

Lehrplan Berufsfachschule

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin

2020

Der Lehrplan ist ab 15.12.2020 freigegeben.

I m p r e s s u m

Der Lehrplan basiert auf dem Pflegeberufegesetz (PfIBG) vom 17. Juli 2017, BGBI. I S. 2581, in der jeweils geltenden Fassung und der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PfIAPrV) vom 2. Oktober 2018, BGBI. I. S. 1018, in der jeweils geltenden Fassung.

Der Lehrplan wurde am

Landesamt für Schule und Bildung
Standort Radebeul
Dresdner Straße 78 c
01445 Radebeul
<https://www.lasub.smk.sachsen.de/>

unter Mitwirkung von

| | |
|-----------------------|----------|
| Harald Bielitz | Dresden |
| Katja Fleischer | Leipzig |
| Norbert Herrmann | Dresden |
| Silke Manthey-Wanecek | Dresden |
| Carola Münnich | Plauen |
| Uta Reschat | Dresden |
| Ines Schröter | Chemnitz |
| Annett Wanke | Görlitz |

Erarbeitet und 2024 redaktionell überarbeitet.

HERAUSGEBER

Sächsisches Staatsministerium für Kultus
Carolaplatz 1
01097 Dresden
<https://www.smk.sachsen.de/>

Download:

<https://www.schulportal.sachsen.de/lplandb/>

Inhaltsverzeichnis

| | Seite |
|--|-------|
| Vorbemerkungen | 4 |
| Kurzcharakteristik | 5 |
| Stundentafel | 9 |
| Anhang: Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PfIBG | |

Vorbemerkungen

Die Verfassung des Freistaates Sachsen fordert in Artikel 101 für das gesamte Bildungswesen:

„(1) Die Jugend ist zur Ehrfurcht vor allem Lebendigen, zur Nächstenliebe, zum Frieden und zur Erhaltung der Umwelt, zur Heimatliebe, zu sittlichem und politischem Verantwortungsbewusstsein, zu Gerechtigkeit und zur Achtung vor der Überzeugung des anderen, zu beruflichem Können, zu sozialem Handeln und zu freiheitlicher demokratischer Haltung zu erziehen.“

Das Sächsische Schulgesetz legt in § 1 fest:

„(2) Der Erziehungs- und Bildungsauftrag der Schule wird bestimmt durch das Recht eines jeden jungen Menschen auf eine seinen Fähigkeiten und Neigungen entsprechende Erziehung und Bildung ohne Rücksicht auf Herkunft oder wirtschaftliche Lage.

(3) Die schulische Bildung soll zur Entfaltung der Persönlichkeit der Schüler in der Gemeinschaft beitragen. ...“

Für die Berufsfachschule gilt § 9 des Sächsischen Schulgesetzes:

„(1) In der Berufsfachschule werden die Schüler (...) für einen Beruf ausgebildet. Außerdem wird die allgemeine Bildung gefördert.“

Neben diesen landesspezifischen gesetzlichen Grundlagen sind die in der „Rahmenvereinbarung über die Berufsfachschulen“ (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 17.10.2013 in der jeweils geltenden Fassung) festgeschriebenen Ziele umzusetzen.

Kurzcharakteristik

Mit der Neuordnung des Ausbildungsberufes wird den veränderten Anforderungen aus der beruflichen Praxis, den demografischen und epidemiologischen Entwicklungen sowie den Veränderungen von Versorgungsstrukturen Rechnung getragen. Diese Veränderungen erfordern eine kontinuierliche Weiterentwicklung des Pflegeberufes auf der Basis pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse und weiterer Bezugswissenschaften.

Die Ausbildung ist den Gesundheitsfachberufen zugeordnet und bundesrechtlich geregelt. Das Pflegeberufegesetz (PfIBG) von 2017 und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegeberufe (PflAPrV) von 2018 führen die bisherigen drei getrennten Ausbildungen Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und Altenpflege zu einem generalistisch ausgerichteten Pflegeberuf Pflegefachfrau/Pflegefachmann zusammen. Im letzten Ausbildungsdrittel besteht nach § 58 PfIBG abweichend davon die Möglichkeit, den Berufsabschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu erwerben. In der gesonderten Ausbildung nach § 60 PfIBG, die im dritten Ausbildungsdrittel zum vorgenannten Berufsabschluss führt, ist das Ausbildungsziel nach § 5 PfIBG auf den speziellen Kompetenzerwerb zur Pflege von Kindern und Jugendlichen ausgerichtet

Die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger trägt Verantwortung für die selbstständige, umfassende und prozessorientierte Pflege von Kindern und Jugendlichen in akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegesituationen. Kinder und Jugendliche sowie ihre Bezugspersonen werden von der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/dem Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger unterstützt und beraten, um eine größtmögliche Selbstständigkeit und Selbstbestimmung im Umgang mit krankheits- und pflegebezogenen Anforderungen altersgerecht zu erreichen.

Die Ausbildung umfasst gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative, palliative und sozialpflegerische Dimensionen pflegerischen Handelns zur Erhaltung, Förderung, Wiedererlangung oder Verbesserung der physischen und psychischen Situation der zu pflegenden Menschen. Darüber hinaus beinhaltet die Ausbildung die Anleitung, Beratung und Begleitung in allen Entwicklungsphasen sowie in der palliativen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Sie ist auf den Erwerb folgender Qualifikationen für die Pflege von Kindern und Jugendlichen einschließlich ihrer Bezugspersonen ausgerichtet:

- den individuellen Pflegebedarf erheben und feststellen sowie die Planung der Pflege ableiten
- den Pflegeprozess steuern, organisieren und gestalten
- pflegerische Maßnahmen planen, durchführen, dokumentieren und reflektieren
- ärztlich angeordnete Maßnahmen eigenständig durchführen
- die Qualität der Pflege analysieren, evaluieren, sichern und weiterentwickeln
- den Bedarf an präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen erkennen und diese durchführen
- die zu pflegenden Kinder und Jugendlichen bei der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit sowie bei der Erhaltung und Stärkung der Selbstpflegekompetenz und Alltagskompetenz beraten, anleiten und unterstützen
- individuelle Fähigkeiten der zu pflegenden Kinder und Jugendlichen, insbesondere im Rahmen von Rehabilitationskonzepten und der Pflege und Betreuung bei Ein-

schränkungen der kognitiven Fähigkeiten, erhalten, wiederherstellen, fördern und aktivieren

- in akuten Notfallsituationen lebenserhaltende Sofortmaßnahmen einleiten wie auch in Krisen- und Katastrophensituationen zielgerichtet handeln
- andere Berufsgruppen oder Ehrenamtliche in den jeweiligen Pflegekontexten der Pflege von Kindern und Jugendlichen anleiten, beraten und unterstützen
- mit anderen Berufsgruppen fachlich kommunizieren und effektiv zusammenarbeiten sowie individuelle, multidisziplinäre Lösungen bei Krankheitsbefunden und Pflegebedürftigkeit entwickeln als auch teamorientiert umsetzen

Das berufliche Pflegeverständnis ist dem Lebensweltbezug und den konkreten Lebenssituationen von Kindern und Jugendlichen auf der Grundlage einer professionellen Ethik verpflichtet und durch Subjektorientierung gekennzeichnet. Diese erfordert ausgeprägte Fähigkeiten zur Selbstreflexion und Selbstfürsorge. Darüber hinaus sind Kooperations- und Kommunikationsfähigkeit im Umgang mit den zu pflegenden Kindern und Jugendlichen, ihren Bezugspersonen und mit den Mitgliedern im interdisziplinären Team unabdingbar.

Die Realisierung der Bildungs- und Erziehungsziele ist auf den Erwerb der beruflichen Handlungskompetenz ausgerichtet. Diese entfaltet sich in den Dimensionen von Fach-, Selbst- und Sozialkompetenz, Methoden- und Lernkompetenz sowie kommunikativer Kompetenz. Die Kompetenzen aus den Kompetenzbereichen I bis V sind deutlich auf komplexe Pflege- und Berufssituationen ausgerichtet, s. PflAPrV Anlage 3:

- I. Pflegeprozesse und Pflegediagnostik in akuten sowie dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.
- II. Kommunikation und Beratung personen- und situationsorientiert gestalten.
- III. Intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten.
- IV. Das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien reflektieren und begründen.
- V. Das eigene Handeln auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen reflektieren und begründen.

Der Sächsische Lehrplan schließt sich den Empfehlungen der Mitglieder der Fachkommission des Bundes nach § 53 PflBG im Aufbau und in den Darlegungen des Rahmenlehrplanes veröffentlicht vom BMG und BMFSFJ am 1. August 2019 an.

Folgende Konstruktionsprinzipien der Rahmenpläne liegen dem Sächsischen Lehrplan zugrunde:

- Kompetenzorientierung
- Pflegeprozessverantwortung
- Orientierung an exemplarischen Pflegesituationen
- spiralförmige Entwicklungslogik der Kompetenzen

Die Bildungsziele, denen der subjektorientierte Bildungsbegriff zugrunde liegt, werden in den curricularen Einheiten beschrieben. Im 3. Ausbildungsjahr bauen die curricularen Einheiten 4 bis 8 sowie 10 bis 11 auf den im 1. und 2. Ausbildungsjahr erworbenen Kompetenzen auf. Diese werden unterstellt mit Situationsmerkmalen wie Handlungssituationen, Kontextbedingungen, ausgewählte Akteure, Erleben/Deuten/Verarbeiten und Handlungsmuster. Unter Berücksichtigung von korrespondierendem Wissen, zugehörigen Kenntnissen, Kompetenzen und Werten verweisen die curricularen Einheiten auf

berufliche Aufgaben- und Problemstellungen sowie auf berufliche Handlungssituationen. Lernsituationen werden mittels didaktischer Analyse abgeleitet und führen zum Erwerb beruflicher Handlungskompetenz. Folglich können die curricularen Einheiten des Rahmenlehrplanes als Lernfelder im Sächsischen Lehrplan betrachtet werden. In den jeweiligen Abschnitten zum didaktischen Kommentar werden Anregungen für die Gestaltung von Lernsituationen gegeben. Die Abschnitte zu Inhalten/Wissensgrundlagen enthalten Hinweise zu fachwissenschaftlichen Bezügen, die nicht zwingend einer Lernsituation zuzuordnen, sondern z. B. in einem Exkurs zu untersetzen sind.

Die Stundentafel weist

- einen berufsübergreifenden Bereich,
- einen berufsbezogenen Bereich mit Wahlpflichtbereichen sowie
- die praktische Ausbildung

aus.

Sowohl die Ausbildungsstunden des 1. und 2. Ausbildungsjahres, die gemäß Lehrplan „Pflegefachfrau/Pflegefachmann“ unterrichtet werden, als auch die Ausbildungsstunden des 3. Ausbildungsjahres, die der gesonderten Ausbildung zur Pflege von Kindern und Jugendlichen gewidmet ist, sind in der Stundentafel dieses Lehrplanes abgebildet. Die Ziele und Inhalte des Lehrplanes des berufsbezogenen Bereiches sowie der Fächer des berufsübergreifenden Bereiches sind in Eigenverantwortung der Schulen umzusetzen.

Im 3. Ausbildungsjahr liegt der Schwerpunkt der Lernfelder 4 bis 8 sowie 10 und 11 ausschließlich auf den besonderen Pflegesituationen von Kindern und Jugendlichen sowie deren Bezugspersonen. Die Entscheidung für eine sinnvolle zeitliche Reihenfolge für die Lernfelder liegt in der Verantwortung der Schule.

Die gemeinsame Beschulung im 3. Ausbildungsjahr mit der Pflegefachfrau/dem Pflegefachmann ist möglich. Der Unterricht wird methodisch-didaktisch auf der Grundlage der Ausweisung im schulinternen Curriculum differenziert geplant und durchgeführt. Die kompetenzorientierte Leistungsmessung erfolgt entsprechend. Im Lernfeld 10: „Entwicklung und Gesundheit in Kindheit und Jugend in pflegerischen Situationen fördern“ werden 50 Unterrichtsstunden im Vergleich zum Lehrplan „Pflegefachfrau/Pflegefachmann“ zusätzlich umgesetzt.

Um den Erwerb einer umfassenden beruflichen Handlungskompetenz zu gewährleisten, sollen mindestens 25 % der Unterrichtsstunden im Gruppenunterricht stattfinden. Der Anteil des fachpraktischen Unterrichts beträgt insgesamt höchstens 15 % der in der Stundentafel ausgewiesenen Stunden in den Lernfeldern. Diese Stunden sollen im schulinternen Curriculum abgebildet werden. Die konkrete Planung obliegt der Schule.

Die Wahlpflichtbereiche, die dem berufsbezogenen Bereich zugeordnet sind, werden zur Vertiefung und Erweiterung berufsbezogener Kompetenzen genutzt. Insgesamt sind mindestens zwei Wahlpflichtbereiche auszuwählen und mit Kompetenzen nach Anlage 1 der PflAPrV zu untersetzen, z. B.:

- Fremdsprachen
- Selbstfürsorge
- Pflege und Digitalisierung
- Demokratisch Handeln

- Fachsprache
- Nachhaltige Entwicklung in Gesellschaft und Pflege

Der Lehrplan ist so angelegt, dass Differenzierungen und inhaltliche Wichtungen bezüglich der Situationsmerkmale im schulinternen Curriculum festzulegen sind. Dabei bilden Ziele und Inhalte/Situationsmerkmale sowie weitere Inhalte/Wissensgrundlagen des Rahmenlehrplanes verbindliche Mindestanforderungen ab.

Von großer Bedeutung ist, dass der Unterricht auf die praktische Ausbildung vorbereitet sowie die Erfahrungen und Reflexionen der Praxis wiederum Gegenstand und Ausgangspunkt für den Unterricht werden. Die Kompetenzen, die in den Lernfeldern spiralcurricular aufgebaut und mit den Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben in der Praxis verknüpft werden, korrespondieren mit den zu erwerbenden Kompetenzen im Rahmenausbildungsplan. Die Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben stellen Empfehlungen für Praxisaufgaben dar. Diese fördern eine Verknüpfung von Wissen, Kompetenzen und Werten in der praktischen Ausbildung. Um eine umfassende berufliche Handlungskompetenz einschließlich der Fachkompetenz, Selbst- und Sozialkompetenz zu entwickeln, wird für die Zusammensetzung der didaktischen Teams in der Schule die Beteiligung von Kooperationspartnern der praktischen Ausbildung empfohlen. Des Weiteren ist eine kontinuierliche curriculare Weiterentwicklung notwendig.

Das komplexe Ausbildungsziel, die Pflege von Kindern und Jugendlichen in unterschiedlichen Entwicklungs- und Lebenssituationen sowie Versorgungskontexten umzusetzen, erfordert den Einsatz vielfältiger Lehr- und Lernarrangements. Exemplarische Lernsituationen beruflicher Handlungen bilden den Ausgangspunkt des Lernprozesses. Dabei ist der Fokus auf schüleraktive und kooperative Lernformen zu legen, die einen hohen Grad an Reflexionsfähigkeit herausbilden. Individualisiertes und binnendifferenzierendes Lernen sind ebenso zu ermöglichen wie die Stärkung der Eigenverantwortung beim Wissenserwerb. Die Auswahl unterschiedlicher Lehr- und Lerntechniken soll dabei den stetigen Kompetenzerwerb unterstützen. Vor dem Hintergrund vielschichtiger Anforderungen sowie stetiger gesellschaftlicher und soziodemografischer Veränderungen sind Schülerinnen und Schüler zu selbstständigem und lebenslangem Lernen zu motivieren und zu befähigen.

Der berufsbezogene Unterricht knüpft an das Alltagswissen und die Erfahrungen des Lebensumfeldes an und bezieht die Aspekte der Medienbildung, der Bildung für nachhaltige Entwicklung sowie der politischen Bildung ein. Die Lernfelder bieten umfassende Möglichkeiten, den sicheren, sachgerechten, kritischen und verantwortungsvollen Umgang mit traditionellen und digitalen Medien zu thematisieren. Sie beinhalten vielfältige, unmittelbare Möglichkeiten zur Auseinandersetzung mit globalen, gesellschaftlichen und politischen Themen, deren sozialen, ökonomischen und ökologischen Aspekten sowie Bezügen zur eigenen Lebens- und Arbeitswelt. Die Umsetzung der Lernsituationen unter Einbeziehung dieser Perspektiven trägt aktiv zur weiteren Lebensorientierung, zur Entwicklung der Mündigkeit der Auszubildenden, zum selbstbestimmten Handeln und damit zur Stärkung der Zivilgesellschaft bei.

Die Digitalisierung und der mit ihr verbundene gesellschaftliche Wandel erfordern eine Vertiefung der informatischen Bildung. Die Auszubildenden erwerben dabei organisiertes, disziplinär und interdisziplinär vernetztes sowie flexibel anwendungsfähiges Wissen.

Stundentafel

| Unterricht und praktische Ausbildung | Ausbildungsstunden in Klassenstufen | | | Gesamt |
|---|-------------------------------------|----------------|-----|-------------|
| | 1 ¹ | 2 ¹ | 3 | |
| Pflichtbereich | | | | 2100 |
| Berufsübergreifender Bereich ² | 20 | 20 | - | 40 |
| Ethik oder Evangelische Religion oder Katholische Religion | 20 | 20 | - | 40 |
| Berufsbezogener Bereich | 710 | 710 | 640 | 2060 |
| 1 Ausbildungsstart – Pflegefachfrau/Pflegefachmann werden | 70 | - | - | 70 |
| 2 Zu pflegende Menschen in der Bewegung und Selbstversorgung unterstützen | 180 | - | - | 180 |
| 3 Erste Pflegeerfahrungen reflektieren – verständigungsorientiert kommunizieren | 80 | - | - | 80 |
| 4 Gesundheit fördern und präventiv handeln | 40 | 40 | 80 | 160 |
| 5 Menschen in kurativen Prozessen pflegerisch unterstützen und Patientensicherheit stärken | 80 | 120 | 140 | 340 |
| 6 In Akutsituationen sicher handeln | 20 | 40 | 60 | 120 |
| 7 Rehabilitatives Pflegehandeln im interprofessionellen Team | - | 80 | 80 | 160 |
| 8 Menschen in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten | 40 | 120 | 90 | 250 |
| 9 Menschen in der Lebensgestaltung lebensweltorientiert unterstützen | 60 | 90 | - | 150 |
| 10 Entwicklung und Gesundheit in Kindheit und Jugend in Pflegesituationen fördern | 40 | 80 | 110 | 230 |
| 11 Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und kognitiven Beeinträchtigungen personenzentriert und lebensweltbezogen unterstützen | 20 | 60 | 80 | 160 |
| Wahlpflichtbereich ³ , z. B.: Fremdsprachen, Selbstfürsorge, Pflege und Digitalisierung, Demokratisch Handeln, Fachsprache, Nachhaltige Entwicklung in Gesellschaft und Pflege | 80 | 80 | - | 160 |

¹ Ausbildungsstunden der Klassenstufen 1 und 2 werden gemäß Lehrplan Pflegefachfrau/Pflegefachmann unterrichtet.

² Die Verteilung der Stunden im berufsübergreifenden Bereich erfolgt schulintern.

³ Die Wahlpflichtbereiche sind entsprechend den Kompetenzbereichen I - V berufsbezogen zu unterrichten. Die Verteilung der Stunden kann schulintern festgelegt werden.

| Unterricht und praktische Ausbildung | Ausbildungsstunden in Klassenstufen | | | Gesamt |
|---|--|--|--|---------------|
| | 1¹ | 2¹ | 3 | |
| Praktische Ausbildung Praxisbegleitung Der Umfang beträgt mindestens 1 % | 860 Der Umfang soll je Schüler und je Einsatz ⁴ jeweils 160 Minuten betragen. | 860 Der Umfang soll je Schüler und je Einsatz ⁴ jeweils 160 Minuten betragen. | 780 Der Umfang soll je Schüler und je Einsatz ⁴ jeweils 240 Minuten betragen. | 2500 |

⁴ Gemäß Anlage 7 der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung sowie § 83 Berufsfachschulordnung vom 21. Februar 2020.

Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG

**Rahmenlehrpläne für den theoretischen und
praktischen Unterricht**

Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung

1. August 2019

Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG

Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht

Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung

1. August 2019

Impressum

Zitievorschlag:

Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz: Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG, o. O. 2020

2., überarbeitete Auflage 2020

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, Berlin

Brigitte von Germeten-Ortmann, Paderborn

Prof'in Gertrud Hundenborn, Köln, Vorsitzende

Prof'in Dr. Barbara Knigge-Demal, Warendorf (bis 11/2019)

Uwe Machleit, Hattingen/Ruhr

Christine Maier, Freiburg

Sabine Muths, Tittmoning

Prof'in Dr. Anja Walter, Senftenberg

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 978-3-96208-204-8 (Print)

ISBN 978-3-96208-197-3 (Open Access)

urn:nbn:de: 0035-0837-0

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.

Gedruckt auf PEFC-zertifiziertem Papier

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|------------|
| Tabellenverzeichnis..... | 4 |
| Abkürzungsverzeichnis..... | 4 |
| I. BEGRÜNDUNGSRAHMEN | 5 |
| 1 Hintergrund, Intentionen und Auftrag | 7 |
| 2 Pflege- und Berufsverständnis | 9 |
| 3 Didaktisch-pädagogische Grundsätze | 10 |
| 4 Konstruktionsprinzipien der Rahmenpläne | 11 |
| 4.1 Konstruktionsprinzipien der Rahmenlehrpläne | 12 |
| 4.2 Konstruktionsprinzipien der Rahmenausbildungspläne..... | 16 |
| 5 Darlegung der Rahmenlehrpläne..... | 21 |
| 6 Hinweise zur Umsetzung | 26 |
| 6.1 Rahmenlehrpläne | 26 |
| 6.2 Rahmenausbildungspläne | 27 |
| 7 Literaturverzeichnis | 28 |
| II. RAHMENLEHRPLÄNE für den theoretischen und praktischen Unterricht..... | 29 |
| III. RAHMENAUSBILDUNGSPLÄNE für die praktische Ausbildung..... | 199 |
| IV. ANHANG..... | 269 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|-----|
| Tabelle 1: Ordnungsprinzipien der curricularen Einheiten (CE) in den Rahmenlehrplänen..... | 14 |
| Tabelle 2: Kompetenzentwicklung in den Rahmenlehrplänen durch Steigerung der situativen Anforderungen am Beispiel der Handlungsanlässe..... | 16 |
| Tabelle 3: Kompetenzentwicklung in den Rahmenausbildungsplänen durch Steigerung der situativen Anforderungen in den Handlungsanlässen | 19 |
| Tabelle 4: Darlegungsform und Darlegungsinhalte der curricularen Einheiten | 21 |
| Tabelle 5: Darlegung der curricularen Einheiten (Auszüge aus CE 01) | 24 |
| Tabelle 6: Stundenverteilung der curricularen Einheiten auf die Ausbildungsdrittel gemäß Anlage 6 PflAPrV..... | 272 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---------|--|
| AD | Ausbildungsdrittel |
| APF | Altenpfleger*in |
| BMFSFJ | Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend |
| BMG | Bundesministerium für Gesundheit |
| CE | Curriculare Einheit |
| GKKP | Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*in |
| PFF | Pflegefachfrau |
| PflAPrV | Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung |
| PflBG | Pflegeberufegesetz |
| PFM | Pflegefachmann |

I. BEGRÜNDUNGSRAHMEN

1. Hintergrund, Intentionen und Auftrag

I.

Nach einem langjährigen Vorbereitungsprozess werden die Pflegeausbildungen in Deutschland ab dem 1. Januar 2020 durch das Pflegeberufereformgesetz grundlegend neu geregelt. Das Pflegeberufegesetz (PflBG) als Artikel 1 des Mantelgesetzes sowie die Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV) gehen mit vielfältigen Herausforderungen für die Pflegeschulen und für die Träger der praktischen Ausbildung einher. Die künftige Pflegeausbildung ist generalistisch ausgerichtet; sie zielt auf Kompetenzen, die für die Pflege von Menschen aller Altersstufen in unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen sowie in verschiedenen institutionellen Versorgungskontexten notwendig sind. Unter bestimmten Voraussetzungen kann die Ausbildung im 3. Ausbildungsdrittel anstelle der generalistischen Fortführung auf die Pflege von Kindern und Jugendlichen oder auf die Pflege von alten Menschen hin fokussiert werden.

Das Pflegeberufegesetz stellt als eine weitere bedeutsame Innovation die Verantwortung für „die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs“ (§ 4 Abs. 2 Nr. 1 PflBG), für die „Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses“ (§ 4 Abs. 2 Nr. 2 PflBG) sowie für „die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege“ (§ 4 Abs. 2 Nr. 3 PflBG) unter einen besonderen rechtlichen Vorbehalt, der dem Schutz der zu pflegenden Menschen dient und nur hierdurch gerechtfertigt ist (vgl. IGL 2019, S. 90f.).

Erstmals in der Reformgeschichte der Pflegeausbildungen sind zur nachhaltigen Umsetzung der Reformansprüche gemäß § 53 PflBG bundeseinheitliche Rahmenpläne mit empfehlender Wirkung erarbeitet worden. Sie dienen den Pflegeschulen und den Trägern der praktischen Ausbildung als Orientierungshilfen für die Entwicklung der schulinternen Curricula einerseits und der Ausbildungspläne andererseits. Auch für die Länder stellen sie eine Orientierung dar, ohne jedoch in deren Durchführungszuständigkeit einzugreifen.

Für die Erarbeitung der Rahmenpläne haben das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine Fachkommission eingerichtet, die mit einem Rahmenlehrplan für den theoretischen und praktischen Unterricht und mit einem hierauf abgestimmten Rahmenausbildungsplan für die praktische Ausbildung „die qualitative und bundesweit einheitliche inhaltliche Ausgestaltung der beruflichen Pflegeausbildung“ (ebd., S. 290) unterstützt.

Die Fachkommission, bestehend aus insgesamt elf pflegefachlich, pflegepädagogisch und pflegewissenschaftlich ausgewiesenen Expertinnen und Experten, hat im Dezember 2018 ihre Arbeit aufgenommen und legt nunmehr die ersten Rahmenpläne vor, die sie innerhalb von nur sechs Monaten erarbeitet hat. Der in § 53 Abs. 2 festgelegte erstmalige Vorlagetermin und der enge Zeitrahmen haben den Kommissionsmitgliedern ein enormes Arbeitspensum und einen hohen Arbeitseinsatz im Rahmen ihrer ehrenamtlich ausgeübten Tätigkeit abverlangt. Mit der Intention, durch eine an pflegefachlichen und pflegepädagogischen Standards orientierte Pflegeausbildung einen Beitrag zu einer qualitätsgesicherten pflegerischen Versorgung der Bevölkerung zu leisten, haben die Kommissionsmitglieder diese Herausforderung angenommen.

In acht zweitägigen Kommissionssitzungen sowie in zwischenzeitlichen intensiven Arbeitsphasen in kleinen Arbeitsgruppen haben die Kommissionsmitglieder alle konzeptionellen Fragen gemeinsam diskutiert und konsensorientiert entschieden. Sämtliche Zwischenergebnisse wurden trotz des engen Zeitplans mehrfach in der Kommission abgestimmt und weiterentwickelt. In die Beratungsprozesse gingen auch die zahlreichen Stellungnahmen und Vorschläge ein, die an die Fachkommission während des Entwicklungsprozesses der Rahmenpläne von unterschiedlichen Seiten herangetragen worden sind.

An den Sitzungen der Fachkommission haben gemäß § 53 Abs. 4 PflBG Vertreterinnen und Vertreter des BMFSFJ und des BMG, des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege, der Gesundheitsministerkonferenz, der Arbeits- und Sozialministerkonferenz und der Kultusministerkonferenz beratend teilgenommen.

Administrativ ist die Fachkommission gemäß § 53 Abs. 5 PflBG durch die beim Bundesinstitut für Berufsbildung angesiedelte Geschäftsstelle unterstützt worden.

Die von der Fachkommission vorgelegten Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht und die Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung nach den Anlagen 1 und 2 sowie 3 und 4 sind Bestandteile der nach § 50 PflAPrV geregelten integrierten Bildungspläne. Zur Sicherstellung ihrer Aktualität werden sie von der Fachkommission kontinuierlich – mindestens jedoch alle fünf Jahre – überprüft und ggf. angepasst. Voraussetzung hierfür sind Verfahren der Evaluation, über die sich die Fachkommission in einem ihrer weiteren Arbeitsschritte verständigen wird.

Das vorliegende Dokument beinhaltet vier Teile. Im Begründungsrahmen als Teil I werden zunächst die Hintergründe, die zur Entwicklung der Rahmenpläne geführt haben, offengelegt, die hiermit verbundenen Intentionen werden beschrieben, und der Auftrag der Fachkommission wird umrissen. In den darauf folgenden Kapiteln werden wesentliche Überzeugungen und Prinzipien skizziert, welche die Fachkommission in ihren Entscheidungen bei der Entwicklung der Rahmenpläne geleitet haben. Mit dem Ziel, das Verständnis für die entwickelten Rahmenpläne zu vertiefen, geht ein weiteres Kapitel ausführlich auf die Konstruktionsprinzipien ein, die sowohl den Rahmenlehrplänen als auch den Rahmenausbildungsplänen zugrunde liegen. In zwei weiteren Kapiteln werden der Aufbau der Rahmenlehrpläne erläutert sowie Hinweise für die Umsetzung der Rahmenpläne gegeben. Teil II enthält die Rahmenlehrpläne und Teil III die Rahmenausbildungspläne jeweils differenziert nach den Anlagen 1 und 2 sowie 3 und 4 PflAPrV. Im Anhang in Teil IV finden sich Nachweisdokumente, welche sich auf die Anlagen 6 und 7 PflAPrV beziehen.

2. Pflege- und Berufsverständnis

I.

Das Ausbildungsziel nach § 5 PflBG beinhaltet die Mindestanforderungen an die Pflegeausbildungen. Hier werden wesentliche Aussagen zum Pflege- und Berufsverständnis getroffen, die in der PflAPrV weiter konkretisiert werden.

Berufliche Pflege

- bezieht sich auf Menschen aller Altersstufen in unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen und in verschiedenen institutionellen Versorgungskontexten (vgl. § 5 Abs. 1 PflBG),
- umfasst unterschiedliche Dimensionen von der Gesundheitsförderung und Prävention, über Kuration und Rehabilitation bis zur Palliation,
- stützt sich auf (pflege-)wissenschaftliche Begründungen,
- ist „auf der Grundlage einer professionellen Ethik“ (§ 5 Abs. 2 PflBG) zu rechtfertigen,
- ist dem Lebensweltbezug und den konkreten Lebenssituationen von Menschen verpflichtet und
- respektiert deren Recht auf Selbstbestimmung (vgl. ebd.).

Der besonderen Verantwortung der Pflegefachfrau/ des Pflegefachmannes wird vor allem im selbstständigen Verantwortungs- und Aufgabenbereich entsprochen (vgl. § 5 Abs. 3 PflBG). Mit der Feststellung des Pflegebedarfs, der Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie der Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege sind Aufgaben erfasst, die Pflegenden mit der Berufsbezeichnung Pflegefachfrau/Pflegefachmann vorbehalten sind. Sie beschreiben zugleich die berufsspezifische Arbeitsmethode des Pflegeprozesses.

Auf der Grundlage des Ausbildungsziels und unter Einbeziehung wichtiger pflegeethischer und professionstheoretischer Veröffentlichungen hat die Fachkommission ihre Position zum Pflege- und Berufsverständnis diskutiert und dokumentiert. Diese ist als grundlegende Überzeugung in die weitere Entwicklung der Rahmenpläne eingeflossen und spiegelt sich in den curricularen Einheiten (CE) der Rahmenlehrpläne sowie in den Rahmenausbildungsplänen deutlich wider. Wegen der äußerst kurzen Bearbeitungszeit können diese zusätzlichen Ausführungen an dieser Stelle jedoch nicht in Gänze wiedergegeben werden. Die Fachkommission beabsichtigt, diese zu einem späteren Zeitpunkt als Begleitmaterialien zu veröffentlichen.

3. Didaktisch-pädagogische Grundsätze

Mit dem Konzept der Kompetenzorientierung nimmt der Gesetz- und Verordnungsgeber die Perspektive auf die Lernenden und ihre Entwicklung im Prozess des Lebenslangen Lernens ein. Er orientiert sich damit zugleich an „modernen berufspädagogischen Konzepten“ (Deutscher Bundestag 2018, S. 2), die eng mit denen der Handlungsorientierung verknüpft sind (ebd.). In der Ausbildung sollen die Bereitschaft und die Befähigungen aufgebaut werden, die für ein professionelles Pflegehandeln in Pflegesituationen sowie für die eigene fachliche und persönliche Weiterentwicklung erforderlich sind (vgl. § 5 Abs. 1 PflBG). Auf berufliche Situationen bezogene Kompetenzen sind jedoch stets durch ein umfassendes Bildungsverständnis abzusichern, wenn Lernende nicht ungewollt oder unbewusst auf ihre Kompetenzen reduziert und damit *verzweckt* werden sollen. Die Fachkommission hat deshalb ein gemeinsames Verständnis von Kompetenz und eines subjektorientierten Bildungsbegriffs entwickelt. Sie hat sich des Weiteren auf einen für die Pflege spezi-

fischen Handlungsbegriff verständigt. Die Ergebnisse dieser Diskussionsprozesse waren, wie auch die Positionen zum Pflege- und Berufsverständnis, für den weiteren Entwicklungsprozess leitend und finden sich in den in Kapitel 4 des Begründungsrahmens beschriebenen Konstruktionsprinzipien wieder. Auf ausführliche Erörterungen wird jedoch auch hier aus Zeitgründen verzichtet und auf die späteren Begleitmaterialien verwiesen.

Die generalistische Ausbildung, die auf die Pflege von Menschen aller Altersstufen ausgerichtet ist, und der Situationsbezug erfordern mehr denn je ein exemplarisches Lernen. Der Auswahl der Lerngegenstände kommt daher bereits auf der curricularen Ebene eine zentrale Bedeutung zu. Auch dieses didaktische Prinzip wird in den Ausführungen des Kapitels 4 erneut aufgegriffen. Vielfältige Anregungen finden sich zudem sowohl in den Rahmenlehrplänen als auch in den Rahmenausbildungsplänen.

4. Konstruktionsprinzipien der Rahmenpläne

I.

Pflegeberufegesetz und Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung zeichnen in ihren Aussagen zum Berufsprofil und mit den ihnen zugrunde liegenden berufspädagogischen Konzepten zentrale Konstruktionsprinzipien für die Rahmenpläne bereits deutlich vor. Diese müssen sowohl für die Rahmenlehrpläne als auch für die Rahmenausbildungspläne gelten. Die Abstimmung der Rahmenlehrpläne und der Rahmenausbildungspläne aufeinander wird im PflBG und in der PfIAPrV gefordert, sie stellt eine Bedingung für den Erfolg der künftigen Pflegeausbildungen dar. Gleiches gilt für die auf der Grundlage der Rahmenpläne zu entwickelnden schulinternen Curricula und die betrieblichen Ausbildungspläne. Die erforderliche Abstimmung wird in den Rahmenplänen durch die Berücksichtigung der folgenden Prinzipien erreicht, ohne hierbei die Besonderheiten der verschiedenen Lernorte und ihre je eigenen Lernmöglichkeiten aus dem Blick zu verlieren.

- (1) Die Ausbildung ist auf den Erwerb und die Entwicklung von Kompetenzen ausgerichtet, die für eine qualitätsgesicherte und an den individuellen Lebenssituationen orientierte Bearbeitung unterschiedlicher und komplexer Pflegesituationen erforderlich sind. *Kompetenzorientierung* ist demnach ein wesentliches Konstruktionsprinzip, das den Rahmenplänen zugrunde liegt.
- (2) In den in § 5 Abs. 3 PflBG ausgewiesenen Verantwortungs- und Aufgabenbereichen – dem selbstständigen, dem eigenständigen und dem interdisziplinären Verantwortungs- und Aufgabenbereich – wird Verantwortungsübernahme als zentrales Prinzip ersichtlich; ein Prinzip, das sich ebenfalls in der Konstruktion der Rahmenpläne widerspiegeln muss. Der selbstständige Verantwortungs- und Aufgabenbereich bezieht sich auf die *Pflegeprozessverantwortung* und schließt die neu geregelten und rechtlich besonders geschützten vorbehaltenen Tätigkeiten ein. Die pflegeprozessbezogenen Kompetenzen sind in besonderer Weise

für die Konstruktion der Rahmenpläne verpflichtend und sowohl in den curricularen Einheiten der Rahmenlehrpläne als auch bei den Aufgabenstellungen der Rahmenausbildungspläne grundlegend zu berücksichtigen.

- (3) Bezugspunkte des Pflegehandelns sind Pflegesituationen, die auf die Pflege von Menschen aller Altersstufen in unterschiedlichen Lebenssituationen und in den verschiedenen institutionellen Versorgungskontexten ausgerichtet sind. Die Orientierung an *Pflegesituationen* ist deshalb als ein weiteres wesentliches Konstruktionsprinzip der Rahmenpläne anzusehen, das unmittelbar mit dem Kompetenzprinzip korrespondiert. Auf diese Weise werden die Anforderungen der Situation und die Kompetenzen der Person miteinander verknüpft.
- (4) Die in der Ausbildung zu erwerbenden und zu entwickelnden Kompetenzen werden als komplexe Konstrukte verstanden, die sich dynamisch über den Ausbildungsprozess und den Berufsverlauf weiterentwickeln. Um die Kompetenzentwicklung im Ausbildungsverlauf curricular aufzugreifen und abzubilden, stellt die *entwicklungslogische Strukturierung* der Rahmenpläne ein weiteres Konstruktionsprinzip dar.

Nachfolgend wird erläutert, wie den beschriebenen Konstruktionsprinzipien in den Rahmenlehrplänen einerseits und in den Rahmenausbildungsplänen andererseits entsprochen wird. Da die Lernorte Pflegeschule und Pflegepraxis unterschiedlichen Systemlogiken folgen und mit unterschiedlichen Lernmöglichkeiten verbunden sind, wird die Realisierung der Konstruktionsprinzipien für die Rahmenlehrpläne und die Rahmenausbildungspläne in den nächsten beiden Unterkapiteln getrennt voneinander dargestellt.

4.1 Konstruktionsprinzipien der Rahmenlehrpläne

Orientierung an den Kompetenzen der PflAPrV

Die im Ausbildungsziel nach § 5 PflBG festgelegten Kompetenzen werden in den Anlagen 1 bis 4 PflAPrV weiter konkretisiert. Kompetenzen werden in diesem Kontext nicht als abstrakte Befähigungen verstanden, sie sind vielmehr anforderungsorientiert formuliert und deutlich auf komplexe Pflege- und Berufssituationen ausgerichtet. Kompetenz wird verstanden als die Fähigkeit und Bereitschaft, in komplexen Pflege- und Berufssituationen professionell zu handeln und sich für die persönliche und fachliche Weiterentwicklung einzusetzen. Kompetenz ist als Handlungsvoraussetzung des/der Einzelnen anzusehen, die nicht unmittelbar beobachtet werden kann, sich jedoch mittelbar im Handeln selbst zeigt. Das beobachtbare Handeln wird auch als Performanz bezeichnet. Erwerb und Weiterentwicklung von Kompetenz erfordern handlungsorientierte Lernprozesse an den verschiedenen Lernorten, in der Pflegeschule ebenso wie in der Pflegepraxis.

In den Rahmenlehrplänen wird dem Prinzip der Kompetenzorientierung in mehrfacher Hinsicht entsprochen.

- (1) Kompetenzorientierung zeigt sich bereits in der Titelformulierung der curricularen Einheiten, z. B. „Menschen in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten“.
- (2) In den curricularen Einheiten werden die hiermit korrespondierenden Kompetenzen aus den Anlagen 1 bis 4 PflAPrV im Wortlaut übernommen. Durch die wörtliche Übernahme mit Ausweisung der Code-Ziffern, welche den Kompetenzbereich, den Kompetenzschwerpunkt und die Einzelkompetenz umfassen, wird der unmittelbare Bezug zur PflAPrV hergestellt.
- (3) Weitere Konkretisierungen und Fokussierungen, die der jeweiligen curricularen Einheit entsprechen, schlagen sich vor allem in den Handlungsmustern als einem zentralen Situationsmerkmal nieder.
- (4) Auch in die Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen und für Lern- und Arbeits-

aufgaben werden in den curricularen Einheiten kompetenzbezogene Hinweise gegeben.

- (5) Schließlich gilt dies auch für die Anregungen zur Gestaltung von Lernsituationen („didaktischer Kommentar“), die ebenfalls Hinweise auf die zu erwerbenden Kompetenzen beinhalten.

Pflegeprozessverantwortung und vorbehaltene Tätigkeiten

Von den in § 5 Abs. 3 PflBG ausgewiesenen Verantwortungs- und Aufgabenbereichen kommt dem selbstständigen Verantwortungs- und Aufgabenbereich eine besondere Bedeutung zu. Die „Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und der Planung der Pflege“ (§ 4 Abs. 2 Nr. 1 PflBG), die „Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses“ (§ 4 Abs. 2 Nr. 2 PflBG) und die „Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege“ (§ 4 Abs. 2 Nr. 3 PflBG) sind als Phasen des Pflegeprozesses und zugleich als vorbehaltene Tätigkeiten künftig unter einen besonderen Schutz gestellt. Die vorbehalteten Tätigkeiten sind gerechtfertigt durch den Schutz der Gesundheit des zu pflegenden Menschen. Hiermit ist zugleich eine besondere rechtliche und berufsethische Verantwortung verbunden. Der Pflegeprozess als berufsspezifische und komplexe Methode, der das berufliche Pflegehandeln in Pflegesituationen strukturiert, ist in vielfältigen, variierenden und spezifisch akzentuierten Formulierungen, insbesondere in den Kompetenzbereichen I und II der Anlagen 1 bis 4 PflAPrV grundlegend verankert. Konsequent finden sich pflegeprozessbezogene Kompetenzen in allen curricularen Einheiten wieder. Darüber hinaus wird diese besondere Verantwortung vor allem in den Handlungsmustern als Situationsmerkmal und curriculares Darlegungselement ersichtlich. Hierzu gehört auch, dass die Handlungsanlässe als Situationsmerkmal soweit wie möglich und sinnvoll anhand von pflegespezifischen Begriffssystemen als Pflegediagnosen oder Pflegephänomene beschrieben werden.

Orientierung an Situationen

Das Prinzip der Situationsorientierung hat sich in den letzten Jahrzehnten in der Berufs- und Wirtschaftspädagogik als zentrales Prinzip zur Strukturierung von Curricula und Lehrplänen auf der Makroebene durchgesetzt (vgl. REETZ/SEYD 2006; KAISER 1985). Dieses

Prinzip wurde auch in den Rahmenlehrplänen realisiert. Das Situationsprinzip spiegelt sich in den curricularen Einheiten in mehrfacher Hinsicht wider.

- (1) Der Konzeption der curricularen Einheiten liegen typische und wiederkehrende Pflegesituationen zugrunde, welche die Rahmenlehrpläne strukturieren. Während Pflegesituationen in der Pflegepraxis stets konkret und einmalig sind, wird für die Rahmenlehrpläne eine Abstraktion von der konkreten Situation vorgenommen, um das Generelle, das Generalisierbare und das Typische zu verdeutlichen.
- (2) Unter „Intentionen und Relevanz“ werden die zu grunde gelegten Pflegesituationen soweit beschrieben und gekennzeichnet, dass ihre Bedeutung für die Pflegeausbildung ersichtlich wird.
- (3) Die Inhalte der Rahmenlehrpläne sind nach dem Situationsprinzip strukturiert, um eine handlungssystematische und kompetenzorientierte Ausbildung zu unterstützen. Sie werden anhand der folgenden allgemeinen Situationsmerkmale geordnet: Handlungsanlässe, Kontextbedingungen, ausgewählte Akteure, Erleben, Deuten und Verarbeiten sowie Handlungsmuster.
- (4) Die Anregungen zum Lernen in simulativen Lernumgebungen sowie zu Lern- und Arbeitsaufgaben folgen ebenfalls dem Situationsprinzip.
- (5) Schließlich finden sich im didaktischen Kommentar Anregungen für die Gestaltung von Lernsituationen, die sich auf Pflegesituationen beziehen, die exemplarisch verschiedene Altersstufen und Lebenssituationen der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen aufgreifen.

Für die Entwicklung der Makrostruktur der Rahmenlehrpläne wurden zwei Ordnungsprinzipien genutzt, die gleichermaßen an Situationen orientiert sind. Die curricularen Einheiten 01 bis 03 fokussieren die Ausbildungssituation um den Orientierungseinsatz als

dem ersten Einsatz der praktischen Ausbildung. Sie nehmen damit den Ausbildungsbeginn als wichtige Übergangsphase der Auszubildenden in den Blick und sind dementsprechend stark auf die Perspektive der Lernenden ausgerichtet, die erste Erfahrungen mit der Ausbildung, mit der Lerngruppe und im Kontakt mit zu pflegenden Menschen sammeln. Vorbereitenden und reflexiven Auseinandersetzungen kommt in diesen curricularen Einheiten eine besondere Bedeutung zu. Zwei weitere curriculare Einheiten fokussieren spezifische Einsätze in der praktischen Ausbildung und zugleich die Pflegebedarfe spezifischer Gruppen von zu pflegenden Menschen. Die curriculare Einheit 10 ist auf die Entwicklung und Gesundheit in der Kindheit und Jugend ausgerichtet und dient zugleich als Vorbereitung und Reflexion des pädiatrischen Pflichteinsatzes. Die curriculare Einheit 11 fokussiert Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und kognitiven Beeinträchtigungen und dient insbesondere der Vorbereitung und Reflexion des psychiatrischen Pflichteinsatzes im letzten Ausbildungsdrittel.

Die weiteren curricularen Einheiten sind auf verschiedene pflegerische Handlungsfelder ausgerichtet. Sie beziehen sich jeweils in besonderer Weise auf Hauptausrichtungen des Pflegehandelns, wie sie in § 5 Abs. 3 PflBG ausgewiesen werden. Sie verdeutlichen und akzentuieren die verschiedenen Dimensionen eines erweiterten und integrierenden Pflegebegriffs, indem sie die pflegerische Verantwortung in der Gesundheitsförderung und Prävention (curriculare Einheit 04), in der Kuration (curriculare Einheiten 05 und 06), in der Rehabilitation (curriculare Einheit 07), in der Palliation (curriculare Einheit 08) und in der Sozialpflege (curriculare Einheit 09) fokussieren. Dies schließt nicht aus, dass diese Dimensionen auch als Querschnittsdimensionen in den anderen curricularen Einheiten berücksichtigt werden.

Die Zuordnung der curricularen Einheiten zu den beiden Ordnungsprinzipien wird nochmals in nachfolgender Tabelle verdeutlicht:

Tabelle 1: Ordnungsprinzipien der curricularen Einheiten (CE) in den Rahmenlehrplänen

| CE | Titel | Zentrale Orientierung | |
|----|--|---|---------------------------------|
| | | Ausbildungsbeginn/ Ausbildungseinsätze | Pflegerische Handlungsfelder |
| 01 | Ausbildungsstart – Pflegefachfrau/Pflegefachmann werden | | |
| 02 | Zu pflegende Menschen in der Bewegung und Selbstversorgung unterstützen | | |
| 03 | Erste Pflegeerfahrungen reflektieren – verständigungsorientiert kommunizieren | | |
| 04 | Gesundheit fördern und präventiv handeln | | |
| 05 | Menschen in kurativen Prozessen pflegerisch unterstützen und Patientensicherheit stärken | | |
| 06 | In Akutsituationen sicher handeln | | |
| 07 | Rehabilitatives Pflegehandeln im interprofessionellen Team | | |
| 08 | Menschen in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten | | |
| 09 | Menschen in der Lebensgestaltung lebensweltorientiert unterstützen | | |
| 10 | Entwicklung und Gesundheit in Kindheit und Jugend in Pflegesituationen fördern | | |
| 11 | Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und kognitiven Beeinträchtigungen personenzentriert und lebensweltbezogen unterstützen | | |

Die beiden anderen Prinzipien curricularer Strukturierung (neben dem Situationsprinzip), das Persönlichkeitsprinzip und das Wissenschaftsprinzip, werden insbesondere auf der Mikroebene, also auf der Ebene der konkreten curricularen Einheiten, integriert. Das Persönlichkeitsprinzip wird in erster Linie durch die Kompetenzorientierung realisiert. Außerdem sind in jeder curricularen Einheit sog. Bildungsziele angegeben. In den Bildungszielen werden die reflexiven Einsichten beschrieben, die anhand der Themen in den curricularen Einheiten angeeignet werden können und sollen. Die reflexiven Einsichten gehen über umfassende (berufliche) Handlungskompetenzen noch hinaus und zielen auf die kritische Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung der Auszubildenden. Die Bildungsziele werden in vielen Fällen anhand von sog. Widersprüchen angegeben (z. B. Entscheidungen treffen im Spannungsfeld von Autonomie und Fürsorge). Es lassen sich innere Widersprüche (der beteiligten Akteu-

re), institutionelle Widersprüche und Widersprüche im pflegerischen Handeln unterscheiden. Durch das Denken in Widersprüchen werden u. a. faktisch vorliegende Widersprüche bewusst gemacht, und es können gezielt angemessene Handlungsoptionen gefunden werden. Das Denken in Widersprüchen enthält aber auch grundsätzlich das Potenzial, Routinen oder eingeschliffene Sichtweisen zu hinterfragen und zu revidieren oder weiterzuentwickeln.

Dem Wissenschaftsprinzip wird in den curricularen Einheiten ebenfalls in mehrfacher Hinsicht entsprochen. Die Theorien, Konzepte und Forschungsbefunde der Pflegewissenschaft als Fachwissenschaft und der weiteren Wissenschaften als Bezugswissenschaften werden soweit wie möglich den Situationsmerkmalen als Darlegungselemente für die Inhalte zugeordnet. Hierüber wird ihre handlungs- und reflexionsleitende Funktion verdeutlicht. Wo eine Zuordnung zu den

Situationsmerkmalen nicht möglich ist, oder dort, wo es darum geht, grundlegende Einblicke in den Gegenstand, die Fragestellungen und die Methoden des Erkenntnisgewinns der verschiedenen Wissenschaften zu gewährleisten, werden diese Grundlagen gesondert unter dem Darlegungselement „Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen“ aufgeführt.

Situationsbezogenes Lernen ist stets exemplarisches Lernen. Auf der curricularen wie auf der unterrichtlichen Ebene kommt damit der richtigen Auswahl der Lerngegenstände eine besondere Bedeutung zu. Der Anspruch auf Vollständigkeit in der Vermittlung tritt beim exemplarischen Lernen zugunsten einer gründlichen und tiefergehenden Auseinandersetzung anhand anschaulicher Beispiele zurück. Diese müssen allgemeine Prinzipien verdeutlichen, die Möglichkeiten fundamentaler Einsichten eröffnen und eine Übertragung des Gelernten auf andere Situationen ermöglichen. Exemplarisches Lernen und die Förderung von Transferkompetenz gehören zusammen. So hebt auch der Gesetzgeber in § 5 Abs. 1 die „Fähigkeit zum Wissenstransfer“ eigens hervor. In den Rahmenlehrplänen wird dem Prinzip des Exemplarischen wiederum in mehrfacher Hinsicht entsprochen. So werden bereits bei der Beschreibung der den curricularen Einheiten zugrunde liegenden Situationen exemplarische Fokussierungen vorgenommen, die unter „Intentionen und Relevanz“ deutlich zum Ausdruck gebracht werden. Bei der jeweiligen Bezugnahme auf die Kompetenzen der Anlagen 1 bis 4 PflAPrV wurde ebenfalls auf Vollständigkeit verzichtet, um verschiedene Kompetenzen in den Mittelpunkt der Lehr- und Lernprozesse zu stellen. Auch die den Situationsmerkmalen zugeordneten Inhalte sind unter exemplarischen Gesichtspunkten ausgewählt worden. Deutlich wird dies an Formulierungen wie „ausgewählt“, „zum Beispiel“, „insbesondere“. Schließlich sind die Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen, für Lern- und Arbeitsaufgaben und die Beispiele für die Gestaltung von Lernsituationen unter den Kriterien der Exemplarizität ausgewählt und zusammengestellt worden. Dabei wurden auch die Altersstufen der zu pflegenden Menschen, die unterschiedlichen Lebenssituationen und Lebenslagen sowie die verschiedenen Versorgungskontexte unter exemplarischen Gesichtspunkten beschrieben.

Entwicklungslogik

Ein weiteres Konstruktionsmerkmal besteht darin, dass die in der PflAPrV angelegte Entwicklungslogik, die an den vorgenommenen Differenzierungen zwischen der Anlage 1 PflAPrV einerseits sowie den Anlagen 2 bis 4 PflAPrV andererseits erkennbar ist, in den Rahmenlehrplänen aufgegriffen wird. Acht der elf curricularen Einheiten erstrecken sich über den gesamten Ausbildungszeitraum, wobei innerhalb der curricularen Einheiten nach den beiden Ausbildungsabschnitten (1. und 2. Ausbildungsdrittel bis zur Zwischenprüfung, 3. Ausbildungsdrittel) unterschieden wird. Die curricularen Einheiten CE 01, CE 02 und CE 03 sind ausschließlich dem ersten Ausbildungshalbjahr zuzuordnen.

Ebenso wie die Differenzierung der Kompetenzen für die beiden Ausbildungsabschnitte in Anlage 1 PflAPrV einerseits und der Anlagen 2 bis 4 PflAPrV andererseits orientieren sich auch die Rahmenlehrpläne implizit an verschiedenen Kompetenzniveaumodellen.¹ Kompetenzniveaumodelle kennzeichnen die Stufen unterschiedlicher Expertise in einer Kompetenz. Beispielsweise lässt sich die Entwicklung beruflichen Könnens anhand des Ausmaßes der Berücksichtigung von verkomplizierenden Kontextfaktoren beschreiben. Um die Kompetenzen der Auszubildenden auf einem zunehmend höheren Niveau aufbauen zu können, werden daher in den Rahmenlehrplänen die situativen Anforderungen im 3. Ausbildungsdrittel im Vergleich zu den ersten beiden Ausbildungsdritteln konsequent gesteigert. Analog zur PflAPrV erfolgt die Steigerung in zwei Abschnitten, wobei die am Anfang der Ausbildung angesiedelten curricularen Einheiten CE 01 bis CE 03 separat zu betrachten sind. Folgendermaßen erfolgt die Steigerung der Anforderungen in den Situationsmerkmalen am Beispiel der Handlungsanlässe:

Tabelle 2: Kompetenzentwicklung in den Rahmenlehrplänen durch Steigerung der situativen Anforderungen am Beispiel der Handlungsanlässe

| | |
|--|--|
| CE 01-03 | <ul style="list-style-type: none"> geringer Grad an Pflegebedürftigkeit; also Menschen, die in der Mobilität und der Selbstversorgung überwiegend selbstständig sind² |
| 1./2. Ausbildungsdrittel mit Ausnahme von CE 01-03 | <ul style="list-style-type: none"> geringer bis mittlerer Grad an Pflegebedürftigkeit gesundheitliche Problemlagen bei gesundheitlicher Stabilität oder maximal mittlerer Stabilität, d. h. geringe oder maximal mittlere Gefahr an Komplikationen (geringe bis maximal mittlere Risikogeneigtheit) einzelne zu pflegende Menschen oder zu pflegende Menschen im Kontext von Gruppen, z. B. Familien, Perspektiven aber weitgehend konvergent |
| 3. Ausbildungsdrittel | <ul style="list-style-type: none"> hoher Grad an Pflegebedürftigkeit gesundheitliche Instabilität mit Gefahr von Komplikationen (hohe Risikogeneigtheit) zu pflegende Menschen im Kontext von Gruppen, z. B. Familien, oder sozialen Netzwerke mit z. T. divergierenden sozialen Perspektiven |

Gegen Ende der Ausbildung werden außerdem zunehmend systemische Kontexte einbezogen wie familiäre, soziale, kulturelle oder institutionelle Kontexte und Strukturen.

Wie bereits erwähnt, wird der Entwicklungslogik in den Rahmenlehrplänen strukturell vor allem dadurch entsprochen, dass alle Darlegungselemente in den curricularen Einheiten auf die beiden in den Anlagen der PflAPrV hinterlegten Kompetenzniveaus ausgerichtet werden. Die Angaben für das 1. und 2. Ausbildungsdrittel beziehen sich auf Anlage 1, welche die Kompetenzen zur Zwischenprüfung festlegt. Die Kompetenzen, die sich auf die drei möglichen Abschlüsse im 3. Ausbildungsdrittel beziehen, wurden den Anlagen 2, 3 und 4 entnommen. Alle mit den curricularen Einheiten korrespondierenden Kompetenzen werden im Wortlaut der Anlagen und getrennt nach Ausbildungsbereichen in den curricularen Einheiten wiedergegeben. In gleicher Weise werden auch die den Situationsmerkmalen zugeordneten Inhalte jeweils auf die beiden Ausbildungsbereiche, auf das 1. und 2. Ausbildungsdrittel einerseits und auf das 3. Ausbildungsdrittel andererseits, bezogen. Auch die Anregungen zum Lernen in simulativen Lernumgebungen, zu Lern- und Arbeitsaufgaben sowie zur Gestaltung von Lernsituationen weisen eine Unterteilung nach Ausbildungsbereichen auf. So bildet sich der spiralförmige Aufbau der Rahmenlehrpläne, der dem Prinzip der Entwicklungslogik entspricht, konsequent in allen Darlegungselementen der curricularen Einheiten ab.

Die Pflegeschulen erhalten hierdurch wichtige Hinweise für den Aufbau eines schulinternen Spiralcurriculums, ohne dass die Gestaltungsspielräume eingeengt werden.

4.2 Konstruktionsprinzipien der Rahmenausbildungspläne

Der Lernort Pflegepraxis steht im Mittelpunkt der Rahmenausbildungspläne. Lernprozesse, die sich auf Arbeit und Arbeitsprozesse beziehen, beschränken sich aber nicht allein auf diesen Lernort. Unter lernorganisatorischen Kriterien lassen sich unterschiedliche Varianten arbeitsbezogenen Lernens unterscheiden, auf die sich die Rahmenpläne (hier nicht nur die Rahmenausbildungspläne, sondern auch die Rahmenlehrpläne) beziehen, nämlich arbeitsgebundenes, arbeitsverbundenes und arbeitsorientiertes Lernen (vgl. DEHNBOSTEL 2007, S. 44ff.). Anregungen für das arbeitsorientierte und das arbeitsverbundene Lernen werden in den Rahmenlehrplänen aufgeführt. Beim arbeitsorientierten Lernen werden simulierte Pflegesituationen als Lernanlass genutzt. Das Lernen in simulativen Lernumgebungen ermöglicht handlungsentlastetes Lernen ohne Nachteile für zu pflegende Menschen und kann gezielt an den Entwicklungsstand der Lernenden angepasst werden. Räumlich kann das arbeitsorientierte Lernen beispielsweise in einem Lernlabor stattfinden. Beim arbeitsverbundenen Lern-

2 Diese Festlegungen basieren auf der Definition von Pflegebedürftigkeit im Begutachtungsinstrument des MDS (2017).

nen werden informelles und formelles Lernen systematisch aufeinander bezogen, indem arbeitsplatznahe Lernangebote bereitgestellt werden. Dieser Form des arbeitsbezogenen Lernens kann ein breites Spektrum an Lernangeboten zugeordnet werden. In den Rahmenlehrplänen findet es sich in Form von Anregungen für Lernaufgaben, die die Auszubildenden vonseiten der Schule in Absprache mit den Verantwortlichen der praktischen Einsatzbereiche erhalten. Sie sind im Rahmen der praktischen Einsätze zu bearbeiten, z. T. zu dokumentieren und auszuwerten und werden im Anschluss in der schulischen Ausbildung aufgegriffen und in den Unterricht eingebunden. Diese Form arbeitsbezogenen Lernens soll insbesondere die praxisorientierte Umsetzung von theoretischen Ansätzen als auch Reflexionsprozesse befördern. Das arbeitsgebundene Lernen steht im Mittelpunkt der Rahmenausbildungspläne. Dieser Form des arbeitsbezogenen Lernens können das „Lernen durch Arbeitshandeln im realen Arbeitsprozess“ sowie alle Formen begleiteten Lernens am Arbeitsplatz, etwa das gezielte Beobachten von Pflegefachfrauen und -männern, das gemeinsame Handeln mit anschließender Reflexion oder die systematische Instruktion, zugeordnet werden. Das arbeitsgebundene Lernen findet unmittelbar am Arbeitsplatz, meistens im Arbeitsprozess statt. Beim „Lernen durch Arbeitshandeln im realen Arbeitsprozess“ stellen multidimensionale, authentische Arbeitsanforderungen bzw. Pflegesituationen den Lernanlass dar. Bei diesen realen Pflegesituationen bestimmt der Pflegebedarf der zu pflegenden Menschen die Lernmöglichkeiten der Auszubildenden. Da reale Pflegesituationen sich nicht standardisieren lassen und sich im Prozess immer wieder neue Dynamiken ergeben können, bietet die Pflegepraxis grundsätzlich Lernmöglichkeiten, die in keiner anderen Lernumgebung in dieser Komplexität gegeben sind. Das Lernen erfolgt größtenteils informell, d. h. über Erfahrungen, die im Rahmen praktischer Arbeit gemacht werden. Die im arbeitsgebundenen Lernen zur Anwendung kommenden Methoden können nach dem Grad der Selbststeuerung bzw. Begleitung sowie nach der Komplexität der Aufgabenstellung bzw. Pflegesituation unterschieden werden (zu Letzterem siehe „Entwicklungslogik“). Weniger selbstgesteuert ist etwa das Lernen durch Demonstration und Imitation, stärker selbstgesteuert ist die weitgehend selbstständige Übernahme von Aufgaben. Beim begleiteten Lernen am Arbeitsplatz stehen vor allem formelle Lernprozesse im Mittelpunkt. Die nach § 6 Abs. 3 PflBG „von den Einrichtungen zu gewährleistende Praxisanleitung im

Umfang von mindestens 10 % der während eines Einsatzes zu leistenden praktischen Ausbildungszeit“ hat hier ihre strukturelle Verortung. Die in den Rahmenausbildungsplänen aufgeführten Aufgabenstellungen bzw. Pflegesituationen eignen sich für beide Formen arbeitsgebundenen Lernens.

Die Rahmenausbildungspläne sind auf der Makroebene anhand der Praxiseinsätze (Orientierungseinsatz, drei Pflichteinsätze in den drei allgemeinen Versorgungsbereichen, Vertiefungseinsatz und jeweils ein Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung und in der psychiatrischen Versorgung³) sowie in der zeitlichen Struktur der drei Ausbildungsdrittel gegliedert und enthalten jeweils spezifische Aufgaben. Innerhalb dieser Makrostruktur orientiert sich die Konstruktion der Rahmenausbildungspläne an folgenden Grundsätzen:

Orientierung an den Kompetenzen nach PflAPrV

Die Angaben sind strukturiert anhand der Kompetenzbereiche und der Kompetenzschwerpunkte der PflAPrV. Bei der Bestimmung der Kompetenzbereiche war der ökologische Ansatz von BRONFENBRENNER (1981) leitend; die Kompetenzen beziehen sich jeweils auf situative Anforderungen der Mikro-, der Meso- und der Makroebene. Während in den Kompetenzbereichen I und II Kompetenzen auf der Mikroebene der direkten Versorgung von zu pflegenden Menschen aufgebaut werden, wird in Kompetenzbereich III mit den Kompetenzen zur intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit und zum Schnittstellenmanagement die Mesoebene adressiert. Die Kompetenzbereiche IV und V heben auf die Makroebene ab, indem sie die wissenschaftliche, ethische, rechtliche, ökologische und ökonomische Begründung und Rahmung pflegerischen Handelns fokussieren. Den Kompetenzschwerpunkten sind jeweils Aufgabenstellungen bzw. Pflegesituationen zugeordnet, die Lernanlässe im Rahmen des arbeitsgebundenen Lernens darstellen.

Pflegeprozessverantwortung und vorbehaltene Tätigkeiten

Ebenso wie in den Rahmenlehrplänen sind auch in den Rahmenausbildungsplänen die vorbehaltenen Tätigkeiten „Erhebung und Feststellung des individuellen

³ Die in der Anlage 7 PflAPrV unter VI. aufgeführten weiteren Einsätze werden aufgrund ihrer hohen Freiheitsgrade nicht in die Konzeption der Rahmenausbildungspläne mit aufgenommen.

Pflegebedarfs und der Planung der Pflege“, die „Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses“ und die „Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege“ (§ 5 Abs. 3 PflBG) als Phasen des Pflegeprozesses fest verankert. Sie werden in den Rahmenausbildungsplänen dadurch realisiert, dass Aufgabenstellungen bzw. Situationen i. d. R. auf der Basis des vollständigen Pflegeprozesses zu bearbeiten sind. Ohnehin ist das Durchlaufen des vollständigen Pflegeprozesses die Voraussetzung dafür, dass die Auszubildenden die Fähigkeit erwerben können, sich ein eigenes Urteil zu bilden und Pflegeinterventionen an die individuellen Bedingungen von zu pflegenden Menschen anzupassen.

Kombination aus situations- und persönlichkeitsorientierter Strukturierung unter Einarbeitung des Prinzips der Wissenschaftsorientierung

Als Lernanlässe gelten in den Rahmenausbildungsplänen Pflegesituationen sowie Berufssituationen, die nicht auf die direkte pflegerische Versorgung ausgerichtet sind. Pflegepraktisches Können und damit die Fähigkeit, in mehr oder weniger komplexen pflegerischen Situationen gemeinsam mit den zu pflegenden Menschen und angepasst an deren individuelle Situation zu pflegerischen Unterstützungsleistungen zu gelangen, werden in der Pflegepraxis dadurch angeeignet, dass die Auszubildenden tun, was sie lernen sollen, nämlich in Pflegesituationen professionell zu handeln. In den Rahmenausbildungsplänen werden die situativen Anforderungen, anhand derer Kompetenzen aufgebaut werden sollen, ähnlich wie bei den Rahmenlehrplänen mittels Situationsmerkmalen, nämlich Angaben zu den Handlungsanlässen, den Akteuren und den Handlungsmustern, konkretisiert, es wird aber nicht explizit nach diesen Merkmalen unterschieden. In den Rahmenausbildungsplänen werden Pflegesituationen gezielt ausgewählt und didaktisch in Arbeits- und Lernaufgaben transformiert, ohne dass sich dabei die Qualität der Arbeitsaufgaben oder die Arbeitsinhalte verändern (vgl. RAUNER 1995, S. 352).

Indem die Makrostruktur durch Kompetenzbereiche und -schwerpunkte gegliedert ist und die Lernanlässe anhand von Situationen beschrieben werden, wird bei der Konstruktion der Rahmenausbildungspläne eine Kombination aus situations- und persönlichkeitsorientierter Struktur (vgl. REETZ/SEYD 2006) realisiert. Das Persönlichkeitsprinzip wird außerdem durch zwei wei-

tere Elemente der Aufgabenstellungen umgesetzt, die sowohl die berufliche Kompetenzentwicklung als auch die kritische Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung unterstützen sollen.

- (1) Aufgabenstellungen sind häufiger mit der Anforderung verbunden, sich über die Beobachtungen und Erfahrungen gemeinsam mit Mitgliedern des Pflegeteams – insbesondere mit der Praxisanleiterin/dem Praxisanleiter – auszutauschen bzw. den Lernprozess zu reflektieren. Durch wechselseitigen Austausch sollen soziale Unterstützung und kollektives Lernen befördert werden.
- (2) Reflexivität ist eines der grundlegenden Prinzipien des Pflegeprozesses, indem dieser auf der Basis einer gemeinsam mit der zu pflegenden Person durchgeführten Evaluation/Bewertung immer wieder überprüft und ggf. angepasst wird. Um reflexive Fähigkeiten, die in einem risikobehafteten Handlungsfeld wie der Pflege unabdingbar sind, gezielt aufzubauen, müssen außerdem Formen der strukturellen Reflexion gegeben sein, etwa der kollegialen Beratung, der Supervision oder regelmäßige (interprofessionelle) Fallbesprechungen. In den Rahmenausbildungsplänen wird von einem Vorliegen dieser Strukturen ausgegangen und die aktive und regelmäßige Teilnahme der Auszubildenden an entsprechenden Angeboten vorgesehen.

Das Wissenschaftsprinzip wird umgesetzt, indem Pflegehandlungen anhand von erworbenem pflege- und bezugswissenschaftlichem Wissen begründet und reflektiert werden sollen.

Entwicklungslogik

In Analogie zu den Rahmenlehrplänen werden – verschiedenen Kompetenzentwicklungsmodellen folgend – die situativen Anforderungen im Verlauf der Ausbildung, also vom Orientierungs- bis hin zum Vertiefungseinsatz, von Ausbildungsdrittel zu Ausbildungsdrittel, kontinuierlich gesteigert, sodass Kompetenzen auf einem zunehmend höheren Kompetenzniveau angeeignet werden können. Im Unterschied zu den Rahmenlehrplänen wird diese Steigerung auch vom 1. zum 2. Ausbildungsdrittel explizit ausgewiesen. In der Übersicht stellen sich die Variationen zur Steigerung der situativen Anforderungen am Beispiel der Handlungsanlässe folgendermaßen dar:

Tabelle 3: Kompetenzentwicklung in den Rahmenausbildungsplänen durch Steigerung der situativen Anforderungen in den Handlungsanlässen

| | |
|------------------------------|---|
| Erstes Ausbildungsdrittel | <ul style="list-style-type: none"> geringer Grad an Pflegebedürftigkeit, also max. erhebliche Beeinträchtigungen in der Selbstständigkeit⁴ nur seltenes Auftreten von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen, die eine personelle Unterstützung erforderlich machen gesundheitliche Problemlagen bei gesundheitlicher Stabilität, d. h. geringe Gefahr an Komplikationen (geringe Risikogeneigtheit) die einzelnen zu pflegenden Menschen stehen im Mittelpunkt, ggf. auch einzelne Bezugs Personen hoher Grad an Ressourcen |
| Mittleres Ausbildungsdrittel | <ul style="list-style-type: none"> mittelmäßiger Grad an Pflegebedürftigkeit, also max. schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit max. häufiges Auftreten von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen, die eine personelle Unterstützung erforderlich machen mittlere gesundheitliche Instabilität (mittlere Risikogeneigtheit) zu pflegende Menschen im Kontext von Gruppen, z. B. Familien, Perspektiven aber weitgehend konvergent |
| Letztes Ausbildungsdrittel | <ul style="list-style-type: none"> hoher Grad an Pflegebedürftigkeit, also schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit tägliches Auftreten von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen, die eine personelle Unterstützung erforderlich machen geringer Grad an Ressourcen, hoher Grad an Vulnerabilität gesundheitliche Instabilität mit Gefahr von Komplikationen (hohe Risikogeneigtheit) zu pflegende Menschen im Kontext von Gruppen, z. B. Familien, oder sozialen Netzwerken mit z. T. divergierenden Perspektiven |

Um dieses Konzept im Rahmen praktischer Einsätze umzusetzen, müssen die zu pflegenden Menschen, deren pflegerische Versorgung die Auszubildenden (teilweise) selbstständig übernehmen sollen, gezielt anhand dieser Kriterien, die hier deshalb auch ausführlich dargestellt werden, und unter Beachtung des jeweiligen Ausbildungsstands ausgewählt werden.

Eine Steigerung der Anforderungen wird in den Rahmenausbildungsplänen z. T. außerdem dadurch vorgenommen, dass die Pflegesituationen bzw. Aufgabenstellungen zunächst gemeinsam mit einer Pflegefachfrau bzw. einem Pflegefachmann und später selbstständig bearbeitet werden müssen. Damit sollen Auszubildende auch im ersten Ausbildungsbereich bereits Teilkompetenzen zur Pflegeprozessgestaltung in komplexen Pflegesituationen erlangen.

Verknüpfung der Rahmenlehr- und Rahmenausbildungspläne

Die Rahmenpläne sind auf der Makroebene z. T. ähnlich, z. T. unterschiedlich strukturiert. Einige der curricularen Einheiten der Rahmenlehrpläne beziehen sich auf die Vor- und Nachbereitung von Praxiseinsätzen, nämlich die curricularen Einheiten 01-03 (Orientierungseinsatz) sowie die curricularen Einheiten 10 (Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung) und 11 (Pflichteinsatz in der psychiatrischen Versorgung). Die Rahmenlehr- und die Rahmenausbildungspläne sind bezogen auf diese Einheiten unmittelbar aufeinander abgestimmt, d. h. die Arbeits- und Lernaufgaben, die in diesen Einsätzen vorgesehen sind, greifen die Kompetenzen auf, die im Rahmen der curricularen Einheiten aufgebaut werden, und umgekehrt. Die Ar-

4 Diese Festlegungen basieren auf der Definition von Pflegebedürftigkeit im Begutachtungsinstrument des MDS (2017).

beits- und Lernaufgaben für den Vertiefungseinsatz sind vom Anforderungsniveau her auf die Situationsangaben in den Rahmenlehrplänen für das 3. Ausbildungsdrittel abgestimmt.

Sowohl für die Pflichteinsätze in den drei allgemeinen Versorgungsbereichen während der ersten beiden Ausbildungsdrittel als auch für den Vertiefungseinsatz gilt, dass sie zu den curricularen Einheiten 04-09, die sich an pflegerischen Handlungsfeldern bzw. an den Hauptausrichtungen des Pflegehandelns orientieren, quer liegen. Die in diesen curricularen Einheiten angestrebten Kompetenzen können in allen Einsatzorten – wenn auch mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung – angebahnt werden. In allen Praxiseinsätzen sind daher Angaben zu Pflegesituationen enthalten, die mit bestimmten Hauptausrichtungen des Pflegehandelns (und damit auch curricularen Einheiten) korrespondieren.

5. Darlegung der Rahmenlehrpläne

I.

Gemäß § 51 Abs. 2 PflAPrV sind die curricularen Einheiten für den theoretischen und praktischen Unterricht kompetenzorientiert und fächerintegrativ konzipiert. Neben Zielen und Inhalten beinhalten sie Anregungen für die weitere Gestaltung von Lehr- und Lernprozessen. Insgesamt liegen für die generalistische Ausbildung elf curriculare Einheiten vor, von denen acht im letzten Ausbildungsdritteln im Sinne eines spiralförmigen Aufbaus fortgeführt werden. Für die Fortführung

und den Abschluss der Ausbildungen nach den Anlagen 3 und 4 werden jeweils sieben curriculare Einheiten für die Pflege von Kindern und Jugendlichen und für die Pflege von alten Menschen beschrieben.

Die Tabellen 4 und 5 zeigen die Gesamtbeschreibung einer curricularen Einheit in ihrer tabellarischen Darlegung:

Tabelle 4: Darlegungsform und Darlegungsinhalte der curricularen Einheiten

| Nummer | Titel | Anlage PflAPrV |
|--------|---|----------------------------------|
| | <p>Der Titel der curricularen Einheit gibt deren zentrale kompetenzbezogene Ausrichtung und Perspektive an. Die laufende Nummer wird dem Titel vorangestellt. Sie kennzeichnet für die curricularen Einheiten 01, 02 und 03 eine empfohlene Reihenfolge. Die curricularen Einheiten 04 bis 11 können in ihrer Reihenfolge von den Pflegeschulen flexibel eingesetzt werden.</p> <p>Die Anlage der PflAPrV gibt den Ausbildungsabschnitt an, auf den sich die curriculare Einheit bezieht. Für die ersten beiden Ausbildungsdritteln ist dies Anlage 1, für das dritte Ausbildungsdritteln der generalistischen Pflegeausbildung Anlage 2.</p> <p>Die curricularen Einheiten für das dritte Ausbildungsdritteln in der Pflege von Kindern und Jugendlichen (Anlage 3) und in der Pflege von alten Menschen (Anlage 4) werden hiervon getrennt in einem eigenen Tabellenteil dargelegt.</p> | |
| | | Ausbildungsdritteln |
| | | Zeitrichtwert: __ Stunden |
| | <p>Die Stundenzahlen werden als Zeitrichtwerte ausgewiesen. Wie auch die Angaben zu den weiteren Darlegungselementen werden sie für das 1./2. Ausbildungsdritteln einerseits und für das 3. Ausbildungsdritteln andererseits separat ausgewiesen, wenn sich die curriculare Einheit über die gesamte Ausbildung erstreckt.</p> | |
| | <p>Intentionen und Relevanz</p> <p>In diesem Abschnitt werden die der curricularen Einheit zugrunde gelegten (Pflege-)Situationen bzw. Themen soweit beschrieben und gekennzeichnet, dass ihre Bedeutung für die Pflegeausbildung ersichtlich wird. Darüber hinaus werden für die curricularen Einheiten 04 bis 11 Angaben dazu gemacht, wie sich die Akzentuierungen in den ersten beiden Ausbildungsdritteln von denen im letzten Ausbildungsdritteln unterscheiden. Der spiralförmige Aufbau der curricularen Einheiten wird hierdurch verdeutlicht. Die Angaben stellen zudem eine Verstehens- und Interpretationshilfe für die weiteren Ausführungen der curricularen Einheit dar.</p> | |

Bildungsziele

In den Bildungszielen werden die reflexiven Einsichten beschrieben, die anhand der den curricularen Einheiten zugeordneten Pflegesituationen angeeignet werden können und sollen. Die reflexiven Einsichten gehen über umfassende (berufliche) Handlungskompetenzen hinaus und zielen auf die kritische Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung der Auszubildenden.

Kompetenzen – Anlage XY PflAPrV

In den curricularen Einheiten werden die mit der zugrunde gelegten (Pflege-)Situation korrespondierenden Kompetenzen aus den Anlagen 1 bis 4 PflAPrV im Wortlaut übernommen. Durch die wörtliche Übernahme wird der unmittelbare Bezug zur PflAPrV hergestellt. Die Code-Ziffern in Klammern weisen den Kompetenzbereich, den Kompetenzschwerpunkt und die Einzelkompetenz aus.

Für jede curriculare Einheit werden Kompetenzen der Anlagen 1 bis 4 gezielt ausgewählt, um besondere Akzente für die Lehr- und Lernprozesse zu setzen. Der Bedeutung des selbstständigen Verantwortungs- und Aufgabenbereichs entsprechend werden Kompetenzen der Kompetenzbereiche I und II (Pflegeprozessverantwortung) in allen curricularen Einheiten ausgewiesen.

Inhalte/Situationsmerkmale

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

| | |
|-----------------------------------|---|
| Handlungsanlässe | Handlungsanlässe sprechen den Aufforderungsgehalt von Situationen an. Sie begründen und rechtfertigen die Zuständigkeit der beruflich Pflegenden für die Situation und die Notwendigkeit des Handelns. Als Pflegeanlässe werden sie – soweit dies möglich und sinnvoll ist – anhand von pflegespezifischen Begriffssystemen als Pflegediagnosen oder Pflegephänomene beschrieben. |
| Kontextbedingungen | Pflegeberufliches Handeln ist stets in institutionelle und gesellschaftliche Kontexte eingebettet. Institutionelle und gesellschaftliche Rahmenbedingungen beeinflussen maßgeblich pflegerisches Handeln und pflegeberufliche Handlungsoptionen. Als Kontextbedingungen werden sie hier auf der Mesoebene und auf der Makroebene ausgewiesen. |
| Ausgewählte Akteure | Hier werden ausgewählte Akteure aufgeführt, die an der Situation beteiligt sind. Die Anzahl der Akteure, ihre spezifischen Denk- und Handlungslogiken sowie die an sie gerichteten Rollenerwartungen und Rollenverpflichtungen beeinflussen die Situationsbewältigung entscheidend mit. Die Auswahl und die Anzahl der Akteure stellt eine Möglichkeit der Komplexitätssteigerung im Ausbildungsverlauf dar. |
| Erleben/Deuten/Verarbeiten | (Pflege-)Situationen sind nicht objektiv. Sie werden vielmehr von den verschiedenen 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 Pflegeprozessen gilt es, die verschiedenen Situationsdeutungen aufeinander zu beziehen und möglichst ein gemeinsames Situationsverständnis zu entwickeln. In den curricularen Einheiten werden deshalb stets verschiedene ausgewählte Akteure in ihrem Erleben/Deuten und Verarbeiten fokussiert. |



| | |
|--|---|
| Handlungs-muster | In den Handlungsmustern werden die Kompetenzen der Anlagen 1 bis 4 situationsspezifisch, d. h. auf die der curricularen Einheit zugrunde liegenden Situation hin, weiter konkretisiert und fokussiert. Der Pflegeprozess als berufsspezifische Arbeitsmethode schlägt sich in den Handlungsmustern konsequent nieder. |
| Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen | |
| Dort, wo eine Zuordnung der Inhalte zu den Situationsmerkmalen nicht möglich ist oder wo es darum geht, grundlegende Einblicke in den Gegenstand, die Fragestellungen und die Methoden des Erkenntnisgewinns der verschiedenen Wissenschaften zu gewährleisten, werden diese Grundlagen gesondert an dieser Stelle aufgeführt. | |
| Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen (Beispiele) | |
| An dieser Stelle werden Anregungen für das arbeitsorientierte Lernen gegeben. Bei dieser Lehr-/Lernmethode werden simulierte Pflegesituationen als Lernanlass genutzt. Das Lernen in simulativen Lernumgebungen ermöglicht handlungsentlastetes Lernen ohne Nachteile für zu pflegende Menschen und kann gezielt an den Entwicklungsstand der Lernenden angepasst werden. Räumlich kann das arbeitsorientierte Lernen beispielsweise in einem Lernlabor stattfinden. | |
| Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben (Beispiele) | |
| Hier finden sich Anregungen zum arbeitsverbundenen Lernen, bei dem informelles und formelles Lernen systematisch aufeinander bezogen werden. Die Anregungen erfolgen in Form von beispielhaften Lern- und Arbeitsaufgaben, die die Auszubildenden vonseiten der Schule in Absprache mit den Verantwortlichen der praktischen Einsatzbereiche erhalten. Sie sind im Rahmen der praktischen Einsätze zu bearbeiten, z. T. zu dokumentieren und auszuwerten und werden im Anschluss in der schulischen Ausbildung aufgegriffen und in den Unterricht eingebunden. | |
| Didaktischer Kommentar | |
| Im didaktischen Kommentar werden Anregungen für die Gestaltung von Lernsituationen gegeben, welche die den curricularen Einheiten zugrunde liegenden Pflegesituationen beispielhaft konkretisieren. Sie beziehen sich für die generalistische Ausbildung auf zu pflegende Menschen verschiedener Altersstufen und ihre Bezugspersonen. Für das letzte Ausbildungsdrittel nach Anlage 3 und Anlage 4 PflAPrV beziehen sich die Anregungen auf die Altersstufe von Kindern und Jugendlichen bzw. von alten Menschen. | |

In der folgenden Tabelle werden beispielhaft Auszüge aus der curricularen Einheit 01 vorgestellt, um die bisherigen Ausführungen zu Darlegungsform und -inhalten zu illustrieren.

Tabelle 5: Darlegung der curricularen Einheiten (Auszüge aus CE 01)

| CE 01 | Ausbildungsstart – Pflegefachfrau/Pflegefachmann werden | Anlage 1 PflAPrV |
|---|--|----------------------------------|
| 1. Ausbildungsdrittel | | Zeitrichtwert: 70 Stunden |
| Intentionen und Relevanz | | |
| <p>In dieser curricularen Einheit zu Beginn der Ausbildung steht das Ankommen der Auszubildenden in der pflegeberuflichen Ausbildung im Mittelpunkt. Die Einheit dient der ersten Orientierung hinsichtlich der persönlichen Gestaltung der Rolle als Auszubildende/Auszubildender einschließlich der Positionierung im Pflegeteam, der Aufgaben und Handlungsfelder der professionellen Pflege sowie der Überprüfung des Berufswunsches.</p> | | |
| Bildungsziele | | |
| <p>Die Auszubildenden reflektieren ihre Rolle als Lernende sowie mögliche selbst- und fremdbestimmte Momente in der Ausbildung und sind für Mitbestimmungsmöglichkeiten sensibilisiert.</p> | | |
| Kompetenzen – Anlage 1 PflAPrV | | |
| <p>Die Auszubildenden</p> <ul style="list-style-type: none"> ● gehen selbstfürsorglich mit sich um und tragen zur eigenen Gesunderhaltung bei, nehmen Unterstützungsangebote wahr oder fordern diese am jeweiligen Lernort ein (V.2.c). ● reflektieren ihre persönliche Entwicklung als professionell Pflegende (V.2.d). | | |
| Inhalte/Situationsmerkmale | | |
| Handlungsanlässe | <ul style="list-style-type: none"> ● Ankommen in der Lerngruppe/in der Schule ● Ankommen im Team/in der Pflegepraxis | |
| Kontextbedingungen | <ul style="list-style-type: none"> ● Lernprozesse in der Ausbildung und Lernorte (Pflegeschule, simulative Lernumgebungen, Pflegepraxis) ● gesetzliche Grundlagen der Ausbildung, insbesondere Berufsbezeichnung Pflegefachfrau/Pflegefachmann | |
| Ausgewählte Akteure | <ul style="list-style-type: none"> ● Auszubildende mit wenig bzw. keiner Pflegeerfahrung ● Lerngruppe | |
| Erleben/Deuten/Verarbeiten | <p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Helfen-Wollen, Motiviert-Sein/Engagiert-Sein, (vor-)berufliche Sozialisation ● Unsicherheit, Vorfreude, Neugier | |
| Handlungsmuster | <ul style="list-style-type: none"> ● Lernen in der Gruppe, Gruppendynamik ● Reflexion pflegerischer Vorerfahrungen und der Lernbiografie | ▷ |

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

Kurzer Überblick über die Geschichte des Pflegeberufes

Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen (Beispiele)

- Rollenspiele zur ersten Kontaktaufnahme zu fremden Menschen/zum Betreten eines Zimmers von zu pflegenden Menschen verschiedener Altersstufen

Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben (Beispiele)

- systematische Erkundung der Perspektiven der Akteure im jeweiligen Handlungsfeld (z. B. im Hinblick auf Aufgabenfelder, Motivationen, Selbstverständnis, ökologische Grundsätze/Umweltmanagement, Brandschutz, Dienstplanung)

Didaktischer Kommentar

Folgende Situationen können Ausgangspunkt der Auseinandersetzung mit den Auszubildenden sein:

- Ankommen in der Lerngruppe und in der Schule,
- erster Besuch in der Pflegepraxis und erster Kontakt mit der Praxisanleiterin/dem Praxisanleiter und dem Team.

6. Hinweise zur Umsetzung

6.1 Rahmenlehrpläne

Auf der Basis der vorliegenden Empfehlungen der Fachkommission bzw. länderspezifisch verbindlicher Lehrpläne entwickeln die Pflegeschulen schulinterne Curricula (vgl. § 6 Abs. 2 PflBG). Die bei der Erstellung der Rahmenlehrpläne leitenden Konstruktionsprinzipien sollten auch bei der Konkretisierung in Form von schulinternen Curricula genutzt werden.

- Die curricularen Einheiten sind so zu gestalten, dass sie den Erwerb der in den Anlagen 1-4 PflAPrV angestrebten Kompetenzen ermöglichen. Es sollte jeweils ausgewiesen werden, welche Kompetenzen adressiert werden. Da die Rahmenlehrpläne kompetenzbereichsintegrativ strukturiert sind, sollte dies auch für die schulinternen Curricula gelten. Ergänzend sollte geprüft werden, ob die Stundenverteilung auf die Kompetenzbereiche nach Anlage 6 PflAPrV sichergestellt ist.
- Handelt es sich bei den Lernsituationen, anhand derer Kompetenzen aufgebaut werden, um Pflegesituationen (und nicht um Berufssituationen, die sich nicht auf direkte Versorgungssituationen beziehen), so sollten diese möglichst den vollständigen Pflegeprozess in den Blick nehmen. Dies ist die Voraussetzung dafür, dass Kompetenzen zur Ausübung der vorbehaltenen Tätigkeiten erworben werden.
- In den Rahmenlehrplänen werden die Inhalte mithilfe von Situationsmerkmalen geordnet. Bei der Entwicklung von schulinternen Curricula stellen diese Angaben die Grundlage für die Gewinnung von konkreten Lernsituationen dar. Lernsituationen sind als didaktisch reflektierte Handlungssituationen zu verstehen und haben damit einen engen Bezug zur Pflegepraxis. Kompetenzen werden somit im Kontext der Situationen angeeignet, in denen sie später zur Anwendung kommen. In der Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann müssen die Altersstufen der zu pflegen-

den Menschen in den Lernsituationen so variiert werden, dass alle Altersstufen gleichmäßig berücksichtigt werden. Laut Anlage 6 PflAPrV müssen auf die Vermittlung spezifischer Kompetenzen zur Pflege von Kindern und Jugendlichen sowie von alten Menschen mindestens 500 und höchstens 700 Stunden entfallen. Neben der Altersstufe sollte in den Lernsituationen das soziale und kulturelle Umfeld des zu pflegenden Menschen sowie der Versorgungsbereich variiert werden, um die Auszubildenden auch gut auf die Abschlussprüfungen vorzubereiten. In den curricularen Einheiten ergänzenden „didaktischen Kommentaren“ werden jeweils Beispiele für mögliche Lernsituationen, die sich auf die unterschiedlichen Altersstufen beziehen, vorgeschlagen. Des Weiteren werden auch Anregungen für Pflegesituationen gegeben, die in simulativen Lernumgebungen oder anhand von Lern- und Arbeitsaufgaben bearbeitet werden können. Um Bildungsziele anbahnen zu können, sollen auch multidimensionale Problem-, Konflikt- und Dilemmasituationen, die sich nicht oder nur teilweise rational entscheiden lassen und in denen jeweils Abwägungsprozesse erforderlich sind, als Lernsituationen ausgewählt werden.

- Ebenso wie in den Rahmenlehrplänen sollen auch die curricular zu entwickelnden Lernsituationen durch die Steigerung der Anforderungen in den Situationsmerkmalen im Ausbildungsverlauf zunehmend komplexer gestaltet werden.

Die Rahmenlehrpläne bieten ausreichend Gestaltungsspielraum für schulspezifische Schwerpunktsetzungen. Für die schulinternen Curricula sollen solche Lernsituationen ausgewählt werden, anhand derer Kompetenzen, Einsichten oder Haltungen erworben werden können, die sich auch auf vielfältige ähnliche berufliche Situationen übertragen lassen. Die Auswahl dieser Lernsituationen ist den Pflegeschulen überlassen.

Notwendigerweise kommt es zwischen den curricularen Einheiten zu Überschneidungen, da beispielsweise

Gesundheitsförderung ein zentrales Prinzip aller pflegerischen Handlungsfelder darstellt. Die Pflegeschulen sind aufgefordert, didaktisch begründete Entscheidungen zu treffen, wie sie inhaltliche Zuschnitte gestalten wollen bzw. welche Kompetenzen sie durch das mehrfache Aufgreifen von Inhalten akzentuieren wollen.

6.2 Rahmenausbildungspläne

Die Landschaft der ausbildenden Einrichtungen und der Kooperationsformen und -verbünde mit anderen Einrichtungen sowie Pflegeschulen ist vielgestaltig und die Auszubildenden können die laut Anlage 7 PflAPrV verpflichtenden Einsatzbereiche in sehr unterschiedlicher Abfolge durchlaufen. Diesen Voraussetzungen müssen die Rahmenausbildungspläne, die ja für alle Verläufe gleichermaßen genutzt werden sollen, Rechnung tragen. Deshalb sind die dort vorgesehenen Pflegesituationen bzw. Aufgabenstellungen teilweise eher grob umrissen und unabhängig von den möglichen Einsatzorten beschrieben. Sie müssen bei der Erstellung der einrichtungs- oder trägerspezifischen Ausbildungspläne nach § 8 Abs. 3 PflBG auf die besonderen Lernpotenziale der jeweiligen Einsatzorte zugeschnitten und dann letztlich im Rahmen der Planung eines konkreten Einsatzes durch die verantwortliche Praxisanleitung auf der Basis der aktuellen Gegebenheiten im Einsatzbereich und in Abstimmung mit den individuell eingebrachten Lernerfahrungen und -bedarfen der Auszubildenden angepasst und ausdifferenziert werden. Hierfür bildet der kontinuierlich individuell geführte Ausbildungsnachweis für die praktische Ausbildung eine weitere wichtige Planungsgrundlage.

Betriebliche Ausbildungsprozesse sind in ihrer Doppelfunktion als gleichzeitige Arbeits- und Lernprozesse immer durch Zielkonflikte, z. B. zwischen Versorgungs- und Ausbildungsauftrag, geprägt. Den jeweils zu erwartenden Interessenkollisionen sollte möglichst schon durch eine stringente, beide Perspektiven berücksichtigende Ausbildungsplanung Rechnung getragen werden. Das kann z. B. gelingen, indem die Einsatzorte so ausgewählt werden, dass die Auszubildenden unter anderem auch solchen Arbeitsanforde-

rungen begegnen, die ihnen Chancen bieten, ihrem Entwicklungsstand gemäß nicht nur „mitzuarbeiten“ und lediglich Teilaufgaben zu übernehmen, sondern schon zum Ende des 1. Ausbildungsdrittels durch (angeleitete) Übernahme von Verantwortung für vollständige Pflegeprozesse schrittweise Selbstvertrauen und Selbstständigkeit aufzubauen. Diese Überlegung könnte – neben anderen – für die Ausbildungsplanung leitend sein und stützt, langfristig betrachtet, auch ein betriebliches Interesse an der sich sukzessive steigenden Professionalität der Auszubildenden.

Zum Rahmenausbildungsplan gibt es neben der in Anlage 7 PflAPrV geregelten Grundstruktur und der zu berücksichtigenden europarechtlichen Regelungen (vgl. Richtlinie 2005/36/EG) zu den wahrzunehmenden Einsatzbereichen, die jedoch nicht mit Stundenvorgaben verknüpft sind, keine weiteren Vorgaben hinsichtlich der zeitlichen Verteilung der Einsätze im Ausbildungsverlauf. Unterschiedliche organisatorische Varianten wie verschiedene Formen von Blockphasen, in die Praxiseinsätze integrierte Studientage oder Kombinationen beider Formen sind möglich. Für einen gelingenden Kompetenzaufbau entsprechend den Rahmenausbildungsplänen ist jedoch eine gewisse Kontinuität, Stabilität und Langfristigkeit für einen Teil der umfangreicheren Einsätze zu empfehlen.

Die Konkretisierung des trägerspezifischen Ausbildungsplans auf der Mikroebene sollte in gründlichen Planungsgesprächen jeweils zu Beginn eines neuen Einsatzes gemeinsam mit den Auszubildenden unter Rückgriff auf den bis zu diesem Zeitpunkt im Ausbildungsnachweis dokumentierten Ausbildungsprozess erfolgen. Dabei sollte geprüft werden, welche der im Ausbildungsplan für den jeweiligen Versorgungsbereich bzw. das jeweilige Ausbildungsdrittel vorgesehnen Pflegesituationen bzw. Aufgabenstellungen sich am Einsatzort gut umsetzen lassen und wie sich diese in die Kontinuität des bisherigen Ausbildungsverlaufs einfügen. In der Gesamtschau sollte hierzu beachtet werden, dass immer auch Kompetenzen aus den Kompetenzbereichen III bis V integriert werden.

7. Literaturverzeichnis

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeausbildungs- und -Prüfungsverordnung – PflAPrV) vom 2. Oktober 2018. In: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2018, Teil I Nr. 34, ausgegeben zu Bonn am 10. Oktober 2018. S. 1572–1621.

BRONFENBRENNER, U.: Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Stuttgart 1981.

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

DEUTSCHER BUNDESTAG: Drucksache 19/2707 vom 13. Juni 2018. Verordnung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und des Bundesministeriums für Gesundheit – Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung – PflAPrV). Berlin 2018. Online: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/027/1902707.pdf> (Stand: 13.05.20).

Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) vom 17. Juli 2017. In: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017 Teil I Nr. 49, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2017. S. 2581–2614.

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

IGL, G.: Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG). Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV), Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV). Praxiskommentar, 2., neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Heidelberg 2019.

MEDIZINISCHER DIENST DES SPITZENVERBANDES BUND DER KRANKENKASSEN E. V. (MDS) (Hrsg.): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. 2., aktualisierte Auflage, Juli 2017. Online: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/17-07-17_BRi_Pflege.pdf (Stand: 24.06.2019).

RAUNER, F.: Didaktik der beruflichen Bildung. In: DEHNBOSTEL, P; WALTER-LEZIUS, H.-J. (Hrsg.): Didaktik moderner Berufsbildung. Bielefeld 1995.

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

Richtlinie 2005/36/EG v. 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen S. L255/111 zu 5.2.1 B.

II. RAHMENLEHRPLÄNE FÜR DEN THEORETISCHEN UND PRAKTISCHEN UNTERRICHT

Inhaltsverzeichnis Rahmenlehrpläne

| | | |
|-------|--|-----|
| CE 01 | Ausbildungsstart – Pflegefachfrau/Pflegefachmann werden | 33 |
| CE 02 | Zu pflegende Menschen in der Bewegung und Selbstversorgung unterstützen | 36 |
| CE 03 | Erste Pflegerfahrungen reflektieren – verständigungsorientiert kommunizieren | 45 |
| CE 04 | Gesundheit fördern und präventiv handeln | 48 |
| | Gesundheit von Kindern und Jugendlichen fördern und präventiv handeln | 57 |
| | Gesundheit alter Menschen fördern und präventiv handeln | 64 |
| CE 05 | Menschen in kurativen Prozessen pflegerisch unterstützen und Patientensicherheit stärken | 69 |
| | Kinder und Jugendliche in kurativen Prozessen pflegerisch unterstützen und Patientensicherheit stärken | 79 |
| | Alte Menschen in kurativen Prozessen pflegerisch unterstützen und Patientensicherheit stärken | 84 |
| CE 06 | In Akutsituationen sicher handeln | 89 |
| | Kinder, Jugendliche und ihre Bezugspersonen in Akutsituationen sicher begleiten | 96 |
| | Alte Menschen und ihre Bezugspersonen in Akutsituationen sicher begleiten | 101 |
| CE 07 | Rehabilitatives Pflegehandeln im interprofessionellen Team | 106 |
| | Rehabilitatives Pflegehandeln bei Kindern und Jugendlichen im interprofessionellen Team | 116 |
| | Rehabilitatives Pflegehandeln bei alten Menschen im interprofessionellen Team | 123 |
| CE 08 | Menschen in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten | 128 |
| | Kinder, Jugendliche und ihre Familien in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten | 137 |
| | Alte Menschen in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten | 144 |
| CE 09 | Menschen bei der Lebensgestaltung lebensweltorientiert unterstützen | 149 |
| | Alte Menschen bei der Lebensgestaltung lebensweltorientiert unterstützen | 157 |
| CE 10 | Entwicklung und Gesundheit in Kindheit und Jugend in pflegerischen Situationen fördern | 162 |
| | Entwicklung und Gesundheit in Kindheit und Jugend in pflegerischen Situationen fördern | 173 |

| | |
|--|-----|
| CE 11 Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und kognitiven Beeinträchtigungen personenzentriert und lebensweltbezogen unterstützen | 180 |
| Kinder und Jugendliche mit psychischen Gesundheitsproblemen und kognitiven Beeinträchtigungen personenzentriert und lebensweltbezogen unterstützen | 189 |
| Alte Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und kognitiven Beeinträchtigungen personenzentriert und lebensweltbezogen unterstützen | 194 |

CE 01 Ausbildungsstart – Pflegefachfrau/Pflegefachmann werden

| CE 01 | Anlage 1 PflAPrV |
|---|----------------------------------|
| 1. Ausbildungsrittel | Zeitrichtwert: 70 Stunden |
| <h3>Intentionen und Relevanz</h3> <p>In dieser curricularen Einheit steht das Ankommen der Auszubildenden in der Pflegeausbildung im Mittelpunkt. Die Einheit dient der ersten Orientierung hinsichtlich der persönlichen Gestaltung der Rolle als Auszubildende/Auszubildender einschließlich der Positionierung im Pflegeteam, der Aufgaben und Handlungsfelder der professionellen Pflege sowie der Überprüfung des Berufswunsches. Die Auszubildenden reflektieren den Pflegeberuf als verantwortungsvollen, sinnstiftenden Beruf mit vielfältigen Entwicklungsmöglichkeiten und bauen eine Vorstellung von professionellem Pflegehandeln auf.</p> <p>Darüber hinaus machen sich die Auszubildenden eigene Potenziale bewusst und setzen sie zu den pflegeberuflichen Anforderungen in Beziehung. Es erfolgt eine erste Sensibilisierung für Unterstützungsangebote, die zur eigenen Gesunderhaltung im Beruf beitragen.</p> <p>Vorbereitend auf die Erkundung beruflicher Handlungsfelder verschaffen sich die Auszubildenden einen Überblick über gesetzliche Grundlagen und einzuhaltende Dienstverordnungen. Ebenso lernen die Auszubildenden den Pflegeprozess als berufsspezifische Arbeitsmethode kennen, um Individualität und Autonomie der zu pflegenden Menschen sicherzustellen. Sie erwerben grundlegende Kompetenzen zur Kontaktaufnahme mit zu pflegenden Menschen und nehmen eigene Gefühle und Deutungen in der Beziehungsgestaltung wahr. Der Perspektivenwechsel zur Selbst- und Fremdwahrnehmung kann dabei angebahnt werden.</p> <p>Die subjektorientierte Gestaltung des Ausbildungsstartes hat maßgeblichen Einfluss auf einen erfolgreichen Ausbildungsverlauf.</p> | |
| <h3>Bildungsziele</h3> <p>Die Auszubildenden reflektieren ihre Rolle als Lernende sowie mögliche selbst- und fremdbestimmte Momente in der Ausbildung und sind für Mitbestimmungsmöglichkeiten sensibilisiert. Sie nähern sich einem beruflichen Selbstverständnis professioneller Pflege, das sich an den zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen orientiert, an und reflektieren widersprüchliche Anforderungen, die sie im Spannungsfeld von Fürsorge für den zu pflegenden Menschen und standardisierten Vorgaben erleben.</p> | |
| <h3>Kompetenzen – Anlage 1 PflAPrV</h3> <p>Die Auszubildenden</p> <ul style="list-style-type: none"> reflektieren den Einfluss der unterschiedlichen ambulanten und stationären Versorgungskontexte auf die Pflegeprozessgestaltung (I.1.h). wahren das Selbstbestimmungsrecht des zu pflegenden Menschen, insbesondere auch, wenn dieser in seiner Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt ist (I.6.a). wenden Grundsätze der verständigungs- und beteiligungsorientierten Gesprächsführung an (II.1.d). respektieren Menschenrechte, Ethikkodizes sowie religiöse, kulturelle, ethnische und andere Gewohnheiten von zu pflegenden Menschen in unterschiedlichen Lebensphasen (II.3.a). | |

- erkennen das Prinzip der Autonomie der zu pflegenden Person als eines von mehreren konkurrierenden ethischen Prinzipien und unterstützen zu pflegende Menschen bei der selbstbestimmten Lebensgestaltung (II.3.b.).
- beteiligen sich an Teamentwicklungsprozessen und gehen im Team wertschätzend miteinander um (III.1.e).
- üben den Beruf unter Aufsicht und Anleitung von Pflegefachpersonen aus und reflektieren hierbei die gesetzlichen Vorgaben sowie ihre ausbildungs- und berufsbezogenen Rechte und Pflichten (IV.2.a).
- bewerten das lebenslange Lernen als ein Element der persönlichen und beruflichen Weiterentwicklung, übernehmen Eigeninitiative und Verantwortung für das eigene Lernen und nutzen hierfür auch moderne Informations- und Kommunikationstechnologien (V.2.a).
- gehen selbstfürsorglich mit sich um und tragen zur eigenen Gesunderhaltung bei, nehmen Unterstützungsangebote wahr oder fordern diese am jeweiligen Lernort ein (V.2.c).
- reflektieren ihre persönliche Entwicklung als professionell Pflegende (V.2.d).
- verfügen über ein Verständnis für die historischen Zusammenhänge des Pflegeberufs und seine Funktion im Kontext der Gesundheitsberufe (V.2.e).
- verfolgen nationale und internationale Entwicklungen des Pflegeberufs (V.2.g).

Inhalte/Situationsmerkmale

| | |
|----------------------------|---|
| Handlungsanlässe | <ul style="list-style-type: none"> ● Ankommen in der Lerngruppe/in der Schule ● Ankommen im Team/in der Pflegepraxis ● berufliche Identität entwickeln ● Kontaktaufnahme mit zu pflegenden Menschen (der „fremde Mensch“) in verschiedenen Altersstufen |
| Kontextbedingungen | <p>Mesoebene</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Lernprozesse in der Ausbildung und Lernorte – Pflegeschule, simulative Lernumgebungen, Pflegepraxis ● Instrumente der schulischen und praktischen Ausbildung: Curriculum, Ausbildungsplan, Ausbildungsnachweis ● vielfältiges Spektrum gesundheitsbezogener Einrichtungen und pflegerischer Handlungsfelder <p>Makroebene</p> <p>Gesetzlicher Rahmen (ausgewählte Aspekte)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● gesetzliche Grundlagen der Ausbildung, insbesondere Berufsbezeichnung Pflegefachfrau/Pflegefachmann ● Datenschutz, Verschwiegenheit ● Arbeitsrecht ● Patientensicherheit ● Betriebsverfassungsgesetz (Personal) |
| Ausgewählte Akteure | <ul style="list-style-type: none"> ● Auszubildende mit wenig bzw. keiner Pflegeerfahrung ● Lerngruppe ● intra- und interprofessionelles Team ● zu pflegende Menschen aller Altersstufen |



| | |
|---|--|
| Erleben/ Deuten/ Verarbeiten | Auszubildende <ul style="list-style-type: none"> ● Helfen-Wollen, Motiviert-Sein/Engagiert-Sein, (vor-)berufliche Sozialisation ● Unsicherheit, Vorfreude, Neugier ● Vorstellung vom Beruf/von Pflege/Erwartungshaltungen ● berufliche Identität entwickeln, sich Vorbilder suchen bzw. Vorbilder reflektieren ● Rollenerleben/Rollenfindung (Übergang Schule/Beruf) |
| Handlungs- muster | <ul style="list-style-type: none"> ● Lernen in der Gruppe, Gruppendynamik ● Reflexion pflegerischer Vorerfahrungen und der Lernbiografie (inkl. digitaler Kompetenzen) ● Einführung in die Beziehungsgestaltung: Kommunikation, Fürsorge, Kultursensibilität, ethische Haltung, Empathie ● Pflegeprozess als Problemlösungs- und Beziehungsprozess, Einführung in die Grundlagen der Pflegewissenschaft/in das professionelle Pflegehandeln (z. B. Grundbegriffe, Gegenstand) ● sich im Kontext zurechtfinden (ausgewählte Aspekte wie z. B. EDV) ● Kontakt zum Team aufnehmen ● Aufmerksam-Sein für die eigene Gesundheit/den Schutz vor physischen und psychischen Belastungen ● Handlungsmuster zu ausgewählten Szenarien, die den Auszubildenden begegnen werden |
| Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen | |
| Kurzer Überblick über die Geschichte des Pflegeberufes – auch internationale Vergleiche | |
| Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen (Beispiele) <ul style="list-style-type: none"> ● Rollenspiele zur ersten Kontaktaufnahme zu fremden Menschen/zum Betreten eines Zimmers von zu pflegenden Menschen verschiedener Altersstufen Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben (Beispiele) <ul style="list-style-type: none"> ● systematische Erkundung der Perspektiven der Akteure im jeweiligen Handlungsfeld (z. B. im Hinblick auf Aufgabenfelder, Motivationen, Selbstverständnis, ökologische Grundsätze/Umweltmanagement, Brandschutz, Dienstplanung) ● Eindrücke von der ersten Begegnung mit zu pflegenden Menschen sammeln und eigene Gedanken und Gefühle reflektieren ● Begleitung eines zu pflegenden Menschen und Erkundung seiner Bedürfnisse im Pflegeprozess | |
| Didaktischer Kommentar <p>Folgende Lernsituationen können hier bearbeitet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ankommen in der Lerngruppe und in der Schule, ● erster Besuch in der Pflegepraxis und erster Kontakt mit der Praxisanleiterin/dem Praxisanleiter und dem Team, ● erster Kontakt mit zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen, ● unterschiedliche Aufgabenbereiche und Verantwortlichkeiten im interprofessionellen Team. <p>Mit dem Punkt <i>Einführung zur Pflegewissenschaft</i> ist noch keine differenzierte Auseinandersetzung mit diesem Gegenstand intendiert. Vielmehr sollen die Auszubildenden verstehen, warum sich die Pflegewissenschaft entwickelt hat (hier können auch internationale Vergleiche eingebracht werden), womit sie sich beschäftigt und vor allem, wie pflegerisches Wissen entsteht und wie pflegewissenschaftliche Erkenntnisse für das konkrete pflegerische Handeln genutzt werden können (Umfang ca. 4 Stunden).</p> | |

CE 02 Zu pflegende Menschen in der Bewegung und Selbstversorgung unterstützen

| CE 02 | Anlage 1 PflAPrV |
|---|-----------------------------------|
| 1. Ausbildungsdrittel | Zeitrichtwert: 180 Stunden |
| <p>Intentionen und Relevanz</p> <p>Die Unterstützung von zu pflegenden Menschen, die Orientierung im gewählten Berufsfeld und die Vorbereitung auf das pflegeberufliche Handeln in der Praxis der Ausbildungseinrichtung stehen im Zentrum dieser curricularen Einheit, die in Verbindung mit dem Orientierungseinsatz steht. Sie ist in zwei Schwerpunktbereiche gegliedert, die weiter unten – im Anschluss an die Bildungsziele und Kompetenzen – separat dargestellt werden:</p> <p>02 A Mobilität interaktiv, gesundheitsfördernd und präventiv gestalten 02 B Menschen in der Selbstversorgung unterstützen</p> <p>Der erste Schwerpunkt (02 A) liegt auf der Förderung und Erhaltung von Mobilität verbunden mit deren umfassender Bedeutung im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention. Diese betrifft sowohl die zu pflegenden Menschen wie auch die Auszubildenden bzw. zukünftigen Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner selbst. Beweglichkeit und Bewegung bilden in vielen Lebensbereichen eine Voraussetzung für eine gesunde Entwicklung, selbstbestimmte Lebensführung und soziale Teilhabe. Bewegungsmangel und Mobilitätseinbußen gehören zu den zentralen Risikofaktoren für schwerwiegende Gesundheitsprobleme und sind eine der wichtigsten Ursachen für dauerhafte Pflegebedürftigkeit. Somit wird mit diesem Schwerpunkt vom Beginn der Ausbildung an ein grundlegendes Verständnis von Gesundheitsförderung über die Auseinandersetzung mit Mobilitätsförderung und -erhaltung angebahnt. Die Auszubildenden lernen mobilitäts- und entwicklungsfördernde Bewegungskonzepte kennen und erfahren deren Wirksamkeit in Interaktion mit anderen Auszubildenden wie auch mit zu pflegenden Menschen aller Altersstufen – insbesondere bezogen auf die Zielgruppen ihres Orientierungseinsatzes. Einzelne Konzepte der Bewegungsförderung werden in die Unterstützung von Pflegebedürftigen bei alltäglichen Aktivitäten der Selbstversorgung integriert und evaluiert.</p> <p>Daneben erfolgt in dem zweiten Schwerpunkt der curricularen Einheit (02B) die unmittelbare Vorbereitung auf die weiteren beruflichen Handlungsanforderungen im ersten Orientierungseinsatz und der Erwerb von grundlegenden pflegerischen Kompetenzen in der Beobachtung und Unterstützung von Menschen mit unterschiedlichen kulturellen und religiösen Hintergründen, die gesundheits- oder entwicklungsbedingte Einschränkungen in der Selbstversorgung mitbringen (z. B. Körperpflege/Kleiden, Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Ausscheidung, Beobachtung vitaler Funktionen). Die Auszubildenden bereiten sich darauf vor, an der Organisation und Durchführung des Pflegeprozesses und der damit verbundenen digitalen oder analogen Dokumentation mitzuwirken.</p> <p>In beiden curricularen Einheiten wird den Auszubildenden – neben allen zu erarbeitenden Kenntnissen und Fertigkeiten – vor allem die Erfahrung vermittelt, dass Pflege ein Beruf ist, in dem die Interaktion mit anderen Menschen face to face und vor allem body to body im Zentrum steht. Auch wenn dies im Kontext von Schule und Ausbildung eine ungewohnte ungewohnte Erfahrung ist, die in der Lebensphase, in der sich die Auszubildenden selbst befinden, an sich schon eine Herausforderung darstellt, sollte es möglichst gelingen, in den Gesprächen und Übungen des theoretischen und praktischen Unterrichts eine Vorstellung von Pflege als Berührungsberuf mit seinen positiven, sinnstiftenden Momenten zu vermitteln.</p> | |
| ▷ | |

Andererseits sollten in die curriculare Einheit auch solche Lernsituationen integriert werden, die die Lernenden auf Anforderungen und vor allem Herausforderungen vorbereiten, mit denen sie im ersten Praxiseinsatz mit hoher Wahrscheinlichkeit konfrontiert werden könnten (z. B. Begegnung mit Schamgefühlen, mit Körperausscheidungen und Ekel, mit Menschen, die verwirrt oder orientierungslos handeln). In der Simulation und Bearbeitung solcher Lernsituationen entwickeln sie erste eigene Lösungsansätze, wie sie solchen Situationen begegnen können, und erweitern damit vorbereitend ihr mitgebrachtes Handlungs- und Kommunikationsrepertoire pflegespezifisch.

Bildungsziele

Sowohl die Förderung und Erhaltung der Mobilität als auch verschiedene andere pflegerische Handlungen zur Unterstützung bei der Selbstversorgung, die von Anfang an in der beruflichen Praxis gefordert werden, erfordern körpernahe Interaktionen mit meist fremden zu pflegenden Menschen anderen Alters und Geschlechts. Die Auszubildenden erfahren dabei sich selbst wie auch andere Menschen in ihrer Leibkörperlichkeit. Sie erleben und reflektieren eigene Grenzen und widersprüchliche Emotionen und Bedürfnisse, – auch in Bezug auf ihre eigene Unsicherheit und Verantwortung. Sie sollen sehr körpernahe und intime pflegerische Handlungen einfühlsam und fachgerecht durchführen und erleben dabei eigene wie auch fremde emotionale Reaktionsmuster, auf die sie unmittelbar in ihrer Kommunikation und Interaktion mit den zu pflegenden Menschen reagieren müssen. Reflexionsprozesse in diesem Spannungsfeld bilden ein zentrales Bildungsziel.

Gleichzeitig sind die Auszubildenden herausgefordert, sich in einen fremden institutionellen Kontext mit seinen organisatorischen, ökonomischen und rollenspezifischen Anforderungen einzufinden und beginnende Handlungssicherheit aufzubauen. Im Spannungsfeld der beschriebenen Anforderungen lernen die Auszubildenden, ihre Emotionen und Handlungsmuster zu reflektieren und systemische Grenzen wahrzunehmen. In einer ersten Annäherung begegnen sie dem Spannungsfeld zwischen idealen Ansprüchen an Pflege und der Wirklichkeit der eigenen persönlich und institutionell begrenzten Handlungsmöglichkeiten und sind gefordert, in diesem Feld situativ nach Lösungen zu suchen.

Kompetenzen – Anlage 1 PflAPrV (für beide Teile der curricularen Einheit)

Die Auszubildenden

- verfügen über ein grundlegendes Verständnis von zentralen Theorien und Modellen zum Pflegeprozess und nutzen diese zur Planung von Pflegeprozessen bei Menschen aller Altersstufen (I.1.a).
- beteiligen sich an der Organisation und Durchführung des Pflegeprozesses (I.1.b).
- nutzen ausgewählte Assessmentverfahren und beschreiben den Pflegebedarf unter Verwendung von pflegediagnostischen Begriffen (I.1.c).
- schätzen häufig vorkommende Pflegeanlässe und Pflegebedarfe in unterschiedlichen Lebens- und Entwicklungsphasen in akuten und dauerhaften Pflegesituationen ein (I.1.d).
- schlagen Pflegeziele vor, setzen gesicherte Pflegemaßnahmen ein und evaluieren gemeinsam die Wirksamkeit der Pflege (I.1.e).
- dokumentieren durchgeführte Pflegemaßnahmen und Beobachtungen in der Pflegedokumentation auch unter Zuhilfenahme digitaler Dokumentationssysteme und beteiligen sich auf dieser Grundlage an der Evaluation des Pflegeprozesses (I.1.f).
- integrieren in ihr Pflegehandeln lebensweltorientierte Angebote zur Auseinandersetzung mit und Bewältigung von Pflegebedürftigkeit und ihren Folgen (I.1.g).
- erheben pflegebezogene Daten von Menschen aller Altersstufen mit gesundheitlichen Problemlagen sowie zugehörige Ressourcen und Widerstandsfaktoren (I.2.a).



- interpretieren und erklären die vorliegenden Daten bei Menschen mit überschaubaren Pflegebedarfen und gesundheitsbedingten Einschränkungen anhand von grundlegenden pflege- und bezugswissenschaftlichen Erkenntnissen (I.2.b).
- verfügen über ein grundlegendes Verständnis zu physischen, psychischen und psychosomatischen Zusammenhängen, die pflegerisches Handeln begründen (I.2.f).
- erschließen sich neue Informationen zu den Wissensbereichen der Pflege, Gesundheitsförderung und Medizin (I.2.g).
- wahren das Selbstbestimmungsrecht des zu pflegenden Menschen, insbesondere auch, wenn dieser in seiner Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt ist (I.6.a).
- stimmen die Interaktion sowie die Gestaltung des Pflegeprozesses auf den physischen, emotionalen und kognitiven Entwicklungsstand des zu pflegenden Menschen ab (I.6.e).
- erkennen eigene Emotionen sowie Deutungs- und Handlungsmuster in der Interaktion (II.1.a).
- bauen kurz- und langfristige Beziehungen mit Menschen unterschiedlicher Altersphasen und ihren Bezugspersonen auf und beachten dabei die Grundprinzipien von Empathie, Wertschätzung, Achtsamkeit und Kongruenz (II.1.b).
- nutzen in ihrer Kommunikation neben verbalen auch nonverbale, paralinguistische und leibliche Interaktionsformen und berücksichtigen die Relation von Nähe und Distanz in ihrer Beziehungsgestaltung (II.1.c).
- erkennen grundlegende, insbesondere gesundheits-, alters- oder kulturbedingte Kommunikationsbarrieren und setzen unterstützende Maßnahmen ein, um diese zu überbrücken (II.1.e).
- informieren Menschen aller Altersstufen zu gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und leiten bei der Selbstpflege an (II.2.a).
- respektieren Menschenrechte, Ethikkodizes sowie religiöse, kulturelle, ethnische und andere Gewohnheiten von zu pflegenden Menschen in unterschiedlichen Lebensphasen (II.3.a).
- sind sich der Bedeutung von Abstimmungs- und Koordinierungsprozessen in qualifikationsheterogenen Teams bewusst und grenzen die jeweils unterschiedlichen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche begründet voneinander ab (III.1.a).
- beteiligen sich an der Organisation pflegerischer Arbeit (III.1.d).
- beachten die Anforderungen der Hygiene und wenden Grundregeln der Infektionsprävention in den unterschiedlichen pflegerischen Versorgungsbereichen an (III.2.a).
- orientieren ihr Handeln an qualitätssichernden Instrumenten wie insbesondere evidenzbasierten Leitlinien und Standards (IV.1.b).
- üben den Beruf unter Aufsicht und Anleitung von Pflegefachpersonen aus und reflektieren hierbei die gesetzlichen Vorgaben sowie ihre ausbildungs- und berufsbezogenen Rechte und Pflichten (IV.2.a).
- nehmen drohende Über- oder Unterforderungen frühzeitig wahr, erkennen die notwendigen Veränderungen am Arbeitsplatz und/oder des eigenen Kompetenzprofils und leiten daraus entsprechende Handlungsinitiativen ab (V.2.b).
- gehen selbstfürsorglich mit sich um und tragen zur eigenen Gesunderhaltung bei, nehmen Unterstützungsangebote wahr oder fordern diese am jeweiligen Lernort ein (V.2.c).



| CE 02 A | Mobilität interaktiv, gesundheitsfördernd und präventiv gestalten |
|-------------------------------------|---|
| Inhalte/Situationsmerkmale | |
| Handlungs-anlässe | <p><i>Zu pflegende Menschen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● entwicklungs- und gesundheitsbedingt beeinträchtigte körperliche Mobilität ● beeinträchtigte Mobilität im Bett ● beeinträchtigte Gehfähigkeit ● bewegungsarmer Lebensstil ● Gesundheitsrisiken durch Mobilitätsbeeinträchtigungen, z. B. erhöhtes Sturzrisiko ● Gefahr einer verzögerten sensomotorischen Entwicklung <p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● berufliche Gesundheitsrisiken und Gefahren ● Selbstfürsorge, insbesondere für die Gesunderhaltung des eigenen Bewegungsapparats sowie die Erhaltung und Weiterentwicklung der persönlichen Mobilität als zentrales Moment der pflegerischen Interaktion |
| Kontext- bedingungen | <ul style="list-style-type: none"> ● unterschiedliche Einrichtungen und Versorgungsbereiche im Orientierungseinsatz ● technische und digitale Hilfsmittel zur Unterstützung bei der Bewegungsförderung und Positionierung sowie Regelungen zu deren Verfügbarkeit (z. B. Medizinproduktegesetz) ● Rechtsgrundlagen in Bezug auf Haftung, Arbeitsschutz und Sicherheit der zu pflegenden Menschen ● Arbeitssicherheit und Unfallverhütung |
| Ausgewählte Akteure | <ul style="list-style-type: none"> ● Menschen aller Altersstufen mit Beeinträchtigungen in der Mobilität und in der Sinneswahrnehmung (Hören und Sehen) sowie deren Bezugspersonen ● Menschen mit Gesundheitsrisiken aufgrund von Bewegungsmangel, die häufig als Zielgruppe im Orientierungseinsatz angetroffen werden ● Auszubildende ● Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner ● andere Berufsgruppen, z. B. Physio- und Ergotherapeut*innen |
| Erleben/ Deuten/ Verarbeiten | <p><i>Zu pflegende Menschen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Wahrnehmung des eigenen Leibkörpers ● Wohlbefinden ● Bewegungsfreude ● Abhängigkeit und beeinträchtigte Selbstbestimmung ● Einsamkeit und beeinträchtigte soziale Teilhabe ● Unsicherheit und Angst vor Stürzen ● verschiedene individuelle Gründe für einen bewegungsarmen Lebensstil/eingeschränkte Mobilität ● Umgang mit bzw. Ablehnung von großer körperlicher Nähe in der pflegerischen Interaktion zur Bewegungsförderung und -erhaltung |

| | |
|------------------------|---|
| | <p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> positive und negative Auswirkungen von Bewegung auf das physische und psychische Wohlbefinden den eigenen Körper in Interaktion mit anderen erfahren widersprüchliche Emotionen und Bedürfnisse, z. B. im Umgang mit großer körperlicher Nähe in der pflegerischen Interaktion |
| Handlungsmuster | <p><i>Zu pflegende Menschen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Fähigkeiten und Ressourcen sowie Beeinträchtigungen in der Mobilität unter Nutzung ausgewählter Assessmentverfahren beobachten und beschreiben bzw. dokumentieren Menschen bei Alltagsaktivitäten in ihrer Mobilität unterstützen und bei Bedarf technische und digitale Hilfsmittel nutzen eine sichere Umgebung für Menschen aller Altersstufen auch mit Beeinträchtigungen des Sehens und Hörens gestalten Risiken bei Beeinträchtigungen der Mobilität systematisch personen- und umgebungsbezogen einschätzen und dokumentieren sowie individuelle Pflegemaßnahmen planen, durchführen und evaluieren Angebote zur Mobilitätsförderung und -erhaltung sowie zur Entwicklungsförderung unter Einbezug entsprechender Bewegungskonzepte planen, durchführen und evaluieren Menschen über die Bedeutung von Mobilität in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention informieren Menschen zu hilfreichen Bewegungsabläufen instruieren Menschen bei Orts- und Positionswechseln unterstützen Maßnahmen zur Förderung und Erhaltung der Mobilität im pflegerischen und therapeutischen Team besprechen und abstimmen das eigene Handeln an ausgewählten Expertenstandards der Pflege orientieren – Überblick zu ausgewählten Standards in Verbindung mit Mobilitätsförderung und -einschränkungen (z. B. „Erhaltung und Förderung der Mobilität“, „Sturzprophylaxe in der Pflege“, „Dekubitusprophylaxe“) <p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> das eigene Gesundheits-/Bewegungsverhalten reflektieren eigene Bewegungsabläufe analysieren und vor dem Hintergrund pflegerischer Bewegungskonzepte reflektieren hilfreiche Bewegungsabläufe und Interaktionen in die pflegerische Unterstützung von Menschen aller Altersstufen integrieren und deren Wirkung auf den eigenen Körper evaluieren eigene Grenzen der körperlichen Belastbarkeit wahrnehmen und technische Hilfen in der Unterstützung von Menschen mit beeinträchtigter Mobilität fachgerecht nutzen selbstfürsorglich mit sich selbst umgehen und Aktivitäten zur Gesundheitsförderung wahrnehmen |
| | <p>Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen</p> <ul style="list-style-type: none"> Einführung in Grundbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention (wird in CE 04 aufgegriffen und vertieft) sensomotorische Entwicklung im Kindesalter und physiologische Veränderungen der Motorik im Alter Aufbau und Funktion des Bewegungsapparats |

Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen (Beispiele)**Beobachten und Analysieren von Bewegungsabläufen und -mustern**

- Menschen mit beeinträchtigter Mobilität in einfachen Handlungen der Selbstversorgung unterstützen und die Wirksamkeit von Bewegungskonzepten evaluieren und reflektieren
- Reflexion von eigenen Körperwahrnehmungen und Erfahrungen in der Unterstützung von Menschen mit beeinträchtigter Mobilität

Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben (Beispiele)

- Bericht/Dokumentation zu einer fallspezifischen Bewegungsinteraktion
- Interview mit Physio-/Ergotherapeut*innen in der Ausbildungseinrichtung zu den spezifischen Aufgaben im Einsatzbereich
- Beobachtung und Vorstellung von Angeboten zur Mobilitätsförderung und fallspezifische Analyse von Motivationsfaktoren
- vergleichende Erhebung zum Einsatz von technischen und digitalen Hilfsmitteln in der Entwicklung, Förderung und Erhaltung von Bewegungsfähigkeit
- vergleichende Erhebung zur Patienten- und Arbeitssicherheit in Handlungsfeldern der Pflege

Didaktischer Kommentar

(wird in Verbindung mit Schwerpunktbereich der curricularen Einheit 02 B wiedergegeben)

| CE 02 B | Menschen in der Selbstversorgung unterstützen |
|-------------------------------------|--|
| Inhalte/Situationsmerkmale | |
| Handlungs-anlässe | <ul style="list-style-type: none"> ● Pflegebedürftigkeit ● Pflegephänomene, z. B. Hilflosigkeit, Abhängigkeit, Fremdheit, Scham, Bedürfnis nach Zuwendung, Orientierung und Berührung ● gesundheits- oder entwicklungsbedingte Beeinträchtigungen in der Selbstversorgung (Körperpflege/Kleiden, Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Ausscheidung) ● pflegebedingte Notwendigkeit der Beobachtung des Gesundheitszustandes (inklusive der Vitalwerte) ● (Risiko von) Veränderungen des Hautzustands und Erfordernis entsprechend ausgewählter Prophylaxen, z. B. Intertrigoprophylaxe, Dekubitusprophylaxe ● Bedarf an Entwicklungs- und Gesundheitsförderung über Berührung ● Mangelernährung ● Flüssigkeitsdefizit ● beeinträchtigte Harnausscheidung ● beeinträchtigte Stuhlausscheidung ● ggf. Schlafstörung/Unruhe (sollte in anderen curricularen Einheiten wieder aufgegriffen werden) |
| Kontext-bedingungen | <ul style="list-style-type: none"> ● verschiedene Versorgungsbereiche der Pflege (insbesondere solche, in denen die Lernenden im Orientierungseinsatz eingesetzt werden) ● Angehörige und Bezugspersonen, die bei der Pflege anwesend sein können |
| Ausgewählte Akteure | <ul style="list-style-type: none"> ● Menschen aller Altersstufen mit unterschiedlichen kulturellen und religiösen Hintergründen, mit ihren jeweiligen individuellen Bedürfnissen in häufig vorkommenden Pflegesituationen (insbesondere die in den Orientierungseinsätzen hauptsächlich vertretenen Zielgruppen) ● Auszubildende mit keiner oder geringer Pflegeerfahrung |
| Erleben/ Deuten/ Verarbeiten | <p><i>Zu pflegende Menschen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Wohlbefinden, Zuwendung, sich selbst im Leibkörper wahrnehmen und spüren ● Erleben von Hilfe- und Unterstützungsbedarf und Umgang mit der Zuweisung von „Pflegebedürftigkeit“ ● Fremdheit, Scham, Hilflosigkeit, Abhängigkeit ● Angst vor Nähe und Berührung <p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Wirksamkeit von Pflege, Nähe, Bezogenheit ● Fremdheit, Unsicherheit, Sprachlosigkeit, Abneigung ● Erleben von eigenen Bewältigungsressourcen und Widerstandsfaktoren |
| Handlungs-muster | <ul style="list-style-type: none"> ● Selbstversorgungsdefizite, Ressourcen und Fähigkeiten der zu pflegenden Menschen mithilfe erster pflegerischer Modelle/Theorien beobachten und beschreiben ● Individuelle Bedürfnisse wahrnehmen und in der Unterstützung bei der Selbstversorgung berücksichtigen |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● Veränderungen des Gesundheitszustandes (inkl. der Vitalwerte) anhand von grundlegendem Wissen aus der Pflege und den Bezugswissenschaften beobachten, beschreiben und sachgerecht dokumentieren ● Pflegebedürftigkeit beschreiben und einordnen ● prophylaktische Maßnahmen bei gesundheits- und entwicklungsbedingten Einschränkungen der Mobilität in die Körperpflege integrieren ● pflegerische Unterstützung oder entwicklungsbedingte Übernahme bei der Selbstversorgung geben (Körperpflege/Kleiden, Zahn- und Mundhygiene, Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Ausscheidung) und dabei für die Patientensicherheit sorgen ● hygienische Maßnahmen in der pflegerischen Unterstützung berücksichtigen ● grundlegende Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in die pflegerische Unterstützung bei der Selbstversorgung integrieren ● Kommunikation und Interaktion in körpernahen und intimen pflegerischen Handlungen einfühlsam gestalten ● das eigene Handeln an ausgewählten Expertenstandards der Pflege orientieren – exemplarische vertiefte Auseinandersetzung mit ein bis zwei Standards, die sich auf die Unterstützung bei Einschränkungen in der Selbstversorgung beziehen (z. B. „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“, „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“) ● mit Pflegedokumentationssystemen (analog/digital) umgehen, diesen Informationen entnehmen und durchgeführte Pflege dokumentieren ● digitale Messinstrumente und technische Hilfsmittel fachgerecht anwenden ● Patient*innen bei der Hilfsmittelversorgung unterstützen, z. B. beim Hören, Sehen ● beruflich bedingte Intimitätsverletzungen respekt- und würdevoll gestalten und sich selbst reflektieren ● Struktur und Organisation des Einsatzbereichs kennenlernen und sich darin orientieren |
|--|---|

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

- Überblick über Anatomie/Physiologie der Haut sowie häufige alters- und gesundheitsbedingte Veränderungen des Hautzustands
- Überblick über Anatomie/Physiologie der Verdauungsorgane und der ableitenden Harnwege
- Hautpflegeprodukte
- Entwicklung des Schamgefühls
- Einführung in die Ethik: Umgang mit Würde und Respekt
- grundlegende Einführung in die Prinzipien pflegerischen Hygienehandelns

Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen (Beispiele)

- Selbsterfahrung zur Art und Weise von Berührungs- und Interaktionsgestaltung
- Durchführung von typischen Pflegehandlungen zur Unterstützung bei der Selbstversorgung (z. B. Körper- und Mundpflege, Anreichen von Speisen und Getränken, Versorgung mit Inkontinenzmaterialien), Reflexion aus unterschiedlichen Perspektiven und Rollen
- Strukturierung und Planung von Handlungsabläufen unter Anwendung hygienischer Prinzipien

Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben (Beispiele)

- Beobachtungsaufgabe zum Thema Haut und zum Vorgehen bei der Hautpflege
- Reflexionsaufgaben zum Erleben von Nähe, Hilflosigkeit und Abhängigkeit, Scham, Sprachlosigkeit, Grenzüberschreitung und die Wirksamkeit von Berührung innerhalb körpernaher pflegerischer Maßnahmen sowie die damit verbundenen Gefühle und Empfindungen aus unterschiedlichen Perspektiven

Didaktischer Kommentar

Zum Schwerpunkt CE 02 A

Folgende Lernsituationen können hier exemplarisch bearbeitet werden:

- Unterstützung eines älteren Menschen mit Einschränkungen infolge von Gangunsicherheiten, Schmerzen und Problemen in der räumlichen Orientierung auf dem Weg vom Sessel im Zimmer zum Stuhl in den Speiseraum,
- entwicklungsfördernde Unterstützung in der Bewegung eines Säuglings beim Wickeln, bei der Körperpflege, beim Aus- und Anziehen, beim Transfer vom Bett auf den Wickeltisch oder in die Badewanne.

Zum Schwerpunkt CE 02 B

Folgende Lernsituationen können hier exemplarisch bearbeitet werden:

- Unterstützung von Menschen mit Einschränkungen in der selbstständigen Handlungsstrukturierung bei Abläufen in der Selbstversorgung (Körperpflege, Kleidung anziehen, Essen und Trinken, Ausscheiden), z. B. Jugendliche*r mit leichter geistiger Behinderung/älterer Mensch mit beginnender Demenz,
- Unterstützung bei der Körperpflege mit Orientierung der durchzuführenden Pflege an einer vorliegenden Pflegeplanung und dokumentierten Pflege in der digitalen/analogen Patientenakte und dem Erfordernis zur Anpassung von Interventionen an eine Veränderung, die sich akut ergeben hat, z. B. bei einem älteren Menschen mit Stuhlinkontinenz und akuter Durchfallerkrankung oder einem Kind/Säugling mit Diarrhö,
- Anreichen von Nahrung und Flüssigkeit bei einem Menschen (Kind/älterer Mensch), der nichts zu sich nehmen möchte,
- das Halten eines Säuglings bei der Nahrungsaufnahme unter Berücksichtigung der Interaktionsgestaltung und Aspirationsprophylaxe.

Die curriculare Einheit kann im Sinne einer fachlichen Vorbereitung und vertiefenden Auseinandersetzung aufgrund von ersten Praxiserfahrungen in Verbindung mit dem Orientierungseinsatz geplant werden, wobei beide Schwerpunkte auch inhaltlich miteinander verschränkt werden können. So kann z. B. zu einigen Aspekten zunächst ein Überblickswissen vermittelt werden, das in Verbindung mit Praxiserfahrungen aus dem Orientierungseinsatz exemplarisch vertieft wird. Dies wird beispielsweise für die Erarbeitung der Expertenstandards vorgeschlagen, die sich in ihren bisher vorliegenden Ausgaben zu einem großen Teil auf Pflegediagnosen und -interventionen beziehen, die mit dieser curricularen Einheit in Verbindung stehen und in ihrer Vollständigkeit nicht in diesem Rahmen vermittelt werden können.

Weiter werden in dieser curricularen Einheit zunächst lediglich erste Grundbegriffe zu Gesundheitsförderung und Prävention in Verbindung mit den entsprechenden Aspekten der Bewegungsförderung und -entwicklung eingeführt. Diese werden im weiteren Ausbildungsverlauf in der curricularen Einheit 04 in einem allgemeineren und erweiterten Verständnis aufgenommen und vertieft.

Auch die mit Bewegungsförderung und Positionsveränderung verknüpften pflegerischen Interventionen zur Prävention bzw. zu den Prophylaxen in der Pflege (z. B. Dekubitus-, Thrombose-, Kontrakturenprophylaxe) werden in dieser curricularen Einheit eher umrissen und müssen im weiteren Ausbildungsverlauf situationsspezifisch ergänzt und vertieft werden. Ebenso sollte die Feststellung von Pflegebedürftigkeit entsprechend den gesetzlichen Vorgaben einschließlich des dafür vorgesehenen Begutachtungsinstruments in der curricularen Einheit 09 im letzten Ausbildungsdrittel vertieft werden.

CE 03 Erste Pflegeerfahrungen reflektieren – verständigungsorientiert kommunizieren

| CE 03 | Anlage 1 PflAPrV |
|--|----------------------------------|
| 1. Ausbildungsdrittel | Zeitrichtwert: 80 Stunden |
| Intentionen und Relevanz | |
| <p>Nach dem Orientierungseinsatz in einem pflegerischen Handlungsfeld steht für die Auszubildenden die Reflexion erlebter Anforderungen in der Pflegepraxis im Mittelpunkt. Ziel der curricularen Einheit ist es, diese mit dem Berufswunsch abzugleichen und für die persönliche Gesunderhaltung zu sensibilisieren. Differenzen zwischen Idealvorstellungen und der erlebten Erfahrung können aufgedeckt und reflektiert werden. Einen weiteren Schwerpunkt bilden die erlebten pflegerischen Interaktionen im Kontext von Mobilität, Körperpflege- sowie Ernährungs- und Ausscheidungssituationen. Diese werden sowohl im Hinblick auf das Erleben und die subjektive Sicht der zu pflegenden Menschen als auch auf das Erleben der Auszubildenden fokussiert. Die Auszubildenden sollen angeregt werden, in der Interaktion mit zu pflegenden Menschen, aber auch mit Teammitgliedern eigene Emotionen wahrzunehmen und zu verbalisieren, um Übertragungen zu vermeiden und einen professionellen Umgang damit zu finden. Im Zusammenhang mit körpernahen Pflegeaufgaben erfahren Auszubildende ein Überschreiten von Distanzzenen, Ekel/Selbstekel, Ungeduld, Abwehr und Scham. Die reflektierende Auseinandersetzung mit diesen Erfahrungen soll dazu beitragen, die eigene Integrität schützende Formen des Umgangs mit Emotionen und Grenzüberschreitungen zu entwickeln.</p> <p>Neben der Fokussierung auf die eigene soll auch die Perspektive der zu pflegenden Menschen aller Altersstufen und deren Bezugspersonen im Rahmen von Kommunikationssituationen in den Blick genommen werden. Indem die Auszubildenden gefordert werden, unterschiedliche Sichtweisen wahrzunehmen und zu deuten, kann ein verstehender Zugang zum zu pflegenden Menschen und seinen Bezugspersonen und eine Haltung der Akzeptanz und Achtsamkeit aufgebaut werden. Die Auszubildenden werden darüber hinaus in das Konzept der kollegialen Beratung eingeführt, damit sie belastende Situationen in einem geschützten Rahmen verarbeiten können.</p> | |
| Bildungsziele | |
| <p>Die Auszubildenden sind für ihre Selbstsorge und die Fürsorge für andere Menschen sensibilisiert. Sie loten ihre diesbezüglichen Handlungsspielräume aus und begründen ihre Entscheidungen. Sie reflektieren innere Widersprüche zwischen dem Anspruch, helfen zu wollen, und dem Erleben von Ekel, Scham, Ungeduld, Abwehr, Grenzüberschreitung und Hilflosigkeit. Die Auszubildenden reflektieren mit Blick auf die gewonnenen Erfahrungen das Spannungsfeld zwischen idealen Ansprüchen an Pflege und der Wirklichkeit ihrer Handlungsmöglichkeiten einschließlich persönlicher und institutioneller Begrenzungen. In der Kommunikation mit zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen nehmen sie die unterschiedlichen Interessen wahr und wirken an Aushandlungsprozessen mit, in denen sie sich positionieren und in der argumentativen Rede einüben können.</p> | |
| Kompetenzen - Anlage 1 PflAPrV | |
| <p>Die Auszubildenden</p> <ul style="list-style-type: none"> reflektieren den Einfluss der unterschiedlichen ambulanten und stationären Versorgungskontexte auf die Pflegeprozessgestaltung (I.1.h). erkennen eigene Emotionen sowie Deutungs- und Handlungsmuster in der Interaktion (II.1.a). | |

- bauen kurz- und langfristige Beziehungen mit Menschen unterschiedlicher Altersphasen und ihren Bezugspersonen auf und beachten dabei die Grundprinzipien von Empathie, Wertschätzung, Achtsamkeit und Kongruenz (II.1.b)
- nutzen in ihrer Kommunikation neben verbalen auch nonverbale, paralinguistische und leibliche Interaktionsformen und berücksichtigen die Relation von Nähe und Distanz in ihrer Beziehungsgestaltung (II.1.c).
- wenden Grundsätze der verständigungs- und beteiligungsorientierten Gesprächsführung an (II.1.d).
- erkennen grundlegende, insbesondere gesundheits-, alters- oder kulturbedingte Kommunikationsbarrieren und setzen unterstützende Maßnahmen ein, um diese zu überbrücken (II.1.e).
- erkennen Asymmetrie und institutionelle Einschränkungen in der pflegerischen Kommunikation (II.1.g).
- fordern kollegiale Beratung ein und nehmen sie an (III.1.b).
- nehmen drohende Über- oder Unterforderungen frühzeitig wahr, erkennen die notwendigen Veränderungen am Arbeitsplatz und/oder des eigenen Kompetenzprofils und leiten daraus entsprechende Handlungsinitiativen ab (V.2.b).
- gehen selbstfürsorglich mit sich um und tragen zur eigenen Gesunderhaltung bei, nehmen Unterstützungsangebote wahr oder fordern diese am jeweiligen Lernort ein (V.2.c).
- reflektieren ihre persönliche Entwicklung als professionell Pflegende (V.2.d).

Inhalte/Situationsmerkmale

| | |
|-----------------------------------|---|
| Handlungsanlässe | <ul style="list-style-type: none"> ● erste Pflegeerfahrungen im Orientierungseinsatz, erlebte Anforderungen, Irritationen, Widersprüche und die Komplexität pflegerischen Handelns ● erlebte Begegnungen mit Ekel/Selbstekel, Scham etc. ● divergierende Interessen in der pflegerischen Kommunikation ● empfundene Sprachlosigkeit ● Kommunikations-/Informationsbedürfnisse zu pflegender Menschen und ihrer Bezugspersonen |
| Kontextbedingungen | <ul style="list-style-type: none"> ● Bedingungen bzw. Spannungsfelder im pflegerischen Handeln ● Asymmetrie pflegerischen Handelns |
| Ausgewählte Akteure | <ul style="list-style-type: none"> ● Auszubildende mit wenig Pflegeerfahrung ● Lerngruppe ● zu pflegende Menschen aller Altersstufen ● Team |
| Erleben/Deuten/Verarbeiten | <p>Reflexion und Deutung erlebter Phänomene</p> <p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Selbstvergewisserung zur Berufswahl ● Irritationen, Ungewissheit, Aushalten-Müssen ● erlebte Ressourcen und Bewältigungsstrategien ● Ekel, Scham, Geduld, Zerrissenheit zwischen Anforderungen und Realität, Hilflosigkeit, Zufriedenheit in der Begegnung mit Menschen/Wirksamkeit des eigenen Handelns ● Eindringen in die Intimsphäre fremder Menschen/Verletzen der Intimsphäre, Grenzüberschreitungen ● Bedürfnis, Spannungen in der Interaktion aufzulösen |

| | |
|---|---|
| | <p><i>Zu pflegende Menschen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Eindringen in die Intimsphäre, Leiderfahrung, Abhängigkeitsgefühl, Scham, Selbststekel, Verbergen-Wollen, Ängste ● Gefühl des Nichtakzeptierens/Fremdbestimmung |
| Handlungs-muster | <ul style="list-style-type: none"> ● erste Pflegeerfahrungen reflektieren, inkl. erlebter Begegnungen mit Ekel/Selbststekel, Scham etc. (vgl. erlebte Phänomene) ● Emotionen regulieren ● mit belastenden/fordernden Erfahrungen umgehen, kollegiale Beratung in Anspruch nehmen ● Grundsätze der verständigungs- und beteiligungsorientierten Gesprächsführung und unterschiedliche Kommunikationskanäle nutzen, Kommunikationsbarrieren abbauen ● Aushandlungsprozesse zwischen Pflegeanforderungen und individuellen Bedürfnissen von Betroffenen gestalten (nicht nur sprachlich, sondern auch nonverbal und taktil) |
| <p>Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Einführung in die Emotionspsychologie ● Geltungsansprüche in Aushandlungsprozessen ● (pflege-)berufswissenschaftliche Studien zu Phänomenen von Macht und Machtmissbrauch in pflegerischen Interaktionen | |
| <p>Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen (Beispiele)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● szenisches Spiel zum Umgang mit Ekel und Scham ● Erproben von Möglichkeiten eines professionellen Umgangs mit Emotionen ● videografiertes Rollenspiel zu divergierenden Interessen in der Interaktion mit zu pflegenden Menschen | |
| <p>Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben (Beispiele)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Bericht über eine Interaktion mit einem zu pflegenden Menschen, in der unterschiedliche Interessen ausgehandelt werden (Was war der Anlass? Welche Argumente wurden ausgetauscht? Welche Vereinbarungen wurden getroffen? Wie erlebten die Beteiligten die Aushandlung?) ● Beobachtungsauftrag und Reflexion von Kommunikationsbarrieren in unterschiedlichen pflegerischen Interaktionen und Handlungsfeldern | |
| <p>Didaktischer Kommentar</p> <p>Folgende Lernsituationen können hier exemplarisch bearbeitet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Lernsituationen, die die aktuellen Erfahrungen der Auszubildenden aufgreifen – dies sollte als Praxisreflexion angelegt werden (hier sind die Phänomene Zerrissenheit zwischen Anforderungen und Realität, Hilflosigkeit, Zufriedenheit in der Begegnung mit Menschen integriert), ● Lernsituation, in der Auszubildende zum ersten Mal mit Menschen mit Inkontinenz konfrontiert waren und das Erleben von Scham, Ekel, Hilflosigkeit, Abhängigkeit im Vordergrund steht, in diesen Situationen relevante ethische Aspekte können hier (in Weiterführung zu CE 02) thematisiert werden, ● Lernsituation, in der Auszubildende Überforderungsmomente im pflegerischen Handeln erlebten (in allen Handlungsfeldern und bei allen Altersstufen möglich), ● Lernsituation, in der divergierende Interessen in der Kommunikation mit zu pflegenden Menschen ausgehandelt werden (in allen Handlungsfeldern und bei allen Altersstufen möglich), ● gelungene Kommunikationssituationen, in denen die Wirksamkeit und ästhetische Aspekte von Pflegesituationen sichtbar werden. | |

CE 04 Gesundheit fördern und präventiv handeln

| | |
|---|----------------------------------|
| CE 04 | Anlagen 1 und 2 PflAPrV |
| 1./2. Ausbildungsdrittel | Zeitrichtwert: 80 Stunden |
| 3. Ausbildungsdrittel | Zeitrichtwert: 80 Stunden |
| Intentionen und Relevanz <p>Wenngleich gesundheitsförderliche und präventive Aspekte in jeder curricularen Einheit im Zusammenhang mit konkretem pflegerischen Handeln thematisiert werden, wird in dieser curricularen Einheit der Fokus auf die gesellschaftlich relevanten Handlungsfelder der Gesundheitsförderung und Prävention gelegt. Dabei werden auch spezielle Settings, die für den Pflegeberuf z. T. gerade erst erschlossen werden, aufgegriffen, und es wird die berufliche Situation der Auszubildenden selbst bzw. der Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner betrachtet. Drei Ebenen werden dabei angesprochen: (1) die Makroebene und damit gesundheitsbezogene Herausforderungen in der Gesellschaft, z. B. der zunehmende Bewegungsmangel und die wachsende gesundheitliche Ungleichheit der Bevölkerung sowie die Verhältnisprävention; (2) die Mesoebene, auf der gesundheitliche Bedingungen von Institutionen und Belastungssituationen in der intraprofessionellen Zusammenarbeit betrachtet werden, und (3) die Mikroebene, die das persönliche gesundheitsbezogene und präventive Handeln bzw. die Gesundheitskompetenz der Auszubildenden, der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in den Blick nimmt. Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang auch die Reflexion der Legitimation gesundheitsförderlicher und präventiver Angebote. Pflegende gehören zu den gesundheitlich besonders gefährdeten Berufsgruppen – dies soll auf allen Ebenen analysiert und reflektiert werden.</p> <p>Im 1./2. Ausbildungsdrittel reflektieren die Auszubildenden ihr eigenes Verständnis von Gesundheit und gesundheitsförderlichem Handeln und entwerfen konkrete Möglichkeiten zur eigenen Gesunderhaltung. Ziel ist ebenso, dass die Auszubildenden ihr berufliches Selbstverständnis als Pflegefachfrau/Pflegefachmann weiterentwickeln, indem sie gesundheitsförderliche und präventive Aspekte integrieren. Im Hinblick auf zu pflegende Menschen und ihre Bezugspersonen steht das sachgerechte Informieren und Anleiten zu gesundheitsbezogenen Fragen im Mittelpunkt. Ausgehend von der Erhebung des Pflegebedarfs – hier der Erhebung der Resilienz- und Risikofaktoren – gestalten die Auszubildenden gesundheitsförderliche und präventive Interventionen für ausgewählte Zielgruppen in verschiedenen Settings.</p> <p>Im 3. Ausbildungsdrittel stehen komplexere Beratungssituationen mit zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen im Mittelpunkt. Daneben wird die Prävention von Konflikt-, Gewalt- und Suchtphänomenen in verschiedenen Settings thematisiert. Im letzten Ausbildungsdrittel werden dabei die institutionellen und gesellschaftlichen Ebenen von Gesundheitsförderung und Prävention dezidiert reflektiert.</p> <p>Die Einheit schließt an die curriculare Einheit 02 „Zu pflegende Menschen in der Bewegung und Selbstversorgung unterstützen“ an, in der die Auszubildenden ein grundlegendes Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen von Mobilität entwickeln konnten. Ebenso können Bezüge zu den curricularen Einheiten 07 „Rehabilitatives Pflegehandeln im interprofessionellen Team“ und 10 „Entwicklung und Gesundheit in Kindheit und Jugend in pflegerischen Situationen fördern“ hergestellt werden.</p> | |
| Bildungsziele <p>Die Auszubildenden reflektieren Widersprüche zwischen der Fürsorge für zu pflegende Menschen und gesundheitsbezogener Selbstbestimmung, z. B. Widersprüche zwischen Pflege- und Therapieempfehlungen und biografisch/sozialisatorisch bedingten Gewohnheiten und Bewältigungsstrategien.</p> | |

Kompetenzen - Anlage 1 PfIApRV

Grundlegend für das 1./2. Ausbildungsdrittel

- Die Pflege von Menschen aller Altersstufen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren (I.1 a-h).
- Pflegeprozesse und Pflegediagnostik bei Menschen aller Altersstufen mit gesundheitlichen Problemlagen planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren unter dem besonderen Fokus von Gesundheitsförderung und Prävention (I.2 a-g).

Die Auszubildenden

- wahren das Selbstbestimmungsrecht des zu pflegenden Menschen, insbesondere auch, wenn dieser in seiner Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt ist (I.6.a).
- verfügen über grundlegendes Wissen zu familiären Systemen und sozialen Netzwerken und schätzen deren Bedeutung für eine gelingende Zusammenarbeit mit dem professionellen Pflegesystem ein (I.6.d).
- erkennen eigene Emotionen sowie Deutungs- und Handlungsmuster in der Interaktion (II.1.a).
- bauen kurz- und langfristige Beziehungen mit Menschen unterschiedlicher Altersphasen und ihren Bezugspersonen auf und beachten dabei die Grundprinzipien von Empathie, Wertschätzung, Achtsamkeit und Kongruenz (II.1.b).
- wenden Grundsätze der verständigungs- und beteiligungsorientierten Gesprächsführung an (II.1.d).
- informieren Menschen aller Altersstufen zu gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und leiten bei der Selbstpflege und insbesondere Bezugspersonen und Ehrenamtliche bei der Fremdpflege an (II.2.a).
- wenden didaktische Prinzipien bei Angeboten der Information und Instruktion an (II.2.b).
- entwickeln ein grundlegendes Verständnis von den Prinzipien und Zielen einer ergebnisoffenen, partizipativen Beratung in Erweiterung zu Information, Instruktion und Schulung (II.2.c).
- fordern kollegiale Beratung ein und nehmen sie an (III.1.b).
- verfügen über grundlegendes Wissen zur Einarbeitung und Anleitung von Auszubildenden, Praktikanten sowie freiwillig Engagierten und fördern diese bezüglich ihres eigenen Professionalisierungsprozesses im Team (III.1.c).
- nehmen interprofessionelle Konflikte und Gewaltphänomene in der Pflegeeinrichtung wahr und verfügen über grundlegendes Wissen zu Ursachen, Deutungen und Handhabung (III.3.c).
- verfügen über grundlegendes Wissen zu gesamtgesellschaftlichen Veränderungen, ökonomischen, technologischen sowie epidemiologischen und demografischen Entwicklungen im Gesundheits- und Sozialsystem (IV.2.b).
- verfügen über grundlegendes Wissen zur Gesetzgebung im Gesundheits- und Sozialbereich (IV.2.c).
- sind aufmerksam für die Ökologie in den Gesundheitseinrichtungen, verfügen über grundlegendes Wissen zu Konzepten und Leitlinien für eine ökonomische und ökologische Gestaltung der Einrichtung und gehen mit materiellen und personellen Ressourcen ökonomisch und ökologisch nachhaltig um (IV.2.e).
- erschließen sich wissenschaftlich fundiertes Wissen zu ausgewählten Themen und wenden einige Kriterien zur Bewertung und Information an (V.1.b).
- begründen und reflektieren das Pflegehandeln kontinuierlich auf der Basis von ausgewählten zentralen pflege- und bezugswissenschaftlichen Theorien, Konzepten, Modellen und evidenzbasierten Studien (V.1.c).
- bewerten das lebenslange Lernen als ein Element der persönlichen und beruflichen Weiterentwicklung, übernehmen Eigeninitiative und Verantwortung für das eigene Lernen und nutzen hierfür auch moderne Informations- und Kommunikationstechnologien (V.2.a).
- nehmen drohende Über- und Unterforderung frühzeitig wahr, erkennen die notwendigen Veränderungen am Arbeitsplatz und/oder des eigenen Kompetenzprofils und leiten daraus entsprechende Handlungsalternativen ab (V.2.b).

II.



- gehen selbstfürsorglich mit sich um und tragen zur eigenen Gesunderhaltung bei, nehmen Unterstützungsangebote wahr oder fordern diese am jeweiligen Lernort ein (V.2.c).
- reflektieren ihre persönliche Entwicklung als professionell Pflegende (V.2.d).
- verfügen über ein Verständnis für die historischen Zusammenhänge des Pflegeberufs und seine Funktion im Kontext der Gesundheitsberufe (V.2.e).

Kompetenzen – Anlage 2 PflAPrV

Grundlegend für das 3. Ausbildungschnitt

- Die Pflege von Menschen aller Altersstufen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren (I.1 a-h).
- Pflegeprozesse und Pflegediagnostik bei Menschen aller Altersstufen mit gesundheitlichen Problemlagen planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren unter dem besonderen Fokus von Gesundheitsförderung und Prävention (I.2 a-f).

Die Auszubildenden

- wahren das Selbstbestimmungsrecht der zu pflegenden Menschen aller Altersstufen, insbesondere auch, wenn sie in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt sind (I.6.a).
- fördern und gestalten die Koordination und Zusammenarbeit zwischen familialen Systemen sowie den sozialen Netzwerken und den professionellen Pflegesystemen in der pflegerischen Versorgung von Menschen aller Altersstufen (I.6.d).
- machen sich eigene Deutungs- und Handlungsmuster in der pflegerischen Interaktion mit Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen und mit ihren unterschiedlichen, insbesondere kulturellen und sozialen Hintergründen bewusst und reflektieren sie (II.1.a).
- gestalten kurz- und langfristige professionelle Beziehungen mit Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen, die auch bei divergierenden Sichtweisen oder Zielsetzungen und schwer nachvollziehbaren Verhaltensweisen von Empathie, Wertschätzung, Achtsamkeit und Kongruenz gekennzeichnet sind (II.1.b).
- gestalten pflegeberufliche Kommunikationssituationen mit zu pflegenden Menschen aller Altersstufen und deren Bezugspersonen auch bei divergierenden Zielsetzungen oder Sichtweisen verständigungsorientiert und fördern eine beteiligungsorientierte Entscheidungsfindung (II.1.d).
- informieren Menschen aller Altersstufen zu komplexen gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und weitergehenden Fragen der pflegerischen Versorgung (II.2.a).
- setzen Schulungen mit Einzelpersonen und kleineren Gruppen zu pflegender Menschen aller Altersstufen um (II.2.b).
- beraten zu pflegende Menschen aller Altersstufen und ihre Bezugspersonen im Umgang mit krankheits- sowie therapie- und pflegebedingten Anforderungen und befähigen sie, ihre Gesundheitsziele in größtmöglicher Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erreichen (II.2.c).
- reflektieren ihre Möglichkeiten und Begrenzungen zur Gestaltung von professionellen Informations-, Instruktions-, Schulungs- und Beratungsangeboten bei Menschen aller Altersstufen (II.2.d).
- beraten Teammitglieder kollegial bei pflegefachlichen Fragestellungen und unterstützen sie bei der Übernahme und Ausgestaltung ihres jeweiligen Verantwortungs- und Aufgabenbereiches (III.1.c).



| Inhalte/Situationsmerkmale | |
|----------------------------|--|
| Handlungsanlässe | <p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> ● eigene Gesundheit erhalten bzw. verbessern wollen/Bereitschaft für eine verbesserte Selbstfürsorge ● mit subjektiven Gesundheitsvorstellungen konfrontiert sein/subjektive Gesundheitsvorstellungen aufdecken ● Bereitschaft zu gesundheitsförderlichen/präventiven Verhaltensweisen in verschiedenen Altersstufen, z. B. im Hinblick auf Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, Bewegung, Ernährung, Lebensstil, Rauchen, Zahngesundheit, Schlaf, Sexualverhalten, Sinnfindung etc. ● vorhandene/fehlende Gesundheitsressourcen ● Informations- und Beratungsbedarfe von (zu pflegenden) Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen zu o. g. gesundheitsbezogenen Themen ● Gefahr der Entwicklung eines Diabetes ● Gefahr einer Gesundheitsschädigung/gefahrengeneigtes Gesundheitsverhalten in allen Altersstufen, z. B. Suchtverhalten, bewegungsarmer Lebensstil, (entwicklungsbedingtes) Risiko-verhalten (z. B auch von Klein- und Schulkindern im Straßenverkehr und im Haushalt, von Jugendlichen im Umgang mit Suchtstoffen und -formen oder Gefahr einer beeinträchtigten Risikoeinschätzung) ● Risiko der Verschlechterung der gesundheitlichen Lage/Komplikationsrisiko ● (fehlende) soziale Unterstützung im gesundheitsförderlichen Verhalten ● beeinträchtigte individuelle und familiäre Resilienz/Bereitschaft für eine verbesserte Resilienz ● beeinträchtigte Familienprozesse und fehlende individuelle und familiäre Schutz- und Risikofaktoren für das Kindeswohl ● Bereitschaft für eine verbesserte elterliche Fürsorge/Gefahr einer beeinträchtigten elterlichen Fürsorge ● Bindung/Gefahr einer beeinträchtigten Bindung ● Vernachlässigung, fehlende Verlässlichkeit der Bezugspersonen ● Sich-gestresst-Fühlen, Sich-ausgebrannt-Fühlen (Burnout, Coolout) ● Mobbing/Hatespeech ● gesundheitsförderliche Bedingungen am Arbeits- und Lernplatz gestalten wollen ● Informations-, Anleitungs- und Beratungsbedarfe von Auszubildenden/ Teammitgliedern zu pflegefachlichen Fragestellungen ● institutionelle gesundheitsbezogene Bedingungen, z. B. gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen/physische und psychische Belastungen am Arbeits- und Lernplatz ● Verantwortung für Patientensicherheit <p>3. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Informations- und Beratungsbedarfe von Menschen aller Altersstufen und Einrichtungen zu gesundheitsbezogenen Fragen ● gesundheitsbezogene (ethische) Entscheidungskonflikte ● Belastungssituationen in der intraprofessionellen Zusammenarbeit/drohende Konflikte im Pflegeteam ● Unterstützungsbedarfe in Familien/Familiengesundheit ● drohende (auch sexuelle) Gewalt ● Gefahr von Kindesmissbrauch/Gefahr des beeinträchtigten Kindeswohls |

| | |
|---|---|
| Kontext- bedingungen | <p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> alle gesundheitsbezogenen Einrichtungen und pflegerischen Handlungsfelder weitere Einrichtungen (z. B. Betriebe, Schulen, Kindertagestätten, Familienzentren, Kinderschutzzentren, Sozialpädiatrische Zentren, Frühförderung, Jugendämter, Polizei), die gesundheitsbezogene Angebote unterbreiten gesundheitsbezogene Werte und Normen in der Gesellschaft und in Institutionen <p>3. Ausbildungsdrittel – erweiternd</p> <ul style="list-style-type: none"> rechtliche Rahmenbedingungen zu Gesundheitsförderung und Prävention Schnittstellen zwischen Gesundheitsberufen, anderen beratenden Berufen und in der Prävention tätigen Organisationen und Netzwerken |
| Ausgewählte Akteure | <ul style="list-style-type: none"> Auszubildende/Lerngruppe zu pflegende Menschen aller Altersstufen und ihre Bezugspersonen Menschen in verschiedenen Sozialisationsinstanzen (Familie, Schule, Freizeitgruppen, Betrieb etc.) Team Akteure des Pflege- und Schulmanagements |
| Erleben/ Deuten/ Verarbeiten | <p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Sich-für-verletzlich-Halten/Sich-für-unverletzlich-Halten Angst vor gesundheitlichen Folgen von schädigenden Verhaltensweisen/vor Gewalt gesundheitliche (kulturberezogene) Überzeugungen und Selbstwirksamkeitserwartungen Sich-kompetent-Fühlen in Bezug auf die eigene Gesundheit Wohlbefinden/sich stark erleben <p><i>Zu pflegende Menschen und deren Bezugspersonen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Stigmatisierung erleben Diskrepanz zwischen Gesund-leben-Wollen und Gesund-leben-Können Sich-kompetent-Fühlen in Bezug auf die eigene Gesundheit kognitive Dissonanzen in Bezug auf das Gesundheitsverhalten biografisch/sozialisatorisch bedingte Gewohnheiten Ohnmacht in Bezug auf Gewalt/Angst vor Gewalt Angst vor Kontrolle durch staatliche Institutionen Angst vor Sorgerechtsentzug oder Inobhutnahme |
| Handlungs- muster | <p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <p>Fokus auf Auszubildende</p> <ul style="list-style-type: none"> Reflexion des eigenen konkreten Gesundheitsverhaltens anhand von Gesundheitsverhaltensmodellen und Ableitung konkreter Konsequenzen für das eigene gesundheitsbezogene Verhalten und für das pflegerische Handeln Reflexion und Mitgestaltung der Arbeitsplatz- und Lernbedingungen, gesundheitsförderliches Verhalten in der Lerngruppe befördern Maßnahmen zum Arbeitsschutz bewusste Arbeitszeit- und Freizeitgestaltung/Selbstsorge |



| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● individuelles Gesundheitscoaching ● Methoden zum Schutz vor physischen und psychischen Belastungen/Stressbewältigung/-reduktion und Resilienzentswicklung, z. B. Entspannungsübungen, Supervision, Mediation etc. <p>Fokus auf andere Akteure</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Erhebung von Resilienz- oder/und Risikofaktoren anhand von Instrumenten/Screening ● gesundheitsförderliche und präventive Handlungsmöglichkeiten im pflegerischen Handeln identifizieren ● Gesundheitskommunikation: Information und Schulung verschiedener Zielgruppen zu gesundheitsbezogenen Fragen unter Einbezug biografischer/sozialisatorischer und entwicklungsbedingter Voraussetzungen, Kompetenzen, Gewohnheiten, Lebensstile und sozialer Unterstützungs möglichkeiten ● gesundheitsförderliche Angebote für verschiedene Zielgruppen gestalten bzw. in den Pflegeprozess integrieren (z. B. in Kindertagesstätten, Schulen, Einrichtungen des betreuten Wohnens etc.) unter Einbezug entsprechender Konzepte: betriebliches Gesundheitsmanagement, gesunde Schule/gesunde Einrichtung, Schulgesundheitspflege (z. B. zu den Themen Zahngesundheit, gesunde Ernährung, Infektions- und Allergieprävention, Prävention von Kinderunfällen) ● präventive Angebote für verschiedene Zielgruppen gestalten bzw. in den Pflegeprozess integrieren, z. B. Menschen in unterschiedlichen Altersstufen und Lebenssituationen mit gesundheitlichen Risiken (z. B. Lebensstilfragen nach Erleiden eines Herzinfarktes) ● Information, Schulung und Beratung von zu pflegenden Menschen mit Diabetes Typ 2 und ihren Bezugspersonen (Sekundärprävention) ● Maßnahmen der Suchtprävention ● technische/digitale Hilfsmittel für gesundheitsförderliche/präventive Informations- und Beratungsangebote nutzen (z. B. Gesundheitsapps/Telecare) und kritische fachliche Reflexion der Angebote ● gesundheitsbezogene Angebote in Pflegeschule und Praxiseinrichtung mitgestalten bzw. nutzen ● Maßnahmen zur Patientensicherheit (z. B. Umgebungsgestaltung) ● Information, Anleitung und Beratung von Auszubildenden, Praktikant*innen sowie freiwillig Engagierten <p>3. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> ● spezielle Gesundheitskommunikation: Beratung verschiedener Zielgruppen zu gesundheitsbezogenen Fragen ● Gestaltung von Pflegesituationen, in denen aktuelle Bedürfnisse zu pflegender Menschen langfristigen Bedarfen wie Wohlbefinden oder Lebensqualität oder Lebensdauer entgegenstehen ● gesundheitsbezogene Entscheidungsfindung/informierte Entscheidung, ethische Aspekte ● Konzepte der Familiengesundheit umsetzen, frühe Hilfen einbeziehen ● Identifikation drohender Konflikte/Belastungen im Team und Methoden zur Konfliktprävention ● Maßnahmen zur Gewaltprävention (auch sexuelle Gewalt) ● Maßnahmen zur Stressreduktion ● Zusammenarbeiten mit Institutionen und Netzwerken im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention ● Einschätzung der eigenen Kompetenzen und adäquate Abgrenzung bzw. Weitervermittlung an andere Netzwerkakteure ● Information, Anleitung und Beratung von Teammitgliedern |
|--|---|

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

1./2. Ausbildungsdrittel

Mikro- und Mesoebene

- berufliches Selbstverständnis entwickeln, das Gesundheitsförderung und Prävention umfasst (hierbei auch historische Betrachtung der Veränderung des Berufsprofils)
- Modelle zu Gesundheit/Salutogenese, Krankheit, Lebensqualität, Gesundheitskompetenz, Empowerment
- Aspekte der Motivations- und Gesundheitspsychologie
- Modelle und Konzepte zu Gesundheitsförderung und Prävention (primäre, sekundäre, tertiäre, Verhaltens- und Verhältnisprävention)
- Systematik/Unterscheidung von Information, Schulung und Beratung, Reflexion von Grenzen/Schulungs- und Beratungskonzepte
- betriebliche Gesundheitsförderung

Makroebene

- Ottawa-Charta der WHO
- Immunisierungsstatus (auch Hepatitisimpfungen für Angehörige der Gesundheitsberufe), Diskussion der Impfdebatte
- Allergieprävention (z. B. Kennzeichnung von Lebensmitteln)
- rechtliche Grundlagen: Präventionsgesetz, Finanzierung und Rechtsgrundlagen für Prävention, Haftung und Unterlassung bei Gewalt, Infektionsschutzgesetz

3. Ausbildungsdrittel

- strukturelle und politische Initiativen – z. B. Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz, Nationales Zentrum früher Hilfen
- Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik (auch Klimapolitik), Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, Settingansatz
- gesundheitspolitische Einflussnahme
- Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik; Vergleich von Gesundheitssystemen im europäischen Kontext
- Grundbegriffe der Epidemiologie, Sozialepidemiologie: soziale Ungleichheiten/Armut und Gesundheit, Migration/Kultur und Gesundheit, Geschlecht und Gesundheit
- Gesundheitsberichterstattung (darin: gesundheitliche Risikofaktoren und Risikoverhalten, Gesundheitskosten, Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, Screening), Ergebnisberichte Gesundheitskompetenz in Deutschland, KIGGS (Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen)
- Reflexion der Schwellenproblematik, der Nutzung von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention
- Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, Weiterbildungsordnungen

Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen (Beispiele)

1./2. Ausbildungsdrittel

- Rollenspiele zur Entwicklung von Fähigkeiten in der Gesundheitskommunikation: z. B. Erhebung von Resilienz- oder/und Risikofaktoren, Informations- und Schulungsangebote zur Anwendung von Gesundheitsapps
- Übungen zu Methoden der Stressreduktion, z. B. Entspannungsübungen
- Rollenspiele zu Schulungs-, Informations- und Beratungsangeboten für zu pflegende Menschen mit Diabetes und ihre Bezugspersonen



- Rollenspiele zur Information von Eltern/Bezugspersonen eines Neugeborenen zur gesunden Schlafumgebung und zur Förderung der Schlafregulation
- Übungen zur Information, Anleitung und Beratung von Auszubildenden, Praktikant*innen sowie freiwillig Engagierten

3. Ausbildungsdrittel

- Rollenspiele zur Entwicklung von Fähigkeiten in der Gesundheitskommunikation: z. B. Informations- und Schulungsangebote, in denen aktuelle Bedürfnisse zu pflegender Menschen langfristigen Bedarfen wie Wohlbefinden oder Lebensqualität oder Lebensdauer entgegenstehen, Gespräche zur gesundheitsbezogenen Entscheidungsfindung
- Rollenspiele zur gesundheitsbezogenen Information und Beratung von Verantwortlichen in Einrichtungen
- Übungen zur Information, Anleitung und Beratung von Teammitgliedern

Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben (Beispiele)

1./2. Ausbildungsdrittel

- Einschätzung der Arbeits- und Lernbedingungen vor dem Hintergrund der Idee gesundheitsförderlicher Einrichtungen (Schule und Betrieb)
- Entwicklung kreativer Ideen, wie das Arbeiten und Lernen gesundheitsförderlicher gestaltet werden kann
- nach gesundheitsbezogenen Angeboten in der Einrichtung recherchieren und Kolleg*innen zur Inanspruchnahme befragen
- gesundheitsförderliche und präventive Aspekte im pflegerischen Handeln identifizieren
- gesundheitsförderliche und präventive Aspekte in das pflegerische Handeln integrieren

3. Ausbildungsdrittel

- Information, Schulung und Beratung zu pflegender Menschen und ihrer Bezugspersonen zu gesundheitsbezogenen Aspekten, Reflexion der Legitimation und der Anknüpfung an die Lebenswelt der Angesprochenen
- Anleitung von Auszubildenden, Praktikant*innen sowie freiwillig Engagierten und Teammitgliedern planen, durchführen, reflektieren

Didaktischer Kommentar

Folgende Situationen können hier exemplarisch bearbeitet werden (Information, Schulung und Beratung sowie digitale Möglichkeiten sollten jeweils integriert sein):

1./2. Ausbildungsdrittel

- Lernsituation, in der eine Pflegefachfrau/ein Pflegefachmann physische und psychische Belastungen erlebt und sich damit aktiv auseinandersetzt,
- Lernsituation, in der eine Frau/ein Mann erfährt, dass sie/er Diabetes Typ 2 hat,
- Lernsituation einer Mutter mit Fragen zum Stillen und zur gesunden Kinderernährung,
- Lernsituation, in denen Eltern eines Neugeborenen in der Entwicklung von Feinfühligkeit und Bindung unterstützt werden (vgl. CE 10),
- Lernsituation, in der Eltern eines Neugeborenen in der Anwendung von gesundheits- und entwicklungsfördernden Bewegungskonzepten angeleitet werden (vgl. CE 10),
- Lernsituationen, in denen über gesetzliche Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen und das Angebot der frühen Hilfen informiert wird,
- Lernsituationen, in denen Menschen ein konkretes gesundheitsförderliches/präventives Anliegen haben, z. B. Kinder/Jugendliche mit Übergewicht, älterer Mensch mit Bewegungsarmut, Kind mit Schulstress, zu pflegender Mensch nach einem Herzinfarkt,



- Lernsituationen, in denen subjektive (auch kulturell bedingte) Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit die Gestaltung des Pflegeprozesses maßgeblich bestimmen.

Bei der Bearbeitung sollten jeweils die förderlichen bzw. hinderlichen institutionellen und gesellschaftlichen Bedingungen mitreflektiert werden.

Außerdem wird zu dieser Einheit ein Projekt zum Thema empfohlen, z. B. Projekt „Gesunde Pflegeschule“: gemeinsam eine „gesunde Schule“ entwerfen und umsetzen, z. B. Zugreif-Buffet einrichten, (Pausen-)Bewegungsangebote ermöglichen, individuelles Gesundheitscoaching anbieten, Mobiliar nach gesundheitsförderlichen Prinzipien auswählen etc.

3. Ausbildungsdrittel

- Lernsituationen, in denen Pflegeerfordernisse im Hinblick auf gesundheitsförderliches/präventives Verhalten bestehen, die Betroffenen jedoch selbst dieses Anliegen nicht konsequent verfolgen, z. B. zu pflegende Menschen, die mit einer Lungenerkrankung rauchen; Jugendliche (auch Mitausbildende), die mehrere Energy-Drinks täglich zu sich nehmen/suchtgefährdet sind – hier sollte auch die Legitimation des pflegerischen Handelns diskutiert werden,
- Lernsituationen zu drohenden Konfliktsituationen im Team,
- Lernsituationen zum Thema der drohenden Gewalt (auch sexuelle Gewalt).

Bei der Bearbeitung von Gewaltphänomenen ist es sinnvoll, erfahrungsbezogenes und leibliches Wissen mit disziplinärem Wissen zu verschränken. So kann die Ohnmacht in der Situation ernst genommen und zugleich mittels abstrakter Wissensbestände eine gewisse analytische Distanz zur Situation gewonnen werden. Von Bedeutung sind hier aktuelle Studien und interprofessionelle Diskursarenen, die sich mit dem Phänomen „Gewalt in der Pflege“ befassen.

Außerdem wird zu dieser Einheit ein Projekt zum Thema empfohlen, z. B. Projekt: „Gesunde Kindertagesstätte/gesunde Altenpflegeeinrichtung“ oder ein Planspiel zum Thema „Gesundheitsförderliche Community“. Hierbei können die Auszubildenden die Rollen von Politiker*innen, Klimaforscher*innen, Bewohner*innen verschiedener Altersstufen, Angehörigen verschiedener Gesundheitsberufe, anderen gesundheitsbezogenen Akteuren, Einzelhändler*innen etc. einnehmen und gemeinsam eine Vision für eine „Gesundheitsförderliche Community“ entwerfen.

CE 04 Gesundheit von Kindern und Jugendlichen fördern und präventiv handeln

| CE 04 | Anlage 3 PflAPrV |
|---|---------------------------|
| 3. Ausbildungsdrittel | Zeitrichtwert: 80 Stunden |
| Intentionen und Relevanz | |
| <p>Diese curriculare Einheit nimmt die bereits angebahnten Kompetenzen aus den beiden ersten Ausbildungsdritteln auf und vertieft diese mit dem besonderen Fokus auf komplexe Pflegesituationen im Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung und Prävention in der Kindheit und Jugend. Das Kindes- und Jugendalter und die damit verbundenen Entwicklungsaufgaben und Übergänge sind von besonderer Bedeutung für die Gesundheitsförderung und Prävention, da hier entscheidende Grundlagen für das Gesundheitsverhalten im Erwachsenenalter angebahnt werden.</p> <p>Angesichts der zunehmenden Verbreitung von körperlichen, sozialen und psychischen Risikofaktoren in der Bevölkerung stellen Kinder und Jugendliche und deren Bezugspersonen prioritäre Zielgruppen für Maßnahmen und Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung dar. In allen Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen können risikoerhöhende und -reduzierende Einflussfaktoren und Bedingungen auftreten. Diese starke Verwobenheit und Reziprozität auf unterschiedlich systemischen Ebenen, die sich auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auswirken, verweisen auf die Notwendigkeit, spezifische Kompetenzen in komplexen Informations- und Beratungssituationen zur Gesundheitsförderung und Prävention zu fördern.</p> <p>Ausgehend von einer analytisch-reflexiven Erhebung und Einschätzung von individuellen und familiären Resourcen, Resilienz- und Risikofaktoren sollen in dieser curricularen Einheit gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen zur Stärkung, Förderung und Unterstützung der Kinder-, Jugend- und Familiengesundheit gestaltet werden.</p> <p>Im letzten Ausbildungsdrittel geht es exemplarisch darum, Risiken der Kindergesundheit insbesondere des Kindeswohls zu erkennen, präventive Informations-, Schulungs- und Beratungssituationen in der Zusammenarbeit mit anderen in der Prävention und dem Kinderschutz tätigen Berufsgruppen zu gestalten und dabei insbesondere die Schnittstellen des Hilfe-/Unterstützungssystems in den Blick zu nehmen.</p> <p>Die Auszubildenden sind aufgefordert, vor dem Hintergrund ethischer und rechtlicher Prinzipien und ihres beruflichen Selbstverständnisses eine eigene Position zu Fragen der Kindergesundheit und des Kinderschutzes und einer gerechten Verteilung von Ressourcen und Möglichkeiten auf unterschiedlichen systemischen Ebenen zu entwickeln.</p> <p>Sich neu entwickelnde Handlungsfelder für Pflegende in der Gesundheitsförderung und Prävention (z. B. in den frühen Hilfen, in der Schulgesundheitspflege) bezogen auf Kinder und Jugendliche und ihre Familien sollen in den historischen Kontext der Entstehung des Berufs der (Gesundheits- und) Kinderkrankenpflege, von den Anfängen über die Gegenwart bis in die Zukunft, eingebettet werden.</p> <p>Im letzten Ausbildungsdrittel werden die institutionellen und gesellschaftlichen Ebenen von Gesundheitsförderung und Prävention dezidiert reflektiert.</p> | |

Bildungsziele

Die Auszubildenden reflektieren Widersprüche zwischen der (elterlichen) Fürsorge für Kinder und Jugendliche, der Autonomie und Selbstbestimmung von Kindern und Jugendlichen sowie dem eigenen beruflichen Selbstverständnis und dem gesetzlich verankerten Schutzauftrag für Kinder und Jugendliche.

Die Auszubildenden decken zentrale gesellschaftliche Paradoxien im Spannungsfeld zwischen Kindergesundheit und limitierten Ressourcen und Möglichkeiten auf und entwickeln dazu eine ethisch begründete Position.

Kompetenzen – Anlage 3 PfIApPr

Grundlegend für das 3. Ausbildungsrittel

- Die Pflege von Kindern und Jugendlichen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren (I.1 a-h).
- Pflegeprozesse und Pflegediagnostik bei Kindern und Jugendlichen mit gesundheitlichen Problemlagen planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren unter dem besonderen Fokus von Gesundheitsförderung und Prävention (I.2 a-f).

Die Auszubildenden

- wahren das Selbstbestimmungsrecht der zu pflegenden Kinder und Jugendlichen, insbesondere auch, wenn diese in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt sind (I.6.a).
- fördern und gestalten die Koordination und Zusammenarbeit zwischen familialen Systemen sowie den sozialen Netzwerken und den professionellen Pflegesystemen in der pflegerischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (I.6.d).
- machen sich eigene Deutungs- und Handlungsmuster in der pflegerischen Interaktion mit Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen und mit ihren unterschiedlichen, insbesondere kulturellen und sozialen, Hintergründen bewusst und reflektieren sie (II.1.a).
- gestalten kurz- und langfristige professionelle Beziehungen mit Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen, die auch bei divergierenden Sichtweisen oder Zielsetzungen und schwer nachvollziehbaren Verhaltensweisen von Empathie, Wertschätzung, Achtsamkeit und Kongruenz gekennzeichnet sind (II.1.b).
- gestalten pflegeberufliche Kommunikationssituationen mit Kindern und Jugendlichen und deren Bezugspersonen auch bei divergierenden Zielsetzungen oder Sichtweisen verständigungsorientiert und fördern eine beteiligungsorientierte Entscheidungsfindung (II.1.d).
- reflektieren Phänomene der Macht und von Machtmissbrauch in pflegerischen Handlungsfeldern der Versorgung von Kindern und Jugendlichen (II.1.g).
- informieren Kinder und Jugendliche sowie ihre Bezugspersonen zu komplexen gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und weitergehenden Fragen der pflegerischen Versorgung in einer dem Entwicklungsstand und der Situation angemessenen Sprache (II.2.a).
- setzen Schulungen mit Kindern, Jugendlichen und/oder ihren Bezugspersonen in Einzelarbeit oder kleineren Gruppen um (II.2.b).
- beraten Kinder, Jugendliche und ihre Bezugspersonen im Umgang mit krankheits- sowie therapie- und pflegebedingten Anforderungen und befähigen sie, ihre Gesundheitsziele in größtmöglicher Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erreichen (II.2.c).
- reflektieren ihre Möglichkeiten und Begrenzungen zur Gestaltung von professionellen Informations-, Instruktions-, Schulungs- und Beratungsangeboten bei Kindern und Jugendlichen (II.2.d).
- setzen sich für die Verwirklichung von Menschenrechten, Ethikkodizes und die Förderung der spezifischen Bedürfnisse und Gewohnheiten von zu pflegenden Kindern und Jugendlichen und ihrer Bezugspersonen ein (II.3.a).



- tragen in ethischen Dilemmasituationen mit Kindern, Jugendlichen oder ihren Bezugspersonen zur gemeinsamen Entscheidungsfindung bei (II.3. c).
- beraten Teammitglieder kollegial bei pflegefachlichen Fragestellungen und unterstützen sie bei der Übernahme und Ausgestaltung ihres jeweiligen Verantwortungs- und Aufgabenbereiches (III.1.c).
- sind aufmerksam für Spannungen und Konflikte im Team, reflektieren diesbezüglich die eigene Rolle und Persönlichkeit und bringen sich zur Bewältigung von Spannungen und Konflikten konstruktiv im Pflegeteam ein (III.1.f).
- bearbeiten interprofessionelle Konflikte in einem gemeinsamen Aushandlungsprozess auf Augenhöhe und beteiligen sich an der Entwicklung und Umsetzung einrichtungsbezogener Konzepte zum Schutz vor Gewalt (III.3.c).
- erfassen den Einfluss gesamtgesellschaftlicher Veränderungen, ökonomischer Anforderungen, technologischer sowie epidemiologischer und demografischer Entwicklungen auf die Versorgungsverträge und Versorgungsstrukturen im Gesundheits- und Sozialsystem (IV.2.b).
- erkennen die Funktion der Gesetzgebung im Gesundheits- und Sozialbereich zur Sicherstellung des gesellschaftlichen Versorgungsauftrags in stationären, teilstationären und ambulanten Handlungsfeldern (IV.2.c).
- wirken an der Umsetzung von Konzepten und Leitlinien zur ökonomischen und ökologischen Gestaltung der Einrichtung mit (IV.2.e).
- vertreten die Notwendigkeit, die Wissensgrundlagen des eigenen Handelns kontinuierlich zu überprüfen und gegebenenfalls zu verändern (V.1.a).
- erschließen sich pflege- und bezugswissenschaftliche Forschungsergebnisse bezogen auf die Pflege von Kindern und Jugendlichen und bewerten sie hinsichtlich der Reichweite, des Nutzens, der Relevanz und des Umsetzungspotenzials (V.1.b).
- begründen und reflektieren das Pflegehandeln kontinuierlich auf der Basis von vielfältigen oder spezifischen pflegewissenschaftlichen und bezugswissenschaftlichen evidenzbasierten Studienergebnissen, Theorien, Konzepten und Modellen (V.1.c).
- nehmen drohende Über- oder Unterforderungen frühzeitig wahr, erkennen die notwendigen Veränderungen am Arbeitsplatz und/oder des eigenen Kompetenzprofils und leiten daraus entsprechende Handlungsinitiativen ab (V.2.b).
- setzen Strategien zur Kompensation und Bewältigung unvermeidbarer beruflicher Belastungen gezielt ein und nehmen Unterstützungsangebote frühzeitig wahr oder fordern diese aktiv ein (V.2.c).
- reflektieren ihre persönliche Entwicklung als professionell Pflegende und entwickeln ein eigenes Pflegeverständnis sowie ein berufliches Selbstverständnis unter Berücksichtigung berufsethischer und eigener ethischer Überzeugungen (V.2.d).
- verfügen über ein Verständnis für die historischen Zusammenhänge des Pflegeberufs und positionieren sich mit ihrer beruflichen Pflegeausbildung im Kontext der Gesundheitsberufe unter Berücksichtigung der ausgewiesenen Vorbehaltsaufgaben (V.2.e).
- verstehen die Zusammenhänge zwischen den gesellschaftlichen, soziodemografischen und ökonomischen Veränderungen und der Berufsentwicklung (V.2.f).



| Inhalte/Situationsmerkmale | |
|-------------------------------------|--|
| Handlungs-anlässe | <ul style="list-style-type: none"> ● Informations- und Beratungsbedarfe von Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen und Einrichtungen zu gesundheitsbezogenen Fragen ● vertiefend: Gesundheitsrisiken und Entwicklungsrisiken in Kindheit und Jugend: z. B frühkindliche Regulationsprobleme, beeinträchtigte Bindung, mangelnde körperliche Aktivität, beeinträchtigtes Ernährungs- und Essverhalten, mangelnde Bewältigung von psychischen und sozialen Herausforderungen, depressive und aggressive Stimmungsschwankungen, Individualität versus soziale Integration, fehlende außерfamiliäre Betreuung von Kindern, Leistungsprobleme in der Schule oder während der Transition, Risikoverhalten etwa unkontrollierbares Kick-Erlebnis ● Gesundheitsrisiken durch Beeinträchtigungen der elterlichen Fürsorge und Beziehung: z. B. Risiken durch Vernachlässigung und Misshandlung, durch mangelnde Förderung, durch mangelnde Erziehungskompetenz, beeinträchtigte Familienprozesse ● gesundheitsbezogene (ethische) Entscheidungskonflikte ● Belastungssituationen in der intraprofessionellen Zusammenarbeit/drohende Konflikte im Team ● gesellschaftliche und berufsethische Fragestellungen im Zusammenhang mit Kinderschutz und ethischen Dilemmasituationen ● Unterstützungsbedarfe in Familien/Familiengesundheit ● drohende (auch sexuelle) Gewalt ● Gefahr von Kindesmissbrauch/Gefahr des beeinträchtigten Kindeswohls |
| Kontext-bedingungen | <ul style="list-style-type: none"> ● Einrichtungen der ambulanten und stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen ● Schulen, Kindertagesstätten ● rechtliche Rahmenbedingungen zu Gesundheitsförderung und Prävention (Kinderschutzgesetz und Schutzauftrag nach § 8a SGB VIII) ● Schnittstellen zwischen Gesundheitsberufen, anderen beratenden Berufen und in der Prävention tätigen Organisationen und Netzwerken |
| Ausgewählte Akteure | <ul style="list-style-type: none"> ● Auszubildende/Lerngruppe ● Kinder, Jugendliche und ihre Bezugspersonen ● Team ● Akteure des Pflege- und Schulmanagements ● Akteure in pädagogischen und sozialen Bereichen ● Akteure in der Jugendhilfe und in Ordnungsbehörden |
| Erleben/ Deuten/ Verarbeiten | <p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sich-für-verletzlich-Halten/Sich-für-unverletzlich-Halten ● Angst vor Gewalt ● sich mit den gesellschaftlichen Risiken konfrontiert sehen ● Erleben von Widersprüchen und Grenzen im Rahmen des Kinderschutzes ● Ohnmacht ● gesundheitliche (kulturbezogene) Überzeugungen und Selbstwirksamkeitserwartungen |



| | |
|------------------------------|--|
| | <p><i>Zu pflegende Kinder/Jugendliche und deren Bezugspersonen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Stigmatisierung erleben ● Diskrepanz zwischen Gesund-leben-Wollen und Gesund-leben-Können ● kognitive Dissonanzen in Bezug auf das Gesundheitsverhalten ● biografisch bedingte Gewohnheiten ● Ohnmacht in Bezug auf Gewalt/Angst vor Gewalt ● Abwehrhaltungen gegenüber den Gesundheitsrisiken von Kindheit und Jugend ● Scham |
| Handlungs- muster | <ul style="list-style-type: none"> ● Risikoeinschätzung/frühzeitiges Erkennen von Gesundheits- und Entwicklungsrisiken bei Kindern und Jugendlichen ● Erkennen von Schutzfaktoren ● Einschätzung von Elternkompetenzen und Familiengesundheit ● Gestaltung von gesundheitsförderlichen und präventiven Angeboten für Kinder und Jugendliche und Bezugspersonen bzw. Integration in den Pflegeprozess ● Gesundheitskommunikation: Förderung und Stärkung des Gesundheitsverhaltens bei Kindern und Jugendlichen durch Information, Schulung, Beratung (z. B. in den Bereichen Bewegung, Ernährung, Sicherheit, Medienkonsum, psychoaktive Substanzen, Entwicklungsaufgaben bzw. auch physiologische, hormonelle und emotionale Veränderungen in der Pubertät, Stärkung der Selbstwirksamkeit) ● Förderung und Stärkung von Elternkompetenzen (z. B. in der Feinfühligkeit, im Bindungsverhalten, der Ernährung, der pflegerischen Zuwendung und Fürsorge, in der Ermöglichung von Entwicklung, in der sicheren und gesundheitsfördernden Umgebungsgestaltung, in der Erziehung) ● Prävention von Entwicklungsrisiken ● Unterstützung bei der gesundheitsbezogenen Entscheidungsfindung/informierte Entscheidung unter Berücksichtigung ethischer Aspekte ● Umsetzen von Konzepten der Familiengesundheit, Einbezug früher Hilfen ● Identifikation drohender Konflikte/Belastungen im Team und Einsatz von Methoden zur Konfliktprävention ● Maßnahmen zur Gewaltprävention (auch sexuelle Gewalt) ● Maßnahmen zur Stressreduktion ● Prävention von Kindeswohlgefährdung ● Stärkung von Kinderrechten und Kindergesundheit ● Zusammenarbeit mit Institutionen und Netzwerken im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention ● Einschätzung der eigenen Kompetenzen und adäquate Abgrenzung bzw. Weitervermittlung an andere Netzwerkakteure ● Information, Anleitung und Beratung von Teammitgliedern ● Auseinandersetzung mit Handlungsfeldern der Pflege im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung in historischen und gesellschaftlichen Zusammenhängen |



Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

- strukturelle und politische Initiativen, z. B. Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz, Nationales Zentrum früher Hilfen
- Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik (auch Klimapolitik), Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, Settingansatz
- gesundheitspolitische Einflussnahme
- Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik; Vergleich von Gesundheitssystemen im europäischen Kontext
- Grundbegriffe der Epidemiologie, Sozialepidemiologie: soziale Ungleichheiten/Armut und Gesundheit, Migration/Kultur und Gesundheit, Geschlecht und Gesundheit
- Fragen nach einer gerechten Verteilung von Ressourcen vs. Kindergesundheit, Risiken durch Milieubedingungen
- Gesundheitsberichterstattung (darin: gesundheitliche Risikofaktoren und Risikoverhalten, Gesundheitskosten, Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, Screening), Ergebnisberichte Gesundheitskompetenz in Deutschland, KIGGS (Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen)
- gesetzliche Grundlagen zum Kinderschutz und zur Jugendhilfe
- vertiefende Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit und Krankheit, Kohärenz und Resilienz auf individueller und familiärer Ebene
- Reflexion der Schwellenproblematik, der Nutzung von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention
- Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, Weiterbildungsordnungen

Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen (Beispiele)

3. Ausbildungsdrittel

- Rollenspiele zu Schulungs-, Informations- und Beratungsangeboten für Bezugspersonen, Kinder und Jugendliche
- Simulation einer Fallbesprechung im Präventionsteam, z. B. bei Kindeswohlgefährdung
- Simulation einer Schulungssequenz
- Rollenspiele zur gesundheitsbezogenen Information und Beratung von Verantwortlichen in Einrichtungen
- Übungen zur Information, Anleitung und Beratung von Teammitgliedern

Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben (Beispiele)

- Beobachten von gesundheitsförderlichen und präventiven Aspekten im pflegerischen Handeln in unterschiedlichen Settings
- Erkundung von regionalen, überregionalen und nationalen Netzwerken und Einrichtungen zur Gesundheitsförderung und Prävention von Kindern und Jugendlichen und ihren Familien
- eine adressaten- und bedarfsgerechte Schulungssequenz zu Themen der Gesundheitsförderung und Prävention gestalten und evaluieren (z. B. gesunde Schlafumgebung, gesunde Ernährung, Allergieprävention)
- Anleitung von Auszubildenden, Praktikanten sowie freiwillig Engagierten und Teammitgliedern planen, durchführen, reflektieren

Didaktischer Kommentar

Folgende Lernsituationen können hier exemplarisch bearbeitet werden (Information, Schulung und Beratung sollten jeweils integriert sein):

- Lernsituation, in der eine Kindeswohlgefährdung im Raum steht und unterschiedliche Akteure/Berufsgruppen involviert sind,



- Lernsituation, in der ein ethisches Dilemma unter Abwägung konkurrierender ethischer Prinzipien diskutiert wird (Verdacht einer Kindeswohlgefährdung, Inobhutnahme, elterliche Fürsorge und Sorgerecht),
- Lernsituationen, in denen ein hohes Konfliktpotenzial oder drohende Gewalt thematisiert wird,
- Lernsituationen, in denen mehrere Risikofaktoren für eine gesunde Entwicklung eines Kindes auf unterschiedlichen systemischen Ebenen vorhanden sind (z. B. Wissensdefizite, herausforderndes Verhalten des Kindes, fehlende soziale Integration, Migrationshintergrund, belastete Familiensituation, biografisch bedingte Belastungsfaktoren der Eltern/Bezugspersonen), jedoch auch Widerstandsfaktoren wie Motivation für gesundheitsförderndes Verhalten, Liebe und Zuwendung, Fürsorge, Offenheit, Aktivität und Flexibilität.

Bei der Bearbeitung von Gewaltphänomenen ist es sinnvoll, erfahrungsbezogenes und leibliches Wissen mit disziplinärem Wissen zu verschränken. So kann die Ohnmacht in der Situation ernst genommen und zugleich mittels abstrakter Wissensbestände eine gewisse analytische Distanz zur Situation gewonnen werden.

Außerdem wird zu dieser Einheit ein Projekt empfohlen, z. B. „Gesundheit und Sicherheit im Säuglings- und Kleinkindalter“, „Mädchen gesundheit“, „Stressprävention im Jugendalter“ oder ein Planspiel zum Thema „Gesundheitsförderliche Community“. Hierbei können die Auszubildenden die Rollen von Politiker*innen, Klimaforscher*innen, Bewohner*innen verschiedener Altersstufen, Angehörigen verschiedener Gesundheitsberufe, anderen gesundheitsbezogenen Akteuren, Einzelhändler*innen etc. einnehmen und gemeinsam eine Vision für eine „Gesundheitsförderliche Community“ entwerfen.

Insgesamt muss in dieser Einheit darauf geachtet werden, dass die Tiefe der Auseinandersetzung einer Erstausbildung entspricht. Spezifische Beratungskompetenzen in Bezug auf die Familiengesundheit können in Weiterbildungen oder Studiengängen erworben werden.

CE 04 Gesundheit alter Menschen fördern und präventiv handeln

| CE 04 | Anlage 4 PfIApV |
|--|---------------------------|
| 3. Ausbildungschnitt | Zeitrichtwert: 80 Stunden |
| Intentionen und Relevanz | |
| <p>Diese curriculare Einheit schließt an die korrespondierende Einheit aus der generalistischen Ausbildungsphase der ersten beiden Ausbildungschnitt an. Die Lernsituationen des 3. Ausbildungschnitts sind im Vergleich zu denen der ersten beiden Ausbildungschnitt durch eine höhere Komplexität gekennzeichnet. Im Vertiefungsbereich Altenpflege stehen komplexe Beratungs- und Schulungssituationen mit älteren zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen im Fokus der Auseinandersetzung. Daneben werden die Prävention von Konflikt-, Sucht- und Gewaltphänomenen in verschiedenen Settings thematisiert. Diese Phänomene stehen in Bezug auf altenpflegerische Einrichtungen in besonderem öffentlichem Interesse.</p> <p>Ausgehend von der Erhebung des Pflegebedarfs älterer Menschen – hier insbesondere der Erhebung von Resilienz- und Risikofaktoren – gestalten die Auszubildenden gesundheitsförderliche und präventive Interventionen für ältere Menschen in verschiedenen Settings. Im letzten Ausbildungschnitt werden dabei die institutionellen und gesellschaftlichen Ebenen von Gesundheitsförderung und Prävention deziert reflektiert.</p> <p>Bezüge zur curricularen Einheit 07 „Rehabilitatives Pflegehandeln im interprofessionellen Team“ können hergestellt werden.</p> | |
| Bildungsziele | |
| <p>Die Auszubildenden reflektieren Widersprüche zwischen der Fürsorge für alte zu pflegende Menschen vs. gesundheitsbezogener Selbstbestimmung, z. B. Widersprüche zwischen Pflege-/Therapieempfehlungen und biografisch/sozialisatorisch bedingten Gewohnheiten und Bewältigungsstrategien.</p> <p>Sie reflektieren ebenso (eigene) widerstreitende gesundheitsbezogene Bedürfnisse, z. B. unmittelbare Bedürfnisbefriedigung vs. langfristige Bedarfe wie Gesundheit und Wohlbefinden oder Lebensqualität vs. Lebensdauer. Sie tarieren ihr gesundheitsbezogenes Handeln im Spannungsverhältnis zwischen ihrem Ich-Ideal und ihrem Real-Ich aus. Sie decken zentrale gesellschaftliche Paradoxien und die damit verbundenen Konflikte auf der Handlungsebene im Kontext von Gewaltphänomenen auf und positionieren sich dazu.</p> | |
| Kompetenzen – Anlage 4 PfIApV | |
| <p>Grundlegend für das 3. Ausbildungschnitt</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Pflege von alten Menschen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und bewerten (I.1 a-h). Pflege bei alten Menschen mit gesundheitlichen Problemlagen planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und bewerten unter dem besonderen Fokus von Gesundheitsförderung und Prävention (I.2 a-d). <p>Die Auszubildenden</p> <ul style="list-style-type: none"> reflektieren Phänomene von Macht und Machtmisbrauch in pflegerischen Handlungsfeldern der Versorgung von alten Menschen (I.3.f). | |



- wahren das Selbstbestimmungsrecht alter Menschen mit Pflegebedarf, insbesondere auch, wenn sie in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt sind (I.6.a).
- fördern und gestalten die Zusammenarbeit zwischen familialen Systemen sowie den sozialen Netzwerken und den professionellen Pflegesystemen in der pflegerischen Versorgung von alten Menschen (I.6.d).
- machen sich eigene Deutungs- und Handlungsmuster in der pflegerischen Interaktion mit alten Menschen und ihren Bezugspersonen und mit ihren unterschiedlichen, insbesondere kulturellen und sozialen Hintergründen bewusst und reflektieren sie (II.1.a).
- reflektieren ihre Möglichkeiten und Grenzen in der Kommunikation und Beratung (II.1.b).
- nutzen Empathie, Wertschätzung, Akzeptanz und Kongruenz für eine professionelle Beziehungsgestaltung und Kommunikation mit alten Menschen (II.1.c).
- setzen Methoden der Gesprächsführung angemessen ein (II.1.d).
- informieren alte Menschen zu komplexen gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und weitergehenden Fragen der pflegerischen Versorgung (II.2.a).
- setzen Schulungen mit Einzelpersonen und kleineren Gruppen zu pflegender alter Menschen um (II.2.b).
- beraten alte Menschen und ihre Bezugspersonen im Umgang mit krankheits- sowie therapie- und pflegebedingten Anforderungen und befähigen sie, ihre Gesundheitsziele in größtmöglicher Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erreichen (II.2.c).
- reflektieren ihre Möglichkeiten und Begrenzungen zur Gestaltung von professionellen Informations-, Instruktions-, Schulungs- und Beratungsangeboten bei alten Menschen (II.2.d).
- beraten Teammitglieder kollegial bei pflegefachlichen Fragestellungen und unterstützen sie bei der Übernahme und Ausgestaltung ihres jeweiligen Verantwortungs- und Aufgabenbereiches (III.1.c).
- reflektieren ihre eigene Rolle in der Zusammenarbeit und wenden das Wissen über erfolgreiche Teamarbeit an (III.1.f).
- bearbeiten interprofessionelle Konflikte in einem gemeinsamen Aushandlungsprozess auf Augenhöhe (III.3.c).
- kennen den Einfluss gesamtgesellschaftlicher Veränderungen, ökonomischer Anforderungen sowie epidemiologischer und demografischer Entwicklungen auf die Versorgungsstrukturen (IV.2.b).
- erkennen die Funktion der Gesetzgebung im Gesundheits- und Sozialbereich zur Sicherstellung des gesellschaftlichen Versorgungsauftrags in stationären, teilstationären und ambulanten Handlungsfeldern (IV.2.c).
- wirken an der Umsetzung von Konzepten und Leitlinien zur ökonomischen und ökologischen Gestaltung der Einrichtung mit (IV.2.e).
- vertreten die Notwendigkeit, die Wissensgrundlagen des eigenen Handelns kontinuierlich zu überprüfen und gegebenenfalls zu verändern, und übernehmen Eigeninitiative und Verantwortung für das eigene Lernen (V.1.a).
- handeln auf der Grundlage pflege- und bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse bezogen auf die Pflege von alten Menschen und reflektieren und bewerten ihr Pflegehandeln hinsichtlich möglicher Verbesserungen (V.1.c).
- nehmen drohende Über- oder Unterforderungen frühzeitig wahr, erkennen die notwendigen Veränderungen am Arbeitsplatz und/oder des eigenen Kompetenzprofils und leiten daraus entsprechende Handlungsinitiativen ab (V.2.b).
- setzen Strategien zur Kompensation und Bewältigung unvermeidbarer beruflicher Belastungen gezielt ein und nehmen Unterstützungsangebote frühzeitig wahr oder fordern diese aktiv ein (V.2.c).
- verfügen über ein Verständnis für die historischen Zusammenhänge des Pflegeberufs und positionieren sich mit ihrer beruflichen Pflegeausbildung im Kontext der Gesundheitsberufe unter Berücksichtigung der ausgewiesenen Vorbehaltsaufgaben (V.2.e).
- verstehen die Zusammenhänge zwischen den gesellschaftlichen, soziodemografischen und ökonomischen Veränderungen und der Berufsentwicklung (V.2.f).



| Inhalte/Situationsmerkmale | |
|-------------------------------------|--|
| Handlungs-anlässe | <ul style="list-style-type: none"> Vertiefung: Informations- und Beratungsbedarfe von alten Menschen und ihren Bezugspersonen und Einrichtungen zu gesundheitsbezogenen Fragen Gesundheitsrisiken alter Menschen, z. B. mangelnde körperliche Aktivität, beeinträchtigtes Ernährungsverhalten, depressive Stimmungsschwankungen gesundheitsbezogene (ethische) Entscheidungskonflikte Belastungssituationen in der intraprofessionellen Zusammenarbeit/drohende Konflikte im Team Unterstützungsbedarfe in Familien bzw. der Familiengesundheit drohende (auch sexuelle) Gewalt |
| Kontext-bedingungen | <ul style="list-style-type: none"> rechtliche Rahmenbedingungen zu Gesundheitsförderung und Prävention Einrichtungen der ambulanten und stationären Langzeitpflege Pflegestützpunkte Schnittstellen zwischen Gesundheitsberufen, anderen beratenden Berufen und in der Prävention tätigen Organisationen und Netzwerken |
| Ausgewählte Akteure | <ul style="list-style-type: none"> Auszubildende/Lerngruppe alte zu pflegende Menschen und ihre Bezugspersonen Team Akteure des Pflege- und Pflegeschulmanagements Akteure im sozialen Raum (z. B. freiwillig Engagierte) |
| Erleben/ Deuten/ Verarbeiten | <p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Sich-für-verletzlich-Halten/Sich-für-unverletzlich-Halten Angst vor gesundheitlichen Folgen von schädigenden Verhaltensweisen/vor Gewalt gesundheitliche (kulturbezogene) Überzeugungen und Selbstwirksamkeitserwartungen Sich-kompetent-Fühlen in Bezug auf die eigene Gesundheit Wohlbefinden/Sich-stark-Erleben <p><i>Zu pflegende Menschen und deren Bezugspersonen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Stigmatisierung erleben Diskrepanz zwischen Gesund-leben-Wollen und Gesund-leben-Können kognitive Dissonanzen in Bezug auf das Gesundheitsverhalten biografisch bedingte Gewohnheiten Ohnmacht in Bezug auf Gewalt, Angst vor Gewalt Angst vor Kontrolle durch staatliche Institutionen |
| Handlungs-muster | <ul style="list-style-type: none"> spezielle Gesundheitskommunikation: Beratung alter Menschen und Einrichtungen zu gesundheitsbezogenen Fragen Gestaltung von Pflegesituationen, in denen aktuelle Bedürfnisse alter zu pflegender Menschen längerfristigen Bedarfen wie Wohlbefinden oder Lebensqualität oder Lebensdauer entgegenstehen |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> Unterstützung bei der gesundheitsbezogenen Entscheidungsfindung/informierten Entscheidung unter Berücksichtigung ethischer Aspekte Identifikation drohender Konflikte/Belastungen im Team und Anwendung von Methoden zur Konfliktprävention Maßnahmen zur Gewaltprävention (auch sexuelle Gewalt) Maßnahmen zur Stressreduktion Zusammenarbeit mit Institutionen und Netzwerken im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention Einschätzung der eigenen Kompetenzen und adäquate Abgrenzung bzw. Weitervermittlung an andere Netzwerkakteure Information, Anleitung und Beratung von Teammitgliedern |
|--|--|

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

- strukturelle und politische Initiativen, z. B. Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz
- Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik (auch Klimapolitik), Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, Settingansatz
- gesundheitspolitische Einflussnahme
- Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik; Vergleich von Gesundheitssystemen im europäischen Kontext
- Grundbegriffe der Epidemiologie, Sozialepidemiologie: soziale Ungleichheiten/Armut und Gesundheit, Migration/Kultur und Gesundheit, Geschlecht und Gesundheit
- Gesundheitsberichterstattung (darin: gesundheitliche Risikofaktoren und Risikoverhalten, Gesundheitskosten, Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, Screening), Ergebnisberichte Gesundheitskompetenz in Deutschland
- Reflexion der Schwellenproblematik, der Nutzung von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention
- Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, Weiterbildungsordnungen

Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen (Beispiele)

- Rollenspiele zur Entwicklung von Fähigkeiten in der Gesundheitskommunikation: z. B. Informations- und Schulungsangebote, in denen aktuelle Bedürfnisse alter zu pflegender Menschen längerfristigen Bedarfen wie Wohlbefinden oder Lebensqualität oder Lebensdauer entgegenstehen, Gespräche zur gesundheitsbezogenen Entscheidungsfindung
- Rollenspiele zur gesundheitsbezogenen Information und Beratung von Verantwortlichen in Einrichtungen
- Übungen zur Information, Anleitung und Beratung von Teammitgliedern

Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben (Beispiele)

- gesundheitsförderliche und präventive Aspekte im altenpflegerischen Handeln identifizieren
- gesundheitsförderliche und präventive Aspekte in das altenpflegerische Handeln integrieren
- Information, Schulung und Beratung alter zu pflegender Menschen und ihrer Bezugspersonen zu gesundheitsbezogenen Aspekten, Reflexion der Legitimation und der Anknüpfung an die Lebenswelt der Angesprochenen
- Anleitung von Auszubildenden, Praktikant*innen sowie freiwillig Engagierten und Teammitgliedern planen, durchführen, reflektieren

II.



Didaktischer Kommentar

Folgende Lernsituationen können hier exemplarisch bearbeitet werden (Information, Schulung und Beratung sollten jeweils integriert sein):

- Lernsituationen, in denen Pflegeerfordernisse im Hinblick auf gesundheitsförderliches/präventives Verhalten bestehen, die Betroffenen jedoch selbst dieses Anliegen nicht konsequent verfolgen, z. B. zu pflegende Menschen, die mit einer Lungenerkrankung rauchen, hier sollte auch die Legitimation des pflegerischen Handelns diskutiert werden,
- Lernsituationen, in denen alten Menschen Präventionsangebote unterbreitet werden und das Angebot sehr stark an die Gesundheitsressourcen angepasst werden muss,
- Lernsituationen, in denen drohende Konfliktsituationen im Team thematisiert werden,
- Lernsituationen, in denen drohende Gewalt (auch sexuelle Gewalt) thematisiert wird.

Bei der Bearbeitung von Gewaltphänomenen ist es sinnvoll, erfahrungsbezogenes und leibliches Wissen mit disziplinärem Wissen zu verschränken. So kann die Ohnmacht in der Situation ernst genommen und zugleich mittels abstrakter Wissensbestände eine gewisse analytische Distanz zur Situation gewonnen werden. Von Bedeutung sind hier aktuelle Studien und interprofessionelle Diskursarenen, die sich mit dem Phänomen Gewalt in der Pflege befassen.

Außerdem wird zu dieser Einheit ein Projekt zum Thema empfohlen, z. B. Projekt: „Gesunder Seniorentreff“ oder ein Planspiel zum Thema „Gesundheitsförderliche Community“. Hierbei können die Auszubildenden die Rollen von Politiker*innen, Klimaforscher*innen, Bewohner*innen verschiedener Altersstufen, Angehörigen verschiedener Gesundheitsberufe, anderen gesundheitsbezogenen Akteuren, Einzelhändler*innen etc. einnehmen und gemeinsam eine Vision für eine „Gesundheitsförderliche Community“ entwerfen.

CE 05 Menschen in kurativen Prozessen pflegerisch unterstützen und Patientensicherheit stärken

| CE 05 | Anlagen 1 und 2 PflAPrV |
|---|-----------------------------------|
| 1./2. Ausbildungsdrittel | Zeitrichtwert: 200 Stunden |
| 3. Ausbildungsdrittel | Zeitrichtwert: 140 Stunden |
| Intentionen und Relevanz | |
| <p>Gezielte, die Kuration unterstützende pflegerische Interventionen haben durch die Verkürzung der Verweildauer und innovative Behandlungsverfahren in allen Versorgungsbereichen eine erhebliche Bedeutung und sind erfolgskritisch. Pflegende tragen dabei eine hohe Verantwortung im Hinblick auf die Gewährleistung der Patientensicherheit. Kurative therapeutische Interventionen sind für die zu pflegenden Menschen einerseits mit der Hoffnung oder Erwartung auf Linderung der Beschwerden oder Heilung, andererseits aber auch mit Ängsten und dem Risiko von unerwünschten Wirkungen verbunden. Neben umfassendem Fachwissen über medizinische Zusammenhänge, um beispielsweise Risiken erkennen und abwenden zu können, benötigen Pflegende auch beraterische und kommunikative Kompetenzen zur Unterstützung und Begleitung sowie zur Stärkung von Selbstmanagementfähigkeiten und der Gesundheitskompetenz von zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen.</p> | |
| <p>Während der Fokus der curricularen Einheit in den ersten beiden Ausbildungsdritteln auf den wichtigsten Pflegediagnosen und Handlungsmustern im Bereich der Chirurgie und der Inneren Medizin liegt und auf der Systemebene vor allem die Rahmenbedingungen des akutstationären Versorgungsbereichs in den Blick genommen werden, richtet sich die curriculare Einheit im letzten Ausbildungsdrittel stärker auf die sektoren- und berufsgruppenübergreifende Organisation des Versorgungsprozesses, insbesondere bei komplexen gesundheitlichen Problemlagen. Die Zusammenarbeit, insbesondere mit der Berufsgruppe der Ärzt*innen, wird in beiden Ausbildungsabschnitten thematisiert, im zweiten Ausbildungsabschnitt werden auch innovative Konzepte zur Weiterentwicklung der Zusammenarbeit sowie der Qualität der Versorgung erarbeitet.</p> | |
| Bildungsziele | |
| <p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <p>Die Auszubildenden machen sich eigene innere Konflikte wie auch mögliche innere Konflikte der zu pflegenden Menschen bewusst, die aus dem Bewusstsein des mit kurativen Interventionen verbundenen Risikos und daraus resultierender Angst entstehen. Sie reflektieren den Widerspruch zwischen dem unmittelbaren Erleben von leiblichen Phänomenen und dem oftmals objektivierenden Umgang damit im medizinischen Kontext. Des Weiteren erkennen sie, dass Effizienzoptimierungen etwa durch standardisierte Handlungsabläufe mit Verlusten bei Individualisierungs- bzw. Personalisierungsmöglichkeiten („Inhumanität der humanen Institution“) einhergehen. Sie reflektieren Routinen im Hinblick auf ihre wissenschaftliche Grundlage.</p> | |
| <p>3. Ausbildungsdrittel</p> <p>Insbesondere am Beispiel der Versorgung von Menschen mit komplexen gesundheitlichen Problemlagen lässt sich der Widerspruch von Unwissenheit/Entscheidungzwang und der Verpflichtung, die eigenen professionellen Handlungen gut, auch auf der Basis von vorhandenen wissenschaftlichen Evidenzen, begründen zu können, aneignen. In Bezug auf die Zusammenarbeit mit Ärzt*innen erarbeiten die Auszubildenden den Widerspruch, dass die Berufsgruppen gleichwertig und gleichberechtigt zusammenarbeiten sollen und dass sie gleichzeitig auch in Konkurrenz und in einem hierarchischen Verhältnis zueinander stehen. Die Auszubildenden finden Ansatzpunkte und Chancen der Pflege, zur gesundheitlichen Chancengerechtigkeit beizutragen.</p> | |

Kompetenzen – Anlage 1 PflAPrV

Grundlegend für das 1./2. Ausbildungsdrittel

- Die Pflege von Menschen aller Altersstufen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren (I.1 a-h).

Die Auszubildenden

- erheben pflegebezogene Daten von Menschen aller Altersstufen mit gesundheitlichen Problemlagen sowie zugehörige Ressourcen und Widerstandsfaktoren (I.2.a).
- interpretieren und erklären die vorliegenden Daten bei Menschen mit überschaubaren Pflegebedarfen und gesundheitsbedingten Einschränkungen anhand von grundlegenden pflege- und bezugswissenschaftlichen Erkenntnissen (I.2.b).
- setzen geplante kurative und präventive Pflegeinterventionen sowie Interventionen zur Förderung von Gesundheit um (I.2.c).
- verfügen über ein grundlegendes Verständnis zu physischen, psychischen und psychosomatischen Zusammenhängen, die pflegerisches Handeln begründen (I.2.f).
- Erschließen sich neue Informationen zu den Wissensbereichen der Pflege, Gesundheitsförderung und Medizin (I.2.g).
- wenden Grundsätze der verständigungs- und beteiligungsorientierten Gesprächsführung an (II.1.d).
- erkennen grundlegende, insbesondere gesundheits-, alters- oder kulturbedingte Kommunikationsbarrieren und setzen unterstützende Maßnahmen ein, um diese zu überbrücken (II.1.e).
- wenden didaktische Prinzipien bei Angeboten der Information und Instruktion an (II.2.b).
- beachten die Anforderungen der Hygiene und wenden Grundregeln der Infektionsprävention in den unterschiedlichen pflegerischen Versorgungsbereichen an (III.2.a).
- wirken entsprechend den rechtlichen Bestimmungen an der Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie im Rahmen des erarbeiteten Kenntnisstands mit (III.2.b).
- beobachten und interpretieren die mit einem medizinischen Eingriff verbundenen Pflegephänomene und Komplikationen in stabilen Situationen (III.2.c).
- wirken entsprechend ihrem Kenntnisstand an der Unterstützung und Begleitung von Maßnahmen der Diagnostik und Therapie mit und übernehmen die Durchführung in stabilen Situationen (III.2.d).
- schätzen chronische Wunden prozessbegleitend ein und wenden die Grundprinzipien ihrer Versorgung an (III.2.e).
- wirken an der Koordination von Pflege in verschiedenen Versorgungskontexten mit sowie an der Organisation von Terminen und berufsgruppenübergreifenden Leistungen (III.3.d).
- beteiligen sich auf Anweisung an der Evaluation von interprofessionellen Versorgungsprozessen im Hinblick auf Patientensicherheit und Partizipation (III.3.f).
- integrieren grundlegende Anforderungen zur internen und externen Qualitätssicherung in ihr unmittelbares Pflegehandeln (IV.1.a).
- orientieren ihr Handeln an qualitätssichernden Instrumenten wie insbesondere evidenzbasierte Leitlinien und Standards (IV.1.b).
- sind aufmerksam für die Ökologie in den Gesundheitseinrichtungen, verfügen über grundlegendes Wissen zu Konzepten und Leitlinien für eine ökonomische und ökologische Gestaltung der Einrichtung und gehen mit materiellen und personellen Ressourcen ökonomisch und ökologisch nachhaltig um (IV.2.e).
- erschließen sich wissenschaftlich fundiertes Wissen zu ausgewählten Themen und wenden einige Kriterien zur Bewertung von Informationen an (V.1.b).



Kompetenzen - Anlage 2 PfIApIV

Grundlegend für das 3. Ausbildungsdrittel

- Die Pflege von Menschen aller Altersstufen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren (I.1 a-h).

Die Auszubildenden

- erheben, erklären und interpretieren pflegebezogene Daten von Menschen aller Altersstufen auch in komplexen gesundheitlichen Problemlagen anhand von pflege- und bezugswissenschaftlichen Erkenntnissen (I.2.a).
- unterstützen Menschen aller Altersgruppen durch Mitwirkung an der Entwicklung von fachlich begründeten Pflegeinterventionen der Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration (I.2.b).
- verfügen über ein integratives Verständnis von physischen, psychischen und psychosomatischen Zusammenhängen in der Pflege von Menschen aller Altersstufen (I.2.e).
- steuern, verantworten und gestalten den Pflegeprozess bei Menschen aller Altersstufen mit akuten und chronischen Schmerzen (I.3.c).
- gestalten pflegeberufliche Kommunikationssituationen mit zu pflegenden Menschen aller Altersstufen und deren Bezugspersonen auch bei divergierenden Zielsetzungen oder Sichtweisen verständigungsorientiert und fördern eine beteiligungsorientierte Entscheidungsfindung (II.1.d).
- informieren Menschen aller Altersstufen zu komplexen gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und weitergehenden Fragen der pflegerischen Versorgung (II.2.a).
- setzen Schulungen mit Einzelpersonen und kleineren Gruppen zu pflegender Menschen aller Altersstufen um (II.2.b).
- beraten zu pflegende Menschen aller Altersstufen und ihre Bezugspersonen im Umgang mit krankheits- sowie therapie- und pflegebedingten Anforderungen und befähigen sie, ihre Gesundheitsziele in größtmöglicher Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erreichen (II.2.c).
- reflektieren ihre Möglichkeiten und Begrenzungen zur Gestaltung von professionellen Informations-, Instruktions-, Schulungs- und Beratungsangeboten bei Menschen aller Altersstufen (II.2.d).
- fördern und unterstützen Menschen aller Altersstufen bei der Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung über das eigene Leben, auch unter Abwägung konkurrierender ethischer Prinzipien (II.3.b).
- delegieren unter Berücksichtigung weiterer rechtlicher Bestimmungen ausgewählte Maßnahmen an Personen anderer Qualifikationsniveaus und überwachen die Durchführungsqualität (III.1.b).
- beraten Teammitglieder kollegial bei pflegefachlichen Fragestellungen, unterstützen sie bei der Übernahme und Ausgestaltung ihres jeweiligen Verantwortungs- und Aufgabenbereiches (III.1.c).
- beachten umfassend die Anforderungen der Hygiene und wirken verantwortlich an der Infektionsprävention in den unterschiedlichen pflegerischen Versorgungsbereichen mit (III.2.a).
- führen entsprechend den rechtlichen Bestimmungen eigenständig ärztlich veranlasste Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie bei Menschen aller Altersstufen durch (III.2.b).
- beobachten und interpretieren die mit einem medizinischen Eingriff bei Menschen aller Altersstufen verbundenen Pflegephänomene und Komplikationen auch in instabilen oder krisenhaften gesundheitlichen Situationen (III.2.c).
- unterstützen und begleiten zu pflegende Menschen aller Altersstufen umfassend auch bei invasiven Maßnahmen der Diagnostik und Therapie (III.2.d).
- schätzen chronische Wunden bei Menschen aller Altersstufen prozessbegleitend ein, versorgen sie verordnungsgerecht und stimmen die Behandlung mit der Ärztin oder dem Arzt ab (III.2.e).

II.



- vertreten die im Rahmen des Pflegeprozesses gewonnenen Einschätzungen zu Pflegediagnosen und erforderlichen Behandlungskonsequenzen bei Menschen aller Altersstufen in der interprofessionellen Zusammenarbeit (III.2.f).
- koordinieren die integrierte Versorgung von chronisch kranken Menschen in der Primärversorgung (III.3.e).
- evaluieren den gesamten Versorgungsprozess gemeinsam mit dem therapeutischen Team im Hinblick auf Patientenorientierung und -partizipation (III.3.f).
- integrieren erweiterte Anforderungen zur internen und externen Qualitätssicherung in das Pflegehandeln und verstehen Qualitätsentwicklung und -sicherung als rechtlich verankertes und interdisziplinäres Anliegen in Institutionen des Gesundheitswesens (IV.1.a).
- wirken an Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie -verbesserung mit, setzen sich für die Umsetzung evidenzbasierter und/oder interprofessioneller Leitlinien und Standards ein und leisten so einen Beitrag zur Weiterentwicklung einrichtungsspezifischer Konzepte (IV.1.b).
- üben den Beruf im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben sowie unter Berücksichtigung ihrer ausbildungs- und berufsbezogenen Rechte und Pflichten eigenverantwortlich aus (IV.2.a).
- wirken an der Umsetzung von Konzepten und Leitlinien zur ökonomischen und ökologischen Gestaltung der Einrichtung mit (IV.2.e).
- vertreten die Notwendigkeit, die Wissensgrundlagen des eigenen Handelns kontinuierlich zu überprüfen und gegebenenfalls zu verändern (V.1.a).
- erschließen sich pflege- und bezugswissenschaftliche Forschungsergebnisse bezogen auf die Pflege von Menschen aller Altersstufen und bewerten sie hinsichtlich der Reichweite, des Nutzens, der Relevanz und des Umsetzungspotenzials (V.1.b).
- begründen und reflektieren das Pflegehandeln kontinuierlich auf der Basis von vielfältigen oder spezifischen pflegewissenschaftlichen und bezugswissenschaftlichen evidenzbasierten Studienergebnissen, Theorien, Konzepten und Modellen (V.1.c).
- verfügen über ein Verständnis für die historischen Zusammenhänge des Pflegeberufs und positionieren sich mit ihrer beruflichen Pflegeausbildung im Kontext der Gesundheitsberufe unter Berücksichtigung der ausgewiesenen Vorbehaltsaufgaben (V.2.e).

Inhalte/Situationsmerkmale

| | |
|-------------------------|---|
| Handlungsanlässe | <p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <p>Chirurgischer Arbeitsbereich</p> <ul style="list-style-type: none"> ● verschiedene, exemplarisch ausgewählte, häufig vorkommende chirurgische Eingriffe am Skelett und im Bauchraum und die ursächlichen Erkrankungen der Knochen, des Gastrointestinaltrakts und der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde bzw. die damit verbundenen Pflegediagnosen; darunter sowohl elektive als auch akut erforderliche Eingriffe ● akuter Schmerz ● Wundversorgung ● nosokomiale Infektionsrisiken ● Risiken wie unwirksamer Atemvorgang, Blutungen, unausgeglichenes Flüssigkeitsvolumen, unausgeglichene Körpertemperatur, Körperbildstörung, dysfunktionale gastrointestinale Motilität, Schockgefahr, Sturzgefahr, Übelkeit, beeinträchtigtes Wohlbefinden, Obstipationsgefahr, Orientierungsstörung, verzögerte postoperative Erholung |
|-------------------------|---|

| | |
|---------------------------------|---|
| | <p>Internistischer Arbeitsbereich</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Durchblutungsstörungen ● verminderte Herz-/Kreislaufleistung ● unausgeglichene Körpertemperatur ● beeinträchtigter Atemvorgang/Gasaustausch ● Blutungsgefahr ● Risiko eines Elektrolyt-, Säure-Basen- und Flüssigkeitsungleichgewichts ● Risiko einer gesundheitlichen Schädigung <p>Beide Arbeitsbereiche</p> <ul style="list-style-type: none"> ● unterschiedliche Facetten von Coping und Adhärenz ● belastende Gefühle der zu pflegenden Menschen ● belastende Gefühle der Pflegenden selbst ● Entscheidungskonflikte <p>3. Ausbildungsdrittel (außerdem)</p> <p>Multimorbidität als Kombination u. a. folgender Handlungsanlässe</p> <ul style="list-style-type: none"> ● verminderte Herz-/Kreislaufleistung ● beeinträchtigter Atemvorgang/Gasaustausch ● reduzierte Nierenleistung ● Elektrolyt-, Säure-Basen- und Flüssigkeitsungleichgewicht ● akute und chronische Wunden ● Infektionen ● psychische Komorbidität bei Multimorbidität ● Medikationsfehler ● Nebenwirkungen und Arzneimittelinteraktionen ● Gefahr eines Immobilitätssyndroms |
| Kontext- bedingungen | <p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Clinical Pathways ● Pflegesysteme/Ablauforganisation ● Organisations- und Teamstrukturen im Krankenhaus sowie in den nachsorgenden Sektoren ● Grundlagen der Krankenversicherung, Krankenhausfinanzierung, Personalbemessung ● nationale und internationale Versorgungssysteme im kurativen Bereich ● Geschichte der Pflege im Kontext der medizinischen Entwicklung und Wandel vom Assistenz- zum Heilberuf ● Arbeitsschutz und Prävention von Risiken <p>3. Ausbildungsdrittel zusätzlich</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Versorgungsketten ● institutionsübergreifende (Integrierte) Versorgung: national und international ● medizintechnologische Entwicklungen und ihre finanziellen und ethischen Implikationen ● Telenursing, Telemedizin |



| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • drei ausgewählte Leitlinien und/oder Expertenstandards (z. B. chronische Wunden, Entlassungsmanagement) • neue Formen der Verteilung von Aufgaben und Verantwortung zwischen den Berufsgruppen • pflegerische Weiterbildungen und neue pflegerische Berufe • Arbeitsbedingungen (im Krankenhaus) vor dem Hintergrund rechtlicher und ökonomischer Rahmenbedingungen |
| Ausgewählte Akteure | <p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menschen aller Altersstufen und ihre Bezugspersonen • Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen • eigene Berufsgruppe: Stationsleitung, Pflegedienstleitung, Kolleg*innen • ausgewählte andere Berufsgruppen wie Ärzt*innen, Physiotherapeut*innen, Ernährungsberater*innen, Wundexpert*innen, Sozialarbeiter*innen <p>3. Ausbildungsdrittel zusätzlich</p> <ul style="list-style-type: none"> • geflüchtete Menschen • Menschen mit prekären sozioökonomischen Lebensbedingungen |
| Erleben/ Deuten/ Verarbeiten | <p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • eigene Ängste und Schmerzen • Verantwortung angesichts möglicher Risiken • hierarchische Arbeitszusammenhänge <p><i>Zu pflegende Menschen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ängste und Schmerzen • Familiensysteme und Bezugspersonen als unterstützende Ressourcen <p>3. Ausbildungsdrittel zusätzlich</p> <p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • berufliche Belastungen durch das Leid anderer • Verantwortung in der inter- und intraprofessionellen Zusammenarbeit <p><i>Zu pflegende Menschen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Krisensituationen • Verletzungen des Körpers und bleibende Einschränkungen • Anpassungsleistungen und Bewältigungsressourcen |
| Handlungsmuster | <p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflegebedarf feststellen und Pflegeprozesse zur Unterstützung der Kuration planen, steuern, durchführen und evaluieren • kommunizieren, informieren, schulen • Adhärenz und Gesundheitskompetenz fördern • Förderung des psychischen Wohlbefindens • interkulturell pflegen |



| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● Patientenaufnahme im klinischen Kontext (elektiv/akut) ● Pflege an standardisierten Abläufen (Clinical Pathways) ausrichten ● perioperative Pflege ● Assistenz bei ärztlichen Interventionen ● im intra- und interprofessionellen Team zusammenarbeiten ● Wundmanagement ● Schmerzmanagement (akute Schmerzen) ● Infektionsprävention ● Thermoregulation ● Interventionen zur Unterstützung der erwünschten Wirkung pharmakologischer Wirkstoffe ● ausgewählte Interventionen zur Optimierung der Zirkulation von Blut und Flüssigkeiten im Gewebe ● Elektrolyt-, Säure-Basen-, Wasserhaushaltsmanagement ● Interventionen zur Förderung der Durchgängigkeit der Atemwege und des Gasaustauschs ● Risikomanagement (Grundlagen) ● Entlassungsmanagement (Grundlagen) ● Einbindung von ausgewählten Leitlinien und Expertenstandards <p>3. Ausbildungsrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pflegebedarf feststellen und Pflegeprozesse zur Versorgung von Menschen mit unterschiedlichen komplexen gesundheitlichen Problemlagen und Pflegebedarfen in verschiedenen Settings und Phasen der Versorgungskette mit wechselnden Versorgungsschwerpunkten und Teams planen, steuern, durchführen und evaluieren ● Case- und Caremanagement in verschiedenen Versorgungskontexten sowie sektoren- und berufsgruppenübergreifende Organisation ● integrierte Versorgung in der Primärversorgung ● Interventionen zur Unterstützung der erwünschten Wirkung pharmakologischer Wirkstoffe in Krisensituationen ● ausgewählte Interventionen zur Optimierung der Zirkulation von Blut und Flüssigkeiten im Gewebe ● Immobilitätsmanagement ● Atemunterstützung in komplexen Situationen ● Interventionen zur Regulierung des Flüssigkeits-, Elektrolyt- und Säure-Basen-Gleichgewichts ● Wundmanagement bei komplizierten Wunden ● Schmerzmanagement bei komplizierten Schmerzen ● Interventionen zur Reduktion von Risiken ● Förderung des physischen und psychischen Wohlbefindens auch bei schwerer Krankheit sowie lang andauernden und quälenden Beschwerden ● Umgebungsmanagement ● Interventionen zur Unterstützung und Einbindung von Bezugspersonen ● Beziehungsaufbau, Information, Schulung und Beratung in Krisen- und Konfliktsituationen und bei Kommunikationsbarrieren |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● Shared Decision Making bei unterschiedlichen Entscheidungsoptionen und eingeschränkter Selbstbestimmungsfähigkeit ● interkulturell und Menschen mit prekären sozioökonomischen Bedingungen pflegen ● interprofessionelle Patientenbesprechung |
| Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen | |
| 1./2. Ausbildungsdrittel | <ul style="list-style-type: none"> ● Wissensrecherche und -bewertung, auch unter Nutzung von digitalen Informations- und Kommunikationstechnologien ● Einführung in die Evidenzbasierte Pflege ● Überblick über die Anatomie/Physiologie/Pathologie der ausgewählten chirurgischen Fachgebiete ● Überblick über die Anatomie/Physiologie/Pathologie des Herz-Kreislauf-Systems ● Überblick über die Anatomie/Physiologie/Pathologie des Atmungssystems ● Überblick über die Anatomie/Physiologie/Pathologie des Blutes ● Grundlagen der Mikrobiologie und der Vermeidung von Infektionsübertragung ● Reizwahrnehmung und Weiterleitung, Bewusstsein ● Grundlagen der Pharmakologie |
| 3. Ausbildungsdrittel | <ul style="list-style-type: none"> ● vertiefte Wissensrecherche und -bewertung, u. a. unter Nutzung von digitalen Informations- und Kommunikationstechnologien ● Überblick über die Anatomie/Physiologie/Pathologie der Niere ● Infektionsprävention und Hygiene in Pflegeeinrichtungen ● ggf. Anatomie/Physiologie/Pathologie zu den ausgewählten Fällen |
| Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen (Beispiele) | |
| 1./2. Ausbildungsdrittel | <ul style="list-style-type: none"> ● Durchführung eines Verbandwechsels bei vergleichsweise unkomplizierten Wunden (schrittweise Steigerung des Anforderungsniveaus) ● postoperative Mobilisation einer Patientin/eines Patienten nach z. B. Hüft-TEP-OP ● Simulation von Informationsgesprächen ● Durchführung von Schulungen zum Umgang mit ausgewählten gesundheitlichen Problemlagen |
| 3. Ausbildungsdrittel | <ul style="list-style-type: none"> ● Durchführung eines Verbandwechsels bei einer komplizierten Wunde ● Durchführung einer ethischen Falldiskussion ● kommunikative Unterstützung bei schwierigen Entscheidungssituationen (mit Simulationspatient*innen oder alternativ im Rollenspiel) ● kommunikative Unterstützung von Menschen in emotional stark belastenden Situationen (mit Simulationspatient*innen oder alternativ im Rollenspiel) ● Rollenspiel „interprofessionelle Fallbesprechung“ |



Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben (Beispiele)

- gesundheitsförderliche und präventive Aspekte im altenpflegerischen Handeln identifizieren
- gesundheitsförderliche und präventive Aspekte in das altenpflegerische Handeln integrieren
- Information, Schulung und Beratung alter zu pflegender Menschen und ihrer Bezugspersonen zu gesundheitsbezogenen Aspekten, Reflexion der Legitimation und der Anknüpfung an die Lebenswelt der Angesprochenen
- Anleitung von Auszubildenden, Praktikant*innen sowie freiwillig Engagierten und Teammitgliedern planen, durchführen, reflektieren

1./2. Ausbildungsdrittel

- sich auf einen Einsatz durch Recherche zu einem häufig vorkommenden chirurgischen Eingriff und/oder einer internistischen Erkrankung vorbereiten
- eine Patientin/einen Patienten für einen einfachen/komplizierten operativen Eingriff aufnehmen und prä- und postoperativ versorgen, Pflegeprozess dokumentieren
- eine Patientin/einen Patienten zu einer Operation begleiten, die Operation beobachten und die postoperative Versorgung durchführen
- zu pflegende Menschen durch den Krankenhausaufenthalt bei einem chirurgischen Eingriff und/oder einer internistischen Erkrankung begleiten und den Prozessverlauf dokumentieren

3. Ausbildungsdrittel

- die Therapie eines zu pflegenden Menschen bei einer ausgewählten Erkrankung anhand von ausgewählten Leitlinien reflektieren
- fallorientiertes Durchlaufen der Versorgungskette von einer Patientin/einem Patienten und Ermittlung von positiven und verbesserungswürdigen Abschnitten in der Kette
- Besuch einer Intensivstation
- Hospitation klinisches Ethikkomitee

Didaktischer Kommentar

Einstieg in die curriculare Einheit im 1. Ausbildungsdrittel anhand eines Berichts von Auszubildenden über ihre Erfahrungen beim Einsatz in einem kurativen Arbeitsbereich, z. B. einer chirurgischen oder internistischen Station in einem Krankenhaus.

Aufbau von Kompetenzen anhand von fallbasierten Unterrichtseinheiten, in denen die aufgeführten Inhalte sinnvoll kombiniert werden und in die auch die jeweils erforderlichen Wissensgrundlagen aus der Anatomie/Physiologie/Pathologie eingebettet sind, z. B.

Chirurgischer Arbeitsbereich

- Lernsituation eines alten zu pflegenden Menschen nach Sturz und Fraktur, der eine Totalendoprothese (TEP) erhalten soll,
- Lernsituation eines Menschen mittleren Alters mit akutem Abdomen,
- Lernsituation eines Kindes mit einer Fraktur,

unter Variation der Altersstufe, des sozialen und kulturellen Umfelds der zu pflegenden Menschen und nach Möglichkeit des Versorgungsbereichs.

Internistischer Arbeitsbereich

- Lernsituation eines alten zu pflegenden Menschen mit einer verminderten Herz-/Kreislaufleistung,
- Lernsituation eines Kindes mit einem beeinträchtigten Atemvorgang/Gasaustausch,
- Lernsituation eines noch berufstätigen älteren Menschen mit Durchblutungsstörungen und Bluthochdruck

unter Variation der Altersstufe, des sozialen und kulturellen Umfelds der zu pflegenden Menschen sowie des Versorgungsbereichs.

Im 3. Ausbildungschnitt Fallarbeit zu ausgewählten komplexen gesundheitlichen Problemlagen und Pflegebedarfen in verschiedenen Settings und Phasen der Versorgungskette mit wechselnden Versorgungsschwerpunkten und Teams, dabei sollen auch Schnittstellen und Übergänge betrachtet und gestaltet werden. Beispielsweise könnte die Pflegesituation eines multimorbidien alten Menschen mit verschiedenen internistischen Pflegediagnosen und einer akuten Verschlechterung des Allgemeinzustands aufgrund einer Infektionserkrankung (z. B. Norovirus, Salmonellen) bearbeitet werden.

CE 05 Kinder und Jugendliche in kurativen Prozessen pflegerisch unterstützen und Patientensicherheit stärken

| CE 05 | Anlage 3 PflAPrV |
|---|----------------------------|
| 3. Ausbildungsdrittel | Zeitrichtwert: 140 Stunden |
| Intentionen und Relevanz | |
| <p>Der Schwerpunkt dieser curricularen Einheit liegt auf der pflegerischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit komplexen gesundheitlichen Problemlagen und der dabei notwendigen sektoren- und berufsgruppenübergreifenden Organisation des Versorgungsprozesses sowie der Unterstützung bei Übergängen in den Lebensphasen. Das Betroffensein von Krankheit erfordert erhebliche biografische Anpassungsleistungen vonseiten der Kinder und Jugendlichen sowie deren Bezugspersonen. Die Unterstützung der Betroffenen sollte dabei so gestaltet werden, dass Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der betroffenen Kinder und Jugendlichen altersentsprechend gewahrt und gefördert werden. Da die Eltern oftmals die Pflege übernehmen und Lebensgewohnheiten und der sozioökonomische Status der Familien den Umgang mit gesundheitsbedingten Selbstdpflegeerfordernissen erheblich beeinflussen, muss das familiäre Umfeld in die Pflege einbezogen werden. Neben umfassendem Fachwissen über medizinische Zusammenhänge, um beispielsweise Risiken erkennen und abwenden zu können, benötigen Pflegende auch beraterische und kommunikative Kompetenzen zur Unterstützung und Begleitung sowie zur Stärkung von Selbstmanagementfähigkeiten und der Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen und ihren Bezugspersonen.</p> <p>Hinsichtlich der Kontextbedingungen der kurativen Versorgung von Kindern und Jugendlichen sollen innovative Konzepte zur Weiterentwicklung der Zusammenarbeit insbesondere mit Ärzt*innen, beispielsweise durch die Übernahme von heilkundlichen Aufgaben, und der Qualität der Versorgung thematisiert werden.</p> | |
| Bildungsziele | |
| <p>Am Beispiel der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit komplexen gesundheitlichen Problemlagen lässt sich der Widerspruch von Unwissenheit/Entscheidungszwang und der Verpflichtung, die eigenen professionellen Handlungen gut, auch auf der Basis von vorhandenen wissenschaftlichen Evidenzen begründen zu können, anzeigen. In der Unterstützung der Eltern oder anderer Bezugspersonen loten die Auszubildenden den möglichen Konflikt zwischen der elterlichen Verantwortung für ihre Kinder und dem Wohl der Kinder aus. In Bezug auf die Zusammenarbeit mit Ärzt*innen erarbeiten die Auszubildenden den Widerspruch, dass die Berufsgruppen gleichwertig und gleichberechtigt zusammenarbeiten sollen und dass sie gleichzeitig auch in Konkurrenz und in einem hierarchischen Verhältnis zueinander stehen. Die Auszubildenden finden Ansatzpunkte und Chancen der Pflege, zur gesundheitlichen Chancengerechtigkeit beizutragen.</p> | |
| Kompetenzen – Anlage 3 PflAPrV | |
| <p>Grundlegend für das 3. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Pflege von Kindern und Jugendlichen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren (I.1 a-h). <p>Die Auszubildenden</p> <ul style="list-style-type: none"> erheben, erklären und interpretieren pflegebezogene Daten von Kindern und Jugendlichen auch in komplexen gesundheitlichen Problemlagen anhand von pflege- und bezugswissenschaftlichen Erkenntnissen (I.2.a). unterstützen Kinder und Jugendliche durch Mitwirkung an der Entwicklung von fachlich begründeten Pflegeinterventionen der Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration (I.2.b). | |

- verfügen über ein integratives Verständnis von physischen, psychischen und psychosomatischen Zusammenhängen in der Pflege von Kindern und Jugendlichen (I.2.e).
- steuern, verantworten und gestalten den Pflegeprozess bei Kindern und Jugendlichen mit akuten und chronischen Schmerzen (I.3.c).
- gestalten pflegeberufliche Kommunikationssituationen mit Kindern und Jugendlichen und deren Bezugspersonen auch bei divergierenden Zielsetzungen oder Sichtweisen verständigungsorientiert und fördern eine beteiligungsorientierte Entscheidungsfindung (II.1.d).
- informieren Kinder und Jugendliche sowie ihre Bezugspersonen zu komplexen gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und weitergehenden Fragen der pflegerischen Versorgung in einer dem Entwicklungsstand und der Situation angemessenen Sprache (II.2.a).
- setzen Schulungen mit Kindern und Jugendlichen und/oder ihren Bezugspersonen in Einzelarbeit oder kleinen Gruppen um (II.2.b).
- beraten Kinder und Jugendliche und ihre Bezugspersonen im Umgang mit krankheits- sowie therapie- und pflegebedingten Anforderungen und befähigen sie, ihre Gesundheitsziele in größtmöglicher Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erreichen (II.2.c).
- reflektieren ihre Möglichkeiten und Begrenzungen zur Gestaltung von professionellen Informations-, Instruktions-, Schulungs- und Beratungsangeboten bei Kindern und Jugendlichen (II.2.d).
- fördern und unterstützen Kinder und Jugendliche bei der Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung über das eigene Leben sowie ihre Familien in der Begleitung dieser Entwicklung, auch unter Abwägung konkurrierender ethischer Prinzipien (II.3.b).
- delegieren unter Berücksichtigung weiterer rechtlicher Bestimmungen ausgewählte Maßnahmen an Personen anderer Qualifikationsniveaus und überwachen die Durchführungsqualität (III.1.b).
- beraten Teammitglieder kollegial bei pflegefachlichen Fragestellungen und unterstützen sie bei der Übernahme und Ausgestaltung ihres jeweiligen Verantwortungs- und Aufgabenbereiches (III.1.c).
- beachten umfassend die Anforderungen der Hygiene und wirken verantwortlich an der Infektionsprävention in den unterschiedlichen pflegerischen Versorgungsbereichen mit (III.2.a).
- führen entsprechend den rechtlichen Bestimmungen eigenständig ärztlich veranlasste Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie bei Kindern und Jugendlichen durch (III.2.b).
- beobachten und interpretieren die mit einem medizinischen Eingriff bei Kindern und Jugendlichen verbundenen Pflegephänomene und Komplikationen auch in instabilen oder krisenhaften gesundheitlichen Situationen (III.2.c).
- unterstützen und begleiten zu pflegende Kinder und Jugendliche sowie deren Bezugspersonen umfassend auch bei invasiven Maßnahmen der Diagnostik und Therapie (III.2.d).
- schätzen chronische Wunden bei Kindern und Jugendlichen prozessbegleitend ein, versorgen sie verordnungsgerecht und stimmen die Behandlung mit der Ärztin oder dem Arzt ab (III.2.e).
- vertreten die im Rahmen des Pflegeprozesses gewonnenen Einschätzungen zu Pflegediagnosen und erforderlichen Behandlungskonsequenzen bei Kindern und Jugendlichen in der interprofessionellen Zusammenarbeit (III.2.f).
- koordinieren die integrierte Versorgung von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen in der Primärversorgung (III.3.e).
- evaluieren den gesamten Versorgungsprozess gemeinsam mit dem therapeutischen Team im Hinblick auf Patientenorientierung und -partizipation (III.3.f).
- integrieren erweiterte Anforderungen zur internen und externen Qualitätssicherung in das Pflegehandeln und verstehen Qualitätsentwicklung und -sicherung als rechtlich verankertes und interdisziplinäres Anliegen in Institutionen des Gesundheitswesens (IV.1.a).



- wirken an Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie -verbesserung mit, setzen sich für die Umsetzung evidenzbasierter und/oder interprofessioneller Leitlinien und Standards ein und leisten so einen Beitrag zur Weiterentwicklung einrichtungsspezifischer Konzepte (IV.1.b).
- üben den Beruf im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben sowie unter Berücksichtigung ihrer ausbildungs- und berufsbezogenen Rechte und Pflichten eigenverantwortlich aus (IV.2.a).
- wirken an der Umsetzung von Konzepten und Leitlinien zur ökonomischen und ökologischen Gestaltung der Einrichtung mit (IV.2.e).
- vertreten die Notwendigkeit, die Wissensgrundlagen des eigenen Handelns kontinuierlich zu überprüfen und gegebenenfalls zu verändern (V.1.a).
- erschließen sich pflege- und bezugswissenschaftliche Forschungsergebnisse bezogen auf die Pflege von Kindern und Jugendlichen und bewerten sie hinsichtlich der Reichweite, des Nutzens, der Relevanz und des Umsetzungspotenzials (V.1.b).
- begründen und reflektieren das Pflegehandeln kontinuierlich auf der Basis von vielfältigen oder spezifischen pflegewissenschaftlichen und bezugswissenschaftlichen evidenzbasierten Studienergebnissen, Theorien, Konzepten und Modellen (V.1.c).
- verfügen über ein Verständnis für die historischen Zusammenhänge des Pflegeberufs und positionieren sich mit ihrer beruflichen Pflegeausbildung im Kontext der Gesundheitsberufe unter Berücksichtigung der ausgewiesenen Vorbehaltsaufgaben (V.2.e).

Inhalte/Situationsmerkmale

| | |
|---------------------------|--|
| Handlungsanlässe | Multimorbidität als Kombination u. a. folgender Handlungsanlässe <ul style="list-style-type: none"> • verminderte Herz-/Kreislaufleistung • beeinträchtigter Atemvorgang/Gasaustausch • reduzierte Nierenleistung • Elektrolyt-, Säure-Basen- und Flüssigkeitsungleichgewicht • akute und chronische Schmerzen • akute und chronische Wunden • Infektionen • psychische Komorbidität bei Multimorbidität • Medikationsfehler • Nebenwirkungen und Arzneimittelinteraktionen |
| Kontextbedingungen | <ul style="list-style-type: none"> • Versorgungsketten • institutionsübergreifende (Integrierte) Versorgung: national und international • medizintechnologische Entwicklungen und ihre finanziellen und ethischen Implikationen • Telenursing, Telemedizin • drei ausgewählte Leitlinien und/oder Expertenstandards (z. B. chronische Wunden, Entlassungsmanagement) • neue Formen der Verteilung von Aufgaben und Verantwortung zwischen den Berufsgruppen • pflegerische Weiterbildungen und neue pflegerische Berufe • Arbeitsbedingungen (im Krankenhaus) vor dem Hintergrund rechtlicher und ökonomischer Rahmenbedingungen |

| | |
|---|---|
| Ausgewählte Akteure | <ul style="list-style-type: none"> ● Kinder und Jugendliche und ihre Bezugspersonen ● geflüchtete Kinder und Jugendliche ● Kinder und Jugendliche sowie Familien mit prekären sozioökonomischen Lebensbedingungen ● eigene Berufsgruppe: Stationsleitung, Pflegedienstleitung, Kolleg*innen ● ausgewählte andere Berufsgruppen, wie Ärzt*innen, Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Logopäd*innen, Ernährungsberater*innen, Wundexpert*innen, Sozialarbeiter*innen |
| Erleben/ Deuten/ Verarbeiten | <p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● berufliche Belastungen durch das Leid anderer und z. T. gleichaltriger Personen ● Verantwortung in der inter- und intraprofessionellen Zusammenarbeit <p><i>Kinder und Jugendliche und ihre Bezugspersonen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● dauerhaftes Angewiesensein auf Unterstützung in unterschiedlichen Lebensphasen des Kinder- und Jugendalters ● Krisensituationen ● Verletzungen des Körpers und bleibende Einschränkungen ● zeitliche, physische und psychische Beanspruchung von pflegenden Bezugspersonen ● Auswirkungen auf die Geschwister von Kindern und Jugendlichen mit gesundheitlichen Problemlagen |
| Handlungsmuster | <ul style="list-style-type: none"> ● Pflegebedarf feststellen und Pflegeprozesse zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit unterschiedlichen komplexen gesundheitlichen Problemlagen und Pflegebedarfen in verschiedenen Settings und Phasen der Versorgungskette mit wechselnden Versorgungsschwerpunkten und Teams planen, steuern, durchführen und evaluieren ● Case- und Caremanagement in verschiedenen Versorgungskontexten sowie sektoren- und berufsgruppenübergreifende Organisation ● Überleitungsversorgung bei Übergängen ● integrierte Versorgung in der Primärversorgung ● Interventionen zur Unterstützung der erwünschten Wirkung pharmakologischer Wirkstoffe in Krisensituationen ● ausgewählte Interventionen zur Optimierung der Zirkulation von Blut und Flüssigkeiten im Gewebe ● Immobilitätsmanagement ● Atemunterstützung in komplexen Situationen ● Interventionen zur Regulierung des Flüssigkeits-, Elektrolyt- und Säure-Basen-Gleichgewichts ● Wundmanagement bei komplizierten Wunden ● Schmerzmanagement bei komplizierten Schmerzen ● Interventionen zur Reduktion von Risiken ● Förderung des physischen und psychischen Wohlbefindens bei schwerer Krankheit und dauerhaftem Angewiesensein auf Unterstützung ● Umgebungsmanagement ● Entwicklungsförderung ● Interventionen zur Unterstützung und Einbindung von sozialen Bezugspersonen, Familienbeteiligungsförderung |



| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Beziehungsaufbau, Information, Schulung und Beratung von Kindern und Jugendlichen und ihren Bezugspersonen in Krisen- und Konfliktsituationen und bei Kommunikationsbarrieren • Shared Decision Making bei unterschiedlichen Entscheidungsoptionen und eingeschränkter Selbstbestimmungsfähigkeit • interkulturell und Kinder und Jugendliche bzw. Familien mit prekären sozioökonomischen Bedingungen unterstützen • interprofessionelle Patientenbesprechung |
| Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen | |
| <ul style="list-style-type: none"> • vertiefte Wissensrecherche und -bewertung, u. a. unter Nutzung von digitalen Informations- und Kommunikationstechnologien • Überblick über die Anatomie/Physiologie/Pathologie der Niere • Infektionsprävention und Hygiene in Pflegeeinrichtungen • ggf. Anatomie/Physiologie/Pathologie zu den ausgewählten Fällen | |
| Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen (Beispiele) | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Durchführung eines Verbandwechsels bei einer komplizierten Wunde • Durchführung einer ethischen Falldiskussion • kommunikative Unterstützung bei schwierigen Entscheidungssituationen (mit Simulationspatient*innen oder alternativ im Rollenspiel) • kommunikative Unterstützung von Kindern und Jugendlichen und ihren Bezugspersonen in emotional stark belastenden Situationen (mit Simulationspatient*innen oder alternativ im Rollenspiel) • Rollenspiel „interprofessionelle Fallbesprechung“ | |
| Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben (Beispiele) | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Reflexion der Therapie eines Kindes/einer bzw. eines Jugendlichen bei einer ausgewählten Erkrankung anhand von ausgewählten Leitlinien • Durchlaufen der Versorgungskette eines kranken Kindes/einer bzw. eines kranken Jugendlichen und Ermittlung von positiven und verbesserungswürdigen Abschnitten in der Kette • Besuch einer pädiatrischen Intensivstation • Hospitation klinisches Ethikkomitee | |
| Didaktischer Kommentar | |
| <p>Im 3. Ausbildungsdrittel Fallarbeit zu ausgewählten komplexen gesundheitlichen Problemlagen und Pflegebedarfen von Kindern und Jugendlichen in verschiedenen Settings und Phasen der Versorgungskette mit wechselnden Versorgungsschwerpunkten und Teams, dabei sollen auch Schnittstellen und Übergänge betrachtet und gestaltet werden. Beispielsweise könnten folgende Situationen bearbeitet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lernsituation eines Säuglings/Kleinkindes mit einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte, dabei eine familiäre Situation mit prekären sozioökonomischen Bedingungen und eher niedrigem Bildungsniveau, • Lernsituation eines Neugeborenen mit einer angeborenen Fehlbildung des Herzens, dessen Eltern erst kürzlich aus einem von Bürgerkrieg betroffenen Land nach Deutschland gekommen sind. | |

CE 05 Alte Menschen in kurativen Prozessen pflegerisch unterstützen und Patientensicherheit stärken

| CE 05 | Anlage 4 PflAPrV |
|--|----------------------------|
| 3. Ausbildungsdrittel | Zeitrichtwert: 140 Stunden |
| Intentionen und Relevanz | |
| Intentionen und Relevanz | |
| <p>Aufgrund des epidemiologischen und demografischen Wandels befinden sich in den Versorgungsbereichen der ambulanten und stationären Langzeitpflege zunehmend Menschen, die unter komplexen gesundheitlichen Problemlagen leiden. Wegen der fehlenden Anwesenheit von Ärzt*innen obliegt es den Altenpflegerinnen und Altenpflegern, Verschlechterungen rechtzeitig zu erkennen, entsprechende Informationen an die betreuenden Hausärzt*innen weiterzugeben, dadurch eine Anpassung der medizinischen Versorgung zu erreichen, das gesundheitliche Wohlbefinden der zu pflegenden alten Menschen zu verbessern und unnötige Krankenhauseinweisungen zu verhindern. Neben umfassendem Fachwissen über medizinische Zusammenhänge, um beispielsweise Risiken erkennen und abwenden zu können, benötigen Pflegende auch beraterische und kommunikative Kompetenzen zur Unterstützung und Begleitung sowie zur Stärkung von Selbstmanagementfähigkeiten und der Gesundheitskompetenz von alten Menschen und ihren Bezugspersonen.</p> <p>Außerdem sollen in dieser curricularen Einheit Kompetenzen zur Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen im Kontext der ambulanten und stationären Langzeitpflege aufgebaut und Ansätze zur Weiterentwicklung der Zusammenarbeit etwa durch die Übernahme von heilkundlichen Aufgaben thematisiert werden.</p> | |
| Bildungsziele | |
| <p>Am Beispiel der Versorgung von alten Menschen mit komplexen gesundheitlichen Problemlagen lässt sich der Widerspruch von Unwissenheit/Entscheidungszwang und der Verpflichtung, die eigenen professionellen Handlungen gut begründen zu können, aneignen. In Bezug auf die Zusammenarbeit mit Ärzt*innen erarbeiten die Auszubildenden den Widerspruch, dass die Berufsgruppen gleichwertig und gleichberechtigt zusammenarbeiten sollen und dass sie gleichzeitig auch in Konkurrenz und in einem hierarchischen Verhältnis zueinander stehen. Die Auszubildenden finden Ansatzpunkte und Chancen der Pflege, zur gesundheitlichen Chancengerechtigkeit beizutragen.</p> | |
| Kompetenzen – Anlage 4 PflAPrV | |
| Grundlegend für das 3. Ausbildungsdrittel | |
| <ul style="list-style-type: none"> Die Pflege von alten Menschen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren (I.1 a-h). | |
| Die Auszubildenden | |
| <ul style="list-style-type: none"> unterstützen, pflegen, begleiten und beraten auf der Grundlage der durchgeführten Untersuchungen alte Menschen bei gesundheitlichen und präventiven Maßnahmen auch in komplexen gesundheitlichen Problemlagen auf der Grundlage von pflege- und bezugswissenschaftlichen Erkenntnissen (I.2.a). unterstützen alte Menschen durch Mitwirkung an der Entwicklung von fachlich begründeten Pflegeinterventionen der Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration (I.2.b). verfügen über ein integratives Verständnis von physischen, psychischen und psychosomatischen Zusammenhängen in der Pflege von alten Menschen (I.2.e). | |

- pflegen, begleiten, unterstützen und beraten alte Menschen sowie deren Bezugspersonen bei chronischen Krankheitsverläufen, akuten und chronischen Schmerzen sowie am Lebensende und beziehen die sozialen Netzwerke in das Handeln ein (I.3.c).
- setzen Methoden der Gesprächsführung angemessen ein (II.1.d).
- informieren alte Menschen zu komplexen gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und weitergehenden Fragen der pflegerischen Versorgung (II.2.a).
- setzen Schulungen mit Einzelpersonen und kleineren Gruppen zu pflegender alter Menschen um (II.2.b).
- beraten alte Menschen und ihre Bezugspersonen im Umgang mit krankheits- sowie therapie- und pflegebedingten Anforderungen und befähigen sie, ihre Gesundheitsziele in größtmöglicher Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erreichen (II.2.c).
- reflektieren ihre Möglichkeiten und Begrenzungen zur Gestaltung von professionellen Informations-, Instruktions-, Schulungs- und Beratungsangeboten bei alten Menschen (II.2.d).
- fördern und unterstützen alte Menschen bei der Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung über das eigene Leben sowie ihre Familien in der Begleitung dieser Entwicklung, auch unter Abwägung konkurrierender ethischer Prinzipien (II.3.b).
- delegieren unter Berücksichtigung weiterer rechtlicher Bestimmungen ausgewählte Maßnahmen an Personen anderer Qualifikationsniveaus und überwachen die Durchführungsqualität (III.1.b).
- beraten Teammitglieder kollegial bei pflegefachlichen Fragestellungen und unterstützen sie bei der Übernahme und Ausgestaltung ihres jeweiligen Verantwortungs- und Aufgabenbereiches (III.1.c).
- beachten umfassend die Anforderungen der Hygiene und wirken verantwortlich an der Infektionsprävention in den unterschiedlichen pflegerischen Versorgungsbereichen mit (III.2.a).
- führen entsprechend den rechtlichen Bestimmungen eigenständig ärztlich veranlasste Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie bei alten Menschen durch (III.2.b).
- beobachten und interpretieren die mit regelmäßig vorkommenden medizinischen Eingriffen und Untersuchungen bei alten Menschen verbundenen Pflegephänomene und Komplikationen auch in instabilen oder krisenhaf-ten gesundheitlichen Situationen (III.2.c).
- unterstützen und begleiten zu pflegende alte Menschen umfassend auch bei invasiven Maßnahmen der Diagnos-tik und Therapie (III.2.d).
- schätzen chronische Wunden bei alten Menschen prozessbegleitend ein, versorgen sie verordnungsgerecht und stimmen die Behandlung mit der Ärztin oder dem Arzt ab (III.2.e).
- vertreten die im Rahmen des Pflegeprozesses gewonnenen Einschätzungen zu Pflegediagnosen und erforderli-chen Behandlungskonsequenzen bei alten Menschen in der interprofessionellen Zusammenarbeit (III.2.f).
- koordinieren die integrierte Versorgung von chronisch kranken alten Menschen in der Primärversorgung (III.3.e).
- bewerten den gesamten Versorgungsprozess gemeinsam mit dem therapeutischen Team im Hinblick auf Ori-entierung am Bewohner, Klienten, Patienten und auf seine Partizipation (III.3.f).
- integrieren erweiterte Anforderungen zur internen und externen Qualitätssicherung in das Pflegehandeln und verstehen Qualitätsentwicklung und -sicherung als rechtlich verankertes und interdisziplinäres Anliegen in Insti-tutionen des Gesundheitswesens (IV.1.a).
- wirken an Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie -verbesserung und der Weiterentwicklung wissenschaftlich gesicherter einrichtungsspezifischer Konzepte mit (IV.1.b).
- üben den Beruf im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben sowie unter Berücksichtigung ihrer ausbildungs- und berufsbezogenen Rechte und Pflichten eigenverantwortlich aus (IV.2.a).
- wirken an der Umsetzung von Konzepten und Leitlinien zur ökonomischen und ökologischen Gestaltung der Ein-richtung mit (IV.2.e).



| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> vertreten die Notwendigkeit, die Wissensgrundlagen des eigenen Handelns kontinuierlich zu überprüfen und gegebenenfalls zu verändern, und übernehmen Eigeninitiative und Verantwortung für das eigene Lernen (V.1.a). handeln auf der Grundlage pflege- und bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse bezogen auf die Pflege von alten Menschen und reflektieren und bewerten ihr Pflegehandeln hinsichtlich möglicher Verbesserung (V.1.c). verfügen über ein Verständnis für die historischen Zusammenhänge des Pflegeberufs und positionieren sich mit ihrer beruflichen Pflegeausbildung im Kontext der Gesundheitsberufe unter Berücksichtigung der ausgewiesenen Vorbehaltsaufgaben (V.2.e). | |
| Inhalte/Situationsmerkmale | |
| Handlungsanlässe | <p>Multimorbidität als Kombination u. a. folgender Handlungsanlässe</p> <ul style="list-style-type: none"> verminderte Herz-/Kreislaufleistung beeinträchtigter Atemvorgang/Gasaustausch reduzierte Nierenleistung Elektrolyt-, Säure-Basen- und Flüssigkeitsungleichgewicht akute und chronische Wunden Infektionen psychische Komorbidität bei Multimorbidität Medikationsfehler Nebenwirkungen und Arzneimittelinteraktionen Gefahr eines Immobilitätssyndroms |
| Kontextbedingungen | <ul style="list-style-type: none"> Versorgungsketten institutionsübergreifende (Integrierte) Versorgung: national und international medizintechnologische Entwicklungen und ihre finanziellen und ethischen Implikationen Telenursing, Telemedizin neue Formen der Verteilung von Aufgaben und Verantwortung zwischen den Berufsgruppen pflegerische Weiterbildungen und neue pflegerische Berufe Arbeitsbedingungen (im Krankenhaus) vor dem Hintergrund rechtlicher und ökonomischer Rahmenbedingungen |
| Ausgewählte Akteure | <ul style="list-style-type: none"> alte Menschen und ihre Bezugspersonen alte Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen alte Menschen mit prekären sozioökonomischen Lebensbedingungen eigene Berufsgruppe, u. a. Hausleitung, Stationsleitung, Wohnbereichsleitung, Pflegedienstleitung, Kolleg*innen, unterschiedlicher Qualifikationsniveaus ausgewählte andere Berufsgruppen, wie Ärzt*innen, Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Logopäd*innen, Ernährungsberater*innen, Wundexpert*innen, Sozialarbeiter*innen |
| Erleben/Deuten/Verarbeiten | <p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> berufliche Belastungen durch das Leid anderer Verantwortung in der inter- und intraprofessionellen Zusammenarbei |



| | |
|--|--|
| | <p><i>Zu pflegende Menschen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Krisensituationen ● Verletzungen des Körpers und bleibende Einschränkungen ● subjektives Erleben von Krankheit im Alter ● Anpassungsleistungen und Bewältigungsressourcen |
| Handlungs- muster | <ul style="list-style-type: none"> ● Feststellen des Pflegebedarfs und Planung, Steuerung, Durchführung und Bewertung der Pflegeprozesse zur Versorgung von alten Menschen mit unterschiedlichen komplexen gesundheitlichen Problemlagen und Pflegebedarfen in verschiedenen Settings und Phasen der Versorgungskette mit wechselnden Versorgungsschwerpunkten und Teams ● Case- und Caremanagement in ambulanten und stationären Versorgungskontexten sowie sektoren- und berufsgruppenübergreifende Organisation ● integrierte Versorgung in der Primärversorgung ● Interventionen zur Unterstützung der erwünschten Wirkung pharmakologischer Wirkstoffe in Krisensituationen ● ausgewählte Interventionen zur Optimierung der Zirkulation von Blut und Flüssigkeiten im Gewebe ● Immobilitätsmanagement ● Atemunterstützung bei Atemnot ● Interventionen zur Regulierung des Flüssigkeits-, Elektrolyt- und Säure-Basen-Gleichgewichts ● Wundmanagement bei komplizierten Wunden ● Schmerzmanagement bei komplizierten Schmerzen ● Interventionen zur Reduktion von Risiken ● Förderung des physischen und psychischen Wohlbefindens auch bei schwerer Krankheit sowie lang andauernden und quälenden Beschwerden ● Umgebungsmanagement ● Interventionen zur Unterstützung und Einbindung von sozialen Bezugspersonen ● Beziehungsaufbau, Information, Schulung und Beratung in Krisen- und Konfliktsituationen und bei Kommunikationsbarrieren ● Shared Decision Making bei unterschiedlichen Entscheidungsoptionen und eingeschränkter Selbstbestimmungsfähigkeit ● interkulturell und alte Menschen mit prekären sozioökonomischen Bedingungen pflegen ● interprofessionelle Besprechung von Einzelfällen bei komplexen gesundheitlichen Problemlagen |
| Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen | <ul style="list-style-type: none"> ● vertiefte Wissenserschließung, u. a. unter Nutzung von digitalen Informations- und Kommunikationstechnologien ● Überblick über die Anatomie/Physiologie/Pathologie der Niere ● Infektionsprävention und Hygiene in Pflegeeinrichtungen ● ggf. Anatomie/Physiologie/Pathologie zu den ausgewählten Fällen |

Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen (Beispiele)

- Durchführung eines Verbandwechsels bei einer komplizierten Wunde
- Durchführung einer ethischen Falldiskussion
- kommunikative Unterstützung bei schwierigen Entscheidungssituationen (mit Simulationspatient*innen oder alternativ im Rollenspiel)
- kommunikative Unterstützung von alten Menschen und ihren Bezugspersonen in emotional stark belastenden Situationen (mit Simulationspatient*innen oder alternativ im Rollenspiel)
- Rollenspiel interprofessionelle Fallbesprechung

Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben (Beispiele)

- Reflexion der Therapie eines zu pflegenden alten Menschen bei einer ausgewählten Erkrankung anhand von erworbenem Wissen
- Durchlaufen der Versorgungskette eines alten zu pflegenden Menschen und Ermittlung von positiven und verbesserungswürdigen Abschnitten in der Kette
- Besuch einer Intensivstation
- Hospitation klinisches Ethikkomitee

Didaktischer Kommentar

Im 3. Ausbildungsrittel Fallarbeit zu ausgewählten komplexen gesundheitlichen Problemlagen und Pflegebedarfen in verschiedenen Settings und Phasen der Versorgungskette mit wechselnden Versorgungsschwerpunkten und Teams, dabei sollen auch Schnittstellen und Übergänge betrachtet und gestaltet werden. Beispielsweise könnten folgende Lernsituationen bearbeitet werden:

- die Lernsituation eines multimorbiden alten Menschen mit verschiedenen internistischen Pflegediagnosen und einer akuten Verschlechterung des Allgemeinzustands aufgrund einer Infektionserkrankung (z. B. Norovirus- oder Salmonelleninfektion),
- die Lernsituation eines alten Menschen mit einer Niereninsuffizienz.

CE 06 In Akutsituationen sicher handeln

| CE 06 | Anlagen 1 und 2 PflAPrV |
|--|----------------------------------|
| 1./2. Ausbildungsdrittel | Zeitrichtwert: 60 Stunden |
| 3. Ausbildungsdrittel | Zeitrichtwert: 60 Stunden |
| Intentionen und Relevanz | |
| <p>Intentionen und Relevanz</p> <p>Beruflich Pflegende werden häufig in allen beruflichen Settings, aber auch im Alltag, entweder aufgrund ihrer hohen Präsenz und Erreichbarkeit in den verschiedenen Einrichtungen oder wegen ihrer besonderen gesellschaftlichen Verantwortung, mit Akutsituationen konfrontiert, in denen augenblickliche Hilfeleistungen notwendig sind. Dies erfordert eine rasche und zuverlässige Situationseinschätzung ebenso wie zügige Entscheidungen über unmittelbar einzuleitende Sofortmaßnahmen. In dieser curricularen Einheit werden solche Hilfesituationen in den Blick genommen,</p> <p>a) in denen zu pflegende Menschen aufgrund physischer Ereignisse akut vital gefährdet sind oder andere gefährden,</p> <p>b) in denen zu pflegende Menschen und/oder andere Personen in Einrichtungen akuten Gefährdungen und/oder Bedrohungen aus der Umwelt ausgesetzt sind,</p> <p>c) in denen beruflich Pflegende außerhalb von Institutionen und außerhalb ihres beruflichen Handlungsfeldes aufgrund ihrer besonderen rechtlichen Verantwortung in Not- und Katastrophenfällen zur Hilfeleistung verpflichtet sind bzw. hierzu herangezogen werden können.</p> <p>In bedrohlichen Situationen sind beruflich Pflegende auch herausgefordert, die eigene Fassung und Handlungsfähigkeit zu bewahren. Dazu sowie zur eigenen Gesunderhaltung gehört eine Verarbeitung belastender Ereignisse im Nachhinein. Ebenso benötigen die hilfebedürftigen Menschen und ihre Bezugspersonen in Akutsituationen eine emotionale Unterstützung und Stabilisierung. Diese beinhaltet neben einer ruhigen und sicheren Arbeitsweise, dass beruflich Pflegende den betroffenen Menschen eine Deutung ihres Zustandes anbieten und anstehende Eingriffe und Maßnahmen erklären.</p> <p>Die zentralen Kompetenzen, die zur Bewältigung akuter Hilfesituationen erforderlich sind, sind im Interesse der Sicherheit der zu pflegenden Menschen bereits in den ersten beiden Ausbildungsdritteln Gegenstand. Sie sollen im letzten Ausbildungsdrittel zur Erhöhung der Handlungs- und Patientensicherheit erneut aufgegriffen und ggf. um komplexere Notfallsituationen ergänzt werden.</p> <p>Angesichts zunehmender gesellschaftlicher Gefährdungen und Bedrohungen durch Massenunglücke, Attentate oder Amokläufe sollten ebenfalls ausgewählte/aktuelle Ereignisse angesprochen, diskutiert und reflektiert werden.</p> | |
| Bildungsziele | |
| <p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <p>Die Auszubildenden machen sich bewusst, dass Notfallsituationen und Interventionen mit Folgen für das Leben von Betroffenen verbunden sein können, die dem (mutmaßlichen) oder in Patientenverfügungen verankerten Willen widersprechen können. Sie reflektieren die Bedeutung von Unsicherheit und Risiko für das persönliche und gemeinschaftliche Leben unter den Bedingungen des globalen gesellschaftlichen Wandels.</p> | |

3. Ausbildungsdrittel

Die Auszubildenden setzen sich mit der gesellschaftlichen, ethischen und rechtlichen Debatte zur Organspende aus- einander und finden zwischen Selbstbestimmung und Gemeinwohlinteressen bzw. Solidarität hierzu eine eigene Haltung.

Kompetenzen – Anlage 1 PflAPrV

Die Auszubildenden

- schätzen häufig vorkommende Pflegeanlässe und Pflegebedarf in unterschiedlichen Lebens- und Entwicklungs- phasen in akuten und dauerhaften Pflegesituationen ein (I.1.d).
- treffen in lebensbedrohlichen Situationen erforderliche Interventionsentscheidungen und leiten lebenserhalten- de Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes ein (I.4.a).
- koordinieren den Einsatz der Ersthelfer*innen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes (I.4.b).
- erkennen Notfallsituationen in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen und handeln nach den Vorgaben des Not- fallplanes und der Notfall-Evakuierung (I.4.c).
- wahren das Selbstbestimmungsrecht des zu pflegenden Menschen, insbesondere auch, wenn dieser in seiner Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt ist (I.6.a).
- bauen kurz- und langfristige Beziehungen mit Menschen unterschiedlicher Altersphasen und ihren Bezugspersonen auf und beachten dabei die Grundprinzipien von Empathie, Wertschätzung, Achtsamkeit und Kongruenz (II.1.b).
- nutzen in ihrer Kommunikation neben verbalen auch nonverbale, paralinguistische und leibliche Interaktions- formen und berücksichtigen die Relation von Nähe und Distanz in ihrer Beziehungsgestaltung (II.1.c).
- erkennen ethische Konflikt- und Dilemmasituationen, ermitteln Handlungsalternativen und suchen Argumente zur Entscheidungsfindung (II.3.c).
- wirken entsprechend den rechtlichen Bestimmungen an der Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie im Rahmen des erarbeiteten Kenntnisstandes mit (III.2.b).
- nehmen drohende Über- oder Unterforderungen frühzeitig wahr, erkennen die notwendigen Veränderungen am Arbeitsplatz und/oder des eigenen Kompetenzprofils und leiten daraus entsprechende Handlungsinitiativen ab (V.2.b).
- gehen selbstfürsorglich mit sich um und tragen zur eigenen Gesunderhaltung bei, nehmen Unterstützungsange- bote wahr oder fordern diese am jeweiligen Lernort ein (V.2.c).

Kompetenzen – Anlage 2 PflAPrV

Die Auszubildenden

- schätzen diverse Pflegeanlässe und den Pflegebedarf bei Menschen aller Altersstufen auch in instabilen gesund- heitlichen und vulnerablen Lebenssituationen ein (I.1.d).
- treffen in lebensbedrohlichen Situationen erforderliche Interventionsentscheidungen und leiten lebenserhalten- de Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes ein (I.4.a).
- koordinieren den Einsatz der Ersthelfer*innen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes (I.4.b)
- erkennen Notfallsituationen in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen und handeln nach den Vorgaben des Not- fallplanes und der Notfall-Evakuierung (I.4.c).
- wahren das Selbstbestimmungsrecht der zu pflegenden Menschen aller Altersstufen, insbesondere auch, wenn sie in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt sind (I.6.a).



- gestalten kurz- und langfristige professionelle Beziehungen mit Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen, die auch bei divergierenden Sichtweisen oder Zielsetzungen und schwer nachvollziehbaren Verhaltensweisen von Empathie, Wertschätzung, Achtsamkeit und Kongruenz gekennzeichnet sind (II.1.b).
- gestalten die Kommunikation von Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen in unterschiedlichen Pflegesituationen unter Einsatz verschiedener Interaktionsformen und balancieren das Spannungsfeld von Nähe und Distanz aus (II.1.c).
- fördern und unterstützen Menschen aller Altersstufen bei der Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung über das eigene Leben, auch unter Abwägung konkurrierender ethischer Prinzipien (II.3.b).
- tragen in ethischen Dilemmasituationen mit Menschen aller Altersstufen oder ihren Bezugspersonen im interprofessionellen Gespräch zur gemeinsamen Entscheidungsfindung bei (II.3.c).
- führen entsprechend den rechtlichen Bestimmungen eigenständig ärztlich veranlasste Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie bei Menschen aller Altersstufen durch (III.2.b).
- nehmen drohende Über- oder Unterforderungen frühzeitig wahr, erkennen die notwendigen Veränderungen am Arbeitsplatz und/oder des eigenen Kompetenzprofils und leiten daraus entsprechende Handlungsinitiativen ab (V.2.b).
- setzen Strategien zur Kompensation und Bewältigung unvermeidbarer beruflicher Belastungen gezielt ein und nehmen Unterstützungsangebote frühzeitig wahr oder fordern diese aktiv ein (V.2.c).

Inhalte/Situationsmerkmale

| | |
|-------------------------|---|
| Handlungsanlässe | <p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> Notfall, z. B. Herz-Kreislauf-Versagen, Herzinfarkt, Lungenembolie, Schlaganfall, akute Atemnot, Vergiftung Schock, z. B. nach Unfall, Blutverlust, Anaphylaxie, psychischer Schock infolge akuter Traumatisierung, cholinerges Syndrom, thermische Verletzungen, Verbrühung Selbst- und Fremdgefährdung, angedrohter oder erfolgter Suizidversuch Unfälle, z. B. offene Frakturen, Blutungen, Kopfverletzungen, Aspiration Traumatisierung Einrichtungsbrand <p>3. Ausbildungsdrittel (erweiternd)</p> <ul style="list-style-type: none"> komplexere Notfälle aus dem 1./2. Ausbildungsdrittel, z. B. ausgedehnte Verbrennungen, Elektro- und Blitzunfälle, Unfälle mit mehreren Betroffenen Notfälle, Unfälle mit Anwesenheit von Bezugspersonen Pandemien, z. B. Influenza, Noroviren Hitzewelle Einrichtungsevakuierung, z. B. bei Brand, Bombenfund Chemieunfälle in der Einrichtung oder der unmittelbaren Umgebung Massenunfälle Amokläufe, Terroranschläge Naturkatastrophen, z. B. Sturm, Hochwasser |
|-------------------------|---|

| | |
|---|---|
| Kontext- bedingungen | <p>1./2. und 3. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> ambulant-häuslicher Kontext, akutstationäre und langzeitstationäre Einrichtungen, nicht beruflicher Alltag digitale Notfall-Informationssysteme und Notrufsysteme, digitale Frühwarnsysteme Qualitätsmanagement: Brandschutz, Evakuierungspläne, Aufgaben, Zielgruppen, Arbeitsweisen und Herausforderungen der Notaufnahme Gefährdungen der eigenen Institution Umweltgefährdungen und Naturkatastrophen Gesundheitspolitik, z. B. Förderung der Reanimation durch Laiinnen und Laien, Defibrillatoren an öffentlichen Orten aktuelle Gesetze, z. B. Katastrophenschutzgesetze der jeweiligen Bundesländer; rechtliche Rahmenbedingungen, z. B. Patientenverfügung, Notfalleinwilligung, Manchester-Triage bei Massenanfall von Verletzten, unterlassene Hilfeleistung, Vorschriften zur Sicherstellung der Notfallversorgung, z. B. Erste-Hilfe-Schulungen (Pflichtfortbildungen) für Pflegeeinrichtungen, Prüfkatalog des MDK für die ambulante Pflege <p>3. Ausbildungsdrittel (erweiternd)</p> <ul style="list-style-type: none"> technikgestützte Systeme zur Risikoerkennung, z. B. Sensorsysteme zur Bewegungs- und Sturzerkennung Richtlinien und Regelungen der Notfallversorgung, z. B. G-BA-Regelung Resilienz und Sicherheitskonzepte der Bevölkerung, z. B. freiwillige soziale Notfallgemeinschaften |
| Ausgewählte Akteure | <p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> zu pflegende Menschen aller Altersstufen in Notfallsituationen mit betroffene Bezugspersonen professionelles Team, z. B. Ersthelfer*innen, Rettungsdienst und Feuerwehr, Katastrophenschutz und Polizei, Ärzt*innen, einrichtungsspezifische Notfallteams, Krisenteams, Notfallseelsorge, Psycholog*innen <p>3. Ausbildungsdrittel (erweiternd)</p> <ul style="list-style-type: none"> Familie, Geschwister Laiinnen und Laien |
| Erleben/ Deuten/ Verarbeiten | <p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> eigene Fassungslosigkeit Macht- und Hilflosigkeit Erleben eigener Handlungsunfähigkeit Aushalten von Stress/Zeitdruck Erkennen von Frühzeichen der Eskalation Emotionsarbeit in und nach der Notfallsituation <p><i>Zu pflegende Menschen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> vitale Ängste und ihre Ausdrucksformen Verarbeitungsstrategien und Unterstützungsangebote für den Umgang mit vital bedrohlichen Situationen |



| | |
|------------------------------|---|
| | <p><i>Bezugspersonen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fassungslosigkeit ● psychischer Schock ● Vertrauen/Misstrauen gegenüber professionellen Helfer*innen <p>3. Ausbildungsdrittel (erweiternd)</p> <p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Belastung durch extreme Gefühlsreaktionen betroffener Menschen, insbesondere von Kindern und ihrer Bezugspersonen, Familie <p><i>Familiensystem</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Verlustängste ● Schuldgefühle ● emotionale Unterstützung von Bezugspersonen ● Hilfestellung und Halt für die/den Betroffene*n in Notfällen und Krisen <p><i>Beruflich Pflegende/andere Berufsgruppen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Desensibilisierung gegenüber Notfallsituationen ● langfristige Verarbeitung belastender Ereignisse ● Behinderung von Helfer*innen ● Zuschauereffekt und Verantwortungsdiffusion |
| Handlungs- muster | <p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> ● eigenes „Funktionieren“ in Krisen- und Katastrophensituationen (professionelle Distanz) ● Ruhe und Sicherheit durch routiniertes Handeln und handlungsbegleitende Information vermitteln ● Kommando-Kommunikation innerhalb von Notfallsituationen ● Kommunikationssysteme und -techniken in Krisen- und Katastrophensituationen, Behandlungspfade ● Triage ● Eingriffe und Maßnahmen erklären, verrichtungsbegleitende Kommunikation ● Erste-Hilfe-Maßnahmen ● Sofortmaßnahmen bei Verdacht auf Herzinfarkt oder Lungenembolie ● Sofortmaßnahmen bei Schockzuständen ● Verabreichung von Notfallmedikamenten nach ärztlicher Anordnung ● Reanimation nach aktuellen Reanimationsleitlinien und anderen dazugehörigen Algorithmen und Behandlungspfaden ● Paediatric Advanced Life Support ● Beziehungsarbeit/Kommunikation zur emotionalen Stabilisierung von Betroffenen, z. B. Fassungsarbeit ● Screening und Assessmentinstrumente zu Einschätzung der Vitalfunktionen nutzen (Atmung, Herz-Kreislauf-Funktion) ● Informationsweitergabe ● Koordination der eigenen Aufgaben mit relevanten Personengruppen in Krisen- und Katastrophensituationen |

| | |
|--|---|
| | <p>3. Ausbildungsdrittel (erweiternd)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Verletzungen, auffällige Befunde erkennen, die auf Anzeichen von Gewalt hindeuten, und Verdacht ansprechen ● Koordination der Ersthelfer*innen ● Interventionen zur emotionalen Stabilisierung von traumatisierten Bezugspersonen, Familien, Laiinnen und Laien |
|--|---|

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

1./2. Ausbildungsdrittel

- Stressregulierung in Notfallsituationen
- Grundlagen der Emotionsarbeit in personenbezogenen Dienstleistungsberufen (Mental Health)
- Anatomie, Physiologie des Herz-Kreislauf-Systems, ausgewählte Krankheitsbilder, z. B. Herzinfarkt, Lungenembolie

3. Ausbildungsdrittel

- theologische, ethische und rechtliche Grundlagen von Organspende, Organentnahme, Transplantationen, gesellschaftliche Auseinandersetzung
- Notfallpflege als Handlungsfeld beruflich Pflegender: kurzer geschichtlicher Abriss, Weiterbildungsmöglichkeiten und -regelungen

Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen (Beispiele)

1./2. Ausbildungsdrittel

- Simulation von Notfallsituationen (ggf. im Skills Lab)
- Notfalltrainings an Notfallsimulatoren
- E-Learning-Angebote: Verhalten im Brandfall und Einrichtungs-Evakuierung

3. Ausbildungsdrittel

- Wiederholung: Notfalltraining in ausgewählten Notfallsituationen
- Wiederholung: Basic Life Support (nach ERC-/GRC-Leitlinien)
- Advanced Life Support
- Simulation realitätsnaher Notfallsituationen mit anderen Personengruppen, z. B. einer Schulkasse, eines anderen Ausbildungsbereichs, mit Laiinnen und Laien

Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben (Beispiele)

1./2. Ausbildungsdrittel

- Erkundungsaufgabe (doppelter Transfer): träge eigene Notfallpläne sowie Beauftragte und Verantwortliche im Notfallmanagement erkunden und vorstellen
- Besuch einer Rettungsleitstelle/einer Notfallambulanz/einer Erste-Hilfe-Stelle im Krankenhaus

3. Ausbildungsdrittel (erweiternd)

- Identifikation von besonders gefährdeten Räumen und Bereichen in der eigenen Einrichtung im Rahmen des Brandschutzes



Didaktischer Kommentar

Die zentralen Kompetenzen, die zur Bewältigung akuter Hilfesituationen erforderlich sind, sind im Interesse der Sicherheit der zu pflegenden Menschen bereits in den ersten beiden Ausbildungsdritteln Gegenstand des Ausbildungsprozesses; sie werden im letzten Ausbildungsdrittel zur Erhöhung der Handlungs- und Patientensicherheit erneut aufgegriffen. Unter Berücksichtigung der für verschiedene Altersstufen typischen Notfallsituationen sollte eine exemplarische Auswahl getroffen werden.

1./2. Ausbildungsdrittel

Einstieg in die curriculare Einheit mit eigenen Erfahrungen von Notfallsituationen im Alltag und in unterschiedlichen Versorgungsbereichen.

Aufbau der Kompetenzen über Lernsituationen, in denen einfache, nicht unmittelbar lebensbedrohliche Akutsituationen beschrieben werden, z. B.

- Notfallsituationen, in denen Menschen einfache Wunden, thermische Verletzungen oder Frakturen erlitten haben, entsprechende Sofortmaßnahmen,
- Unfallsituationen eines Kindes, emotionale Unterstützung des Kindes und der Eltern,
- Sturzereignis eines älteren Menschen mit Wunden und Frakturen als Sturzfolge.

3. Ausbildungsdrittel

Lernsituationen mit vitaler Gefährdung und mit vitalen Ängsten von Betroffenen und/oder Bezugspersonen:

- ausgewählte Notfallsituationen im Kindes- und Jugendalter (Beinahe-Ertrinken, Vergiftungen, kardialer Notfall im Jugendsport, Alkoholintoxikation),
- ausgewählte Notfälle des Erwachsenenalters; Notfall/Unfall im Alltag,
- akute Veränderungen der Bewusstseinslage als geriatrischer Notfall, Reanimation in einer Altenhilfeeinrichtung,
- Besonderheiten im Stress- und Belastungserleben von Bezugspersonen und Familien bei Notfällen im Kindes- und Jugendalter (Beinahe-Ertrinken, kardialer Notfall im Jugendsport).

Filmbeiträge und Diskussion mit Menschen, die schon oft Notfälle erlebt haben, über die Versorgung von Menschen in besonderen Ereignissen/Katastrophensituationen (Zug-, Busunglück, Amoklauf); medial vermittelte Betroffenheit aufgreifen und bearbeiten.

CE 06 Kinder, Jugendliche und ihre Bezugspersonen in Akutsituationen sicher begleiten

| CE 06 | Anlage 3 PflAPrV |
|---|---------------------------|
| 3. Ausbildungsdrittel | Zeitrichtwert: 60 Stunden |
| Intentionen und Relevanz | |
| <p>Der Schwerpunkt dieser curricularen Einheit liegt auf häufigen und typischen Akutsituationen und Notfällen im Kindes- und Jugendalter, die aufbauend auf der korrespondierenden curricularen Einheit für die ersten beiden generalistisch ausgerichteten Ausbildungsdrittel, aufgegriffen werden. Beruflich Pflegende sind ebenso wie Bezugspersonen und unverletzt-betroffene Kinder, die Zeugen eines Notfalls werden, von solchen Situationen emotional in besonderer Weise mitgenommen.</p> <p>Die zentralen Kompetenzen, die zur Bewältigung akuter Hilfesituationen erforderlich sind, werden im Interesse der Sicherheit von Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen im 3. Ausbildungsdrittel und zur Erhöhung der Handlungssicherheit unter dem spezifischen Fokus der Lebensphase erneut aufgegriffen, spezifiziert und ggf. um komplexere Notfallsituationen ergänzt.</p> <p>Angesichts zunehmender gesellschaftlicher Gefährdungen und Bedrohungen durch Massenunlunglücke, Attentate oder Amokläufe sollten ebenfalls ausgewählte/aktuelle Ereignisse angesprochen, diskutiert und reflektiert werden.</p> | |
| Bildungsziele | |
| <p>Die Auszubildenden setzen sich mit der gesellschaftlichen, ethischen und rechtlichen Debatte zur Organspende auseinander und finden zwischen Selbstbestimmung und Gemeinwohlinteressen bzw. Solidarität hierzu eine eigene Haltung.</p> | |
| Kompetenzen - Anlage 3 PflAPrV | |
| <p>Die Auszubildenden</p> <ul style="list-style-type: none"> schätzen diverse Pflegeanlässe und den Pflegebedarf bei Kindern und Jugendlichen auch in instabilen gesundheitlichen und vulnerablen Lebenssituationen ein (I.1.d). treffen in lebensbedrohlichen Situationen erforderliche Interventionsentscheidungen und leiten lebenserhaltende Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes ein (I.4.a). koordinieren den Einsatz der Ersthelfer*innen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes (I.4.b). erkennen Notfallsituationen in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen und handeln nach den Vorgaben des Notfallplanes und der Notfall-Evakuierung (I.4.c). wahren das Selbstbestimmungsrecht der zu pflegenden Kinder und Jugendlichen, insbesondere auch, wenn sie in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt sind (I.6.a). gestalten kurz- und langfristige professionelle Beziehungen mit Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen, die auch bei divergierenden Sichtweisen oder Zielsetzungen und schwer nachvollziehbaren Verhaltensweisen von Empathie, Wertschätzung, Achtsamkeit und Kongruenz gekennzeichnet sind (II.1.b). gestalten die Kommunikation in unterschiedlichen Pflegesituationen mit Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen unter Einsatz verschiedener Interaktionsformen und balancieren das Spannungsfeld von Nähe und Distanz aus (II.1.c). | |

- fördern und unterstützen Kinder und Jugendliche bei der Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung über das eigene Leben sowie ihre Familien in der Begleitung dieser Entwicklung, auch unter Abwägung konkurrierender ethischer Prinzipien (II.3.b).
- tragen in ethischen Dilemmasituationen mit Kindern, Jugendlichen oder ihren Bezugspersonen im interprofessionellen Gespräch zur gemeinsamen Entscheidungsfindung bei (II.3.c).
- führen entsprechend den rechtlichen Bestimmungen eigenständig ärztlich veranlasste Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie bei Kindern und Jugendlichen durch (III.2.b).
- nehmen drohende Über- oder Unterforderungen frühzeitig wahr, erkennen die notwendigen Veränderungen am Arbeitsplatz und/oder des eigenen Kompetenzprofils und leiten daraus entsprechende Handlungsinitiativen ab (V.2.b).
- setzen Strategien zur Kompensation und Bewältigung unvermeidbarer beruflicher Belastungen gezielt ein und nehmen Unterstützungsangebote frühzeitig wahr oder fordern diese aktiv ein (V.2.c).

Inhalte/Situationsmerkmale

| | |
|--------------------|--|
| Handlungsanlässe | <ul style="list-style-type: none"> ● komplexere Notfälle (Grundlage 1./2. Ausbildungsdrittel), z. B. ausgedehnte Verbrennungen, Unfälle mit mehreren Betroffenen ● Notfälle, Unfälle mit Anwesenheit von Bezugspersonen ● spezifische Notfälle im Kindes- und Jugendalter ● respiratorische Notfälle im Kindesalter ● Bewusstseinsstörungen, z. B. bei Infektionen, Trauma, Kreislaufzentralisation ● Hypoglykämie, diabetische Ketoazidose ● Krampfanfälle ● kardiale Notfälle im Jugendalter ● Elektro- und Blitzunfälle ● Intoxikationen, z. B. mit Putz-, Reinigungs-, Arzneimitteln, Pflanzen, Alkohol, Drogen ● Verhinderung von Unfällen ● Risiken für Notfallsituationen von Säuglingen und Kleinkindern ● Hitzewellen ● Einrichtungsevakuierung, z. B. bei Brand, Bombenfund ● Chemieunfälle in der Einrichtung oder der unmittelbaren Umgebung ● Massenunfälle ● Amokläufe, Terroranschläge ● Naturkatastrophen, z. B. Sturm, Hochwasser |
| Kontextbedingungen | <p>aus 1./2. Ausbildungsdrittel fortführend</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ambulant-häuslicher Kontext, akutstationäre und langzeitstationäre Einrichtungen, nicht beruflicher Alltag ● digitale Notfall-Informations- und Notrufsysteme, digitale Frühwarnsysteme ● Qualitätsmanagement: Brandschutz, Evakuierungspläne, Aufgaben, Zielgruppen, Arbeitsweisen und Herausforderungen der Notaufnahme ● Gefährdungen der eigenen Institution ● Umweltgefährdungen und Naturkatastrophen |



| | |
|-------------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● Gesundheitspolitik, z. B. Förderung der Reanimation durch Laiinnen und Laien, Defibrillatoren an öffentlichen Orten ● aktuelle Gesetze, z. B. Katastrophenschutzgesetze der jeweiligen Bundesländer; rechtliche Rahmenbedingungen z. B. Patientenverfügung, Notfalleinwilligung, Manchester-Triage bei Massenanfall von Verletzten, unterlassene Hilfeleistung; Vorschriften zur Sicherstellung der Notfallversorgung, z. B. Erste-Hilfe-Schulungen (Pflichtfortbildungen) für Pflegeeinrichtungen; Prüfkatalog des MDK für die ambulante Pflege <p>3. Ausbildungsdrittel (erweiternd)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● technikgestützte Systeme zur Risikoerkennung ● Richtlinien und Regelungen der Notfallversorgung, z. B. G-BA-Regelung ● Resilienz und Sicherheitskonzepte der Bevölkerung, z. B. freiwillige soziale Notfallgemeinschaften |
| Ausgewählte Akteure | <ul style="list-style-type: none"> ● Kinder und Jugendliche ● unverletzt-betroffene Kinder ● mit betroffene Bezugspersonen, auch Geschwister ● professionelles Team: z. B. Ersthelfer*innen, Rettungsdienst und Feuerwehr, Katastrophenschutz und Polizei, Ärzt*innen, einrichtungsspezifische Notfallteams, Krisenteams, Notfallseelsorge, Psycholog*innen ● Laiinnen und Laien |
| Erleben/ Deuten/ Verarbeiten | <p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● eigenes Stress- und Belastungserleben bei Notfällen von Kindern und Jugendlichen ● Erschütterung der Weltsicht („Erschütterung des Glaubens an eine gerechte Welt“) ● indirekte Schuldzuweisungen ● Gefühle von Macht- und Hilflosigkeit ● Erleben eigener Handlungsunfähigkeit ● Aushalten von Stress/Zeitdruck ● Erkennen von Frühzeichen der Eskalation ● Emotionsarbeit in und nach der Notfallsituation <p><i>Zu pflegendes Kind oder zu pflegender Jugendlicher</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● fehlendes Gefahrenbewusstsein ● Neuartigkeit der Notfallerfahrung ● wahrnehmungpsychologische Besonderheiten im Notfall (Körperlage, Gerüche) ● Belastungen durch Bewegungseinschränkungen ● entwicklungsbedingte Schmerz- und Angstverstärkung im Notfall ● Schuldgefühle und Bestrafungsphantasien in Abhängigkeit von der kognitiven Entwicklung ● posttraumatische Belastungsstörungen als Langzeitfolge <p><i>Familiensystem</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ängste der Eltern um ihr verletztes Kind, vitale Ängste und Verlustängste, unabhängig vom Gefährdungsgrad ● Vertrauen/Misstrauen gegenüber Ersthelfer*innen ● Ängste und Verunsicherungen der Geschwisterkinder |



| | |
|--|---|
| | <p><i>Beruflich Pflegende/andere Berufsgruppen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Desensibilisierung gegenüber Notfallsituationen ● langfristige Verarbeitung belastender Ereignisse ● Behinderung von Helfer*innen ● Zuschauereffekt und Verantwortungsdiffusion |
| Handlungs-muster | <ul style="list-style-type: none"> ● Kommunikationssysteme und -techniken in Krisen- und Katastrophensituationen, Behandlungspfade ● Triage ● Eingriffe und Maßnahmen erklären, verrichtungsbegleitende Kommunikation ● Reanimation nach aktuellen Reanimationsleitlinien und anderen dazugehörigen Algorithmen und Behandlungspfaden ● Paediatric Advanced Life Support ● Beziehungsarbeit/Kommunikation zur emotionalen Stabilisierung von Betroffenen, z. B. Fassungsarbeit ● Screening und Assessmentinstrumente zur Einschätzung der Vitalfunktionen nutzen (Atmung, Herz-Kreislauf-Funktion) ● Verletzungen, auffällige Befunde erkennen, die auf Anzeichen von Gewalt oder Missbrauch hindeuten, und Verdacht ansprechen ● Informationsweitergabe ● Koordination der eigenen Aufgaben mit relevanten Personengruppen in Krisen- und Katastrophensituationen ● Koordination der Ersthelfer*innen ● Interventionen zur emotionalen Stabilisierung von traumatisierten Bezugspersonen, Familien, Laiinnen und Laien ● Prävention in Privathaushalten ● psychische Erste Hilfe bei Kindern, z. B. KASPERLE-Betreuungskonzept |
| Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● theologische, ethische und rechtliche Grundlagen von Organspende, Organentnahme, Transplantationen, gesellschaftliche Auseinandersetzung ● Notfallpflege als Handlungsfeld beruflich Pflegender: kurzer geschichtlicher Abriss, Weiterbildungsmöglichkeiten und -regelungen | |
| Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen (Beispiele) | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Wiederholung: Notfalltraining in ausgewählten Notfallsituationen an Notfallsimulatoren ● Wiederholung: Pediatric Life Support (nach ERC-/GRC-Leitlinien) ● Pediatric Advanced Life Support ● Simulation realitätsnaher Notfallsituationen mit anderen Personengruppen, z. B. einer Schulkasse, Auszubildenden eines anderen Ausbildungsbereichs, mit Laiinnen und Laien | |
| Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben (Beispiele) | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Identifikation von besonderen Gefährdungen für Kinder und Jugendliche in verschiedenen institutionellen Kontexten, z. B. Aufbewahrung von Reinigungsmitteln, Arzneimitteln, Gefährdungen für Elektrounfälle | |

Didaktischer Kommentar

Die zentralen Kompetenzen, die zur Bewältigung akuter Hilfesituationen erforderlich sind, sind im Interesse der Sicherheit der zu pflegenden Menschen bereits in den ersten beiden Ausbildungsdritteln Gegenstand des Ausbildungsprozesses. Im letzten Ausbildungsdrittel sollen diese zur Erhöhung der Handlungssicherheit erneut aufgegriffen und auf besondere akute Situationen des Kindes- und Jugendalters hin ausgerichtet werden: Darüber hinaus kann die Komplexität der zu bearbeitenden überschaubaren Situation durch solche mit mehreren Betroffenen gesteigert werden.

Mögliche Lernsituationen mit vitaler Gefährdung von Kindern und Jugendlichen und mit vitalen Ängsten der Betroffenen und/oder Bezugspersonen:

- ausgewählte Notfallsituationen aus den oben genannten Handlungsanlässen im Kindes- und Jugendalter (Beinahe-Ertrinken, Vergiftungen, kardialer Notfall im Jugendsport, Alkoholintoxikation von Jugendlichen),
- Besonderheiten im Stress- und Belastungserleben von Bezugspersonen und Familien bei Notfällen im Kindes- und Jugendalter (Beinahe-Ertrinken, kardialer Notfall im Jugendsport).

Filmbeiträge und Diskussion mit Menschen, die schon oft Notfälle mit Kindern und Jugendlichen erlebt haben, über die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die bei besonderen Ereignissen/Katastrophensituationen (Zug-, Busunglück, Amoklauf) zu Schaden gekommen sind; medial vermittelte Betroffenheit aufgreifen und bearbeiten.

CE 06 Alte Menschen und ihre Bezugspersonen in Akutsituationen sicher begleiten

| CE 06 | Anlage 4 PflAPrV |
|--|---------------------------|
| 3. Ausbildungsdrittel | Zeitrichtwert: 60 Stunden |
| Intentionen und Relevanz | |
| <p>Der Schwerpunkt dieser curricularen Einheit liegt auf häufigen und typischen Akutsituationen und Notfällen im höheren Lebensalter, die aufbauend auf der korrespondierenden curricularen Einheit für die ersten beiden generallistisch ausgerichteten Ausbildungsdrittel, aufgegriffen werden. Notfälle treten bei alten Menschen selten plötzlich auf, sondern zeigen sich meist als akute Verschlechterungen oder Komplikationen bei bereits bestehenden Erkrankungen. Selten liegen einzelne Auslöser zugrunde, sondern mehrere Risikofaktoren und Funktionsstörungen. Das rechtzeitige Erkennen von Notfallsituationen im höheren Lebensalter wird zudem durch Mehrfacherkrankungen und Polypharmakotherapie erschwert. Die Symptome sind oft verschleiert und unspezifisch, und typische Symptome können fehlen.</p> <p>Die zentralen Kompetenzen, die zur Bewältigung akuter Hilfesituationen erforderlich sind, werden im Interesse der Sicherheit von älteren Menschen und ihren Bezugspersonen im 3. Ausbildungsdrittel und zur Erhöhung der Handlungssicherheit der Altenpflegerinnen und Altenpfleger unter dem spezifischen Fokus der Lebensphase erneut aufgegriffen und spezifiziert. Die Komplexität der Notfallsituationen im höheren Lebensalter wird schon allein deshalb erhöht, weil im familialen Kontext sowie in der Langzeitpflege der schnelle Rückgriff auf ein Notfallteam nicht gegeben ist und die Altenpfleger*innen in der Lage sein müssen, eine sichere Ersteinschätzung vorzunehmen und auf dieser Grundlage eine folgerichtige Entscheidung zu treffen.</p> <p>Angesichts zunehmender gesellschaftlicher Gefährdungen und Bedrohungen durch Massenunfälle, Attentate oder Amokläufe sollten ebenfalls ausgewählte/aktuelle Ereignisse angesprochen, diskutiert und reflektiert werden.</p> | |
| Bildungsziele | |
| <p>Die Auszubildenden setzen sich mit der gesellschaftlichen, ethischen und rechtlichen Debatte zur Organspende auseinander und finden zwischen Selbstbestimmung und Gemeinwohlinteressen bzw. Solidarität hierzu eine eigene Haltung.</p> | |
| Kompetenzen – Anlage 4 PflAPrV | |
| <p>Die Auszubildenden</p> <ul style="list-style-type: none"> schätzen diverse Pflegeanlässe und den Pflegebedarf bei alten Menschen auch in instabilen gesundheitlichen und vulnerablen Lebenssituationen ein (I.1.d). kennen und beachten im Notfall relevante rechtliche Grundlagen wie Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen (I.4.a). treffen in lebensbedrohlichen Situationen erforderliche Interventionsentscheidungen und leiten lebenserhaltende Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes ein (I.4.b). koordinieren den Einsatz der Ersthelfer*innen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes (I.4.c). erkennen Notfallsituationen in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen und handeln nach den Vorgaben des Notfallplanes und der Notfall-Evakuierung (I.4.d). | |

- wahren das Selbstbestimmungsrecht alter Menschen mit Pflegebedarf, insbesondere auch, wenn sie in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt sind (I.6.a).
- nutzen Empathie, Wertschätzung, Akzeptanz und Kongruenz für eine professionelle Beziehungsgestaltung und Kommunikation mit alten Menschen (II.1.c).
- setzen Methoden der Gesprächsführung angemessen ein (II.1.d).
- erkennen Kommunikationsbarrieren, insbesondere bei spezifischen Gesundheitsstörungen oder Formen von Behinderungen im Alter, und setzen unterstützende und kompensierende Maßnahmen ein, um diese zu überbrücken (II.1.e).
- fördern und unterstützen alte Menschen bei der Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung über das eigene Leben, auch unter Abwägung konkurrierender ethischer Prinzipien (II.3.b).
- tragen in ethischen Dilemmasituationen mit alten Menschen oder ihren Bezugspersonen im interprofessionellen Gespräch zur gemeinsamen Entscheidungsfindung bei (II.3.c).
- führen entsprechend den rechtlichen Bestimmungen eigenständig ärztlich veranlasste Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie bei alten Menschen durch (III.2.b).
- nehmen drohende Über- oder Unterforderungen frühzeitig wahr, erkennen die notwendigen Veränderungen am Arbeitsplatz und/oder des eigenen Kompetenzprofils und leiten daraus entsprechende Handlungsinitiativen ab (V.2.b).
- setzen Strategien zur Kompensation und Bewältigung unvermeidbarer beruflicher Belastungen gezielt ein und nehmen Unterstützungsangebote frühzeitig wahr oder fordern diese aktiv ein (V.2.c).

Inhalte/Situationsmerkmale

| | |
|---------------------------|--|
| Handlungsanlässe | <ul style="list-style-type: none"> ● spezifische Notfälle im höheren Lebensalter ● Sturzereignisse ● Synkopen ● akute Veränderungen der Bewusstseinslage, Delir ● Atemnot ● Thoraxschmerzen ● Exsikkose ● Hypoglykämie, Hyperglykämie ● Schlaganfall ● Pandemien, z. B. Influenza, Noroviren, Skabies ● anhaltende Hitzeperioden ● Einrichtungsevakuierung, z. B. bei Brand, Bombenfund ● Chemieunfälle in der Einrichtung oder der unmittelbaren Umgebung ● Massenunfälle ● Amokläufe, Terroranschläge ● Naturkatastrophen, z. B. Sturm, Hochwasser |
| Kontextbedingungen | <p>aus 1./2. Ausbildungsdrittel fortführend</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ambulant-häuslicher Kontext, langzeitstationäre Einrichtungen, nicht beruflicher Alltag ● digitale Notfall-Informationssysteme und Notrufsysteme; digitale Frühwarnsysteme ● Gefährdungen der eigenen Institution und Qualitätsmanagement: Aufgaben, Zielgruppen, Arbeitsweisen und Herausforderungen der Notaufnahme, Brandschutz, Evakuierungspläne |

| | |
|-------------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> Umweltgefährdungen und Naturkatastrophen Gesundheitspolitik, z. B. Förderung der Reanimation durch Laiinnen und Laien, Defibrillatoren an öffentlichen Orten rechtliche Rahmenbedingungen z. B. Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Notfalleinwilligung, unterlassene Hilfeleistung; Vorschriften zur Sicherstellung der Notfallversorgung, z. B. Erste-Hilfe-Schulungen (Pflichtfortbildungen) für Pflegeeinrichtungen; Prüfkatalog des MDK für die ambulante Pflege <p>3. Ausbildungsdrittel (erweiternd)</p> <ul style="list-style-type: none"> technikgestützte Systeme zur Risikoerkennung, z. B. Sensorsysteme zur Bewegungs- und Sturzerkennung Richtlinien und Regelungen der Notfallversorgung, z. B. G-BA-Regelung Resilienz und Sicherheitskonzepte der Bevölkerung, z. B. freiwillige soziale Notfallgemeinschaften |
| Ausgewählte Akteure | <ul style="list-style-type: none"> zu pflegende alte Menschen Bezugspersonen Helper- und Assistenzpersonal, z. B. Alltagsbegleiter*innen, Präsenzkräfte, zusätzliche Betreuungskräfte freiwillig Engagierte, Laiinnen und Laien |
| Erleben/ Deuten/ Verarbeiten | <p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Belastung durch extreme Gefühlsreaktionen betroffener Menschen Ängste, Notfallsituationen nicht rechtzeitig zu erkennen bzw. nicht adäquat zu handeln <p><i>Zu pflegender alter Mensch</i></p> <ul style="list-style-type: none"> erhöhte Sturzangst nach bereits erfolgten Sturzereignissen und Vermeidungsverhalten Belastungserleben durch Krankenhauseinweisung und Relokalisationseffekte <p><i>Familiensystem</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Belastungen von Bezugspersonen in Krisen- und Notfallsituationen im häuslichen Setting <p><i>Beruflich Pflegende/andere Berufsgruppen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Desensibilisierung gegenüber Notfallsituationen langfristige Verarbeitung belastender Ereignisse Behinderung von Helper*innen Zuschauereffekt und Verantwortungsdiffusion |
| Handlungsmuster | <p>aus 1./2. Ausbildungsdrittel fortführend</p> <ul style="list-style-type: none"> eigenes „Funktionieren“ in Krisen- und Katastrophensituationen (professionelle Distanz) Ruhe und Sicherheit durch routiniertes Handeln und handlungsbegleitende Information vermitteln Kommando-Kommunikation innerhalb von Notfallsituationen Kommunikationssysteme und -techniken in Krisen- und Katastrophensituationen, Behandlungspfade Triage Eingriffe und Maßnahmen erklären, verrichtungsbegleitende Kommunikation |

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Erste-Hilfe-Maßnahmen ● Sofortmaßnahmen bei Schockzuständen ● Sofortmaßnahmen bei Verdacht auf Herzinfarkt oder Lungenembolie ● Verabreichung von Notfallmedikamenten nach ärztlicher Anordnung ● Reanimation nach aktuellen Reanimationsleitlinien und anderen dazugehörigen Algorithmen und Behandlungspfaden ● Beziehungsarbeit/Kommunikation zur emotionalen Stabilisierung von Betroffenen, z. B. Fassungsarbeit ● Screening und Assessmentinstrumente zu Einschätzung der Vitalfunktionen nutzen (Atmung, Herz-Kreislauf-Funktion) ● Informationsweitergabe ● Koordination der eigenen Aufgaben mit relevanten Personengruppen in Krisen- und Katastrophensituationen <p>3. Ausbildungsdrittel (erweiternd)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Einschätzung akuter Gefährdungen und Risikokonstellationen ● Situationsveränderungen, Veränderungen der Bewusstseinslage frühzeitig erkennen ● Verletzungen, auffällige Befunde erkennen, die auf Anzeichen von Gewalt hindeuten, und Verdacht ansprechen ● Koordination der Ersthelfer*innen ● Interventionen zur emotionalen Stabilisierung von traumatisierten Bezugspersonen, Familien, Laiinnen und Laien |
| <p>Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● theologische, ethische und rechtliche Grundlagen von Organspende, Organentnahme, Transplantationen, gesellschaftliche Auseinandersetzung ● Notfallpflege als Handlungsfeld beruflich Pflegender: kurzer geschichtlicher Abriss, Weiterbildungsmöglichkeiten und -regelungen |
| <p>Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen (Beispiele)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Wiederholung: Notfalltraining in ausgewählten Notfallsituationen an Notfallsimulatoren ● Wiederholung: Basic Life Support (nach ERC-/GRC-Leitlinien) ● Advanced Life Support ● Simulation realitätsnaher Notfallsituationen mit anderen Personengruppen, z. B. einer Schulklasse, eines anderen Ausbildungsbereichs, mit Laiinnen und Laien <p>Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben (Beispiele)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Identifikation von besonders gefährdeten Räumen und Bereichen in der eigenen Einrichtung im Rahmen des Brandschutzes |
| <p>Didaktischer Kommentar</p> <p>Die zentralen Kompetenzen, die zur Bewältigung akuter Hilfesituationen erforderlich sind, sind im Interesse der Sicherheit der zu pflegenden Menschen bereits in den ersten beiden Ausbildungsdritteln Gegenstand des Ausbildungsprozesses; sie werden im 3. Ausbildungsdrittel zur Erhöhung der Handlungs- und Patientensicherheit erneut aufgegriffen und auf spezifische Akut- und Notfallsituationen im höheren Lebensalter ausgerichtet. Hierzu sollten häufig vorkommende bzw. typische Notfallsituationen ausgewählt werden.</p> |

- Der Notfall im Alter – eine Hochrisikosituation: Besonderheiten von Notfällen im höheren Lebensalter, besondere Vulnerabilität und Behandlungsdringlichkeit geriatrischer Notfälle; multifaktorielle Ursachen, Polypharmazie, unspezifische, atypische und verschleierte Symptomatik, Einschränkungen der eigenen Informationsweitergabe, Delir; Gefahr des Autonomieverlustes:
 - Hypoglykämie eines alten Menschen in der Langzeitpflege, untypische Symptome und Abgrenzungsschwierigkeiten zur bzw. bei Demenz,
 - akute Veränderungen der Bewusstseinslage,
 - Reanimation in einer Altenhilfeeinrichtung,
 - Beratung einer Bezugsperson zur Hilfeleistung nach einem Sturzereignis eines älteren Menschen,
 - „Und wenn es genug ist ...“ – Notfallbehandlung bei vorliegender Patientenverfügung, ethische Falldiskussion,
 - Besonderheiten im Stress- und Belastungserleben von Bezugspersonen und Familien.
- Filmbeiträge und Diskussion mit Menschen, die schon oft Notfälle erlebt haben, über die Versorgung von älteren Menschen in besonderen Ereignissen/Katastrophensituationen (Zug-, Busunglück, Amoklauf); medial vermittelte Betroffenheit aufgreifen und bearbeiten.

CE 07 Rehabilitatives Pflegehandeln im interprofessionellen Team

| CE 07 | Anlagen 1 und 2 PflAPrV |
|---|----------------------------------|
| 1./2. Ausbildungsdrittel | Zeitrichtwert: 80 Stunden |
| 3. Ausbildungsdrittel | Zeitrichtwert: 80 Stunden |
| Intentionen und Relevanz | |
| <p>Rehabilitative Pflege ist ein zentraler Leitgedanke in verschiedenen Handlungsfeldern der Pflege. Sie ist auf die Unterstützung und Begleitung bei der selbstständigen Lebensführung und Alltagsbewältigung sowie die Förderung der sozialen Teilhabe gerichtet. Insbesondere ist sie von Bedeutung bei Menschen aller Altersstufen, die von chronischen Erkrankungen, (drohenden) Behinderungen oder den Folgen von Unfällen betroffen sind. Die Pflege bezieht auch die (pflegenden) Bezugspersonen in den Rehabilitationsprozess ein. Der Rehabilitationsprozess erfordert außerdem die Zusammenarbeit in einem interprofessionellen Team.</p> <p>Den Pflegefachfrauen und -männern kommt im interdisziplinär ausgerichteten Rehabilitationsprozess eine spezifische Rolle zu, denn sie unterstützen die zu pflegenden Menschen und ihre Bezugspersonen während des gesamten Prozesses bei der Bewältigung krankheits- oder behinderungsbedingter Beeinträchtigungen und der Wiedererlangung und Aufrechterhaltung der Lebensqualität. Sie fördern durch Information, Schulung und Beratung die Übernahme des therapeutisch Erlernten in den Alltag durch die Betroffenen und ihre Bezugspersonen und nehmen als Bindeglied zwischen den verschiedenen interdisziplinär ausgerichteten Therapiebereichen eine zentrale Rolle ein. Als weitere Aufgabe wirken sie unterstützend bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, schaffen Voraussetzungen für therapeutische Übungen und Trainings zur Wiedererlangung von Alltagskompetenzen und schützen zu pflegende Menschen vor Überforderung. Dabei stehen die Stärkung des Selbstbewusstseins der zu pflegenden Menschen, die Förderung der Teilhabe und die Ausrichtung auf ein möglichst autonomes Leben in der Gesellschaft im Vordergrund. Trotz dieser vielfältigen Aufgaben fehlt bislang ein eigenständiger pflegerischer Interventionsansatz mit ausgewiesener rehabilitativen Charakter, in dem auch die Rolle der beruflich Pflegenden im interprofessionellen Team deutlich wird. So wird in dieser curricularen Einheit u. a. die Erschließung rehabilitativer Interventionen und Verantwortungsbereiche fokussiert, um die Rolle der beruflich Pflegenden im rehabilitativen Prozess und interprofessionellen Team zu stärken und weiterzuentwickeln.</p> <p>Die Auszubildenden werden angeregt, die eigene Rolle und die spezifischen Aufgaben und Verantwortungsbereiche der Pflege im Rehabilitationsprozess zu erkennen, zu reflektieren und zu bewerten. Darüber werden Kompetenzen zum interprofessionellen Denken und Handeln sukzessive angebahnt, um gemeinsam im interprofessionellen Team mit dem zu pflegenden Menschen und seinen Bezugspersonen einen Behandlungs- und Rehabilitationsplan zu erstellen und zu evaluieren, in dem die Förderung der Selbst- und Fremdpflege sowie die Entwicklung neuer Lebensperspektiven und der Erhalt der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft fokussiert werden. Die Analyse und Reflexion rehabilitativer Versorgungsstrukturen und -angebote mit den unterschiedlichen gesetzlichen Normen sind weitere Schwerpunkte, die insbesondere für eine pflegerische Beratung von Bedeutung sind.</p> <p>Die curriculare Einheit wird in folgende zwei Schwerpunkte unterteilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 1. und 2. Ausbildungsdrittel: Hier erwerben die Auszubildenden Kompetenzen, um rehabilitative Aufgaben zu erkennen und in wenig komplexen Pflegesituationen zu übernehmen und sich sukzessive den Stellenwert der Pflege in der Rehabilitation und einem interprofessionellen Team zu erschließen. | |

- **3. Ausbildungsrittel:** Hier werden die Auszubildenden befähigt, im interdisziplinären Team die pflegerische Perspektive einzubringen und gemeinsam mit den am Rehabilitationsprozess beteiligten Berufsgruppen Rehabilitationsziele und -pläne zu erarbeiten und diese zu evaluieren. Dabei wird beispielhaft spezifisches rehabilitatives Pflegehandeln bei Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und Menschen im höheren Lebensalter in den Blick genommen. Ein weiterer Schwerpunkt besteht in der Information, Beratung und Schulung von zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen zu rehabilitativen Angeboten und Unterstützungsleistungen sowie Finanzierungsmöglichkeiten.

Bildungsziele

Die Auszubildenden können selbstbewusst den pflegerischen Beitrag zur Wiederherstellung von Gesundheit oder zur Erlangung von Lebensqualität, Autonomie und Selbstständigkeit im interprofessionellen Team ausweisen und positionieren sich dazu. Sie reflektieren widersprüchliche Anforderungen, die sich aus dem Wunsch der zu pflegenden Menschen nach Normalität und ein Leben mit bedingter Gesundheit ergeben und nehmen zu dem gesellschaftlichen Phänomen der Stigmatisierung von Menschen mit Behinderung Stellung.

Für die rehabilitative Pflege, die in verschiedenen Handlungskontexten eingebettet ist, reflektieren sie erschwerende institutionelle und gesellschaftliche Rahmenbedingungen für ein Leben in bedingter Gesundheit und nehmen zu sozialrechtlichen Normen im Hinblick auf ethische und wirtschaftliche Maßstäbe Stellung. Sie reflektieren pflegeberufspolitische Interessenvertretungen im Kontext divergierender Interessen in der Gesundheitspolitik.

Kompetenzen – Anlage 1 PfAPrV

Die Auszubildenden

- beteiligen sich an der Organisation und Durchführung des Pflegeprozesses (I.1.b).
- nutzen ausgewählte Assessmentverfahren und beschreiben den Pflegebedarf unter Verwendung von pflegediagnostischen Begriffen (I.1.c).
- schlagen Pflegeziele vor, setzen gesicherte Pflegemaßnahmen ein und evaluieren gemeinsam die Wirksamkeit von Pflege (I.1.e).
- erheben pflegebezogene Daten von Menschen aller Altersstufen mit gesundheitlichen Problemlagen sowie zugehörige Ressourcen und Widerstandsfaktoren (I.2.a).
- interpretieren und erklären die vorliegenden Daten bei Menschen mit überschaubaren Pflegebedarfen und gesundheitsbedingten Einschränkungen anhand von grundlegenden pflege- und bezugswissenschaftlichen Erkenntnissen (I.2.b).
- setzen geplante präventive Pflegeinterventionen sowie Interventionen zur Förderung von Gesundheit um (I.2.c).
- wahren das Selbstbestimmungsrecht des zu pflegenden Menschen insbesondere auch, wenn dieser in seiner Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt ist (I.6.a).
- unterstützen verantwortlich Menschen mit angeborenen oder erworbenen Behinderungen bei der Kompensation eingeschränkter Fähigkeiten (I.6.b).
- nutzen ihr grundlegendes Wissen über die langfristigen Alltagseinschränkungen, tragen durch rehabilitative Maßnahmen zum Erhalt und zur Wiedereingliederung von Alltagskompetenz bei und integrieren hierzu auch technische Assistenzsysteme (I.6.c).
- erkennen eigene Emotionen sowie Deutungs- und Handlungsmuster in der Interaktion (II.1.a).
- informieren Menschen aller Altersstufen zu gesundheits- und pflegebezogenen Fragen und leiten bei der Selbstpflege insbesondere Bezugspersonen und Ehrenamtliche bei der Fremdpflege an (II.2.a).
- wenden didaktische Prinzipien bei Angeboten der Information und Instruktion an (II.2.b).



- erkennen das Prinzip der Autonomie des zu pflegenden Menschen als eines von mehreren konkurrierenden ethischen Prinzipien und unterstützen zu pflegende Menschen bei der selbstbestimmten Lebensgestaltung (II.3.b).
- sind sich der Bedeutung von Abstimmungs- und Koordinierungsprozessen in qualifikationsheterogenen Teams bewusst und grenzen die jeweils unterschiedlichen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche begründet voneinander ab (III.1.a).
- fordern kollegiale Beratung ein und nehmen sie an (III.1.b).
- wirken entsprechend der rechtlichen Bestimmungen an der Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie im Rahmen des erarbeiteten Kenntnisstandes mit (III.2.b).
- beteiligen sich an einer effektiven interdisziplinären Zusammenarbeit in der Versorgung und Behandlung und nehmen Probleme an institutionellen Schnittstellen wahr (III.3.a).
- reflektieren in der interprofessionellen Kommunikation die verschiedenen Sichtweisen der beteiligten Berufsgruppen (III.3.b).
- nehmen interprofessionelle Konflikte und Gewaltphänomene in der Pflegeeinrichtung wahr und verfügen über grundlegendes Wissen zu Ursachen, Deutungen und Handhabung (III.3.c).
- wirken an der Koordination von Pflege in verschiedenen Versorgungskontexten mit sowie an der Organisation von berufsübergreifenden Leistungen (III.3.d).
- beteiligen sich auf Anweisung an der Evaluation von interprofessionellen Versorgungsprozessen im Hinblick auf Patientenorientierung und -partizipation (III.3.f).
- orientieren ihr Handeln an qualitätssichernden Instrumenten wie insbesondere evidenzbasierten Leitlinien und Standards (IV.1.b).
- erschließen sich wissenschaftlich fundiertes Wissen zu ausgewählten Themen und wenden Kriterien zur Bewertung an (V.1.b).

Kompetenzen – Anlage 2 PflAPrV

Grundlegend für das 3. Ausbildungsdrittel

- Die Pflege von Menschen aller Altersstufen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und bewerten (I.1.a-h).
- Pflegeprozesse und Pflegediagnostik bei Menschen aller Altersstufen mit gesundheitlichen Problemlagen planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren unter dem besonderen Fokus von Gesundheitsförderung und Prävention (I.2 a-f).

Die Auszubildenden

- erheben soziale, familiale und biografische Informationen sowie Unterstützungsmöglichkeiten durch Bezugspersonen und soziale Netzwerke bei Menschen aller Altersstufen und identifizieren Ressourcen und Herausforderungen in der Lebens- und Entwicklungsgestaltung (I.5.a).
- entwickeln gemeinsam mit Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen Angebote zur sinnstiftenden Aktivität, zur kulturellen Teilhabe, zum Lernen und Spielen und fördern damit die Lebensqualität und die soziale Integrität (I.5.b).
- beziehen freiwillig Engagierte zur Unterstützung und Bereicherung der Lebensgestaltung in die Versorgungsprozesse von Menschen aller Altersstufen ein (I.5.d).
- unterstützen Menschen aller Altersstufen mit angeborener oder erworbener Behinderung bei der Wiederherstellung, Kompensation und Adaption eingeschränkter Fähigkeiten, um sie für eine möglichst selbstständige Entwicklung, Lebensführung und gesellschaftliche Teilhabe zu befähigen (I.6.b).
- tragen durch rehabilitative Maßnahmen und durch die Integration technischer Assistenzsysteme zum Erhalt und zur Wiedererlangung der Alltagskompetenz von Menschen aller Altersstufen bei und reflektieren die Potenziale und Grenzen technischer Unterstützung (I.6.c).



- fördern und gestalten die Koordination und Zusammenarbeit zwischen familialen Systemen und den sozialen Netzwerken und den professionellen Pflegesystemen in der pflegerischen Versorgung von Menschen aller Altersstufen (I.6.d).
- erkennen Kommunikationsbarrieren bei zu pflegenden Menschen aller Altersstufen, insbesondere bei spezifischen Gesundheitsstörungen oder Formen von Behinderungen, und setzen unterstützende und kompensierende Maßnahmen ein, um diese zu überbrücken (II.1.e).
- informieren Menschen aller Altersstufen zu komplexen gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und weitergehenden Fragen der pflegerischen Versorgung (II.2.a).
- beraten zu pflegende Menschen aller Altersstufen und ihre Bezugspersonen im Umgang mit krankheits- sowie therapie- und pflegebezogenen Anforderungen und befähigen sie, ihre Gesundheitsziele in größtmöglicher Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erreichen (II.2.c).
- reflektieren ihre Möglichkeiten und Begrenzungen zur Gestaltung von professionellen Informations-, Instruktions-, Schulungs- und Beratungsangeboten bei Menschen aller Altersstufen (II.2.d).
- setzen sich für die Verwirklichung von Menschenrechten, Ethikkodizes und die Förderung der spezifischen Bedürfnisse und Gewohnheiten von zu pflegenden Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen ein (II.3.a).
- vertreten die im Rahmen des Pflegeprozesses gewonnenen Einschätzungen zu Pflegediagnosen und den erforderlichen Behandlungskonsequenzen bei Menschen aller Altersstufen in der interprofessionellen Zusammenarbeit (III.2.f).
- übernehmen Mitverantwortung in der interdisziplinären Versorgung und Behandlung von Menschen aller Altersstufen und unterstützen die Kontinuität an interdisziplinären und institutionellen Schnittstellen (III.3.a). bringen die pflegefachliche Sichtweise in die interprofessionelle Kommunikation ein (III.3.b).
- bearbeiten interprofessionelle Konflikte in einem gemeinsamen Aushandlungsprozess auf Augenhöhe und beteiligen sich an der Entwicklung und Umsetzung einrichtungsbezogener Konzepte zum Schutz vor Gewalt (III.3.c).
- koordinieren die Pflege von Menschen aller Altersstufen in verschiedenen Versorgungskontexten und organisieren berufsgruppenübergreifende Leistungen (III.3.d).
- koordinieren die integrierte Versorgung von chronisch kranken Menschen aller Altersstufen in der Primärversorgung (III.3.e).
- evaluieren den gesamten Versorgungsprozess gemeinsam mit dem therapeutischen Team im Hinblick auf Patientenorientierung und -partizipation (III.3.f).
- integrieren erweiterte Anforderungen zur internen und externen Qualitätssicherung in das Pflegehandeln und verstehen Qualitätsentwicklung und -sicherung als rechtlich verankertes und interdisziplinäres Anliegen in Institutionen des Gesundheitswesens (IV.1.a).
- erfassen den Einfluss gesamtgesellschaftlicher Veränderungen, ökonomischer Anforderungen, technologischer sowie epidemiologischer und demografischer Entwicklungen auf die Versorgungsverträge und Versorgungsstrukturen im Gesundheits- und Sozialsystem (IV.2.b).
- reflektieren auf der Grundlage eines breiten Wissens ihre Handlungs- und Entscheidungsspielräume in unterschiedlichen Abrechnungssystemen (IV.2.d).
- reflektieren ihre persönliche Entwicklung als professionell Pflegende und entwickeln ein eigenes Pflegeverständnis sowie ein berufliches Selbstverständnis unter Berücksichtigung berufsethischer und eigener ethischer Überzeugungen (V.2.d).
- verfügen über ein Verständnis für die historischen Zusammenhänge des Pflegeberufs und positionieren sich mit ihrer beruflichen Pflegeausbildung im Kontext der Gesundheitsberufe unter Berücksichtigung der ausgewiesenen Vorbehaltsaufgaben (V.2.e).
- bringen sich den gesellschaftlichen Veränderungen und berufspolitischen Entwicklungen entsprechend in die Weiterentwicklung des Pflegeberufs ein (V.2.g).

| Inhalte/Situationsmerkmale | |
|----------------------------|---|
| Handlungs-anlässe | <p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <p>Ausgewählte Pflegebedarfe, die bei zu pflegenden Menschen infolge von neurologischen Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungs- und Stützsystems, angeborener und erworbener Behinderung oder von Unfallereignissen häufig vorkommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● beeinträchtigtes Wohlbefinden ● beeinträchtigte körperliche Mobilität/Gehfähigkeit ● beeinträchtigte Mobilität mit dem Rollstuhl ● Sturzgefahr ● Körperbildstörung ● Neglect ● verzögertes Wachstum und verzögerte Entwicklung ● gestörte Denkprozesse ● beeinträchtigte Gedächtnisleistung ● Orientierungsstörung ● ineffektive Impulskontrolle ● beeinträchtigtes Essverhalten ● beeinträchtigte Urin- und Stuhlausscheidung ● Schmerzen ● desorganisiertes kindliches Verhalten ● Bereitschaft für eine verbesserte Selbstfürsorge ● Hoffnungslosigkeit ● Machtlosigkeit ● unwirksame Adhärenz ● beeinträchtigte Resilienz ● Relokationsstresssyndrom ● beeinträchtigte verbale Kommunikation ● beeinträchtigte soziale Interaktion ● Stressüberlastung ● situationsbedingtes geringes Selbstwertgefühl ● Angst (spezifizieren) <p>3. Ausbildungsdrittel (zusätzlich)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● gefährdendes familiäres Coping ● beeinträchtigte Familienprozesse ● Rollenüberlastung der zu pflegenden Menschen und der pflegenden Bezugspersonen ● beeinträchtigte Haushaltsführung ● Informationsbedarfe für die Entscheidungsfindung bei technischen und digitalen Assistenzsystemen ● Informationsbedarfe bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und Leistungsträgern der Rehabilitation |



| | |
|---|--|
| | <p>Mesoebene</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Notwendigkeit der Pflegeüberleitung und der Nachsorgekonzeption für die ambulante oder institutionelle Weiterversorgung nach Abschluss der Rehabilitationsbehandlung ● Notwendigkeit der settingübergreifenden Koordination der Versorgung und Fürsprache für bestimmte Gruppen von zu pflegenden Menschen ● Konflikte im interprofessionellen Team |
| Kontext- bedingungen | <p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <p>Mesoebene</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, der Kinder- und Jugend-Rehabilitation, Nachsorgeeinrichtungen bzw. berufliche Rehabilitation, Einrichtungen der Anschlussheilbehandlungen (AHB), Rehabilitationskliniken sowie ambulante und häusliche Kontexte <p>Makroebene</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ICF-Konzept (WHO-Modell) ● UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) ● relevante Gesetze: z. B. BTHG, Präventionsgesetz (siehe auch CE 04), SGB V, VII, IX, XI ● barrierefreier öffentlicher Raum <p>3. Ausbildungsdrittel (erweiternd)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Leistungsträger der Rehabilitation: Bundesagentur für Arbeit, Deutsche Rentenversicherung, gesetzliche Krankenkassen, gesetzliche Unfallversicherung, Träger der Kinder- und Jugendhilfe, Träger der Sozialhilfe, Träger der Kriegsopfer und Kriegsopferfürsorge ● Case Management |
| Ausgewählte Akteure | <p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Auszubildende, Pflegefachfrauen/-männer ● zu pflegende Menschen in verschiedenen Lebensphasen und ihre Bezugspersonen ● interprofessionelles Team (z. B. Physio-/Ergotherapeut*innen, Logopäd*innen, Ärzt*innen, Sozialarbeiter*innen, Psycholog*innen, Psychiater*innen, Psychotherapeut*innen, Diätassistent*innen, Heilpädagog*innen) <p>3. Ausbildungsdrittel (erweiternd)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Leistungsträger der Rehabilitation ● zusätzliche Betreuungskräfte (§§ 43b, 84 SGB XI) ● Akteure im sozialen Raum (z. B. Nachbarschaft/Quartier/Netzwerke) |
| Erleben/ Deuten/ Verarbeiten | <p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Anteilnahme und Ungewissheit, Mitgefühl, Aushalten, Ungeduld, Ambivalenz zwischen Fürsorge und Förderung von Eigenständigkeit, Zutrauen, Erfolgserleben ● Erleben von fremdbestimmten Anteilen im interprofessionellen Team, Sich-nicht-ernst-genommen-Fühlen, Unsicherheit bei der Findung des professionellen pflegerischen Auftrags im interprofessionellen Team |



| | |
|---|----------|
| <p><i>Zu pflegende Menschen und pflegende Bezugspersonen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ambivalente Gefühlslage der Betroffenen: Erleben von Hilflosigkeit, Körpererleben, Angst, Unbeholfenheit, Ungewissheit, Ungeduld, Gefühle von Abhängigkeit, Verlust der Unversehrtheit, Scham, Traurigkeit, Erleben von Stigmatisierung, aber auch Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung von Lebensfreude, Stolz, Hoffnung, Vertrauen in die eigenen Befähigungen, Neues lernen, Zuversicht, Sinnfindung ● Reha-Motivation (Ergebniserwartungen und Selbstwirksamkeitserwartungen und der Einfluss auf das Rehabilitationsergebnis) ● Erwartungshaltungen und ihr Einfluss auf die berufliche Rehabilitation ● körperliches und emotionales Wohlbefinden ● Depressivität ● Bedeutung der Partnerschaft und des Familiensystems <p>3. Ausbildungsdrittel (erweiternd)</p> <p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Unklarheiten in der Aufgabenaufteilung und Konflikte an den Schnittstellen zwischen unterschiedlichen Aufgaben- und Versorgungsstrukturen, Erleben von Abgrenzung, aber auch Mitbestimmung im interprofessionellen Team <p><i>Zu pflegende Menschen und pflegende Bezugspersonen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ambivalenz zwischen einerseits Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung von Lebensfreude, Stolz, Vertrauen in die eigenen Befähigungen, Wunsch nach Normalität und andererseits Trauer über einen Verlust, der mit den Folgen der Erkrankung verbunden ist, Zukunftsängste, z. B. Angst vor Versagen im täglichen Leben ● Erleben neuer Rollen im familialen System und sozialen Raum | |
| <p>Handlungs- muster</p> <p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <p>Im selbstständigen Verantwortungsbereich:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pflegebedarfe in rehabilitativen Kontexten feststellen, Planung, Steuerung, Durchführung, Dokumentation und Evaluation des Pflegeprozesses, dabei <ul style="list-style-type: none"> ○ Bezugnahme auf entsprechende Pflegetheorien und -modelle sowie spezifische Assessmentinstrumente der Rehabilitation ○ situationsbedingte Festlegung von Rehabilitationszielen (gemeinsam mit den zu pflegenden Menschen/Bezugspersonen) ○ Förderung von Selbstständigkeit, Gesundheit und Autonomie bei Beeinträchtigungen der Selbstversorgung gestalten ● Verhaltensinterventionen (z. B. bei Bewegungs- und/oder Körperförmstörungen, Wahrnehmungs- und Ausdrucksförderung, Förderung motorischer und geistiger Fähigkeiten) ● Durchführung von gezielten Schulungen zur Förderung der Alltagsbewältigung unter Berücksichtigung biografisch bedingter Gewohnheiten, von Lebenslagen und sozialen Unterstützungs systemen sowie unter Nutzung technischer und digitaler Assistenzsysteme ● Angebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz (Health Literacy, Förderung der Adhärenz und Eigenverantwortung, Coping, Empowerment), siehe auch CE 04 ● Information über Rehabilitative Einrichtungen und Versorgungsprozesse sowie Versorgungskonzepte | <p>▷</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>Im eigenständigen Verantwortungs- und Aufgabenbereich:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Unterstützung bei diagnostischen und therapeutischen Interventionen/Anordnungen ● Schmerzmanagement und Verabreichung von Medikamenten auf ärztliche Anordnung im Pflegekontext ● Case- und Umgebungsmanagement (mit)gestalten <p>Im interprofessionellen Verantwortungs- und Aufgabenbereich:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● interprofessionellen Rehabilitationsprozess mitgestalten (gemeinsam mit dem zu pflegenden Menschen/den Bezugspersonen und beteiligten Berufsgruppen) ● Evaluationsinstrumente zur Wirksamkeit von interprofessionellen Rehabilitationsprozessen anwenden und reflektieren ● zur Übernahme des therapeutisch Erlernten in den persönlichen Alltag schulen und unterstützen ● Verlegungsplanung bzw. Überleitung in das jeweilige Umgebungsmanagement (mit)gestalten ● im interprofessionellen Team zusammenarbeiten und an interprofessionellen Fallbesprechungen teilnehmen <p>3. Ausbildungsrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Zusammenarbeit im interprofessionellen Team sowie Planung von interprofessionellen Fallbesprechungen ● Kommunikation und Koordinierung von Rehabilitationsplänen in Absprache von Verantwortlichkeiten ● Planung und Umsetzung eines pflegerischen Case Managements in verschiedenen Versorgungskontexten ● Beratung/Schulung und Information von zu pflegenden Menschen und deren Bezugspersonen sowie freiwillig Engagierten in Fragen der Wiedererlangung der eigenständigen Lebensführung und gesellschaftlichen Teilhabe und der Finanzierung und Antragstellung von Leistungen der Rehabilitation, ggf. Weiterleitung an Sozialarbeiter*innen ● Unterstützung bei der Bewältigung einer erlebten Stigmatisierung ● Konfliktbewältigung im interprofessionellen Team |
| <p>Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Verhältnis von Pflege und Rehabilitation ● Berufs- und Pflegeverständnis in Bezug auf die Rolle der Pflege im Rehabilitationsprozess (aktuelle Studien) ● Einblick in berufspolitische Verbände/Selbstverwaltungsorgane der Pflege (Pflegekammer) und deren Mitgestaltungsmöglichkeiten in der Gesundheitspolitik ● Überblick über Anatomie und Physiologie des Nerven- und Stütz-/Bewegungssystems ● Überblick über ausgewählte Erkrankungen des Nervensystems und Stütz-/Bewegungssystems, z. B. Apoplex, Rheumatische Arthritis (auch bei Kindern und Jugendlichen), Infantile Zerebralparese, Rückenmarkschädigungen oder Folgen von Unfällen ● Grundlagen des Medikationsmanagements ● theoretische Grundlagen zu Inklusion (Theorien, Konzepte, Kontroversen) ● Grundlagen der relevanten sozialrechtlichen Vorgaben und deren Auswirkungen auf Pflege- und Unterstützungsleistungen | |

Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen (Beispiele)

1./2. Ausbildungsdrittel

- Erkundung bzw. Exkursion hinsichtlich situativ geeigneter technischer und digitaler Assistenzsysteme (z. B. Exoskelett, Sprachcomputer)
- Rollenspiel zu konkreten Schulungssituationen in der rehabilitativen Pflege (z. B. Gehhilfen bei Hemiplegie, Rollstuhlfahren-Lernen einer/eines querschnittgelähmten Jugendlichen)
- Rollenspiel zu einer ausgewählten interprofessionellen Fallbesprechung mit anschließender Reflexion

3. Ausbildungsdrittel

- Rollenspiele zu spezifischen Beratungsgesprächen in der rehabilitativen Pflege eines Menschen nach einem Apoplex
- Rollenspiel zur Beratung von Eltern/Bezugspersonen zu rehabilitativen Unterstützungsleistungen ihres Schulkindes mit körperlichen und geistigen Einschränkungen nach einem Unfall
- Rollenspiel und Videografie zu einer konflikthaften interprofessionellen Fallbesprechung

Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben (Beispiele)

1./2. Ausbildungsdrittel

- Erkundungsaufgabe zu pflegerischen Interventionen mit rehabilitativem Charakter (hier können spezifische pflegerische Interventionen bei Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und Menschen im höheren Lebensalter in den Blick genommen werden)
- Beobachtungs- und Reflexionsaufgabe einer interprofessionellen Fallbesprechung, in der Pflegefachfrauen/-männer die pflegerische Perspektive im interprofessionellen Team einbringen und verhandeln (ambulant und stationär möglich). Fragen dazu: Wer ist beteiligt? Von wem wird die Besprechung moderiert? Welche Perspektiven werden eingebracht? Mit welchem Modell bzw. Instrument wird gearbeitet? Was sind die Prioritäten des Teams? Wie können welche Berufsgruppen zur Umsetzung des Rehabilitationsziels beitragen? Wie werden Verantwortlichkeiten festgelegt?
- Beobachtungs- und Reflexionsaufgabe einer Schulung im Umgang mit ausgewählten technischen und digitalen Assistenzsystemen (ggf. auch Analyse eines videografierten Beispiels unter Einhaltung des Datenschutzes). Fragen dazu: Welche Schritte der Schulung sind erkennbar, und wie werden die biografisch erworbenen Gewohnheiten und Bewältigungsstrategien des zu pflegenden Menschen in den Schulungsprozess integriert? Welches Wissen wird für den Schulungsprozess benötigt? Welche Rolle spielt das leibliche Wissen?

3. Ausbildungsdrittel

- Durchführung und Reflexion eines Pflegeplanungsgesprächs mit zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen zur Stärkung ihrer Alltagskompetenz und gesellschaftlichen Teilhabe
- schriftliche Reflexion einer ausgewählten Koordinierung von Handlungsabläufen eines Überleitungs- und Case Managements im Hinblick auf die Verständigung der beteiligten Berufsgruppen und die Integration der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen
- fallspezifische Analyse eines interprofessionellen Konflikts und der Darstellung von gemeinsamen Entscheidungsfindungen im Umgang mit Konflikten

Didaktischer Kommentar

Rehabilitative Pflege ist ein Querschnittsthema, welches in allen institutionellen Kontexten eingefordert wird und neben der aktivierenden Pflege vor allem eine Positionierung und Rollenübernahme im interprofessionellen Team erfordert. Da die Rehabilitationseinrichtungen sich auf bestimmte Erkrankungen spezialisiert haben (z. B. neurologische Erkrankungen, Erkrankungen des Stütz- und Bewegungssystems etc.), sollten die jeweiligen regionalen



Möglichkeiten mitbedacht werden. Dies gilt insbesondere, wenn entsprechende Praxiseinsätze geplant werden, um so exemplarisch Situationen aufnehmen zu können, die die aktuellen Erfahrungen der Auszubildenden aufgreifen. Dabei können Herausforderungen aus Sicht der Lernenden bearbeitet werden.

1./2. Ausbildungsdrittel

Mögliche Lernsituationen:

- Lernsituation, in der ein älterer Mensch nach einem Schlaganfall in seiner Selbstversorgung angeleitet wird,
- Lernsituation, in der ein junger Mensch nach einem Unfall mit der Folge einer Querschnittslähmung im Hinblick auf seine Bewegungsförderung und sein Krafttraining im interprofessionellen Team unterstützt wird, mit dem Ziel der beruflichen Wiedereingliederung,
- Lernsituation, in der ein zu pflegender Mensch die Anschlussheilbehandlung ablehnt und direkt in die Häuslichkeit entlassen wird,
- Lernsituation, in der Eltern die körperlichen und geistigen Einschränkungen ihres Schulkindes nach einem Unfall akzeptieren lernen und eine zielgerichtete Förderung aufnehmen.

3. Ausbildungsdrittel

- Lernsituation, in der ein rehabilitatives Versorgungskonzept für ein Neugeborenes mit Infantiler Zerebralparese erarbeitet wird,
- Lernsituation, in der zu pflegende Menschen aus der Rehabilitation in das familiäre System entlassen werden und sich im intransparenten System der Versorgungshilfen und -leistungen zusammen mit ihren Bezugspersonen zu-rechtfinden müssen und ein komplexes Case Management erforderlich wird,
- Lernsituation, in der Auszubildende in Konflikte im interprofessionellen Team eingebunden sind, weil unter-schiedliche Vorstellungen im Hinblick auf Rehabilitationsziele zum Ausdruck kommen,
- Lernsituation einer gelungenen interprofessionellen Fallbesprechung (Fragen dazu: Wodurch war die Interaktion gekennzeichnet. Welche Instrumente wurden zur Fallbesprechung herangezogen? Wie wurden die Interessen aller Beteiligten verhandelt? Welche Geltungsansprüche leiteten die Verständigung?).

CE 07 Rehabilitatives Pflegehandeln bei Kindern und Jugendlichen im interprofessionellen Team

| | |
|--|---------------------------|
| CE 07 | Anlage 3 PfIApV |
| 3. Ausbildungsdrittel | Zeitrichtwert: 80 Stunden |
| Intentionen und Relevanz | |
| <p>Diese curriculare Einheit schließt an die korrespondierende curriculare Einheit aus der generalistischen Ausbildungsphase der ersten beiden Ausbildungsdrittel an. Die Lernsituationen in dieser Einheit sind durch eine höhere Komplexität gekennzeichnet. Diese ist in der rehabilitativen Pflege bei Kindern und Jugendlichen durch das Ein-gebunden-Sein in familiale Systeme und eine Vielzahl an Akteuren im sozialen Raum gekennzeichnet und erfordert eine interprofessionelle Zusammenarbeit, in der die verschiedenen berufsspezifischen Aktivitäten ineinander greifen. Die Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen nehmen in diesem Prozess die Rolle der Vermittler*innen ein, indem sie für Kontinuität sorgen und zwischen den beteiligten Berufsgruppen als Fürsprecher*innen für die zu pflegenden Kinder und Jugendlichen sowie ihre Bezugspersonen tätig werden. Dabei sind wesentliche Voraussetzungen von Bedeutung: Zum einen eine Ausrichtung auf die pflegefachliche Perspektive und die Berücksichtigung der fachlichen Expertise anderer beteiligten Berufsgruppen und zum anderen ein Sich-Einlassen auf Aushandlungsprozesse, in denen die verschiedenen interprofessionellen Sichtweisen in Bezug auf die Bedarfe der Kinder und Jugendlichen und ihrer Bezugspersonen verhandelt werden. Darüber ergibt sich ein Spannungsfeld von Abgrenzung und Kooperation, das eine besondere Herausforderung in der rehabilitativen Pflege darstellt. Dem Case Management und den gemeinsamen Entscheidungsprozessen sowie der Beratung und Schulung kommt eine zentrale Rolle zu.</p> <p>Der Schwerpunkt im 3. Ausbildungsdrittel liegt für die Auszubildenden, die sich für einen Abschluss als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger entschieden haben, in der Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Berufsgruppen, den familialen Systemen sowie den sozialen Netzwerken, in denen sie eine Vermittlerrolle einnehmen, um so für die zu pflegenden Menschen einen kontinuierlichen Versorgungsprozess realisieren zu können.</p> <p>Die Kompetenzen zum rehabilitativem Handeln sollen in dieser Einheit beispielhaft an den Folgen einer chronischen Erkrankung wie kindliches Rheuma, an den Folgen eines schweren Schädel-Hirn-Traumas sowie an ausgewählten angeborenen und erworbenen Behinderungen angebahnt werden.</p> | |
| Bildungsziele | |
| <p>Die Auszubildenden können selbstbewusst den pflegerischen Beitrag im interprofessionellen Team ausweisen und positionieren sich dazu. Für die rehabilitative Pflege, die in verschiedene Handlungskontexte eingebettet ist, reflektieren sie erschwerende institutionelle und gesellschaftliche Rahmenbedingungen für ein Leben in bedingter Gesundheit und setzen sich mit den unterschiedlichen Normen und Werten im Hinblick auf die Förderung gesellschaftlicher Teilhabe und rehabilitative Versorgungsleistungen auseinander.</p> <p>Sie reflektieren widersprüchliche Anforderungen, die sie in der Interaktion mit den zu pflegenden Kindern und Jugendlichen und ihren Eltern/Bezugspersonen sowie im Rehabilitationsteam erleben.</p> | |



Kompetenzen - Anlage 3 PfIApRV

Grundlegend für das 3. Ausbildungsdrittel

- Die Pflege von Kindern und Jugendlichen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und bewerten (I.1.a-h)
- Pflegeprozesse und Pflegediagnostik bei Kindern und Jugendlichen mit gesundheitlichen Problemlagen planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren unter dem besonderen Fokus von Gesundheitsförderung und Prävention (I.2 a-f)

Die Auszubildenden

- erheben soziale, familiale und biografische Informationen sowie Unterstützungsmöglichkeiten durch Bezugspersonen und soziale Netzwerke bei Kindern und Jugendlichen und identifizieren Ressourcen und Herausforderungen in der Lebens- und Entwicklungsgestaltung (I.5.a).
- entwickeln gemeinsam mit Kindern und Jugendlichen und ihren Bezugspersonen mögliche Angebote zur sinnstiftenden Aktivität, zur kulturellen Teilhabe, zum Lernen und Spielen und fördern damit die Lebensqualität und die soziale Integration (I.5.b).
- berücksichtigen bei der Planung und Gestaltung von Alltagsaktivitäten die diversen Bedürfnisse und Erwartungen, die kulturellen und religiösen Kontexte, die sozialen Lagen, die Entwicklungsphase und Entwicklungsaufgaben von Kindern und Jugendlichen (I.5.c).
- beziehen freiwillig Engagierte zur Unterstützung und Bereicherung der Lebensgestaltung in die Versorgungsprozesse von Kindern und Jugendlichen ein (I.5.d).
- wahren das Selbstbestimmungsrecht der zu pflegenden Kinder und Jugendlichen, insbesondere auch, wenn sie in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt sind (I.6.a).
- unterstützen Kinder und Jugendliche mit angeborener oder erworbener Behinderung bei der Wiederherstellung, Kompensation und Adaption eingeschränkter Fähigkeiten, um sie für eine möglichst selbstständige Entwicklung, Lebensführung und gesellschaftliche Teilhabe zu befähigen (I.6.b).
- tragen durch rehabilitative Maßnahmen und durch die Integration technischer Assistenzsysteme zum Erhalt und zur Wiedererlangung von Alltagskompetenzen von Kindern und Jugendlichen bei und reflektieren die Potenziale und Grenzen technischer Unterstützung (I.6.c).
- fördern und gestalten die Koordination und Zusammenarbeit zwischen familialen Systemen sowie den sozialen Netzwerken und den professionellen Pflegesystemen in der pflegerischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (I.6.d).
- erkennen Kommunikationsbarrieren bei zu pflegenden Kindern und Jugendlichen, insbesondere bei spezifischen Gesundheits- oder Entwicklungsstörungen und Formen von Behinderungen, und setzen unterstützende und kompensierende Maßnahmen ein, um diese zu überbrücken (II.1.e).
- beraten Kinder, Jugendliche und ihre Bezugspersonen im Umgang mit krankheits- sowie therapie- und pflegebedingten Anforderungen und befähigen sie, ihre Gesundheitsziele in größtmöglicher Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erreichen (II.2.c).
- reflektieren ihre Möglichkeiten und Begrenzungen zur Gestaltung von professionellen Informations-, Instruktions-, Schulungs- und Beratungsangeboten bei Kindern und Jugendlichen (II.2.d).
- stimmen ihr Pflegehandeln zur Gewährleistung klientenorientierter komplexer Pflegeprozesse im qualifikationsheterogenen Pflegeteam ab und koordinieren die Pflege unter Berücksichtigung der jeweiligen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche, insbesondere in der Pädiatrie und Neonatologie (III.1.a).
- vertreten die im Rahmen des Pflegeprozesses gewonnenen Einschätzungen zu Pflegediagnosen und erforderlichen Behandlungskonsequenzen bei Kindern und Jugendlichen in der interprofessionellen Zusammenarbeit (III.2.f).

II.



- übernehmen Mitverantwortung in der interdisziplinären Versorgung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen und unterstützen die Kontinuität an interdisziplinären und institutionellen Schnittstellen (III.3.a).
- bringen die pflegefachliche Sichtweise in die interprofessionelle Kommunikation ein (III.3.b).
- bearbeiten interprofessionelle Konflikte in einem gemeinsamen Aushandlungsprozess auf Augenhöhe und beteiligen sich an der Entwicklung und Umsetzung einrichtungsbezogener Konzepte zum Schutz vor Gewalt (III.3.c).
- koordinieren die Pflege von Kindern und Jugendlichen in verschiedenen Versorgungskontexten und organisieren Termine sowie berufsübergreifende Leistungen (III.3.d).
- koordinieren die integrierte Versorgung von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen in der Primärversorgung (III.3.e).
- evaluieren den gesamten Versorgungsprozess gemeinsam mit dem therapeutischen Team im Hinblick auf Patientenorientierung und -partizipation (III.3.f).
- integrieren erweiterte Anforderungen zur internen und externen Qualitätssicherung in das Pflegehandeln und verstehen Qualitätsentwicklung und -sicherung als rechtlich verankertes und interdisziplinäres Anliegen in Institutionen des Gesundheitswesens (IV.1.a).
- wirken an Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie -verbesserung mit, setzen sich für die Umsetzung evidenzbasierter und/oder interprofessioneller Leitlinien und Standards ein und leisten so einen Beitrag zur Weiterentwicklung einrichtungsspezifischer Konzepte (IV.1.b).
- erkennen die Funktion der Gesetzgebung im Gesundheits- und Sozialbereich zur Sicherstellung des gesellschaftlichen Versorgungsauftrags in stationären, teilstationären und ambulanten Handlungsfeldern (IV.2.c).
- reflektieren auf der Grundlage eines breiten Wissens ihre Handlungs- und Entscheidungsspielräume in unterschiedlichen Abrechnungssystemen (IV.2.d).
- reflektieren ihre persönliche Entwicklung als professionell Pflegende und entwickeln ein eigenes Pflegeverständnis sowie ein berufliches Selbstverständnis unter Berücksichtigung berufsethischer und eigener ethischer Überzeugungen (V.2.d).
- verfügen über ein Verständnis für die historischen Zusammenhänge des Pflegeberufs und positionieren sich mit ihrer beruflichen Pflegeausbildung im Kontext der Gesundheitsberufe unter Berücksichtigung der ausgewiesenen Vorbehaltsaufgaben (V.2.e).
- bringen sich den gesellschaftlichen Veränderungen und berufspolitischen Entwicklungen entsprechend in die Weiterentwicklung des Pflegeberufs ein (V.2.g).

Inhalte/Situationsmerkmale

| | |
|-------------------------|---|
| Handlungsanlässe | <p>Ausgewählte Pflegebedarfe von Kindern und Jugendlichen, deren Bezugspersonen und im familiären System, ausgelöst durch Unfallfolgen (z. B. Schädel-Hirn-Traumen) oder angeborene (z. B. Infantile Zerebralparese) oder erworbene Behinderungen (z. B. kindliches Rheuma).</p> <ul style="list-style-type: none"> ● verzögertes Wachstum und verzögerte Entwicklung ● gestörte Denkprozesse ● beeinträchtige Gedächtnisleistung ● Orientierungsstörung ● ineffektive Impulskontrolle ● desorganisiertes kindliches Verhalten ● beeinträchtigte verbale Kommunikation ● Schmerzen ● Körperbildstörung |
|-------------------------|---|

| | |
|---------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● Selbstversorgungsdefizite in unterschiedlichen Bereichen (z. B. im Hinblick auf Essen und Trinken, Stuhl- und Urinkontinenz, Bewegung) ● beeinträchtigter Zahnstatus ● geringes Selbstwertgefühl ● Beschäftigungsdefizit ● Gefahr einer Gesundheitsschädigung ● unwirksames Gesundheitsverhalten ● Vereinsamungsgefahr ● beeinträchtigtes Wohlbefinden ● elterlicher Rollenkonflikt ● beeinträchtigte elterliche Fürsorge ● gefährdendes familiäres Coping ● beeinträchtigte Familienprozesse ● Rollenüberlastung der pflegenden Bezugspersonen ● Informationsbedarfe zu technischen und digitalen Assistenzsystemen (z. B. Sprachcomputer) ● Informationsbedarfe bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und Leistungsträgern der Rehabilitation <p>Mesoebene</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Notwendigkeit der Pflegeüberleitung und der Nachsorgekonzeption für die häuslich-ambulante oder institutionelle Weiterversorgung nach Abschluss der Rehabilitationsbehandlung ● Notwendigkeit der settingübergreifenden Koordination der Versorgung und Fürsprache für bestimmte Gruppen von zu pflegenden Menschen ● Konflikte im interprofessionellen Team |
| Kontext- bedingungen | <ul style="list-style-type: none"> ● ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, Mutter/Vater-Kind-Reha-Einrichtungen, Einrichtungen der Anschlussheilbehandlungen (AHB), Rehabilitation in ambulanten Kontexten ● gesellschaftliche Bedingungen in der rehabilitativen Pflege von Kindern und Jugendlichen und ihren Familien, gesellschaftlicher Umgang mit Behinderung, barrierefreier öffentlicher Raum ● sozialrechtliche Bedingungen im Hinblick der Finanzierung von rehabilitativen Maßnahmen ● Case Management |
| Ausgewählte Akteure | <ul style="list-style-type: none"> ● Auszubildende ● Kinder und Jugendliche ● Geschwister, Familien ● Gesundheits- und Sozialberufe ● interprofessionelles Team (z. B. Physio-/Ergotherapeut*innen, Logopäd*innen, Ärzt*innen, Sozialarbeiter*innen, Psycholog*innen, Psychiater*innen, Psychotherapeut*innen, Diätassistent*innen, Heilpädagog*innen) ● Peergroups und freiwillig Engagierte im sozialen Raum (z. B. Nachbarschaft/Quartier) ● zusätzliche Betreuungskräfte (§§ 43b, 84 SGB XI) ● Leistungsträger der Rehabilitation |



| | |
|--|---|
| <p>Erleben/ Deuten/ Verarbeiten</p> | <p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nähe und Verbundenheit zu den zu pflegenden Kindern und Jugendlichen, Mitleid ● Unklarheiten in der Aufgabenaufteilung und Konflikte an den Schnittstellen zwischen unterschiedlichen Aufgaben- und Versorgungsstrukturen, eigene pflegespezifische Rolle finden, Gefühl der Überforderung, Unsicherheit in der Vermittlung zwischen dem interprofessionellen Team, den Kindern und Jugendlichen sowie den Eltern, Gefühl, nicht akzeptiert zu werden <p><i>Zu pflegende Kinder und Jugendliche</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Traurigkeit, anders zu sein als Freund*innen, Angst, Rückzug, Wunsch nach Normalität, Wut, Stolz, Neues zu lernen bzw. gelernt zu haben <p><i>Eltern/Familiensystem</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Verzweiflung, Verleugnung, Unsicherheit, aber auch Hoffnung, Zuversicht, andere Sicht auf Lebensqualität ● Ablehnung bei Geschwistern, Gefühl der Benachteiligung, aber auch besondere Nähe und Sorge ● Sinnfindung und positives Wachstum/Reife <p><i>Beteiligte Berufsgruppen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Unklarheiten in der Aufgabenverteilung ● Machtansprüche <p><i>Peergroups</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Unsicherheit, Ablehnung, Ausgrenzung ● aber auch Sorge und Akzeptanz <p><i>Freiwillig Engagierte</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sorge, nicht alles richtig zu machen ● Unsicherheit und Gefühl der fehlenden Kompetenz ● Zufriedenheit bei Unterstützungsleistungen ● Rollendiffusion |
| <p>Handlungs- muster</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Planung und Umsetzung eines pflegerischen Case Managements in verschiedenen Versorgungskontexten ● Planung und Steuerung von interprofessionellen Fallbesprechungen ● Kommunikation und Koordinierung von Rehabilitationsplänen in Absprache von Verantwortlichkeiten ● Anwendung von Evaluationsinstrumenten zur Wirksamkeit von interprofessionellen Rehabilitationsprozessen ● Interprofessionelles Konfliktmanagement ● Unterstützung zur individuellen Auseinandersetzung mit den Veränderungen des Alltags, der familialen Lebensführung, Stärkung der Selbstwirksamkeit und Rollenfindung ● Schulung von Kindern und Jugendlichen sowie Eltern im Umgang mit digitalen und technischen Assistenzsystemen ● Beratung und Schulung von älteren Kindern und Jugendlichen ● Beratung und Schulung von Eltern/Bezugspersonen sowie freiwillig Engagierten in Fragen der unterstützenden und kompensatorischen Interventionen sowie der Wiedererlangung der eigenständigen Lebensführung und gesellschaftlichen Teilhabe |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● Information der Eltern/Bezugspersonen über Finanzierung und Antragstellung von Leistungen zu Rehabilitation ● Unterstützung bei der Bewältigung einer erlebten Stigmatisierung und Ausgrenzung |
|--|---|

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

- Berufs- und Pflegeverständnis in Bezug auf die Rolle der Pflege im Rehabilitationsprozess (aktuelle Studien)
- Überblick über die Folgen von Infantilen Zerebralparesen, Schädel-Hirn-Traumen, rheumatischen Erkrankungen im Kindesalter
- Grundlagen der relevanten sozialrechtlichen Vorgaben und deren Auswirkungen auf Pflege- und Unterstützungsleistungen
- Einblick in berufspolitische Verbände/Selbstverwaltungsorgane der Pflege (Pflegekammern) und deren Mitgestaltungsmöglichkeiten in der Gesundheitspolitik

Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen (Beispiele)

- Übungen mit Elementen der Selbsterfahrung zu pflegerischen Förderkonzepten
- Rollenspiel zu Schulung und Beratung von Kindern/Jugendlichen und Eltern in der rehabilitativen Pflege
- Rollenspiel und Videografie zu einer konflikthaften interprofessionellen Fallbesprechung, in der die Auszubildenden die Vermittlerrolle zwischen Kindern bzw. Jugendlichen und Eltern einnehmen

Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben (Beispiele)

- Erkundungsaufgabe zu ausgewählten aktuellen spezifischen technischen und digitalen Assistenzsystemen in stationären bzw. teilstationären Einrichtungen unter Berücksichtigung der individuellen Entwicklung des Kindes bzw. der/des Jugendlichen
- Beobachtungsaufgabe: Welche Merkmale kennzeichnen ein professionelles Beratungsgespräch mit einem älteren Kind oder einer/einem Jugendlichen, in dem es um Unterstützungsleistungen zur sozialen Integration unter Einbeziehung der individuellen Lebenswelt geht?

Didaktischer Kommentar

Die wesentlichen Kompetenzen, die zur rehabilitativen Pflege erforderlich sind, wurden in den ersten beiden Ausbildungsdritteln angebahnt und gefördert. In dieser curricularen Einheit sind diese Kompetenzen auf die rehabilitative Pflege von Kindern und Jugendlichen ausgerichtet. Dabei erfolgt eine Komplexitätssteigerung, indem die setting-übergreifende Koordination der interinstitutionellen Versorgung und Fürsprache für die zu pflegenden Kinder und Jugendlichen und deren Familien in den Vordergrund rückt. Dabei werden zwei Schwerpunkte fokussiert:

- die Beratung und Schulung von Kindern und Jugendlichen und deren Familien/Bezugspersonen und freiwillig Engagierten in Fragen der Wiedererlangung der eigenständigen Lebensführung und gesellschaftlichen Teilhabe sowie Familiengesundheit,
- die Positionierung und Rollenübernahme im interprofessionellen Team mit den Konfliktpotenzialen, die sich in der interprofessionellen Zusammenarbeit und in der Pflege von Kindern und Jugendlichen und deren Familien und Bezugspersonen ergeben können.

Je nach praktischem Einsatz werden exemplarisch Situationen aufgenommen, die die aktuellen Erfahrungen der Auszubildenden aufgreifen. Dabei können Herausforderungen aus Sicht der Auszubildenden bearbeitet werden.

Mögliche Lernsituationen:

- Lernsituation einer/eines Jugendlichen mit einem Schädel-Hirn-Trauma (Folge eines Unfalls), die/der in einer Rehabilitationseinrichtung in ihrer/seiner Alltagskompetenz angeleitet und gefördert wird,

- Lernsituation eines Kindes mit einer schweren angeborenen Behinderung (z. B. Infantile Zerebralparese) im Übergang vom Kleinkind ins Schulalter, gekennzeichnet durch körperliches Wachstum, Anpassung von Hilfsmitteln und den Beginn der Schulpflicht,
- Lernsituation, in der ein Kind mit einer fortgeschrittenen rheumatischen Erkrankung (kindliches Rheuma) aus der Reha-Einrichtung in die Familie entlassen und ein komplexes Case Management erforderlich wird,
- Lernsituation, in der Auszubildende in Konflikte im interprofessionellen Team eingebunden sind, weil unterschiedliche Vorstellungen im Hinblick auf Rehabilitationsziele zum Ausdruck kommen,
- Lernsituation einer gelungenen interprofessionellen Fallbesprechung, in der die unterschiedlichen fachlichen Expertisen verhandelt und in der gemeinsamen Entscheidungsfindung die individuelle Lebenssituation des Kindes bzw. der/des Jugendlichen und dessen/deren Eltern bzw. Bezugspersonen berücksichtigt werden (Fragen dazu: Wodurch war die Interaktion gekennzeichnet? Welche Instrumente wurden zur Fallbesprechung herangezogen? Wie wurden die Interessen aller Beteiligten verhandelt? Welche Geltungsansprüche leiteten die Verständigung?).

CE 07 Rehabilitatives Pflegehandeln bei alten Menschen im interprofessionellen Team

| CE 07 | Anlage 4 PflAPrV |
|--|---------------------------|
| 3. Ausbildungsdrittel | Zeitrichtwert: 80 Stunden |
| <h3>Intentionen und Relevanz</h3> <p>Diese curriculare Einheit schließt an die korrespondierende curriculare Einheit aus der generalistischen Ausbildungsphase der ersten beiden Ausbildungsdrittel an. Die Lernsituationen weisen in dieser Einheit eine höhere Komplexität auf. Diese ist in der rehabilitativen Pflege bei alten Menschen durch Multimorbidität und vielfältige gesundheitliche Problemlagen gekennzeichnet, die zu einer Gefährdung bzw. Einschränkung der Bewältigung des Alltags und der gesellschaftlichen Teilhabe führen. Die Altenpfleger*innen nehmen im Rehabilitationsprozess die Rolle der Vermittler*innen ein, indem sie für Kontinuität sorgen und zwischen den beteiligten Berufsgruppen als Fürsprecher*innen für den zu pflegenden alten Menschen tätig werden. Dabei sind wesentliche Voraussetzungen von Bedeutung: Zum einen eine Ausrichtung auf die pflegefachliche Perspektive und die Berücksichtigung der fachlichen Expertise anderer beteiligter Berufsgruppen und zum anderen ein Sich-Einlassen auf Aushandlungsprozesse, in denen die verschiedenen interprofessionellen Sichtweisen in Bezug auf die Bedarfe des zu pflegenden alten Menschen und seiner Bezugspersonen verhandelt werden. Darüber ergibt sich ein Spannungsfeld von Abgrenzung und Kooperation, das eine besondere Herausforderung in der rehabilitativen Pflege darstellt. Dem Case Management sowie der Beratung von zu pflegenden alten Menschen und ihren Bezugspersonen sowie von freiwillig Engagierten kommt ebenfalls eine zentrale Rolle zu.</p> | |
| <p>Der Schwerpunkt im 3. Ausbildungsdrittel liegt für die Auszubildenden, die sich für einen Abschluss als Altenpflegerin oder Altenpfleger entschieden haben, in der Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Berufsgruppen und mit den familialen Systemen sowie den sozialen Netzwerken, in denen sie eine Vermittlerrolle einnehmen, um so für die zu pflegenden Menschen einen kontinuierlichen Versorgungsprozess realisieren zu können und zur gesellschaftlichen Teilhabe beizutragen. Rehabilitative Pflege kann dazu beitragen, Pflegebedürftigkeit zu verzögern und Alltagskompetenzen möglichst lange aufrechtzuerhalten.</p> | |
| <h3>Bildungsziele</h3> <p>Die Auszubildenden können selbstbewusst den pflegerischen Beitrag im interprofessionellen Team ausweisen und positionieren sich dazu. Für die rehabilitative Pflege, die in verschiedene Handlungskontexte eingebettet ist, reflektieren sie erschwerende institutionelle und gesellschaftliche Rahmenbedingungen für ein Leben in bedingter Gesundheit und setzen sich mit den unterschiedlichen Normen und Werten im Hinblick auf Alter und rehabilitative Versorgungsleistungen und -systeme auseinander.</p> | |
| <h3>Kompetenzen – Anlage 4 PflAPrV</h3> <p>Grundlegend für das 3. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Pflege von alten Menschen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und bewerten (I.1.a-h). Die Pflege von alten Menschen mit gesundheitlichen Problemlagen planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und bewerten unter dem besonderen Fokus von Gesundheitsförderung und Prävention (I.2 a-f). | |

Die Auszubildenden

- erheben soziale, familiale und biografische Informationen sowie Unterstützungsmöglichkeiten durch Bezugspersonen und soziale Netzwerke bei alten Menschen und identifizieren Ressourcen und Herausforderungen in der Lebens- und Entwicklungsgestaltung (I.5.a).
- entwickeln gemeinsam mit alten Menschen mögliche Angebote zur sozialen und kulturellen Teilhabe und unterstützen diese (I.5.b).
- beziehen freiwillig Engagierte zur Unterstützung und Bereicherung der Lebensgestaltung in die Versorgungsprozesse von alten Menschen ein (I.5.d).
- unterstützen alte Menschen mit angeborener oder erworbener Behinderung bei der Wiederherstellung, Kompen-sation und Adaption eingeschränkter Fähigkeiten, um sie für eine möglichst selbstständige Entwicklung, Lebens-führung und gesellschaftliche Teilhabe zu befähigen (I.6.b).
- tragen durch rehabilitative Maßnahmen bei alten Menschen zum Erhalt und zur Wiedererlangung von Alltags-kompetenzen bei (I.6.c).
- fördern und gestalten die Zusammenarbeit zwischen familialen Systemen sowie den sozialen Netzwerken und den professionellen Pflegesystemen in der Versorgung von alten Menschen (I.6.d).
- erkennen Kommunikationsbarrieren, insbesondere bei spezifischen Gesundheitsstörungen oder Formen von Behinderungen im Alter, und setzen unterstützende und kompensierende Maßnahmen ein, um diese zu über-brücken (II.1.e).
- beraten alte Menschen und ihre Bezugspersonen im Umgang mit krankheits- sowie therapie- und pflegebeding-ten Anforderungen und unterstützen sie, ihre Gesundheitsziele in größtmöglicher Selbstständigkeit und Selbst-bestimmung zu erreichen (II.2.c).
- reflektieren ihre Möglichkeiten und Begrenzungen zur Gestaltung von professionellen Informations-, Instruktions-, Schulungs- und Beratungsangeboten bei alten Menschen (II.2.d).
- vertreten die im Rahmen des Pflegeprozesses gewonnenen Einschätzungen zum Pflegebedarf und zu erforderli-chen Behandlungskonsequenzen bei alten Menschen in der interprofessionellen Zusammenarbeit (III.2.f).
- übernehmen Mitverantwortung in der interdisziplinären Versorgung und Behandlung von alten Menschen und unterstützen die Kontinuität an interdisziplinären und institutionellen Schnittstellen (III.3.a).
- bringen sowohl die Perspektive der Betroffenen als auch die pflegefachliche Sichtweise in die interprofessionelle Kommunikation ein (III.3.b).
- bearbeiten interprofessionelle Konflikte in einem gemeinsamen Aushandlungsprozess auf Augenhöhe (III.3.c).
- koordinieren die Pflege von alten Menschen in verschiedenen Versorgungskontexten und organisieren Termine sowie berufsübergreifende Leistungen (III.3.d).
- koordinieren die integrierte Versorgung von chronisch kranken alten Menschen in der Primärversorgung (III.3.e).
- bewerten den gesamten Versorgungsprozess gemeinsam mit dem therapeutischen Team im Hinblick auf Orien-tierung am Bewohner, Klienten, Patienten und auf seine Partizipation (III.3.f).
- integrieren erweiterte Anforderungen zur internen und externen Qualitätssicherung in das Pflegehandeln und verstehen Qualitätsentwicklung und -sicherung als rechtlich verankertes und interdisziplinäres Anliegen in Insti-tutionen des Gesundheitswesens (IV.1.a).
- erkennen die Funktion der Gesetzgebung im Gesundheits- und Sozialbereich zur Sicherstellung des gesellschaft-lichen Versorgungsauftrags in stationären, teilstationären und ambulanten Handlungsfeldern (IV.2.c).
- überblicken auf der Grundlage eines ausreichenden Wissens ihre Handlungs- und Entscheidungsspielräume in unterschiedlichen Abrechnungssystemen (IV.2.d).



- reflektieren ihre persönliche Entwicklung als professionell Pflegende und entwickeln ein eigenes Pflegeverständnis sowie ein berufliches Selbstverständnis unter Berücksichtigung berufsethischer und eigener ethischer Überzeugungen (V.2.d).
- verfügen über ein Verständnis für die historischen Zusammenhänge des Pflegeberufs und positionieren sich mit ihrer beruflichen Pflegeausbildung im Kontext der Gesundheitsberufe unter Berücksichtigung der ausgewiesenen Vorbehaltsaufgaben (V.2.e).
- werden befähigt, sich in die gesellschaftlichen Veränderungen und berufspolitischen Entwicklungen sowie in die Weiterentwicklung des Pflegeberufs einzubringen (V.2.g).

Inhalte/Situationsmerkmale

| | |
|---------------------------------|--|
| Handlungs-anlässe | <p>Ausgewählte Pflegebedarfe bei zu pflegenden alten Menschen, deren Bezugspersonen und im familialen System</p> <ul style="list-style-type: none"> gefährdendes familiäres Coping beeinträchtigte Familienprozesse Rollenüberlastung der zu pflegenden alten Menschen und der pflegenden Bezugspersonen beeinträchtigte Haushaltsführung Informationsbedarfe zu technischen Assistenzsystemen Informationsbedarfe bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und Leistungsträgern der Rehabilitation <p>Mesoebene</p> <ul style="list-style-type: none"> Notwendigkeit der Pflegeüberleitung und der Nachsorgekonzeption für die häuslich-ambulante oder institutionelle Weiterversorgung nach Abschluss der Rehabilitationsbehandlung Notwendigkeit der settingübergreifenden Koordination der Versorgung und Fürsprache für alte Menschen, die selbst dazu nicht oder nur bedingt in der Lage sind Konflikte im interprofessionellen Team |
| Kontext- bedingungen | <ul style="list-style-type: none"> ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, Einrichtungen der Anschlussheilbehandlungen (AHB), Rehabilitation in ambulanten und häuslichen Kontexten institutionelle und gesellschaftliche Bedingungen: Case Management, gesellschaftlicher Umgang mit Behinderung, barrierefreier öffentlicher Raum sozialrechtliche Bedingungen im Hinblick auf Betreuungsleistungen und die Finanzierung von rehabilitativen Maßnahmen |
| Ausgewählte Akteure | <ul style="list-style-type: none"> Auszubildende Altenpfleger*in/intraprofessionelles Team zu pflegende alte Menschen und ihre Bezugspersonen sowie freiwillig Engagierte interprofessionelles Team (z. B. Physio-/Ergotherapeut*innen, Logopäd*innen, Ärzt*innen, Sozialarbeiter*innen, Psycholog*innen, Psychiater*innen, Psychotherapeut*innen, Diätassistent*innen, Heilpädagog*innen) zusätzliche Betreuungskräfte (§§ 43b, 84 SGB XI) Akteure im sozialen Raum (z. B. Nachbarschaft/Quartier) Leistungsträger der Rehabilitation |



| | |
|--|---|
| Erleben/ Deuten/ Verarbeiten | <p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Unklarheiten in der Aufgabenaufteilung und Konflikte an den Schnittstellen zwischen unterschiedlichen Aufgaben- und Versorgungsstrukturen, eigene pflegespezifische Rolle finden, Gefühl der Überforderung, Gefühl des Nicht-akzeptiert-Werdens <p><i>Zu pflegende Menschen und pflegende Bezugspersonen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Ambivalenz zwischen Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung von Lebensfreude, Stolz, Vertrauen in die eigenen Befähigungen, Wunsch nach Normalität, Trauer über einen Verlust, der mit den Folgen der Erkrankung verbunden ist, Zukunftsängste, z. B. Angst vor Versagen im täglichen Leben <p><i>Andere beteiligte Berufsgruppen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Unklarheiten hinsichtlich der Zusammenführung unterschiedlicher interprofessioneller Perspektiven Machtansprüche |
| Handlungsmuster | <ul style="list-style-type: none"> Planung und Umsetzung eines pflegerischen Case Managements in verschiedenen Versorgungskontexten Planung und Steuerung von interprofessionellen Fallbesprechungen Kommunikation und Koordinierung von Rehabilitationsplänen mit Absprache von Verantwortlichkeiten Anwendung von Evaluationsinstrumenten zur Wirksamkeit von interprofessionellen Rehabilitationsprozessen Interprofessionelles Konfliktmanagement Beratung/Schulung von zu pflegenden Menschen und deren Bezugspersonen sowie freiwillig Engagierten in Fragen der Wiedererlangung der eigenständigen Lebensführung und gesellschaftlichen Teilhabe Schulung bei technischen Assistenzsystemen Informationen über Finanzierung und Antragstellung von Leistungen der Rehabilitation Medikationsmanagement |
| <p>Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen</p> <ul style="list-style-type: none"> Berufs- und Pflegeverständnis in Bezug auf die Rolle der Pflege im Rehabilitationsprozess (aktuelle Studien) Überblick über ausgewählte Erkrankungen des Nervensystems und Stütz- und Bewegungssystems (z. B. Apoplex, Rheumatische Arthritis, Rückenmarkschädigungen) Grundlagen der relevanten sozialrechtlichen Vorgaben und deren Auswirkungen auf Pflege- und Unterstützungsleistungen Einblick in berufspolitische Verbände/Selbstverwaltungsorgane der Pflege (Pflegekammer) und deren Mitgestaltungsmöglichkeiten in der Gesundheitspolitik | |
| <p>Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen (Beispiele)</p> <ul style="list-style-type: none"> Rollenspiel zu Schulung und Beratung in der rehabilitativen Pflege bei zu pflegenden alten Menschen und ihren Bezugspersonen Rollenspiel und Videografie einer konflikthaften interprofessionellen Fallbesprechung | |

Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben (Beispiele)

- Reflexionsaufgabe eines Pflegeplanungsgesprächs mit einem zu pflegenden alten Menschen und seinen Bezugspersonen zur Stärkung der Alltagskompetenz und gesellschaftlichen Teilhabe in Bezug auf die Einbeziehung der Biografie und der momentanen Lebenssituation des zu pflegenden alten Menschen und seiner Bezugspersonen
- Beobachtungsaufgabe: Wie koordinieren Altenpfleger*innen Handlungsabläufe eines Überleitungs- und Case Managements (z. B. im Hinblick auf die Überleitung aus dem häuslichen Umfeld in ein Altenheim und an das sich anschließende Case Management)

Didaktischer Kommentar

Die wesentlichen Kompetenzen, die zur rehabilitativen Pflege erforderlich sind, wurden in den ersten beiden Ausbildungsdritteln angebahnt und gefördert. In dieser curricularen Einheit sind diese Kompetenzen auf die rehabilitative Pflege mit zu pflegenden alten Menschen ausgerichtet. Dabei erfolgt eine Komplexitätssteigerung, indem die setting-übergreifende Koordination der interinstitutionellen Versorgung und Fürsprache für den zu pflegenden Menschen und seine Bezugspersonen in den Vordergrund rückt. Dabei werden zwei Schwerpunkte fokussiert:

- die Beratung und Schulung von zu pflegenden alten Menschen und deren Bezugspersonen sowie freiwillig Engagierten und Betreuungspersonen in Fragen der Wiedererlangung der eigenständigen Lebensführung und gesellschaftlichen Teilhabe,
- die Positionierung und Rollenübernahme im interprofessionellen Team mit den Konfliktpotenzialen, die sich in der interprofessionellen Zusammenarbeit und in der Pflege alter Menschen und ihrer Bezugspersonen ergeben können.

Je nach praktischem Einsatz werden exemplarisch Situationen aufgenommen, die die aktuellen Erfahrungen der Auszubildenden aufgreifen. Dabei können Herausforderungen aus Sicht der Lernenden bearbeitet werden.

Mögliche Lernsituationen:

- Lernsituation, in der zu pflegende alte Menschen nach einem Schlaganfall aus der Rehabilitation in ihr häusliches Umfeld entlassen werden und sich im intransparenten System der Versorgungshilfen und -leistungen zusammen mit ihren Bezugspersonen zurechtfinden müssen, sodass ein komplexes Case Management erforderlich wird,
- Lernsituation, in der Auszubildende in Konflikte im interprofessionellen Team eingebunden sind, weil unterschiedliche Vorstellungen im Hinblick auf Rehabilitationsziele zum Ausdruck kommen,
- Lernsituation zu einer gelungenen interprofessionellen Fallbesprechung (Fragen dazu: Wodurch war die Interaktion gekennzeichnet? Welche Instrumente wurden zur Fallbesprechung herangezogen? Wie wurden die Interessen aller Beteiligten verhandelt? Welche Geltungsansprüche leiteten die Verständigung?).

CE 08 Menschen in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten

| CE 08 | Anlagen 1 und 2 PflAPrV |
|---|-----------------------------------|
| 1./2. Ausbildungsdrittel | Zeitrichtwert: 160 Stunden |
| 3. Ausbildungsdrittel | Zeitrichtwert: 90 Stunden |
| Intentionen und Relevanz | |
| <p>Die Begleitung und Unterstützung von Menschen in kritischen Lebenssituationen – zum Beispiel angesichts chronischer, onkologischer oder anderer lebenslimitierender Erkrankungen – sowie von sterbenskranken und sterbenden Menschen ist ein zentrales Thema in verschiedenen Handlungsfeldern der Pflege. Mit Blick auf palliative Pflege als von der WHO definierten Versorgungsansatz sollen die Auszubildenden lernen, daran mitzuwirken, die Lebensqualität von zu pflegenden Menschen, ihren Bezugspersonen und Familien zu verbessern, die mit Problemen und Herausforderungen konfrontiert sind, welche mit einer lebenslimitierenden Erkrankung einhergehen. Im Mittelpunkt stehen das Vorbeugen und Lindern von Leiden unter Einbezug aller Dimensionen des Menschseins.</p> <p>Die Auszubildenden setzen sich in dieser curricularen Einheit tiefgreifend mit Phänomenen auseinander, die sich in der Begegnung mit existenziell herausgeforderten Menschen und ihren Bezugspersonen zeigen. Dies stellt hohe persönliche Anforderungen an die Auszubildenden, die ebenso thematisiert werden sollen.</p> <p>In dieser curricularen Einheit werden im 1./2. Ausbildungsdrittel die Begleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen aller Altersgruppen, ihren Bezugspersonen und Familien in kritischen Lebenssituationen angesichts chronischer, onkologischer sowie lebenslimitierender Erkrankungen thematisiert. Ebenso findet eine erste Auseinandersetzung mit der Pflege sterbender Menschen statt.</p> <p>Im 3. Ausbildungsdrittel wird erweiternd die umfassende und individuelle Pflege von Menschen in komplexen kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase im Kontext ihrer familiären, sozialen, kulturellen, religiösen Bezüge und Lebenswelten sowie der institutionellen und gesellschaftlichen Bedingungen und Einflussfaktoren in den Mittelpunkt gerückt.</p> | |
| Bildungsziele | |
| <p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <p>Die Auszubildenden reflektieren den Widerstreit zwischen Mitleiden und bewusster innerer und äußerer Abgrenzung und finden zu einer begründeten – ggf. situativ wechselnden – Haltung. Ebenso reflektieren sie Widersprüche, die sich aus dem Erleben von Leid und Schmerz und möglichen (Selbst- und Fremd-)Erwartungen an das Verhalten ergeben. Für palliative Handlungsfelder, in die die hier thematisierten Situationen eingebettet sind, reflektieren die Auszubildenden das Spannungsverhältnis zwischen systemischen Zwängen versus Personenzentrierung.</p> <p>3. Ausbildungsdrittel</p> <p>Die Lernenden reflektieren den gesellschaftlich-kollektiven, institutionellen und individuellen Umgang mit Tod und Sterben in unterschiedlichen Altersstufen und Lebensphasen im Spannungsfeld von Entfremdung und Leiderfahrung. Sie nehmen die Gesellschaft und die Institutionen als Rahmung für die persönliche Auseinandersetzung mit dem Sterben sowie für die Gestaltung des Pflegeprozesses wahr.</p> | |

Kompetenzen – Anlage 1 PfIApIV

Grundlegend für das 1./2. Ausbildungsdrittel

- Die Pflege von Menschen aller Altersstufen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren (I.1 a-h).
- Pflegeprozesse und Pflegediagnostik bei Menschen aller Altersstufen mit gesundheitlichen Problemlagen planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren unter dem besonderen Fokus von Gesundheitsförderung und Prävention (I.2 a-d, f, g).

Die Auszubildenden

- pflegen, begleiten und unterstützen Menschen aller Altersstufen in Phasen fortschreitender Demenz oder schwerer chronischer Krankheitsverläufe (I.3.a).
- verfügen über grundlegendes Wissen zu Bewältigungsformen und Unterstützungsangeboten für Familien in entwicklungs- oder gesundheitsbedingten Lebenskrisen (I.3.b).
- beteiligen sich an der Durchführung eines individualisierten Pflegeprozesses bei schwerstkranken und sterbenden Menschen in verschiedenen Handlungsfeldern (I.3.c).
- begleiten schwerstkranke und sterbende Menschen, respektieren deren spezifische Bedürfnisse auch in religiöser Hinsicht und wirken mit bei der Unterstützung von Angehörigen zur Bewältigung und Verarbeitung von Verlust und Trauer (I.3.d).
- verfügen über grundlegendes Wissen zu den spezifischen Schwerpunkten palliativer Versorgungsangebote (I.3.e).
- wahren das Selbstbestimmungsrecht des zu pflegenden Menschen, insbesondere auch, wenn dieser in seiner Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt ist (I.6.a).
- erkennen eigene Emotionen sowie Deutungs- und Handlungsmuster in der Interaktion (II.1.a).
- wenden Grundsätze der verständigungs- und beteiligungsorientierten Gesprächsführung an (II.1.d).
- respektieren Menschenrechte, Ethikkodizes sowie religiöse, kulturelle, ethnische und andere Gewohnheiten von zu pflegenden Menschen in unterschiedlichen Lebensphasen (II.3.a).
- erkennen ethische Konflikt- und Dilemmasituationen, ermitteln Handlungsalternativen und suchen Argumente zur Entscheidungsfindung (II.3.c).
- sind sich der Bedeutung von Abstimmungs- und Koordinierungsprozessen in qualifikationsheterogenen Teams bewusst und grenzen die jeweils unterschiedlichen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche begründet voneinander ab (III.1.a).
- fordern kollegiale Beratung ein und nehmen sie an (III.1.b).
- wirken entsprechend den rechtlichen Bestimmungen an der Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie im Rahmen des erarbeiteten Kenntnisstandes mit (III.2.b).
- wirken entsprechend ihrem Kenntnisstand in der Unterstützung und Begleitung von Maßnahmen der Diagnostik und Therapie mit und übernehmen die Durchführung in stabilen Situationen (III.2.d).
- verfügen über grundlegendes Wissen zur integrierten Versorgung von chronisch kranken Menschen in der Primärversorgung (III.3.e).
- orientieren ihr Handeln an qualitätssichernden Instrumenten wie insbesondere evidenzbasierten Leitlinien und Standards (IV.1.b).
- verfügen über ausgewähltes Wissen zu gesamtgesellschaftlichen Veränderungen, ökonomischen, technologischen sowie epidemiologischen und demografischen Entwicklungen im Gesundheits- und Sozialsystem (IV.2.b).
- sind aufmerksam für die Ökologie in den Gesundheitseinrichtungen, verfügen über grundlegendes Wissen zu Konzepten und Leitlinien für eine ökonomische und ökologische Gestaltung der Einrichtung und gehen mit materiellen und personellen Ressourcen ökonomisch und ökologisch nachhaltig um (IV.2.e).

II.



- erschließen sich wissenschaftlich fundiertes Wissen zu ausgewählten Themen und wenden einige Kriterien zur Bewertung von Informationen an (V.1.b).
- begründen und reflektieren das Pflegehandeln kontinuierlich auf der Basis von ausgewählten zentralen pflege- und bezugswissenschaftlichen Theorien, Konzepten, Modellen und evidenzbasierten Studien (V.1.c).
- nehmen drohende Über- oder Unterforderungen frühzeitig wahr, erkennen die notwendigen Veränderungen am Arbeitsplatz und/oder des eigenen Kompetenzprofils und leiten daraus entsprechende Handlungsinitiativen ab (V.2.b).
- gehen selbstfürsorglich mit sich um und tragen zur eigenen Gesunderhaltung bei, nehmen Unterstützungsangebote wahr oder fordern diese am jeweiligen Lernort ein (V.2.c).

Kompetenzen – Anlage 2 PfIApIV

Grundlegend für das 3. Ausbildungsrittel

- Die Pflege von Menschen aller Altersstufen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren (I.1 a-h).
- Pflegeprozesse und Pflegediagnostik bei Menschen aller Altersstufen mit gesundheitlichen Problemlagen planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren unter dem besonderen Fokus von Gesundheitsförderung und Prävention (I.2 a-c, e, f).

Die Auszubildenden

- pflegen, begleiten, unterstützen und beraten Menschen aller Altersstufen sowie deren Bezugspersonen in Phasen fortschreitender Demenz oder schwerer chronischer Krankheitsverläufe sowie am Lebensende (I.3.a).
- unterstützen Familien, die sich insbesondere infolge einer Frühgeburt, einer schweren chronischen oder einer lebenslimitierenden Erkrankung in einer Lebenskrise befinden, und wirken bei der Stabilisierung des Familien- systems mit (I.3.b).
- steuern, verantworten und gestalten den Pflegeprozess bei Menschen aller Altersstufen mit akuten und chronischen Schmerzen (I.3.c).
- gestalten einen individualisierten Pflegeprozess bei schwerstkranken und sterbenden Menschen aller Altersstufen in verschiedenen Handlungsfeldern und integrieren die sozialen Netzwerke in das Handeln (I.3.d).
- begleiten und unterstützen schwerstkranke Menschen aller Altersstufen sowie nahe Bezugspersonen in Phasen des Sterbens, erkennen und akzeptieren deren spezifische Bedürfnisse und bieten Unterstützung bei der Bewältigung und Verarbeitung von Verlust und Trauer an (I.3.e).
- informieren schwerkranke und sterbende Menschen aller Altersstufen sowie deren Angehörige zu den spezifischen Schwerpunkten palliativer Versorgungsangebote (I.3.f).
- wahren das Selbstbestimmungsrecht der zu pflegenden Menschen aller Altersstufen, insbesondere auch, wenn sie in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt sind (I.6.a).
- machen sich eigene Deutungs- und Handlungsmuster in der pflegerischen Interaktion mit Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen und mit ihren unterschiedlichen, insbesondere kulturellen und sozialen Hintergründen bewusst und reflektieren sie (II.1.a).
- beraten zu pflegende Menschen aller Altersstufen und ihre Bezugspersonen im Umgang mit krankheits- sowie therapie- und pflegebedingten Anforderungen und befähigen sie, ihre Gesundheitsziele in größtmöglicher Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erreichen (II.2.c).
- setzen sich für die Verwirklichung von Menschenrechten, Ethikkodizes und die Förderung der spezifischen Bedürfnisse und Gewohnheiten von zu pflegenden Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen ein (II.3.a).



- tragen in ethischen Dilemmasituationen mit Menschen aller Altersstufen oder ihren Bezugspersonen im interprofessionellen Gespräch zur gemeinsamen Entscheidungsfindung bei (II.3.c).
- stimmen ihr Pflegehandeln zur Gewährleistung kundenorientierter komplexer Pflegeprozesse im qualifikations-heterogenen Pflegeteam ab und koordinieren die Pflege von Menschen aller Altersstufen unter Berücksichtigung der jeweiligen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche in unterschiedlichen Versorgungsformen (III.1.a).
- übernehmen Mitverantwortung für die Organisation und Gestaltung der gemeinsamen Arbeitsprozesse (III.1.e).
- führen entsprechend den rechtlichen Bestimmungen eigenständig ärztlich veranlasste Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie bei Menschen aller Altersstufen durch (III.2.b).
- unterstützen und begleiten zu pflegende Menschen aller Altersstufen umfassend auch bei invasiven Maßnahmen der Diagnostik und Therapie (III.2.d).
- vertreten die im Rahmen des Pflegeprozesses gewonnenen Einschätzungen zu Pflegediagnosen und erforderlichen Behandlungskonsequenzen bei Menschen aller Altersstufen in der interprofessionellen Zusammenarbeit (III.2.f).
- koordinieren die integrierte Versorgung von chronisch kranken Menschen aller Altersstufen in der Primärversorgung (III.3.e).
- wirken an Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie -verbesserung mit, setzen sich für die Umsetzung evidenz-basierter und/oder interprofessioneller Leitlinien und Standards ein und leisten so einen Beitrag zur Weiterentwicklung einrichtungsspezifischer Konzepte (IV.1.b).
- überprüfen regelmäßig die eigene pflegerische Praxis durch kritische Reflexionen und Evaluation im Hinblick auf Ergebnis- und Patientenorientierung und ziehen Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung der Pflegequalität (IV.1.d).
- erfassen den Einfluss gesamtgesellschaftlicher Veränderungen, ökonomischer Anforderungen, technologischer sowie epidemiologischer und demografischer Entwicklungen auf die Versorgungsverträge und Versorgungsstrukturen im Gesundheits- und Sozialsystem (IV.2.b).
- wirken an der Umsetzung von Konzepten und Leitlinien zur ökonomischen und ökologischen Gestaltung der Einrichtung mit (IV.2.e).
- erschließen sich pflege- und bezugswissenschaftliche Forschungsergebnisse bezogen auf die Pflege von Menschen aller Altersstufen und bewerten sie hinsichtlich der Reichweite, des Nutzens, der Relevanz und des Umsetzungspotenzials (V.1.b).
- begründen und reflektieren das Pflegehandeln kontinuierlich auf der Basis von vielfältigen oder spezifischen pflegewissenschaftlichen und bezugswissenschaftlichen evidenzbasierten Studienergebnissen, Theorien, Konzepten und Modellen (V.1.c).
- leiten aus beruflichen Erfahrungen in der pflegerischen Versorgung und Unterstützung von Menschen aller Altersstufen und ihren Angehörigen mögliche Fragen an Pflegewissenschaft und -forschung ab (V.1.d).
- nehmen drohende Über- oder Unterforderungen frühzeitig wahr, erkennen die notwendigen Veränderungen am Arbeitsplatz und/oder des eigenen Kompetenzprofils und leiten daraus entsprechende Handlungsinitiativen ab (V.2.b).
- setzen Strategien zur Kompensation und Bewältigung unvermeidbarer beruflicher Belastungen gezielt ein und nehmen Unterstützungsangebote frühzeitig wahr oder fordern diese aktiv ein (V.2.c).

Inhalte/Situationsmerkmale

| | |
|--------------------------|---|
| Handlungs-anlässe | 1./2. Ausbildungsdrittel <ul style="list-style-type: none"> ● Pflegebedarf bei Menschen aller Altersstufen und deren Bezugspersonen in kritischen Lebenssituationen, ausgelöst durch chronische, onkologische oder andere, auch angeborene, lebenslimitierende Erkrankungen <div style="float: right; margin-top: -20px;">►</div> |
|--------------------------|---|

| | |
|---------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● Pflegebedarf bei sterbenden Menschen bzw. Menschen in der letzten Lebensphase aller Altersstufen und deren Bezugspersonen ● gesundheits-, alters- und entwicklungsbedingte Bearbeitungs- bzw. Bewältigungsphänomene: Veränderungspotenziale, Widerstandsfaktoren, Umstellung von Lebensplänen, Coping/unwirksames Coping/Bereitschaft zum Coping ● spezifische (auch religiöse/kulturell bedingte) Selbstversorgungsbedürfnisse ● weitere Pflegediagnosen und -phänomene im Zusammenhang mit kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase: <ul style="list-style-type: none"> ○ chronische Schmerzen ○ Obstipation, Übelkeit und Erbrechen ○ Mundschleimhautprobleme ○ Gelbsucht ○ Todesangst ○ Fatigue/Schlafmangel ○ respiratorische Phänomene ○ soziale Isolation/Vereinsamungsgefahr ○ chronischer Kummer/Trauer ○ beeinträchtigtes Wohlbefinden <p>3. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> ● umfassender Pflegebedarf bei Menschen aller Altersstufen und deren Bezugspersonen in kritischen Lebenssituationen, ausgelöst durch chronische oder onkologische Erkrankungen ● umfassender Pflegebedarf bei sterbenden Menschen bzw. mit Menschen in der letzten Lebensphase aller Altersstufen und deren Bezugspersonen ● gesundheits-, alters- und entwicklungsbedingte Bearbeitungs- bzw. Bewältigungsphänomene, Veränderungspotenziale, Widerstandsfaktoren, Erfordernisse der Umstellung von Lebensplänen ● Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Hospizdiensten ● Pflegediagnosen und -phänomene im Zusammenhang mit kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hoffnungslosigkeit/Sinnkrise ○ Abschiednehmen ○ Nahrungsabbruch/Therapieabbruch ○ beeinträchtigte Familienprozesse ○ plötzlicher Kindstod ○ Entscheidungskonflikt ○ beeinträchtigte Religiosität/Sinnfindung ○ Rollenüberlastung der pflegenden Bezugsperson, auch anderer Familienmitglieder (ggf. Geschwister) ○ Gefahr der Rollendiffusion, Rollenkonflikte |
| Kontext- bedingungen | <p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> ● alle Bereiche der Akut- und Langzeitversorgung ● institutionelle und gesellschaftliche Bedingungen: Kultur/Religion |



| | |
|-------------------------------------|--|
| | <p>3. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ambulante und stationäre Palliativ- und Hospizversorgung ● institutionelle und gesellschaftliche Bedingungen: Patientenverfügung, Sterbehilfe, palliative Versorgung, gesellschaftlicher Umgang mit kritischen Lebenssituationen und Begleitung in der letzten Lebensphase |
| Ausgewählte Akteure | <ul style="list-style-type: none"> ● Auszubildende ● Menschen aller Altersstufen und deren Bezugspersonen ● Angehörige anderer Gesundheitsberufe, der Seelsorge und des Bestattungswesens im Kontext kritischer Lebenssituationen, der letzten Lebensphase und des Todes |
| Erleben/ Deuten/ Verarbeiten | <p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● belastende Gefühle, insbesondere Hilflosigkeit, Unsicherheit, Angst, Sprachlosigkeit ● Haltungen, insbesondere Mitgefühl/Mitleid, Helfen-Wollen und Nicht-helfen-Können, Abgrenzung, Sinnfragen <p><i>Zu pflegende Menschen und ihre Bezugspersonen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● belastende Gefühle, insbesondere Angst, Phasen der Trauer, Verlust, Wut, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Aggressionen, Scham, Ambivalenz, Grenzerfahrung, Verleugnung, Machtlosigkeit, Leiden, Erlösung erhoffen ● Erwartungen an Pflege und Therapie |
| Handlungsmuster | <p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <p>Fokus auf Auszubildende:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● persönliche Reflexion kritischer Lebenssituationen und des eigenen Erlebens angesichts chronisch/onkologisch erkrankter und sterbender Menschen aller Altersstufen ● Reflexion eigener Bewältigungsstrategien, Erkennen von Faktoren der Resilienz und/oder (drohender) Überforderung, frühzeitiges Annehmen und aktives Einfordern von Unterstützungsangeboten ● mit belastenden Erfahrungen umgehen, kollegiale Beratung in Anspruch nehmen, an Ritualen im Team mitwirken <p>Fokus auf zu pflegende Menschen und ihre Bezugspersonen und Familien:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pflegebedarfe feststellen, Planung, Steuerung, Durchführung, Dokumentation und Evaluation des Pflegeprozesses zur Erhaltung der Lebensqualität mit Menschen, die von kritischen Lebenssituationen betroffen sind, dabei: <ul style="list-style-type: none"> ○ Bezugnahme auf entsprechende Pflegemodelle (z. B. Trajekt-Modell nach Corbin/Strauss) ○ Auseinandersetzung mit ausgewählten chronischen oder onkologischen Erkrankungen in verschiedenen Altersstufen ○ Unterstützung bei der Emotionsbewältigung ○ aktive Bewältigung der kritischen Lebenssituation unterstützen, z. B. Sinnfindung unterstützen ○ sterbende Menschen und deren Bezugspersonen im Sterbeprozess begleiten, Trauerarbeit unterstützen ● Gestaltung von Pflegeprozessen unter Einbezug des Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ und relevanter Leitlinien sowie weiterer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse |

- Palliative Care als Konzept und Versorgungsansatz, insbesondere Leiden lindern und vorbeugen sowie Wohlbefinden fördern im Rahmen des Schmerzmanagements, bei Mundschleimhautproblemen etc.
 - personen- und situationsbezogene Gesprächsführung, u. a. Beileidsbekundungen aussprechen
 - Unterstützung z. B. bei der individuellen Auseinandersetzung mit den Veränderungen und bei der Lebensführung
 - Informationsgabe, z. B. zur Förderung der Alltagskompetenz, der Familiengesundheit und der Selbstwirksamkeit
 - eigenständige Durchführung ärztlich angeordneter Maßnahmen im Rahmen der Diagnostik und Therapie von Menschen mit chronischen und onkologischen Erkrankungen, Mitwirkung an Therapien (z. B. Chemotherapie, inkl. Arbeitsschutz, Konzepte und Leitlinien zur ökonomischen und ökologischen Gestaltung der Einrichtung)
 - Assistenz bei ärztlichen Interventionen
 - Interventionen zur Unterstützung der erwünschten Wirkung medizinischer Therapien
 - Mitwirkung an Entscheidungsfindungsprozessen
 - im intra- und interprofessionellen Team zusammenarbeiten
 - Analyse von Versorgungskontexten und Systemzusammenhängen in Einrichtungen der Akut- und Langzeitversorgung, ökonomische und ökologische Prinzipien beachten
3. Ausbildungsdriftel
- vertiefend: Pflegebedarfe feststellen und kreative, individuelle und lebensqualitätserhaltende Steuerung, Gestaltung und Evaluation des Pflegeprozesses mit Menschen und ihren Bezugspersonen, die von kritischen Lebenssituationen betroffen sind unter Einbezug sozialer, ethischer, psychischer und spiritueller Aspekte, d. h.:
 - Ausrichten des Pflegehandelns an aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen/am Palliative-Care-Konzept
 - Ausrichten des pflegerischen Handelns an Konzepten zur kultursensiblen Pflege
 - Einbezug von Leitlinien und Standards zur Versorgung chronisch und onkologisch erkrankter Menschen
 - ggf. Integration komplementärer Heilmethoden in die Pflege
 - Beratung, Schulung und Unterstützung von Menschen in kritischen Lebenssituationen bei der individuellen Auseinandersetzung mit den Veränderungen sowie bei der Erhaltung und Stärkung der eigenständigen Lebensführung, der Familiengesundheit und der Sinnfindung
 - Schulung, Beratung und Unterstützung von Bezugspersonen und freiwillig Engagierten
 - sterbende Menschen und deren Bezugspersonen im Sterbeprozess begleiten, d. h.:
 - würdevolle Pflegeprozessgestaltung in der letzten Lebensphase
 - eigenständige Durchführung von Interventionen in der letzten Lebensphase, die auf ärztlichen Anordnungen beruhen
 - personen- und situationsbezogene Kommunikation und Interaktion mit zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen in der letzten Lebensphase, z. B. Mitteilung einer Todesnachricht
 - verstorbene Menschen würdevoll versorgen und Situationen des Abschiednehmens (auch im Team) gestalten
 - interprofessionelle Zusammenarbeit im Hospiz



| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● Mitgestaltung von Entscheidungsfindungsprozessen unter Anwendung von Modellen ethischer Entscheidungsfindung und rechtlichen Aspekten, z. B. in Bezug auf Medikamentengabe, Ernährungs- und Flüssigkeitsbedarf in der letzten Lebensphase, Sterbebegleitung ● Organisation des qualifikationsheterogenen Pflegeteams im Hospiz ● Kontinuität der palliativen Versorgung an Schnittstellen sichern ● Reflexion der Qualität der pflegerischen Leistungen und der Versorgung in Hospizdiensten ● Verwendung digitaler Begleiter/Smart-Home-Technik ● Analyse von Versorgungskontexten und Systemzusammenhängen in der palliativen Pflege und im Hospiz, Beachtung ökonomischer und ökologischer Prinzipien ● Durchführung von Fallbesprechungen ● Wahrnehmung von Angeboten der kollegialen Beratung |
| Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen | <p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ungleichheiten in den Lebens- und Sterbebedingungen im internationalen Vergleich, Versorgungs(un)gerechtigkeit ● Pflegecharta, Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland ● rechtliche Auseinandersetzungen: Betreuungsrecht, Rechtsproblematik Sterbebegleitung/Sterbehilfe, Patientenverfügung, (Vorsorge-)Vollmachten, Bestattungsrecht, Hospiz- und Palliativgesetz, Sterbebegleitrecht ● Überlastungsanzeige ● Selbsthilfegruppen ● Reflexion der häuslichen Versorgung: Erwartungshaltungen, Rollenverständnisse <p>3. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Entstehung und Bedeutung von Disease-Management-Programmen ● Gegenüberstellung und Reflexion palliativer Handlungsfelder, Reflexion der Versorgungsrealität ● Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich Palliative Care |
| Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen (Beispiele) | <ul style="list-style-type: none"> ● Rollenspiele zu konkreten Situationen, z. B. auf eine Diagnosemitteilung angemessen reagieren, Beileidsbekundungen aussprechen, Mitteilung einer Todesnachricht ● Pflegeinterventionen üben, z. B. spezielle Mundpflege ● Besuch eines Hospizes und/oder einer Palliativstation (ggf. Expertin/Experten einladen) |
| Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben (Beispiele) | <ul style="list-style-type: none"> ● Menschen, die von einer chronischen Krankheit betroffen sind, interviewen, – mit besonderem Augenmerk auf die erste Konfrontation damit und auf Bearbeitungs-/Bewältigungsstrategien; Pflegebedarf feststellen und Pflegeprozess gestalten ● Pflegesituationen mit sterbenden Menschen beobachten: Wie gehen Pflegepersonen damit um? Wie wird im Team darüber gesprochen? Wie werden Aushandlungsprozesse gestaltet? ● Pflegesituationen mit sterbenden Menschen gestalten und Erfahrungen reflektieren ● Reflexion der Versorgungsrealität: Wie sieht die Versorgungsrealität aus? Wo kann gute Versorgung warum stattfinden? Welche Defizite gibt es? (fehlendes Case Management, Koordinations- und Integrationsprobleme, Unter- und Fehlversorgung) Welche Ressourcen bleiben ungenutzt? (informelle Hilfen, freiwillig Engagierte, Hospizhelfer*innen) |

Didaktischer Kommentar

1./2. Ausbildungsdrittel

- Lernsituationen: erste Kontakte mit Menschen verschiedener Altersstufen, die mit kritischen Lebenssituationen konfrontiert werden, die ihr Leben grundlegend verändern, Sinnfragen stellen und die Unterstützung in der Selbstversorgung und Therapiebewältigung benötigen,
- Lernsituationen, in denen sich die oben genannten Handlungsanlässe zeigen (z. T. sind es Pflegediagnosen), hierzu können jeweils exemplarisch chronische und onkologische Erkrankungen als Ursache thematisiert werden, z. B.
 - Lernsituationen mit Menschen, die erfahren, dass sie an einer chronischen Erkrankung leiden (z. B. chronische Schmerzen, muskuloskelettale Erkrankungen, entzündliche Darmerkrankungen, chronische Nierenerkrankungen, Atemwegserkrankungen),
 - Lernsituationen mit Menschen, die erfahren, dass sie an einer onkologischen Erkrankung leiden (z. B. Prostatakrebs, Lungenkrebs, Darmkrebs, Brustdrüsengekrebs, Hautkrebs),
 - Lernsituationen, in denen Auszubildende zum ersten Mal mit einem sterbenden/verstorbenen Menschen und seinen Bezugspersonen konfrontiert werden,

3. Ausbildungsdrittel

- Lernsituationen mit Menschen verschiedener Altersstufen, die mit kritischen Lebenssituationen konfrontiert werden, welche ihr Leben grundlegend verändern; die sich Sinnfragen stellen und eine komplexe Pflege und Therapie benötigen (die Auszubildenden gestalten den Pflegeprozess hier zunehmend selbstständig),
- Lernsituationen, in denen sich die oben genannten Handlungsanlässe zeigen (z. T. sind es Pflegediagnosen) – hierzu können jeweils exemplarisch chronische und onkologische Erkrankungen als Ursache thematisiert werden, z. B.
 - Lernsituation eines jungen Erwachsenen, der an einer onkologischen Erkrankung leidet (z. B. Leukämie),
 - Lernsituation eines Kindes, das von einer chronischen Erkrankung betroffen ist (z. B. Spinale Muskelatrophie), inkl. Gesprächssituationen mit Eltern,
 - Lernsituation mit Menschen, die ihr Lebensende im Hospiz verbringen und von ihren Bezugspersonen unterstützt werden, umfassende und individuelle Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase,
 - Lernsituation mit Menschen, die von Multimorbidität betroffen sind,
 - Lernsituationen, in denen Auszubildende in ethische Entscheidungsfindungsprozesse eingebunden sind, z. B. weil ein/eine Bewohner*in nicht mehr ernährt werden möchte oder sich eine Sterbehilfe wünscht.

Palliative Care als Konzept und Versorgungsansatz kann in vielen Handlungsfeldern verfolgt werden, deshalb können grundlegende Aspekte auch in anderen Lerneinheiten vertieft werden. Es soll jedoch darauf geachtet werden, dass die Tiefe der Auseinandersetzung einer Erstausbildung entspricht. Das Thema Palliative Care kann in Weiterbildungen und Studiengängen vertieft werden.

CE 08 Kinder, Jugendliche und ihre Familien in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten

| CE 08 | Anlage 3 PflAPrV |
|--|----------------------------------|
| 3. Ausbildungsdrittel | Zeitrichtwert: 90 Stunden |
| <h3>Intentionen und Relevanz</h3> <p>Im 3. Ausbildungsdrittel in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege steht die umfassende Pflege und Begleitung von Kindern und Jugendlichen und ihren Familien in komplexen und kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase im Mittelpunkt. Die im 1./2. Ausbildungsdrittel erworbenen Kompetenzen sollen vertieft und auf unterschiedliche komplexe kritische Lebenssituationen, die Kinder und Jugendliche erleben, transferiert werden. Dabei entwickeln die Auszubildenden eine zunehmend spezifische und differenzierte Sichtweise auf die Pflege und Begleitung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien vor dem Hintergrund altersentsprechender Bedürfnisse und Entwicklungsaufgaben sowie kindlicher und familiärer Anpassungs- und Bewältigungsprozesse. Sie nehmen gegenüber den betroffenen Familien eine wertschätzende, ressourcenorientierte und allparteiliche Sichtweise ein, erkennen familiäre Ressourcen und Widerstandsfaktoren, integrieren soziale Hilfen und Unterstützungsnetzwerke und entwickeln gemeinsam mit den Familien Interventionen zur Erhaltung und Stärkung der Familiengesundheit. Insbesondere soll in dieser Einheit eine, auch auf wissenschaftlichen Forschungsergebnissen basierende Auseinandersetzung mit der Rolle der Geschwister bei schwerer Erkrankung eines Familienmitglieds sowie deren Begleitung und Unterstützung in den Blick genommen werden.</p> <p>Pflegerische Konzepte der ambulanten und stationären Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen sowie die damit verbundenen Anforderungen auf unterschiedlichen systemischen Ebenen sollen in die Gestaltung der Pflegeprozesse einbezogen und von denen des Erwachsenenbereichs unterschieden werden. Ebenso reflektieren die Auszubildenden ihre berufliche Rolle innerhalb des Familiensystems, insbesondere in der ambulanten Langzeitpflege.</p> | |
| <h3>Bildungsziele</h3> <p>Die Lernenden setzen sich mit der Widersprüchlichkeit des Lebensendes am Lebensanfang auseinander und reflektieren die Gestaltung von Trauerprozessen am Anfang des Lebens auf individueller, familiärer und gesellschaftlicher Ebene.</p> <p>Die Lernenden reflektieren den gesellschaftlich-kollektiven, institutionellen und individuellen Umgang mit Tod und Sterben im Kindes- und Jugendalter im Spannungsfeld von Entfremdung und Leiderfahrung. Sie nehmen die Gesellschaft und die Institutionen als Rahmung für die persönliche Auseinandersetzung mit dem Sterben sowie für die Gestaltung des Pflegeprozesses wahr.</p> | |
| <h3>Kompetenzen – Anlage 3 PflAPrV</h3> <p>Grundlegend für das 3. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Pflege von Kindern und Jugendlichen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren (I.1 a-h). Pflegeprozesse und Pflegediagnostik bei Kindern und Jugendlichen mit gesundheitlichen Problemlagen planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren unter dem besonderen Fokus von Gesundheitsförderung und Prävention (I.2 a-c, e, f). | |

Die Auszubildenden

- pflegen, begleiten, unterstützen und beraten Kinder und Jugendliche sowie deren Bezugspersonen aus unterschiedlichen Zielgruppen in Phasen schwerer chronischer Krankheitsverläufe sowie am Lebensende (I.3.a).
- unterstützen Familien, die sich insbesondere infolge einer Frühgeburt, einer schweren chronischen oder einer lebenslimitierenden Erkrankung ihres Kindes oder Jugendlichen, in einer Lebenskrise befinden, und wirken bei der Stabilisierung des Familiensystems mit (I.3.b).
- steuern, verantworten und gestalten den Pflegeprozess bei Kindern und Jugendlichen mit akuten und chronischen Schmerzen (I. 3.c).
- gestalten einen individualisierten Pflegeprozess bei schwerstkranken und sterbenden Kindern und Jugendlichen in verschiedenen Handlungsfeldern und integrieren die sozialen Netzwerke in das Handeln (I.3.d).
- begleiten und unterstützen schwerstkranke Kinder und Jugendliche sowie nahe Bezugspersonen in Phasen des Sterbens, erkennen und akzeptieren deren spezifische Bedürfnisse und bieten Unterstützung bei der Bewältigung und Verarbeitung von Verlust und Trauer an (I.3.e).
- informieren schwerkranke und sterbende Kinder und Jugendliche sowie deren Angehörige zu den spezifischen Schwerpunkten palliativer Versorgungsangebote (I.3.f).
- wahren das Selbstbestimmungsrecht der zu pflegenden Kinder und Jugendlichen, insbesondere auch, wenn sie in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt sind (I.6.a).
- machen sich eigene Deutungs- und Handlungsmuster in der pflegerischen Interaktion mit Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen und mit ihren unterschiedlichen, insbesondere kulturellen und sozialen, Hintergründen bewusst und reflektieren sie (II.1.a).
- beraten Kinder, Jugendliche und ihre Bezugspersonen im Umgang mit krankheits- sowie therapie- und pflegebedingten Anforderungen und befähigen sie, ihre Gesundheitsziele in größtmöglicher Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erreichen (II.2.c).
- setzen sich für die Verwirklichung von Menschenrechten, Ethikkodizes und die Förderung der spezifischen Bedürfnisse und Gewohnheiten von zu pflegenden Kindern und Jugendlichen und ihren Bezugspersonen ein (II.3.a).
- tragen in ethischen Dilemmasituationen mit Kindern, Jugendlichen oder ihren Bezugspersonen im interprofessionellen Gespräch zur gemeinsamen Entscheidungsfindung bei (II.3.c).
- stimmen ihr Pflegehandeln zur Gewährleistung klientenorientierter komplexer Pflegeprozesse im qualifikationsheterogenen Pflegeteam ab und koordinieren die Pflege unter Berücksichtigung der jeweiligen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche, insbesondere in der Pädiatrie und Neonatologie (III.1.a).
- beteiligen sich im Team an der Einarbeitung neuer Kolleginnen und Kollegen und leiten Auszubildende, Praktikantinnen und Praktikanten sowie freiwillig Engagierte in unterschiedlichen Versorgungssettings an (III.1.d),
- übernehmen Mitverantwortung für die Organisation und Gestaltung der gemeinsamen Arbeitsprozesse (III.1.e).
- führen entsprechend den rechtlichen Bestimmungen eigenständig ärztlich veranlasste Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie bei Kindern und Jugendlichen durch (III.2.b).
- beobachten und interpretieren die mit einem medizinischen Eingriff bei Kindern und Jugendlichen verbundenen Pflegephänomene und Komplikationen auch in instabilen oder krisenhaften gesundheitlichen Situationen (III.2.c).
- unterstützen und begleiten zu pflegende Kinder und Jugendliche sowie deren Bezugspersonen umfassend auch bei invasiven Maßnahmen der Diagnostik und Therapie (III.2.d).
- vertreten die im Rahmen des Pflegeprozesses gewonnenen Einschätzungen zu Pflegediagnosen und erforderlichen Behandlungskonsequenzen bei Kindern und Jugendlichen in der interprofessionellen Zusammenarbeit (III.2.f).
- koordinieren die Pflege von Kindern und Jugendlichen in verschiedenen Versorgungskontexten und organisieren Termine sowie berufsgruppenübergreifende Leistungen (III.3.d).



- koordinieren die integrierte Versorgung von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen in der Primärversorgung (III.3.e).
- wirken an Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie -verbesserung mit, setzen sich für die Umsetzung evidenzbasierter und/oder interprofessioneller Leitlinien und Standards ein und leisten so einen Beitrag zur Weiterentwicklung einrichtungsspezifischer Konzepte (IV.1.b).
- überprüfen regelmäßig die eigene pflegerische Praxis durch kritische Reflexionen und Evaluation im Hinblick auf Ergebnis- und Patientenorientierung und ziehen Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung der Pflegequalität (IV.1.d).
- wirken an der Umsetzung von Konzepten und Leitlinien zur ökonomischen und ökologischen Gestaltung der Einrichtung mit (IV.2.e).
- erschließen sich pflege- und bezugswissenschaftliche Forschungsergebnisse bezogen auf die Pflege von Kindern und Jugendlichen und bewerten sie hinsichtlich der Reichweite, des Nutzens, der Relevanz und des Umsetzungspotenzials (V.1.b).
- begründen und reflektieren das Pflegehandeln kontinuierlich auf der Basis von vielfältigen oder spezifischen pflegewissenschaftlichen und bezugswissenschaftlichen evidenzbasierten Studienergebnissen, Theorien, Konzepten und Modellen (V.1.c).
- leiten aus beruflichen Erfahrungen in der pflegerischen Versorgung und Unterstützung von Kindern, Jugendlichen und Familien mögliche Fragen an Pflegewissenschaft und -forschung ab (V.1.d)
- nehmen drohende Über- oder Unterforderungen frühzeitig wahr, erkennen die notwendigen Veränderungen am Arbeitsplatz und/oder des eigenen Kompetenzprofils und leiten daraus entsprechende Handlungsinitiativen ab (V.2.b).
- setzen Strategien zur Kompensation und Bewältigung unvermeidbarer beruflicher Belastungen gezielt ein und nehmen Unterstützungsangebote frühzeitig wahr oder fordern diese aktiv ein (V.2.c).

Inhalte/Situationsmerkmale

| | |
|-------------------------|--|
| Handlungsanlässe | <ul style="list-style-type: none"> ● umfassender Pflegebedarf von Kindern und Jugendlichen aufgrund einer chronischen und/oder lebenslimitierenden Erkrankung bzw. in der letzten Lebensphase ● gesundheits- und entwicklungsbedingte Bearbeitungs- bzw. Bewältigungsphänomene, Veränderungspotenziale, Widerstandsfaktoren, Umstellung von Lebensplänen ● Pflegediagnosen und -phänomene im Zusammenhang mit Lebenskrisen aufgrund chronischer und/oder lebenslimitierender Erkrankungen und in der letzten Lebensphase, z. B. <ul style="list-style-type: none"> ○ Hoffnungslosigkeit/Sinnkrise/Abschiednehmen ○ beeinträchtigte verbale Kommunikation ○ beeinträchtigte Wahrnehmung und Orientierung ○ beeinträchtigte Mobilität ○ akuter und chronischer Schmerz ○ Obstipation, Übelkeit/Erbrechen ○ geschädigte Haut und Mundschleimhaut ○ Blutungsgefahr ○ Infektionsgefahr ○ Fatigue ○ unwirksame Atemwegsclearance, unwirksamer Atemvorgang ○ Gefahr der Mangelernährung ○ beeinträchtigte Urinausscheidung |
|-------------------------|--|

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ Gefahr eines unausgeglichenen Flüssigkeitsvolumens ○ beeinträchtigte Familienprozesse und Veränderungen in Verhaltensweisen von Geschwistern ○ Rollenüberlastung der pflegenden Bezugspersonen ○ Rollenkonflikt, elterlich (familiär) ○ Bereitschaft für ein verbessertes familiäres Coping ○ gefährdendes familiäres Coping ○ beeinträchtigte familiäre Resilienz ○ Bereitschaft für eine verbesserte Resilienz ○ Trauer, Gefahr eines erschwertes Trauerns ○ plötzlicher Kindstod/Todgeburt ○ Entscheidungskonflikt ● Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Hospizdiensten |
| Kontext- bedingungen | <ul style="list-style-type: none"> ● Bereiche der stationären und ambulanten Akut- oder Langzeitpflege ● (tages-)stationäre und ambulante Palliativversorgung ● berufliche Rahmenbedingungen von Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen in der ambulanten (Palliativ-)Versorgung ● sozialrechtliche und institutionelle Bedingungen in der palliativen Versorgung von Kindern und Jugendlichen und ihren Familien |
| Ausgewählte Akteure | <ul style="list-style-type: none"> ● Auszubildende ● Kinder und Jugendliche mit einer schweren lebenslimitierenden Erkrankung und in der letzten Lebensphase ● Eltern, Geschwister und Familienangehörige ● Elternselbsthilfegruppen ● Unterstützungsnetzwerke ● Angehörige aller Gesundheits- und Sozialberufe im Kontext palliativer Versorgung von Kindern und Jugendlichen einschließlich der Seelsorge |
| Erleben/ Deuten/ Verarbeiten | <p>Auszubildende</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mitleiden und Gefühle der Nähe und Verbundenheit zu betroffenen Jugendlichen, die möglicherweise in ähnlichem Alter wie die Auszubildenden selbst sind ● Rollenkonflikte in Bezug auf die private und berufliche Rolle ● Unsicherheit und Sprachlosigkeit gegenüber Kindern und Jugendlichen, Bezugspersonen und Familien ● Unsicherheit in Bezug auf spirituelle Bedürfnisse und Sinnfragen <p>Zu pflegende Menschen und ihre Bezugspersonen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Wut, Aggression, Verzweiflung, Hadern mit dem Schicksal ● Erfahrung von Grenzen und Widersprüchen ● aktive Sinnsuche ● Schuldzuweisungen, Verleugnung ● Ambivalenz (Festhalten/Loslassen) ● veränderte Reaktionen und Verhaltensweisen von Geschwisterkindern, z. B. Schlaf- und Essstörungen, Regression, Rückzug, Trauer ● Schonung von Bezugspersonen, um das Leiden in der Familie zu lindern |



| | |
|------------------------------|---|
| Handlungs- muster | <ul style="list-style-type: none"> ● Feststellung der Pflegebedarfe von Kindern/Jugendlichen und des Familiensystems in kritischen Lebenssituationen und kreative, individuelle und lebensqualitätserhaltende Steuerung, Gestaltung und Evaluation des Pflegeprozesses unter Einbezug sozialer, ethischer, psychischer und spiritueller Aspekte, d. h.: <ul style="list-style-type: none"> ○ Erheben einer umfassenden Familienanamnese, anknüpfend an familienorientierte Theorien der Pflege ○ Einschätzen der Selbstpflege- und Dependenzpflegekompetenzen ○ Gestaltung einer alters- und entwicklungsgerechten Kommunikation und Interaktion ○ differenzierte Schmerzeinschätzung unter Nutzung spezifischer Assessmentinstrumente für das Kindes- und Jugendalter ○ Ausrichten des Pflegehandelns an aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen/am Palliative-Care-Konzept ○ Familien in ihrem Bewältigungsprozess unterstützen ○ Ausrichten des pflegerischen Handelns an Konzepten zur kultursensiblen Pflege ○ Einbezug spezifischer Leitlinien der pädiatrischen Onkologie (z. B. GPOH, Deutsche Schmerzgesellschaft, Arbeitskreis Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen) ○ ggf. Integration komplementärer Heilmethoden in die Pflege ● differenzierte Beobachtung und frühzeitiges Erkennen von Wechselwirkungen und Nebenwirkungen von Therapien bei Kindern in unterschiedlichen Altersgruppen ● Begleitung bei der Konfrontation mit der Diagnose und Unterstützung bei der Bewältigung von Emotionen ● Förderung der Adhärenz in Aushandlung und Abstimmung mit den Bezugspersonen von Kindern in unterschiedlichen Entwicklungsphasen ● dem Entwicklungsstand angemessene Unterstützung, Anleitung und Beratung von Kindern und Jugendlichen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit, Krankheit, Sterben und Tod ● Selbstwirksamkeit betroffener Kinder und Jugendlicher unterstützen und ihr Selbstbestimmungsrecht/ihre Autonomie wahren ● sich stellvertretend für die Bedürfnisse und Anliegen eines erkrankten Kindes und Jugendlichen und deren Bezugspersonen ins interdisziplinäre Team einbringen ● Beobachtung und Einschätzung von Verhaltensweisen und Reaktionen von Geschwisterkindern, Mitwirkung bei der Unterstützung und Begleitung von Geschwisterkindern ● Anleitung, Beratung und Unterstützung von Angehörigen anderer Berufsgruppen und freiwillig Engagierten ● sterbende Kinder/Jugendliche und deren Bezugspersonen im Sterbeprozess begleiten, d. h.: <ul style="list-style-type: none"> ○ würdevolle Pflegeprozessgestaltung in der letzten Lebensphase ○ eigenständige Durchführung von Interventionen in der letzten Lebensphase, die auf ärztlichen Anordnungen beruhen ○ personen- und situationsbezogene Kommunikation und Interaktion mit Kindern/Jugendlichen und ihren Bezugspersonen in der letzten Lebensphase ○ verstorbene Kinder und Jugendliche würdevoll versorgen und Situationen des Abschiednehmens (auch im Team) gestalten ○ interprofessionelle Zusammenarbeit im Hospiz |
|------------------------------|---|



| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Mitgestaltung von Entscheidungsfindungsprozessen unter Anwendung von Modellen ethischer Entscheidungsfindung und rechtlichen Aspekten ● Organisation des qualifikationsheterogenen Pflegeteams im Hospiz ● interprofessionelle Zusammenarbeit mit ambulanten und stationären Palliativ- und Hospizdiensten im Rahmen der Versorgung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen ● Kontinuität an den Schnittstellen der palliativen Versorgung von Kindern und Jugendlichen und die Qualität der Palliativversorgung sichern ● Verwendung digitaler Begleiter/Smart-Home-Technik ● Analyse von Versorgungskontexten und Systemzusammenhängen in der palliativen Pflege und im Hospiz für Kinder und Jugendliche ● Beachtung ökonomischer und ökologischer Prinzipien ● Durchführung von Fallbesprechungen ● Wahrnehmung von Angeboten der kollegialen Beratung |
| <p>Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Entwicklungen der ambulanten und stationären palliativen Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Sozialsystem ● spezifische Inhalte der Sozialgesetzgebung zur palliativen Versorgung von Kindern und Jugendlichen ● Patientenverfügung im Kindesalter ● Sterbehilfe im Kindesalter ggf. im Ländervergleich ● Nottaufe und Umgang mit spirituellen Bedürfnissen und Sinnfindung ● ACT-Charta (Association for Children with Lifethreatening or Terminal Conditions and their Families) ● Gegenüberstellung und Reflexion palliativer Handlungsfelder, Reflexion der Versorgungsrealität ● Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich Palliative Care |
| <p>Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen (Beispiele)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gesprächssituationen über Krankheit, Sterben und Tod mit Kindern unterschiedlicher Alters- und Entwicklungsphasen im Rollenspiel ● Gesprächssituationen mit Bezugspersonen über Ängste, Sterben und Tod ● Gesprächssituationen bzw. Interview mit Geschwisterkindern in unterschiedlichen Entwicklungsphasen ● Instruktion/Schulung zum Umgang mit technischen/digitalen Hilfsmitteln für die Pflege ● Führen eines Entlassungsgesprächs bei Therapiepausen |
| <p>Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben (Beispiele)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Beobachtungsaufgabe: Wie fördern Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen die Adhärenz von Kindern und Jugendlichen? Welche Rolle spielen dabei die begleitenden Bezugspersonen? ● Beobachtungsaufgabe: Einschätzung von Haut- und Schleimhautveränderungen unter Nutzung spezifischer Assessmentinstrumente während oder nach einer Zytostatika- und Strahlentherapie ● Gestaltung der Ernährung bei Mukositis ● Umgang mit der Infektionsprophylaxe in unterschiedlichen Pflegesituationen ● Hospitation bei Pflegefachpersonen/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen in der ambulanten pädiatrischen Palliativpflege |



- Beobachtung und Reflexion des professionellen Verhaltens in der Gestaltung von Nähe und Distanz von Pflegefachpersonen/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen in der ambulanten Kinderkrankenpflege
- Reflexion der beruflichen Rolle in der ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung
- Besuch eines Kinderhospizes und Beschreibung seiner spezifischen Charakteristika insbesondere der dort stattfindenden Pflege und Begleitung

Didaktischer Kommentar

Lernsituationen, die sich auf die oben genannten Handlungsanlässe, Pflegediagnosen und Phänomene beziehen und die durch für das Kindes- und Jugendalter spezifische chronische, onkologische und lebenslimitierende Erkrankungen verursacht sind (orientiert an den Einsätzen von Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen im 3. Ausbildungsdrittel), insbesondere sollen unterschiedliche Entwicklungsphasen/Entwicklungsaufgaben von Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf das Familiensystem einschließlich der Auswirkungen auf die Geschwister fokussiert werden:

- Lernsituation einer/eines Jugendlichen oder jungen Erwachsenen mit einer schweren chronischen Erkrankung, wie z. B. Zystische Fibrose (Mukoviszidose), chronische Niereninsuffizienz und Dialyse,
- Lernsituation eines Säuglings, eines Kleinkinds oder Schulkinds mit Tumorerkrankung z. B. des ZNS, Lymphom, Knochentumor, Nierentumor oder Keimzelltumor; orientiert am Einsatz im Vertiefungsbereich in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege,
- Lernsituation eines Kindes mit einem (häufiger) vorkommenden Syndrom und sehr kurzer Lebenserwartung,
- Lernsituation, in der die Reaktionen und Verhaltensweisen von Geschwistern auf die Erkrankung eines Familienmitglieds im Vordergrund stehen,
- Lernsituation, in der das einzige Kind verstirbt,
- Lernsituation, in der der Tod vor, während oder gleich nach der Geburt eintritt.

Palliative Care als Konzept und Versorgungsansatz kann in vielen Handlungsfeldern verfolgt werden, deshalb können grundlegende Aspekte auch in anderen Lerneinheiten vertieft werden. Es soll jedoch darauf geachtet werden, dass die Tiefe der Auseinandersetzung einer Erstausbildung entspricht. Das Thema Palliative Care in der Pädiatrie kann in Weiterbildungen und Studiengängen vertieft werden.

CE 08 Alte Menschen in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten

| CE 08 | Anlage 4 PflAPrV |
|---|----------------------------------|
| 3. Ausbildungsdrittel | Zeitrichtwert: 90 Stunden |
| Intentionen und Relevanz | |
| <p>Im 3. Ausbildungsdrittel wird erweiternd die umfassende und individuelle Pflege von alten Menschen in komplexen kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase in den Mittelpunkt gerückt. Das gesamte Umfeld betroffener alter Menschen und weitere Kontexte werden ebenso im letzten Ausbildungsabschnitt in den Blick genommen.</p> <p>Die Auszubildenden setzen sich in dieser curricularen Einheit tiefgreifend mit Phänomenen auseinander, die sich in der Begegnung mit existenziell herausgeforderten alten Menschen und ihren Bezugspersonen zeigen. Dies stellt hohe persönliche Anforderungen an die Auszubildenden, die weiterführend thematisiert werden sollen.</p> | |
| Bildungsziele | |
| <p>Die Lernenden reflektieren den gesellschaftlich-kollektiven, institutionellen und individuellen Umgang mit Tod und Sterben im Spannungsfeld von Entfremdung und Leiderfahrung. Sie nehmen die Gesellschaft und die Institutionen als Rahmung für die persönliche Auseinandersetzung mit dem Sterben sowie für die Gestaltung des Pflegeprozesses wahr.</p> | |
| Kompetenzen – Anlage 4 PflAPrV | |
| <p>Grundlegend für das 3. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Pflege von alten Menschen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und bewerten (I.1 a-h). Pflegeprozesse von alten Menschen mit gesundheitlichen Problemlagen planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren unter dem besonderen Fokus von Gesundheitsförderung und Prävention (I.2 a-c, e, f). <p>Die Auszubildenden</p> <ul style="list-style-type: none"> steuern und gestalten den Pflegeprozess bei alten sowie schwerstkranken und sterbenden alten Menschen mit akuten und chronischen Schmerzen (I.3.b). pflegen, begleiten, unterstützen und beraten alte Menschen sowie deren Bezugspersonen bei chronischen Krankheitsverläufen, akuten und chronischen Schmerzen sowie am Lebensende und beziehen die sozialen Netzwerke in das Handeln ein (I.3.c). unterstützen und anerkennen die Ressourcen von Familien, die sich insbesondere infolge von schweren chronischen oder lebenslimitierenden Erkrankungen im höheren Lebensalter in einer Lebenskrise befinden, und wirken bei der Stabilisierung des Familiensystems mit (I.3.d). kennen Hilfeangebote und Interventionswege und übernehmen Verantwortung (I.3.e). begleiten und unterstützen schwerstkranke alte Menschen sowie nahe Bezugspersonen in Phasen des Sterbens, erkennen und akzeptieren deren spezifische Bedürfnisse und bieten Unterstützung bei der Bewältigung und Verarbeitung von Verlust und Trauer an (I.3.g). | |

- informieren schwerkranke und sterbende alte Menschen sowie deren Angehörige zu den spezifischen Schwerpunkten palliativer Versorgungsangebote (I.3.h).
- wahren das Selbstbestimmungsrecht alter Menschen mit Pflegebedarf, insbesondere auch, wenn sie in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt sind (I.6.a).
- machen sich eigene Deutungs- und Handlungsmuster in der pflegerischen Interaktion mit alten Menschen und ihren Bezugspersonen und mit ihren unterschiedlichen, insbesondere kulturellen und sozialen Hintergründen bewusst und reflektieren sie (II.1.a).
- beraten alte Menschen und ihre Bezugspersonen im Umgang mit krankheits- sowie therapie- und pflegebedingten Anforderungen und befähigen sie, ihre Gesundheitsziele in größtmöglicher Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erreichen (II.2.c).
- setzen sich für die Verwirklichung von Menschenrechten, Ethikkodizes und die Förderung der spezifischen Bedürfnisse und Gewohnheiten von zu pflegenden alten Menschen und im Zusammenhang mit ihren Bezugspersonen ein (II.3.a).
- tragen in ethischen Dilemmasituationen mit alten Menschen oder ihren Bezugspersonen im interprofessionellen Gespräch zur gemeinsamen Entscheidungsfindung bei (II.3.c).
- stimmen ihr Pflegehandeln zur Gewährleistung klientenorientierter komplexer Pflegeprozesse im qualifikationsheterogenen Pflegeteam ab und koordinieren die Pflege von alten Menschen unter Berücksichtigung der jeweiligen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche, insbesondere in der stationären Langzeitversorgung und ambulanten Pflege (III.1.a).
- übernehmen Mitverantwortung für die Organisation und Gestaltung der gemeinsamen Arbeitsprozesse (III.1.e).
- führen entsprechend den rechtlichen Bestimmungen eigenständig ärztlich veranlasste Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie bei alten Menschen durch (III.2.b).
- unterstützen und begleiten zu pflegende alte Menschen umfassend auch bei invasiven Maßnahmen der Diagnostik und Therapie (III.2.d).
- vertreten die im Rahmen des Pflegeprozesses gewonnenen Einschätzungen zum Pflegedarf und erforderlichen Behandlungskonsequenzen bei alten Menschen in der interprofessionellen Zusammenarbeit (III.2.f).
- koordinieren die integrierte Versorgung von chronisch kranken alten Menschen in der Primärversorgung (III.3.e).
- wirken an Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie -verbesserung und der Weiterentwicklung wissenschaftlich gesicherter einrichtungsspezifischer Konzepte mit (IV.1.b).
- überprüfen regelmäßig die eigene pflegerische Praxis durch kritische Reflexionen und Evaluation im Hinblick auf Ergebnis- und Patientenorientierung und ziehen Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung der Pflegequalität (IV.1.d).
- kennen den Einfluss gesamtgesellschaftlicher Veränderungen, ökonomischer Anforderungen sowie epidemiologischer und demografischer Entwicklungen auf die Versorgungsstrukturen (IV.2.b).
- wirken an der Umsetzung von Konzepten und Leitlinien zur ökonomischen und ökologischen Gestaltung der Einrichtung mit (IV.2.e).
- reflektieren die Bedeutung ihres Berufs im Kontext von gesellschaftlichen, soziodemografischen und ökonomischen Veränderungen (V.1.b).
- handeln auf der Grundlage pflege- und bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse bezogen auf die Pflege von alten Menschen und reflektieren und bewerten ihr Pflegehandeln hinsichtlich möglicher Verbesserungen (V.1.c).
- nehmen drohende Über- oder Unterforderungen frühzeitig wahr, erkennen die notwendigen Veränderungen am Arbeitsplatz und/oder des eigenen Kompetenzprofils und leiten daraus entsprechende Handlungsinitiativen ab (V.2.b).
- setzen Strategien zur Kompensation und Bewältigung unvermeidbarer beruflicher Belastungen gezielt ein und nehmen Unterstützungsangebote frühzeitig wahr oder fordern diese aktiv ein (V.2.c).

| Inhalte/Situationsmerkmale | |
|-------------------------------------|--|
| Handlungs-anlässe | <ul style="list-style-type: none"> ● Pflegebedarfe alter Menschen und deren Bezugspersonen in kritischen Lebenssituationen ausgelöst durch chronische oder onkologische Erkrankungen ● Pflegebedarfe alter sterbender Menschen bzw. alter Menschen in der letzten Lebensphase und deren Bezugspersonen ● gesundheits-, alters- und entwicklungsbedingte Bearbeitungs- bzw. Bewältigungsphänomene, Veränderungspotenziale, Widerstandsfaktoren, Umstellung von Lebensplänen ● Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Hospizdiensten ● Pflegediagnosen im Zusammenhang mit kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase <ul style="list-style-type: none"> ○ Hoffnungslosigkeit/Sinnkrise ○ Abschiednehmen ○ Nahrungsabbruch/Therapieabbruch ○ Non-Compliance ○ beeinträchtigte Familienprozesse ○ Entscheidungskonflikt ○ beeinträchtigte Religiosität/Sinnfindung ○ Rollenüberlastung der pflegenden Bezugsperson |
| Kontext-bedingungen | <ul style="list-style-type: none"> ● ambulante und stationäre Palliativ- und Hospizversorgung ● institutionelle und gesellschaftliche Bedingungen: Patientenverfügung, Sterbehilfe, palliative Versorgung, gesellschaftlicher Umgang mit kritischen Lebenssituationen und Begleitung in der letzten Lebensphase |
| Ausgewählte Akteure | <ul style="list-style-type: none"> ● Auszubildende ● alte Menschen und deren Bezugspersonen ● Angehörige anderer Gesundheitsberufe, der Seelsorge und des Bestattungswesens im Kontext kritischer Lebenssituationen, der letzten Lebensphase und des Todes |
| Erleben/ Deuten/ Verarbeiten | <p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● belastende Gefühle, insbesondere Hilflosigkeit, Unsicherheit, Angst, Sprachlosigkeit ● Haltungen, insbesondere Mitgefühl/Mitleid, Helfen-Wollen und Nicht-helfen-Können, Abgrenzung, Sinnfragen <p><i>Zu pflegende Menschen und ihre Bezugspersonen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● belastende Gefühle, insbesondere Angst, Phasen der Trauer, Verlust, Wut, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Aggressionen, Scham, Ambivalenz, Grenzerfahrung, Verleugnung, Machtlosigkeit, Leiden, Erlösung erhoffen ● Erwartungen an Pflege und Therapie |
| Handlungs-muster | <ul style="list-style-type: none"> ● vertiefend: Feststellung von Pflegebedarfen und kreative, individuelle und lebensqualitätshaltende Steuerung, Gestaltung und Evaluation des Pflegeprozesses mit alten Menschen und ihren Bezugspersonen, die von kritischen Lebenssituationen betroffen sind, unter Einbezug sozialer, ethischer, psychischer und spiritueller Aspekte, d. h.: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ausrichten des Pflegehandelns an aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen/ am Palliative-Care-Konzept |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ Ausrichten des pflegerischen Handelns an Konzepten zur kultursensiblen Pflege ○ Einbezug von Leitlinien und Standards zur Versorgung chronisch und onkologisch erkrankter alter Menschen ○ ggf. Integration komplementärer Heilmethoden in die Pflege ● Beratung, Schulung und Unterstützung von alten Menschen in kritischen Lebenssituationen bei der individuellen Auseinandersetzung mit den Veränderungen sowie bei der Erhaltung und Stärkung der eigenständigen Lebensführung sowie der Familiengesundheit und bei der Sinnfindung ● Anleitung, Beratung und Unterstützung von Bezugspersonen und freiwillig Engagierten ● sterbende alte Menschen und deren Bezugspersonen im Sterbeprozess begleiten, d. h.: <ul style="list-style-type: none"> ○ würdevolle Pflegeprozessgestaltung in der letzten Lebensphase alter Menschen ○ eigenständige Durchführung von Interventionen in der letzten Lebensphase, die auf ärztlichen Anordnungen beruhen ○ personen- und situationsbezogene Kommunikation und Interaktion mit alten zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen in der letzten Lebensphase, z. B. Mitteilung einer Todesnachricht ○ würdevolle Versorgung verstorbener alter Menschen und Gestaltung von Situationen des Abschiednehmens (auch im Team) ○ interprofessionelle Zusammenarbeit im Hospiz ● Mitgestaltung von Entscheidungsfindungsprozessen unter Anwendung von Modellen ethischer Entscheidungsfindung und rechtlichen Aspekten, z. B. in Bezug auf Medikamentengabe, Ernährungs- und Flüssigkeitsbedarf in der letzten Lebensphase, Sterbebegleitung ● Organisation des qualifikationsheterogenen Pflegeteams im Hospiz ● Kontinuität der palliativen Versorgung an Schnittstellen sichern ● Reflexion der Qualität der pflegerischen Leistungen und der Versorgung in Hospizdiensten ● Verwendung digitaler Begleiter/Smart-Home-Technik ● Analyse von Versorgungskontexten und Systemzusammenhängen in der palliativen Pflege und im Hospiz ● Beachtung ökonomischer und ökologischer Prinzipien ● Durchführung von Fallbesprechungen ● Wahrnehmung von Angeboten der kollegialen Beratung |
| Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen | <ul style="list-style-type: none"> ● Entstehung und Bedeutung von Disease-Management-Programmen ● Gegenüberstellung und Reflexion palliativer Handlungsfelder, Reflexion der Versorgungsrealität ● Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich Palliative Care |
| Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen (Beispiele) | <ul style="list-style-type: none"> ● Rollenspiele zu konkreten Situationen, z. B. auf eine Diagnosemitteilung angemessen reagieren, Beileidsbekundungen aussprechen, Mitteilung einer Todesnachricht ● Pflegeinterventionen üben, z. B. spezielle Mundpflege ● Besuch eines Hospizes und/oder einer Palliativstation (ggf. Expert*in einladen) |

Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben (Beispiele)

- Alte Menschen, die von einer chronischen Krankheit betroffen sind, interviewen – mit besonderem Augenmerk auf die erste Konfrontation damit und auf Bearbeitungs-/Bewältigungsstrategien; Pflegebedarf ermitteln und Pflegeprozess gestalten
- Pflegesituationen mit sterbenden alten Menschen beobachten: Wie gehen Pflegepersonen damit um? Wie wird im Team darüber gesprochen? Wie werden Aushandlungsprozesse gestaltet?
- Pflegesituationen mit sterbenden alten Menschen gestalten und Erfahrungen reflektieren

Didaktischer Kommentar

- Lernsituationen: alte Menschen, die mit kritischen Lebenssituationen konfrontiert werden, die ihr Leben grundlegend verändern, Sinnfragen stellen und eine komplexe Pflege und Therapie benötigen (die Auszubildenden gestalten den Pflegeprozess hier zunehmend selbstverantwortlich),
- Lernsituationen, in denen sich die oben genannten Handlungsanlässe zeigen (z. T. sind es Pflegediagnosen), hierzu können jeweils exemplarisch chronische und onkologische Erkrankungen als Ursache thematisiert werden, z. B.
 - Lernsituation eines alten Menschen, der an einer onkologischen Erkrankung leidet,
 - Lernsituation zu alten Menschen, die ihr Lebensende im Hospiz verbringen und von ihren Bezugspersonen unterstützt werden, umfassende und individuelle Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase,
 - Lernsituationen zu alten Menschen, die von Multimorbidität betroffen sind,
 - Lernsituationen, in denen Auszubildende in ethische Entscheidungsfindungsprozesse eingebunden sind, z. B. weil ein alter Mensch nicht mehr ernährt werden möchte oder sich eine Sterbehilfe wünscht.

Palliative Care als Konzept und Versorgungsansatz kann in vielen Handlungsfeldern verfolgt werden, deshalb können grundlegende Aspekte auch in anderen Lerneinheiten vertieft werden. Es soll jedoch darauf geachtet werden, dass die Tiefe der Auseinandersetzung einer Erstausbildung entspricht. Das Thema Palliative Care kann in Weiterbildungen und Studiengängen vertieft werden.

CE 09 Menschen bei der Lebensgestaltung lebensweltorientiert unterstützen

| CE 09 | Anlagen 1 und 2 PflAPrV |
|---|-----------------------------------|
| 1./2. Ausbildungsdrittel | Zeitrichtwert: 150 Stunden |
| 3. Ausbildungsdrittel | Zeitrichtwert: 50 Stunden |
| Intentionen und Relevanz | |
| <p>Über die gesamte Lebensspanne sind Menschen zu einer individuellen und selbstbestimmten Gestaltung ihres Lebens aufgefordert. Die Individualität von Lebenswelten findet ihren Ausdruck in individuellen Lebensentwürfen und in einer individuellen Lebensgestaltung, die in einem hohen Maße von der persönlichen Lebensgeschichte bestimmt wird. Diese ist wiederum in historische, gesellschaftliche und kulturelle Gesamtzusammenhänge eingebunden und ohne diese nicht zu verstehen.</p> <p>In der Folge unterschiedlicher entwicklungsbedingter, funktionaler und/oder gesundheitsbedingter Herausforderungen erleben und erleiden Menschen Veränderungen oder gar Zusammenbrüche ihrer filigranen Lebenswelten vielfach dann, wenn bislang bewährte Kompensationsmechanismen ausfallen. Lebenskrisen wie Pflegebedürftigkeit beeinflussen den Wissenserwerb, die soziale Integration, das Erleben von Solidarität und die Entwicklung personaler Identität. Vor diesem Hintergrund stellen auch ein Wechsel oder notwendige Umgestaltungen des Wohnraumes und Wohnumfeldes bedeutsame Zäsuren dar, in deren Folge Teile der individuellen Lebenswelt zusammenbrechen können und neu gestaltet werden müssen. Ebenso müssen pflegende Bezugspersonen die eigenen Lebensentwürfe und die ihres Familiensystems neu ausrichten und situativ anpassen. Biografisch gewachsene Familiendynamiken verändern sich prozesshaft durch den Eintritt von Pflegebedürftigkeit.</p> <p>Diese curriculare Einheit fokussiert solche Lebenssituationen, in denen beruflich Pflegende die zu pflegenden Menschen und ihre Bezugspersonen bei der Bewältigung von Entwicklungsherausforderungen begleiten, unterstützen und beraten, um eine individuelle Lebensgestaltung zu ermöglichen. Die Anerkennung individueller Lebenswelten erfordert von den beruflich Pflegenden die Anknüpfung an die individuelle Lebensgeschichte, die Berücksichtigung der Selbsteinschätzung der Lebenssituation durch die zu pflegenden Menschen als Grundlage für eine Pflegepraxis, die sich an den individuellen Bedeutungszusammenhängen der zu Pflegenden orientiert und deren Selbstbestimmung respektiert. Pflegerische Beziehungsgestaltung und Aushandlungsprozesse sind durch die Einbindung der primären und sekundären sozialen Netze komplex und anspruchsvoll. Nicht selten stehen der stützenden und schützenden Funktion, insbesondere durch die primären sozialen Netze, Belastungen, Überlastungen und Rollenkonflikte der pflegenden Bezugspersonen gegenüber. Sie resultieren u. a. aus einer Rollenumkehr gegenüber Eltern und Schwiegereltern und in der Sandwich-Generation aus den vielfältigen Ansprüchen aus Kindererziehung, Familie, Beruf und Pflege. Der Eintritt von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit in Paarbeziehungen geht ebenfalls mit Herausforderungen einher, die eine Neuausrichtung der gemeinsamen Lebensentwürfe und Lebensgestaltung erfordern. Eine gelingende Balance zwischen den Ressourcen und positiven Wirkungen von sozialen Netzen einerseits und dem Belastungserleben und den Überforderungen andererseits ist entscheidend für eine tragfähige, langfristige und stabile familiale Pflegesituation und für den Gesundheitszustand und das Wohlbefinden des gesamten Familiensystems.</p> <p>In den ersten beiden Ausbildungsdritteln steht vor allem eine lebensweltorientierte Pflegeprozessgestaltung mit dem zu pflegenden Menschen unter Berücksichtigung seines familialen Umfeldes im Fokus. Schwerpunkte des letzten Ausbildungsdrittels sind darüber hinaus das Unterstützungsspotenzial durch Bezugspersonen und primäre sowie sekundäre soziale Netze. Dies erfordert eine Orientierung am Sozialraum und an den wichtigen Einrichtungen und Diensten, die Beratung und Unterstützung anbieten, um möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben im vertrauten und gewohnten Umfeld weiterzuführen. Für Angehörige der Pflegeberufe eröffnen sich hier – etwa in der Pflegeberatung – neue Handlungsfelder.</p> | |

Die Lebensphase von Kindern und Jugendlichen ist Gegenstand der curricularen Einheit 10 „Entwicklung und Gesundheit in Kindheit und Jugend in Pflegesituationen fördern“. Zur Vermeidung größerer Schnittmengen sind diese Altersstufen nicht erneut Gegenstand der curricularen Einheit 09. Die curriculare Einheit 09 fokussiert vielmehr die unterschiedlichen Altersstufen vom jungen Erwachsenenalter bis in das höhere und hohe Lebensalter.

Bildungsziele

1./2. Ausbildungsrittel

Die Auszubildenden reflektieren den Widerspruch zwischen Nah-Sein in der Pflegebeziehung und Fremdheitserleben in der Konfrontation mit Lebensentwürfen und Lebenswelten anderer Menschen. Sie setzen sich mit vorgeprägten Menschen- und Familienbildern sowie mit sogenannten Normalbiografien auseinander.

3. Ausbildungsrittel

Die Auszubildenden entdecken das Spannungsverhältnis zwischen Erwartungen der Bevölkerung an das Gesundheits- und Sozialsystem bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit und den gesellschaftlichen Erwartungen an die eigene/familiale Pflegebereitschaft.

Kompetenzen – Anlage 1 PfIApV

Die Auszubildenden

- integrieren in ihr Pflegehandeln lebensweltorientierte Angebote zur Auseinandersetzung mit und Bewältigung von Pflegebedürftigkeit und ihren Folgen (I.1.g).
- erheben soziale und biografische Informationen des zu pflegenden Menschen und seines familiären Umfeldes und identifizieren Ressourcen in der Lebens- und Entwicklungsgestaltung (I.5.a).
- nutzen Angebote für Menschen verschiedener Altersgruppen zur sinnstiftenden Aktivität, zur kulturellen Teilhabe, zum Lernen und Spielen und fördern damit die Lebensqualität und die umfassende Entwicklung in der Lebensspanne (I.5.b).
- berücksichtigen bei der Planung und Gestaltung von Alltagsaktivitäten die Bedürfnisse und Erwartungen, die kulturellen und religiösen Kontexte sowie die Lebens- und Entwicklungsphase der zu pflegenden Menschen (I.5.c).
- identifizieren die Potenziale freiwilligen Engagements in verschiedenen Versorgungskontexten (I.5.d).
- wahren das Selbstbestimmungsrecht des zu pflegenden Menschen, insbesondere auch, wenn dieser in seiner Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt ist (I.6.a).
- verfügen über grundlegendes Wissen zu familiären Systemen und sozialen Netzwerken und schätzen deren Bedeutung für eine gelingende Zusammenarbeit mit dem professionellen Pflegesystem ein (I.6.d).
- bauen kurz- und langfristige Beziehungen mit Menschen unterschiedlicher Altersphasen und ihren Bezugspersonen auf und beachten dabei die Grundprinzipien von Empathie, Wertschätzung, Achtsamkeit und Kongruenz (II.1.b).
- erkennen grundlegende, insbesondere gesundheits-, alters- oder kulturbedingte Kommunikationsbarrieren und setzen unterstützende Maßnahmen ein, um diese zu überbrücken (II.1.e).
- beteiligen sich an der Organisation pflegerischer Arbeit (III.1.d).
- beteiligen sich an einer effektiven interdisziplinären Zusammenarbeit in der Versorgung und Behandlung und nehmen Probleme an institutionellen Schnittstellen wahr (III.3.a).
- verfügen über grundlegendes Wissen zu rechtlichen Zuständigkeiten und unterschiedlichen Abrechnungssystemen für stationäre, teilstationäre und ambulante Pflegesektoren (IV.2.d).
- begründen und reflektieren das Pflegehandeln kontinuierlich auf der Basis von ausgewählten zentralen pflege- und bezugswissenschaftlichen Theorien, Konzepten, Modellen und evidenzbasierten Studien (V.1.c).
- verstehen die Zusammenhänge zwischen den gesellschaftlichen, soziodemografischen und ökonomischen Veränderungen und der Berufsentwicklung (V.2.f).

Kompetenzen – Anlage 2 PflAPrV

Die Auszubildenden

- entwickeln mit Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen und dem sozialen Netz altersentsprechende lebensweltorientierte Angebote zur Auseinandersetzung mit und Bewältigung von Pflegebedürftigkeit und ihren Folgen (I.1.g).
- erheben soziale, familiale und biografische Informationen sowie Unterstützungsmöglichkeiten durch Bezugspersonen und soziale Netzwerke bei Menschen aller Altersstufen und identifizieren Ressourcen und Herausforderungen in der Lebens- und Entwicklungsgestaltung (I.5.a).
- entwickeln gemeinsam mit Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen Angebote zur sinnstiftenden Aktivität, zur kulturellen Teilhabe, zum Lernen und Spielen und fördern damit die Lebensqualität und die soziale Integration (I.5.b).
- berücksichtigen bei der Planung und Gestaltung von Alltagsaktivitäten die diversen Bedürfnisse und Erwartungen, die kulturellen und religiösen Kontexte, die sozialen Lagen, die Entwicklungsphase und Entwicklungsaufgaben von Menschen aller Altersstufen (I.5.c).
- beziehen freiwillig Engagierte zur Unterstützung und Bereicherung der Lebensgestaltung in die Versorgungsprozesse von Menschen aller Altersstufen ein (I.5.d).
- fördern und gestalten die Koordination und Zusammenarbeit zwischen familialen Systemen sowie den sozialen Netzwerken und den professionellen Pflegesystemen in der pflegerischen Versorgung von Menschen aller Altersstufen (I.6.d).
- stimmen die Interaktion sowie die Gestaltung des Pflegeprozesses auf den individuellen Entwicklungsstand der zu pflegenden Menschen aller Altersstufen ab und unterstützen entwicklungsbedingte Formen der Krankheitsbewältigung (I.6.e).
- gestalten kurz- und langfristige professionelle Beziehungen mit Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen, die auch bei divergierenden Sichtweisen oder Zielsetzungen und schwer nachvollziehbaren Verhaltensweisen von Empathie, Wertschätzung, Achtsamkeit und Kongruenz gekennzeichnet sind (II.1.b).
- erkennen Kommunikationsbarrieren bei zu pflegenden Menschen aller Altersstufen, insbesondere bei spezifischen Gesundheitsstörungen oder Formen von Behinderungen, und setzen unterstützende und kompensierende Maßnahmen ein, um diese zu überbrücken (II.1.e).
- fördern und unterstützen Menschen aller Altersstufen bei der Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung über das eigene Leben, auch unter Abwägung konkurrierender ethischer Prinzipien (II.3.b).
- stimmen ihr Pflegehandeln zur Gewährleistung klientenorientierter komplexer Pflegeprozesse im qualifikationsheterogenen Pflegeteam ab und koordinieren die Pflege von Menschen aller Altersstufen unter Berücksichtigung der jeweiligen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche in unterschiedlichen Versorgungsformen (III.1.a).
- delegieren unter Berücksichtigung weiterer rechtlicher Bestimmungen ausgewählte Maßnahmen an Personen anderer Qualifikationsniveaus und überwachen die Durchführungsqualität (III.1.b).
- beraten Teammitglieder kollegial bei pflegefachlichen Fragestellungen und unterstützen sie bei der Übernahme und Ausgestaltung ihres jeweiligen Verantwortungs- und Aufgabenbereiches (III.1.c).
- beteiligen sich im Team an der Einarbeitung neuer Kolleg*innen und leiten Auszubildende, Praktikant*innen sowie freiwillig Engagierte in unterschiedlichen Versorgungssettings an (III.1.d).
- übernehmen Mitverantwortung für die Organisation und Gestaltung der gemeinsamen Arbeitsprozesse (III.1.e).
- übernehmen Mitverantwortung in der interdisziplinären Versorgung und Behandlung von Menschen aller Altersstufen und unterstützen die Kontinuität an interdisziplinären und institutionellen Schnittstellen (III.3.a).
- bewerten den Beitrag der eigenen Berufsgruppe zur Qualitätsentwicklung und -sicherung und erfüllen die anfallenden Dokumentationsverpflichtungen auch im Kontext von interner und externer Kontrolle und Aufsicht (IV.1.c).

II.



| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • begründen und reflektieren das Pflegehandeln kontinuierlich auf der Basis von vielfältigen oder spezifischen pflegewissenschaftlichen und bezugswissenschaftlichen evidenzbasierten Studienergebnissen, Theorien, Konzepten und Modellen (V.1.c). • vertreten die Notwendigkeit, die Wissensgrundlagen des eigenen Handelns kontinuierlich zu überprüfen und gegebenenfalls zu verändern (V.2.a). | |
| Inhalte/Situationsmerkmale | |
| Handlungs-anlässe | <p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> • (junge) erwachsene Menschen mit Unterstützungsbedarf in der Lebensgestaltung aufgrund gesundheitsbedingter und/oder funktionaler Veränderungen, z. B. Erkrankungsfolgen des Kreislaufsystems oder neurodegenerative Veränderungen, Unfallfolgen • Eintritt von Pflegebedürftigkeit durch: Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und Funktionseinschränkungen, z. B. in der Mobilität, in den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, in der Wahrnehmung, in den Verhaltensweisen und in der psychischen Situation, in der Selbstversorgung, im Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen, in der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte, in der Gestaltung außerhäuslicher Aktivitäten und in der Haushaltsführung • Wegfall sozialer Netzwerke und sozialer Ressourcen, soziale Isolation, Vereinsamungsgefahr • Veränderungen/Wechsel des Wohnraumes und Wohnumfeldes als Zäsur der individuellen Lebenswelt <p>3. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterstützungsbedarf von Bezugspersonen und sozialen Netzen in der Bewältigung und Gestaltung von Lebens- und Pflegesituationen • Beratungsbedarf bei Überlastungsphänomen pflegender Bezugspersonen und des Familiensystems • Gefahr der sozialen Isolation des Familiensystems in der Lebenswelt/im Quartier, im Sozialraum • Unterstützungsbedarf bei der Wohnraumgestaltung und beim Wechsel der Wohnformen • Notwendigkeit der Zusammenarbeit mit Laiinnen und Laien |
| Kontext-bedingungen | <p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> • gesellschaftliche Entwicklungen, die Lebensverläufe und Gesundheitsverläufe beeinflussen (Verhaltens- und Verhältnisprävention): Technisierung, Digitalisierung, Überfluss, Armut, Nahrungsmittelverfügbarkeit, Entgrenzung von Arbeit, kulturelle und religiöse Vielfalt • Wohnraum und Wohnumfeld, stationäre und ambulante Versorgungskontexte mit ihren Schnittstellen • rechtliche Zuständigkeiten und Abrechnungssysteme für verschiedene Pflegesektoren • Möglichkeiten sozialer Vernetzung; besondere Netzwerke von Menschen mit LSBTI-Identitäten • lebensaltersentsprechende, Entwicklungsgerechte und diversitätssensible Wohnraum- und Umgebungsgestaltung <p>3. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sozialraum, Quartier, Kommune, ländlicher und städtischer Raum • (pflege-)unterstützende Einrichtungen des Sozialraumes, z. B. Pflegestützpunkte, Pflegeberatung, Freiwilligendienste, Lotsensysteme • alternative Wohnformen für Menschen unterschiedlicher Altersstufen |

| | |
|-------------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • rechtliche Grundlagen, finanzielle Förderung und Kostenträger der Wohnberatung • sozialrechtliche Grundlagen der Pflegeberatung (SGB XI) • interne und externe Qualitätssicherung, z. B. Heimaufsicht, MDK |
| Ausgewählte Akteure | <p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> • zu pflegende Menschen ab dem jungen Erwachsenenalter bis zum höheren Lebensalter und mit unterschiedlicher sexueller und geschlechtlicher Identität • Bezugspersonen • intraprofessionelles Pflegeteam (Qualifikationsmix) <p>3. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familie, Bezugspersonen, primäre und sekundäre Netzwerke, Wahlfamilien von LSBTI, freiwillig Engagierte • intra- und interdisziplinäres Team |
| Erleben/ Deuten/ Verarbeiten | <p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <p><i>Auszubildende</i></p> <p>Erleben von</p> <ul style="list-style-type: none"> • Irritation, Ungewissheit • Stress und Zeitdruck • Nähe und Distanz • unterschiedlichen Lebensentwürfen • unterschiedlichen Werten und Normen • Frustrationsgrenzen und Gewalttendenzen • Ablehnung, Vereinnahmung • Homophobie und (unbewusste) Heteronormativität • unbegründete Ängste vor Selbstinfektion (HIV-positive Menschen) <p><i>Zu pflegender Mensch</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Entwicklungsaufgaben in der Bewältigung von Entwicklungskrisen • Umgang mit Entwicklungsstörungen • Erleben von Pflegebedürftigkeit • Erleben eines veränderten Zeitbewusstseins • Erleben von Verlust im Allgemeinen und von sozialen Kontakten im Besonderen • Diskriminierungserfahrungen, Minderheitenstress und Stigma-Management von LSBTI <p><i>Familiensystem</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Auswirkungen von Entwicklungsrisiken, Entwicklungskrisen und des Eintritts von Pflegebedürftigkeit auf das Familiensystem und auf die Entwicklung anderer Familienmitglieder <p>3. Ausbildungsdrittel</p> <p><i>Familiensystem</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Belastungserleben, Copingstrategien, Sinn- und Unterstützungserleben pflegender Bezugspersonen, Pflegebereitschaft • Belastung durch mangelnde Information, unklare Zuständigkeiten und durch Erfahrungen mit Pflegediensten |

| | |
|------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Rollenkonflikte: in der Paarbeziehung, Generationskonflikt (Kinder pflegen Eltern) • Erleben der Unterstützung durch freiwillig Engagierte vonseiten der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen <p><i>Freiwillig Engagierte</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Motive und Erwartungen im Pflegekontext, z. B. helfen zu dürfen und zu wollen, eigene Sinnstiftung • Erleben der Zusammenarbeit mit Hauptamtlichen <p><i>Beruflich Pflegende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rollenveränderungen und Verlusterleben durch den Qualifikationsmix mit überschneidenden Zuständigkeiten und den Einsatz von freiwillig Engagierten |
| Handlungs- muster | <p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> • diversitätssensible Biografiearbeit • Beobachtungen und Gespräche zur Aufschlüsselung lebensgeschichtlich bedeutsamer Verhaltensweisen • Erzählungen und Erinnerungen anregen („narrative Kultur“) • sprachlich-prozedurale und leiblich-affektive Interaktion mit demenziell veränderten Menschen • Pflegevisiten (unter Einbeziehung der Angehörigen und Bezugspersonen) • Beratungsmethoden zur Einschätzung der Situation durch die zu pflegenden Menschen (und ihre Angehörigen), zum Ausloten ihrer potenziellen Handlungsmöglichkeiten oder -barrieren • lebensweltlich orientierte Pflegedokumentation (Dokumentation eigener Perspektiven durch die zu pflegenden Menschen und ihre Bezugspersonen) • Erkennen und Verstehen biografisch bedingter unterschiedlicher Lebensentwürfe und unterschiedlicher Lebensgestaltung, subjektiver Krankheits- und Gesundheitsüberzeugungen sowie der darin vorhandenen Ressourcen • lebensweltlich orientierte Möglichkeiten sinnstiftender Aktivität für Menschen unterschiedlicher Altersstufen und kultureller Herkunft • Erfassen bedeutsamer Orientierungsmuster, elementarer Bedürfnisse und eingenommener Haltungen bei Aufnahme in eine Einrichtung oder beim Aufsuchen in der eigenen Häuslichkeit <p>3. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einschätzung der Pflegebereitschaft und Pflegekompetenzen von Bezugspersonen, in der Nachbarschaftshilfe und im Freiwilligenengagement sowie von Ressourcen und Belastungen • Koordination im Pflegeprozess mit einem qualifikationsheterogenen Team • Schulung zu ausgewählten Pflegeinterventionen und -techniken • Beratung über technische Hilfsmittel und digitale Assistenzsysteme zur Unterstützung der Kommunikation und Umfeldkontrolle • Information über Einrichtungen und Dienste sowie digitale Netzwerke im Sozialraum • Information über Angebote und Leistungsansprüche für pflegende Angehörige, zur Pflegeberatung, zu entlastenden Diensten, z. B. zur Nachbarschaftshilfe, zu Freiwilligendiensten und zu Angeboten für das eigene Wohlbefinden • Analyse von Familienkonflikten im Pflegekontext |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • (interdisziplinäre) Fallbesprechungen, um unterschiedlichen Dimensionen der Lebenswelt Rechnung zu tragen • Beratung, Begleitung und Unterstützung an institutionellen Schnittstellen und beim Wechsel des Versorgungskontextes |
|--|--|

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

1./2. Ausbildungsdrittel

- Grundlagen der Biografiearbeit
- Konzept der Lebenswelt und Lebensweltorientierung
- Veränderungen des Sprachvermögens und der sprachlichen Verständigungsfähigkeit in unterschiedlichen Demenzstadien
- Konzepte/Theorien der familienorientierten Pflege, inkl. traditionelle Familie und Vielfalt der Lebensformen
- Konzepte der inter-/transkulturellen Pflege
- Konzeptionelle Ansätze der Intersektionalität und einer Diversity-Pflege
- Pflegebedürftigkeit: sozialrechtliche Grundlagen des SGB XI, Begriff, Begutachtungsassessment (NBA), Begutachtungsrichtlinien, Pflegegrade
- Strukturmodell der Pflegedokumentation

3. Ausbildungsdrittel

- Pflege und Sorge in der Zivilgesellschaft, „Sorgende Gemeinschaften“ als gesellschaftliche Zukunftsaufgabe
- Lebenslagen und gesundheitliche/pflegerische Versorgung
- Pflegegeschichte: Die Pflege als weibliche Tätigkeit und die Pflegeberufe als Frauenberufe

Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen (Beispiele)

1./2. Ausbildungsdrittel

- szenisches Spiel zur Identifizierung von Interaktionsdimensionen und Interaktionsformen in der Interaktion mit demenziell veränderten Menschen
- Simulation eines Informationsgesprächs über Fragen im Zusammenhang mit der Feststellung von Pflegebedürftigkeit
- Simulation eines Beratungsgesprächs für pflegende Bezugspersonen
- Simulation eines Erstbesuches in der häuslichen Umgebung des pflegenden Menschen

3. Ausbildungsdrittel

- Gesprächssimulation mit einem älteren Menschen mit Vorschlägen zur Wohnraumanpassung
- Rollenspiele zur Information und Beratung von pflegenden Bezugspersonen, freiwillig Engagierten
- simulierte Schulung in ausgewählten Pflegetechniken

Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben (Beispiele)

1./2. Ausbildungsdrittel

- Erkundungsauftrag: Angebote der Tages- und Alltagsgestaltung in stationären Einrichtungen oder zu sozialen Aktivitäten, die von der ambulanten Pflegeeinrichtung organisiert werden, einschließlich Zuständigkeiten der verschiedenen Berufsgruppen; Einbindung/Beteiligung der beruflich Pflegenden
- Falldokumentation: Lebensgeschichten nachzeichnen
- Recherche von niederschwelligen Angeboten/Entlastungsangeboten für pflegende Bezugspersonen in der ausbildenden Einrichtung



3. Ausbildungsdrittel

- Erkundungsauftrag: Strukturen und Einbindung von Freiwilligenengagement in der ausbildenden Einrichtung und im Quartier
- Erkundungsauftrag: Unterstützungsangebote der ausbildenden Einrichtung für pflegende Bezugspersonen
- Erstellen einer Netzwerkkarte des Sozialraumes, des Quartiers
- Ermittlung alternativer Wohnformen im Quartier
- Gespräche mit zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen über Zufriedenheit mit dem pflegerischen Angebot

Didaktischer Kommentar

1./2. Ausbildungsdrittel

Lernsituationen, in denen Menschen in der Folge unterschiedlicher entwicklungsbedingter, funktionaler und/oder gesundheitsbedingter Herausforderungen ihre Lebensentwürfe neu ausrichten und ihre individuelle Lebensgestaltung anpassen müssen:

- Teilnahme an einer Veranstaltung „Erzähl mir deine Geschichte“, Erzählcafé, Packen eines Erinnerungskoffers,
- Lernsituation eines älteren Menschen mit Migrationsgeschichte ohne Familiennachzug, der pflegebedürftig wird und sein gewohntes Lebensumfeld im Quartier nicht verlassen möchte,
- Lernsituation eines jungen Erwachsenen, der nach einer Querschnittslähmung in Folge eines Motorradunfalls (vorübergehend) in einer Pflegeeinrichtung lebt und eine Neuausrichtung seines Wohnumfeldes und eine berufliche Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt anstrebt,
- Lernsituation eines älteren Menschen, der z. B. nach mehrfachen Sturzereignissen oder aufgrund einer schweren Hör- oder Sehbeeinträchtigung nicht in das häusliche Lebensumfeld zurückkehren kann.

3. Ausbildungsdrittel

- Lernsituation einer überlasteten pflegenden Bezugsperson, die in der Entscheidungssituation steht, ob sie die familiäre Pflege ihres von fortgeschrittenen Demenz betroffenen Angehörigen weiterführen kann,
- Lernsituation eines älteren männlichen homosexuellen Paares in der Pflegeberatung, das aufgrund von HIV-Positivität bereits von einer Pflegeeinrichtung abgewiesen worden ist,
- Lernsituation, in der die Anliegen von Menschen, die einen Pflegestützpunkt aufsuchen, thematisiert werden,
- Lernsituation einer Familie der Sandwich-Generation mit schulpflichtigen Kindern und pflegebedürftigen Eltern/Schwiegereltern.

Hier bietet es sich an, eine Einheit zur Geschichte der Pflege(-Berufe) als Geschichte der Frauenberufe zu integrieren, in der die historischen und gesellschaftlichen Zusammenhänge rekonstruiert werden, unter denen sich der Pflegeberuf zu einem Frauenberuf entwickelt hat. In der Lerneinheit können zudem die Merkmale und Auswirkungen segregierter Berufe erörtert und die gesellschaftliche Reproduktion von Geschlechterbenachteiligung am Beispiel des Pflegeberufs problematisiert werden.

CE 09 Alte Menschen bei der Lebensgestaltung

lebensweltorientiert unterstützen

| CE 09 | Anlage 4 PflAPrV |
|--|-----------------------------------|
| 3. Ausbildungsdrittel | Zeitrichtwert: 110 Stunden |
| <h3>Intentionen und Relevanz</h3> <p>Diese curriculare Einheit schließt an die korrespondierende curriculare Einheit aus der generalistischen Ausbildungssphase der ersten beiden Ausbildungsdrittel an. Der Schwerpunkt im letzten Ausbildungsdrittel liegt für die Auszubildenden, die sich für einen Abschluss als Altenpflegerin/Altenpfleger entschieden haben, in der lebensweltorientierten Begleitung und Unterstützung von älteren Menschen in ihrer Lebensgestaltung. Ältere Menschen müssen in besonderer Weise aufgrund entwicklungsbedingter, funktionaler und/oder gesundheitsbedingter Herausforderungen und sozialer Veränderungen ihre Lebensentwürfe wiederholt neu ausrichten und situativ anpassen, wobei sich hier auch neue Möglichkeiten der sozialen Integration und der Sinnfindung eröffnen.</p> <p>Während in den ersten beiden Ausbildungsdritteln vor allem eine lebensweltorientierte Pflegeprozessgestaltung mit dem zu pflegenden älteren Menschen unter Berücksichtigung seines familialen Umfeldes im Fokus stand, werden in den Schwerpunkten des letzten Ausbildungsdrittels darüber hinaus das Unterstützungsspotenzial durch Bezugspersonen und primäre sowie sekundäre soziale Netze in den Blick genommen. Dies erfordert eine Orientierung am Sozialraum und an den wichtigen Einrichtungen und Diensten, die Beratung und Unterstützung anbieten, um möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben im vertrauten und gewohnten Umfeld weiterzuführen. Für Angehörige der Pflegeberufe eröffnen sich hier – etwa in der Pflegeberatung – neue Handlungsfelder.</p> | |
| <h3>Bildungsziele</h3> <p>Die Auszubildenden entdecken das Spannungsverhältnis zwischen Erwartungen der Bevölkerung an das Gesundheits- und Sozialsystem bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit und den gesellschaftlichen Erwartungen an die eigene/familiale Pflegebereitschaft.</p> | |
| <h3>Kompetenzen – Anlage 4 PflAPrV</h3> <p>Die Auszubildenden</p> <ul style="list-style-type: none"> entwickeln mit alten Menschen, ihren Bezugspersonen und dem sozialen Netz altersentsprechende lebensweltorientierte Angebote zur Auseinandersetzung mit und Bewältigung von Pflegebedürftigkeit und ihren Folgen (I.1.g). erheben soziale, familiale und biografische Informationen sowie Unterstützungsmöglichkeiten durch Bezugspersonen und soziale Netzwerke bei alten Menschen und identifizieren Ressourcen und Herausforderungen in der Lebens- und Entwicklungsgestaltung (I.5.a). entwickeln gemeinsam mit alten Menschen mögliche Angebote zur sozialen und kulturellen Teilhabe und unterstützen diese (I.5.b). berücksichtigen bei der Planung und Gestaltung von Alltagsaktivitäten die Bedürfnisse und Erwartungen, die kulturellen Kontexte sowie die sozialen Lagen und die Entwicklungsphase von alten Menschen (I.5.c). beziehen freiwillig Engagierte zur Unterstützung und Bereicherung der Lebensgestaltung in die Versorgungsprozesse von alten Menschen ein (I.5.d). | |

- fördern und gestalten die Zusammenarbeit zwischen familialen Systemen sowie den sozialen Netzwerken und den professionellen Pflegesystemen in der pflegerischen Versorgung von alten Menschen (I.6.d).
- stimmen die Zusammenarbeit der Beteiligten sowie die Gestaltung des Pflegeprozesses auf den individuellen Entwicklungsstand des zu pflegenden alten Menschen ab und unterstützen entwicklungsbedingte Formen der Krankheitsbewältigung (I.6.e).
- nutzen Empathie, Wertschätzung, Akzeptanz und Kongruenz für eine professionelle Beziehungsgestaltung und Kommunikation mit alten Menschen (II.1.c).
- erkennen Kommunikationsbarrieren, insbesondere bei spezifischen Gesundheitsstörungen oder Formen von Behinderungen im Alter, und setzen unterstützende und kompensierende Maßnahmen ein, um diese zu überbrücken (II.1.e).
- fördern und unterstützen alte Menschen bei der Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung über das eigene Leben, auch unter Abwägung konkurrierender ethischer Prinzipien (II.3.b).
- stimmen ihr Pflegehandeln zur Gewährleistung klientenorientierter komplexer Pflegeprozesse im qualifikationsheterogenen Pflegeteam ab und koordinieren die Pflege von alten Menschen unter Berücksichtigung der jeweiligen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche, insbesondere in der stationären Langzeitversorgung und ambulanten Pflege (III.1.a).
- delegieren unter Berücksichtigung weiterer rechtlicher Bestimmungen ausgewählte Maßnahmen an Personen anderer Qualifikationsniveaus und überwachen die Durchführungsqualität (III.1.b).
- beraten Teammitglieder kollegial bei pflegefachlichen Fragestellungen und unterstützen sie bei der Übernahme und Ausgestaltung ihres jeweiligen Verantwortungs- und Aufgabenbereiches (III.1.c).
- beteiligen sich im Team an der Einarbeitung neuer Kolleg*innen und leiten Auszubildende, Praktikant*innen sowie freiwillig Engagierte in unterschiedlichen Versorgungssettings an (III.1.d).
- reflektieren ihre eigene Rolle in der Zusammenarbeit und wenden das Wissen über erfolgreiche Teamarbeit an (III.1.f).
- übernehmen Mitverantwortung in der interdisziplinären Versorgung und Behandlung von alten Menschen und unterstützen die Kontinuität an interdisziplinären und institutionellen Schnittstellen (III.3.a).
- beachten den Beitrag der eigenen Berufsgruppe zur Qualitätsentwicklung und -sicherung und erfüllen die anfallenden Dokumentationsverpflichtungen auch im Kontext von interner und externer Kontrolle und Aufsicht (IV.1.c).
- handeln auf der Grundlage pflege- und bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse bezogen auf die Pflege von alten Menschen und reflektieren und bewerten ihr Pflegehandeln hinsichtlich möglicher Verbesserungen (V.1.c).
- bewerten das lebenslange Lernen als ein Element der persönlichen und beruflichen Weiterentwicklung und übernehmen Eigeninitiative und Verantwortung für das eigene Lernen (V.2.a).

Inhalte/Situationsmerkmale

| | |
|---------------------------|---|
| Handlungsanlässe | <ul style="list-style-type: none"> ● Unterstützungsbedarf von Bezugspersonen und sozialen Netzen in der Bewältigung und Gestaltung von Lebens- und Pflegesituationen alter Menschen ● Beratungsbedarf bei Überlastungsphänomenen pflegender Bezugspersonen und des Familiensystems ● Gefahr der sozialen Isolation des Familiensystems in der Lebenswelt/im Quartier ● Unterstützungsbedarf bei der Wohnraumgestaltung und beim Wechsel der Wohnformen ● Notwendigkeit der Zusammenarbeit mit Laiinnen und Laien |
| Kontextbedingungen | <ul style="list-style-type: none"> ● Sozialraum, Quartier, Kommune, ländlicher und städtischer Raum ● (pflege-)unterstützende Einrichtungen des Sozialraumes, z. B. Pflegestützpunkte, Pflegeberatung, Freiwilligendienste, Lotsensysteme |

| | |
|-------------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● alternative Wohnformen für alte Menschen ● rechtliche Grundlagen, finanzielle Förderung und Kostenträger der Wohnberatung ● sozialrechtliche Grundlagen der Pflegeberatung (SGB XI) ● interne und externe Qualitätssicherung, z. B. Heimaufsicht, MDK |
| Ausgewählte Akteure | <ul style="list-style-type: none"> ● zu pflegende alte Menschen ● Familie, Bezugspersonen, primäre und sekundäre Netzwerke, Wahlfamilien von LSBTI, freiwillig Engagierte ● intra- und interdisziplinäres Team |
| Erleben/ Deuten/ Verarbeiten | <p><i>Zu pflegende alte Menschen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Erleben von veränderten Rollen und Rollenumkehr (Eltern werden von ihren Kindern gepflegt) <p><i>Familiensystem</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Belastungserleben, Copingstrategien, Sinn- und Unterstützungserleben pflegender Bezugspersonen, Pflegebereitschaft ● Belastung durch mangelnde Information, unklare Zuständigkeiten und durch Erfahrungen mit Pflegediensten ● Rollenkonflikte: in der Paarbeziehung, Generationskonflikt (Kinder pflegen Eltern) ● Erleben der Unterstützung durch freiwillig Engagierte vonseiten der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen <p><i>Freiwillig Engagierte</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Motive und Erwartungen im Pflegekontext, z. B. helfen zu dürfen und zu wollen, eigene Sinnstiftung ● Erleben der Zusammenarbeit mit Hauptamtlichen <p><i>Beruflich Pflegende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Rollenveränderungen und Verlusterleben durch den Qualifikationsmix mit überschneidenden Zuständigkeiten und durch den Einsatz von freiwillig Engagierten |
| Handlungsmuster | <ul style="list-style-type: none"> ● Einschätzung von Dependenzpflegekompetenzen, Ressourcen und Belastungen ● Koordination im Pflegeprozess mit einem qualifikationsheterogenen Team ● Schulung zu ausgewählten Pflegeinterventionen und -techniken ● Beratung über technische Hilfsmittel und digitale Assistenzsysteme zur Unterstützung der Kommunikation und Umfeldkontrolle ● Information über Einrichtungen, Dienste und digitale Netzwerke im Sozialraum ● Information über Angebote und Leistungsansprüche für pflegende Bezugspersonen, zur Pflegeberatung, zu entlastenden Diensten, z. B. zur Nachbarschaftshilfe, zu Freiwilligendiensten und zu Angeboten für das eigene Wohlbefinden ● Analyse von Familienkonflikten im Pflegekontext ● (interdisziplinäre) Fallbesprechungen, um unterschiedlichen Dimensionen der Lebenswelt Rechnung zu tragen ● Beratung, Begleitung und Unterstützung an institutionellen Schnittstellen und beim Wechsel des Versorgungskontextes |



Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

- Pflegebedürftigkeit: sozialrechtliche Grundlagen des SGB XI, Begriff, Begutachtungsassessment (NBA), Begutachtungsrichtlinien, Pflegegrade
- Strukturmodell der Pflegedokumentation
- Demenz als gesellschaftliches Phänomen
- Pflege und Sorge in der Zivilgesellschaft, „Sorgende Gemeinschaften“ als gesellschaftliche Zukunftsaufgabe
- Lebenslagen und gesundheitliche/pflegerische Versorgung, z. B. Lebenslagen und Zugangsverhalten, Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund, Generationenunterschiede von LSBTI
- Pflegegeschichte: Die Pflege als weibliche Tätigkeit und die Pflegeberufe als Frauenberufe
- Pflegegeschichte: Altenpflege – vom sozialpflegerischen zum Heilberuf

Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen (Beispiele)

- Gesprächssimulation mit einem älteren Menschen mit Beratung zur Wohnraumanpassung
- Rollenspiele zur Information und Beratung von pflegenden Bezugspersonen und freiwillig Engagierten
- simulierte Schulung in ausgewählten Pflegetechniken

Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben (Beispiele)

- Erkundungsauftrag: Strukturen und Einbindung von Freiwilligenengagement in der eigenen Einrichtung und im Quartier
- Erkundungsauftrag: Unterstützungsangebote der ausbildenden Einrichtung für pflegende Bezugspersonen
- Erstellen einer Netzwerkkarte des Sozialraumes, des Quartiers
- Ermittlung alternativer Wohnformen für alte Menschen im Quartier
- Gespräche mit zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen über Zufriedenheit mit dem pflegerischen Angebot

Didaktischer Kommentar

Vorgeschlagen werden Lernsituationen, in denen alte Menschen in der Folge unterschiedlicher entwicklungsbedingter, funktionaler und/oder gesundheitsbedingter Herausforderungen ihre Lebensentwürfe neu ausrichten und ihre individuelle Lebensgestaltung anpassen müssen.

Eine Komplexitätssteigerung gegenüber den Lernsituationen der ersten beiden Ausbildungsdrittel erfolgt durch Einbeziehung des Unterstützungspotenzials von primären und sekundären sozialen Netzen:

- Lernsituation eines älteren Menschen mit Migrationsgeschichte ohne Familiennachzug, der pflegebedürftig wird und sein gewohntes Lebensumfeld im Quartier nicht verlassen möchte,
- Lernsituation eines älteren Menschen, der z. B. nach mehrfachen Sturzereignissen oder aufgrund einer schweren Hör- oder Sehbeeinträchtigung nicht in das häusliche Lebensumfeld zurückkehren kann und nach einer alternativen Wohnform sucht,
- Lernsituation einer überlasteten pflegenden Bezugsperson, die in der Entscheidungssituation steht, ob sie die familiäre Pflege ihres von fortgeschrittenen Demenz betroffenen Angehörigen weiterführen kann,
- Lernsituation, in der Anliegen von Menschen, die einen Pflegestützpunkt aufsuchen, thematisiert werden,
- Lernsituation eines älteren männlichen homosexuellen Paares in der Pflegeberatung, das aufgrund von HIV-Positivität bereits von einer Pflegeeinrichtung abgewiesen worden ist,
- Lernsituation einer Familie der Sandwich-Generation mit schulpflichtigen Kindern und pflegebedürftigen Eltern/Schwiegereltern.



Hier bietet es sich an, eine Einheit zur Geschichte der Pflege(-Berufe) als Geschichte der Frauenberufe zu integrieren, in der die historischen und gesellschaftlichen Zusammenhänge rekonstruiert werden, unter denen sich der Pflegeberuf zu einem Frauenberuf entwickelt hat. In der Lerneinheit können zudem die Merkmale und Auswirkungen segregierter Berufe erörtert und die gesellschaftliche Reproduktion von Geschlechterbenachteiligung am Beispiel des Pflegeberufs problematisiert werden.

Weiterhin kann eine Einheit zur spezifischen Berufsentwicklung der Altenpflege integriert werden.

II.

CE 10 Entwicklung und Gesundheit in Kindheit und Jugend in pflegerischen Situationen fördern

| CE 10 | Anlagen 1 und 2 PflAPrV |
|---|-----------------------------------|
| 1./2. Ausbildungsdrittel | Zeitrichtwert: 120 Stunden |
| 3. Ausbildungsdrittel | Zeitrichtwert: 60 Stunden |
| Intentionen und Relevanz | |
| <p>Diese curriculare Einheit bezieht sich schwerpunktmäßig auf die pflegerische Versorgung von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen sowie deren Bezugspersonen und nimmt in besonderer Weise die Entwicklungsförderung von Kindern und Jugendlichen in den Blick. Dabei folgt die curriculare Einheit zwei grundsätzlichen Intentionen, nämlich den Auszubildenden sowohl eine Orientierung über das Handlungsfeld der Pflege von Kindern und Jugendlichen zu geben und damit den Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung vor- oder nachzubereiten als auch das Thema der Entwicklungsförderung als Schwerpunkt für den Vertiefungseinsatz in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege während der praktischen (generalistischen) Ausbildung einzuführen.</p> <p>Entwicklungsförderung und die Unterstützung von Familiensystemen erfolgen in allen Settings, in denen pädiatrische Einsätze stattfinden. Nahezu alle Einrichtungen tragen den entwicklungsbedingten Anforderungen von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen sowie den Bedarfen von Familien durch spezifische Kontextbedingungen Rechnung. Sie sind mit sozialen, kulturellen und räumlichen Besonderheiten verbunden, die die (pflegerischen) Gestaltungsspielräume wesentlich mitbestimmen.</p> <p>Die subjektive Betroffenheit von Krankheit erfordert erhebliche soziale Anpassungsleistungen von Kindern und Jugendlichen sowie deren Bezugspersonen. Die situationsorientierte Unterstützung durch die professionelle Pflege muss so gestaltet werden, dass Selbstständigkeit und Selbstbestimmung entwicklungsentsprechend gewahrt und gefördert werden.</p> <p>Die pflegerische Versorgung von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen ist i. d. R. durch die Anwesenheit von Eltern/Bezugspersonen gekennzeichnet und findet nahezu immer in einer Triade statt. Eine zentrale Aufgabe der beruflich Pflegenden besteht in der Förderung der Elternkompetenz durch Information, Beratung und Schulung. Da die Eltern/Bezugspersonen oftmals spezifische pflegerische Aufgaben bei ihren Säuglingen, Kindern und Jugendlichen übernehmen, sind bei der pflegerischen Beziehungsgestaltung auch Aushandlungsprozesse und Rollenzuweisungen erforderlich. Die Lebensgewohnheiten sowie der sozioökonomische Status der Familien beeinflussen erheblich den Umgang mit gesundheits- und entwicklungsbedingten Pflegebedarfen. Zugleich findet die Pflege von kranken Säuglingen, Kindern und Jugendlichen auch in familiären Übergangssituationen statt, die z. T. mit erheblichen Veränderungen in den Lebensentwürfen und den sozialen Systemen verbunden sind. Diese Übergangssituationen können auch darauf ausgerichtet sein, die Chronifizierung eines Krankheitsverlaufs anzunehmen und zu akzeptieren.</p> <p>Die Lernsituationen in dieser curricularen Einheit sind exemplarisch an der Geburt eines Kindes (bzw. eines moderat zu früh geborenen Kindes), an den Folgen einer Neurodermatitis sowie einer Asthmaerkrankung bei Kindern und eines Diabetes mellitus Typ 1 bei einer/einem Jugendlichen ausgerichtet.</p> | |



Bildungsziele

1./2. Ausbildungsdrittel

Kindheit und Jugend bedürfen entsprechend der „Konventionen über die Rechte des Kindes“ des besonderen Schutzes. Die gesellschaftlichen Bedingungen sowie die Kontextbedingungen in der pädiatrischen Versorgung sind den Konventionen zwar verpflichtet, werden diesem Anspruch aber nicht immer gerecht. Auszubildende sollen sich mit diesem Spannungsverhältnis auseinandersetzen und dazu eine begründete und reflektierte Position einnehmen.

3. Ausbildungsdrittel

Häufig zeichnen sich die Bezugspersonen von kranken Säuglingen, Kindern und Jugendlichen durch eine hohe Expertise bezüglich des Gesundheitszustandes und der sozialen, emotionalen und kognitiven Kompetenzen ihrer Kinder aus. Dennoch bedarf es der Gestaltung von Informations- und Beratungsgesprächen. Es gilt, die damit verbundenen Rollenkonflikte zu erkennen und dazu eine ethisch reflektierte Position zu entwickeln.

Kompetenzen – Anlage 1 PfIApRv

Die Auszubildenden

- schätzen häufig vorkommende Pflegeanlässe und Pflegebedarfe in unterschiedlichen Lebens- und Entwicklungsphasen in akuten und dauerhaften Pflegesituationen ein (I.1.d).
- schlagen Pflegeziele vor, setzen gesicherte Pflegemaßnahmen ein und evaluieren gemeinsam die Wirksamkeit von Pflege (I.1.e).
- erheben soziale und biografische Informationen des zu pflegenden Menschen ((gem. PlAPrV) sowie des familiären Umfeldes und identifizieren Ressourcen in der Lebens- und Entwicklungsgestaltung (I.5.a).
- verfügen über grundlegendes Wissen zu familiären Systemen und sozialen Netzwerken und schätzen deren Bedeutung für eine gelingende Zusammenarbeit mit professionellen Pflegesystemen ein (I.6.d).
- stimmen die Interaktion sowie die Gestaltung des Pflegeprozesses auf den individuellen Entwicklungsstand der zu pflegenden Menschen ab und unterstützen entwicklungsbedingte Formen der Krankheitsbewältigung (I.6.e.).
- erkennen eigene Emotionen sowie Deutungs- und Handlungsmuster in der Interaktion (II.1.a).
- bauen kurz- und langfristige Beziehungen zu den Bezugspersonen auf und beachten dabei die Grundprinzipien von Empathie, Wertschätzung, Achtsamkeit und Kongruenz (II.1.b).
- informieren zu pflegende Menschen zu gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und leiten bei der Selbstpflege insbesondere Bezugspersonen und freiwillig Engagierte bei der Fremdpflege an (II.2.a).
- fordern kollegiale Beratung ein und nehmen sie an (III.1.b).
- beachten die Anforderungen der Hygiene und wenden Grundregeln der Infektionsprävention in den unterschiedlichen pflegerischen Versorgungsbereichen an (III.2.a).
- orientieren ihr Handeln an qualitätssichernden Instrumenten wie insbesondere evidenzbasierten Leitlinien und Standards (IV.1.b).
- verstehen und anerkennen die Bedeutung einer wissensbasierten Pflege und die Notwendigkeit, die Wissensgrundlagen des eigenen Handels kontinuierlich zu überprüfen und gegebenenfalls zu verändern (V.1.a).
- begründen und reflektieren das Pflegehandeln kontinuierlich auf der Basis von ausgewählten zentralen pflege- und bezugswissenschaftlichen Theorien, Konzepten und Modellen und evidenzbasierten Studien (V.1.c).

II.



Kompetenzen – Anlage 2 PfIApIV

Die Auszubildenden

- übernehmen Verantwortung für die Organisation, Steuerung und Gestaltung des Pflegeprozesses bei Menschen aller Altersstufen (I.1.b).
- nutzen allgemeine und spezifische Assessmentverfahren bei Menschen aller Altersstufen und beschreiben den Pflegebedarf unter Verwendung von pflegediagnostischen Prozessen (I.1.c).
- handeln die Pflegeprozessgestaltung mit den zu pflegenden Menschen aller Altersstufen und ggf. ihren Bezugspersonen aus, setzen gesicherte Pflegemaßnahmen ein und evaluieren gemeinsam die Wirksamkeit der Pflege (I.1.e).
- stärken die Kompetenzen von Angehörigen im Umgang mit pflegebedürftigen Menschen, unterstützen und fördern die Familiengesundheit (I.2.c).
- unterstützen Familien, die sich infolge einer Frühgeburt, einer schweren chronischen Erkrankung oder einer lebenslimitierenden Erkrankung in einer Lebenskrise befinden und wirken bei der Stabilisierung des Familiensystems mit (I.3.b).
- stimmen die Interaktion sowie die Gestaltung des Pflegeprozesses auf den individuellen Entwicklungsstand der zu pflegenden Menschen aller Altersstufen ab und unterstützen entwicklungsbedingte Formen der Krankheitsbewältigung (I.6.e.).
- gestalten die Kommunikation von Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen in unterschiedlichen Pflegesituationen unter Einsatz verschiedener Interaktionsformen und balancieren das Spannungsverhältnis von Nähe und Distanz aus (II.1.c).
- reflektieren sich abzeichnende oder bestehende Konflikte in pflegerischen Versorgungssituationen und entwickeln Ansätze zur Konfliktlösung, auch unter Hinzuziehung von Angeboten zur Reflexion professioneller Kommunikation (II.1.f.).
- reflektieren Phänomene der Macht und von Machtmissbrauch in pflegerischen Handlungsfeldern in der Versorgung von zu pflegenden Menschen aller Altersstufen (II.1.g).
- informieren zu komplexen gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und weitergehenden Fragen der pflegerischen Versorgung (II.2.a).
- setzen Schulungen mit Einzelpersonen und kleineren Gruppen zu pflegender Menschen um (II.2.b).
- beraten zu pflegende Menschen aller Altersstufen und ihre Bezugspersonen im Umgang mit krankheits- sowie therapie- und pflegebedingten Anforderungen und befähigen sie und ihre Bezugspersonen, ihre Gesundheitsziele in größtmöglicher Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erreichen (II.2.c).
- setzen sich für die Verwirklichung von Menschenrechten, Ethikkodizes und die Förderung der spezifischen Bedürfnisse zu pflegender Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen ein (II.3.a).
- tragen in ethischen Dilemmasituationen mit Menschen aller Altersstufen oder ihren Bezugspersonen im interprofessionellen Gespräch zur gemeinsamen Entscheidungsfindung bei (II.3.c).
- beachten umfassend die Anforderungen der Hygiene und wirken verantwortlich an der Infektionsprävention in den unterschiedlichen pflegerischen Versorgungsbereichen mit (III.2.a).
- unterstützen und begleiten zu pflegende Menschen aller Altersstufen umfassend auch bei invasiven Maßnahmen der Diagnostik und Therapie (III.2.d).
- vertreten die im Rahmen des Pflegeprozesses gewonnenen Einschätzungen zu Pflegediagnosen und erforderlichen Behandlungskonsequenzen bei Menschen aller Altersstufen in der interprofessionellen Zusammenarbeit (III.2.f.).
- übernehmen Mitverantwortung in der interdisziplinären Versorgung und Behandlung von Menschen aller Altersstufen und unterstützen die Kontinuität an interdisziplinären und institutionellen Schnittstellen (III.3.a).



- bringen die pflegefachliche Sichtweise in die interprofessionelle Kommunikation ein (III.3.b).
- wirken an Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie -verbesserung mit, setzen sich für die Umsetzung evidenzbasierter und/oder interprofessioneller Leitlinien und Standards ein und leisten so einen Beitrag zur Weiterentwicklung einrichtungsspezifischer Konzepte (IV.1.b).
- überprüfen regelmäßig die eigene pflegerische Praxis durch kritische Reflexionen und Evaluation im Hinblick auf Ergebnis- und Patientenorientierung und ziehen Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung der Pflegequalität (IV.1.d).
- üben ihren Beruf im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben sowie unter Berücksichtigung ihrer ausbildungs- und berufsbezogenen Rechte und Pflichten eigenverantwortlich aus (IV.2.a).
- begründen und reflektieren das Pflegehandeln kontinuierlich auf der Basis von vielfältigen oder spezifischen pflegewissenschaftlichen und bezugswissenschaftlichen evidenzbasierten Studienergebnissen, Theorien, Konzepten und Modellen (V.1.c).
- bewerten das lebenslange Lernen als ein Element der persönlichen und beruflichen Weiterentwicklung und übernehmen Eigeninitiative und Verantwortung für das eigene Lernen und nutzen hierfür auch moderne Informations- und Kommunikationstechnologien (V.2.a).
- nehmen drohende Über- oder Unterforderungen frühzeitig wahr, erkennen die notwendigen Veränderungen am Arbeitsplatz und/oder des eigenen Kompetenzprofils und leiten daraus entsprechende Handlungsinitiativen ab (V.2.b).
- reflektieren ihre persönliche Entwicklung als professionell Pflegende und entwickeln ein eigenes Pflegeverständnis sowie ein berufliches Selbstverständnis unter Berücksichtigung berufsethischer und eigener ethischer Überzeugungen (V.2.d).

Inhalte/Situationsmerkmale

| | |
|-------------------------|--|
| Handlungsanlässe | <p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <p>Pflegebedarfe im Wochenbett und in der Neugeborenenperiode</p> <ul style="list-style-type: none"> ● unzureichender Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbettverlauf ● reduziertes Geburtsgewicht und Unreifezeichen (fehlende Reifezeichen) beim Neugeborenen ● Wärmeverlust, Vitalitätsschwankungen, Atemstörungen, Probleme bei der Nahrungsaufnahme und bei der Ausscheidung ● fehlender Saugreflex und Schluckstörungen beim Säugling ● unterbrochenes Stillen ● Infektionsgefahr ● Gefahr einer neonatalen Gelbsucht ● frühkindliche Regulationsstörung ● Gefahr einer Entwicklungsverzögerung <p>Pflegebedarfe bezogen auf die Familiensituation und Elternkompetenzen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● beeinträchtigte Elternkompetenzen ● Gefahr einer beeinträchtigten Bindung ● beeinträchtigte soziale Interaktion ● Gefahr einer beeinträchtigten Beziehung <p>Pflegebedarfe in späteren Phasen von Kindheit und Jugend</p> <ul style="list-style-type: none"> ● großflächige Hautschädigungen, Kratzspuren, Krustenbildung und Hautblutungen ● Juckreiz und Hautläsionen |
|-------------------------|--|

- Schlafstörungen durch Juckreiz
 - Infektionsgefahr der Hautläsionen
 - Gefahr einer Hyperthermie, Wärmestauungen und Unruhe
 - Schmerzen, beeinträchtigtes Wohlbefinden
 - Gefahr einer kognitiven und sozialen Entwicklungsverzögerung, Veränderungen im Entwicklungsverlauf, soziale Isolation
- Pflegebedarfe bezogen auf die Familiensituation und Elternkompetenzen
- beeinträchtigte Elternkompetenzen
 - Rollenüberlastung der pflegenden Bezugspersonen
 - elterliche Rollenkonflikte
 - gefährdetes familiäres Coping
 - Gefahr von Machtlosigkeit
3. Ausbildungsdrittel
- Gefahr einer behinderten Atmung, Kurzatmigkeit, pfeifende Atemgeräusche, Luftnot sowie eine Unterversorgung mit Sauerstoff
 - Gefahr eines Asthmaanfalls, Hustenreiz und zäher Schleim, Atemnot bis zur Erstickungsgefahr, Ruhelosigkeit und Angst
 - Gefahr einer allergischen Reaktion
 - Risiken oder Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklung und einer sozialen Isolation
 - Notwendigkeit eines Medikamentenmanagements
- Pflegebedarfe insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, die an Diabetes mellitus erkrankt sind
- Gefahr eines instabilen Blutzuckerspiegels
 - Gefahr einer Gesundheitsschädigung bzw. einer Stoffwechselentgleisung
 - Gefahr einer Aktivitätsintoleranz
 - unwirksames Therapiemanagement
 - unwirksames Management der eigenen Gesundheit
 - gefahreneigtes Gesundheitsverhalten
 - beeinträchtigte Compliance/Adhärenz
 - Wissensdefizit bezüglich relevanter gesundheits- und pflegebezogener Themen
 - Gefahr eines geringen Selbstwertgefühls
 - Gefahr von Entwicklungsverzögerung und Überforderung durch zu frühe Selbstständigkeit oder die erhöhte Forderung an die Selbstständigkeit
 - Gefahr einer sozialen Isolation
 - Gefahr der Überforderung der Familie durch Entwicklungsaufgaben und das erforderliche situative Gesundheitsmanagement
- Pflegebedarfe bezogen auf die Familiensituation und Elternkompetenzen:
- vermeidende dysfunktionale Bewältigungsstrategien
 - familiäre Konflikte und dysfunktionale Kommunikationsformen innerhalb der Familie
 - depressive Stimmungslagen
 - Gefahr einer beeinträchtigten elterlichen Fürsorge
 - veränderte Lebenspläne und familiäre Anpassungsaufgaben



| | |
|---------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● familiäre Widerstandsfaktoren und Risiken ● Gefahr eines beeinträchtigten familiären Copings ● beeinträchtigte Familienprozesse bzw. Entwicklungsphasen |
| Kontext- bedingungen | <p>Mesoebene</p> <ul style="list-style-type: none"> ● stationäre und ambulante Einrichtungen zur pflegerischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen wie pädiatrische Einrichtungen, z. B. Kinderkliniken oder Kinderfachabteilungen ● ambulante und stationäre Versorgung gesunder Neugeborener und Wöchnerinnen ● Einrichtungen der Entwicklungs- und Gesundheitsförderung entsprechend der jeweiligen landesspezifischen Vorgaben: <ul style="list-style-type: none"> ○ kommunale Einrichtungen, z. B. Jugend- und Sozialämter ○ Beratungsstellen für Eltern, deren Kinder einen besonderen Beratungsbedarf aufweisen ○ niederschwellige Angebote zur Unterstützung von Familien und Kindern, z. B. im Rahmen von frühen Hilfen, Schulgesundheitspflege, Familiengesundheitspflege ○ Schulen ○ Kinderarztpraxen ○ gesundheitsfördernde Projekte für Kinder und Jugendliche ○ Settings der Kinder-, Jugend- und Familienförderung wie Kindertagesstätten, Horte, Elternberatungsstellen und Jugendtreffs <p>Makroebene</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gesetze, Leitlinien und Chartas, z. B. <ul style="list-style-type: none"> ○ die UN-Kinderrechtskonvention ○ die EACH-Charta ○ die Kinderrechte und Schutzgesetze ○ das Sorgerecht ○ die Selbstbestimmungsrechte von Kindern und Jugendlichen <p>3. Ausbildungsdrittel</p> <p>Mesoebene</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Einrichtungen der Gesundheitsversorgung <ul style="list-style-type: none"> ○ stationäre und ambulante Einrichtungen zur pflegerischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen wie pädiatrische Einrichtungen, z. B. Kinderkliniken oder Kinderfachabteilungen <p>Makroebene</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gesetze, Leitlinien und Chartas, z. B. <ul style="list-style-type: none"> ○ die UN-Kinderrechtskonvention ○ die EACH-Charta ○ die Kinderrechte und Schutzgesetze ○ das Sorgerecht ○ die Selbstbestimmungsrechte von Kindern und Jugendlichen |
| Ausgewählte Akteure | <ul style="list-style-type: none"> ● Eltern, Bezugspersonen, Familien ● Neugeborene/Frühgeborene und Säuglinge, Kinder, Jugendliche sowie junge Erwachsene |

| | |
|------------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● Auszubildende, Pflegefachfrauen und -männer, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen, Angehörige anderer Berufsgruppen, z. B. Kinderärzt*innen, Hebammen/Entbindungspfleger, Ergo- und Physiotherapeut*innen, Heilpädagog*innen, Erzieher*innen, Psycholog*innen, Still- und Laktationsberater*innen, Ernährungsberater*innen, Familien- und Gesundheitspfleger*innen, Familienpfleger*innen, Pädagog*innen, Sozialarbeiter*innen |
| Erleben/ Deuten/ Verarbeiten | <p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Erleben einer Geburt/einer moderaten Frühgeburt mit leichter Unreife ● Freude über vollzogene Entwicklungsschritte eines Kindes ● Wahrnehmung von kindlicher Verletzlichkeit und Schutzbedürftigkeit ● Rollenunsicherheit gegenüber Jugendlichen und Eltern ● Ambivalenz zwischen divergierenden Bedürfnislagen und Anforderungen in Pflegesituationen mit Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen sowie im interdisziplinären Team ● Diskrepanz von unterschiedlichen kindlichen und familiären Lebenswelten, eigener familiärer Sozialisation und biografischen Erfahrungen ● Diskrepanz zwischen elterlicher Fürsorge, Selbstbestimmung von Kindern und Jugendlichen und eigenen Vorstellungen und Positionen <p><i>Kinder und Jugendliche sowie deren Bezugspersonen/Familien</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Freude und Zuversicht ● Wahrnehmung von Stärke und elterlicher Kompetenz ● elterlicher Stolz ● Wahrnehmung von Selbstwirksamkeit ● Erleben von Rollenunsicherheit ● Erleben von Angst, Unsicherheit, Hilflosigkeit, Enttäuschung und Trauer ● Abschied von Lebens- und Familienplänen |
| Handlungs- muster | <p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <p>Pflegerische Unterstützung im Säuglingsalter (auch bei moderat zu früh geborenen Kindern)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Erhebung entwicklungsbedingter, allgemeiner und gesundheitsbedingter Selbstdpflegeerfordernisse bzw. Pflegebedarfe ● Erhebung des Unterstützungs- und Informationsbedarfs von Wöchnerinnen ● Mitwirkung bei der Erstversorgung eines Neu-/Frühgeborenen im Kreißsaal ● Beobachtung des Interaktionsverhaltens zwischen Neu-/Frühgeborenen und deren Bezugspersonen ● Beobachtung und Einschätzung von (intuitiven) Elternkompetenzen ● pflegerische Unterstützung und Begleitung von kindlichen und mütterlichen Anpassungsprozessen ● Einschätzung von Reifezeichen ● Beobachtung und Einschätzung der Vitalität des Neu-/Frühgeborenen ● Pflege des Neugeborenen/Frühgeborenen und der Wöchnerin ● Stärkung des Saug- und Schluckreflexes ● Stillanleitung und -förderung ● Mitwirkung bei präventiven Maßnahmen in der Neugeborenenperiode (bei stabilen Frühgeburten) |

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Umsetzung von entwicklungsfördernden Pflegekonzepten Gestaltung einer entwicklungsfördernden Umgebung Informationen zur Gesundheitsförderung und Prävention (auch SIDS) situationsorientiert und adressatengerecht weitergeben Förderung von Eltern und Bezugspersonen in der Interaktionsgestaltung mit einem Neugeborenen/einem moderat zu früh geborenen Kind Zusammenarbeit im geburtshilflichen Team und Abgrenzung der jeweiligen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche Beobachtung des Entwicklungsstandes von Kindern und Jugendlichen (motorische, soziale, emotionale, sprachliche und kognitive Entwicklung) und Erkennen von Entwicklungs- und Gesundheitsrisiken unter Nutzung von Entwicklungsskalen Erhebung sozialer und familiärer Informationen und Kontextbedingungen von Kindern und Jugendlichen Erhebung einer Familienanamnese unter Berücksichtigung familiärer Schutz- und Widerstandsfaktoren |
| <p>Pflegebedarfe in späteren Phasen von Kindheit und Jugend</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> Erhebung und Einschätzung des Hautzustandes, frühzeitige Erkennung und Prävention von Superinfektionen frühzeitiges Erkennen von Belastungsfaktoren, Maßnahmen zur Reduktion von Juckreiz und Hautschädigungen und Förderung einer intakten Haut Durchführung diagnostischer, therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen entwicklungsorientierte Vorbereitung und Begleitung von Kindern und Jugendlichen bei invasiven Maßnahmen unter Berücksichtigung der emotionalen und kognitiven Entwicklung Förderung von Selbstpflege- und Dependenzpflegekompetenz Förderung sozialer Integration Beziehungsgestaltung unter Berücksichtigung der umfassenden Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen der Akut- und Langzeitpflege Gestaltung entwicklungsorientierter Kommunikation Gewährleistung von physischem und psychischem Schutz und von Sicherheit |
| <p>3. Ausbildungsdrittel</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> Erhebung des Pflegebedarfs von Kindern und Jugendlichen mit gesundheitlichen Problemlagen unter Nutzung ausgewählter spezifischer, auf das Kindesalter ausgerichteter Assessmentinstrumente Beobachtung und Einschätzung von Atmung und Atemwegsobstruktionen, auch durch Messung der Sauerstoffsättigung, Beobachtung der Hautfarbe, Lippen und Fingernägel Peak-Flow-Messungen, Führung eines Asthmatagebuchs Sicherung von Flüssigkeitszufuhr und Entspannung Durchführung von Inhalationen und atemunterstützenden Maßnahmen Mitwirkung an der Notfallplanung in Atemnotsituationen, in Notfallsituationen sicher handeln Aushandlung von Rollen und Aufgabenbereichen mit den Familien/Eltern/Bezugspersonen Schulung von Eltern/Bezugspersonen in der Pflege ihres Kindes, Stärkung der Elternkompetenz Information, Beratung und Schulung von Eltern/Familien sowie Kindern und Jugendlichen zu gesundheits- und entwicklungsbezogenen Fragen und Stärkung der Adhärenz |

- situative Anwendung digitaler und technischer Hilfsmittel
- Förderung von Entwicklung und Selbstbestimmung zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben von Kindern und Jugendlichen mit einer Atemwegserkrankung
- frühzeitiges Erkennen und Maßnahmen zur Vermeidung einer Hypoglykämie oder Hyperglykämie, Einschätzung einer möglichen Notfallsituation
- Information und Schulung zum Ernährungs-, Aktivitäts- und Insulinmanagement
- Förderung der Akzeptanz der Erkrankung durch die Familie, durch die betroffenen Kinder/Jugendlichen
- Förderung der Eigenverantwortung und des Selbstmanagements bezüglich Ernährung, Insulinapplikationen und Aktivitäten durch Beratung und Schulung
- Mitwirkung bei der Prävention diabetesbedingter Folgeerkrankungen
- Information, Beratung und Schulung auf die altersentsprechenden Entwicklungsaufgaben abstimmen
- Mitwirkung im multiprofessionellen Team
- pflegerische Unterstützung und Begleitung von Anpassungsprozessen in der Transition vom Kindes- ins Jugendalter und zum jungen Erwachsenen

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

- Überblick über Vererbung und Fortpflanzung
- Überblick über embryonale, fetale, kindliche und jugendliche (motorische, soziale, emotionale, sprachliche und kognitive) Entwicklung und Entwicklungsaufgaben
- Überblick über die anatomischen/physiologischen Besonderheiten von Neu- und Frühgeborenen
- vertieftes Wissen zur Hygiene
- Überblick über die Besonderheiten der Anatomie und Physiologie der Atmungsorgane im Säuglings- und Kleinkindalter
- Überblick über die Abwehrfunktionen des Blutes und allergische Reaktionen im Kindesalter
- Überblick über die Anatomie und Physiologie des endokrinen Systems
- Überblick über Therapeutika bei Neurodermitis und Atemwegserkrankungen
- Überblick über die Psychologie und Soziologie des Kindes und der/des Jugendlichen unter Beachtung der Adoleszenz
- Veränderungen im Hormon- und Neurotransmitterhaushalt und der Emotionsverarbeitung im Gehirn in der Pubertät
- Grundlagen der Familiengesundheitspflege
- ethische Grundlagen, Selbstbestimmung und elterliche Fürsorge
- spezifische ethische Entscheidungsmodelle

Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen (Beispiele)

- Simulation eines Aushandlungsprozesses zwischen der professionellen Pflege und den Eltern eines Frühgeborenen
- Simulation von pflegerischen Gesprächen zur Information und Schulung von Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen mit unterschiedlichen kognitiven, emotionalen sozialen und kulturellen Voraussetzungen
- Simulation einer Schulung und/oder Beratung (Beratung durch Information) von Kindern und Jugendlichen und/oder ihren sozialen Bezugspersonen, für unterschiedliche Handlungssituationen, mit unterschiedlichen kognitiven und sozialen Voraussetzungen



Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben (Beispiele)

1./2. Ausbildungsdrittel

- sich mit ausgewählten und spezifischen, auf Frühgeborene und das Kindesalter ausgerichteten Assessmentinstrumenten auseinandersetzen
- die Merkmale einer verständigungsorientierten Kommunikation mit Schulkindern zur Vorbereitung einer schmerzhaften Intervention erarbeiten
- Merkmale von Rollenaushandlungsgesprächen im Rahmen des Pflegeprozesses in einer Lerngruppe zusammenstellen
- Interviews mit Eltern zum Erleben von Krankheit und Krankenhausaufenthalt durchführen

3. Ausbildungsdrittel

- Merkmale eines Informationsgesprächs von einem Beratungsgespräch abgrenzen
- Merkmale eines Gesprächs zur Information eines Kindes/einer bzw. eines Jugendlichen bezüglich der Hautpflege oder des Umgangs mit einem Inhalationsgerät zusammenstellen
- Merkmale einer Schulung zur Erweiterung elterlicher Pflegekompetenzen bezüglich der Ernährung eines Frühgeborenen ableiten
- Merkmale einer Schulung zur Erweiterung elterlicher Pflegekompetenzen bezüglich einer Notfallsituation bei einem Asthma bronchiale ableiten

Die simulierten Pflegesituationen/Berufssituationen sollten so gestaltet werden, dass die Selbstreflexion stets einen Teil des Lernprozesses ausmacht und damit auch die Persönlichkeitsentwicklung und -förderung zum Gegenstand des Lernens wird.

Didaktischer Kommentar

Folgende Lernsituationen können hier exemplarisch bearbeitet werden:

1./2. Ausbildungsdrittel

- Lernsituationen nach der Geburt eines gesunden Neugeborenen, in denen ein erhöhter Informations- und Unterstützungsbedarf der Bezugspersonen besteht und in denen präventive Maßnahmen und Maßnahmen zur Entwicklungsförderung erforderlich sein können,
- Lernsituationen, in denen eine Entwicklungsverzögerung vorliegt und das Kind eine Fördereinrichtung besucht,
- Lernsituation eines moderat zu früh geborenen Kindes mit Trinkschwäche und besonderen Anforderungen an die Ernährung,
- Lernsituation eines moderat zu früh geborenen Kindes mit typischen Anpassungsproblemen bzw. einer therapiebedürftigen Gelbsucht,
- Lernsituationen, in denen die spezifischen Aufgaben der Bezugspersonen in der Pflege des Kindes verständigungsorientiert miteinander ausgehandelt werden müssen,
- Lernsituationen, in denen Informationen oder Beratung von Eltern zur Hautpflege bzw. Umgang mit Juckreiz eines Kindes mit Neurodermitis erforderlich sind,

3. Ausbildungsdrittel

- Lernsituationen, in denen eine dem Entwicklungsstand entsprechende Vorbereitung und Begleitung auf diagnostische und therapeutische Interventionen erforderlich ist,
- Lernsituationen, in denen die Aushandlungsprozesse von Rollen und Aufgaben der Bezugspersonen erforderlich sind (z. B. in der Frühgeborenenpflege, bei Kindern mit Neurodermitis oder Asthma bronchiale),
- Lernsituationen, in denen Schulungssequenzen für (Schul-)Kinder mit Asthma bronchiale und deren Bezugspersonen erforderlich sind und die Integration in den familiären Alltag und das soziale Umfeld eine Rolle spielen,

- Lernsituationen, in denen Aushandlungsprozesse zwischen der professionellen Pflege und den Bezugspersonen des Kindes zur Aufgabenverteilung in der Pflege eines Kindes mit Neurodermitis eingeübt werden können,
- Lernsituationen, in denen durch Schulung/Beratung einer Familie die Entwicklung und soziale Integration des Kindes/der bzw. des Jugendlichen mit Asthma bronchiale gestärkt wird,
- Lernsituationen, in denen Jugendliche mit einem Diabetes Typ 1 motiviert werden müssen, Verantwortung für ihr Gesundheitsmanagement zu übernehmen.

Bei allen Lernsituationen muss darauf geachtet werden, dass die Tiefe der Auseinandersetzung einer Erstausbildung entspricht. Das Thema Intensivpflege bei Frühgeborenen wird erst in Weiterbildungen oder einem Studiengang vertieft.

CE 10 Entwicklung und Gesundheit in Kindheit und Jugend in pflegerischen Situationen fördern

| CE 10 | Anlage 3 PflAPrV |
|---|----------------------------|
| 3. Ausbildungsdrittel | Zeitrichtwert: 110 Stunden |
| Intentionen und Relevanz | |
| <p>Diese curriculare Einheit bezieht sich schwerpunktmäßig auf die pflegerische Versorgung von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen sowie deren Bezugspersonen und nimmt in besonderer Weise die Entwicklungsförderung sowie die damit verbundenen Entwicklungsaufgaben in den Blick. Sie greift diesen Schwerpunkt aus den ersten beiden Ausbildungsdritteln der generalistischen Ausbildung auf und vertieft die bereits angebahnten Kompetenzen exemplarisch an der pflegerischen Situation eines Frühgeborenen, eines Schulkindes mit Asthma bronchiale und eines Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1. Entsprechend sollen die Förderung von Entwicklung, die Anbahnung oder Weiterentwicklung von Elternkompetenzen und die Rollenaushandlungsprozesse zwischen den Familien und der professionellen Pflege im Mittelpunkt stehen.</p> | |
| Bildungsziele | |
| <p>Häufig zeichnen sich die Bezugspersonen von kranken Säuglingen, Kindern und Jugendlichen durch eine hohe Expertise bezüglich des Gesundheitszustandes und der sozialen, kognitiven wie emotionalen Kompetenzen ihrer Kinder aus. Dennoch bedarf es der Gestaltung von Informations- und Beratungsgesprächen. Es gilt, die damit verbundenen Rollenkonflikte zu erkennen und eine ethisch reflektierte Position dazu zu entwickeln.</p> <p>Sowohl bei der Pflege von Frühgeborenen als auch bei der Pflege von Kindern/Jugendlichen sind Entscheidungskonflikte zu bewältigen. In diesen Situationen muss die professionelle Pflege eine ethisch begründete Position ausweisen und diese während der Ausbildung als ein zentrales Bildungsziel anbahnen.</p> | |
| Kompetenzen – Anlage PflAPrV | |
| <p>Die Auszubildenden</p> <ul style="list-style-type: none"> übernehmen Verantwortung für die Organisation, Steuerung und Gestaltung des Pflegeprozesses bei Kindern und Jugendlichen (I.1.b). nutzen spezifische Assessmentverfahren bei Kindern und Jugendlichen und beschreiben den Pflegebedarf unter Verwendung von pflegediagnostischen Begriffen (I.1.c). handeln die Pflegeprozessgestaltung mit dem zu pflegenden Kind oder Jugendlichen und gegebenenfalls seinen Bezugspersonen aus, setzen gesicherte Pflegemaßnahmen ein und evaluieren gemeinsam die Wirksamkeit von Pflege (I.1.e). stärken die Kompetenzen von Angehörigen im Umgang mit dem pflegebedürftigen Kind oder der/dem Jugendlichen und unterstützen und fördern die Familiengesundheit (I. 2.c). unterstützen Familien, die sich insbesondere infolge einer Frühgeburt, einer schweren chronischen Erkrankung oder einer lebenslimitierenden Erkrankung in einer Lebenskrise befinden und wirken bei der Stabilisierung des Familiensystems mit (I.3.b). stimmen die Interaktion sowie die Gestaltung des Pflegeprozesses auf den individuellen Entwicklungsstand von Kindern und Jugendlichen ab und unterstützen entwicklungsbedingte Formen der Krankheitsbewältigung (I.6.e.). | |

- gestalten die Kommunikation in unterschiedlichen Pflegesituationen mit Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen unter Einsatz verschiedener Interaktionsformen und balancieren das Spannungsverhältnis von Nähe und Distanz aus (II.1.c).
- reflektieren sich abzeichnende oder bestehende Konflikte in pflegerischen Versorgungssituationen von Kindern und Jugendlichen und entwickeln Ansätze zur Konfliktzlösung und -lösung, auch unter Hinzuziehung von Angeboten zur Reflexion professioneller Kommunikation (II.1.f.).
- reflektieren Phänomene der Macht und von Machtmissbrauch in pflegerischen Handlungsfeldern in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen (II.1.g.).
- informieren Kinder und Jugendliche sowie deren Bezugspersonen zu komplexen gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und weitergehenden Fragen der pflegerischen Versorgung in einer dem Entwicklungsstand und der Situation angemessenen Sprache (II.2.a).
- setzen Schulungen mit Kindern, Jugendlichen und/oder ihren Bezugspersonen in Einzelarbeit oder kleineren Gruppen um (II.2.b).
- beraten Kinder, Jugendliche und ihre Bezugspersonen im Umgang mit krankheits- sowie therapie- und pflegebedingten Anforderungen und befähigen sie, ihre Gesundheitsziele in größtmöglicher Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erreichen (II.2.c).
- setzen sich für die Verwirklichung von Menschenrechten, Ethikkodizes und die Förderung der spezifischen Bedürfnisse und Gewohnheiten von zu pflegenden Kindern und Jugendlichen und ihren Bezugspersonen ein (II.3.a).
- tragen in ethischen Dilemmasituationen mit Kindern, Jugendlichen oder ihren Bezugspersonen im interprofessionellen Gespräch zur gemeinsamen Entscheidungsfindung bei (II.3.c).
- beachten umfassend die Anforderungen der Hygiene und wirken verantwortlich an der Infektionsprävention in den unterschiedlichen pflegerischen Versorgungsbereichen mit (III.2.a).
- beobachten und interpretieren die mit einem medizinischen Eingriff bei Kindern und Jugendlichen verbundenen Pflegephänomene und Komplikationen auch in instabilen oder krisenhaften gesundheitlichen Situationen (III.2.c.).
- unterstützen und begleiten zu pflegende Kinder und Jugendliche sowie deren Bezugspersonen umfassend auch bei invasiven Maßnahmen der Diagnostik und Therapie (III.2.d).
- vertreten die im Rahmen des Pflegeprozesses gewonnenen Einschätzungen zu Pflegediagnosen und erforderlichen Behandlungskonsequenzen bei Kindern und Jugendlichen in der interprofessionellen Zusammenarbeit (III.2.f.).
- übernehmen Mitverantwortung in der interdisziplinären Versorgung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen und unterstützen die Kontinuität an interdisziplinären und institutionellen Schnittstellen (III.3.a).
- bringen die pflegefachliche Sichtweise in die interprofessionelle Kommunikation ein (III.3.b).
- wirken an Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie -verbesserung mit, setzen sich für die Umsetzung evidenzbasierter und/oder interprofessioneller Leitlinien und Standards ein und leisten so einen Beitrag zur Weiterentwicklung einrichtungsspezifischer Konzepte (IV.1.b).
- überprüfen regelmäßig die eigene pflegerische Praxis durch kritische Reflexionen und Evaluation im Hinblick auf Ergebnis- und Patientenorientierung und ziehen Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung der Pflegequalität (IV.1.d).
- üben den Beruf im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben sowie unter Berücksichtigung ihrer ausbildungs- und berufsbezogenen Rechte und Pflichten eigenverantwortlich aus (IV.2.a).
- begründen und reflektieren das Pflegehandeln kontinuierlich auf der Basis von vielfältigen oder spezifischen pflegewissenschaftlichen, bezugswissenschaftlichen evidenzbasierten Studienergebnissen, Theorien, Konzepten und Modellen (V.1.c).



- bewerten das lebenslange Lernen als ein Element der persönlichen und beruflichen Weiterentwicklung und übernehmen Eigeninitiative und Verantwortung für das eigene Lernen und nutzen hierfür auch moderne Informations- und Kommunikationstechnologien (V.2.a).
- nehmen drohende Über- oder Unterforderungen frühzeitig wahr, erkennen die notwendigen Veränderungen am Arbeitsplatz und/oder des eigenen Kompetenzprofils und leiten daraus entsprechende Handlungsinitiativen ab (V.2.b).
- reflektieren ihre persönliche Entwicklung als professionell Pflegende und entwickeln ein eigenes Pflegeverständnis sowie ein berufliches Selbstverständnis unter Berücksichtigung berufsethischer und eigener ethischer Überzeugungen (V.2.d).

Inhalte/Situationsmerkmale

| | |
|-------------------------|---|
| Handlungsanlässe | <p>Pflegebedarfe von Frühgeborenen, z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● reduziertes Geburtsgewicht und Unreifezeichen ● Wärmeverlust, Vitalitätsschwankungen, Atemstörungen, Probleme bei der Nahrungsaufnahme und bei der Ausscheidung ● Saug- und Schluckstörungen ● Aspirationsgefahr ● Infektionsgefahr ● unterbrochenes Stillen ● Neonatale Gelbsucht ● beeinträchtigter Gasaustausch ● Elektrolyt-, Säure-Basen- und Flüssigkeitsungleichgewicht ● unwirksamer Atemvorgang ● Gefahr einer Entwicklungsverzögerung, Risiken und Beeinträchtigung der kindlichen Entwicklung <p>Pflegebedarfe bezogen auf die Familiensituation und Elternkompetenzen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● beeinträchtigte Elternkompetenzen ● Gefahr einer beeinträchtigten Bindung ● beeinträchtigte soziale Interaktion ● Gefahr einer beeinträchtigten Beziehung ● familiäre Übergangssituationen ● Gefahr einer beeinträchtigten elterlichen Fürsorge <p>Pflegebedarfe in späteren Phasen von Kindheit und Jugend</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gefahr einer behinderten Atmung, Kurzatmigkeit, pfeifende Atemgeräusche, Luftnot sowie eine Unterversorgung mit Sauerstoff ● Gefahr eines Asthmaanfalls, Hustenreiz und zäher Schleim, Atemnot bis zur Erstickungsgefahr, Ruhelosigkeit und Angst ● Gefahr einer allergischen Reaktion ● Risiken oder Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklung und einer sozialen Isolation ● Notwendigkeit eines Medikamentenmanagements |
|-------------------------|---|



| | |
|---------------------------------|--|
| | <p>Pflegebedarfe insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, die an Diabetes mellitus erkrankt sind</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gefahr eines instabilen Blutzuckerspiegels ● Gefahr einer Gesundheitsschädigung bzw. einer Stoffwechselentgleisung ● Gefahr einer Aktivitätsintoleranz ● unwirksames Therapiemanagement ● unwirksames Management der eigenen Gesundheit ● gefahrengeneigtes Gesundheitsverhalten ● beeinträchtige Compliance/Adhärenz ● Wissensdefizit zu relevanten gesundheits- und pflegerelevanten Themen ● Gefahr eines geringen Selbstwertgefühls ● Gefahr von Entwicklungsverzögerung und Überforderung durch zu frühe Selbstständigkeit oder die erhöhte Forderung an Selbstständigkeit ● Gefahr einer sozialen Isolation <p>Pflegebedarfe bezogen auf die Familiensituation und Elternkompetenzen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gefahr der Überforderung der Familie durch Entwicklungsaufgaben und das erforderliche situative Gesundheitsmanagement ● vermeidende dysfunktionale Bewältigungsstrategien ● familiäre Konflikte und dysfunktionale Kommunikationsformen innerhalb der Familie ● depressive Stimmungslagen ● Gefahr einer beeinträchtigten elterlichen Fürsorge ● Notwendigkeit von veränderten Lebensplänen und familiären Anpassungen ● Gefahr eines beeinträchtigten familiären Copings ● moralische Konflikte, Entscheidungskonflikte ● beeinträchtigte Familienprozesse bzw. Entwicklungsphasen ● Gefahr der Überforderung der Familie durch das Therapiemanagement eines Diabetes mellitus Typ 1 |
| Kontext- bedingungen | <p>Mesoebene</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, z. B. <ul style="list-style-type: none"> ○ Stationäre und ambulante Einrichtungen zur pflegerischen Versorgung, Beratung und Schulung von Kindern und Jugendlichen, wie Kinderkliniken, Kinderfachabteilungen, Elternschulen <p>Makroebene</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gesetze, Leitlinien und Chartas, z. B. <ul style="list-style-type: none"> ○ UN-Kinderrechtskonvention ○ EACH-Charta ○ Kinderrechte und Schutzgesetze ○ Sorgerecht ○ Selbstbestimmungsrecht von Kindern und Jugendlichen |
| Ausgewählte Akteure | <ul style="list-style-type: none"> ● Eltern, Bezugspersonen, Familien ● Frühgeborene, Kinder, Jugendliche sowie junge Erwachsene |



| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> Auszubildende, Pflegefachfrauen und -männer, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen, andere Berufsgruppen, z. B. Kinderärzt*innen, Hebammen/Entbindungsangehörige, Ergo- und Physiotherapeut*innen, Heilpädagog*innen, Erzieher*innen, Psycholog*innen, Still- und Laktationsberater*innen, Ernährungsberater*innen, Diabetesberater*innen, Familien- und Gesundheitspfleger*innen, Familienpfleger*innen, Pädagog*innen, Sozialarbeiter*innen |
| Erleben/ Deuten/ Verarbeiten | <p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Erleben einer Frühgeburt Freude über vollzogene Entwicklungsschritte eines Kindes Wahrnehmung von kindlicher Verletzlichkeit und Schutzbedürftigkeit Rollenunsicherheit gegenüber Jugendlichen und Eltern Ambivalenz zwischen divergierenden Bedürfnislagen und Anforderungen in Pflegesituationen mit Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen sowie im interdisziplinären Team Diskrepanz von unterschiedlichen kindlichen und familiären Lebenswelten, eigener familiärer Sozialisation und biografischen Erfahrungen Diskrepanz zwischen elterlicher Fürsorge, Selbstbestimmung von Kindern und Jugendlichen sowie eigenen Vorstellungen und Positionen Erleben von Rollenunsicherheit <p><i>Kinder und Jugendliche sowie deren Bezugspersonen/Familien</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Freude und Zuversicht Wahrnehmung von Stärke und elterlicher Kompetenz elterlicher Stolz Wahrnehmung von Selbstwirksamkeit Erleben von Rollenunsicherheit Erleben von Angst, Unsicherheit, Hilflosigkeit, Enttäuschung und Trauer Abschied von Lebens- und Familienplänen |
| Handlungs- muster | <p>Pflegerische Unterstützung von Frühgeborenen</p> <ul style="list-style-type: none"> Erhebung des Pflegebedarfs bei Frühgeborenen unter Nutzung von ausgewählten spezifischen, auf Frühgeborene und das Kindesalter ausgerichteten Assessmentinstrumenten Mitwirkung bei der Erstversorgung des Frühgeborenen im Kreißsaal Pflege eines Frühgeborenen bei Phototherapie Zusammenarbeit im geburtshilflichen Team und Abgrenzung der jeweiligen Aufgaben und Verantwortungsbereiche Unterstützung bei ethischen Entscheidungsprozessen Mitwirkung bei präventiven Maßnahmen bei Frühgeborenen Beobachtung und Einschätzung der Vitalität des Frühgeborenen Stillanleitung und -förderung Umsetzung von entwicklungsfördernden Pflegekonzepten Erhebung des Unterstützungs- und Informationsbedarfs der Bezugspersonen Beobachtung und Einschätzung von (intuitiven) Elternkompetenzen Schulung von Eltern in der Pflege ihres Frühgeborenen und Förderung der Elternkompetenz Aushandlung von Rollen und Aufgaben mit betroffenen Familien |

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> professionelle Beziehungsgestaltung und Interaktion mit den Eltern bzw. Familiensystemen unter Berücksichtigung des Bildungsstands, der kulturellen und milieuspezifischen Bedingungen Pflegerische Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit gesundheitlichen Problemlagen in späteren Altersphasen Erhebung des Pflegebedarfs von Kindern und Jugendlichen mit gesundheitlichen Problemlagen unter Nutzung ausgewählter spezifischer, auf das Kindesalter ausgerichteter, Assessmentinstrumente Einschätzung von Atmung und Atemwegsobstruktionen, durch Beobachtung der Hautfarbe, Sauerstoffsättigung, Lippen und Fingernägel Peak-Flow-Messungen, Führung eines Astmatagebuchs Sicherung von Flüssigkeitszufuhr und Entspannung Durchführung von Inhalationen und atemunterstützenden Maßnahmen Mitwirkung an der Notfallplanung in Atemnotsituationen, in Notfallsituationen sicher handeln Aushandlung von Rollen und Aufgabenbereichen mit den Familien/Eltern/Bezugspersonen Schulung von Eltern/Bezugspersonen in der Pflege ihres Kindes, Förderung der Elternkompetenz Information, Beratung und Schulung von Eltern/Familien sowie Kindern und Jugendlichen zu gesundheits- und entwicklungsbezogenen Fragen und Stärkung der Adhärenz situative Anwendung digitaler und technischer Hilfsmittel Förderung von Entwicklung und Selbstbestimmung zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben von Kindern und Jugendlichen mit einer Atemwegserkrankung frühzeitiges Erkennen und Vermeiden einer Hypoglykämie oder Hyperglykämie, Einschätzung einer möglichen Notfallsituation Förderung der Akzeptanz der Erkrankung durch die Familie sowie die betroffenen Kinder/Jugendlichen Abstimmung von Angeboten der Information, Beratung und Schulung auf die altersentsprechenden Entwicklungsaufgaben Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team pflegerische Unterstützung und Begleitung von Anpassungsprozessen in der Transition vom Kindes- ins Jugendalter und zum jungen Erwachsenen |
| <p>Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen</p> <ul style="list-style-type: none"> Erschließung von wissenschaftlich begründetem Wissen und epidemiologischen Daten aus der pädiatrischen Versorgung unter Nutzung von digitalen Informations- und Kommunikationstechnologien Überblick über Vererbung und Fortpflanzung Überblick über embryonale, fetale, kindliche und jugendliche (motorische, soziale, emotionale, sprachliche und kognitive) Entwicklung und Entwicklungsaufgaben Überblick über die Psychologie und Soziologie des Kindes und Jugendlichen Überblick über die anatomisch-physiologischen Besonderheiten von Neu- und Frühgeborenen vertieftes Wissen zur Hygiene Überblick über die Besonderheiten der Anatomie und Physiologie der Atmungsorgane im Säuglings- und Kleinkindalter Überblick über die Abwehrfunktionen des Blutes und allergische Reaktionen im Kindesalter Überblick über die Anatomie und Physiologie des endokrinen Systems |

- Überblick über Therapeutika bei Atemwegserkrankungen und Diabetes mellitus Typ 1
- Veränderungen im Hormon- und Neurotransmitterhaushalt und der Emotionsverarbeitung im Gehirn in der Pubertät
- Grundlagen der Familiengesundheitspflege
- ethische Grundlagen: Selbstbestimmung und elterliche Fürsorge/Sorge
- spezifische ethische Entscheidungsmodelle

Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen (Beispiele)

- Simulation einer Schulungs- und Beratungssituation (Beratung durch Information) von Kindern und Jugendlichen und/oder ihren sozialen Bezugspersonen, unterschiedliche Anlässe, unterschiedliche kognitive und soziale Voraussetzungen
- Simulation von pflegerischen Gesprächs- bzw. Pflegesituationen zur Information und Schulung von Kindern, Jugendlichen und ihrer Bezugspersonen mit unterschiedlichen kognitiven, emotionalen, sozialen und kulturellen Voraussetzungen

Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben (Beispiele)

- Merkmale eines Informationsgespräches von einem Beratungsgespräch abgrenzen
- Merkmale eines Gespräches zur Information eines Kindes/einer bzw. eines Jugendlichen bezüglich der Hautpflege oder des Umgangs mit einem Inhalationsgerät zusammenstellen
- Merkmale einer Schulungssituation zur Erweiterung elterlicher Pflegekompetenzen bezüglich der Ernährung eines Frühgeborenen ableiten
- Merkmale einer Schulungssituation zur Erweiterung elterlicher Pflegekompetenzen bezüglich einer Notfallsituation bei Asthma bronchiale ableiten

Die simulierten Pflege-/Berufssituationen sollten so gestaltet werden, dass die Selbstreflexion stets einen Teil des Lernprozesses ausmacht und damit auch die Persönlichkeitsentwicklung und -förderung zum Gegenstand des Lernens wird.

Didaktischer Kommentar

Folgende Lernsituationen können hier exemplarisch bearbeitet werden:

- Lernsituationen, in denen dem Entwicklungsstand des Kindes entsprechende Vorbereitungen und eine entsprechende Begleitung bei diagnostischen und therapeutischen Interventionen erforderlich sind,
- Lernsituationen, in denen Aushandlungsprozesse zwischen der professionellen Pflege und Bezugspersonen über Rollen und Aufgaben erforderlich sein können (z. B. in der Frühgeborenenpflege und bei Schulkindern mit Asthma bronchiale),
- Lernsituationen, in denen Schulungssequenzen für (Schul-)Kinder/Jugendliche mit Asthma bronchiale/Diabetes mellitus Typ 1 und deren Bezugspersonen erforderlich sind,
- Lernsituationen, in denen Schulung/Beratung einer Familie stattfindet, um die Entwicklung und soziale Integration des Kindes/der bzw. des Jugendlichen mit Asthma bronchiale/Diabetes mellitus Typ 1 zu stärken,
- Lernsituationen, in denen Beratung einer/eines Jugendlichen zur Förderung der Eigenverantwortung und des Selbstmanagements bezüglich Ernährung, Insulinapplikationen und sportlichen Aktivitäten stattfindet.

Bei allen Lernsituationen muss darauf geachtet werden, dass die Tiefe der Auseinandersetzung einer Erstausbildung entspricht. Das Thema Intensivpflege bei Frühgeborenen wird erst in Weiterbildungen oder einem Studiengang vertieft.

CE 11 Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und kognitiven Beeinträchtigungen personenzentriert und lebensweltbezogen unterstützen

| | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| CE 11 | Anlagen 1 und 2 PflAPrV |
| 1./2. Ausbildungsdrittel | Zeitrichtwert: 80 Stunden |
| 3. Ausbildungsdrittel | Zeitrichtwert: 80 Stunden |

Intentionen und Relevanz

Die in dieser curricularen Einheit im Mittelpunkt stehenden Kompetenzen werden in Vorbereitung auf den im 3. Ausbildungsdrittel stattfindenden Pflichteinsatz in der psychiatrischen Versorgung aufgebaut bzw. sind auf das vertiefte Verstehen der gewonnenen Erfahrungen ausgerichtet. Menschen mit Problemen und Risiken im Bereich der psychischen und kognitiven Gesundheit sind aber gleichwohl nicht nur in psychiatrischen, sondern in allen pflegerischen Settings anzutreffen, sodass die in dieser curricularen Einheit und in dem damit korrespondierenden Pflichteinsatz erworbenen Kompetenzen in allen Settings relevant sind und auch bereits in den ersten zwei Ausbildungsdritteln aufgebaut werden müssen.

Psychische Erkrankungen und kognitive Beeinträchtigungen sind in der Allgemeinbevölkerung Deutschlands weit verbreitet. Zu den am häufigsten diagnostizierten psychischen Erkrankungen gehören Angststörungen, affektive Störungen (z. B. Depressionen) sowie Störungen durch Alkohol- und Medikamentenkonsum. Vor allem alte Menschen sind in einem hohen Ausmaß von kognitiven Beeinträchtigungen, insbesondere von Demenz, betroffen. Aus gesellschaftskritischer Perspektive spiegeln sich in psychiatrischen Diagnosen implizite und explizite gesellschaftliche Werthaltungen und damit verbundene Selektions- und Ausgrenzungsmechanismen wider. In der Diagnostik (seelisch) abweichenden Verhaltens schlägt sich der Verständigungsprozess der Gesellschaft über vernünftiges Denken und Handeln nieder. Für die betroffenen Personen resultiert daraus nicht nur das durch die Erkrankung verursachte Leid, sondern sie erfahren außerdem Prozesse der Ausgrenzung, Stigmatisierung und Diskriminierung. Der Kern der Pflege von Menschen mit psychischen Problemlagen und kognitiven Beeinträchtigungen besteht in einer reflektierten Beziehungsgestaltung. Für Auszubildende liegt die besondere Herausforderung darin, Beziehungen zu Menschen zu gestalten, deren Wahrnehmung und Erleben nicht immer dem gewohnten Verständnis von Realität entsprechen. Dabei können eigene Abwehrprozesse und ggf. Projektionen den Beziehungsaufbau zusätzlich erschweren. Der Fokus der curricularen Einheit liegt in den ersten beiden Ausbildungsdritteln zunächst auf der grundlegenden Befähigung zur Perspektivenübernahme und zum Beziehungsaufbau mit Menschen, die durch psychische Gesundheitsprobleme und kognitive Beeinträchtigungen in der Gestaltung des Lebensalltags und des sozialen Gefüges eingeschränkt sind. Beim Beziehungsaufbau und der Beziehungsgestaltung sind die Prinzipien des Lebensweltbezugs und der Personenzentrierung leitend.

Im 3. Ausbildungsdrittel verschiebt sich der Schwerpunkt auf Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und kognitiven Beeinträchtigungen und komplexem Hilfebedarf in instabilen Situationen bzw. psychischen Krisen oder bei herausforderndem Verhalten.

Bei den im Mittelpunkt stehenden Erkrankungen und Pflegediagnosen ist die Balance von Nähe und Distanz sowie von Autonomie und Abhängigkeit in der Beziehungsgestaltung besonders anspruchsvoll. Die Auszubildenden analysieren sowohl die eigene Beziehungsgestaltung mit Betroffenen als auch die Beziehungen innerhalb von Familien- systemen und anderen sozialen Bezugsgruppen und lernen, systematisch systemische Aspekte in ihr Pflegehandeln einzubeziehen. Neben der dialogischen wird die trialogische pflegerisch-therapeutische Beziehungsgestaltung mit struktur- und sektorübergreifender Kontinuität fokussiert.



Bildungsziele

1./2. Ausbildungsdrittel

Die Auszubildenden reflektieren im ersten Ausbildungsbereich das eigene innere Erleben in der Interaktion mit Menschen mit psychischen Erkrankungen und/oder kognitiven Beeinträchtigungen einschließlich widerstreitender Gefühle, sie werden ihrer Ängste und möglicher Abwehrmechanismen gewahr. Des Weiteren reflektieren sie den Widerspruch zwischen zu pflegenden Menschen sowie professionell Pflegenden als Träger von Rollen auf der einen und als ganze „Personen“, die sich nicht auf Rollen reduzieren lassen, auf der anderen Seite. Sie erkennen, dass klinische Diagnosen das Ergebnis von sozialen Konstruktionsprozessen sind.

3. Ausbildungsdrittel

Im 2. Ausbildungsbereich reflektieren die Auszubildenden die Asymmetrie der Beziehung zwischen psychisch kranken Menschen und professionell Pflegenden und die damit verbundenen Machtpotenziale. Sie untersuchen die Grenzen zwischen Selbstschutz der zu pflegenden Menschen in psychischen Problemlagen und/oder mit kognitiven Beeinträchtigungen und/oder Schutz anderer Menschen (auch der Pflegenden selbst) auf der einen Seite und der Ausübung von Gewalt bzw. Missachtung/Misshandlung/Misswürdigung auf der anderen Seite. Des Weiteren loten sie Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung zwischen dem Aufbau einer Vertrauensbasis und aktiver und quasi-vormundschaftlicher Fürsorge bzw. Kontrolle aus. Vor dem Hintergrund der Ungewissheit in der Deutung des Verhaltens von zu pflegenden Menschen mit psychischen Erkrankungen und/oder kognitiven Beeinträchtigungen können Auszubildende in dieser curricularen Einheit die Einsicht gewinnen, dass sie ihre vorläufigen Deutungen im situativen Handeln immer wieder überprüfen müssen.

Kompetenzen – Anlage 1 PflAPrV

Grundlegend für das 1./2. Ausbildungsdrittel

- Die Pflege von Menschen aller Altersstufen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren (I.1 a-h).

Die Auszubildenden

- erheben pflegebezogene Daten von Menschen aller Altersstufen mit gesundheitlichen Problemlagen sowie zugehörige Ressourcen und Widerstandsfaktoren (I.2.a).
- interpretieren und erklären die vorliegenden Daten bei Menschen mit überschaubaren Pflegebedarfen und gesundheitsbedingten Einschränkungen anhand von grundlegenden pflege- und bezugswissenschaftlichen Erkenntnissen (I.2.b).
- nehmen Hinweiszeichen auf mögliche Gewaltausübung wahr und geben entsprechende Beobachtungen weiter (I.2.e).
- verfügen über ein grundlegendes Verständnis zu physischen, psychischen und psychosomatischen Zusammenhängen, die pflegerisches Handeln begründen (I.2.f).
- pflegen, begleiten und unterstützen Menschen aller Altersstufen in Phasen fortschreitender Demenz oder schwerer chronischer Krankheitsverläufe (I.3.a).
- verfügen über grundlegendes Wissen zu Bewältigungsformen und Unterstützungsangeboten für Familien in entwicklungs- oder gesundheitsbedingten Lebenskrisen (I.3.b).
- wahren das Selbstbestimmungsrecht des zu pflegenden Menschen, insbesondere auch, wenn dieser in seiner Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt ist (I.6.a).
- erkennen eigene Emotionen sowie Deutungs- und Handlungsmuster in der Interaktion (II.1.a).
- bauen kurz- und langfristige Beziehungen mit Menschen unterschiedlicher Altersphasen und ihren Bezugspersonen auf und beachten dabei die Grundprinzipien von Empathie, Wertschätzung, Achtsamkeit und Kongruenz (II.1.b).

- nutzen in ihrer Kommunikation neben verbalen auch nonverbale, paralinguistische und leibliche Interaktionsformen und berücksichtigen die Relation von Nähe und Distanz in ihrer Beziehungsgestaltung (II.1.c).
- wenden Grundsätze der verständigungs- und beteiligungsorientierten Gesprächsführung an (II.1.d).
- erkennen grundlegende, insbesondere gesundheits-, alters- oder kulturbedingte Kommunikationsbarrieren und setzen unterstützende Maßnahmen ein, um diese zu überbrücken (II.1.e).
- erkennen sich abzeichnende oder bestehende Konflikte mit zu pflegenden Menschen, wenden grundlegende Prinzipien der Konfliktlösung an und nutzen kollegiale Beratung (II.1.f).
- erkennen Asymmetrie und institutionelle Einschränkungen in der pflegerischen Kommunikation (II.1.g).
- informieren Menschen aller Altersstufen zu gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und leiten bei der Selbstpflege und insbesondere Bezugspersonen und freiwillig Engagierte bei der Fremdpflege an (II.2.a).
- beobachten und interpretieren die mit einem medizinischen Eingriff verbundenen Pflegephänomene und Komplikationen in stabilen Situationen (III.2.c).
- wirken entsprechend ihrem Kenntnisstand an der Unterstützung und Begleitung von Maßnahmen der Diagnostik und Therapie mit und übernehmen die Durchführung in stabilen Situationen (III.2.d).
- nehmen interprofessionelle Konflikte und Gewaltphänomene in der Pflegeeinrichtung wahr und verfügen über grundlegendes Wissen zu Ursachen, Deutungen und Handhabung (III.3.c).
- verfügen über grundlegendes Wissen zur Gesetzgebung im Gesundheits- und Sozialbereich (IV.2.c).
- nehmen drohende Über- und Unterforderungen frühzeitig wahr, erkennen die notwendigen Veränderungen am Arbeitsplatz und/oder des eigenen Kompetenzprofils und leiten daraus entsprechende Handlungsinitiativen ab (V.2.b).
- gehen selbstfürsorglich mit sich um und tragen zur eigenen Gesunderhaltung bei, nehmen Unterstützungsangebote wahr oder fordern diese am jeweiligen Lernort ein (V.2.c).

Kompetenzen – Anlage 2 PflAPrV

Grundlegend für das 3. Ausbildungsdriftel

- Die Pflege von Menschen aller Altersstufen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren (I.1 a-h).

Die Auszubildenden

- erheben, erklären und interpretieren pflegebezogene Daten von Menschen aller Altersstufen auch in komplexen gesundheitlichen Problemlagen anhand von pflege- und bezugswissenschaftlichen Erkenntnissen (I.2.a).
- unterstützen Menschen aller Altersstufen durch Mitwirkung an der Entwicklung von fachlich begründeten Pflegeinterventionen der Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration (I.2.b).
- pflegen, begleiten und unterstützen Menschen aller Altersstufen sowie deren Bezugspersonen in Phasen fortschreitender Demenz oder schwerer chronischer Krankheitsverläufe sowie am Lebensende (I.3.a).
- wahren das Selbstbestimmungsrecht der zu pflegenden Menschen aller Altersstufen, insbesondere auch, wenn sie in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt sind (I.6.a).
- fördern und gestalten die Koordination und Zusammenarbeit zwischen familialen Systemen sowie den sozialen Netzwerken und den professionellen Pflegesystemen in der pflegerischen Versorgung von Menschen aller Altersstufen (I.6.d).
- machen sich eigene Deutungs- und Handlungsmuster in der pflegerischen Interaktion mit Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen und mit ihren unterschiedlichen, insbesondere kulturellen und sozialen Hintergründen bewusst und reflektieren sie (II.1.a).



- gestalten kurz- und langfristige Beziehungen mit Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen, die auch bei divergierenden Sichtweisen oder Zielsetzungen und schwer nachvollziehbaren Verhaltensweisen von Empathie, Wertschätzung, Achtsamkeit und Kongruenz gekennzeichnet sind (II.1.b).
- gestalten die Kommunikation von Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen in unterschiedlichen Pflegesituationen unter Einsatz verschiedener Interaktionsformen und balancieren das Spannungsfeld von Nähe und Distanz aus (II.1.c).
- gestalten pflegeberufliche Kommunikationssituationen mit zu pflegenden Menschen aller Altersstufen und deren Bezugspersonen auch bei divergierenden Zielsetzungen oder Sichtweisen verständigungsorientiert und fördern eine beteiligungsorientierte Entscheidungsfindung (II.1.d).
- erkennen Kommunikationsbarrieren bei zu pflegenden Menschen aller Altersstufen, insbesondere bei spezifischen Gesundheitsstörungen oder Formen von Behinderungen, und setzen unterstützende und kompensierende Maßnahmen ein, um diese zu überbrücken (II.1.e).
- reflektieren sich abzeichnende oder bestehende Konflikte in pflegerischen Versorgungssituationen mit Menschen aller Altersstufen und entwickeln Ansätze der Konflikt schlichtung und -lösung, auch unter Hinzuziehung von Angeboten zur Reflexion professioneller Kommunikation (II.1.f).
- reflektieren Phänomene von Macht und Machtmisbrauch in pflegerischen Handlungsfeldern der Versorgung von zu pflegenden Menschen aller Altersstufen (II.1.g).
- informieren Menschen aller Altersstufen zu komplexen gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und weitergehenden Fragen der pflegerischen Versorgung (II.2.a).
- setzen Schulungen mit Einzelpersonen und kleineren Gruppen zu pflegender Menschen aller Altersstufen um (II.2.b).
- tragen in ethischen Dilemmasituationen mit Menschen aller Altersstufen oder ihren Bezugspersonen im interprofessionellen Gespräch zur gemeinsamen Entscheidungsfindung bei (II.3.c).
- vertreten die im Rahmen des Pflegeprozesses gewonnenen Einschätzungen zu Pflegediagnosen und erforderlichen Behandlungskonsequenzen bei Menschen aller Altersstufen in der interprofessionellen Zusammenarbeit (III.2.f).
- bringen die pflegefachliche Sichtweise in die interprofessionelle Kommunikation ein (III.3.b).
- bearbeiten interprofessionelle Konflikte in einem gemeinsamen Aushandlungsprozess auf Augenhöhe und beteiligen sich an der Entwicklung und Umsetzung einrichtungsbezogener Konzepte zum Schutz vor Gewalt (III.3.c).
- koordinieren die Pflege von Menschen aller Altersstufen in verschiedenen Versorgungskontexten und organisieren Termine sowie berufsgruppenübergreifende Leistungen (III.3.d).
- bewerten den Beitrag der eigenen Berufsgruppe zur Qualitätsentwicklung und -sicherung und erfüllen die anfallenden Dokumentationsverpflichtungen auch im Kontext von interner und externer Kontrolle und Aufsicht (IV.1.c).
- erfassen den Einfluss gesamtgesellschaftlicher Veränderungen, ökonomischer Anforderungen, technologischer sowie epidemiologischer und demografischer Entwicklungen auf die Versorgungsverträge und Versorgungsstrukturen im Gesundheits- und Sozialsystem (IV.2.b).
- leiten aus beruflichen Erfahrungen in der pflegerischen Versorgung und Unterstützung von Menschen aller Altersstufen und ihren Angehörigen mögliche Fragen an Pflegewissenschaft und -forschung ab (V.1.d).
- setzen Strategien zur Kompensation und Bewältigung unvermeidbarer beruflicher Belastungen gezielt ein und nehmen Unterstützungsangebote frühzeitig wahr oder fordern diese aktiv ein (V.2.c).
- reflektieren ihre persönliche Entwicklung als professionell Pflegende und entwickeln ein eigenes Pflegeverständnis sowie ein berufliches Selbstverständnis unter Berücksichtigung berufsethischer und eigener ethischer Überzeugungen (V.2.d).



| Inhalte/Situationsmerkmale | |
|----------------------------|--|
| Handlungs-anlässe | <p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <p>Verschiedene exemplarisch ausgewählte, bei Menschen in psychischen Problemlagen und mit kognitiven Beeinträchtigungen häufig vorkommende Pflegediagnosen, z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● situationsbedingtes/chronisch geringes Selbstwertgefühl ● beeinträchtigte soziale Interaktion ● Machtlosigkeit ● beeinträchtigte Denkprozesse (mit Einschränkungen u. a. des Gedächtnisses, der Aufmerksamkeit, der Handlungsplanung, der Urteilsfähigkeit) ● akute und chronische Verwirrtheit ● Angst, Furcht ● tiefe Niedergeschlagenheit ● Antriebsschwäche ● unwirksames oder defensives Coping ● gestörte persönliche Identität ● Wahrnehmungsstörung ● psychosomatische Beschwerden ● unwirksames Rollenverhalten ● beeinträchtigte Familienprozesse ● soziale Isolation ● Selbstversorgungsdefizit ● Schlafstörung, nächtliche Unruhe ● gefahrengeneigtes Gesundheitsverhalten ● Stressüberlastung <p>Ausgewählte medizinische Diagnosen, wie Demenz, (unipolare) Depression und Angststörungen</p> <p>3. Ausbildungsdrittel</p> <p>Ausgewählte komplexe Pflegesituationen im Zusammenhang mit unterschiedlichen komplexen psychischen Problemlagen (z. B. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexem Hilfebedarf sowie Menschen in schwerwiegenden bis bedrohlichen Situationen, u. a. in Erregungszuständen, mit selbstschädigendem Verhalten, bei Angst- und Panikstörungen, Intoxikationen, krankheitsbedingter Aggression) oder fortgeschrittenen kognitiven Beeinträchtigungen und komplexen Pflegebedarfen in verschiedenen Settings und Phasen der Versorgungskette mit wechselnden Versorgungsschwerpunkten unter Variation der Altersstufe der zu pflegenden Menschen und des sozialen und kulturellen Umfelds mit z. B. folgenden Pflegediagnosen bzw. Pflegephänomenen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● herausforderndes Verhalten ● Gefahr einer selbst- und/oder fremdgefährdenden Gewalttätigkeit ● Suizidgefahr ● Selbstverletzung/Selbstverletzungsgefahr ● Körperförmstörung ● unwirksame Leugnung |



| | |
|---------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • gefährdendes/verhindertes familiäres Coping • beeinträchtigte/unterbrochene Familienprozesse • elterlicher Rollenkonflikt • Gefahr einer Rollenüberlastung der pflegenden Bezugsperson/Rollenüberlastung der pflegenden Bezugsperson • posttraumatische Reaktion <p>Ausgewählte medizinische Diagnosen wie (fortgeschrittene) Demenz, psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Essstörungen, Affektstörungen</p> |
| Kontext- bedingungen | <p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <p>Makroebene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geschichte und Gegenwart der (geronto-)psychiatrischen Pflege (u. a. Pflege im Nationalsozialismus, Psychiatriereform) • spezifische gesetzliche Rahmenbedingungen (u. a. PsychKG, Betreuungsrecht, UN-Behinderungsrechtskonvention) • spezifische ökonomische Rahmenbedingungen • Inklusion und Stigmatisierung/Diskriminierung psychisch kranker und kognitiv beeinträchtigter Menschen • Verständnis von psychischer und kognitiver Gesundheit und Krankheit vor dem Hintergrund anthropologischer Erkenntnisse und sozial konstruierter Normabweichung <p>Mesoebene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Institutionen der (geronto-)psychiatrischen und geriatrischen sowie kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung • pflegerisches Selbstverständnis in der psychiatrischen Pflege • Arbeitsablaufstrukturen/Pflegesystem: Bezugspflege/Primary Nursing <p>3. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> • ausgewählte Leitlinien (z. B. zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen) • Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ • sozialrechtliche Vorgaben in Bezug auf die gemeindenähe und lebensweltorientierte Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexem Hilfebedarf (u. a. PsychVVG, SGB XI, SGB X und SGB IX) • pflegerische Weiterbildungen und neue pflegerische Berufe (APN) im psychiatrischen Feld |
| Ausgewählte Akteure | <p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menschen aller Altersstufen mit kognitiven Beeinträchtigungen • Menschen aller Altersstufen mit psychischen Gesundheitsproblemen • Mitpatient*innen als Akteure • Selbsthilfegruppen • intra- und interprofessionelles Team, z. B. Psychiater*innen, psycholog. Psychotherapeut*innen, (psychiatrisch) Pflegende mit unterschiedlichen Qualifikationen, Angehörige der Therapieberufe, Erzieher*innen, Sozialpädagog*innen, Genesungsbegleiter*innen/Peers, Betreuer*innen, Richter*innen, Polizist*innen |

| | |
|---|---|
| | <p>3. Ausbildungsdrittel zusätzlich</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Menschen aller Altersstufen mit psychischen Erkrankungen und kognitiven Beeinträchtigungen in ihrem sozialen Umfeld (Familie, soziales Milieu, Peergroup) ● Menschen aller Altersstufen mit unterschiedlichen sozioökonomischen Lebensbedingungen ● Menschen aller Altersstufen mit Migrations- und/oder Flucht-/Kriegserfahrungen ● intra- und interprofessionelles Team und Trialogforen mit Fokus auf divergierende Sichtweisen ● Kriseninterventionsteams |
| Erleben/ Deuten/ Verarbeiten | <p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Angst als lebenswichtiges Gefühl von Menschen ● eigene Ängste ● Abwehrprozesse und Vorurteile ● Perspektivenübernahme und Zuschreibung (Projektion) ● eigene Verhaltensnormen/Wertmaßstäbe und „befremdende“ Verhaltensformen ● ggf. eigene Überforderung <p>3. Ausbildungsdrittel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● eigene Bedürfnisse bzgl. Nähe und Distanz, Freiheit und Abhängigkeit <p><i>Zu pflegende Menschen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Erleben und Leid der zu pflegenden Menschen mit psychischen Erkrankungen und kognitiven Beeinträchtigungen und ihrer Bezugspersonen, insbesondere Sich-selbst-nicht-Wiedererkennen, soziale Isolation, Angst, Unsicherheit, Panikgefühle ● biografische Sinndimension psychischer Erkrankungen und der mit kognitiven Beeinträchtigungen verbundenen Phänomene |
| Handlungs- muster | <p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pflegebedarf feststellen und Pflegeprozesse zur personenzentrierten Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen dialogisch planen, steuern, durchführen und evaluieren, dabei Orientierung an spezifischen Pflegemodellen und -theorien ● Kommunikation unter Berücksichtigung von Stimmungslagen ● Beziehungsaufbau und -gestaltung unter Berücksichtigung anderer Formen der Realitätswahrnehmung und ggf. eigener Projektionen sowie einer personenzentrierten Haltung und Aspekten der Lebensweltorientierung ● Informationsweitergabe ● biopsychosoziale Beobachtung, Beschreibung und Interpretation (z. B. im Hinblick auf die Pharmakotherapie) ● Ermittlung der die jeweilige Pflegediagnose ursächlichen bzw. begünstigenden Faktoren und die Einschätzung von Risikofaktoren sowie des Ausmaßes der Beeinträchtigung ● begleitende Alltagshilfe/Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagsanforderungen und der Selbstversorgung ● Milieugestaltung ● Unterstützung im Umgang mit der gegenwärtigen Situation und zur Förderung der Hinwendung zu positiven Veränderungen sowie zur Förderung des Wohlbefindens ● kollegiale Beratung, Supervision |



| | |
|--|--|
| | <p>3. Ausbildungsdrittel zusätzlich</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pflegebedarf feststellen und Pflegeprozesse zur Unterstützung von Menschen mit schweren (chronischen) psychischen Erkrankungen und komplexem Hilfebedarf trialogisch planen, steuern, durchführen und evaluieren ● personenzentrierte und lebensweltorientierte Beziehungsgestaltung unter Berücksichtigung der auszubalancierenden Aspekte ● Unterstützung und Einbindung von sozialen Bezugspersonen ● Familienbeteiligungsförderung ● Information und Schulung von einzelnen zu pflegenden Menschen und Gruppen zu pflegender Menschen, z. B. bzgl. des Medikamentenmanagements, der Lebensgestaltung, der Förderung sozialer Teilhabe, des Bewältigungshandelns ● entlastende und orientierungsgebende Gesprächsführung (Einführung) ● psychische Krisen erkennen und Gewährleistung unmittelbarer kurzfristiger Hilfe in psychischen und physischen Krisen, Prävention von Risiken ● Deeskalation, Interventionen zur Vermeidung von Gewalt ● interprofessionelle Zusammenarbeit ● Case- und Caremanagement in verschiedenen Versorgungskontexten sowie sektoren- und berufsgruppenübergreifende Organisation der Versorgung ● Quartiersmanagement ● ambulante, aufsuchende Versorgungsansätze |
| <p>Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● soziologische und sozialwissenschaftliche Grundlagen der Demenz („Demenz ist keine Krankheit“) und psychischer Erkrankungen ● Persönlichkeitstheorien/-modelle ● unterschiedliche Klassifikationssysteme in der psychiatrischen Pflege (z. B. NANDA, ICD, NOC, ICF) ● medizinisch-naturwissenschaftliche und psychologische Grundlagen ausgewählter psychischer Störungen ● Überblick über medizinisch-naturwissenschaftliche Grundlagen der Demenz und deren Differentialdiagnosen ● Übersicht Anatomie/Physiologie/Pathologie des Gehirns ● Sekundärtraumatisierung von beruflich Pflegenden ● Überblick über Therapieansätze ● Überblick über die psychiatrische Pharmakologie, einschl. Über- und Fehlversorgung | |
| <p>Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen (Beispiele)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gesprächs- und Beratungssituationen mit zu pflegenden Menschen und ggf. ihren Bezugspersonen in der psychiatrischen Pflege üben | |
| <p>Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben (Beispiele)</p> <p>1./2. Ausbildungsdrittel (bezogen auf zu pflegende Menschen mit psychischen Erkrankungen oder kognitiven Beeinträchtigungen in allen pflegerischen Versorgungsbereichen)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Biografie eines zu pflegenden Menschen mit psychischer Erkrankung oder kognitiver Beeinträchtigung erheben und daraus Schlussfolgerungen für die Versorgung ableiten ● Aufbau und Gestaltung einer tragfähigen und belastbaren Arbeitsbeziehung eines zu pflegenden Menschen mit psychischer Erkrankung bzw. kognitiver Beeinträchtigung beispielhaft anhand von Kriterien beschreiben | <p style="text-align: right;">►</p> |

- biopsychosoziale Beobachtung und Interpretation der Beobachtungen vor dem Hintergrund verschiedener (sozialwissenschaftlicher/psychologischer/medizinischer) Theorien

3. Ausbildungsrittel

- Erhebung des Pflegebedarfs und Planung, Dokumentation und Evaluation des Pflegeprozesses bei einem Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung und komplexem Hilfebedarf bzw. mit fortgeschrittenen kognitiver Beeinträchtigung
- Situationen der Eskalation von Gewalt bzw. der aktiven Deeskalation beobachten und reflektieren
- Anwendung von Formen freiheitsentziehender Maßnahmen bzw. von Maßnahmen zur Vermeidung von Gewalt beobachten und reflektieren
- Bericht über die Begleitung von Pflegefachpersonen bei Hausbesuchen im Rahmen der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) oder aufsuchenden Versorgungsmodellen (z. B. Hometreatment)
- Bericht über die Teilnahme an Trialogforen

Didaktischer Kommentar

Aufbau von Kompetenzen anhand von situationsbasierten Unterrichtseinheiten, in denen die aufgeführten situationsgebundenen Inhalte sinnvoll kombiniert werden, z. B. im 1./2. Ausbildungsrittel:

- Lernsituation eines alten Menschen mit beeinträchtigten Denkprozessen (mit der medizinischen Diagnose einer beginnenden Demenz),
- Lernsituation einer/eines Jugendlichen mit einer Angststörung,
- Lernsituation eines Menschen mittleren Alters, der sich chronisch überlastet fühlt und unter dem Gefühl der Machtlosigkeit leidet (mit der medizinischen Diagnose einer Depression),

unter Variation des sozialen und kulturellen Umfelds sowie des Alters der zu pflegenden Menschen und nach Möglichkeit des Versorgungsbereichs.

Im 3. Ausbildungsrittel Fallarbeit zu ausgewählten komplexen Lernsituationen in verschiedenen Settings, dabei sollen auch Schnittstellen und Übergänge betrachtet und gestaltet werden. Beispielsweise könnten folgende Lernsituationen bearbeitet werden:

- Lernsituation eines alten Menschen mit herausforderndem Verhalten und/oder Delir (z. B. mit der medizinischen Diagnose fortgeschrittene Demenz),
- Lernsituation einer/eines Jugendlichen bzw. einer/eines jungen Erwachsenen mit Wahnerleben und der Gefahr einer selbst- und/oder fremdgefährdenden Gewalttätigkeit (z. B. mit der medizinischen Diagnose Schizophrenie),
- Lernsituation eines Menschen mittleren Alters mit beeinträchtigtem Coping (z. B. mit der medizinischen Diagnose Psychische Störung und Verhaltensstörungen durch Alkohol) und prekären Lebensverhältnissen (z. B. Obdachlosigkeit).

Die Tiefe der Erarbeitung soll der Erstausbildung entsprechen. Die Kompetenzen können in (Fach-)Weiterbildungen und Studiengängen vertieft werden.

CE 11 Kinder und Jugendliche mit psychischen Gesundheitsproblemen und kognitiven Beeinträchtigungen personenzentriert und lebensweltbezogen unterstützen

| CE 11 | Anlage 3 PfIApRv |
|--|----------------------------------|
| 3. Ausbildungsdrittel | Zeitrichtwert: 80 Stunden |
| Intentionen und Relevanz | |
| <p>Die in dieser curricularen Einheit im Mittelpunkt stehenden Kompetenzen werden in Vorbereitung auf den im 3. Ausbildungsdrittel stattfindenden Pflichteinsatz in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung aufgebaut bzw. sind auf das vertiefte Verstehen der gewonnenen Erfahrungen ausgerichtet. Kinder und Jugendliche mit Problemen und Risiken im Bereich der psychischen und/oder kognitiven Gesundheit sind aber gleichwohl nicht nur in psychiatrischen, sondern in allen pflegerischen Settings anzutreffen, sodass die in dieser curricularen Einheit und in dem damit korrespondierenden Pflichteinsatz erworbenen Kompetenzen in allen Settings relevant sind.</p> <p>Im 3. Ausbildungsdrittel liegt der Schwerpunkt auf Kindern und Jugendlichen mit schweren psychischen Erkrankungen und/oder kognitiven Beeinträchtigungen und komplexem Hilfebedarf in instabilen Situationen bzw. psychischen Krisen. Bei den im Mittelpunkt stehenden Erkrankungen und Pflegediagnosen ist die Balance von Nähe und Distanz sowie von Autonomie und Abhängigkeit in der Beziehungsgestaltung besonders anspruchsvoll. Die Auszubildenden analysieren sowohl die eigene Beziehungsgestaltung mit Betroffenen als auch die Beziehungen innerhalb von Familiensystemen und ggf. Peergroups und lernen, systematisch systemische Aspekte in ihr Pflegehandeln einzubeziehen. Es werden außerdem Ansatzpunkte ermittelt, wie die Interaktion innerhalb der Familien verbessert sowie Teilhabe und Autonomiegewinnung gestärkt werden können. Der Schwierigkeitsgrad der Beziehungsgestaltung ist dadurch besonders hoch, dass neben den zu pflegenden Kindern und Jugendlichen stets die sorgeberechtigten Personen in die Interaktion einbezogen werden müssen. Zudem erfordert die Arbeit mit Heranwachsenden eine Gestaltung nicht nur von Pflegeprozessen, sondern auch von Erziehungsprozessen im interprofessionellen Team. Des Weiteren werden in der curricularen Einheit Konzepte für die struktur- und sektorenübergreifende Versorgung fokussiert.</p> | |
| Bildungsziele | |
| <p>Die Auszubildenden reflektieren das Spannungsverhältnis zwischen Nähe und Distanz sowie Freiheit und Abhängigkeit in der Beziehungsgestaltung mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Des Weiteren loten sie Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung zwischen dem Aufbau einer Vertrauensbasis und aktiver Fürsorge bzw. Kontrolle aus. In der Zusammenarbeit mit Familien erarbeiten sie mögliche Konflikte zwischen der elterlichen Verantwortung und dem Wohl der Kinder und Jugendlichen.</p> | |
| Kompetenzen – Anlage 3 PfIApRv | |
| <p>Grundlegend für das 3. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Pflege von Kindern und Jugendlichen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren (I.1 a-h). <p>Die Auszubildenden</p> <ul style="list-style-type: none"> erheben, erklären und interpretieren pflegebezogene Daten von Kindern und Jugendlichen auch in komplexen gesundheitlichen Problemlagen anhand von pflege- und bezugswissenschaftlichen Erkenntnissen (I.2.a). ▶ | |

- unterstützen Kinder und Jugendliche durch Mitwirkung an der Entwicklung von fachlich begründeten Pflegeinterventionen der Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration (I.2.b).
- pflegen, begleiten, unterstützen und beraten Kinder und Jugendliche sowie deren Bezugspersonen aus unterschiedlichen Zielgruppen in Phasen schwerer chronischer Krankheitsverläufe sowie am Lebensende (I.3.a).
- wahren das Selbstbestimmungsrecht der zu pflegenden Kinder und Jugendlichen, insbesondere auch, wenn sie in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt sind (I.6.a).
- fördern und gestalten die Koordination und Zusammenarbeit zwischen familialen Systemen sowie den sozialen Netzwerken und den professionellen Pflegesystemen in der pflegerischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (I.6.d).
- machen sich eigene Deutungs- und Handlungsmuster in der pflegerischen Interaktion mit Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen und mit ihren unterschiedlichen, insbesondere kulturellen und sozialen Hintergründen bewusst und reflektieren sie (II.1.a).
- gestalten kurz- und langfristige Beziehungen mit Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen, die auch bei divergierenden Sichtweisen oder Zielsetzungen und schwer nachvollziehbaren Verhaltensweisen von Empathie, Wertschätzung, Achtsamkeit und Kongruenz gekennzeichnet sind (II.1.b).
- gestalten die Kommunikation in unterschiedlichen Pflegesituationen mit Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen unter Einsatz verschiedener Interaktionsformen und balancieren das Spannungsfeld von Nähe und Distanz aus (II.1.c).
- gestalten pflegeberufliche Kommunikationssituationen mit Kindern und Jugendlichen und deren Bezugspersonen auch bei divergierenden Zielsetzungen oder Sichtweisen verständigungsorientiert und fördern eine beteiligungsorientierte Entscheidungsfindung (II.1.d).
- erkennen Kommunikationsbarrieren bei zu pflegenden Kindern und Jugendlichen, insbesondere bei spezifischen Gesundheitsstörungen oder Formen von Behinderungen, und setzen unterstützende und kompensierende Maßnahmen ein, um diese zu überbrücken (II.1.e).
- reflektieren sich abzeichnende oder bestehende Konflikte in pflegerischen Versorgungssituationen von Kindern und Jugendlichen und entwickeln Ansätze der Konfliktshaltung und -lösung, auch unter Hinzuziehung von Angeboten zur Reflexion professioneller Kommunikation (II.1.f).
- reflektieren Phänomene von Macht und Machtmissbrauch in pflegerischen Handlungsfeldern der Versorgung von Kindern und Jugendlichen (II.1.g).
- informieren Kinder und Jugendliche zu komplexen gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und weitgehenden Fragen der pflegerischen Versorgung in einer dem Entwicklungsstand und der Situation angemessenen Sprache (II.2.a).
- setzen Schulungen mit Kindern, Jugendlichen und/oder ihren Bezugspersonen in Einzelarbeit oder kleineren Gruppen um (II.2.b).
- tragen in ethischen Dilemmasituationen mit Kindern, Jugendlichen oder ihren Bezugspersonen im interprofessionellen Gespräch zur gemeinsamen Entscheidungsfindung bei (II.3.c).
- vertreten die im Rahmen des Pflegeprozesses gewonnenen Einschätzungen zu Pflegediagnosen und erforderlichen Behandlungskonsequenzen bei Kindern und Jugendlichen in der interprofessionellen Zusammenarbeit (III.2.f).
- bringen die pflegefachliche Sichtweise in die interprofessionelle Kommunikation ein (III.3.b).
- bearbeiten interprofessionelle Konflikte in einem gemeinsamen Aushandlungsprozess auf Augenhöhe und beteiligen sich an der Entwicklung und Umsetzung einrichtungsbezogener Konzepte zum Schutz vor Gewalt (III.3.c).
- koordinieren die Pflege von Kindern und Jugendlichen in verschiedenen Versorgungskontexten und organisieren Termine sowie berufsgruppenübergreifende Leistungen (III.3.d).



- bewerten den Beitrag der eigenen Berufsgruppe zur Qualitätsentwicklung und -sicherung und erfüllen die anfallenden Dokumentationsverpflichtungen auch im Kontext von interner und externer Kontrolle und Aufsicht (IV.1.c).
- erfassen den Einfluss gesamtgesellschaftlicher Veränderungen, ökonomischer Anforderungen, technologischer sowie epidemiologischer und demografischer Entwicklungen auf die Versorgungsverträge und Versorgungsstrukturen im Gesundheits- und Sozialsystem (IV.2.b).
- leiten aus beruflichen Erfahrungen in der pflegerischen Versorgung und Unterstützung von Kindern, Jugendlichen und Familien mögliche Fragen an Pflegewissenschaft und -forschung ab (V.1.d).
- setzen Strategien zur Kompensation und Bewältigung unvermeidbarer beruflicher Belastungen gezielt ein und nehmen Unterstützungsangebote frühzeitig wahr oder fordern diese aktiv ein (V.2.c).
- reflektieren ihre persönliche Entwicklung als professionell Pflegende und entwickeln ein eigenes Pflegeverständnis sowie ein berufliches Selbstverständnis unter Berücksichtigung berufsethischer und eigener ethischer Überzeugungen (V.2.d).

Inhalte/Situationsmerkmale

| | |
|---------------------------|---|
| Handlungsanlässe | <p>Ausgewählte komplexe Pflegesituationen im Zusammenhang mit unterschiedlichen komplexen psychischen Problemlagen (z. B. Kinder und Jugendliche mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexem Hilfebedarf sowie Kinder und Jugendliche in schwerwiegenden bis bedrohlichen Situationen, u. a. in Erregungszuständen, mit selbstschädigendem Verhalten, Intoxikationen, krankheitsbedingter Aggression) und komplexen Pflegebedarfen in verschiedenen Settings und Phasen der Versorgungskette mit wechselnden Versorgungsschwerpunkten unter Variation des sozialen und kulturellen Umfelds mit z. B. folgenden Pflegediagnosen und Pflegephänomenen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Suizidgefahr ● Selbstverletzung/Selbstverletzungsgefahr ● Gefahr einer fremdgefährdenden/selbstgefährdenden Gewalttätigkeit ● beeinträchtigte soziale Interaktion ● Gefahr einer Rollenüberlastung der pflegenden Bezugsperson/Rollenüberlastung der pflegenden Bezugsperson ● gefährdendes/verhindertes familiäres Coping ● beeinträchtigte/unterbrochene Familienprozesse ● elterlicher Rollenkonflikt ● ineffektive Impulskontrolle ● unwirksame Verleugnung ● Körperförmstörung ● Gefahr eines posttraumatischen Syndroms <p>Ausgewählte medizinische Diagnosen wie psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Essstörungen, Posttraumatische Belastungsstörung, Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS)</p> |
| Kontextbedingungen | <ul style="list-style-type: none"> ● sozialrechtliche Vorgaben in Bezug auf die gemeindenähe und lebensweltorientierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexem Hilfebedarf (u. a. PsychVVG, SGB XI, SGB X und SGB IX) ● Familienrecht, Schulgesetze ● pflegerische Weiterbildungen und neue pflegerische Berufe (APN) im psychiatrischen Feld |



| | |
|--|---|
| Ausgewählte Akteure | <ul style="list-style-type: none"> ● Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen in ihrem sozialen Umfeld (Familie, soziales Milieu, Peergroup) ● Kinder und Jugendliche und ihre Familien mit unterschiedlichen sozioökonomischen Lebensbedingungen ● Kinder und Jugendliche mit Migrations- und/oder Flucht-/Kriegserfahrungen ● intra- und interprofessionelles Team mit Fokus auf divergierende Sichtweisen ● Kriseninterventionsteams |
| Erleben/ Deuten/ Verarbeiten | <p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● eigene Bedürfnisse bzgl. Nähe und Distanz, Freiheit und Abhängigkeit ● Abwehrprozesse und Vorurteile ● Perspektivenübernahme und Zuschreibung (Projektion) ● eigene Verhaltensnormen/Wertmaßstäbe und „befremdende“ Verhaltensformen ● ggf. eigene Überforderung ● Rollendefinition in der Versorgung von gleichaltrigen (jugendlichen) Patient*innen <p><i>Zu pflegende Menschen (Kinder und Jugendliche)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Erleben und Leid von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen und ihrer Bezugspersonen, insbesondere Sich-selbst-nicht-Wiedererkennen, soziale Isolation, Angst, Unsicherheit, Panikgefühle ● biografische Sinndimension psychischer Erkrankungen und der mit kognitiven Beeinträchtigungen verbundenen Phänomene |
| Handlungs- muster | <ul style="list-style-type: none"> ● Pflegebedarf feststellen und Pflegeprozesse zur Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit schweren psychischen Erkrankungen oder kognitiven Beeinträchtigungen und komplexem Hilfebedarf in Abstimmung mit den sorgeberechtigten Personen planen, steuern, durchführen und evaluieren – dabei Orientierung an spezifischen Pflegemodellen und -theorien ● personenzentrierte und lebensweltorientierte Beziehungsgestaltung unter Berücksichtigung der auszubalancierenden Aspekte ● Unterstützung und Einbindung von sozialen Bezugspersonen ● Familienbeteiligungsförderung ● Information und Schulung von einzelnen Kindern und Jugendlichen und ihren Bezugspersonen, z. B. bzgl. des Medikamentenmanagements, der Lebensgestaltung, der Förderung sozialer Teilhabe, des Bewältigungshandelns ● entlastende und orientierungsgebende Gesprächsführung (Einführung) ● psychische Krisen erkennen und Gewährleistung unmittelbarer kurzfristiger Hilfe in psychischen und physischen Krisen, Prävention von Risiken ● Deeskalation, Interventionen zur Vermeidung von Gewalt ● interprofessionelle Zusammenarbeit ● Case- und Caremanagement in verschiedenen Versorgungskontexten sowie sektoren- und berufsgruppenübergreifende Organisation der Versorgung ● ambulante, aufsuchende Versorgungsansätze |
| Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen <ul style="list-style-type: none"> ● soziologische und sozialwissenschaftliche Grundlagen psychischer Erkrankungen (z. B. Einfluss von Geschlecht) ● Persönlichkeitstheorien/-modelle | |

- unterschiedliche Klassifikationssysteme in der psychiatrischen Pflege (z. B. NANDA, ICD, NOC, ICF)
- Überblick über medizinisch-naturwissenschaftliche und psychologische Grundlagen ausgewählter psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen
- Überblick Anatomie/Physiologie/Pathologie des Gehirns
- Sekundärtraumatisierung von beruflich Pflegenden
- Überblick über Therapieansätze
- Überblick über die psychiatrische Pharmakologie, einschl. Über- und Fehlversorgungen

Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen (Beispiele)

- Gesprächs- und Beratungssituationen mit Kindern und Jugendlichen und ihren Bezugspersonen in der psychiatrischen Pflege üben

Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben (Beispiele)

- Erhebung Pflegebedarf und Planung, Dokumentation und Evaluation des Pflegeprozesses bei Kindern und Jugendlichen mit einer schweren psychischen Erkrankung und komplexem Hilfebedarf
- Kommunikationssituationen mit Kindern und Jugendlichen, deren Realitätswahrnehmung stark von der eigenen abweicht, beschreiben und anhand von theoretischen Modellen reflektieren
- Anwendung von stark kontrollierenden Pflegeinterventionen beobachten und reflektieren
- familiäre Interaktionssituationen anhand von theoretischen Modellen analysieren und Schlussfolgerungen für pflegerische Interventionen ziehen
- Bericht über die Begleitung von Pflegefachpersonen bei Hausbesuchen im Rahmen aufsuchender Versorgungsmodelle (z. B. Hometreatment)

Didaktischer Kommentar

Fallarbeit zu ausgewählten komplexen Lernsituationen in verschiedenen Settings, dabei sollen auch Schnittstellen und Übergänge betrachtet und gestaltet werden. Beispielsweise könnten folgende Lernsituationen bearbeitet werden:

- Lernsituation einer/eines Jugendlichen mit einer (stoffgebundenen) Abhängigkeitserkrankung (Abhängigkeit oder Missbrauch von (psychotropen) Substanzen),
- Lernsituation eines traumatisierten Kindes mit z. B. Fluchterfahrungen,
- Lernsituation eines Kindes mit einer Bindungsstörung im Kontext seiner Familie (dysfunktionales Familiensystem und/oder sozial prekäre Lebensverhältnisse),
- Lernsituation einer/eines Jugendlichen mit einer Essstörung, Mangelernährung und der Frage nach künstlicher Ernährung (Zwang),
- Lernsituation einer schwangeren Jugendlichen/eines jungen Erwachsenen/Adoleszenten mit einer emotional-instabilen Persönlichkeitsentwicklung.

Die Tiefe der Erarbeitung soll der Erstausbildung entsprechen. Die Kompetenzen können in (Fach-)Weiterbildungen und Studiengängen vertieft werden.

CE 11 Alte Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und kognitiven Beeinträchtigungen personenzentriert und lebensweltbezogen unterstützen

| | |
|---|---------------------------|
| CE 11 | Anlage 4 PflAPrV |
| 3. Ausbildungsdrittel | Zeitrichtwert: 80 Stunden |
| <h3>Intentionen und Relevanz</h3> <p>Die in dieser curricularen Einheit im Mittelpunkt stehenden Kompetenzen werden in Vorbereitung auf den im 3. Ausbildungsdrittel stattfindenden Pflichteinsatz in der gerontopsychiatrischen Versorgung aufgebaut bzw. sind auf das vertiefte Verstehen der gewonnenen Erfahrungen ausgerichtet. Menschen mit Problemen und Risiken im Bereich der psychischen und kognitiven Gesundheit sind aber gleichwohl nicht nur in psychiatrischen, sondern in allen pflegerischen Settings anzutreffen, sodass die in dieser curricularen Einheit und in dem damit korrespondierenden Pflichteinsatz erworbenen Kompetenzen in allen Settings relevant sind.</p> <p>Im 3. Ausbildungsdrittel liegt der Schwerpunkt auf alten Menschen, die von schweren psychischen Erkrankungen und/oder kognitiven Beeinträchtigungen betroffen sind, mit komplexem Hilfebedarf in instabilen Situationen bzw. psychischen Krisen oder bei herausforderndem Verhalten. Bei den im Mittelpunkt stehenden Erkrankungen und Pflegediagnosen ist die Balance von Nähe und Distanz sowie von Autonomie und Abhängigkeit in der Beziehungsgestaltung besonders anspruchsvoll. Die Auszubildenden analysieren sowohl die eigene Beziehungsgestaltung mit Betroffenen als auch die Beziehungen innerhalb von Familiensystemen und/oder anderen Bezugsgruppen und lernen, systematisch systemische Aspekte in ihr Pflegehandeln einzubeziehen. Neben der dialogischen wird die trialogische pflegerisch-therapeutische Beziehungsgestaltung mit struktur- und sektorübergreifender Kontinuität fokussiert. Bei der Unterstützung der zu pflegenden Menschen orientieren sich die Auszubildenden an den Prinzipien des Lebensweltbezugs und der Personenzentrierung.</p> | |
| <h3>Bildungsziele</h3> <p>Die Auszubildenden reflektieren die Asymmetrie der Beziehung zwischen alten psychisch kranken Menschen und professionell Pflegenden und die damit verbundenen Machtpotenziale. Sie untersuchen die Grenzen zwischen Selbstschutz der alten Menschen in psychischen Problemlagen und/oder mit kognitiven Beeinträchtigungen und/oder Schutz anderer Menschen (auch der beruflich Pflegenden selbst) auf der einen Seite und der Ausübung von Gewalt bzw. Missachtung/Misshandlung/Misswürdigung auf der anderen Seite. Des Weiteren loten sie Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung zwischen dem Aufbau einer Vertrauensbasis und aktiver und quasi-vormundschaftlicher Fürsorge bzw. Kontrolle aus. Vor dem Hintergrund der Ungewissheit in der Deutung des Verhaltens von zu pflegenden alten Menschen mit psychischen Erkrankungen und/oder kognitiven Beeinträchtigungen können Auszubildende in dieser curricularen Einheit die Einsicht gewinnen, dass sie ihre vorläufigen Deutungen im situativen Reagieren immer wieder überprüfen müssen.</p> | |
| <h3>Kompetenzen - Anlage 4 PflAPrV</h3> <p>Grundlegend für das 3. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Pflege von alten Menschen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und bewerten (I.1 a-h). | |

Die Auszubildenden

- unterstützen, pflegen, begleiten und beraten auf der Grundlage der durchgeführten Untersuchungen alte Menschen bei gesundheitlichen und präventiven Maßnahmen auch in komplexen gesundheitlichen Problemlagen anhand von pflege- und bezugswissenschaftlichen Erkenntnissen (I.2.a).
- unterstützen alte Menschen durch Mitwirkung an der Entwicklung von fachlich begründeten Pflegeinterventionen der Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration (I.2.b).
- erkennen Hinweiszeichen auf eine mögliche Gewaltausübung in der Versorgung von alten Menschen und reflektieren ihre Beobachtungen im therapeutischen Team (I.2.d).
- pflegen, begleiten, unterstützen und beraten alte Menschen sowie deren Bezugspersonen bei Demenz, psychischen Krisen und gerontopsychiatrischen Erkrankungen (I.3.a).
- wahren das Selbstbestimmungsrecht alter Menschen mit Pflegebedarf, insbesondere auch, wenn sie in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt sind (I.6.a).
- fördern und gestalten die Zusammenarbeit zwischen familialen Systemen sowie den sozialen Netzwerken und den professionellen Pflegesystemen in der pflegerischen Versorgung von alten Menschen (I.6.d).
- machen sich eigene Deutungs- und Handlungsmuster in der pflegerischen Interaktion mit alten Menschen und ihren Bezugspersonen und mit ihren unterschiedlichen, insbesondere kulturellen und sozialen Hintergründen bewusst und reflektieren sie (II.1.a).
- reflektieren ihre Möglichkeiten und Grenzen in der Kommunikation und Beratung (II.1.b).
- nutzen Empathie, Wertschätzung, Akzeptanz und Kongruenz für eine professionelle Beziehungsgestaltung und Kommunikation mit alten Menschen (II.1.c).
- setzen Methoden der Gesprächsführung angemessen ein (II.1.d).
- erkennen Kommunikationsbarrieren, insbesondere bei spezifischen Gesundheitsstörungen oder Formen von Behinderungen im Alter, und setzen unterstützende und kompensierende Maßnahmen ein, um diese zu überbrücken (II.1.e).
- sind in der Lage, Konflikte wahrzunehmen, angemessen darauf zu reagieren und Konfliktgespräche zu führen unter Hinzuziehung von Angeboten zur Überprüfung der eigenen professionellen Kommunikation (II.1.f).
- informieren alte Menschen zu komplexen gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und weitergehenden Fragen der pflegerischen Versorgung (II.2.a).
- setzen Schulungen mit Einzelpersonen und kleineren Gruppen zu pflegender alter Menschen um (II.2.b).
- tragen in ethischen Dilemmasituationen mit alten Menschen oder ihren Bezugspersonen im interprofessionellen Gespräch zur gemeinsamen Entscheidungsfindung bei (II.3.c).
- vertreten die im Rahmen des Pflegeprozesses gewonnenen Einschätzungen zum Pflegebedarf und erforderlichen Behandlungskonsequenzen bei alten Menschen in der interprofessionellen Zusammenarbeit (III.2.f).
- bringen sowohl die Perspektive der Betroffenen als auch die pflegefachliche Sichtweise in die interprofessionelle Kommunikation ein (III.3.b).
- bearbeiten interprofessionelle Konflikte in einem gemeinsamen Aushandlungsprozess auf Augenhöhe (III.3.c).
- koordinieren die Pflege von alten Menschen in verschiedenen Versorgungskontexten und organisieren Termine sowie berufsgruppenübergreifende Leistungen (III.3.d).
- beachten den Beitrag der eigenen Berufsgruppe zur Qualitätsentwicklung und -sicherung und erfüllen die anfallenden Dokumentationsverpflichtungen auch im Kontext von interner und externer Kontrolle und Aufsicht (IV.1.c).
- kennen den Einfluss gesamtgesellschaftlicher Veränderungen, ökonomischer Anforderungen sowie epidemiologischer und demografischer Entwicklungen auf die Versorgungsstrukturen (IV.2.b).



| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> setzen Strategien zur Kompensation und Bewältigung unvermeidbarer beruflicher Belastungen gezielt ein und nehmen Unterstützungsangebote frühzeitig wahr oder fordern diese aktiv ein (V.2.c). reflektieren ihre persönliche Entwicklung als professionell Pflegende und entwickeln ein eigenes Pflegeverständnis sowie ein berufliches Selbstverständnis unter Berücksichtigung berufsethischer und eigener ethischer Überzeugungen (V.2.d). | |
| Inhalte/Situationsmerkmale | |
| Handlungs-anlässe | <p>Ausgewählte komplexe Pflegesituationen im Zusammenhang mit unterschiedlichen komplexen psychischen Problemlagen, z. B. alte Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen oder fortgeschrittenen kognitiven Beeinträchtigungen und komplexem Hilfebedarf in verschiedenen Settings und Phasen der Versorgungskette mit wechselnden Versorgungsschwerpunkten unter Variation des sozialen und kulturellen Umfelds mit z. B. folgenden Pflegediagnosen und Pflegephänomenen:</p> <ul style="list-style-type: none"> chronische Verwirrtheit herausforderndes Verhalten gestörte Denkprozesse gestörte Wahrnehmung (z. B. Wahnerleben) Gefahr einer selbst- und/oder fremdgefährdenden Gewalttätigkeit Suizidgefahr unwirksame Verleugnung Gefahr einer Rollenüberlastung der pflegenden Bezugsperson/Rollenüberlastung der pflegenden Bezugsperson beeinträchtigte/unterbrochene Familienprozesse posttraumatische Reaktion <p>Ausgewählte medizinische Diagnosen, wie (fortgeschrittene) Demenz und unterschiedliche Demenzformen, psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, psychosomatische Erkrankungen, chronische psychische Erkrankungen, z. B. Schizophrenie</p> |
| Kontext-bedingungen | <ul style="list-style-type: none"> sozialrechtliche Vorgaben in Bezug auf die gemeindenahme und lebensweltorientierte Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexem Hilfebedarf (u. a. PsychVVG, SGB XI, SGB X und SGB IX) Institutionen in der (geronto-)psychiatrischen Versorgung pflegerische Weiterbildungen und neue pflegerische Berufe (APN) im psychiatrischen Feld Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ ausgewählte Leitlinien (z. B. zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen) |
| Ausgewählte Akteure | <ul style="list-style-type: none"> alte Menschen mit psychischen Erkrankungen in ihrem sozialen und kulturellen Umfeld (Familie, soziales Milieu) alte Menschen mit unterschiedlichen sozioökonomischen Lebensbedingungen alte Menschen mit Erfahrungen als chronisch psychisch kranke Personen in unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen intra- und interprofessionelles Team und Trialogforen mit Fokus auf divergierende Sichtweisen Kriseninterventionsteams |

| | |
|--|--|
| Erleben/ Deuten/ Verarbeiten | <p>Auszubildende</p> <ul style="list-style-type: none"> ● eigene Bedürfnisse bzgl. Nähe und Distanz, Freiheit und Abhängigkeit ● Abwehrprozesse und Vorurteile ● Perspektivenübernahme und Zuschreibung (Projektion) ● eigene Verhaltensnormen/Wertmaßstäbe und „befremdende“ Verhaltensformen ● ggf. eigene Überforderung <p>Zu pflegende Menschen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Erleben und Leid der zu pflegenden alten Menschen mit psychischen Erkrankungen und kognitiven Beeinträchtigungen und ihrer Bezugspersonen, insbesondere Sich-selbst-nicht-Wiedererkennen, soziale Isolation, Angst, Unsicherheit, Panikgefühle ● biografische Sinndimension psychischer Erkrankungen und der mit kognitiven Beeinträchtigungen verbundenen Phänomene |
| Handlungsmuster | <ul style="list-style-type: none"> ● Pflegebedarf feststellen und Pflegeprozesse zur Unterstützung von alten Menschen mit schweren (chronischen) psychischen Erkrankungen und kognitiven Beeinträchtigungen in fortgeschrittenem Studium mit komplexem Hilfebedarf planen, steuern, durchführen und bewerten – dabei Orientierung an spezifischen Pflegemodellen und -theorien ● personenzentrierte und lebensweltbezogene Beziehungsgestaltung unter Berücksichtigung der auszubalancierenden Aspekte ● Unterstützung und Einbindung von sozialen Bezugspersonen ● Information und Schulung von einzelnen alten Menschen mit psychischen Erkrankungen und Gruppen, z. B. bzgl. des Medikamentenmanagements, der Lebensgestaltung, der Förderung sozialer Teilhabe, des Bewältigungshandelns ● entlastende und orientierungsgebende Gesprächsführung (Einführung) ● Milieugestaltung ● begleitende Alltagshilfe/Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagsanforderungen und bei der Selbstversorgung ● psychische Krisen erkennen und Gewährleistung unmittelbarer kurzfristiger Hilfe in psychischen und physischen Krisen, Prävention von Risiken ● Deeskalation, Interventionen zur Vermeidung von Gewalt ● interprofessionelle Zusammenarbeit ● Case- und Caremanagement in verschiedenen Versorgungskontexten sowie sektoren- und berufsgruppenübergreifende Organisation der Versorgung ● Quartiersmanagement |
| <p>Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● soziologische und sozialwissenschaftliche Grundlagen der Demenz („Demenz ist keine Krankheit“) und psychischer Erkrankungen ● Persönlichkeitstheorien/-modelle ● unterschiedliche Klassifikationssysteme in der psychiatrischen Pflege (z. B. NANDA, ICD, NOC, ICF) ● Überblick medizinisch-naturwissenschaftliche und psychologische Grundlagen ausgewählter psychischer Störungen ● Überblick medizinisch-naturwissenschaftliche Grundlagen der unterschiedlichen Demenzformen und deren Differentialdiagnosen | |

- Überblick Anatomie/Physiologie/Pathologie des Gehirns
- Sekundärtraumatisierung von beruflich Pflegenden
- Überblick über Therapieansätze
- Überblick über psychiatrische Pharmakologie, einschließlich Über- und Fehlversorgungen

Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen (Beispiele)

- Gesprächs- und Beratungssituationen mit zu pflegenden alten Menschen und ihren Bezugspersonen in der psychiatrischen Pflege üben

Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben (Beispiele)

- Erhebung des Pflegebedarfs und Planung, Dokumentation und Evaluation des Pflegeprozesses bei einem alten Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung und komplexem Hilfebedarf und/oder mit fortgeschrittenen kognitiven Beeinträchtigungen
- Kommunikationssituationen mit alten Menschen mit herausforderndem Verhalten gestalten, schriftlich beschreiben und anhand von theoretischen Modellen reflektieren
- Situationen der Eskalation von Gewalt bzw. der aktiven Deeskalation beobachten und reflektieren
- Anwendung von Formen freiheitsentziehender Maßnahmen bzw. von Maßnahmen zur Vermeidung von Gewalt beobachten und reflektieren

Didaktischer Kommentar

Im 3. Ausbildungsdrittelfallarbeit zu ausgewählten komplexen Lernsituationen in verschiedenen Settings, dabei sollen auch Schnittstellen und Übergänge betrachtet und gestaltet werden. Beispielsweise könnten folgende Lernsituationen bearbeitet werden:

- Lernsituation eines alten Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz und herausforderndem Verhalten unter Berücksichtigung des familiären (Pflege-)Systems,
- Lernsituation eines alten Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung und mit biografischen Erfahrungen bzgl. Zwang und Fremdbestimmung,
- Lernsituation eines alten Menschen mit einer stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankung und der biografischen Erfahrung einer prekären Lebenslage (Obdachlosigkeit).

Die Tiefe der Erarbeitung soll der Erstausbildung entsprechen. Die Kompetenzen können in (Fach-)Weiterbildungen und Studiengängen vertieft werden.

III. RAHMENAUSBILDUNGSPLÄNE FÜR DIE PRAKTISCHE AUSBILDUNG

Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG

.....

Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung 1. Aktualisierung

.....

November 2023

Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PfIBG

Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung 1. Aktualisierung

Mitglieder der Fachkommission:

Rainer Ammende, München

Prof'in Dr. Ingrid Darmann-Finck, Bremen, stellv. Vorsitzende

Prof'in Dr. Roswitha Ertl-Schmuck, Oppenheim

Brigitte von Germeten-Ortmann, Paderborn

Prof'in Gertrud Hundeborn, Köln, Vorsitzende

Uwe Machleit, Hattingen/Ruhr

Christine Maier, Freiburg

Sabine Muths, Tittmoning

Prof'in Dr. Anja Walter, Dresden

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----|
| Einführung..... | 4 |
| 1. Intentionen der Überarbeitung..... | 5 |
| 2. Konstruktionsprinzipien der Rahmenausbildungspläne..... | 6 |
| 3. Aufbau der überarbeiteten Rahmenausbildungspläne | 13 |
| 4. Hinweise für die Arbeit mit den Rahmenausbildungsplänen | 15 |
| 4.1 Konkretisierung der Rahmenausbildungspläne – Entwicklung von träger-/einrichtungsspezifischen Ausbildungsplänen | 17 |
| 4.2 Einrichtungsbezogene Lernmöglichkeiten entdecken | 17 |
| 4.3 Lernvoraussetzungen berücksichtigen – Aufgabenstellungen anpassen..... | 18 |
| 4.4 Reflexionsprozesse initiieren und begleiten | 20 |
| Literatur..... | 22 |
| Orientierungseinsatz im ersten Ausbildungsdritt..... | 23 |
| Einsätze im ersten Ausbildungsdritt im Rahmen der Pflichteinsätze in den drei allgemeinen Versorgungsbereichen | 34 |
| Einsätze im zweiten Ausbildungsdritt im Rahmen der Pflichteinsätze in den drei allgemeinen Versorgungsbereichen | 47 |
| Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung..... | 67 |
| Pflichteinsatz in der Psychiatrischen Versorgung in der Ausbildung zur Pflegefachfrau / zum Pflegefachmann / zur Pflegefachperson | 77 |
| Pflichteinsatz in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in der Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger | 87 |
| Pflichteinsatz in der gerontopsychiatrischen Versorgung in der Ausbildung zur Altenpflegerin / zum Altenpfleger..... | 97 |
| Vertiefungseinsatz im letzten Ausbildungsdritt für den Ausbildungsabschluss zur Pflegefachfrau / zum Pflegefachmann / zur Pflegefachperson | 108 |
| Vertiefungseinsatz im letzten Ausbildungsdritt für den Ausbildungsabschluss zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger | 134 |
| Vertiefungseinsatz im letzten Ausbildungsdritt für den Ausbildungsabschluss zur Altenpflegerin/zum Altenpfleger | 161 |

Einführung

Im August 2019 hat die Fachkommission gemeinsam mit den Rahmenlehrplänen Rahmenausbildungspläne für die pflegepraktische Ausbildung vorgelegt. Zur Sicherstellung der Aktualität sollen die Rahmenpläne von der Fachkommission nach § 53 Abs. 2 PflBG (Pflegeberufegesetz) kontinuierlich überprüft und ggf. angepasst werden. Die Überprüfung soll mindestens alle fünf Jahre erfolgen. Inzwischen hat der erste Jahrgang die generalistische Pflegeausbildung abgeschlossen. Um Hinweise auf Schwierigkeiten bei der Umsetzung und ggf. erforderliche Überarbeitungen der Rahmenpläne zu erhalten, hat die Fachkommission zum 1.1.2022 eine Studie zur Rezeption der Rahmenpläne und damit auch der Rahmenausbildungspläne eingeholt. Diese wurde vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) in Auftrag gegeben und von der Fliedner Fachhochschule Düsseldorf durchgeführt (Laufzeit 14 Monate). Die Ergebnisse der Studie liegen seit Ende Februar 2023 vor (WESSELBORG ET AL. 2023). Des Weiteren hat die Fachkommission Informationen aus anderen einschlägigen Studien gesichtet und Erfahrungen aus eigenen Projekten der Fachkommissionsmitglieder zusammengefasst. Ausgehend von diesen (zu dem Zeitpunkt teilweise noch vorläufigen) Ergebnissen hat die Fachkommission im November 2022 entschieden, zunächst die Rahmenausbildungspläne zu überarbeiten. Der Überarbeitungsprozess wurde im Oktober 2023 abgeschlossen und erfolgte in drei zweitägigen und einer eintägigen Sitzung mit dazwischen liegenden intensiven Arbeitsphasen. Sämtliche Zwischenergebnisse wurden mehrfach in der Kommission abgestimmt und weiterentwickelt.

An den Sitzungen haben neben den Mitgliedern gemäß § 53 Abs. 4 PflBG folgende Personen beratend teilgenommen:

- Vertreterinnen und Vertreter des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG),
- eine Vertreterin bzw. ein Vertreter des/der Bevollmächtigten der Bundesregierung für die Pflege,
- Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsministerkonferenz (GMK), der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) sowie der Kultusministerkonferenz (KMK).

Administrativ hat die Fachkommission gem. § 53 Abs. 5 PflBG Unterstützung seitens der Geschäftsstelle im Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) erhalten.

Das vorliegende Dokument gliedert sich in fünf Kapitel. In den Kapiteln 1-3 werden die Hintergründe der Entwicklung wie folgt ausgeführt

- die mit der Überarbeitung verbundenen Intentionen vor dem Hintergrund der Studienergebnisse zu Umsetzungshindernissen der Rahmenausbildungspläne (Kap. 1),
- die Konstruktionsprinzipien (Kap. 2) und
- der Aufbau der überarbeiteten Rahmenausbildungspläne (Kap. 3).

Kapitel 4 enthält Hinweise für die Arbeit mit den Rahmenausbildungsplänen. Das Kapitel 5 umfasst die Rahmenausbildungspläne, gegliedert nach den unterschiedlichen Praxiseinsätzen entsprechend der Anlage 7 der Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV). Im letzten Ausbildungsdrittel werden für den Pflichteinsatz in der Psychiatrie und für den Vertiefungseinsatz jeweils Differenzierungen nach dem Abschluss „Pflegefachmann/Pflegefachfrau“ einerseits und „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-pflegerin“ und „Altenpfleger/-in“ andererseits vorgenommen.

1. Intentionen der Überarbeitung

Um Hinweise auf Überarbeitungsbedarfe der Rahmenausbildungspläne zu erlangen, nutzte die Fachkommission unterschiedliche Informationsquellen. Im Mittelpunkt stand dabei die Studie zur „Rezeption der Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PfIBG“ (WESSELBORG ET AL. 2023). Ziel dieser Studie war es, mit Blick auf die Rahmenausbildungspläne Informationen darüber zu erlangen, wie die Rahmenausbildungspläne in den Praxiseinrichtungen verstanden, umgesetzt und in betriebliche Ausbildungsplanungen transformiert werden. Außerdem sollte ermittelt werden, welche Umsetzungsschwierigkeiten bzw. welche hinderlichen und förderlichen Faktoren sich identifizieren lassen. Zur Datenerhebung wurden Interviews mit Praxisanleitenden und eine Dokumentenanalyse von einrichtungsspezifischen Ausbildungsplänen und weiteren Dokumenten durchgeführt.

In der Studie haben sich folgende Merkmale der Rahmenausbildungspläne als hinderlich herausgestellt (WESSELBORG ET AL. 2023, S. 71-75):

- unübersichtliche Strukturierung anhand der Kompetenzschwerpunkte,
- komplizierte sprachliche Gestaltung (lange Satzkonstruktionen und z. T. schwer verständliche Sprache),

- zu abstrakte Aufgabenstellungen, gewünscht werden „konkrete Ideen für die Umsetzung“ (WESSELBORG ET AL. 2023, S. 73) und
- der erhebliche Umfang.

Zu ähnlichen Einsichten führten auch die Projekte CurAP (Berlin)¹, NEKSA (Brandenburg)², IPfIEB (Sachsen)³, SchulBerEit (NRW)⁴ und INTRO NW⁵, die ebenfalls von der Fachkommission diskutiert wurden.

Das Ziel der Überarbeitung bestand daher darin, den Praxisanleitenden und Ausbildungskoordinierenden Ausbildungspläne in gut verständlicher Struktur und Sprache sowie mit konkreten Beispielen und Empfehlungen anzubieten. Praxisanleitende sollten die überarbeiteten Rahmenausbildungspläne mit wenig „Übersetzungsarbeit“ für die Entwicklung einrichtungsinterner betrieblicher Ausbildungspläne nutzen können. Um die Übersichtlichkeit der Ausbildungspläne zu verbessern, hat die Fachkommission die Aufgaben aus der zuvor bestehenden Gliederung anhand von Kompetenzbereichen und Kompetenzschwerpunkten herausgelöst und in eine neue – einfachere – Struktur überführt. Zudem wurden Aufgaben gebündelt. Zu diesen Bündeln von Aufgaben werden exemplarisch konkrete didaktische Lernangebote vorgeschlagen. Dadurch wird der Umfang an Aufgaben zwar nicht verringert, aber – hoffentlich – die Umsetzung in den Praxiseinsätzen vor Ort erleichtert.

2. Konstruktionsprinzipien der Rahmenausbildungspläne

Im Mittelpunkt der Rahmenausbildungspläne steht das **arbeitsgebundene Lernen** (vgl. DEHNBOSTEL 2007, S. 44 ff.). Dieser Form des arbeitsbezogenen Lernens können das „Lernen durch Arbeitshandeln im realen Arbeitsprozess“ sowie alle Formen begleiteten Lernens am Arbeitsplatz zugeordnet werden. Dazu gehören zum Beispiel gezielte Beobachtungen der Arbeit von Pflegefachpersonen⁶, das gemeinsame Handeln mit anschließender Reflexion oder die systematische Instruktion. Das arbeitsgebundene Lernen findet unmittelbar am Arbeitsplatz, meistens im Arbeitsprozess statt, ist

¹ vgl. <https://www.eh-berlin.de/forschung/forschungsprojekte/curap>

² vgl. <https://www.b-tu.de/fg-bildungswissenschaften-gesundheit/forschung/neu-kreieren-statt-addieren/projektbeschreibung>

³ vgl. <https://tu-dresden.de/gsw/ew/ibbd/gp/forschung/forschungsprojekte-1/implementierung-der-ausbildung-nach-pflegeberufegesetz-an-saechsischen-berufsfachschulen>

⁴ [https://www.dip.de/projekte-dip-institut/projekt-details/...](https://www.dip.de/projekte-dip-institut/projekt-details/)

⁵ https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte_DIP-GmbH/DIP-GmbH-Projektbeschreibung_INTRO_NRW.pdf

⁶ Der Begriff wird in dieser Publikation als genderneutrale Bezeichnung für alle Pflegenden mit einer Berufszulassung in der Pflege verwendet.

darin „eingebunden“. Beim „Lernen durch Arbeitshandeln im realen Arbeitsprozess“ stellen vielschichtige, reale Arbeitsanforderungen bzw. Pflegesituationen den Lernanlass dar. Hier bestimmt der Pflegebedarf der zu pflegenden Menschen die Lernmöglichkeiten der Auszubildenden. Solche realen Pflegesituationen lassen sich nicht standardisieren und im Prozess können sich immer wieder neue Dynamiken ergeben. Daher bietet die Pflegepraxis Lernmöglichkeiten, wie sie in keiner anderen Lernumgebung in dieser Komplexität gegeben sind. Das Lernen erfolgt größtenteils informell, d. h. über Erfahrungen, die durch praktische Arbeit gemacht werden. In den Lernprozessen können verschiedene Methoden eingesetzt werden, die sich im Grad der Selbststeuerung unterscheiden, beispielsweise das deutlich durch die Anleitungsperson geführte Lernen über Vor- und Nachmachen (Demonstration und Imitation) oder die weitgehend selbstständige Übernahme von bereits sicher beherrschten Aufgaben. Entscheidend für den Grad der Anforderung ist aber auch die Komplexität der Aufgabenstellung bzw. Pflegesituation (siehe dazu „Entwicklungslogik“, S. 10f.).

Beim begleiteten Lernen am Arbeitsplatz stehen vor allem formelle (geplant strukturierte) Lernprozesse im Mittelpunkt. Die nach § 6 Abs. 3 PflBG „von den Einrichtungen zu gewährleistende Praxisanleitung im Umfang von mindestens 10% der während eines Einsatzes zu leistenden praktischen Ausbildungszeit“ ist hier strukturell verortet. Die in den Rahmenausbildungsplänen aufgeführten Aufgabenstellungen bzw. Pflegesituationen eignen sich für beide Formen arbeitsgebundenen Lernens, für das informelle Lernen durch die Übernahme von realen Arbeitsaufgaben und für das begleitete, eher formelle Lernen.

Die Rahmenausbildungspläne sind auf der Makroebene anhand der Praxiseinsätze (Orientierungseinsatz, Pflichteinsätze in den drei allgemeinen Versorgungsbereichen, in der pädiatrischen Versorgung und in der psychiatrischen Versorgung sowie Vertiefungseinsatz⁷) sowie in der zeitlichen Struktur der drei Ausbildungsdrittel gegliedert und enthalten jeweils spezifische Aufgaben.

Die Konstruktion der Rahmenausbildungspläne für diese unterschiedlichen Einsätze orientiert sich an den in Abbildung 1 im Überblick aufgeführten Grundsätzen, die im Folgenden erläutert werden.

⁷ Die in der Anlage 7 PflAPrV unter VI. aufgeführten weiteren Einsätze werden aufgrund ihrer hohen Freiheitsgrade nicht in die Konzeption der Rahmenausbildungspläne mit aufgenommen.



Abbildung 1: Konstruktionsprinzipien der vorgeschlagenen Aufgabenstellungen in den unterschiedlichen Praxiseinsätzen

- **Kombination aus Situations- und Persönlichkeitsorientierung unter Einarbeitung des Prinzips der Wissenschaftsorientierung**

Als Lernanlässe gelten in den mit dieser Publikation vorliegenden überarbeiteten Rahmenausbildungsplänen (1) Aufgaben in Pflegesituationen sowie in beruflichen Situationen, die nicht auf die direkte pflegerische Versorgung ausgerichtet sind. Daneben gibt es (2) Aufgaben zur Erkundung und (Selbst-)Reflexion. Damit wird bereits auf der Ebene der Gliederung eine Kombination aus situations- und persönlichkeitsorientierter Struktur (vgl. REETZ/SEYD 2006, KAISER 1985) realisiert.

(Ad 1) Pflegepraktisches Können ist die Fähigkeit, in mehr oder weniger komplexen pflegerischen Situationen gemeinsam mit den zu pflegenden Menschen und angepasst an deren individuelle Situation zu pflegerischen Unterstützungsleistungen zu gelangen. Diese Fähigkeit wird in der Pflegepraxis dadurch angeeignet, dass die Auszubildenden über das Tun anbahnen, was sie lernen sollen, nämlich in Pflegesituationen professionell zu handeln. Mögliche Situationsmerkmale (Handlungsanlässe, Akteure, Erleben, Deuten, Verarbeiten, Handlungsmuster) wurden bei der Konstruktion der Auf-

gaben in den mit dieser Publikation vorliegenden überarbeiteten Rahmenausbildungsplänen zwar berücksichtigt, aber nicht explizit ausgewiesen. Pflegesituationen wurden gezielt ausgewählt und didaktisch in Arbeits- und Lernaufgaben transformiert, ohne dass sich dabei die Qualität der Arbeitsaufgaben oder die Arbeitsinhalte verändern (vgl. RAUNER 1995, S. 352).

Bei den situationsbezogenen Aufgaben werden folgende Typen unterschieden:

- Aufgaben in Pflegesituationen: Pflegediagnostik und Pflegeprozess (einschl. Reflexion)
- Aufgaben in Pflegesituationen: Personen- und situationsorientierte Kommunikation und Beratung (einschl. Reflexion)
- Teambezogene (später⁸ auch institutions-/gesellschaftsbezogene) Aufgaben

Im Orientierungs- und im Vertiefungseinsatz sowie im psychiatrischen Pflichteinsatz sind die Aufgabenstellungen zur personen- und situationsorientierten Kommunikation und Beratung in die Aufgabenstellungen zum Pflegeprozess integriert. Beim Orientierungs- und Vertiefungseinsatz, die am Anfang und am Ende der Ausbildung angesiedelt sind, ist damit eine Betrachtung der Pflegesituation als Ganzes beabsichtigt. Beim psychiatrischen Pflichteinsatz lassen sich die beiden situationsbezogenen Aufgabentypen aufgrund der spezifischen Arbeitsinhalte nicht trennen. Demgegenüber werden in den anderen Einsätzen einzelne Situationselemente und Interventionen fokussiert, um so ausgewählte Kompetenzen zu vertiefen.

Die beispielhaften didaktischen Anregungen beinhalten häufig die Anforderung, sich über die Beobachtungen und Erfahrungen gemeinsam mit Mitgliedern des Pflegeteams – insbesondere mit den Praxisanleitenden – auszutauschen bzw. den Lernprozess zu reflektieren. Durch wechselseitigen Austausch sollen soziale Unterstützung und kollektives Lernen angeregt werden.

(Ad 2) Reflexivität ist eines der grundlegenden Prinzipien des Pflegeprozesses. Er wird auf der Basis einer gemeinsam mit der zu pflegenden Person durchgeführten Evaluation/Bewertung immer wieder überprüft und ggf. angepasst. Um reflexive Fähigkeiten, die in einem risikobehafteten Handlungsfeld wie der Pflege unbedingt erforderlich sind, gezielt aufzubauen, werden in den Rahmenausbildungsplänen die situationsbezogene

⁸ Im dritten Ausbildungsjahr entfällt die Klammer.

nen Aufgaben häufig mit der Anforderung zur (Selbst-)Reflexion verknüpft. Explizit finden sich entsprechende Aufgaben in der Aufgabenkategorie „Aufgaben zur Erkundung und (Selbst-)Reflexion (auch Aufgaben zur Einarbeitung in den Arbeitsbereich)“.

Außerdem müssen kollegiale Beratung, Supervision oder regelmäßige (interprofessionelle) Fallbesprechungen gegeben sein. In den Rahmenausbildungsplänen wird von einem Vorliegen dieser Strukturen ausgegangen und die aktive und regelmäßige Teilnahme der Auszubildenden an entsprechenden Angeboten vorgesehen.

Auch sollen Pflegehandlungen immer anhand von erworbenem pflege- und bezugs-wissenschaftlichem Wissen begründet und reflektiert werden. Damit wird in den Rahmenausbildungsplänen das Prinzip der Wissenschaftsorientierung umgesetzt.

- **Orientierung an den Kompetenzen nach PflAPrV**

Zu jeder Aufgabenstellung werden jeweils die Kompetenzen angegeben, die anhand der Aufgaben gefördert werden können.

- **Pflegeprozessverantwortung und vorbehaltene Tätigkeiten**

Auch in den überarbeiteten Rahmenausbildungsplänen sind die vorbehalteten Tätigkeiten „Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und der Planung der Pflege“, die „Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses“ und die „Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege“ (§ 4 Abs. 2 PflBG) als Phasen des Pflegeprozesses fest verankert. Sie werden in den Rahmenausbildungsplänen dadurch realisiert, dass Aufgabenstellungen bzw. Situationen in der Regel auf der Basis des vollständigen Pflegeprozesses zu bearbeiten sind.

- **Entwicklungslogik**

Verschiedenen Kompetenzentwicklungsmodellen folgend werden die situativen Anforderungen im Verlauf der Ausbildung, also vom Orientierungs- bis hin zum Vertiefungseinsatz, von Ausbildungsdrittel zu Ausbildungsdrittel, kontinuierlich gesteigert. Damit können Pflegekompetenzen auf einem zunehmend höheren Kompetenzniveau angeeignet werden. Die folgende Übersicht zeigt die Variationen zur Steigerung der situativen Anforderungen am Beispiel der Handlungsanlässe:

Tabelle 1: Kompetenzentwicklung in den Rahmenausbildungsplänen durch Steigerung der situativen Anforderungen in den Handlungsanlässen

| | |
|------------------------------|--|
| Erstes Ausbildungsdrittel | <ul style="list-style-type: none"> • geringer Grad an Pflegebedürftigkeit, also max. erhebliche Beeinträchtigungen in der Selbstständigkeit⁹ • nur seltenes Auftreten von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen, die eine personelle Unterstützung erforderlich machen • gesundheitliche Problemlagen bei gesundheitlicher Stabilität, d. h. geringes Risiko von Komplikationen (geringe Risikogeneigtheit) • die einzelnen zu pflegenden Menschen stehen im Mittelpunkt, ggf. auch einzelne Bezugspersonen • hoher Grad an Ressourcen |
| Mittleres Ausbildungsdrittel | <ul style="list-style-type: none"> • mittelmäßiger Grad an Pflegebedürftigkeit, also max. schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit • max. häufiges Auftreten von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen, die eine personelle Unterstützung erforderlich machen • mittlere gesundheitliche Instabilität (mittlere Risikogeneigtheit) • zu pflegende Menschen im Kontext von Gruppen, z. B. Familien, wobei die Perspektiven, Interessen und Meinungen der Beteiligten weitgehend deckungsgleich sind |
| Letztes Ausbildungsdrittel | <ul style="list-style-type: none"> • hoher Grad an Pflegebedürftigkeit, also schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit • tägliches Auftreten von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen, die eine personelle Unterstützung erforderlich machen • geringer Grad an Ressourcen, hoher Grad an Vulnerabilität • gesundheitliche Instabilität mit Risiko von Komplikationen (hohe Risikogeneigtheit) • zu pflegende Menschen im Kontext von Gruppen, z. B. Familien, oder sozialen Netzwerke, wobei die Perspektiven, Interessen und Meinungen der Beteiligten sich auch widersprechen können |

⁹ Diese Festlegungen basieren auf der Definition von Pflegebedürftigkeit im Begutachtungsinstrument des MDS (2017).

Um dieses Konzept im Rahmen praktischer Einsätze umzusetzen, müssen die zu pflegenden Menschen, deren pflegerische Versorgung die Auszubildenden (teilweise) selbstständig übernehmen sollen, gezielt anhand dieser Kriterien und unter Beachtung des jeweiligen Ausbildungsstands ausgewählt werden.

Eine Steigerung der Anforderungen wird in den Rahmenausbildungsplänen z. T. außerdem dadurch vorgenommen, dass die Pflegesituationen bzw. Aufgabenstellungen zunächst gemeinsam mit einer Pflegefachperson und später selbstständig bearbeitet werden müssen. Damit sollen Auszubildende auch im ersten Ausbildungsabschnitt bereits Teilkompetenzen zur Pflegeprozessgestaltung in komplexen Pflegesituationen erlangen.

- **Verknüpfung der Rahmenlehr- und Rahmenausbildungspläne**

Einige der curricularen Einheiten der Rahmenlehrpläne beziehen sich auf die Vor- und Nachbereitung von Praxiseinsätzen, nämlich CE 01-03 (Orientierungseinsatz) sowie CE 10 (Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung) und CE 11 (Pflichteinsatz in der psychiatrischen Versorgung). Die Rahmenlehr- und die überarbeiteten Rahmenausbildungspläne sind bezogen auf diese Einheiten unmittelbar aufeinander abgestimmt. Die Aufgabenstellungen, die in diesen Einsätzen vorgeschlagen werden, greifen die Kompetenzen und Inhalte auf, die im Rahmen der curricularen Einheiten aufgebaut werden, und umgekehrt.

Zudem finden sich in den Rahmenlehrplänen Anregungen zum arbeitsverbundenen Lernen, bei dem informelles und formelles Lernen systematisch aufeinander bezogen werden. Dabei handelt es sich um beispielhafte Lern- und Arbeitsaufgaben, die die Auszubildenden vonseiten der Schule in Absprache mit den Verantwortlichen der praktischen Einsatzbereiche erhalten. Werden diese Lern- und Arbeitsaufgaben an die Auszubildenden erteilt, sollen sie im Rahmen der praktischen Einsätze bearbeitet, z. T. dokumentiert und ausgewertet werden. Im Anschluss werden die Ergebnisse in der schulischen Ausbildung aufgegriffen und in den Unterricht eingebunden. Diese Lernangebote dienen einer theoriegeleiteten Reflexion der erlebten beruflichen Praxis. Darüber können sich neue Perspektiven auf die pflegeberufliche Praxis und die eigene Kompetenzentwicklung eröffnen. Praxisanleitende haben die Aufgabe, dafür Zeit im praktischen Einsatz einzuplanen und die Auszubildenden in diesem Lernprozess zu begleiten.

Sowohl für die Pflichteinsätze in den drei allgemeinen Versorgungsbereichen während der ersten beiden Ausbildungsdritteln als auch für den Vertiefungseinsatz gilt, dass sie zu CE 04-09, die sich an pflegerischen Handlungsfeldern bzw. an den Hauptausrichtungen des Pflegehandelns orientieren, quer liegen. Die in diesen curricularen Einheiten angestrebten Kompetenzen können in allen Einsatzorten – wenn auch mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung – angebahnt werden. In allen Praxiseinsätzen sind daher Angaben zu Pflegesituationen enthalten, die mit bestimmten Hauptausrichtungen des Pflegehandelns (und damit auch mit curricularen Einheiten) korrespondieren.

3. Aufbau der überarbeiteten Rahmenausbildungspläne

Um mehr Übersichtlichkeit zu schaffen, wurde für die Überarbeitung der Rahmenausbildungspläne eine tabellarische Darstellung gewählt. Zu jedem Praxiseinsatz existieren zwei Tabellen:

- a. Tabelle mit Eckdaten für jeden Einsatz (vgl. Tabelle 2),
- b. Tabelle mit zentralen Aufgabenstellungen sowie didaktischen Kommentaren mit konkreten Vorschlägen für die Umsetzung der Aufgabenstellungen (vgl. Tabelle 3).

In Tabelle 3 werden in der linken Spalte Aufgaben für die praktische Ausbildung und in der rechten Spalte darauf bezogene didaktische Empfehlungen für die Gestaltung der Praxisanleitung mit konkreten exemplarischen Anleitungssituationen angegeben. Die gemäß den Anlagen der PflAPrV zu erwerbenden Kompetenzen werden in der mittleren Spalte von Tabelle 3 in ihrer Kurzform (z. B. I.1) aufgeführt. Die Kompetenzen stellen eine Art „Bindeglied“ dar und können sowohl mit den Aufgabenstellungen als auch mit den Empfehlungen für die Praxisanleitung verknüpft werden. Die Tabelle 3 kann demnach aus beiden Richtungen gelesen werden.

In jedem Praxiseinsatz werden die Aufgaben für die praktische Ausbildung in die auf S. 8-10 beschriebenen Aufgabentypen eingeordnet (vgl. Tabelle 3). Die Aufgaben sind als Beispiele zu verstehen und müssen einsatzspezifisch ausgewählt, angepasst und ergänzt werden.

Einsatz XX gemäß Anlage 7 PflAPrV

Tabelle 2: Eckdaten zum jeweiligen Praxiseinsatz

| | |
|----------------------------------|---|
| Zeit und Ort | Angabe von Praxisort und Zeitpunkt der Ausbildung |
| Umfang | Angabe des Stundenumfangs |
| Schwerpunkt des Einsatzes | Nach einer kurzen Kennzeichnung der zentralen Ziele des Praxiseinsatzes werden die Pflegesituationen umrissen, die die Auszubildenden in dem betreffenden Praxiseinsatz bewältigen lernen sollen. |
| Hinweise | Hier werden Hinweise zu spezifischen Aspekten des Einsatzes oder zu Lernvoraussetzungen gegeben. |

Tabelle 3: Darlegung der Rahmenausbildungspläne

| Zentrale Aufgaben | Kompetenzen nach PflAPrV | Beispiele für konkrete Anleitungssituationen zum Auswählen und Weiterentwickeln |
|---|--|--|
| Aufgaben zur Erkundung und (Selbst-)Reflexion (auch Aufgaben zur Einarbeitung in den Arbeitsbereich) | | |
| Hier sind eher allgemein formulierte Aufgabenstellungen für die praktische Ausbildung aufgeführt, die an Kompetenzen anknüpfen. | Hier finden sich Verweise auf die Kompetenzen der Anlagen der PflAPrV. | Hier werden konkrete exemplarische Aufgaben vorgeschlagen, die die Praxisanleitenden mit den Auszubildenden auswählen und gestalten können; ebenso werden Vorschläge für Reflexionen gemacht (z. B. Aufgaben zur Einarbeitung: Einen Ankommenstag mit Auszubildenden gestalten). |

| | | |
|---|------|---|
| Aufgaben in Pflegesituationen: Pflegediagnostik und Pflegeprozess (einschl. Reflexion) | | |
| s.o. | s.o. | Hier werden exemplarische Pflegesituationen benannt, zu / in denen angeleitet werden kann (z.B. Vorbereitung der Lernsituation, Gestaltung des Pflegeprozesses, Reflexion des Lernprozesses). |
| Aufgaben in Pflegesituationen: Personen- und situationsorientierte Kommunikation und Beratung (einschl. Reflexion) | | |
| s.o. | s.o. | Hier werden exemplarische Pflegesituationen benannt, zu / in denen angeleitet werden kann (z.B. Vorbereitung der Lernsituation, Planung und Umsetzung von Kommunikations- und Beratungsangeboten, Reflexion des Lernprozesses). |
| Teambezogene (später auch institutions-/gesellschaftsbezogene) Aufgaben (einschl. Reflexion) | | |
| s.o. | s.o. | Hier werden exemplarische Teamsituationen benannt, zu / in denen angeleitet werden kann (z. B. gemeinsam mit den Auszubildenden pflegerische Routinen anhand von nationalen Expertenstandards und hausinternen Standards überprüfen). |

4. Hinweise für die Arbeit mit den Rahmenausbildungsplänen

Die Landschaft der ausbildenden Einrichtungen und der Kooperationsformen und -verbünde mit anderen Einrichtungen sowie Pflegeschulen ist vielgestaltig, und die Auszubildenden können die verpflichtenden Einsatzbereiche im Rahmen der Vorgaben der Anlage 7 PflAPrV in sehr unterschiedlicher Abfolge durchlaufen. Diesen Voraussetzungen müssen die Rahmenausbildungspläne, die für alle Verläufe gleichermaßen

geltend sollen, Rechnung tragen. Deshalb sind die in den überarbeiteten Rahmenausbildungsplänen vorgesehenen Pflegesituationen bzw. Aufgabenstellungen lediglich als Vorschläge zu verstehen. Sie müssen bei der Erstellung der einrichtungs- oder trägerspezifischen Ausbildungspläne nach § 6 Abs. 3 PflBG

- im Hinblick auf die besonderen Lernpotenziale der jeweiligen Einsatzorte und
- im Hinblick auf die individuellen Lernerfahrungen und -bedarfe der Auszubildenden

ausgewählt und zugeschnitten werden. Zur Einschätzung der Lernvoraussetzungen der Auszubildenden bietet der kontinuierlich und individuell geführte Ausbildungsnachweis für die praktische Ausbildung eine wichtige Grundlage.

Betriebliche Ausbildungsprozesse sind in ihrer Doppelfunktion als gleichzeitige Arbeits- und Lernprozesse immer durch Zielkonflikte, z. B. zwischen Versorgungs- und Ausbildungsauftrag, geprägt. Den jeweils zu erwartenden Interessenkollisionen sollte möglichst schon durch eine stringente, beide Perspektiven berücksichtigende Ausbildungsplanung Rechnung getragen werden. Das kann z. B. gelingen, indem Auszubildende unter anderem auch solche Arbeitsanforderungen erhalten, die ihnen Chancen bieten, ihrem Entwicklungsstand gemäß nicht nur „mitzuarbeiten“ und lediglich Teilaufgaben zu übernehmen, sondern schon zum Ende des ersten Ausbildungsdrittels durch (angeleitete) Übernahme von Verantwortung für vollständige Pflegeprozesse schrittweise Selbstvertrauen und Selbstständigkeit aufzubauen. Deshalb wird empfohlen, in den längeren Einsätzen (Orientierungseinsatz, drei Pflichteinsätze in den drei allgemeinen Versorgungsbereichen, Vertiefungseinsatz) Kontinuität und Stabilität in den Ausbildungsbezügen zu ermöglichen. Das stützt auch, langfristig betrachtet, ein betriebliches Interesse an der sich sukzessive steigernden Professionalität der Auszubildenden.

Wie die Rahmenausbildungspläne in der Praxis genutzt werden können, dafür werden im Folgenden einige Hinweise gegeben. Es wird erläutert, wie die Rahmenausbildungspläne für die Konkretisierung von einrichtungsspezifischen Ausbildungsplänen genutzt werden können, wie einrichtungsbezogene Lernmöglichkeiten entdeckt, Aufgabenstellungen an die Lernvoraussetzungen der Auszubildenden anpasst sowie Reflexionsprozesse initiiert werden können.

4.1 Konkretisierung der Rahmenausbildungspläne – Entwicklung von träger-/einrichtungsspezifischen Ausbildungsplänen

Die Konkretisierung des träger- bzw. einrichtungsspezifischen Ausbildungsplans auf der Mikroebene sollte in Planungsgesprächen jeweils zu Beginn eines neuen Einsatzes gemeinsam mit den Auszubildenden erfolgen. Dabei muss der bis zu diesem Zeitpunkt im Ausbildungsnachweis dokumentierte Ausbildungsprozess berücksichtigt werden. Im Gespräch mit den Auszubildenden wird ermittelt, welche individuellen Lernerfahrungen vorliegen und welche Erwartungen und Lernbedürfnisse die Auszubildenden äußern. Daran anknüpfend lässt sich das spezifische Lernangebot im jeweiligen Einsatz mit der anzustrebenden Kompetenzentwicklung verbinden. Dabei sollte geprüft werden, welche für das jeweilige Ausbildungsdrittel vorgesehenen Pflegesituationen bzw. Aufgabenstellungen sich am Einsatzort gut umsetzen lassen und wie sich diese in die Kontinuität des bisherigen Ausbildungsverlaufs einfügen.

Im gesamten praktischen Einsatz sind neben der Planung von strukturierten Anleitungssituationen zudem Reflexionszeiten einzuplanen, in denen Auszubildende angehalten werden, ihre Kompetenzentwicklung im bisherigen Einsatz einzuschätzen und ihre Wahrnehmungen und Fragen zu erlebten Berufssituationen einzubringen. Hinsichtlich der Reflexion der Kompetenzentwicklung ist zu beachten, dass immer auch Kompetenzen aus den Kompetenzbereichen III bis V integriert werden.

4.2 Einrichtungsbezogene Lernmöglichkeiten entdecken

Die Pflegepraxis hält für Auszubildende eine Vielzahl an Lernmöglichkeiten bereit. In den jeweiligen Rahmenausbildungsplänen werden **Beispiele** für Aufgaben gegeben, die von den Auszubildenden in typischen Pflegesituationen und Arbeitsprozessen gemeinsam mit Praxisanleitenden bzw. angeleitet durch Praxisanleitende der unterschiedlichen Versorgungsbereiche bearbeitet werden können. Die Rahmenausbildungspläne müssen demnach nicht komplett bearbeitet werden. Vielmehr sollten Praxisanleitende die Empfehlungen der Rahmenausbildungspläne kritisch für das eigene berufliche Handlungsfeld prüfen. Sie können sich z. B. fragen:

- Welche Rahmenbedingungen stehen für die praktische Ausbildung / für die Praxisanleitung zur Verfügung und wie wirken sie sich auf die Bearbeitung der Aufgaben durch die Auszubildenden aus bzw. wie können sie sich auswirken?

- Welche Pflegesituationen und Arbeitsprozesse sind für unseren Arbeitsbereich typisch? Inwiefern können die Aufgabenstellungen von den Auszubildenden bearbeitet werden?
- Welche Lernangebote oder Ausbildungsprojekte halten wir für die Ausbildung vor? Inwieweit können Auszubildende daran exemplarisch lernen?
- Welchen Entwicklungs- und Lernstand haben die Auszubildenden erfahrungsgemäß zum Zeitpunkt, an dem bestimmte Aufgaben bearbeitet werden sollen? Passen die Anforderungen in den Aufgabenstellungen zu diesen Lernvoraussetzungen?
- Welches Kompetenzniveau sollen die Auszubildenden am Ende des Einsatzes erreichen?

Die Aufgaben der Rahmenausbildungspläne können in diesem Prüfprozess angepasst, konkretisiert und mit den eigenen Lernangeboten ergänzt werden. Das Ergebnis dieser Bearbeitung der Aufgabenstellungen sollte schließlich in die Entwicklung einrichtungsinterner betrieblicher Ausbildungspläne münden. Dabei handelt es sich um einen langfristigen Prozess, an dem die Mitglieder des Pflegeteams und Leitungspersonen mitwirken sollten, so dass ein gemeinsames Ausbildungsverständnis entstehen kann. Der Ausbildungsplan des Trägers der praktischen Ausbildung sollte zudem regelmäßig mit den Curricula der Pflegeschulen abgeglichen werden, um die Lernprozesse im theoretischen und praktischen Unterricht und in der praktischen Ausbildung miteinander zu verzahnen. Dies stellt eine Herausforderung dar, weil die Auszubildenden aus verschiedenen Pflegeschulen kommen. Praxisanleitende haben die Aufgabe, immer wieder das Gespräch mit den Lehrenden zu suchen und ihre spezifischen Lernangebote und Anforderungen einzubringen.

4.3 Lernvoraussetzungen berücksichtigen – Aufgabenstellungen anpassen

Die Lernvoraussetzungen der Auszubildenden werden überwiegend im Erstgespräch erfasst. Aber auch darüber hinaus beobachten Praxisanleitende die Auszubildenden im Arbeitsprozess oder erleben sie im Gespräch. Im Verlauf des Einsatzes bieten geplante Reflexionsgespräche die Möglichkeit, die individuelle Kompetenzentwicklung der Auszubildenden zu besprechen und weitere Lernbedarfe zu ermitteln. Die gesammelten Informationen helfen Praxisanleitenden bei der individuellen Auswahl und Anpassung von Aufgabenstellungen sowie Pflegesituationen und Arbeitsprozessen, die mit einem bestimmten Selbständigkeitssgrad zu bearbeiten sind.

Praxisanleitende schaffen auf diese Weise Lerngelegenheiten, die von Auszubildenden für die Kompetenzentwicklung genutzt werden können. Insbesondere zum Ausbildungsbeginn und zum Start in einen neuen Einsatzbereich benötigen Auszubildende eine intensivere und Orientierung gebende Praxisanleitung, die dann je nach Entwicklungsstand im Ausbildungs- und Einsatzverlauf zurückgenommen werden kann. Die Auszubildenden bekommen im Verlauf der Ausbildung zunehmend mehr Freiräume, um Aufgaben selbständig durchzuführen, außerdem sollten sie regelmäßig Feedback erhalten, um ihre Kompetenzentwicklung einschätzen zu können. Im letzten Ausbildungsdrittel, im Vertiefungseinsatz, übernehmen Auszubildende die Verantwortung für eine Gruppe von zu pflegenden Menschen, deren Situation durch erheblichen Pflegebedarf, Instabilität und Komplikationsrisiken gekennzeichnet sein kann. Die bisher erworbenen Kompetenzen sollen zusammengeführt und vertieft werden. In den Lerngelegenheiten und Reflexionen des Vertiefungseinsatzes sollten sich auch die Anforderungen und Ziele der praktischen Abschlussprüfung, die im Vertiefungseinsatz stattfindet, wiederfinden.

Ein Großteil der Kompetenzen kann situativ und / oder geplant in unterschiedlichen Pflegesituationen und Arbeitsprozessen der allgemeinen Versorgungsbereiche gefördert bzw. bearbeitet werden. Das Kompetenzprofil beinhaltet jedoch auch einige Kompetenzen, die eher selten angewendet werden müssen und die nicht in planbaren Situationen angebahnt werden können. Dazu zählen zum Beispiel notfallbezogene Kompetenzen. So kann es durchaus sein, dass Auszubildende im zweiten Ausbildungsdrittel noch keine Notfallsituation erlebt haben. Für die Kompetenzentwicklung bzw. Aufgabenbearbeitung können Praxisanleitende hier spontane Gelegenheiten (z. B. eine plötzliche Notfallsituation) aufgreifen oder Situationen simulieren (z. B. Notfallübungen in der Einrichtung). Um spontane ausbildungsrelevante Gelegenheiten zu erkennen und zu nutzen, ist es hilfreich, wenn sich Praxisanleitende einen grundlegenden Überblick über alle Kompetenzen und Aufgabenstellungen der Rahmenausbildungspläne verschaffen. Auf dieser Grundlage können sie den Kompetenzaufbau im Laufe der Ausbildung gezielt fördern.

Eine chronologische oder vollständige „Abarbeitung“ der in den Rahmenausbildungsplänen vorgeschlagenen Aufgaben ist für den Ausbildungsprozess nicht zielführend, denn die Pflegesituationen und Arbeitsprozesse unterscheiden sich in den allgemei-

nen Versorgungsbereichen erheblich. Während zu pflegende Menschen auf einer chirurgischen Station im Krankenhaus u. U. nur wenige Tage verweilen, finden Auszubildende in der stationären und ambulanten Langzeitpflege langfristige bzw. wiederkehrende Pflegesituationen vor. Aus diesen Rahmenbedingungen folgt, dass Praxisanleitende flexibel mit den Aufgaben des Rahmenausbildungsplanes arbeiten und eigene einrichtungsbezogene Schwerpunkte setzen können und müssen.

4.4 Reflexionsprozesse initiieren und begleiten

Das Lernen in der Praxis erfolgt u. a. beiläufig, beispielsweise über Beobachtung, selbstständiges Ausprobieren oder Vor- und Nachmachen. Darüber entwickeln sich unbewusst Gewohnheiten und Einstellungen, in denen sich Fehler unreflektiert verfestigen können. Da implizit auch eine patientenignorierende Pflegepraxis verinnerlicht werden kann, muss das Lernen mit Angeboten der Reflexion einhergehen. Die überarbeiteten Rahmenausbildungspläne enthalten didaktische Empfehlungen zur Reflexion der eher informellen Lernprozesse. Auszubildende sollten regelmäßig zur (Selbst-)Reflexion angehalten werden. Explizit wird diese in der Aufgabenkategorie *Aufgaben zur Erkundung und (Selbst-)Reflexion (auch Aufgaben zur Einarbeitung in den Arbeitsbereich)* eingefordert.

Aber auch in geplanten und strukturierten Anleitungsprozessen bei den *Aufgaben in Pflegesituationen* und den *team-/institutions- und gesellschaftsbezogenen Aufgaben* nimmt Reflexion eine zentrale Rolle ein. Bei *Aufgaben in Pflegesituationen* wählen Praxisanleitende – je nach individuellem Lernstand – zusammen mit Auszubildenden exemplarische Pflegesituationen aus, mit deren Bearbeitung der gesamte Pflege- und Beziehungsprozess als Lernprozess durchlaufen wird. Auszubildende können z. B. den Auftrag erhalten, mit zu pflegenden Menschen Kontakt aufzunehmen, Informationen einzuholen, Pflegebedürfnisse zu ermitteln und gemeinsam pflegerische Interventionen zu planen. Die Erfahrungen bei der Bearbeitung der Pflegesituation können mittels Hintergrundwissen, z. B. zu bestimmten Pflegephänomenen oder zu mit einer Pflegediagnose verbundenen Folgen für die zu pflegenden Menschen, reflektiert werden.

Ein Reflexionsgespräch wird auch nach einer Anleitungssituation geführt. Die Reflexion, die in einem Austausch zwischen Auszubildenden und Praxisanleitenden stattfindet, bezieht sich sowohl auf den Pflege- wie auch auf den Anleitungs- /Lernprozess. Die Reflexion kann sich je nach Arbeits- und Lernaufgaben und Kompetenzniveau

(siehe Entwicklungslogik) auf unterschiedliche Aspekte beziehen, wie z. B. auf die Beziehungsgestaltung zwischen Auszubildenden und zu pflegenden Menschen, auf körperliche und emotionale Belastungen, auf die Gestaltung bzw. Koordination von Handlungsabläufen, auf Momente der Selbstwirksamkeit oder auf Herausforderungen in Verbindung mit ethischen und rechtlichen Fragestellungen. In den Reflexionsgesprächen werden die Auszubildenden auch aufgefordert, erlebte Widersprüche in der Situation und Irritationen zu reflektieren und ggf. Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln. Das Denken in Widersprüchen enthält das Potenzial, ggf. eingeschliffene Sichtweisen zu hinterfragen, zu revidieren oder weiterzuentwickeln.

Bei team-/institutions- und gesellschaftsbezogenen Aufgaben können Praxisanleitende die Auszubildenden beispielsweise dazu anregen, erlebte Konflikte und Spannungen im intra- und interdisziplinären Team oder Mitbestimmungsmöglichkeiten bei der Weiterentwicklung der Pflegequalität zu reflektieren. Auch aktuelle globale Probleme, wie beispielsweise Klimawandel und Nachhaltigkeit, die sich bis in die institutionelle Ebene auswirken, können thematisiert werden. Daraus können Vorschläge für strukturelle Innovationen entstehen und auch ins Team rückgemeldet werden.

Aus den Ergebnissen der jeweiligen Reflexionen lassen sich gemeinsam mit den Auszubildenden Lernfortschritte und weitere Lern- und Unterstützungsbedarfe ableiten. Derartige, von Praxisanleitenden initiierte und begleitete Reflexionen, unterstützen sowohl die berufliche Kompetenzentwicklung als auch die individuelle kritische Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung. Sie können außerdem Weiterentwicklungsprozesse im Team oder der Institution anstoßen.

Literatur

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung – PflAPrV) vom 2. Oktober 2018. In: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2018, Teil I Nr. 34, ausgegeben zu Bonn am 10. Oktober 2018. S. 1572-1621.

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

Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) vom 17. Juli 2017. In: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017 Teil I Nr. 49, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2017. S. 2581 -2614.

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

MEDIZINISCHER DIENST DES SPITZENVERBANDES BUND DER KRANKENKASSEN E. V. (MDS) (Hrsg.): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. 3. aktualisierte Auflage, Mai 2021. Online: <https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/ 21-05 BRi Pflege 21 11 18 barrierefrei.pdf> (Stand: 12.08.2023).

RAUNER, F.: Didaktik der beruflichen Bildung. In: DEHNBOSTEL, P; WALTER-LEZIUS, H.-J. (Hrsg.): Didaktik moderner Berufsbildung. Bielefeld 1995.

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

WESSELBORG, B.; STEPHAN, A.; KUSKE, S.; WIEDEMANN, R.; BARTOSZEK, G. (2023): Abschlussbericht 05/2023. Projekt zur Rezeption der Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG. Düsseldorf, unveröffentlicht.

Orientierungseinsatz im ersten Ausbildungsdritt

| | |
|-----------------------------------|--|
| Zeit und Ort | zu Beginn der Ausbildung, beim Träger der praktischen Ausbildung |
| Umfang | 400 bis 460 Stunden ¹⁰ |
| Schwerpunkte des Einsatzes | <p>Auszubildende gewinnen erste Einblicke in die praktische Pflegetätigkeit für Versorgungsbereiche, die vom Träger der praktischen Ausbildung abgedeckt werden und beginnen grundlegend ihren Kompetenzaufbau. Sie übernehmen Aufgaben mit einzelnen zu pflegenden Menschen im Rahmen des Pflegeprozesses (ggf. sind auch einzelne Bezugspersonen beteiligt). Diese Pflegeprozesse weisen die folgenden Merkmale auf:</p> <ul style="list-style-type: none">- geringer Grad an Pflegebedürftigkeit,- hoher Grad an Ressourcen,- gesundheitliche Problemlagen bei geringem Risiko an Komplikationen,- seltenes Auftreten von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen, die eine personelle Unterstützung erforderlich machen. <p>Wenn bei den zu pflegenden Menschen in der ausbildenden Pflegeeinrichtung ein höherer Grad der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit vorliegt, muss die Versorgung grundsätzlich gemeinsam mit einer Pflegefachperson erfolgen. Ausgewählte Teilaufgaben können unter Aufsicht übernommen werden. Pflegerische Entscheidungen sollten jedoch in jedem Fall in Abstimmung mit Pflegefachpersonen getroffen werden.</p> |
| Hinweise | Viele Auszubildende verfügen bereits über persönliche Pflegeerfahrungen oder Erfahrungen aus Praktika vor der Ausbildung. Im Erstgespräch sollen diese konkreten Lernvoraussetzungen erfasst werden. In Zielvereinbarungen und konkreten Anleitungssituationen sollte daran angeknüpft werden. |

¹⁰ Abhängig von der geplanten Dauer des Pflichteinsatzes in der pädiatrischen Versorgung, diese Regelung gilt gegenwärtig bis 31. Dezember 2024.

| Zentrale Aufgaben | Kompetenzen nach PflAPrV | Beispiele für konkrete Anleitungssituationen zum Auswählen und Weiterentwickeln |
|--|--------------------------|--|
| Aufgaben zur Erkundung des Einsatzortes / Einarbeitung in den Arbeitsbereich und (Selbst-)Reflexion | | |
| Sich in Einsatzbereichen des Trägers orientieren, Informationen zur Organisationsstruktur sammeln (Pflegeverständnis, Leitbilder) | III.1 | <p>Einen Tag zum Ankommen der Auszubildenden gestalten (inkl. Einführung in den Ausbildungsnachweis)</p> <p>Einrichtung / Arbeitsbereiche und das Team vorstellen und Erwartungen an Auszubildende klären (ggf. orientiert am Einarbeitungsstandard)</p> |
| Infektionsschutzvorschriften und Hygienepläne erkunden | III.2 | <p>Besondere Lernmöglichkeiten im Arbeitsbereich aufzeigen</p> <p>Auszubildende erkunden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leitbild / Pflegeverständnis der Einrichtung, - Hygienepläne und Infektionsschutzvorschriften der Einrichtungen, - Kleiderordnung, - Brandschutz- und Evakuierungsregularien, - Abläufe in Notfallsituationen, - Aufgabenverteilungen und Zuständigkeiten im Pflegeteam (vgl. unten „teambezogene Aufgaben“), - Dienstplangestaltung, - Pflegedokumentationssystem, - Angebote des betrieblichen Gesundheitsmanagements. |
| Grundlagen der Hygiene sowie die am Einsatzort geltende Kleiderordnung in ihren Begründungen erfassen, beachten und umsetzen | III.2 | |
| Brandschutz- und Evakuierungsregularien sowie Sicherheitsvorkehrungen des Bereichs kennen und, soweit erforderlich, in Handlungsabläufe integrieren | I.4 | |

| | | |
|---|-----------------------------|---|
| Verhalten in Notfallsituationen beherrschen | I.4 | Auszubildende Ergebnisse vorstellen lassen, offene Fragen klären Auszubildende kommen mit Pflegefachpersonen über deren Verständnis von Pflege ins Gespräch und tauschen sich mit Praxisanleitung über eigene Vorstellungen dazu aus. |
| Aufbau und Struktur des in der Pflegeeinrichtung eingesetzten Pflegedokumentationssystems (digital und/oder analog) nachvollziehen, die Maßgaben des Datenschutzes kennenzulernen | I.1 | |
| Zentrale Wertvorstellungen der Pflege in alltäglichen Versorgungssituationen des jeweiligen Versorgungsbereichs erkennen und benennen, die eigene Haltung in verschiedenen Anforderungssituationen überdenken | II.3 | |
| Gefühle und Gedanken zu im Praxisfeld erlebten Situationen nachvollziehbar darstellen und im Austausch mit Pflegefachpersonen nach persönlichen Lösungen suchen, von erlebten Situationen sachgerecht berichten, persönliche Eindrücke und Gedanken nachvollziehbar darstellen | V.2 I.3 III.1 | Mit Auszubildenden über Gefühle und Gedanken zu erlebten Situationen ins Gespräch kommen, z.B. zu <ul style="list-style-type: none"> - Unter-/Überforderung, - gelungenen Situationen, - wahrgenommenen Diskriminierungen, - Belastungen (z.B. Scham- und Ekelgefühle), |
| Eigene Belastungen in der Begegnung mit schweren Erkrankungen, Leid und der Endlichkeit des Lebens wahrnehmen und Räume im beruflichen Kontext finden, um | I.3 V.2 | <ul style="list-style-type: none"> - Begegnungen mit Menschen am Lebensende, - Begegnungen mit Menschen mit schweren Erkrankungen, - Begegnungen mit Bezugspersonen, |

| | | |
|---|------------|---|
| <p>die damit verbundenen Erfahrungen und Emotionen ansprechen zu können</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - Begegnungen mit einem Kind mit Fehlbildungen. <p>Auszubildenden Anregungen zu einer nachvollziehbaren und geeigneten Ausdrucksform geben (Fachsprache integrieren).</p> <p>Austausch über Strategien des Umgangs mit diesen erlebten Situationen und Präventionsangebote im Arbeitsbereich vorstellen.</p> |
| <p>Maßnahmen der eigenen Gesundheitsförderung in Pflegetätigkeiten und Arbeitsabläufe integrieren und anhand von verschiedenen Beispielen reflektieren</p> | <p>V.2</p> | <p>Auszubildende anregen, Pflegefachpersonen nach gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen zu fragen</p> <p>Auszubildenden gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zeigen und zur Umsetzung auffordern, zum Beispiel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ergonomisches Patientenhandling (EPH), z.B. rückengerechtes Arbeiten, - Umgang mit unterstützenden technischen Hilfsmitteln, - Händehygiene, - Umgang mit belastenden Arbeitssituationen. |
| <p>Dokumentieren und reflektieren erster Lernprozesse</p> | <p>V.2</p> | <p>Auszubildende anregen, ihre Erfahrungen und Lernprozesse im Ausbildungsnachweis zu dokumentieren und zur Reflexion darüber im Abschlussgespräch anregen</p> |

Generell

Aufgaben in Pflegesituationen (mit einzelnen zu pflegenden Menschen im Zentrum) (inkl. Reflexion)

| | | |
|---|--------------------|---|
| <p>Der Pflegedokumentation gezielt Informationen über den Pflegebedarf, die aktuelle Situation und den geplanten Pflegeprozess entnehmen, dabei die Maßgaben des Datenschutzes beachten</p> | <p>I.1</p> | <p>Vorbereitung der Lernsituation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lernvoraussetzungen der Auszubildenden erheben, - ich mit Auszubildenden den Pflegeprozess vergegenwärtigen und an einem Beispiel verdeutlichen, |
| <p>Mit zu pflegenden Menschen Kontakt aufnehmen und ihre Bedürfnisse und Wünsche hinsichtlich der Pflege erfragen</p> | <p>II.1</p> | <p>Vorbereitung des Pflegeprozesses</p> <ul style="list-style-type: none"> - ich mit Auszubildenden die Bedeutung von Kommunikation und Beziehungsgestaltung vor Augen führen. |
| <p>Im Rahmen der Umsetzung des Pflegeprozesses auch Alters-/Lebens-/Entwicklungsphasen und die Lebenswelt sowie prägende biografische, kulturelle und religiöse Aspekte der zu pflegenden Menschen einbeziehen, dabei die Selbstbestimmung des zu pflegenden Menschen wahren</p> | <p>I.5 I.6</p> | <ul style="list-style-type: none"> - zu pflegende Menschen in Pflegesituationen, die für die Kompetenzentwicklung geeignet sind, auswählen, - Gespräche (formelle und informelle) mit und über zu pflegende Menschen anhand der Dokumentation, anhand von Beobachtungen und zu Aspekten ihrer Lebenswelt führen, - Bedürfnisse und Wünsche zur Pflege erfragen, - Kommunikationssituationen gemeinsam mit Auszubildenden reflektieren, insbesondere auch einen Perspektivwechsel anregen, |
| <p>Zu pflegende Menschen mit einem geringen Grad an Pflegebedürftigkeit nach vorliegender Planung in grundlegenden Lebensaktivitäten bei der Selbstversorgung unterstützen</p> | <p>I.1 I.2</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Auszubildende über Möglichkeiten zur Wahrung der Selbstbestimmung im Pflegeprozess informieren (z.B. die Auswahl von Kleidung, der Ablauf der Körperpflege), |

| | | |
|--|--------------------------------------|---|
| <p>Bei Menschen mit Veränderungen des Gesundheitszustands die Vitalzeichen systematisch erheben, dokumentieren, mit Normwerten abgleichen und zuständige Pflegefachpersonen über Abweichungen korrekt und zuverlässig informieren</p> | <p>I.2</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Auszubildende die Pflegebedarfe von zu pflegenden Menschen einschätzen lassen, dabei tagesaktuelle Veränderungen berücksichtigen, - Ressourcen der zu pflegenden Person mit den Auszubildenden identifizieren, - Pflegeziele und Pflegeinterventionen gemeinsam mit Auszubildenden und mit zu pflegenden Menschen festlegen. <p>Gemeinsame Umsetzung der geplanten pflegerischen Interventionen</p> |
| <p>Erforderliche Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen der regelmäßig wiederkehrenden Versorgung der zu pflegenden Menschen („Prophylaxen“) gemeinsam mit Pflegefachpersonen ermitteln</p> | <p>I.2</p> | <p>Auszubildende</p> <ul style="list-style-type: none"> - zur (teil-)selbstständigen Übernahme der geplanten Pflegeinterventionen anleiten (abhängig u.a. von der individuellen Kompetenzentwicklung) bzw. Handlings demonstrieren, - anregen, Ressourcen der zu pflegenden Person in die Durchführung der Pflege einzubeziehen, |
| <p>Zu pflegende Menschen mit Einschränkungen in ihrer Orientierung und Handlungsplanung unterstützen</p> | <p>II.1</p> | <ul style="list-style-type: none"> - anregen, gesundheitsförderliche und präventive Aspekte gezielt in das pflegerische Handeln zu integrieren, - zur Selbstwahrnehmung anregen, zum Beispiel im Hinblick auf ihre Körperlhaltung und ihre emotionalen Reaktionen, |
| <p>Zu pflegende Menschen mit Einschränkungen in der Beweglichkeit unterstützen</p> | <p>I.2 II.2 II.1 V.2</p> | <ul style="list-style-type: none"> - auf Berührungsqualitäten hinweisen, - anregen, Abweichungen von der Pflegeplanung wahrzunehmen und diese besprechen, - durchgeführte Maßnahmen digital oder analog dokumentieren lassen. |
| <p>Positive Wirkmomente professioneller Interaktionsgestaltung wahrnehmen, beschreiben und deuten</p> | <p>II.1</p> | <p>Evaluation des Pflegeprozesses zum Beispiel anhand folgender Aspekte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gelingen der Kontaktaufnahme/des Beziehungsaufbaus, |

| | | |
|---|-------------|---|
| <p>Berührung und körpernahe Interventionen als Teil der pflegerischen Interaktion wahrnehmen und Raum finden, um eigene positive und/oder begrenzende Erfahrungen anzusprechen</p> | <p>I.3</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Auszubildende wahrgenommene Bedürfnisse und Widerstände der Beteiligten beschreiben lassen, - Einflüsse leib-körperlicher Wahrnehmungen auf das pflegerische Handeln beschreiben lassen, - Wirkung pflegerischer Interventionen wahrnehmen und beschreiben lassen |
| <p>Eigene Gefühle und emotionale Reaktionsmuster in der Begegnung mit zu pflegenden Menschen und ihrer aktuellen Lebenssituation wahrnehmen und reflektieren</p> | <p>II.1</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Rückmeldungen des zu pflegenden Menschen erfragen, - erreichte Pflegeziele mit dem zu pflegenden Menschen besprechen; ggf. Neuanpassungen vornehmen, - Evaluation besprechen und dokumentieren. <p>Folgende Situationen können zum Beispiel zur Umsetzung des Pflegeprozesses ausgewählt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unterstützungsbedarf zu pflegender Menschen in der Selbstpflege in grundlegenden Lebensaktivitäten ermitteln – z.B. in den Bereichen Körperpflege, Kleidung, Essen und Trinken, Ausscheidung, Bewegung, - Versorgung eines zu pflegenden Menschen nach einer invasiven Untersuchung inkl. Beobachtung und Erhebung der Vitalzeichen und ggf. der Versorgung eines Verbandes, - Versorgung eines zu pflegenden Menschen in der Langzeitpflege mit leichten Beeinträchtigungen in der räumlichen und zeitlichen Orientierung und in der Beweglichkeit (inkl. Einsatz von Hilfsmitteln), dabei den zu pflegenden Menschen Orientierung im Umfeld vermitteln und zu einfach strukturierten Handlungs- und Bewegungsabläufen gezielt anleiten, - Versorgung eines zu pflegenden Menschen in der ambulanten Pflege. |

| | | |
|--|-------|---|
| | | <p>Reflexion des Lernprozesses zum Beispiel anhand folgender Aspekte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - eigene Empfindungen und Reaktionen in der Begegnung mit zu pflegenden Menschen und ihrer aktuellen Lebenssituation, z.B. im Rahmen der Körperpflege, beim Anreichen von Speisen und Getränken, bei der Bewegungsinteraktion, - beobachtete Reaktionen des zu pflegenden Menschen und ggf. der Bezugspersonen, - Erleben von körpernahen Interventionen und pflegerischer Berührung, - Körpergefühl und erlebte körperliche Belastungen, z.B. bei der Mobilisation und beim Transfer, - Nähe und Distanz zu den zu pflegenden Menschen, - Rahmenbedingungen, z.B. Nahrungsaufnahme wird unterbrochen durch Inkontinenzversorgung. |
| <p>An der Umsetzung von ärztlich veranlassten Maßnahmen der Diagnostik und Therapie teilnehmen - insbesondere bei den zu pflegenden Menschen, für die auch sonst eine Einbindung in die Pflegeprozessgestaltung besteht - und Zusammenhänge entsprechend dem erworbenen Kenntnisstand gemeinsam mit Pflegefachpersonen reflektieren</p> | III.2 | <p>Folgende Situationen können zum Beispiel zur Umsetzung ärztlich veranlasster Maßnahmen im Rahmen des Pflegeprozesses ausgewählt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anlegen eines Pflasterverbandes in der Akutpflege, - Anpassen und Anziehen von Kompressionsstrümpfen, - Nachsorge nach einer Magenspiegelung in der ambulanten Pflege, - Anlegen einer Sauerstoffbrille, - Durchführung einer Inhalation, |

| | | |
|--|-----|--|
| <p>Menschen, die durch einfache Standard-eingriffe untersucht oder operiert wurden oder werden sollen, nach vorliegender Planung versorgen, dabei die erfassten Pflegebedarfe, Verfahrensstandards, den geplanten Pflegeprozess, die Durchführung einfacher Pflegeinterventionen sowie das Vorgehen bei der Dokumentation vor dem Hintergrund des durchgeführten medizinischen Eingriffs nachvollziehen, Teilaufgaben entsprechend der bereits entwickelten Kompetenzen übernehmen.</p> | I.2 | <ul style="list-style-type: none"> - Überwachung nach erfolgter (Venen-) Punktions, - Beobachtung und Erhebung der Vitalzeichen, die ermittelten Werte mit Normwerten abgleichen und zuständige Pflegefachpersonen über Abweichungen korrekt und zuverlässig informieren, - Hausarztvisite in der Langzeitpflege. <p>Dabei altersentsprechende Methoden und Materialien mit den Auszubildenden besprechen.</p> |
| <p>Den Tages- und Nachablauf von zu pflegenden Menschen aus deren Perspektive wahrnehmen</p> | I.5 | <p>Auszubildenden den Auftrag erteilen, Tages- und Nachabläufe von zu pflegenden Menschen und ihr diesbezügliches Erleben in Pflegeeinrichtungen zu erkunden, z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wie das frühzeitige Abendessen sich auf die Nachtruhe auswirkt, - wie Gewohnheiten zum Schlafrhythmus sich auf ihr Wohlbefinden auswirken <p>Gemeinsam jeweils Strategien zur Situationsgestaltung dazu entwickeln.</p> |
| <p>Risiken für die Sicherheit der zu pflegenden Menschen im jeweiligen Einsatzbereich erkennen und mit den zuständigen Pflegefachpersonen besprechen</p> | I.4 | <p>Auszubildende erhalten den Auftrag</p> |

| | | |
|--|------------|--|
| <p>An der Begleitung von zu pflegenden Menschen bei Ortswechseln innerhalb der Einrichtung und außer Haus mitwirken, Sicherheitsrisiken erkennen und mit den zuständigen Pflegefachpersonen hinsichtlich der erforderlichen Sicherheitsvorkehrungen reflektieren, dabei zunehmend Selbstständigkeit für Standardsituationen aufzubauen (z. B. beim Transport zu Funktionsabteilungen in einer Klinik)</p> | <p>I.4</p> | <ul style="list-style-type: none"> - sich über Sicherheitsvorkehrungen (auch zur Vermeidung von Stürzen) zu informieren, die konkrete Vorbereitung und Gestaltung von Ortswechseln zu beobachten und zu beschreiben, - Sicherheitsrisiken bei einem Ortswechsel einzuschätzen. <p>Gemeinsam mit den Auszubildenden die Ergebnisse der Einschätzung reflektieren und bewerten</p> |
|--|------------|--|

Teambezogene (später auch institutions-/gesellschaftsbezogene) Aufgaben (Inkl. Reflexion)

| | | |
|--|--------------|--|
| <p>Im Pflegeteam Personen mit ihren Aufgaben und Verantwortlichkeiten kennen und gezielt ansprechen), weitere an der (pflegerischen) Versorgung beteiligte Berufsgruppen kennenlernen</p> | <p>III.1</p> | <p>Auszubildende bekommen die Aufgabe,</p> <ul style="list-style-type: none"> - mit dem Team und weiteren Berufsgruppen (Physiotherapeut/-innen, Ärzt/-innen etc.) ins Gespräch zu kommen und deren spezifische Aufgaben und Verantwortlichkeiten sowie Kommunikationswege im Arbeitsbereich zu erkunden, - stationsbezogene pflegerische Aufgaben und Funktionen (z.B. Dienstplangestaltung, Schichtleitung, Hygienebeauftragte/-r) in ihrer Grundstruktur zu erfassen und zu beschreiben, - zu erkunden, wie durch Pflegesysteme die Pflege koordiniert wird (z.B. Funktions-, Bereichs- oder Bezugspflege), - die Ergebnisse vorzustellen, ggf. gemeinsam Probleme und ihre Wirkung im Pflegearbeitsprozess zu besprechen und Handlungsspielräume zu ermitteln. |
|--|--------------|--|

| | | |
|---|--------------|--|
| <p>Arbeitsabläufe in unterschiedlichen Schichten nachvollziehen, Übergabe nachvollziehen</p> | <p>III.1</p> | <p>Auszubildende dazu anregen, sich zu folgenden Aspekten Notizen zu machen</p> <ul style="list-style-type: none"> - zu Aufgaben und Arbeitsabläufen im Schichtdienst, - zur „Kultur“, die gelebt wird bzw. Atmosphären, die gespürt werden, - zu Abläufen und Inhalten von Übergabegesprächen, <p>Ergebnisse besprechen und Auszubildende darin unterstützen, ihre Wahrnehmungen in die Übergabe einzubringen, Fragen der Auszubildenden in Bezug auf Inhalte der Übergabe klären.</p> |
| <p>Grundprinzipien zum Pflegekonzept des Trägers der praktischen Ausbildung ermitteln und in der durchgeführten Pflege am Einsatzort identifizieren.</p> | <p>I.1</p> | <p>Auszubildenden den Auftrag erteilen, das Pflegekonzept des Trägers zu erkunden und zu beobachten, wie sich Prinzipien des Pflegekonzeptes im alltäglichen Pflegehandeln zeigen (z.B. das Konzept der Biographiearbeit oder der Patient/-innenorientierung).</p> <p>Auszubildende ihre Beobachtungen vorstellen lassen und in Bezug auf die Qualität der Pflege reflektieren.</p> |
| <p>Mitbestimmungsmöglichkeiten in der Einrichtung wahrnehmen</p> | <p>V.2</p> | <p>Auszubildende ermutigen,</p> <ul style="list-style-type: none"> - sich an Teamgesprächen zu beteiligen, - ggf. erlebte Widersprüche in der alltäglichen Pflege zwischen Fürsorge und standardisierten Vorgehen auszudrücken und gemeinsam mit dem Team Handlungsspielräume erkunden, - sich über Gremien – auch für Auszubildende – im Betrieb (z.B. Personalrat, Auszubildendenvertretung) zu informieren. |

Einsätze im ersten Ausbildungsdrittel im Rahmen der Pflicht einsätze in den drei allgemeinen Versorgungsbereichen

| | |
|-----------------------------------|--|
| Zeit und Ort | Im ersten Ausbildungsdrittel, entweder in der ambulanten Pflege, der stationären Langzeitpflege oder der stationären Akutpflege |
| Umfang | 400 Stunden |
| Schwerpunkte des Einsatzes | <p>Die Auszubildenden erwerben Pflegekompetenzen zur Steuerung, Organisation, Gestaltung und Durchführung von Pflegeprozessen zur Unterstützung bei der Gesundheitsförderung und Prävention, Kuration, Rehabilitation, Palliation und Sozialpflege in einfachen Pflegesituationen.</p> <p>Auszubildende übernehmen selbstständig Aufgaben mit zu pflegenden Menschen, die folgende Merkmale aufweisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - geringer Grad an Pflegebedürftigkeit, also max. erhebliche Beeinträchtigungen in der Selbstständigkeit, - nur seltenes Auftreten von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen, die eine personelle Unterstützung erforderlich machen, - gesundheitliche Problemlagen bei gesundheitlicher Stabilität, d. h. geringe Gefahr an Komplikationen (geringe Risikogeneigtheit), - die einzelnen zu pflegenden Menschen stehen im Mittelpunkt, ggf. auch einzelne Bezugspersonen, - hoher Grad an Ressourcen. <p>Der Anforderungsgrad kann höher sein, wenn die Auszubildenden die zu pflegenden Menschen gemeinsam mit Pflegefachpersonen versorgen.</p> |
| Hinweise | <p>Die Auszubildenden haben im Orientierungseinsatz bereits erste Erfahrungen in der Unterstützung der Selbstversorgung in Bezug auf Mobilität, Körperpflege-, Ernährung und Ausscheidung gesammelt, auf die sie jetzt aufbauen. Pflegerische Entscheidungen sollten in jedem Fall in Abstimmung mit Praxisanleitenden bzw. Pflegefachpersonen getroffen werden.</p> |

| Zentrale Aufgaben | Kompetenzen nach PflAPrV | Beispiele für konkrete Anleitungssituationen zum Auswählen und Weiterentwickeln |
|---|--------------------------|--|
| Aufgaben zur Erkundung und (Selbst-)Reflexion (auch Aufgaben zur Einarbeitung in den Arbeitsbereich) | | |
| Sich im Arbeitsfeld orientieren und Informationen zur Organisationsstruktur sammeln | III.1 III.2 | <p>Einen Tag zum Ankommen der Auszubildenden gestalten und das Team vorstellen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erfahrungen, konkrete Lernvoraussetzungen und Erwartungen der Auszubildenden erfragen, Sichtung des Ausbildungsnachweises (ggf. entlang der Dokumente erzählen lassen; Was bringen sie mit?), - Erwartungen an die Auszubildenden klären und Ausbildungsplan vorstellen (Was kann hier gelernt werden?), - Zielsetzungen und Reflexionszeiten für den Einsatz gemeinsam festlegen (dabei die Ziele für die Zwischenprüfung im Blick behalten). <p>Auszubildenden den Auftrag erteilen, sich im Arbeitsfeld hinsichtlich folgender Aspekte zu informieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegeverständnis einzelner Teammitglieder, Pflegekonzept, Leitbilder der Einrichtung, - unterschiedliche Qualifikationsniveaus von Pflegenden mit den jeweiligen Aufgaben- und Rollenverteilungen, - Prinzipien des Hygienehandelns, |
| Pflegekonzepte am Einsatzort ermitteln und in der durchgeführten Pflege identifizieren | I.1 | |

| | | |
|--|------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - ökologische Grundsätze, Aspekte des Umweltmanagements, - Dienstplangestaltung /Tourenplanung, - zentrale Dokumente der Einrichtung, z.B. Pflegedokumentationssystem. <p>Im Gespräch mit den Auszubildenden die Ergebnisse besprechen und ggf. offene Fragen beantworten.</p> |
| Maßnahmen der eigenen Gesundheits-erhaltung in alltägliche Pflegetätigkeiten und Arbeitsabläufe integrieren und anhand von verschiedenen Beispielen reflektieren | V.2 | <p>Auszubildende anregen, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen umzusetzen, z. B. rückengerechtes Arbeiten, sowie z. B. beim Transfer oder der Positionierung im Bett unterstützende technische Hilfsmittel einzusetzen</p> <p>Ggf. mit den Auszubildenden weitere Lernbedarfe reflektieren und gemeinsam Strategien dazu entwickeln.</p> |
| Aufgaben in Pflegesituationen: Pflegediagnostik und Pflegeprozess (inkl. Reflexion) | | |
| Pflegeprozesse mit zu pflegenden Menschen unter Berücksichtigung ihrer Lebenssituation, ihrer sozialen Netzwerke, ihrer religiösen und kulturellen Bedürfnisse in Abstimmung auf den jeweiligen Versorgungskontext und den bestehenden Unterstützungsbedarf gestalten | I.5 | <p>Vorbereitung der Anleitungssituation: Auswahl eines zu pflegenden Menschen, der noch über weitreichende Ressourcen verfügt (z. B. vor einer elektiven Operation)</p> <p>Auszubildenden den Auftrag erteilen, Informationen und Aussagen zur Lebenssituation eines zu pflegenden Menschen, die im Rahmen eines Aufnahmegergesprächs, im Kontext der Pflegeanamnese und/oder während der Durchführung von Pflegemaßnahmen erfasst werden,</p> <ul style="list-style-type: none"> - systematisch aufzunehmen, |
| Aufnahmegergespräch entsprechend dem einrichtungsspezifischen Standard, ggf. auch mit Bezugspersonen, führen und die | II.1 | |

| | | |
|--|-----|--|
| Ergebnisse im analogen oder digitalen Dokumentationssystem erfassen, dabei Datenschutzaspekte berücksichtigen. | | <ul style="list-style-type: none"> - Informationen unterschiedlicher Akteure (des zu pflegenden Menschen selbst, seiner Bezugspersonen, verschiedener Mitglieder des Pflege- und Behandlungsteams) zu deuten und relevante Informationen in die Pflegeplanung aufzunehmen, |
| Pflegerelevante Informationen zur Lebenssituation der zu pflegenden Menschen sammeln bzw. die Pflegerelevanz von persönlichen Informationen einschätzen. | 1.5 | <ul style="list-style-type: none"> - im Rahmen strukturierter Gespräche erhobene Informationen und prozessbegleitende Aussagen aufeinander zu beziehen, - Rückschlüsse auf die individuelle Lebenssituation des zu pflegenden Menschen sowie auf die Lebens- und Entwicklungsphase zu beziehen und die Konsequenzen für die Pflegeprozessgestaltung mit der Praxisanleitung zu besprechen, - den Einfluss institutioneller Kontextbedingungen auf die individuelle Lebenssituation zu reflektieren, - lebensgeschichtlich bedeutsame Aspekte in der Pflegedokumentation aufzunehmen. |
| Lebens-/Entwicklungsphasen von zu pflegenden Menschen beobachten, kriteriengeleitet einordnen (z. B. hinsichtlich aktuell gegebener Entwicklungsaufgaben und/oder bestehender Lebenskrisen), relevante Informationen in die Dokumentation einbringen. | 1.6 | |
| Bewegungs- und Haltungsmuster der zu pflegenden Menschen erheben, Risiken im Bewegungsverhalten erkennen und gezielt Interventionen zur Bewegungsförde- | 1.2 | Auszubildenden den Auftrag erteilen, |

| | | |
|---|------------|--|
| rung, zum Transfer und zum Positionswechsel anbieten, durchführen und dokumentieren. | | - das Wissen zu Einschränkungen der Mobilität, Assessmentinstrumenten zur Einschätzung der Mobilität und Interventionen zur Bewegungsförderung zu aktualisieren, |
| Bei der Bewegungsförderung , beim Transfer und in der Unterstützung beim Positionswechsel im Liegen Strategien der persönlichen Gesunderhaltung einsetzen | I.2 V.2 | <ul style="list-style-type: none"> - zu pflegende Menschen mit und ohne Einschränkungen der Beweglichkeit in ihren Bewegungs- und Haltungsmustern zu beobachten und Ressourcen wahrzunehmen, - Bewegungsgewohnheiten der zu pflegenden Menschen zu erfragen und im Pflegeprozess zu berücksichtigen, |
| Zu pflegende Menschen im Hinblick auf ihre Gesundheitsüberzeugungen und ihre Gewohnheiten in verschiedenen Bereichen der Selbstpflege (z. B. Haut- und Körperpflege, Ernährung und Ausscheidung, Schlaf...) befragen, gesundheitsförderliches und gesundheitsschädliches Handeln identifizieren und daraus Vorschläge zur Gesundheitsförderung und Prävention (auch zu erforderlichen Prophylaxen) ableiten. | I.2 | <ul style="list-style-type: none"> - bislang kennengelernte Assessmentverfahren zur Einschätzung der Beweglichkeit einzusetzen und auf die individuelle Pflegesituation abzustimmen, - den zu pflegenden Menschen und ggf. seine / ihre Bezugspersonen bezüglich der Bewegungsförderung zu informieren oder zu beraten (auch hinsichtlich der Eigenmotivation zur Bewegung), - Bewegung, Transfer oder Positionswechsel zu unterstützen und dabei, - Hilfsmittel gezielt einzusetzen, - Erfolg und Angemessenheit der Maßnahmen gemeinsam zu reflektieren <p>Abschließend den gesamten Prozess mit dem/der Auszubildenden reflektieren und ggf. Lernbedarfe gemeinsam mit dem/der Auszubildenden festlegen.</p> |
| bei der Körper- und Hautpflege – unterstützen | I.2 | Auszubildenden den Auftrag erteilen, zu pflegende Menschen, die noch über ein hohes Ausmaß an Ressourcen in der Selbstpflege verfügen und gesundheitlich stabil sind, z. B. bei der Körperpflege am Waschbecken zu unterstützen; in komplexen Pflegesituationen gemeinsam mit den Auszubildenden die Körperpflege durchführen. |

| | | |
|---|-----|--|
| <p>Den Gesundheitszustand von zu pflegenden Menschen in Bezug auf Ernährung und Ausscheidung systematisch anhand von Assessmentverfahren erheben und geeignete Interventionsangebote für unterschiedliche Zielgruppen anbieten, durchführen und dokumentieren.</p> | I.2 | <p>Auszubildenden den Auftrag erteilen,</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Ernährungs- und Ausscheidungssituation von zu pflegenden Menschen, z. B. bei Ablehnung von Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, mit künstlichen Zu- und Abgangssystemen, mit Herausforderungen im Bereich von Harn- und/oder Stuhlkontinenz, anhand von Assessmentverfahren zu erheben, - sowie Pflegeinterventionen gemeinsam mit der Praxisanleitung und unter Einbeziehung des zu pflegenden Menschen und ggf. seiner Bezugspersonen auszuwählen, durchzuführen und zu dokumentieren. |
| <p>Gemeinsam mit Pflegefachpersonen bei komplexeren gesundheitlichen Problemlagen der Ernährung und Ausscheidung unterstützen</p> | I.2 | <p>Mit dem/der Auszubildenden erlebte Herausforderungen reflektieren und konkrete Möglichkeiten des Umgangs damit entwickeln.</p> |
| <p>Für zu pflegende Menschen mit gesundheitlichen Problemlagen aus dem Bereich der Inneren Medizin den Pflegebedarf erheben und den Pflegeprozess planen, durchführen und evaluieren</p> | I.2 | <p>Auszubildenden den Auftrag erteilen, mit einem zu pflegenden Menschen, z. B. mit Durchblutungsstörungen, verminderter Herz-/Kreislaufleistung oder beeinträchtigtem Atemvorgang, zusammen mit der Praxisanleitung</p> <ul style="list-style-type: none"> - den Pflegebedarf festzulegen oder zu überprüfen, - dazu die Pflegedokumentation heranzuziehen, |
| <p>Veränderungen des Gesundheitszustandes anhand verschiedener Vitalzeichen, Laborwerte und anderer Faktoren systematisch erheben und mithilfe des bereits erworbenen Wissens interpretieren (ggf. unter Einbeziehung von vorliegenden Arztberichten und der Dokumentation des bisherigen Pflege- und Gesundheitsverlaufs)</p> | I.2 | <ul style="list-style-type: none"> - die Pflegemaßnahmen dem aktuellen Gesundheitszustand und dem subjektiven Befinden des zu pflegenden Menschen anzupassen, - ärztlich verordnete Medikation vorzubereiten, zu verabreichen und auf Wirkungen und Nebenwirkungen hin zu beobachten, - Pflegediagnosen und ärztliche Diagnosen aufeinander zu beziehen. |

| | | |
|--|-----|--|
| <p>Einfache ärztlich veranlasste Maßnahmen der Diagnostik und Therapie, die mit einem geringen Risikopotenzial behaftet sind, durchführen. Dabei in der Einrichtung gängige Maßnahmen schrittweise erarbeiten und zunehmend Selbstständigkeit in der Durchführung aufbauen (z. B. Stellen und Verabreichung von verordneter Medikation, Wundverbände, Injektionen...)</p> | I.2 | |
| <p>Menschen, die operiert wurden oder werden sollen, nach vorliegender Planung bei einfachen Standardeingriffen versorgen, die Pflegeprozesse ggf. anpassen und die Durchführung dokumentieren bzw. in komplexen Situationen an der Versorgung mitwirken und Teilaufgaben entsprechend den bereits entwickelten Kompetenzen übernehmen</p> | I.2 | <p>Auszubildenden den Auftrag erteilen, zu pflegende Menschen, z. B. im Rahmen der Operation eines Grauen Stars, einer Knochenfraktur, eines Hauttumors, einer Entfernung der Rachenmandeln, einer Gelenkspiegelung prä- und postoperativ (perioperativ) (Auswahl muss zuvor seitens der Praxisanleitenden erfolgen), zu versorgen oder an der Versorgung mitzuwirken, dabei</p> <ul style="list-style-type: none"> - sich ggf. Hintergrundwissen zur jeweiligen Operation aneignen, - Schmerzen anhand des Expertenstandards <i>Schmerzmanagement</i> in der Pflege regelmäßig einzuschätzen und mit der Pflegefachperson abstimmen, - Verbandwechsel unter Beachtung des Infektionsschutzes und der Hygieneanforderungen durchzuführen oder dabei zu assistieren, - den Wundheilungsverlauf zu beobachten, Veränderungen kriteriengeleitet einzuschätzen, - Beobachtungen und Einschätzungen sowie durchgeführte Maßnahmen in der analogen oder digitalen Pflegedokumentation festzuhalten. |

| | | |
|--|--------------------|---|
| <p>Handlungsabläufe in Pflegesituationen mit erhöhten Infektionsrisiken nach vorliegender Planung durchführen</p> | <p>III.2</p> | <p>Auszubildenden den Auftrag erteilen,</p> <ul style="list-style-type: none"> - auf der Internetseite des Robert Koch Instituts (RKI) Informationen zu der jeweiligen Infektion (z. B. Norovirus-Gastroenteritis) zu recherchieren, insbesondere zu Präventiv- und Bekämpfungsmaßnahmen, - Im Gespräch gemeinsam prüfen, wie in der Pflegeeinrichtung die Empfehlungen des RKI umgesetzt werden, - Im Anschluss gemeinsame Versorgung der von einer Infektion betroffenen Person. |
| <p>In individualisierten Pflegeprozessen bei schwerstkranken und sterbenden Menschen mitarbeiten</p> | <p>I.3</p> | <p>Auszubildenden den Auftrag erteilen, in der Gestaltung des Pflegeprozesses mit einem schwer pflegebedürftigen Menschen, z. B. mit einem fortgeschrittenen Tumorleiden, einer fortschreitenden Muskelerkrankung oder einer Demenz,</p> |
| <p>Bei körperbezogenen Interventionen in der Versorgung von schwer pflegebedürftigen und/oder wahrnehmungsbeeinträchtigten Menschen mitarbeiten und die Interventionen fachlich begründen</p> | <p>I.3</p> | <ul style="list-style-type: none"> - das Pflegehandeln von Pflegefachpersonen zu beobachten und mit dem Vorgehen in weniger belasteten Situationen zu vergleichen, - die zuständigen Pflegefachpersonen nach entsprechender Anweisung zu unterstützen, |
| <p>In der Begleitung und Unterstützung eines zu pflegenden Menschen und seiner Bezugspersonen am Ende des Lebens mitwirken</p> | <p>I.3</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Prinzipien einer palliativen Pflege in der Pflegeprozessgestaltung zu identifizieren, - emotionale Belastungen des zu pflegenden Menschen und seiner Bezugspersonen aufmerksam wahrzunehmen und sich mit der Praxisanleitung darüber auszutauschen, |
| <p>Eigene Emotionen sowie Belastungen in der Begegnung mit schweren Erkrankungen</p> | <p>I.3 V.2</p> | <p>Mit den Auszubildenden erlebte Pflegesituationen reflektieren und ggf. konkrete Möglichkeiten der zu leistenden Emotionsarbeit entwickeln.</p> |

| | | |
|---|-----|--|
| <p>kungen, Leid und der Endlichkeit des Lebens wahrnehmen und Räume im beruflichen Kontext finden, um die damit verbundenen Erfahrungen und Emotionen ansprechen zu können</p> | | |
| <p>Den Pflegeprozess mit einem Menschen mit Behinderung gestalten, um gemeinsam Möglichkeiten der Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben zu erschließen</p> | 1.5 | <p>Auszubildenden den Auftrag erteilen,</p> <ul style="list-style-type: none"> - entsprechend einer pflegerischen Theorie/einem Modell, z.B. fördernde Prozesspflege nach M. Krohwinkel, individuelle Fähigkeiten und Resourcen eines zu pflegenden Menschen mit einer Behinderung zu ermitteln, - gemeinsam mit der Praxisanleitung einen individuellen Förderplan zu entwickeln, - die Wirksamkeit der durchgeführten rehabilitativen Interventionen im Prozessverlauf zu evaluieren, - weiterhin die individuellen Pflege- sowie Förder- und Hilfepläne aufeinander zu beziehen und miteinander zu vergleichen und - dabei spezifische Konzepte der Begleitung von Menschen mit Behinderungen zu erschließen und zu berücksichtigen. |
| <p>An Abläufen in Notfallsituationen mit Menschen aller Altersstufen entsprechend den eigenen Kompetenzen mitwirken</p> | 1.4 | <p>Mit einer Gruppe von Auszubildenden unterschiedliche Notfallsituationen simulieren und trainieren (z. B. – falls vorhanden - im Skills Lab), dabei insbesondere die spezifischen institutionellen Bedingungen und Gegebenheiten einbeziehen.</p> <p>Anschließend mit den Auszubildenden individuelle Lernbedürfnisse besprechen und in den weiteren Verlauf des Einsatzes einplanen.</p> |

Aufgaben in Pflegesituationen: personen- und situationsorientierte Kommunikation und Beratung (inkl. Reflexion)

| | | |
|---|------|---|
| <p>Formen non-verbaler Interaktion, insbesondere Momente leib-körperlicher Interaktion und pflegerischer Berührung bewusst wahrnehmen und gezielt einsetzen, dabei auch Teilaufgaben in der Interaktionsgestaltung mit Menschen übernehmen, die in ihren kommunikativen, insbesondere verbalen Ausdrucksfähigkeiten stark eingeschränkt sind</p> | II.1 | <p>Auszubildenden den Auftrag erteilen, bei Menschen mit entwicklungs- oder krankheitsbedingten Einschränkungen in der verbalen und non-verbalen Kommunikation und Ausdrucksfähigkeit, während einer pflegerischen Maßnahme, wie z.B. (Teil-) Körperpflege, atemstimulierende Einreibung, Wickeln eines Säuglings, Anreichen von Nahrung,</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Interaktion gezielt im Hinblick auf Mimik und Gestik, Bewegungen, Muskelspannung, Körperhaltung, Stimme, Lautäußerung, Vitalzeichen zu beobachten, - aus den Beobachtungen Hypothesen im Hinblick auf Stimmungslagen und emotionales Erleben abzuleiten, - das eigene Interaktionsverhalten, z.B. bezogen auf Berührung, Stimme, Geschwindigkeit und Körperhaltung, bewusst wahrzunehmen und - gemeinsam mit einer Pflegefachperson das Interaktionsgeschehen zu reflektieren. |
| <p>Stimmungslagen und emotionales Erleben bei zu pflegenden Menschen beobachten, beschreiben und im Rahmen des Pflegeprozesses berücksichtigen und Interventionsmöglichkeiten vorschlagen bzw. umsetzen</p> | II.1 | |
| <p>Menschen mit Problemen in der Orientierung und Handlungsplanung vor dem Hintergrund eines differenzierten Assessments von Ressourcen und Einschränkungen anleiten und Orientierung im Umfeld vermitteln</p> | II.1 | |

| | | |
|---|-------------|--|
| <p>Information und Anleitung zu einfachen pflege- und gesundheitsbezogenen Themen an einfachen didaktischen und methodischen Prinzipien ausrichten</p> | <p>II.2</p> | <p>Auszubildenden den Auftrag erteilen, eine Anleitungssequenz nach dem Anleitungsprozess vorzubereiten und durchzuführen, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - zur Sturzprophylaxe bei einem Kleinkind (bzw. seiner Bezugsperson) wie auch bei einem zu pflegenden Menschen mit altersphysiologischen Beeinträchtigungen, - zu Maßnahmen der Pneumonieprophylaxe, wie z. B. Nutzung des Atemtrainers, der Nass-/ Trockeninhalation, - die Anleitungssequenz und den Lernprozess zu evaluieren, <p>Auszubildenden den Auftrag erteilen, ein Informationsgespräch vorzubereiten und durchzuführen, z.B. zur Ernährung bei vorliegender Obstipation, Erhaltung der Mobilität oder zu sozialrechtlichen Aspekten, ggf. auch mit Angehörigen und Bezugspersonen.</p> |
| <p>Konflikte und Dilemmata in alltäglichen Pflegesituationen in dem jeweiligen Versorgungsbereich erkennen und unterscheiden</p> | <p>II.3</p> | <p>Auszubildenden den Auftrag erteilen,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konflikte im Alltag bewusst wahrzunehmen und im Hinblick auf deren Entstehung und Hintergründe zu analysieren, - dabei unterschiedliche Konfliktarten zu identifizieren und die Entstehung von Konflikten z. B. mit dem Vier-Ohren-Modell nach F. Schulz v. Thun oder einem anderen Kommunikationsmodell zu verknüpfen. |

Generell

| Teambezogene (später auch institutions-/gesellschaftsbezogene) Aufgaben (inkl. Reflexion) | | | |
|--|-------------|---|--|
| Sicherheitsrisiken in den verschiedenen Versorgungs-bereichen erkennen und verschiedene (technische) Lösungen zur Erhöhung der Patientensicherheit anbieten und einsetzen (bezogen auf Patientensicherheit, Arbeitsschutz) | I.4 IV.1 | Auszubildenden den Auftrag erteilen, <ul style="list-style-type: none">- sich über die Sicherheitsrisiken im Versorgungsbereich und Maßnahmen zur Reduzierung der Risiken zu informieren,- die Handhabung verschiedener technischer und digitaler Lösungen zur Erhöhung der Patientensicherheit zu erproben und diese unter Anleitung einzusetzen,- einen zu pflegenden Menschen inner- oder außerhalb der Einrichtung bei Ortswechseln zu begleiten und dabei Sicherheitsrisiken zu analysieren und die erforderlichen Sicherheitsvorkehrungen treffen (z. B. beim Transport zu Funktionsabteilungen in der Klinik, Arztbesuchen, Behördengängen). | |
| Tages- und Arbeitsabläufe in unterschiedlichen Schichten nachvollziehen, Übergabeinformationen aus Sicht der Pflege aufnehmen und einbringen. | III.1 | Auszubildenden den Auftrag erteilen, die Übergabe eines von ihm / ihr gepflegten Menschen zu übernehmen, dabei pflegerisch relevante Informationen zu geben | |
| Strukturen der intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit im jeweiligen Versorgungsbereich erfassen | III.3 | <ul style="list-style-type: none">- Auszubildende über Form und Anlässe der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen im Versorgungsbereich sowie externen Partnern informieren,- Auszubildenden die Möglichkeit geben, an fachärztlichen Konsilen, Visiten, Besprechungen mit dem psychologischen Dienst, Sozial- und Hospizdienst teilzunehmen, | |

| | | | |
|--|-------------|--|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Auszubildenden die Möglichkeit geben, an einer intra- und interprofessionellen Fallbesprechung teilzunehmen und die Inhalte und Vorgehensweisen mit der Praxisanleitenden zu reflektieren. |
| Von erlebten Situationen sachgerecht berichten, eigene Gefühle und Gedanken nachvollziehbar darstellen und im Austausch mit anleitenden Pflegefachpersonen oder im Rahmen von kollegialer Beratung und/oder Supervision nach persönlichen Lösungen suchen (auch Aspekte von Unter-/Überforderung einbeziehen) | V.2 II.1 | | <ul style="list-style-type: none"> - Auszubildende anregen, ihre Eindrücke und Bewertungen einer Pflegesituation zu beschreiben, zu reflektieren und abzuleiten, welche Hilfestellungen (kollegiale Beratung, Supervision) sie in der persönlichen und fachlichen Entwicklung unterstützen könnten, - Auszubildenden die Teilnahme an einer kollegialen Beratung /Supervision mit anschließendem Austausch über Möglichkeiten, Voraussetzungen und Grenzen dieser Unterstützungsprozesse ermöglichen. |

Genehmigte

Einsätze im zweiten Ausbildungsdrittel im Rahmen der Pflicht einsätze in den drei allgemeinen Versorgungsbereichen

| | |
|-----------------------------------|--|
| Zeit und Ort | Im zweiten Ausbildungsdrittel, in der ambulanten Pflege, der stationären Langzeitpflege und der stationären Akutpflege |
| Umfang | Jeweils 400 Stunden |
| Schwerpunkte des Einsatzes | <p>Die Auszubildenden erwerben Pflegekompetenzen zur Steuerung, Organisation, Gestaltung und Durchführung von Pflegeprozessen zur Unterstützung bei der Gesundheitsförderung und Prävention, Kuration, Rehabilitation, Palliation und Sozialpflege in komplizierten Pflegesituationen.</p> <p>Dafür übernehmen Auszubildende zunehmend selbstständig Aufgaben mit zu pflegenden Menschen, die folgende Merkmale aufweisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mittlerer Grad an Pflegebedürftigkeit, - Gesundheitliche Situation schwankend, aber nicht instabil, - zu pflegende Menschen, die erhebliche Einschränkungen in ihrer Bewegungsfähigkeit aufweisen, aber noch über (wenige) Ressourcen verfügen (z. B. wenige Schritte gehen oder sich im Rollstuhl wenige Meter fortbewegen), so dass sie sich an Pflegehandlungen beteiligen können, - maximal häufiges Auftreten von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen, die eine personelle Unterstützung erforderlich machen, - zu pflegende Menschen im Kontext von Gruppen, z. B. Familien – Perspektiven jedoch weitgehend konvergent. <p>In Situationen, die von hoher Instabilität und großen Risiken und/oder sehr schweren und ständig auftretenden psychischen Problemlagen bestimmt sind, sollen die Auszubildenden die zu pflegenden Menschen gemeinsam mit Pflegefachpersonen versorgen und allenfalls Teilaufgaben selbstständig übernehmen.</p> |
| Hinweise | Der Pflicht einsatz baut auf den Lernergebnissen des ersten Ausbildungsdrittels auf. Der dokumentierte Ausbildungsnachweis bietet eine Orientierung, um gemeinsam mit den Auszubildenden das spezifische Lernangebot mit der anzustrebenden Kompetenzentwicklung festzulegen. |

| Zentrale Aufgaben | Kompetenzen nach PflAPrV | Beispiele für konkrete Anleitungssituationen zum Auswählen und Weiterentwickeln Didaktischer Kommentar für Praxisanleitende |
|--|--------------------------|---|
| Aufgaben zur Erkundung und (Selbst-)Reflexion (auch Aufgaben zur Einarbeitung in den Arbeitsbereich) | | |
| Sich im Einsatzbereich orientieren | | <p>Einen Tag zum Ankommen der Auszubildenden gestalten (inkl. Einführung in den Ausbildungsnachweis),</p> <p>Einrichtung / Arbeitsbereiche und das Team vorstellen und Erwartungen an Auszubildende klären (ggf. orientiert am Einarbeitungsstandard), Lernangebote im Arbeitsbereich vorstellen, gemeinsam mit den Auszubildenden Zielsetzungen für den Einsatz festlegen und Ausbildungsplan besprechen</p> <p>Auszubildende erkunden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leitbild / Pflegeverständnis der Einrichtung, - Hygienepläne und Infektionsschutzvorschriften der Einrichtung, - Kleiderordnung, - Brandschutz- und Evakuierungsregularien, - Abläufe in Notfallsituationen, - Aufgabenverteilungen und Zuständigkeiten im Pflegeteam (vgl. unten „teambezogene Aufgaben“), - Dienstplangestaltung, - Pflegedokumentationssystem, |
| Pflegekonzepte am jeweiligen Einsatzort ermitteln und mit im bisherigen Ausbildungsverlauf erfahrenen Pflegekonzepten vergleichen | I.1 | |
| Die Strukturen intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit im jeweiligen Praxiseinsatzfeld mit denen anderer Einsatzbereiche vergleichen | III.1 | |

| | | |
|--|-----|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Angebote des betrieblichen Gesundheitsmanagements. <p>Auszubildenden Ergebnisse vorstellen lassen, offene Fragen klären</p> |
| Arbeitsprozesse bewusst selbstfürsorglich präventiv gestalten und unterstützende Hilfsmittel annehmen und einsetzen | V.2 | <ul style="list-style-type: none"> - Gemeinsam mit Auszubildende eine ausgewählte belastende Arbeitssituation (z. B. postoperative Mobilisation eines übergewichtigen ängstlichen Menschen unter Zeitdruck) nach den Arbeitsprinzipien des ergonomischen Patientenhandlings (EPH) reflektieren, - dabei den Einsatz unterstützender Hilfsmittel oder den Verzicht hierauf gezielt ansprechen, - gemeinsam kritisch den Stand der nationalen und internationalen Konzeptentwicklung von EPH diskutieren, - die Auszubildende auffordern, das eigene physische und psychische Belastungsverhalten in der ausgewählten Situation zu reflektieren und sich Tendenzen der eigenen Belastungswahrnehmung, des eigenen Belastungsverhaltens sowie eigene Entlastungsstrategien bewusst zu machen, - gemeinsam die Bedingungen des Arbeitsbereichs im Hinblick auf belastende oder entlastende Faktoren analysieren und beurteilen, - gemeinsam Angebote der Prävention im Arbeitsbereich identifizieren und Auszubildende auffordern, diese entsprechend wahrzunehmen. |

Gene

Aufgaben in Pflegesituationen: Pflegediagnostik und Pflegeprozess (inkl. Reflexion)

| | | |
|--|--------------|--|
| <p>Ein Aufnahmegergespräch sowie weitere Gespräche zur Planung und Evaluation des Pflegeprozesses führen, dabei Prinzipien einer beteiligungsorientierten und am Entwicklungsstand orientierten Gesprächsführung integrieren</p> | <p>II.1</p> | <p>Zunächst mit den Auszubildenden ein Gespräch über den Pflegeprozess führen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie haben Sie die Umsetzung bisher erfahren? - Welche Assessmentinstrumente haben Sie kennengelernt? - Welche Erfahrungen haben Sie mit der Verwendung von Pflegediagnosen? |
| <p>Informationssammlung über die subjektive Sicht (Erleben, Deuten und Verarbeiten) und die Bedürfnisse der zu pflegenden Menschen aller Altersstufen</p> | <p>I.5</p> | <p>Ggf. Auszubildenden den Auftrag erteilen, sich die einrichtungsspezifischen Assessmentinstrumente und Pflegediagnosen anzueignen, sollten diese noch unbekannt sein</p> <p>Auszubildenden den Auftrag erteilen, im Rahmen des Pflegeprozesses mit zu pflegenden Menschen, z.B. in kritischen Lebenssituationen aufgrund einer chronischen Erkrankung, eine umfassende Anamnese einschließlich biographischer Aspekte durchzuführen und Pflegediagnosen zu ermitteln und</p> |
| <p>Fallbezogen im Rahmen der Planung, Umsetzung und Evaluation von Pflegeprozessen Informationen zum Krankheitsbild sowie zur medizinischen Diagnostik und Therapie gewinnen, einordnen und weiterleiten</p> | <p>III.2</p> | <ul style="list-style-type: none"> - ein Aufnahmegergespräch zu führen, - alternative (pflege-/wissenschaftliche) - Instrumente zu recherchieren und zu bewerten, - kriteriengeleitet das geeignete im Setting übliche Screeningverfahren auszuwählen, |
| <p>Pflegediagnostische Instrumente auswählen, anwenden und die Ergebnisse auswerten</p> | | |

| | | |
|--|------------|---|
| <p>Veränderungen des Gesundheitszustandes im Rahmen des Pflegeprozesses unter Beachtung altersentsprechender Normwerte einordnen, erklären und weiterleiten</p> | <p>I.2</p> | <ul style="list-style-type: none"> - die Wahl zu begründen, insbesondere wenn mehrere Verfahren zum gleichen Gegenstand verfügbar sind, - das gewählte Verfahren anzuwenden, - die Assessmentergebnisse zu bewerten und mögliche pflegerische Interventionen zu ermitteln, - im Gespräch mit dem zu pflegenden Menschen die Ergebnisse zu erläutern und gemeinsam Pflegeziele festzulegen, - die Wirkung der pflegerischen Interventionen zu evaluieren (Verknüpfung von interner und externer Evidenz) und zu dokumentieren, - im therapeutischen Team zu besprechen und evtl. weitere Schritte abzustimmen und zu koordinieren. <p>Auszubildenden den Auftrag erteilen, bei zu pflegenden Menschen mit z.B. einer Erkrankung des Herz- und Kreislaufsystems, Diabetes mellitus, onkologischen Erkrankung,</p> <ul style="list-style-type: none"> - systematisch Vitalzeichen (z. B. RR, Pulsfrequenz) zu erheben sowie vorliegende Laborwerte zu ermitteln, - Ergebnisse im Hinblick auf Abweichungen von der allgemeinen Norm sowie individuell festgelegten Grenzwerten zu prüfen, - Zur Bewertung der ermittelten Werte und Beobachtungen Informationen u.a. aus der Dokumentation einzuholen, - Beobachtungen z. B. zu Hautfarbe, Hautzustand, Ausscheidung, Orientierung auszuwerten und in Bezug zur Erkrankung und Situation des zu pflegenden Menschen zu setzen, |
|--|------------|---|

| | | |
|--|--------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Das Empfinden und die Einschätzung des Gesundheitszustandes des zu pflegenden Menschen einzuholen, - Veränderungen des Gesundheitszustandes zu erkennen, bei (lebens-)bedrohlichen Veränderungen sofort erforderliche Maßnahmen in Abstimmung mit der zuständigen Pflegefachperson einzuleiten (Arztinformation, ggf. Sauerstoffgabe etc.), - Notwendige Anpassungen der pflegerischen Versorgung zu ermitteln und mit ärztlichen Kolleg/innen sowie weiteren Beteiligten abzustimmen. |
| Biografiearbeit als Teil der pflegerischen Anamnese in den Pflegeprozess integrieren | I.5 | <ul style="list-style-type: none"> - Auszubildenden den Auftrag erteilen, Biografiegespräche und biografie- bzw. lebensweltorientierte Interviews mit zu pflegenden Menschen zu führen sowie die erhobenen Informationen unter Berücksichtigung der Anforderungen des Schutzes von persönlichen Daten mithilfe von theoretischen pflege- und sozialwissenschaftlichen Modellen (z. B. Verlaufskurvenmodell) auszuwerten, - Die Ergebnisse mit den Auszubildenden besprechen und offen Fragen klären. |
| Bewegungs-, Lage- und Haltungsmuster in besonderen gesundheitlichen Problemlagen erheben, mithilfe geeigneter Einschätzungsverfahren einschätzen, anhand des bereits erarbeiteten Wissens erklären und Bewegungsressourcen durch gezielte Pflegeintervention- | I.2 III.3 | <p>Auszubildenden den Arbeitsauftrag erteilen, z.B. bei zu pflegenden Menschen mit angeborenen Fehlstellungen, vor oder nach operativen Eingriffen, bei neurologisch bedingten Einschränkungen oder mit chronischen Erkrankungen des Bewegungsapparates</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Mobilität kriteriengeleitet fachlich bzw. anhand von Assessmentinstrumenten einzuschätzen, - die für die Mobilität relevanten Umgebungsmerkmale einzuschätzen, |

| | | |
|--|-------|---|
| nen in Abstimmung mit dem therapeutischen Team fördern und wenn möglich ausbauen | | <ul style="list-style-type: none"> - Gründe für die Mobilitätseinschränkungen einzuschätzen, - Ressourcen identifizieren, - Bedürfnisse der zu pflegenden Menschen mit Blick auf die Mobilität zu erheben, - mit dem therapeutischen Team, z. B. Physiotherapeut/innen, Ergotherapeut/innen, Ärztinnen und Ärzten, Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Mobilität abzustimmen und zu koordinieren, - und die Wirkung der getroffenen Maßnahmen unter Berücksichtigung der Reaktionen und Rückmeldungen der zu pflegenden Menschen zu evaluieren. |
| Planung, Durchführung und Evaluation von prä- und postoperativer Pflege mit Menschen aller Altersstufen | I.2 | Auszubildenden den Arbeitsauftrag erteilen, Pflegeprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die operiert wurden oder werden sollen (häufig vorkommende chirurgische Eingriffe in Skelett oder im Bauchraum), ggf. orientiert an vorliegenden Behandlungspfaden, zu planen, sich mit der Praxisanleitung abzustimmen und umzusetzen sowie die durchgeführte Pflege zu dokumentieren und zu evaluieren |
| Chronische Wunden einschätzen und Grundprinzipien der Versorgung orientiert an entsprechenden Leitlinien und Standards anwenden | III.2 | Auszubildenden den Auftrag erteilen, gemeinsam mit der Praxisanleitung <ul style="list-style-type: none"> - den zu pflegenden Menschen über die Wundversorgung und ggf. Schmerztherapie zu informieren, ggf. Schmerztherapie, - anhand eines Dokumentationsbogens den Zustand einer Wunde einzuschätzen und zu dokumentieren, - die Wundversorgung lt. Pflegeplanung durchzuführen, ggf. anzupassen, |

| | | |
|---|-------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - die Wundversorgung zu dokumentieren, - ein Gespräch mit dem zu pflegenden Menschen über die subjektive Bedeutung der Wunde zu führen. <p>Anschließende Reflexion des Lernprozesses, z. B. zu</p> <ul style="list-style-type: none"> - erlebten Herausforderungen in der Durchführung, - emotionalen Belastungen (z. B. Ekelgefühl), - Einschätzung der Kompetenzentwicklung, - weiteren Lernbedarfen. |
| Pflegeprozesse mit Menschen mit pflegerischen und medizinischen Diagnosen im Bereich der inneren Erkrankungen planen, durchführen und evaluieren | I.2 | <p>Auszubildenden den Arbeitsauftrag erteilen, Menschen aller Altersstufen bei diagnostischen Maßnahmen zu begleiten und</p> <ul style="list-style-type: none"> - entsprechend der bereits erfolgten pflegerischen und medizinischen Diagnostik (Experten-)Standards auszuwählen, |
| Pflegeprozesse mit Menschen aller Altersstufen mit typischen Pflegediagnosen in Verbindung mit häufig vorkommenden psychischen oder (geronto-)psychiatrischen Erkrankungen sowie kognitiven Einschränkungen in den verschiedenen Arbeitsfeldern der Pflege planen, abstimmen und unter Berücksichtigung der besonderen Erfordernisse in der Interaktion und Beziehungsgestaltung umsetzen. Die durchgeführte Pflege dokumentieren und evaluieren | I.2 II.1 | <ul style="list-style-type: none"> - einen Pflegeplan zu erstellen, umzusetzen und zu evaluieren, - situative Anpassungen und Abweichungen von vorliegenden (Experten-)Standards zu begründen, - therapeutische Maßnahmen umzusetzen und auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen, - pflegerische Interventionen mit Kenntnissen aus den Pflege- und Bezugswissenschaften zu erläutern, - die Potenziale und Grenzen unterschiedlicher Klassifikationssysteme, z.B. NANDA, ICD, NOC, ICF, zu reflektieren, - multifaktorielle Ursachen der Erkrankungen zu erkunden, |

| | | |
|---|-------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - gängige Medikamente im Gespräch mit Praxisanleitenden bzw. Pflegefachpersonen zu erkunden, - Pflegefachpersonen in pflegerischen Situationen zu begleiten und Beziehungsaufbau- und Beziehungsgestaltung bei zu pflegenden Menschen, die ggf. eine andere Form der Realitätswahrnehmung zeigen, zu beobachten. |
| Körperbezogene Interventionen zur Förderung des psychischen und physischen Wohlbefindens und der Entwicklung in der Versorgung von wahrnehmungsbeeinträchtigten Menschen fachlich begründet durchführen | I.3 II.1 | <p>Auszubildenden den Arbeitsauftrag erteilen, auf Grundlage des Konzepts der basalen Stimulation eine anregende oder beruhigende (Teil-)Körperpflege durchzuführen und deren Wirksamkeit anhand von ausgewählten Kriterien zu beobachten</p> <p>Des Weiteren die Auszubildenden auffordern, entwicklungs- und wahrnehmungsfördernde pflegerische Interventionen bzw. Angebote bei Frühgeborenen zu identifizieren und diese mit pflegerischen Konzepten zu begründen</p> |
| Das Bewältigungshandeln von Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen/Familien in Phasen schwerer chronischer Krankheit einschätzen und Strategien unterstützen, die für die Verarbeitung sinnvoll sind (z. B. im Hinblick auf die Sinnsuche) | I.3 | <ul style="list-style-type: none"> - Auszubildenden den Arbeitsauftrag erteilen, mittels des Trajektmodells den Krankheitsverlauf und das damit korrespondierende spezifische (biografiebedingte) Bewältigungshandeln von ausgewählten zu pflegenden Menschen aller Altersstufen mit chronischen Erkrankungen nachzuzeichnen sowie, - Vorschläge zu entwickeln, mit welchen Pflegeinterventionen die zu pflegenden Menschen bei ihrem Bewältigungshandeln unterstützt werden könnten (z. B. mit einem Gespräch, einem gemeinsamen Spaziergang, der Vermittlung von Kontakten zu Verwandten, Freunden und Bekannten, dem Erzählen von biographischen Geschichten oder dem Anschauen von Fotos), |

| | | |
|--|-------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - nach gemeinsamer Rücksprache diese Interventionen durchzuführen, zu dokumentieren und zu evaluieren. |
| Spezifische Bedürfnisse schwerstkranker oder sterbender Menschen in ihren diversen, u. a. religiösen, kulturellen und milieuspezifischen Dimensionen erkennen, respektieren und Wege für deren Unterstützung suchen | I.3 | <p>Gemeinsam mit dem/der Auszubildenden unter Berücksichtigung von Modellen palliativer Versorgung einen sterbenden Menschen pflegen und begleiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Auszubildenden dafür sensibilisieren, belastende Gefühle schwerstkranker oder sterbender Menschen, wie z. B. Angst, Wut, Verzweiflung, Grenzerfahrung, Verleugnung, Machtlosigkeit, Erlösung erhoffen, wahrzunehmen, - gemeinsam Kommunikationsalternativen entwickeln, - gemeinsam mit den Auszubildenden das Schmerzmanagement bei schwerstkranken und sterbenden Menschen aller Altersstufen durchführen, einschließlich Assessment / Diagnostik und Dokumentation, Umsetzung der verordneten medikamentösen und nicht-medikamentösen Schmerztherapie und des Nebenwirkungsmanagements sowie Verlaufsbeobachtung der Wirkungen und Nebenwirkungen der Therapie, - spezifische Wünsche der zu pflegenden Menschen erfassen und pflegerische Unterstützungsangebote machen, |
| Schmerz und Leid von zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen verständnisvoll begegnen | I.3 II.1 | |
| Die Wahrnehmungsfähigkeiten und Ausdrucksmöglichkeiten und damit die Möglichkeit sozialer Teilhabe von zu pflegenden Menschen mit erheblichen sensorischen und kognitiven Einschränkungen durch gezielte Berührungsinterventionen fördern. | II.1 | |
| In Verbindung mit der Pflegeprozessgestaltung für schwerstkranke und sterbende Menschen an der Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen in der palliativmedizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken | III.2 | |

| | | |
|---|------|--|
| | | emotionalen Belastungen, aber auch der positiven Gefühle der Pflegenden) und ggf. Möglichkeiten der emotionalen Entlastung vorschlagen. |
| Zu ausgewählten Konflikt- und Dilemmasituationen, z. B. in der Pflege von schwerstkranken und sterbenden Menschen aller Altersstufen, im kollegialen Austausch Argumente für unterschiedliche Handlungsalternativen mit Blick auf ethische Prinzipien abwägen | II.3 | <p>bei ethischen Konflikten und Dilemmata in der Pflege von schwerstkranken und sterbenden Menschen, z. B. zu den Themen Sterbehilfe, Ablehnung von Nahrung und Flüssigkeit, Überbringen von schlechten Nachrichten, gemeinsam mit den Auszubildenden</p> <ul style="list-style-type: none"> - die in der Situation gegebenen Fakten analysieren (z. B. pflegerische, medizinische, soziale Situation), - Argumente für die unterschiedlichen Handlungsalternativen sammeln und unter der Perspektive ethischer Prinzipien (z. B. Autonomie, Fürsorge, Gerechtigkeit) bewerten, - zu einer begründeten Haltung gelangen. <p>Teilnahme an einer ethischen Fallbesprechung (z. B. Ethikkomitee der Gesundheits- bzw. Pflegeeinrichtung) ermöglichen</p> |
| Für Menschen, die aufgrund einer akuten oder chronischen physischen oder psychischen Erkrankung in ihren Alltagskompetenzen vorübergehend oder dauerhaft eingeschränkt sind, auf der Grundlage einer umfassenden pflegerischen Anamnese und Diagnostik fall-, situations- und institutionsbezogene, biografie- | I.5 | Gemeinsam mit den zu pflegenden Menschen, ihren Bezugspersonen und dem professionellen (Pflege-)Team Aktivitäten zur Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben planen, durchführen, dokumentieren und evaluieren, z. B. für Kinder und Jugendliche während eines längeren Krankenhausaufenthalts, zu pflegende Menschen nach einem neurologischen Akutereignis oder Menschen mit Depression oder Demenz. |

| | | |
|---|------------|--|
| und lebensweltorientierte Angebote einer stützenden Tagesstruktur vorschlagen | | |
| Entwicklungsbedingte Anforderungen von zu pflegenden Menschen und ihrem sozialen Umfeld und die familiäre Lebenssituation im Rahmen der Pflegeanamnese auch unter Nutzung geeigneter Erhebungsinstrumente aufnehmen und in die Pflegeprozessplanung integrieren | I.6 | <p>Auszubildenden den Auftrag erteilen, den Entwicklungsstand eines Kindes/Jugendlichen zu beschreiben und mit Hilfe von Assessments (z.B. Grenzsteine der Entwicklung, Perzentilen, Skalen) einzuschätzen und mit der Einschätzung der Praxisanleitung zu vergleichen.</p> <p>Auszubildenden den Auftrag erteilen, eine Familienanamnese anhand eines familientheoretischen Modells (z.B. M.-L. Friedemann) zu erstellen und gemeinsam Vorschläge zur Stärkung der Familiengesundheit entwickeln.</p> |
| Rehabilitative Aufgaben in Pflegeprozesse integrieren (z. B. bei Menschen mit Bewegungseinschränkungen). | I.6 I.2 | Auszubildenden den Auftrag erteilen, die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungs faktoren eines Menschen zu nutzen und anschließend die Zielsetzungen des Klassifikationssystems zu reflektieren. |
| Fall- und situationsbezogen geeignete technische (auch digital unterstützte) Hilfsmittel zur Kompensation von nicht (mehr) vorhandenen Alltagskompetenzen recherchieren, Anwendungsmöglichkeiten ableiten und an die zu pflegenden Menschen und ihre Bezugspersonen weitergeben. | I.6 | Auszubildenden den Auftrag erteilen, Hilfsmittel zur Unterstützung von Mobilität oder zur Kompensation von Mobilitätseinschränkungen (z. B. Patientenlifter, Treppenlifter), zur Unterstützung bei der Körperpflege (z. B. Anziehstock, Knopfhaken, Sliplift, Zubits), zur Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme (Fixier- und Schneidebrett, gewinkeltes Besteck) zu recherchieren, die vorhandenen Möglichkeiten in der stationären Langzeitpflege oder in der ambulanten Versorgung zu sondieren, zu pflegende Menschen und ihre Bezugspersonen diesbezüglich zu informieren. |

| | | |
|--|-------|---|
| Medizinische Verordnungen in stabilen gesundheitlichen Situationen durchführen | III.2 | Auszubildenden den Auftrag erteilen, <ul style="list-style-type: none"> - z. B. die Überwachung einer Infusionstherapie, die Verabreichung von Sondenkost, die Stomaversorgung, die Versorgung und das Legen eines Blasenverweilkatheters zu übernehmen, - dabei umfassend die Anforderungen der Hygiene zu beachten, - diese ggf. mit Rückgriff auf interne und externe Leitlinien zu begründen, - die eigene Compliance zu reflektieren. |
| Umfassend die Anforderungen der Hygiene beachten, das Hygienehandeln in den jeweiligen Versorgungsbereichen mithilfe der dort vorliegenden Hygienepläne organisieren | III.2 | |
| Die persönliche Compliance in der Umsetzung von Hygienerichtlinien im kollegialen Austausch mit der Praxisanleitung reflektieren | III.2 | |
| Zu pflegende Menschen in komplikationsarmen Situationen unter Einhaltung der erforderlichen Sicherheitsvorkehrungen begleiten. | I.4 | Auszubildenden den Auftrag erteilen, zu pflegende Menschen innerhalb der Einrichtung und/oder außer Haus bei Ortswechseln und Transporten zu unterstützen. |
| Abläufe in Notfallsituationen bewusst wahrnehmen und entsprechend den eigenen Kompetenzen mitwirken. | I.4 | Nach dem Erleben von Notfallsituationen diese gemeinsam mit den Auszubildenden reflektieren <ul style="list-style-type: none"> - bezogen auf die eigene emotionale Verarbeitung, - bezogen auf fachliche Standards, - bezogen auf die Perspektiven der unmittelbar betroffenen zu pflegenden Menschen. |

Aufgaben in Pflegesituationen: Personen- und situationsorientierte Kommunikation und Beratung (inkl. Reflexion)

| | | |
|--|-------------|---|
| <p>In ausgewählten Pflegesituationen bewusst eine personenzentrierte Haltung einnehmen, um so eine unterstützende Beziehung zu einem zu pflegenden Menschen aufzubauen, dabei die Balance zwischen Nähe und Distanz sowie die Kurz- bzw. Langfristigkeit des Beziehungsaufbaus berücksichtigen.</p> | <p>II.1</p> | <p>Auswahl der zu pflegenden Personen sollte durch Praxisanleitung erfolgen. Im Anschluss gemeinsamer Austausch mit Reflexion der Erfahrungen in der Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit Menschen aller Altersstufen. Dabei kann mit dem / der Auszubildenden z. B. das Ausbalancieren von Nähe und Distanz bzw. von Empathie und Selbstschutz thematisiert werden.</p> |
| <p>Erfahrungen in der Beziehungsgestaltung und mit der Anforderung einer beteiligungsorientierten und einer am Entwicklungsstand orientierten Gesprächsführung mit Menschen aller Altersstufen reflektieren</p> | <p>II.1</p> | |
| <p>Mit zu pflegenden Menschen, deren Wahrnehmung und Erleben nicht dem eigenen Verständnis von Realität und „Normalität“ entspricht (z. B. Kinder und Jugendliche mit Angststörungen oder Depressionen oder Menschen mit Demenz bzw. anderen (geronto-)psychiatrischen Diagnosen), bewusst und gezielt Kontakt aufnehmen und die gefundenen Ansätze</p> | <p>II.1</p> | <p>Person-zentrierte Beziehungsgestaltung mit einem Menschen, der von einer Demenz im mittleren Stadium betroffen ist und mit dem die Beziehungsgestaltung als herausfordernd erlebt wird</p> <ul style="list-style-type: none"> - im Vorgespräch mit dem/der Auszubildenden das Konzept der personzentrierten Beziehungsgestaltung aktualisieren, - Durchführung der pflegerischen Versorgung der Person mit personzentrierter Beziehungsgestaltung durch die/den Auszubildende/n, |

| | | |
|--|--|---|
| <p>in der Interaktions- und Beziehungsgestaltung sowie die damit gemachten Erfahrungen im kollegialen Austausch vor dem Hintergrund der jeweiligen Pflegeanamnese und Pflegediagnostik deutet und reflektieren.</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - auf der Basis der Erfahrungen im Nachgang gemeinsam Verstehenshypothesen und sinnvolle mögliche Formen der subjekt-, situations- und kontextangepassten Anschlusskommunikation entwickeln, darunter sowohl verbale Formen der Kommunikation als auch körperlich-affektive Austauschprozesse, - die/den Auszubildenden bitten, die pflegerische Versorgung erneut durchzuführen, - auf der Basis der Erfahrungen im Nachgang gemeinsam mit dem/der Auszubildenden die Veränderungen in der Kommunikation reflektieren, ggf. erneute Ermittlung von Verstehenshypothesen usw. |
| <p>Zu pflegende Menschen und/oder ihre Bezugspersonen zu schwierigeren, mehrere Aspekte umfassenden pflege- oder gesundheitsbezogenen Themen informieren.</p> | <p>II.2 I.2 III.2 IV.2</p> | <p>Auszubildenden den Auftrag erteilen,</p> <ul style="list-style-type: none"> - den kognitiven und emotionalen Entwicklungsstand eines Kindes einzuschätzen (z.B. auch kindliche Ängste) und - ein Informationsgespräch über geplante diagnostische und therapeutische Interventionen durchzuführen (z.B. eine Blutentnahme, eine Inhalation etc.), - dabei ggf. die Eltern einzubinden, - Die Auszubildenden auffordern, dabei altersentsprechende Methoden und Materialien zu nutzen. |
| <p>Formelle Informationsgespräche gezielt - unter Berücksichtigung der kognitiven und psychischen Fähigkeiten zur Informationsverarbeitung sowie den Prinzipien einer beteiligungsorientierten einer Gesprächsführung folgend - planen, durchführen und die Durchführung dokumentieren und evaluieren</p> | <p>II.2</p> | |

| | | |
|---|---------------------|--|
| <p>Bezugspersonen zu Fragen der pflegerischen Versorgung gezielt ansprechen, ggf. anleiten und einbeziehen</p> | <p>I.2 II.2</p> | |
| <p>Informationsstand der zu pflegenden Menschen aller Altersstufen im Hinblick auf gesundheitsbezogene Verhaltensweisen, Gesundheitsüberzeugungen, Selbstwirksamkeitserwartungen, soziale Ressourcen sowie Barrieren, die gesundheitsförderliches Verhalten einschränken, einschätzen und sie dann zu gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen, informieren</p> | <p>I.2</p> | |
| <p>Fallbezogen sinnvolle Angebote der (Mikro-)Schulung zu spezifischen Aktivitäten der Selbstversorgung sowie zu einfachen krankheits- und therapiebedingten Anforderungen auswählen, situativ anpassen, umsetzen und die Umsetzung dokumentieren und evaluieren</p> | <p>II.2</p> | <p>Auszubildenden den Auftrag erteilen, bei einem zu pflegenden Menschen eine Mikroschulung zu planen und durchzuführen. Dabei sollte seitens der Praxisanleitenden ein zu pflegender Mensch ausgewählt werden, der einen Schulungsbedarf im Bereich der schon vorliegenden Mikroschulungen hat (erhältlich über das Netzwerk Familien- und Patientenedukation in der Pflege z. B. zu den Themen subcutane Injektion, Sturzprophylaxe, Gabe von Sondenkost). Die Auszubildenden sollen dann</p> <ul style="list-style-type: none"> - zunächst Lernvoraussetzungen und -motivation der zu informierenden Person erheben, - und die vorliegende Mikroschulung an die spezifischen Bedarfe anpassen, - die Schulung durchführen, |

| | | |
|--|-------------|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - die Schulung evaluieren, - die Schulung dokumentieren. |
| Im Einzelfall zwischen der Anerkennung von Autonomie und den Prinzipien von Fürsorge, Schutz und Sicherheit abwägen | II.3 | Z. B. bei Ablehnung von Nahrung und Flüssigkeit oder bei Hinlaufendenzen gemeinsam mit den Auszubildenden erörtern, welche Gründe in dem jeweiligen Einzelfall für jedes der Prinzipien sprechen und unter Abwägung der Argumente zu einer Entscheidung gelangen. |
| Teambezogene (später auch institutions-/gesellschaftsbezogene) Aufgaben (inkl. Reflexion) | | |
| Besonderheiten in der Institutions-/Organisations- und Sicherheitsstruktur im jeweiligen Einsatzbereich im Vergleich zu anderen Einsatzbereichen erkennen, klären und einordnen (bezogen auf Patientensicherheit, Arbeitsschutz). | I.4 IV.1 | <ul style="list-style-type: none"> - Auszubildenden den Auftrag erteilen, Sicherheitslücken und Gefährdungspotenziale in ihrem Einsatzbereich / in der Einrichtung zu identifizieren und die Ergebnisse der Einschätzung gemeinsam mit der Praxisanleitung bewerten, - Ggf. eine Kurzhospitalisation beim zuständigen Arbeitsschutz- oder Sicherheitsbeauftragten anbieten. |
| (Technische) Lösungsansätze zu potenziellen Gefährdungen der Sicherheit von zu pflegenden Menschen in den öffentlichen Bereichen der Pflegeeinrichtungen bzw. im jeweiligen persönlichen (Wohn-)Umfeld der zu pflegenden Menschen finden. | I.4 | Auszubildenden den Auftrag erteilen, Lösungsansätze für Sicherheitsrisiken im persönlichen Umfeld der zu pflegenden Menschen zu recherchieren, ggf. anzupassen oder zu entwickeln sowie im kollegialen Austausch vorstellen. |
| Den Kontakt zu freiwilligen und ehrenamtlichen Unterstützungssystemen nach Rücksprache mit den zu pflegenden | I.5 | z. B. zu ehrenamtlichen Hospizdiensten, Selbsthilfe-gruppen, Patientenbeauftragten, Angeboten der Nachbarschaftshilfe |

| | | |
|---|----------------|--|
| Menschen und ihren Bezugspersonen herstellen und Möglichkeiten zur Integration in den Pflegeprozess abstimmen | | |
| Strukturierte Übergaben durchführen und dokumentieren. | III.3 | Auszubildenden den Auftrag erteilen, zu den von ihnen versorgten zu pflegenden Menschen die für die Pflege relevanten Informationen an die Kolleg/-innen weiterzugeben. |
| Sich in das jeweilige Team in der Rolle als Auszubildende integrieren , dabei eigene Strategien der kollegialen Beziehungsgestaltung reflektieren und (selbst-)kritisch überprüfen bzw. auch im kollegialen Austausch reflektieren | III.1 | Gemeinsamer Austausch mit den Auszubildenden über die Potenziale von Teams und die Beiträge jedes Teammitglieds und der unterschiedlichen Qualifikationsniveaus zur Versorgungsqualität und Teamentwicklung. |
| An der Einarbeitung von Auszubildenden im ersten Ausbildungsjahr bzw. Praktikant/-innen mitwirken. | III.1 | Auszubildende damit beauftragen, verschiedene kollegiale Zielgruppen unter Anwendung didaktischer Prinzipien zu ausgewählten Aspekten pflegerischen Handelns (z. B. zu einer rückenschonenden Arbeitsweise) anzuleiten und den Erfolg des Anleitungshandelns durch Feedback zu evaluieren. |
| Prozesse der kollegialen Beratung und/oder Supervision im Alltag von Pflegeteams erfahren | III.1 V.2 | Auszubildenden die Teilnahme an kollegialen Beratungen ermöglichen. |
| Strukturen der intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit im jeweiligen Versorgungsbereich erfassen und gezielt, bezogen auf die (mit)verantworteten | III.1 III.3 | - Den Auszubildenden eine Kurzhospitation z. B. bei therapeutischen Berufsgruppen, Beratungsstellen, Hospizdiensten anbieten, |

| | | |
|---|-------------|---|
| Pflegeprozesse, Teilaufgaben in diesem Zusammenwirken übernehmen | | <ul style="list-style-type: none"> - Die Auszubildenden anregen, an Fallbesprechungen im intra- und -interprofessionellen Team oder an Sitzungen von Ethikkomitees teilzunehmen und die eigene Sichtweise fallbezogen in Bezug auf die (mit)verantworteten Pflegeprozesse einzubringen. |
| Am Entlassungs- und Überleitungsmanagement zwischen den unterschiedlichen Versorgungsbereichen fallbezogen mitwirken unter Berücksichtigung des rechtlichen und finanziellen Rahmens | I.1 IV.2 | <ul style="list-style-type: none"> - Gemeinsam mit den Auszubildenden, ggf. auch unter Hinzuziehung der für das Entlassungsmanagement zuständigen Person die Überleitung von der ambulanten, familialen Pflege in eine stationäre Einrichtung, z. B. für demenziell veränderte Menschen, begleitend beobachten und gemeinsam die Situation aus Sicht der pflegenden Angehörigen reflektieren. Den Auszubildenden dabei die sozialrechtlichen Unterschiede bewusst machen, - Gemeinsam mit den Auszubildenden die Überleitung eines zu pflegenden Menschen aus der akutstationären Versorgung in eine Einrichtung der stationären Langzeitpflege planen, nach einem Ereignis, das eine Rückkehr in das eigene Wohnumfeld nicht ermöglicht. |
| das eigene Handeln im Rahmen der Pflegeprozessgestaltung auf Expertenstandards und/oder Leitlinien beziehen | IV.1 V.1 | Gemeinsam mit den Auszubildenden die Vorgehensweise bei der Durchführung von Prophylaxen, z. B. Dekubitus- oder Sturzprophylaxe, anhand von nationalen Expertenstandards und hausinternen Standards überprüfen und begründen, dabei auf Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien eingehen. |
| An Prozessen und Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung teilnehmen | IV.1 | z. B. in Prozessen zur Überarbeitung interner Standards und/oder bei der Implementierung von Expertenstandards, in der Umsetzung von Angeboten zur Partizipation der zu pflegenden Menschen, in der Einführung von Pflegevisiten. |

| | | |
|---|-------------|---|
| <p>Rechtliche Fragen, die sich jeweils situativ im Rahmen der Praxiseinsätze ergeben, formulieren und durch Eigenrecherche und im kollegialen Austausch klären</p> | <p>IV.2</p> | <p>Auszubildenden den Auftrag erteilen, sich mit haftungs-, straf- oder arbeitsrechtlichen Problemstellungen auseinanderzusetzen und situativ entstehende rechtliche Fragen zu bearbeiten.</p> <p>Beispiele:</p> <p>Auszubildenden den Auftrag erteilen, fallbezogen, z. B. bei einem sturzgefährdeten zu pflegenden Menschen die rechtlichen Vorgaben mit möglichen freiheitseinschränkenden Maßnahmen abzuwägen und ggf. notwendige formale Schritte zur Umsetzung ihrer Entscheidung zu benennen.</p> <p>Gemeinsam mit dem Auszubildenden fallbezogen die Grundsätze der DDGSVO in der pflegerischen Praxis (z. B. Sicherung der Daten gegen Weitergabe und/oder Nutzung durch Dritte) umsetzen.</p> |
| <p>Bei pflegerischen Entscheidungen ökologische, ökonomische und Sicherheitsaspekte einbeziehen</p> | <p>IV.2</p> | <p>z. B. in Verbindung mit der Entsorgung von Problemabfällen, in der Sammlung und Aufarbeitung von Wertstoffen, zu Möglichkeiten der Energieeinsparung.</p> |
| <p>Im kollegialen Austausch mit dem Pflegeteam die eigene Sicht auf aktuelle berufspolitische Fragen erweitern</p> | <p>V.2</p> | <p>Auszubildende anregen, mit verschiedenen Kolleg/-innen zum Beispiel über folgende Themen ins Gespräch zu kommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personalbemessung, - die neue Pflegeausbildung (z.B. die generalistische Ausrichtung, Bedeutung vorbehaltener Tätigkeiten), - Berufsverbände, Gewerkschaften und Pflegekammern und ihre Bedeutung für die Berufsgruppe. |

Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung

| | |
|-----------------------------------|--|
| Zeit und Ort | In den ersten zwei Ausbildungsdritteln in Einrichtungen in denen Auszubildende einen Einblick in die pflegerische und/oder gesundheits- und entwicklungsfördernde Versorgung von Kindern und Jugendlichen erhalten |
| Umfang | 60 - 120 Stunden ¹¹ |
| Schwerpunkte des Einsatzes | <p>Ein Fokus des Einsatzes liegt, neben den entwicklungs- und gesundheitsbezogenen Anforderungen, auf der Begegnung mit Kindern/Jugendlichen und ihren Bezugspersonen, in ihrem familiären und sozialen Kontext.</p> <p>Auszubildende erwerben vor allem folgende Kompetenzen,</p> <ul style="list-style-type: none">- Beziehungen und Interaktionen mit Kindern, vom Neugeborenen bis zum jungen Erwachsenen und ihren Bezugspersonen altersgerecht zu gestalten- Einschätzungen der kindlichen Entwicklung, der Eltern-Kind-Interaktion, des Gesundheitszustandes und der Selbstpflege- und Dependenzpflegeerfordernisse im interprofessionellen Team vorzunehmen- die Situation von Kindern und Jugendlichen im familiären System wahrzunehmen. |
| Hinweise | Entsprechend dem Einsatzort, an dem der Pflichteinsatz durchgeführt wird, dem Stand der Kompetenzentwicklung und dem Zeitpunkt des Einsatzes, muss eine sinnvolle Schwerpunktsetzung in der Auswahl geeigneter Aufgabenstellungen getroffen werden. Möglicherweise sind nicht alle Beispiele, die hier vorgeschlagen werden, für jeden Einsatzort passend, ggf. müssen Beispiele auch angepasst werden. Entsprechend der Kompetenzentwicklung ist es besonders in diesem Einsatz sinnvoll, dass die Aufgaben der Auszubildenden gemeinsam mit den Praxisanleitenden durchgeführt werden. Weiter wird für die Vor- und Nachbereitung des Einsatzes eine enge inhaltliche Anbindung an die entsprechende Curriculare Einheit des theoretischen und praktischen Unterrichts empfohlen (CE 10 „Entwicklung und Gesundheit in Kindheit und Jugend in pflegerischen Situationen fördern“). Da jedoch nicht sichergestellt ist, dass die curriculare Einheit vor dem Praxiseinsatz der Auszubildenden stattgefunden hat, sollten die Praxisanleitenden im Vorgespräch stärker die theoretischen Hintergründe zu den Pflegesituationen besprechen. Im Vergleich zur Version der Rahmenausbildungspläne von 2019 wurden Bezüge zu den Kompetenzbereichen III, IV und V ergänzt. |

¹¹ Bis zum 31. Dezember 2024 entfallen auf den Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung mindestens 60 und höchstens 120 Stunden, wobei 120 Stunden für den Lernprozess empfehlenswert sind.

| Zentrale Aufgaben | Kompe- tenzen nach PfIAPrV | Beispiele für konkrete Anleitungssituationen zum Auswählen und Wei- terentwickeln |
|--|---|---|
| Aufgaben zur Erkundung und (Selbst-)Reflexion (auch Aufgaben zur Einarbeitung in den Arbeitsbe- reich) | | |
| Sich im Arbeitsfeld orientieren und Infor- mationen zur Organisationsstruktur sam- meln. | I.1 | Einen Tag zum Ankommen organisieren, die Einrichtung und deren struk- turelle und konzeptionelle Grundlagen und Ziele vorstellen, Vorwissen, per- sonliche Erfahrungen im Umgang mit Kindern und Erwartungen der Auszubildenden mit den Lernmöglichkeiten in der Einrichtung abgleichen. Zielsetzungen und Reflexionszeiten für den Einsatz gemeinsam festlegen. |
| Bekannte und neue Ansätze einer ent- wicklungsfördernden oder familienorien- tierten (Pflege-) Konzeption in der Ein- richtung, in der der Pflichteinsatz durch- geführt wird, identifizieren. | IV.1 | Die Auszubildenden erkunden in der Einrichtung entwicklungsfördernde und familienorientierte Konzepte und vergleichen diese mit den bisherigen Erfahrungen in der pflegerischen Ausbildung, stellen Unterschiede und Gemeinsamkeiten fest. |
| Kindliche Verletzlichkeit und Schutzbe- dürftigkeit wahrnehmen | I.6 IV.2 | Gemeinsam mit den Auszubildenden Konzepte zum Kinderschutz, frühe Hilfen, im Kontext institutioneller und rechtlicher Rahmenbedingungen re- flektieren |
| Maßnahmen, die am Einsatzort zum physischen und psychischen Schutz bzw. zur Wahrung der Sicherheit von Kindern und Jugendlichen entsprechend | I.4 IV.2 | Auszubildenden den Auftrag erteilen, Sicherheitsvorkehrungen in der Ein- richtung zu identifizieren und im Hinblick auf entwicklungsbedingten Risiken im Kindesalter gemeinsam begründen. |

| | | |
|--|----------------------------|---|
| ihrem Entwicklungsstand getroffen werden, ansprechen | | |
| Aufgaben in Pflegesituationen: Pflegediagnostik und Pflegeprozess (inkl. Reflexion) | | |
| Kindliche und mütterliche Anpassungsprozesse nach der Geburt beobachten, einschätzen und dokumentieren | I.2 I.6 II.2 | <p>Lernvoraussetzungen mit Auszubildenden erheben.</p> <p>Eine geeignete Situation einer Wöchnerin auswählen und Auszubildenden den Auftrag erteilen, im Rahmen des Pflegeprozesses</p> <ul style="list-style-type: none"> - ein Gespräch mit einer Wöchnerin über das Erleben der ersten postpartalen Tage zu führen, - physiologische Veränderungen bei Mutter und Kind zu beobachten und gemeinsam vor dem Hintergrund der stattfindenden Anpassungsprozesse begründen, - Fähigkeiten des Neugeborenen zu beobachten (z.B. Sinneswahrnehmung, Selbstregulationsverhalten), - den Informations- und Unterstützungsbedarf der Wöchnerin im Umgang mit dem Neugeborenen erheben, - Teilaufgaben in der Unterstützung der Wöchnerin zu übernehmen, - einfache Pflegehandlungen beim Neugeborenen unter Einbezug entwicklungsfördernder Konzepte (z. B. Infant handling) durchzuführen. |
| Kompetenzen von Neugeborenen/Säuglingen in Konzepte einer entwicklungsfördernden Pflege integrieren | | |
| An der Unterstützung von Eltern in ihrer Interaktionsgestaltung mit einem Säugling oder (kranken) Kind mitwirken | | <p>Gemeinsam mit Auszubildenden das Interaktionsverhalten zwischen El-</p> |

| | | |
|--|-------------------|---|
| | | <p>tern und Kind im Hinblick auf die elterliche Feinfühligkeit und die Feinzeichen des Kindes beobachten und deren Bedeutung für den Bindungsaufbau gemeinsam reflektieren ggf. intuitive Elternkompetenzen erkennen.</p> <p>Gemeinsam Interventionen zur Förderung der Eltern-Kind-Beziehung auswählen und durchführen sowie den Pflegeprozess evaluieren im Hinblick auf die Zielerreichung, die Beziehungsgestaltung im Pflegeprozess und das Austarieren von Nähe und Distanz.</p> |
| Entwicklungsstand, Reifezeichen und Vitalität sowie mögliche Entwicklungsverzögerungen von Kindern aller Altersgruppen mithilfe geeigneter Entwicklungsskalen erkennen | I.2 V.1 | <p>Auszubildenden Beobachtungsaufträge erteilen</p> <ul style="list-style-type: none"> - zu den Reifezeichen eines Neugeborenen und der Entwicklung des Körpergewichts, - zu den Vitalzeichen bei Kindern unterschiedlicher Altersgruppen. <p>Die Beobachtungsergebnisse gemeinsam evaluieren und situative oder gesundheitsbedingte Abweichungen begründen.</p> |
| Die kognitive und soziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsverzögerungen durch gezielte (spielerische) Interaktionsangebote fördern | II.1 III.1 | <p>Geeignete Kinder und Jugendliche unterschiedlicher Altersgruppen auswählen und den Auszubildenden den Auftrag erteilen,</p> <ul style="list-style-type: none"> - deren Fähigkeiten mit Hilfe eines geeigneten Assessments (z.B. Grenzsteine der Entwicklung nach R. Michaelis) zu beobachten oder ein strukturiertes Beobachtungsprotokoll zu führen, - gemeinsam mit den Auszubildenden über die Beobachtungsergebnisse und deren Einflussfaktoren austauschen, - sich im interprofessionellen Team über gezielte Fördermaßnahmen unter Anwendung entwicklungsfördernder Konzepte austauschen und diese durchführen. |

| | | |
|---|---------------------|--|
| | | Gemeinsam mit den Auszubildenden den Förderprozess bzw. dessen Ziele evaluieren. Den Lernprozess und die damit verbundenen Herausforderungen reflektieren, weitere Lernbedarfe ableiten. |
| An präventiven Maßnahmen zum Gesundheitsschutz bei Neugeborenen, Säuglingen, Kindern und Jugendlichen mitwirken und entsprechende Informationen fachgerecht und nachvollziehbar weitergeben | I.2 II.1 II.2 | <p>Auszubildenden den Auftrag erteilen, ein Informationsgespräch mit Kindern und/oder ihren Bezugspersonen vorzubereiten und durchzuführen, z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - zur kapillären Blutentnahme, - zu einem spezifischen Screeningverfahren, - zur gesunden Schlafumgebung von Säuglingen, - zu Maßnahmen des Infektionsschutzes, - zur Zahnhygiene. <p>Gemeinsam im Hinblick auf Fachlichkeit, Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit für den Adressaten, Rahmenbedingungen, Nutzung von Informationsmaterial, evaluieren und reflektieren.</p> |
| In der Begleitung von Kindern und Jugendlichen im Rahmen diagnostischer und therapeutischen Maßnahmen mitwirken und sich mit den Bezugspersonen und anderen beteiligten Berufsgruppen abstimmen | III.2 | <p>Auszubildenden den Auftrag erteilen, bei der Vorbereitung und Durchführung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen von Kindern unterschiedlichen Alters mitzuwirken. Dabei kindliche Ängste/Schmerzen wahrzunehmen und ausgewählte, entwicklungsorientierte Interventionen zur Linderung von Angst und Schmerz zu beobachten, bzw. anzuwenden.</p> <p>Gemeinsam mit den Auszubildenden die Situation im Hinblick auf die altersspezifischen Ängste/Verhaltensweisen des Kindes, die Wirksamkeit der ausgewählten Interventionen, die Rollen der beteiligten Akteure evaluieren und reflektieren.</p> |

| | | |
|--|----------------------|--|
| <p>Bei Kindern oder Jugendlichen allgemeine, entwicklungs- und gesundheitsbedingte Selbstpflegeerfordernisse ermitteln und entsprechende Angebote zur Förderung der Selbstpflegekompetenz bzw. Dependenzpflegekompetenz entwickeln</p> | <p>I.1</p> | <p>z. B. in Bezug auf</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilität, - Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, - Ausscheidung, - Schlaf, - Sprache und Beziehungsgestaltung. |
| <p>Interventionen zur Förderung des psychischen und physischen Wohlbefindens in der Versorgung von wahrnehmungseinträchtigten Kindern und Jugendlichen fachlich begründet durchführen</p> | <p>I.3 II.1</p> | <p>Auszubildenden den Auftrag erteilen, wahrnehmungsfördernde Interventionen z.B. der basalen Stimulation durchzuführen und gemeinsam die Reaktionen des Kindes/Jugendlichen zu deuten.</p> |
| <p>In kritischen Lebenssituationen von Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen sowie ihren Familien an der Planung, Organisation, Umsetzung, Dokumentation und Evaluation des Pflegeprozesses mitwirken</p> | <p>I.3 I.2</p> | <p>z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krisen vor, während oder nach einer Geburt, - bei der Feststellung einer Behinderung oder chronischen Erkrankung, - bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung oder - bei einer prekären sozialen Situation der Familie. |
| <p>Konflikte und Dilemmata im Spannungsfeld der triadischen Gestaltung der Pflegebeziehung in familienorientierten Pflegesituationen erkennen und fallbezogen reflektieren</p> | <p>II.3 II.3</p> | <p>z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - divergierende Vorstellungen über die Notwendigkeit familiärer Unterstützungsangebote, - unzureichende Adhärenz und fehlende Unterstützung durch die Bezugspersonen, z.B. bei Kindern und Jugendlichen, die an Diabetes Typ |

| | | |
|--|-----------------------------|--|
| | | 1 erkrankt sind und immer wieder eine schlechte Stoffwechsellage aufweisen. |
| Den Entwicklungsstand und die familiale und soziale Situation eines Kindes oder Jugendlichen mit angeborener oder erworbener Behinderung erheben und bei der Gestaltung des Förder- bzw. Pflegeprozesses mitwirken | I.6 II.1 V.1 III.3 | Auszubildenden den Auftrag erteilen, <ul style="list-style-type: none"> - den Entwicklungsstand und die damit verbundenen Fähigkeiten und Ressourcen sowie - den Unterstützungsbedarf eines Kindes mit erworbener oder angeborener Behinderung zu erheben, - gemeinsam mit den Auszubildenden im interprofessionellen Team einen Förderplan erstellen, dabei Konzepte der Entwicklungsförderung wie z.B. der basalen Stimulation, der unterstützten Kommunikation und der Kinästhetik integrieren und umsetzen. |
| Die Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeiten und damit auch Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit erheblichen sensorischen und kognitiven Einschränkungen durch gezielte Berührungsinterventionen fördern | | |
| Unterschiedliche kindliche und familiäre Lebenswelten kennenlernen | I.5 | Sich gemeinsam mit den Auszubildenden über kindliche und familiäre Lebenswelten austauschen und vor dem Hintergrund der eigenen familiären Sozialisation reflektieren. Die Bedeutung der Schweigepflicht und das Selbststimmungsrecht der Familie reflektieren. |
| Soziale und familiäre Informationen und Kontextbedingungen von Kindern und Jugendlichen mithilfe geeigneter Instrumente gezielt erheben und eine Famili- | I.5 I.2 | Eine geeignete Familie auswählen und mit den Auszubildenden ggf. gemeinsam |

| | | |
|---|---------------------|---|
| enamnese unter Nutzung von Grundlagen der Familiengesundheitspflege erstellen | V.1 | <ul style="list-style-type: none"> - Gespräche mit den Bezugspersonen eines Kindes/Jugendlichen zur Erstellung einer Familienanamnese führen. Dabei geeignete Assessments und konzeptionelle Grundlagen (z.B. familien- und umweltbezogene Pflege nach Friedemann) nutzen. |
| In der Beobachtung von Familiensituations Hypothesen zu den Ressourcen und Einschränkungen in der familiären Interaktion bilden | | <ul style="list-style-type: none"> - Sich anschließend über Hypothesen und Deutungen austauschen und vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen kritisch reflektieren und einordnen. <p>Die im Gespräch eingenommene Haltung und die Methoden der Gesprächsführung sowie förderliche und hemmende Faktoren reflektieren.</p> |
| <h3 style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px;">Aufgaben in Pflegesituationen: Personen- und situationsorientierte Kommunikation und Beratung (inkl. Reflexion)</h3> | | |
| Gespräche und spielerische Interaktion zwischen Kindern und mit Erwachsenen in verschiedenen Entwicklungsphasen beobachten und selbst Beziehung zu Kindern und Jugendlichen aufnehmen | II.1 II.2 V.1 | <p>Gemeinsam mit Auszubildenden ein Kind auswählen, das über einen bestimmten Zeitraum begleitet werden soll und den Auszubildenden den Auftrag erteilen,</p> <ul style="list-style-type: none"> - sich Informationen über das Kommunikationsverhalten, Ausdrucksformen, Vorlieben des Kindes einzuholen, |
| Das Gespräch mit Eltern und Bezugspersonen eines Kindes oder Jugendlichen zu entwicklungs- oder gesundheitsbezogenen Themen suchen | | <ul style="list-style-type: none"> - ggf. ein Gespräch mit den Bezugspersonen zu führen, - ein Interaktionsangebot durchzuführen (z.B. Spiel, Bewegungsangebot, Gespräch) und - die Reaktionen des Kindes zu beobachten. <p>Anschließend das eigene Erleben, förderlicher und hemmender Faktoren für die Beziehungsgestaltung zu reflektieren.</p> |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| <p>Eltern/Bezugspersonen zu Aspekten der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsschutzes, zu präventiven Maßnahmen, zu Fragen der Pflege oder zu ausgewählten Gesundheitsproblemen von Neugeborenen/Säuglingen/Kindern und Jugendlichen informieren</p> | <p>II.2</p> | <p>z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - zur gesunden Schlafumgebung, - Prävention von Kinderunfällen, - Sturzprophylaxe, - Zahnhygiene, - Aspirationsprophylaxe. <p>Gemeinsam mögliche Diskrepanzen zwischen elterlicher Fürsorge, Selbstbestimmung von Kindern und Jugendlichen und den eigenen Vorstellungen und Positionen reflektieren.</p> |
| <p>An altersgerechten interprofessionellen Schulungs-/Trainingsangeboten für Kinder und Jugendliche und ihren Familien mitwirken</p> | <p>II.2 III.3</p> | <p>z.B. Asthmaschulung, Diabetesschulung, Schulung im Umgang mit Epilepsie oder chronischen Schmerzen, ggf. Hospitalisationen in Schulungsprogrammen ermöglichen.</p> |
| <p>Eigene Rollenunsicherheit gegenüber Kindern, Jugendlichen und Eltern sowie im Spannungsfeld einer triadischen Interaktion wahrnehmen</p> | <p>II.1</p> | <p>Gemeinsam mit den Auszubildenden herausfordernde Gesprächssituationen mit Kindern und Jugendlichen und ihren Bezugspersonen reflektieren (z.B. bei unzureichender Adhärenz) und in den Kontext der eigenen Biografie und Familienerfahrung einordnen.</p> |

Generell

Teambezogene (später auch institutions-/gesellschaftsbezogene) Aufgaben (inkl. Reflexion)

| | | |
|---|---------------------|--|
| Merkmale einer entwicklungsfördernden Umgebung in der Einrichtung identifizieren bzw. gezielt an ihrer Neu- und Umgestaltung mitwirken | I.6 | z. B. in der Gestaltung von Räumen entsprechend der Jahreszeiten oder besonderen Anlässen und Festen |
| Eigene Belastungen in der Interaktion mit Familien und einzelnen Familienmitgliedern in sozialen oder gesundheitsbedingten Lebenskrisen wahrnehmen und reflektieren | I.3 III.1 V.2 | Den Auszubildenden kollegialen Austausch, Teilnahme an kollegialer Beratung oder Supervision ermöglichen. |
| Ethische Konflikte erkennen und im Team ansprechen bzw. reflektieren | II.3 III.3 | z. B. die Teilnahme an einer ethischen Fallbesprechung im interprofessionellen Team ermöglichen und anschließend in Bezug auf die teilnehmenden Akteure, auf das Erleben der Interaktion, auf die Bedeutung der pflegerischen Sichtweise reflektieren. |

Genehmigt

Pflichteinsatz in der Psychiatrischen Versorgung in der Ausbildung zur Pflegefachfrau / zum Pflegefachmann / zur Pflegefachperson

| | |
|-----------------------------------|---|
| Zeit und Ort | Im letzten Ausbildungsdrittel z. B. in psychiatrische Kliniken, psychiatrische häusliche Krankenpflege, psychiatrische Kontakt- und Beratungsstellen, stationäre Einrichtungen (z. B. für suchtkranke Menschen), Gerontopsychiatrischen Einrichtungen, Kinder- und Jugendpsychiatrien |
| Umfang | 120 Stunden |
| Schwerpunkte des Einsatzes | <p>Ein Fokus des Einsatzes sollte auf der Beziehungsgestaltung mit Menschen, deren Wahrnehmung und Erleben nicht immer dem gewohnten Verständnis von Realität entspricht, liegen.</p> <p>Die Auszubildenden sollen vor allem folgende Kompetenzen erwerben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - beobachten und reflektieren ihre Emotionen und ihr Verhalten in der Begegnung mit Menschen, deren Wahrnehmung und Erleben z. B. aufgrund einer akuten schweren psychischen Erkrankung, nicht dem gewohnten Verständnis von Realität entspricht, - Gestalten personenzentrierte Beziehungen mit Menschen mit psychischen und kognitiven Einschränkungen (z. B. infolge von medizinischen Diagnosen, wie Depressionen, Angststörungen oder Demenzen) und balancieren Nähe und Distanz sowie Autonomie und Abhängigkeit in der Beziehungsgestaltung aus, - erfassen die spezifischen Pflegebedarfe und Interventionen der psychiatrischen Pflege und die Besonderheiten in den institutionellen Settings sowie in der Zusammenarbeit im therapeutischen Team und z. B. mit Psychiatriefahrenen Menschen (z. B. in Trialogforen). |
| Hinweise | In den Pflichteinsätzen in den ersten beiden Ausbildungsdritteln haben die Auszubildenden vermutlich bereits Erfahrungen im Umgang mit emotionalen, psychischen und kognitiven Veränderungen gemacht. Möglicherweise haben die Auszubildenden auch bereits die curriculare Einheit 11 („Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und kognitiven Beeinträchtigungen personenzentriert und lebensweltbezogen unterstützen“) absolviert. |

| Zentrale Aufgaben | Kompetenzen nach PflAPrV | Beispiele für konkrete Anleitungssituationen zum Auswählen und Weiterentwickeln |
|--|--------------------------|---|
| Aufgaben zur Erkundung und (Selbst-)Reflexion (auch Aufgaben zur Einarbeitung in den Arbeitsbereich) | | |
| Das Arbeitsfeld der psychiatrischen Pflege mit seinen Aufgabenstellungen und dem sich dort abzeichnenden Pflegeverständnis sowie berufliche Entwicklungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten hinsichtlich der dort gegebenen Möglichkeiten für den eigenen Professionalisierungsprozess überprüfen und ggf. im kollegialen Austausch diskutieren | V.2 | <p>Einen Tag zum Ankommen der Auszubildenden gestalten und das Team vorstellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erfahrungen, Erwartungen und ggf. vorhandene Ängste oder Vorbehalte der Auszubildenden erfragen, Sichtung des Ausbildungsnachweises (ggf. entlang der Dokumente erzählen lassen), - Erwartungen an die Auszubildenden klären und Ausbildungsplan vorstellen (Was kann hier gelernt werden?), - Zielsetzungen und Reflexionszeiten für den Einsatz gemeinsam festlegen (dabei besonders die Ziele für die Abschlussprüfung im Blick behalten). |
| Die für die Versorgung psychisch kranker Menschen hinterlegten Pflege- und Therapiekonzepte erkunden | I.1 | <p>Für den Einstieg erhalten die Auszubildenden die Aufgabe,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflege- und Therapiekonzepte in ihrer spezifischen Ausrichtung und theoretischen Grundlegung zu ermitteln und diese anhand von ausgewählten Beispielen in der Gestaltung von individuellen Pflegeprozessen nachzuvollziehen, - mit Pflegefachpersonen darüber ins Gespräch zu kommen, warum sie sich für die Psychiatrie entschieden haben. |

Aufgaben in Pflegesituationen: Pflegediagnostik und Pflegeprozess (inkl. Reflexion)

| | | |
|---|-----------------------------|--|
| <p>Pflegephänomene zu herausfordernden Lebenssituationen, die sich z. B. durch eine schwere psychische Erkrankung mit chronischem Verlauf für den zu pflegenden Menschen und sein familiäres und soziales Umfeld ergeben, erheben</p> | <p>I.2 I.3 II.1</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Auszubildenden die Möglichkeit geben bzw. beauftragen, in ausgewählten Fällen - biografische Informationen des zu pflegenden Menschen aus der Dokumentation zu entnehmen und/oder in selbstgeführten Biografiegesprächen zu sammeln/ergänzen, - Merkmale des subjektiven Erlebens (z. B. Denkprozesse, Gefühle, Belastungen, Überzeugungen, Reaktionen) von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu beobachten, |
| <p>Durch Mitwirkung an verschiedenen Pflegeprozessen unterschiedliche psychische Erkrankungen und die damit verbundenen Phänomene kennenlernen</p> | <p>I.2</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Im kollegialen Austausch Deutungsmöglichkeiten zur biografischen Bedeutung einzelner Phänomene der psychischen Erkrankung und/oder kognitiven Beeinträchtigung zu entwickeln bzw. mit den zu pflegenden Menschen zu überprüfen, |
| <p>Die Form der Pflegeprozessplanung und –dokumentation in der psychiatrischen Pflege nachvollziehen und in ausgewählten Pflegesituationen gemeinsam mit der Pflegefachperson an der Planung, Durchführung, Dokumentation und Evaluation des Pflegeprozesses mitwirken und dabei die Grundprinzipien psychiatrischer Pflege (z. B. Partizipation, Förderung von Recovery) umsetzen</p> | <p>I.1 I.2 I.5</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Sich über die in der psychiatrischen Pflege etablierten Assessment- und Diagnoseinstrumente zu informieren, - An der Erhebung und Dokumentation pflegebezogener Daten von Menschen mit schweren akuten oder chronischen psychischen Erkrankungen (z.B. Neuaufnahmen) mitzuwirken, - fallspezifisch Assessment- und Diagnoseinstrumente auszuwählen, die Auswahl zu begründen und anzuwenden, - Ergebnisse / Erkenntnisse unter Nutzung pflegediagnostischer Begrifflichkeiten zu benennen sowie Vorschläge zur Pflegeprozessplanung im Austausch mit der Pflegefachperson zu beraten und dazu mit dem zu pflegenden Menschen selbst in Austausch gehen, |

| | | |
|---|--------------------|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Symptome zu beschreiben und ggf. damit verbundene Zuschreibungen aufzudecken, - die Planung des Pflegeprozesses ggf. im Austausch mit dem zu pflegenden Menschen zu überarbeiten, sie / ihn in der Umsetzung zu begleiten und die Wirkung der Interventionen zu evaluieren, - den Austausch mit den zu pflegenden Menschen zu den Vorschlägen für die Prozessplanung zu reflektieren. <p>Auszubildende anregen,</p> <ul style="list-style-type: none"> - An (pflege-)therapeutischen Gesprächen teilzunehmen und sie zu beobachten, - In (pflege-)therapeutischen Gesprächen ggf. Teilaufgaben zu übernehmen, <p>und die sich ergebenden Situationen gemeinsam mit den Auszubildenden reflektieren.</p> |
| Im Kontakt zu Angehörigen und Bezugspersonen unterschiedliche Sichtweisen auf eine durch die psychische Erkrankung entstandene Situation wahrnehmen und nachvollziehen | I.3 I.5 II.2 | <ul style="list-style-type: none"> - Auszubildende anregen, die erlebten, ggf. unterschiedlichen Wahrnehmungen und Situationsbeschreibungen der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen wahrzunehmen, - sie dabei unterstützen, eine professionelle, vertrauensvolle und empathische Beziehung zu den zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen aufzubauen. <p>Anschließend mit den Auszubildenden austauschen und darüber die professionelle Beziehungsgestaltung mit zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen reflektieren, z. B. im Hinblick auf Empathie, unterschiedliche</p> |

| | | |
|--|--------------|---|
| | | Wahrnehmungen und Deutungen, professionelle Nähe, unterstützende Umgebung und Grenzen. |
| Die Grundlagen des Medikamentenmanagements erfassen und relevante Aspekte der Pharmakokinetik beachten | III.2 I.2 | Auszubildenden die Möglichkeit geben, eingebunden in die Mitwirkung an der Pflegeprozessplanung systematisch die Wirkungen einer ärztlich angeordneten psychiatrischen Pharmakotherapie zu beobachten, die Beobachtungen zu dokumentieren und weiterzuleiten. |
| Wege der Kontaktaufnahme und zur Einleitung von Gesprächen mit zu pflegenden Menschen erproben, ohne dass der Anlass zu einer konkreten pflegerischen Handlung besteht. In diesem Zusammenhang mit den Teammitgliedern innere und äußere Widerstände gegenüber einer Anerkennung von Gesprächen als „Arbeit“ reflektieren | II.1 | <p>Auszubildenden den Auftrag erteilen oder die Gelegenheit geben,</p> <ul style="list-style-type: none"> - zu beobachten, wie der Aufbau und die Gestaltung einer vertrauensvollen, tragfähigen und belastbaren professionellen Beziehung zwischen beruflich Pflegenden und einem zu pflegenden Menschen mit psychischer Erkrankung bzw. kognitiver Beeinträchtigung (Distanz – Nähe, Autonomie – Abhängigkeit, Empathie, (Eigen-)Schutz, Rolle) gelingen kann, - mit ausgewählten zu pflegenden Menschen gezielt Gespräche zu unterschiedlichen Inhalten (z. B. motivierende, informierende, entlastende und orientierungsgebende Gespräche) zu führen und die Wirkung zu reflektieren, |
| Kommunikation und Interaktion mit Menschen mit psychischen Erkrankungen und/oder kognitiven Einschränkungen personen- und situationsgerecht gestalten, in kritischen Situationen professionell handeln | II.1 | <ul style="list-style-type: none"> - zu pflegende Menschen (einzelne oder in der Gruppe) z. B. bzgl. des Medikamentenmanagements, der Lebensgestaltung, der Förderung sozialer Teilhabe, des Bewältigungshandelns, zu informieren, - an Kommunikationssituationen in Trialog-Foren mitzuwirken. |
| Eingebunden in die Mitwirkung an der Pflegeprozessplanung mit zu pflegenden | I.2 II.1 | Die Beobachtungen / Erfahrungen gemeinsam mit den Auszubildenden reflektieren. |

| | | |
|---|---------------------|---|
| Menschen entlastende und orientierungsgebende Gespräche führen | | |
| Zu pflegende Menschen zu gezielten Aspekten ihrer Gesundheitsversorgung oder Selbstpflege informieren , Ggf. Teilaufgaben im Rahmen eines entsprechenden Schulungsprogramms übernehmen | II.2 | |
| Therapeutische Wirkmomente in Gruppenangeboten beobachten, an der Gestaltung eines formellen/informellen Angebots für eine kleine Gruppe mitwirken | II.2 | <p>Auszubildenden die Möglichkeit geben,</p> <ul style="list-style-type: none"> - an z. B. psychoedukativen Gruppenangeboten, wie Entspannungstechniken und soziales Kompetenztraining teilzunehmen, - Sich über die Beobachtungen und eigenen Erfahrungen auszutauschen. |
| Fallbezogen die Möglichkeiten, Grenzen und Unterstützungsbedarfe zur Wahrung der Selbstbestimmungsrechte von verschiedenen zu pflegenden Menschen, die psychisch krank und/oder kognitiv eingeschränkt sind, begründet einschätzen und abwägen. Auf dieser Grundlage Ziele und Interventionen vorschlagen, die ihnen möglichst weitgehende Optionen der eigenständigen Lebensführung und gesellschaftlichen Teilhabe ermöglichen. Hierfür Alltagskompetenzen gezielt fördern, aber | I.6 II.2 II.3 | <p>Auszubildenden die Möglichkeit geben,</p> <ul style="list-style-type: none"> - an Fallbesprechungen teilzunehmen und eigene Vorschläge zur Förderung von Genesung, Autonomie, Empowerment, Nichtdiskriminierung/Nichtstigmatisierung, Teilhabe und Inklusion psychisch kranker und/oder kognitiv eingeschränkter Menschen einzubringen, - die Wirkung von Angeboten zur Milieugestaltung und Tagesstrukturierung auf den zu pflegenden Menschen zu beobachten und einzuschätzen, |

| | | |
|--|---------------------|--|
| <p>also Prinzipien der Beteiligungsorientierung, des Empowerments und der Resourcenorientierung (bzw. Recovery) zur Anwendung bringen und soziale und familiale Unterstützungssysteme einbeziehen</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - durch Perspektivenübernahme, Wege zu suchen, eine fremd anmutende Gedankenwelt zu verstehen, und mithilfe geeigneter Konzepte und Prinzipien (z. B. Biografie- und Lebensweltbezug, Personenzentrierung) Ansatzpunkte für die Beziehungsgestaltung zu entwickeln, - sich dabei die Ungewissheit in der Deutung von Verhalten und das Erfordernis einer wiederkehrenden Überprüfung von Deutungen bewusst zu machen. |
| <p>Ethische Dilemmasituationen, die sich im Rahmen der Pflegeprozessgestaltung ergeben, benennen und im kollegialen Austausch diskutieren</p> | II.3 | <p>Auszubildende bitten, sich an Situationen zu erinnern, in denen sie in der psychiatrischen Versorgung die Durchführung von Zwangsmaßnahmen erlebt haben und zu reflektieren</p> <ul style="list-style-type: none"> - welche Auslöser und Begründungen es dafür gab, |
| <p>Unter Abwägung konkurrierender ethischer Prinzipien an der Unterstützung von zu pflegenden psychisch kranken oder kognitiv beeinträchtigten Menschen in der Wahrung ihrer Selbstbestimmungsrechte mitwirken</p> | II.3 I.6 IV.1 | <ul style="list-style-type: none"> - wie sich die Ausübung von Zwang auf die Beziehungsgestaltung ausgewirkt hat, - welche ethischen Dilemmata sich darauf ergeben, z. B. in Verbindung mit dem therapeutischen Auftrag einerseits und dem Selbstschutz der zu pflegenden Menschen bzw. dem Schutz anderer Menschen (auch der beruflich Pflegenden selbst) oder der öffentlichen Sicherheit andererseits (doppeltes Mandat), - wie ihre persönliche Haltung dazu ist, - welche Hinweise aus Leitlinien und Standards (z. B. Expertenstandard „) sich zur Vermeidung von Zwang entnehmen lassen, - welche Möglichkeiten es gibt, diesen Zwangsmaßnahmen vorzubeugen unter Berücksichtigung von Leitlinien und Expertenstandards, z. B. „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“, |

| | | |
|---|-------|---|
| | | und im Anschluss gemeinsam mit den Auszubildenden darüber austauschen, ggf. offene Fragen festhalten. |
| Teambezogene, institutions- und gesellschaftsbezogene Aufgaben (inkl. Reflexion) | | |
| Die Rolle der Pflegenden sowie pflegerische Interventionen in akuten psychischen (z. B. suizidalen) Krisen und Notfallsituationen kennen und ggf. an Kriseninterventionen bzw. in Arbeitsprozessen von Kriseninterventionsteams mitwirken | I.4 | <p>Auszubildenden den Auftrag erteilen,</p> <ul style="list-style-type: none"> - zu reflektieren/rekonstruieren, welche angewandten Kriterien helfen, eine psychische Krise als solche zu erkennen. exemplarisch die in einer Situation bestehenden Bedarfe, Möglichkeiten und Grenzen für eine psychiatrische Krisenhilfe in der Institution und im sozialen Umfeld zu erfassen, z. B. in Verbindung mit Interventionen zur Deeskalation und Vermeidung von Gewalt, <p>und die Ergebnisse gemeinsam mit dem / der Auszubildenden reflektieren.</p> <p>Auszubildenden den Auftrag erteilen,</p> <p>sich über Deeskalationsstrategien, Sicherheitsmaßnahmen, Überwachungssysteme, Notfallpläne zu informieren und deren Bedeutung für den zu pflegenden Menschen sowie das professionelle und persönliche Bezugsfeld zu reflektieren.</p> |
| Anhand von ausgewählten Situationen die im psychiatrischen Versorgungsbereich tätigen Berufsgruppen und die Formen der Zusammenarbeit - auch im Vergleich mit somatischen Arbeitsbereichen - kennenlernen | III.3 | Auszubildende motivieren, an interdisziplinären Fallbesprechungen und Arbeitsgesprächen teilzunehmen und die Unterschiede zur Zusammenarbeit im somatischen Bereich zu reflektieren. |

| | | |
|---|-----------------------|---|
| <p>Einen Einblick in die medizinische Diagnostik und Therapie im psychiatrischen Versorgungsbereich gewinnen und die Aufgaben der Pflegenden in dieser Zusammenarbeit im kollegialen Austausch reflektieren</p> | <p>III.2</p> | |
| <p>An Fallbesprechungen im interdisziplinären Team teilnehmen und ggf. die pflegerische Sicht in Bezug auf die (mit)verantworteten Versorgungsprozesse einbringen</p> | <p>III.3</p> | |
| <p>Aspekte von integrierten Versorgungskonzepten und des Case Managements sowie der Gestaltung einer struktur- und sektorenübergreifenden Kontinuität (auch im Rahmen von Quartiersmanagement), z. B. in Verbindung mit ambulanten, aufsuchenden Versorgungsmodellen für psychisch kranke Menschen, kennenlernen</p> | <p>III.3 IV.2</p> | <p>Auszubildenden die Möglichkeit geben,</p> <ul style="list-style-type: none"> - an der Entlassplanung, Auswahl und Überleitung in ein geeignetes Versorgungsmodell bei einem ausgewählten zu pflegenden Menschen mitzuwirken, - die Entscheidungsfindung unter Beachtung der Beteiligungsorientierung, des Einbezugs der Bezugspersonen sowie rechtlicher und struktureller Rahmenbedingungen) nachzuvollziehen, - Möglichkeiten und Grenzen bestehender und möglicher Versorgungsangebote fallbezogen im kollegialen Austausch zu reflektieren. |
| <p>geeignete Versorgungsmodelle und die damit im Zusammenhang stehenden rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen kennenlernen und die Wichtigkeit einer beteiligungsorientierten dia-</p> | <p>IV.2</p> | |

| | | |
|---|------------------------------|--|
| bzw. trialogischen Entscheidungsfindung erfahren | | |
| Sich in Verbindung mit auftretenden Konfliktsituationen oder Situationen sekundärer Traumatisierung eigene Deutungs- und Handlungsmuster in der pflegerischen Interaktion bewusst machen, z. B. im Rahmen von kollegialer Beratung und Supervision | II.1 V.2 | <p>Auszubildende anleiten,</p> <ul style="list-style-type: none"> - sich eigene Deutungs- und Handlungsmuster in Verbindung mit Konfliktsituationen oder erfahrener sekundärer Traumatisierung, z. B. im Rahmen von kollegialer Beratung und Supervision bewusst zu machen, - sich über Unterstützungsangebote in der Institution zu informieren, - und ggf. mögliche Strategien zu mehr Selbstachtsamkeit und Selbstfürsorge zu entwickeln (u.a. durch Nutzung von Angeboten der kollegialen Beratung oder Supervision). |
| Strategien zur Kompensation und Bewältigung von psychischen Belastungen und Stressoren in komplexen pflegerischen Arbeitsfeldern bewusst wahrnehmen (z. B. im Rahmen von kollegialer Beratung und/oder Supervision) | V.2 II.1 III.1 | |

Genehmigt

Pflichteinsatz in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in der Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

| | |
|-----------------------------------|--|
| Zeit und Ort | Im letzten Ausbildungsdrittel z. B. in kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken, kinder- und jugendpsychiatrischer häuslicher Krankenpflege, kinder- und jugendpsychiatrischen Kontakt- und Beratungsstellen, stationären Einrichtungen (z. B. für Kinder und Jugendliche mit Essstörungen), Kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen, |
| Umfang | 120 Stunden |
| Schwerpunkte des Einsatzes | <p>Ein Fokus des Einsatzes sollte auf der Beziehungsgestaltung mit Kindern und Jugendlichen, deren Wahrnehmung und Erleben nicht immer dem gewohnten Verständnis von Realität entspricht, liegen.</p> <p>Die Auszubildenden sollen vor allem folgende Kompetenzen erwerben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - beobachten und reflektieren ihre Emotionen und ihr Verhalten in der Begegnung mit Kindern /Jugendlichen, deren Wahrnehmung und Erleben z. B. aufgrund einer akuten schweren psychischen oder psychosomatischen Erkrankung nicht dem gewohnten Verständnis von Realität entspricht, - Gestalten personenzentrierte Beziehungen mit Kindern und Jugendlichen mit psychischen Einschränkungen (z.B. Selbstverletzungsgefahr, Suizidgefahr, selbst- oder fremdgefährdender Gewalttätigkeit, ineffektiver Impulskontrolle, Körperförmigkeit) und kognitiven Beeinträchtigungen und balancieren Nähe und Distanz sowie Autonomie und Abhängigkeit in der Beziehungsgestaltung aus, - erfassen die spezifischen Pflegebedarfe und Interventionen der kinder- und jugendpsychiatrischen Pflege und die Besonderheiten in den institutionellen Settings sowie in der Zusammenarbeit im therapeutischen Team und mit z. B. Psychiatrierfahrenen Menschen z. B. in Trialogforen). |
| Hinweise | Im Erstgespräch mit dem/der Auszubildenden können die Vorerfahrungen der Auszubildenden in Bezug auf die kinder- und jugendpsychiatrische Pflege in Erfahrung gebracht werden. In den Pflichteinsätzen in den ersten beiden Ausbildungsdritteln haben die Auszubildenden vermutlich bereits Erfahrungen im Umgang mit emotionalen und Veränderungen bei Kindern und Jugendlichen gemacht. Möglicherweise haben die Auszubildenden auch bereits |

| | | |
|--|--|---|
| | die curriculare Einheit 11 („Kinder /Jugendliche mit psychischen Gesundheitsproblemen und kognitiven Beeinträchtigungen personenzentriert und lebensweltbezogen unterstützen“) absolviert. | |
| Zentrale Aufgabenstellungen | Kompetenzen nach PflAPrV | Beispiele für konkrete Anleitungssituationen zum Auswählen und Weiterentwickeln |
| Aufgaben zur Erkundung und (Selbst-)Reflexion (auch Aufgaben zur Einarbeitung in den Arbeitsbereich) | | |
| Das Arbeitsfeld der kinder- und jugendpsychiatrischen Pflege mit seinen Aufgabenstellungen und dem sich dort abzeichnenden Pflegeverständnis sowie berufliche Entwicklungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten hinsichtlich der dort gegebenen Möglichkeiten für den eigenen Professionalisierungsprozess überprüfen und ggf. im kollegialen Austausch diskutieren | V.2 | <p>Einen Tag zum Ankommen der Auszubildenden gestalten und das Team vorstellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erfahrungen, Erwartungen und ggf. vorhandene Ängste oder Vorbehalte der Auszubildenden erfragen, Sichtung des Ausbildungsnachweises (ggf. entlang der Dokumente erzählen lassen), - Ggf. vorhandene Ängste oder Bedenken aufnehmen, - Erwartungen an die Auszubildenden klären und Ausbildungsplan vorstellen (Was kann hier gelernt werden?), - Zielsetzungen und Reflexionszeiten für den Einsatz gemeinsam festlegen (dabei besonders die Ziele für die Abschlussprüfung im Blick behalten). <p>Für den Einstieg erhalten die Auszubildenden die Aufgabe,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflege- und Therapiekonzepte in ihrer spezifischen Ausrichtung und theoretischen Grundlegung zu ermitteln und diese anhand von ausgewählten Beispielen in der Gestaltung von individuellen Pflegeprozessen nachzuvollziehen, |
| Die für die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher hinterlegten Pflege- und Therapiekonzepte erkunden | I.1 | |

| | | |
|---|----------------------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - mit Pflegefachpersonen darüber ins Gespräch zu kommen, warum sie sich für die Kinder- und Jugendpsychiatrie entschieden haben. |
| Aufgaben in Pflegesituationen (inkl. Reflexion) | | |
| Pflegephänomene zu herausfordernden Lebenssituationen , die sich z. B. durch eine schwere akute psychische Erkrankung oder mit chronischem Verlauf für ein Kind /einen Jugendlichen und sein familiäres und soziales Umfeld ergeben, erheben | I.2 I.3 II.1 | <p>Auszubildenden die Möglichkeit geben bzw. beauftragen, in ausgewählten Fällen,</p> <ul style="list-style-type: none"> - pflegerisch relevante Informationen des zu pflegenden Kindes /Jugendlichen aus der Dokumentation zu entnehmen und/oder in selbstgeführten Gesprächen-mit den Betroffenen sowie/bzw. ihren Bezugspersonen zu sammeln/ergänzen, - Merkmale des subjektiven Erlebens (z. B. Denkprozesse, Gefühle, Belastungen, Überzeugungen, Reaktionen) von Kindern /Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen zu beobachten, - familiäre Interaktionssituationen anhand von (system-)theoretischen Modellen zu analysieren, - Schlussfolgerungen für pflegerische Interventionen ziehen, |
| Durch Mitwirkung an verschiedenen Pflegeprozessen unterschiedliche psychische Erkrankungen und die damit verbundenen Phänomene bei Kindern /Jugendlichen kennenlernen | I.2 | |
| Die Form der Pflegeprozessplanung und –dokumentation in der kinder- und jugendpsychiatrischen Pflege nachvollziehen und in ausgewählten Pflegesituationen gemeinsam mit der Pflegefachperson an der Planung, Durchführung, Dokumentation und Evaluation des Pflegeprozesses mitwirken und dabei die Grundprinzipien kinder- und jugendpsychiatrischer Pflege (z. B. Partizipation, | I.1 I.2 I.5 | <ul style="list-style-type: none"> - im kollegialen Austausch Deutungsmöglichkeiten für einzelne Phänomene der kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankung zu entwickeln bzw. mit den zu pflegenden Kindern /Jugendlichen und ihren Bezugspersonen zu überprüfen, - sich über die in der kinder- und jugendpsychiatrischen Pflege etablierten Assessment- und Diagnoseinstrumente zu informieren, - an der Erhebung und Dokumentation pflegebezogener Daten von Kindern und Jugendlichen mit schweren akuten oder chronischen psychischen Erkrankungen (z.B. Neuaufnahmen) mitzuwirken, |

| | | |
|---|--------------------|--|
| <p>Rückbindung oder Wiederannäherung an das Familiensystem ausloten, Förderung von Recovery) umsetzen</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - fallspezifisch Assessment- und Diagnoseinstrumente auszuwählen, die Auswahl zu begründen und anzuwenden, - Ergebnisse / Erkenntnisse unter Nutzung pflegediatostischer Begrifflichkeiten zu benennen sowie Vorschläge zur Pflegeprozessplanung im Austausch mit der zuständigen Pflegefachperson zu beraten und dazu mit dem zu pflegenden Kind /Jugendlichen und/oder Bezugspersonen in Austausch gehen, - Symptome zu beschreiben und ggf. damit verbundene Zuschreibungen aufzudecken, - die Planung des Pflegeprozesses ggf. im Austausch mit dem zu pflegenden Kind /Jugendlichen zu überarbeiten, sie / ihn in der Umsetzung zu begleiten und die Wirkung der Interventionen zu evaluieren, - den Austausch mit den zu pflegenden Kindern /Jugendlichen zu den Vorschlägen für die Prozessplanung zu reflektieren. <p>Auszubildende anregen,</p> <ul style="list-style-type: none"> - an (pflege-)therapeutischen Gesprächen teilzunehmen und sie zu beobachten, - in (pflege-)therapeutischen Gesprächen ggf. Teilaufgaben zu übernehmen, <p>die sich ergebenden Situationen gemeinsam mit den Auszubildenden reflektieren.</p> |
| <p>Im Kontakt mit den Bezugspersonen unterschiedliche Sichtweisen auf eine durch die psychische Erkrankung entstandene</p> | <p>I.3 I.5</p> | <p>Auszubildende anregen,</p> |

| | | |
|---|--------------|---|
| Situation wahrnehmen und nachvollziehen | II.2 | <ul style="list-style-type: none"> - die erlebten, ggf. unterschiedlichen Wahrnehmungen und Situationsbeschreibungen dem zu pflegenden Kind /Jugendlichen und ihrer Bezugspersonen zu registrieren - und die Auszubildenden dabei unterstützen, eine professionelle, vertrauensvolle und empathische Beziehung zu den zu pflegenden Kindern /Jugendlichen und ihren Bezugs Personen aufzubauen. <p>Anschließend mit den Auszubildenden austauschen und darüber die professionelle Beziehungsgestaltung mit zu pflegenden Kindern /Jugendlichen und ihren Bezugs Personen reflektieren, z. B. im Hinblick auf Empathie, unterschiedliche Wahrnehmungen und Deutungen, professionelle Nähe, unterstützende Umgebung und Grenzen</p> |
| Die Grundlagen des Medikamentenmanagements erfassen und relevante Aspekte der Pharmakokinetik beachten | III.2 I.2 | Auszubildenden die Möglichkeit geben, eingebunden in die Mitwirkung an der Pflegeprozessgestaltung systematisch die Wirkungen einer ärztlich angeordneten psychiatrischen Pharmakotherapie zu beobachten, die Beobachtungen zu dokumentieren und weiterzuleiten und altersbedingte Aspekte der Pharmakokinetik zu beachten. |
| Wege der Kontaktaufnahme und zur Einleitung von Gesprächen mit zu pflegenden Kindern /Jugendlichen erproben, ohne dass der Anlass zu einer konkreten pflegerischen Handlung besteht. In diesem Zusammenhang mit den Teammitgliedern innere und äußere Widerstände gegenüber einer Anerkennung von Gesprächen als „Arbeit“ reflektieren | II.1 | <p>Auszubildenden den Auftrag erteilen oder die Gelegenheit geben,</p> <ul style="list-style-type: none"> - zu beobachten, wie der Aufbau und die Gestaltung einer vertrauensvollen, tragfähigen und belastbaren professionellen Beziehung zwischen beruflich Pflegenden und einem zu pflegenden Kind /Jugendlichen mit psychischer Erkrankung (Distanz – Nähe, Autonomie – Abhängigkeit, Empathie, (Eigen-)Schutz, Rolle) gelingen kann, |

| | | |
|---|---------------------|--|
| <p>Kommunikation und Interaktion mit Kindern /Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen personen- und situationsgerecht gestalten, in kritischen Situationen professionell handeln</p> | <p>II.1</p> | <ul style="list-style-type: none"> - mit ausgewählten zu pflegenden Kindern /Jugendlichen in Abhängigkeit vom Lebensalter und Entwicklungsstand gezielt Gespräche zu unterschiedlichen Inhalten (z. B. motivierende, informierende, entlastende und orientierungsgebende Gespräche) zu führen und die Wirkung zu reflektieren, |
| <p>Eingebunden in die Mitwirkung an der Pflegeprozessplanung mit zu pflegenden Kindern /Jugendlichen entlastende und orientierungsgebende Gespräche führen</p> | <p>I.2 II.1</p> | <ul style="list-style-type: none"> - zu pflegende Kinder /Jugendliche oder ihre pflegenden Bezugspersonen (einzelnen oder in der Gruppe) z. B. bzgl. des Medikamentenmanagements, der Lebensgestaltung, der Förderung sozialer Teilhabe, des Bewältigungshandelns, zu informieren, - zum Beispiel bei einem Spaziergang, einem Besuch in der Cafeteria, oder im Aufenthaltsraum Gespräche mit den zu pflegenden Menschen oder ihrer pflegenden Bezugspersonen zu führen, |
| <p>Zu pflegende Kinder /Jugendliche und/oder ihre Bezugspersonen zu gezielten Aspekten ihrer Gesundheitsversorgung oder Selbstpflege informieren, ggf. Teilaufgaben im Rahmen eines entsprechenden Schulungsprogramms übernehmen</p> | <p>II.2</p> | <ul style="list-style-type: none"> - an Kommunikationssituationen in Trialog-Foren mitzuwirken <p>Die Beobachtungen / Erfahrungen gemeinsam mit den Auszubildenden reflektieren.</p> |
| <p>Therapeutische Wirkmomente in Gruppenangeboten beobachten, an der Gestaltung eines formellen/informellen Angebots für eine kleine Gruppe von Kindern/Jugendlichen mitwirken</p> | <p>II.2</p> | <p>Auszubildenden die Möglichkeit geben,</p> <ul style="list-style-type: none"> - an z. B. psychoedukativen Gruppenangeboten, wie Entspannungstechniken und soziales Kompetenztraining, teilzunehmen. Sich über die Beobachtungen und eigenen Erfahrungen austauschen. |
| <p>Fallbezogen die Möglichkeiten, Grenzen und Unterstützungsbedarfe zur Wahrung</p> | <p>I.6 II.2</p> | <p>Auszubildenden die Möglichkeit geben,</p> |

| | | |
|--|---------------------|---|
| <p>der Selbstbestimmungsrechte von verschiedenen zu pflegenden Kindern /Jugendlichen, die psychisch krank sind, begründet einschätzen und abwägen. Auf dieser Grundlage Ziele und Interventionen vorschlagen, die ihnen möglichst weitgehende Optionen zur Anbahnung einer eigenständigen Lebensführung und gesellschaftlichen Teilhabe ermöglichen. Hierfür Alltagskompetenzen gezielt fördern, aber auch Prinzipien der Beteiligungsorientierung, des Empowerments und der Ressourcenorientierung (bzw. Recovery) zur Anwendung bringen und soziale und familiale Unterstützungssysteme einbeziehen</p> | II.3 | <ul style="list-style-type: none"> - an Fallbesprechungen teilzunehmen und eigene Vorschläge zur Förderung von Genesung, Autonomie, Empowerment, Nichtdiskriminierung/Nichtstigmatisierung, Teilhabe und Inklusion psychisch kranker Kinder/Jugendlicher einzubringen, - die Wirkung von Angeboten zur Milieugestaltung und Tagesstrukturierung und Kompetenzförderung auf zu pflegende Kinder/Jugendliche zu beobachten und einzuschätzen, - durch Perspektivenübernahme (z.B. Gespräche mit Peers), Wege zu suchen, eine fremd anmutende Gedankenwelt zu verstehen, und mit Hilfe geeigneter Konzepte und Prinzipien (z. B. Biografie- und Lebensweltbezug, Personenzentrierung) Ansatzpunkte für die Beziehungsgestaltung zu entwickeln, - Sich dabei die Ungewissheit in der Deutung von Verhalten und das Erfordernis einer wiederkehrenden Überprüfung von Deutungen bewusst zu machen. |
| <p>Ethische Dilemmasituationen, die sich im Rahmen der Pflegeprozessgestaltung ergeben, benennen und im kollegialen Austausch diskutieren</p> | II.3 | <p>Auszubildende bitten, sich an Situationen zu erinnern, in denen sie in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung die Durchführung von Zwangemaßnahmen erlebt haben und zu reflektieren</p> <ul style="list-style-type: none"> - welche Auslöser und Begründungen es dafür gab, |
| <p>Unter Abwägung konkurrierender ethischer Prinzipien an der Unterstützung von zu pflegenden psychisch erkrankten Kindern/Jugendlichen unter Wahrung ihrer Selbstbestimmungsrechte mitwirken</p> | II.3 I.6 IV.1 | <ul style="list-style-type: none"> - wie sich die Ausübung von Zwang auf die Beziehungsgestaltung ausgewirkt hat, - welche ethischen Dilemmata sich daraus ergeben, z.B. das Spannungsfeld zwischen Aufbau einer Vertrauensbasis zum Kind/Jugendlichen |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>und den Aufgaben aktiver Fürsorge und Kontrollausübung oder zwischen der Anerkennung elterlicher Verantwortung und dem Eintreten für das Kindeswohl,</p> <ul style="list-style-type: none"> - wie ihre persönliche Haltung dazu ist, - welche Möglichkeiten es gibt, diesen Zwangsmaßnahmen vorzubeugen. <p>Im Anschluss gemeinsam mit den Auszubildenden darüber austauschen, ggf. offene Fragen festhalten.</p> |
|--|--|--|

Teambezogene, institutions-/gesellschaftsbezogene Aufgaben (inkl. Reflexion)

| | | |
|---|-----|---|
| <p>Die Rolle der Pflegenden sowie pflegerische Interventionen in akuten psychischen (z. B. suizidalen) Krisen und Notfallsituationen für Kinder / Jugendliche kennen und ggf. an Kriseninterventionen bzw. in Arbeitsprozessen von Kriseninterventionsteams mitwirken</p> | 1.4 | <p>Auszubildenden den Auftrag erteilen,</p> <ul style="list-style-type: none"> - zu reflektieren/rekonstruieren, welche angewandten Kriterien helfen, eine psychische Krise als solche zu erkennen. Exemplarisch die in einer Situation bestehenden Bedarfe, Möglichkeiten und Grenzen für eine kinder- und jugendpsychiatrische Krisenhilfe in der Institution und im sozialen Umfeld zu erfassen, z. B. in Verbindung mit Interventionen zur Deeskalation und Vermeidung von Gewalt, <p>und die Ergebnisse gemeinsam mit dem / der Auszubildenden reflektieren.</p> <p>Auszubildenden den Auftrag erteilen,</p> <ul style="list-style-type: none"> - sich über Deeskalationsstrategien, Sicherheitsmaßnahmen, Überwachungssysteme, Notfallpläne zu informieren, - und deren Bedeutung für die zu pflegenden Kinder/Jugendlichen sowie das professionelle und persönliche Bezugsfeld zu reflektieren. |
|---|-----|---|

| | | |
|---|---------------|---|
| <p>Anhand von ausgewählten Situationen die im kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsbereich tätigen Berufsgruppen und die Formen der Zusammenarbeit - auch im Vergleich mit somatischen Arbeitsbereichen -kennenlernen</p> | III.3 | <p>Auszubildende motivieren,</p> <ul style="list-style-type: none"> - an interdisziplinären Fallbesprechungen und Arbeitsgesprächen teilnehmen und die Unterschiede zur Zusammenarbeit im somatischen Bereich zu reflektieren, - die Besonderheit des Pflege- und gleichzeitigen Erziehungsauftrags sowie die Rolle der Bezugspersonen und Familien reflektieren. |
| <p>Einen Einblick in die medizinische Diagnostik und Therapie im kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsbereich gewinnen und die Aufgaben der Pflegenden in der Zusammenarbeit im kollegialen Austausch reflektieren</p> | III.2 | <p>Auszubildende bitten, die pflegerische und die Sicht der Betroffenen sorgfältig zu differenzieren und auf Übereinstimmungen bzw. Unterschiede zu prüfen.</p> |
| <p>An Fallbesprechungen im interdisziplinären Team teilnehmen und ggf. die pflegerische Sicht sowie der Betroffenen in Bezug auf die (mit)verantworteten Versorgungsprozesse einbringen</p> | III.3 | |
| <p>Aspekte von integrierten Versorgungskonzepten und des Case Managements sowie der Gestaltung einer struktur- und sektorenübergreifenden Kontinuität, z. B. in Verbindung mit ambulanten, aufsuchenden Versorgungsmodellen für psychisch kranke Kinder /Jugendliche, kennenlernen</p> | III.3 IV.2 | <p>Auszubildenden die Möglichkeit geben,</p> <ul style="list-style-type: none"> - einen Einblick in ergänzende Versorgungsangebote für psychisch kranke Kinder /Jugendliche zu gewinnen (z.B. Tageshospitation), - an der Entlassplanung, Auswahl und Überleitung in ein geeignetes Versorgungssystem bei einem ausgewählten zu pflegenden Kind/Jugendlichen mitzuwirken, |

| | | |
|--|-------------------------------|--|
| <p>geeignete Versorgungsformen und die damit im Zusammenhang stehenden rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen kennenlernen und die Wichtigkeit einer beteiligungsorientierten dia- bzw. trialogischen Entscheidungsfindung erfahren</p> | <p>IV.2</p> | <ul style="list-style-type: none"> - die Entscheidungsfindung unter Beachtung der Beteiligungsorientierung, des Einbezugs der Sorgeberechtigten und/oder Bezugspersonen sowie rechtlicher und struktureller Rahmenbedingungen nachzuvollziehen, - Möglichkeiten und Grenzen bestehender und möglicher Versorgungsangebote fallbezogen im kollegialen Austausch zu reflektieren. |
| <p>Sich in Verbindung mit auftretenden Konfliktsituationen oder Situationen sekundärer Traumatisierung eigene Deutungs- und Handlungsmuster in der pflegerischen Interaktion bewusst machen, z. B. im Rahmen von kollegialer Beratung und Supervision</p> | <p>II.1 V.2</p> | <p>Auszubildende anleiten,</p> <ul style="list-style-type: none"> - sich eigene Deutungs- und Handlungsmuster in Verbindung mit Konfliktsituationen oder erfahrener sekundärer Traumatisierung z. B. im Rahmen von kollegialer Beratung und Supervision bewusst zu machen, - sich über Unterstützungsangebote in der Institution zu informieren, - und ggf. Strategien zu mehr Selbstachtsamkeit und Selbstfürsorge zu entwickeln (u.a. durch Nutzung von Angeboten der kollegialen Beratung oder Supervision). |
| <p>Strategien zur Kompensation und Bewältigung von psychischen Belastungen und Stressoren in komplexen pflegerischen Arbeitsfeldern bewusst wahrnehmen (z. B. im Rahmen von kollegialer Beratung und/oder Supervision)</p> | <p>V.2 II.1 III.1</p> | |

Generell

Pflichteinsatz in der gerontopsychiatrischen Versorgung in der Ausbildung zur Altenpflegerin / zum Altenpfleger

| | |
|-----------------------------------|---|
| Zeit und Ort | Im letzten Ausbildungsdrittel z. B. in psychiatrische Kliniken, psychiatrische häusliche Krankenpflege, psychiatrische Kontakt- und Beratungsstellen, stationäre Einrichtungen (z. B. für suchtkranke Menschen), gerontopsychiatrische Einrichtungen, |
| Umfang | 120 Stunden |
| Schwerpunkte des Einsatzes | <p>Ein Fokus des Einsatzes sollte auf der Beziehungsgestaltung mit alten Menschen, deren Wahrnehmung und Erleben nicht immer dem gewohnten Verständnis von Realität entspricht, liegen.</p> <p>Die Auszubildenden sollen vor allem folgende Kompetenzen erwerben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - beobachten und reflektieren ihre Emotionen und ihr Verhalten in der Begegnung mit alten Menschen, deren Wahrnehmung und Erleben z. B. aufgrund einer akuten schweren psychischen Erkrankung nicht dem gewohnten Verständnis von Realität entspricht, - gestalten personenzentrierte Beziehungen mit Menschen mit psychischen und kognitiven Einschränkungen (z. B. infolge von medizinischen Diagnosen, wie Depressionen, Angststörungen oder Demenzen) und balancieren Nähe und Distanz sowie Autonomie und Abhängigkeit in der Beziehungsgestaltung aus, - erfassen die spezifischen Pflegebedarfe und Interventionen der geronto-psychiatrischen Pflege und die Besonderheiten in den institutionellen Settings sowie in der Zusammenarbeit im therapeutischen Team und mit z. B. Psychiatrierfahrenen Menschen (z. B. in Trialogforen). |
| Hinweise | Im Erstgespräch mit dem/der Auszubildenden können Sie die Vorerfahrungen der Auszubildenden in Bezug auf die geronto-psychiatrische Pflege in Erfahrung bringen. In den Pflichteinsätzen in den ersten beiden Ausbildungsdritteln haben die Auszubildenden vermutlich bereits Erfahrungen im Umgang mit emotionalen, psychischen und kognitiven Veränderungen gemacht. Möglicherweise haben die Auszubildenden auch bereits die curriculare Einheit 11 („Alte Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und kognitiven Beeinträchtigungen personenzentriert und lebensweltbezogen unterstützen“) absolviert. |

| Zentrale Aufgaben | Kompetenzen nach PflAPrV | Beispiele für konkrete Anleitungssituationen zum Auswählen und Weiterentwickeln |
|---|--------------------------|--|
| Aufgaben zur Erkundung und (Selbst-)Reflexion (auch Aufgaben zur Einarbeitung in den Arbeitsbereich) | | |
| Das Arbeitsfeld der psychiatrischen Pflege mit seinen Aufgabenstellungen und dem sich dort abzeichnenden Pflegeverständnis sowie berufliche Entwicklungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten hinsichtlich der dort gegebenen Möglichkeiten für den eigenen Professionalisierungsprozess überprüfen und ggf. im kollegialen Austausch diskutieren | V.2 | <p>Einen Tag zum Ankommen der Auszubildenden gestalten und das Team vorstellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erfahrungen, Erwartungen und ggf. vorhandene Ängste oder Vorbehalte der Auszubildenden erfragen, Sichtung des Ausbildungsnachweises (ggf. entlang der Dokumente erzählen lassen), - Erwartungen an die Auszubildenden klären und Ausbildungsplan vorstellen (Was kann hier gelernt werden?), - Zielsetzungen und Reflexionszeiten für den Einsatz gemeinsam festlegen (dabei besonders die Ziele für die Abschlussprüfung im Blick behalten). <p>Für den Einstieg erhalten die Auszubildenden die Aufgabe,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflege- und Therapiekonzepte in ihrer spezifischen Ausrichtung und theoretischen Grundlegung zu ermitteln und diese anhand von ausgewählten Beispielen in der Gestaltung von individuellen Pflegeprozessen nachzuvollziehen, - mit Pflegefachpersonen darüber ins Gespräch zu kommen, warum sie sich für die Gerontopsychiatrie entschieden haben. |
| Die für die Versorgung psychisch kranker Menschen hinterlegten Pflege- und Therapiekonzepte erkunden | I.1 | |

Aufgaben in Pflegesituationen (inkl. Reflexion)

| | | |
|--|-----------------------------|---|
| <p>Pflegephänomene zu herausfordernden Lebenssituationen, die sich z. B. durch eine schwere psychische Erkrankung mit chronischem Verlauf oder eine Demenz für den zu pflegenden alten Menschen und sein familiäres und soziales Umfeld ergeben, erheben</p> | <p>I.2 I.3 II.1</p> | <p>Auszubildenden die Möglichkeit geben bzw. beauftragen, in ausgewählten Fällen</p> <ul style="list-style-type: none"> - biografische Informationen des zu pflegenden alten Menschen mit psychischen Erkrankungen aus der Dokumentation zu entnehmen und/oder in selbstgeführten Biografiegesprächen mit den alten Menschen sowie/bzw. ihren Bezugspersonen zu sammeln/ergänzen, - Merkmale des subjektiven Erlebens (z. B. Denkprozesse, Gefühle, Belastungen, Überzeugungen, Reaktionen) von alten Menschen mit psychischen Erkrankungen zu beobachten, - Im kollegialen Austausch Deutungsmöglichkeiten zur biografischen Bedeutung einzelner Phänomene der gerontopsychiatrischen Erkrankung und/oder kognitiven Beeinträchtigung zu entwickeln bzw. mit den zu pflegenden alten Menschen und ihren Bezugspersonen zu überprüfen, |
| <p>Durch Mitwirkung an verschiedenen Pflegeprozessen unterschiedliche psychische Erkrankungen und die damit verbundenen Phänomene bei alten Menschen kennenlernen</p> | <p>I.2</p> | |
| <p>Die Form der Pflegeprozessplanung und –dokumentation in der gerontopsychiatrischen Pflege nachvollziehen und in ausgewählten Pflegesituationen gemeinsam mit der Pflegefachperson an der Planung, Durchführung, Dokumentation und Evaluation des Pflegeprozesses mitwirken und dabei die Grundprinzipien gerontopsychiatrischer Pflege (z. B. Partizipation, Förderung von Recovery) umsetzen</p> | <p>I.1 I.2 I.5</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Sich über die in der gerontopsychiatrischen Pflege etablierten Assessment- und Diagnoseinstrumente zu informieren, - an der Erhebung und Dokumentation pflegebezogener Daten von Menschen mit schweren akuten oder chronischen psychischen Erkrankungen bzw. kognitiven Einschränkungen aufgrund verschiedener Formen der Demenz (z.B. Neuaufnahmen) mitzuwirken, - fallspezifisch Assessment- und Diagnoseinstrumente auszuwählen, die Auswahl zu begründen und anzuwenden, |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Ergebnisse / Erkenntnisse unter Nutzung pflegendiagnostischer Begrifflichkeiten zu benennen sowie Vorschläge zur Pflegeprozessplanung im Austausch mit der zuständigen Pflegefachperson zu beraten und dazu mit dem zu pflegenden alten Menschen selbst in Austausch gehen, - Symptome zu beschreiben und ggf. damit verbundene Zuschreibungen aufzudecken, - die Planung des Pflegeprozesses ggf. im Austausch mit dem zu pflegenden alten Menschen zu überarbeiten, sie / ihn in der Umsetzung zu begleiten und die Wirkung der Interventionen zu evaluieren, - den Austausch mit den zu pflegenden alten Menschen zu den Vorschlägen für die Prozessplanung zu reflektieren. <p>Auszubildende anregen,</p> <ul style="list-style-type: none"> - an (pflege-)therapeutischen Gesprächen teilzunehmen und sie zu beobachten, - in (pflege-)therapeutischen Gesprächen ggf. Teilaufgaben zu übernehmen. <p>Die sich ergebenden Situationen gemeinsam mit den Auszubildenden reflektieren.</p> |
|--|--|

Generell

| | | |
|---|-----------------------------|---|
| <p>Im Kontakt zu Angehörigen und Bezugs-personen unterschiedliche Sichtweisen auf eine durch die psychische bzw. demenzielle Erkrankung entstandene Situa-tion wahrnehmen und nachvollziehen</p> | <p>I.3 I.5 II.2</p> | <p>Auszubildende anregen,</p> <ul style="list-style-type: none"> - die erlebten, ggf. unterschiedlichen Wahrnehmungen und Situations-beschreibungen der zu pflegenden alten Menschen und ihrer Bezugs-personen wahrzunehmen, - und die Auszubildenden dabei unterstützen, eine professionelle, ver-trauensvolle und empathische Beziehung zu den zu pflegenden alten Menschen und ihren Bezugspersonen aufzubauen. <p>Sich anschließend mit den Auszubildenden austauschen und darüber die pro-fessionelle Beziehungsgestaltung mit zu pflegenden alten Menschen und ih-ren Bezugspersonen reflektieren, z. B. im Hinblick auf Empathie, unterschied-liche Wahrnehmungen und Deutungen, professionelle Nähe, unterstützende Umgebung und Grenzen.</p> |
| <p>Die Grundlagen des Medikamentenma-nagements erfassen und relevante Aspekte der Pharmakokinetik beachten</p> | <p>III.2 I.2</p> | <p>Auszubildenden die Möglichkeit geben, eingebunden in die Mitwirkung an der Pflegeprozessplanung systematisch die Wirkungen einer ärztlich angeordne-ten psychiatrischen Pharmakotherapie zu beobachten, die Beobachtungen zu dokumentieren und weiterzuleiten und geriatrische Aspekte der Pharmakoki-netik zu beachten.</p> |
| <p>Wege der Kontaktaufnahme und zur Ein-leitung von Gesprächen mit zu pflegen-den alten Menschen erproben, ohne dass der Anlass zu einer konkreten pflegeri-schen Handlung besteht. In diesem Zu-sammenhang mit den Teammitgliedern</p> | <p>II.1</p> | <p>Auszubildenden den Auftrag erteilen oder die Gelegenheit geben,</p> <ul style="list-style-type: none"> - zu beobachten, wie der Aufbau und die Gestaltung einer vertrauens-vollen, tragfähigen und belastbaren professionellen Beziehung zwi-schen beruflich Pflegenden und einem zu pflegenden alten Menschen mit psychischer Erkrankung bzw. kognitiver Beeinträchtigung (Distanz |

| | | |
|--|-------------|--|
| innere und äußere Widerstände gegenüber einer Anerkennung von Gesprächen als „Arbeit“ reflektieren | | <ul style="list-style-type: none"> – Nähe, Autonomie – Abhängigkeit, Empathie, (Eigen-)Schutz, Rolle) gelingen kann, |
| Kommunikation und Interaktion mit alten Menschen mit psychischen Erkrankungen und/oder kognitiven Einschränkungen personen- und situationsgerecht gestalten, in kritischen Situationen professionell handeln | II.1 | <ul style="list-style-type: none"> - mit ausgewählten zu pflegenden alten Menschen gezielt Gespräche zu unterschiedlichen Inhalten (z. B. motivierende, informierende, entlastende und orientierungsgebende Gespräche) zu führen und die Wirkung zu reflektieren, - zu pflegende alte Menschen oder ihre pflegenden Bezugspersonen (einzelnen oder in der Gruppe) z. B. bzgl. des Medikamentenmanagements, der Lebensgestaltung, der Förderung sozialer Teilhabe, des Bewältigungshandlins zu informieren, |
| Eingebunden in die Mitwirkung an der Pflegeprozessplanung mit zu pflegenden alten Menschen entlastende und orientierungsgebende Gespräche führen | I.2 II.1 | <ul style="list-style-type: none"> - zum Beispiel bei einem Spaziergang, einem Besuch in der Cafeteria oder im Aufenthaltsraum Gespräche mit den zu pflegenden Menschen oder ihren pflegenden Bezugspersonen zu führen, - an Kommunikationssituationen in Trialog-Foren mitzuwirken. |
| Zu pflegende alte Menschen zu gezielten Aspekten ihrer Gesundheitsversorgung oder Selbstpflege informieren, Ggf. Teilaufgaben im Rahmen eines entsprechenden Schulungsprogramms übernehmen | II.2 | Die Beobachtungen / Erfahrungen gemeinsam mit den Auszubildenden reflektieren. |
| Therapeutische Wirkmomente in Gruppenangeboten beobachten, an der Gestaltung eines formellen/informellen Angebots für eine kleine Gruppe alter Menschen mitwirken | II.2 | <p>Auszubildenden die Möglichkeit geben,</p> <ul style="list-style-type: none"> - an z. B. psychoedukativen Gruppenangeboten, wie Entspannungs-techniken und soziales Kompetenztraining, teilzunehmen. <p>Sich über die Beobachtungen und eigenen Erfahrungen austauschen</p> |

| | | |
|--|------------------------------|---|
| <p>Fallbezogen die Möglichkeiten, Grenzen und Unterstützungsbedarfe zur Wahrung der Selbstbestimmungsrechte von verschiedenen zu pflegenden alten Menschen, die psychisch krank und/oder kognitiv eingeschränkt sind, begründet einschätzen und abwägen</p> | <p>I.6 II.2 II.3</p> | <p>Auszubildenden die Möglichkeit geben,</p> <ul style="list-style-type: none"> - an Fallbesprechungen teilzunehmen und eigene Vorschläge zur Förderung von Genesung, Autonomie, Empowerment, Nichtdiskriminierung/Nichtstigmatisierung, Teilhabe und Inklusion psychisch kranker und/oder kognitiv eingeschränkter alter Menschen einzubringen, - die Wirkung von Angeboten zur Milieugestaltung und Tagesstrukturierung auf den zu pflegenden alten Menschen zu beobachten und einzuschätzen, - durch Perspektivenübernahme, Wege zu suchen, eine fremd anmutende Gedankenwelt zu verstehen, und mithilfe geeigneter Konzepte und Prinzipien (z. B. Biografie- und Lebensweltbezug, Personenzentrierung) Ansatzpunkte für die Beziehungsgestaltung zu entwickeln, - Sich dabei die Ungewissheit in der Deutung von Verhalten und das Erfordernis einer wiederkehrenden Überprüfung von Deutungen bewusst zu machen. |
| <p>Für alte zu pflegende Menschen, die psychisch krank und/oder kognitiv eingeschränkt sind, Ziele und Interventionen vorschlagen, die ihnen möglichst weitgehende Optionen der eigenständigen Lebensführung und gesellschaftlichen Teilhabe ermöglichen. Hierfür Alltagskompetenzen gezielt fördern, aber auch Prinzipien der Beteiligungsorientierung, des Empowerments und der Ressourcenorientierung (bzw. Recovery) zur Anwendung bringen und soziale und familiale Unterstützungssysteme einbeziehen</p> | | |
| <p>Ethische Dilemmasituationen, die sich im Rahmen der Pflegeprozessgestaltung ergeben, benennen und im kollegialen Austausch diskutieren</p> | <p>II.3</p> | <p>Auszubildende bitten, sich an Situationen zu erinnern, in denen sie in der gerontopsychiatrischen Versorgung die Durchführung von Zwangsmaßnahmen erlebt haben und zu reflektieren</p> |

| | | |
|--|------------------------------|---|
| <p>Unter Abwägung konkurrierender ethischer Prinzipien an der Unterstützung von zu pflegenden gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen bzw. alten Menschen, die von einer Demenz betroffen sind, bei der Wahrung ihrer Selbstbestimmungsrechte mitwirken</p> | <p>II.3 I.6 IV.1</p> | <ul style="list-style-type: none"> - welche Auslöser und Begründungen es dafür gab, - wie sich die Ausübung von Zwang auf die Beziehungsgestaltung ausgewirkt hat, - welche ethischen Dilemmata sich daraus ergeben (z. B. in Verbindung mit dem therapeutischen Auftrag einerseits und dem Selbstschutz der zu pflegenden alten Menschen bzw. dem Schutz anderer Menschen (auch der beruflich Pflegenden selbst) oder der öffentlichen Sicherheit andererseits (doppeltes Mandat) und wie ihre persönliche Haltung dazu ist, - welche Hinweise aus Leitlinien und Standards (z. B. Expertenstandard „) sich zur Vermeidung von Zwang entnehmen lassen, - welche Möglichkeiten es gibt, diesen Zwangsmaßnahmen vorzubeugen unter Berücksichtigung von Leitlinien und Expertenstandards, z. B. „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ und im Anschluss gemeinsam mit den Auszubildenden darüber austauschen, ggf. offene Fragen festhalten |
|--|------------------------------|---|

Genehmigt

Teambezogene, institutions-/gesellschaftsbezogene Aufgaben (inkl. Reflexion)

| | | |
|--|--------------|--|
| <p>Die Rolle der Pflegenden sowie pflegerische Interventionen in akuten psychischen (z. B. suizidalen) Krisen und Notfallsituationen für alte Menschen kennen und ggf. an Kriseninterventionen bzw. in Arbeitsprozessen von Kriseninterventionsteams mitwirken</p> | <p>I.4</p> | <p>Auszubildenden den Auftrag erteilen,</p> <ul style="list-style-type: none"> - zu reflektieren/rekonstruieren, welche angewandten Kriterien helfen, eine psychische Krise als solche zu erkennen. Exemplarisch die in einer Situation bestehenden Bedarfe, Möglichkeiten und Grenzen für eine gerontopsychiatrische Krisenhilfe in der Institution und im sozialen Umfeld zu erfassen, z. B. in Verbindung mit Interventionen zur Deeskalation und Vermeidung von Gewalt, <p>und die Ergebnisse gemeinsam mit dem / der Auszubildenden reflektieren.</p> <p>Auszubildenden den Auftrag erteilen,</p> <ul style="list-style-type: none"> - sich über Deeskalationsstrategien, Sicherheitsmaßnahmen, Überwachungssysteme, Notfallpläne zu informieren - und deren Bedeutung für den zu pflegenden alten Menschen sowie das professionelle und persönliche Bezugsfeld zu reflektieren. |
| <p>Anhand von ausgewählten Situationen die im gerontopsychiatrischen Versorgungsbereich tätigen Berufsgruppen und die Formen der Zusammenarbeit - auch im Vergleich mit somatischen Arbeitsbereichen -kennenlernen</p> | <p>III.3</p> | <p>Auszubildende motivieren, an interdisziplinären Fallbesprechungen und Arbeitsgesprächen teilzunehmen und die Unterschiede zur Zusammenarbeit im somatischen Bereich zu reflektieren.</p> <p>Auszubildende bitten, die pflegerische und die Sicht der Betroffenen sorgfältig zu differenzieren und auf Übereinstimmungen bzw. Unterschiede zu prüfen.</p> |
| <p>Einen Einblick in die medizinische Diagnostik und Therapie im gerontopsychiatrischen Versorgungsbereich gewinnen und</p> | <p>III.2</p> | |

| | | |
|--|---------------|--|
| die Aufgaben der Pflegenden in dieser Zusammenarbeit im kollegialen Austausch reflektieren | | |
| An Fallbesprechungen im interdisziplinären Team teilnehmen und ggf. die pflegerische Sicht sowie die der Betroffenen in Bezug auf die (mit)verantworteten Versorgungsprozesse einbringen | III.3 | |
| Aspekte von integrierten Versorgungskonzepten und des Case Managements sowie der Gestaltung einer struktur- und sektorenübergreifenden Kontinuität (auch im Rahmen von Quartiersmanagement), z. B. in Verbindung mit ambulanten, aufsuchenden Versorgungsmodellen für psychisch kranke alte Menschen, kennenlernen | III.3 IV.2 | <p>Auszubildenden die Möglichkeit geben,</p> <ul style="list-style-type: none"> - einen Einblick in ergänzende Versorgungsangebote für psychisch kranke alte Menschen zu gewinnen (z.B. Tageshospitation), - an der Entlassplanung, Auswahl und Überleitung in ein geeignetes Versorgungsmodell bei einem ausgewählten zu pflegenden alten Menschen mitzuwirken, - die Entscheidungsfindung unter Beachtung der Beteiligungsorientierung, des Einbeugs der Bezugspersonen sowie rechtlicher und struktureller Rahmenbedingungen) nachzuvollziehen, - Möglichkeiten und Grenzen bestehender und möglicher Versorgungsangebote fallbezogen im kollegialen Austausch zu reflektieren. |
| geeignete Versorgungsmodelle und die damit im Zusammenhang stehenden rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen kennenlernen und die Wichtigkeit einer beteiligungsorientierten dia- bzw. trialogischen Entscheidungsfindung erfahren | IV.2 | |

| | | |
|---|-------------------------------|---|
| <p>Sich in Verbindung mit auftretenden Konfliktsituationen oder Situationen sekundärer Traumatisierung eigene Deutungs- und Handlungsmuster in der pflegerischen Interaktion bewusst machen, z. B. im Rahmen von kollegialer Beratung und Supervision</p> | <p>II.1 V.2</p> | <p>Auszubildende anleiten,</p> <ul style="list-style-type: none"> - sich eigene Deutungs- und Handlungsmuster in Verbindung mit Konfliktsituationen oder erfahrener sekundärer Traumatisierung z. B. im Rahmen von kollegialer Beratung und Supervision bewusst zu machen, - sich über Unterstützungsangebote in der Institution zu informieren, - und ggf. mögliche Strategien zu mehr Selbstachtung und Selbstfürsorge zu entwickeln (u.a. durch Nutzung von Angeboten der kollegialen Beratung oder Supervision). |
| <p>Strategien zur Kompensation und Bewältigung von psychischen Belastungen und Stressoren in komplexen pflegerischen Arbeitsfeldern bewusst wahrnehmen (z. B. im Rahmen von kollegialer Beratung und/oder Supervision)</p> | <p>V.2 II.1 III.1</p> | |

Genehmigte

Vertiefungseinsatz im letzten Ausbildungsdrittel für den Ausbildungsabschluss zur Pflegefachfrau / zum Pflegefachmann / zur Pflegefachperson

| | |
|----------------------------------|--|
| Zeit und Ort | im letzten Ausbildungsdrittel, beim Träger der praktischen Ausbildung in dem im Ausbildungsvertrag bestimmten Versorgungsbereich |
| Umfang | 500 Stunden |
| Schwerpunkt des Einsatzes | <p>Die Auszubildenden vertiefen ihre in den Pflichteinsätzen des ersten und zweiten Ausbildungsdrittels bereits erworbenen Pflegekompetenzen zur Steuerung, Organisation, Gestaltung und Durchführung von Pflegeprozessen mit Menschen aller Altersstufen und unterstützen damit bei der Gesundheitsförderung und Prävention, Kuration, Rehabilitation, Palliation und Sozialpflege in komplexen Pflegesituationen.</p> <p>Auszubildende übernehmen selbstständig Aufgaben mit zu pflegenden Menschen aller Altersstufen, die folgende Merkmale aufweisen können:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hoher Grad an Pflegebedürftigkeit, - schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit - Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, die dauerhaft eine personelle Unterstützung erfordern - Instabile gesundheitliche Situation mit Komplikationsrisiken - Bedarf an komplizierten medizinisch-diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. <p>Sie übernehmen die Verantwortung für den Pflegeprozess in qualifikationsheterogenen Teams, arbeiten interprofessionell zusammen und steuern Prozesse sektorenübergreifend (mit).</p> |
| Hinweise | Der Vertiefungseinsatz baut auf Pflichteinsätzen aus den beiden ersten Ausbildungsdritteln auf, sodass für diesen Schwerpunktbereich von einer Zusammenführung und Vertiefung bisher erworbener Kompetenzen auszugehen ist. In diesem Einsatz wird auch der praktische Teil der staatlichen Prüfung abgelegt. |

| Zentrale Aufgaben | Kompetenzen nach PflAPrV | Beispiele für konkrete Anleitungssituationen zum Auswählen und Weiterentwickeln |
|---|--------------------------|---|
| Aufgaben zur Erkundung und (Selbst-)Reflexion (auch Aufgaben zur Einarbeitung in den Arbeitsbereich) | | |
| In Pflegeprozessen gegenüber zu pflegenden Menschen eine person-zentrierte Haltung einnehmen | II.1. | <ul style="list-style-type: none"> - Einen Tag zum Ankommen der Auszubildenden gestalten und das Team vorstellen, - Erfahrungen, konkrete Lernvoraussetzungen und Erwartungen der Auszubildenden erfragen, Sichtung des Ausbildungsnachweises (ggf. entlang der Dokumente erzählen lassen, „Was bringen sie mit?“), - Erwartungen an die Auszubildenden klären und Ausbildungsplan vorstellen („Was kann hier gelernt werden?“), - Zielsetzungen und Reflexionszeiten für den Einsatz gemeinsam festlegen, dabei besonders die Ziele für die Abschlussprüfung im Blick behalten. <p>Zum Beispiel können folgende Aufgaben für den Einsatz vereinbart werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auszubildende das Pflegekonzept der Einrichtung erkunden lassen und über Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu bisher kennengelernten Konzepten ins Gespräch kommen, - mit den Auszubildenden diskutieren, wie sich das Konzept in den verschiedenen Schritten des Pflegeprozesses zeigt (z.B. in der Anamnese, bei der Ziel- und Interventionsbestimmung, in der Durchführung der Pflege, bei der Evaluation), |
| Das hinterlegte Pflegekonzept am Einsatzort/des Trägers der praktischen Ausbildung mit den im Verlauf des gesamten ersten Ausbildungsabschnitts kennengelernten Konzepten vergleichen und die Bedeutung für die Pflege im Vertiefungseinsatz bestimmen | I.1 | |

| | | |
|---|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - die Auszubildenden reflektieren lassen, ob und wie genau eine personzentrierte Haltung im Konzept und in konkreten Pflegesituationen zum Ausdruck kommt bzw. kommen könnte. <p>Erfahrungen der Auszubildenden aufgreifen und überlegen, wie sie sich in die Arbeitsprozesse des Einsatzortes integrieren lassen können (vgl. teambezogene Aufgaben).</p> |
| <p>Die im Ausbildungsverlauf entwickelten Strategien zur persönlichen Gesunderhaltung sowie das eigene berufliche Selbstverständnis kritisch reflektieren, nach persönlichen Lösungswegen für den Umgang mit Anforderungen, Konflikten und Spannungen suchen, sich bei neuen Anforderungen neue Wissenszusammenhänge erarbeiten sowie das vorhandene Wissen kontinuierlich aktualisieren, persönliche Strategien für die (lebenslang) erforderlichen Recherche- und Aneignungsprozesse ableiten</p> | <p>I.2 / II.1 / II.2 / III.1 / III.2 / IV.2 / V.1 / V.2</p> | <p>Mit den Auszubildenden kontinuierlich und mit Bezug zum Ausbildungsverlauf das Gespräch suchen, z.B. über:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strategien zur persönlichen Gesunderhaltung (z.B. rückengerechte Arbeitsweise, Stressabbau, Prüfungsvorbereitung), - ihre Einstellung zur baldigen vollständigen Verantwortungsübernahme, - erlebte belastende Pflege- und Teamsituationen und Strategien des Umgangs damit im Vergleich zum Beginn der Ausbildung, - Erfahrungen mit Supervision/kollegialer Beratung, - Erfahrungen und der Umgang mit kultureller oder sexueller Diversität, - Erfahrungen und der Umgang mit Diskriminierungen, - gesundheitsbezogene Angebote der Einrichtung und die Nutzung dieser Angebote, - das Hitzemanagement der Einrichtung, - Strategien zum Umgang mit unbekannten Situationen bzw. neuen Anforderungen oder Wissensdefiziten (z.B. Recherchestrategien in der Pflege-) |

| | | |
|---|-----|--|
| | | <p>praxis, digitale Angebote der Einrichtung oder Möglichkeiten, die im Unterricht kennengelernt wurden und überall zum Einsatz kommen können).</p> <p>Verantwortung für ausgewählte Aufgaben gezielt an die Auszubildenden übergeben und die dabei gemachten Erfahrungen gemeinsam mit ihnen reflektieren. Insbesondere auch die Wirkung von erfolgter oder ausbleibender Anerkennung und den persönlichen Umgang damit ansprechen.</p> |
| Den kollegialen Austausch im Pflegeteam suchen, um die eigene Sicht auf aktuelle berufspolitische Fragen zu erweitern und pflegepolitische Entscheidungen bewerten zu können | V.2 | <p>Auszubildende anregen, mit verschiedenen Pflegefachpersonen zum Beispiel über folgende Themen ins Gespräch zu kommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personelle, finanzielle, digitale Rahmenbedingungen und Entwicklungen des Versorgungsbereichs, - Auswirkungen dieser Entwicklungen auf die eigene Tätigkeit (z.B. den Personalschlüssel zur konkreten Versorgung in Beziehung setzen), - die neue Pflegeausbildung (z.B. die generalistische Ausrichtung, Bedeutung vorbehaltener Tätigkeiten), - europaweite Anerkennung und Mobilität, bezogen auf die verschiedenen Abschlüsse gemäß PfIBG, - Berufsverbände, Gewerkschaften und Pflegekammern und ihre Bedeutung für die Berufsgruppe, - Professionalisierung in der Pflege, - Möglichkeiten der beruflichen Weiterqualifizierung und Spezialisierung, - Strategien zur Verbesserung der Pflegequalität, - das Erleben von interprofessioneller Zusammenarbeit. |

| | | |
|---|-------------|---|
| | | Mit den Auszubildenden Konsequenzen abwägen, die sich aus aktuellen pflege- und gesundheitspolitischen Themen für den Versorgungsbereich und die eigene Pflegetätigkeit ergeben und konkrete Handlungsmöglichkeiten entwickeln. Dabei auch die Vorbildfunktion der Rolle der Praxisanleitung und mögliche Begrenzungen thematisieren. |
| Aufgaben in Pflegesituationen (inkl. Reflexion) | | |
| Die Pflegeprozesse für eine Gruppe zu pflegender Menschen umfassend gestalten, verantwortlich durchführen, dokumentieren und evaluieren, personenbezogene Aspekte (z.B. zu Biografie, Kultur, Gender, Ethik) identifizieren und situationsbezogen in Pflegeprozesse integrieren | I.1 – I.6 | <p>Vorbereitung der Lernprozesse</p> <p>Mit Auszubildenden zum Pflegeprozess ins Gespräch kommen – z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie wurden die Phasen des Pflegeprozesses in den verschiedenen Einsatzbereichen gestaltet? - Welche Schwerpunkte waren dabei zu erkennen? Welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten lassen sich für den Ausbildungsverlauf und den aktuellen Einsatzort festhalten? |
| Die Prozessplanung mit den zu pflegenden Menschen und/oder ihren Bezugspersonen gemeinsam entwickeln bzw. abstimmen und kontinuierlich evaluieren. In diesem Prozess eine person-zentrierte Haltung einnehmen und körper-leiborientierte Momente der Interaktionsgestaltung integrieren, um darüber Anerkennung der zu pflegenden Menschen zu realisieren | I.1 II.1 | <ul style="list-style-type: none"> - In welchem Zusammenhang stand die Gestaltung des Pflegeprozesses mit den Pflegesystemen des Einsatzortes (Funktions-/Gruppen-/ Bereichspflege, Primary Nursing)? - Wie wurde eine person-zentrierte Haltung eingelöst? <p>Mit Auszubildenden auch über folgende Erfahrungen ins Gespräch kommen und ggf. Lernziele dazu bestimmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erfahrungen mit digitalen Technologien in der Pflege, |

| | | |
|---|--------------|--|
| <p>Situations- und Fallbesprechungen unter Einbeziehung der zu pflegenden Menschen und/oder ihrer Bezugspersonen auf der Grundlage des Einsatzes von geeigneten Formen der Gesprächsführung partizipativ gestalten.</p> | <p>II.1</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Erfahrungen mit neu aufgenommenen zu pflegenden Menschen und Ein- gewöhnungskonzepten, - Vorkenntnisse und Erfahrungen mit Entlassungs- und Überleitungspla- nung (in andere Versorgungsbereiche oder ins häusliche Umfeld) und Schnittstellenmanagement. <p>Vorbereitung der Pflegeprozesse</p> |
| <p>In der Planung, Umsetzung und Evaluati- on von Pflegeprozessen ethische Fra- gestellungen berücksichtigen</p> | <p>II.3</p> | <p>Mit den Auszubildenden eine Gruppe geeigneter zu pflegender Menschen auswählen; mindestens eine Person sollte in einem hohen Grad pflegebe- dürftig sein (vgl. komplexe Pflegesituationen weiter unten).</p> |
| <p>Für die zu pflegenden Menschen im Rah- men der Prozessverantwortung Termine in Abstimmung mit anderen, an der Ver- sorgung beteiligten Personen, Berufs- gruppen und Institutionen organisieren und koordinieren</p> | <p>III.3</p> | <p>Auszubildenden folgende Aufträge geben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gespräche mit und über die zu pflegenden Menschen anhand der Doku- mentation und Beobachtungen zu Aspekten ihrer Lebenswelt führen, - die aktuelle Situation der zu pflegenden Menschen einschätzen und da- bei kulturelle, biographische, soziale, ethische Aspekte sowie Überzeu- gungen zu Gesundheit und Krankheit einbeziehen, |
| <p>Veränderungen des Gesundheitszu- standes systematisch verantwortlich er- heben, die ermittelten Daten anhand von pflegewissenschaftlichen sowie medizini- schen Erkenntnissen erklären und inter- pretieren, pflegebezogene Interventionen in Abstimmung mit dem therapeutischen Team einleiten, durchführen und evaluie- ren, den Standpunkt der Pflege im inter- disziplinären Diskurs vertreten</p> | <p>I.2</p> | <ul style="list-style-type: none"> - ggf. Abstimmungen mit dem therapeutischen Team vornehmen und da- bei den Standpunkt der Pflege im interdisziplinären Diskurs vertreten; - die Pflegeabläufe (inkl. Termine) für die Gruppe organisieren, Prioritäten setzen, dabei Standards und Leitlinien berücksichtigen, - Instrumente der Qualitätssicherung im Stationsalltag identifizieren (z.B. Fallbesprechungen oder Formen partizipativer Gesprächsführung) und daran teilnehmen bzw. (versuchsweise) entsprechende Formate gemein- sam einführen (z.B. Fallkonferenzen, Pflegevisiten, Bed-Side-Überga- ben), |

| | | |
|--|---------------------|---|
| <p>Bewegungs- und Haltungsmuster erheben, mithilfe geeigneter Assessmentverfahren einschätzen und anhand des bereits erarbeiteten Wissens sowie mithilfe von Pflegediagnosen interpretieren; Bewegungsressourcen durch gezielte Pflegeinterventionen in Abstimmung mit dem therapeutischen Team fördern und, wenn möglich, ausbauen</p> | <p>I.2</p> | <ul style="list-style-type: none"> - fortlaufend eigene Kompetenzlücken wahrnehmen und Strategien zur Schließung anwenden. <p>Gemeinsame Umsetzung des Pflegeprozesses – von der Anamnese/ Pflegediagnostik über die Ziel- und Interventionsplanung bis zur Durchführung und Steuerung geplanter Maßnahmen – dabei:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zunehmend selbstständige Übernahme der Prozessschritte, z.B. in Verbindung mit neu aufgenommenen zu pflegenden Menschen, - spezifische Assessmentinstrumente und Pflegetheorien einbeziehen, - digitale Technologien einbeziehen und reflektieren, - aktuelle Veränderungen der zu pflegenden Menschen fortlaufend wahrnehmen und einschätzen, - Abweichungen vom Pflegeplan besprechen und begründen, pflege- und bezugswissenschaftliche Erkenntnisse einbeziehen. |
| <p>Subjektive (auch kulturell bedingte) Vorstellungen und Überzeugungen von Gesundheit und Krankheit gesundheitsförderlich in die Pflegeprozessgestaltung integrieren</p> | <p>I.2 II.1</p> | |
| <p>Den Pflegeprozess in unterschiedlichen gesundheitlichen Problemlagen integrativ gestalten, umsetzen und evaluieren, und so Gesundheit und Alltagskompetenz fördern, eine Zustandsverschlechterungen vermeiden, bzw. die Verbesserung von Lebensqualität unterstützen (Kuration, Rehabilitation, Prävention)</p> | <p>I.2</p> | <p>Evaluation des Pflegeprozesses – z.B. anhand folgender Aspekte besprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Umsetzung der Beziehungsgestaltung (auch über längere Zeiträume), Person-zentrierung bzw. Partizipation der zu pflegenden Menschen an der Prozessgestaltung, - Wirkung der Pflege (Verknüpfung von interner und externer Evidenz), Reaktionen und Rückmeldungen der zu pflegenden Menschen, - Überprüfung der Zielerreichung, - Evaluation dokumentieren, |
| <p>Insbesondere bei neuen, bisher unbekannten Pflegephänomenen und gesundheitlichen Problemlagen ergänzendes,</p> | <p>V.1</p> | |

| | | |
|--|---------------------------|--|
| <p>wissenschaftlich fundiertes Wissen aus den Pflege- und Bezugswissenschaften recherchieren, um verantwortliches Handeln im Pflegeprozess zu begründen</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - Konsequenzen für die weitere Planung bzw. die Überarbeitung der Planung sowie das Entlassungs- und Überleitungsmanagement ableiten. <p>Kontinuierliche Reflexion der Lernprozesse, zum Beispiel anhand erlebter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - eigener Empfindungen und Reaktionen der zu pflegenden Menschen und ggf. ihrer Bezugspersonen, - Herausforderungen in der Durchführung, - körperlicher und emotionaler Belastungen, - Selbstwirksamkeit, - Herausforderungen in Verbindung mit ethischen Fragestellungen, - Gestaltung der Abläufe, - Kompetenzlücken und Möglichkeiten, diese zu schließen. |
| <p>Die Planung, Umsetzung und Evaluation von komplexen Versorgungsprozessen verantwortlich mitgestalten, auch wenn diese durch potenzielle gesundheitliche Instabilität und diagnostische oder therapeutische Unsicherheit oder Vulnerabilität sowie Krisenhaftigkeit gekennzeichnet sind</p> | III.2 | <p>Die Umsetzung des Pflegeprozesses – jeweils anhand der oben ausgeführten Schritte – soll in komplexen Pflegesituationen gemeinsam mit der Praxisanleitung erfolgen.</p> <p>Vorschläge zum Vorgehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bei der Auswahl der Pflegesituationen die Lernbedarfe der Auszubildenden und die Anforderungen im Versorgungsbereich aufeinander abstimmen. - Auszubildende auffordern, Wissenslücken durch gezielte Recherche zu schließen, dabei auch Gesundheits-Apps bzw. andere digitale Begleiter sowie Standards und Leitlinien einbeziehen. Jeweils die Reichweite, den |
| <p>Aktuelle und fachlich fundierte Informationen für Menschen in komplexen gesundheitlichen Problemlagen bzw.</p> | I.2 / II.2 / III.2 / IV.2 | |

| | | |
|---|--------------------------|--|
| schwierigen, vulnerablen Lebenssituationen bedarfsorientiert zusammentragen und für das Gegenüber nachvollziehbar und verständlich aufbereiten | | <p>Nutzen, die Relevanz und das Umsetzungspotenzial der recherchierten Ergebnisse hinterfragen bzw. situativ einschätzen lassen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Herausforderungen der Situationen mit den Auszubildenden identifizieren und die Umsetzung zusammen planen – z. B. Auswahl und Anpassung von Assessmentinstrumenten, Entlassungs-/Überleitungsmanagement, patientenorientierte Informationsaufbereitung, Abstimmung mit medizinischen Fachpersonen, Beobachtung/Überwachung von Gesundheitsrisiken, Mitwirkung an Diagnostik und Therapie. |
| An der sektorenübergreifenden, partizipativ und interprofessionell ausgerichteten Versorgung eines schwer akut oder chronisch kranken Menschen mitwirken | I.1 / III.3 / IV.1 / V.1 | <p>Beispiele für Pflegesituationen, abhängig vom Einsatzort:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hochrisikosituation älterer Menschen mit multifaktoriellen Ursachen – z.B. Polypharmazie, unspezifische, atypische und verschleierte Symptomatik, Einschränkungen der eigenen Informationsweitergabe, Delir; Gefahr des Autonomieverlustes, - Hypoglykämie eines älteren Menschen in der Langzeitpflege mit untypischen Symptomen und einer Demenz, - akute Veränderungen der Bewusstseinslage eines zu pflegenden Menschen, |
| Den Pflegeprozess für Menschen mit komplizierten chronischen, schwer heilenden Wunden individuell in Abstimmung mit Ärzt/innen und den zu pflegenden Menschen selbst und/oder ihren Bezugspersonen planen, umsetzen und kontinuierlich evaluieren | III.2 | |
| Pflegeprozesse für Menschen, die operiert wurden oder werden sollen, auch in Verbindung mit einem komplexen, ggf. mit Komplikationsrisiken verbundenen invasiven Eingriff , mit einer umfassenden Informationssammlung vorbereiten und planen, umsetzen und evaluieren | I.2 V.1 | <ul style="list-style-type: none"> - Situation eines/einer Jugendlichen mit einem Schädel-Hirn-Trauma (Folge eines Unfalls), der/die in einer Rehabilitationseinrichtung in seiner/ihrer Alltagskompetenz angeleitet und gefördert wird, - Situation eines Kindes mit einer schweren angeborenen Behinderung, - Situation, in der ein Kind mit einer fortgeschrittenen rheumatischen Erkrankung aus der Reha-Einrichtung in die Familie entlassen und ein komplexes Case Management erforderlich wird, |
| Den Pflegeprozess in komplexen Situationen, z. B. bei chronischen, schwer | I.3 | |

| | | |
|---|----------------------|--|
| <p>fassbaren Schmerzen, an entsprechenden Leitlinien und Standards orientiert, individuell gestalten und das Schmerzassessment sowie die Wirkung der gewählten Interventionen evaluieren</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - Situation eines älteren Menschen, der z.B. nach mehrfachen Sturzereignissen und aufgrund einer schweren Hör- oder Sehbeeinträchtigung nicht in das häusliche Lebensumfeld zurückkehren kann, - Situation eines älteren Menschen mit Migrationsgeschichte, der pflegebedürftig wird und sein gewohntes Lebensumfeld im Quartier nicht verlassen möchte, |
| <p>Im Rahmen der Verantwortung für den Pflegeprozess medizinische Verordnungen selbstständig umsetzen und dabei zunehmend Sicherheit in der Mitwirkung an komplizierten diagnostisch-therapeutischen Maßnahmen gewinnen; die medizinische Dokumentation beachten und sich ggf. durch Wissensrecherche Informationen zu unbekannten Verfahren der medizinischen Diagnostik und Therapie sowie zugehörige Pflegetechniken aneignen</p> | <p>III.2 V.1</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Situation eines multimorbidens Menschen bei einer akuten Verschlechterung des Allgemeinzustands aufgrund einer Infektionserkrankung (z. B. Norovirus- oder Salmonelleninfektion), - Situation eines alten Menschen mit einer Niereninsuffizienz, - Situation eines Menschen mit schwankenden Insulinwerten, die kontinuierliche Laborparameter erfordern, - Situation, in der Bewegungsförderungen bei akuten oder chronischen neurologischen Schädigungen eines zu pflegenden Menschen begleitet werden müssen, - Situation eines zu pflegenden Menschen mit Vorerkrankungen, der/die sich einer größeren OP unterziehen muss und postoperativ ein umfangreiches Monitoring erfordert, - Situation eines Menschen mit unklaren Symptomen, die diagnostisch schwer einzuordnen sind und eine Recherche zu relevanten Wissensbeständen erforderlich machen, - Situationen mit Menschen, die erfahren, dass sie an einer chronischen Erkrankung leiden (z. B. chronische Schmerzen, muskuloskelettale Erkrankungen, entzündliche Darmerkrankungen, chronische Nierenerkrankungen, Atemwegserkrankungen). |

| | | |
|---|---------------------|---|
| <p>Den Pflegeprozess mit Menschen in der letzten Lebensphase und ihren Bezugspersonen/sozialen Netzwerke bedürfnisorientiert, Leid mildernd und mit Rückgriff auf geeignete Modelle einer palliativen Versorgung planen, verständnis- und respektvoll durchführen und evaluieren</p> | <p>I.3</p> | <p>Zum Beispiel können folgende Aspekte zur Begleitung von zu pflegenden Menschen (in unterschiedlichen Lebensaltern) in der letzten Lebensphase vertiefend mit den Auszubildenden reflektiert werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Welche Gelingensmomente von Gesprächssituationen konnte die/der Auszubildende erfahren? - Wie können individuelle Vorstellungen von Sterben und Tod bzw. Sinnfindung in die Pflege einbezogen werden? |
| <p>Sterbende Menschen und ihre Bezugspersonen zu spezifischen Schwerpunkten palliativer Versorgungsangebote informieren</p> | <p>I.3 II.1</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Wie können Wünsche und Bedarfe von Bezugspersonen in die Pflege einbezogen oder respektvoll zurückgewiesen werden? - Wie können Bezugspersonen und freiwillig Engagierte zu ausgewählten leidmildernden Interventionen angeleitet werden? |
| <p>Subjektive (auch kulturell bedingte) Vorstellungen vom Sterben und vom Tod, die die Gestaltung des Pflegeprozesses maßgeblich mitbestimmen, mit den zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen besprechen und in die Informationssammlung integrieren</p> | <p>I.3</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Wie finden die Abstimmungsprozesse im intra- und interprofessionellen Team, z.B. hinsichtlich des Schmerzmanagements, statt und welche Bedeutung haben sie? - Wie wird die Begleitung des Abschiednehmens gestaltet bzw. wie kann sie in verschiedenen Versorgungsbereichen gut gestaltet werden? - Welche Fähigkeiten brauchen Pflegefachpersonen für eine würdevolle Versorgung verstorbener Menschen und angemessene Beileidsbekundungen? - Was kann „Evaluation der Pflege“ im Kontext einer palliativen Versorgung bedeuten? <p>Folgende Pflegesituationen können gewählt werden:</p> |

| | | |
|---|------|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Situationen mit Menschen, die erfahren, dass sie an einer onkologischen Erkrankung leiden (z. B. Prostatakrebs, Lungenkrebs, Darmkrebs, Brustdrüsenkrebs, Hautkrebs), - Situation mit Menschen, die ihr Lebensende im Hospiz verbringen und von ihren Bezugspersonen unterstützt werden, - Situation, in der die Kontinuität der palliativen Versorgung an den Schnittstellen organisiert werden muss, - Situation, in der Auszubildende in ethische Entscheidungsfindungsprozesse eingebunden sind, z.B. weil ein/e Bewohner/in nicht mehr ernährt werden möchte oder sich eine Sterbehilfe wünscht, - Situation eines Kindes mit einem (häufiger) vorkommenden Syndrom und sehr kurzer Lebenserwartung. |
| Zu pflegende Menschen und ihre Bezugspersonen im Umgang mit krankheits- sowie therapie- und pflegebedingten Anforderungen informieren, anleiten und beraten und sie darin unterstützen, ihre Gesundheitsziele zu erreichen | II.2 | <p>In Pflegeprozesse integriert ist jeweils die Frage: Welchen konkreten Informations-/Anleitungs- oder Beratungsbedarf haben zu pflegende Menschen und/oder ihre Bezugspersonen? Dies wird bereits bei der Erhebung der aktuellen Situation der zu pflegenden Menschen angesprochen werden.</p> <p>Folgende Fragen zur Reflexion mit den Auszubildenden können zunächst hilfreich sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie sind die Kompetenzen der Auszubildenden zu diesen Aufgaben ausgeprägt? Welche konkreten Erfahrungen haben sie dazu? (ggf. vertiefende Hospitationen in der Einrichtung ermöglichen) |
| Situativ sinnvolle Angebote zur (Mikro-)Schulung für eine oder mehrere zu pflegende Personen und/oder ihre (pflegenden) Bezugspersonen zu spezifischen Aspekten der Selbstversorgung oder Fremdpflege umsetzen | II.2 | |

| | | |
|---|----------------------|--|
| <p>Gemeinsam mit den zu pflegenden Menschen fallbezogen erforderliche Informationen zu den rechtlichen und finanziellen Bedingungen der Versorgung zusammentragen und Spielräume für die Gestaltung der pflegerischen Versorgung ermitteln</p> | <p>II.2 IV.2</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Wie unterscheiden die Auszubildenden Informations-, Anleitungs- oder Beratungsbedarf? In welchen Situationen kommt welches Format warum zum Einsatz? - Welche Erfahrungen haben sie dazu, wie Informieren, Anleiten oder Beratung umgesetzt wurde? Inwieweit wurde dabei auf Konzepte Bezug genommen? - Welche Erfahrungen haben die Auszubildenden mit der Anleitung von Auszubildenden, Praktikant/innen und freiwillig Engagierten? |
| <p>Bezugspersonen zu Fragen der pflegerischen Versorgung gezielt ansprechen, entsprechend anleiten, einbeziehen und zu Herausforderungen und Belastungen, die mit der Pflegesituation verbunden sind, fachlich korrekt und verständlich informieren; situationsbezogen beraten bzw. mögliche Beratungskontakte vermitteln</p> <p>Auszubildende, Praktikant/innen, Pflegefachpersonen im Anerkennungsverfahren und freiwillig Engagierte anleiten und dabei didaktische Prinzipien der Vermittlung gezielt umsetzen.</p> | <p>I.2 II.2</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Welche didaktischen Prinzipien haben sie in der Vermittlung bisher umgesetzt? - Welche Lernbedarfe ergeben sich aus dieser Reflexion? <p>Aus der Gruppe der zu pflegenden Menschen Personen auswählen, die einen ermittelten Informations-/Anleitungs- und/oder Beratungsbedarf haben. Es können Personen sein, die</p> <ul style="list-style-type: none"> - einem Aspekt der persönlichen Gesundheitsförderung oder der pflegerischen Versorgung eines Angehörigen gegenüber aufgeschlossen sind - oder einem Versorgungsangebot eher skeptisch gegenüberstehen. <p>Die Auszubildenden auffordern</p> <ul style="list-style-type: none"> - den konkreten Informations-/Anleitungs- bzw. Beratungsbedarf des zu pflegenden Menschen bzw. seiner Bezugsperson zu erheben, |
| <p>Einen partizipativen Beratungsprozess, der sich hauptsächlich auf die nicht-direktive Vermittlung von Wissen zu Fragen der Gesundheitsförderung und/oder zur</p> | <p>II.2</p> | |

| | | |
|--|----------------------|--|
| <p>(Selbst-/Fremd-) Pflege bezieht, mit einem zu pflegenden Menschen oder einer pflegenden Bezugsperson gestalten</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - Lebenswelt- und biografiebezogene Überlegungen sowie bezugswissenschaftliche Erkenntnisse (z. B. aus Psychologie oder Gesundheitswissenschaften) heranzuziehen, um ein person-zentriertes Vorgehen daraus abzuleiten, |
| <p>Auf Menschen, die einem pflegerischen Versorgungsangebot eher skeptisch oder ablehnend gegenüberstehen, zugehen, Ansatzpunkte für einen Beziehungsaufbau suchen und Aushandlungsprozesse gestalten</p> | <p>II.1 II.2</p> | <ul style="list-style-type: none"> - die Zielsetzung der Intervention in Abstimmung mit den beteiligten Personen festzulegen, - erforderliche Informationen zusammenzutragen, zielgruppenorientiert auszuwählen und verständlich aufzubereiten, - Gesundheits-Apps bzw. digitale Assistenzsysteme einzubeziehen, - geeignete Interventionsformen vorzuschlagen und auszuwählen und dabei auch theoretische Begründungen der Interventionskonzepte heranzuziehen, - die Intervention situativ anzupassen und durchzuführen, - die Umsetzung mit den zu pflegenden Menschen zu evaluieren und z.B. die Zielerreichung zu überprüfen, - die Intervention sachgerecht zu dokumentieren und die Ergebnisse der Evaluation in die weitere Gestaltung des Pflegeprozesses einzubeziehen. <p>Abschließend den gesamten Prozess mit der / dem Auszubildenden reflektieren und dabei z.B. folgende Aspekte ansprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die beobachteten Wirkungen auf die beteiligen Personen und deren Umfeld, - die theoretische Begründung des ausgewählten Anleitungs-/ Beratungs- oder Schulungskonzepts, |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - die eigene Rolle und das persönliche Aufgabenverständnis als Pflegefachpersonen, - sich ergebende Veränderungen in der Zusammenarbeit im intra- und interdisziplinären Team. <p>Der beschriebene Prozess sollte in angepasster Weise auch auf Situationen übertragen werden, in denen Auszubildende, Praktikant/innen und freiwillig Engagierte informiert, angeleitet oder beraten werden.</p> <p>Zum Beispiel können folgende Situationen bearbeitet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Situation eines zu pflegenden Mannes in der Akutklinik der über Obstipation klagt, - Situation einer alleinstehenden Frau in der ambulanten Versorgung mit nächtlichen Unruhezuständen und Schlaflosigkeit, - Situation, in der eine Frau/ein Mann sich neu auf die Diagnose Diabetes (Typ II) einstellen muss, - Situation einer Mutter mit Fragen zum Stillen und zur gesunden Kinderernährung, - Situation, in der Eltern eines Neugeborenen in der Entwicklung von Feinfühligkeit und Bindung unterstützt werden, - Situation, in der Eltern eines Neugeborenen in der Anwendung von gesundheits- und entwicklungsfördernden Bewegungskonzepten angeleitet werden, |
|--|---|

Geprüft

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Situation, in der Menschen ein konkretes gesundheitsförderliches/ präventives Anliegen haben, z.B. Kinder/Jugendliche mit Übergewicht, älterer Mensch mit Bewegungsarmut, Kind mit Schulstress, zu pflegender Mensch nach einem Herzinfarkt, - Situation eines alleinstehenden Mannes nach einem Schlaganfall in der Frührehabilitation im Rahmen der Entlassungsplanung, - Situation, in der ein zu pflegender Mensch die Anschlussheilbehandlung ablehnt und direkt nach Hause entlassen werden will, - Situation einer älteren Frau mit COPD, die weiter rauchen möchte und einer häuslichen Versorgung mit Sauerstoff skeptisch gegenübersteht, - Situation einer überlasteten pflegenden Bezugsperson, die in der Entscheidungssituation steht, ob sie die familiale Pflege ihres von fortgeschrittener Demenz betroffenen Angehörigen weiterführen kann und Informationen zu rechtlichen und finanziellen Bedingungen der Versorgung benötigt, - Situationen mit älteren homosexuellen zu pflegenden Menschen oder Paaren, die sich in der Einrichtung diskriminiert fühlen, - Beratung einer Bezugsperson zur Hilfeleistung nach einem Sturzereignis eines älteren Menschen, - Situationen, in denen Schulungssequenzen für (Schul-)Kinder mit Asthma bronchiale und deren Bezugspersonen erforderlich sind und die Integration in den familiären Alltag und das soziale Umfeld eine Rolle spielen, |
|--|---|

| | | |
|--|---------------------|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Situationen, in denen durch Schulung/Beratung einer Familie die Entwicklung und soziale Integration des Kindes/Jugendlichen mit Asthma bronchiale gestärkt wird, - Situationen, in denen Jugendliche mit einem Diabetes Typ I motiviert werden müssen, Verantwortung für ihr Gesundheitsmanagement zu übernehmen, - Situation, in der Auszubildende, Praktikant/innen und freiwillig Engagierte in der Bewegungsinteraktion mit zu pflegenden Menschen angeleitet werden müssen. |
| Person-zentrierte Gestaltung von Pflegeprozessen und gezielte Kontaktaufnahme und Interaktion mit Menschen, deren Wahrnehmung und Erleben nicht immer dem eigenen Verständnis von Realität entspricht, Reflexion der Erfahrungen und gefundenen Lösungsansätze für eine tragfähige und belastbare Arbeitsbeziehung im Dia- bzw. Trialog | II.1 | <p>Auch in Arbeitskontexten außerhalb von spezialisierten Pflegeeinrichtungen die Auszubildenden dazu anhalten, Pflegeprozesse person-zentriert zu gestalten</p> <ul style="list-style-type: none"> - mit Menschen, die seelisch und/oder in ihrer Wahrnehmung bzw. dem Erleben der Realität eingeschränkt sind, - mit Menschen mit angeborener oder erworbener Behinderung, - mit Menschen mit Entwicklungsverzögerungen. <p>Im Rahmen des Pflegeprozesses den Auszubildenden den Auftrag geben, umfassende Anamnesen mit spezifischen Assessmentinstrumenten durchzuführen und jeweils eigene Konsequenzen abzuleiten.</p> |
| Sich an der Planung, Durchführung und Evaluation von Pflegeprozessen für chronisch psychisch kranke Menschen mit komplexem Hilfebedarf in der ambulanten oder stationären Langzeitversorgung umfassend, partizipativ und unter | I.3 / I.4 / II.1 | |

| | | |
|---|--------------|--|
| Berücksichtigung der besonderen Erfordernisse in der Interaktion und Beziehungsgestaltung beteiligen | | In die Pflegeprozesse Bezugspersonen der zu pflegenden Menschen, Pflegehelfer/-innen bzw. -assistent/-innen, Betreuungskräfte und freiwillig Engagierte in die Umsetzung von biografie- und lebensweltorientierten Angeboten integrieren und ihnen ggf. die Durchführungsverantwortung übertragen. Mit den Auszubildenden die Angebote reflektieren und ggf. anpassen. Folgende Fragen können dabei hilfreich sein: <ul style="list-style-type: none">- Welche Ziele verfolgen die biografie- und lebensweltorientierten Angebote? Werden sie zur Gestaltung von Alltagsaktivitäten, zum Training lebenspraktischer Fähigkeiten, zum Lernen und Spielen bzw. im Sinne einer stützenden Tagesstruktur oder zur sozialen und kulturellen Teilhabe angeboten? Inwieweit sind die Angebote für die zu pflegenden Menschen wirklich passend und partizipativ entwickelt?- Welche Erfahrungen haben die Auszubildenden in verschiedenen Einsatzorten dazu gemacht und welche Kompetenzen haben sie erworben? (insbesondere in der psychiatrischen und pädiatrischen Pflege)- Welche Angebote sind am aktuellen Einsatzort sinnvoll? Welche Kompetenzen können hier noch vertieft werden? (Z.B. für bestimmte Zielgruppen technische Assistenzsysteme recherchieren und auf einen möglichen Einsatz überprüfen.) Folgende Situationen können z.B. bearbeitet werden: <ul style="list-style-type: none">- Situation eines alten Menschen mit beeinträchtigten Denkprozessen (mit der medizinischen Diagnose einer beginnenden Demenz),- Situation einer/eines Jugendlichen mit einer Angststörung, |
| Den Pflegeprozess mit schwer pflegebedürftigen, kommunikations- und/oder wahrnehmungsbeeinträchtigten Menschen auf der Grundlage einer umfassenden Anamnese unter Nutzung ausgewählter Assessmentinstrumente gestalten; dabei den zu pflegenden Menschen und/oder seine Bezugspersonen einbeziehen | I.3 | |
| Biografiegespräche und Biografiearbeit mit zu pflegenden Menschen unter Berücksichtigung des familiären und sozialen Umfeldes auch in komplexen, belasteten oder vulnerablen Lebenssituationen durchführen und die Informationen als Teil der Anamnese in den Pflegeprozess integrieren | I.5 | |
| In komplexen Pflegesituationen unter Anerkennung der Selbstbestimmungsrechte der Personen eine umfassende Anamnese des familialen Systems sowie der bestehenden sozialen Netzwerke, genutzter Pflegesysteme und weiterer | I.6 III.3 | |

| | | |
|---|-----|---|
| <p>systemischer Kontexte im Umfeld des zu pflegenden Menschen erheben; die Ergebnisse in die Pflegeprozesse einbeziehen und unterschiedliche Versorgungsmöglichkeiten berücksichtigen</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - Situation eines Menschen mittleren Alters, der sich chronisch überlastet fühlt und unter dem Gefühl der Machtlosigkeit leidet (mit der medizinischen Diagnose einer Depression), - Situation eines alten Menschen mit herausforderndem Verhalten und/oder Delir (z. B. mit der medizinischen Diagnose fortgeschrittene Demenz), |
| <p>Geeignete Assessmentinstrumente für die Einschätzung von Entwicklungsverzögerungen von Kindern, Jugendlichen oder erwachsenen Menschen, insbesondere im Rahmen von komplexen Pflegesituationen, einsetzen; die Ergebnisse in die Pflegeprozesse zur Ermöglichung von Integration und Teilhabe einbeziehen; dabei die Selbstbestimmungsrechte der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen achten</p> | I.6 | <ul style="list-style-type: none"> - Situation eines alten Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung und mit biographischen Erfahrungen bzgl. Zwang und Fremdbestimmung, - Situation einer/eines Jugendlichen bzw. einer/eines jungen Erwachsenen mit Wahnerleben und der Gefahr einer selbst- und/oder fremdgefährdeten Gewalttätigkeit (z. B. mit der medizinischen Diagnose Schizophrenie), - Situation eines Menschen mittleren Alters mit beeinträchtigtem Coping (z. B. mit der medizinischen Diagnose Psychische Störung und Verhaltensstörungen durch Alkohol) und prekären Lebensverhältnissen (z. B. Wohnungslosigkeit), |
| <p>Im Rahmen der Verantwortung für den Pflegeprozess biografie- und lebensweltorientierte Angebote partizipativ konzipieren und diese insbesondere in Pflegeeinrichtungen mit längerfristiger Akutversorgung oder in der Langzeitversorgung mit den zu pflegenden Menschen umsetzen; dabei Bezugspersonen der zu pflegenden Menschen, Pflegehelfer/-</p> | I.5 | <ul style="list-style-type: none"> - Situation einer/eines Jugendlichen mit einer (stoffgebundenen) Abhängigkeitserkrankung, - Situation eines traumatisierten Kindes z. B. mit Fluchterfahrungen, - Situation eines Kindes mit einer Bindungsstörung im Kontext seiner Familie, |

| | | |
|--|-------------------------|--|
| innen bzw. -assistent/-innen, Betreuungs-kräfte und freiwillig Engagierte einbeziehen | | <ul style="list-style-type: none"> - Situation einer/eines Jugendlichen mit einer Ess-Störung, Mangelernährung und der Frage nach künstlicher Ernährung, - Situation einer schwangeren Jugendlichen/eines jungen Erwachsenen/Adoleszenten mit einer emotional-instabilen Persönlichkeitsentwicklung, - Situation, in der Eltern unterstützt werden, die die körperlichen und geistigen Einschränkungen ihres Schulkindes nach einem Unfall akzeptieren lernen, - Situationen, in denen die Aushandlungsprozesse von Rollen und Aufgaben der Bezugspersonen erforderlich sind (z. B. in der Frühgeborenenpflege, bei Kindern mit Neurodermitis oder Asthma bronchiale), |
| Herausforderungen und Konflikte in der Beziehungsgestaltung reflektieren, um ihnen professionell begegnen zu können. Dabei auch bewusst im Spannungsfeld zwischen Autonomieanerkennung und fürsorglicher Übernahme von Verantwortung für den anderen agieren | II.1 / I.3 / I.6 / II.3 | <ul style="list-style-type: none"> - Situation, in der ein älterer Mensch in einer Langzeitpflegeeinrichtung unzufrieden mit den biografie- und lebensweltorientierten Angeboten ist, - Situation eines jungen Menschen mit Behinderung, der allein leben möchte, aber alle Bezugspersonen Bedenken dazu haben (Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorge) mit dem kreativ über (digitale) Hilfsmittel zur Alltagsgestaltung nachgedacht werden muss. |
| Um die Chancen auf Integration und Teilhabe zu verbessern , gemeinsam mit Menschen mit Behinderung sowie ihren Bezugspersonen Anforderungskataloge für geeignete technische (auch digitale) Hilfsmittel zur Kompensation von nicht (mehr) vorhandenen Alltagskompetenzen aufstellen, mögliche soziale Unterstützungssysteme recherchieren sowie bei der Suche nach geeigneten Lösungen, Hilfen und Angeboten unterstützen | I.6 | <ul style="list-style-type: none"> - - - |
| In pflegerisch relevanten ethischen Dilemmasituationen die Folgen von Handlungsalternativen abwägen und dabei die Selbstbestimmung der zu pfle- | II.3 | Die Auszubildenden anregen, Pflegeprozesse in Konflikt- und Dilemmasituationen person-zentriert mit dem Ziel der Förderung von Selbstbestimmung zu gestalten, zum Beispiel |

| | | |
|--|------------------------------|---|
| <p>genden Menschen über das eigene Leben berücksichtigen; so zu einer begründeten eigenen Position gelangen und diese in die Entscheidungsfindung im Team einbringen</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - Situation einer ethischen Fallbesprechung, in der Menschen lebenserhaltende Maßnahmen ablehnen und Sterbehilfe einfordern, - Situation einer Fallbesprechung, in der drohende Gewalt und Machtmissbrauch zum Thema werden. <p>Die Auszubildenden dazu anregen, Dilemmasituationen und ethische Konflikte gezielt anzusprechen und in (ethische) Fallbesprechungen einzubringen bzw. diese gemeinsam anzuregen.</p> <p>Die Fallbesprechungen mit den Auszubildenden anhand folgender Schwerpunkte reflektieren:</p> |
| <p>An ethischen Fallbesprechungen des Pflegeteams bzw. an Sitzungen des Ethikkomitees teilnehmen und einen eigenen Standpunkt begründet einbringen</p> | <p>II.3</p> | |
| <p>Sich in Verbindung mit Konfliktsituationen eigene Deutungs- und Handlungsmuster in der pflegerischen Interaktion bewusst machen, diese im Rahmen von kollegialer Beratung und Supervision reflektieren und so Wege zu mehr Selbstachtung und Selbstfürsorge finden</p> | <p>II.1 V.2</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Vorbereitung der Fallbesprechung, Wahrnehmung eigener Deutungs- und Handlungsmuster, - Erleben der Interaktion, Art und Weise der Verhandlung der Interessen aller Beteiligten, - Einbringen der eigenen Position und Begründung, - Möglichkeiten der zu leistenden Emotionsarbeit, Aspekte der nachhaltigen Selbstfürsorge. |
| <p>Phänomene von Macht und Machtmissbrauch in pflegerischen Handlungsfeldern und Institutionen reflektieren</p> | <p>IV.1 / I.2 / II.1</p> | |

Generell

Teambezogene, institutions-/gesellschaftsbezogene Aufgaben (inkl. Reflexion)

| | | |
|--|---------------|--|
| Zu pflegende Menschen auch in risikobehafteten Situationen unter Einhaltung der erforderlichen Sicherheitsvorkehrungen begleiten; Strukturierte Übergaben durchführen und dokumentieren | I.4 | Mit den Auszubildenden <ul style="list-style-type: none"> - erlebte Notfallsituationen reflektieren (frühere und aktuelle) (ggf. Hospitalisation in der Rettungswache ermöglichen), - gemeinsam Ideen zum Risiko- und Fehlermanagement sammeln und beim Qualitätsmanagement mitwirken. Folgende komplexe Situationen können zum Beispiel bearbeitet werden: <ul style="list-style-type: none"> - Situationen in denen Auszubildende Transport-/Übergabesituationen vorbereiten und übernehmen (z. B. frisch operierte Patient/-innen aus dem Aufwachraum), Verlegungen in ein anderes Versorgungssystem, - Simulierte Situationen zum Einüben von Reanimationen, - Situation einer Notfallbehandlung bei vorliegender Patientenverfügung, - Notfallsituation, in der Interventionsentscheidungen und lebenserhaltende Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes getroffen werden, - Reanimation in einer Altenhilfeeinrichtung. |
| In der Reanimation mitwirken und Handlungssicherheit aufbauen | I.4 | |
| Die in Notfallsituationen relevanten rechtlichen Grundlagen (z. B. Vorsorgevollmacht, Patientenverfügungen) beachten | I.4 | |
| Im Einsatzbereich durchgeführte Notfallmaßnahmen kritisch reflektieren und im Rahmen der Qualitätssicherung konstruktiv an einem möglichen Risiko- und/oder Fehlermanagement mitwirken | 1.4 IV.1 | |
| Aus den Beobachtungen im Ausbildungsverlauf zu den Strukturen unterschiedlicher Versorgungsformen und Pflegeeinrichtungen Vorschläge für Innovationsimpulse in der Ausbildungseinrich- | III.1 IV.1 | Auszubildende ermutigen, sich in Prozesse der Qualitätsentwicklung einzubringen, indem mit ihnen Vorschläge für strukturelle Innovationsimpulse aus ihren Erfahrungen abgeleitet werden. Hierzu im Team / in Arbeitsgruppen der Einrichtung Gespräche anregen. |

| | | |
|--|--------------|---|
| tung ableiten; diese konstruktiv in den internen Prozess der Qualitätsentwicklung einbringen | | Mit Auszubildenden (auch im Team) z.B. über einen oder mehrere der folgenden Aspekte ins Gespräch kommen und Lösungsvorschläge dafür erarbeiten: <ul style="list-style-type: none"> - Strukturierung der Aufgabenverteilung und Dienstplangestaltung, - Weiterentwicklung des Pflegeleitbildes, - Weiterentwicklung partizipativer Ansätze in der Pflegeprozessgestaltung, - Hygienepläne und deren Umsetzung, |
| Situativ auftretende ökologische Fragen ansprechen, durch Recherche sowie im kollegialen Diskurs aufarbeiten, Lösungsmöglichkeiten reflektieren und die Ergebnisse in den internen Diskurs zur Qualitätssicherung einbringen | IV.1 IV.2 | <ul style="list-style-type: none"> - Strukturierung der Aufgabenverteilung und Dienstplangestaltung, - Weiterentwicklung des Pflegeleitbildes, - Weiterentwicklung partizipativer Ansätze in der Pflegeprozessgestaltung, - Hygienepläne und deren Umsetzung, |
| Prozesse und Ergebnisse der Pflege und ihrer Evaluation im digitalen oder analogen Dokumentationssystem der Einrichtung kontinuierlich festhalten und damit der internen und externen Qualitätsüberprüfung zur Verfügung stellen | IV.1 | <ul style="list-style-type: none"> - Umweltmanagement (z.B. Möglichkeiten der Reduzierung von Wasser- und Energieverbrauch im Arbeitsalltag sowie zur Entsorgung von Problemabfällen, zur Sammlung von Wertstoffen), - Hitzemanagement (z.B. Kühlung von Räumen, Trinkangebote, Medikamentenmanagement etc.), - reflektierte Nutzung digitaler Dokumentationssysteme bei der internen und externen Qualitätsüberprüfung, |
| Für das eigene Handeln im Rahmen der Pflegeprozessgestaltung geeignete Standards und Leitlinien heranziehen und die dabei gemachten Erfahrungen in die interne Qualitätsdiskussion einbringen; ebenso die Erfahrungen und Reflexionsergebnisse zu partizipativ ausgerichteten Ansätzen in der Pflegeprozessgestaltung | IV.1 | <ul style="list-style-type: none"> - Umgang mit Standards und Leitlinien – auch Überarbeitung interner Standards und/oder Implementierung von Expertenstandards, - Einführung von innovativen Pflegekonzepten. <p>Mit den Auszubildenden jeweils die eigene Argumentationsfähigkeit und Positionierung reflektieren.</p> |

| | | |
|---|-------------------|---|
| zur Diskussion stellen und damit zur Weiterentwicklung der Pflegequalität beitragen | | |
| An aktuell gegebenen Prozessen und Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung in der Einrichtung teilnehmen und eigene Erfahrungen und Sichtweisen fachlich begründet einbringen | IV.1 | |
| An Fallbesprechungen im intra- und interdisziplinären Team teilnehmen und die Sicht der Pflege in Bezug auf die (mit)verantworteten Versorgungsprozesse einbringen | III.3 | Mit den Auszubildenden Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und aufgekommene Spannungen / Konflikte reflektieren. Ebenso reflektieren, inwieweit die Sichtweisen und Interessen der eigenen Berufsgruppe vertreten werden konnten, weitere Entwicklungsmöglichkeiten für die Auszubildenden und das Team ableiten. |
| Abläufe (z. B. für eine Gruppe zu pflegender Menschen) in Abstimmung mit dem Team organisieren und ggf. Aufgaben angepasst an die Qualifikationsprofile und -niveaus im Pflegeteam delegieren und koordinieren | III.1 | <p>Folgende komplexe Situationen können zum Beispiel bearbeitet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Situation, in der Auszubildende in Konflikte im interprofessionellen Team eingebunden sind, weil unterschiedliche Vorstellungen im Hinblick auf Rehabilitationsziele zum Ausdruck kommen, - Situation einer interprofessionellen Fallbesprechung, in der die unterschiedlichen fachlichen Expertisen verhandelt und in der gemeinsamen Entscheidungsfindung die individuelle Lebenssituation des Kindes bzw. Jugendlichen und dessen Eltern bzw. Bezugspersonen berücksichtigt werden, |
| Die Einarbeitung von Auszubildenden, Praktikant/innen, Pflegefachpersonen im Anerkennungsverfahren, neuen Mitarbei- | I.1 / I.2 / III.3 | |

| | | |
|--|--------------------------|---|
| ter/innen, Pflegehelfer/-innen oder -assistent/-innen und freiwillig Engagierten in Teilbereichen (mit)übernehmen | | <ul style="list-style-type: none"> - Situation, in der Abläufe (inkl. Aufgaben) für eine Gruppe zu pflegender Menschen in einem qualifikationsgemischten Team organisiert und koordiniert werden müssen, |
| Bei der Teilnahme an ärztlichen Visiten bzw. im Kontakt mit Haus- und Fachärzt/-innen die pflegerische, auf umfassender Pflegediagnostik beruhende Sichtweise hinsichtlich geeigneter Pflegeinterventionen und der Beobachtungen zur Wirksamkeit medizinischer Maßnahmen einbringen | III.2 | <ul style="list-style-type: none"> - Situationen, in denen Auszubildende die pflegerische Expertise bei ärztlichen Visiten oder in der Zusammenarbeit mit Hausärzten einbringen, - Situation, in der eine sektorenübergreifende, partizipativ und interprofessionell ausgerichtete Versorgung eines schwer chronisch kranken Menschen und der Bezugspersonen abgestimmt werden muss und dabei Standards, Leitlinien sowie theoretische Modelle zur Begründung herangezogen werden sollen, - Situationen, in denen Auszubildende kollegiale Beratung und/oder Supervision erleben und in Bezug auf ihre Gesunderhaltung reflektieren, |
| An der sektorenübergreifenden, partizipativ und interprofessionell ausgerichteten Versorgung eines schwer akut oder chronisch kranken Menschen mitwirken und die pflegerischen Anteile der Planung, der Überleitung zwischen den Versorgungsbereichen sowie der Evaluation gemeinsam mit den zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen übernehmen | I.1 / III.3 / IV.1 / V.1 | <ul style="list-style-type: none"> - Teamsitzungen, in denen Auszubildende sich mit eigenen Impulsen zu Gesprächsthemen einbringen, z.B. zum Thema Lernortkooperation. |
| Konfliktpotenziale im interprofessionellen Team wahrnehmen, Bewältigungsstrategien erkunden und Möglichkeiten | III.3 | |

| | | |
|---|--------------|--|
| der Umsetzung mit der praxisanleitenden Person reflektieren | | |
| Prozesse der kollegialen Beratung und/oder Supervision im Alltag von Pflegeteams erfahren | III.1 V.2 | |
| Teamentwicklungsprozesse wahrnehmen und sich im Rahmen der eigenen Rolle mit eigenen Impulsen einbringen | III.1 | |

Genehmigte Vorlage

Vertiefungseinsatz im letzten Ausbildungsdrittel für den Ausbildungsabschluss zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

| | |
|----------------------------------|---|
| Zeit und Ort | im letzten Ausbildungsdrittel, beim Träger der praktischen Ausbildung in dem im Ausbildungsvertrag bestimmten Versorgungsbereich der stationären und ambulanten Gesundheits- und Kinderkrankenpflege |
| Umfang | 500 Stunden |
| Schwerpunkt des Einsatzes | <p>Die Auszubildenden vertiefen ihre in den Pflichteinsätzen der ersten beiden Ausbildungsdritteln bereits erworbenen Pflegekompetenzen zur Steuerung, Organisation, Gestaltung und Durchführung von Pflegeprozessen mit Kindern und Jugendlichen und unterstützen damit bei der Gesundheitsförderung und Prävention, Kuration, Rehabilitation, Palliation und Sozialpflege in komplexen Pflegesituationen.</p> <p>Auszubildende übernehmen selbstständig Aufgaben mit zu pflegenden Kindern und Jugendlichen, die folgende Merkmale aufweisen können:</p> <ul style="list-style-type: none">- hoher Grad an Pflegebedürftigkeit,- schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, die dauerhaft eine personelle Unterstützung erfordern- Instabile gesundheitliche Situation mit Komplikationsrisiken- Bedarf an komplizierten medizinisch-diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. <p>Sie übernehmen die Verantwortung für den Pflegeprozess in qualifikationsheterogenen Teams, arbeiten interprofessionell zusammen und steuern Prozesse sektorenübergreifend (mit).</p> |
| Hinweise | Der Vertiefungseinsatz baut auf Pflichteinsätzen aus den beiden ersten Ausbildungsdritteln auf und fokussiert die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, sodass für diesen Schwerpunktbereich von einer Zusammenführung und Vertiefung bisher erworberner Kompetenzen auszugehen ist. In diesem Einsatz wird auch der praktische Teil der staatlichen Prüfung abgelegt. |

| Zentrale Aufgaben | Kompetenzen nach PflAPrV | Beispiele für konkrete Anleitungssituationen zum Auswählen und Weiterentwickeln |
|---|--------------------------|--|
| Aufgaben zur Erkundung und (Selbst-)Reflexion (auch Aufgaben zur Einarbeitung in den Arbeitsbereich) | | |
| In Pflegeprozessen gegenüber zu pflegenden Kindern/Jugendlichen und ihrer Bezugspersonen eine person-zentrierte, entwicklungs- und familienorientierte Haltung einnehmen | II.1. | <ul style="list-style-type: none"> - Einen Tag zum Ankommen der Auszubildenden gestalten und das Team vorstellen, - Erfahrungen, konkrete Lernvoraussetzungen und Erwartungen der Auszubildenden erfragen, dabei gezielt auf spezifische Aspekte in der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen eingehen; Sichtung des Ausbildungsnachweises (ggf. entlang der Dokumente erzählen lassen: „Was bringen sie mit?“), - Erwartungen an die Auszubildenden klären und den Ausbildungsplan vorstellen („Was kann hier gelernt werden?“), - Zielsetzungen und Reflexionszeiten für den pädagogischen Einsatz gemeinsam festlegen (dabei besonders die Ziele für die Abschlussprüfung im Blick behalten). <p>Zum Beispiel können folgende Aufgaben für den Einsatz vereinbart werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auszubildende spezifische Pflegekonzepte der Einrichtung (z.B. Entwicklungsförderung, Familienorientierung, Kinderschutz) erkunden lassen und über Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu bisher kennengelernten Konzepten ins Gespräch kommen, |
| Die hinterlegten Pflegekonzepte am Einsatzort/des Trägers der praktischen Ausbildung in der pädagogischen Versorgung mit den im Verlauf des gesamten ersten Ausbildungsabschnitts kennengelernten Konzepten vergleichen und die Bedeutung für die Pflege im Vertiefungseinsatz bestimmen | I.1 | |

| | | |
|---|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - mit den Auszubildenden diskutieren, wie sich die Konzepte in den verschiedenen Schritten des Pflegeprozesses zeigen (z.B. in der Anamnese, bei der Ziel- und Interventionsbestimmung, in der Durchführung der Pflege, bei der Evaluation), - die Auszubildenden reflektieren lassen, ob und wie genau eine personzentrierte, entwicklungs- und familienorientierte Haltung im Konzept und in konkreten Pflegesituationen zum Ausdruck kommt bzw. kommen könnte, - Erfahrungen der Auszubildenden aufgreifen und überlegen, wie sie sich in die Arbeitsprozesse des Einsatzortes integrieren lassen können (vgl. teambezogene Aufgaben). |
| <p>Die im Ausbildungsverlauf entwickelten Strategien zur persönlichen Gesunderhaltung sowie das eigene berufliche Selbstverständnis kritisch reflektieren, nach persönlichen Lösungswegen für den Umgang mit Anforderungen, Konflikten und Spannungen suchen, sich bei neuen Anforderungen neue Wissenszusammenhänge erarbeiten sowie das vorhandene Wissen kontinuierlich aktualisieren, persönliche Strategien für die (lebenslang) erforderlichen Recherche- und Aneignungsprozesse ableiten</p> | <p>I.2 / II.1 / II.2 / III.1 / III.2 / IV.2 / V.1 / V.2</p> | <p>Mit den Auszubildenden kontinuierlich und mit Bezug zum Ausbildungsverlauf das Gespräch suchen, z.B. über:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strategien zur persönlichen Gesunderhaltung (z.B. rückengerechte Arbeitsweise, Stressabbau, Prüfungsvorbereitung), - Reflexion einer persönlichen Haltung zum Umgang mit Kindern und Jugendlichen sowie ihren Bezugspersonen, - ihre Einstellung zur baldigen vollständigen Verantwortungsübernahme, - erlebte belastende Pflege- und Teamsituationen und Strategien des Umgangs damit im Vergleich zum Beginn der Ausbildung, - Erfahrungen mit Supervision/kollegialer Beratung, - Erfahrungen mit Kindeswohlgefährdung und Maßnahmen zum Umgang mit der Verletzlichkeit und dem Schutzbedarf von Kindern, |

| | | |
|---|-----|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Erfahrungen und der Umgang mit kultureller oder sexueller Diversität, - Erfahrungen und der Umgang mit Diskriminierungen, - gesundheitsbezogene Angebote der Einrichtung und die Nutzung dieser Angebote, - das Hitzemanagement der Einrichtung, - Strategien zum Umgang mit unbekannten Situationen bzw. neuen Anforderungen oder Wissensdefiziten (z.B. Recherchestrategien in der Pflegepraxis, digitale Angebote der Einrichtung oder Möglichkeiten, die in der Schule kennengelernt wurden und überall zum Einsatz kommen können). <p>Verantwortung für ausgewählte Aufgaben gezielt an die Auszubildenden übergeben und die dabei gemachten Erfahrungen gemeinsam mit ihnen reflektieren. Insbesondere auch die Wirkung von erfolgter oder ausbleibender Anerkennung und den persönlichen Umgang damit ansprechen.</p> |
| Den kollegialen Austausch im Pflegeteam suchen, um die eigene Sicht auf aktuelle berufspolitische Fragen zu erweitern und pflegepolitische Entscheidungen bewerten zu können | V.2 | <p>Auszubildende anregen, mit verschiedenen Kolleg/-innen zum Beispiel über folgende Themen ins Gespräch zu kommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personelle, finanzielle, digitale Rahmenbedingungen und Entwicklungen des Versorgungsbereiches, - Auswirkungen dieser Entwicklungen auf die eigene Tätigkeit (z.B. den Personalschlüssel zur konkreten Versorgung in Beziehung setzen), - das Profil und Selbstverständnis der Gesundheits- und Kinderkrankenzpflege in der Ausbildungseinrichtung sowie im Ausbildungsverlauf, |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - die neue Pflegeausbildung (z.B. die generalistische Ausrichtung und die Möglichkeit gesonderter Berufsabschlüsse, Bedeutung vorbehaltener Tätigkeiten), - europaweite Anerkennung und Mobilität, bezogen auf die verschiedenen Abschlüsse gemäß PflBG, - Professionalisierung in der Pflege, - Berufsverbände, Gewerkschaften und Pflegekammern und ihre Bedeutung für die Berufsgruppe, - Möglichkeiten der beruflichen Weiterqualifizierung und Spezialisierung, - Strategien zur Verbesserung der Pflegequalität, - Das Erleben von interprofessioneller Zusammenarbeit. <p>Mit den Auszubildenden Konsequenzen abwägen, die sich aus aktuellen pflege- und gesundheitspolitischen Themen für den Versorgungsbereich und die eigene Pflegetätigkeit ergeben und konkrete Handlungsmöglichkeiten entwickeln. Dabei auch die Vorbildfunktion der Rolle der Praxisanleitung und mögliche Begrenzungen thematisieren.</p> |
|--|--|

Genehmigt

Aufgaben in Pflegesituationen (inkl. Reflexion)

| | | |
|--|------------------|---|
| <p>Die Pflegeprozesse für eine Gruppe zu pflegender Kinder/Jugendlicher und ihrer Familien umfassend gestalten, verantwortlich durchführen, dokumentieren und evaluieren. Personenbezogene Aspekte (z.B. zum Entwicklungsstand, zum Familiensystem, zum Verständnis von Gesundheit und Krankheit, zu Kultur und Religion) identifizieren und situationsbezogen in Pflegeprozesse integrieren</p> | <p>I.1 – I.6</p> | <p>Vorbereitung der Lernprozesse Mit Auszubildenden zum Pflegeprozess ins Gespräch kommen – z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie wurden die Phasen des Pflegeprozesses in den verschiedenen Einsatzbereichen gestaltet? - Sind Unterschiede in der Pflegeprozessorganisation und -gestaltung zwischen den verschiedenen Zielgruppen und Lebensaltern beobachtbar, bzw. können besondere Merkmale von Pflegeprozessen für Neugeborene, Kinder und Jugendliche bestimmt werden? Welche? - Welche Schwerpunkte waren dabei zu erkennen? Welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten lassen sich für den Ausbildungsverlauf und den aktuellen Einsatzort festhalten? |
| <p>Den allgemeinen, gesundheits- und entwicklungsbedingten Selbstpflege- und Dependenzpflegebedarf von Früh- und Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen mit gesundheitlichen Problemlagen und Nutzung von ausgewählten Einschätzungsskalen und Assessments einschätzen. Ggf. eine Familienanamnese erheben; (intuitive) Elternkompetenzen im Umgang mit einem Früh-/Neugeborenen/Kind beobachten und anhand von bezugswissenschaftlichen Kriterien einschätzen und fördern</p> | <p>I.2</p> | <p>Mit Auszubildenden auch über folgende Erfahrungen ins Gespräch kommen und ggf. Lernziele dazu bestimmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erfahrungen mit digitalen Technologien in der Pflege, |

| | | |
|---|------------|--|
| <p>Kindliche Verletzlichkeit und Schutzbedürftigkeit wahrnehmen und in den Pflegeprozesse integrieren</p> | <p>I.2</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Erfahrungen mit neu aufgenommenen zu pflegenden Kindern/Jugendlichen und ihren Bezugspersonen/Familien, - Vorkenntnisse und Erfahrungen mit Entlassungs- und Überleitungsplanung (in andere Versorgungsbereiche oder ins häusliche Umfeld) und Schnittstellenmanagement. |
| <p>Veränderungen des Gesundheitszustandes systematisch verantwortlich erheben. Die ermittelten Daten anhand von pflegewissenschaftlichen sowie medizinischen, insbesondere pädiatrischen Erkenntnissen erklären und interpretieren, pflegebezogene Interventionen in Abstimmung mit dem therapeutischen Team einleiten, durchführen und evaluieren. Den Standpunkt der Pflege im interprofessionellen Diskurs vertreten</p> | <p>I.2</p> | <p>Vorbereitung der Pflegeprozesse</p> <p>Mit den Auszubildenden eine Gruppe geeigneter zu pflegender Kinder/Jugendlicher und ihrer Bezugspersonen auswählen; mindestens ein Kind sollte in einem hohen Grad pflegebedürftig sein (vgl. komplexe Pflegesituationen weiter unten)</p> <p>Auszubildenden folgende Aufträge geben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gespräche mit und über die zu pflegenden Kinder/Jugendlicher und ihren Bezugspersonen anhand der Dokumentation und Beobachtungen zu Aspekten ihrer Lebenswelt führen, |
| <p>Sensomotorische/motorische Entwicklungsrisiken und Verzögerungen sowie abweichende Bewegungs- und Haltungs muster mithilfe Assessmentverfahren einschätzen und anhand des bereits erarbeiteten Wissens und mit Hilfe von Pflegediagnosen interpretieren. Bewegungsressourcen durch gezielte Interventionen in Absprache mit dem therapeutischen Team fördern, bzw. Bezugspersonen anleiten</p> | <p>I.2</p> | <ul style="list-style-type: none"> - die aktuelle Situation der zu pflegenden Kinde/Jugendlichen einschätzen und dabei entwicklungsbezogene, familiäre, kulturelle, soziale, ethische Aspekte sowie Überzeugungen zu Gesundheit und Krankheit einbeziehen, - ggf. Abstimmungen mit dem therapeutischen Team vornehmen und dabei den Standpunkt der Pflege im interprofessionellen Diskurs vertreten, - die Pflegeabläufe (inkl. Termine) für die Gruppe organisieren, Prioritäten setzen, dabei Standards und Leitlinien berücksichtigen, |

| | | |
|--|---------------------|--|
| <p>Subjektive (auch kulturell und entwicklungsbedingte) Vorstellungen/Verständnis und Überzeugungen von Gesundheit und Krankheit gesundheitsförderlich in die Pflegeprozessgestaltung integrieren</p> | <p>I.2 II.1</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Instrumente der Qualitätssicherung im Stationsalltag identifizieren (z.B. Fallbesprechungen oder Formen partizipativer Gesprächsführung) und daran teilnehmen bzw. (versuchsweise) entsprechende Formate gemeinsam einführen (z.B. Fallkonferenzen, Pflegevisiten, Bed-Side-Übergaben), - fortlaufend eigene Kompetenzlücken wahrnehmen und Strategien zur Schließung anwenden. |
| <p>Die Prozessplanung mit den zu pflegenden Kindern/Jugendlichen und/oder ihren Bezugspersonen gemeinsam entwickeln bzw. abstimmen und kontinuierlich evaluieren. In diesem Prozess eine person-zentrierte Haltung einnehmen und körper-leiborientierte Momente der Interaktionsgestaltung integrieren. Für pflegerische Interaktionen mit Früh-/Neugeborenen, Kindern/Jugendlichen eine entwicklungs- und altersgerechte Sprache, bzw. geeignete entwicklungsfördernde Kommunikationsformen anwenden</p> | <p>I.1 II.1</p> | <p>Gemeinsame Umsetzung des Pflegeprozesses – von der Anamnese/ Pflegediagnostik über die Ziel- und Interventionsplanung bis zur Durchführung und Steuerung geplanter Maßnahmen – dabei:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zunehmend selbstständige Übernahme der Prozessschritte, z.B. in Verbindung mit neu aufgenommenen zu pflegenden Kindern/Jugendlichen, - spezifische Assessmentinstrumente und Pflegetheorien (insbesondere mit Schwerpunkten in den der Entwicklungs- und Familienorientierung) einbeziehen, - digitale Technologien einbeziehen und reflektieren, - aktuelle Veränderungen der zu pflegenden Kinder/Jugendlicher fortlaufend wahrnehmen und einschätzen, |
| <p>Situations- und Fallbesprechungen unter Einbeziehung der zu pflegenden Kinder/Jugendlicher und/oder ihrer Bezugspersonen auf der Grundlage des Einsatzes von geeigneten Formen der Gesprächsführung beteiligungsorientiert gestalten</p> | <p>II.1</p> | <p>Abweichungen vom Pflegeplan besprechen und begründen, pflege- und bezugswissenschaftliche Erkenntnisse einbeziehen.</p> <p>Evaluation des Pflegeprozesses – z.B. anhand folgender Aspekte besprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Umsetzung der Entwicklungs- und Familienorientierung, der Beziehungsgestaltung (auch über längere Zeiträume), Person-zentrierung |

| | | |
|---|-------|--|
| In der Planung, Umsetzung und Evaluation von Pflegeprozessen ethische Fragestellungen berücksichtigen | II.3 | bzw. Partizipation der zu pflegenden Kinder/Jugendliche und ihrer Bezugspersonen an der Prozessgestaltung, <ul style="list-style-type: none"> - Wirkung der Pflege (Verknüpfung von interner und externer Evidenz), Reaktionen und Rückmeldungen der zu pflegenden Kinder/Jugendlicher und ihrer Bezugspersonen, - Überprüfung der Zielerreichung, - Evaluation dokumentieren, - Konsequenzen für die weitere Planung bzw. die Überarbeitung der Planung sowie das Entlassungs- und Überleitungsmanagement ableiten. |
| Für die zu pflegenden Kinder/Jugendlichen im Rahmen der Prozessverantwortung Termine in Abstimmung mit anderen, an der Versorgung beteiligten Personen, Berufsgruppen und Institutionen organisieren und koordinieren | III.3 | |
| Den Pflegeprozess in unterschiedlichen komplexen gesundheitlichen Problemlagen der Kinder und Jugendlichen mit dem Ziel der Wiederherstellung von Gesundheit, Entwicklung, Selbst- und Dependenzpflegekompetenz oder der Vermeidung einer Zustandsverschlechterung, bzw. mit dem Fokus einer Verbesserung von Lebensqualität integrativ gestalten, umsetzen und evaluieren. (Kuration, Rehabilitation, Prävention) | I.2 | Kontinuierliche Reflexion der Lernprozesse, zum Beispiel anhand erlebter: <ul style="list-style-type: none"> - eigener Empfindungen und Reaktionen der zu pflegenden Kinder/Jugendlicher und ggf. ihrer Bezugspersonen, - Herausforderungen im Umgang mit Kindern/Jugendlichen in verschiedenen Lebensaltern, - Herausforderungen in der Arbeit mit Angehörigen und Familiensystemen, - Herausforderungen in der Durchführung der Pflege und einzelner Pflegeinterventionen, - körperlicher und emotionaler Belastungen, |
| Für die Begründung des im Rahmen der Pflegeprozessgestaltung verantworteten Handelns, insbesondere bei neuen, bisher unbekannten Pflegephänomenen und | V.1 | <ul style="list-style-type: none"> - Selbstwirksamkeit, - Herausforderungen in Verbindung mit ethischen Fragestellungen, - Gestaltung der Abläufe, |

| | | |
|---|---------------------------|--|
| gesundheitlichen Problemlagen, ergänzendes, wissenschaftlich fundiertes Wissen aus den Pflege- und Bezugswissenschaften recherchieren | | <ul style="list-style-type: none"> - Kompetenzlücken und Möglichkeiten, diese zu schließen. |
| An der Planung, Umsetzung und Evaluation von komplexen , auch durch potenzielle gesundheitliche Instabilität und Risiken, diagnostische oder therapeutische Unsicherheit oder Vulnerabilität und Krisenhaftigkeit gekennzeichneten Versorgungsprozessen mitwirken | III.2 | <p>Die Umsetzung des Pflegeprozesses – jeweils anhand der oben ausführten Schritte – soll in komplexen Pflegesituationen erfolgen.</p> <p>Vorschläge zum Vorgehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bei der Auswahl der Pflegesituationen die Lernbedarfe der Auszubildenden und die Anforderungen im Versorgungsbereich aufeinander abstimmen. - Auszubildende auffordern, Wissenslücken durch gezielte Recherche zu schließen, dabei auch Gesundheits-Apps bzw. andere digitale Begleiter sowie Standards und Leitlinien einbeziehen. Jeweils die Reichweite, den Nutzen, die Relevanz und das Umsetzungspotenzial der recherchierten Ergebnisse hinterfragen bzw. situativ einschätzen lassen. - Herausforderungen der Situationen mit den Auszubildenden identifizieren und die Umsetzung zusammen planen – z. B. Auswahl und Anpassung von Assessmentinstrumenten, Entlassungs-/Überleitungsmanagement, patientenorientierte und altersgerechte Informationsaufbereitung, Abstimmung mit medizinischen Fachpersonen, Beobachtung/Überwachung von Gesundheitsrisiken, Mitwirkung an Diagnostik und Therapie |
| An der sektorenübergreifenden, partizipativ und interprofessionell ausgerichteten | I.2 / II.2 / III.2 / IV.2 | Beispiele für Pflegesituationen, abhängig vom Einsatzort: |
| | I.1 / III.3 / IV.1 / V.1 | |

| | | |
|--|--------------------|---|
| <p>teten Versorgung eines schwer akut oder chronisch kranken Kindes/Jugendlichen mitwirken</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - Situation eines Frühgeborenen aus der 32. Schwangerschaftswoche mit Apnoe-Bradykardie-Syndrom, High-Flow-Sauerstofftherapie und sehr ängstlichen Eltern, die in ihrer Elternkompetenz gefördert werden, |
| <p>Den Pflegeprozess für Kinder/Jugendliche mit komplizierten, schwer heilenden Wunden (z.B. Verbrennungen, schweren auch chronischen Erkrankungen der Haut) individuell in Abstimmung mit Ärzt/innen und den zu pflegenden Kinder/Jugendlichen selbst und/oder ihren Bezugspersonen planen, umsetzen und kontinuierlich evaluieren</p> | <p>III.2</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Situation eines Säuglings, dessen Eltern in ein Methadonprogramm eingebunden sind und in ihren Elternkompetenzen gefördert werden, sowie die Einbindung früher Hilfen erforderlich ist, - Situation eines Schulkindes mit einer kongenitalen Myopathie, das auf eine Dauerbeatmung angewiesen ist und in einer Einrichtung für langzeitbeatmete Kinder lebt, - Situation, in der ein Kind mit einer fortgeschrittenen rheumatischen Erkrankung aus der Reha-Einrichtung in die Familie entlassen und ein komplexes Case Management erforderlich wird, |
| <p>Pflegeprozesse für Kinder/Jugendliche, die operiert wurden oder werden sollen, auch in Verbindung mit einem komplexen, ggf. mit Komplikationsrisiken verbundenen invasiven Eingriff, mit einer umfassenden Informationssammlung vorbereiten und planen, umsetzen und evaluieren</p> | <p>I.2 V.1</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Situation eines 4-jährigen Jungen mit einer akuten lymphatischen Leukämie der sich bereits seit drei Monaten einer intensiven Behandlung weit entfernt vom Wohnort der Familie unterzieht und dessen Geschwister unter der Trennung der Familie sehr leiden, - Situation eines Neugeborenen, das an einer schwerwiegenden Fehlbildung des Herzens und/oder der großen Gefäße leidet und sich mehreren risikoreichen Operationen unterziehen muss, - Situation eines 8-jährigen Jungen mit Migrationshintergrund der an einer schweren chronischen Nierenerkrankung leidet und sich einer Hämodialyse unterziehen muss, bei dem die Bezugspersonen die deutsche Sprache nicht verstehen, |
| <p>Den Pflegeprozess in komplexen Situationen, z. B. bei schwer zu deutenden Unruhezuständen, Angst, akuten und chronischen Schmerzen oder vor schmerhaften diagnostischen und</p> | <p>I.3</p> | |

| | | |
|---|----------------------|---|
| <p>therapeutischen Interventionen, an entsprechenden Leitlinien und Standards orientiert individuell gestalten und das Schmerzassessment sowie die Wirkung der gewählten schmerzlindernden Interventionen evaluieren</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - Situation eines 16-jährigen Mädchens mit Adhärenzproblemen bei Diabetes mellitus Typ 1, - Situationen einer jungen Erwachsenen, die an einer schweren Cystischen Fibrose leidet und eine Transition in den Versorgungskontext der Erwachsenenmedizin erfolgen soll. |
| <p>Im Rahmen der Verantwortung für den Pflegeprozess medizinische Verordnungen selbstständig umsetzen und dabei zunehmend Sicherheit in der Mitwirkung an komplizierten diagnostisch-therapeutischen Maßnahmen gewinnen; die medizinische Dokumentation beachten und sich ggf. durch Wissensrecherche Informationen zu unbekannten Verfahren der medizinischen Diagnostik und Therapie sowie zugehörige Pflegetechniken aneignen</p> | <p>III.2 V.1</p> | |
| <p>Den Pflegeprozess mit Kindern/Jugendlichen in der letzten Lebensphase und ihren Bezugspersonen/Familien bedürfnisorientiert, Leid mildernd und mit Rückgriff auf geeignete Modelle einer palliativen Versorgung planen, verständnis- und respektvoll durchführen und evaluieren</p> | <p>I.3</p> | <p>Folgende Aspekte können zur Begleitung von zu pflegenden Kindern und Jugendlichen in der letzten Lebensphase vertiefend mit den Auszubildenden zum Beispiel reflektiert werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Welche Gelingensmomente von Gesprächssituationen konnte die Auszubildende erfahren? - Wie können individuelle kindliche Vorstellungen von Sterben und Tod bzw. Sinnfindung in die Pflege einbezogen werden? |

| | | |
|--|---------------------|--|
| <p>Sterbende Kinder/Jugendliche und ihre Bezugspersonen zu spezifischen Schwerpunkten pädiatrisch-palliativer Versorgungsangebote informieren</p> | <p>I.3 II.1</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Wie können Wünsche und Bedarfe von Bezugspersonen/Familien in die Pflege einbezogen oder respektvoll zurückgewiesen werden? - Wie können Bezugspersonen und freiwillig Engagierte z.B. von Kinder-Hospiz-Gruppen zu ausgewählten leidmildernden Interventionen angeleitet werden? |
| <p>Subjektive, entwicklungsbedingte (auch kulturell bedingte) Vorstellungen vom Sterben und vom Tod, die die Gestaltung des Pflegeprozesses maßgeblich mitbestimmen, mit den zu pflegenden Kinder/Jugendlicher und ihren Familien besprechen und in die Informationssammlung integrieren</p> | <p>I.3</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Wie finden die Abstimmungsprozesse im intra- und interprofessionellen Team, z.B. hinsichtlich des Schmerzmanagements, statt und welche Bedeutung haben sie? Wie kann eine ambulante pädiatrisch-palliative Versorgung stattfinden? - Wie wird die Begleitung des Abschiednehmens gestaltet bzw. wie kann sie in verschiedenen Versorgungsbereichen gut gestaltet werden? - Welche Fähigkeiten benötigen Pflegefachpersonen für eine würdevolle Versorgung verstorbener Früh-Neugeborener, Kinder und Jugendlicher und angemessene Beileidsbekundungen? - Welche spezifischen Angebote können Pflegende in der Begegnung mit verwaisten Eltern machen? - Was kann „Evaluation der Pflege“ im Kontext einer palliativen Versorgung bedeuten? <p>Folgende Pflegesituationen können gewählt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Situationen bei denen ein Früh- bzw. Neugeborenes während der Geburt oder in den ersten postpartalen Stunden verstirbt, - Situationen in denen ein Früh-/Neugeborenes mit mehrfachen Fehlbildungen geboren wird und die Eltern das Kind ablehnen, |

| | | |
|---|--------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Situation von Familien mit einem schwer mehrfachbehinderten Kind, die sich für eine begrenzte Zeit im Kinderhospiz aufhalten und in ihrer Familiengesundheit unterstützt werden, - Situation eines onkologisch erkrankten Kindes mit einer sehr schlechten Prognose und dessen Situation ein umfassendes Medikamentenmanagement erfordert, - Situation, in der die Kontinuität der palliativen Versorgung an den Schnittstellen organisiert werden muss, - Situation, in der Auszubildende in ethische Entscheidungsfindungsprozesse eingebunden sind, z.B. Therapiegrenzen, Ablehnung einer Therapie des Kindes durch die Eltern. |
| Zu pflegende Kinder/Jugendliche und ihre Bezugspersonen im Umgang mit krankheits- sowie therapie- und pflegebedingten Anforderungen informieren, anleiten und beraten und sie darin unterstützen, ihre Gesundheitsziele zu erreichen | II.2 | <p>In Pflegeprozesse integriert ist jeweils die Frage: Welchen konkreten Informations-/Anleitungs- oder Beratungsbedarf haben zu pflegende Kinder und Jugendliche und/oder ihre Bezugspersonen? Dies wird bereits bei der Erhebung der aktuellen Situation der zu pflegenden Kinder/Jugendlicher angesprochen werden.</p> <p>Folgende Fragen zur Reflexion mit den Auszubildenden können zunächst hilfreich sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie sind die Kompetenzen der Auszubildenden zu diesen Aufgaben ausgeprägt? Welche konkreten Erfahrungen haben sie dazu? (ggf. vertiefende Hospitationen in der Einrichtung ermöglichen) - Wie unterscheiden die Auszubildenden Informations-, Anleitungs- oder Beratungsbedarf? In welchen Situationen kommt welches Format wahrum zum Einsatz? |
| Gemeinsam mit den Bezugspersonen fallbezogen erforderliche Informationen | II.2 IV.2 | |

| | | |
|--|---------------------|--|
| <p>zu den rechtlichen und finanziellen Bedingungen der Versorgung zusammentragen und Spielräume (Entlastungsmöglichkeiten) für die Gestaltung der pflegerischen Versorgung ermitteln</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - Welche Erfahrungen haben sie dazu, wie Informieren, Anleiten oder Beratung umgesetzt wurde? Inwieweit wurde dabei auf Konzepte Bezug genommen? - Welche Erfahrungen haben die Auszubildenden mit der Anleitung von Auszubildenden, Praktikant/innen und freiwillig Engagierten? |
| <p>Bezugspersonen zu Fragen der pflegerischen Versorgung gezielt ansprechen, entsprechend anleiten, einbeziehen und zu Herausforderungen und Belastungen, die mit der Pflegesituation verbunden sind, fachlich korrekt und verständlich informieren sowie situationsbezogen beraten bzw. mögliche Beratungskontakte vermitteln.</p> <p>Auszubildende, Praktikant/innen, Pflegefachpersonen im Anerkennungsverfahren und freiwillig Engagierte anleiten und dabei didaktische Prinzipien der Vermittlung gezielt umsetzen</p> | <p>I.2 II.2</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Welche didaktischen Prinzipien haben sie in der Vermittlung bisher umgesetzt? - Welche Lernbedarfe ergeben sich aus dieser Reflexion? <p>Aus der Gruppe der zu pflegenden Kinder/Jugendliche und Bezugspersonen auswählen, die einen ermittelten Informations-/Anleitungs- und/oder Beratungsbedarf haben. Es können Personen sein, die</p> <ul style="list-style-type: none"> - einem Aspekt der persönlichen Gesundheitsförderung oder der pflegerischen Versorgung ihres Kindes gegenüber aufgeschlossen sind, - oder einem Versorgungsangebot eher skeptisch gegenüberstehen. <p>Die Auszubildenden auffordern</p> <ul style="list-style-type: none"> - den konkreten Informations-/Anleitungs- bzw. Beratungsbedarf des zu pflegenden Kindes/Jugendlichen bzw. seiner Bezugsperson zu erheben, - Lebenswelt- und familiale Überlegungen sowie bezugswissenschaftliche Erkenntnisse (z. B. aus Psychologie oder Gesundheitswissenschaften) heranzuziehen, um ein person-zentriertes Vorgehen daraus abzuleiten, |
| <p>Einen partizipativen Beratungsprozess, der sich hauptsächlich auf die nicht-direktive Vermittlung von Wissen zu Fragen der Gesundheitsförderung und/oder zur Selbst- /Dependenzpflege bezieht, mit einem zu pflegenden Kind/Jugendlichen</p> | <p>II.2</p> | |

| | | |
|--|--------------|---|
| und/oder einer pflegenden Bezugsperson gestalten | | <ul style="list-style-type: none"> - die Zielsetzung der Intervention in Abstimmung mit den beteiligten Personen festzulegen, |
| Auf Kinder/Jugendliche und ihre Bezugspersonen, die einem pflegerischen Versorgungsangebot eher skeptisch oder ablehnend gegenüberstehen, zugehen, Ansatzzpunkte für einen Beziehungsaufbau suchen und Aushandlungsprozesse gestalten | II.1 II.2 | <ul style="list-style-type: none"> - erforderliche Informationen zusammenzutragen, zielgruppenorientiert auszuwählen und verständlich in einer am Entwicklungsstand orientierten Sprache aufzubereiten, - Gesundheits-Apps bzw. digitale Assistenzsysteme einzubeziehen, - geeignete Interventionsformen vorzuschlagen und auszuwählen und dabei auch theoretische Begründungen der Interventionskonzepte heranzuziehen, - die Intervention situativ anzupassen und durchzuführen, - die Umsetzung mit den zu pflegenden Kindern/Jugendlichen und Bezugspersonen zu evaluieren und z.B. die Zielerreichung zu überprüfen, - die Intervention sachgerecht zu dokumentieren und die Ergebnisse der Evaluation in die weitere Gestaltung des Pflegeprozesses einzubeziehen. <p>Abschließend den gesamten Prozess mit der / dem Auszubildenden reflektieren und dabei z.B. folgende Aspekte ansprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die beobachteten Wirkungen auf die beteiligen Personen und deren Umfeld, bzw. das Familiensystem, - die theoretische Begründung des ausgewählten Anleitungs-/ Beratungs- oder Schulungskonzepts, - die eigene Rolle und das persönliche Aufgabenverständnis als Pflegefachperson, |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - sich ergebende Veränderungen in der Zusammenarbeit im intra- und interprofessionellen Team. <p>Der beschriebene Prozess sollte in angepasster Weise auch auf Situationen übertragen werden, in denen Auszubildende, Praktikant/innen und freiwillig Engagierte informiert, angeleitet oder beraten werden wollen.</p> <p>Zum Beispiel können folgende Situationen bearbeitet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Situation einer Mutter mit Fragen zum Stillen und/oder zur gesunden Ernährung ihres Kindes, - Situation, in der Eltern eines Neugeborenen in der Entwicklung von Feinfühligkeit und Bindung unterstützt werden, - Situation, in der Eltern eines Neugeborenen in der Anwendung von gesundheits- und entwicklungsfördernden Bewegungskonzepten angeleitet werden, - Situation eines Kleinkinds mit Manifestation eines Diabetes mellitus Typ 1 deren Bezugspersonen im Therapiemanagement angeleitet werden, - Situationen in denen ein präventives Anliegen im Vordergrund steht, z.B. Prävention SIDS, Prävention von Kinderunfällen, Prävention einer Kindeswohlgefährdung, Vermittlung von frühen Hilfen, Prävention von Abhängigkeiten, Adipositas, Umgang mit Hitze, Impfempfehlungen und Vorsorgeuntersuchungen, - Situation eines Kindes/Jugendlichen mit erhöhtem Risiko von Krampfanfällen, das eine Regelschule besucht, - Situationen, in denen Schulungssequenzen für (Schul-)Kinder mit Asthma bronchiale und deren Bezugspersonen erforderlich sind und die |
|--|--|

| | | |
|---|------------------|---|
| | | <p>Integration in den familiären Alltag und das soziale Umfeld eine Rolle spielen,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Situationen, in denen durch Schulung/Beratung einer Familie die Entwicklung und soziale Integration des Kindes/Jugendlichen mit Asthma bronchiale gestärkt wird, - Situationen, in denen Jugendliche mit einem Diabetes Typ I motiviert werden müssen, selbst Verantwortung für ihr Gesundheitsmanagement zu übernehmen, - Situationen in denen Familien mit einem schwer mehrfachbehinderten Kind Entlastung benötigen. |
| Person-zentrierte Gestaltung von Pflegeprozessen und gezielte Kontaktaufnahme und Interaktion mit Kindern/Jugendlichen, deren Wahrnehmung und Erleben nicht immer dem eigenen Verständnis von Realität entspricht, Reflexion der Erfahrungen und gefundenen Lösungsansätze für eine tragfähige und belastbare Arbeitsbeziehung im Dia- bzw. Trialog | II.1 | <p>Auch in Arbeitskontexten außerhalb von spezialisierten Pflegeeinrichtungen die Auszubildenden dazu anhalten, Pflegeprozesse person-zentriert zu gestalten</p> <ul style="list-style-type: none"> - mit Kindern/Jugendlichen, die seelisch und/oder in ihrer Wahrnehmung bzw. dem Erleben der Realität eingeschränkt sind, - mit Menschen mit angeborener oder erworbener Behinderung, - mit Menschen mit Entwicklungsverzögerungen. <p>Im Rahmen des Pflegeprozesses den Auszubildenden den Auftrag geben, umfassende Anamnesen mit spezifischen Assessmentinstrumenten durchzuführen und jeweils eigene Konsequenzen ableiten zu lassen.</p> |
| Sich an der Planung, Durchführung und Evaluation von Pflegeprozessen für chronisch psychisch kranke Kinder/Jugendliche mit komplexem Hilfebedarf in der ambulanten oder stationären | I.3 / I.4 / II.1 | <p>In die Pflegeprozesse Bezugspersonen der zu pflegenden Kinder/Jugendlicher, andere Professionen, Pflegehelfer/-innen bzw. -assistent/-innen, Be-</p> |

| | | |
|--|-------------|--|
| Langzeitversorgung umfassend, partizipativ und unter Berücksichtigung der besonderen Erfordernisse in der Interaktion und Beziehungsgestaltung beteiligen | | treuungskräfte und freiwillig Engagierte in die Umsetzung von lebenswelt-orientierten Angeboten integrieren und ihnen ggf. die Durchführungsverantwortung übertragen (z.B. in Einrichtungen der Frühförderung, integrative Kindertagesstätten bzw. Schulen, inklusive Bildungsangebote). |
| Pflegeprozesse für Kinder/Jugendliche, die aufgrund von erheblichen sensorischen und/oder kognitiven Einschränkungen einen erhöhten Pflegebedarf haben, auf der Grundlage einer umfassenden Anamnese unter Nutzung ausgewählter Assessmentinstrumente gestalten; dabei Entwicklungsprozesse, Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeiten durch gezielte Berührungsinterventionen und pflegerische Angebote fördern | I.3 II.1 | <p>Mit den Auszubildenden die Angebote reflektieren und ggf. anpassen. Folgende Fragen können dabei hilfreich sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Welche Ziele verfolgen die Angebote? Werden sie zur Gestaltung von Alltagsaktivitäten, zum Training lebenspraktischer Fähigkeiten, zum Lernen und Spielen bzw. im Sinne einer stützenden Tagesstruktur oder zur sozialen und kulturellen Teilhabe angeboten? Inwieweit sind die Angebote für die zu pflegenden Kinder/Jugendlichen wirklich passend und partizipativ entwickelt? - Welche Erfahrungen haben die Auszubildenden in verschiedenen Einsatzorten dazu gemacht und welche Kompetenzen haben sie erworben? (insbesondere in der psychiatrischen und pädiatrischen Pflege) |
| Lebensweltorientierte Gespräche mit zu pflegenden Kindern/Jugendlichen und ihren Bezugspersonen/Familien unter Berücksichtigung des familiären und sozialen Umfeldes auch in komplexen, belasteten oder vulnerablen Lebenssituationen durchführen und die Informationen als Teil der Anamnese in den Pflegeprozess integrieren | I.5 | <ul style="list-style-type: none"> - Welche Angebote sind am aktuellen Einsatzort sinnvoll? Welche Kompetenzen können hier noch vertieft werden? Z.B. für bestimmte Zielgruppen technische Assistenzsysteme recherchieren und auf einen möglichen Einsatz überprüfen. <p>Folgende Situationen können z.B. bearbeitet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Situation eines/einer Jugendlichen mit einem Schädel-Hirn-Trauma (Folge eines Unfalls), der/die in einer Rehabilitationseinrichtung in seiner/ihrer Alltagskompetenz angeleitet und gefördert wird, - Situation eines 12-jährigen Kindes mit einer angeborenen schweren Mehrfachbehinderung einem Hydrocephalus und einer Epilepsie, das |
| In komplexen Pflegesituationen unter Anerkennung der Selbstbestimmung und | I.5 | |

| | | |
|---|-------|---|
| <p>Beteiligung, (bzw. der besonderen Schutzbedürftigkeit) von Kindern/Jugendlichen und ihrer Familien eine umfassende Anamnese des familialen Systems sowie der bestehenden sozialen Netzwerke, genutzter Pflegesysteme und weiterer systemischer Kontexte erheben; die Ergebnisse in die Pflegeprozesse einbeziehen und unterschiedliche Versorgungsmöglichkeiten berücksichtigen</p> | III.3 | <p>eine Sonderschule besucht und bei dem die Familiengesundheit gefährdet ist,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Situation einer/eines Jugendlichen mit einer Angststörung, - Situation einer/eines Jugendlichen bzw. einer/eines jungen Erwachsenen mit Wahnerleben und der Gefahr einer selbst- und/oder fremdgefährdenden Gewalttätigkeit (z. B. mit der medizinischen Diagnose Schizophrenie), - Situation von Familien in prekären Lebensverhältnissen (z. B. Kinderarmut), - Situation einer/eines Jugendlichen mit einer (stoffgebundenen) Abhängigkeitserkrankung, |
| <p>Geeignete Assessmentinstrumente für die Einschätzung von Entwicklungsverzögerungen von Früh-/Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen, insbesondere im Rahmen von komplexen Pflegesituationen, einsetzen. Die Ergebnisse in die Pflegeprozesse zur Ermöglichung von Integration und Teilhabe einbeziehen</p> | I.6 | <ul style="list-style-type: none"> - Situation eines traumatisierten Kindes mit z. B. Fluchterfahrungen - Situation eines Kindes mit einer Bindungsstörung im Kontext seiner Familie, - Situation einer/eines Jugendlichen mit einer Ess-Störung, Mangelernährung und der Frage nach künstlicher Ernährung, - Situation einer schwangeren Jugendlichen/eines jungen Erwachsenen/Adoleszenten mit einer emotional-instabilen Persönlichkeitsentwicklung, |
| <p>Im Rahmen der Verantwortung für den Pflegeprozess entwicklungsfördernde und alltagsorientierte Angebote partizipativ konzipieren und diese in Einrichtungen mit längerfristiger Akutversorgung und/oder in Einrichtungen der rehabilitati-</p> | I.5 | <ul style="list-style-type: none"> - Situation, in der Eltern unterstützt werden, die die körperlichen und geistigen Einschränkungen ihres Schulkindes nach einem Unfall akzeptieren lernen, |

| | | |
|--|------------------------------------|--|
| <p>ven und/oder palliativen Langzeitversorgung mit Kindern und Jugendlichen und ihren Bezugspersonen und Familien umsetzen. Pflegehilfspersonen und freiwillig Engagierte einbeziehen und Durchführungsverantwortung übertragen. Dabei die kulturellen und religiösen Lebenszusammenhänge, die familiäre und soziale Situation sowie die Entwicklungsaufgaben der Kinder/Jugendlichen berücksichtigen</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - Situationen, in denen die Aushandlungsprozesse von Rollen und Aufgaben der Bezugspersonen erforderlich sind (z. B. in der Frühgeborenenpflege, bei Kindern mit Neurodermitis oder Asthma bronchiale), - Situation eines jungen Menschen mit Behinderung, der allein leben möchte, aber alle Bezugspersonen Bedenken dazu haben (Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorge) mit dem kreativ über (digitale) Hilfsmittel zur Alltagsgestaltung nachgedacht werden muss, - Situation, in der ein Kind/Jugendlicher mit einer schweren Mehrfachbehinderung den Umgang mit einem digitalen Hilfsmittel zur Kommunikation erlernen soll. |
| <p>Herausforderungen und Konflikte in der Beziehungsgestaltung reflektieren, um ihnen professionell begegnen zu können. Dabei auch bewusst im Spannungsfeld zwischen Autonomieanerkennung und fürsorglicher Übernahme von Verantwortung für den anderen agieren</p> | <p>II.1 / I.3 / I.6 / II.3</p> | |
| <p>Um die Chancen auf Integration und Teilhabe zu verbessern, gemeinsam mit Kinder/Jugendlichen mit Behinderung sowie ihren Bezugspersonen Anforderungskataloge für geeignete technische (auch digitale) Hilfsmittel zur Kompensation von nicht (mehr) vorhandenen Alltagskompe-</p> | <p>I.6</p> | |

| | | |
|---|-------------|--|
| tenzen bzw. für mögliche soziale Unterstützungssysteme bestimmen und bei der Suche nach geeigneten Lösungen, Hilfen und Angeboten unterstützen | | |
| In pflegerisch relevanten ethischen Dilemmasituationen die Folgen von Handlungsalternativen unter Berücksichtigung des Kindeswohls von Kindern/Jugendlichen der Selbstbestimmung, dem elterlichen Sorgerecht und deren Fürsorgepflicht abwägen und zu einer begründeten eigenen Position gelangen; diese in die Entscheidungsfindung im Team einbringen | II.3 | <p>Die Auszubildenden anregen, Pflegeprozesse in Konflikt- und Dilemmasituationen person-zentriert zu gestalten, z.B. bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verdacht auf Kindesmisshandlung und sexuellem Missbrauch, - Verweigerung ärztlicher Behandlungen oder notwendiger Medikamente, - Drogen- und Alkoholsucht der Eltern, - Vernachlässigung (mangelnde Ernährung, Hygiene, Bekleidung etc.). <p>Die Auszubildenden dazu anregen, Dilemmasituationen und ethische Konflikte gezielt anzusprechen und in (ethische) Fallbesprechungen einzubringen bzw. diese gemeinsam anzuregen.</p> |
| An ethischen Fallbesprechungen des Pflegeteams bzw. Sitzungen des Ethikkomitees teilnehmen und einen eigenen Standpunkt begründet einbringen | II.3 | <p>Die Fallbesprechungen mit den Auszubildenden anhand folgender Schwerpunkte reflektieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vorbereitung der Fallbesprechung, Wahrnehmung eigener Deutungs- und Handlungsmuster, |
| Sich in Verbindung mit Konfliktsituationen eigene Deutungs- und Handlungsmuster in der pflegerischen Interaktion bewusst machen, diese im Rahmen von kollegialer Beratung und Supervision reflektieren und so Wege zu mehr Selbstachtung und Selbstfürsorge finden | II.1 V.2 | <ul style="list-style-type: none"> - Erleben der Interaktion, Art und Weise der Verhandlung der Interessen aller Beteiligten, - Einbringen der eigenen Position und Begründung, - Möglichkeiten der zu leistenden Emotionsarbeit, Aspekte der nachhaltigen Selbstfürsorge, |

| | | |
|--|-------------------|---|
| Phänomene von Macht und Machtmissbrauch in pflegerischen Handlungsfeldern und Institutionen insbesondere von Kindern/Jugendlichen reflektieren | IV.1 / I.2 / II.1 | |
| Teambezogene, institutions-/gesellschaftsbezogene Aufgaben (inkl. Reflexion) | | |
| Zu pflegende Kinder/Jugendliche auch in risikobehafteten Situationen unter Einhaltung der erforderlichen Sicherheitsvorkehrungen begleiten. Strukturierte Übergaben durchführen und dokumentieren | I.4 | <p>Mit den Auszubildenden</p> <ul style="list-style-type: none"> - erlebte Notfallsituationen reflektieren (frühere und aktuelle), - gemeinsam Ideen zum Risiko- und Fehlermanagement sammeln und beim Qualitätsmanagement mitwirken. <p>Folgende komplexe Situationen können zum Beispiel bearbeitet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Situationen in denen Auszubildende Transport-/Übergabesituationen vorbereiten und übernehmen (z. B. frisch operierte Kinder und Jugendliche aus dem Aufwachraum), Verlegungen in ein anderes Versorgungssystem, - Simulierte Situationen zum Einüben von Reanimationen, - Notfallsituation, in der Interventionsentscheidungen und lebenserhaltende Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes getroffen werden. |
| Die in Notfallsituationen relevanten rechtlichen Grundlagen (z. B. Vorsorgevollmacht, Patientenverfügungen) beachten. | 1.4 | |
| Im Einsatzbereich durchgeführte Notfallmaßnahmen kritisch reflektieren und im Rahmen der Qualitätssicherung konstruktiv an einem möglichen Risiko- und/oder Fehlermanagement mitwirken | 1.4 IV.1 | |

| | | |
|---|-----------------------|---|
| <p>Aus den Beobachtungen im Ausbildungsverlauf zu den Strukturen unterschiedlicher Versorgungsformen und Pflegeeinrichtungen ausgewählte Vorschläge für strukturelle Innovationsimpulse in der Ausbildungseinrichtung ableiten und diese konstruktiv in den internen Prozess der Qualitätsentwicklung einbringen</p> | <p>III.1 IV.1</p> | <p>Auszubildende anregen, sich in Prozesse der Qualitätsentwicklung einzubringen, indem mit ihnen Vorschläge für strukturelle Innovationsimpulse aus ihren Erfahrungen abgeleitet und im Team / in Arbeitsgruppen der Einrichtung dazu Gespräche angeregt werden.</p> <p>Mit Auszubildenden (auch im Team) z.B. über folgende Aspekte ins Gespräch kommen und Lösungsvorschläge dafür erarbeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strukturierung der Aufgabenverteilung und Dienstplangestaltung, - Weiterentwicklung des Pflegeleitbildes, - Entwicklung von Kinderschutzkonzepten und grenzüberschreitendem Verhalten, - Weiterentwicklung partizipativer Ansätze in der Pflegeprozessgestaltung, - Hygienepläne und deren Umsetzung, |
| <p>Situativ auftretende ökologische Fragen ansprechen, durch Recherche sowie im kollegialen Diskurs aufarbeiten, Lösungsmöglichkeiten reflektieren und die Ergebnisse in den internen Diskurs zur Qualitätssicherung einbringen</p> | <p>IV.1 IV.2</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Vorgehen bei nosokomialen Infektionen in Hochrisikobereichen (z.B. auf Frühgeborenenstationen, Stationen mit stark immunsupprimierten Kindern/Jugendlichen, Transplantationseinheiten), - Umweltmanagement (z.B. Möglichkeiten der Reduzierung von Wasser- und Energieverbrauch im Arbeitsalltag sowie zur Entsorgung von Problemabfällen, zur Sammlung von Wertstoffen), |
| <p>Prozesse und Ergebnisse der Pflege und ihrer Evaluation im digitalen oder analogen Dokumentationssystem der Einrichtung kontinuierlich festhalten und damit der internen und externen Qualitätsüberprüfung zur Verfügung stellen</p> | <p>IV.1</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Hitzemanagement (z.B. Kühlung von Räumen, Trinkangebote, Medikamentenmanagement etc.), - reflektierte Nutzung digitaler Dokumentationssysteme bei der internen und externen Qualitätsüberprüfung, |
| <p>Für das eigene Handeln im Rahmen der Pflegeprozessgestaltung geeignete Standards und Leitlinien heranziehen und die dabei gemachten Erfahrungen in die interne Qualitätsdiskussion einbringen;</p> | <p>IV.1</p> | |

| | | |
|--|-------|--|
| <p>ebenso die Erfahrungen und Reflexionsergebnisse zu partizipativ ausgerichteten Ansätzen in der Pflegeprozessgestaltung zur Diskussion stellen und damit zur Weiterentwicklung der Pflegequalität beitragen.</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - Umgang mit Standards und Leitlinien – auch Überarbeitung interner Standards und/oder Implementierung von Expertenstandards, - Einführung von innovativer Pflegekonzepte, z.B. entwicklungsfördernde und familienorientierte Konzepte, digitale Patientendokumentation, zentrales Medikamentenmanagement zur Vermeidung von Medikamentenfehlern. |
| <p>An aktuell gegebenen Prozessen und Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung in der Einrichtung teilnehmen und eigene Erfahrungen und Sichtweisen fachlich begründet einbringen</p> | IV.1 | <p>Mit den Auszubildenden jeweils die eigene Argumentationsfähigkeit und Positionierung reflektieren.</p> |
| <p>An Fallbesprechungen im intra- und interdisziplinären Team teilnehmen und die Sicht der Pflege in Bezug auf die (mit)verantworteten Versorgungsprozesse einbringe.</p> | III.3 | <p>Mit den Auszubildenden Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und aufgekommene Spannungen / Konflikte reflektieren. Ebenso reflektieren, inwieweit die Sichtweisen und Interessen der eigenen Berufsgruppe vertreten werden konnten, weitere Entwicklungsmöglichkeiten für die Auszubildenden und das Team ableiten.</p> |
| <p>Abläufe (z. B. für eine Gruppe zu pflegender Kinder und Jugendlicher und ihrer Bezugspersonen) in Abstimmung mit dem Team organisieren und ggf. Aufgaben angepasst an die Qualifikationsprofile und -niveaus im Pflegeteam delegieren und koordiniere.</p> | III.1 | <p>Folgende komplexe Situationen können zum Beispiel bearbeitet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Situation, in der Auszubildende in Konflikte im interprofessionellen Team eingebunden sind, weil unterschiedliche Vorstellungen im Hinblick auf Diagnostik und Therapie zum Ausdruck kommen, - Situation einer interprofessionellen Fallbesprechung, in der die unterschiedlichen fachlichen Expertisen verhandelt und in der gemeinsamen Entscheidungsfindung die individuelle Lebenssituation des Kindes bzw. |

| | | |
|---|---------------------------------|---|
| <p>Die Einarbeitung von Auszubildenden, Praktikant/innen, Pflegefachpersonen im Anerkennungsverfahren, neuen Mitarbeiter/innen, Pflegehelfer/-innen bzw. -assistent/-innen und freiwillig Engagierte in Teilbereichen (mit)übernehmen</p> | <p>I.1 / I.2 / III.3</p> | <p>Jugendlichen und dessen Eltern bzw. Bezugspersonen berücksichtigt werden,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Situation, in der Abläufe (inkl. Aufgaben) für eine Gruppe zu pflegender Kinder/Jugendlicher in einem qualifikationsgemischten Team organisiert und koordiniert werden müssen, - Situationen, in denen Auszubildende die pflegerische Expertise bei ärztlichen Visiten oder in der Zusammenarbeit mit Hausärzten einbringen, |
| <p>Bei der Teilnahme an ärztlichen Visiten bzw. im Kontakt mit Haus- und Fachärzt/-innen die pflegerische, auf umfassender Pflegediagnostik beruhende Sichtweise hinsichtlich geeigneter Pflegeinterventionen und der Beobachtungen zur Wirksamkeit medizinischer Maßnahmen einbringen</p> | <p>III.2</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Situation, in der eine sektorenübergreifende, partizipativ und interprofessionell ausgerichtete Versorgung eines schwer chronisch kranken Kindes/Jugendlichen und deren Bezugspersonen abgestimmt werden muss und dabei Standards, Leitlinien sowie theoretische Modelle zur Begründung herangezogen werden sollen, - Situationen, in denen Auszubildende kollegiale Beratung und/oder Supervision erleben und in Bezug für ihre Gesunderhaltung reflektieren, |
| <p>An der sektorenübergreifenden, partizipativ und interprofessionell ausgerichteten Versorgung eines schwer akut oder chronisch kranken Kindes/Jugendlichen mitwirken und die pflegerischen Anteile der Planung, der Überleitung zwischen den Versorgungsbereichen sowie der Evaluation gemeinsam mit den zu pflegenden Kinder/Jugendlichen und ihren Bezugspersonen übernehmen</p> | <p>I.1 / III.3 / IV.1 / V.1</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Teamsitzungen, in denen Auszubildende sich mit eigenen Impulsen zu Gesprächsthemen einbringen, z.B. zum Thema Lernortkooperation. |

| | | |
|--|----------------------|--|
| <p>Konfliktpotenziale im interprofessionellen Team wahrnehmen, Bewältigungsstrategien erkunden und Möglichkeiten der Umsetzung mit der praxisanleitenden Person reflektieren.</p> | <p>III.3</p> | |
| <p>Prozesse der kollegialen Beratung und/oder Supervision im Alltag von Pflegeteams erfahren</p> | <p>III.1 V.2</p> | |
| <p>Teamentwicklungsprozesse wahrnehmen und sich im Rahmen der eigenen Rolle mit eigenen Impulsen einbringen</p> | <p>III.1</p> | |

Genehmigte V

Vertiefungseinsatz im letzten Ausbildungsdrittel für den Ausbildungsabschluss zur Altenpflegerin/zum Altenpfleger

| | |
|-----------------------------------|---|
| Zeit und Ort | im letzten Ausbildungsdrittel, beim Träger der praktischen Ausbildung in dem im Ausbildungsvertrag bestimmten Versorgungsbereich der stationären oder ambulanten Langzeitpflege |
| Umfang | 500 Stunden |
| Schwerpunkte des Einsatzes | <p>Die Auszubildenden vertiefen ihre in der stationären oder ambulanten Langzeitpflege bereits erworbenen Pflegekompetenzen zur Steuerung, Organisation, Gestaltung und Durchführungen von Pflegeprozessen mit alten Menschen und unterstützen damit bei der Gesundheitsförderung und Prävention, Kuration, Rehabilitation, Palliation und Sozialpflege in komplexen Pflegesituationen.</p> <p>Auszubildende übernehmen selbstständig Aufgaben mit zu pflegenden alten Menschen, die folgende Merkmale aufweisen können:</p> <ul style="list-style-type: none">- hoher Grad an Pflegebedürftigkeit- schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, die dauerhaft eine personelle Unterstützung einfordern- instabile gesundheitliche Situation mit Komplikationsrisiken- Bedarf an komplizierten medizinisch-diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. <p>Sie übernehmen die Verantwortung für den Pflegeprozess in qualifikationsheterogenen Teams, arbeiten interprofessionell zusammen und steuern Prozesse sektorenübergreifend (mit).</p> |
| Hinweise | Der Vertiefungseinsatz baut auf Pflichteinsätzen aus den beiden ersten Ausbildungsdritteln auf, sodass für diesen Schwerpunktbereich von einer Zusammenführung und Vertiefung bisher erworberer Kompetenzen auszugehen ist. In diesem Einsatz wird auch der praktische Teil der staatlichen Prüfung abgelegt. |

| Zentrale Aufgabenstellungen | Kompetenzen nach PflAPrV | Beispiele für konkrete Anleitungssituationen zum Auswählen und Weiterentwickeln |
|---|--------------------------|---|
| Aufgaben zur Erkundung und (Selbst-)Reflexion (auch Aufgaben zur Einarbeitung in den Arbeitsbereich) | | |
| In Pflegeprozessen gegenüber zu pflegenden alten Menschen eine person-zentrierte Haltung einnehmen | II.1. | <ul style="list-style-type: none"> - Einen Tag zum Ankommen der Auszubildenden gestalten und das Team vorstellen, - Erfahrungen, konkrete Lernvoraussetzungen und Erwartungen der Auszubildenden auch im Hinblick auf den gesonderten Berufsabschluss erfragen, Sichtung des Ausbildungsnachweises (ggf. entlang der Dokumente erzählen lassen: „Was bringen Sie mit?“), - Erwartungen an die Auszubildenden klären und Ausbildungsplan vorstellen („Was kann hier gelernt werden?“), - Zielsetzungen und Reflexionszeiten für den Einsatz gemeinsam festlegen (dabei besonders die Ziele für die Abschlussprüfung im Blick behalten). <p>Zum Beispiel können folgende Aufgaben für den Einsatz vereinbart werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auszubildende das Pflegekonzept der Einrichtung erkunden lassen und über Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu bisher kennengelernten Konzepten ins Gespräch kommen, - mit den Auszubildenden diskutieren, wie sich das Konzept in den verschiedenen Schritten des Pflegeprozesses zeigt (z.B. in der Anamnese, |
| Das hinterlegte Pflegekonzept am Einsatzort/des Trägers der praktischen Ausbildung mit den im Verlauf des gesamten ersten Ausbildungsabschnitts kennengelernten Konzepten vergleichen und die Bedeutung für die Pflege im Vertiefungseinsatz bestimmen | I.1 | |

| | | |
|---|---|---|
| | | <p>insbesondere der Biografiearbeit, bei der Ziel- und Interventionsbestimmung, in der Durchführung der Pflege, bei der Evaluation),</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Auszubildenden reflektieren lassen, ob und wie genau eine personzentrierte Haltung im Konzept und in konkreten Pflegesituationen zum Ausdruck kommt bzw. kommen könnte; welche Bedeutung einer Biografie- und Lebensweltorientierung zukommt, - Erfahrungen der Auszubildenden aufgreifen und überlegen, wie sie sich in die Arbeitsprozesse des Einsatzortes integrieren lassen können (vgl. teambezogene Aufgaben). |
| <p>Die im Ausbildungsverlauf entwickelten Strategien zur persönlichen Gesunderhaltung sowie das eigene berufliche Selbstverständnis kritisch reflektieren, nach persönlichen Lösungswegen für den Umgang mit Anforderungen, Konflikten und Spannungen suchen, sich bei neuen Anforderungen neue Wissenszusammenhänge erarbeiten sowie das vorhandene Wissen kontinuierlich aktualisieren, persönliche Strategien für die (lebenslang) erforderlichen Recherche- und Aneignungsprozesse ableiten</p> | <p>I.2 / II.1 / II.2 / III.1 / III.2 / IV.2 / V.1 / V.2</p> | <p>Mit den Auszubildenden kontinuierlich und mit Bezug zum Ausbildungsverlauf das Gespräch suchen, z.B. über:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strategien zur persönlichen Gesunderhaltung (z.B. rückengerechte Arbeitsweise, Stressabbau, Prüfungsvorbereitung), - ihre Einstellung zur baldigen vollständigen Verantwortungsübernahme, - erlebte belastende Pflege- und Teamsituationen und Strategien des Umgangs damit im Vergleich zum Beginn der Ausbildung, - Erfahrungen mit Supervision/kollegialer Beratung; - Erfahrungen und der Umgang mit kultureller oder sexueller Diversität, - Erfahrungen und der Umgang mit Diskriminierungen, - gesundheitsbezogene Angebote der Einrichtung und die Nutzung dieser Angebote, - das Hitzemanagement der Einrichtung, |

| | | |
|--|------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Strategien zum Umgang mit unbekannten Situationen bzw. neuen Anforderungen oder Wissensdefiziten (z.B. Recherchestrategien in der Pflegepraxis, digitale Angebote der Einrichtung oder Möglichkeiten, die im Unterricht kennengelernt wurden und überall zum Einsatz kommen können). <p>Verantwortung für ausgewählte Aufgaben gezielt an die Auszubildenden übergeben und die dabei gemachten Erfahrungen gemeinsam mit ihnen reflektieren. Insbesondere auch die Wirkung von erfolgter oder ausbleibender Anerkennung und den persönlichen Umgang damit ansprechen.</p> |
| <p>Den kollegialen Austausch im Pflegeteam suchen, um die eigene Sicht auf aktuelle berufspolitische Fragen zu erweitern und pflegepolitische Entscheidungen bewerten zu können</p> | <p>V.2</p> | <p>Auszubildende anregen, mit verschiedenen Pflegefachpersonen zum Beispiel über folgende Themen ins Gespräch zu kommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personelle, finanzielle, digitale Standards und Entwicklungen des Versorgungsbereiches, - Auswirkungen dieser Entwicklungen auf die eigene Tätigkeit (z.B. den Personalschlüssel zur konkreten Versorgung in Beziehung setzen), - die neue Pflegeausbildung (z.B. die generalistische Ausrichtung und die Möglichkeit gesonderter Berufsabschlüsse, Bedeutung vorbehaltener Tätigkeiten, auch im Kontext der gesonderten Berufsabschlüsse), - Berufsverbände, Gewerkschaften und Pflegekammern und ihre Bedeutung für die Berufsgruppe, europaweite Anerkennung und Mobilität, bezogen auf die verschiedenen Abschlüsse gemäß PfIBG. <p>Mit den Auszubildenden Konsequenzen abwägen, die sich aus aktuellen pflege- und gesundheitspolitischen Themen für den Versorgungsbereich</p> |

| | | |
|---|-------------|---|
| | | und die eigene Pflegetätigkeit ergeben und konkrete Handlungsmöglichkeiten entwickeln. Dabei auch die Vorbildfunktion der Rolle der Praxisanleitung und mögliche Begrenzungen thematisieren. |
| Aufgaben in Pflegesituationen (inkl. Reflexion) | | |
| Die Pflegeprozesse für eine Gruppe zu pflegender alter Menschen umfassend gestalten, verantwortlich durchführen, dokumentieren und evaluieren. Personenbezogene Aspekte (z.B. zu Biografie, Kultur, Gender, Ethik) identifizieren und situationsbezogen in Pflegeprozesse integrieren | I.1 – I.6 | <p>Vorbereitung der Lernprozesse</p> <p>Mit Auszubildenden zum Pflegeprozess ins Gespräch kommen – z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie wurden die Phasen des Pflegeprozesses in den verschiedenen Einsatzbereichen gestaltet? - Welche Schwerpunkte waren dabei zu erkennen? Welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten lassen sich für den Ausbildungsverlauf und den aktuellen Einsatzort festhalten? |
| Die Prozessplanung mit den zu pflegenden alten Menschen und/oder ihren Bezugspersonen gemeinsam entwickeln bzw. abstimmen und kontinuierlich evaluieren. In diesem Prozess eine person-zentrierte Haltung einnehmen und körper-leiborientierte Momente der Interaktionsgestaltung integrieren, um darüber Anerkennung der zu pflegenden Menschen zu realisieren | I.1 II.1 | <ul style="list-style-type: none"> - In welchem Zusammenhang stand die Gestaltung des Pflegeprozesses mit den Pflegesystemen des Einsatzortes (Funktions-/Gruppen-/ Bereichspflege, Primary Nursing)? - Wie wurde eine person-zentrierte Haltung eingelöst? <p>Mit Auszubildenden auch über folgende Erfahrungen ins Gespräch kommen und ggf. Lernziele dazu bestimmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erfahrungen mit digitalen Technologien in der Pflege, - Erfahrungen mit neu aufgenommenen zu pflegenden alten Menschen und Eingewöhnungskonzepten, |
| Situations- und Fallbesprechungen unter Einbeziehung der zu pflegenden Menschen und/oder ihrer Bezugspersonen auf | II.1 | |

| | | |
|---|-------|---|
| der Grundlage des Einsatzes von geeigneten Formen der Gesprächsführung partizipativ gestalten | | <ul style="list-style-type: none"> - Vorkenntnisse und Erfahrungen mit Entlassungs- und Überleitungsplanung (in andere Versorgungsbereiche oder ins häusliche Umfeld) und Schnittstellenmanagement. |
| In der Planung, Umsetzung und Evaluation von Pflegeprozessen ethische Fragestellungen berücksichtigen | II.3 | <p>Vorbereitung der Pflegeprozesse</p> <p>Mit den Auszubildenden eine Gruppe geeigneter zu pflegender alter Menschen auswählen; mindestens eine Person sollte in einem hohen Grad pflegebedürftig sein (vgl. komplexe Pflegesituationen weiter unten).</p> <p>Auszubildenden folgende Aufträge geben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gespräche mit und über die zu pflegenden alten Menschen anhand der Dokumentation und Beobachtungen zu Aspekten ihrer Lebenswelt und Lebensgeschichte führen, - die aktuelle Situation der zu pflegenden Menschen einschätzen und dabei kulturelle, biographische, soziale, ethische Aspekte sowie Überzeugungen zu Gesundheit und Krankheit einbeziehen, - ggf. Abstimmungen mit dem therapeutischen Team vornehmen und dabei den Standpunkt der Pflege im interdisziplinären Diskurs vertreten, - die Pflegeabläufe (inkl. Termine) für die Gruppe organisieren, Prioritäten setzen, dabei Standards und Leitlinien berücksichtigen, - Instrumente der Qualitätssicherung im Stationsalltag / im Wohnbereichs-/Wohngruppenalltag / im häuslichen Umfeld identifizieren (z.B. Fallbesprechungen oder Formen partizipativer Gesprächsführung) und daran teilnehmen bzw. (versuchsweise) entsprechende Formate gemeinsam einführen (z.B. Fallkonferenzen, Pflegevisiten, Bed-Side-Übergaben), |
| Veränderungen des Gesundheitszustandes systematisch verantwortlich erheben , die ermittelten Daten anhand von pflegewissenschaftlichen sowie medizinischen, insbesondere geriatrischen sowie gerontologischen Erkenntnissen erklären und interpretieren, pflegebezogene Interventionen in Abstimmung mit dem therapeutischen Team einleiten, durchführen und evaluieren. Den Standpunkt der Pflege im interdisziplinären Diskurs vertreten. | III.3 | <ul style="list-style-type: none"> - Gespräche mit und über die zu pflegenden alten Menschen anhand der Dokumentation und Beobachtungen zu Aspekten ihrer Lebenswelt und Lebensgeschichte führen, - die aktuelle Situation der zu pflegenden Menschen einschätzen und dabei kulturelle, biographische, soziale, ethische Aspekte sowie Überzeugungen zu Gesundheit und Krankheit einbeziehen, - ggf. Abstimmungen mit dem therapeutischen Team vornehmen und dabei den Standpunkt der Pflege im interdisziplinären Diskurs vertreten, - die Pflegeabläufe (inkl. Termine) für die Gruppe organisieren, Prioritäten setzen, dabei Standards und Leitlinien berücksichtigen, - Instrumente der Qualitätssicherung im Stationsalltag / im Wohnbereichs-/Wohngruppenalltag / im häuslichen Umfeld identifizieren (z.B. Fallbesprechungen oder Formen partizipativer Gesprächsführung) und daran teilnehmen bzw. (versuchsweise) entsprechende Formate gemeinsam einführen (z.B. Fallkonferenzen, Pflegevisiten, Bed-Side-Übergaben), |
| | I.2 | |

| | | |
|--|---------------------|--|
| <p>Bewegungs- und Haltungsmuster erheben, mithilfe geeigneter Assessmentverfahren einschätzen und anhand des bereits erarbeiteten Wissens sowie mithilfe von Pflegediagnosen interpretieren; Bewegungsressourcen durch gezielte Pflegeinterventionen in Abstimmung mit dem therapeutischen Team fördern und, wenn möglich, erhalten oder ausbauen</p> | <p>I.2</p> | <ul style="list-style-type: none"> - fortlaufend eigene Kompetenzlücken wahrnehmen und Strategien zur Schließung anwenden. <p>Gemeinsame Umsetzung des Pflegeprozesses – von der Anamnese/ Pflegediagnostik über die Ziel- und Interventionsplanung bis zur Durchführung und Steuerung geplanter Maßnahmen – dabei:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zunehmend selbstständige Übernahme der Prozessschritte, z.B. in Verbindung mit neuaufgenommenen zu pflegenden alten Menschen, - spezifische Assessmentinstrumente und Pflegetheorien einbeziehen, - digitale Technologien einbeziehen und reflektieren, - aktuelle Veränderungen der zu pflegenden alten Menschen fortlaufend wahrnehmen und einschätzen, - Abweichungen vom Pflegeplan besprechen und begründen, pflege- und bezugswissenschaftliche Erkenntnisse einbeziehen. |
| <p>Subjektive (auch kulturell bedingte) Vorstellungen und Überzeugungen von Gesundheit und Krankheit sowie Alternsprozessen gesundheitsförderlich in die Pflegeprozessgestaltung integrieren</p> | <p>I.2 II.1</p> | |
| <p>Den Pflegeprozess in unterschiedlichen gesundheitlichen Problemlagen integrativ gestalten, umsetzen und evaluieren und so Gesundheit und Alltagskompetenz fördern, Zustandsverschlechterungen vermeiden bzw. die Verbesserung von Lebensqualität unterstützen (Kuration, Rehabilitation, Prävention)</p> | <p>I.2</p> | <p>Evaluation des Pflegeprozesses – z.B. anhand folgender Aspekte besprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Umsetzung der Beziehungsgestaltung (über längere Zeiträume in der stationären/ambulanten Langzeitpflege), Person-zentrierung bzw. Partizipation der zu pflegenden alten Menschen an der Prozessgestaltung, - Wirkung der Pflege (Verknüpfung von interner und externer Evidenz), Reaktionen und Rückmeldungen der zu pflegenden alten Menschen, - Überprüfung der Zielerreichung, - Evaluation dokumentieren, |
| <p>Insbesondere bei neuen, bisher unbekannten Pflegephänomenen und gesundheitlichen Problemlagen, ergänzendes,</p> | <p>V.1</p> | |

| | | |
|--|---------------------------|--|
| <p>wissenschaftlich fundiertes Wissen aus den Pflege- und Bezugswissenschaften recherchieren, um in langfristigen Pflegeprozessen mit alten Menschen verantwortliches Handeln zu begründen</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - Konsequenzen für die weitere Planung bzw. die Überarbeitung der Planung sowie das Entlassungs- und Überleitungsmanagement ableiten. <p>Kontinuierliche Reflexion der Lernprozesse, zum Beispiel anhand erlebter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - eigener Empfindungen und Reaktionen der zu pflegenden alten Menschen und ggf. ihrer Bezugspersonen, - Herausforderungen in der Durchführung, - körperlicher und emotionaler Belastungen, - Selbstwirksamkeit, - Herausforderungen in Verbindung mit ethischen Fragestellungen; - Gestaltung der Abläufe, - Kompetenzlücken und Möglichkeiten, diese zu schließen. |
| <p>Die Planung, Umsetzung und Evaluation von komplexen Versorgungsprozessen verantwortlich mitgestalten, auch wenn diese durch potenzielle gesundheitliche Instabilität und diagnostische oder therapeutische Unsicherheit oder altersbedingte Fragilität und Vulnerabilität sowie Krisenhaftigkeit gekennzeichnet sind</p> | III.2 | <p>Die Umsetzung des Pflegeprozesses – jeweils anhand der oben ausgeführten Schritte – soll in komplexen Pflegesituationen erfolgen.</p> <p>Vorschläge zum Vorgehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bei der Auswahl der Pflegesituationen die Lernbedarfe der Auszubildenden und die Anforderungen im Versorgungsbereich aufeinander abstimmen. - Auszubildende auffordern, Wissenslücken durch gezielte Recherche zu schließen, dabei auch Gesundheits-Apps bzw. andere digitale Begleiter sowie Standards und Leitlinien einbeziehen. Jeweils die Reichweite, den |
| <p>Aktuelle und fachlich fundierte Informationen für alte Menschen in komplexen gesundheitlichen Problemlagen bzw.</p> | I.2 / II.2 / III.2 / IV.2 | |

| | | |
|---|---------------------------------|--|
| <p>schwierigen, vulnerablen Lebenssituationen bedarfsorientiert zusammentragen und für das Gegenüber nachvollziehbar und verständlich aufbereiten</p> | | <p>Nutzen, die Relevanz und das Umsetzungspotenzial der recherchierten Ergebnisse hinterfragen bzw. situativ einschätzen lassen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Herausforderungen der Situationen mit den Auszubildenden identifizieren und die Umsetzung zusammen planen – z. B. Auswahl und Anpassung von Assessmentinstrumenten, Entlassungs-/Überleitungsmanagement, patienten-/bewohner-/klientenorientierte Informationsaufbereitung, Abstimmung mit medizinischen Fachpersonen, Beobachtung/Überwachung von Gesundheitsrisiken, Mitwirkung an Diagnostik und Therapie. |
| <p>An der sektorenübergreifenden, partizipativ und interprofessionell ausgerichteten Versorgung eines schwer akut oder chronisch kranken alten Menschen mitwirken</p> | <p>I.1 / III.3 / IV.1 / V.1</p> | <p>Beispiele für Pflegesituationen, abhängig vom Einsatzort:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hochrisikosituation älterer Menschen mit multifaktoriellen Ursachen – z.B. Polypharmazie, unspezifische, atypische und verschleierte Symptomatik, Einschränkungen der eigenen Informationsweitergabe, Delir; Gefahr des Autonomieverlustes, - Hypoglykämie eines älteren Menschen in der Langzeitpflege mit untypischen Symptomen und einer Demenz - akute Veränderungen der Bewusstseinslage eines zu pflegenden alten Menschen, |
| <p>Den Pflegeprozess für alte Menschen mit komplizierten chronischen, schwer heilenden Wunden individuell in Abstimmung mit Ärzt/innen und den zu pflegenden Menschen selbst und/oder ihren Bezugspersonen planen, umsetzen und kontinuierlich evaluieren</p> | <p>III.2</p> | |
| <p>Pflegeprozesse für alte Menschen, die operiert wurden oder werden sollen, auch in Verbindung mit einem komplexen, ggf. mit Komplikationsrisiken verbundenen invasiven Eingriff, mit einer umfassenden Informationssammlung vorbereiten und planen, umsetzen und evaluieren</p> | <p>I.2 V.1</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Situation eines älteren Menschen, der z.B. nach mehrfachen Sturzereignissen und aufgrund einer schweren Hör- oder Sehbeeinträchtigung nicht in das häusliche Lebensumfeld zurückkehren kann, - Situation eines älteren Menschen mit Migrationsgeschichte, der pflegebedürftig wird und sein gewohntes Lebensumfeld im Quartier nicht verlassen möchte, |

| | | |
|---|----------------------|---|
| <p>Den Pflegeprozess in komplexen Situationen, z. B. bei chronischen, schwer fassbaren Schmerzen, an entsprechenden Leitlinien und Standards orientiert individuell gestalten und das Schmerzasessment sowie die Wirkung der gewählten Interventionen evaluieren</p> | <p>I.3</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Situation eines multimorbidens älteren Menschen und einer akuten Verschlechterung des Allgemeinzustands aufgrund einer Infektionserkrankung (z. B. Norovirus- oder Salmonelleninfektion), - Situation eines alten Menschen mit einer Niereninsuffizienz, - Situation eines Menschen mit schwankenden Insulinwerten, die kontinuierliche Laborparameter erfordern, - Situation, in der Bewegungsförderungen bei akuten oder chronischen neurologischen Schädigungen eines zu pflegenden alten Menschen begleitet werden müssen, |
| <p>Im Rahmen der Verantwortung für den Pflegeprozess medizinische Verordnungen selbstständig umsetzen und dabei zunehmend Sicherheit in der Mitwirkung an komplizierten diagnostisch-therapeutischen Maßnahmen gewinnen; die medizinische Dokumentation beachten und sich ggf. durch Wissensrecherche Informationen zu unbekannten Verfahren der medizinischen Diagnostik und Therapie sowie zugehörige Pflegetechniken aneignen</p> | <p>III.2 V.1</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Situation eines zu pflegenden alten Menschen mit Vorerkrankungen, der/die sich einer größeren OP unterziehen muss und postoperativ ein umfangreiches Monitoring erfordert, - Situation eines alten Menschen mit unklaren Symptomen, die diagnostisch schwer einzuordnen sind und eine Recherche zu relevanten Wissensbeständen erforderlich machen. |
| <p>Den Pflegeprozess mit alten Menschen in der letzten Lebensphase und ihren Bezugspersonen/sozialen Netzwerke bedürfnisorientiert, Leid mildernd und mit Rückgriff auf geeignete Modelle einer palliativen Versorgung planen, verständnis-</p> | <p>I.3</p> | <p>Zum Beispiel können folgende Aspekte zur Begleitung von zu pflegenden alten Menschen in der letzten Lebensphase vertiefend mit den Auszubildenden reflektiert werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Welche Gelingensmomente von Gesprächssituationen konnte die Auszubildende erfahren? |

| | | |
|--|-------------|---|
| und respektvoll durchführen und evaluieren | | <ul style="list-style-type: none"> - Wie können individuelle Vorstellungen von Sterben und Tod bzw. Sinnfindung in die Pflege einbezogen werden? |
| Sterbende alte Menschen und ihre Bezugspersonen zu spezifischen Schwerpunkten palliativer Versorgungsangebote informieren | I.3 II.1 | <ul style="list-style-type: none"> - Wie können Wünsche und Bedarfe von Bezugspersonen in die Pflege einbezogen oder respektvoll zurückgewiesen werden? - Wie können Bezugspersonen und freiwillig Engagierte zu ausgewählten leidmildernden Interventionen angeleitet werden? |
| Subjektive (auch kulturell und biografisch bedingte) Vorstellungen vom Sterben und vom Tod, die die Gestaltung des Pflegeprozesses maßgeblich mitbestimmen, mit den zu pflegenden alten Menschen und ihren Bezugspersonen besprechen und in die Informationssammlung integrieren | I.3 | <ul style="list-style-type: none"> - Wie finden die Abstimmungsprozesse im intra- und interprofessionellen Team, z.B. hinsichtlich des Schmerzmanagements, statt und welche Bedeutung haben sie? - Wie wird die Begleitung des Abschiednehmens gestaltet bzw. wie kann sie in verschiedenen Versorgungsbereichen gut gestaltet werden? - Welche Fähigkeiten brauchen Pflegefachpersonen für eine würdevolle Versorgung verstorbener Menschen und angemessene Beileidsbekundungen? - Was kann „Evaluation der Pflege“ im Kontext einer palliativen Versorgung bedeuten? <p>Folgende Pflegesituationen können gewählt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Situation mit alten Menschen, die ihr Lebensende im Hospiz verbringen und von ihren Bezugspersonen unterstützt werden, - Situation, in der die Kontinuität der palliativen Versorgung an den Schnittstellen organisiert werden muss, - Situation, in der Auszubildende in ethische Entscheidungsfindungsprozesse eingebunden sind, z.B. weil ein/e Bewohner/in / ein/e Klient/in nicht mehr ernährt werden möchte oder sich eine Sterbehilfe wünscht. |

| | | |
|--|--------------|--|
| Zu pflegende alte Menschen und ihre Bezugspersonen im Umgang mit alters- oder krankheits- sowie therapie- und pflegebedingten Anforderungen informieren, anleiten und beraten und sie darin unterstützen, ihre Gesundheitsziele zu erreichen | II.2 | In Pflegeprozesse integriert ist jeweils die Frage: Welchen konkreten Informations-/Anleitungs- oder Beratungsbedarf haben zu pflegende ältere Menschen und/oder ihre Bezugspersonen? Dies wird bereits bei der Erhebung der aktuellen Situation der zu pflegenden Menschen angesprochen werden. Folgende Fragen zur Reflexion mit den Auszubildenden können zunächst hilfreich sein: <ul style="list-style-type: none"> - Wie sind die Kompetenzen der Auszubildenden zu diesen Aufgaben ausgeprägt? Welche konkreten Erfahrungen haben sie dazu? (ggf. vertiefende Hospitationen in der Einrichtung ermöglichen) - Wie unterscheiden die Auszubildenden Informations-, Anleitungs- oder Beratungsbedarf? In welchen Situationen kommt welches Format warum zum Einsatz? - Welche Erfahrungen haben sie dazu, wie Informieren, Anleiten oder Beratung umgesetzt wurde? Inwieweit wurde dabei auf Konzepte Bezug genommen? |
| Situativ sinnvolle Angebote zur (Mikro-) Schulung für eine oder mehrere zu pflegende ältere Personen und/oder ihre (pflegenden) Bezugspersonen zu spezifischen Aspekten der Selbstversorgung oder Fremdpflege umsetzen | II.2 | <ul style="list-style-type: none"> - Wie unterscheiden die Auszubildenden Informations-, Anleitungs- oder Beratungsbedarf? In welchen Situationen kommt welches Format warum zum Einsatz? - Welche Erfahrungen haben sie dazu, wie Informieren, Anleiten oder Beratung umgesetzt wurde? Inwieweit wurde dabei auf Konzepte Bezug genommen? |
| Gemeinsam mit den zu pflegenden alten Menschen fallbezogen erforderliche Informationen zu den rechtlichen und finanziellen Bedingungen der Versorgung zusammentragen und Spielräume für die Gestaltung der pflegerischen Versorgung ermitteln | II.2 IV.2 | <ul style="list-style-type: none"> - Welche Erfahrungen haben die Auszubildenden mit der Anleitung von Auszubildenden, Praktikant/innen und freiwillig Engagierten? - Welche didaktischen Prinzipien haben sie in der Vermittlung bisher umgesetzt? - Welche Lernbedarfe ergeben sich aus dieser Reflexion? |
| Bezugspersonen zu Fragen der pflegerischen Versorgung gezielt ansprechen, entsprechend anleiten, einbeziehen und zu Herausforderungen und Belastungen, die mit der Pflegesituation verbunden | I.2 II.2 | Aus der Gruppe der zu pflegenden älteren Menschen Personen auswählen, die einen ermittelten Informations-/Anleitungs- und/oder Beratungsbedarf haben. Es können Personen sein, die |

| | | |
|--|--------------|--|
| <p>sind, fachlich korrekt und verständlich informieren; situationsbezogen beraten bzw. mögliche Beratungskontakte vermitteln</p> <p>Auszubildende, Praktikant/innen, Pflegefachpersonen im Anerkennungsverfahren und freiwillig Engagierte anleiten und dabei didaktische Prinzipien der Vermittlung gezielt umsetzen</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - einem Aspekt der persönlichen Gesundheitsförderung oder der pflegerischen Versorgung eines Angehörigen gegenüber aufgeschlossen sind, - oder einem Versorgungsangebot eher skeptisch gegenüberstehen. <p>Die Auszubildenden auffordern</p> <ul style="list-style-type: none"> - den konkreten Informations-/Anleitungs- bzw. Beratungsbedarf des zu pflegenden alten Menschen bzw. seiner Bezugsperson zu erheben, - Lebenswelt- und biografiebezogene Überlegungen sowie bezugswissenschaftliche Erkenntnisse (z. B. aus Psychologie oder Gesundheitswissenschaften, sozialer Gerontologie) heranzuziehen, um ein personzentriertes Vorgehen daraus abzuleiten, - die Zielsetzung der Intervention in Abstimmung mit den beteiligten Personen festzulegen, - erforderliche Informationen zusammenzutragen, zielgruppenorientiert auszuwählen und verständlich aufzubereiten, - Gesundheits-Apps bzw. digitale Assistenzsysteme einzubeziehen, |
| <p>Einen partizipativen Beratungsprozess, der sich hauptsächlich auf die nicht-direktive Vermittlung von Wissen zu Fragen der Gesundheitsförderung und/oder zur (Selbst-/Fremd-) Pflege bezieht, mit einem zu pflegenden Menschen oder einer pflegenden Bezugsperson gestalten</p> | II.2 | |
| <p>Auf ältere Menschen, die einem pflegerischen Versorgungsangebot eher skeptisch oder ablehnend gegenüberstehen, zugehen, Ansatzpunkte für einen Beziehungsaufbau suchen und Aushandlungsprozesse gestalten</p> | II.1 II.2 | <ul style="list-style-type: none"> - geeignete Interventionsformen vorzuschlagen und auszuwählen und dabei auch theoretische Begründungen der Interventionskonzepte heranzuziehen, - die Intervention situativ anzupassen und durchzuführen, - die Umsetzung mit den zu pflegenden alten Menschen zu evaluieren und z.B. die Zielerreichung zu überprüfen, |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - die Intervention sachgerecht zu dokumentieren und die Ergebnisse der Evaluation in die weitere Gestaltung des Pflegeprozesses einzubeziehen. <p>Abschließend den gesamten Prozess mit der / dem Auszubildenden reflektieren und dabei z.B. folgende Aspekte ansprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die beobachteten Wirkungen auf die beteiligen Personen und deren Umfeld, - die theoretische Begründung des ausgewählten Anleitungs-/ Beratungs- oder Schulungskonzepts, - die eigene Rolle und das persönliche Aufgabenverständnis als Pflegefachpersonen, - sich ergebende Veränderungen in der Zusammenarbeit im intra- und interdisziplinären Team. <p>Der beschriebene Prozess sollte in angepasster Weise auch auf Situationen übertragen werden, in denen Auszubildende, Praktikant/innen und freiwillig Engagierte informiert, angeleitet oder beraten werden wollen.</p> <p>Zum Beispiel können folgende Situationen bearbeitet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Situation, in der ältere Menschen ein konkretes gesundheitsförderliches/ präventives Anliegen haben, z.B. älterer Mensch mit Bewegungsarmut, nach mehrfachen Sturzereignissen, älterer Mensch mit mangelndem Appetit oder fehlendem Durstgefühl, - Situation eines alleinstehenden älteren Mannes nach einem Schlaganfall, nach geriatrischer Rehabilitation bei Einzug in eine Einrichtung der stationären Langzeitpflege, |
|--|---|

| | | |
|---|------|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Situation, in der ein zu pflegender alter Mensch nach einer sturzbedingten Oberschenkelhalsfraktur eine geriatrische Rehabilitation ablehnt und eine unmittelbare weitere pflegerische Versorgung im häuslichen Kontext erwartet, - Situation einer älteren Frau mit COPD, die weiter rauchen möchte und einer häuslichen Versorgung mit Sauerstoff skeptisch gegenübersteht, - Situation einer überlasteten pflegenden Bezugsperson, die in der Entscheidungssituation steht, ob sie die familiäre Pflege ihres von fortgeschrittener Demenz betroffenen Angehörigen weiterführen kann und Informationen zu rechtlichen und finanziellen Bedingungen der Versorgung benötigt, - Situationen mit älteren homosexuellen zu pflegenden Menschen oder Paaren, die sich in der Einrichtung diskriminiert fühlen, - Beratung einer Bezugsperson zur Hilfeleistung nach einem Sturzereignis eines älteren Menschen, - Situation, in der Auszubildende, Praktikant/innen und freiwillig Engagierte in der Bewegungsinteraktion mit zu pflegenden Menschen angeleitet werden müssen. |
| Person-zentrierte Gestaltung von Pflegeprozessen und gezielte Kontaktaufnahme und Interaktion mit alten Menschen, deren Wahrnehmung und Erleben nicht immer dem eigenen Verständnis von Realität entspricht, Reflexion der Er- | II.1 | <p>Auch in Arbeitskontexten außerhalb von spezialisierten Pflegeeinrichtungen die Auszubildenden dazu anhalten, Pflegeprozesse person-zentriert zu gestalten</p> <ul style="list-style-type: none"> - mit Menschen, die seelisch und/oder in ihrer Wahrnehmung bzw. dem Erleben der Realität eingeschränkt sind, |

| | | |
|---|-------------------------|--|
| <p>fahrungen und gefundenen Lösungsansätze für eine tragfähige und belastbare Arbeitsbeziehung im Dia- bzw. Trialog</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - mit Menschen mit angeborener oder erworbener Behinderung, - mit Menschen mit Entwicklungsverzögerungen. |
| <p>Sich an der Planung, Durchführung und Evaluation von Pflegeprozessen für chronisch psychisch kranke Menschen mit komplexem Hilfebedarf in der ambulanten oder stationären Langzeitversorgung umfassend, partizipativ und unter Berücksichtigung der besonderen Erfordernisse in der Interaktion und Beziehungsgestaltung beteiligen</p> | <p>I.3 / I.4 / II.1</p> | <p>Im Rahmen des Pflegeprozesses den Auszubildenden den Auftrag geben, umfassende Anamnesen mit spezifischen Assessmentinstrumenten durchzuführen und jeweils eigene Konsequenzen abzuleiten.</p> <p>In die Pflegeprozesse Bezugspersonen der zu pflegenden alten Menschen, Pflegehelfer/-innen bzw. -assistent/-innen, Assistenz- und Betreuungskräfte und freiwillig Engagierte in die Umsetzung von biografie- und lebensweltorientierten Angeboten integrieren und ihnen ggf. die Durchführungsverantwortung übertragen.</p> <p>Mit den Auszubildenden die Angebote reflektieren und ggf. anpassen. Folgende Fragen können dabei hilfreich sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Welche Ziele verfolgen die biografie- und lebensweltorientierten Angebote? Werden sie zur Gestaltung von Alltagsaktivitäten, zum Training lebenspraktischer Fähigkeiten, zum Lernen und Spielen bzw. im Sinne einer stützenden Tagesstruktur oder zur sozialen und kulturellen Teilhabe angeboten? Inwieweit sind die Angebote für die zu pflegenden Menschen wirklich passend und partizipativ entwickelt? - Welche Erfahrungen haben die Auszubildenden in verschiedenen Einsatzorten dazu gemacht und welche Kompetenzen haben sie erworben? (insbesondere in der psychiatrischen und pädiatrischen Pflege) - Welche Angebote sind am aktuellen Einsatzort sinnvoll? Welche Kompetenzen können hier noch vertieft werden? (Z.B. für bestimmte Zielgruppen technische Assistenzsysteme recherchieren und auf einen möglichen Einsatz überprüfen.) |
| <p>Den Pflegeprozess mit schwer pflegebedürftigen, kommunikations- und/oder wahrnehmungsbeeinträchtigten Menschen auf der Grundlage einer umfassenden Anamnese unter Nutzung ausgewählter Assessmentinstrumente gestalten; dabei den zu pflegenden Menschen und/oder seine Bezugspersonen einbeziehen</p> | <p>I.3</p> | |
| <p>Biografiegespräche und Biografiearbeit mit zu pflegenden Menschen unter Berücksichtigung des familiären und sozialen Umfeldes auch in komplexen, belasteten oder vulnerablen Lebenssituationen</p> | <p>I.5</p> | |

| | | |
|--|--------------|--|
| durchführen und die Informationen als Teil der Anamnese in den Pflegeprozess integrieren | | Folgende Situationen können z.B. bearbeitet werden: <ul style="list-style-type: none"> - Situation eines alten Menschen mit beeinträchtigten Denkprozessen (mit der medizinischen Diagnose einer beginnenden Demenz), |
| In komplexen Pflegesituationen unter Anerkennung der Selbstbestimmungsrechte der Personen eine umfassende Anamnese des familialen Systems sowie der bestehenden sozialen Netzwerke, genutzter Pflegesysteme und weiterer systemischer Kontexte im Umfeld des zu pflegenden Menschen erheben; die Ergebnisse in die Pflegeprozesse einbeziehen und unterschiedliche Versorgungsmöglichkeiten berücksichtigen | I.6 III.3 | <ul style="list-style-type: none"> - Situation eines alten Menschen mit herausforderndem Verhalten und/oder Delir (z. B. mit der medizinischen Diagnose fortgeschrittene Demenz), - Situation eines alten Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung und mit biographischen Erfahrungen bzgl. Zwang und Fremdbestimmung, - Situation eines alten Menschen mit beeinträchtigtem Coping (z. B. mit der medizinischen Diagnose Psychische Störung und Verhaltensstörungen durch Alkohol) und prekären Lebensverhältnissen (z. B. Wohnunglosigkeit), |
| Geeignete Assessmentinstrumente für die Einschätzung von entwicklungsbedingten Veränderungen in höheren Lebensaltern , insbesondere im Rahmen von komplexen Pflegesituationen, einsetzen; die Ergebnisse in die Pflegeprozesse zur Ermöglichung von Integration und Teilhabe einbeziehen; dabei die Selbstbestimmungsrechte der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen achten | I.6 | <ul style="list-style-type: none"> - Situation einer/eines alten Menschen mit einer (stoffgebundenen) Abhängigkeitserkrankung, - Situation eines traumatisierten alten Menschen mit z. B. Fluchterfahrungen, - Situationen, in denen die Aushandlungsprozesse von Rollen und Aufgaben der Bezugspersonen erforderlich sind (z. B. in der Übernahmeverantwortung für die familiale Pflege eines alten Elternteils, eines älteren Lebenspartners), |

| | | |
|---|--------------------------------|---|
| <p>Im Rahmen der Verantwortung für den Pflegeprozess biografie- und lebensweltorientierte Angebote partizipativ konzipieren und diese insbesondere in Pflegeeinrichtungen mit ambulanter oder stationärer Langzeitversorgung mit den zu pflegenden alten Menschen umsetzen; dabei Bezugspersonen der zu pflegenden Menschen, Pflegehelfer/-innen bzw. -assistent/-innen, Assistenz- und Betreuungskräfte und freiwillig Engagierte einbeziehen</p> | <p>I.5</p> | <p>- Situation, in der ein älterer Mensch in einer Langzeitpflegeeinrichtung unzufrieden mit den biografie- und lebensweltorientierten Angeboten ist.</p> |
| <p>Herausforderungen und Konflikte in der Beziehungsgestaltung reflektieren, um ihnen professionell begegnen zu können. Dabei auch bewusst im Spannungsfeld zwischen Autonomieanerkennung und fürsorglicher Übernahme von Verantwortung für den anderen agieren</p> | <p>II.1 / I.3 / I.6 / II.3</p> | |
| <p>Um die Chancen auf Integration und Teilhabe zu verbessern, gemeinsam mit Menschen mit Behinderung sowie ihren Bezugspersonen Anforderungskataloge für geeignete technische (auch digitale) Hilfsmittel zur Kompensation von nicht (mehr) vorhandenen Alltagskompetenzen</p> | <p>I.6</p> | |

| | | |
|--|-------------|---|
| aufstellen, mögliche soziale Unterstützungsmodelle recherchieren sowie bei der Suche nach geeigneten Lösungen, Hilfen und Angeboten unterstützen | | |
| In pflegerisch relevanten ethischen Dilemmasituationen die Folgen von Handlungsalternativen abwägen und dabei die Selbstbestimmung der zu pflegenden Menschen über das eigene Leben berücksichtigen abwägen; so zu einer begründeten eigenen Position gelangen und diese in die Entscheidungsfindung im Team einbringen | II.3 | <p>Die Auszubildenden anregen, Pflegeprozesse in Konflikt- und Dilemmasituationen person-zentriert mit dem Ziel der Förderung von Selbstbestimmung zu gestalten, zum Beispiel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Situation einer ethischen Fallbesprechung, in der Menschen lebenserhaltende Maßnahmen ablehnen und Sterbehilfe einfordern, - Situation einer Fallbesprechung, in der drohende Gewalt und Machtmissbrauch zum Thema werden. <p>Die Auszubildenden dazu anregen, Dilemmasituationen und ethische Konflikte gezielt anzusprechen und in (ethische) Fallbesprechungen einzubringen bzw. diese gemeinsam anzuregen.</p> <p>Die Fallbesprechungen mit den Auszubildenden anhand folgender Schwerpunkte reflektieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vorbereitung der Fallbesprechung, Wahrnehmung eigener Deutungs- und Handlungsmuster, - Erleben der Interaktion, Art und Weise der Verhandlung der Interessen aller Beteiligten, - Einbringen der eigenen Position und Begründung, |
| An ethischen Fallbesprechungen des Pflegeteams bzw. Sitzungen des Ethikkomitees teilnehmen und einen eigenen Standpunkt begründet einbringen | II.3 | |
| Sich in Verbindung mit Konfliktsituationen eigene Deutungs- und Handlungsmuster in der pflegerischen Interaktion bewusst machen, diese im Rahmen von kollegialer Beratung und Supervision reflektieren und so Wege zu mehr Selbstachtung und Selbstfürsorge finden | II.1 V.2 | |

| | | |
|---|-------------------|---|
| Phänomene von Macht und Machtmissbrauch in pflegerischen Handlungsfeldern und Institutionen reflektieren | IV.1 / I.2 / II.1 | <ul style="list-style-type: none"> Möglichkeiten der zu leistenden Emotionsarbeit, Aspekte der nachhaltigen Selbstfürsorge. |
| Teambezogene, institutions-/gesellschaftsbezogene Aufgaben (inkl. Reflexion) | | |
| Zu pflegende alte Menschen auch in risikobehafteten Situationen unter Einhaltung der erforderlichen Sicherheitsvorkehrungen begleiten; strukturierte Übergaben durchführen und dokumentieren | I.4 | <p>Mit den Auszubildenden</p> <ul style="list-style-type: none"> erlebte Notfallsituationen reflektieren (frühere und aktuelle) (ggf. Hospitalisation in der Rettungswache ermöglichen), gemeinsam Ideen zum Risiko- und Fehlermanagement sammeln und beim Qualitätsmanagement mitwirken. |
| In der Reanimation mitwirken und Handlungssicherheit aufbauen | I.4 | <p>Folgende komplexe Situationen können zum Beispiel bearbeitet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> Situationen in denen Auszubildende Transport-/Übergabesituationen vorbereiten und übernehmen (z. B. Verlegung eines akut erkrankten älteren Menschen von der stationären Langzeitpflege in die stationäre Akutversorgung), Simulierte Situationen zum Einüben von Reanimationen, |
| Die in Notfallsituationen relevanten rechtlichen Grundlagen (z. B. Vorsorgevollmacht, Patientenverfügungen) beachten | 1.4 | <ul style="list-style-type: none"> Situation einer Notfallbehandlung bei vorliegender Patientenverfügung, Notfallsituation, in der Interventionsentscheidungen und lebenserhaltende Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes getroffen werden, Reanimation. |
| Im Einsatzbereich durchgeführte Notfallmaßnahmen kritisch reflektieren und im Rahmen der Qualitätssicherung konstruktiv an einem möglichen Risiko- und/oder Fehlermanagement mitwirken | 1.4 IV.1 | |

| | | |
|---|-----------------------|--|
| <p>Aus den Beobachtungen im Ausbildungsverlauf zu den Strukturen unterschiedlicher Versorgungsformen und Pflegeeinrichtungen Vorschläge für Innovationsimpulse in der Ausbildungseinrichtung ableiten; diese konstruktiv in den internen Prozess der Qualitätsentwicklung einbringen</p> | <p>III.1 IV.1</p> | <p>Auszubildende ermutigen, sich in Prozesse der Qualitätsentwicklung einzubringen, indem mit ihnen Vorschläge für strukturelle Innovationsimpulse aus ihren Erfahrungen abgeleitet werden. Hierzu im Team / in Arbeitsgruppen der Einrichtung Gespräche anregen.</p> <p>Mit Auszubildenden (auch im Team) z.B. über einen oder mehrere der folgenden Aspekte ins Gespräch kommen und Lösungsvorschläge dafür erarbeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strukturierung der Aufgabenverteilung und Dienstplangestaltung, - Weiterentwicklung des Pflegeleitbildes, - Weiterentwicklung partizipativer Ansätze in der Pflegeprozessgestaltung, - Hygienepläne und deren Umsetzung, - Umweltmanagement (z.B. Möglichkeiten der Reduzierung von Wasser- und Energieverbrauch im Arbeitsalltag sowie zur Entsorgung von Problemabfällen, zur Sammlung von Wertstoffen), - Hitzemanagement (z.B. Kühlung von Räumen, Trinkangebote, Medikamentenmanagement etc.), - reflektierte Nutzung digitaler Dokumentationssysteme bei der internen und externen Qualitätsüberprüfung, |
| <p>Situativ auftretende ökologische Fragen ansprechen, durch Recherche sowie im kollegialen Diskurs aufarbeiten, Lösungsmöglichkeiten reflektieren und die Ergebnisse in den internen Diskurs zur Qualitätssicherung einbringen</p> | <p>IV.1 IV.2</p> | |
| <p>Prozesse und Ergebnisse der Pflege und ihrer Evaluation im digitalen oder analogen Dokumentationssystem der Einrichtung kontinuierlich festhalten und damit der internen und externen Qualitätsüberprüfung zur Verfügung stellen</p> | <p>IV.1</p> | |
| <p>Für das eigene Handeln im Rahmen der Pflegeprozessgestaltung geeignete Standards und Leitlinien heranziehen und die dabei gemachten Erfahrungen in die interne Qualitätsdiskussion einbringen;</p> | <p>IV.1</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Umgang mit Standards und Leitlinien – auch Überarbeitung interner Standards und/oder Implementierung von Expertenstandards, - Einführung von innovativen Pflegekonzepten. |

| | | |
|--|-------------------|---|
| <p>ebenso die Erfahrungen und Reflexionsergebnisse zu partizipativ ausgerichteten Ansätzen in der Pflegeprozessgestaltung zur Diskussion stellen und damit zur Weiterentwicklung der Pflegequalität beitragen</p> | | <p>Mit den Auszubildenden jeweils die eigene Argumentationsfähigkeit und Positionierung reflektieren.</p> |
| <p>An aktuell gegebenen Prozessen und Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung in der Einrichtung teilnehmen und eigene Erfahrungen und Sichtweisen fachlich begründet einbringen</p> | IV.1 | |
| <p>An Fallbesprechungen im intra- und interdisziplinären Team teilnehmen und die Sicht der Pflege in Bezug auf die (mit)verantworteten Versorgungsprozesse einbringen</p> | III.3 | <p>Mit den Auszubildenden Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und aufgekommene Spannungen / Konflikte reflektieren. Ebenso reflektieren, inwieweit die Sichtweisen und Interessen der eigenen Berufsgruppe vertreten werden konnten, weitere Entwicklungsmöglichkeiten für die Auszubildenden und das Team ableiten.</p> |
| <p>Abläufe (z. B. für eine Gruppe zu pflegender Menschen) in Abstimmung mit dem Team organisieren und ggf. Aufgaben angepasst an die Qualifikationsprofile und -niveaus im Pflegeteam delegieren und koordinieren</p> | III.1 | <p>Folgende komplexe Situationen können zum Beispiel bearbeitet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Situation, in der Auszubildende in Konflikte im interprofessionellen Team eingebunden sind, weil unterschiedliche Vorstellungen im Hinblick auf Rehabilitationsziele zum Ausdruck kommen, - Situation einer interprofessionellen Fallbesprechung, in der die unterschiedlichen fachlichen Expertisen verhandelt und in der gemeinsamen |
| <p>Die Einarbeitung von Auszubildenden, Praktikant/innen, Pflegefachpersonen im</p> | I.1 / I.2 / III.3 | |

| | | |
|--|--------------------------|---|
| Anerkennungsverfahren, neuen Mitarbeiter/innen, Pflegehelfer/-innen bzw. -assistent/-innen und freiwillig Engagierte in Teilbereichen (mit)übernehmen | | Entscheidungsfindung die individuelle Lebenssituation des alten Menschen und seiner Bezugspersonen berücksichtigt werden, - Situation, in der Abläufe (inkl. Aufgaben) für eine Gruppe zu pflegender Menschen in einem qualifikationsgemischten Team organisiert und koordiniert werden müssen, - Situationen, in denen Auszubildende die pflegerische Expertise bei ärztlichen Visiten oder in der Zusammenarbeit mit Hausärzten einbringen, - Situation, in der eine sektorenübergreifende, partizipativ und interprofessionell ausgerichtete Versorgung eines schwer chronisch kranken alten Menschen und der Bezugspersonen abgestimmt werden muss und dabei Standards, Leitlinien sowie theoretische Modelle zur Begründung herangezogen werden sollen, |
| Bei der Teilnahme an ärztlichen Visiten bzw. im Kontakt mit Haus- und Fachärzt/-innen die pflegerische, auf umfassender Pflegediagnostik beruhende Sichtweise hinsichtlich geeigneter Pflegeinterventionen und der Beobachtungen zur Wirksamkeit medizinischer Maßnahmen einbringen | III.2 | |
| An der sektorenübergreifenden, partizipativ und interprofessionell ausgerichteten Versorgung eines schwer akut oder chronisch kranken Menschen mitwirken und die pflegerischen Anteile der Planung, der Überleitung zwischen den Versorgungsbereichen sowie der Evaluation gemeinsam mit den zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen übernehmen | I.1 / III.3 / IV.1 / V.1 | Situationen, in denen Auszubildende kollegiale Beratung und/oder Supervision erleben und in Bezug für ihre Gesunderhaltung reflektieren, - Teamsitzungen, in denen Auszubildende sich mit eigenen Impulsen zu Gesprächsthemen einbringen, z.B. zum Thema Lernortkooperation. |
| Konfliktpotenziale im interprofessionellen Team wahrnehmen, Bewältigungsstrategien erkunden und Möglichkeiten | III.3 | |

| | | |
|---|--------------|--|
| der Umsetzung mit der praxisanleitenden Person reflektieren | | |
| Prozesse der kollegialen Beratung und/oder Supervision im Alltag von Pflegeteams erfahren | III.1 V.2 | |
| Teamentwicklungsprozesse wahrnehmen und sich im Rahmen der eigenen Rolle mit eigenen Impulsen einbringen | III.1 | |

Genehmigte Vorlage

IV. ANHANG

Anlage 1: Anforderungen der Stundenverteilung

Erfüllung der Anforderungen zur Stundenverteilung des theoretischen und praktischen Unterrichts der beruflichen Pflegeausbildung nach Anlage 6 PflAPrV

Stundenverteilung auf die Kompetenzbereiche

Bei der Erstellung der curricularen Einheiten hat die Fachkommission die vom Gesetzgeber festgelegten Stundenumfänge für die fünf Kompetenzbereiche berücksichtigt. In jeder der curricularen Einheiten sind Kompetenzen aus allen fünf Kompetenzbereichen integriert, z. T. mit etwas unterschiedlichen Gewichtungen. Abschließend wurde der Umfang der Verankerung aller Kompetenzen über alle curricularen Einheiten hinweg überprüft. Die Fachkommission bestätigt auf der Grundlage dieser Plausibilitätskontrolle, dass die vorgegebene Stundenverteilung damit erreicht wird. Um nicht die Gestaltungsspielräume der Pflegeschulen bei der schulinternen Curriculumentwicklung unnötig einzuschränken, wird darauf verzichtet, in jeder der curricularen Einheiten Stundenangaben hinsichtlich der Kompetenzbereiche auszuweisen.

Stundenverteilung im Rahmen des theoretischen und praktischen Unterrichts in der Ausbildung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann zur Vermittlung von Kompetenzen anhand der besonderen Pflegesituationen von Kindern und Jugendlichen sowie von alten Menschen

Die Fachkommission hat die curricularen Einheiten für die Ausbildung zur Pflegefachfach-frau/zum Pflegefachmann konsequent auf die Berücksichtigung aller Altersstufen hin konzipiert, d. h., die meisten curricularen Einheiten beziehen sich auf alle Altersstufen. Bei der Entwicklung von Lernsituationen im Rahmen der schulinternen Curriculumentwicklung müssen im Sinne der Exemplarizität Kompetenzen jeweils an konkreten Beispielen von Menschen einer bestimmten Altersstufe angeeignet werden. In den die curricularen Einheiten ergänzenden „didaktischen Kommentaren“ werden jeweils Beispiele für mögliche Lernsituationen, die sich auf die unterschiedlichen Altersstufen beziehen, vorgeschlagen. Zwei der curricularen Einheiten, die curriculare Einheit 09 „Menschen bei der Lebensgestaltung lebensweltorientiert unterstützen“ und 10 „Entwicklung und Gesundheit in Kindheit und Jugend in Pflegesituationen fördern“, sind ausschließlich den besonderen Pflegesituationen von jungen Erwachsenen bis zum alten Menschen (CE 09) bzw. von Kindern und Jugendlichen (CE 10) gewidmet. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen kommt die Fachkommission zu dem Schluss, dass die Vorgaben zur Stundenverteilung entsprechend der Anlage 6 PflAPrV erfüllt werden. Ein differenzierter Nachweis von Stundenzahlen ist – wenn überhaupt – erst im Rahmen schulinterner Curriculumentwicklung sinnvoll.

Anlage 2: Stundenverteilung auf die Ausbildungsdrittel

Tabelle 6: Stundenverteilung der curricularen Einheiten (CE) auf die Ausbildungsdrittel (AD) gemäß Anlage 6 PflAPrV

| CE | Titel | Std. gesamt | Std. im 1./2. AD (Anl. 1) | Std. im 3. AD (Anl. 2) | Std. im 3. AD (Anl. 3) | Std. im 3. AD (Anl. 4) |
|--------------|--|------------------|---------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| 01 | Ausbildungsstart – Pflegefachfrau/Pflegefachmann werden | 70 | 70 | - | - | - |
| 02 | Zu pflegende Menschen in der Bewegung und Selbstversorgung unterstützen | 180 | 180 | - | - | - |
| 03 | Erste Pflegeerfahrungen reflektieren – verständigungsorientiert kommunizieren | 80 | 80 | - | - | - |
| 04 | Gesundheit fördern und präventiv handeln | 160 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| 05 | Menschen in kurativen Prozessen pflegerisch unterstützen und Patientensicherheit stärken | 340 | 200 | 140 | 140 | 140 |
| 06 | In Akutsituationen sicher handeln | 120 | 60 | 60 | 60 | 60 |
| 07 | Rehabilitatives Pflegehandeln im interprofessionellen Team | 160 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| 08 | Menschen in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten | 250 | 160 | 90 | 90 | 90 |
| 09 | Menschen in der Lebensgestaltung lebensweltorientiert unterstützen | 200 ⁵ | 150 | 50 | - | 110 |
| 10 | Entwicklung und Gesundheit in Kindheit und Jugend in Pflegesituationen fördern | 180 ⁶ | 120 | 60 | 110 | - |
| 11 | Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und kognitiven Beeinträchtigungen personenzentriert und lebensweltbezogen unterstützen | 160 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Summe | | 1.900 | 1.260 | 640 | 640 | 640 |

5 Die CE 09 umfasst 200 Std. für den Abschluss nach Anlage 2, 150 Std. für den Abschluss nach Anlage 3 und 260 Std. für den Abschluss nach Anlage 4.

6 Die CE 10 umfasst 180 Std. nach Anlage 2, 230 Std. für den Abschluss nach Anlage 3 und 120 Std. für den Abschluss nach Anlage 4.

Bundesinstitut für Berufsbildung
Robert-Schuman-Platz 3
53175 Bonn

Telefon (0228) 107-0

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



ISBN 978-3-96208-204-8