankheitsursachen auch das gesundheitsbezogene Selbstmanagement durch Information, Schulung und Beratung zu verbessern und dadurch die Lebensqualität und Adhärenz zu fördern. Die diesbezüglichen in der Erstausbildung bzw. im Studium erworbenen Kompetenzen werden in dem Modul vertieft.

Da Menschen mit chronischen Wunden auch vielfach von chronischen Schmerzen betroffen sind, wird eine Verknüpfung mit dem Modul W 5 „Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von Schmerzen betroffen sind“ empfohlen. Aufgrund des gehäufteten Vorkommens eines diabetischen Fußsyndroms kann auch die Verknüpfung mit dem Modul W 1 „Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen in diabetischer Stoffwechsellage“ sinnvoll sein.

Bildungsziele

Die Teilnehmenden orientieren sich an den Therapiezielen und Sichtweisen der von einer chronischen Wunde betroffenen Personen und verknüpfen individuelle klinische Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung. Sie reflektieren angesichts der Vielfalt an Produkten zur Wundbehandlung den jeweiligen Nutzen auf wissenschaftlicher Basis und setzen ihn in Bezug zu den Kosten. Dabei erkennen sie Konflikte zwischen Marktinteressen von Unternehmen und wissenschaftlicher Unabhängigkeit.

Kompetenzen

Die Absolventinnen und Absolventen

- übernehmen die Verantwortung für die Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von Pflege- und Therapieprozessen zur Unterstützung von Menschen mit chronischen oder schwerheilen- den Wunden bei der Bewältigung von hochbelasteten Lebens- und Pflegesituationen,
- nutzen spezifische leitliniengestützte Assessmentinstrumente bzw. koordinieren diagnostische wundbezogene Untersuchungen und erheben und beurteilen den individuellen Pflege- und Therapiebedarf sowie alters- und krankheitsbedingte klinische und familiäre Risiken und Gesundheitsgefährdungen in komplexen und hochkom- plexen Pflegesituationen von Menschen mit chronischen Wunden,
- übernehmen Verantwortung für die Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evalua- tion von Pflege- und Therapieprozessen entlang eines evidenzbasierten Algorithmus bzw. Behandlungspfads einschließlich der Verordnung von Medizinprodukten (z. B. Verbandmaterial) und Hilfsmitteln bei Menschen mit den besonderen gesundheitlichen Problemlagen einer chronischen oder schwerheilenden Wunde und ihren Bezugspersonen und in enger Abstimmung mit ihnen, entsprechend systematisch entwickelter Leitlinien und Expertenstandards,
- nutzen ein vertieftes und kritisches pflege- und bezugswissenschaftliches Wissen, um zu pflegende Menschen mit chronischen oder schwerheilenden Wunden und ihre Bezugspersonen bei der Krankheits- und Situationsbe- wältigung kommunikativ zu unterstützen,
- konzipieren, gestalten und evaluieren Informations-, Schulungs- und Beratungskonzepte für Menschen mit chro- nischen Wunden auf der Basis gesicherter Forschungsergebnisse,
- wirken an der Implementierung substituierter heilkundlicher Tätigkeiten (ggf. im Rahmen eines Modellvor- habens) bei der medizinisch-pflegerischen Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden in unterschied- lichen Versorgungsbereichen und über die Versorgungsbereiche hinweg mit,
- wirken an der Entwicklung, Implementierung und Evaluation von wissenschaftsbasierten oder -orientierten Instrumenten der Qualitätssicherung und -entwicklung im Hinblick auf die pflegerische und medizinische Ver- sorgung von Menschen mit chronischen Wunden mit,
- schätzen die Wirkung von unterschiedlichen therapeutischen Möglichkeiten bezogen auf die Ziele und den Nut- zen für die Wundheilung kritisch ein,
- erschließen und bewerten (aktuelle) Forschungsergebnisse und Empfehlungen von Fachgesellschaften, z. B. Expertenstandards und Leitlinien, zur Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden und nutzen diese ggf. für die Gestaltung des Versorgungsprozesses

Inhalte/Situationsmerkmale für den Lernort Bildungseinrichtung

Handlungs- anlässe

- (chronische) Hautschädigung/Gewebesbeschädigung
- Infektionsgefahr
- Vorliegen einer Infektion/Entzündung
- Wundexsudat
- Wundgeruch
- wundbedingte Schmerzen
- Körperbildstörung
- situationsbedingtes beeinträchtigt Selbstwertgefühl
- Macht- und Kontrollverlust
- Bereitschaft für gesteigerte Hoffnung



	<ul style="list-style-type: none"> ● Bereitschaft für vermehrtes Wissen ● wundbedingte Maßnahmen der Bewegung ● Defizite hinsichtlich des gesundheitsbezogenen Selbstmanagements bzw. unwirksames Coping ● Wissensdefizite ● wund- und therapiebedingte Einschränkungen, z. B. soziale Isolation ● ggf. weitere Pflegediagnosen wie Ernährungsmangel, Mobilitätseinschränkungen, Durchblutungsstörungen ● ggf. weitere medizinische Diagnosen wie z. B. Gefäßerkrankungen, Diabetes mellitus, lymphbezogene Krankheiten
Kontextbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> ● Unter- und Fehlversorgung von Menschen mit chronischen Wunden ● Kosten und Nutzen von Produkten zur Wundbehandlung ● DNQP-Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“, „Schmerzmanagement in der Pflege“, „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“, „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“, „Schmerzmanagement in der Pflege“, „Erhaltung und Förderung der Mobilität“, „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ ● AWMF S3-Leitlinie „Lokaltherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronische venöse Insuffizienz“ ● einschlägige Fachgesellschaften, z. B. Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V., Deutsche Gesellschaft für Phlebologie ● Disease-Management-Programme ● Versorgungsangebote: Wundnetze, (ambulante) Wundzentren für chronische Wunden ● unterschiedliche Qualifizierungsangebote im akkreditierten Bereich (z. B. Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V.) und im nicht akkreditierten Bereich (z. B. Initiative chronische Wunden e. V.) ● Pharmamarketing und Wundversorgung ● digitale Technologien, z. B. digitale Wundanalyse, Apps zur Unterstützung des Selbstmanagements, Videosprechstunden ● Kostenträger wie Krankenkassen
Ausgewählte Akteure	<ul style="list-style-type: none"> ● Menschen aller Altersstufen, die von chronischen und schwerheilenden Wunden betroffen sind, und ihre Bezugspersonen ● multiprofessionelles Team (u. a. Klinik-, Fach-, Hausärztinnen und -ärzte, Wundtherapeutinnen und -therapeuten, Fach- und Wundexpertinnen und -experten, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Pflorgeteam) ● Mitarbeitende in Sanitätshäusern u. ä.



Erleben/ Deuten/ Verarbeiten	Zu pflegende Menschen und deren Bezugspersonen <ul style="list-style-type: none"> ● (Selbst-)Ekel und Scham ● Hoffnungslosigkeit ● Trauer ● sozialer Rückzug, Isolation ● (Gefühl der) Stigmatisierung ● Sorge, Angst ● Kontrollverlust, Abhängigkeit
Handlungsmuster	Evidenzbasiertes Handeln im individuellen Pflege- und Therapieprozess <ul style="list-style-type: none"> ● Assessment/Diagnostik und Dokumentation der Wundsituation sowie ursächlicher und beeinträchtigender intrinsischer und extrinsischer Faktoren: Auswahl und Anwendung von geeigneten Assessment- und Dokumentationsinstrumenten (z. B. Wundabstrich), Ermittlung von pathophysiologischen Ursachen ● Assessment/Diagnostik und Dokumentation von Schmerzen ● Ermittlung der wund- und therapiebedingten Beeinträchtigungen sowie der (psychosozialen) Auswirkungen und der Bedeutung der chronischen Wunde für die zu pflegenden Menschen und ihre Bezugspersonen sowie des diesbezüglichen Unterstützungs-, Beratungs- und Informationsbedarfs ● Identifizierung von Versorgungsbedarfen: Analyse des Allgemeinzustands, der Fähigkeiten zur Selbstversorgung sowie der Selbstmanagementfähigkeiten und Hilfebedarfe der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen ● fachgerechte Planung der Wundversorgung im Shared-Decision-Making-Prozess mit dem zu pflegenden Menschen und seinem Umfeld und im interprofessionellen Team, inklusive Diagnostik, Therapie, Veranlassung von Überweisungen, Verordnung von Medizinprodukten (z. B. Verbandmaterial), Hilfsmitteln, Verbandintervall und Therapiezeitraum, unter Berücksichtigung hygienischer Aspekte ● fach- und sachgerechte Durchführung der individuellen Wundversorgung ● Evaluation/Monitoring/Beobachtung des Wundverlaufs Gesundheitsförderung und Prävention <ul style="list-style-type: none"> ● kommunikative Unterstützung bei der Krankheits- und Situationsbewältigung ● Information, Schulung und Beratung der zu pflegenden Menschen und deren Bezugspersonen hinsichtlich präventiver, therapeutischer und diagnostischer Maßnahmen, z. B. zu Themen wie Selbstpflege, Selbstmanagement, Ernährung, Druckentlastung, häusliche Versorgungssituation, Prävention von Durchblutungsstörungen, Bewegungsförderung, Infektionsprävention, Körperbild, Hautschutz, Rezidivprophylaxe
Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen <ul style="list-style-type: none"> ● Zusammenhänge zwischen zugrunde liegenden Erkrankungen, Lebensstil und dem Auftreten chronischer Wunden 	

Inhalte für den Lernort Pflegepraxis

Arbeits- und Lernaufgaben am Lernort Praxis

Evidenzbasiertes Handeln im individuellen Pflege- und Therapieprozess mit Menschen unterschiedlicher Altersstufen

Assessment/diagnostische Verfahren

- wundspezifisches medizinisches und pflegerisches Assessment/Anamnese
- Einschätzung der Selbstmanagementfähigkeiten und Hilfebedarfe der Betroffenen
- Einschätzung der wund- und therapiebedingten Beeinträchtigungen sowie der psychosozialen Situation der Betroffenen
- Analyse von zusätzlichen Bedarfen, die ggf. eine Hilfsmittelverordnung erfordern
- Assessment von Schmerzen
- Ermittlung des Informations-, Schulungs- und Beratungsbedarfs

Planung der pflegerisch-medizinischen Interventionen im Shared-Decision-Making-Prozess mit den zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen sowie in Abstimmung mit dem therapeutischen Team

- gemeinsame Entwicklung der Therapieziele mit den von einer chronischen oder schwerheilenden Wunde betroffenen Menschen und dem therapeutischen Team
- Entscheidungen über notwendige therapeutische Maßnahmen (Therapie, Medizinprodukte (z. B. Verbandmaterial), Hilfsmittel, Verbandintervalle, Behandlungszeitraum, Erstellung eines Therapieplans)
- Ausstellung von entsprechenden Verordnungen und Folgeverordnungen (z. B. für ambulante Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung)
- Veranlassung von vertragsärztlichen Überweisungen bzw. Konsilen
- Abstimmung mit den zu pflegenden Menschen bezüglich therapieerweiternder Maßnahmen

Durchführung und/oder Koordination der individuellen pflegerisch-medizinischen Interventionen

- Durchführung und Dokumentation von Wundbehandlungen dem Therapieplan entsprechend
- Information und Schulung anderer Pflegenden hinsichtlich der fachgerechten Durchführung der Wundversorgung
- Terminplanung für das Monitoring

Evaluation/Monitoring/Verlaufsbeobachtung

- Evaluation der getroffenen Maßnahmen, Anpassung der Therapieplanung, mögliche Folgeverordnungen, ggf. Absprachen mit betreuenden Ärztinnen und Ärzten
- Erstellung eines Zwischen- und Abschlussberichts

Therapeutische Kommunikation und Beziehungsgestaltung mit zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen

- kommunikative Unterstützung bei der Krankheits- und Situationsbewältigung
- Information, Schulung und Beratung der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen hinsichtlich präventiver, therapeutischer und diagnostischer Maßnahmen, z. B. zu Themen, wie Selbstpflege, Ernährung, Druckentlastung, fachgerechte und zielorientierte lokale Wundtherapie, Rezidivprophylaxe

Empfehlungen für den Lernort Bildungseinrichtung

Lernaufgaben für simulative Lernumgebungen

- vertiefende Einschätzung von Wundsituationen auf der Basis von Fotodokumentationen, ggf. von digitalen Fotoanalysen, Falldiskussionen und Ableitung von Interventionen
- Simulation von komplexen Beratungsgesprächen, etwa im Setting der ambulanten Versorgung
- Simulation von Fallbesprechungen zu komplexen Pflege- und Therapiesituationen im Team

Empfehlungen für Lern- und Arbeitsaufgaben

- spezifische Herausforderungen in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen (ambulant, stationäre Akut- oder Langzeitversorgung): Sammlung von Unterlagen zu drei komplexen Pflege- und Therapieprozessen mit Menschen unterschiedlicher Altersstufen und mit unterschiedlichen Lebenswelten, die von einer chronischen oder schwerheilenden Wunde betroffen sind und in unterschiedlichen Settings versorgt werden; systematische Analyse der Krankheitsverlaufskurven im Hinblick auf relevante Kriterien, auch mit Blick auf die Besonderheiten der Versorgungsbereiche, Überprüfung und ggf. Anpassung der pflegerischen und medizinischen Interventionen (ggf. in Absprache mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten)
- Durchführung und Dokumentation einer umfassenden Anamnese sowie eines Assessments bei einem zu pflegenden Menschen mit einer chronischen oder schwerheilenden Wunde unter Berücksichtigung von wund- und therapiebedingten Beeinträchtigungen, der psychosozialen Situation der/des Betroffenen, ggf. vorhandener Mobilitäts- und anderer Einschränkungen, Schmerzen sowie der Selbstmanagementfähigkeiten

Didaktischer Kommentar

Der Aufbau von Kompetenzen sollte anhand von fallbasierten Lehr-/Lernangeboten erfolgen, in denen die aufgeführten Inhalte sinnvoll kombiniert werden und in die auch die jeweils erforderlichen Wissensgrundlagen eingebettet sind, z. B.

- Lernsituation in der ambulanten Pflege, in der ein/-e Klient/-in von den pflegenden Angehörigen überwiegend sitzend positioniert wird; sie/er hat eine chronische Wunde am Gesäß und soll eigentlich häufig umgelagert werden; dies wurde auch mehrmals mit den Angehörigen besprochen,
- Lernsituation in der ambulanten Pflege, in der eine Frau mit einem diabetischen Fußsyndrom, die die dringende Empfehlung, den Fuß maximal zu entlasten, nicht befolgt, den Fuß stattdessen zur Haushaltsführung immer wieder belastet und bei der nun die Entscheidung im Raum steht, den Vorfuß zu amputieren
- Lernsituation in der stationären Langzeitpflege, in der eine Bewohnerin mit einer chronischen Wunde den Heilungsprozess durch ständiges Kratzen beeinträchtigt,
- Lernsituation in der stationären Langzeitpflege, in der ein Bewohner eine nicht heilende Amputationswunde hat; er traut sich nicht, seinen Rollstuhl zu benutzen, solange die Wunde besteht; der Mitbewohner im Zimmer fühlt sich durch den Geruch der Wunde belästigt,
- Lernsituation in der stationären Akutpflege, in der eine Patientin mit einem Ulcus cruris versorgt wird; der Ehemann und die Kinder haben sich im Internet zu möglichen Wundbehandlungen belesen und möchten sich in die Therapieentscheidungen einbringen,
- Lernsituation zum Thema Qualitätsmanagement bezogen auf die Versorgung von Menschen mit chronischen oder schwerheilenden Wunden: Erstellen einer Risikoanalyse entsprechend DIN EN 15224.

In den letzten zehn Stunden der Lehre in der Bildungseinrichtung wird die Bearbeitung hochkomplexer Versorgungssituationen empfohlen, bei denen typische Kombinationen von gesundheitlichen Problemlagen und Problemlagen der pflegerischen Versorgung vorliegen, z. B. neben einer chronischen Wunde auch ein Diabetes mellitus sowie Schmerzen oder neben einer chronischen Wunde und Schmerzen auch eine demenzielle Erkrankung. Es ist davon auszugehen, dass in der Versorgungspraxis Situationen in dieser Komplexität auftreten.

W 3 – Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen, die von einer Demenz betroffen sind

Wahlmodul

3. Ausbildungs- bzw. Studiendrittel

Zeitrichtwert

400 Stunden, davon 200 Stunden am Lernort Bildungseinrichtung und 200 Stunden am Lernort Praxis

Intentionen und Relevanz

In Deutschland lebten im Jahr 2019 epidemiologischen Schätzungen zufolge ca. 1,7 Millionen Menschen mit Demenz, davon sind zwei Drittel älter als 80 Jahre. Aufgrund demografisch bedingter zunehmender Hochaltrigkeit ist auch ein Anstieg der Demenzerkrankungen zu erwarten. Die Deutsche Alzheimergesellschaft geht von jährlich ca. 300.000 Neuerkrankungen aus. Schätzungsweise zwei Drittel der Betroffenen leben im häuslichen Umfeld und werden überwiegend von Bezugspersonen, teilweise selbst hochaltrigen Partnerinnen und Partnern, versorgt, nur ein Drittel der Betroffenen lebt in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege, bzw. Spezialeinrichtungen. Verschiedene Studien zeigen, dass ca. 40 Prozent der über 65-jährigen Krankenhauspatientinnen und -patienten von demenziellen Veränderungen betroffen sind, bei ca. 18 Prozent wurde die Diagnose Demenz gestellt.

Menschen mit einer beginnenden oder fortgeschrittenen Demenz sind also in allen pflegerischen Settings vertreten, insbesondere auch im außerklinischen Bereich. Sie bedürfen oft der medikamentösen Behandlung sowie multidimensionaler, wissenschaftlich abgesicherter pflege-, sozial- und bewegungstherapeutischer Interventionen und Programme, die dazu beitragen, kognitive Funktionen zu unterstützen und Fähigkeiten der Alltagsgestaltung möglichst lange zu erhalten. Mit einem in der Regel progredienten Verlauf ist das Leben mit Demenz für die Betroffenen häufig mit einem zunehmenden Verlust an Selbstbestimmung und Teilhabe verbunden, kann mit Selbstgefährdung einhergehen und fordert besondere Sensibilität in einer pflegetherapeutischen Beziehungsgestaltung, die auf die Anerkennung und Wahrung der subjektiven Bedürfnisse gerichtet ist. Auch wenn sich die Lebenssituation für einen Menschen mit Demenz ändert und das Lebensumfeld bzw. das pflegerische Setting wechselt – z. B. durch einen Krankenhausaufenthalt –, kann das erhebliche Auswirkungen auf das psychische und mentale Befinden sowie das Verhalten haben und eine gezielte Anpassung des Pflege- und Therapieprozesses erfordern. Außerdem müssen kontinuierlich in die Versorgungsprozesse eingebundene Pflegefachpersonen einen differenzialdiagnostischen Fokus einnehmen und dabei berücksichtigen, dass demenztypische Symptome wie Verwirrtheit, Desorientierung und Vergesslichkeit, auch andere Ursachen haben können, z. B. andere Grunderkrankungen, Fehl- und Mangelernährung oder Medikamentenwirkungen, und damit ganz oder teilweise reversibel sein können. Dieser Blickwinkel ist in ein differenziertes Assessment zu integrieren, um den zu pflegenden Menschen nicht auf dem Wege vorschneller Etikettierung Möglichkeiten ihrer selbstbestimmten Lebensführung zu nehmen.

Das Modul knüpft an die curricularen Einheiten CE 04 „Gesundheit fördern und präventiv handeln“, CE 07 „Rehabilitatives Pflegehandeln im interprofessionellen Team“, CE 08 „Menschen in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten“, CE 09 „Alte Menschen bei der Lebensgestaltung lebensweltorientiert unterstützen“ sowie CE 11 „Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und kognitiven Beeinträchtigungen personenzentriert und lebensweltbezogen unterstützen“ und an äquivalente Module eines primärqualifizierenden Pflegestudiums an. Die im praktischen Teil der Pflegeausbildung zu erwerbenden Kompetenzen zur systematischen Umsetzung von Pflegeprozess und Pflegediagnostik (Kompetenzschwerpunkte I.2, I.3, II.1, II.2) in Verbindung mit häufig vorkommenden psychischen Veränderungen bzw. Erkrankungen, insbesondere in spezifischen Ausbildungsbereichen wie der stationären Altenhilfe und/oder der (Geronto-)Psychiatrie, bilden ebenfalls eine breite Grundlage in der Erstausbildung. Die in der Erstausbildung erworbenen Kompetenzen werden mit diesem heilkundlich orientierten Modul zielgerichtet erweitert, um so den gesamten Pflege- und Therapieprozess systematisch begleiten und in enger Zusammenarbeit mit den betroffenen Menschen, ihren Bezugspersonen sowie beteiligten Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Berufsgruppen federführend steuern zu können. Fokussiert werden einerseits ein die Grundausbildung vertiefendes Verständnis ►

für die betroffenen Menschen und ihre Bezugspersonen sowie andererseits der konsequente Einsatz wissenschaftlich fundierter Assessments und Interventionen im Rahmen der pflegerischen Diagnostik und Therapie. Einen weiteren Schwerpunkt in der Planung, Durchführung und Evaluation von diagnose- und therapiebedingten Interventionen bilden Unterstützungsangebote zur frühzeitigen Förderung der Akzeptanz der Situation und zur Vermeidung gesundheitlicher Risiken aufgrund eingeschränkter Selbstpflegekompetenz sowie zur Ermöglichung der Selbstbestimmung, Teilhabe und des Erhalts von Lebensqualität. Hierzu bedarf es neben einer eventuellen medikamentösen Therapie insbesondere mehrdimensionaler Unterstützungs- und Anpassungsleistungen im persönlichen Lebensbereich. Hilfen und Hilfsmittel (z. B. in den Bereichen Mobilität, Kontinenz, bauliche Anpassungen im persönlichen Lebensraum, häusliche Krankenpflege nach SGB V), welche die zurückgehende oder fehlende Selbstpflege kompensieren und die gesellschaftliche Teilhabe fördern und unterstützen, sind auf der Grundlage einer systematischen Analyse zu verordnen und in ihrer Anwendung zu begleiten. Innovative digitale Unterstützungssysteme sind ausdrücklich einzubeziehen und auf Eignung zu prüfen. Bezugspersonen, die eine wichtige Rolle in der Lebensbegleitung einnehmen und psychisch sowie physisch erheblich gefordert sind, sind durch Aufklärung, Mikroschulungen, Beratung und Entlastungsangebote zu unterstützen.

Bildungsziele

Die Teilnehmenden reflektieren ihre besondere Vertrauensstellung und Verantwortung in Pflege- und Therapieprozessen mit Menschen, die vom Verlust ihrer Orientierung zu sich und der sie umgebenden Welt betroffen sind, vor dem Hintergrund der eingeschränkten Einwilligung- und Entscheidungsfähigkeit. Mit einer personenzentrierten Grundhaltung treffen sie advokatorisch erforderliche Abwägungen zwischen der Anerkennung der Freiheits- und Selbstbestimmungsbedürfnisse der zu pflegenden Menschen einerseits sowie der Sicherstellung notwendiger Pflege- und Therapiemaßnahmen andererseits. Widerstreitende Bedürfnisse des zu pflegenden Menschen, seiner Bezugspersonen und der Gesellschaft machen sie sich bewusst und bringen sich in die Debatte um angemessene, gute Lösungen in der Versorgung ein. In diesem Kontext reflektieren sie auf der Grundlage fundierter Kenntnisse das Spannungsfeld therapeutischer Behandlungsansätze zwischen langwierigen, personal- und zeitintensiven Angeboten von kontinuierlicher Beziehungsarbeit sowie Lebensstilveränderungen und (vermeintlich) schnellwirksamen medikamentösen Behandlungswegen.

Kompetenzen

Die Absolventinnen und Absolventen

- übernehmen Verantwortung für die Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von Pflege- und Therapieprozessen entsprechend dem aktuellen Stand der Wissenschaft zur Unterstützung der Menschen mit Demenz und ihrer pflegenden Bezugspersonen und in enger Abstimmung mit ihnen sowie mit dem interprofessionellen Team,
- nutzen spezifische, wissenschaftlich begründete Assessmentinstrumente der Geriatrie, Demenzdiagnostik und der geriatrischen Pflege, erfassen beobachtbare Verhaltensweisen, die Fähigkeiten zur Selbstversorgung und die Medikation im Kontext dieser Beobachtung, führen Umgebungsassessments durch, veranlassen weiterführende diagnostische Untersuchungen und integrieren biografie- und lebensweltorientierte Daten vor dem Hintergrund eines vertieften, an Forschungsergebnissen orientierten Verständnisses für die Lebenssituation der Menschen, die von Demenz betroffen sind,
- fördern die Entwicklung der zu pflegenden Menschen in ihrem sozialen Bezugssystem sowie einen möglichst weitgehenden Erhalt von Autonomie auf der Basis von pflege- und bezugswissenschaftlichem Wissen,
- begründen den Pflege- und Therapieprozess sowohl mit diagnosebedingten Algorithmen bzw. Behandlungspfaden als auch unter Berücksichtigung individueller personenzentrierter Aspekte der Beziehungsgestaltung,
- nutzen ein vertieftes, kritisches pflege- und bezugswissenschaftliches Wissen, um zu pflegende Menschen mit Demenz und ihre Bezugspersonen bei der Krankheits- und Situationsbewältigung zu unterstützen,



- konzipieren, gestalten und evaluieren Beratungs- und Schulungskonzepte für Menschen mit Demenz sowie für ihre Bezugspersonen auf der Basis gesicherter Forschungsergebnisse,
- treffen in moralischen Konfliktsituationen begründete ethische Entscheidungen unter Berücksichtigung pflege-ethischer Ansätze,
- wirken an der (Weiter-)Entwicklung und Implementierung von wissenschaftsorientierten, innovativen Lösungsansätzen der Zusammenarbeit von Berufsgruppen und der Steuerung von Versorgungsprozessen mit Menschen mit Demenz und ihren Bezugspersonen mit,
- wirken an der Implementierung von wissenschaftsbasierten oder -orientierten Instrumenten der Qualitätssicherung und -entwicklung im Hinblick auf die Unterstützung von Menschen mit Demenz im jeweiligen Versorgungsbereich mit,
- erschließen und bewerten aktuelle Forschungsergebnisse und neue Technologien zur Versorgung von Menschen mit Demenz und setzen diese im Pflege- und Therapieprozess um.

Inhalte/Situationsmerkmale für den Lernort Bildungseinrichtung

Handlungsanlässe

- Einschränkungen der Selbstmanagementfähigkeiten und Hilfebedarfe von Menschen mit Demenz, auch unter Berücksichtigung seltener Formen, insbesondere im Kontext der häuslichen Pflege-, Betreuungs- und Versorgungssituation sowie der verordneten therapeutischen und pflegerischen Leistungen
- Zurückweichen in frühere Lebensabschnitte, die von anderen Sprach-, Denk- und Handlungsmustern geprägt sind
- beobachtbare Verhaltensweisen wie Orientierungsstörungen, Deprivation, Verwahrlosung, depressives Verhalten, selbst- und fremdgefährdendes Verhalten, Schlafstörungen, veränderte Verhaltensweisen im sozialen Kontakt (z. B. herausforderndes Verhalten)
- geringes Selbstwertgefühl, Macht- und Kontrollverlust, Hoffnungslosigkeit
- Wirkungen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen von Medikamenten, die aufgrund demenzspezifischer Symptome, anderer Erkrankungen und/oder Fehl- oder Mangelernährung verabreicht wurden
- unzureichendes Wissen über die Erkrankung und mögliche Veränderungsprozesse, Defizite hinsichtlich des gesundheitsbezogenen Selbstmanagements bzw. unwirksames Coping
- geplante Entlassung aus stationärer Akutpflege oder psychiatrischer Einrichtung in die häusliche oder stationäre langzeitpflegerische Versorgung
- ggf. weitere Pflegediagnosen wie Ernährungsmangel, Mobilitätseinschränkungen, Durchblutungsstörungen
- ggf. weitere medizinische Diagnosen wie z. B. Gefäßerkrankungen, veränderte Stoffwechsellagen, Alkoholabusus

Kontextbedingungen

- Unter- und Fehlversorgung von Menschen mit Demenz
- rechtliche Grundlagen
- Richtlinien für die Finanzierung von Pflege- und Unterstützungsleistungen sowie die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln durch verschiedene Versorgungsträger
- Leitlinien, z. B. AWMF-S2k Leitlinie „Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen“, AWMF-S3 Leitlinie „Demenzen“
- Expertenstandards, z. B. DQNP-Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“



	<ul style="list-style-type: none"> ● regionale und überregionale Netzwerke „Demenz“ ● Angebotsstruktur für die Versorgung (verfügbar, erforderlich)/Aufwand, Nutzen bzw. Evidenz von verschiedenen sozialpsychiatrischen Versorgungsangeboten in den verschiedenen Wohnformen für Menschen mit Demenz ● Einsatzmöglichkeiten (Entwicklungsstand) digitaler Technologien zur Unterstützung der Autonomie und Reduzierung der Gefährdung
Ausgewählte Akteure	<ul style="list-style-type: none"> ● Menschen mit Demenz und ihre Bezugspersonen ● Selbsthilfeorganisationen ● Pflegendе unterschiedlicher Qualifikationsniveaus in der stationären oder ambulanten Akut- und Langzeitpflege sowie in psychiatrischen Einrichtungen, auch Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten mit einer Fachweiterbildung wie z. B. geriatrische Pflege, gerontopsychiatrische Pflege, Mitwirkende bei der Pflegeeinstufung und Pflegeberatung ● interdisziplinäres Behandlungsteam (z. B. Fach- und Hausärztinnen und -ärzte, Psychologinnen und Psychologen, Angehörige therapeutischer Berufe (Physio- und Ergotherapie, Logopädie), Expertinnen und Experten, z. B. für Ernährungsberatung, für Umfeld-/Wohnungsanpassung) ● gesetzlich bestellte Betreuungspersonen sowie Richterinnen und Richter ● Mitarbeitende von Sanitätshäusern ● Mitwirkende in Demenznetzwerken ● Vertretende der Kostenträger, insbesondere der Kranken- und Pflegekassen, Mitarbeitende der Sozialbehörden
Erleben/ Deuten/ Verarbeiten	<p>Pflegefachpersonen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Unsicherheit bezüglich der beobachtbaren Verhaltensweisen der zu pflegenden Menschen ● Herausforderung, die geeigneten Assessmentinstrumente auszuwählen und ihre Ergebnisse zu interpretieren ● Ablehnung ● Grenzen der eigenen Möglichkeiten, Ohnmachtsgefühle ● fehlende Wertschätzung der Arbeit mit demenziell veränderten Menschen ● positives Erleben der Beziehung zum demenziell veränderten Menschen und zu seinen Bezugspersonen ● leib-körperlichen Beziehungsaufbau in seinen ambivalenten Dimensionen erleben ● Herausforderungen durch ethisch-moralische Dilemmata/Situationen <p>Zu pflegende Menschen und ihre Bezugspersonen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● positive Erlebnisse durch Veränderungen in den Beziehungen, positive Aspekte der Pflege durch Bezugspersonen ● Beziehungsgestaltung und Kontaktaufnahme durch leib-körperliche Ausdrucksformen ● Bedürfnis nach Nähe ● soziale Isolation, Verlust von Beziehungen ● Angst vor Verlust der Autonomie, Hoffnungslosigkeit ● Scham ● Überforderung ● Traurigkeit, Trauer



	<ul style="list-style-type: none"> ● Hilflosigkeit ● Sich-fremd-Werden, Orientierungslosigkeit ● (Gefühl der) Stigmatisierung und sozialen Isolation ● Erhalt von Beziehungsfähigkeit trotz oder bei Verlust kognitiver Fähigkeiten ● Dankbarkeit für Unterstützungsmöglichkeiten, z. B. Netzwerke
<p>Handlungsmuster</p>	<p>Assessment und diagnostische Einschätzung – Erhebung der Gesamtsituation im partizipativen Austausch mit dem von demenziellen Veränderungen betroffenen Menschen in seinem Bezugssystem</p> <ul style="list-style-type: none"> ● kontinuierliche Erfassung alters- und krankheitsbedingter beobachtbarer Verhaltensweisen sowie körperlicher und psychologischer Symptome bzw. pathophysiologischer Ursachen unter Einsatz geeigneter, valider Assessmentinstrumente ● kontinuierliche Erfassung der Selbstmanagementfähigkeiten und Ressourcen des demenziell veränderten Menschen und seines Bezugssystems ● Umgebungsassessment ● Einbringen von Erkenntnissen, die aus einer verstehenden Diagnostik resultieren ● Ermittlung der (psychosozialen) Auswirkungen der Demenz für die zu pflegenden Menschen und ihre Bezugspersonen sowie des diesbezüglichen Unterstützungs-, Informations- und Beratungsbedarfs ● (integrierte) Überprüfung der (gradueller) Einwilligungsfähigkeit ● Erfassung der gesamten Medikation im Kontext beobachtbarer Verhaltensweisen bzw. Symptome – auch hinsichtlich möglicher Neben- und Wechselwirkungen in Bezug auf kognitive und psychische Veränderungen ● Identifizierung notwendiger Versorgungsbedarfe zur Veranlassung von Überweisungen und Verordnungen z. B. zur Umsetzung/Einleitung der häuslichen Krankenpflege entsprechend HKP-RiLi § 37 SGB V, von sozial-räumlichen Umfeldanpassungen (u. a. Barrierefreiheit), Möglichkeiten geeigneter digitaler und technischer Unterstützungssysteme, des Reha-Sports sowie von Hilfsmitteln (Rollator, Hüftprotektoren, Kontinenzmaterialien, Materialien zur Wundversorgung etc.), Ernährungstherapie nach SGB V ● Berücksichtigung von gendermedizinischen Erkenntnissen <p>Interventionsplanung als Problemlösungsprozess/Shared-Decision-Making-Prozess unter Einbeziehung evidenzbasierter Leitlinien und Schulungsprogramme mit den zu pflegenden Menschen in ihrem Bezugssystem</p> <ul style="list-style-type: none"> ● therapeutische und interprofessionelle Kommunikation, z. B. durch Fallkonferenzen unter Anwendung geeigneter fallanalytischer Instrumente ● Einschätzung und Auswahl von heilkundlichen Interventionen (z. B. Medikamentenwechselwirkung mithilfe von CPOE) sowie spezifischer Konzepte zur Unterstützung und Therapie von Menschen mit Demenz – kritische Diskussion der jeweiligen theoretischen Begründung und Evidenzbasierung ● Planung der Versorgung unter Berücksichtigung geeigneter Algorithmen/Behandlungspfade ● Gestaltung von Überleitungs-, Entlassungs- und Schnittstellenmanagement ● Auswahl von Angeboten zur kognitiven und physischen Stimulation sowie von beziehungsorientierten, personenzentrierten Therapie- und Pflegeangeboten <p style="text-align: right;">▷</p>

- Entwicklung von leitliniengerechten Konzepten zur Information, Schulung, Beratung und Anleitung von Menschen mit Demenz und anderen am Prozess Beteiligten im persönlichen Umfeld hinsichtlich präventiver, therapeutischer und diagnostischer Maßnahmen, z. B. zu Themen wie Selbstpflege, Selbstmanagement
- vorausschauende Planung/Sicherstellung von Stabilität in der Häuslichkeit (Krisenmanagement, Erkennen von sich anbahnenden Krisen)
- Advanced Care Planning

Beteiligungsorientierte Prozesssteuerung und Durchführung therapeutischer Maßnahmen anhand von demenzspezifischen Konzepten sowie deren Einschätzung/Evaluation

- evidenzbasiertes Handeln im individuellen Pflege- und Therapieprozess (bezogen auf z. B. Interventionen, Durchführung und Koordination der pflegerisch-medizinischen Interventionen, Evaluation/Monitoring/Verlaufsbeobachtung, therapeutische Kommunikation)
- Steuerung und verantwortliche Durchführung von diagnosebezogenen Interventionen im Rahmen des Pflege- und Therapieprozesses
- Einleitung der Umsetzung der geplanten Angebote und Interventionen sowie Anleitung von involvierten Pflegepersonen bei der weiteren Durchführung
- Entwicklung und Vermittlung von Beobauungskriterien für die Prozessevaluation auf der Grundlage der hinterlegten Assessment- und Diagnostikinstrumente
- Monitoring/Evaluation der Wirksamkeit der therapeutischen Maßnahmen inklusive Medikationswirkungen, -nebenwirkungen und -wechselwirkungen
- Veranlassung von weiterführender Diagnostik bzw. Veranlassung der Feststellung oder Veränderung der Pflegebedürftigkeit
- Veranlassung weiterer Therapieangebote (z. B. Physio-, Ergo-, Musik-, Kunst-, Ernährungstherapie)
- Bewusstmachung und Anerkennung von Ressourcen und Leistungen des demenziell veränderten Menschen und seines Bezugssystems
- Erläuterung und Einleitung von Entlastungsmöglichkeiten für die Bezugspersonen zur Stabilisierung der individuellen Pflegesituation
- Erkennen von Krisensituationen und Umsetzung von Interventionsmaßnahmen im Zusammenwirken mit dem zu pflegenden Menschen, seinen Bezugspersonen bzw. rechtlich Bevollmächtigten, gerichtlich Zuständigen und dem therapeutischen Team

Mitwirken an der Etablierung und Weiterentwicklung von Versorgungskonzepten und Demenznetzwerken

- Mitwirkung, z. B. bei der Rezeption, Weiterentwicklung und Etablierung von Stufenmodellen für Assessments und Interventionen zum Management von psychischem Stress und herausforderndem Verhalten
- Mitwirkung bei Aufgaben zur Erfassung und Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit Demenz im Quartier, der Kommune bzw. der Region

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

- vertiefendes neurologisches und psychologisches Verständnis von Kognition und Verhalten mit Ableitung von Kriterien für Assessment, Diagnostik und Therapieevaluation
- (Patho-)Physiologie, Formen, Grade und Symptome der Demenz mit Differenzialdiagnostik zu anderen geriatrischen und gerontopsychiatrischen Erkrankungen
- (prä-)diagnostische Maßnahmen, Therapie der verschiedenen Demenzformen und Wirkzusammenhänge medikamentöser und nicht-medikamentöser Interventionen
- vertieftes Zusammenhangswissen zur Wechselbeziehung zwischen Ernährung und Arzneimittelwirkungen im Alter
- Nutzen bzw. Evidenz von medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapieangeboten in verschiedenen Stadien der Demenz

Inhalte für den Lernort Pflegepraxis

Arbeits- und Lernaufgaben am Lernort Praxis

Abhängig vom konkreten Praxiseinsatzort angeleitete gezielte Arbeit mit Menschen mit Demenz in möglichst unterschiedlichen Verlaufsstadien sowie Variation der persönlichen, biografischen und situativen Kontexte im Pflege- und Therapieprozess

Assessment

- Erfassung alters- und krankheitsbedingter beobachtbarer Verhaltensweisen sowie körperlicher und psychologischer Symptome bzw. pathophysiologischer, biografischer und lebensweltbedingter Ursachen
- Erfassung der Konsequenzen und Folgen veränderter Verhaltensweisen für alle Beteiligten und Berücksichtigung der unterschiedlichen Perspektiven
- Auswahl und Anwendung geeigneter Assessmentinstrumente
- Abstimmung des Assessments mit dem zu pflegenden Menschen und/oder der/den Bezugsperson/-en
- Erfassung und Einschätzung der Selbstmanagementfähigkeiten und Hilfebedarfe der zu pflegenden Menschen, der Ressourcen der Bezugsperson/-en sowie der Beziehungsqualitäten und der Gesamtsituation im Bezugssystem im Kontext des Versorgungssettings (eigene Häuslichkeit, Wohngemeinschaft, betreutes Wohnen, stationäre Pflegeeinrichtung)
- Erfassung der Medikationswirkungen, -nebenwirkungen und -wechselwirkungen im Kontext beobachtbarer Verhaltensweisen bzw. anhand von beobachteten oder beschriebenen Symptomen
- Planung einzuleitender pflegerisch-medizinischer Interventionen (gemäß Algorithmus/Behandlungspfad sowie individuellen Bedarfen und Bedürfnissen, die in einem Shared-Decision-Making-Prozess hergeleitet werden)
- Entscheidung über die Umsetzung verschiedener medikamentöser und nicht-medikamentöser heilkundlicher Maßnahmen auf der Basis aktueller Evidenzen und Leitlinien (z. B. S3-Leitlinie „Demenzen“, Sk2-Leitlinie zur „Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen“) in Abstimmung mit dem zu pflegenden Menschen und/oder seiner/seinen Bezugsperson/-en
- Entscheidung über erforderliche Hilfsmittel, Materialien und Folgeverordnungen gemäß „Häusliche Krankenpflege-Richtlinie“ sowie Erarbeitung entsprechender Schriftstücke
- Beachtung des Ernährungsstatus in Interaktion mit Multimedikation

Durchführung und/oder Koordination der pflegerisch-medizinischen Interventionen

- Anwendung bzw. Veranlassung verschiedener medikamentöser und nicht-medikamentöser Therapiemöglichkeiten zur kognitiven und physischen Stimulation
- Information, Schulung, Beratung zum Selbstmanagement



- Koordination der Pflege- und Versorgungssituationen
- Angebot von Entlastungsmaßnahmen für Bezugspersonen (Tages-, Nacht-, Kurzzeitpflege, ambulante oder stationäre Rehabilitation)

Verlaufsbeobachtung/Reflexion/Evaluation

- Einschätzung der Wirksamkeit medikamentöser und nicht-medikamentöser Therapie, der Beratung und Anleitung sowie des Selbstmanagements, Anpassung der Therapiemaßnahmen in Abstimmung mit dem zu pflegenden Menschen und/oder den Bezugspersonen, ggf. Absprache mit behandelnden Ärztinnen/Ärzten sowie Vorstellung und Diskussion der Evaluationsergebnisse im therapeutischen Team

Empfehlungen für den Lernort Bildungseinrichtung

Lernaufgaben für simulative Lernumgebungen

- Simulation von partizipativ ausgerichteten Gesprächssequenzen zu Assessment und Diagnostik, zur Planung, Steuerung und Evaluation ausgewählter Momente im Versorgungsprozess sowie zu Informations-/Beratungsgesprächen mit den zu pflegenden Menschen mit Demenz und ihren Bezugspersonen
- Simulation von Fallkonferenzen mit den verschiedenen am Pflege- und Therapieprozess beteiligten Professionen unter Anwendung unterschiedlicher fallanalytischer Instrumente
- ethische Fallbesprechungen zu komplexen Situationen (Dilemmata), die eine erweiterte fachlich und ethisch begründete Entscheidung erfordern, z. B. Indikationsstellung für die Anlage einer PEG, Verordnung von freiheitsentziehenden Maßnahmen
- fallbezogene Simulationen zur Erarbeitung von Überweisungen und (Folge-)Verordnungen von Therapie, Medikation, häuslicher Krankenpflege, sozial-räumlicher Umfeldanpassung sowie Hilfsmitteln
- Erfassung und Analyse von Medikationswirkungen, -nebenwirkungen und -wechselwirkungen durch Beobachtung des Verhaltens (z. B. herausforderndes Verhalten) bzw. der (ggf. auch psychopathologischen) Symptome unter Anwendung verschiedener Assessmentinstrumente (z. B. aus ReduFix)

Empfehlungen für Lern- und Arbeitsaufgaben

- Diskussion von getroffenen Entscheidungen zu gewählten (nicht-)medikamentösen heilkundlichen Maßnahmen auf der Basis aktueller Evidenzen und Leitlinien (S3-Leitlinie „Demenzen“, Sk2-Leitlinie zur „Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen“)
- Reflexion von getroffenen fachlichen Entscheidungen im Verlauf eines Pflege- und Therapieprozesses z. B. hinsichtlich der Geeignetheit der gewählten Kommunikationswege und -strukturen
- fallbezogene Reflexion der Möglichkeiten und Grenzen von gewählten Interventionen für das Wohlbefinden des demenziell veränderten Menschen
- fallbezogene Reflexion der Geeignetheit unterschiedlicher spezifischer Versorgungskonzepte (z. B. integrativ-segregative Versorgung, Demenzdorf)
- fallbezogene Reflexion ethischer Aspekte im Versorgungskontext und der Begleitung des demenziell veränderten Menschen und seiner Bezugspersonen
- vergleichende Diskussion einer reflexiven Fragestellung vor dem Hintergrund der Fallbearbeitungen in der Praxis, z. B. zu Möglichkeiten und Grenzen im Umgang mit herausforderndem Verhalten, zur besonderen Verantwortung als Pflegefachperson gegenüber Menschen, die durch Demenz in ihrer Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt sind, zu den jeweiligen Chancen und Herausforderungen im Vergleich von eher medizinisch-pharmazeutisch ausgerichteten und eher beziehungsorientierten Pflege- und Therapieprozessen

Didaktischer Kommentar

Der Aufbau von Kompetenzen sollte anhand von fallbasierten Lehr-/Lernangeboten erfolgen, in denen die aufgeführten Inhalte sinnvoll kombiniert werden und in die auch die jeweils erforderlichen Wissensgrundlagen eingebettet sind.

Um die Teilnehmenden in ihrer Wahrnehmung zu sensibilisieren, sollten Fallbearbeitungen möglichst anhand von realitätsgetreuen Film-, Ton- und Textdokumenten erfolgen.

Zur Verdeutlichung des Spektrums sollten Fallsituationen zu unterschiedlichen Ätiologien, Stadien, Verläufen und Ausprägungen der Demenz bzw. von demenzähnlichen Symptomatiken und zu unterschiedlichen lebensweltlichen und biografischen Zusammenhängen der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen gewählt werden. Die gewählten Fallsituationen sollten gegenüber der Erstausbildung eine deutlich höhere Komplexität aufweisen.

Solche Lernsituationen könnten z. B. sein:

- ein 63-jähriger Mann, ehemaliger Geschäftsführer eines großen Unternehmens, mit schnell zunehmenden demenziellen Veränderungen, wohnt auf dem Land und besucht die Tagespflege, seine Frau ist berufstätig,
- ein 81-jähriger Mann, alleinstehend, wird nachts orientierungslos nur mit einem Pyjama bekleidet in der Stadt aufgefunden und stark unterkühlt über die Notaufnahme auf die Station eingewiesen,
- eine 79-jährige Frau türkischer Herkunft, Diagnose Alzheimer-Demenz, lebt seit einem Monat in einer Langzeitpflegeeinrichtung, sie ist weder zur Person noch zu Ort und Zeit orientiert; trotz vormaliger guter Deutschkenntnisse äußert sie sich nur noch in ihrer Muttersprache und versteht einfache Handlungsanweisungen lediglich auf Türkisch.

In den letzten zehn Stunden der Lehre in der Bildungseinrichtung wird die Bearbeitung exemplarischer hochkomplexer Versorgungssituationen empfohlen, bei denen typische Kombinationen von gesundheitlichen Problemlagen und Problemlagen der pflegerischen Versorgung vorliegen, z. B. könnte zusätzlich zur Demenz ein Hypertonus, ein Diabetes mellitus oder eine chronische Wunde gegeben sein.

Solche Lernsituationen könnten z. B. sein:

- eine 82-jährige Frau lebt mit ihrem 86-jährigen Mann in einem Stadtrandgebiet, Diagnose einer vaskulären Demenz bei gleichzeitigem Hypertonus und Diabetes mellitus Typ 2, freundlich, aber auch herausfordernde Momente, hebt Türen aus, schreit, besonders, wenn Fremde im Haus sind, lehnt die Tagespflege ab, Querflöte spielen beruhigt sie, die Nachbarinnen und Nachbarn beschwerten sich zunehmend, der Ehemann wirkt überfordert und äußert, dass er keine Lebensperspektive mehr für sich und seine Frau sehe,
- eine 39-jährige Frau, Diagnose Frontotemporale Demenz (FTD), lebt seit zwei Jahren gut integriert im Alten- und Pflegeheim, entwickelt seit einigen Wochen zunehmend häufiger Schluckstörungen mit erhöhtem Aspirationsrisiko, die behandelnde Ärztin spricht in einer Fallkonferenz die Möglichkeit einer Sondenernährung an.

Es ist davon auszugehen, dass in der Versorgungspraxis Situationen in dieser Komplexität auftreten.

W 4 – Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von einem Hypertonus betroffen sind

Wahlmodul

3. Ausbildungs- bzw. Studiendrittel

Zeitrichtwert

200 Stunden, davon 100 Stunden am Lernort Bildungseinrichtung und 100 Stunden am Lernort Praxis

Intentionen und Relevanz

Der arterielle Hypertonus ist in Deutschland weit verbreitet, fast jeder dritte Erwachsene hat einen ärztlich diagnostizierten Hypertonus, bei den über 65-Jährigen sind es sogar ca. zwei Drittel. Im Kindesalter beträgt die Hypertonieprävalenz immerhin ca. drei Prozent. Da der Hypertonus den wichtigsten Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und damit für eine der häufigsten Todesursachen darstellt, haben sowohl die Prävention des Hypertonus als auch dessen Therapie einen bedeutenden Stellenwert in der gesundheitlichen Versorgung. Das Modul knüpft an die curricularen Einheiten CE 04 „Gesundheit fördern und präventiv handeln“, CE 05 „Menschen in kurativen Prozessen pflegerisch unterstützen und Patientensicherheit stärken“ sowie CE 06 „In Akutsituationen sicher handeln“ der Rahmenlehrpläne und äquivalente Module eines primärqualifizierenden Studiums an. Die Teilnehmenden dieses Moduls werden über die Erstausbildung hinausgehend befähigt, bei Menschen aller Altersstufen, die von einem Hypertonus betroffen sind (jedoch nicht bei Schwangerschaft), ein medizinisches Assessment durchzuführen, Interventionen entlang eines Algorithmus bzw. Behandlungspfads sowie im Rückgriff auf pflegewissenschaftliche und medizinische Erkenntnisse zu planen und umzusetzen (einschließlich des Monitorings der medikamentösen Interventionen). Die Therapie des arteriellen Hypertonus und die Therapie und/oder Prävention von Folgeerkrankungen erfordern neben der Einnahme von Medikamenten umfassende Lebensstilveränderungen und Selbstmanagementfähigkeiten der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen. Da Menschen mit Hypertonus häufig jahrelang keine Symptome verspüren, mangelt es oftmals an Adhärenz. Förderung der Adhärenz, der Selbstmanagementfähigkeiten wie auch der Gesundheitskompetenz, ausgehend von den subjektiven Therapiezielen der Betroffenen, sind zentral für das langfristige Wohlbefinden.

Bildungsziele

Die Absolventinnen und Absolventen dieses Moduls agieren in einem bisher häufig ärztlich dominierten Handlungsschwerpunkt, übernehmen dabei vermeintliche Routineaufgaben und sind in besonderer Weise gefordert, eine pflegerische, die Lebensqualität der zu pflegenden Menschen aller Altersstufen fokussierende Perspektive einzunehmen, die über die bloße Folgeverordnung einer bestehenden Medikation hinausweist, und sich diesbezüglich in der Zusammenarbeit im therapeutischen Team zu positionieren. Des Weiteren sind sie in handlungsunsicheren (Notfall-)Situationen gefordert, Entscheidungen im Spannungsfeld zwischen Handlungsdruck und nachträglicher Begründungsverpflichtung zu treffen und damit ihre professionelle Grundhaltung sowohl zu festigen als auch zu hinterfragen.

Die Teilnehmenden reflektieren den Widerspruch zwischen der gesundheitlichen Fürsorge für zu pflegende Menschen und deren Selbstbestimmung. Dieser Widerspruch ist insbesondere bedeutsam, wenn Pflege- und Therapieempfehlungen nicht den biografisch/sozialisatorisch angeeigneten Gewohnheiten oder auch den von den zu pflegenden Menschen subjektiv wahrgenommenen Anforderungen entsprechen.

Kompetenzen

Die Absolventinnen und Absolventen

- nutzen spezifische wissenschaftsorientierte Assessmentinstrumente bzw. koordinieren diagnostische Untersuchungen und erheben und beurteilen den individuellen Pflegebedarf, alters- und krankheitsbedingte, klinische und familiäre Risiken und Gesundheitsgefährdungen in komplexen und hochkomplexen Pflegesituationen von Menschen aller Altersstufen mit einer arteriellen Hypertonie,
- gleichen die im Rahmen des Assessments und der pflegerischen Diagnostik erhobenen Daten mit der vorliegenden ärztlichen Diagnose ab und kommunizieren auftretende Differenzen mit der zuständigen Ärztin/dem zuständigen Arzt,
- übernehmen Verantwortung für die Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von Pflege- und Therapieprozessen entlang eines Algorithmus bzw. Behandlungspfads einschließlich der Verordnung von Medizinprodukten und Hilfsmitteln bei Menschen aller Altersstufen mit den besonderen gesundheitlichen Problemlagen eines arteriellen Hypertonus und ihren Bezugspersonen und in enger Abstimmung mit ihnen, dem aktuellen wissenschaftlichen Stand entsprechend,
- konzipieren, gestalten und evaluieren Informations-, Schulungs- und Beratungskonzepte für Menschen aller Altersstufen mit Hypertonus auf der Basis gesicherter Forschungsergebnisse,
- nutzen ein vertieftes und kritisches pflege- und bezugswissenschaftliches Wissen, um zu pflegende Menschen aller Altersstufen mit Hypertonus und ihre Bezugspersonen bei der Krankheits- und Situationsbewältigung kommunikativ zu unterstützen,
- übernehmen die Organisation und Durchführung von Interventionen in lebensbedrohlichen Krisensituationen bis zum Eintreffen der Ärztin/des Arztes,
- wirken an der (Weiter-)Entwicklung und Implementierung von wissenschaftsorientierten, innovativen Lösungsansätzen der Zusammenarbeit von Berufsgruppen und der Steuerung von Versorgungsprozessen bei Menschen aller Altersstufen mit Hypertonus mit.

Inhalte/Situationsmerkmale für den Lernort Bildungseinrichtung

Handlungsanlässe

- erhöhte Blutdruckwerte sowie die damit verbundenen Symptome arterieller Hypertonie (auch als Symptome von Folgeerkrankungen): Ohrensausen, Schwindelgefühl, leichte Ermüdbarkeit/Schlafstörungen, Rötung des Gesichts, Nasenbluten, Herzklopfen, Brustenge, Ödeme, Sehstörungen, Kopfschmerzen (besonders morgens), Schmerz (durch zerebrovaskuläre Druckerhöhung), Luftnot und Schweißausbrüche bei Belastung, Übelkeit, Delirien und Angstzustände
- mögliche verhaltensbedingte ursächliche oder beeinflussende Faktoren wie mangelnde Bewegung, Fehlernährung/Übergewicht, Rauchen, Stress
- Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen bzw. kardiovaskulären Risikofaktoren (Stichwort: „Metabolisches Syndrom“), einer sekundären Hypertonie sowie durch Hypertonus bedingter Folgeerkrankungen mit Schädigung lebenswichtiger Organe (Gehirn, Augen, Herz- und Blutgefäße mit der Gefahr einer verminderten Herzleistung, Nieren, periphere Arterien, etc.), Zusammenhang mit obstruktiver Schlafapnoe, Gefahr einer sexuellen Funktionsstörung (ggf. auch als Nebenwirkung der Medikation)
- Nebenwirkungen der verordneten Medikation
- Herausfordernde Verläufe wie z. B. therapieresistente Hypertonie und paroxysmale Verläufe
- hypertensive Krise
- Bereitschaft für ein verbessertes Gesundheitsmanagement
- Bereitschaft für ein verbessertes Wissen

Kontext- bedingungen	<ul style="list-style-type: none"> ● Leitlinien, z. B. Europäische Hypertonie-Guideline der ESH und ESC (2018), S2k-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Kardiologie und angeborene Herzfehler e. V. (DGPK) ● Fachgesellschaften, z. B. Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention – Deutsche Hochdruckliga e. V. (DHL), Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. (DGK) ● Unter- und Fehlversorgung in der Versorgung von Menschen mit Hypertonus ● historische Entwicklung der Festlegung von Hypertonus-Grenzwerten und deren Evidenz hinsichtlich der Vermeidung von Folgeerkrankungen ● gesellschaftliche Entwicklungen hinsichtlich Ernährung und Gesundheitskompetenz – Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz ● digitale Technologien, z. B. Blutdrucktelemonitoring, Apps zur Unterstützung des Selbstmanagements, Erklärvideos ● Kostenträger wie Krankenkassen
Ausgewählte Akteure	<ul style="list-style-type: none"> ● multiprofessionelles Team, z. B. Fachärztinnen und -ärzte, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen und -therapeutinnen, Psychologinnen und Psychologen, Ernährungsberater/-innen ● Menschen aller Altersstufen und ihre Bezugspersonen (Lebensalter als zentrales Moment für die Therapieplanung) ● weitere Akteure, z. B. Selbsthilfegruppen
Erleben/ Deuten/ Verarbeiten	<p>Anknüpfend an CE 04, CE 05 und CE 06 der Erstausbildung bzw. äquivalente Module eines primärqualifizierenden Studiums sind im Hinblick auf die zu pflegenden Menschen beispielsweise folgende Aspekte relevant:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● biografisch, sozialisatorisch bzw. umweltbedingte Gewohnheiten und Faktoren, ● existenzielle Ängste in Krisensituationen, ● Erkenntnis der bleibenden Einschränkung sowie der erforderlichen Anpassungs- und Bewältigungsleistungen.
Handlungsmuster	<p>Evidenzbasiertes Handeln im individuellen Pflege- und Therapieprozess</p> <p>Assessment</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Erfassung alters- und krankheitsbedingter klinischer, familiärer und verhältnis- sowie verhaltensbedingter Risikofaktoren (z. B. mikro- und makrovaskuläre Beeinträchtigungen, genetisch bedingte Neigung zu erhöhtem Blutdruck, Störungen des Hormonhaushaltes, Übergewicht, Stoffwechselstörungen wie z. B. Diabetes mellitus oder Dyslipidämie, altersspezifische Verlaufs- und Komplikationsrisiken, Medikamente und andere Noxen, postoperative Verläufe, klimatische Umgebungsveränderungen, Lärm, Lebensstil wie mangelnde Bewegung, Fehlernährung/Übergewicht, Rauchen, Stress) ● Auswahl und Anwendung von Assessmentinstrumenten (u. a. „arriba“ oder PROCAM zur Identifizierung des Risikoscores, getrennt nach Geschlecht, BMI und Bauchumfang, HEALTH) ● Aufmerksam-Sein für Fehlmessungen wie z. B. White-Coat and Masked hypertension ● Ermittlung der (psychosozialen) Auswirkungen eines Hypertonus für die zu pflegenden Menschen und ihre Bezugspersonen sowie ihres diesbezüglichen Unterstützungs-, Informations- und Beratungsbedarfs <p style="text-align: right;">▶</p>

- Mitwirkung im interprofessionellen Team bei der Diagnostik des arteriellen Hypertonus bzw. damit korrespondierender Erkrankungen (z. B. Demenz, Delir, psychiatrische Erkrankungen)

- Berücksichtigung von gendermedizinischen Erkenntnissen

Planung der pflegerisch-medizinischen Interventionen im Shared-Decision-Making-Prozess mit den zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen sowie in Abstimmung mit dem therapeutischen Team

- Therapie des arteriellen Hypertonus bzw. damit korrespondierender Erkrankungen, Wirkzusammenhänge medikamentöser, nicht-medikamentöser bzw. komplementärer Interventionen
- Durchführung und Koordination der pflegerisch-medizinischen Interventionen einschließlich der Veranlassung von Überweisungen und der Verordnung von Medizinprodukten und Hilfsmitteln
- Medikamentenmanagement, Nebenwirkungsmanagement

Evaluation/Monitoring/Verlaufsbeobachtung

- Anregung zur Überprüfung der medikamentösen Therapie bei erkennbarer Verbesserung der Gesundheitssituation
- kontinuierliche Beobachtung zur Einschätzung von Risikofaktoren und Verdacht auf asymptomatische Endorganschäden zur Initiierung einer erneuten medizinischen Diagnostik bei entsprechenden Auffälligkeiten
- therapeutische Kommunikation und Beziehungsaufbau im Rahmen der Begleitung der zu pflegenden Menschen bei der Befähigung zum Selbstmanagement
- Entlassungs- und Überleitungsmanagement beim Wechsel des Versorgungsbereichs

Notfallmaßnahmen

- Erkennen einer hypertensiven Krise und von Komplikationen
- Anwendung von Sofortmaßnahmen

Gesundheitsförderung und Prävention (Primär- und Sekundärprävention)

- Förderung der Gesundheitskompetenz durch Information, Beratung, Schulung der zu pflegenden Menschen und deren Bezugspersonen hinsichtlich präventiver, therapeutischer und diagnostischer Maßnahmen unter Berücksichtigung individueller Ressourcen und Therapieziele, u. a. zur gesundheitsförderlichen Lebensführung (Ernährungsberatung, Raucherentwöhnung, Bewegungsgruppen)
- Unterstützung der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen bei der Entwicklung einer umfassenden Perspektive auf ihre gesundheitliche Situation in Abstimmung mit dem therapeutischen Team
- kommunikative Unterstützung bei der Krankheits- und Situationsbewältigung
- ggf. Vermittlung psychosozialer Hilfen

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

- vertieftes Verständnis der Ätiologie und (Patho-)Physiologie der verschiedenen Formen der arteriellen Hypertonie sowie der Hypertonie als Haupt- und Nebendiagnose, des Krankheitsbilds und der Risikofaktoren und Begleiterkrankungen, dabei jeweils Berücksichtigung verschiedener Altersstufen
- vertieftes Verständnis der Pharmakologie der Antihypertensiva in verschiedenen Lebensaltern, Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten

Inhalte für den Lernort Pflegepraxis

Arbeits- und Lernaufgaben am Lernort Praxis

Evidenzbasiertes Handeln im individuellen Pflege- und Therapieprozess mit Menschen verschiedener Altersstufen und Entwicklungsphasen

Assessment

- Erfassung alters- und krankheitsbedingter klinischer, familiärer und verhältnis- sowie verhaltensbedingter (Risiko-)Faktoren
- Einschätzung der Selbstmanagementfähigkeiten und Hilfebedarfe der zu pflegenden Menschen
- Analyse des Krankheitsprozesses, insbesondere hinsichtlich des Fortschreitens der Erkrankung
- Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen, Multimorbidität
- Einschätzung der psychosozialen Situation der Betroffenen

Planung einzuleitender pflegerisch-medizinischer Interventionen im Shared-Decision-Making-Prozess mit dem zu pflegenden Menschen und seinen Bezugspersonen (Algorithmus/Behandlungspfad)

- Entscheidung über die Umsetzung verschiedener medikamentöser und nicht-medikamentöser therapeutischer Maßnahmen auf der Basis aktueller Evidenzen und Leitlinien (z. B. ESC/ESH Guidelines: Guideline for the management of arterial hypertension) in Abstimmung mit dem zu pflegenden Menschen einschließlich ggf. erforderlicher Hilfsmittel, Materialien und Folgeverordnungen gemäß „Häusliche Krankenpflege-Richtlinie“

Durchführung und/oder Koordination der pflegerisch-medizinischen Interventionen

- Anwendung verschiedener medikamentöser und nicht-medikamentöser Therapiemöglichkeiten
- Information und Schulung von anderen, an der Pflege beteiligten Personen hinsichtlich pflegerisch-medizinischer Aspekte des Hypertonus
- Koordination häuslicher Pflege- und Versorgungssituationen sowie Beratung von pflegenden Angehörigen

Evaluation/Monitoring/Verlaufsbeobachtung

- Beurteilung der Wirksamkeit der medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapie, der Beratung und Anleitung sowie des Selbstmanagements
- Bewertung der Selbstmanagementfähigkeiten und Hilfebedarfe, insbesondere im Kontext nachstationärer Versorgung
- Bewertung der Umsetzungsqualität des Behandlungsplans

Therapeutische Kommunikation

- kommunikative Unterstützung bei der Krankheits- und Situationsbewältigung
- Information, Schulung und Beratung der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen hinsichtlich u. a. präventiver, therapeutischer und diagnostischer Maßnahmen, zum Selbstmanagement und zur gesundheitsförderlichen Lebensführung (Ernährungsberatung, Raucherentwöhnung, Bewegungsgruppen, Meditationsgruppen)

Notfallmaßnahmen

- Erkennen von Notfallsituationen
- Bewältigung von Notfallsituationen im Rahmen der situativ verfügbaren heilkundlichen Maßnahmen und unter Berücksichtigung von Notfallalgorithmen

Empfehlungen für den Lernort Bildungseinrichtung

Lernaufgaben für simulative Lernumgebungen

- Simulationen mit entsprechenden Laborpuppen oder „SimShirts“ zu schwierig zu beurteilenden, komplexen Fallsituationen unter Nutzung entsprechender Dokumentationsmaterialien (eventuell gemeinsam im interprofessionellen Austausch mit Studierenden an medizinischen Hochschulen)
- zur Auskultation und Diagnostik von Herz- und Atemgeräuschen sowie zu EKG und Monitoring
- Gesprächssimulation mit entsprechend informierten Simulationspatientinnen und -patienten, Dokumentation der erhobenen Daten und begründete Einleitung der nächsten Schritte

Empfehlungen für Lern- und Arbeitsaufgaben

- Sammlung von Unterlagen zu drei komplexen Pflege- und Therapieprozessen mit Menschen unterschiedlicher Altersstufen und mit unterschiedlichen Lebenswelten, die von einem Hypertonus betroffen sind; systematische Analyse der Krankheitsverlaufskurven im Hinblick auf relevante Kriterien, Überprüfung und ggf. Anpassung der Pflege- und Therapieinterventionen
- Teilnahme und Assistenz bei diagnostischen Maßnahmen (z. B. Dopplersonografie des Herzens, Herzkatheteruntersuchungen)

Didaktischer Kommentar

Der Aufbau von Kompetenzen sollte anhand von fallbasierten Lehr-/Lernangeboten erfolgen, in denen die aufgeführten Inhalte sinnvoll kombiniert werden und in die auch die jeweils erforderlichen Wissensgrundlagen eingebettet sind, z. B.:

- Lernsituation einer 50-jährigen Klientin: wiederholt deutlich erhöhte Blutdruckwerte bei Routinekontrolle, arterielle Hypertonie auch durch ambulante Messung mittels 24-Stunden-Gerät und Selbstmessungen bestätigt, Beschwerdefreiheit, hohes kardiovaskuläres Risiko, nach Beginn einer dualen medikamentösen Behandlung mit einem ACE-Hemmer in Kombination mit einem Diuretikum setzt die Klientin die Medikation immer wieder wegen Beschwerdefreiheit ab,
- Lernsituation eines Jugendlichen: übergewichtig, familiäre Hyperlipidämie und kardiovaskuläre Erkrankungen, regelmäßiger Konsum von Lakritz, mehrere Kontrollmessungen des Blutdrucks zeigen hochnormale Blutdruckwerte.

In den letzten zehn Stunden der Lehre in der Bildungseinrichtung wird die Bearbeitung exemplarischer hochkomplexer Versorgungssituationen empfohlen, bei denen typische Kombinationen von gesundheitlichen Problemlagen und Problemlagen der pflegerischen Versorgung vorliegen, z. B. neben einem (Verdacht auf) Hypertonus auch ein Diabetes mellitus, eine chronische Wunde und/oder eine Demenz/ein Delir.

W 5 – Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von Schmerzen betroffen sind

Wahlmodul

3. Ausbildungs- bzw. Studiendrittel

Zeitrichtwert

120 Stunden, davon 60 Stunden am Lernort Bildungseinrichtung und 60 Stunden am Lernort Praxis

Intentionen und Relevanz

Derzeit sind in Deutschland ca. 30 Prozent der Bevölkerung von chronischen Schmerzen betroffen, ca. fünf Prozent leiden dadurch unter körperlichen und sozialen Beeinträchtigungen, ca. zwei Prozent außerdem unter seelischen Beeinträchtigungen („Schmerzkrankheit“). Hierfür sind vor allem muskuloskeletale Ursachen verantwortlich. Die Schmerzprävalenz ist in der älteren Bevölkerung am höchsten. In der stationären Langzeitpflege beträgt sie zwischen 45 und 80 Prozent aller Bewohner/-innen, etwa 40 Prozent von ihnen sind von starken bis unerträglichen Schmerzen in den letzten sieben Tagen betroffen. Im Kindesalter sind vor allem wiederholt auftretende Bauchschmerzen, im Jugendalter wiederholt auftretende Kopfschmerzen von Bedeutung. Über regelmäßige, mindestens wöchentlich auftretende Schmerzen klagen zehn Prozent der drei- bis zehnjährigen Kinder und ein Viertel der Jugendlichen. In allen Altersstufen haben Frauen eine höhere Wahrscheinlichkeit Schmerzen zu entwickeln. Nicht nur aufgrund der Schmerzbehandlung, sondern vor allem aufgrund von Krankheitstagen, eingeschränkter Produktivität und Frühberentung ist chronischer Schmerz auch von erheblicher gesundheitsökonomischer und volkswirtschaftlicher Relevanz. Derzeit ist die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Schmerzen durch Über-, Unter- und Fehlversorgung gekennzeichnet. Fast ein Viertel derjenigen, die in medizinischer Behandlung sind, geben an, dass ihre Schmerzen nicht adäquat behandelt werden. Akute und chronische Schmerzen haben für die Betroffenen (und auch für die Bezugspersonen) zum Teil tiefgreifende physische, psychische und soziale Folgen. Akute, z. B. postoperative, Schmerzen bergen stets das Risiko der Chronifizierung. Chronische Schmerzen sind vielfach mit lang andauerndem Leid verbunden, sie beeinträchtigen die Funktionsfähigkeit, die Lebensqualität und die Teilhabe in erheblichem Maße. Umso wichtiger ist ein effektives Schmerzmanagement, das der Multidimensionalität von Schmerzen Rechnung trägt.

Das Modul knüpft an die CE 05 „Menschen in kurativen Prozessen pflegerisch unterstützen und Patientensicherheit stärken“, CE 07 „Rehabilitatives Pflegehandeln im interprofessionellen Team“ und CE 08 „Menschen in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten“ der Rahmenlehrpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG und an äquivalente Module eines primärqualifizierenden Pflegestudiums an. Über die Erstausbildung hinausgehend werden die Teilnehmenden dieses Moduls befähigt, ein umfassenderes Assessment durchzuführen und **selbstständig** die Medikation nach Standard (Positivliste der/des behandelnden Ärztin/Arztes) zu verordnen sowie die Schmerzsituation regelmäßig zu überprüfen (Verlaufskontrolle) und nach Standard eine Anpassung vorzunehmen. Dabei bezieht sich das Modul explizit nicht auf die Palliativversorgung.

Der International Association for the Study of Pain (IASP) zufolge ist Schmerz ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit einer tatsächlichen oder drohenden Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird. Schmerz hat sensorische, kognitive, affektive und Verhaltenskomponenten. Ziel eines effektiven Schmerzmanagements ist es, akute Schmerzen zu bekämpfen, der Chronifizierung von Schmerzen und schmerzbedingten Krisensituationen vorzubeugen bzw. bei Menschen mit chronischen Schmerzen eine stabile Schmerzsituation herzustellen. Vor dem Hintergrund eines multidimensionalen Verständnisses des Schmerzgeschehens steht dabei die Förderung der Autonomie des von Schmerzen betroffenen Menschen im Mittelpunkt. Das bedeutet, dass beispielsweise beim Schmerzassessment die Angaben einer Person, Schmerzen zu haben, respektiert wird und die Kriterien für die Stabilität von Schmerzsituationen, ausgehend von ihrer Lebenswelt und im engen Austausch mit ihr, festgelegt werden.



Das Modul bezieht sich auf Menschen aller Altersstufen. Sowohl diagnostische wie auch therapeutische und die Beratung betreffende Maßnahmen müssen an die Lebensphasen, ggf. die Entwicklungsstufen und -bedingungen sowie die besonderen Situationen der Betroffenen individuell angepasst werden.

Da Menschen mit chronischen Wunden auch vielfach von chronischen Schmerzen betroffen sind, wird eine Verknüpfung mit dem Modul W 2 „Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von chronischen Wunden betroffen sind“ empfohlen.

Bildungsziele

Die Teilnehmenden reflektieren den Widerspruch zwischen Schmerz als mehrdimensionalem Krankheitsgeschehen und den dieser Multidimensionalität häufig nicht genügend Rechnung tragenden Versorgungsstrukturen. Sie vertiefen die Auseinandersetzung mit dem schon aus der Erstausbildung bekannten Spannungsverhältnis zwischen emotionaler Anteilnahme und der Notwendigkeit, sich bewusst äußerlich und/oder innerlich abzugrenzen und eine situationsangepasste Haltung sowie ein professionelles Unterstützungsangebot zu entwickeln. Die Teilnehmenden erkennen den von Schmerz betroffenen Menschen als Experten für seine individuelle Schmerzerfahrung an und reflektieren Diskrepanzen zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung von Schmerzen.

Kompetenzen

Die Absolventinnen und Absolventen

- übernehmen die Verantwortung für die Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von Pflege- und Therapieprozessen zur Unterstützung von Menschen aller Altersstufen mit akuten und chronischen Schmerzen bei der Bewältigung von belastenden Lebens- und Pflegesituationen,
- nutzen spezifische leitliniengestützte Assessmentinstrumente der Selbst- und/oder der Fremdeinschätzung sowie Formen der qualitativen Erhebung von für die Diagnostik relevanten Informationen und beurteilen kontinuierlich den individuellen Pflege- und Therapiebedarf sowie potenzielle Risiken und Gesundheitsgefährdungen in komplexen und hochkomplexen Pflegesituationen mit Menschen mit akuten und chronischen Schmerzen,
- übernehmen Verantwortung für die Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von Pflege- und Therapieprozessen entlang eines evidenzbasierten Algorithmus bzw. Behandlungspfads einschließlich (der Anpassung) der Medikation auf der Grundlage einer Positivliste der/des behandelnden Ärztin/Arztes sowie nicht-medikamentöser Interventionen bei Menschen, die von akuten und/oder chronischen (instabilen) Schmerzen betroffen sind sowie ihren Bezugspersonen und in enger Abstimmung mit ihnen,
- nutzen ein vertieftes und kritisches pflege- und bezugswissenschaftliches Wissen, um zu pflegende Menschen mit akuten und/oder chronischen Schmerzen und ihre Bezugspersonen bei der Krankheits- und Situationsbewältigung kommunikativ zu unterstützen,
- konzipieren, gestalten und evaluieren Informations-, Schulungs- und Beratungskonzepte für Menschen aller Altersstufen mit akuten und/oder chronischen Schmerzen und ihre Bezugspersonen auf der Basis gesicherter Forschungsergebnisse,
- wirken an der Implementierung substituierter heilkundlicher Tätigkeiten (ggf. im Rahmen eines Modellvorhabens) bei der medizinisch-pflegerischen Versorgung von Menschen mit akuten und/oder chronischen Schmerzen in unterschiedlichen Versorgungsbereichen und über die Versorgungsbereiche hinweg mit,
- erschließen und bewerten (aktuelle) Forschungsergebnisse und Empfehlungen von Fachgesellschaften, z. B. Expertenstandards und Leitlinien zur Versorgung von Menschen mit akuten und/oder chronischen Schmerzen, und nutzen diese für die Gestaltung und Verbesserung des Versorgungsprozesses.

Inhalte/Situationsmerkmale für den Lernort Bildungseinrichtung

Handlungs- anlässe

Wahrnehmung von Schmerz als ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, verknüpft mit einer tatsächlichen oder drohenden Gewebeschädigung:

- nozizeptive Schmerzen
- neuropathische Schmerzen
- noziplastische Schmerzen
- Mischformen

Zu pflegende Menschen aller Altersstufen

- akuter Schmerz
- Gefahr chronischer Schmerzen/chronische Schmerzen mit einer instabilen Schmerzsituation
- chronisches Schmerzsyndrom
- Notwendigkeit zur Anpassung/Veränderung des Therapiemanagements
- unwirksames Coping, Bereitschaft für ein verbessertes Coping bzw. Gesundheitsmanagement
- Bereitschaft für ein verbessertes Wissen
- nicht erwünschte Neben- und Wechselwirkungen der medikamentösen Schmerztherapie wie z. B. Obstipation, Übelkeit, Mundtrockenheit, beeinträchtigte Aktivität und Mobilität, Sturzgefahr, Fatigue, ggf. Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten (bei Multimedikation), Delir, Angst, Depression, Folgen von Überdosierung

Pflegediagnosen und Phänomene, die mit (instabilen) akuten oder chronischen Schmerzen verbunden sein können:

- beeinträchtigte Gedächtnisleistung
- beeinträchtigte Stimmungsregulation
- Angst/Furcht
- Hoffnungslosigkeit, Machtlosigkeit
- chronischer Kummer
- Sinnkrise
- geringes Selbstwertgefühl
- Selbstversorgungsdefizit
- soziale Isolation, Vereinsamungsgefahr
- beeinträchtigte Familienprozesse

Kinder und deren entwicklungsbedingten Voraussetzungen

- verändertes Verhalten, z. B. vermehrtes und schrilles Weinen, vermehrtes Verkneifen des Gesichts, erhöhte Körperspannung, veränderte Rumpf- und Beinhaltung, veränderte physiologische Zeichen, motorisches Abwenden bzw. Abwehrverhalten und Unruhe, Angst, Wut, desorganisiertes kindliches Verhalten
- Einschätzung der Bezugsperson über verändertes Verhalten, das auf das Vorhandensein von Schmerzen schließen lässt

Kognitiv beeinträchtigte Menschen

- verbale Lautäußerungen, veränderter Gesichtsausdruck, verändertes Verhalten, z. B. beim Essen/Trinken, Bewegen, Schlafen, veränderte physiologische Zeichen, herausforderndes Verhalten und Stimmungsschwankung



	<ul style="list-style-type: none"> ● Einschätzungen der Bezugsperson über veränderte Verhaltensweisen, die auf das Vorhandensein von Schmerzen schließen lassen <p>Menschen mit Behinderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● verändertes Verhalten, z. B. nichtverbale Vokalisation, Selbstverletzung, Aggression, stereotype Bewegungen, Rückzug, veränderte physiologische Zeichen und Veränderung der Alltagskompetenz ● Einschätzungen der Bezugsperson über verändertes Verhalten bzw. Abweichung vom Gewohnten zum Ungewohnten, was auf das Vorhandensein von Schmerzen schließen lässt
<p>Kontextbedingungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Über-, Unter- oder Fehlversorgung in der Versorgung von Menschen mit Schmerzen ● gesundheitsökonomische und volkswirtschaftliche Relevanz von Schmerzen ● Vergütung von Leistungen für Menschen mit chronischen Schmerzen ● internationale und nationale Leitlinien, z. B. WHO-Leitlinien, RNAO-Leitlinie „Assessment and management of pain“ ● DNQP-Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege“, AMWF-Leitlinien, z. B. „Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter“, „Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe“, „Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht tumorbedingten Schmerzen“ (LONTS), „Fibromyalgiesyndrom“ ● ethische Leitlinien, z. B. Ethik Charta der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. ● internationale und nationale Fachgesellschaften, z. B. IASP, EFIC, Deutsche Schmerzgesellschaft e. V., Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e. V. ● Qualifizierungsangebote, z. B. der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. (Pain Nurse bzw. algesiologische Fachassistenz, Pain Care Manager), „Core Curriculum for the European Diploma in Pain Nursing“ der European Pain Federation (EFIC) ● spezifische Versorgungsangebote wie interprofessionelle Schmerzdienste, -ambulanzen, -kliniken und -zentren, allgemeine und spezialisierte Palliativdienste ● digitale Technologien zum Assessment und zur Versorgung von Menschen mit Schmerzen, z. B. elektronische Dokumentationsplattform/„DGS-PraxisRegister Schmerz“, digitaler Schmerzkalender, digitales Schmerztagebuch ● relevante rechtliche Grundlagen aus z. B. SGB V, VI, VII, IX, XI, AMG, BtMG, StGB
<p>Ausgewählte Akteure</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Menschen aller Altersstufen, die von Schmerzen betroffen sind, und ihre Bezugspersonen ● interprofessionelles Team, darunter Haus- und Fachärztinnen und -ärzte, Schmerztherapeutinnen und -therapeuten, Palliativmediziner/-innen, Pain Nurses bzw. algesiologische Fachassistentinnen und -assistenten, Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiter/-innen ● Selbsthilfegruppen
<p>Erleben/ Deuten/ Verarbeiten</p>	<p>Zu pflegende Menschen aller Altersstufen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Erleben von Schmerzen als einem subjektiven, komplexen, multidimensionalen sensorischen Ereignis und eine Wahrnehmungserfahrung, die Einfluss auf sämtliche Aspekte der Person und ihrer Lebenswelt nimmt; Erleben von Schmerzen als Warnsignal, Bedrohung, Leiderfahrung, Erinnerung an bereits erlebte Schmerzereignisse und -situationen <p style="text-align: right;">▶</p>

	<p>Kinder und Jugendliche</p> <ul style="list-style-type: none"> ● z. B. Erleben von Schmerzen als Bedrohung oder von Schmerz als Konsequenz von Fehlverhalten ● aufgrund fortschreitender kognitiver Entwicklung und Verstehen von kausalen Zusammenhängen Unterscheidung von externen und internen, physischen und psychischen Schmerzursachen sowie Erkennen der Reversibilität von Schmerzen ● Einstellung und Copingverhalten der Bezugspersonen ● schmerzbedingte psychische und physische Belastungen wie z. B. Depression, Fehlzeiten und Leistungsabfall in der Schule, Verzicht auf Freizeitaktivitäten, ● Verlust an Attraktivität in der Peergroup, Verlust an sozialen Beziehungen bei Schulkindern und Jugendlichen mit chronischen Schmerzen <p>Kognitiv beeinträchtigte Menschen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● z. B. sich nicht verständlich machen können, Erleben von Fehlinterpretationen der Schmerzäußerung, ausbleibende oder nicht adäquate schmerztherapeutische Maßnahmen, Erleben von Angst und Hilfslosigkeit, eventuell Resignation, Beeinflussung des Schmerzerlebens durch andere Erkrankungen und Funktionseinschränkungen <p>Alte und hochbetagte Menschen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● z. B. Erleben von Schmerzen als stärkerer Empfindung im Vergleich mit jüngeren Menschen, Rückgang der Schmerztoleranz, gleichzeitiges Erleben von akutem und chronischem Schmerz, Schwierigkeiten, Schmerzen adäquat zu verbalisieren <p>Menschen mit Behinderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● z. B. Erleben von erhöhten oder auch verringerten Schmerzen bedingt durch Neuropathien, häufiges Erleben von chronischen Schmerzen bedingt durch Komorbiditäten, sich nicht verständlich machen können, Erleben von Fehlinterpretationen der Schmerzäußerung, ausbleibende oder nicht adäquate schmerztherapeutische Maßnahmen
<p>Handlungsmuster</p>	<p>Evidenzbasiertes Handeln im individuellen Pflege- und Therapieprozess</p> <p>Screening und Assessment/Diagnostik und Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Assessment/Diagnostik und Dokumentation der aktuellen Schmerzsituation sowie ursächlicher und beeinträchtigender intrinsischer und extrinsischer Faktoren: Auswahl und Anwendung von geeigneten Assessment- und Dokumentationsinstrumenten, differenziert nach Alter oder verschiedenen spezifischen Versorgungssituationen (z. B. kognitive Beeinträchtigungen, Delir, Krebs) ● Differenzierung von akutem und chronischem Schmerz, von tumor- und nichttumorbedingtem Schmerz sowie von beeinträchtigendem und nicht beeinträchtigendem Schmerz sowie Unterscheidung einer stabilen von einer instabilen Schmerzsituation ● Ermittlung der schmerz- und schmerztherapiebedingten Beeinträchtigungen sowie der (psychosozialen) Auswirkungen auf die zu pflegenden Menschen und ihre Bezugspersonen sowie des diesbezüglichen Unterstützungs-, Beratungs- und Informationsbedarfs ● Identifizierung des Versorgungsbedarfs: Analyse des Allgemeinzustands, der Fähigkeiten zur Selbstversorgung sowie der Selbstmanagementfähigkeiten und Hilfebedarfe der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen, Patientenpräferenzen, Therapieziele



Planung, Durchführung, Koordination und Evaluation der pflegerisch-medizinischen Interventionen auf der Basis eines Behandlungsplans

- fachgerechte Planung der medikamentösen und nicht-medikamentösen Schmerztherapie (psychologische und physiologische Interventionen) im Shared-Decision-Making-Prozess mit den zu pflegenden Menschen aller Altersstufen (und ausgehend von deren Therapiezielen und Präferenzen) und ihren Bezugspersonen und mit dem interprofessionellen Team, inklusive der Diagnostik, der Medikation (selbstständig auf der Basis einer Positivliste der/des behandelnden Ärztin/Arztes), des Nebenwirkungsmanagements, der Veranlassung von Überweisungen sowie der Verordnung von/Versorgung mit Medizinprodukten und Hilfsmitteln
- fach- und sachgerechte Durchführung der individuellen medikamentösen und nicht-medikamentösen Schmerztherapie und des Nebenwirkungsmanagements
- Evaluation/Monitoring/Verlaufsbeobachtung einschließlich der schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen, ggf. Anpassung der Medikation (nach einem durch die/den behandelnde/-n Ärztin/Arzt festgelegten Standard)
- Umgang mit Betäubungsmitteln

Gesundheitsförderung und Prävention

- kommunikative Unterstützung bei der Krankheits- und Situationsbewältigung
- Information, Schulung und Beratung der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen (z. B. bei Kindern der Eltern oder bei pflegebedürftigen Menschen der pflegenden Angehörigen) unter Berücksichtigung ihrer individuellen Situation hinsichtlich präventiver, diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen bei Schmerzen, zur häuslichen Versorgungssituation sowie zum Schmerzmanagement, z. B. Medikamentenmanagement, Strategien der Prävention und Behandlung schmerzmittelbedingter Nebenwirkungen, Aufklärung über Mythen (z. B. „Opiode machen süchtig.“)

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

- vertiefte pathophysiologische und bio-psychosoziale Hintergründe von Schmerzen
- vertiefte Kenntnisse der Pharmakologie – zur Pharmakodynamik und Pharmakokinetik von Schmerzmedikamenten (z. B. Opioiden) in verschiedenen Lebensaltern
- Grundprinzipien schmerzpsychotherapeutischer Verfahren, z. B. kognitive Verhaltenstherapie, Akzeptanz- und Commitment-Therapie, geleitete Imagination/Hypnose

Inhalte für den Lernort Pflegepraxis

Arbeits- und Lernaufgaben am Lernort Praxis

Evidenzbasiertes Handeln im individuellen Pflege- und Therapieprozess mit Menschen unterschiedlicher Altersstufen

Assessment/diagnostische Verfahren

- medizinisches und pflegerisches Assessment/Anamnese
- Einschätzung der Selbstmanagementfähigkeiten und Hilfebedarfe der Betroffenen
- Einschätzung der schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen
- Einschätzung der schmerzbedingten Einschränkungen sowie der psychosozialen Situation der Betroffenen
- Analyse von zusätzlichen Bedarfen, die ggf. Hilfsmittelverordnungen benötigen
- Ermittlung des Informations-, Schulungs- und Beratungsbedarfs



Planung der pflegerisch-medizinischen Interventionen im Shared-Decision-Making-Prozess mit dem zu pflegenden Menschen und seinen Bezugspersonen sowie in Abstimmung mit dem therapeutischen Team und Erstellung eines Behandlungsplans

- Entwicklung der Therapieziele gemeinsam mit den von akuten und/oder chronischen Schmerzen betroffenen Menschen, ihren Bezugspersonen und in Abstimmung mit dem therapeutischen Team
- Entscheidungen über medikamentöse und nicht-medikamentöse Interventionen
- Ausstellung von entsprechenden Verordnungen (Medikation anhand einer Positivliste der/des behandelnden Ärztin/Arztes) und Folgeverordnungen (z. B. ambulante Pflege und Hauswirtschaft)

Durchführung und/oder Koordination des individuellen medizinisch-pflegerischen Behandlungsplans

- Durchführung und Dokumentation von medikamentösen und nicht-medikamentösen Maßnahmen entsprechend dem Therapieplan
- Durchführung und Dokumentation von Interventionen zur Prophylaxe und Behandlung von schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen entsprechend dem Therapieplan
- Information und Schulung anderer Pfleger hinsichtlich einer fachgerechten pflegerischen und therapeutischen Versorgung von Menschen mit akuten und/oder chronischen Schmerzen

Evaluation/Monitoring/Verlaufsbeobachtung

- Evaluation der Wirksamkeit der getroffenen Maßnahmen anhand des Verlaufs der Schmerzsituation und des Erreichens der individuellen Therapieziele, ggf. Anpassung der Therapieplanung, mögliche Folgeverordnungen, ggf. Absprachen mit betreuenden Ärztinnen/Ärzten
- Erstellung eines Zwischen- und Abschlussberichts

Therapeutische Kommunikation und Beziehungsgestaltung mit zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen

- kommunikative Unterstützung bei der Krankheits- und Situationsbewältigung in Bezug auf das Schmerzgeschehen
- Information, Schulung und Beratung der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen hinsichtlich präventiver und therapeutischer Interventionen bei akuten und/oder chronischen Schmerzen sowie schmerzbedingter Probleme mit dem Ziel der Stärkung der Selbstmanagementfähigkeiten

Empfehlungen für den Lernort Bildungseinrichtung

Lernaufgaben für simulative Lernumgebungen

- multidimensionale Schmerzerfassung mit zu pflegenden Menschen unterschiedlicher Altersstufen und Voraussetzungen unter Einbeziehung einer Bezugsperson
- Gestaltung eines Informationsgesprächs zum Führen eines (elektronischen) Schmerztagebuchs
- Beratungsgespräch zum Therapiemanagement, z. B. hinsichtlich Medikation, Anwendung physikalischer Maßnahmen, Anwendung psychologischer Maßnahmen (z. B. Entspannungsverfahren, Phantasieren, Meditation), sowie deren Integration in den Alltag, Prävention von schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen
- Gestaltung einer Schulungssequenz zu spezifischen Themen wie z. B. Medikamentenmanagement, Erkennen und Prävention von schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen
- Vorbereitung eines Kindes im (Vor-)Schulalter auf eine schmerzauslösende Prozedur unter Berücksichtigung der kognitiven, emotionalen und sprachlichen Entwicklung und der Ängste/Unsicherheiten ihrer Bezugspersonen
- Aushandlungsprozess im therapeutischen Team hinsichtlich der Therapieplanung

Empfehlungen für Lern- und Arbeitsaufgaben

- spezifische Herausforderungen in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen (ambulante Versorgung, stationäre Akut- oder Langzeitversorgung): Sammlung von Unterlagen zu drei komplexen Pflege- und Therapieprozessen mit Menschen unterschiedlicher Altersstufen und mit unterschiedlichen Lebenswelten, die von akuten und/oder chronischen Schmerzen betroffen sind und in unterschiedlichen Settings versorgt werden; systematische Analyse der Krankheitsverlaufskurven im Hinblick auf relevante Kriterien, auch mit Blick auf die Besonderheiten der Versorgungsbereiche, Überprüfung und ggf. Anpassung der pflegerischen und medizinischen Interventionen (in Absprache mit den behandelnden Ärztinnen/Ärzten)
- Durchführung und Dokumentation einer umfassenden (qualitativen) Anamnese sowie eines Assessments bei mehreren Menschen mit akuten und/oder chronischen Schmerzen unter Berücksichtigung der Folgen für die Lebensführung, der psychosozialen Situation der Betroffenen sowie der Selbstmanagementfähigkeiten; ggf. Vergleich der altersspezifischen Instrumente und Ergebnisse

Didaktischer Kommentar

Der Aufbau von Kompetenzen sollte anhand von fallbasierten Lehr-/Lernangeboten erfolgen, in denen die aufgeführten Inhalte sinnvoll kombiniert werden und in die auch die jeweils erforderlichen Wissensgrundlagen eingebettet sind, z. B.

- eine Person mit Akutschmerz und Risiko für postoperativen chronischen Schmerz,
- eine Person mit prozeduralen Schmerzen, z. B. Früh-/Neugeborene oder zu pflegende Menschen auf Intensivstationen mit dem Fokus auf Kommunikation,
- eine junge Patientin mit Tumorschmerzen und kleinen Kindern,
- eine alleinlebende frühberentete 60-jährige Frau in der ambulanten Pflege mit einer rheumatischen Arthritis und chronischen Schmerzen; der Pflegedienst unterstützt sie täglich bei der Körperpflege,
- ein 13-jähriges Mädchen mit wiederholt auftretenden Kopfschmerzen und Schulangst in einer von Konflikten belasteten familiären Situation,
- ein 50-jähriger Mann mit einer polyneuropathiebedingten Schmerzsymptomatik und instabiler Stoffwechsellage bei DMT1,
- ein alter, kognitiv erheblich beeinträchtigter Mann in der stationären Langzeitpflege mit einem Ulcus cruris und chronischen Schmerzen.

In den letzten zehn Stunden der Lehre in der Bildungseinrichtung wird die Bearbeitung hochkomplexer Versorgungssituationen empfohlen, bei denen typische Kombinationen von gesundheitlichen Problemlagen und Problemlagen der pflegerischen Versorgung vorliegen, z. B. neben akuten und/oder chronischen Schmerzen auch eine chronische Wunde oder neben akuten und/oder chronischen Schmerzen auch eine demenzielle Erkrankung. Es ist davon auszugehen, dass in der Versorgungspraxis Situationen in dieser Komplexität auftreten.

W 6 – Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von spezifischen Ernährungs- oder Ausscheidungsproblemen betroffen sind

Wahlmodul

3. Ausbildungs- bzw. Studiendrittel

Zeitrichtwert

360 Stunden, davon 180 Stunden am Lernort Bildungseinrichtung und 180 Stunden am Lernort Praxis

Intentionen und Relevanz

Schwerwiegende Ernährungs- und Ausscheidungsprobleme sind Folgen von Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts oder Begleitsymptome anderer Erkrankungen. Die epidemiologische Datenlage zur Häufigkeit bzw. zum Risiko von Mangelernährung ist aufgrund unterschiedlicher Operationalisierungen und methodischer Vorgehensweisen heterogen, zeigt aber gerade in der Langzeitpflege hohe Prävalenzen. Insbesondere in der stationären Langzeitpflege und im ambulanten Setting fehlt die Umsetzung standardisierter Strukturen, mit denen Risiken frühzeitig aufgedeckt und bestehende Ernährungsprobleme behandelt werden können. Das Ernährungsmanagement wurde in deutschen Kliniken im Bereich der Mangelernährung erst 2002 durch entsprechend gute Koordinierungen von ICD- und OPS-Codes eingeführt. Für die ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in stationären Pflegeeinrichtungen steht das Ernährungsmanagement mit einem Ernährungsteam noch am Anfang. Insbesondere fehlt die Koordination von Prozessen, die gewährleisten, dass sich die zu pflegenden Menschen gemäß ihren Bedürfnissen und ihrer gesundheitlichen Situation ernähren können bzw. ernährt werden. Die Mangelernährung und deren Folgen stellen aufgrund der damit verbundenen gesundheitlichen Einschränkungen für die Betroffenen und auch wegen der daraus resultierenden Kosten für das Gesundheitssystem ein erhebliches Problem dar.

Nach Ausschöpfung nichtinvasiver Maßnahmen zur Vermeidung von Mangelernährung ist die künstliche Ernährung das letzte Glied in der Handlungskette einer drohenden oder bereits bestehenden Mangelernährung. Bei längerfristig insuffizienter oraler Nahrungsaufnahme wird, wenn Ernährungsberatung, Anreicherung der Nahrung und/oder hochkalorische Trinknahrung nicht zum Erfolg führen, wenn möglich, eine enterale Ernährung über Sonde oder als letzte Alternative eine parenterale Ernährung eingesetzt. Die künstliche Ernährung kann ergänzend oder bedarfsdeckend zur Verbesserung des Ernährungszustandes bei Mangelernährung oder bei vorhersehbarer nicht ausreichender Nahrungszufuhr zur Anwendung kommen. Ziel ist es, eine Mangelernährung und ihre negativen Folgen für Lebensqualität und Lebenserwartung zu verhindern.

Rund 160.000 Menschen leben in Deutschland mit einem künstlichen Darm- oder einem Blasenstoma (Stand 2019). Die Mehrzahl davon fällt auf Colostomien gefolgt von Ileo- und Urostomien. Eine unsachgemäße Stomapflege ist die häufigste Ursache für Frühkomplikationen, die mit schmerzhaften Hautirritationen und Ulzerationen einhergehen; ein Stomaprolaps ist die häufigste Spätkomplikation. Die Anlage eines Stomas ist ein drastischer Eingriff in die Intimsphäre des Menschen. Das langfristige Tragen eines Stomas verändert das Leben eines Menschen und hat Auswirkungen auf die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Zu den häufigsten nosokomialen Infektionen im Krankenhaus gehören die Harnwegsinfektionen. Der transurethrale Dauerkatheter ist der bedeutendste Risikofaktor für eine ascendierende Harnwegsinfektion, die wiederum zu zahlreichen Folgeerkrankungen führen kann. Klinisch besonders relevant und folgenschwer sind die Bakteriämie und Urosepsis. Eine strenge und begründete (tägliche) Indikationsstellung und die Beschränkung der Liegedauer eines Katheters auf das medizinisch notwendige Minimum gehören zu den effektivsten Maßnahmen der Prävention. Bei der suprapubischen Harnableitung liegen die Vorteile in der Vermeidung von Harnröhrenstrikturen und subvesikalen Infektionen sowie der problemlosen Kontrolle von Spontanmiktion und Restharn.



Die Unterstützung bei der Ernährung und Ausscheidung gehört zu den originären Aufgabenbereichen von Pflegefachpersonen. Eine Verknüpfung mit der Substitution ärztlicher Aufgaben bei schwerwiegenden erkrankungsbedingten Ernährungs- und Ausscheidungsproblemen kann dazu beitragen, Schnittstellen zu reduzieren und Versorgungsbrüche zu verhindern. Das Modul knüpft insbesondere an die CE 02 „Zu pflegende Menschen in der Bewegung und Selbstversorgung unterstützen“ und die CE 05 „Menschen in kurativen Prozessen pflegerisch unterstützen und Patientensicherheit stärken“ der Rahmenlehrpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG und an äquivalente Module eines primärqualifizierenden Pflegestudiums an. Über die Erstausbildung hinausgehend werden die Absolventinnen und Absolventen befähigt, mit Menschen, die von schwerwiegenden Ernährungs- und Ausscheidungsproblemen betroffen sind, selbstständig eine krankheitsbezogene Ernährung zu planen, zu organisieren, umzusetzen, zu überprüfen und dazu spezifisch zu beraten sowie Nahrung und Flüssigkeit enteral und parenteral zu verabreichen, zu überwachen und Bilanzierungen vorzunehmen, einschließlich selbstständiger Sondierung über gastrointestinale Sonden. Sie werden darüber hinaus befähigt, nach ärztlicher Diagnostik selbstständig die Stuhlregulation durch abführende Maßnahmen, einschließlich ortho- und retrograder Darmspülung, zu unterstützen, künstliche Ableitungssysteme von Colo-, Ileo- und Urostomata sowie die Wundgebiete zu versorgen und die zu pflegenden Menschen und ihre Bezugspersonen entsprechend zu beraten. Die Unterstützung der Ausscheidung über künstliche Ableitungen schließt die selbstständige transurethrale Katheterisierung der Harnblase sowie entsprechende Kontrollen und Katheterwechsel ein.

Das Modul bezieht sich auf Menschen aller Altersstufen. Sowohl diagnostische wie auch therapeutische und beratende Maßnahmen müssen an die Lebensphasen, Biografie, kulturellen Besonderheiten und ggf. die Entwicklungsstufen und -bedingungen sowie an die besonderen Situationen der Betroffenen individuell angepasst werden.

Da die therapeutischen Interventionen im Rahmen der erweiterten heilkundlichen Aufgaben bei spezifischen Ernährungs- und Ausscheidungsproblemen entweder den natürlichen Weg („via naturalis“) nutzen oder durch künstliche Zu- und Ableitung unterstützen, werden diese beiden Alternativen als Binnenstruktur bei der Darlegung der situationsbezogenen Inhalte genutzt:

1. Maßnahmen „via naturalis“ bei gesundheits- und krankheitsbedingten Einschränkungen der Ernährung und Ausscheidung,
2. invasive Maßnahmen und Versorgung der Zu- und Abgänge bei gesundheits- und krankheitsbedingten Einschränkungen der Ernährung und Ausscheidung.

Eine Verknüpfung mit Modul W 1 „Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen in diabetischer Stoffwechsellage“, Modul W 2 „Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von chronischen Wunden betroffen sind“ und Modul W 3 „Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen, die von einer Demenz betroffen sind“ wird empfohlen.

Bildungsziele

Die Teilnehmenden reflektieren Widersprüche zwischen den Pflege- und Therapieempfehlungen und dem Wunsch der zu pflegenden Menschen nach Autonomie in Bezug auf ihre Ernährung und positionieren sich dazu.

Die Teilnehmenden reflektieren Herausforderungen, die aufgrund der Übernahme von ursprünglich pflegerischen Aufgaben durch Expertinnen und Experten (z. B. Stomatherapeutinnen und -therapeuten) insbesondere dann entstehen, wenn Verantwortungs- und Aufgabenbereiche nicht klar differenziert und die Therapie und Pflegeprozesse unzureichend koordiniert werden. Aus der Delegation von Aufgaben beispielsweise an externe Dienstleister resultiert ein Spannungsfeld zwischen Professionalisierung und Spezialisierung auf originäre Pflegeaufgaben seitens der Dienstleister und der Deprofessionalisierung derer, die diese Aufgaben abgeben, was Versorgungsbrüche zur Folge haben kann. Die Teilnehmenden begegnen diesem Spannungsfeld mit der Entwicklung von Handlungsstrategien für eine Neuausrichtung der interprofessionellen Zusammenarbeit, in der sie aus einer pflegerischen Perspektive die erweiterten heilkundlichen Aufgaben in einen Pflege- und Therapieprozess integrieren und diese Perspektive im interprofessionellen Team argumentativ vertreten.

Kompetenzen

Die Absolventinnen und Absolventen

- übernehmen die Koordination und Verantwortung für die Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von Pflege- und Therapieprozessen zur Unterstützung von Menschen aller Altersstufen mit Ernährungs- und Ausscheidungsproblemen bei der Bewältigung von hochbelasteten Lebens- und Pflegesituationen entlang eines evidenzbasierten Algorithmus bzw. Behandlungspfads in Abstimmung mit den für Diagnose und Therapie verantwortlichen Ärztinnen und Ärzten,
- nutzen spezifische leitliniengestützte Screening- und Assessmentinstrumente sowie Formen der quantitativen und qualitativen Erhebung und beurteilen kontinuierlich den individuellen Pflege- und Therapiebedarf sowie potenzielle Risiken und Gesundheitsgefährdungen in komplexen und hochkomplexen Pflegesituationen bei Menschen mit gesundheitsbedingten Einschränkungen der Ernährung sowie der Ausscheidung,
- übernehmen die Verantwortung für die Planung, Organisation und Durchführung der Verordnung von Medizinprodukten (z. B. Verbandmaterialien) bei Menschen mit Ernährungs- und Ausscheidungsproblemen in enger Abstimmung mit ihnen und ihren Bezugspersonen,
- nutzen ein aktuelles, vertieftes und kritisches pflege- und bezugswissenschaftliches Wissen, um zu pflegende Menschen mit Ernährungs- und Ausscheidungsproblemen und ihre Bezugspersonen bei der individuellen Krankheits- und Situationsbewältigung kommunikativ zu unterstützen,
- erkennen ihr durch die Übernahme heilkundlicher Aufgaben erweitertes Kompetenzprofil und gestalten die Schnittstellen zu anderen mit Ernährungs- und Ausscheidungsproblemen befassten Expertinnen und Experten bzw. Gesundheitsfachberufen,
- erkennen ihre Vermittlerfunktion im System der Expertinnen und Experten und Laiinnen und Laien,
- konzipieren, gestalten und evaluieren Informations-, Schulungs- und Beratungskonzepte und berücksichtigen soziale, kulturelle und religiöse Aspekte der Ernährung und Ausscheidung in der täglichen Versorgung mit zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen,
- wirken an der Implementierung von wissenschaftsbasierten oder -orientierten Instrumenten der Qualitätssicherung und -entwicklung im Hinblick auf die pflegerische und medizinische Versorgung von Menschen mit Ernährungs- und Ausscheidungsproblemen mit,
- erschließen und bewerten (aktuelle) Forschungsergebnisse und Empfehlungen von Fachgesellschaften, z. B. Expertenstandards und Leitlinien zur Versorgung von Menschen mit Ernährungs- und Ausscheidungsproblemen, und nutzen diese für die Gestaltung und Verbesserung des Versorgungsprozesses,
- achten die Würde und Selbstbestimmung der zu pflegenden Menschen hinsichtlich eigener Ernährungspräferenzen und Formen der Ablehnung von Nahrung sowie invasiver Zu- und Abgänge bei Ernährungs- und Ausscheidungsproblemen.

Inhalte/Situationsmerkmale für den Lernort Bildungseinrichtung

Handlungsanlässe

Schwerpunkt 1

Lebensmittel und Trinknahrung „via naturalis“ bei gesundheits-, krankheits- und entwicklungsbedingten Einschränkungen der Ernährung und Ausscheidung

Zu pflegende Menschen aller Altersstufen

- krankheits- und therapiebedingte Einschränkungen wie z. B. akute und/oder chronische gastrointestinale Erkrankungen, Multimorbidität, Tumorerkrankungen und chronische Infektionserkrankungen (z. B. HIV/AIDS), sowie Medikation, die sich auf den Appetit auswirkt
- klinische Anzeichen oder Risikofaktoren einer Fehl- und Mangelernährung



- Gefahr eines Refeeding-Syndroms
- Nahrungsmittelunverträglichkeit, Allergien, Kreuzallergien und Intoleranzen, z. B. Lactose-, Fruktose-, Histaminintoleranz, Glutenunverträglichkeit
- Multimedikation
- beeinträchtigte Urin- und/oder Stuhlausscheidung
- Vereinsamung, Armut

Schwangere Frauen

- Fehlernährung, Genussgifte, Makro- und Mikronährstoffmangel
- besondere Ernährung bei Schwangerschaftskomplikationen

Säuglinge, Kinder und Jugendliche

- medizinische Diagnosen wie z. B. Stoffwechselerkrankungen, onkologische Erkrankungen, Fehlbildungen des Gastrointestinaltrakts, der Atemwege, der Harnwege
- Fehl-/Mangelernährung/Gedeihstörungen/Esstörungen

Ältere und kognitiv beeinträchtigte Menschen

- Mangelernährung und Nährstoffdefizite durch chronische Erkrankungen mit Multimedikation
- vermindertes Hunger- und Durstgefühl
- selbstbestimmte Fehl- und Mangelernährung, Ablehnung von Nahrung, insbesondere bei hochbetagten Menschen

Schwerpunkt 2

Invasive Maßnahmen und Versorgung der Zu- und Abgänge bei gesundheits- und krankheitsbedingten Einschränkungen der Ernährung (gastrointestinale Ernährungs sonden) und der Ausscheidung (transurethraler/suprapubischer Blasen(dauer-)katheter, Blasen-/Darmstoma)

Zu pflegende Menschen aller Altersstufen

- medizinische Diagnosen im Zusammenhang mit der Ernährung wie neurogene Schluckstörungen (z. B. ischämische Insulte, neurologische Systemerkrankungen), Tumorerkrankungen (insbesondere im HNO-Bereich und oberen Gastrointestinaltrakt), zerebrale Abbauprozesse (Verlust kognitiver, emotionaler und funktioneller Fähigkeiten), schwere Infektions- und Herzkreislauferkrankungen, die mit einem Fähigkeitsverlust zur Nahrungsaufnahme einhergehen
- medizinische Diagnosen im Zusammenhang mit der Ausscheidung wie entzündliche Darm-erkrankungen, bösartige Neubildungen, Harnblasenkarzinom, Blasenmissbildungen, unfallbedingte Verletzungen, Wirbelsäulenerkrankungen (z. B. Wirbelsäulenfehlbildungen)
- Unter-/Mangelernährung und ihre metabolischen Folgen
- gastrointestinale Unverträglichkeiten
- Gefahr einer Hautschädigung (Nasenschleimhaut, Stoma-Anlage)
- Gefahr einer Infektion (z. B. der Harnwege, der Stoma- oder PEG-Anlage)
- Körperbildstörung
- beeinträchtigte Mobilität
- Sexualstörungen
- Kontrollverlust



	<ul style="list-style-type: none"> ● Vereinsamungsgefahr ● fehlende Informationen zu Umgang und Leben mit einer PEG-/PEJ Sonde, einem Stoma (z. B. bezüglich Ernährung, Hautschutz, Beruf, Sexualität/Partnerschaft, Hobbys, Reisen) ● Schlafstörungen (durch verminderten Schlafkomfort/veränderte Liegepositionen bei Stomaanlage) ● Herausforderungen der Ernährungstherapie am Lebensende <p>Säuglinge, Kinder und Jugendliche und ihre Bezugspersonen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● medizinische Diagnosen wie Frühgeburt, angeborene Herzfehler, Fehlbildungen, genetisch bedingte Syndrome, frühkindliche Hirnschädigung, spinale Muskelatrophien ● Gedeih- und Wachstumsstörungen ● Gefahr einer veränderten Eltern-Kind-Beziehung ● Gefahr einer Entwicklungsverzögerung ● Gefahr von begleitenden entwicklungsbedingten psychischen und sozialen Beeinträchtigungen <p>Menschen aller Altersstufen (mit transurethralem und suprapubischem Blasen(dauer-)katheter)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● strenge, medizinisch begründete Indikationsstellung, z. B. zu pflegende Menschen mit urologischen Operationen, mehrstündige Operationen mit hohem Flüssigkeitsverlust ● akuter Harnverhalt ● Notwendigkeit der Bilanzierung bei schwer erkrankten Menschen ● palliative Therapie am Lebensende (auf Wunsch der zu pflegenden Menschen)
<p>Kontextbedingungen</p>	<p>Schwerpunkt 1 und 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ● internationale und nationale Leitlinien, z. B. WHO-Leitlinien, DNQP-Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“, „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ ● internationale und nationale wissenschaftliche Fachgesellschaften, z. B. Europäische Gesellschaft für klinische Ernährung und Stoffwechsel (ESPEN), Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM), Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e. V. (FgSKW e. V.), Europäische Fachgesellschaft für Stomatherapie (ECET) ● Selbsthilfvereinigungen und -gruppen, z. B. Deutsche Ileostomie-Colostomie Selbsthilfvereinigung von Stomaträgern, Menschen mit Darmkrebs und ihre Angehörigen (ILCO e. V.) ● AWMF S3-Leitlinie, z. B. „Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Harnblasenkarzinoms“ ● Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (KRINKO), z. B. „Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiertes Harnwegsinfektionen“ ● spezifische Versorgungsangebote wie interdisziplinäre und multiprofessionelle Ernährungszentren, Ernährungsteams, Homecare-Unternehmen ● digitale Angebote (z. B. App für Ernährungsmanagement/-tagebuch, Trink-Uhr) ● Angebote zum Selbstmanagement, zur Gesundheitskompetenz (Health Literacy) ● fehlendes Schnittstellenmanagement, undefinierte Verantwortungsbereiche ● relevante rechtliche Grundlagen, z. B. aus SGB V, XI, StGB, BGB (z. B. Einwilligungsfähigkeit)

<p>Ausgewählte Akteure</p>	<p>Schwerpunkt 1 und 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Menschen aller Altersstufen und ihre Bezugspersonen ● interdisziplinäres und multiprofessionelles Team (Haus- und Fachärztinnen und -ärzte, Ernährungsmediziner/-innen, Endokrinologinnen und Endokrinologen, Ökotrophologinnen und Ökotrophologen, Diätassistentinnen und -assistenten, Stomatherapeutinnen und -therapeuten, Ernährungspsychologinnen und -psychologen, Logopädinnen und Logopäden, Ergo- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten) ● Kostenträger, z. B. Krankenkassen ● Apotheker/-innen ● Homecare-Unternehmen/Sanitätsfachhandlungen ● Selbsthilfegruppen
<p>Erleben/ Deuten/ Verarbeiten</p>	<p>Schwerpunkt 1</p> <p>Zu pflegende Menschen und ihre Bezugspersonen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Hilflosigkeit und Orientierungslosigkeit bei Ernährungseinschränkungen, insbesondere bei onkologischen Erkrankungen ● Verdrängung eigener Nahrungsintoleranzen und Unverträglichkeiten ● Erleben von Selbstwirksamkeit im Umgang mit ernährungsbedingten Erkrankungen <p>Säuglinge, Kinder und Jugendliche und ihre Bezugspersonen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Angst vor Entwicklungsstörungen und Gedeihstörungen bei Säuglingen und Kindern ● Zukunftsängste in Bezug auf Berufswahl, Lebensplanung ● Erleben von Selbstwirksamkeit im Umgang mit ernährungsbedingten Erkrankungen <p>Pflegefachpersonen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gefühl von Sicherheit in der erweiterten Rolle ● Erleben von Konkurrenzsituationen zu anderen Expertinnen und Experten (z. B. Diätassistentin/-assistent) ● Erfahrung einer ergänzenden Zusammenarbeit mit anderen Expertinnen und Experten (z. B. Ernährungsmediziner/-in) ohne Versorgungslücken <p>Schwerpunkt 2</p> <p>Zu pflegende Menschen und ihre Bezugspersonen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Essen und Trinken als gesellschaftliches und soziales Erlebnis ● Verlusterleben von Geschmacksvielfalt/-qualitäten/-sinn bei fehlender oraler Nahrungsaufnahme ● Verlusterleben von tages- und jahreszeitlichen Strukturen sowie der sozialen und ästhetischen Dimension von Essen und Trinken bei fehlender oraler Nahrungsaufnahme ● Verlusterleben von Wohlbefinden, Verlust von Erleichterung bei fehlenden normalen Ausscheidungsvorgängen ● Ekel und Scham (insbesondere bei Stomaanlagen) ● Erleben von Hilflosigkeit in Bezug auf die Versorgung von Stomaanlagen ● Ablehnung der Stomaanlage ● Ablehnung einer PEG-Anlage bei unzureichender Nahrungsaufnahme



	<ul style="list-style-type: none"> ● Angst vor Stigmatisierung (Stigmainternalisierung) ● sozialer Rückzug, Isolation ● störender Körpergeruch ● Angst vor Systemundichtigkeit ● Gefühl der Nichtattraktivität ● Sorge vor einer Beeinträchtigung der Familienplanung ● Erleben von Abhängigkeit (z. B. von Pflegefachpersonen, Bezugspersonen, Leistungsträgern) ● Zuversicht und Selbstwirksamkeit <p>Kinder und Jugendliche und ihre Bezugspersonen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Verlusterlebnisse, die mit Essen und Trinken sowie Ausscheidungen verbunden sind ● Abwehrverhalten ● veränderte Körperwahrnehmung und Sichtweise auf den eigenen Körper ● Verlust eines Körperideals ● Sorge um Akzeptanz in der Peergroup ● Akzeptanz und Umgang mit dem „Anderssein“ ● Überforderung durch familiäre Anpassungsprozesse und Veränderungen in der Alltagsgestaltung
<p>Handlungsmuster</p>	<p>Evidenzbasiertes Handeln im individuellen Pflege- und Therapieprozess im Shared-Decision-Making-Prozess mit dem zu pflegenden Menschen und seinen Bezugspersonen sowie in Abstimmung mit dem therapeutischen Team</p> <p>Screening und differenziertes Assessment/Diagnostik und Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Einschätzung des Ernährungszustandes und des Malnutrisionsrisikos: Einsatz von Screeninginstrumenten für Mangelernährung und Dehydration, Body-Mass-Index (BMI), Nutrition Risk Screening (NRS 2002), Subjektives Global Assessment (SGA), Mini Nutritional Assessment (MNA), Instrument zur Erfassung der Ernährungssituation in der stationären Langzeit-/Altenpflege (PEMU); anthropometrische Messungen, BIA-Messung ● Einschätzung des Energie-, Nährstoff- und Flüssigkeitsbedarfs unter Berücksichtigung von Krankheit, Gesundheit, Wachstum und Entwicklung ● Einschätzung der Ausscheidungsstörungen, krankheitsbedingten Veränderungen der Defäkation ● Assessment, Diagnostik und Dokumentation bei lokalen Komplikationen der invasiven Zu- und Abgänge zur Ernährung (transnasale Magensonde bzw. Duodenalsonde, PEG/PEJ), zur Ausscheidung (transurethraler (suprapubischer) Blasenkatheter, Blasen- oder Darmstoma) ● Erfassung der individuellen Bedarfe und Fähigkeiten zur Selbstversorgung der zu pflegenden Menschen bzw. der Versorgung durch deren Bezugspersonen bei enteralen Ernährungs- und Ausscheidungsstörungen, Biografiearbeit zu Gewohnheiten des Ernährungs- und Ausscheidungsverhaltens ● Erfassung von Unterstützungs-, Informations- und Beratungsbedarfen bei der Versorgung mit enteraler Ernährung und der invasiven Zu- und Abgänge <p>Planung, Durchführung, Koordination und Evaluation der individuellen pflegerisch-medizinischen Interventionen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Initiieren der präoperativen Markierung der Stomalokalisation (Ärztin/Arzt oder Stomatheapeut/-in)



- multiprofessionelle Beratung und fachgerechte Planung im Shared-Decision-Making-Prozess von notwendigen diagnoseabhängigen Interventionen und Abwägung von Alternativen unter Einbeziehung des aktuellen Therapie- und Pflegeplans hinsichtlich Ernährungs- und Ausscheidungsstörungen
- Bilanzierung der parenteralen und enteralen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr sowie der Ausscheidungen
- Festlegung, Verabreichung und Überwachung von enteraler Ernährung und Flüssigkeitszufuhr, Sondieren über Magensonde oder PEG-Sonde
- Durchführung von Maßnahmen der Stuhl- und Flüssigkeitsregulierung (Erhöhung der Trinkmenge und Zufuhr von Ballaststoffen)
- Durchführung von abführenden Maßnahmen und orthograde und retrograde Darmreinigung nach Standard
- Ausstellung von Verordnungen zur Versorgung der invasiven Zu- und Abgänge
- Veranlassung von vertragsärztlichen Konsilen (insbesondere in der ambulanten Pflege)
- evidenzbasierte Wundtherapie und Dokumentation im Zusammenhang mit einem Stoma oder einer PEG
- fach- und sachgerechte Durchführung und Dokumentation der individuellen Stomaversorgung, ggf. Anpassungen der Stomaplatte
- Monitoring der Ernährungstherapie
- Evaluation der getroffenen Maßnahmen, Verlaufsbeobachtung bei einem Stoma, bei Veränderungen Anpassung der Therapieplanung, ggf. konsiliarische Gespräche mit betreuenden Ärztinnen und Ärzten
- in Kooperation mit dem zu pflegenden Menschen und allen am Pflege- und Therapieprozess Beteiligten frühzeitige Abstimmung von voraussichtlichen Entlassungs- und Verlegungsterminen zur Schnittstellenkoordination und Sicherstellung der Versorgungskontinuität im Pflege- und Therapieprozess
- Erstellung von Berichten, beispielsweise für das Entlassungsmanagement

Beziehungsgestaltung mit zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen

- Beziehungsgestaltung unter Berücksichtigung sozialer, kultureller und religiöser Aspekte im Kontext von komplexen Ernährungs- und Ausscheidungsproblemen
- Aufmerksam-Sein für die Bereitschaft des zu pflegenden Menschen zur Anleitung der Versorgung von invasiven Zu- und Abgängen
- prä- und postoperative Beratung des zu pflegenden Menschen und seiner Bezugspersonen einschließlich psychosozialer und ernährungsrelevanter Aspekte bezogen auf das Anlegen eines Gastroenterostomas zur Ernährung oder eines Blasen- oder intestinalen Stomas zur Ausscheidung
- Information, Schulung und Beratung von zu pflegenden Menschen und deren Bezugs sowie Betreuungspersonen hinsichtlich Auswahl und Anlegen des Stomamaterials, Beobachtung der PEG-Anlage, Nachsorge, Ernährung, Pflege der Haut, Beweglichkeit, Fragen zum Alltag, Partnerschaft, Hobbys
- Ernährungsberatung in Zusammenarbeit mit dem interprofessionellen Team und unter Berücksichtigung von Bedürfnissen und Bedarfen des zu pflegenden Menschen im biografischen und interkulturellen Kontext

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

- vertieftes pathophysiologisches Zusammenhangswissen über komplexe krankheitsbedingte Ernährungs- und Ausscheidungsstörungen bei Menschen aller Altersstufen (z. B. Säure-Basen-Haushalt)
- vertiefte Kenntnisse der Ernährungsmedizin und Prävention bei ausgewählten Krankheiten

Inhalte für den Lernort Pflegepraxis

Arbeits- und Lernaufgaben am Lernort Praxis

Evidenzbasiertes Handeln im individuellen Pflege- und Therapieprozess im Shared-Decision-Making-Prozess mit dem zu pflegenden Menschen und seinen Bezugspersonen sowie in Abstimmung mit dem therapeutischen Team

Assessment/diagnostische Verfahren

- medizinisches und pflegerisches Assessment/Anamnese zu Ernährungs- und Ausscheidungsproblemen unter Berücksichtigung einschlägiger Leitlinien und Standards der Fachgesellschaften, z. B. Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM), Europäische Gesellschaft für klinische Ernährung und Stoffwechsel (ESPEN), Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e. V. (FgSKW e. V.), Europäische Fachgesellschaft für Stomathe-
rapie (ECET), Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
- Stuhl-, Harn- und Blutkontrollen und deren Bewertung
- Ernährungs- und Ausscheidungsprotokolle und deren Bewertung
- Einschätzung der Selbstmanagementfähigkeiten und Hilfebedarfe der Betroffenen
- Analyse von zusätzlichen Bedarfen, die ggf. Hilfsmittelverordnungen benötigen
- Ermittlung des Informations-, Schulungs- und Beratungsbedarfs

Planung der pflegerisch-medizinischen Interventionen im Shared-Decision-Making-Prozess mit dem zu pflegenden Menschen und seinen Bezugspersonen sowie in Abstimmung mit dem therapeutischen Team

- gemeinsame Entwicklung von Therapiezielen mit dem betroffenen Menschen und dem therapeutischen Team (z. B. krankheitsbezogene Ernährung/Diät inklusive Medikamentenmanagement bei Multimedikation)
- Gemeinsame Entscheidung über notwendige therapeutische Maßnahmen (Legen von invasiven Zu- und Abgängen bei Ernährungs- und Ausscheidungsstörungen, Auswahl der Medizinprodukte (Sondennahrung/Stoma-/Katheter-/Versorgungssysteme), gemeinsame Erstellung eines Therapieplans)
- Ausstellung entsprechender Verordnungen (insbesondere in der ambulanten Pflege und stationären Langzeitpflege)
- Veranlassung von vertragsärztlichen Überweisungen bzw. Konsilen
- Entwicklung von multiprofessionellen Verfahrensregeln für die Umsetzung notwendiger Maßnahmen zur Reduktion von Schnittstellenproblemen

Prozesssteuerung, Durchführung und/oder Koordination des individuellen medizinisch-pflegerischen Behandlungsplans und Evaluation

- Umsetzung und Koordination der Ernährungsplanung mit beteiligten Berufsgruppen
- Information, Schulung und Beratung der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen zu einer bedürfnis- und bedarfsgerechten Ernährung
- Legen von nasogastralen Sonden, Vorbereitung, Lagekontrolle, Dokumentation und Sondenpflege nach Standard
- Versorgung, Verband, Kontrolle einer PEG/PEJ nach Standard
- Anleitung zu pflegender Menschen und ihrer Bezugspersonen zur PEG-Versorgung



- Unterstützung der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen bei Ausscheidungsstörungen und den bedarfsgerechten Maßnahmen
- Legen, Wechsel und Kontrolle eines transurethralen Blasenkatheters nach Standard sowie tägliche Überprüfung und Dokumentation der Indikation
- Versorgung und Wechsel eines suprapubischen Blasenkatheters nach Standard
- Harnproben und mikrobiologische Überwachung (Zeichen von Harnwegsinfekten frühzeitig erfassen)
- ggf. konsiliarisches Gespräch mit der/dem behandelnden Ärztin/Arzt
- ggf. Spülung der Harnblase nach Überprüfung der Indikation
- Durchführung von abführenden Maßnahmen, orthograde und retrograde Darmreinigung nach Standard
- Versorgung und Überwachung eines Stomas nach Standard
- evidenzbasierte Wundtherapie im Zusammenhang mit einem Stoma
- Anleitung des Betroffenen und seiner Bezugspersonen zur Stomaversorgung
- bei operativen Stomaanlagen: prä- und postoperative Beratung und Schulung des zu pflegenden Menschen und seiner Bezugspersonen einschließlich psychosozialer und ernährungsrelevanter Aspekte
- Bewertung des Pflege- und Therapieprozesses (Monitoring der Wundheilung bei komplizierten Stomata und Akzeptanz der Stomata)
- Abstimmung von Entlassungs- und Verlegungsterminen
- Koordination häuslicher Pflege- und Versorgungssituationen

Therapeutische Kommunikation und Beziehungsgestaltung mit zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen

- kommunikative Unterstützung bei der Krankheits- und Situationsbewältigung in Bezug auf die Versorgung der invasiven Zu- und Abgänge und das Wiedererlangen von Lebensqualität
- Information, Schulung und Beratung der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen hinsichtlich präventiver und therapeutischer Interventionen sowie sozialrechtlicher Ansprüche
- Stärkung der Autonomie und Gesundheitskompetenz der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen

Empfehlungen für den Lernort Bildungseinrichtung

Lernaufgaben für simulative Lernumgebungen

- Übungen zur Versorgung eines Blasenstomas mit Hautirritationen
- Simulation einer Falldiskussion im therapeutischen Team über die Erstellung eines Ernährungsplans für einen zu pflegenden Menschen mit einem Ileostoma und zunehmender Dehydratation
- Simulation eines Beratungsgesprächs, z. B. im ambulanten Setting, zu Problemen der Kostenübernahme von Medizinprodukten und Versorgungsmaterialien
- Simulation einer Fallbesprechung zur Entscheidungsfindung für eine PEG-Anlage bei einem zu pflegenden Menschen mit fortgeschrittener Demenz

Empfehlungen für Lern- und Arbeitsaufgaben

- spezifische Herausforderungen in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen (ambulante, stationäre Akut- oder Langzeitversorgung): Sammlung und Auswertung von Unterlagen zu drei komplexen Pflege- und Therapieprozessen mit Menschen unterschiedlicher Altersstufen und mit unterschiedlichen Lebenswelten, die eine dauerhafte Stomaanlage erhalten haben
- Überprüfung und ggf. Anpassung der pflegerischen und medizinischen Interventionen (in Absprache mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten) bei zu pflegenden Menschen mit PEG-Sonde, Colostoma oder Blasenstoma in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen



- Durchführung und Dokumentation einer umfassenden (qualitativen) Anamnese sowie eines Assessments zur Erfassung des Ernährungszustandes bei zu pflegenden Menschen mit einem Risiko für Mangelernährung, einer PEG-Sonde oder einem Colostoma
- Recherche zu digitalen Unterstützungsmöglichkeiten hinsichtlich des Ernährungsmanagements
- Recherche zu Instrumenten der Qualitätssicherung hinsichtlich des Ernährungsmanagements im ambulanten Setting

Didaktischer Kommentar

Der Aufbau von Kompetenzen sollte anhand von fallbasierten Lehr-/Lernangeboten erfolgen, in denen die aufgeführten Inhalte sinnvoll kombiniert werden und in die auch die jeweils erforderlichen Wissensgrundlagen eingebettet sind, z. B.

- Lernsituation, in der im ambulanten Setting ein zu pflegender älterer Mensch mit Übergewicht nicht bereit ist, sein Colostoma selbst zu versorgen, da die Stomaplatte sich nicht passgenau anlegen lässt,
- Lernsituation, in der ein Jugendlicher mit einer schweren Stoffwechselstörung den Ernährungsplan ablehnt,
- Lernsituation, in der im Krankenhaus bei enteraler Ernährung (PEG-Sonde) Diarrhö auftritt und Elektrolytverschiebungen diagnostiziert werden,
- Lernsituation im ambulanten Setting, in der Eltern eines schwerstbehinderten Kindes mit Mangelernährung unter Berücksichtigung von Aspekten der Lebensqualität über die Anlage einer PEG-Sonde beraten werden.

In den letzten zehn Stunden der Lehre in der Bildungseinrichtung wird die Bearbeitung hochkomplexer Versorgungssituationen empfohlen, bei denen typische Kombinationen von gesundheitlichen Problemlagen und Problemlagen der pflegerischen Versorgung vorliegen, z. B. neben einer PEG Sonde auch ein Diabetes mellitus (DMT1 oder DMT2). Es ist davon auszugehen, dass in der Versorgungspraxis Situationen in dieser Komplexität auftreten.

W 7 – Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen mit einem Tracheostoma

Wahlmodul

3. Ausbildungs- bzw. Studiendrittel

Zeitrichtwert

200 Stunden, davon 100 Stunden am Lernort Bildungseinrichtung und 100 Stunden am Lernort Praxis

Intentionen und Relevanz

Die Anlage eines Tracheostomas kann aufgrund unterschiedlicher Indikationen, die mit einer erheblichen Einschränkung des Luftflusses in die Lunge verbunden sind, zeitlich befristet oder dauerhaft erfolgen. In Deutschland leben laut Hochrechnungen ca. 15.000 bis 30.000 Menschen mit einem Tracheostoma – davon ca. 2.000 Kinder – mit oder ohne (intermittierender) Beatmung, die einer solchen Sicherung der Atmung bedürfen.

Die Indikationen für die Anlage eines Tracheostomas sind sehr unterschiedlich, darunter z. B. Tumorthherapie mit Strahlentherapie im Kopf-, Halsbereich und/oder Laryngektomie, Langzeitbeatmung, neurologische Störungen mit erheblichen Einschränkungen oder Fehlen des Schluckreflexes, angeborene Fehlbildungen der Trachea, chronisch respiratorische Insuffizienz. Zu pflegende Menschen in diesen und ähnlichen Situationen bedürfen neben der fachlich korrekten Versorgung des Tracheostomas auch immer Maßnahmen der Begleitung, Beratung und Versorgung bezogen auf die jeweilige Ursache. Insbesondere Verläufe, die mit chronischen Erkrankungen einhergehen, mit physiologischen Veränderungen oder auch Verschlechterungen des psychischen Befindens, werden häufig von den betroffenen Personen und ihren Bezugspersonen als belastend erlebt. Hinzu kommen die Sorge vor möglichen Komplikationen (Fistelbildung, Atemwegs- oder Wundinfektionen, Atemwegsverlegung) sowie unsichere Prognosen insbesondere bei Tumorerkrankungen.

Häufig beeinträchtigen zudem Stimm- oder Sprechstörungen die verbale Kommunikation. Schwierigkeiten beim Schlucken sind nicht nur wegen der Gefahr der Fehlernährung oder der Aspiration vital bedrohlich, sondern gehen auch mit Einschränkungen im sozialen Umgang wie der Teilnahme an gesellschaftlichen Ereignissen einher, insbesondere wenn diese mit dem Genuss von Getränken oder gemeinsamen Mahlzeiten verbunden sind. Störungen von Geruchs- und Geschmackssinn und/oder die Notwendigkeit des Abhustens von vermehrt gebildetem Sekret sind weitere Beeinträchtigungen. Diese häufigen und weitere typische Gesundheitsstörungen hemmen die soziale Teilhabe und Lebensqualität der betroffenen Menschen. Sie können weiterhin zu Stigmatisierung, Scham und dem Gefühl der Überforderung führen und sind ggf. auch mit Einschränkungen der Berufsfähigkeit verbunden. Um den Bedürfnissen der Betroffenen adäquat begegnen zu können, sind Rehabilitationspotenziale und die Zusammenarbeit mit Fachzentren zu nutzen und zu entwickeln.

Für zu pflegende Menschen, die vorübergehend oder dauerhaft mit einem Tracheostoma versorgt sind, gibt es zwar gute fachliche Unterstützung im akutklinischen sowie im spezifisch rehabilitativen Bereich, jedoch gibt es in der ambulanten Versorgung teilweise nur wenige auf Intensivversorgung spezialisierte ambulante Pflegedienste, wenige spezialisierte Ärztinnen und Ärzte sowie wenige weitere spezielle Versorgungsmöglichkeiten. Die Option eines Tracheostomaverschlusses nach Wiederübernahme der selbstständigen Atmung wird nicht immer ausreichend geprüft.

Untersuchungen zeigen, dass es kaum wissenschaftliche Implementierungs- und Versorgungsforschung für die Gruppe der nichtbeatmeten Menschen mit Tracheostoma gibt. Medizinische Leitlinien richteten ihren Fokus bisher in erster Linie auf die Gruppe der invasiv beatmeten Menschen mit Tracheostoma.

Um die Expertise der vorhandenen medizinischen und pflegerischen Versorgung zu bündeln, werden die Betroffenen häufig auf spezialisierte Wohngemeinschaften oder Einrichtungen der stationären Langzeitpflege verwiesen. Besteht seitens der Betroffenen hingegen der Wunsch, die gewohnte „normale“ Lebenswelt zu erhalten („ambulant vor stationär“), so erfordert dies Pflegefachpersonen, die die komplexen Versorgungsprozesse verantwortlich übernehmen und steuern.

Das Modul knüpft an die CE 05 „Menschen in kurativen Prozessen pflegerisch unterstützen und Patientensicherheit stärken“, die CE 06 „In Akutsituationen sicher handeln“ wie auch CE 07 „Rehabilitatives Handeln im interprofessionellen Team“ und CE 08 „Menschen in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten“ der Rahmenlehrpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG bzw. an äquivalente Module eines primärqualifizierenden Pflegestudiums an. Über die Erstausbildung hinaus werden die Absolventinnen und Absolventen für die verantwortliche Übernahme des umfassenden Tracheostomamanagements inklusive Wechsel der Trachealkanüle befähigt. Die zum verantwortlichen Tracheostomamanagement im Kontext der zugrunde liegenden Indikation erforderlichen Kompetenzen werden vertieft und erweitert sowie im Therapie- und Pflegeprozess verankert.

Eine Kombination mit Modul W 8 „Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von akuter oder chronischer Beeinträchtigung der Atmung betroffen sind“ bietet mit Blick auf Pflege- und Therapieprozesse für Menschen, die der häuslichen (nicht-)invasiven Langzeitbeatmung bedürfen, fachliche Anschlussmöglichkeiten. Da beim Tracheostoma nach Epithelisierung weiterhin das Risiko einer Hautschädigung durch Entzündungen, Druckstellen und Infektionen besteht, ist auch eine Kombination mit Modul W 2 „Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von chronischen Wunden betroffen sind“ zu empfehlen.

Bildungsziele

Die Teilnehmenden reflektieren die sich für zu pflegende Menschen mit Tracheostoma und ihre Bezugspersonen ergebenden tiefgreifenden Veränderungen der sozialen Teilhabe mit der Gefahr der Isolierung sowie die mit der Indikation verbundene Veränderung der Lebensperspektive vor dem Hintergrund des Anspruchs auf gleichberechtigte Teilhabe.

Kompetenzen

Die Absolventinnen und Absolventen

- übernehmen im multiprofessionellen Behandlungsprozess Verantwortung für die Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von Pflege- und Therapieprozessen entsprechend dem aktuellen Stand der Wissenschaft zur Unterstützung von Menschen mit Tracheostoma und ihren Bezugspersonen und in enger Abstimmung mit ihnen, einschließlich der Verordnung von Medizinprodukten (z. B. Verbandmaterial) und Hilfsmitteln,
- nutzen vertieftes und kritisches pflege- und bezugswissenschaftliches Wissen, um Menschen mit Tracheostoma bei der Bewältigung des Krankheitsprozesses – insbesondere mit der Perspektive einer chronischen Erkrankung – zu unterstützen,
- passen den Pflege- und Therapieprozess an den spezifischen Verlauf von der Akutphase bis zur stabilen Phase im ambulanten Setting an und können die Selbstpflegekompetenz der Betroffenen einschätzen,
- konzipieren, reflektieren und evaluieren Informations-, Beratungs- und Schulungskonzepte für Menschen mit Tracheostoma auf der Basis gesicherter Forschungsergebnisse und setzen diese individualisiert um,
- initiieren die Prüfung der verfügbaren Möglichkeiten einer weitestgehend uneingeschränkten Lebensperspektive einschließlich eines möglichen Tracheostomaverschlusses,
- analysieren wissenschaftlich begründet die vorhandenen pflegerisch-medizinischen sowie gesundheitlichen Versorgungsstrukturen und wirken an der Entwicklung und Implementierung geeigneter innovativer, interprofessioneller und -sektoraler Versorgungskonzepte und -strukturen mit.

Inhalte/Situationsmerkmale für den Lernort Bildungseinrichtung	
Handlungsanlässe	<ul style="list-style-type: none"> ● Tracheostoma bei Menschen aller Altersstufen mit/ohne Beatmung; geplante Übernahme der Versorgung des Tracheostomas durch die zu pflegenden Menschen oder ihre Bezugspersonen ● Risiko von Komplikationen wie Wundinfektion, Druckulcera, tracheoesophagale Fistelbildung, Verlegung des Atemweges z. B. durch Sekrete, erhöhte Aspirationsneigung ● Begrenzung der Leistungsfähigkeit durch Atemnot ● Gefahr mangelnder Klimatisierung der Atemluft durch unzureichenden Ausgleich der fehlenden Nasenfunktion mit der Folge von Tracheitiden, Borkenbildung ● Schluckstörung oder Unmöglichkeit zu schlucken mit der Gefahr der Fehlernährung ● Risiko einer Pneumonie durch Aspiration oder einen verkürzten Atemweg ● fehlende oder unwirksame Copingstrategien im Zusammenhang mit der Grunderkrankung und dem Tracheostoma ● eingeschränkte sprachliche Verständigungsmöglichkeiten ● Gefahr der Trachealstenose nach dauerhaftem Entfernen der Trachealkanüle durch Epithelisierung und/oder Narbenbildung ● Zukunftsangst, Angst vor dem Verlust der Berufsfähigkeit und vor sozialer Isolation ● Beratungs- und Schulungsbedarf der zu pflegenden Menschen und/oder ihrer Bezugspersonen bezogen auf Versorgungsmöglichkeiten und Tracheostomamanagement (im häuslichen Umfeld)
Kontextbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> ● unterschiedliche Verfügbarkeit spezifischer Versorgungsstrukturen, -vernetzung und -forschung ● unterschiedliche (technische) Versorgungsmöglichkeiten im häuslichen oder stationären Bereich ● rechtliche Grundlagen und Leitlinien der relevanten wissenschaftlichen Fachgesellschaften für die Versorgung von Menschen mit Tracheostoma ● relevante Expertenstandards und Empfehlungen, z. B. BVMed, Medizinprodukteverordnung, Empfehlungen des Robert Koch-Instituts zum Hygienemanagement im klinischen und außerklinischen Bereich ● Richtlinien für die Finanzierung von Pflege- und Unterstützungsleistungen ● Vermeidung von Überforderung der Bezugspersonen durch sozialmedizinische Nachsorge (§ 43 Abs. 2 SGB V) ● regionale und überregionale Netzwerke für Menschen mit Tracheostoma oder zugrunde liegenden Erkrankungen (z. B. Tumorerkrankungen) ● Einsatzmöglichkeiten digitaler Technologien zur Unterstützung der Kommunikation bzw. zum Monitoring über Distanzen, soweit erforderlich
Ausgewählte Akteure	<ul style="list-style-type: none"> ● Menschen mit Tracheostoma mit/ohne Beatmung ● Bezugspersonen ● (Fach-)Ärztinnen und (Fach-)Ärzte ● Angehörige spezieller Gesundheitsberufe, z. B. Logopädinnen und Logopäden, Sprach- und Atmungstherapeutinnen und therapeuten ● Selbsthilfegruppen

<p>Erleben/ Deuten/ Verarbeiten</p>	<p>Pflegefachpersonen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sorge um mögliche Komplikationen wie z. B. Kollabieren des Atemweges nach Entfernen der Kanüle ● positives Erleben, z. B. im Fall der verantwortlichen Übernahme des Tracheostomamanagements durch die Betroffenen oder ihren Zugewinn an Teilhabemöglichkeiten <p>Zu pflegende Menschen und ihre Bezugspersonen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Angst vor akuten, lebensbedrohenden Atemproblemen ● Angst vor (nosokomialen) Infektionen der Atemwege ● Fremdkörpergefühl durch Trachealkanüle ● (Selbst-)Ekel vor Atemwegssekreten ● Sorge vor dauerhafter Beatmungsnotwendigkeit ● Hoffnung auf Wiedererlangung der normalen Atemfunktion ohne Tracheostoma ● Erleben der Begrenzung der Leistungsfähigkeit durch Atemnot, Unmöglichkeit des Pressens z. B. beim Heben und Tragen ● Erleben der Schluckstörung oder der Unmöglichkeit zu schlucken mit der Gefahr der Fehlernährung oder der Aspirationspneumonie und Erleben eines Ausschlusses von Mahlzeiten in Gesellschaft ● hoher Zeitaufwand zur Sicherstellung der Ernährung ● Hoffnung auf Verbesserung im Hinblick auf die Ernährung und gemeinsame Mahlzeiten ● Gefühlsschwankungen von Depression bis Aggression, Annahme des Tracheostomas als eines Teils der eignen Person ● Sorge vor Ausgrenzung und sozialer Isolation aufgrund eingeschränkter sprachlicher Verständigungsmöglichkeiten durch das Tracheostoma, Gefühl der Einsamkeit ● Sorge der Eltern eines betroffenen Kindes um Entwicklungsverzögerungen, z. B. der Sprachentwicklung bei Kleinkindern ● positive Erfahrung, das entwickelte Expertenwissen aus der Betroffenenperspektive z. B. in der Beratung anderer Betroffener einsetzen und helfen zu können
<p>Handlungsmuster</p>	<p>Evidenzbasiertes Handeln im individuellen Pflege- und Therapieprozess auf der Grundlage von pflegerischen und medizinischen Leitlinien</p> <p>Assessment/Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Information über Anlass und Ziel der Tracheostomaanlage ● umfassende Inspektion des Tracheostomas inklusive der Wundsituation, Beobachtung des Atemflusses (Dyspnoe, Stridor) ● Erhebung des Allgemeinzustandes, des Ernährungszustandes und der vorhandenen Kommunikationsmöglichkeiten ● Erkennen von Atemwegs(teil-)verlegungen ● Erkennen von Anzeichen für Schluckstörungen, ggf. Anregung einer entsprechenden Diagnostik ● Ermittlung der tracheostomabedingten Beeinträchtigungen sowie der psychosozialen Auswirkungen eines Tracheostomas ● Ermittlung des Versorgungsbedarfs unter Berücksichtigung der Selbstversorgungsfähigkeit und der physischen, psychischen und sozialen Ressourcen <p style="text-align: right;">▶</p>

- Ermittlung des Kenntnisstandes und Informationsbedarfes der zu pflegenden Menschen und/oder ihrer Bezugspersonen bezüglich des Tracheostomas, der Indikation und des erforderlichen Tracheostomamanagements inklusive der Handlungssicherheit in Notfallsituationen

Pflege- und Therapieplanung sowie Durchführung der erforderlichen Maßnahmen

- fachgerechte Planung der Tracheostomaversorgung im Shared-Decision-Making-Prozess mit dem zu pflegenden Menschen und/oder seinen Bezugspersonen
- Tracheostomamanagement inklusive der Kontrolle von (Schleim-)Haut, Wunde, evidenzbasierter Wundtherapie, Verbandwechsel, Entblockung der Trachealkanüle, Kontrolle/Messung des Cuffdrucks
- im Fall einer vorliegenden Dysphagie Sicherung der notwendigen Unterstützung bei den Mahlzeiten zur ungefährdeten Nahrungsaufnahme
- Auswahl der adäquaten Trachealkanüle und Sicherung der korrekten Lage, z. B. Veranlassung einer Bronchoskopie
- Wechsel, Säuberung und Aufbereitung der Innen- und Außenkanüle
- Tracheostomapflege nach Behandlungspfad, Standard oder individueller Anordnung
- Messung des Cuffdrucks, Bewertung und Anpassung
- Anleitung der Menschen mit Tracheostoma und ihrer Bezugspersonen zur eigenständigen Übernahme der Versorgung, inklusive Technik zum effektiven Abhusten und Absaugen von Sekreten sowie Medikamentenmanagement
- Erleichterung der Atmung und Vermeiden von Hustenreiz durch Anpassung der Umgebung
- Schulung der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen zum Erkennen von Notfällen und Ergreifen von Notfallmaßnahmen
- Unterstützung beim Erlernen von Sprech- und Stimmtechniken mit und ohne Ersatzstimme in Zusammenarbeit mit Logopädinnen und Logopäden bzw. Ermöglichung der Kommunikation bei zu pflegenden Menschen, die beatmet werden, z. B. durch digitale Technik
- Veranlassung des Entlassungs- und Überleitungsmanagements aus Akut- oder Rehaklinik und Organisation/Gestaltung der konkreten Versorgung
- Anregung und Mitwirkung bei der Einschätzung einer Dekanülierung und eines Tracheostomaverschlusses nach Beendigung der Beatmung
- Prozessgestaltung unter Anwendung von Modellen, welche die Perspektiven der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen eröffnen wie z. B. des Trajekt-Modells nach Corbin und Strauss
- Schulung und Beratung der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen – auch unter Einbeziehung von Telekommunikation – zur selbstständigen täglichen Versorgung sowie mit Blick auf Teilhabe und Lebensgestaltung
- Vermittlung eines Zugangs zu Selbsthilfegruppen
- Mitwirken an Versorgungsforschung zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Zielgruppe

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

- vertieftes Wissen zur Anatomie des Halses und den Arten, Indikationen, Kontraindikationen und Komplikationen bei der Anlage eines Tracheostomas
- vertieftes Wissen über Arten von und Indikationen für verschiedener Trachealkanülen
- vertieftes Wissen über die wissenschaftlich begründete Versorgung chronischer Wunden
- Zusammenhang zwischen Luftqualität und Lebensqualität, insbesondere bei tracheotomierten Menschen
- Auswirkungen sedierender Medikation auf die Atmung

Inhalte für den Lernort Pflegepraxis

Arbeits- und Lernaufgaben am Lernort Praxis

Evidenzbasiertes Handeln im individuellen Pflege- und Therapieprozess mit Menschen unterschiedlicher Altersstufen insbesondere in der ambulanten und stationären Langzeitversorgung

Assessment/Diagnostik

- Information über Anlass und Ziel der Tracheostomaanlage
- umfassende Inspektion des Tracheostomas inklusive Wundsituation, Beobachtung des Atemflusses, des Allgemein- und Ernährungszustandes
- Ermittlung der tracheostomabedingten Beeinträchtigungen sowie der psychosozialen Auswirkungen eines Tracheostomas
- Erkennen von Anzeichen von Schluckstörungen, ggf. Anregung einer entsprechenden Diagnostik
- Ermittlung des Versorgungsbedarfes unter Berücksichtigung der Selbstversorgungsfähigkeit und der physischen, psychischen und sozialen Ressourcen
- Ermittlung des Kenntnisstandes und Informationsbedarfs der zu pflegenden Menschen und/oder ihrer Bezugspersonen bezüglich des Tracheostomas, der Indikation und des erforderlichen Tracheostomamanagements sowie der Handlungssicherheit in Notfallsituationen

Pflege- und Therapieplanung sowie Durchführung der erforderlichen Maßnahmen

- Identifizierung von Versorgungsbedarfen und gemeinsame Entwicklung einer Zielperspektive bezüglich Tracheostomamanagement und Lebensraum (häusliches Umfeld oder WG/Einrichtung) im Shared-Decision-Making-Prozess unter Einbeziehung der Einschätzung der Selbstpflegekompetenz
- Ermittlung der tracheostomabedingten Beeinträchtigungen sowie der psychosozialen Auswirkungen eines Tracheostomas
- kommunikative Unterstützung bei der Krankheits- und Situationsbewältigung in Verbindung mit der zugrunde liegenden Erkrankung
- Planung pflegerisch-medizinischer Interventionen entsprechend dem Behandlungspfad unter Einbeziehung der Selbstpflegekompetenz der zu pflegenden Menschen
- Planung und Durchführung eines fachlich begründeten individualisierten Tracheostomamanagements inklusive Kontrolle von (Schleim-)Haut, Wunde, evidenzbasierter Wundtherapie, Verbandwechsel, Entblockung der Trachealkanüle, Kontrolle/Messung des Cuffdrucks inklusive Dokumentation und Evaluation
- im Fall einer vorliegenden Dysphagie Sicherung geeigneter Unterstützung bei den Mahlzeiten
- Auswahl der geeigneten Trachealkanüle inklusive Sicherung der korrekten Lage
- Wechsel, Säuberung und Aufbereitung der Innen- und Außenkanüle
- Tracheostomapflege nach Behandlungspfad, Standard oder individueller Anordnung



- Messen des Cuffdrucks, Bewertung und Anpassung
- Auswahl von und Umgang mit Hilfsmitteln wie z. B. einem aktiven/passiven Atemgasbefeuchter
- Anleitung der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen zur eigenständigen Übernahme der Versorgung, z. B. Technik zum effektiven Abhusten und Absaugen von Sekreten oder Medikamentenmanagement
- kommunikative Unterstützung bei der Krankheits- und Situationsbewältigung
- Information, Schulung und Beratung der zu pflegenden Menschen hinsichtlich unterstützender oder ersetzender Stimmbildung, Selbstpflege, des Einsatzes von Hilfsmitteln im häuslichen Setting wie z. B. eines Duschschutzes sowie Vernetzung mit anderen Betroffenen
- Analyse eines möglichen Tracheostomaverschlusses, z. B. nach Beendigung der Beatmung in Zusammenarbeit mit der behandelnden Fach- und oder Hausärztin/dem behandelnden Fach- oder Hausarzt mit Feststellung der eigenständigen Atmung, des funktionierenden Schluckakts, des effektiven Hustens (tussive clearance) und Planung sowie Evaluation des Dekanülierungsprozesses

Evaluation

- Evaluation der durchgeführten Maßnahmen, Anpassung der Therapieplanung gemeinsam mit der zu pflegenden Person und ihren Bezugspersonen
- Erstellung eines Berichts über Verlauf, Perspektive und erforderliche weitere Maßnahmen

Empfehlungen für den Lernort Bildungseinrichtung

Lernaufgaben für simulative Lernumgebungen

- Simulation einzelner Elemente des Tracheostomamanagements wie Einschätzung der Tracheostomasituation, Wundversorgung und Auswahl und Wechsel der Kanüle, Messung und Anpassung des Cuffdrucks, Notfallmaßnahmen bei (Teil-)Verlegung der Trachea
- Simulation eines Gespräches mit behandelnden (Fach-)Ärztinnen/Ärzten zur Möglichkeit des Tracheostomaverschlusses
- fallbezogene Simulation zur Erarbeitung geeigneter Versorgungsstrukturen unter Abwägung der Möglichkeiten und Grenzen häuslicher Versorgung: Gespräche mit dem zu pflegenden Menschen, Bezugspersonen, Pflegefachpersonen, Ärztinnen/Ärzten

Empfehlungen für Lern- und Arbeitsaufgaben

- Analyse der spezifischen Herausforderungen in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen, Sammlung von Informationen zu zwei komplexen Pflege- und Therapieprozessen mit Menschen möglichst unterschiedlicher Altersstufen und in unterschiedlichen Settings, Analyse der möglichen Pflege- und Therapieoptionen
- Durchführung und Dokumentation einer umfassenden Anamnese sowie eines Assessments bei einem zu pflegenden Menschen mit einem Tracheostoma unter Einbeziehung der physischen, psychischen und sozialen Auswirkungen des Tracheostomas und der zugrunde liegenden Erkrankung sowie der Selbstpflegekompetenz des zu pflegenden Menschen und/oder der Fremdpflegekompetenz einer Bezugsperson

Didaktischer Kommentar

Der Aufbau von Kompetenzen sollte anhand von fallbasierten Lehr-/Lernangeboten erfolgen, in denen die aufgeführten Inhalte sinnvoll kombiniert werden und in die auch die jeweils erforderlichen Wissensgrundlagen eingebettet sind. Die Lernsituationen sollten sich auf verschiedene Settings (klinisch/außerklinisch) und Altersstufen beziehen sowie gegenüber der Erstausbildung eine deutlich höhere Komplexität aufweisen, z. B.

- Lernsituation in der stationären Langzeitpflege, in der ein zu pflegender Mensch mit demenziellen Veränderungen immer wieder versucht die Kanüle zu entfernen, eine langjährige chronische Bronchitis beeinträchtigt den Atemfluss,



- Lernsituation, in der ein tracheotomierter Mensch Beschwerden zeigt/äußert wie Husten, Schmerz, Schluck-schwierigkeiten: Diskussion und Entwicklung von Lösungswegen,
- Lernsituation in der ambulanten Pflege, in der ein kanüliertes Kind versorgt wird; das Kind besucht den Kinder-garten und neigt zu Infekten, die Familie ist stark beansprucht,
- Lernsituation in der stationären Akutpflege, in der bei einem zu pflegenden Menschen die Möglichkeit eines Tracheostomaverschlusses geprüft wird,
- Lernsituation in der ambulanten Pflege, in der ein zu pflegender Mensch mit neuangelegtem Tracheostoma nach Laryngektomie aufgrund eines Kehlkopftumors versorgt wird; der zu pflegende Mensch ist beruflich auf münd-liche Kommunikation angewiesen, die Tracheostomapflege soll selbstständig übernommen werden.

In den letzten zehn Stunden der Lehre in der Bildungseinrichtung wird die Bearbeitung hochkomplexer Versor-gungssituationen empfohlen, bei denen typische Kombinationen von gesundheitlichen Problemlagen und Problem-lagen der pflegerischen Versorgung vorliegen, z. B. neben einem Tracheostoma eine Wundheilungsstörung, eine Atemwegsobstruktion mit erforderlicher Sauerstoffversorgung, eine PEG-Sonde oder auch ein Hypertonus oder Diabetes mellitus (DMT1 oder DMT2). Es ist davon auszugehen, dass in der Versorgungspraxis Situationen in dieser Komplexität auftreten.

W 8 – Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von akuter oder chronischer Beeinträchtigung der Atmung betroffen sind

Wahlmodul

3. Ausbildungs- bzw. Studiendrittel

Zeitrichtwert

360 Stunden, davon 180 Stunden am Lernort Bildungseinrichtung und 180 Stunden am Lernort Praxis

Intentionen und Relevanz

Das Atmen als existenzielle, primär autonom ablaufende Lebensäußerung ist von zentraler Bedeutung für gesundheitliches Wohlbefinden. Mit der Atmung reagiert der Mensch nicht nur auf die physische Notwendigkeit des Gasaustauschs, sondern auch, gleichsam seismografisch, auf Klima, Höhe, Luftbeschaffenheit und deren Sauerstoffanteile, Bewegungen, Begegnungen sowie die damit verbundenen Gefühle.

Einschränkungen und Funktionsstörungen der Atmung können eine Folge von Erkrankungen der Atemwege und Lunge einerseits und/oder von Störungen der Atempumpe andererseits sein. Sie können aber auch als Leit- oder Begleitsymptome anderer Erkrankungen auftreten. Auch sind sie nicht selten die Folge von Umweltbelastungen und/oder des Lebensstils. Erkrankungen des respiratorischen Systems treten während der gesamten Lebensspanne in allen Settings zunehmend häufiger auf. Sie stehen inzwischen weltweit mit vier von zehn atembезogenen Erkrankungen an führender Stelle der Todesursachen. Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) im höheren Erwachsenenalter und das Asthma, das oft schon im Kindesalter auftritt, zählen zu den häufigsten chronischen Erkrankungen und sind für die davon betroffenen Menschen oft mit erheblichen Einschränkungen in der Lebensgestaltung und -qualität verbunden. Ihrer Therapie sowie der Prävention und Behandlung von Begleit- und Folgeerkrankungen kommt unter gesundheitspolitischen, ökologischen und ökonomischen Gesichtspunkten eine hohe Bedeutung zu. Aber auch weniger häufige oder seltene chronische, akut-infektiöse oder gar pandemisch auftretende Erkrankungen gehen mit Funktionsstörungen der Atmung einher wie z. B. Bronchialkarzinom, zystische Fibrose, (nosokomiale) Pneumonie, Tuberkulose, Grippe oder Covid-19. Auch können Menschen, die nicht unmittelbar an den Atemwegen erkrankt sind, infolge von anderen, z. B. neuromuskulären oder thorakal-restriktiven, Erkrankungen einer vorübergehenden oder dauerhaften Unterstützung der Atmung bedürfen. Bei der Bewältigung der damit einhergehenden Anforderungen kommt den Pflegefachpersonen in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen eine zentrale Bedeutung zu. Sie sind im Rahmen einer häufig langfristigen Prozessgestaltung mit den zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen in der Durchführung und Anpassung von evidenzbasierten pflegetherapeutischen, häufig körpernahen Interventionen und in ihrer Informations-, Schulungs- und Beratungskompetenz gefordert. Damit leisten sie im Rahmen der Prävention, Therapie, Rehabilitation und Palliation einen wesentlichen Beitrag zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität.

Die genannten pflegerischen Aufgaben sind den Teilnehmenden dieses Moduls in ihren Abläufen und ihrer pflegefachlichen Grundlegung aus der beruflichen Erstausbildung, z. B. aus CE 04 „Gesundheit fördern und präventiv handeln“, CE 05 „Menschen in kurativen Prozessen pflegerisch unterstützen und Patientensicherheit stärken“, CE 06 „In Akutsituationen sicher handeln“ sowie CE 10 „Entwicklung und Gesundheit in Kindheit und Jugend in pflegerischen Situationen fördern“ der Rahmenlehrpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG, bzw. aus äquivalenten Modulen eines primärqualifizierenden Pflegestudiums vertraut. Die damit erworbenen Kompetenzen, z. B. die Pneumoniegefahr bei Menschen aller Altersstufen mittels evidenzbasierter Assessments zu erheben und geeignete pflegerische sowie medizinisch veranlasste Interventionen sowohl im klinischen als auch häuslichen Bereich fachgerecht einzusetzen, werden hier erweitert und mit Blick auf die erforderlichen klinischen Behandlungspfade vertieft. Insbesondere den therapeutischen Interventionen an der Schnittstelle zwischen Physiotherapie und Pflege kommt eine zentrale Bedeutung zu.



Eine Kombination mit Modul W 7 „Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit zu pflegenden Menschen aller Altersstufen, die von einem Tracheostoma betroffen sind“ wird empfohlen. Da chronische Erkrankungen der Atemwege sowie Störungen der Atempumpe häufig mit kardiovaskulären Erkrankungen einhergehen und die jeweiligen Interventionen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention sich vielfach ergänzen, ist auch eine Verknüpfung mit Modul W 4 „Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von einem Hypertonus betroffen sind“ zu empfehlen. Zudem eröffnen die in diesem Modul durch ausgewählte atmungstherapeutische Interventionen vermittelten Fähigkeiten im Hinblick auf die Selbstwahrnehmung und auf das leibliche Spüren der Atmung Zugangswege zum Gegenüber, die in der Unterstützung von Menschen mit Einschränkungen in der Wahrnehmungsfähigkeit und Kognition pflegerisch und therapeutisch genutzt werden können. Demnach bietet sich auch eine Kombination mit Modul W 3 „Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen, die von einer Demenz betroffen sind“ an.

Bildungsziele

In der Versorgung von Menschen mit akuten oder chronischen Erkrankungen des respiratorischen Systems hat die wachsende Spezialisierung zwar einerseits zu einem nicht unerheblichen Kenntniszuwachs in der Diagnostik und Therapie geführt, parallel aber auch zu Fraktionierung und Diskontinuität in den Versorgungsprozessen. Insbesondere im Rahmen von einer sich an die Akutversorgung und Rehabilitation anschließenden kontinuierlichen häuslichen oder stationären Langzeitversorgung müssen atmungstherapeutische Interventionen von Pflegefachpersonen übernommen werden. Die sich daraus ergebenden Bruchlinien und Spannungsfelder im Pflege- und Therapieprozess sollen sowohl fachbezogen als auch kommunikativ und im professionellen und interprofessionellen Selbstverständnis reflexiv aufgearbeitet werden, um die Kontinuität in der Versorgungskette sicherzustellen. Im Zuge dieser fachlichen Absicherung ihrer Interventionsentscheidungen treffen die Teilnehmenden auch auf das Spannungsfeld zwischen medizinischen und komplementärtherapeutischen Begründungszusammenhängen, müssen hierzu Position beziehen und diese im interprofessionellen Dialog vertreten.

Kompetenzen

Die Absolventinnen und Absolventen

- übernehmen im multiprofessionellen Behandlungsprozess Verantwortung für die Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von Pflege- und Therapieprozessen entlang eines Algorithmus bzw. Behandlungspfads und unter Berücksichtigung von entwicklungs- und altersspezifischen Verlaufsdynamiken und lebensweltlichen Kontexten in enger Abstimmung mit zu pflegenden Menschen mit akuter oder chronischer Beeinträchtigung der Atmung (und ggf. ihren Bezugspersonen) einschließlich der Verordnung von Medizinprodukten (z. B. Verbandmaterial) und Hilfsmitteln,
- nutzen spezifische, wissenschaftlich begründete bzw. leitliniengestützte Assessmentinstrumente zur Beurteilung des individuellen Pflege- und Therapiebedarfs sowie zur Einschätzung alters-, krankheits- und lebensstilbedingter klinischer Risiken und Gesundheitsgefährdungen in komplexen und hochkomplexen Pflegesituationen von Menschen mit akuter oder chronischer Beeinträchtigung der Atmung,
- begründen unter Berücksichtigung eines vertieften pflege- und bezugswissenschaftlichen Wissens den Pflege- und Therapieprozess von zu pflegenden Menschen aller Altersstufen mit akuten oder chronischen Beeinträchtigungen der Atmung sowohl mit diagnosebedingten Algorithmen bzw. Behandlungspfaden als auch unter Beachtung individueller Belastbarkeit, Fähigkeiten, Gewohnheiten sowie Bedürfnissen und unterstützen bei der Entwicklung und Erhaltung von Alltagskompetenzen, der Leistungsfähigkeit sowie bei der Lebensgestaltung,
- entwickeln mit zu pflegenden Menschen und ggf. ihren Bezugspersonen in der stationären Versorgung frühzeitig im Shared-Decision-Making-Prozess Perspektiven für ein Entlassungsmanagement im Sinne der Versorgungskontinuität durch rehabilitative Maßnahmen, ambulante Versorgungsangebote und/oder einer selbstständigen Lebensführung mit der Erkrankung und veranlassen ggf. erforderliche Überweisungen und Verordnungen,



- konzipieren, gestalten und evaluieren entwicklungs- und altersspezifische Schulungs- und Beratungskonzepte für Menschen mit Einschränkungen der Atmung (sowie ggf. für ihre Bezugspersonen) auf der Basis gesicherter Forschungsergebnisse und etablierter Versorgungsleitlinien,
- wirken an der Weiterentwicklung und Implementierung von wissenschaftsorientierten und innovativen interprofessionellen Lösungsansätzen mit,
- festigen ihr durch die Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten erweitertes Kompetenzprofil und gestalten die Schnittstellen zu anderen Gesundheitsberufen, die an der Versorgung von Menschen mit eingeschränkter Atmung mitwirken.

Inhalte/Situationsmerkmale für den Lernort Bildungseinrichtung

Handlungsanlässe

- unwirksamer Atemvorgang, beeinträchtigter Gasaustausch
- Flussbehinderung der oberen oder unteren Atemwege und dysfunktionale Atmung aufgrund von akuten und chronischen, restriktiven und obstruktiven Erkrankungen des respiratorischen Systems bei Menschen aller Altersgruppen (z. B. Infektionserkrankungen, Pneumonie, Asthma, Allergien, COPD, zystische Fibrose, Lungentumoren, Apnoe, neurologische Erkrankungen) oder infolge von chirurgischen Eingriffen im Bereich der Atemwege
- lebensstilbegründete Einschränkungen der Atmung, z. B. infolge von Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel
- Risiko von postoperativen und postinterventionellen Komplikationen der Atemfunktion
- Risiko einer akuten Atemwegserkrankung aufgrund länger anhaltender Immobilität sowie Schmerz- und Belastungsvermeidung
- Risiko häufiger Exazerbationen (z. B. bei COPD)
- eingeschränkte Adhärenz (z. B. zur Inhalationstherapie, Sauerstoffgabe, Beatmung) mit entsprechendem Aufklärungs- und Schulungsbedarf der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen
- entwicklungsbedingte Einschränkungen in der Annahme und Durchführung von atemungstherapeutischen Interventionen

Kontextbedingungen

- unterschiedliche Verfügbarkeit spezifischer Versorgungsstrukturen, -vernetzung und -forschung (z. B. in Bezug auf die Sicherung der Versorgungskontinuität im häuslichen Umfeld oder der stationären Langzeitversorgung)
- rechtliche Grundlagen und Leitlinien der relevanten wissenschaftlichen Fachgesellschaften
- Disease-Management-Programme für spezifische Atemwegserkrankungen
- regionale und überregionale Netzwerke für Menschen aller Altersstufen mit Einschränkungen der Atmung sowie Selbsthilfegruppen, z. B. Lungensportgruppen, Schulungsprogramme
- Versorgungsangebote zur Alltags- und Lebensgestaltung mit Langzeit-Sauerstofftherapie (LTOT)
- Einsatzmöglichkeiten (Entwicklungsstand) digitaler Technologien zur Unterstützung und Schulung
- technische und digitale Unterstützungsmöglichkeiten und Hilfsmittel (z. B. für Beratung, Schulung, Training)
- Richtlinien für die Finanzierung von Pflege-, Therapie- und Unterstützungsleistungen bei akuter oder chronischer Beeinträchtigung der Atmung

Ausgewählte Akteure	<ul style="list-style-type: none"> ● Menschen aller Altersstufen mit akuter oder chronischer Einschränkung der Atmung ● Bezugspersonen ● Angehörige spezieller Gesundheitsberufe insbesondere Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Logopädinnen und Logopäden ● (Fach-)Ärztinnen und (Fach-)Ärzte ● Selbsthilfegruppen
Erleben/ Deuten/ Verarbeiten	<p>Pflegfachpersonen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Schärfung der Körperwahrnehmung, des eigenen Atemflusses und der körpereigenen Regulationsmöglichkeiten („Körperspürarbeit“), bewusste Sensitivität für Atemvorgänge ● Unsicherheit in der interprofessionellen Aufgabenteilung bei verschiedenen Versorgungsformen ● positives Erleben der verantwortlichen Integration atmungstherapeutischer Interventionen in die Versorgung zu pflegender Menschen <p>Zu pflegende Menschen und ihre Bezugspersonen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● subjektives Wahrnehmen und Erleben des Atemflusses ● Erleben einer direkten und indirekten Beeinflussung des Atemgeschehens ● Angst vor akuten lebensbedrohenden Atemproblemen ● Angst vor (nosokomialen) Infektionen der Atemwege ● Erleben einer begrenzten Leistungsfähigkeit durch Atemnot ● Verunsicherung und Überforderung (z. B. aufgrund von divergierenden Ziel- und Interventionsentscheidungen) ● Ekel vor Atemwegssekreten und -geräuschen ● Erkennen gelungener Selbstpflegemaßnahmen und Trainingserfolge
Handlungsmuster	<p>Assessment/Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Inspektion, Palpation und Perkussion von Haut und Thorax, Atembeobachtung (Wahrnehmung der Atembewegung und Analyse des Atemmusters), Husten-Assessment/Auskultation, Ermittlung von Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung mit dem Pulsoxymeter sowie Beurteilung der Ergebnisse ● Einschätzung der krankheits- und entwicklungsbedingten Voraussetzungen sowie der psychosozialen Auswirkungen der Beeinträchtigungen als Grundlage für die Pflege- und Therapieplanung ● Erhebung von Lebensstil und Bewegungsverhalten und der gesundheitsspezifischen Lebensqualität ● Ermittlung des Kenntnisstandes und des Informations-, Schulungs- und Beratungsbedarfs von zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen ● Beobachtung der Belastungsfähigkeit, ggf. Durchführung und Dokumentation von Tests zur Belastungsfähigkeit bzw. Empfehlung dazu aussprechen: kardiopulmonale Ausdauerkapazitätstests, Kraft der peripheren Muskulatur (z. B. Borg-Skale, 6-Minuten-Gehtest) ● Thoraxmobilitätsprüfung (vor allem durch Beobachtung) ● Durchführung diagnostischer Maßnahmen zur Untersuchung der Lungenfunktion und Befundinterpretation sowie Ableitung geeigneter Therapieempfehlungen in Abstimmung mit der/dem behandelnden Ärztin/Arzt (z. B. Blutgasanalyse, Spirometrie, Bodyplethysmografie, Schlafdiagnostik)



Pflege- und Therapieplanung sowie Durchführung der erforderlichen Maßnahmen

- Auswahl und Einsatz von auf die Erkrankung, die bestehende Symptomatik und die Entwicklungsbedingungen bezogenen Techniken zur Verbesserung und zum Ausgleich von funktionellen Problemen der Atmung unter Berücksichtigung möglicher Kontraindikationen, z. B. atemerleichternde Positionierungen wie Dehn- und Ruhelagerungen (Vertiefung und Integration der Kompetenzen aus der Erstausbildung), Lagerungsdrainage, im Shared-Decision-Making-Prozess mit dem zu pflegenden Menschen und seinem Umfeld
- Veranlassung von Überweisungen und Verordnung von Medizinprodukten und Hilfsmitteln
- Durchführung und Kontrolle der Sauerstofftherapie
- Durchführung von Inhalationstherapie unter Berücksichtigung entsprechender Leitlinien
- Unterstützung und Anleitung der bewussten Atmung zur Verbesserung des Atemflusses und zur Korrektur problematischer Atemmuster: Tonusregulation mit verschiedenen Interventionen, Arbeit mit Dehnung und Druckpunkten; Durchführung von ventilations- und sekretfördernden Interventionen: atemerleichternde Berührungsinterventionen und Massagen; Anleitung zur Atemselbstbeobachtung und zu atemerleichternden Haltungen und Übungen
- Anleitung zu gezielten atemtherapeutischen Übungen, z. B. Verbesserung der Thoraxmobilität, Ausgleich des Atemrhythmus, Weithalten der Atemwege, auch im Rahmen der präoperativen Sekundär- und Tertiärprävention
- Auswahl von und Anleitung im Umgang mit atemtherapeutischen Hilfsmitteln, z. B. Geräten zur Vertiefung der Inspiration (TriFlow), zur Sekretmobilisation (Flutter, Acapella), zur Sekretexploration (BA-Tube, mechanischer Insufflator/Exsufflator)
- Anleitung zu gezielten Atemübungen zur Spannungsförderung zur Vermeidung von Atemproblemen verbunden mit Angstattacken (Unterbrechung des Automatismus Angst/Hyperventilation)
- Anleitung zu Bewegungsübungen zur Förderung von Ausdauer und Kraft unter Berücksichtigung der individuellen Belastungsfähigkeit
- Anleitung zu Übungen mit Stimme, Sprache und Gesang in Kooperation mit spezialisierten Trainerinnen/Trainern
- Information, Schulung und Beratung sowie Unterstützung in der Organisation von verordneter Langzeit-Sauerstofftherapie (LTOT), z. B. zu Masken und deren Applikation, Befeuchtung, Inhalationstherapie unter Spontanatmung
- kommunikative Unterstützung bei der Krankheits- und Situationsbewältigung
- Information zu Möglichkeiten der Inanspruchnahme atembezogener rehabilitativer Maßnahmen
- Mitwirkung an DMP-Schulungen

Evaluation

- Überprüfung des Pflege- und Therapieprozesses im Austausch mit dem zu pflegenden Menschen und seinen Bezugspersonen sowie in Anwendung der im Rahmen der Diagnostik eingesetzten Instrumente Abstimmung und Anpassung des weiteren Prozesses
- Mitwirken an Versorgungsforschung zur Verbesserung der Prozesse für die zu pflegenden Menschen

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

- vertiefende Systematisierung der Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie der Atmung (Lungen- und Atemmechanik und -regulation/Ventilation, Gasaustausch und Säure-Basen-Haushalt, Sekretelemination/-clearance), Zusammenhänge und Wechselwirkungen mit anderen Organsystemen und Erkrankungen oder Medikationen, Verfahren der pneumologischen Diagnostik
- vertiefende systematisierende pathophysiologische Grundlagen der Komplexität funktioneller Probleme von Atemwegen, Lunge und Atempumpe aus der Perspektive der Atemtherapie
- Sauerstoff und Aerosole: Wirkungsspektren, Indikation und Kontraindikation, Anwendung und Durchführung
- Unterscheidung von Atemtherapie/Atemphysiotherapie, Atempsychotherapie, Atempädagogik sowie von medizinischen und komplementärtherapeutischen Interventionen sowie kritische Reflexion der jeweiligen wissenschaftlichen Grundlegung und Evidenz unterschiedlicher Schulen
- Unterscheidung: public, global, planetary health und der Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen; individuelle, institutionelle und gesellschaftspolitische Aufgaben
- kritische Auseinandersetzung mit der Wirksamkeit von Therapiemaßnahmen

Inhalte für den Lernort Pflegepraxis

Arbeits- und Lernaufgaben am Lernort Praxis

Evidenzbasiertes Handeln im individuellen Pflege- und Therapieprozess mit Menschen verschiedener Altersstufen

Assessment und Anamnese

- Befunderhebung bei Menschen mit Dyspnoe aufgrund einer chronischen Lungenerkrankung (z. B. Inspektion, Perkussion und Auskultation, Borg-Skala, 6-Minuten-Gehtest, Lungenfunktionstest, Pulsoxymetrie, arterielle oder kapilläre Blutgasanalyse)
- Befunderhebung bei einem Menschen mit Asthma bronchiale
- vergleichende Befunderhebung bei einem Menschen mit einer seltenen Atemwegs- oder Lungenerkrankung (z. B. Bronchialkarzinom, Mukoviszidose, Zustand nach Lungentransplantation, Zustand nach Pneumothorax)

Planung und Durchführung der pflegerisch-therapeutischen Interventionen

- Entwicklung von Pflege- und Interventionsplanungen mit verschiedenen Einheiten der Inhalations- und Atemtherapie, Abstimmung und Anpassung mit den zu pflegenden Menschen im Shared-Decision-Making-Prozess, kontinuierliche Durchführung möglichst über einen Zeitraum von mindestens drei Wochen mit jeweils drei Interventionseinheiten, auch über Sektorengrenzen hinweg, im Rahmen der Versorgungskette
- ein Gruppenangebot zur Schulung oder zu einer Übungseinheit für eine Gruppe konzipieren und umsetzen
- Durchführung einer Beratungseinheit zur Einstellung des Lebensstils auf die durch chronische Einschränkungen der Atmung hervorgerufene neue Lebenssituation
- Durchführung von Schulungseinheiten zum Umgang mit technischen Hilfsmitteln in der selbstständigen häuslichen Versorgung (z. B. im Umgang mit Langzeit-Sauerstofftherapie (LTOT))

Verlaufsbeobachtung/Reflexion/Evaluation

- Evaluation und Dokumentation von Therapieverläufen mithilfe einer erneuten Befunderhebung
- Evaluation bzw. Überprüfung sowie Dokumentation des Erfolgs von Informations-, Schulungs- oder Beratungseinheiten

Empfehlungen für den Lernort Bildungseinrichtung

Lernaufgaben für simulative Lernumgebungen

- Simulationen zur Auskultation von Atemgeräuschen mit entsprechenden Laborpuppen oder „Sim Shirts“ und Diskussion im interprofessionellen Austausch (z. B. mit Lernenden/Studierenden der Physiotherapie und/oder Medizin)
- Simulation von interdisziplinären Fallbesprechungen zu komplexen Pflege- und Therapiesituationen, Aushandlung der Therapieplanung
- Beratungsgespräche mit Simulationspatientinnen und -patienten, in denen komplexe Fall- und Versorgungssituationen abgebildet werden
- Gestaltung von gezielten Schulungs- oder Trainingsangeboten für Gruppen in definierten Krankheitssituationen mit simulierter Durchführung und Evaluation

Empfehlungen für Lern- und Arbeitsaufgaben

- Erhebung und Reflexion der organisatorischen und strukturellen Voraussetzungen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Praxiseinrichtung zur Entwicklung von langfristigen Versorgungsperspektiven von Menschen mit chronischen Einschränkungen der Atmung
- multiperspektivische Erfassung, Dokumentation und Reflexion eines komplexen Pflege- und Therapieverlaufs, Konzeption der anstehenden Versorgungsschritte unter Einnahme der pflegerischen Perspektive im interdisziplinären Dialog
- Teilnahme und Assistenz bei diagnostischen Maßnahmen

Didaktischer Kommentar

Der Aufbau von Kompetenzen sollte anhand von fallbasierten Lehr-/Lernangeboten erfolgen, in denen die aufgeführten Inhalte sinnvoll kombiniert werden und in die auch die jeweils erforderlichen Wissensgrundlagen eingebettet sind. Die Lernsituationen sollten sich auf verschiedene Settings (klinisch/außerklinisch) und Altersstufen beziehen und gegenüber der Erstausbildung eine deutlich höhere Komplexität haben, z. B.

- Lernsituation, in der eine 82-jährige Frau mit Covid-19 im Krankenhaus drei Tage auf der Intensivstation nicht-invasiv beatmet wurde und nun in die stationäre Langzeitpflege zurückverlegt wird, der Sauerstoffbedarf soll ausgeschlichen werden,
- Lernsituation, in der ein 23-jähriger Mann mit zystischer Fibrose in der Reha-Klinik bzw. im Lungentransplantationszentrum zur Vorbereitung auf eine Lungentransplantation aufgenommen wird,
- Lernsituation, in der eine alleinstehende 67-jährige Frau mit schwerer COPD, Raucherin, nach erneutem Krankenhausaufenthalt wegen Exazerbation mit neu verordneter LTOT an die ambulante Versorgung überwiesen wird,
- Lernsituation, in der ein älterer Mensch zunehmende Atembeschwerden hat und nicht beatmet werden will, es stellen sich daraufhin ethische und rechtliche Fragen.

In den letzten zehn Stunden der Lehre in der Bildungseinrichtung wird die Bearbeitung von Versorgungssituationen empfohlen, in denen typische Kombinationen von gesundheitlichen Problemlagen und Problemlagen der pflegerischen Versorgung vorliegen, z. B.

- Lernsituation, in der ein 76-jähriger Mann während seines Aufenthaltes in der pneumologischen Rehabilitation nach schwerer kryptogener organisierender Pneumonie (COP), die u. a. hoch dosiert mit Cortison therapiert wurde, sowohl stark erhöhte Blutzuckerwerte als auch auffällige Orientierungs-, Gedächtnis- und Kognitionsstörungen zeigt; eine intensive interprofessionelle Zusammenarbeit ist dabei erforderlich,
- Lernsituation eines 17-jährigen Mädchens mit zystischer Fibrose und Diabetes mellitus Typ I, sie steht vor der Berufswahlentscheidung und die Transition in Versorgungsstrukturen für Erwachsene muss eingeleitet werden.

Es ist davon auszugehen, dass in der Versorgungspraxis häufig Situationen in dieser Komplexität auftreten.

III. ANHANG

Expertinnen und Experten, die von der Fachkommission nach § 53 PflBG beratend hinzugezogen wurden

Bestandsaufnahme der bisherigen Modellversuche und Konzepte im Kontext der Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V

- Prof*in Dr. Katrin Balzer, Anna van Halsema, M. Sc., und Dr. Simone Inkrot, Lübeck

Expertinnen und Experten, die hinsichtlich der Konstruktionsmerkmale der Module angefragt wurden

- Evelyn Adams, Dipl.-Berufspädagogin (FH), MA Schulleitungsmanagement, Aldenhoven
- Dr. Elisabeth Fix, Berlin
- Sabine Flick, Dipl.-Pflegepädagogin (FH), MA Schulleitungsmanagement, Bildstock
- Jana Luntz, Dipl.-Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin, Dresden
- Prof*in Dr. Gabriele Meyer, Dr. Gertrud Ayerle, Halle
- Prof*in Dr. Renate Stemmer, Mainz
- Nadine-Michèle Szepan, Dipl.-Volkswirtin, Berlin
- Dr. h. c. Franz Wagner, M. Sc., Berlin

Expertinnen und Experten, die ein Gutachten für die Module W1–W8 angefertigt haben

W 1 – Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen in diabetischer Stoffwechsellage

Pflege

- Prof*in Dr. Susanne Grundke, Saarbrücken

Medizin

- PD Dr. Anke Bahrmann, Heidelberg
- Dr. Jürgen Wernecke, Hamburg

W 2 – Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von chronischen Wunden betroffen sind

Pflege

- Prof*in Dr. Eva-Maria Panfil, Basel

Medizin

- Brigitte Nink-Grebe, GKP, Generalsekretärin der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V. (DGfW)
- Falk Goedecke, GKP, RbP, WTcert® DGfW
- Gunda Bauernfeind, GKP, RbP, WTcert® DGfW

W 3 – Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen, die von einer Demenz betroffen sind

Pflege

- Prof*in Dr. Magareta Halek, Witten

Medizin

- Prof*in Dr. Steffi G. Riedel-Heller, Leipzig

W 4 – Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von einem Hypertonus betroffen sind

Pflege

- Prof*in Dr. Renate Stemmer, Mainz

Medizin

- Prof. Dr. Bernhard Krämer, Mannheim

W 5: Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse für Menschen aller Altersstufen, die von Schmerzen betroffen sind

Pflege

- Stefanie Berger, MScN, Salzburg
- Ass.-Prof*in Nadja Nestler, Salzburg

Medizin

- Prof. Dr. h. c. Winfried Häuser, Saarbrücken

W 6 – Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von spezifischen Ernährungs- oder Ausscheidungsproblemen betroffen sind

Pflege

- Prof*in Dr. Sabine Bartholomeyczik, Witten

Medizin

- Prof*in Dr. Diana Rubin, Berlin
- Regina Thorsteinsson, MScN, Pflegeexpertin Ernährungsmanagement, Reutlingen

W 7 – Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse im Zusammenhang mit der pflegerischen Unterstützung von zu pflegenden Menschen mit einem Tracheostoma

Pflege

- Kristina Lippach, MHBA, Dipl.-Pflegerin (FH), München

Medizin

- Prof*in Dr. Annerose Keilmann, Bad Rappenau

W 8 – Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von akuter oder chronischer Beeinträchtigung der Atmung betroffen sind

Pflege

- Ansgar Schütz, GKP, Berlin

Medizin

- Dr. Jens Geiseler, Marl

In der Publikation veröffentlicht die gemäß Pflegeberufegesetz eingesetzte Fachkommission die von ihr entwickelten und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) sowie vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) genehmigten standardisierten Module, die Pflegefachpersonen den Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben ermöglichen. Ein Grundlagenmodul und acht Wahlmodule stehen Pflegebildungseinrichtungen für die Ergänzung ihres Ausbildungs- und Studienangebots – vorerst nur im Rahmen von Modellvorhaben – zur Verfügung. Neben der Darstellung der Module enthält diese Veröffentlichung einen Begründungsrahmen, in dem die Vorgehensweise, theoretische Bezüge, die rechtlichen Grundlagen sowie deren Interpretation durch die Fachkommission, die Konstruktionsprinzipien und Empfehlungen zur Umsetzung der Module vorgestellt und erläutert werden.

Bundesinstitut für Berufsbildung
Robert-Schuman-Platz 3
53175 Bonn

Telefon (0228) 107-0

Internet: www.bibb.de
E-Mail: zentrale@bibb.de