

Rahmenpläne  
der Fachkommission  
nach § 53 PfIBG

.....

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

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

Uwe Machleit, Hattingen/Ruhr

Christine Maier, Freiburg

Sabine Muths, Tittmoning

Prof'in Dr. Anja Walter, Senftenberg

# Inhalt

1	Hintergrund, Intentionen und Auftrag.....	5
2	Pflege- und Berufsverständnis.....	7
3	Didaktisch-pädagogische Grundsätze .....	8
4	Konstruktionsprinzipien der Rahmenpläne .....	9
4.1	Konstruktionsprinzipien der Rahmenlehrpläne.....	10
4.2	Rahmenausbildungspläne .....	17
5	Aufbau der Rahmenlehrpläne.....	22
6	Hinweise zur Umsetzung.....	28
6.1	Rahmenlehrpläne .....	28
6.2	Rahmenausbildungspläne .....	29
7	Literaturverzeichnis .....	31
	Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht.....	32
	Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung.....	245
	Anlagen.....	322

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ordnungsprinzipien der curricularen Einheiten in den Rahmenlehrplänen .....	13
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 .....	21
Tabelle 4: Darlegungsform und Darlegungsinhalte der curricularen Einheiten.....	23
Tabelle 5: Darlegung der curricularen Einheiten (Auszüge aus CE 01) .....	26
Tabelle 6: Stundenverteilung der curricularen Einheiten auf die Ausbildungsdrittel gemäß Anlage 6 PfiAPrV .....	324

## 1 Hintergrund, Intentionen und Auftrag

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 dritten 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 (IGL 2019, S. 90 f.).

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 und das Bundesministerium für Gesundheit 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 pflegfachlich, 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 kleineren 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 Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und des Bundesministeriums für Gesundheit, 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 drei 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 (1) die Rahmenlehrpläne und (2) die Rahmenausbildungspläne jeweils differenziert nach den Anlagen 1 und 2 sowie 3 und 4. Im Anhang in Teil III finden sich Nachweisdokumente, welche sich auf die Anlagen 6 und 7 PflAPrV beziehen.

## 2 Pflege- und Berufsverständnis

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 (§ 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 (ebd.).

Der besonderen Verantwortung der Pflegefachfrau/des Pflegefachmannes wird vor allem im selbstständigen Verantwortungs- und Aufgabenbereich entsprochen (§ 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 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“ (DRS 19/2707 (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 (§ 5 Abs. 1 PfIBG). 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 spezifischen 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

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 PflAPrV 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 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“ (DARMANN-FINCK/HUNDENBORN u. a. 2018).

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 Arbeitsaufgaben 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 vorbehaltenen 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. Konsequenterweise 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 Pflege-diagnosen 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 (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 zugrunde 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 handlungssystem-

matische 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 in den Rahmenlehrplänen

Nr.	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 Akteure), 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 tiefer gehenden 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 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 einerseits sowie den Anlagen 2 bis 4 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 (erstes und zweites Ausbildungsdrittel bis zur Zwischenprüfung, drittes Ausbildungsdrittel) unterschieden wird. Die curricularen Einheiten 1, 2 und 3 sind ausschließlich dem ersten Ausbildungshalbjahr zuzuordnen.

Ebenso wie die Differenzierung der Kompetenzen für die beiden Ausbildungsabschnitte in der Anlage 1 der PflAPrV (2018) einerseits und der Anlagen 2 bis 4 der PflAPrV (2018) andererseits orientieren sich auch die Rahmenlehrpläne implizit an verschiedenen Kompetenzniveau-Modellen.<sup>1</sup> Kompetenzniveau-Modelle 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 dritten 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 1 bis 3 separat zu betrachten sind. Folgendermaßen erfolgt die Steigerung der Anforderungen in den Situationsmerkmalen am Beispiel der Handlungsanlässe:

---

<sup>1</sup> Sozialwissenschaftliche, entwicklungspsychologische und pflegewissenschaftliche Kompetenzmodelle, z. B.: BENNER, P. (1994): From Novice to Expert. Bern. HABERMAS, J. (1974): Notizen zur Entwicklung der Interaktionskompetenz. In: Ders. (1981): Vorstudien und Ergänzungen zur Theorie des kommunikativen Handelns. Frankfurt/Main, S. 187-225. KOHLBERG, L. (2001): Moralstufen und Moralerwerb. Der kognitive-entwicklungstheoretische Ansatz (1976). In: EDELSTEIN, W.; OSER, F.; SCHUSTER, P. (Hrsg.): Moralische Erziehung in der Schule. Entwicklungspsychologische und pädagogische Praxis. Weinheim u. a: Beltz. S. 35-61.

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

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

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 Ausbildungsabschnitten in den curricularen Einheiten wiedergegeben. In gleicher Weise werden auch die den Situationsmerkmalen zugeordneten Inhalte jeweils auf die beiden Ausbildungsabschnitte, 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 Ausbildungsabschnitten auf. So bildet sich der spiralförmige Aufbau der Rahmenlehrpläne, der dem Prinzip der Entwicklungslogik entspricht, kon-

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



sequent 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 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 (DEHNBOSTEL 2007, S. 44 ff.). 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 Lernen** 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 sowohl 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 (letzteres s. Entwicklungslogische Strukturierung). 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 Versorgung<sup>3</sup>) 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.

---

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

- **Pflegeprozessverantwortung und vorbehaltene Tätigkeiten**

Ebenso wie in den Rahmenlehrplänen sind auch in den Rahmenausbildungsplänen die vorbehaltenen Tätigkeiten (§ 5 Abs. 3 PflBG) „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“ 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 individueller Situation zu pflegerischen Unterstützungsleistungen zu gelangen, wird 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 (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 (REETZ/SEYD 2006) realisiert. Das Persönlichkeitsprinzip wird außerdem durch zwei weitere 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 Beobachtung

gen und Erfahrungen gemeinsam mit Mitgliedern des Pflgeteams - 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 ersten zum zweiten 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 Ausbildungs-drittel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• geringer Grad an Pflegebedürftigkeit, also max. erhebliche Beeinträchtigungen in der Selbstständigkeit<sup>4</sup></li> <li>• nur seltenes Auftreten von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen, die eine personelle Unterstützung erforderlich machen</li> <li>• gesundheitliche Problemlagen bei gesundheitlicher Stabilität, d. h. geringe Gefahr an Komplikationen (geringe Risikogeneigtheit)</li> <li>• die einzelnen zu pflegenden Menschen stehen im Mittelpunkt, ggf. auch einzelne Bezugspersonen</li> <li>• hoher Grad an Ressourcen</li> </ul>
mittleres Ausbildungs-drittel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mittelmäßiger Grad an Pflegebedürftigkeit, also max. schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit</li> <li>• max. häufiges Auftreten von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen, die eine personelle Unterstützung erforderlich machen</li> <li>• mittlere gesundheitliche Instabilität (mittlere Risikogeneigtheit)</li> <li>• zu pflegende Menschen im Kontext von Gruppen, z. B. Familien, Perspektiven aber weitgehend konvergent</li> </ul>
letztes Ausbildungs-drittel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hoher Grad an Pflegebedürftigkeit, also schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit</li> <li>• tägliches Auftreten von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen, die eine personelle Unterstützung erforderlich machen</li> <li>• geringer Grad an Ressourcen, hoher Grad an Vulnerabilität</li> <li>• gesundheitliche Instabilität mit Gefahr von Komplikationen (hohe Risikogeneigtheit)</li> <li>• zu pflegende Menschen im Kontext von Gruppen, z. B. Familien, oder sozialen Netzwerke mit z. T. divergierenden Perspektiven</li> </ul>

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 Ausbildungsabschnitt bereits Teilkompetenzen zur Pflegeprozessgestaltung in komplexen Pflegesituationen erlangen.

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

- **Verknüpfung 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 Arbeits- und Lernaufgaben für den Vertiefungseinsatz sind vom Anforderungsniveau her auf die Situationsangaben in den Rahmenlehrplänen für das dritte 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 Aufbau der Rahmenlehrpläne**

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 Ausbildungsdrittel 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 PfiAPrV
<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 PfiAPrV 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>		
<b>Ausbildungsdritteln</b>		<b>Zeitrichtwert: Stunden</b>
<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><b>Intentionen und Relevanz</b></p> <p>In diesem Abschnitt werden die der curricularen Einheit zugrunde gelegten (Pflege-)Situations 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>		
<p><b>Bildungsziele</b></p> <p>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.</p>		

## **Kompetenzen - Anlage X 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 – sowie 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.



<b>Handlungsmuster</b>	<p>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.</p>
<p><b>Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen</b></p> <p>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.</p>	
<p><b>Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen - z. B.</b></p> <p>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.</p> <p><b>Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben - z. B.</b></p> <p>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.</p>	
<p><b>Didaktischer Kommentar</b></p> <p>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 beziehen sich die Anregungen auf die Altersstufe von Kindern und Jugendlichen bzw. von alten Menschen.</p>	

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 PfiAPrV
<b>1. Ausbildungsdrittel</b>		<b>Zeitrichtwert: 70 Stunden</b>
<p><b>Intentionen und Relevanz</b></p> <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 Pflgeteam, der Aufgaben und Handlungsfelder der professionellen Pflege sowie der Überprüfung des Berufswunsches.</p>		
<p><b>Bildungsziele</b></p> <p>Die Auszubildenden reflektieren ihre Rolle als Lernende sowie mögliche selbst- und fremdbestimmte Momente in der Ausbildung und sind für Mitbestimmungsmöglichkeiten sensibilisiert.</p>		
<p><b>Kompetenzen - Anlage 1 PfiAPrV</b></p> <p>Die Auszubildenden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gehen selbstfürsorglich mit sich um und tragen zur eigenen Gesunderhaltung bei, nehmen Unterstützungsangebote wahr oder fordern diese am jeweiligen Lernort ein (V.2.c).</li> <li>• reflektieren ihre persönliche Entwicklung als professionell Pflegenden (V.2.d).</li> </ul>		
<b>Inhalte/Situationsmerkmale</b>		
<b>Handlungsanlässe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ankommen in der Lerngruppe/in der Schule</li> <li>• Ankommen im Team/in der Pflegepraxis</li> </ul>	
<b>Kontextbedingungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lernprozesse in der Ausbildung und Lernorte - Pflegeschule, simulative Lernumgebungen, Pflegepraxis</li> <li>• gesetzliche Grundlagen der Ausbildung, insbesondere Berufsbezeichnung Pflegefachfrau/Pflegefachmann</li> </ul>	
<b>Ausgewählte Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auszubildende mit wenig bzw. keiner Pflegeerfahrung</li> <li>• Lerngruppe</li> </ul>	
<b>Erleben/ Deuten/ Verarbeiten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helfen-Wollen, Motiviert-Sein/Engagiert-Sein, (vor)berufliche Sozialisation</li> <li>• Unsicherheit, Vorfremde, Neugier</li> </ul>	

<b>Handlungsmuster</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lernen in der Gruppe, Gruppendynamik</li> <li>• Reflexion pflegerischer Vorerfahrungen und der Lernbiografie</li> </ul>
<b>Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen</b> Kurzer Überblick über die Geschichte des Pflegeberufes	
<b>Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen - z. B.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rollenspiele zur ersten Kontaktaufnahme zu fremden Menschen/zum Betreten eines Zimmers von zu pflegenden Menschen in verschiedenen Altersstufen</li> </ul> <b>Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben - z. B.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• systematische Erkundung der Perspektiven der Akteure im jeweiligen Handlungsfeld (z. B. im Hinblick auf Aufgabenfelder, Motivationen, Selbstverständnis, ökologische Grundsätze/Umweltmanagement, Brandschutz, Dienstplanung)</li> </ul>	
<b>Didaktischer Kommentar</b> Folgende Situationen können Ausgangspunkt der Auseinandersetzung mit den Auszubildenden sein: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ankommen in der Lerngruppe und in der Schule</li> <li>• erster Besuch in der Pflegepraxis und erster Kontakt mit der Praxisanleiterin/dem Praxisanleiter und dem Team</li> </ul>	

## 6 Hinweise zur Umsetzung

### 6.1 Rahmenlehrpläne

Auf der Basis der vorliegenden Empfehlungen der Fachkommission bzw. länderspezifisch verbindlicher Lehrpläne entwickeln die Pflegeschulen schulinterne Curricula (§ 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), sollten sie 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 pflegenden 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 die 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 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 Arbeitsanforderungen begegnen, 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. Diese Überlegung könnte - neben anderen - für die Ausbildungsplanung leitend sein und stützt, langfristig betrachtet, auch ein betriebliches Interesse an der sich sukzessive steigernden Professionalität der Auszubildenden.

Zum Rahmenausbildungsplan gibt es neben der in Anlage 7 PflAPrV geregelten Grundstruktur und der zu berücksichtigenden europarechtlichen Regelungen (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 vorgesehenen 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. (1981): Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Stuttgart.

DARMANN-FINCK, I. u. a. (2018): Arbeitsdokumente aus dem Entwicklungsprozess der Anlagen zur PflAPrV.

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

DEUTSCHER BUNDESTAG (2018): 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). Online: <https://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/027/1902707.pdf> (Stand: 30.07.2019).

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. (1985): Sinn und Situation. Grundlinien einer Didaktik der Erwachsenenbildung. Bad Heilbrunn.

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

MEDIZINISCHER DIENST DES SPITZENVERBANDES BUND DER KRANKENKASSEN E. V. (MDS) (2017): 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](https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/17-07-17_BRi_Pflege.pdf) (Stand: 24.06.2019).

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

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

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

**Rahmenlehrpläne**  
für den  
theoretischen und praktischen  
Unterricht



# Inhalt

CE 01	Ausbildungsstart – Pflegefachfrau/Pflegefachmann werden.....	35
CE 02	Zu pflegende Menschen in der Bewegung und Selbstversorgung unterstützen .....	40
CE 03	Erste Pflegerfahrungen reflektieren – verständigungsorientiert kommunizieren .....	51
CE 04	Gesundheit fördern und präventiv handeln.....	55
	Gesundheit von Kindern und Jugendlichen fördern und präventiv handeln .....	68
	Gesundheit alter Menschen fördern und präventiv handeln.....	76
CE 05	Menschen in kurativen Prozessen pflegerisch unterstützen und Patientensicherheit stärken .....	82
	Kinder und Jugendliche in kurativen Prozessen pflegerisch unterstützen und Patientensicherheit stärken .....	94
	Alte Menschen in kurativen Prozessen pflegerisch unterstützen und Patientensicherheit stärken .....	101
CE 06	In Akutsituationen sicher handeln.....	107
	Kinder, Jugendliche und ihre Bezugspersonen in Akutsituationen sicher begleiten .....	115
	Alte Menschen und ihre Bezugspersonen in Akutsituationen sicher begleiten .....	121
CE 07	Rehabilitatives Pflegehandeln im interprofessionellen Team.....	127
	Rehabilitatives Pflegehandeln bei Kindern und Jugendlichen im interprofessionellen Team .....	140
	Rehabilitatives Pflegehandeln bei alten Menschen im interprofessionellen Team .....	148
CE 08	Menschen in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten .....	154
	Kinder, Jugendliche und ihre Familien in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten .....	166
	Alte Menschen in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten .....	175

CE 09	Menschen bei der Lebensgestaltung lebensweltorientiert unterstützen.....	181
	Alte Menschen bei der Lebensgestaltung lebensweltorientiert unterstützen.....	192
CE 10	Entwicklung und Gesundheit in Kindheit und Jugend in pflegerischen Situationen fördern.....	198
	Entwicklung und Gesundheit in Kindheit und Jugend in pflegerischen Situationen fördern.....	211
CE 11	Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und kognitiven Beeinträchtigungen personenzentriert und lebensweltbezogen unterstützen .....	220
	Kinder und Jugendliche mit psychischen Gesundheitsproblemen und kognitiven Beeinträchtigungen personenzentriert und lebensweltbezogen unterstützen .....	232
	Alte Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und kognitiven Beeinträchtigungen personenzentriert und lebensweltbezogen unterstützen.....	239

CE 01	Ausbildungsstart – Pflegefachfrau/Pflegefachmann werden	Anlage 1 PfiAPrV
<b>1. Ausbildungsdrittel</b>		<b>Zeitrichtwert: 70 Stunden</b>
<p><b>Intentionen und Relevanz</b></p> <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 Pfltegeteam, 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 Perspektivwechsel zur Selbst- und Fremdwahrnehmung kann dabei angebahnt werden.</p> <p>Die subjektorientierte Gestaltung des Ausbildungsstartes hat maßgeblichen Einfluss auf einen erfolgreichen Ausbildungsverlauf.</p>		
<p><b>Bildungsziele</b></p> <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>		

## **Kompetenzen - Anlage 1 PflAPrV**

### Die Auszubildenden

- 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 Pflegenden (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).

<b>Inhalte/Situationsmerkmale</b>	
<b>Handlungsanlässe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ankommen in der Lerngruppe/in der Schule</li> <li>• Ankommen im Team/in der Pflegepraxis</li> <li>• berufliche Identität entwickeln</li> <li>• Kontaktaufnahme mit zu pflegenden Menschen (der „fremde Mensch“) in verschiedenen Altersstufen</li> </ul>
<b>Kontextbedingungen</b>	<p>Mesoebene</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lernprozesse in der Ausbildung und Lernorte – Pflegeschule, simulative Lernumgebungen, Pflegepraxis</li> <li>• Instrumente der schulischen und praktischen Ausbildung: Curriculum, Ausbildungsplan, Ausbildungsnachweis</li> <li>• vielfältiges Spektrum gesundheitsbezogener Einrichtungen und pflegerischer Handlungsfelder</li> </ul> <p>Makroebene</p> <p>Gesetzlicher Rahmen (ausgewählte Aspekte)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gesetzliche Grundlagen der Ausbildung, insbesondere Berufsbezeichnung Pflegefachfrau/Pflegefachmann</li> <li>• Datenschutz, Verschwiegenheit</li> <li>• Arbeitsrecht</li> <li>• Patientensicherheit</li> <li>• Betriebsverfassungsgesetz (Personal)</li> </ul>
<b>Ausgewählte Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auszubildende mit wenig bzw. keiner Pflegeerfahrung</li> <li>• Lerngruppe</li> <li>• intra- und interprofessionelles Team</li> <li>• zu pflegende Menschen aller Altersstufen</li> </ul>
<b>Erleben/ Deuten/ Verarbeiten</b>	<p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Helfen-Wollen, Motiviert-Sein/Engagiert-Sein, (vor)berufliche Sozialisation</li> <li>• Unsicherheit, Vorfremde, Neugier</li> <li>• Vorstellung vom Beruf/von Pflege/Erwartungshaltungen</li> <li>• berufliche Identität entwickeln, sich Vorbilder suchen bzw. Vorbilder reflektieren</li> <li>• Rollenerleben/Rollenfindung (Übergang Schule/Beruf)</li> </ul>

<b>Handlungsmuster</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lernen in der Gruppe, Gruppendynamik</li> <li>• Reflexion pflegerischer Vorerfahrungen und der Lernbiografie (inkl. digitaler Kompetenzen)</li> <li>• Einführung in die Beziehungsgestaltung: Kommunikation, Fürsorge, Kultursensibilität, ethische Haltung, Empathie</li> <li>• Pflegeprozess als Problemlösungs- und Beziehungsprozess, Einführung in die Grundlagen der Pflegewissenschaft/in das professionelle Pflegehandeln (z. B. Grundbegriffe, Gegenstand)</li> <li>• sich im Kontext zurechtfinden (ausgewählte Aspekte wie z. B. EDV)</li> <li>• Kontakt zum Team aufnehmen</li> <li>• Aufmerksam-Sein für die eigene Gesundheit/den Schutz vor physischen und psychischen Belastungen</li> <li>• Handlungsmuster zu ausgewählten Szenarien, die den Auszubildenden begegnen werden</li> </ul>
<b>Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen</b> Kurzer Überblick über die Geschichte des Pflegeberufes - auch internationale Vergleiche	
<b>Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen - z. B.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rollenspiele zur ersten Kontaktaufnahme zu fremden Menschen/zum Betreten eines Zimmers von zu pflegenden Menschen verschiedener Altersstufen</li> </ul> <b>Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben - z. B.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• systematische Erkundung der Perspektiven der Akteure im jeweiligen Handlungsfeld (z. B. im Hinblick auf Aufgabenfelder, Motivationen, Selbstverständnis, ökologische Grundsätze/Umweltmanagement, Brandschutz, Dienstplanung)</li> <li>• Eindrücke von der ersten Begegnung mit zu pflegenden Menschen sammeln und eigene Gedanken und Gefühle reflektieren</li> <li>• Begleitung eines zu pflegenden Menschen und Erkundung ihrer/seiner Bedürfnisse im Pflegeprozess</li> </ul>	

### **Didaktischer Kommentar**

Folgende Lernsituationen können hier bearbeitet werden:

- 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

Mit dem Punkt *Einführung zur Pflegewissenschaft* 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).

**CE 02      Zu pflegende Menschen in der Bewegung und Selbstversorgung unterstützen**

<b>CE 02</b>	<b>Zu pflegende Menschen in der Bewegung und Selbstversorgung unterstützen</b>	<b>Anlage 1 PfiAPrV</b>
<b>1. Ausbildungsdrittel</b>		<b>Zeitrichtwert: 180 Stunden</b>
<p><b>Intentionen und Relevanz</b></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 style="padding-left: 40px;">02 A Mobilität interaktiv, gesundheitsfördernd und präventiv gestalten</p> <p style="padding-left: 40px;">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 (02-B) 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 religiöse Hintergründen, die gesundheits- oder entwicklungsbedingten 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 unge-</p>		



wohnte 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.

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 der Basispflege, 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 Pflegebedarf 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.a-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
<b>Inhalte/Situationsmerkmale</b>	
<b>Handlungsanlässe</b>	<p><i>Zu pflegende Menschen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entwicklungs- und gesundheitsbedingt beeinträchtigte körperliche Mobilität</li> <li>• beeinträchtigte Mobilität im Bett</li> <li>• beeinträchtigte Gehfähigkeit</li> <li>• bewegungsarmer Lebensstil</li> <li>• Gesundheitsrisiken durch Mobilitätsbeeinträchtigungen, z. B. erhöhtes Sturzrisiko</li> <li>• Gefahr einer verzögerten sensomotorischen Entwicklung</li> </ul> <p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• berufliche Gesundheitsrisiken und Gefahren</li> <li>• Selbstfürsorge, insbesondere für die Gesunderhaltung des eigenen Bewegungsapparats sowie die Erhaltung und Weiterentwicklung der persönlichen Mobilität als zentrales Moment der pflegerischen Interaktion</li> </ul>
<b>Kontextbedingungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• unterschiedliche Einrichtungen und Versorgungsbereiche im Orientierungseinsatz</li> <li>• technische und digitale Hilfsmittel zur Unterstützung bei der Bewegungsförderung und Positionierung und Regelungen zu deren Verfügbarkeit (z. B. Medizinproduktegesetz)</li> <li>• Rechtsgrundlagen in Bezug auf Haftung, Arbeitsschutz und Sicherheit der zu pflegenden Menschen</li> <li>• Arbeitssicherheit und Unfallverhütung</li> </ul>
<b>Ausgewählte Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menschen aller Altersstufen mit Beeinträchtigungen in der Mobilität und in der Sinneswahrnehmung (Hören und Sehen) sowie deren Bezugspersonen</li> <li>• Menschen mit Gesundheitsrisiken aufgrund von Bewegungsmangel, die häufig als Zielgruppe im Orientierungseinsatz angetroffen werden</li> <li>• Auszubildende</li> <li>• Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner</li> <li>• andere Berufsgruppen, z. B. Physio- und Ergotherapeut*innen</li> </ul>
<b>Erleben/ Deuten/ Verarbeiten</b>	<p><i>Zu pflegende Menschen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wahrnehmung des eigenen Leibkörpers</li> <li>• Wohlbefinden</li> <li>• Bewegungsfreude</li> <li>• Abhängigkeit und beeinträchtigte Selbstbestimmung</li> <li>• Einsamkeit und beeinträchtigte soziale Teilhabe</li> <li>• Unsicherheit und Angst vor Stürzen</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• verschiedene individuelle Gründe für einen bewegungsarmen Lebensstil/eingeschränkte Mobilität</li> <li>• Umgang mit bzw. Ablehnung von großer körperlicher Nähe in der pflegerischen Interaktion zur Bewegungsförderung und -erhaltung</li> </ul> <p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• positive und negative Auswirkungen von Bewegung auf das physische und psychische Wohlbefinden</li> <li>• den eigenen Körper in Interaktion mit anderen erfahren</li> <li>• widersprüchliche Emotionen und Bedürfnisse, z. B. im Umgang mit großer körperlicher Nähe in der pflegerischen Interaktion</li> </ul>
<b>Handlungsmuster</b>	<p><i>Zu pflegende Menschen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fähigkeiten und Ressourcen sowie Beeinträchtigungen in der Mobilität unter Nutzung ausgewählter Assessmentverfahren beobachten und beschreiben bzw. dokumentieren.</li> <li>• Menschen bei Alltagsaktivitäten in ihrer Mobilität unterstützen und bei Bedarf technische und digitale Hilfsmittel nutzen.</li> <li>• eine sichere Umgebung für Menschen aller Altersstufen auch mit Beeinträchtigungen des Sehens und Hörens gestalten.</li> <li>• Risiken bei Beeinträchtigungen der Mobilität systematisch personen- und umgebungsbezogen einschätzen und dokumentieren sowie individuelle Pflegemaßnahmen planen, durchführen und evaluieren.</li> <li>• Angebote zur Mobilitätsförderung und -erhaltung sowie zur Entwicklungsförderung unter Einbezug entsprechender Bewegungskonzepte planen, durchführen und evaluieren.</li> <li>• Menschen über die Bedeutung von Mobilität in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention informieren.</li> <li>• Menschen zu hilfreichen Bewegungsabläufen instruieren.</li> <li>• Menschen bei Orts- und Positionswechseln unterstützen.</li> <li>• Maßnahmen zur Förderung und Erhaltung der Mobilität im pflegerischen und therapeutischen Team besprechen und abstimmen.</li> <li>• das eigene Handeln an ausgewählten Expertenstandards der Pflege – Überblick zu ausgewählten Standards in Verbindung mit Mobilitätsförderung und -einschränkungen (z. B. „Erhaltung und Förderung der Mobilität“, „Sturzprophylaxe in der Pflege“, „Dekubitusprophylaxe“) orientieren.</li> </ul> <p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• das eigene Gesundheits-/Bewegungsverhalten reflektieren.</li> <li>• eigene Bewegungsabläufe analysieren und vor dem Hintergrund pflegerischer Bewegungskonzepte reflektieren.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hilfreiche Bewegungsabläufe und Interaktionen in die pflegerische Unterstützung von Menschen aller Altersstufen integrieren und deren Wirkung auf den eigenen Körper evaluieren.</li> <li>• eigene Grenzen der körperlichen Belastbarkeit wahrnehmen und technische Hilfen in der Unterstützung von Menschen mit beeinträchtigter Mobilität fachgerecht nutzen.</li> <li>• selbstfürsorglich mit sich selbst umgehen und Aktivitäten zur Gesundheitsförderung wahrnehmen.</li> </ul>
<p><b>Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einführung in Grundbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention (wird in CE 13 aufgegriffen und vertieft)</li> <li>• sensomotorische Entwicklung im Kindesalter und physiologische Veränderungen der Motorik im Alter</li> <li>• Aufbau und Funktion des Bewegungsapparats</li> </ul>	
<p><b>Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen - z. B.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beobachten und Analysieren von Bewegungsabläufen und -mustern</li> <li>• Menschen mit beeinträchtigter Mobilität in einfachen Handlungen der Selbstversorgung unterstützen und die Wirksamkeit von Bewegungskonzepten evaluieren und reflektieren</li> <li>• Reflexion von eigenen Körperwahrnehmungen und Erfahrungen in der Unterstützung von Menschen mit beeinträchtigter Mobilität</li> </ul> <p><b>Lern- und Arbeitsaufgaben - z. B.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bericht/Dokumentation zu einer fallspezifischen Bewegungsinteraktion</li> <li>• Interview mit Physio-/Ergotherapeut*innen in der Ausbildungseinrichtung zu den spezifischen Aufgaben im Einsatzbereich</li> <li>• Beobachtung und Vorstellung von Angeboten zur Mobilitätsförderung und fallspezifische Analyse von Motivationsfaktoren</li> <li>• vergleichende Erhebung zum Einsatz von technischen und digitalen Hilfsmitteln in der Entwicklung, Förderung und Erhaltung von Bewegungsfähigkeit</li> <li>• vergleichende Erhebung zur Patienten- und Arbeitssicherheit in Handlungsfeldern der Pflege</li> </ul>	
<p><b>Didaktischer Kommentar</b></p> <p>(wird in Verbindung mit Schwerpunktbereich 02-B wiedergegeben)</p>	

CE 02 B	Menschen in der Selbstversorgung unterstützen
<b>Inhalte/Situationsmerkmale</b>	
<b>Handlungsanlässe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegebedürftigkeit</li> <li>• Pflegephänomene, z. B. Hilflosigkeit, Abhängigkeit, Fremdheit, Scham, Bedürfnis nach Zuwendung, Orientierung und Berührung</li> <li>• gesundheits- oder entwicklungsbedingte Beeinträchtigungen in der Selbstversorgung, (Körperpflege/Kleiden, Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Ausscheidung)</li> <li>• pflegebedingte Notwendigkeit der Beobachtung des Gesundheitszustandes (inklusive der Vitalwerte)</li> <li>• (Risiko von) Veränderungen des Hautzustands und Erfordernis entsprechend ausgewählter Prophylaxen, z. B. Intertrigoprophyllaxe, Dekubitusprophyllaxe</li> <li>• Bedarf an Entwicklungs- und Gesundheitsförderung über Berührung</li> <li>• Mangelernährung</li> <li>• Flüssigkeitsdefizit</li> <li>• beeinträchtigte Harnausscheidung</li> <li>• beeinträchtigte Stuhlausscheidung</li> <li>• ggf. Schlafstörung/Unruhe (sollte in anderen curricularen Einheiten wieder aufgegriffen werden)</li> </ul>
<b>Kontextbedingungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• verschiedene Versorgungsbereiche der Pflege (insbesondere solche, in denen die Lernenden im Orientierungseinsatz eingesetzt werden)</li> <li>• Angehörige und Bezugspersonen, die bei der Pflege anwesend sein können</li> </ul>
<b>Ausgewählte Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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)</li> <li>• Auszubildende mit keiner oder geringer Pflegeerfahrung</li> </ul>
<b>Erleben/ Deuten/ Verarbeiten</b>	<p><i>Zu pflegende Menschen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wohlbefinden, Zuwendung, sich selbst im Leibkörper wahrnehmen und spüren</li> <li>• Erleben von Hilfe- und Unterstützungsbedarf und Umgang mit der Zuweisung von „Pflegebedürftigkeit“</li> <li>• Fremdheit, Scham, Hilflosigkeit, Abhängigkeit</li> <li>• Angst vor Nähe und Berührung</li> </ul>

	<p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wirksamkeit von Pflege, Nähe, Bezogenheit</li> <li>• Fremdheit, Unsicherheit, Sprachlosigkeit, Abneigung</li> <li>• Erleben von eigenen Bewältigungsressourcen und Widerstandsfaktoren</li> </ul>
<p><b>Handlungsmuster</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstversorgungsdefizite, Ressourcen und Fähigkeiten der zu pflegenden Menschen mithilfe erster pflegerischer Modelle/Theorien beobachten und beschreiben</li> <li>• Individuelle Bedürfnisse wahrnehmen und in der Unterstützung bei der Selbstversorgung berücksichtigen</li> <li>• Veränderungen des Gesundheitszustandes (inkl. der Vitalwerte) anhand von grundlegendem Wissen aus der Pflege und den Bezugswissenschaften beobachten, beschreiben und sachgerecht dokumentieren</li> <li>• Pflegebedürftigkeit beschreiben und einordnen</li> <li>• prophylaktische Maßnahmen bei gesundheits- und entwicklungsbedingten Einschränkungen der Mobilität in die Körperpflege integrieren</li> <li>• pflegerische Unterstützung oder entwicklungsbedingte Übernahme bei der Selbstversorgung geben (Körperpflege/Kleiden, Zahn- und Mundhygiene, Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Ausscheidung) und dabei für die Patientensicherheit sorgen</li> <li>• hygienische Maßnahmen in der pflegerischen Unterstützung berücksichtigen</li> <li>• grundlegende Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in die pflegerische Unterstützung bei der Selbstversorgung integrieren</li> <li>• Kommunikation und Interaktion in körpernahen und intimen pflegerischen Handlungen einfühlsam gestalten</li> <li>• 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“)</li> <li>• mit Pflegedokumentationssystemen (analog/digital) umgehen, diesen Informationen entnehmen und durchgeführte Pflege dokumentieren</li> <li>• digitale Messinstrumente und technische Hilfsmittel fachgerecht anwenden</li> <li>• Patienten bei der Hilfsmittelversorgung unterstützen, z. B. beim Hören, Sehen</li> <li>• beruflich bedingte Intimitätsverletzungen respekt- und würdevoll gestalten und sich selbst reflektieren</li> <li>• Struktur und Organisation des Einsatzbereichs kennenlernen und sich darin orientieren</li> </ul>



### **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 - z. B.**

- Selbsterfahrung zur Art und Weise von Berührungs- und Interaktionsgestaltung
- Durchführung von typischen Pflegesituationen in der Basispflege (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 - z. B.**

- 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 (werden in CE 02 B aufgenommen)

### **Didaktischer Kommentar für beide Schwerpunktbereiche**

#### **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. Jugendlicher 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/analoge 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 Pflegerfahrungen reflektieren – verständigungsorientiert kommunizieren**

CE 03	Erste Pflegerfahrungen reflektieren – verständigungsorientiert kommunizieren	Anlage 1 PfiAPrV
<b>1. Ausbildungsdrittel</b>		<b>Zeitrichtwert: 80 Stunden</b>
<p><b>Intentionen und Relevanz</b></p> <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 in 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 Distanzzonen, 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 in 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>		
<p><b>Bildungsziele</b></p> <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 die Wirklichkeit ihrer Handlungsmöglichkeiten einschließlich persönlicher und institutionelle 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

### Die Auszubildenden

- 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 Pflegenden (V.2.d).

### Inhalte/Situationsmerkmale

<b>Handlungsanlässe</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• erste Pflegeerfahrungen im Orientierungseinsatz, erlebte Anforderungen, Irritationen, Widersprüche und die Komplexität pflegerischen Handelns</li><li>• erlebte Begegnungen mit Ekel/Selbstekel, Scham etc.</li><li>• divergierende Interessen in der pflegerischen Kommunikation</li><li>• empfundene Sprachlosigkeit</li><li>• Kommunikations-/Informationsbedürfnisse zu pflegender Menschen und ihrer Bezugspersonen</li></ul>
<b>Kontextbedingungen</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bedingungen bzw. Spannungsfelder im pflegerischen Handeln</li><li>• Asymmetrie pflegerischen Handelns</li></ul>

<b>Ausgewählte Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auszubildende mit wenig Pflegeerfahrung</li> <li>• Lerngruppe</li> <li>• zu pflegende Menschen aller Altersstufen</li> <li>• Team</li> </ul>
<b>Erleben/ Deuten/ Verarbeiten</b>	<p>Reflexion und Deutung erlebter Phänomene</p> <p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstvergewisserung zur Berufswahl</li> <li>• Irritationen, Ungewissheit, Aushalten-Müssen</li> <li>• erlebte Ressourcen und Bewältigungsstrategien</li> <li>• Ekel, Scham, Geduld, Zerrissenheit zwischen Anforderungen und Realität, Hilflosigkeit, Zufriedenheit in der Begegnung mit Menschen/ Wirksamkeit des eigenen Handelns</li> <li>• Eindringen in die Intimsphäre fremder Menschen/Verletzen der Intimsphäre, Grenzüberschreitungen</li> <li>• Bedürfnis, Spannungen in der Interaktion aufzulösen</li> </ul> <p><i>Zu pflegende Menschen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eindringen in die Intimsphäre, Leiderfahrung, Abhängigkeitsgefühl, Scham, Selbstekel, Verbergen-Wollen, Ängste</li> <li>• Gefühl des Nichtakzeptierens/Fremdbestimmung</li> </ul>
<b>Handlungsmuster</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• erste Pflegeerfahrungen reflektieren, inkl. erlebter Begegnungen mit Ekel/Selbstekel, Scham etc. (vgl. erlebte Phänomene)</li> <li>• Emotionen regulieren</li> <li>• mit belastenden/fordernden Erfahrungen umgehen, kollegiale Beratung in Anspruch nehmen</li> <li>• Grundsätze der verständigungs- und beteiligungsorientierten Gesprächsführung und unterschiedliche Kommunikationskanäle nutzen, Kommunikationsbarrieren abbauen</li> <li>• Aushandlungsprozesse zwischen Pflegeanforderungen und individuellen Bedürfnissen von Betroffenen gestalten (nicht nur sprachlich, sondern auch nonverbal und taktil)</li> </ul>
<p><b>Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einführung in die Emotionspsychologie</li> <li>• Geltungsansprüche in Aushandlungsprozessen; (pflege)-berufswissenschaftliche Studien zu Phänomenen von Macht und Machtmissbrauch in pflegerischen Interaktionen</li> </ul>	

### **Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen - z. B.**

- 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

### **Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben - z. B.**

- 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.

### **Didaktischer Kommentar**

Folgende Lernsituationen können exemplarisch bearbeitet werden:

- 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	Anlagen 1 und 2 PfiAPrV
1./2. Ausbildungsdrittel		Zeitrichtwert: 80 Stunden
3. Ausbildungsdrittel		Zeitrichtwert: 80 Stunden
<p><b>Intentionen und Relevanz</b></p> <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. Pflegenden 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</p>		

Pflegehandeln im interprofessionellen Team“ und 10 „Entwicklung und Gesundheit in Kindheit und Jugend in pflegerischen Situationen fördern“ hergestellt werden.

### **Bildungsziele**

Die Auszubildenden reflektieren Widersprüche zwischen der Fürsorge für zu pflegende Menschen vs. gesundheitsbezogener Selbstbestimmung, z. B. Widersprüche zwischen Pflege- und Therapieempfehlungen und biografisch/sozialisatorisch bedingten Gewohnheiten und Bewältigungsstrategien.

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.

### **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).
- 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).
- 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 PfiAPrV**

Grundlegend für das 3. 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-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).

- 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 Pflorgeteam 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).
- 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).
- 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- und Unterforderungen frühzeitig wahr, erkennen die notwendigen Veränderungen am Arbeitsplatz und/oder des eigenen Kompetenzprofils und leiten daraus entsprechende Handlungsalternativen 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

### Handlungsanlässe

1./2. Ausbildungsdrittel

- 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/gefährliches Gesundheitsverhalten in allen Altersstufen, z. B. Suchtverhalten, bewegungsarmer Lebensstil, (entwicklungsbedingtes) Risikoverhalten (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 pflegfachlichen Fragestellungen
- institutionelle gesundheitsbezogene Bedingungen, z. B. gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen/ physische und psychische Belastungen am Arbeits- und Lernplatz

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verantwortung für Patientensicherheit</li> </ul> <p>3. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informations- und Beratungsbedarfe von Menschen aller Altersstufen und Einrichtungen zu gesundheitsbezogenen Fragen</li> <li>• gesundheitsbezogene (ethische) Entscheidungskonflikte</li> <li>• Belastungssituationen in der intraprofessionellen Zusammenarbeit/drohende Konflikte im Pflorgeteam</li> <li>• Unterstützungsbedarfe in Familien/Familiengesundheit</li> <li>• drohende (auch sexuelle) Gewalt</li> <li>• Gefahr von Kindesmissbrauch/Gefahr des beeinträchtigten Kindeswohls</li> </ul>
<b>Kontext- bedin- gungen</b>	<p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• alle gesundheitsbezogenen Einrichtungen und pflegerischen Handlungsfelder</li> <li>• weitere Einrichtungen (z. B. Betriebe, Schulen, Kindertagestätten, Familienzentren, Kinderschutzzentren, Sozialpädiatrische Zentren, Frühförderung, Jugendämter, Polizei), die gesundheitsbezogene Angebote unterbreiten</li> <li>• gesundheitsbezogene Werte und Normen in der Gesellschaft und in Institutionen</li> </ul> <p>3. Ausbildungsdrittel – erweiternd</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rechtliche Rahmenbedingungen zu Gesundheitsförderung und Prävention</li> <li>• Schnittstellen zwischen Gesundheitsberufen, anderen beratenden Berufen und in der Prävention tätigen Organisationen und Netzwerken</li> </ul>
<b>Ausge- wählte Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auszubildende/Lerngruppe</li> <li>• zu pflegende Menschen aller Altersstufen und ihre Bezugspersonen</li> <li>• Menschen in verschiedenen Sozialisationsinstanzen (Familie, Schule, Freizeitgruppen, Betrieb etc.)</li> <li>• Team</li> <li>• Akteure des Pflege- und Schulmanagements</li> </ul>
<b>Erleben/ Deuten/ Verar- beiten</b>	<p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sich für verletzlich halten/sich für unverletzlich halten</li> <li>• Angst vor gesundheitlichen Folgen von schädigenden Verhaltensweisen/vor Gewalt</li> <li>• gesundheitliche (kulturbezogene) Überzeugungen und Selbstwirksamkeitserwartungen</li> <li>• sich-kompetent-fühlen in Bezug auf die eigene Gesundheit</li> <li>• Wohlbefinden/sich stark erleben</li> </ul>

	<p><i>Zu pflegende Menschen und deren Bezugspersonen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stigmatisierung erleben</li> <li>• Diskrepanz zwischen Gesund-leben-wollen und Gesund-leben-können</li> <li>• sich-kompetent-fühlen in Bezug auf die eigene Gesundheit</li> <li>• kognitive Dissonanzen in Bezug auf das Gesundheitsverhalten</li> <li>• biografisch/sozialisatorisch bedingte Gewohnheiten</li> <li>• Ohnmacht in Bezug auf Gewalt/Angst vor Gewalt</li> <li>• Angst vor Kontrolle durch staatliche Institutionen</li> <li>• Angst vor Sorgerechtsentzug oder Inobhutnahme</li> </ul>
<p><b>Handlungsmuster</b></p>	<p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <p>Fokus auf Auszubildende</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexion des eigenen konkreten Gesundheitsverhaltens anhand von Gesundheitsverhaltensmodellen und Ableitung konkreter Konsequenzen für das eigene gesundheitsbezogene Verhalten und für das pflegerische Handeln</li> <li>• Reflexion und Mitgestaltung der Arbeitsplatz- und Lernbedingungen, gesundheitsförderliches Verhalten in der Lerngruppe befördern</li> <li>• Maßnahmen zum Arbeitsschutz</li> <li>• bewusste Arbeitszeit- und Freizeitgestaltung/Selbstsorge</li> <li>• individuelles Gesundheitscoaching</li> <li>• Methoden zum Schutz vor physischen und psychischen Belastungen/Stressbewältigung/-reduktion und Resilienzentwicklung, z. B. Entspannungsübungen, Supervision, Mediation etc.</li> </ul> <p>Fokus auf andere Akteure</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhebung von Resilienz- oder/und Risikofaktoren anhand von Instrumenten/Screening</li> <li>• gesundheitsförderliche und präventive Handlungsmöglichkeiten im pflegerischen Handeln identifizieren</li> <li>• Gesundheitskommunikation: Information und Schulung verschiedener Zielgruppen zu gesundheitsbezogenen Fragen unter Einbezug biografischer/sozialisatorischer und entwicklungsbedingter Voraussetzungen, Kompetenzen, Gewohnheiten, Lebensstile und sozialer Unterstützungsmöglichkeiten</li> <li>• 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/ge-</li> </ul>

	<p>sunde Einrichtung, Schulgesundheitspflege (z. B. zu den Themen Zahngesundheit, gesunde Ernährung, Infektions- und Allergieprävention, Prävention von Kinderunfällen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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)</li> <li>• Information, Schulung und Beratung von zu pflegenden Menschen mit Diabetes (Typ II) und ihren Bezugspersonen (Sekundärprävention)</li> <li>• Maßnahmen der Suchtprävention</li> <li>• technische/digitale Hilfsmittel für gesundheitsförderliche/präventive Informations- und Beratungsangebote nutzen (z. B. Gesundheits-Apps/Telecare etc.) und kritische fachliche Reflexion der Angebote</li> <li>• gesundheitsbezogene Angebote in Pflegeschule und Praxiseinrichtung mitgestalten bzw. nutzen</li> <li>• Maßnahmen zur Patientensicherheit (z. B. Umgebungsgestaltung)</li> <li>• Information, Anleitung und Beratung von Auszubildenden, Praktikant*innen sowie freiwillig Engagierten</li> </ul> <p>3. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spezielle Gesundheitskommunikation: Beratung verschiedener Zielgruppen zu gesundheitsbezogenen Fragen</li> <li>• Gestaltung von Pflegesituationen, in denen aktuelle Bedürfnisse zu pflegender Menschen langfristigen Bedarfen wie Wohlbefinden oder Lebensqualität oder Lebensdauer entgegenstehen</li> <li>• gesundheitsbezogene Entscheidungsfindung/informierte Entscheidung, ethische Aspekte</li> <li>• Konzepte der Familiengesundheit umsetzen, frühe Hilfen einbeziehen</li> <li>• Identifikation drohender Konflikte/Belastungen im Team und Methoden zur Konfliktprävention</li> <li>• Maßnahmen zur Gewaltprävention (auch sexuelle Gewalt)</li> <li>• Maßnahmen zur Stressreduktion</li> <li>• Zusammenarbeiten mit Institutionen und Netzwerken im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention</li> <li>• Einschätzung der eigenen Kompetenzen und adäquate Abgrenzung bzw. Weitervermittlung an andere Netzwerkakteure</li> <li>• Information, Anleitung und Beratung von Teammitgliedern</li> </ul>
--	---

## 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 - z. B.**

### 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 Gesundheits-Apps
- 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 - z. B.**

### 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, Praktikanten 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 II) 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-Buffer einrichten, (Pausen-)Bewegungsangebote ermöglichen, individuelles Gesundheits-Coaching 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 Mitauszubildende), 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**

<b>CE 04</b>	<b>Gesundheit von Kindern und Jugendlichen fördern und präventiv handeln</b>	<b>Anlage 3 PfiAPrV</b>
<b>3. Ausbildungsdrittel</b>		<b>Zeitrichtwert: 80 Stunden</b>
<p><b>Intentionen und Relevanz</b></p> <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 risikoe erhöhende 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 Ressourcen, 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 Pflegenden in der Gesundheitsförderung und Prävention (z. B. in den frühen Hilfen, in der Schulgesundheitspflege) bei Kindern und Jugendlichen und ihrer 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 PflAPrV**

Grundlegend für das 3. Ausbildungsdrittel

- 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 pflegfachlichen 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 Pflgeteam 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**

<b>Handlungsanlässe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informations- und Beratungsbedarfe von Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen und Einrichtungen zu gesundheitsbezogenen Fragen</li> <li>• 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 außerfamiliäre Betreuung von Kindern, Leistungsprobleme in der Schule oder während der Transition, Risikoverhalten etwa unkontrollierbares Kick-Erlebnis</li> <li>• Gesundheitsrisiken durch Beeinträchtigungen der elterlichen Fürsorge und Beziehung: z. B. Risiken durch Vernachlässigung und Misshandlung, durch mangelnde Förderung, durch mangelnde Erziehungskompetenz, beeinträchtigte Familienprozesse</li> <li>• gesundheitsbezogene (ethische) Entscheidungskonflikte</li> <li>• Belastungssituationen in der intraprofessionellen Zusammenarbeit/ drohende Konflikte im Team</li> <li>• gesellschaftliche und berufsethische Fragestellungen im Zusammenhang mit Kinderschutz und ethischen Dilemmasituationen</li> <li>• Unterstützungsbedarfe in Familien/Familiengesundheit</li> <li>• drohende (auch sexuelle) Gewalt</li> <li>• Gefahr von Kindesmissbrauch/Gefahr des beeinträchtigten Kindeswohl</li> </ul>
<b>Kontextbedingungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einrichtungen der ambulanten und stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen</li> <li>• Schulen, Kindertagesstätten</li> <li>• rechtliche Rahmenbedingungen zu Gesundheitsförderung und Prävention (Kinderschutzgesetz und Schutzauftrag nach § 8a SGB VIII)</li> <li>• Schnittstellen zwischen Gesundheitsberufen, anderen beratenden Berufen und in der Prävention tätigen Organisationen und Netzwerken</li> </ul>

<b>Ausgewählte Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auszubildende/Lerngruppe</li> <li>• Kinder, Jugendliche und ihre Bezugspersonen</li> <li>• Team</li> <li>• Akteure des Pflege- und Schulmanagements</li> <li>• Akteure in pädagogischen und sozialen Bereichen</li> <li>• Akteure in der Jugendhilfe und in Ordnungsbehörden</li> </ul>
<b>Erleben/ Deuten/ Verarbeiten</b>	<p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sich für verletzlich halten/sich für unverletzlich halten</li> <li>• Angst vor Gewalt</li> <li>• sich mit den gesellschaftlichen Risiken konfrontiert sehen</li> <li>• Erleben von Widersprüchen und Grenzen im Rahmen des Kinderschutzes</li> <li>• Ohnmacht</li> <li>• gesundheitliche (kulturbezogene) Überzeugungen und Selbstwirksamkeitserwartungen</li> </ul> <p><i>Zu pflegende Kinder/Jugendliche und deren Bezugspersonen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stigmatisierung erleben</li> <li>• Diskrepanz zwischen Gesund-leben-wollen und Gesund-leben-können</li> <li>• kognitive Dissonanzen in Bezug auf das Gesundheitsverhalten</li> <li>• biografisch bedingte Gewohnheiten</li> <li>• Ohnmacht in Bezug auf Gewalt/Angst vor Gewalt</li> <li>• Abwehrhaltungen gegenüber den Gesundheitsrisiken von Kindheit und Jugend</li> <li>• Scham</li> </ul>
<b>Handlungsmuster</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risikoeinschätzung/frühzeitiges Erkennen von Gesundheits- und Entwicklungsrisiken bei Kindern und Jugendlichen</li> <li>• Erkennen von Schutzfaktoren</li> <li>• Einschätzung von Elternkompetenzen und Familiengesundheit</li> <li>• Gestaltung von gesundheitsförderlichen und präventiven Angebote für Kinder und Jugendliche und Bezugspersonen bzw. Integration in den Pflegeprozess</li> <li>• 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)</li> <li>• Förderung und Stärkung von Elternkompetenzen (z. B. in der Feinfühligkeit, im Bindungsverhalten, der Ernährung, der pflegerischen Zuwendung)</li> </ul>



	<p>und Fürsorge, in der Ermöglichung von Entwicklung, in der sicheren und gesundheitsfördernden Umgebungsgestaltung, in der Erziehung)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prävention von Entwicklungsrisiken</li> <li>• Unterstützung bei der gesundheitsbezogenen Entscheidungsfindung/informierte Entscheidung unter Berücksichtigung ethischer Aspekte</li> <li>• Umsetzen von Konzepten der Familiengesundheit, Einbezug früher Hilfen</li> <li>• Identifikation drohender Konflikte/Belastungen im Team und Einsatz von Methoden zur Konfliktprävention</li> <li>• Maßnahmen zur Gewaltprävention (auch sexuelle Gewalt)</li> <li>• Maßnahmen zur Stressreduktion</li> <li>• Prävention von Kindeswohlgefährdung</li> <li>• Stärkung von Kinderrechten und Kindergesundheit</li> <li>• Zusammenarbeit mit Institutionen und Netzwerken im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention</li> <li>• Einschätzung der eigenen Kompetenzen und adäquate Abgrenzung bzw. Weitervermittlung an andere Netzwerkakteure</li> <li>• Information, Anleitung und Beratung von Teammitgliedern</li> <li>• Auseinandersetzung mit Handlungsfeldern der Pflege im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung in historischen und gesellschaftlichen Zusammenhängen</li> </ul>
--	---

#### **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 - z. B.**

#### 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 - z. B.**

- 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“, „Mädchengesundheit“, „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	Anlage 4 PfiAPrV
<b>3. Ausbildungsdrittel</b>		<b>Zeitrichtwert: 80 Stunden</b>
<p><b>Intentionen und Relevanz</b></p> <p>Diese curriculare Einheit schließt an die korrespondierende Einheit aus der generalistischen Ausbildungsphase der ersten beiden Ausbildungsdrittel an. Die Lernsituationen des dritten Ausbildungsdrittels sind im Vergleich zu denen der ersten beiden Ausbildungsdrittel 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 Ausbildungsdrittel werden dabei die institutionellen und gesellschaftlichen Ebenen von Gesundheitsförderung und Prävention dezidiert reflektiert.</p> <p>Bezüge zur curricularen Einheit 07 „Rehabilitatives Pflegehandeln im interprofessionellen Team“ können hergestellt werden.</p>		
<p><b>Bildungsziele</b></p> <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>		
<p><b>Kompetenzen - Anlage 4 PfiAPrV</b></p> <p>Grundlegend für das 3. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Pflege von alten Menschen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und bewerten (I.1 a-h).</li> <li>• 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).</li> </ul>		

## Die Auszubildenden

- reflektieren Phänomene von Macht und Machtmissbrauch 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 pflegfachlichen 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**

<b>Handlungsanlässe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertiefung: Informations- und Beratungsbedarfe von alten Menschen und ihren Bezugspersonen und Einrichtungen zu gesundheitsbezogenen Fragen</li> <li>• Gesundheitsrisiken alter Menschen, z. B. mangelnde körperliche Aktivität, beeinträchtigtes Ernährungsverhalten, depressive Stimmungsschwankungen</li> <li>• gesundheitsbezogene (ethische) Entscheidungskonflikte</li> <li>• Belastungssituationen in der intraprofessionellen Zusammenarbeit/drohende Konflikte im Team</li> <li>• Unterstützungsbedarfe in Familien bzw. der Familiengesundheit</li> <li>• drohende (auch sexuelle) Gewalt</li> </ul>
<b>Kontextbedingungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• rechtliche Rahmenbedingungen zu Gesundheitsförderung und Prävention</li> <li>• Einrichtungen der ambulanten und stationären Langzeitpflege</li> <li>• Pflegestützpunkte</li> <li>• Schnittstellen zwischen Gesundheitsberufen, anderen beratenden Berufen und in der Prävention tätigen Organisationen und Netzwerken</li> </ul>
<b>Ausgewählte Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auszubildende/Lerngruppe</li> <li>• alte zu pflegende Menschen und ihre Bezugspersonen</li> <li>• Team</li> <li>• Akteure des Pflege- und Pflegeschulmanagements</li> <li>• Akteure im sozialen Raum (z. B. freiwillig Engagierte)</li> </ul>

<b>Erleben/ Deuten/ Verarbeiten</b>	<p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sich für verletzlich halten/sich für unverletzlich halten</li> <li>• Angst vor gesundheitlichen Folgen von schädigenden Verhaltensweisen/vor Gewalt</li> <li>• gesundheitliche (kulturbezogene) Überzeugungen und Selbstwirksamkeitserwartungen</li> <li>• sich-kompetent-fühlen in Bezug auf die eigene Gesundheit</li> <li>• Wohlbefinden/sich-stark-erleben</li> </ul> <p><i>Zu pflegende Menschen und deren Bezugspersonen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stigmatisierung erleben</li> <li>• Diskrepanz zwischen Gesund-leben-wollen und Gesund-leben-können</li> <li>• kognitive Dissonanzen in Bezug auf das Gesundheitsverhalten</li> <li>• biografisch bedingte Gewohnheiten</li> <li>• Ohnmacht in Bezug auf Gewalt / Angst vor Gewalt</li> <li>• Angst vor Kontrolle durch staatliche Institutionen</li> </ul>
<b>Handlungsmuster</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• spezielle Gesundheitskommunikation: Beratung alter Menschen und Einrichtungen zu gesundheitsbezogenen Fragen</li> <li>• Gestaltung von Pflegesituationen, in denen aktuelle Bedürfnisse alter zu pflegender Menschen längerfristigen Bedarfen wie Wohlbefinden oder Lebensqualität oder Lebensdauer entgegenstehen</li> <li>• Unterstützung bei der gesundheitsbezogenen Entscheidungsfindung/informierten Entscheidung unter Berücksichtigung ethischer Aspekte</li> <li>• Identifikation drohender Konflikte/Belastungen im Team und Anwendung von Methoden zur Konfliktprävention</li> <li>• Maßnahmen zur Gewaltprävention (auch sexuelle Gewalt)</li> <li>• Maßnahmen zur Stressreduktion</li> <li>• Zusammenarbeit mit Institutionen und Netzwerken im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention</li> <li>• Einschätzung der eigenen Kompetenzen und adäquate Abgrenzung bzw. Weitervermittlung an andere Netzwerkakteure</li> <li>• Information, Anleitung und Beratung von Teammitgliedern</li> </ul>

### **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 - z. B.**

- 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 - z. B.**

- 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



### **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	Menschen in kurativen Prozessen pflegerisch unterstützen und Patientensicherheit stärken	Anlagen 1 und 2 PfiAPrV
1./2. Ausbildungsdrittel		Zeitrichtwert: 200 Stunden
3. Ausbildungsdrittel		Zeitrichtwert: 140 Stunden
<p><b>Intentionen und Relevanz</b></p> <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>		
<p><b>Bildungsziele</b></p> <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>		

### 3. Ausbildungsdrittel

Insbesondere am Beispiel der Versorgung von Menschen 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, 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.

#### **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 (1.2.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 PflAPrV**

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 pflegfachlichen 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).
- 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**

<p><b>Handlungsanlässe</b></p>	<p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <p>Chirurgischer Arbeitsbereich</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• akuter Schmerz</li> <li>• Wundversorgung</li> <li>• nosokomiale Infektionsrisiken</li> <li>• Risiken, wie unwirksamer Atemvorgang, Blutungen, unausgeglichenes Flüssigkeitsvolumen, unausgeglichene Körpertemperatur, Körperbildstörung, dysfunktionale gastrointestinale Motilität, Schockgefahr, Sturzgefahr, Übelkeit, beeinträchtigt Wohlbefinden, Obstipationsgefahr, Orientierungsstörung, verzögerte postoperative Erholung</li> </ul>
--------------------------------	---

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

	<p>3. Ausbildungsdrittel zusätzlich</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Versorgungsketten</li> <li>• institutionsübergreifende (Integrierte) Versorgung: national und international</li> <li>• medizintechnologische Entwicklungen und ihre finanziellen und ethischen Implikationen</li> <li>• Telenursing, Telemedizin</li> <li>• drei ausgewählte Leitlinien und/oder Expertenstandards (z. B. Chronische Wunden, Entlassungsmanagement)</li> <li>• neue Formen der Verteilung von Aufgaben und Verantwortung zwischen den Berufsgruppen</li> <li>• pflegerische Weiterbildungen und neue pflegerische Berufe</li> <li>• Arbeitsbedingungen (im Krankenhaus) vor dem Hintergrund rechtlicher und ökonomischer Rahmenbedingungen</li> </ul>
<p><b>Ausgewählte Akteure</b></p>	<p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menschen aller Altersstufen und ihre Bezugspersonen</li> <li>• Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen</li> <li>• eigene Berufsgruppe: Stationsleitung, Pflegedienstleitung, Kolleg*innen</li> <li>• ausgewählte andere Berufsgruppen, wie Ärzt*innen, Physiotherapeut*innen, Ernährungsberater*innen, Wundexpert*innen, Sozialarbeiter*innen</li> </ul> <p>3. Ausbildungsdrittel zusätzlich</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• geflüchtete Menschen</li> <li>• Menschen mit prekären sozioökonomischen Lebensbedingungen</li> </ul>
<p><b>Erleben/ Deuten/ Verarbeiten</b></p>	<p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• eigene Ängste und Schmerzen</li> <li>• Verantwortung angesichts möglicher Risiken</li> <li>• hierarchische Arbeitszusammenhänge</li> </ul> <p><i>Zu pflegende Menschen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ängste und Schmerzen</li> <li>• Familiensysteme und Bezugspersonen als unterstützende Ressourcen</li> </ul>



	<p>3. Ausbildungsdrittel zusätzlich</p> <p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• berufliche Belastungen durch das Leid anderer</li> <li>• Verantwortung in der inter- und intraprofessionellen Zusammenarbeit</li> </ul> <p><i>Zu pflegende Menschen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Krisensituationen</li> <li>• Verletzungen des Körpers und bleibende Einschränkungen</li> <li>• Anpassungsleistungen und Bewältigungsressourcen</li> </ul>
<p><b>Handlungsmuster</b></p>	<p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegebedarf feststellen und Pflegeprozesse zur Unterstützung der Kuratation planen, steuern, durchführen und evaluieren</li> <li>• kommunizieren, informieren, schulen</li> <li>• Adhärenz und Gesundheitskompetenz fördern</li> <li>• Förderung des psychischen Wohlbefindens</li> <li>• interkulturell pflegen</li> <li>• Patientenaufnahme im klinischen Kontext (elektiv/akut)</li> <li>• Pflege an standardisierten Abläufen (Clinical Pathways) ausrichten</li> <li>• perioperative Pflege</li> <li>• Assistenz bei ärztlichen Interventionen</li> <li>• im intra- und interprofessionellen Team zusammenarbeiten</li> <li>• Wundmanagement</li> <li>• Schmerzmanagement (akute Schmerzen)</li> <li>• Infektionsprävention</li> <li>• Thermoregulation</li> <li>• Interventionen zur Unterstützung der erwünschten Wirkung pharmakologischer Wirkstoffe</li> <li>• ausgewählte Interventionen zur Optimierung der Zirkulation von Blut und Flüssigkeiten im Gewebe</li> <li>• Elektrolyt-/Säure-Basen-/Wasser-Haushaltsmanagement</li> <li>• Interventionen zur Förderung der Durchgängigkeit der Atemwege und des Gasaustauschs</li> <li>• Risikomanagement (Grundlagen)</li> <li>• Entlassungsmanagement (Grundlagen)</li> <li>• Einbindung von ausgewählten Leitlinien und Expertenstandards</li> </ul>

### 3. Ausbildungsdrittel

- 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-Basengleichgewichts
- 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
- 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

- 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

- 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 - z. B.**

### 1./2. Ausbildungsdrittel

- Durchführung eines Verbandwechsels bei vergleichsweise unkomplizierten Wunden (schrittweise Steigerung des Anforderungsniveaus)
- postoperative Mobilisation eines Patienten nach z. B. Hüft-TEP-OP
- Simulation von Informationsgesprächen
- Durchführung von Schulungen zum Umgang mit ausgewählten gesundheitlichen Problemlagen

### 3. Ausbildungsdrittel

- 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 - z. B.**

### 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. Ausbildungsdrittel 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 multimorbiden 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**

<b>CE 05</b>	<b>Kinder und Jugendliche in kurativen Prozessen pflegerisch unterstützen und Patientensicherheit stärken</b>	<b>Anlage 3 PfiAPrV</b>
<b>3. Ausbildungsdrittel</b>		<b>Zeitrichtwert: 140 Stunden</b>
<b>Intentionen und Relevanz</b>		
<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 Selbstpflegeerfordernissen 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 beratende 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>		
<b>Bildungsziele</b>		
<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, aneignen. 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**

### Grundlegend für das 3. Ausbildungsdrittel

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

### Die Auszubildenden

- 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 Kuratation (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 kleineren 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 ordnungsgemäß 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).



<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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).</li> </ul>	
<b>Inhalte/Situationsmerkmale</b>	
<b>Handlungsanlässe</b>	<p>Multimorbidität als Kombination u. a. folgender Handlungsanlässe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• verminderte Herz-/Kreislaufleistung</li> <li>• beeinträchtigter Atemvorgang/Gasaustausch</li> <li>• reduzierte Nierenleistung</li> <li>• Elektrolyt-, Säure-Basen- und Flüssigkeitsungleichgewicht</li> <li>• akute und chronische Schmerzen</li> <li>• akute und chronische Wunden</li> <li>• Infektionen</li> <li>• psychische Komorbidität bei Multimorbidität</li> <li>• Medikationsfehler</li> <li>• Nebenwirkungen und Arzneimittelinteraktionen</li> </ul>
<b>Kontextbedingungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versorgungsketten</li> <li>• institutionsübergreifende (Integrierte) Versorgung: national und international</li> <li>• medizintechnologische Entwicklungen und ihre finanziellen und ethischen Implikationen</li> <li>• Telenursing, Telemedizin</li> <li>• drei ausgewählte Leitlinien und/oder Expertenstandards (z. B. Chronische Wunden, Entlassungsmanagement)</li> <li>• neue Formen der Verteilung von Aufgaben und Verantwortung zwischen den Berufsgruppen</li> <li>• pflegerische Weiterbildungen und neue pflegerische Berufe</li> <li>• Arbeitsbedingungen (im Krankenhaus) vor dem Hintergrund rechtlicher und ökonomischer Rahmenbedingungen</li> </ul>
<b>Ausgewählte Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinder und Jugendliche und ihre Bezugspersonen</li> <li>• geflüchtete Kinder und Jugendliche</li> <li>• Kinder und Jugendliche sowie Familien mit prekären sozioökonomischen Lebensbedingungen</li> <li>• eigene Berufsgruppe: Stationsleitung, Pflegedienstleitung, Kolleg*innen</li> <li>• ausgewählte andere Berufsgruppen, wie Ärzt*innen, Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Logopäd*innen, Ernährungsberater*innen, Wundexpert*innen, Sozialarbeiter*innen</li> </ul>

<b>Erleben/ Deuten/ Verarbeiten</b>	<p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• berufliche Belastungen durch das Leid anderer und z. T. gleichaltriger Personen</li> <li>• Verantwortung in der inter- und intraprofessionellen Zusammenarbeit</li> </ul> <p><i>Kinder und Jugendliche und ihre Bezugspersonen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dauerhaftes Angewiesensein auf Unterstützung in unterschiedlichen Lebensphasen des Kinder- und Jugendalters</li> <li>• Krisensituationen</li> <li>• Verletzungen des Körpers und bleibende Einschränkungen</li> <li>• zeitliche, physische und psychische Beanspruchung von pflegenden Bezugspersonen</li> <li>• Auswirkungen auf die Geschwister von Kindern und Jugendlichen mit gesundheitlichen Problemlagen</li> </ul>
<b>Handlungsmuster</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• Case- und Caremanagement in verschiedenen Versorgungskontexten sowie sektoren- und berufsgruppenübergreifende Organisation</li> <li>• Überleitungsversorgung bei Übergängen</li> <li>• integrierte Versorgung in der Primärversorgung</li> <li>• Interventionen zur Unterstützung der erwünschten Wirkung pharmakologischer Wirkstoffe in Krisensituationen</li> <li>• ausgewählte Interventionen zur Optimierung der Zirkulation von Blut und Flüssigkeiten im Gewebe</li> <li>• Immobilitätsmanagement</li> <li>• Atemunterstützung in komplexen Situationen</li> <li>• Interventionen zur Regulierung des Flüssigkeits-, Elektrolyt- und Säure-Basengleichgewichts</li> <li>• Wundmanagement bei komplizierten Wunden</li> <li>• Schmerzmanagement bei komplizierten Schmerzen</li> <li>• Interventionen zur Reduktion von Risiken</li> <li>• Förderung des physischen und psychischen Wohlbefindens bei schwerer Krankheit und dauerhaftem Angewiesensein auf Unterstützung</li> <li>• Umgebungsmanagement</li> <li>• Entwicklungsförderung</li> <li>• Interventionen zur Unterstützung und Einbindung von sozialen Bezugspersonen, Familienbeteiligungsförderung</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beziehungsaufbau, Information, Schulung und Beratung von Kindern und Jugendlichen und ihren Bezugspersonen in Krisen- und Konfliktsituationen und bei Kommunikationsbarrieren</li> <li>• Shared Decision Making bei unterschiedlichen Entscheidungsoptionen und eingeschränkter Selbstbestimmungsfähigkeit</li> <li>• interkulturell und Kinder und Jugendliche bzw. Familien mit prekären sozioökonomischen Bedingungen unterstützen</li> <li>• interprofessionelle Patientenbesprechung</li> </ul>
<p><b>Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vertiefte Wissensrecherche und -bewertung, u. a. unter Nutzung von digitalen Informations- und Kommunikationstechnologien</li> <li>• Überblick über die Anatomie/Physiologie/Pathologie der Niere</li> <li>• Infektionsprävention und Hygiene in Pflegeeinrichtungen</li> <li>• ggf. Anatomie/Physiologie/Pathologie zu den ausgewählten Fällen</li> </ul>	
<p><b>Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen - z. B.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durchführung eines Verbandwechsels bei einer komplizierten Wunde</li> <li>• Durchführung einer ethischen Falldiskussion</li> <li>• kommunikative Unterstützung bei schwierigen Entscheidungssituationen (mit Simulationspatient*innen oder alternativ im Rollenspiel)</li> <li>• kommunikative Unterstützung von Kindern und Jugendlichen und ihren Bezugspersonen in emotional stark belastenden Situationen (mit Simulationspatient*innen oder alternativ im Rollenspiel)</li> <li>• Rollenspiel interprofessionelle Fallbesprechung</li> </ul>	
<p><b>Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben- z. B.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexion der Therapie eines Kindes/Jugendlichen bei einer ausgewählten Erkrankung anhand von ausgewählten Leitlinien</li> <li>• Durchlaufen der Versorgungskette eines kranken Kindes/Jugendlichen und Ermittlung von positiven und verbesserungswürdigen Abschnitten in der Kette</li> <li>• Besuch einer pädiatrischen Intensivstation</li> <li>• Hospitation klinisches Ethikkomitee</li> </ul>	

### **Didaktischer Kommentar**

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:

- Lernsituation eines 10-jährigen Kindes 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**

<b>CE 05</b>	<b>Alte Menschen in kurativen Prozessen pflegerisch unterstützen und Patientensicherheit stärken</b>	<b>Anlage 4 PfiAPrV</b>
<b>3. Ausbildungsdrittel</b>		<b>Zeitrichtwert: 140 Stunden</b>
<p><b>Intentionen und Relevanz</b></p> <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>		
<p><b>Bildungsziele</b></p> <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

- Die Pflege von alten Menschen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren (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 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 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 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 Pflegeproblemen 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).
- bewerten den gesamten Versorgungsprozess gemeinsam mit dem therapeutischen Team im Hinblick auf Orientierung 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 Institutionen 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 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 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).

<b>Inhalte/Situationsmerkmale</b>	
<b>Handlungsanlässe</b>	<p>Multimorbidität als Kombination u. a. folgender Handlungsanlässe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• verminderte Herz-/Kreislaufleistung</li> <li>• beeinträchtigter Atemvorgang/Gasaustausch</li> <li>• reduzierte Nierenleistung</li> <li>• Elektrolyt-, Säure-Basen- und Flüssigkeitsungleichgewicht</li> <li>• akute und chronische Wunden</li> <li>• Infektionen</li> <li>• psychische Komorbidität bei Multimorbidität</li> <li>• Medikationsfehler</li> <li>• Nebenwirkungen und Arzneimittelinteraktionen</li> <li>• Gefahr eines Immobilitätssyndroms</li> </ul>
<b>Kontextbedingungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versorgungsketten</li> <li>• institutionsübergreifende (Integrierte) Versorgung: national und international</li> <li>• medizintechnologische Entwicklungen und ihre finanziellen und ethischen Implikationen</li> <li>• Telenursing, Telemedizin</li> <li>• neue Formen der Verteilung von Aufgaben und Verantwortung zwischen den Berufsgruppen</li> <li>• pflegerische Weiterbildungen und neue pflegerische Berufe</li> <li>• Arbeitsbedingungen (im Krankenhaus) vor dem Hintergrund rechtlicher und ökonomischer Rahmenbedingungen</li> </ul>
<b>Ausgewählte Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alte Menschen und ihre Bezugspersonen</li> <li>• alte Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen</li> <li>• alte Menschen mit prekären sozioökonomischen Lebensbedingungen</li> <li>• eigene Berufsgruppe, u. a. Hausleitung, Stationsleitung, Wohnbereichsleitung, Pflegedienstleitung, Kolleg*innen, unterschiedlicher Qualifikationsniveaus</li> <li>• ausgewählte andere Berufsgruppen, wie Ärzt*innen, Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Logopäd*innen, Ernährungsberater*innen, Wundexpert*innen, Sozialarbeiter*innen</li> </ul>



<b>Erleben/ Deuten/ Verarbeiten</b>	<p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• berufliche Belastungen durch das Leid anderer</li> <li>• Verantwortung in der inter- und intraprofessionellen Zusammenarbeit</li> </ul> <p><i>Zu pflegende Menschen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Krisensituationen</li> <li>• Verletzungen des Körpers und bleibende Einschränkungen</li> <li>• subjektives Erleben von Krankheit im Alter</li> <li>• Anpassungsleistungen und Bewältigungsressourcen</li> </ul>
<b>Handlungsmuster</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• Case- und Caremanagement in ambulanten und stationären Versorgungskontexten sowie sektoren- und berufsgruppenübergreifende Organisation</li> <li>• integrierte Versorgung in der Primärversorgung</li> <li>• Interventionen zur Unterstützung der erwünschten Wirkung pharmakologischer Wirkstoffe in Krisensituationen</li> <li>• ausgewählte Interventionen zur Optimierung der Zirkulation von Blut und Flüssigkeiten im Gewebe</li> <li>• Immobilitätsmanagement</li> <li>• Atemunterstützung bei Atemnot</li> <li>• Interventionen zur Regulierung des Flüssigkeits-, Elektrolyt- und Säure-Basengleichgewichts</li> <li>• Wundmanagement bei komplizierten Wunden</li> <li>• Schmerzmanagement bei komplizierten Schmerzen</li> <li>• Interventionen zur Reduktion von Risiken</li> <li>• Förderung des physischen und psychischen Wohlbefindens auch bei schwerer Krankheit sowie lang andauernden und quälenden Beschwerden</li> <li>• Umgebungsmanagement</li> <li>• Interventionen zur Unterstützung und Einbindung von sozialen Bezugspersonen</li> <li>• Beziehungsaufbau, Information, Schulung und Beratung in Krisen- und Konfliktsituationen und bei Kommunikationsbarrieren</li> <li>• Shared Decision Making bei unterschiedlichen Entscheidungsoptionen und eingeschränkter Selbstbestimmungsfähigkeit</li> <li>• interkulturell und alte Menschen mit prekären sozioökonomischen Bedingungen pflegen</li> <li>• interprofessionelle Besprechung von Einzelfällen bei komplexen gesundheitlichen Problemlagen</li> </ul>

### **Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen**

- 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- z. B.**

- 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- z. B.**

- 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. Ausbildungsdrittel 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	Anlagen 1 und 2 PfiAPrV
<b>1./2. Ausbildungsdrittel</b>		<b>Zeitrictwert: 60 Stunden</b>
<b>3. Ausbildungsdrittel</b>		<b>Zeitrictwert: 60 Stunden</b>
<p><b>Intentionen und Relevanz</b></p> <p>Beruflich Pflegende werden häufig in allen beruflichen Settings und ebenfalls 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**

### 1./2. Ausbildungsdrittel

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.

### 3. Ausbildungsdrittel

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.

## **Kompetenzen – Anlage 1 PflAPrV**

Die Auszubildenden

- schätzen häufig vorkommende Pflegeanlässe und Pflegebedarf in unterschiedlichen Lebens- und Entwicklungsphasen in akuten und dauerhaften Pflegesituationen 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 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 Interaktionsformen 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 Unterstützungsangebote 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 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 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).

<b>Inhalte/Situationsmerkmale</b>	
<b>Handlungsanlässe</b>	<p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Notfall, z. B. Herz-Kreislauf-Versagen, Herzinfarkt, Lungenembolie, Schlaganfall, akute Atemnot, Vergiftung</li> <li>• Schock, z. B. nach Unfall, Blutverlust, Anaphylaxie, psychischer Schock infolge akuter Traumatisierung, cholinerges Syndrom, thermische Verletzungen, Verbrühung</li> <li>• Selbst- und Fremdgefährdung, angedrohter oder erfolgter Suizidversuch</li> <li>• Unfälle, z. B. offene Frakturen, Blutungen, Kopfverletzungen, Aspiration</li> <li>• Traumatisierung</li> <li>• Einrichtungsbrand</li> </ul> <p>3. Ausbildungsdrittel - erweiternd</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• komplexere Notfälle aus dem 1./2. Ausbildungsdrittel, z. B. ausgedehnte Verbrennungen, Elektro- und Blitzunfälle, Unfälle mit mehreren Betroffenen</li> <li>• Notfälle, Unfälle mit Anwesenheit von Bezugspersonen</li> <li>• Pandemien, z. B. Influenza, Noroviren</li> <li>• Hitzewelle</li> <li>• Einrichtungsevakuierung, z. B. bei Brand, Bombenfund</li> <li>• Chemieunfälle in der Einrichtung oder der unmittelbaren Umgebung</li> <li>• Massenunfälle</li> <li>• Amokläufe, Terroranschläge</li> <li>• Naturkatastrophen, z. B. Sturm, Hochwasser</li> </ul>
<b>Kontextbedingungen</b>	<p>1./2. und 3. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ambulant-häuslicher Kontext, akutstationäre und langzeitstationäre Einrichtungen, nicht beruflicher Alltag</li> <li>• digitale Notfall-Informationssysteme und Notrufsysteme, digitale Frühwarnsysteme</li> <li>• Qualitätsmanagement: Brandschutz, Evakuierungspläne, Aufgaben, Zielgruppen, Arbeitsweisen und Herausforderungen der Notaufnahme</li> <li>• Gefährdungen der eigenen Institution</li> <li>• Umweltgefährdungen und Naturkatastrophen</li> <li>• Gesundheitspolitik, z. B. Förderung der Reanimation durch Laien, Defibrillatoren an öffentlichen Orten</li> <li>• aktuelle Gesetze, z. B. Katastrophenschutzgesetze der jeweiligen Bundesländer; rechtliche Rahmenbedingungen, z. B. Patientenverfügung, Notfall-einwilligung, Manchester-Triage bei Massenansturm von Verletzten, unterlassene Hilfeleistung; Vorschriften zur Sicherstellung der Notfallversorgung,</li> </ul>

	<p>z. B. Erste-Hilfe-Schulungen (Pflichtfortbildungen) für Pflegeeinrichtungen; Prüfkatalog des MDK für die ambulante Pflege</p> <p>3. Ausbildungsdrittel - erweiternd</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• technikgestützte Systeme zur Risikoerkennung, z. B. Sensorsysteme zur Bewegungs- und Sturzerkennung</li> <li>• Richtlinien und Regelungen der Notfallversorgung, z. B. G-BA-Regelung</li> <li>• Resilienz und Sicherheitskonzepte der Bevölkerung, z. B. freiwillige soziale Notfallgemeinschaften</li> </ul>
<b>Ausgewählte Akteure</b>	<p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zu pflegende Menschen aller Altersstufen in Notfallsituationen</li> <li>• mit betroffene Bezugspersonen</li> <li>• professionelles Team, z. B. Ersthelfer*innen, Rettungsdienst und Feuerwehr, Katastrophenschutz und Polizei, Ärzt*innen, einrichtungsspezifische Notfallteams, Krisenteams, Notfallseelsorge, Psycholog*innen</li> </ul> <p>3. Ausbildungsdrittel - erweiternd</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Familie, Geschwister</li> <li>• Laien</li> </ul>
<b>Erleben/ Deuten/ Verarbeiten</b>	<p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• eigene Fassungslosigkeit</li> <li>• Macht- und Hilflosigkeit</li> <li>• Erleben eigener Handlungsunfähigkeit</li> <li>• Aushalten von Stress/Zeitdruck</li> <li>• Erkennen von Frühzeichen der Eskalation</li> <li>• Emotionsarbeit in und nach der Notfallsituation</li> </ul> <p><i>Zu pflegende Menschen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vitale Ängste und ihre Ausdrucksformen</li> <li>• Verarbeitungsstrategien und Unterstützungsangebote für den Umgang mit vital bedrohlichen Situationen</li> </ul> <p><i>Bezugspersonen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fassungslosigkeit</li> <li>• psychischer Schock</li> <li>• Vertrauen/Misstrauen gegenüber professionellen Helfer*innen</li> </ul>

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



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koordination der eigenen Aufgaben mit relevanten Personengruppen in Krisen- und Katastrophensituationen</li> </ul> <p>3. Ausbildungsdrittel - erweiternd</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verletzungen, auffällige Befunde erkennen, die auf Anzeichen von Gewalt hindeuten, und Verdacht ansprechen</li> <li>• Koordination der Ersthelfer*innen</li> <li>• Interventionen zur emotionalen Stabilisierung von traumatisierten Bezugspersonen, Familien, Laien</li> </ul>
--	--

### **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 Pflegenden: kurzer geschichtlicher Abriss, Weiterbildungsmöglichkeiten und -regelungen

### **Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen - z. B.**

#### 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 Schulklasse, eines anderen Ausbildungsabschnittes, mit Laien

## **Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben - z. B.**

### 1./2. Ausbildungsdrittel

- Erkundungsaufgabe (doppelter Transfer): trägereigene 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 Hilfsituationen 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**

<b>CE 06</b>	<b>Kinder, Jugendliche und ihre Bezugspersonen in Akutsituationen sicher begleiten</b>	<b>Anlage 3 PfiAPrV</b>
<b>3. Ausbildungsdrittel</b>		<b>Zeitrichtwert: 60 Stunden</b>
<p><b>Intentionen und Relevanz</b></p> <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 Hilfsituationen erforderlich sind, werden im Interesse der Sicherheit von Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen im dritten 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 Massenunglücke, Attentate oder Amokläufe sollten ebenfalls ausgewählte/aktuelle Ereignisse angesprochen, diskutiert und reflektiert werden.</p>		
<p><b>Bildungsziele</b></p> <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>		
<p><b>Kompetenzen - Anlage 3 PfiAPrV</b></p> <p>Die Auszubildenden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• schätzen diverse Pflegeanlässe und den Pflegebedarf bei Kindern und Jugendlichen auch in instabilen gesundheitlichen und vulnerablen Lebenssituationen ein (I.1.d).</li> <li>• treffen in lebensbedrohlichen Situationen erforderliche Interventionsentscheidungen und leiten lebenserhaltende Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes ein (I.4.a).</li> <li>• koordinieren den Einsatz der Ersthelfer*innen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes (I.4.b).</li> <li>• erkennen Notfallsituationen in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen und handeln nach den Vorgaben des Notfallplanes und der Notfall-Evakuierung (I.4.c).</li> <li>• wahren das Selbstbestimmungsrecht der zu pflegenden Kinder und Jugendlichen, insbesondere auch, wenn sie in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt sind (I.6.a).</li> </ul>		

- 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**

- komplexere Notfälle (Grundlage 1./2. Ausbildungsdrittel), z. B. ausgehende 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

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Massenunfälle</li> <li>• Amokläufe, Terroranschläge</li> <li>• Naturkatastrophen, z. B. Sturm, Hochwasser</li> </ul>
<b>Kontext- bedin- gungen</b>	<p>aus 1./2. Ausbildungsdrittel fortführend</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ambulant-häuslicher Kontext, akutstationäre und langzeitstationäre Einrichtungen, nicht beruflicher Alltag</li> <li>• digitale Notfall-Informations- und Notrufsysteme, digitale Frühwarnsysteme</li> <li>• Qualitätsmanagement: Brandschutz, Evakuierungspläne, Aufgaben, Zielgruppen, Arbeitsweisen und Herausforderungen der Notaufnahme</li> <li>• Gefährdungen der eigenen Institution</li> <li>• Umweltgefährdungen und Naturkatastrophen</li> <li>• Gesundheitspolitik, z. B. Förderung der Reanimation durch Laien, Defibrillatoren an öffentlichen Orten</li> <li>• aktuelle Gesetze, z. B. Katastrophenschutzgesetze der jeweiligen Bundesländer; rechtliche Rahmenbedingungen z. B. Patientenverfügung, Notfall-einwilligung, Manchester-Triage bei Massenansturm von Verletzten, unterlassene Hilfeleistung; Vorschriften zur Sicherstellung der Notfallversorgung, z. B. Erste-Hilfe-Schulungen (Pflichtfortbildungen) für Pflegeeinrichtungen; Prüfkatalog des MDK für die ambulante Pflege</li> </ul> <p>3. Ausbildungsdrittel - erweiternd</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• technikgestützte Systeme zur Risikoerkennung</li> <li>• Richtlinien und Regelungen der Notfallversorgung, z. B. G-BA-Regelung</li> <li>• Resilienz und Sicherheitskonzepte der Bevölkerung, z. B. freiwillige soziale Notfallgemeinschaften</li> </ul>
<b>Ausge- wählte Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinder und Jugendliche</li> <li>• unverletzt-betroffene Kinder</li> <li>• mit betroffene Bezugspersonen, auch Geschwister</li> <li>• professionelles Team: z. B. Ersthelfer*in, Rettungsdienst und Feuerwehr, Katastrophenschutz und Polizei, Ärzt*innen, einrichtungsspezifische Notfallteams, Krisenteams, Notfallseelsorge, Psycholog*innen</li> <li>• Laien</li> </ul>

<b>Erleben/ Deuten/ Verarbeiten</b>	<p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• eigenes Stress- und Belastungserleben bei Notfällen von Kindern und Jugendlichen</li> <li>• Erschütterung der Weltsicht („Erschütterung des Glaubens an eine gerechte Welt“)</li> <li>• indirekte Schuldzuweisungen</li> <li>• Gefühle von Macht- und Hilflosigkeit</li> <li>• Erleben eigener Handlungsunfähigkeit</li> <li>• Aushalten von Stress/Zeitdruck</li> <li>• Erkennen von Frühzeichen der Eskalation</li> <li>• Emotionsarbeit in und nach der Notfallsituation</li> </ul> <p><i>Zu pflegendes Kind oder zu pflegender Jugendlicher</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fehlendes Gefahrenbewusstsein</li> <li>• Neuartigkeit der Notfallererfahrung</li> <li>• wahrnehmungspsychologische Besonderheiten im Notfall (Körperlage, Gerüche)</li> <li>• Belastungen durch Bewegungseinschränkungen</li> <li>• entwicklungsbedingte Schmerz- und Angstverstärkung im Notfall</li> <li>• Schuldgefühle und Bestrafungsphantasien in Abhängigkeit von der kognitiven Entwicklung</li> <li>• posttraumatische Belastungsstörungen als Langzeitfolge</li> </ul> <p><i>Familiensystem</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ängste der Eltern um ihr verletztes Kind, vitale und Verlustängste, unabhängig vom Gefährdungsgrad</li> <li>• Vertrauen/Misstrauen gegenüber Ersthelfer*innen</li> <li>• Ängste und Verunsicherungen der Geschwisterkinder</li> </ul> <p><i>Beruflich Pflegende/andere Berufsgruppen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desensibilisierung gegenüber Notfallsituationen</li> <li>• langfristige Verarbeitung belastender Ereignisse</li> <li>• Behinderung von Helfer*innen</li> <li>• Zuschauereffekt und Verantwortungsdiffusion</li> </ul>
---	--

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

### **Didaktischer Kommentar**

Die zentralen Kompetenzen, die zur Bewältigung akuter Hilfsituationen 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**

<b>CE 06</b>	<b>Alte Menschen und ihre Bezugspersonen in Akutsituationen sicher begleiten</b>	<b>Anlage 4 PfiAPrV</b>
<b>3. Ausbildungsdrittel</b>		<b>Zeitrichtwert: 60 Stunden</b>
<p><b>Intentionen und Relevanz</b></p> <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 generalistisch 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 Hilfsituationen erforderlich sind, werden im Interesse der Sicherheit von älteren Menschen und ihren Bezugspersonen im dritten 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 Altenpflegerinnen und Altenpfleger 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 Massenunglücke, Attentate oder Amokläufe sollten ebenfalls ausgewählte/aktuelle Ereignisse angesprochen, diskutiert und reflektiert werden.</p>		
<p><b>Bildungsziele</b></p> <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**

### Die Auszubildenden

- 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 fördern diese aktiv ein (V.2.c).

<b>Inhalte/Situationsmerkmale</b>	
<b>Handlungsanlässe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• spezifische Notfälle im höheren Lebensalter</li> <li>• Sturzereignisse</li> <li>• Synkopen</li> <li>• akute Veränderungen der Bewusstseinslage, Delir</li> <li>• Atemnot</li> <li>• Thoraxschmerzen</li> <li>• Exsikkose</li> <li>• Hypoglykämie, Hyperglykämie</li> <li>• Schlaganfall</li> <li>• Pandemien, z. B. Influenza, Noroviren, Skabies</li> <li>• anhaltende Hitzeperioden</li> <li>• Einrichtungsevakuierung, z. B. bei Brand, Bombenfund</li> <li>• Chemieunfälle in der Einrichtung oder der unmittelbaren Umgebung</li> <li>• Massenunfälle</li> <li>• Amokläufe, Terroranschläge</li> <li>• Naturkatastrophen, z. B. Sturm, Hochwasser</li> </ul>
<b>Kontextbedingungen</b>	<p>aus 1./2. Ausbildungsdrittel fortführend</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ambulant-häuslicher Kontext, langzeitstationäre Einrichtungen, nicht beruflicher Alltag</li> <li>• digitale Notfall-Informationssysteme und Notrufsysteme; digitale Frühwarnsysteme</li> <li>• Gefährdungen der eigenen Institution und Qualitätsmanagement: Aufgaben, Zielgruppen, Arbeitsweisen und Herausforderungen der Notaufnahme, Brandschutz, Evakuierungspläne</li> <li>• Umweltgefährdungen und Naturkatastrophen</li> <li>• Gesundheitspolitik, z. B. Förderung der Reanimation durch Laien, Defibrillatoren an öffentlichen Orten</li> <li>• 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</li> </ul> <p>3. Ausbildungsdrittel - erweiternd</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• technikgestützte Systeme zur Risikoerkennung, z. B. Sensorsysteme zur Bewegungs- und Sturzerkennung</li> <li>• Richtlinien und Regelungen der Notfallversorgung, z. B. G-BA-Regelung</li> <li>• Resilienz und Sicherheitskonzepte der Bevölkerung, z. B. freiwillige soziale Notfallgemeinschaften</li> </ul>

<b>Ausgewählte Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zu pflegende alte Menschen</li> <li>• Bezugspersonen</li> <li>• Helfer- und Assistenzpersonal, z. B. Alltagsbegleiter*innen, Präsenzkkräfte, zusätzliche Betreuungskräfte</li> <li>• freiwillig Engagierte, Laien</li> </ul>
<b>Erleben/ Deuten/ Verarbeiten</b>	<p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Belastung durch extreme Gefühlsreaktionen betroffener Menschen</li> <li>• Ängste, Notfallsituationen nicht rechtzeitig zu erkennen bzw. nicht adäquat zu handeln</li> </ul> <p><i>Zu pflegender alter Mensch</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• erhöhte Sturzangst nach bereits erfolgten Sturzereignissen und Vermeidungsverhalten</li> <li>• Belastungserleben durch Krankenseinweisung und Relokalisationseffekte</li> </ul> <p><i>Familiensystem</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Belastungen von Bezugspersonen in Krisen- und Notfallsituationen im häuslichen Setting</li> </ul> <p><i>Beruflich Pflegende/andere Berufsgruppen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desensibilisierung gegenüber Notfallsituationen</li> <li>• langfristige Verarbeitung belastender Ereignisse</li> <li>• Behinderung von Helfer*innen</li> <li>• Zuschauereffekt und Verantwortungsdiffusion</li> </ul>
<b>Handlungsmuster</b>	<p>aus 1./2. Ausbildungsdrittel fortführend</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• eigenes „Funktionieren“ in Krisen- und Katastrophensituationen (professionelle Distanz)</li> <li>• Ruhe und Sicherheit durch routiniertes Handeln und handlungsbegleitende Information vermitteln</li> <li>• Kommando-Kommunikation innerhalb von Notfallsituationen</li> <li>• Kommunikationssysteme und -techniken in Krisen- und Katastrophensituationen, Behandlungspfade</li> <li>• Triage</li> <li>• Eingriffe und Maßnahmen erklären, verrichtungsbegleitende Kommunikation</li> <li>• Erste Hilfe-Maßnahmen</li> <li>• Sofortmaßnahmen bei Schockzuständen</li> <li>• Sofortmaßnahmen bei Verdacht auf Herzinfarkt oder Lungenembolie</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verabreichung von Notfallmedikamenten nach ärztlicher Anordnung</li> <li>• Reanimation nach aktuellen Reanimationsleitlinien und anderen dazugehörigen Algorithmen und Behandlungspfaden</li> <li>• Beziehungsarbeit/Kommunikation zur emotionalen Stabilisierung von Betroffenen, z. B. Fassungsarbeit</li> <li>• Screening und Assessment-Instrumente zu Einschätzung der Vitalfunktionen nutzen (Atmung, Herz-Kreislauf-Funktion)</li> <li>• Informationsweitergabe</li> <li>• Koordination der eigenen Aufgaben mit relevanten Personengruppen in Krisen- und Katastrophensituationen</li> </ul> <p>3. Ausbildungsdrittel - erweiternd</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einschätzung akuter Gefährdungen und Risikokonstellationen</li> <li>• Situationsveränderungen, Veränderungen der Bewusstseinslage frühzeitig erkennen</li> <li>• Verletzungen, auffällige Befunde erkennen, die auf Anzeichen von Gewalt hindeuten, und Verdacht ansprechen</li> <li>• Koordination der Ersthelfer*innen</li> <li>• Interventionen zur emotionalen Stabilisierung von traumatisierten Bezugspersonen, Familien, Laien</li> </ul>
<p><b>Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• theologische, ethische und rechtliche Grundlagen von Organspende, Organentnahme, Transplantationen, gesellschaftliche Auseinandersetzung</li> <li>• Notfallpflege als Handlungsfeld beruflich Pflegender: kurzer geschichtlicher Abriss, Weiterbildungsmöglichkeiten und -regelungen</li> </ul>	
<p><b>Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen - z. B.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wiederholung: Notfalltraining in ausgewählten Notfallsituationen an Notfallsimulatoren</li> <li>• Wiederholung: Basic Life Support (nach ERC-/GRC-Leitlinien)</li> <li>• Advanced Life Support</li> <li>• Simulation realitätsnaher Notfallsituationen mit anderen Personengruppen, z. B. einer Schulklasse, eines anderen Ausbildungsabschnittes, mit Laien</li> </ul> <p><b>Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben - z. B.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikation von besonders gefährdeten Räumen und Bereichen in der eigenen Einrichtung im Rahmen des Brandschutzes</li> </ul>	

### **Didaktischer Kommentar**

Die zentralen Kompetenzen, die zur Bewältigung akuter Hilfsituationen erforderlich sind, sind im Interesse der Sicherheit der zu pflegenden Menschen bereits in den ersten beiden Ausbildungsdritteln Gegenstand des Ausbildungsprozesses; sie werden im dritten Ausbildungsdritteln 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.

- 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	Anlagen 1 und 2 PfiAPrV
<b>1./2. Ausbildungsdrittel</b>		<b>Zeitrictwert: 80 Stunden</b>
<b>3. Ausbildungsdrittel</b>		<b>Zeitrictwert: 80 Stunden</b>
<p><b>Intentionen und Relevanz</b></p> <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 ausgewiesenem 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</p>		

weitere Schwerpunkte, die insbesondere für eine pflegerische Beratung von Bedeutung sind.

Die curriculare Einheit wird in folgende zwei Schwerpunkte unterteilt:

- **Erstes und zweites 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.
- **Drittes Ausbildungsdrittel:** 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 Interessensvertretungen im Kontext divergierender Interessen in der Gesundheitspolitik.

### **Kompetenzen - Anlage 1 PflAPrV**

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) und
- 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-, Instruktionen-, 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 Pflegegediagnosen 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 von 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).

<b>Hand- lungsan- lässe</b>	<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"> <li>• beeinträchtigt Wohlbefinden</li> <li>• beeinträchtigte körperliche Mobilität/Gehfähigkeit</li> <li>• beeinträchtigte Mobilität mit dem Rollstuhl</li> <li>• Sturzgefahr</li> <li>• Körperbildstörung</li> <li>• Neglect</li> <li>• verzögerte(-s) Wachstum und Entwicklung</li> <li>• gestörte Denkprozesse</li> <li>• beeinträchtigte Gedächtnisleistung</li> <li>• Orientierungsstörung</li> <li>• ineffektive Impulskontrolle</li> <li>• beeinträchtigt Essverhalten</li> <li>• beeinträchtigte Urin- und Stuhlausscheidung</li> <li>• Schmerzen</li> <li>• desorganisiertes kindliches Verhalten</li> <li>• Bereitschaft für eine verbesserte Selbstfürsorge</li> <li>• Hoffnungslosigkeit</li> <li>• Machtlosigkeit</li> <li>• unwirksame Adhärenz</li> <li>• beeinträchtigte Resilienz</li> <li>• Relokationsstresssyndrom</li> <li>• beeinträchtigte verbale Kommunikation</li> <li>• beeinträchtigte soziale Interaktion</li> <li>• Stressüberlastung</li> <li>• situationsbedingtes geringes Selbstwertgefühl</li> <li>• Angst (spezifizieren)</li> </ul>
-------------------------------------	---

	<p>3. Ausbildungsdrittel - zusätzlich</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gefährdendes familiäres Coping</li> <li>• beeinträchtigte Familienprozesse</li> <li>• Rollenüberlastung der zu pflegenden Menschen und der pflegenden Bezugspersonen</li> <li>• beeinträchtigte Haushaltsführung</li> <li>• Informationsbedarfe für die Entscheidungsfindung bei technischen und digitalen Assistenzsystemen</li> <li>• Informationsbedarfe bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und Leistungsträgern der Rehabilitation</li> </ul> <p>Mesoebene</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Notwendigkeit der Pflegeüberleitung und der Nachsorgekonzeption für die ambulante oder institutionelle Weiterversorgung nach Abschluss der Rehabilitationsbehandlung</li> <li>• Notwendigkeit der settingübergreifenden Koordination der Versorgung und Fürsprache für bestimmte Gruppen von zu pflegenden Menschen</li> </ul> <p>Konflikte im interprofessionellen Team</p>
<p><b>Kontextbedingungen</b></p>	<p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <p>Mesoebene</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul> <p>Makroebene</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ICF-Konzept (WHO Modell)</li> <li>• UN-Behindertenrechtskonvention (kurz: UN-BRK)</li> <li>• relevante Gesetze: z. B. BTHG, Präventionsgesetz (siehe auch CE 04), SGB V, VII, IX, XI</li> <li>• barrierefreier öffentlicher Raum</li> </ul> <p>3. Ausbildungsdrittel - erweiternd</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• Case Management</li> </ul>

<b>Ausgewählte Akteure</b>	<p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auszubildende, Pflegefachfrauen/-männer</li> <li>• zu pflegende Menschen in verschiedenen Lebensphasen und ihre Bezugspersonen</li> <li>• interprofessionelles Team (z. B. Physio-/Ergotherapeut*innen, Logopäd*innen, Ärzt*innen, Sozialarbeiter*innen, Psycholog*innen, Psychiater*innen, Psychotherapeut*innen, Diätassistent*innen, Heilpädagog*innen)</li> </ul> <p>3. Ausbildungsdrittel – erweiternd</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leistungsträger der Rehabilitation</li> <li>• zusätzliche Betreuungskräfte (§§ 43b, 84 SGB XI)</li> <li>• Akteure im sozialen Raum (z. B. Nachbarschaft/Quartier/Netzwerke)</li> </ul>
<b>Erleben/ Deuten/ Verarbeiten</b>	<p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteilnahme und Ungewissheit, Mitgefühl, Aushalten, Ungeduld, Ambivalenz zwischen Fürsorge und Förderung von Eigenständigkeit, Zutrauen, Erfolgserleben</li> <li>• Erleben von fremdbestimmten Anteilen im interprofessionellen Team, sich nicht ernst genommen fühlen, Unsicherheit bei der Findung des professionellen pflegerischen Auftrags im interprofessionellen Team</li> </ul> <p><i>Zu pflegende Menschen und pflegende Bezugspersonen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• Reha-Motivation (Ergebniserwartungen und Selbstwirksamkeitserwartungen und der Einfluss auf das Rehabilitationsergebnis)</li> <li>• Erwartungshaltungen und ihr Einfluss auf die berufliche Rehabilitation</li> <li>• körperliches und emotionales Wohlbefinden</li> <li>• Depressivität</li> <li>• Bedeutung der Partnerschaft und des Familiensystems</li> </ul> <p>3. Ausbildungsdrittel - erweiternd</p> <p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unklarheiten in der Aufgabenaufteilung und Konflikte an den Schnittstellen zwischen unterschiedlichen Aufgaben- und Versorgungsstrukturen, Erleben von Abgrenzung, aber auch Mitbestimmung im interprofessionellen Team</li> </ul>

	<p><i>Zu pflegende Menschen und pflegende Bezugspersonen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• Erleben neuer Rollen im familialen System und sozialen Raum</li> </ul>
<p><b>Handlungsmuster</b></p>	<p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <p>Im selbstständigen Verantwortungsbereich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegebedarfe in rehabilitativen Kontexten feststellen, Planung, Steuerung, Durchführung, Dokumentation und Evaluation des Pflegeprozesses, dabei <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bezugnahme auf entsprechende Pflegetheorien und -modelle sowie spezifische Assessmentinstrumente der Rehabilitation</li> <li>○ situationsbedingte Festlegung von Rehabilitationszielen (gemeinsam mit den zu pflegenden Menschen/Bezugspersonen)</li> <li>○ Förderung von Selbstständigkeit, Gesundheit und Autonomie bei Beeinträchtigungen der Selbstversorgung gestalten</li> </ul> </li> <li>• Verhaltensinterventionen (z. B. bei Bewegungs- und/oder Körperbildstörungen, Wahrnehmungs- und Ausdrucksförderung, Förderung motorischer und geistiger Fähigkeiten)</li> <li>• Durchführung von gezielten Schulungen zur Förderung der Alltagsbewältigung unter Berücksichtigung biografisch bedingter Gewohnheiten, von Lebenslagen und sozialen Unterstützungssystemen sowie unter Nutzung technischer und digitaler Assistenzsysteme</li> <li>• Angebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz (Health Literacy, Förderung der Adhärenz und Eigenverantwortung, Coping, Empowerment), siehe auch CE 04</li> <li>• Information über Rehabilitative Einrichtungen und Versorgungsprozesse sowie Versorgungskonzepte</li> </ul> <p>Im eigenständigen Verantwortungs- und Aufgabenbereich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterstützung bei diagnostischen und therapeutischen Interventionen/Anordnungen</li> <li>• Schmerzmanagement und Verabreichung von Medikamenten auf ärztliche Anordnung im Pflegekontext</li> <li>• Case- und Umgebungsmanagement (mit)gestalten</li> </ul> <p>Im interprofessionellen Verantwortungs- und Aufgabenbereich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• interprofessionellen Rehabilitationsprozess mitgestalten (gemeinsam mit dem zu pflegenden Menschen/den Bezugspersonen und beteiligten Berufsgruppen)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluationsinstrumente zur Wirksamkeit von interprofessionellen Rehabilitationsprozessen anwenden und reflektieren</li> <li>• zur Übernahme des therapeutisch Erlernten in den persönlichen Alltag schulen und unterstützen</li> <li>• Verlegungsplanung bzw. Überleitung in das jeweilige Umgebungsmanagement (mit)gestalten</li> <li>• im interprofessionellen Team zusammenarbeiten und an interprofessionellen Fallbesprechungen teilnehmen</li> </ul> <p>3. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusammenarbeit im interprofessionellen Team sowie Planung von interprofessionellen Fallbesprechungen</li> <li>• Kommunikation und Koordinierung von Rehabilitationsplänen in Absprache von Verantwortlichkeiten</li> <li>• Planung und Umsetzung eines pflegerischen Case Managements in verschiedenen Versorgungskontexten</li> <li>• 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</li> <li>• Unterstützung bei der Bewältigung einer erlebten Stigmatisierung</li> <li>• Konfliktbewältigung im interprofessionellen Team</li> </ul>
<p><b>Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verhältnis von Pflege und Rehabilitation</li> <li>• Berufs- und Pflegeverständnis in Bezug auf die Rolle der Pflege im Rehabilitationsprozess (aktuelle Studien)</li> <li>• Einblick in berufspolitische Verbände/Selbstverwaltungsorgane der Pflege (Pflegekammer) und deren Mitgestaltungsmöglichkeiten in der Gesundheitspolitik</li> <li>• Überblick über Anatomie und Physiologie des Nerven- und Stütz-/Bewegungssystems</li> <li>• 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</li> <li>• Grundlagen des Medikationsmanagements</li> <li>• theoretische Grundlagen zu Inklusion (Theorien, Konzepte, Kontroversen)</li> <li>• Grundlagen der relevanten sozialrechtlichen Vorgaben und deren Auswirkungen auf Pflege- und Unterstützungsleistungen</li> </ul>	



### 1./2. Ausbildungsdrittel

#### **Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen - z. B.**

- 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 eines querschnittgelähmten Jugendlichen)
- Rollenspiel zu einer ausgewählten interprofessionellen Fallbesprechung mit anschließender Reflexion

#### **Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben - z. B.**

- 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

#### **Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen - z. B.**

- 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 konflikthafter interprofessioneller Fallbesprechung

### **Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben - z. B.**

- 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 Praxis Einsätze 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 zurechtfinden müssen 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 (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**

<b>CE 07</b>	<b>Rehabilitatives Pflegehandeln bei Kindern und Jugendlichen im interprofessionellen Team</b>	<b>Anlage 3 PfiAPrV</b>
<b>3. Ausbildungsdrittel</b>		<b>Zeitrichtwert: 80 Stunden</b>
<p><b>Intentionen und Relevanz</b></p> <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 Eingebundensein in familiäre Systeme und eine Vielzahl an Akteuren im sozialen Raum gekennzeichnet und erfordert eine interprofessionelle Zusammenarbeit, in der die verschiedenen berufsspezifischen Aktivitäten ineinandergreifen. Die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nehmen in diesem Prozess die Rolle des Vermittlers ein, indem sie für Kontinuität sorgen und zwischen den beteiligten Berufsgruppen als Fürsprecher für die zu pflegenden Kinder und Jugendlichen sowie ihre Bezugspersonen tätig werden. Dabei sind wesentliche Voraussetzungen von Bedeutung: Zum einen eine Ausrichtung auf die pflegfachliche 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 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 dritten 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**

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.

Sie reflektieren widersprüchliche Anforderungen, die sie in der Interaktion mit den zu pflegenden Kindern und Jugendlichen und ihren Eltern/Bezugspersonen sowie im Rehabilitationsteam erleben.

## **Kompetenzen - Anlage 3 PflAPrV**

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).
- 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**

Ausgewählte Pflegebedarfe von Kindern und Jugendlichen, deren Bezugspersonen und im familialen System, ausgelöst durch Unfallfolgen (z. B. Schädel-Hirn-Traumen) oder angeborene (z. B. Infantile Zerebralparese) oder erworbene Behinderungen (z. B. kindliches Rheuma).

- verzögerte(s) Wachstum und Entwicklung
- gestörte Denkprozesse
- beeinträchtigte Gedächtnisleistung
- Orientierungsstörung
- ineffektive Impulskontrolle
- desorganisiertes kindliches Verhalten
- beeinträchtigte verbale Kommunikation
- Schmerzen
- Körperbildstörung
- 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

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rollenüberlastung der zu pflegenden Bezugspersonen</li> <li>• Informationsbedarfe zu technischen und digitalen Assistenzsystemen (z. B. Sprachcomputer)</li> <li>• Informationsbedarfe bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und Leistungsträgern der Rehabilitation</li> </ul> <p>Mesoebene</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Notwendigkeit der Pflegeüberleitung und der Nachsorgekonzeption für die häuslich-ambulante oder institutionelle Weiterversorgung nach Abschluss der Rehabilitationsbehandlung</li> <li>• Notwendigkeit der settingübergreifenden Koordination der Versorgung und Fürsprache für bestimmte Gruppen von zu pflegenden Menschen</li> <li>• Konflikte im interprofessionellen Team</li> </ul>
<b>Kontext- bedin- gungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, Mutter/Vater-Kind Reha-Einrichtungen, Einrichtungen der Anschlussheilbehandlungen (AHB), Rehabilitation in ambulanten Kontexten</li> <li>• gesellschaftliche Bedingungen in der rehabilitativen Pflege von Kindern und Jugendlichen und ihren Familien, gesellschaftlicher Umgang mit Behinderung, barrierefreier öffentlicher Raum</li> <li>• sozialrechtliche Bedingungen im Hinblick der Finanzierung von rehabilitativen Maßnahmen</li> <li>• Case Management</li> </ul>
<b>Ausge- wählte Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auszubildende</li> <li>• Kinder und Jugendliche</li> <li>• Geschwister, Familien</li> <li>• Gesundheits- und Sozialberufe</li> <li>• interprofessionelles Team (z. B. Physio-/Ergotherapeut*innen, Logopäd*innen, Ärzt*innen, Sozialarbeiter*innen, Psycholog*innen, Psychiater*innen, Psychotherapeut*innen, Diätassistent*innen, Heilpädagog*innen)</li> <li>• Peer Groups und freiwillig Engagierte im sozialen Raum (z. B. Nachbarschaft/Quartier)</li> <li>• zusätzliche Betreuungskräfte (§§ 43b, 84 SGB XI)</li> <li>• Leistungsträger der Rehabilitation</li> </ul>
<b>Erleben/ Deuten/ Verar- beiten</b>	<p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nähe und Verbundenheit zu den zu pflegenden Kindern und Jugendlichen, Mitleid</li> <li>• 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</li> </ul>



	<p><i>Zu pflegende Kinder und Jugendliche</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traurigkeit, anders zu sein als Freunde, Angst, Rückzug, Wunsch nach Normalität, Wut, Stolz, Neues zu lernen bzw. gelernt zu haben</li> </ul> <p><i>Eltern/Familiensystem</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verzweiflung, Verleugnung, Unsicherheit, aber auch Hoffnung, Zuversicht, andere Sicht auf Lebensqualität</li> <li>• Ablehnung bei Geschwistern, Gefühl der Benachteiligung, aber auch besondere Nähe und Sorge</li> <li>• Sinnfindung und positives Wachstum/Reife</li> </ul> <p><i>Beteiligte Berufsgruppen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unklarheiten in der Aufgabenverteilung</li> <li>• Machtansprüche</li> </ul> <p><i>Peer Groups</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unsicherheit, Ablehnung, Ausgrenzung</li> <li>• aber auch Sorge und Akzeptanz</li> </ul> <p><i>Freiwillig Engagierte</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sorge, alles richtig zu machen</li> <li>• Unsicherheit und Gefühl der fehlenden Kompetenz</li> <li>• Zufriedenheit bei Unterstützungsleistungen</li> <li>• Rollendiffusion</li> </ul>
<p><b>Handlungsmuster</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planung und Umsetzung eines pflegerischen Case Managements in verschiedenen Versorgungskontexten</li> <li>• Planung und Steuerung von interprofessionellen Fallbesprechungen</li> <li>• Kommunikation und Koordinierung von Rehabilitationsplänen in Absprache von Verantwortlichkeiten</li> <li>• Anwendung von Evaluationsinstrumenten zur Wirksamkeit von interprofessionellen Rehabilitationsprozessen</li> <li>• Interprofessionelles Konfliktmanagement</li> <li>• Unterstützung zur individuellen Auseinandersetzung mit den Veränderungen des Alltags, der familialen Lebensführung, Stärkung der Selbstwirksamkeit und Rollenfindung</li> <li>• Schulung von Kindern und Jugendlichen sowie Eltern im Umgang mit digitalen und technischen Assistenzsystemen</li> <li>• Beratung und Schulung von älteren Kindern und Jugendlichen</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• Information der Eltern/Bezugspersonen über Finanzierung und Antragstellung von Leistungen zu Rehabilitation</li> <li>• Unterstützung bei der Bewältigung einer erlebten Stigmatisierung und Ausgrenzung</li> </ul>
<p><b>Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berufs- und Pflegeverständnis in Bezug auf die Rolle der Pflege im Rehabilitationsprozess (aktuelle Studien)</li> <li>• Überblick über die Folgen von Infantilen Zerebralpareesen, Schädel-Hirn-Traumen, Rheumatischen Erkrankungen im Kindesalter</li> <li>• Grundlagen der relevanten sozialrechtlichen Vorgaben und deren Auswirkungen auf Pflege- und Unterstützungsleistungen</li> <li>• Einblick in berufspolitische Verbände/Selbstverwaltungsorgane der Pflege (Pflegekammern) und deren Mitgestaltungsmöglichkeiten in der Gesundheitspolitik</li> </ul>	
<p><b>Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen - z. B.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Übungen mit Elementen der Selbsterfahrung zu pflegerischen Förderkonzepten</li> <li>• Rollenspiel zu Schulung und Beratung von Kindern/Jugendlichen und Eltern in der rehabilitativen Pflege</li> <li>• Rollenspiel und Videografie zu einer konflikthafter interprofessioneller Fallbesprechung, in der die Auszubildenden die Vermittlerrolle zwischen Kindern bzw. Jugendlichen und Eltern einnehmen</li> </ul>	
<p><b>Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben - z. B.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erkundungsaufgabe zu ausgewählten aktuellen spezifischen technischen und digitalen Assistenzsystemen in stationären bzw. teilstationären Einrichtungen unter Berücksichtigung der individuellen Entwicklung des Kindes bzw. Jugendlichen</li> <li>• Beobachtungsaufgabe: Welche Merkmale kennzeichnen ein professionelles Beratungsgespräch mit einem älteren Kind oder Jugendlichen, in dem es um Unterstützungsleistungen zur sozialen Integration unter Einbeziehung der individuellen Lebenswelt geht?</li> </ul>	

### **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 settingübergreifende 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 eines/einer Jugendlichen mit einem Schädel-Hirn-Trauma (Folge eines Unfalls), der/die in einer Rehabilitationseinrichtung in seiner/ihrer 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 dem 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. Jugendlichen und dessen 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**

<b>CE 07</b>	<b>Rehabilitatives Pflegehandeln bei alten Menschen im interprofessionellen Team</b>	<b>Anlage 4 PfiAPrV</b>
<b>3. Ausbildungsdrittel</b>		<b>Zeitrichtwert: 80 Stunden</b>
<p><b>Intentionen und Relevanz</b></p> <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 Altenpflegerinnen und Altenpfleger nehmen im Rehabilitationsprozess die Rolle des Vermittlers ein, indem sie für Kontinuität sorgen und zwischen den beteiligten Berufsgruppen als Fürsprecher 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 dritten 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>		
<p><b>Bildungsziele</b></p> <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>		

## Kompetenzen - Anlage 4 PflAPrV

### Grundlegend für das 3. Ausbildungsdrittel

- 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, 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 bei alten Menschen zum Erhalt und zur Wiedererlangung von Alltagskompetenzen 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 überbrücken (II.1.e).
- beraten alte Menschen und ihre Bezugspersonen im Umgang mit krankheits- sowie therapie- und pflegebedingten Anforderungen und unterstützen 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).
- vertreten die im Rahmen des Pflegeprozesses gewonnenen Einschätzungen zum Pflegebedarf und zu erforderlichen 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 pflegfachliche 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 Orientierung 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 Institutionen des Gesundheitswesens (IV.1.a).
- erkennen die Funktion der Gesetzgebung im Gesundheits- und Sozialbereich zur Sicherstellung des gesellschaftlichen 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**

#### **Handlungsanlässe**

Ausgewählte Pflegebedarfe bei zu pflegenden alten Menschen, deren Bezugspersonen und im familialen System

- 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

#### Mesoebene

- Notwendigkeit der Pflegeüberleitung und der Nachsorgekonzeption für die häuslich-ambulante oder institutionelle Weiterversorgung nach Abschluss der Rehabilitationsbehandlung

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notwendigkeit der settingübergreifenden Koordination der Versorgung und Fürsprache für alte Menschen, die selbst dazu nicht oder nur bedingt in der Lage sind</li> <li>• Konflikte im interprofessionellen Team</li> </ul>
<b>Kontext- bedin- gungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, Einrichtungen der Anschlussheilbehandlungen (AHB), Rehabilitation in ambulanten und häuslichen Kontexten</li> <li>• institutionelle und gesellschaftliche Bedingungen: Case Management, gesellschaftlicher Umgang mit Behinderung, barrierefreier öffentlicher Raum</li> <li>• sozialrechtliche Bedingungen im Hinblick von Betreuungsleistungen und der Finanzierung von rehabilitativen Maßnahmen</li> </ul>
<b>Ausge- wählte Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auszubildende</li> <li>• Altenpfleger*in/Intraprofessionelles Team</li> <li>• zu pflegende alte Menschen und ihre Bezugspersonen sowie freiwillig Engagierte</li> <li>• interprofessionelles Team (z. B. Physio-/Ergotherapeut*innen, Logopäd*innen, Ärzt*innen, Sozialarbeiter*innen, Psycholog*innen, Psychiater*innen, Psychotherapeut*innen, Diätassistent*innen, Heilpädagog*innen)</li> <li>• zusätzliche Betreuungskräfte (§§ 43b, 84 SGB XI)</li> <li>• Akteure im sozialen Raum (z. B. Nachbarschaft/Quartier)</li> <li>• Leistungsträger der Rehabilitation</li> </ul>
<b>Erleben/ Deuten/ Verar- beiten</b>	<p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul> <p><i>Zu pflegende Menschen und pflegende Bezugspersonen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul> <p><i>Andere beteiligte Berufsgruppen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unklarheiten hinsichtlich der Zusammenführung unterschiedlicher interprofessioneller Perspektiven</li> <li>• Machtansprüche</li> </ul>

<b>Handlungsmuster</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planung und Umsetzung eines pflegerischen Case Managements in verschiedenen Versorgungskontexten</li> <li>• Planung und Steuerung von interprofessionellen Fallbesprechungen</li> <li>• Kommunikation und Koordinierung von Rehabilitationsplänen mit Absprache von Verantwortlichkeiten</li> <li>• Anwendung von Evaluationsinstrumenten zur Wirksamkeit von interprofessionellen Rehabilitationsprozessen</li> <li>• Interprofessionelles Konfliktmanagement</li> <li>• Beratung/Schulung von zu pflegenden Menschen und deren Bezugspersonen sowie freiwillig Engagierten in Fragen der Wiedererlangung der eigenständigen Lebensführung und gesellschaftlichen Teilhabe</li> <li>• Schulung bei technischen Assistenzsystemen</li> <li>• Informationen über Finanzierung und Antragstellung von Leistungen der Rehabilitation</li> <li>• Medikationsmanagement</li> </ul>
<b>Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berufs- und Pflegeverständnis in Bezug auf die Rolle der Pflege im Rehabilitationsprozess (aktuelle Studien)</li> <li>• Überblick über ausgewählte Erkrankungen des Nervensystems und Stütz- und Bewegungssystems (z. B. Apoplex, Rheumatische Arthritis, Rückenmarkschädigungen)</li> <li>• Grundlagen der relevanten sozialrechtlichen Vorgaben und deren Auswirkungen auf Pflege- und Unterstützungsleistungen</li> <li>• Einblick in berufspolitische Verbände/Selbstverwaltungsorgane der Pflege (Pflegekammer) und deren Mitgestaltungsmöglichkeiten in der Gesundheitspolitik</li> </ul>	
<b>Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen - z. B.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rollenspiel zu Schulung und Beratung in der rehabilitativen Pflege bei zu pflegenden alten Menschen und ihren Bezugspersonen</li> <li>• Rollenspiel und Videografie einer konflikthafter interprofessioneller Fallbesprechung</li> </ul> <b>Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben - z. B.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• 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?)</li> </ul>	



### **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 settingübergreifende 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 seiner 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**

<b>CE 08</b>	<b>Menschen in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten</b>	<b>Anlagen 1 und 2 PfiAPrV</b>
<b>1./2. Ausbildungsdrittel</b>		<b>Zeitrichtwert: 160 Stunden</b>
<b>3. Ausbildungsdrittel</b>		<b>Zeitrichtwert: 90 Stunden</b>
<b>Intentionen und Relevanz</b>		
<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 Mensch-Seins.</p> <p>Die Auszubildenden setzen sich in dieser curricularen Einheit tiefgreifend mit Phänomenen auseinander, die sich in der Begegnung mit existentiell 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 dritten 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>		
<b>Bildungsziele</b>		
<p><b>1./2. Ausbildungsdrittel</b></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>		

### 3. Ausbildungsdrittel

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.

#### **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).
- 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 schwerstkranken 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).
- 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 PfiAPrV

### Grundlegend für das 3. 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-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 Familiensystems 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 schwerstkranken 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 klientenorientierter komplexer Pflegeprozesse im qualifikationsheterogenen Pflorgeteam 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 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).
- 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

#### Handlungsanlässe

##### 1./2. Ausbildungsdrittel

- Pflegebedarf bei Menschen aller Altersstufen und deren Bezugspersonen in kritischen Lebenssituationen, ausgelöst durch chronische, onkologische oder andere, auch angeborene, lebenslimitierende Erkrankungen
- 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
  - chronische Schmerzen
  - Obstipation, Übelkeit und Erbrechen
  - Mundschleimhautprobleme
  - Gelbsucht
  - Todesangst
  - Fatigue/Schlafmangel
  - respiratorische Phänomene
  - Soziale Isolation/Vereinsamungsgefahr
  - chronischer Kummer/Trauer
  - beeinträchtigt Wohlbefinden

##### 3. Ausbildungsdrittel

- 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"> <li>○ Hoffnungslosigkeit/Sinnkrise</li> <li>○ Abschiednehmen</li> <li>○ Nahrungsabbruch/Therapieabbruch</li> <li>○ beeinträchtigte Familienprozesse</li> <li>○ plötzlicher Kindstod</li> <li>○ Entscheidungskonflikt</li> <li>○ Beeinträchtigte Religiosität/Sinnfindung</li> <li>○ Rollenüberlastung der pflegenden Bezugsperson, auch anderer Familienmitglieder (ggf. Geschwister)</li> <li>○ Gefahr der Rollendiffusion, Rollenkonflikte</li> </ul>
<b>Kontextbedingungen</b>	<p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• alle Bereiche der Akut- und Langzeitversorgung</li> <li>• institutionelle und gesellschaftliche Bedingungen: Kultur/Religion</li> </ul> <p>3. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ambulante und stationäre Palliativ- und Hospizversorgung</li> <li>• institutionelle und gesellschaftliche Bedingungen: Patientenverfügung, Sterbehilfe, palliative Versorgung, gesellschaftlicher Umgang mit kritischen Lebenssituationen und Begleitung in der letzten Lebensphase</li> </ul>
<b>Ausgewählte Akteure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auszubildende</li> <li>• Menschen aller Altersstufen und deren Bezugspersonen</li> <li>• Angehörige anderer Gesundheitsberufe, der Seelsorge und des Bestattungswesens im Kontext kritischer Lebenssituationen, der letzten Lebensphase und des Todes</li> </ul>
<b>Erleben/ Deuten/ Verarbeiten</b>	<p><i>Auszubildende</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• belastende Gefühle, insbesondere Hilflosigkeit, Unsicherheit, Angst, Sprachlosigkeit</li> <li>• Haltungen, insbesondere Mitgefühl/Mitleid, Helfen-Wollen und nicht -Können, Abgrenzung, Sinnfragen</li> </ul> <p><i>Zu pflegende Menschen und ihre Bezugspersonen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• belastende Gefühle, insbesondere Angst, Phasen der Trauer, Verlust, Wut, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Aggressionen, Scham, Ambivalenz, Grenzerfahrung, Verleugnung, Machtlosigkeit, Leiden, Erlösung erhoffen</li> <li>• Erwartungen an Pflege und Therapie</li> </ul>



<p><b>Handlungsmuster</b></p>	<p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <p>Fokus auf Auszubildende</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• persönliche Reflexion kritischer Lebenssituationen und des eigenen Erlebens angesichts chronisch/onkologisch erkrankter und sterbender Menschen aller Altersstufen</li> <li>• Reflexion eigener Bewältigungsstrategien, Erkennen von Faktoren der Resilienz und/oder (drohender) Überforderung, frühzeitiges Annehmen und aktives Einfordern von Unterstützungsangeboten</li> <li>• mit belastenden Erfahrungen umgehen, kollegiale Beratung in Anspruch nehmen, an Ritualen im Team mitwirken</li> </ul> <p>Fokus auf zu pflegende Menschen und ihre Bezugspersonen und Familien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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"> <li>○ Bezugnahme auf entsprechende Pflegemodelle (z. B. Trajekt-Modell nach CORBIN/STRAUSS)</li> <li>○ Auseinandersetzung mit ausgewählten chronischen oder onkologischen Erkrankungen in verschiedenen Altersstufen</li> <li>○ Unterstützung bei der Emotionsbewältigung</li> <li>○ Aktive Bewältigung der kritischen Lebenssituation unterstützen, z. B. Sinnfindung unterstützen</li> <li>○ sterbende Menschen und deren Bezugspersonen im Sterbeprozess begleiten, Trauerarbeit unterstützen</li> </ul> </li> <li>• Gestaltung von Pflegeprozessen unter Einbezug des Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ und relevanter Leitlinien sowie weiterer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse</li> <li>• Palliative Care als Konzept und Versorgungsansatz, insbesondere Leiden lindern und vorbeugen sowie Wohlbefinden fördern im Rahmen des Schmerzmanagements, bei Mundschleimhautproblemen etc.</li> <li>• Personen- und situationsbezogene Gesprächsführung, u. a. Beileidsbekundungen aussprechen</li> <li>• Unterstützung z. B. bei der individuellen Auseinandersetzung mit den Veränderungen und bei der Lebensführung</li> <li>• Informationsgabe, z. B. zur Förderung der Alltagskompetenz, der Familiengesundheit und der Selbstwirksamkeit</li> <li>• 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)</li> <li>• Assistenz bei ärztlichen Interventionen</li> </ul>
-------------------------------	--

- 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. Ausbildungsdrittel
- 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
  - 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 Pflorgeteams im Hospiz
  - Kontinuität der palliativen Versorgung an Schnittstellen sichern

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexion der Qualität der pflegerischen Leistungen und der Versorgung in Hospizdiensten</li> <li>• Verwendung digitaler Begleiter/Smart Home Technik</li> <li>• Analyse von Versorgungskontexten und Systemzusammenhängen in der palliativen Pflege und im Hospiz, Beachtung ökonomischer und ökologischer Prinzipien</li> <li>• Durchführung von Fallbesprechungen</li> <li>• Wahrnehmung von Angeboten der kollegialen Beratung</li> </ul>
--	--

### **Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen**

#### 1./2. Ausbildungsdrittel

- 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

#### 3. Ausbildungsdrittel

- Entstehung und Bedeutung von Disease-Management-Programmen
- Gegenüberstellung und Reflexion palliativer Handlungsfelder, Reflexion der Versorgungsrealität
- Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich Palliative Care

### **Anregungen für Lernaufgaben für simulative Lernumgebungen - z. B.**

- 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 - z. B.**

- 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, muskuloskeletale Erkrankungen, entzündliche Darmerkrankungen, chronische Nierenerkrankungen, Atemwegserkrankungen).
  - Lernsituationen mit Menschen, die erfahren, dass sie an einer onkologischen Erkrankung leiden (z. B. Prostatakrebs, Lungenkrebs, Darmkrebs, Brustdrüsenkrebs, 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; Menschen verschiedener Altersstufen 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\*e 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.