



Mustercurriculum Kommunikative Kompetenz in der Fachweiterbildung Onkologische Pflege

Entwickelt im Rahmen
des Projekts CAROplusONKO



01

Begründungsrahmen 3

1.1 Hintergrund	3
1.2 Konstruktionsprinzipien	3
1.3 Umsetzungshinweise	6
1.4 Literatur	6

02

Lernsituationen 8

Lernsituation 1.0: Partizipative Entscheidungsfindung	8
Lernsituation 2.0: Interprofessionelle Kommunikation	12
Lernsituation 3.0: Familien- und/oder Bezugssysteme kommunikativ und beraterisch unterstützen	16
Lernsituation 4.0: Kollegiale Beratung	20
Lernsituation 5.0: Kommunikation und Beratung im Krankheitsverlauf: Einführung in das Trajektmodell	23
Lernsituation 5.1: Kommunikation und Beratung im Umfeld der Diagnose	27
Lernsituation 5.2: Kommunikation und Beratung bei Therapiebeginn und im Therapieverlauf	31
Lernsituation 5.3: Kommunikation und Beratung im Auf und Ab der Erkrankung	34
Lernsituation 5.4: Kommunikation und Beratung in der Phase der Abwärtsentwicklung und des Sterbens	37

1. Begründungsrahmen

1.1 Hintergrund

Das vorliegende Mustercurriculum „Kommunikative Kompetenz in der Fachweiterbildung „Pflege in der Onkologie“ wurde im Rahmen des BMBF-geförderten Projekts Care Reflection Online für die Fachweiterbildung ONKOlogische Pflege (CAROplusONKO) entwickelt (Förderkennzeichen 01PG19001). Vonseiten des Instituts für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen waren an der Entwicklung Mualla Basyigit, Jutta Kaliske, Dr. Claudia Schepers und Valeska Stephanow beteiligt, geleitet wurde das Vorhaben von Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck. Im Sinne des sog. Design Based Research-Ansatzes (Euler/Sloane 2014) erfolgte die Curriculumkonstruktion in enger Zusammenarbeit mit der Bundesarbeitsgruppe der Leitungen der Weiterbildungsstätten für die Pflege des krebserkrankten, chronisch kranken Menschen (BAGL), insbesondere mit der Curriculumarbeitsgruppe, der Daniel Wecht, Jörn Gattermann, Angela Boonen, Carola Freidank, Vicky Müller und Daniel Donner angehörten. Das Mustercurriculum umfasst ca. 100 Unterrichtsstunden und kann genutzt werden, um

die Fachmodule „Onkologisch beraten“ und „Die Krankheitsbewältigung kommunikativ unterstützen“ der Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG 2019) zur Weiterbildung „Pflege in der Onkologie“ umzusetzen. Dieses Curriculum stellt im Projekt CAROplusONKO die Grundlage für die Konzeption digital unterstützter Lehr-Lernangebote dar (s. <https://blogs.uni-bremen.de/caroprojekt/> und <https://blogs.uni-bremen.de/caroclis/>).

Für die Curriculumentwicklung wurden der international in den Gesundheitsberufen häufig rezipierte Ansatz von Kern (2006 et al.), der Six-Step-Approach, mit dem aus der Erwachsenenbildung stammenden Ansatz von Siebert (1974) sowie dem pflegedidaktischen Ansatz der Interaktionistischen Pflegedidaktik von Darmann-Finck (2010) kombiniert. Der Curriculumentwicklung gingen zunächst eine umfassende Literaturrecherche (generelle Bedarfsanalyse) sowie Befragungen der Fachweiterbildungsleitungen und der Teilnehmenden (spezifische Bedarfsanalyse) voraus.

1.2 Konstruktionsprinzipien¹

Das Curriculum für die Weiterbildung greift die Konzepte auf, die auch aktuell für die Erstausbildung genutzt werden (DBR 2020). Es schließt folglich an die Rahmenlehr-

pläne der Fachkommission nach § 53 PflBG (Fachkommission 2020) und das Mustercurriculum Kommunikative Kompetenz in der Pflege (-erstausbildung) (Darmann-Finck/

¹ Dieser Text enthält Abschnitte aus dem Artikel von Darmann-Finck (2020).

Muths/Partsch 2017) an. Leitende Konstruktionsprinzipien sind demzufolge neben dem Prinzip der Situationsorientierung und der Integration weiterer curriculärer Prinzipien (Wissenschafts- und Persönlichkeitsorientierung), die Orientierung an Kompetenzen, die Realisierung eines über die Erstausbildung hinausgehenden und an die Fachweiterbildung angepassten Kompetenzniveaus sowie die Orientierung am Pflegeprozess.

Dem situationsorientierten Prinzip (Reetz/Seyd 2006) entsprechend ist das Curriculum anhand von neun komplexen beruflichen Situationen strukturiert. Um diese bearbeiten zu können, müssen unterschiedliche Kompetenzdimensionen und Wissensbereiche miteinander verknüpft werden, situationsorientierte Curricula sind daher stets fächerintegrierend. Vier der neun Lernsituationen

(LS 1.0 – 4.0) beziehen sich auf übergreifende Grundsätze der Kommunikation mit von Krebs betroffenen Menschen und ihren Bezugspersonen, nämlich auf die Grundsätze der Partizipativen Entscheidungsfindung, der Interprofessionellen Kommunikation, der Kommunikation und Beratung von Familiensystemen und/oder Bezugssystemen und der kontinuierlichen (Selbst-)Reflexion der Kommunikation. Fünf weitere Lernsituationen (LS 5.0 – LS 5.4) orientieren sich an den sich im Verlauf der Krebserkrankung verändernden Kommunikations- und Beratungsanforderungen der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen. Diese Lernsituationen sind anhand der Phasen des Trajektmodells (Corbin & Strauss, 2004; Thorne et al. 2013) strukturiert.

1.0	Partizipative Entscheidungsfindung
2.0	Interprofessionelle Kommunikation
3.0	Familiensysteme und / oder Bezugssysteme kommunikativ und beraterisch unterstützen
4.0	Kollegiale Beratung
5.0	Kommunikation und Beratung im Krankheitsverlauf: Einführung in das Trajektmodell
5.1	Kommunikation und Beratung im Umfeld der Diagnose
5.2	Kommunikation und Beratung bei Therapiebeginn und im Therapieverlauf
5.3	Kommunikation und Beratung und im ‚Auf und Ab‘ der Erkrankung
5.4	Kommunikation und Beratung in der Phase der Abwärtsentwicklung und des Sterbens

Tab. 1 Übersicht über die Lernsituationen des Mustercurriculums Kommunikative Kompetenz in der FWB Onkologische Pflege

Jede Lernsituation wird mit einer Situations- bzw. Fallbeschreibung verknüpft, die den Ausgangspunkt des Unterrichts darstellen soll. Alternativ können auch z. B. von den Teilnehmer:innen eingebrachte Fälle genutzt werden. Situationsorientierung ist außerdem daran erkennbar, dass die Inhalte der Lernsituationen anhand von Situationsmerkmalen geordnet werden. Angelehnt an den Ansatz von Kaiser (1985) werden bei der Konkreti-

sierung der Lernsituationen Handlungsanlässe, Kontextbedingungen, ausgewählte Akteure und Handlungsmuster unterschieden. Die diesen Situationsmerkmalen zugeordneten Kompetenzen und Wissensbestände sollen anhand der eingangs beschriebenen Situation integrativ angeeignet werden. Am konkreten Beispiel werden dann im Sinne exemplarischen Lernens Kompetenzen erworben, die auch auf andere Situationen, in

denen Information, Schulung und Beratung relevant sind, transferiert werden können (Wagenschein, 1965). Welche Kompetenzen im Einzelnen intendiert werden, ist jeweils in einem Abschnitt angegeben.

Die weiteren, für die Curriculumentwicklung relevanten Prinzipien, die Wissenschaftsorientierung und die Persönlichkeitsorientierung, werden bei der Konkretisierung der einzelnen Lernsituationen berücksichtigt. Dem Prinzip der Wissenschaftsorientierung wird Rechnung getragen, indem sich die Inhalte in den Lernsituationen auf den aktuellen Stand der Pflege- und der Bezugswissenschaften stützen. Die Aktualität wird durch eine umfassende Literaturrecherche sichergestellt. Das Prinzip der Persönlichkeitsorientierung wird zum einen durch die Kompetenzorientierung umgesetzt, zum anderen werden zu jeder curricularen Einheit Bildungsziele angegeben. Die Bildungsziele werden anhand von Widersprüchen beschrieben, die innerhalb einer Lernsituation bearbeitet werden sollen. Diese Widersprüche können sich auf das innere Erleben der Akteure beziehen (z. B. Widerspruch zwischen Gefühl und normativem Anspruch), auf die institutionellen und gesellschaftlichen Gegebenheiten (z. B. Widerspruch zwischen unterschiedlichen Interessen) und auf die Struktur pflegerischen Handelns (z. B. Widerspruch zwischen Autonomie und Fürsorge). Durch das Denken in Widersprüchen soll die Fähigkeit gestärkt werden, Routinen und eingeschlifene Sichtweisen in Frage zu stellen, zu revidieren und ggf. weiterzuentwickeln. Durch Einsicht in die Widersprüchlichkeit der Berufspraxis können die Teilnehmenden außerdem lernen, ihre

Entscheidungen gut zu begründen und nicht voreilig Freiheitsspielräume einzuengen.

Innerhalb des Curriculums wird kein spiraler Aufbau von Kompetenzen intendiert. Das Curriculum greift aber die im Nationalen Mustercurriculum Kommunikative Kompetenz in der Pflege (NaKomm) angelegten Entwicklungslinien auf und setzt sie fort. Das Mustercurriculum für die Fachweiterbildung hebt dabei auf eine Spezialisierung im Hinblick auf die Kommunikation mit und Beratung von Menschen, die von Krebs betroffen sind, und ihren Bezugspersonen sowie auf eine Vertiefung und Erweiterung mit Fokus auf „problembehaftete“ (Rauner 1999), z. B. psychisch besonders herausfordernde Kommunikationssituationen, ab.

Durch die im Pflegeberufegesetz definierten vorbehaltenen Tätigkeiten hat die Pflegeprozessorientierung eine stärkere Bedeutung erlangt. In den Situationsmerkmalen spiegeln sich zum Teil die Schritte des Pflegeprozesses wieder. Ausgehend von Handlungsanlässen („Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und der Planung der Pflege“) werden Interventionen bzw. Handlungsmuster geplant, gesteuert, durchgeführt („Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses“) und schließlich evaluiert („Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege“) (§ 4 Abs. 2, Nr. 1-3 PflBG). Um die Pflegeprozessorientierung zu unterstreichen, werden für Handlungsanlässe und Handlungsmuster Begriffe aus pflegewissenschaftlichen Klassifikationssystemen genutzt (Pflegeinterventionssklassifikation NIC, NANDA).

1.3 Umsetzungsweise

Neben den genannten Informationen enthält jede im Curriculum dargestellte Lernsituation noch Angaben zum vorgeschlagenen Stundenumfang, zu Intentionen und Relevanz sowie Literaturempfehlungen. In „Intentionen und Relevanz“ werden Anregungen für Schwerpunktsetzungen gegeben. Die Literaturempfehlungen berücksichtigen neben Literatur, die eine Informationsbasis für die Lehrenden darstellt, auch Veröffentlichungen, die unmittelbar für den Einsatz im Unterricht genutzt werden können. Bei einigen Lernsituationen werden auch Vorschläge für das Lernen in simulativen Lernumgebungen oder für Lern- und Arbeitsaufgaben gemacht. Lern- und Arbeitsaufgaben sind Aufgabenstellungen, mit denen eine Verknüpfung des

Lernens in der Bildungseinrichtung und in der Praxiseinrichtung erreicht werden soll (lernortübergreifendes Lernen). Diese Aufgaben werden vonseiten der Bildungseinrichtung gestellt, sind im Rahmen des Praxiseinsatzes zu bearbeiten, z. T. zu dokumentieren und werden im Anschluss in die Lehre am Lernort Bildungseinrichtung eingebunden. Konkrete Vorschläge zur digital gestützten Umsetzung einiger Lernsituationen erhalten Interessierte in der Lernumgebung CARO (s. <https://blogs.uni-bremen.de/caroprojekt/> und <https://blogs.uni-bremen.de/caroclis/>). Über die genannten Empfehlungen hinaus wird angeregt, die Lernsituationen in Verbindung mit anderen Fachmodulen zu unterrichten.

1.4 Literatur

Darmann-Finck, I. (2020). CAROplusONKO. Digitale Kompetenz mit der digitalen Lernumgebung CARO fördern. *Onkologische Pflege*, 10 (3) 42-51.

Darmann-Finck I, Muths S, Partsch S (2017). Entwicklung eines nationalen Mustercurriculums „Kommunikative Kompetenz in der Pflege“. *Padua*, 4: 1-10.

Darmann-Finck, I. (2010): *Interaktion im Pflegeunterricht*. Frankfurt/Main: Lang.

DKG Deutsche Krankenhausgesellschaft (2015) Anlage VI. Weiterbildung Pflege in der Onkologie. Abgerufen von <https://www.dkgev.de/themen/personal-weiterbildung/aus-und-weiterbildung-von-pflegeberufen/pflege-in-der-onkologie/> (27.03.2021)

Corbin, J, Strauss A (2004) *Weiterleben lernen: Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit*. Huber, Bern.

Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR) (2020). *Empfehlungen zur Musterweiterbildungsordnung für Pflegeberufe (MWBO PflB)*. Strategien für die pflegeberufliche Weiterbildung. Berlin.

Euler D, Sloane PFE (Hrsg.) (2014). *Design-Based Research*. Beiheft 27 der Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik. Franz Steiner Verlag, Stuttgart.

European Oncology Nursing Society (EONS) (2018). Cancer Nursing Curriculum. 4th Edition.

Fachkommission nach § 53 PflBG (2020): Rahmenpläne. 2., überarbeitete Auflage. Bonn. Abgerufen von <https://www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/publication/show/16560> (27.03.2021)

Kaiser A (1985). Sinn und Situation. Grundlinien einer Didaktik der Erwachsenenbildung, Bad Klinkhardt, Heilbrunn.

Rauner F (1999). Entwicklungslogisch strukturierte berufliche Curricula: vom Neuling zur reflektierten Meisterschaft. ZBW, 3: 424-446.

Reetz L, Seyd W (2006). Curriculare Strukturen beruflicher Bildung. In: Arnold R, Lipsmeier A (Hrsg.) (2006) Handbuch der Berufsbildung, 2. überarbeitete und aktualisierte Auflage, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 227-259.

Thorne S, Hislop TG, Kim-Sing Ch. et al. (2013). Changing communication needs and preferences across the cancer care trajectory: insights from the patient perspective. Support Care Cancer, 22: 1009-1015.

Wagenschein M (1965) Ursprüngliches Verstehen und exaktes Denken. Klett, Stuttgart.

02. Lernsituationen

Lernsituation 1.0: Partizipative Entscheidungsfindung

Unterrichtsstunden: ca. 10 UStd.

Fallsituation: Patientin mit Mamma-Ca - Therapieentscheidung, paternalistische Beratung seitens der Ärztinnen- /Ärzeschaft

Intentionen und Relevanz: Bei der Begleitung und Unterstützung von Menschen mit onkologischen Erkrankungen, die sich in unterschiedlich kritischen Zuständen befinden - von der Kuration bis hin zur palliativen Pflege oder dem Sterben - müssen die betroffenen Menschen und ihre Bezugspersonen im Behandlungsverlauf oft viele Entscheidungen treffen. Die wohl wichtigste Entscheidung ist die Therapieentscheidung in den verschiedenen Phasen der chronischen Krebserkrankung, daneben gibt es aber zahlreiche weitere - pflegerisch relevante - Entscheidungskonflikte. Die Umsetzung einer gemeinsamen Entscheidung von Ärzt:innen/Pflegefachpersonen und den vom Krebs betroffenen Menschen, die Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) bzw. engl. Informed Shared Decision Making (ISDM), stellt eines der zentralen Ziele im Nationalen Krebsplan dar. Bislang werden die Patient:innen aber häufig noch nicht entsprechend an Entscheidungen beteiligt, viele medizinische Leitlinien und auch Tumorkonferenzen sind kaum patient:innenzentriert. In der Lernsituation sollen die Teilnehmer:innen Kompetenzen zur kritischen Analyse der vorherrschenden Praxis der Entscheidungsfindung im medizinischen und pflegerischen Kontext sowie zur Unterstützung von zu pflegenden Menschen bei der Entscheidungsfindung anhand des Modells PEF/ISDM erwerben. Diese Kompetenzen sollen beispielhaft anhand von Therapieentscheidungen und Entscheidungen, an denen primär Pflegefachpersonen beteiligt sind, erarbeitet werden.

Bildungsziele:

Die Teilnehmer:innen reflektieren den Widerspruch zwischen den Therapieempfehlungen aus medizinischer Sicht, die i.d.R. primär den Erhalt und die Wiederherstellung der Gesundheit des zu pflegenden Menschen zum Ziel haben, und den ggf. anders gelagerten Wertpräferenzen der zu pflegenden Menschen (und evtl. ihrer Bezugspersonen). Sie verstehen das Modell PEF/ISDM als Ansatz, um den Wertpräferenzen stärker Rechnung zu tragen. Sie analysieren an einem ausgewählten Beispiel kritisch die derzeitigen medizinischen Leitlinien sowie die Entscheidungsfindung in der Tumorkonferenz, die weder der systematischen Einbindung der Patient:innen und ihrer Bezugspersonen noch der Perspektive anderer Berufsgruppen (wie der Pflege) genügend Rechnung tragen. Des Weiteren erarbeiten sie den Widerspruch einer weitestgehenden Beteiligung von Patient:innen und den damit verbundenen möglichen Überforderungen und entwickeln Handlungsoptionen, um die Entscheidungsfindungsunterstützung an diese Ambiguität anpassen zu können.

Kompetenzen:

Die Teilnehmer:innen

- verfügen über ein integriertes und vertieftes Verständnis von PEF/ISDM
- bewerten die Qualität gegebener Informationen
- nutzen – wenn vorhanden - evidenzbasierte Entscheidungshilfen
- wenden den PEF/ISDM-Prozess an, um zu pflegende Menschen bei der Entscheidungsfindung zu unterstützen
- passen den PEF/ISDM-Prozess an die unterschiedlichen kognitiven Fähigkeiten von zu pflegenden Menschen an
- vertreten in der Tumorkonferenz mit begründeten Argumenten die Perspektive des PEF/ISDM
- bewerten kritisch medizinische Leitlinien

Inhalte nach Situationsmerkmalen:**Handlungsanlässe**

- Entscheidungskonflikt
- Rollenüberlastung des zu pflegenden Menschen, z. B. durch allgemeine Überlastung, divergierende Erwartungen innerhalb der Familie oder gesellschaftliche Erwartungen

Kontextbedingungen

- medizinische Leitlinien, z. B. Brustkrebs
- rechtliche Bedingungen hinsichtlich Therapieentscheidungen (Patient:innenrechtegesetz)
- Spezialisierung für Pflegefachpersonen: Decision Coaches

ausgewählte Akteure

- Patient:innen mit Mama-Ca (exemplarisch)
- Ärzt:innen
- Decision Coaches

Handlungsmuster

- Wertvorstellungsklärung
- Entscheidungsfindungsunterstützung
- Interprofessioneller PEF/ISDM-Prozess
- Nutzung evidenzbasierter Entscheidungshilfen
- Patient:innenorientierte Information

Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen:

- Eine (Simulations-)Patientin auf der Grundlage einer sogenannten Entscheidungshilfe beim ISDM-Prozess, hinsichtlich einer Therapieentscheidung beim DCIS (duktales Carcinoma in situ) unterstützen https://www.spupeo.de/downloads/Entscheidungshilfe_DCIS_SPUPEO.pdf

Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben:

- Beobachtungsauftrag: Ärztliches Gespräch zur Therapieentscheidung beobachten, dokumentieren, vor dem Hintergrund der Unterrichtsinhalte auswerten
- Beobachtungsauftrag: An einem Tumorboard teilnehmen und die Beratung über die Therapieentscheidung vor dem Hintergrund des PEF/ISDM-Ansatzes reflektieren

Literatur:

Berger-Höger, B. (2017). Evidenzbasierte Patienteninformation – neue Rollen für die Pflege [Vortragsfolien]. Abgerufen von https://www.spupeo.de/downloads/12_05_2017-Danzig-9_00h-Berger-H%C3%B6ger-Patienteninformation-Neue-Rollen-f%C3%BCr-die-Pflege.pdf (08.07.2020)

Berger-Höger, B. (2019). Entwicklung und Evaluation eines Programms zur Förderung von Informed Shared Decision Making: Decision Coaching durch spezialisierte Pflegefachkräfte in der Onkologie (Dissertation, Philosophie). Abgerufen von <https://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2019/9807/pdf/Dissertation.pdf> (23.03.2020)

Berger-Höger, B. & Steckelberg, A. (2019). Gemeinsam informiert entscheiden. KVH-Journal, (7-8), 18-21.

Berger-Höger, B., Steckelberg, A., Gerlach, A. & Mühlhauser, I. (2014). Eine Entscheidungshilfe für Frauen mit DCIS. Abgerufen von https://www.spupeo.de/downloads/Entscheidungshilfe_DCIS_SPUPEO.pdf (11.08.2020)

Leitlinienprogramm Onkologie (2020). S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms (Version 4.3). Abgerufen von <http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/mammakarzinom/> (23.03.2020)

Sänger, S., Lang, B., Klemperer, D., Thomeczek, C. & Dierks, M.-L. (2006). Manual Patienteninformation. Empfehlungen zur Erstellung evidenzbasierter Patienteninformationen. Abgerufen von <https://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe25.pdf> (08.07.2020)

Smoliner, A., Hantikainen, V., Mayer, H., Ponocny-Seliger, E. & Them, C. (2009). Präferenzen und Erleben von Patienten zur Beteiligung an pflegerischen Entscheidungen im Akutspital - Eine Analyse der Übereinstimmung von Präferenz und Erleben sowie der Einflussfaktoren bezogen auf verschiedene Entscheidungstypen. Pflege, 22 (6), 411-419.

SPUPEO Spezialisierte Pflegefachkräfte zur Unterstützung partizipativer Entscheidungsfindung in der Onkologie. <https://www.spupeo.de/> (03.07.2020)

Thielhorn, U. (2008). Shared decision-making: Entscheidungserleben von Patienten im Verlauf einer Krebserkrankung. Bielefeld University.

Lernsituation 2.0:

Interprofessionelle Kommunikation

Unterrichtsstunden: ca. 10 UStd.

Fallsituation: Wie in Lernsituation 1.0: Patientin mit Mamma Ca – Therapieentscheidung, paternalistische Beratung seitens der Ärztinnen- / Ärzteschaft.

Intentionen und Relevanz: Studien belegen den Zusammenhang zwischen einer verbesserten und veränderten Form der Kooperation der Gesundheitsberufe und Patient:innenergebnissen (Reeves et al., 2017). Eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit wirkt sich außerdem positiv auf die Mitarbeiter:innenzufriedenheit aus. In einer Reihe von Positionspapieren (z. B. WHO, 2010; CIHC, 2010) wird daher die Etablierung einer kooperativen und partner:innenschaftlichen Zusammenarbeit in der Praxis, vor allem zwischen Pflegefachpersonen und Ärzt:innen gefordert. Insbesondere in der langfristigen Versorgung von Menschen, die von Krebs betroffen sind, und ihren Bezugspersonen, ist eine Zusammenarbeit, bei der die Sichtweisen der an der Versorgung beteiligten Professionen gleichberechtigt einbezogen und gemeinsam mit der betroffenen Person Lösungen gesucht und Entscheidungen getroffen werden, wünschenswert. Faktisch gibt es für eine solche Form der Zusammenarbeit noch zahlreiche Hürden (bspw. unterschiedliche Verantwortlichkeiten bzw. die Unsicherheit hinsichtlich der Verantwortlichkeiten, Silodenken, unterschiedliche Bildungsvoraussetzungen und Kommunikationsstile) und erschwerende Rahmenbedingungen (bspw. Zeitdruck). In dieser Lernsituation sollen die Teilnehmer:innen Kompetenzen zur interprofessionellen Kommunikation mit Ärzt:innen unter gegebenen Bedingungen erwerben, aber zugleich die jetzige Situation auch kritisch reflektieren. Im Mittelpunkt steht das Ziel, im Pflegeprozess gewonnene pflegerische Beobachtungen und Diagnosen sowie Behandlungskonsequenzen effizient und selbstbewusst in der Kommunikation vor allem mit Ärzt:innen zu vertreten.

Bildungsziele:

Die Teilnehmer:innen reflektieren, dass die Gesundheitsberufe sich zwar im Sinne einer optimierten gesundheitlichen Versorgung annähern, gemeinsame Informations- und Kommunikationsgrundlagen schaffen und stärker gleichberechtigte Entscheidungen aushandeln müssen. Zugleich erkennen sie aber auch, dass die Berufe stets in Konkurrenz zueinander stehen und danach streben, die gesellschaftliche Position und die Einflussmöglichkeit des eigenen Berufs (zu Ungunsten der anderen Berufe) auszubauen. Sie erkennen, dass vor dem Hintergrund der gesetzlichen Regelungen und hierarchischen Strukturen derzeit die Mitbestimmungsmöglichkeiten von Pflegefachpersonen zwar eher gering sind, sie aber wichtige Perspektiven in die Entscheidungen hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung von Menschen, die von Krebs betroffen sind, einbringen können und diese Chance auch nutzen sollten.

Kompetenzen:

Die Teilnehmer:innen

- analysieren Verantwortlichkeiten und Ressourcen der verschiedenen Berufsgruppen in der Gesundheitsversorgung sowie die damit zusammenhängenden spezifischen Sichtweisen und Aufmerksamkeitsrichtungen
- vertreten die im Rahmen des Pflegeprozesses gewonnenen Einschätzungen zu Pflegediagnosen und erforderlichen Behandlungskonsequenzen im interprofessionellen Team auch bei unterschiedlichen Einschätzungen
- bringen die im Rahmen des Pflegeprozesses gewonnenen Einschätzungen in die interprofessionelle (ethische) Entscheidungsfindung ein
- reflektieren das eigene Verhalten und das Verhalten der Gesprächspartner:innen in der interprofessionellen Kommunikation

Inhalte nach Situationsmerkmalen:

Handlungsanlässe

Interprofessionelle Kommunikation – Institutionelle Anlässe

- interprofessionelle Visite
- Tumorkonferenz
- multidisziplinäre Patient:innenbesprechungen / Teamfallbesprechungen
- interprofessionelles Ethikkomitee / ethische Fallbesprechung im Team
- Schnittstellenmanagement

Situationen und Probleme der interprofessionellen Zusammenarbeit im Kontext von Patient:innenversorgung

- Überbringen schlechter Nachrichten
- (ethische) Entscheidungsfindung
- Therapieplanung und -anpassung
- Entlassungsmanagement
- Palliation

Kontextbedingungen

Folgende Inhalte sind als Hintergrundwissen relevant, sollen aber in dieser Lernsituation nicht Gegenstand des Unterrichts sein, z. B.

- rechtliche Grundlagen der Verantwortung bei Therapieentscheidungen
- erschwerende Bedingungen der Zusammenarbeit, z. B. Silodenken, Kommunikationsstile, Zeitdruck
- interprofessionelle Leitlinien als Instrument zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit
- Berufsbild: Decision Coach (SPUPEO)

ausgewählte Akteure

- Pflegefachpersonen und Ärztinnen / Ärzte

Handlungsmuster

Interprofessionelle Kommunikation

- SBAR-Tool: Situation (S), Background (B), Assessment (A), Recommendation (R)
- stichhaltige und gut begründete Argumentation

Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen:

- Simulation einer Tumorkonferenz oder einer Fallbesprechung
- Simulation eines Gesprächs mit der aufklärenden Ärztin (s. Fallbeispiel)

Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben:

- Teilnahme an einer Tumorkonferenz und Beobachtung / Analyse der Kommunikation

Didaktische Anregungen:

- Vorstellung einer Patientin / eines Patienten aus Sicht unterschiedlicher Berufsgruppen, ggf. als vorbereitete Audios / Videos; Arbeitsauftrag: Welche Informationen fehlen den Berufsgruppen jeweils?
- verschiedene Szenarien, bei denen eine strukturierte und fokussierte Informationsweitergabe erforderlich ist, z. B. Patient:innenvorstellung bei der Visite, Meldung bei einer kritischen oder veränderten Situation, Einstieg in eine ausführliche Fallbesprechung

Literatur:

Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) (2010). A National Interprofessional Competency Framework. Abgerufen von <http://ipcontherun.ca/wp-content/uploads/2014/06/National-Framework.pdf> (03.07.2020)

Pilz, S. et al. (2018). SBAR als Tool zur fokussierten Kommunikation. Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung. Abgerufen von https://www.gqmg.de/Dokumente/ag_komm_qm_rm/Arbeitshilfe_bessere_Kommunikation_02-2_SBAR_180118.pdf (03.07.2020)

Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J. & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and health-care outcomes. Cochrane Database Systematic Reviews 2017 (6). Abgerufen von <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000072.pub3/abstract?cookiesEnabled> (03.07.2020)

Wittneben, K. (2003). Zur Ontogenese sprachlich-kommunikativer Kompetenz. In: Dies.: Pflegekonzepte in der Weiterbildung für Pflegelehrerinnen und Pflegelehrer. Frankfurt/Main: Lang, S. 242 ff.

World Health Organization (WHO) (2010). Framework for Action in Interprofessional Education & Collaborative Practice. Abgerufen von https://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/ (03.07.2020)

Lernsituation 3.0: Familien- und / oder Bezugssysteme kommunikativ und beraterisch unterstützen

Unterrichtsstunden: ca. 10 UStd.

Fallsituation: Bislang liegt noch keine Fallsituation vor.

Intentionen und Relevanz:

„Damit Angehörige als primäre Bewältigungs- und Unterstützungsressourcen die ihnen zufallende Aufgaben erfüllen können, müssen sie gut informiert sein, aktiv in den Versorgungsprozess miteinbezogen sein und für sich selbst Möglichkeiten der Entlastung erhalten.“ (Zimansky et al., 2018, S. 331)

Angehörige und / oder Bezugspersonen der von Krebs betroffenen Menschen spielen im Verlauf der Krankheit eine wichtige Rolle: Einerseits sind sie selbst durch die Krankheit belastet und benötigen unter Umständen professionelle Unterstützung zur Bewältigung dieser Belastungssituation. Diese Belastungen können Gesprächssituationen mit Pflegekräften erschweren. Andererseits stellen Angehörige oder Bezugspersonen eine relevante Bewältigungs- und Unterstützungsressource für die an Krebs erkrankten Menschen dar und sollten nach Möglichkeit in den gesamten Versorgungsprozess einbezogen werden. Moderierende Aspekte in der Kommunikation mit Familien oder Bezugspersonen sind z. B. (a) Wie die Krankheit durch die von Krebs betroffenen Menschen einerseits und die Angehörigen oder Bezugspersonen andererseits eingeschätzt wird (Raschper, 2015, S. 223), (b) Welches Familienmitglied erkrankt ist (z. B. von Krebs betroffene Kinder; von Krebs betroffene Elternteile) und (c) In welchem Stadium der Krankheitsverlaufskurve die erkrankte Person sich befindet.

In dieser Lernsituation erwerben die Teilnehmer:innen Kompetenzen zur kommunikativen und beraterischen Unterstützung von Familien- und / oder Bezugssystemen bei der Bewältigung von Anforderungen und Belastungen, die durch die Unterstützung der von Krebs betroffenen Personen entstehen. Sie analysieren die Beziehungen innerhalb von Familiensystemen und ihre eigene Rolle darin und lernen, systemische Aspekte systematisch in die Pflege einzubeziehen. Sie nutzen

hierfür unterschiedliche Modelle und Ansätze der familienzentrierten Pflege. Außerdem wird der Zuständigkeitsbereich der Pflege in Abgrenzung zu anderen Professionen gekennzeichnet, damit die Teilnehmer:innen erkennen können, wann ggf. andere Professionen hinzugezogen werden müssen.

Bildungsziele:

Die Teilnehmer:innen erkennen und reflektieren den Widerspruch zwischen der Funktionsorientierung / Effizienz im Versorgungsprozess und der Ganzheitlichkeit / Individualität eines familiären Systems. Sie unterscheiden zwischen den Bedürfnissen von Krebs betroffener Personen und den Vorstellungen bzw. den Erwartungen der Bezugspersonen, reflektieren diese und suchen nach gemeinsamen Lösungswegen.

Kompetenzen:

Die Teilnehmer:innen

- erkennen, wertschätzen und fördern familiäre Ressourcen und beugen möglichen Komplikationen und Konflikten hierdurch vor
- entwickeln mit von Krebs betroffenen Menschen und deren Angehörigen ein Genogramm, um das gesamte Familiensystem / Bezugssystem zu verstehen
- erheben Unterstützungsbedarfe und Ressourcen von Bezugspersonen und leiten daraus Unterstützungsangebote ab
- entwickeln in der Beratung gemeinsam mit den Bezugspersonen Möglichkeiten der Verarbeitung und Entlastung
- erkennen, für welche Probleme ein psychoonkologisches Konsil notwendig ist und leiten diesbezüglich alle notwendigen Interventionen ein
- reflektieren im Team schwierige Situationen der Kommunikation in und mit Familien- und / oder Bezugssystemen und entwickeln gemeinsam Lösungsstrategien

Inhalte nach Situationsmerkmalen:

Handlungsanlässe

- nicht ausreichend ausgeschöpfte familiäre Ressourcen
- Rollenüberbelastung der pflegenden Bezugsperson
- beeinträchtigte Familienprozesse
- gefährdendes familiäres Coping

Kontextbedingungen

- Konzept der familienzentrierten Pflege (nach Friedemann „Theorie des systemischen Gleichgewichts - Pflegeverständnis der „Familie- und umweltbezogene Pflege“)
- „Calgary Modell“ - Familienzentrierte Pflege von Wright
- Auswirkungen onkologischer Erkrankungen auf Familienstrukturen
- Geno- und Ökogrammarbeit (ggf. Erweiterung der Pflegedokumentation)

ausgewählte Akteure

- Familien und / oder Bezugspersonen

Handlungsmuster

- familienzentrierte Maßnahme (Zimansky et al., 2018, S. 332 f.)
- familienzentriertes Aufnahmegespräch incl. eines systematisierten Familien-Assessments
- familienzentrierte lösungsorientierte Beratungsgespräche (systemische Fragetechniken / Gesprächsführung – zirkuläre Fragen)
- familienbezogene Fallbesprechungen von „schwierigen“ bzw. herausfordernden Situationen im (interprofessionellen) Austausch unter Einbezug erstellter Geno- / Ökogramme

Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen:

- Trainieren von systemisch fundierten Fragetechniken

Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben:

- Erstellen von Geno- / Ökogrammen
- Fallbesprechung: Pflegekraft skizziert die Situation einer Familie mit komplexen Problemen und formuliert eine aktuelle Fragestellung - anschließende Diskussion über Lösungsmöglichkeiten mit anderen Personen (Zimansky et al., 2018, S. 335)

Weitere Anregungen:

- Teilnehmer:innen beschreiben in Partner:innenarbeit jeweils eine Familie einer von einer Krebserkrankung betroffenen Person, die jeweils andere Teilnehmer:in erstellt ein Genogramm, anschließend wird dieses Genogramm gemeinsam validiert

Literatur:

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2012). Palliativmedizinisches Basisassessment (PBA):4.8.1. Erläuterung zum Formblatt „Patientenumfeld“ https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Patientenumfeld_Anleitung_kurz_DGP.pdf. (26.08.2020)

Gramm, J. (2012). Erläuterungen zum Genogrammformblatt. Oder: Die Karte ist nicht die Landschaft. Abgerufen von http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Genogrammanleitung_DGP.pdf (8.04.20)

Friedemann, M-L. & Köhlen, C. (2010). Familien- und umweltbezogene Pflege (3. Aufl.). Hans Huber Verlag.

Hildenbrand, B. (2015). Einführung in die Genogrammarbeit (4. Aufl.). Carl-Auer.

Köhlen, C. (2012a). Prinzipien der Familienorientierten Pflege. Kinderkrankenschwester, 31(4), 164-167.

Köhlen, C. (2012b). Familien- und Umweltbezogene Pflege: Teil 1. JuKiP, 1(1), 40–42.

Köhlen, C. (2012c): Familien- und Umweltbezogene Pflege: Teil 2. JuKiP, 1(2), 60–63.

Köhlen, C. & Friedemann, M.-L. (2016). Pflege von Familien: Die familien- und umweltbezogene Pflege in der Praxis. Europa-Lehrmittel.

Margulies, A., Kroner, T., Gaisser, A. & Bachmann-Metter, I. (2017). Onkologische Krankenpflege (6. Aktual. u. überarb. Aufl.). Springer Verlag.

Raschper, P. (2015). Kommunikation zwischen Pflegenden und onkologischen Patienten. Eine empirische Kompetenzerfassung als Beitrag zur Qualifikationsforschung im Berufsfeld Pflege. Jacobs Verlag. Lage

Ries-Gisler, T. & Spirig, R. (2014). Und plötzlich habe ich einen Tumor. Die Situation von Frau S. und ihrer Familie. Pflege, 27(2), 117 – 128.

Wright, L., M.& Leahey, M. (2009). Familienzentrierte Pflege (1. Aufl.). Hans Huber Verlag.

Wright, L. M., Leahey, M., Preusse-Bleuler, B. (2014). Familienzentrierte Pflege: Lehrbuch für Familienassessment und Interventionen. Hans Huber Verlag.

Zielke-Nadkarni, A. (2017). Familiensysteme und Familienstrukturen im Kontext von Pflege. Unterricht Pflege, 22(3), 15-21.

Zimansky, M., Franke, I., Heller, A.-H. & Remmers, H. (2018). Implementation und Evaluation einer familienzentrierten Pflege in der Onkologie. Pflege, 31(6), 331–337.

Lernsituation 4.0: Kollegiale Beratung

Unterrichtsstunden: 8 UStd. für die Einführung, dann fortlaufend nach Bedarf, ggf. weitere 8 UStd. für Zwischen- und Abschlussreflexion

Intentionen und Relevanz:

Die Versorgung bzw. Betreuung von Menschen, die von Krebs betroffen sind und ihren Bezugspersonen kann für Pflegefachkräfte emotional sehr belastend sein und sie immer wieder vor die Herausforderung stellen, die eigenen Gefühle zu reflektieren und die Balance zwischen Nähe und Distanz gegenüber Patient:innen und Bezugspersonen kritisch zu prüfen. Die motivierende Unterstützung von von Krebs betroffenen Menschen und ihren Bezugspersonen in Phasen der Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit, der Tod von Patient:innen, zu denen Fachkräfte über einen längeren Zeitraum hinweg eine intensive Beziehung aufgebaut haben sowie die Trauerarbeit mit den Bezugspersonen gehen nicht immer spurlos an Pflegekräften vorüber. Darüber hinaus können auch Spannungen im interprofessionellen Team auftreten oder Vermittlungsversuche zwischen den Interessen der Patient:innen, Bezugspersonen und Ärzt:innen erforderlich sein, die als belastend oder sogar überfordernd wahrgenommen werden.

Obwohl in der pflegerischen Versorgung besonders der Teamgedanke und die enge Zusammenarbeit eine wichtige Rolle spielen, machen Pflegefachkräfte emotional belastende Erlebnisse primär mit sich selbst aus oder in Form von Randgesprächen mit einzelnen Kolleg:innen bei den Übergaben oder in den Pausen. „Dabei sind Teams eine reiche Quelle von Fachwissen und Erfahrungen. Sie können kollegiale Unterstützung bieten“ (Kocks & Segmüller, 2018, S. 2).

Die kollegiale Beratung dient als Instrument des kollegialen Austausches und bietet die Möglichkeit, eine regelmäßige und strukturierte Reflexion in den pflegerischen Teams zu etablieren. Auf diese Weise können die unterschiedlichen Perspektiven und Expertisen als Ressource genutzt werden, um Lösungsansätze zu erarbeiten und damit die berufliche Handlungskompetenz zu verbessern und emotionale Belastungen abzubauen bzw. zu vermindern. Aufgrund begrenzter zeitlicher sowie institutioneller Ressourcen gewinnen digitale bzw. hybride Konzepte der Reflexion und des kollegialen Austausches immer mehr an Bedeutung.

Diese Lernsituation hat Bezüge zum Fachmodul „Auf sich selbst achten“ (40 Stunden) der DKG-Empfehlung zur „Weiterbildung Pflege in der Onkologie“ (DKG 2019)

Bildungsziele:

Die Teilnehmer:innen erkennen den Widerspruch zwischen notwendiger „professioneller“ Reflexion und mangelnden institutionellen Ressourcen und entwickeln Lösungen, um innovative Konzepte in traditionellen Strukturen implementieren zu können.

Kompetenzen:

Die Teilnehmer:innen

- erkennen berufliche Belastungen und nehmen frühzeitig geeignete Entlastungs- und Reflexionsangebote wahr
- nutzen das Konzept der kollegialen Beratung, um Problemstellungen zu analysieren und Lösungsansätze zu entwickeln
- reflektieren die eigene berufliche Haltung kritisch und passen ggf. das berufliche Handeln an
- erkennen das Potenzial der kollegialen Beratung als Instrument der Reflexion und Personalentwicklung innerhalb der eigenen Berufsgruppe und setzen es gezielt im Arbeitsalltag ein
- initiieren und moderieren selbständig Prozesse der kollegialen Beratung
- übertragen die erarbeitete Problemlösungskompetenz auf vielfältige berufliche Kontexte

Inhalte nach Situationsmerkmalen:

Handlungsanlässe

- Überforderung der Pflegefachkräfte
- aktuelle Problemstellungen und Konflikte im Arbeitsprozess
- herausfordernde oder belastende Ereignisse im Arbeitsalltag

Kontextbedingungen

- Bereitschaft zur Implementierung ausgewählter Konzepte zur Förderung einer strukturierten Austausch- und Reflexionskultur und Schaffung erforderlicher Rahmenbedingungen (Zeit, Ort, Teilnehmer:innen, Rollen, Freiwilligkeit, Vertraulichkeit)

ausgewählte Akteure

- Teilnehmer:innen als Multiplikator:innen und Förder:innen einer beruflichen Reflexionskultur

Handlungsmuster

- Planung, Durchführung und Auswertung kollegialer Beratung
- Implementation kollegialer Beratung in institutionelle Rahmenstrukturen

Literatur:

Arnold, P. & Schindler, W. (2018): Kollegiale Beratung online als Brücke zwischen Studium und Praxis der sozialen Arbeit. In P. Arnold, H.R. Griesehop & C. Füssenhäuser (Hrsg.). Profilierung sozialer Arbeit online: Innovative Studienformate und Qualifizierungswege (S. 301-321). Springer VS.

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (2012). Kollegiale Beratung in der Pflege - Ein praktischer Leitfaden zur Einführung und Implementierung. Abgerufen von <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/05/LeitfadenBIS1.pdf> (29.06.2020)

Johns, C., Poser, M., Muijsers, P. & Hinrichs, S. (2004). Selbstreflexion in der Pflegepraxis: Gemeinsam aus Erfahrungen lernen. Hans Huber Verlag.

Kocks, A. (2019). Kollegiale Beratung in der Pflege: Einen Schritt weiterkommen. Pflegezeitschrift, 72(12), 26-30.

Kocks, A. & Segmüller, T. (2019). Kollegiale Beratung im Pflorgeteam: Implementieren – durchführen – Qualität sichern. Springer Verlag.

Kollegiale Beratung Online (KOBEO): kollegiale Beratung im Online-Format für Lehrer*innen (www.kobeo-lehrer.de)

Manz, A. (2010). Kollegiale Beratung. In A. Schlüter (Hrsg.). Bildungsberatung: Eine Einführung für Studierende. Verlag Barbara Budrich.

Roddewig, M. (2016). Kollegiale Beratung in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung – Kollegiale Beratung als Form der selbstgesteuerten Lernbegleitung. PADUA, 11(1), 37-44.

Tietze, K.-O. (2013). Wirkprozesse und personenbezogene Wirkungen von kollegialer Beratung. Springer VS.

Tietze, K.-O. (2019). Kollegiale Beratung – einfach aus der Ferne, komplex aus der Nähe. Organisationsberatung, Supervision, Coaching, 26(4), 439-454.

Zimber, A. & Ullrich, A. (2012). Wie wirkt sich die Teilnahme an kollegialer Beratung auf die Gesundheit aus? Ergebnisse einer Interventionsstudie in der Psychiatriepflege. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 20(2), 80-91.

Weiterführende Literatur:

e-beratungsjournal.net

Lernsituation 5.0: Kommunikation und Beratung im Krankheitsverlauf: Einführung in das Trajektmodell

Unterrichtsstunden: ca. 10 UStd.

Intentionen und Relevanz:

Menschen, die von einer Krebserkrankung betroffen sind, konzentrieren sich häufig primär auf das durch die Krankheit hervorgerufene irrierte Leben (Schaeffer 2009). Empfundene Unsicherheiten bezüglich des Krankheitsverlaufs und Informations- und Wissensmangel führen zu gravierenden Einschränkungen des Alltagslebens. Krebserkrankungen können Auswirkungen auf das emotionale, psychische und soziale Wohlbefinden haben. Sie berühren sämtliche Lebensbereiche und damit verbunden auch die Lebensqualität der von Krebs betroffenen Menschen und ihrer Bezugspersonen.

Das Trajektmodell (engl. trajectory) bildet eine wichtige Grundlage für die Pflegeberatung und -begleitung von von Krebs betroffenen Menschen und ihrer Bezugspersonen. Als ein fallgeleitetes Bezugspflegesystem verbildlicht das Modell die unterschiedlichen Phasen und Stadien im Verlauf von chronischen Erkrankungen. Das Trajektmodell ermöglicht es, die Biografie und die unterschiedlichen Lebensbereiche (z. B. Familie, Finanzen, Medikamentennebenwirkungen, pflegerische Aspekte, Beruf, Freizeit) der von Krebs betroffenen Person in die Pflege einzubeziehen und sie in ihrer Selbständigkeit und Selbstbestimmung sowie ihrem Selbstmanagement zu unterstützen. Mit Hilfe des Trajektmodells werden die Pflegefachpersonen dazu befähigt, sich in die Patient:innensichtweise hineinzudenken und den Krankheitsverlauf umfassend zu begleiten und positiv zu beeinflussen. Zudem findet das Trajektmodell Anwendung bei der „integrierten Versorgung“, im Care- und Case- sowie im Entlassungsmanagement.

Bildungsziele:

Die Teilnehmer:innen erkennen und reflektieren den Unterschied zwischen Fürsorge bzw. Gestaltung einer qualitativ hochwertigen Pflegeversorgung und der Anerkennung der Autonomie.

Ferner reflektieren die Teilnehmer:innen den Widerspruch zwischen Krankheitsfokussierung und „individuellen Bewältigungsstrategien“ und entwickeln Lösungsansätze mit der von Krebs betroffenen Person und ihren Bezugspersonen.

Kompetenzen:

Die Teilnehmer:innen

- nutzen das Trajektmodell als Deutungsfolie, um Verstehenshypothesen für das Verhalten von Menschen, die von Krebs betroffen sind, zu entwickeln
- nutzen das Trajektmodell, um gemeinsam mit der von Krebs betroffenen Person und ihren Bezugspersonen die Versorgung zu gestalten, sie anzupassen und zu evaluieren, mit dem Ziel, Selbstbestimmung und Selbstständigkeit zu fördern
- erkennen anhand der Krankheitsverlaufskurve mögliche Schnittstellenproblematiken in der pflegerischen Versorgung
- berücksichtigen unterschiedliche Formen von Unsicherheit der Betroffenen in unterschiedlichen Phasen des Krankheitsverlaufs
- evaluieren und reflektieren in regelmäßigen Abständen die Effektivität der eigenen Pflegeintervention
- bauen eine vertrauensvolle Beziehung zu den von Krebs betroffenen Menschen und ihren Bezugspersonen auf (vor dem Hintergrund eines langwierigen Therapieprozesses), bestärken sie in ihren Ressourcen und motivieren sie

Inhalte nach Situationsmerkmalen:

Handlungsanlässe

- variierende Kommunikationsbedürfnisse der zu pflegenden Menschen in den unterschiedlichen Phasen der Krebserkrankung
- Bereitschaft für eine verbesserte Selbstbestimmung und Selbstfürsorge
- Erfordernis, parallellaufende Krankheitsverlaufskurven bei mehreren chronischen Erkrankungen führen zu müssen
- Bereitschaft für ein verbessertes Gesundheitsmanagement
- Bereitschaft für ein verbessertes familiäres Coping

Kontextbedingungen

- individueller Kontext (wirtschaftliche Situation, soziale Situation, Wohnsituation)
- Care- und Casemanagement

ausgewählte Akteure

- die zu pflegenden Menschen und die Pflegefachpersonen

Handlungsmuster

- auf der Basis des Verlaufskurven- / Trajektmodells (Corbin & Strauss 2004) Kommunikations-, Informations- und Pflegebedarfe feststellen und Ansatzpunkte für die pflegerische Unterstützung in der Bewältigung der mit der Krebserkrankung verbundenen Anforderungen ableiten

- beziehungsorientierte Pflegemodelle als Bezugsrahmen für Pflegeprozesse im Rahmen der Krankheitsverlaufskurve nutzen (z.B. Peplau)
 - Arbeitslinien im Umgang mit Menschen, die von einer Krebserkrankung betroffen sind, und ihren Bezugspersonen nachvollziehen und begleiten
 - soziale und emotionale Unterstützung in den unterschiedlichen Phasen der Verlaufskurve (Leben mit chronischer Erkrankung, Bewältigung)
 - Einbeziehung des sozialen Umfelds (Familie, informelle Helfer:innen, etc.) in den unterschiedlichen Phasen des Krankheitsverlaufs
 - Versorgungsintegration und -kontinuität durch Orientierung am Trajektmodell gewährleisten
-
- Die Teilnehmer:innen führen ein Interview mit einer von einer onkologischen Erkrankung betroffenen, zu pflegenden Person, zeichnen dieses auf und werten es im Hinblick auf die Krankheitsverlaufskurve aus. Im Anschluss werden alle gesammelten und ausgewerteten Krankheitsverlaufskurven vorgestellt und auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten verglichen.

Didaktische Anregungen:

Literatur:

Corbin J. & Strauss, A. (2004). Weiterleben lernen – Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Hans Huber Verlag.

Grötke, K. & Hokenbecker-Belke, E. (2006). Pflegemodell – Das Trajekt-Modell – Im Mittelpunkt: der chronisch kranke Patient als aktiver Partner. Die Schwester/ Der Pfleger, 45(4), 270-274.

Hüper, C. & Hellige, B. (2007). Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke. Rahmenbedingungen - Grundlagen - Konzepte - Methoden. Mabuse-Verlag.

Schaeffer, D. (Hrsg.) (2009). Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Hans Huber Verlag.

Schaeffer, D. & Moers, M. (2011). Bewältigung chronischer Krankheiten-Herausforderung für die Pflege. In D. Schaeffer & D. Wingenfeld (Hrsg.), Handbuch Pflegewissenschaft (S. 329-363). Juventa Verlag.

Segmüller, T. (2015). Beraten, Informieren und Schulen in der Pflege: Rückblick auf 20 Jahre Entwicklung. Mabuse Verlag.

Thorne, S., Hislop, T.-G., Kim-Sing, C., Oglov, V., Oliffe, J.L. & Stajduhar, K.I. (2014). Changing communication needs and preferences across the cancer care trajectory: insights from the patient perspective. *Supportive Care in Cancer*, 22(4), 1009–1015.

**Weiterführende
Literatur:**

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2019). Expertenstandard: Entlassungsmanagement in der Pflege (2. Aktualisierung 2019). Hochschule Osnabrück.

Lernsituation 5.1: Kommunikation und Beratung im Umfeld der Diagnose

Unterrichtsstunden: 22 UStd.

Fallsituation: PK kommt mit einem ganz anderen Anliegen in das Patient:innenzimmer, Patient:in ist gerade „aufgeklärt“ worden und hat noch viele Fragen bzw. hohen Informationsbedarf. Die PK erlebt eine Überforderung durch diese „ad hoc“ Situation.

Intentionen und Relevanz: Der Zeitraum vom Ausbruch einer Erkrankung, mit Wahrnehmung von ersten Symptomen, bis zur ersten offiziellen Diagnose gilt in der Krankheitsverlaufskurve als Krise. Diese Phase ist oft von großer Unsicherheit begleitet, Gefühle schwanken zwischen Hoffnung und Verzweiflung bzw. Angst. Die von Krebs betroffenen Menschen und ihre Bezugspersonen erleben die Diagnose häufig als eine existentielle Bedrohung. Sie haben einen unterschiedlich hohen Bedarf, komplexe Informationen zu verstehen, um auf dieser Grundlage nicht selten meistens grundlegende lebensverändernde Entscheidungen treffen zu können. Der Informationsbedarf kann sehr hoch sein, aber auch bis hin zur völligen Verdrängung reichen und sich im Verlauf der Erkrankung immer wieder verändern. Beim Aufklärungsgespräch befinden sich die Beteiligten in unterschiedlichen Erlebniswelten, sodass es zu Kommunikationsproblemen kommen kann. Häufig können im ärztlichen Aufklärungsgespräch aus vielfältigen Gründen nicht alle relevanten Aspekte und die sich daraus ergebenden Konsequenzen thematisiert werden, so dass nach einem Gespräch viele Fragen offenbleiben. Die Aufklärung des von Krebs betroffenen Menschen sollte daher als interprofessioneller Prozess mit Vertreter:innen unterschiedlicher Gesundheitsprofessionen konzeptualisiert werden. Pflegefachpersonen stellen in der Kommunikation oft ein Bindeglied zwischen den von Krebs betroffenen Menschen, ihren Bezugspersonen und den Ärztinnen/Ärzten dar und bieten Unterstützung vor, während und besonders nach dem ärztlichen Aufklärungsgespräch.

Bildungsziele: Die Teilnehmer:innen reflektieren den Widerspruch, angemessen und professionell mit den Ängsten und Emotionen der von Krebs betroffenen Menschen und ihrer Bezugspersonen umzugehen, und den Grenzen der eigenen Empathiefähigkeit bzw. der Überforderung. Sie suchen nach Lösungsmöglichkeiten bei der Unvereinbarkeit des Informationsbedarfs der betroffenen Menschen und der Informationen, die Pflegefachpersonen in Bezug auf die Diagnose kommunizieren dürfen. Des Weiteren erarbeiten sie den Widerspruch zwischen dem oftmals mangelnden Informationsfluss über Diagnose-/Prognosegespräche zwischen Ärzt:innen und Pflegepersonal einerseits und dem Anspruch, den von Krebs betroffenen Menschen auch über das Aufklärungsgespräch hinaus umfassend mit Informationen zu versorgen.

Kompetenzen: Die Teilnehmer:innen

- gehen auf die Sorgen und Probleme der von Krebs betroffenen Menschen und ihrer Bezugspersonen empathisch ein und unterstützen sie bei Verunsicherung und starken Emotionen, wie Angst, Furcht, Verzweiflung, Wut und Hoffnungslosigkeit
- verstehen das Überbringen „schlechter Nachrichten“ als interprofessionellen Prozess und beteiligen sich daran im Rahmen der pflegerischen Rolle durch einfühlsame, verständliche, wissensbasierte Informationsgabe
- gestalten eine professionelle Beziehung und gemeinsame Kommunikationsbasis mit von Krebs betroffenen Menschen und ihren Bezugspersonen unter Beachtung der individuellen, auch kulturell beeinflussten Lebenswelt und Lebenserfahrungen

Inhalte nach Situationsmerkmalen:

Handlungsanlässe

- erfolgte ärztliche Aufklärung einer von Krebs betroffenen Person über Diagnose, Therapieoptionen und Prognose
- erfolgte Diagnose, Erfordernis der Diagnosemitteilung
- der emotionale Zustand von von Krebs betroffenen Menschen und ihren Angehörigen / Bezugspersonen (Angst / Furcht / Ungewissheit / Schock) im Umfeld der Diagnose
- unterschiedlicher Informationsbedarf vor, während und besonders nach dem ärztlichen Aufklärungsgespräch

Kontextbedingungen

- rechtliche Aspekte von Aufklärung
- Aufklärung und das „Überbringen schlechter Nachrichten“ als interprofessioneller Prozess und die Rolle der Pflegefachpersonen
- häufig „Ad-hoc-Charakter“ der Gesprächssituation

ausgewählte Akteure

- vom Krebs betroffene Menschen mit Informationsbedarf vor, während und nach dem ärztlichen Aufklärungsgespräch
- Bezugspersonen von Krebs betroffener Menschen mit Informationsbedarf

Handlungsmuster

- interprofessionelle Gestaltung des Aufklärungsprozesses („Überbringen schlechter Nachrichten“)
- sinnvolle Abstimmung / Absprachen zwischen den Berufsgruppen (Zeitpunkt, Informationen, gemeinsame Durchführung / enger Austausch, Aufgabenverteilung)
- Überbringen schlechter Nachrichten unter Berücksichtigung des SPIKES-Modells (6 Schritte zur Unterstützung bei der Übermittlung schwerwiegender Nachrichten) und des NURSE-Modells
- adressatengerechte Patient:innenedukation unter Nutzung geeigneter Materialien und digitaler Angebote, auch z. B. bezogen auf Unterstützungsangebote anderer Berufsgruppen
- psychosoziale und emotionale Unterstützung / Entlastung der von Krebs betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen bei der Bewältigung und Verarbeitung der „schlechten Nachrichten“ und Förderung des psychischen Wohlbefindens (z. B. Angstminderung, Unterstützungssystemförderung, Hoffungsvermittlung, Beruhigung)

Didaktische Anregungen:

- Diese Lernsituation wurde umfassend im Rahmen des CAROplus-ONKO-Projekts ausgearbeitet.

Literatur:

Baile, W. F., Buckmann, R., Lenzi, R. et al. (2000): SPIKES – A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5:302-311. doi: 10.1634/theoncologist.5-4-302 (12.12.2020).

Coussios, G.; Imo, W.; Korte, L. (2019). Sprechen mit Krebspatienten. Ein geschätsanalytisch fundiertes Trainingshandbuch für die medizinische Aus- und Weiterbildung. Empirische Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen (EKiG) Band 7. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung. Abgerufen von: <http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2019/pdf/krebspatienten.pdf>. (12.12.2020).

Hänel, P.; Jansen, E. (2020). Schlechte Nachrichten Überbringen. Interprofessionelle Zusammenarbeit. *Die Schwester / Der Pfleger*, (1) S. 32-35.

Schildmann, J.; Härlein, J. (2016). Aufklärung von an Krebs erkrankten Patienten im interprofessionellen Kontext. Ethische und kommunikative Herausforderungen. *On-kologe*, (22) S. 665-672.

Schildmann, J.; Härlein, J. (2015). Schlechte Nachrichten überbringen. Kompetenzen des multiprofessionellen Behandlungsteams. *Leitfaden*, (2) S. 34-37.

Hänel, P. & Jansen, E. (2020). Schlechte Nachrichten überbringen. Interprofessionelle Zusammenarbeit. *Die Schwester / Der Pfleger*, 20(1), 32-35.

Schildmann, J. & Härlein, J. (2016). Aufklärung von an Krebs erkrankten Patienten im interprofessionellen Kontext. Ethische und kommunikative Herausforderungen. *Onkologe*, 22(9), 665–672.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaft (SAMW) (2019): Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis. Bern. Abgerufen von: file:///C:/Users/darma/Downloads/leitfaden_samw_kommunikation_alltag.pdf. (12.12.2020).

Wiswede, D. & Münte, T. (2015). Überbringen schlechter Nachrichten. In: Lehnert H. et al. (eds). SpringerReference Innere Medizin. Berlin, Heidelberg: Springer. Abgerufen von: https://doi.org/10.1007/978-3-642-54676-1_211-1 (12.12.2020).

Lernsituation 5.2: Kommunikation und Beratung bei Therapiebeginn und im Therapieverlauf

Unterrichtsstunden: ca. 10 UStd.

Fallsituation: Die Teilnehmer:innen entwickeln individuell angepasste Unterstützungsangebote zu selbst erhobenen Fällen.

Intentionen und Relevanz: Schon bei Diagnosestellung, aber auch vor, während und nach speziellen Interventionen sowie in langen Behandlungszyklen besteht ein erhöhter Bedarf an Informationen zu vielfältigen supportiven Versorgungsangeboten. Pflegefachpersonen bieten einen niedrigschwelligen Zugang zu zielgruppengerechter und qualitätsgesicherter Information, z. B. zur Sicherstellung des Selbstmanagements. Mittlerweile bieten digitale Tools alternative Optionen der Wissensvermittlung und des Wissensmanagements. Pflegefachpersonen haben dabei die Aufgabe, Patient:innen bei der Nutzung zu unterstützen und zu beraten. Daneben stellen regelmäßige digitale Krankheits- und Nebenwirkungsabfragen eine Form der bedarfsgerechten Unterstützung der von Krebs betroffenen Menschen dar.

Bildungsziele: Die Teilnehmer:innen reflektieren den Widerspruch zwischen den aus pflegerischer Sicht sinnvollen (Selbst-)Pfleßmaßnahmen, die dazu beitragen können, die Lebensqualität zu verbessern, und der subjektiven Sicht der von Krebs betroffenen Menschen und ihrer Bezugspersonen.

Kompetenzen: Die Teilnehmer:innen

- fördern Selbstmanagement und Adhärenz von Krebs betroffener Menschen
- identifizieren individuelle Informations-, Schulungs- und Beratungsbedarfe von von Krebs betroffenen Menschen und ihren Bezugspersonen
- ermitteln die Lernvoraussetzungen der zu pflegenden Menschen und planen daran angepasste wissensbasierte Einzel- und Gruppenschulungen, führen sie durch und evaluieren sie

- bewerten unterschiedliche digitale Tools, z. B. Apps zur Unterstützung des Selbstmanagements
- bewerten und nutzen unterschiedliche digitale Angebote zur Wissensvermittlung und zum Wissensmanagement
- beraten den von Krebs betroffenen Menschen und die Bezugspersonen hinsichtlich digitaler Tools und Angebote zur Unterstützung des Selbstmanagements

Inhalte nach Situationsmerkmalen:

Handlungsanlässe

bei von Krebs betroffenen Menschen:

- Informationsbedarf und niedriger Grad an Gesundheitskompetenz
- beeinträchtigte individuelle Resilienz
- Bereitschaft für ein verbessertes Management der eigenen Gesundheit
- unwirksames Coping
- Bereitschaft für ein wirksames Gesundheitsverhalten

bei den Bezugspersonen von Krebs betroffener Menschen:

- unwirksames familiäres Gesundheits- und Therapiemanagement

Kontextbedingungen

- Patient:inneninformationszentren (PIZ), Selbsthilfegruppen, Entlassungsangebote für die von Krebs betroffenen Menschen und ihre Bezugspersonen
- S3- Leitlinie Supportive Therapie bei onkologischen Patient:innen
- häuslicher Kontext

ausgewählte Akteure

- von Krebs betroffene Menschen mit unterschiedlichen Lernvoraussetzungen und Informationsbedarfen

Handlungsmuster

Information, Schulung und Beratung:

- Unterstützung und Verbesserung des Copingprozesses
- Förderung von Adhärenz
- Selbstwirksamkeitsmanagement
- Planung, Durchführung und Evaluation einer Informationsgabe sowie Einzel- und Gruppenschulungen, z. B. zu den Themen Krankheitsprozess, Umgang mit verordneter Medikation, Symptommanagement
- Planung, Durchführung und Evaluation von Mikroschulungen
- telefonische und digitale Nachsorge – Follow ups durch digitale Tools
- Beratung in Bezug auf Apps zum Selbstmanagement und zur Verlaufskontrolle, wie ankado-App, Kaiku Health, babylon

Literatur:

Abt-Zegelin, A. (2017). Alltag leben trotz Krankheit- Pflegerische Unterstützung umfasst Informieren, Beraten und Schulen. In T. Segmüller (Hrsg.). Beraten, Informieren und Schulen in der Pflege. Rückblick auf 20 Jahre Entwicklung, 2.Aufl., S.15- 18. Mabuse Verlag.

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (2015). Gute Praxis Gesundheitsinformation: Ein Positionspapier des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V. Abgerufen von https://www.ebm-netzwerk.de/de/medien/pdf/gpgi_2_20160721.pdf. (01.07.2020).

Haslbeck, J. (2007). Bewältigung komplexer Medikamentenregime bei chronischen Erkrankungen – Herausforderungen aus Sicht chronisch Kranker. Abgerufen von <https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-136.pdf> (19.05.2020).

Kocks, A. & Segmüller, T. (2012). Wittener Werkzeuge: Ein Double-Care Beratungsansatz für die Pflege. PADUA,7(2), 60-62.

Overkamp, F. (2020). Digitalisierung in der Onkologie. Chancen und Nutzen in der klinischen Praxis. Forum 2020, 35(2),125-128.

Rollnick, S., Miller, W. R. & Butler, C. (2008). Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior. Guilfort Press.

Schmid-Büchi, S., Dassen, Th. & Halfens, R. (2005). Die Erfahrung, an Brustkrebs zu erkranken, und wie die betroffenen Frauen ihr Leben wieder unter Kontrolle bringen. Pflege, 18(6), 345–352.

Segmüller, T. (2015). Beraten, Informieren und Schulen in der Pflege: Rückblick auf 20 Jahre Entwicklung. Mabuse Verlag. Frankfurt am Main.

Spencer, J. C. & Wheeler, S. B. (2016). A systematic review of Motivational Interviewing intervention in cancer patients and survivors. Patient Education and Counseling, 99(7), 1099-1105.

Lernsituation 5.3: Kommunikation und Beratung im Auf und Ab der Erkrankung

Unterrichtsstunden: ca. 10 UStd.

Fallsituation: Bekannter Patient kommt mit einem Rezidiv, es besteht die Herausforderung, Hoffnung zu vermitteln.

Intentionen und Relevanz: Krebserkrankungen haben keinen kontinuierlichen, gleichbleibenden Verlauf, sie sind zeitlich nicht begrenzt und können den von Krebs betroffenen Menschen das ganze Leben über begleiten und mit einem (rapiden) Wechsel von Stabilisierungs- und Destabilisierungsphasen einhergehen. Besonders bei einem Rezidiv oder dem Auftreten von Metastasen kann es zu einer krisenhaften Zuspitzung mit Abwärtstendenzen und fortschreitender Verschlechterung kommen. Das emotionale Erleben schwankt zwischen Höhen und Tiefen, Hoffnung und Ängsten. Durch das Auf und Ab können sich die kommunikativen und beraterischen Bedürfnisse und Präferenzen immer wieder ändern. Die Abklärung des aktuellen Zustands, der individuellen Hoffungsstrategien und der Wertpräferenzen im Rahmen der verlaufskurvenorientierten patient:innenzentrierten Kommunikation sind grundlegende Bestandteile, die einen Beitrag für eine hochwertige Krebsversorgung gewährleisten.

Bildungsziele: Die Teilnehmer:innen nehmen in dieser Phase des Krankheitsverlaufs den Widerspruch zwischen strukturierten Behandlungsverläufen und Planänderungen durch unvorhergesehenes Geschehen wie bspw. Metastasierungen oder einem Rezidiv wahr. Bei ihren kommunikativen Interventionen berücksichtigen sie das Spannungsfeld von einer unnötigen Ängstigung der von Krebs betroffenen Menschen einerseits und der Vermittlung falscher Hoffnungen andererseits. Die Teilnehmer:innen balancieren in der Beziehungsgestaltung Nähe (Mitgefühl) und Distanz (Abgrenzung) aus und erkennen den Widerspruch zwischen dem Gefühl der Normalität und der wiederkehrenden Konfrontation mit chronischer Erkrankung.

Kompetenzen:

Die Teilnehmer:innen

- wenden Beratungsinterventionen zu angemessenen Bewältigungsstrategien an
- unterstützen kommunikativ bei der Krankheitsbewältigung
- stabilisieren den von Krebs betroffenen Menschen besonders in emotionalen Krisen und lindern durch Unterstützung der Bewältigungsfähigkeit und Ressourcen den Leidensdruck
- stärken und fördern das Wohlbefinden und die individuelle Resilienz

Inhalte nach Situationsmerkmalen:

Handlungsanlässe

- Bereitschaft für eine verbesserte Sinnfindung
- Bereitschaft zur individuellen Resilienz
- Hoffnungslosigkeit
- Furcht
- Wut

Kontextbedingungen

- Abgrenzung zum Arbeitsfeld der Psychoonkologie

ausgewählte Akteure

- von Krebs betroffene Menschen mit Spätrezidiv oder Zweittumor

Handlungsmuster

- Ressourcenstärkung
- Krisenintervention
- Hoffungsvermittlung (Abklärung des aktuellen Zustands: Leitschemata HOPE, Abklärung individueller Hoffungsstrategien: Leitschema GRACT)
- kommunikative und beraterische Unterstützung pflegender Bezugspersonen
- Durchführung von Emotionsarbeit mit Hilfe des NURSE-Modells

Literatur:

Hans, M. (2020). Hoffnung vermitteln im Pflegeprozess: Downloadmaterial. Psychiatrie Verlag. Abgerufen von https://psychiatrie-verlag.de/wp-content/uploads/2019/06/936_hoffnung_Download.pdf (04.07.2020).

Hüper, C. & Hellige B. (2007). Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke. Rahmenbedingungen - Grundlagen - Konzepte - Methoden. Mabuse-Verlag.

Kimberlin, C., Brushwood, D., Allen, W., Radson, E. & Wilson, D. (2004). Cancer patient and caregiver experiences: communication and pain management issues. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28(6), 566–578.

Lange, K. (2019). Bewältigung und Umgang mit chronischen Krankheiten. In R. Haring (Hrsg.). *Gesundheitswissenschaft*, S. 311-321. Springer.

Raschper, P. (2015). Kommunikation zwischen Pflegenden und onkologischen Patienten. Eine empirische Kompetenzerfassung als Beitrag zur Qualifikationsforschung im Berufsfeld Pflege. Jacobs Verlag.

Salmon, P. & Young, B. (2017). A new paradigm for clinical communication: critical review of literature in cancer care. *Medical Education*, 51(3), 258–268.

Schlechtriemen-Koß, A. (2014). Angstkontrolle- der heimliche Auftrag der Medizin. In T. Hax-Schoppenhorst & A. Kusserow (Hrsg.). *Das Angst-Buch für Pflege- und Gesundheitsberufe: Praxishandbuch für die Pflege- und Gesundheitsarbeit*, S.30-44. Hans Huber Verlag.

Wickert, M. (2020). Psychoonkologische Krisenintervention. Vom Umgang mit psychischen Krisen im onkologischen Kontext. Springer Medizin Verlag.

Tschuschke, V. (2011). Psychoonkologie: Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs. Schattauer.

Lernsituation 5.4: Kommunikation und Beratung in der Phase der Abwärtsentwicklung und des Sterbens

Unterrichtsstunden: ca. 10 UStd.

Fallsituation: Eine häusliche schwierige familiäre Situation mit teilweiser Leugnung des bevorstehenden Lebensendes.

Intentionen und Relevanz: In der Phase der Abwärtsbewegung und des Sterbens verändert sich die Perspektive des von Krebs betroffenen Menschen und seiner Bezugspersonen. In dieser Phase stehen die Akzeptanz der eigenen Endlichkeit, der Lebensrückblick und die Gestaltung der letzten Lebensphase im Hinblick auf die Lebensqualität und damit die partizipative Entscheidung für einen den jeweiligen Wertpräferenzen entsprechenden Behandlungs- und Pflegeansatz im Vordergrund.

Das Thema Sterben impliziert eine Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit und Verlustängsten bei den Bezugspersonen. Offene Gespräche zu den emotional hoch sensibel besetzten Themen „Tod“ und „Sterben“ werden nicht selten von den beteiligten Akteur:innen aus Sorge vor heftigen Gefühlsreaktionen vermieden. Diese Vermeidungsstrategien kommen vor allem zum Einsatz, wenn die Beteiligten mit der Situation überfordert sind. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, dass die Teilnehmer:innen ihre eigenen Gefühle kritisch reflektieren können und Strategien entwickeln, um emotionalen Reaktionen der von Krebs betroffenen Menschen und ihren Bezugspersonen begegnen zu können.

Hinsichtlich der palliativen Versorgungsangebote in Deutschland gibt es einen hohen Aufklärungsbedarf bei Betroffenen und deren Bezugspersonen, entsprechende Strukturen stehen nicht überall zur Verfügung (Bertelsmann-Stiftung 2015). Daher nehmen Beratungsangebote seitens der Pflegefachkräfte eine zentrale Rolle in dieser Phase des Krankheitsverlaufs ein. Die Lernsituation hat Bezüge zum Fachmodul „Palliativ pflegen“ der DKG-Empfehlung zur „Weiterbildung Pflege in der Onkologie“ (DKG 2019).

Bildungsziele: Im Hinblick auf diese Phase des Krankheitsverlaufs reflektieren die Teilnehmer:innen den Widerspruch zwischen Ehrlichkeit mit Blick auf die Endlichkeit des Lebens und gleichzeitiger Hoffnungsvermittlung bezogen auf die Realisierung von Zukunftsplänen und Wünschen, um von Krebs betroffenen Menschen und ihren Bezugspersonen im Gespräch bzw. im Beratungskontext aufrichtig und gleichzeitig konstruktiv begegnen zu können.

Kompetenzen: Die Teilnehmer:innen

- identifizieren Kommunikationsbedarfe und initiieren situationssensibel Gespräche
- informieren und beraten von Krebs betroffene Menschen und ihre Bezugspersonen über die spezifischen Schwerpunkte palliativer Versorgungsangebote
- fördern und unterstützen Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung über das eigene Leben in der letzten Lebensphase, auch unter Abwägung konkurrierender ethischer Prinzipien
- begleiten von Krebs betroffene Menschen und ihre Bezugspersonen im Trauerprozesses und bei der Verarbeitung von Verlust
- unterstützen von Krebs betroffene Menschen beim Lebensrückblick (life review)

Inhalte nach Situationsmerkmalen:

Handlungsanlässe

Kommunikationsanlässe der von Krebs betroffenen Menschen:

- Todesangst
- Trauern
- unwirksame Verleugnung
- Bereitschaft für ein verbessertes spirituelles Wohlbefinden
- Bereitschaft für eine verbesserte Sinnfindung

Kontextbedingungen

- Integration anderer Berufsgruppen: Seelsorger:innen, Hospizhelfer:innen

ausgewählte Akteure

- von Krebs betroffene Menschen und ihre Bezugsperson im häuslichen Setting

Handlungsmuster

- situative Rahmen schaffen, um Gespräche zu ermöglichen
- offene Kommunikation
- Trauerarbeit
- spirituelle Unterstützung
- Biographiearbeit, story-Konzept
- ggf. versorgungsbezogene Beratung

Literatur:

Anderheiden, M. & Eckart W. (Hrsg.) (2012): Handbuch Sterben und Menschenwürde. De Gruyter.

Bertelsmann Stiftung (2015). Faktencheck Palliativversorgung Modul 1-3. Abgerufen von <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2015/november/medizinische-versorgung-am-lebensende-noch-zu-haueufig-im-krankenhaus/> (02.07.2020).

Chabloz-Süssenbach, C., Sailer Schramm, M., Stoll, S. & Spiring, R. (2016). Die Welt nicht zu klein werden lassen: Wie Menschen mit einer Krebserkrankung und Angehörige Übergänge in den letzten Monaten bewältigen. Eine qualitative Studie. *Pflege*, 29(4), 171-181.

Domeisen Benedetti, F. (2018). Kommunikation und Interaktion am Lebensende – eine Betrachtung der institutionalisierten Palliative Care (Dissertation, Sozialwissenschaft). Abgerufen von <https://gohrbandt.files.wordpress.com/2019/09/dis4712.pdf> (02.07.2020).

Mamie, S. & Dietrich, L. (2017). Psychoonkologie. In A. Margulies, T. Kroner, A. Gaisser & I. Bachmann-Mettler (Hrsg.), *Onkologische Krankenpflege* (613-631). Springer Verlag.

Oorschot van, B., Hausmann, C., Köhler, N., Leppert, K., Schweitzer, S., Steinbach, K. & Anselm, R. (2004). Patienten als Partner in der letzten Lebensphase: Erste Ergebnisse und Perspektiven eines Modellvorhabens. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung- Gesundheitschutz*, 47(10), 992-999.

Remmers, H., & Kruse, A. (2014). Gestaltung des Lebensendes – End of Life Care. In H.-W. Wahl & A. Kruse (Hrsg.), *Lebensläufe im Wandel. Sichtweisen verschiedener Disziplinen*, S. 215–231. Kohlhammer.

Schaeffer, D. & Moers, M. (2008). Überlebensstrategien - ein Phasenmodell zum Charakter des Bewältigungshandelns chronisch Kranker. *Pflege & Gesellschaft*, 13(1), 6-30.

Schnell, M.W., Schulz, C., Dunger, C. & Möller, M. (2009). Zur Bedeutung und Gestaltung von Autonomie und Fürsorge am Lebensende: Ergebnisse einer Befragung im Rahmen einer Vignettenstudie. *Pflege*, 22(2), 119-128.

Schwartz, W. (2009). Dietrich Ritschls story-Konzept und die narrative Ethik. In M. Hofheinz, F. Mathwig & M. Zeindler (Hrsg.). *Ethik und Erzählung. Theologische und philosophische Beiträge zur narrativen Ethik* (S. 143-160). Theologischer Verlag Zürich.

Stiftung Wohlfahrtspflege NRW (o.J.). Für die Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen spielen An- und Zugehörige eine zentrale Rolle. Abgerufen von <https://www.komma.online/projekt/hintergrund/> (28.04.2020).