Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG

.....

Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht

.....

Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung

1. August 2019

Rahmenpläne
der Fachkommission
nach § 53 PflBG

Rahmenlehrpläne
für den theoretischen und
praktischen Unterricht

Rahmenausbildungspläne
für die praktische Ausbildung

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 PflAPrV.....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 pflegefachlich, pflegepädagogisch und pflegewissenschaftlich ausgewiesenen Expertinnen und Experten, hat im Dezember 2018 ihre Arbeit aufgenommen und legt nunmehr die ersten Rahmenpläne vor, die sie innerhalb von nur sechs Monaten erarbeitet hat. Der in § 53 Abs. 2 festgelegte erstmalige Vorlagetermin und der

enge Zeitrahmen haben den Kommissionsmitgliedern ein enormes Arbeitspensum und einen hohen Arbeitseinsatz im Rahmen ihrer ehrenamtlich ausgeübten Tätigkeit abverlangt. Mit der Intention, durch eine an pflegefachlichen und pflegepädagogischen Standards orientierte Pflegeausbildung einen Beitrag zu einer qualitätsgesicherten pflegerischen Versorgung der Bevölkerung zu leisten, haben die Kommissionsmitglieder diese Herausforderung angenommen.

In acht zweitägigen Kommissionssitzungen sowie in zwischenzeitlichen intensiven Arbeitsphasen in 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 PflBG). Auf berufliche Situationen bezogene Kompetenzen sind jedoch stets durch ein umfassendes Bildungsverständnis abzusichern, wenn Lernende nicht ungewollt oder unbewusst auf ihre Kompetenzen reduziert und damit *verzweckt* werden sollen. Die Fachkommission hat deshalb ein gemeinsames Verständnis von Kompetenz und eines subjektorientierten Bildungsbegriffs entwickelt. Sie hat sich des Weiteren auf einen für die Pflege 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. Konsequent finden sich pflegeprozessbezogene Kompetenzen in allen curricularen Einheiten wieder. Darüber hinaus wird diese besondere Verantwortung vor allem in den Handlungsmustern als Situationsmerkmal und curriculares Darlegungselement ersichtlich. Hierzu gehört auch, dass die Handlungsanlässe als Situationsmerkmal soweit wie möglich und sinnvoll anhand von pflegespezifischen Begriffssystemen als Pflegediagnosen oder Pflegephänomene beschrieben werden.

- **Orientierung an Situationen**

Das Prinzip der Situationsorientierung hat sich in den letzten Jahrzehnten in der Berufs- und Wirtschaftspädagogik als zentrales Prinzip zur Strukturierung von Curricula und Lehrplänen auf der Makroebene durchgesetzt (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 handlungssyste-

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

		Zentrale Orientierung	
Nr.	Titel	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 Kompetenzniveaumodellen.[1] Kompetenzniveaumodelle kennzeichnen die Stufen unterschiedlicher Expertise in einer Kompetenz. Beispielsweise lässt sich die Entwicklung beruflichen Könnens anhand des Ausmaßes der Berücksichtigung von verkomplizierenden Kontextfaktoren beschreiben. Um die Kompetenzen der Auszubildenden auf einem zunehmend höheren Niveau aufbauen zu können, werden daher in den Rahmenlehrplänen die situativen Anforderungen im 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:

[1] 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	• geringer Grad an Pflegebedürftigkeit; also Menschen, die in der Mobilität und der Selbstversorgung überwiegend selbstständig sind[2]
1./2. Ausbildungsdrittel mit Ausnahme von CE 01-03	• geringer bis mittlerer Grad an Pflegebedürftigkeit • gesundheitliche Problemlagen bei gesundheitlicher Stabilität oder maximal mittlerer Stabilität, d. h. geringe oder maximal mittlere Gefahr an Komplikationen (geringe bis maximal mittlere Risikogeneigtheit) • einzelne zu pflegende Menschen oder zu pflegende Menschen im Kontext von Gruppen, z. B. Familien, Perspektiven aber weitgehend konvergent
3. Ausbildungsdrittel	• hoher Grad an Pflegebedürftigkeit • gesundheitliche Instabilität mit Gefahr von Komplikationen (hohe Risikogeneigtheit) • zu pflegende Menschen im Kontext von Gruppen, z. B. Familien, oder sozialen Netzwerke mit z. T. divergierenden sozialen Perspektiven

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

Wie bereits erwähnt, wird der Entwicklungslogik in den Rahmenlehrplänen strukturell vor allem dadurch entsprochen, dass alle Darlegungselemente in den curricularen Einheiten auf die beiden in den Anlagen der PflAPrV hinterlegten Kompetenzniveaus ausgerichtet werden. Die Angaben für das 1. und 2. Ausbildungsdrittel beziehen sich auf Anlage 1, welche die Kompetenzen zur Zwischenprüfung festlegt. Die Kompetenzen, die sich auf die drei möglichen Abschlüsse im 3. Ausbildungsdrittel beziehen, wurden den Anlagen 2, 3 und 4 entnommen. Alle mit den curricularen Einheiten korrespondierenden Kompetenzen werden im Wortlaut der Anlagen und getrennt nach 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-

[2] 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[3]) 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.

[3] 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 Beobachtun-

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

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

- **Entwicklungslogik**

In Analogie zu den Rahmenlehrplänen werden − verschiedenen Kompetenzentwicklungs-modellen 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 Ausbildungsdrittel	• geringer Grad an Pflegebedürftigkeit, also max. erhebliche Beeinträchtigungen in der Selbstständigkeit[4] • nur seltenes Auftreten von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen, die eine personelle Unterstützung erforderlich machen • gesundheitliche Problemlagen bei gesundheitlicher Stabilität, d. h. geringe Gefahr an Komplikationen (geringe Risikogeneigtheit) • die einzelnen zu pflegenden Menschen stehen im Mittelpunkt, ggf. auch einzelne Bezugspersonen • hoher Grad an Ressourcen
mittleres Ausbildungsdrittel	• mittelmäßiger Grad an Pflegebedürftigkeit, also max. schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit • max. häufiges Auftreten von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen, die eine personelle Unterstützung erforderlich machen • mittlere gesundheitliche Instabilität (mittlere Risikogeneigtheit) • zu pflegende Menschen im Kontext von Gruppen, z. B. Familien, Perspektiven aber weitgehend konvergent
letztes Ausbildungsdrittel	• hoher Grad an Pflegebedürftigkeit, also schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit • tägliches Auftreten von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen, die eine personelle Unterstützung erforderlich machen • geringer Grad an Ressourcen, hoher Grad an Vulnerabilität • gesundheitliche Instabilität mit Gefahr von Komplikationen (hohe Risikogeneigtheit) • zu pflegende Menschen im Kontext von Gruppen, z. B. Familien, oder sozialen Netzwerke mit z. T. divergierenden Perspektiven

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

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

[4] 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 PflAPrV**
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. Die Anlage der PflAPrV gibt den Ausbildungsabschnitt an, auf den sich die curriculare Einheit bezieht. Für die ersten beiden Ausbildungsdrittel ist dies Anlage 1, für das dritte Ausbildungsdrittel der generalistischen Pflegeausbildung Anlage 2. Die curricularen Einheiten für das dritte Ausbildungsdrittel 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.		
Ausbildungsdrittel	**Zeitrichtwert:**	**Stunden**
Die Stundenzahlen werden als Zeitrichtwerte ausgewiesen. Wie auch die Angaben zu den weiteren Darlegungselementen werden sie für das 1./2. Ausbildungsdrittel einerseits und für das 3. Ausbildungsdrittel andererseits separat ausgewiesen, wenn sich die curriculare Einheit über die gesamte Ausbildung erstreckt.		
Intentionen und Relevanz In diesem Abschnitt werden die der curricularen Einheit zugrunde gelegten (Pflege-)Situationen bzw. Themen soweit beschrieben und gekennzeichnet, dass ihre Bedeutung für die Pflegeausbildung ersichtlich wird. Darüber hinaus werden für die curricularen Einheiten 04 bis 11 Angaben dazu gemacht, wie sich die Akzentuierungen in den ersten beiden Ausbildungsdritteln von denen im letzten Ausbildungsdrittel 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.		
Bildungsziele In den Bildungszielen werden die reflexiven Einsichten beschrieben, die anhand der den curricularen Einheiten zugeordneten Pflegesituationen angeeignet werden können und sollen. Die reflexiven Einsichten gehen über umfassende (berufliche) Handlungskompetenzen hinaus und zielen auf die kritische Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung der Auszubildenden.		

Kompetenzen - Anlage 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.

Handlungsmuster	In den Handlungsmustern werden die Kompetenzen der Anlagen 1 bis 4 situationsspezifisch, d. h. auf die der curricularen Einheit zugrunde liegenden Situation hin, weiter konkretisiert und fokussiert. Der Pflegeprozess als berufsspezifische Arbeitsmethode schlägt sich in den Handlungsmustern konsequent nieder.

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

Dort, wo eine Zuordnung der Inhalte zu den Situationsmerkmalen nicht möglich ist, oder wo es darum geht, grundlegende Einblicke in den Gegenstand, die Fragestellungen und die Methoden des Erkenntnisgewinns der verschiedenen Wissenschaften zu gewährleisten, werden diese Grundlagen gesondert an dieser Stelle aufgeführt.

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

An dieser Stelle werden Anregungen für das arbeitsorientierte Lernen gegeben. Bei dieser Lehr-/ Lernmethode werden simulierte Pflegesituationen als Lernanlass genutzt. Das Lernen in simulativen Lernumgebungen ermöglicht handlungsentlastetes Lernen ohne Nachteile für zu pflegende Menschen und kann gezielt an den Entwicklungsstand der Lernenden angepasst werden. Räumlich kann das arbeitsorientierte Lernen beispielsweise in einem Lernlabor stattfinden.

Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben - z. B.

Hier finden sich Anregungen zum arbeitsverbundenen Lernen, bei dem informelles und formelles Lernen systematisch aufeinander bezogen werden. Die Anregungen erfolgen in Form von beispielhaften Lern- und Arbeitsaufgaben, die die Auszubildenden vonseiten der Schule in Absprache mit den Verantwortlichen der praktischen Einsatzbereiche erhalten. Sie sind im Rahmen der praktischen Einsätze zu bearbeiten, z. T. zu dokumentieren und auszuwerten und werden im Anschluss in der schulischen Ausbildung aufgegriffen und in den Unterricht eingebunden.

Didaktischer Kommentar

Im didaktischen Kommentar werden Anregungen für die Gestaltung von Lernsituationen gegeben, welche die den curricularen Einheiten zugrunde liegenden Pflegesituationen beispielhaft konkretisieren. Sie beziehen sich für die generalistische Ausbildung auf zu pflegende Menschen verschiedener Altersstufen und ihre Bezugspersonen. Für das letzte Ausbildungsdrittel nach Anlage 3 und Anlage 4 beziehen sich die Anregungen auf die Altersstufe von Kindern und Jugendlichen bzw. von alten Menschen.

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

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

<table>
<tr><th>CE 01</th><th>Ausbildungsstart – Pflegefachfrau/Pflegefachmann werden</th><th>Anlage 1 PflAPrV</th></tr>
<tr><td colspan="3">1. Ausbildungsdrittel Zeitrichtwert: 70 Stunden</td></tr>
<tr><td colspan="3">Intentionen und Relevanz
In dieser curricularen Einheit zu Beginn der Ausbildung steht das Ankommen der Auszubildenden in der pflegeberuflichen Ausbildung im Mittelpunkt. Die Einheit dient der ersten Orientierung hinsichtlich der persönlichen Gestaltung der Rolle als Auszubildende/Auszubildender einschließlich der Positionierung im Pflegeteam, der Aufgaben und Handlungsfelder der professionellen Pflege sowie der Überprüfung des Berufswunsches.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Bildungsziele
Die Auszubildenden reflektieren ihre Rolle als Lernende sowie mögliche selbst- und fremdbestimmte Momente in der Ausbildung und sind für Mitbestimmungsmöglichkeiten sensibilisiert.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Kompetenzen - Anlage 1 PflAPrV
Die Auszubildenden
• 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).</td></tr>
<tr><td colspan="3">Inhalte/Situationsmerkmale</td></tr>
<tr><td>Handlungsanlässe</td><td colspan="2">• Ankommen in der Lerngruppe/in der Schule
• Ankommen im Team/in der Pflegepraxis</td></tr>
<tr><td>Kontextbedingungen</td><td colspan="2">• Lernprozesse in der Ausbildung und Lernorte - Pflegeschule, simulative Lernumgebungen, Pflegepraxis
• gesetzliche Grundlagen der Ausbildung, insbesondere Berufsbezeichnung Pflegefachfrau/Pflegefachmann</td></tr>
<tr><td>Ausgewählte Akteure</td><td colspan="2">• Auszubildende mit wenig bzw. keiner Pflegeerfahrung
• Lerngruppe</td></tr>
<tr><td>Erleben/ Deuten/ Verarbeiten</td><td colspan="2">• Helfen-Wollen, Motiviert-Sein/Engagiert-Sein, (vor)berufliche Sozialisation
• Unsicherheit, Vorfreude, Neugier</td></tr>
</table>

Hand-lungs-muster	• Lernen in der Gruppe, Gruppendynamik • Reflexion pflegerischer Vorerfahrungen und der Lernbiografie

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

Kurzer Überblick über die Geschichte des Pflegeberufes

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

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

Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben - z. B.

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

Didaktischer Kommentar

Folgende Situationen können Ausgangspunkt der Auseinandersetzung mit den Auszubildenden sein:

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

6 Hinweise zur Umsetzung

6.1 Rahmenlehrpläne

Auf der Basis der vorliegenden Empfehlungen der Fachkommission bzw. länderspezifisch verbindlicher Lehrpläne entwickeln die Pflegeschulen schulinterne Curricula (§ 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 (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.; LIPSMEIER, 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

CE 01	Ausbildungsstart – Pflegefachfrau/Pflegefachmann werden	Anlage 1 PflAPrV
1. Ausbildungsdrittel		**Zeitrichtwert: 70 Stunden**

Intentionen und Relevanz

In dieser curricularen Einheit steht das Ankommen der Auszubildenden in der Pflegeausbildung Ausbildung im Mittelpunkt. Die Einheit dient der ersten Orientierung hinsichtlich der persönlichen Gestaltung der Rolle als Auszubildende/Auszubildender einschließlich der Positionierung im Pflegeteam, der Aufgaben und Handlungsfelder der professionellen Pflege sowie der Überprüfung des Berufswunsches. Die Auszubildenden reflektieren den Pflegeberuf als verantwortungsvollen, sinnstiftenden Beruf mit vielfältigen Entwicklungsmöglichkeiten und bauen eine Vorstellung von professionellem Pflegehandeln auf.

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.

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.

Die subjektorientierte Gestaltung des Ausbildungsstartes hat maßgeblichen Einfluss auf einen erfolgreichen Ausbildungsverlauf.

Bildungsziele

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.

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 Pflegende (V.2.d).
- verfügen über ein Verständnis für die historischen Zusammenhänge des Pflegeberufs und seine Funktion im Kontext der Gesundheitsberufe (V.2.e).
- verfolgen nationale und internationale Entwicklungen des Pflegeberufs (V.2.g).

Inhalte/Situationsmerkmale	
Handlungsanlässe	• Ankommen in der Lerngruppe/in der Schule • Ankommen im Team/in der Pflegepraxis • berufliche Identität entwickeln • Kontaktaufnahme mit zu pflegenden Menschen (der „fremde Mensch“) in verschiedenen Altersstufen
Kontextbedingungen	Mesoebene • Lernprozesse in der Ausbildung und Lernorte – Pflegeschule, simulative Lernumgebungen, Pflegepraxis • Instrumente der schulischen und praktischen Ausbildung: Curriculum, Ausbildungsplan, Ausbildungsnachweis • vielfältiges Spektrum gesundheitsbezogener Einrichtungen und pflegerischer Handlungsfelder Makroebene Gesetzlicher Rahmen (ausgewählte Aspekte) • gesetzliche Grundlagen der Ausbildung, insbesondere Berufsbezeichnung Pflegefachfrau/Pflegefachmann • Datenschutz, Verschwiegenheit • Arbeitsrecht • Patientensicherheit • Betriebsverfassungsgesetz (Personal)
Ausgewählte Akteure	• Auszubildende mit wenig bzw. keiner Pflegeerfahrung • Lerngruppe • intra- und interprofessionelles Team • zu pflegende Menschen aller Altersstufen
Erleben/ Deuten/ Verarbeiten	*Auszubildende* • Helfen-Wollen, Motiviert-Sein/Engagiert-Sein, (vor)berufliche Sozialisation • Unsicherheit, Vorfreude, Neugier • Vorstellung vom Beruf/von Pflege/Erwartungshaltungen • berufliche Identität entwickeln, sich Vorbilder suchen bzw. Vorbilder reflektieren • Rollenerleben/Rollenfindung (Übergang Schule/Beruf)

Hand-lungs-muster	• Lernen in der Gruppe, Gruppendynamik • Reflexion pflegerischer Vorerfahrungen und der Lernbiografie (inkl. digitaler Kompetenzen) • Einführung in die Beziehungsgestaltung: Kommunikation, Fürsorge, Kultursensibilität, ethische Haltung, Empathie • Pflegeprozess als Problemlösungs- und Beziehungsprozess, Einführung in die Grundlagen der Pflegewissenschaft/in das professionelle Pflegehandeln (z. B. Grundbegriffe, Gegenstand) • sich im Kontext zurechtfinden (ausgewählte Aspekte wie z. B. EDV) • Kontakt zum Team aufnehmen • Aufmerksam-Sein für die eigene Gesundheit/den Schutz vor physischen und psychischen Belastungen • Handlungsmuster zu ausgewählten Szenarien, die den Auszubildenden begegnen werden

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

Kurzer Überblick über die Geschichte des Pflegeberufes - auch internationale Vergleiche

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

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

Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben - z. B.

- systematische Erkundung der Perspektiven der Akteure im jeweiligen Handlungsfeld (z. B. im Hinblick auf Aufgabenfelder, Motivationen, Selbstverständnis, ökologische Grundsätze/Umweltmanagement, Brandschutz, Dienstplanung)
- Eindrücke von der ersten Begegnung mit zu pflegenden Menschen sammeln und eigene Gedanken und Gefühle reflektieren
- Begleitung eines zu pflegenden Menschen und Erkundung ihrer/seiner Bedürfnisse im Pflegeprozess

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

CE 02	Zu pflegende Menschen in der Bewegung und Selbstversorgung unterstützen	Anlage 1 PflAPrV
1. Ausbildungsdrittel		**Zeitrichtwert: 180 Stunden**

Intentionen und Relevanz

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:

02 A Mobilität interaktiv, gesundheitsfördernd und präventiv gestalten

02 B Menschen in der Selbstversorgung unterstützen

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.

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.

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-

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
Inhalte/Situationsmerkmale	
Hand-lungs-anlässe	*Zu pflegende Menschen* • Entwicklungs- und gesundheitsbedingt beeinträchtigte körperliche Mobilität • beeinträchtigte Mobilität im Bett • beeinträchtigte Gehfähigkeit • bewegungsarmer Lebensstil • Gesundheitsrisiken durch Mobilitätsbeeinträchtigungen, z. B. erhöhtes Sturzrisiko • Gefahr einer verzögerten sensomotorischen Entwicklung *Auszubildende* • berufliche Gesundheitsrisiken und Gefahren • Selbstfürsorge, insbesondere für die Gesunderhaltung des eigenen Bewegungsapparats sowie die Erhaltung und Weiterentwicklung der persönlichen Mobilität als zentrales Moment der pflegerischen Interaktion
Kontext-bedin-gungen	• unterschiedliche Einrichtungen und Versorgungsbereiche im Orientierungseinsatz • technische und digitale Hilfsmittel zur Unterstützung bei der Bewegungsförderung und Positionierung und Regelungen zu deren Verfügbarkeit (z. B. Medizinproduktegesetz) • Rechtsgrundlagen in Bezug auf Haftung, Arbeitsschutz und Sicherheit der zu pflegenden Menschen • Arbeitssicherheit und Unfallverhütung
Ausge-wählte Akteure	• Menschen aller Altersstufen mit Beeinträchtigungen in der Mobilität und in der Sinneswahrnehmung (Hören und Sehen) sowie deren Bezugspersonen • Menschen mit Gesundheitsrisiken aufgrund von Bewegungsmangel, die häufig als Zielgruppe im Orientierungseinsatz angetroffen werden • Auszubildende • Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner • andere Berufsgruppen, z. B. Physio- und Ergotherapeut*innen
Erleben/ Deuten/ Verar-beiten	*Zu pflegende Menschen* • Wahrnehmung des eigenen Leibkörpers • Wohlbefinden • Bewegungsfreude • Abhängigkeit und beeinträchtigte Selbstbestimmung • Einsamkeit und beeinträchtigte soziale Teilhabe • Unsicherheit und Angst vor Stürzen

	• verschiedene individuelle Gründe für einen bewegungsarmen Lebensstil/eingeschränkte Mobilität • Umgang mit bzw. Ablehnung von großer körperlicher Nähe in der pflegerischen Interaktion zur Bewegungsförderung und -erhaltung *Auszubildende* • positive und negative Auswirkungen von Bewegung auf das physische und psychische Wohlbefinden • den eigenen Körper in Interaktion mit anderen erfahren • widersprüchliche Emotionen und Bedürfnisse, z. B. im Umgang mit großer körperlicher Nähe in der pflegerischen Interaktion
Handlungsmuster	*Zu pflegende Menschen* • Fähigkeiten und Ressourcen sowie Beeinträchtigungen in der Mobilität unter Nutzung ausgewählter Assessmentverfahren beobachten und beschreiben bzw. dokumentieren. • Menschen bei Alltagsaktivitäten in ihrer Mobilität unterstützen und bei Bedarf technische und digitale Hilfsmittel nutzen. • eine sichere Umgebung für Menschen aller Altersstufen auch mit Beeinträchtigungen des Sehens und Hörens gestalten. • Risiken bei Beeinträchtigungen der Mobilität systematisch personen- und umgebungsbezogen einschätzen und dokumentieren sowie individuelle Pflegemaßnahmen planen, durchführen und evaluieren. • Angebote zur Mobilitätsförderung und -erhaltung sowie zur Entwicklungsförderung unter Einbezug entsprechender Bewegungskonzepte planen, durchführen und evaluieren. • Menschen über die Bedeutung von Mobilität in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention informieren. • Menschen zu hilfreichen Bewegungsabläufen instruieren. • Menschen bei Orts- und Positionswechseln unterstützen. • Maßnahmen zur Förderung und Erhaltung der Mobilität im pflegerischen und therapeutischen Team besprechen und abstimmen. • das eigene Handeln an ausgewählten Expertenstandards der Pflege − Überblick zu ausgewählten Standards in Verbindung mit Mobilitätsförderung und -einschränkungen (z. B. „Erhaltung und Förderung der Mobilität“, „Sturzprophylaxe in der Pflege“, „Dekubitusprophylaxe“) orientieren. *Auszubildende* • das eigene Gesundheits-/Bewegungsverhalten reflektieren. • eigene Bewegungsabläufe analysieren und vor dem Hintergrund pflegerischer Bewegungskonzepte reflektieren.

	• hilfreiche Bewegungsabläufe und Interaktionen in die pflegerische Unterstützung von Menschen aller Altersstufen integrieren und deren Wirkung auf den eigenen Körper evaluieren. • eigene Grenzen der körperlichen Belastbarkeit wahrnehmen und technische Hilfen in der Unterstützung von Menschen mit beeinträchtigter Mobilität fachgerecht nutzen. • selbstfürsorglich mit sich selbst umgehen und Aktivitäten zur Gesundheitsförderung wahrnehmen.

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

- Einführung in Grundbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention (wird in CE 13 aufgegriffen und vertieft)
- sensomotorische Entwicklung im Kindesalter und physiologische Veränderungen der Motorik im Alter
- Aufbau und Funktion des Bewegungsapparats

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

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

Lern- und Arbeitsaufgaben - z. B.

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

Didaktischer Kommentar

(wird in Verbindung mit Schwerpunktbereich 02-B wiedergegeben)

CE 02 B	Menschen in der Selbstversorgung unterstützen
Inhalte/Situationsmerkmale	
Handlungsanlässe	• Pflegebedürftigkeit • Pflegephänomene, z. B. Hilflosigkeit, Abhängigkeit, Fremdheit, Scham, Bedürfnis nach Zuwendung, Orientierung und Berührung • gesundheits- oder entwicklungsbedingte Beeinträchtigungen in der Selbstversorgung, (Körperpflege/Kleiden, Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Ausscheidung) • pflegebedingte Notwendigkeit der Beobachtung des Gesundheitszustandes (inklusive der Vitalwerte) • (Risiko von) Veränderungen des Hautzustands und Erfordernis entsprechend ausgewählter Prophylaxen, z. B. Intertrigoprophylaxe, Dekubitusprophylaxe • Bedarf an Entwicklungs- und Gesundheitsförderung über Berührung • Mangelernährung • Flüssigkeitsdefizit • beeinträchtigte Harnausscheidung • beeinträchtigte Stuhlausscheidung • ggf. Schlafstörung/Unruhe (sollte in anderen curricularen Einheiten wieder aufgegriffen werden)
Kontextbedingungen	• verschiedene Versorgungsbereiche der Pflege (insbesondere solche, in denen die Lernenden im Orientierungseinsatz eingesetzt werden) • Angehörige und Bezugspersonen, die bei der Pflege anwesend sein können
Ausgewählte Akteure	• Menschen aller Altersstufen mit unterschiedlichen kulturellen und religiösen Hintergründen, mit ihren jeweiligen individuellen Bedürfnissen in häufig vorkommenden Pflegesituationen (insbesondere die in den Orientierungseinsätzen hauptsächlich vertretenen Zielgruppen) • Auszubildende mit keiner oder geringer Pflegeerfahrung
Erleben/ Deuten/ Verarbeiten	*Zu pflegende Menschen* • Wohlbefinden, Zuwendung, sich selbst im Leibkörper wahrnehmen und spüren • Erleben von Hilfe- und Unterstützungsbedarf und Umgang mit der Zuweisung von „Pflegebedürftigkeit“ • Fremdheit, Scham, Hilflosigkeit, Abhängigkeit • Angst vor Nähe und Berührung

	Auszubildende • Wirksamkeit von Pflege, Nähe, Bezogenheit • Fremdheit, Unsicherheit, Sprachlosigkeit, Abneigung • Erleben von eigenen Bewältigungsressourcen und Widerstandsfaktoren
Handlungsmuster	• Selbstversorgungsdefizite, Ressourcen und Fähigkeiten der zu pflegenden Menschen mithilfe erster pflegerischer Modelle/Theorien beobachten und beschreiben • Individuelle Bedürfnisse wahrnehmen und in der Unterstützung bei der Selbstversorgung berücksichtigen • Veränderungen des Gesundheitszustandes (inkl. der Vitalwerte) anhand von grundlegendem Wissen aus der Pflege und den Bezugswissenschaften beobachten, beschreiben und sachgerecht dokumentieren • Pflegebedürftigkeit beschreiben und einordnen • prophylaktische Maßnahmen bei gesundheits- und entwicklungsbedingten Einschränkungen der Mobilität in die Körperpflege integrieren • pflegerische Unterstützung oder entwicklungsbedingte Übernahme bei der Selbstversorgung geben (Körperpflege/Kleiden, Zahn- und Mundhygiene, Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Ausscheidung) und dabei für die Patientensicherheit sorgen • hygienische Maßnahmen in der pflegerischen Unterstützung berücksichtigen • grundlegende Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in die pflegerische Unterstützung bei der Selbstversorgung integrieren • Kommunikation und Interaktion in körpernahen und intimen pflegerischen Handlungen einfühlsam gestalten • das eigene Handeln an ausgewählten Expertenstandards der Pflege orientieren- exemplarische vertiefte Auseinandersetzung mit ein bis zwei Standards, die sich auf die Unterstützung bei Einschränkungen in der Selbstversorgung beziehen (z. B. „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“, „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“) • mit Pflegedokumentationssystemen (analog/digital) umgehen, diesen Informationen entnehmen und durchgeführte Pflege dokumentieren • digitale Messinstrumente und technische Hilfsmittel fachgerecht anwenden • Patienten bei der Hilfsmittelversorgung unterstützen, z. B. beim Hören, Sehen • beruflich bedingte Intimitätsverletzungen respekt- und würdevoll gestalten und sich selbst reflektieren • Struktur und Organisation des Einsatzbereichs kennenlernen und sich darin orientieren

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

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

Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen - 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/analogen Patientenakte und dem Erfordernis zur Anpassung von Interventionen an eine Veränderung, die sich akut ergeben hat, z. B. bei einem älteren Menschen mit Stuhlinkontinenz und akuter Durchfallerkrankung oder einem Kind/Säugling mit Diarrhö
- Anreichen von Nahrung und Flüssigkeit bei einem Menschen (Kind/älterer Mensch), der nichts zu sich nehmen möchte
- das Halten eines Säuglings bei der Nahrungsaufnahme unter Berücksichtigung der Interaktionsgestaltung und Aspirationsprophylaxe

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

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

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

CE 03 Erste Pflegerfahrungen reflektieren – verständigungsorientiert kommunizieren

CE 03	Erste Pflegerfahrungen reflektieren – verständigungsorientiert kommunizieren	Anlage 1 PflAPrV
1. Ausbildungsdrittel		**Zeitrichtwert: 80 Stunden**

Intentionen und Relevanz

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.

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.

Bildungsziele

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.

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 Pflegende (V.2.d).

Inhalte/Situationsmerkmale

Handlungsanlässe	• erste Pflegeerfahrungen im Orientierungseinsatz, erlebte Anforderungen, Irritationen, Widersprüche und die Komplexität pflegerischen Handelns • erlebte Begegnungen mit Ekel/Selbstekel, Scham etc. • divergierende Interessen in der pflegerischen Kommunikation • empfundene Sprachlosigkeit • Kommunikations-/Informationsbedürfnisse zu pflegender Menschen und ihrer Bezugspersonen
Kontextbedingungen	• Bedingungen bzw. Spannungsfelder im pflegerischen Handeln • Asymmetrie pflegerischen Handelns

Ausgewählte Akteure	• Auszubildende mit wenig Pflegeerfahrung • Lerngruppe • zu pflegende Menschen aller Altersstufen • Team
Erleben/ Deuten/ Verarbeiten	Reflexion und Deutung erlebter Phänomene *Auszubildende* • Selbstvergewisserung zur Berufswahl • Irritationen, Ungewissheit, Aushalten-Müssen • erlebte Ressourcen und Bewältigungsstrategien • Ekel, Scham, Geduld, Zerrissenheit zwischen Anforderungen und Realität, Hilflosigkeit, Zufriedenheit in der Begegnung mit Menschen/ Wirksamkeit des eigenen Handelns • Eindringen in die Intimsphäre fremder Menschen/Verletzen der Intimsphäre, Grenzüberschreitungen • Bedürfnis, Spannungen in der Interaktion aufzulösen *Zu pflegende Menschen* • Eindringen in die Intimsphäre, Leiderfahrung, Abhängigkeitsgefühl, Scham, Selbstekel, Verbergen-Wollen, Ängste • Gefühl des Nichtakzeptierens/Fremdbestimmung
Handlungsmuster	• erste Pflegeerfahrungen reflektieren, inkl. erlebter Begegnungen mit Ekel/Selbstekel, Scham etc. (vgl. erlebte Phänomene) • Emotionen regulieren • mit belastenden/fordernden Erfahrungen umgehen, kollegiale Beratung in Anspruch nehmen • Grundsätze der verständigungs- und beteiligungsorientierten Gesprächsführung und unterschiedliche Kommunikationskanäle nutzen, Kommunikationsbarrieren abbauen • Aushandlungsprozesse zwischen Pflegeanforderungen und individuellen Bedürfnissen von Betroffenen gestalten (nicht nur sprachlich, sondern auch nonverbal und taktil)
Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen • Einführung in die Emotionspsychologie • Geltungsansprüche in Aushandlungsprozessen; (pflege)-berufswissenschaftliche Studien zu Phänomenen von Macht und Machtmissbrauch in pflegerischen Interaktionen	

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

CE 04	Gesundheit fördern und präventiv handeln	Anlagen 1 und 2 PflAPrV
1./2. Ausbildungsdrittel	**Zeitrichtwert: 80 Stunden**	
3. Ausbildungsdrittel	**Zeitrichtwert: 80 Stunden**	

Intentionen und Relevanz

Wenngleich gesundheitsförderliche und präventive Aspekte in jeder curricularen Einheit im Zusammenhang mit konkretem pflegerischen Handeln thematisiert werden, wird in dieser curricularen Einheit der Fokus auf die gesellschaftlich relevanten Handlungsfelder der Gesundheitsförderung und Prävention gelegt. Dabei werden auch spezielle Settings, die für den Pflegeberuf z. T. gerade erst erschlossen werden, aufgegriffen und es wird die berufliche Situation der Auszubildenden selbst bzw. der Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner betrachtet. Drei Ebenen werden dabei angesprochen: (1) Die Makroebene und damit gesundheitsbezogene Herausforderungen in der Gesellschaft, z. B. der zunehmende Bewegungsmangel und die wachsende gesundheitliche Ungleichheit der Bevölkerung sowie die Verhältnisprävention; (2) die Mesoebene, auf der gesundheitliche Bedingungen von Institutionen und Belastungssituationen in der intraprofessionellen Zusammenarbeit betrachtet werden und (3) die Mikroebene, die das persönliche gesundheitsbezogene und präventive Handeln bzw. die Gesundheitskompetenz der Auszubildenden, der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in den Blick nimmt. Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang auch die Reflexion der Legitimation gesundheitsförderlicher und präventiver Angebote. Pflegende gehören zu den gesundheitlich besonders gefährdeten Berufsgruppen, – dies soll auf allen Ebenen analysiert und reflektiert werden.

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.

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.

Die Einheit schließt an die curriculare Einheit 02 „Zu pflegende Menschen in der Bewegung und Selbstversorgung unterstützen“ an, in der die Auszubildenden ein grundlegendes Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen von Mobilität entwickeln konnten. Ebenso können Bezüge zu den curricularen Einheiten 07 „Rehabilitatives

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

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 Pflegeinrichtung 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 PflAPrV

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 Pflegeteam ein (III.1.f).
- bearbeiten interprofessionelle Konflikte in einem gemeinsamen Aushandlungsprozess auf Augenhöhe und beteiligen sich an der Entwicklung und Umsetzung einrichtungsbezogener Konzepte zum Schutz vor Gewalt (III.3.c).
- erfassen den Einfluss gesamtgesellschaftlicher Veränderungen, ökonomischer Anforderungen, technologischer sowie epidemiologischer und demografischer Entwicklungen auf die Versorgungsverträge und Versorgungsstrukturen im Gesundheits- und Sozialsystem (IV.2.b).
- erkennen die Funktion der Gesetzgebung im Gesundheits- und Sozialbereich zur Sicherstellung des gesellschaftlichen Versorgungsauftrags in stationären, teilstationären und ambulanten Handlungsfeldern (IV.2.c).
- wirken an der Umsetzung von Konzepten und Leitlinien zur ökonomischen und ökologischen Gestaltung der Einrichtung mit (IV.2.e).
- 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/gefahrengeneigtes 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 pflegefachlichen Fragestellungen • institutionelle gesundheitsbezogene Bedingungen, z. B. gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen/physische und psychische Belastungen am Arbeits- und Lernplatz

	• Verantwortung für Patientensicherheit 3. Ausbildungsdrittel • Informations- und Beratungsbedarfe von Menschen aller Altersstufen und Einrichtungen zu gesundheitsbezogenen Fragen • gesundheitsbezogene (ethische) Entscheidungskonflikte • Belastungssituationen in der intraprofessionellen Zusammenarbeit/drohende Konflikte im Pflegeteam • Unterstützungsbedarfe in Familien/Familiengesundheit • drohende (auch sexuelle) Gewalt • Gefahr von Kindesmissbrauch/Gefahr des beeinträchtigten Kindeswohls
Kontext-bedin-gungen	1./2. Ausbildungsdrittel • alle gesundheitsbezogenen Einrichtungen und pflegerischen Handlungsfelder • weitere Einrichtungen (z. B. Betriebe, Schulen, Kindertagestätten, Familienzentren, Kinderschutzzentren, Sozialpädiatrische Zentren, Frühförderung, Jugendämter, Polizei), die gesundheitsbezogene Angebote unterbreiten • gesundheitsbezogene Werte und Normen in der Gesellschaft und in Institutionen 3. Ausbildungsdrittel – erweiternd • rechtliche Rahmenbedingungen zu Gesundheitsförderung und Prävention • Schnittstellen zwischen Gesundheitsberufen, anderen beratenden Berufen und in der Prävention tätigen Organisationen und Netzwerken
Ausgewählte Akteure	• Auszubildende/Lerngruppe • zu pflegende Menschen aller Altersstufen und ihre Bezugspersonen • Menschen in verschiedenen Sozialisationsinstanzen (Familie, Schule, Freizeitgruppen, Betrieb etc.) • Team • Akteure des Pflege- und Schulmanagements
Erleben/ Deuten/ Verarbeiten	*Auszubildende* • sich für verletzlich halten/sich für unverletzlich halten • Angst vor gesundheitlichen Folgen von schädigenden Verhaltensweisen/vor Gewalt • gesundheitliche (kulturbezogene) Überzeugungen und Selbstwirksamkeitserwartungen • sich-kompetent-fühlen in Bezug auf die eigene Gesundheit • Wohlbefinden/sich stark erleben

	Zu pflegende Menschen und deren Bezugspersonen • Stigmatisierung erleben • Diskrepanz zwischen Gesund-leben-wollen und Gesund-leben-können • sich-kompetent-fühlen in Bezug auf die eigene Gesundheit • kognitive Dissonanzen in Bezug auf das Gesundheitsverhalten • biografisch/sozialisatorisch bedingte Gewohnheiten • Ohnmacht in Bezug auf Gewalt/Angst vor Gewalt • Angst vor Kontrolle durch staatliche Institutionen • Angst vor Sorgerechtsentzug oder Inobhutnahme
Handlungsmuster	1./2. Ausbildungsdrittel Fokus auf Auszubildende • Reflexion des eigenen konkreten Gesundheitsverhaltens anhand von Gesundheitsverhaltensmodellen und Ableitung konkreter Konsequenzen für das eigene gesundheitsbezogene Verhalten und für das pflegerische Handeln • Reflexion und Mitgestaltung der Arbeitsplatz- und Lernbedingungen, gesundheitsförderliches Verhalten in der Lerngruppe befördern • Maßnahmen zum Arbeitsschutz • bewusste Arbeitszeit- und Freizeitgestaltung/Selbstsorge • individuelles Gesundheitscoaching • Methoden zum Schutz vor physischen und psychischen Belastungen/Stressbewältigung/-reduktion und Resilienzentwicklung, z. B. Entspannungsübungen, Supervision, Mediation etc. Fokus auf andere Akteure • Erhebung von Resilienz- oder/und Risikofaktoren anhand von Instrumenten/Screening • gesundheitsförderliche und präventive Handlungsmöglichkeiten im pflegerischen Handeln identifizieren • Gesundheitskommunikation: Information und Schulung verschiedener Zielgruppen zu gesundheitsbezogenen Fragen unter Einbezug biografischer/sozialisatorischer und entwicklungsbedingter Voraussetzungen, Kompetenzen, Gewohnheiten, Lebensstile und sozialer Unterstützungsmöglichkeiten • 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-

	sunde Einrichtung, Schulgesundheitspflege (z. B. zu den Themen Zahngesundheit, gesunde Ernährung, Infektions- und Allergieprävention, Prävention von Kinderunfällen) • präventive Angebote für verschiedene Zielgruppen gestalten bzw. in den Pflegeprozess integrieren, z. B. Menschen in unterschiedlichen Altersstufen und Lebenssituationen mit gesundheitlichen Risiken (z. B. Lebensstilfragen nach Erleiden eines Herzinfarktes) • Information, Schulung und Beratung von zu pflegenden Menschen mit Diabetes (Typ II) und ihren Bezugspersonen (Sekundärprävention) • Maßnahmen der Suchtprävention • technische/digitale Hilfsmittel für gesundheitsförderliche/präventive Informations- und Beratungsangebote nutzen (z. B. Gesundheits-Apps/Telecare etc.) und kritische fachliche Reflexion der Angebote • gesundheitsbezogene Angebote in Pflegeschule und Praxiseinrichtung mitgestalten bzw. nutzen • Maßnahmen zur Patientensicherheit (z. B. Umgebungsgestaltung) • Information, Anleitung und Beratung von Auszubildenden, Praktikant*innen sowie freiwillig Engagierten 3. Ausbildungsdrittel • Spezielle Gesundheitskommunikation: Beratung verschiedener Zielgruppen zu gesundheitsbezogenen Fragen • Gestaltung von Pflegesituationen, in denen aktuelle Bedürfnisse zu pflegender Menschen langfristigen Bedarfen wie Wohlbefinden oder Lebensqualität oder Lebensdauer entgegenstehen • gesundheitsbezogene Entscheidungsfindung/informierte Entscheidung, ethische Aspekte • Konzepte der Familiengesundheit umsetzen, frühe Hilfen einbeziehen • Identifikation drohender Konflikte/Belastungen im Team und Methoden zur Konfliktprävention • Maßnahmen zur Gewaltprävention (auch sexuelle Gewalt) • Maßnahmen zur Stressreduktion • Zusammenarbeiten mit Institutionen und Netzwerken im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention • Einschätzung der eigenen Kompetenzen und adäquate Abgrenzung bzw. Weitervermittlung an andere Netzwerkakteure • Information, Anleitung und Beratung von Teammitgliedern

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

1./2. Ausbildungsdrittel

Mikro- und Mesoebene

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

Makroebene

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

3. Ausbildungsdrittel

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

Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen - 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-Buffet 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

CE 04	Gesundheit von Kindern und Jugendlichen fördern und präventiv handeln	Anlage 3 PflAPrV
3. Ausbildungsdrittel		**Zeitrichtwert: 80 Stunden**

Intentionen und Relevanz

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.

Angesichts der zunehmenden Verbreitung von körperlichen, sozialen und psychischen Risikofaktoren in der Bevölkerung, stellen Kinder und Jugendliche und deren Bezugspersonen prioritäre Zielgruppen für Maßnahmen und Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung dar. In allen Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen können risikoerhöhende und -reduzierende Einflussfaktoren und Bedingungen auftreten. Diese starke Verwobenheit und Reziprozität auf unterschiedlich systemischen Ebenen, die sich auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auswirken, verweisen auf die Notwendigkeit, spezifische Kompetenzen in komplexen Informations- und Beratungssituationen zur Gesundheitsförderung und Prävention zu fördern.

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.

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.

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.

Sich neu entwickelnde Handlungsfelder für Pflegende 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.

Im letzten Ausbildungsdrittel werden die institutionellen und gesellschaftlichen Ebenen von Gesundheitsförderung und Prävention dezidiert reflektiert.

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

<table>
<tr><td colspan="2">

- 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).

</td></tr>
<tr><td colspan="2">Inhalte/Situationsmerkmale</td></tr>
<tr><td>Handlungsanlässe</td><td>

- Informations- und Beratungsbedarfe von Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen und Einrichtungen zu gesundheitsbezogenen Fragen
- vertiefend: Gesundheitsrisiken und Entwicklungsrisiken in Kindheit und Jugend: z. B frühkindliche Regulationsprobleme, beeinträchtigte Bindung, mangelnde körperliche Aktivität, beeinträchtigtes Ernährungs- und Essverhalten, mangelnde Bewältigung von psychischen und sozialen Herausforderungen, depressive und aggressive Stimmungsschwankungen, Individualität versus soziale Integration, fehlende außerfamiliäre Betreuung von Kindern, Leistungsprobleme in der Schule oder während der Transition, Risikoverhalten etwa unkontrollierbares Kick-Erlebnis
- Gesundheitsrisiken durch Beeinträchtigungen der elterlichen Fürsorge und Beziehung: z. B. Risiken durch Vernachlässigung und Misshandlung, durch mangelnde Förderung, durch mangelnde Erziehungskompetenz, beeinträchtigte Familienprozesse
- gesundheitsbezogene (ethische) Entscheidungskonflikte
- Belastungssituationen in der intraprofessionellen Zusammenarbeit/ drohende Konflikte im Team
- gesellschaftliche und berufsethische Fragestellungen im Zusammenhang mit Kinderschutz und ethischen Dilemmasituationen
- Unterstützungsbedarfe in Familien/Familiengesundheit
- drohende (auch sexuelle) Gewalt
- Gefahr von Kindesmissbrauch/Gefahr des beeinträchtigten Kindeswohl

</td></tr>
<tr><td>Kontextbedingungen</td><td>

- Einrichtungen der ambulanten und stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen
- Schulen, Kindertagesstätten
- rechtliche Rahmenbedingungen zu Gesundheitsförderung und Prävention (Kinderschutzgesetz und Schutzauftrag nach § 8a SGB VIII)
- Schnittstellen zwischen Gesundheitsberufen, anderen beratenden Berufen und in der Prävention tätigen Organisationen und Netzwerken

</td></tr>
</table>

Ausgewählte Akteure	• Auszubildende/Lerngruppe • Kinder, Jugendliche und ihre Bezugspersonen • Team • Akteure des Pflege- und Schulmanagements • Akteure in pädagogischen und sozialen Bereichen • Akteure in der Jugendhilfe und in Ordnungsbehörden
Erleben/ Deuten/ Verarbeiten	*Auszubildende* • sich für verletzlich halten/sich für unverletzlich halten • Angst vor Gewalt • sich mit den gesellschaftlichen Risiken konfrontiert sehen • Erleben von Widersprüchen und Grenzen im Rahmen des Kinderschutzes • Ohnmacht • gesundheitliche (kulturbezogene) Überzeugungen und Selbstwirksamkeitserwartungen *Zu pflegende Kinder/Jugendliche und deren Bezugspersonen* • Stigmatisierung erleben • Diskrepanz zwischen Gesund-leben-wollen und Gesund-leben-können • kognitive Dissonanzen in Bezug auf das Gesundheitsverhalten • biografisch bedingte Gewohnheiten • Ohnmacht in Bezug auf Gewalt/Angst vor Gewalt • Abwehrhaltungen gegenüber den Gesundheitsrisiken von Kindheit und Jugend • Scham
Handlungsmuster	• Risikoeinschätzung/frühzeitiges Erkennen von Gesundheits- und Entwicklungsrisiken bei Kindern und Jugendlichen • Erkennen von Schutzfaktoren • Einschätzung von Elternkompetenzen und Familiengesundheit • Gestaltung von gesundheitsförderlichen und präventiven Angebote für Kinder und Jugendliche und Bezugspersonen bzw. Integration in den Pflegeprozess • Gesundheitskommunikation: Förderung und Stärkung des Gesundheitsverhaltens bei Kindern und Jugendlichen durch Information, Schulung, Beratung (z. B. in den Bereichen Bewegung, Ernährung, Sicherheit, Medienkonsum, psychoaktive Substanzen, Entwicklungsaufgaben bzw. auch physiologische, hormonelle und emotionale Veränderungen in der Pubertät, Stärkung der Selbstwirksamkeit) • Förderung und Stärkung von Elternkompetenzen (z. B. in der Feinfühligkeit, im Bindungsverhalten, der Ernährung, der pflegerischen Zuwendung

	und Fürsorge, in der Ermöglichung von Entwicklung, in der sicheren und gesundheitsfördernden Umgebungsgestaltung, in der Erziehung) • Prävention von Entwicklungsrisiken • Unterstützung bei der gesundheitsbezogenen Entscheidungsfindung/informierte Entscheidung unter Berücksichtigung ethischer Aspekte • Umsetzen von Konzepten der Familiengesundheit, Einbezug früher Hilfen • Identifikation drohender Konflikte/Belastungen im Team und Einsatz von Methoden zur Konfliktprävention • Maßnahmen zur Gewaltprävention (auch sexuelle Gewalt) • Maßnahmen zur Stressreduktion • Prävention von Kindeswohlgefährdung • Stärkung von Kinderrechten und Kindergesundheit • Zusammenarbeit mit Institutionen und Netzwerken im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention • Einschätzung der eigenen Kompetenzen und adäquate Abgrenzung bzw. Weitervermittlung an andere Netzwerkakteure • Information, Anleitung und Beratung von Teammitgliedern • Auseinandersetzung mit Handlungsfeldern der Pflege im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung in historischen und gesellschaftlichen Zusammenhängen
Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen • strukturelle und politische Initiativen, z. B. Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz, Nationales Zentrum früher Hilfen • Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik (auch Klimapolitik), Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, Settingansatz • gesundheitspolitische Einflussnahme • Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik; Vergleich von Gesundheitssystemen im europäischen Kontext • Grundbegriffe der Epidemiologie, Sozialepidemiologie: soziale Ungleichheiten/Armut und Gesundheit, Migration/Kultur und Gesundheit, Geschlecht und Gesundheit • Fragen nach einer gerechten Verteilung von Ressourcen vs. Kindergesundheit, Risiken durch Milieubedingungen • Gesundheitsberichterstattung (darin: gesundheitliche Risikofaktoren und Risikoverhalten, Gesundheitskosten, Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, Screening), Ergebnisberichte Gesundheitskompetenz in Deutschland, KIGGS (Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen) • gesetzliche Grundlagen zum Kinderschutz und zur Jugendhilfe • vertiefende Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit und Krankheit, Kohärenz und Resilienz auf individueller und familiärer Ebene • Reflexion der Schwellenproblematik, der Nutzung von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention	

- Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, Weiterbildungsordnungen

Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen - 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

CE 04	Gesundheit alter Menschen fördern und präventiv handeln	Anlage 4 PflAPrV
3. Ausbildungsdrittel		**Zeitrichtwert: 80 Stunden**

Intentionen und Relevanz

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.

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.

Bezüge zur curricularen Einheit 07 „Rehabilitatives Pflegehandeln im interprofessionellen Team“ können hergestellt werden.

Bildungsziele

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.

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 4 PflAPrV

Grundlegend für das 3. Ausbildungsdrittel

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

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 pflegefachlichen Fragestellungen und unterstützen sie bei der Übernahme und Ausgestaltung ihres jeweiligen Verantwortungs- und Aufgabenbereiches (III.1.c).
- reflektieren ihre eigene Rolle in der Zusammenarbeit und wenden das Wissen über erfolgreiche Teamarbeit an (III.1.f).
- bearbeiten interprofessionelle Konflikte in einem gemeinsamen Aushandlungsprozess auf Augenhöhe (III.3.c).
- kennen den Einfluss gesamtgesellschaftlicher Veränderungen, ökonomischer Anforderungen sowie epidemiologischer und demografischer Entwicklungen auf die Versorgungsstrukturen (IV.2.b).
- erkennen die Funktion der Gesetzgebung im Gesundheits- und Sozialbereich zur Sicherstellung des gesellschaftlichen Versorgungsauftrags in stationären, teilstationären und ambulanten Handlungsfeldern (IV.2.c).
- wirken an der Umsetzung von Konzepten und Leitlinien zur ökonomischen und ökologischen Gestaltung der Einrichtung mit (IV.2.e).

<table>
<tr><td colspan="2">

- 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).

</td></tr>
<tr><td colspan="2">Inhalte/Situationsmerkmale</td></tr>
<tr><td>Handlungsanlässe</td><td>

- Vertiefung: Informations- und Beratungsbedarfe von alten Menschen und ihren Bezugspersonen und Einrichtungen zu gesundheitsbezogenen Fragen
- Gesundheitsrisiken alter Menschen, z. B. mangelnde körperliche Aktivität, beeinträchtigtes Ernährungsverhalten, depressive Stimmungsschwankungen
- gesundheitsbezogene (ethische) Entscheidungskonflikte
- Belastungssituationen in der intraprofessionellen Zusammenarbeit/drohende Konflikte im Team
- Unterstützungsbedarfe in Familien bzw. der Familiengesundheit
- drohende (auch sexuelle) Gewalt

</td></tr>
<tr><td>Kontextbedingungen</td><td>

- rechtliche Rahmenbedingungen zu Gesundheitsförderung und Prävention
- Einrichtungen der ambulanten und stationären Langzeitpflege
- Pflegestützpunkte
- Schnittstellen zwischen Gesundheitsberufen, anderen beratenden Berufen und in der Prävention tätigen Organisationen und Netzwerken

</td></tr>
<tr><td>Ausgewählte Akteure</td><td>

- Auszubildende/Lerngruppe
- alte zu pflegende Menschen und ihre Bezugspersonen
- Team
- Akteure des Pflege- und Pflegeschulmanagements
- Akteure im sozialen Raum (z. B. freiwillig Engagierte)

</td></tr>
</table>

Erleben/ Deuten/ Verar-beiten	*Auszubildende* • sich für verletzlich halten/sich für unverletzlich halten • Angst vor gesundheitlichen Folgen von schädigenden Verhaltensweisen/vor Gewalt • gesundheitliche (kulturbezogene) Überzeugungen und Selbstwirksamkeitserwartungen • sich-kompetent-fühlen in Bezug auf die eigene Gesundheit • Wohlbefinden/sich-stark-erleben *Zu pflegende Menschen und deren Bezugspersonen* • Stigmatisierung erleben • Diskrepanz zwischen Gesund-leben-wollen und Gesund-leben-können • kognitive Dissonanzen in Bezug auf das Gesundheitsverhalten • biografisch bedingte Gewohnheiten • Ohnmacht in Bezug auf Gewalt / Angst vor Gewalt • Angst vor Kontrolle durch staatliche Institutionen
Hand-lungs-muster	• spezielle Gesundheitskommunikation: Beratung alter Menschen und Einrichtungen zu gesundheitsbezogenen Fragen • Gestaltung von Pflegesituationen, in denen aktuelle Bedürfnisse alter zu pflegender Menschen längerfristigen Bedarfen wie Wohlbefinden oder Lebensqualität oder Lebensdauer entgegenstehen • Unterstützung bei der gesundheitsbezogenen Entscheidungsfindung/informierten Entscheidung unter Berücksichtigung ethischer Aspekte • Identifikation drohender Konflikte/Belastungen im Team und Anwendung von Methoden zur Konfliktprävention • Maßnahmen zur Gewaltprävention (auch sexuelle Gewalt) • Maßnahmen zur Stressreduktion • Zusammenarbeit mit Institutionen und Netzwerken im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention • Einschätzung der eigenen Kompetenzen und adäquate Abgrenzung bzw. Weitervermittlung an andere Netzwerkakteure • Information, Anleitung und Beratung von Teammitgliedern

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

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

Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen - 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 PflAPrV
1./2. Ausbildungsdrittel		**Zeitrichtwert: 200 Stunden**
3. Ausbildungsdrittel		**Zeitrichtwert: 140 Stunden**

Intentionen und Relevanz

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.

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.

Bildungsziele

1./2. Ausbildungsdrittel

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.

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 pflegefachlichen Fragestellungen, unterstützen sie bei der Übernahme und Ausgestaltung ihres jeweiligen Verantwortungs- und Aufgabenbereiches (III.1.c).
- beachten umfassend die Anforderungen der Hygiene und wirken verantwortlich an der Infektionsprävention in den unterschiedlichen pflegerischen Versorgungsbereichen mit (III.2.a).
- führen entsprechend den rechtlichen Bestimmungen eigenständig ärztlich veranlasste Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie bei Menschen aller Altersstufen durch (III.2.b).
- beobachten und interpretieren die mit einem medizinischen Eingriff bei Menschen aller Altersstufen verbundenen Pflegephänomene und Komplikationen auch in instabilen oder krisenhaften gesundheitlichen Situationen (III.2.c).
- unterstützen und begleiten zu pflegende Menschen aller Altersstufen umfassend auch bei invasiven Maßnahmen der Diagnostik und Therapie (III.2.d).
- schätzen chronische Wunden bei Menschen aller Altersstufen prozessbegleitend ein, versorgen sie verordnungsgerecht und stimmen die Behandlung mit der Ärztin oder dem Arzt ab (III.2.e).
- 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).

<table>
<tr><td colspan="2">

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).

</td></tr>
<tr><td colspan="2">Inhalte/Situationsmerkmale</td></tr>
<tr><td>Handlungsanlässe</td><td>1./2. Ausbildungsdrittel

Chirurgischer Arbeitsbereich
verschiedene, exemplarisch ausgewählte, häufig vorkommende chirurgische Eingriffe am Skelett und im Bauchraum und die ursächlichen Erkrankungen der Knochen, des Gastrointestinaltrakts und der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde bzw. die damit verbundenen Pflegediagnosen; darunter sowohl elektive als auch akut erforderliche Eingriffe
akuter Schmerz
Wundversorgung
nosokomiale Infektionsrisiken
Risiken, wie unwirksamer Atemvorgang, Blutungen, unausgeglichenes Flüssigkeitsvolumen, unausgeglichene Körpertemperatur, Körperbildstörung, dysfunktionale gastrointestinale Motilität, Schockgefahr, Sturzgefahr, Übelkeit, beeinträchtigtes Wohlbefinden, Obstipationsgefahr, Orientierungsstörung, verzögerte postoperative Erholung
</td></tr>
</table>

	Internistischer Arbeitsbereich • Durchblutungsstörungen • verminderte Herz-/Kreislaufleistung • unausgeglichene Körpertemperatur • beeinträchtigter Atemvorgang/Gasaustausch • Blutungsgefahr • Risiko eines Elektrolyt-, Säure-Basen- und Flüssigkeitsungleichgewichts • Risiko einer gesundheitlichen Schädigung Beide Arbeitsbereiche • unterschiedliche Facetten von Coping und Adhärenz • belastende Gefühle der zu pflegenden Menschen • belastende Gefühle der Pflegenden selbst • Entscheidungskonflikte 3. Ausbildungsdrittel (außerdem) Multimorbidität als Kombination u. a. folgender Handlungsanlässe • verminderte Herz-/Kreislaufleistung • beeinträchtigter Atemvorgang/Gasaustausch • reduzierte Nierenleistung • Elektrolyt-, Säure-Basen- und Flüssigkeitsungleichgewicht • akute und chronische Wunden • Infektionen • psychische Komorbidität bei Multimorbidität • Medikationsfehler • Nebenwirkungen und Arzneimittelinteraktionen • Gefahr eines Immobilitätssyndroms
Kontext-bedin-gungen	1./2. Ausbildungsdrittel • Clinical Pathways • Pflegesysteme/Ablauforganisation • Organisations- und Teamstrukturen im Krankenhaus sowie in den nachsorgenden Sektoren • Grundlagen Krankenversicherung, Krankenhausfinanzierung, Personalbemessung • nationale und internationale Versorgungssysteme im kurativen Bereich • Geschichte der Pflege im Kontext der medizinischen Entwicklung und Wandel vom Assistenz- zum Heilberuf • Arbeitsschutz und Prävention von Risiken

	3. Ausbildungsdrittel zusätzlich • Versorgungsketten • institutionsübergreifende (Integrierte) Versorgung: national und international • medizintechnologische Entwicklungen und ihre finanziellen und ethischen Implikationen • Telenursing, Telemedizin • drei ausgewählte Leitlinien und/oder Expertenstandards (z. B. Chronische Wunden, Entlassungsmanagement) • neue Formen der Verteilung von Aufgaben und Verantwortung zwischen den Berufsgruppen • pflegerische Weiterbildungen und neue pflegerische Berufe • Arbeitsbedingungen (im Krankenhaus) vor dem Hintergrund rechtlicher und ökonomischer Rahmenbedingungen
Ausgewählte Akteure	1./2. Ausbildungsdrittel • Menschen aller Altersstufen und ihre Bezugspersonen • Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen • eigene Berufsgruppe: Stationsleitung, Pflegedienstleitung, Kolleg*innen • ausgewählte andere Berufsgruppen, wie Ärzt*innen, Physiotherapeut*innen, Ernährungsberater*innen, Wundexpert*innen, Sozialarbeiter*innen 3. Ausbildungsdrittel zusätzlich • geflüchtete Menschen • Menschen mit prekären sozioökonomischen Lebensbedingungen
Erleben/ Deuten/ Verarbeiten	1./2. Ausbildungsdrittel *Auszubildende* • eigene Ängste und Schmerzen • Verantwortung angesichts möglicher Risiken • hierarchische Arbeitszusammenhänge *Zu pflegende Menschen* • Ängste und Schmerzen • Familiensysteme und Bezugspersonen als unterstützende Ressourcen

	3. Ausbildungsdrittel zusätzlich *Auszubildende* • berufliche Belastungen durch das Leid anderer • Verantwortung in der inter- und intraprofessionellen Zusammenarbeit *Zu pflegende Menschen* • Krisensituationen • Verletzungen des Körpers und bleibende Einschränkungen • Anpassungsleistungen und Bewältigungsressourcen
Handlungsmuster	1./2. Ausbildungsdrittel • Pflegebedarf feststellen und Pflegeprozesse zur Unterstützung der Kuration planen, steuern, durchführen und evaluieren • kommunizieren, informieren, schulen • Adhärenz und Gesundheitskompetenz fördern • Förderung des psychischen Wohlbefindens • interkulturell pflegen • Patientenaufnahme im klinischen Kontext (elektiv/akut) • Pflege an standardisierten Abläufen (Clinical Pathways) ausrichten • perioperative Pflege • Assistenz bei ärztlichen Interventionen • im intra- und interprofessionellen Team zusammenarbeiten • Wundmanagement • Schmerzmanagement (akute Schmerzen) • Infektionsprävention • Thermoregulation • Interventionen zur Unterstützung der erwünschten Wirkung pharmakologischer Wirkstoffe • ausgewählte Interventionen zur Optimierung der Zirkulation von Blut und Flüssigkeiten im Gewebe • Elektrolyt-/Säure-Basen-/Wasser-Haushaltsmanagement • Interventionen zur Förderung der Durchgängigkeit der Atemwege und des Gasaustauschs • Risikomanagement (Grundlagen) • Entlassungsmanagement (Grundlagen) • Einbindung von ausgewählten Leitlinien und Expertenstandards

	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

CE 05	Kinder und Jugendliche in kurativen Prozessen pflegerisch unterstützen und Patientensicherheit stärken	Anlage 3 PflAPrV
3. Ausbildungsdrittel		**Zeitrichtwert: 140 Stunden**

Intentionen und Relevanz

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 beraterische und kommunikative Kompetenzen zur Unterstützung und Begleitung sowie zur Stärkung von Selbstmanagementfähigkeiten und der Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen und ihren Bezugspersonen.

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.

Bildungsziele

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.

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 Kuration (I.2.b).
- verfügen über ein integratives Verständnis von physischen, psychischen und psychosomatischen Zusammenhängen in der Pflege von Kindern und Jugendlichen (I.2.e).
- steuern, verantworten und gestalten den Pflegeprozess bei Kindern und Jugendlichen mit akuten und chronischen Schmerzen (I.3.c).
- gestalten pflegeberufliche Kommunikationssituationen mit Kindern und Jugendlichen und deren Bezugspersonen auch bei divergierenden Zielsetzungen oder Sichtweisen verständigungsorientiert und fördern eine beteiligungsorientierte Entscheidungsfindung (II.1.d).
- informieren Kinder und Jugendliche sowie ihre Bezugspersonen zu komplexen gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und weitergehenden Fragen der pflegerischen Versorgung in einer dem Entwicklungsstand und der Situation angemessenen Sprache (II.2.a).
- setzen Schulungen mit Kindern und Jugendlichen und/oder ihren Bezugspersonen in Einzelarbeit oder 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 verordnungsgerecht und stimmen die Behandlung mit der Ärztin oder dem Arzt ab (III.2.e).
- vertreten die im Rahmen des Pflegeprozesses gewonnenen Einschätzungen zu Pflegediagnosen und erforderlichen Behandlungskonsequenzen bei Kindern und Jugendlichen in der interprofessionellen Zusammenarbeit (III.2.f).
- koordinieren die integrierte Versorgung von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen in der Primärversorgung (III.3.e).
- evaluieren den gesamten Versorgungsprozess gemeinsam mit dem therapeutischen Team im Hinblick auf Patientenorientierung und -partizipation (III.3.f).
- integrieren erweiterte Anforderungen zur internen und externen Qualitätssicherung in das Pflegehandeln und verstehen Qualitätsentwicklung und -sicherung als rechtlich verankertes und interdisziplinäres Anliegen in Institutionen des Gesundheitswesens (IV.1.a).
- wirken an Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie -verbesserung mit, setzen sich für die Umsetzung evidenzbasierter und/oder interprofessioneller Leitlinien und Standards ein und leisten so einen Beitrag zur Weiterentwicklung einrichtungsspezifischer Konzepte (IV.1.b).
- üben den Beruf im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben sowie unter Berücksichtigung ihrer ausbildungs- und berufsbezogenen Rechte und Pflichten eigenverantwortlich aus (IV.2.a).
- wirken an der Umsetzung von Konzepten und Leitlinien zur ökonomischen und ökologischen Gestaltung der Einrichtung mit (IV.2.e).
- vertreten die Notwendigkeit, die Wissensgrundlagen des eigenen Handelns kontinuierlich zu überprüfen und gegebenenfalls zu verändern (V.1.a).
- erschließen sich pflege- und bezugswissenschaftliche Forschungsergebnisse bezogen auf die Pflege von Kindern und Jugendlichen und bewerten sie hinsichtlich der Reichweite, des Nutzens, der Relevanz und des Umsetzungspotenzials (V.1.b).
- begründen und reflektieren das Pflegehandeln kontinuierlich auf der Basis von vielfältigen oder spezifischen pflegewissenschaftlichen und bezugswissenschaftlichen evidenzbasierten Studienergebnissen, Theorien, Konzepten und Modellen (V.1.c).

• verfügen über ein Verständnis für die historischen Zusammenhänge des Pflegeberufs und positionieren sich mit ihrer beruflichen Pflegeausbildung im Kontext der Gesundheitsberufe unter Berücksichtigung der ausgewiesenen Vorbehaltsaufgaben (V.2.e).	
Inhalte/Situationsmerkmale	
Handlungsanlässe	Multimorbidität als Kombination u. a. folgender Handlungsanlässe • verminderte Herz-/Kreislaufleistung • beeinträchtigter Atemvorgang/Gasaustausch • reduzierte Nierenleistung • Elektrolyt-, Säure-Basen- und Flüssigkeitsungleichgewicht • akute und chronische Schmerzen • akute und chronische Wunden • Infektionen • psychische Komorbidität bei Multimorbidität • Medikationsfehler • Nebenwirkungen und Arzneimittelinterkationen
Kontextbedingungen	• Versorgungsketten • institutionsübergreifende (Integrierte) Versorgung: national und international • medizintechnologische Entwicklungen und ihre finanziellen und ethischen Implikationen • Telenursing, Telemedizin • drei ausgewählte Leitlinien und/oder Expertenstandards (z. B. Chronische Wunden, Entlassungsmanagement) • neue Formen der Verteilung von Aufgaben und Verantwortung zwischen den Berufsgruppen • pflegerische Weiterbildungen und neue pflegerische Berufe • Arbeitsbedingungen (im Krankenhaus) vor dem Hintergrund rechtlicher und ökonomischer Rahmenbedingungen
Ausgewählte Akteure	• Kinder und Jugendliche und ihre Bezugspersonen • geflüchtete Kinder und Jugendliche • Kinder und Jugendliche sowie Familien mit prekären sozioökonomischen Lebensbedingungen • eigene Berufsgruppe: Stationsleitung, Pflegedienstleitung, Kolleg*innen • ausgewählte andere Berufsgruppen, wie Ärzt*innen, Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Logopäd*innen, Ernährungsberater*innen, Wundexpert*innen, Sozialarbeiter*innen

Erleben/ Deuten/ Verarbeiten	*Auszubildende* • berufliche Belastungen durch das Leid anderer und z. T. gleichaltriger Personen • Verantwortung in der inter- und intraprofessionellen Zusammenarbeit *Kinder und Jugendliche und ihre Bezugspersonen* • dauerhaftes Angewiesensein auf Unterstützung in unterschiedlichen Lebensphasen des Kinder- und Jugendalters • Krisensituationen • Verletzungen des Körpers und bleibende Einschränkungen • zeitliche, physische und psychische Beanspruchung von pflegenden Bezugspersonen • Auswirkungen auf die Geschwister von Kindern und Jugendlichen mit gesundheitlichen Problemlagen
Handlungsmuster	• Pflegebedarf feststellen und Pflegeprozesse zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit unterschiedlichen komplexen gesundheitlichen Problemlagen und Pflegebedarfen in verschiedenen Settings und Phasen der Versorgungskette mit wechselnden Versorgungsschwerpunkten und Teams planen, steuern, durchführen und evaluieren • Case- und Caremanagement in verschiedenen Versorgungskontexten sowie sektoren- und berufsgruppenübergreifende Organisation • Überleitungsversorgung bei Übergängen • integrierte Versorgung in der Primärversorgung • Interventionen zur Unterstützung der erwünschten Wirkung pharmakologischer Wirkstoffe in Krisensituationen • ausgewählte Interventionen zur Optimierung der Zirkulation von Blut und Flüssigkeiten im Gewebe • Immobilitätsmanagement • Atemunterstützung in komplexen Situationen • Interventionen zur Regulierung des Flüssigkeits-, Elektrolyt- und Säure-Basengleichgewichts • Wundmanagement bei komplizierten Wunden • Schmerzmanagement bei komplizierten Schmerzen • Interventionen zur Reduktion von Risiken • Förderung des physischen und psychischen Wohlbefindens bei schwerer Krankheit und dauerhaftem Angewiesensein auf Unterstützung • Umgebungsmanagement • Entwicklungsförderung • Interventionen zur Unterstützung und Einbindung von sozialen Bezugspersonen, Familienbeteiligungsförderung

	• Beziehungsaufbau, Information, Schulung und Beratung von Kindern und Jugendlichen und ihren Bezugspersonen in Krisen- und Konfliktsituationen und bei Kommunikationsbarrieren • Shared Decision Making bei unterschiedlichen Entscheidungsoptionen und eingeschränkter Selbstbestimmungsfähigkeit • interkulturell und Kinder und Jugendliche bzw. Familien mit prekären sozioökonomischen Bedingungen unterstützen • interprofessionelle Patientenbesprechung

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

- 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.

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

Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben- z. B.

- Reflexion der Therapie eines Kindes/Jugendlichen bei einer ausgewählten Erkrankung anhand von ausgewählten Leitlinien
- Durchlaufen der Versorgungskette eines kranken Kindes/Jugendlichen und Ermittlung von positiven und verbesserungswürdigen Abschnitten in der Kette
- Besuch einer pädiatrischen Intensivstation
- Hospitation klinisches Ethikkomitee

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

CE 05	Alte Menschen in kurativen Prozessen pflegerisch unterstützen und Patientensicherheit stärken	Anlage 4 PflAPrV
3. Ausbildungsdrittel		**Zeitrichtwert: 140 Stunden**

Intentionen und Relevanz

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.

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.

Bildungsziele

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.

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 Pflegediagnosen 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).

Inhalte/Situationsmerkmale	
Handlungsanlässe	Multimorbidität als Kombination u. a. folgender Handlungsanlässe • verminderte Herz-/Kreislaufleistung • beeinträchtigter Atemvorgang/Gasaustausch • reduzierte Nierenleistung • Elektrolyt-, Säure-Basen- und Flüssigkeitsungleichgewicht • akute und chronische Wunden • Infektionen • psychische Komorbidität bei Multimorbidität • Medikationsfehler • Nebenwirkungen und Arzneimittelinteraktionen • Gefahr eines Immobilitätssyndroms
Kontextbedingungen	• Versorgungsketten • institutionsübergreifende (Integrierte) Versorgung: national und international • medizintechnologische Entwicklungen und ihre finanziellen und ethischen Implikationen • Telenursing, Telemedizin • neue Formen der Verteilung von Aufgaben und Verantwortung zwischen den Berufsgruppen • pflegerische Weiterbildungen und neue pflegerische Berufe • Arbeitsbedingungen (im Krankenhaus) vor dem Hintergrund rechtlicher und ökonomischer Rahmenbedingungen
Ausgewählte Akteure	• alte Menschen und ihre Bezugspersonen • alte Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen • alte Menschen mit prekären sozioökonomischen Lebensbedingungen • eigene Berufsgruppe, u. a. Hausleitung, Stationsleitung, Wohnbereichsleitung, Pflegedienstleitung, Kolleg*innen, unterschiedlicher Qualifikationsniveaus • ausgewählte andere Berufsgruppen, wie Ärzt*innen, Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Logopäd*innen, Ernährungsberater*innen, Wundexpert*innen, Sozialarbeiter*innen

Erleben/ Deuten/ Verar-beiten	*Auszubildende* • berufliche Belastungen durch das Leid anderer • Verantwortung in der inter- und intraprofessionellen Zusammenarbeit *Zu pflegende Menschen* • Krisensituationen • Verletzungen des Körpers und bleibende Einschränkungen • subjektives Erleben von Krankheit im Alter • Anpassungsleistungen und Bewältigungsressourcen
Hand-lungs-muster	• Feststellen des Pflegebedarfs und Planung, Steuerung, Durchführung und Bewertung der Pflegeprozesse zur Versorgung von alten Menschen mit unterschiedlichen komplexen gesundheitlichen Problemlagen und Pflege-bedarfen in verschiedenen Settings und Phasen der Versorgungskette mit wechselnden Versorgungsschwerpunkten und Teams • Case- und Caremanagement in ambulanten und stationären Versorgungs-kontexten sowie sektoren- und berufsgruppenübergreifende Organisation • integrierte Versorgung in der Primärversorgung • Interventionen zur Unterstützung der erwünschten Wirkung pharmakologi-scher Wirkstoffe in Krisensituationen • ausgewählte Interventionen zur Optimierung der Zirkulation von Blut und Flüssigkeiten im Gewebe • Immobilitätsmanagement • Atemunterstützung bei Atemnot • Interventionen zur Regulierung des Flüssigkeits-, Elektrolyt- und Säure-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 sozialen Bezugsper-sonen • Beziehungsaufbau, Information, Schulung und Beratung in Krisen- und Konfliktsituationen und bei Kommunikationsbarrieren • Shared Decision Making bei unterschiedlichen Entscheidungsoptionen und eingeschränkter Selbstbestimmungsfähigkeit • interkulturell und alte Menschen mit prekären sozioökonomischen Bedin-gungen pflegen • interprofessionelle Besprechung von Einzelfällen bei komplexen gesund-heitlichen Problemlagen

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

CE 06	In Akutsituationen sicher handeln	Anlagen 1 und 2 PflAPrV
1./2. Ausbildungsdrittel		**Zeitrichtwert: 60 Stunden**
3. Ausbildungsdrittel		**Zeitrichtwert: 60 Stunden**

Intentionen und Relevanz

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,

a) in denen zu pflegende Menschen aufgrund physischer Ereignisse akut vital gefährdet sind oder andere gefährden,

b) in denen zu pflegende Menschen und/oder andere Personen in Einrichtungen akuten Gefährdungen und/oder Bedrohungen aus der Umwelt ausgesetzt sind,

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.

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.

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.

Angesichts zunehmender gesellschaftlicher Gefährdungen und Bedrohungen durch Massenunglücke, Attentate oder Amokläufe sollten ebenfalls ausgewählte/aktuelle Ereignisse angesprochen, diskutiert und reflektiert werden.

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).

Inhalte/Situationsmerkmale	
Handlungsanlässe	1./2. Ausbildungsdrittel • Notfall, z. B. Herz-Kreislauf-Versagen, Herzinfarkt, Lungenembolie, Schlaganfall, akute Atemnot, Vergiftung • Schock, z. B. nach Unfall, Blutverlust, Anaphylaxie, psychischer Schock infolge akuter Traumatisierung, cholinerges Syndrom, thermische Verletzungen, Verbrühung • Selbst- und Fremdgefährdung, angedrohter oder erfolgter Suizidversuch • Unfälle, z. B. offene Frakturen, Blutungen, Kopfverletzungen, Aspiration • Traumatisierung • Einrichtungsbrand 3. Ausbildungsdrittel - erweiternd • komplexere Notfälle aus dem 1./2. Ausbildungsdrittel, z. B. ausgedehnte Verbrennungen, Elektro- und Blitzunfälle, Unfälle mit mehreren Betroffenen • Notfälle, Unfälle mit Anwesenheit von Bezugspersonen • Pandemien, z. B. Influenza, Noroviren • Hitzewelle • Einrichtungsevakuierung, z. B. bei Brand, Bombenfund • Chemieunfälle in der Einrichtung oder der unmittelbaren Umgebung • Massenunfälle • Amokläufe, Terroranschläge • Naturkatastrophen, z. B. Sturm, Hochwasser
Kontextbedingungen	1./2. und 3. Ausbildungsdrittel • ambulant-häuslicher Kontext, akutstationäre und langzeitstationäre Einrichtungen, nicht beruflicher Alltag • digitale Notfall-Informationssysteme und Notrufsysteme, digitale Frühwarnsysteme • Qualitätsmanagement: Brandschutz, Evakuierungspläne, Aufgaben, Zielgruppen, Arbeitsweisen und Herausforderungen der Notaufnahme • Gefährdungen der eigenen Institution • Umweltgefährdungen und Naturkatastrophen • Gesundheitspolitik, z. B. Förderung der Reanimation durch Laien, Defibrillatoren an öffentlichen Orten • aktuelle Gesetze, z. B. Katastrophenschutzgesetze der jeweiligen Bundesländer; rechtliche Rahmenbedingungen, z. B. Patientenverfügung, Notfalleinwilligung, Manchester-Triage bei Massenanfall von Verletzten, unterlassene Hilfeleistung; Vorschriften zur Sicherstellung der Notfallversorgung,

	z. B. Erste-Hilfe-Schulungen (Pflichtfortbildungen) für Pflegeeinrichtungen; Prüfkatalog des MDK für die ambulante Pflege 3. Ausbildungsdrittel - erweiternd • technikgestützte Systeme zur Risikoerkennung, z. B. Sensorsysteme zur Bewegungs- und Sturzerkennung • Richtlinien und Regelungen der Notfallversorgung, z. B. G-BA-Regelung • Resilienz und Sicherheitskonzepte der Bevölkerung, z. B. freiwillige soziale Notfallgemeinschaften
Ausgewählte Akteure	1./2. Ausbildungsdrittel • zu pflegende Menschen aller Altersstufen in Notfallsituationen • mit betroffene Bezugspersonen • professionelles Team, z. B. Ersthelfer*innen, Rettungsdienst und Feuerwehr, Katastrophenschutz und Polizei, Ärzt*innen, einrichtungsspezifische Notfallteams, Krisenteams, Notfallseelsorge, Psycholog*innen 3. Ausbildungsdrittel - erweiternd • Familie, Geschwister • Laien
Erleben/ Deuten/ Verarbeiten	1./2. Ausbildungsdrittel *Auszubildende* • eigene Fassungslosigkeit • Macht- und Hilflosigkeit • Erleben eigener Handlungsunfähigkeit • Aushalten von Stress/Zeitdruck • Erkennen von Frühzeichen der Eskalation • Emotionsarbeit in und nach der Notfallsituation *Zu pflegende Menschen* • vitale Ängste und ihre Ausdrucksformen • Verarbeitungsstrategien und Unterstützungsangebote für den Umgang mit vital bedrohlichen Situationen *Bezugspersonen* • Fassungslosigkeit • psychischer Schock • Vertrauen/Misstrauen gegenüber professionellen Helfer*innen

	3. Ausbildungsdrittel - erweiternd *Auszubildende* • Belastung durch extreme Gefühlsreaktionen betroffener Menschen, insbesondere von Kindern und ihrer Bezugspersonen, Familie *Familiensystem* • Verlustängste • Schuldgefühle • emotionale Unterstützung von Bezugspersonen • Hilfestellung und Halt für den Betroffenen in Notfällen und Krisen *Beruflich Pflegende/andere Berufsgruppen* • Desensibilisierung gegenüber Notfallsituationen • langfristige Verarbeitung belastender Ereignisse • Behinderung von Helfer*innen • Zuschauereffekt und Verantwortungsdiffusion
Handlungsmuster	1./2. Ausbildungsdrittel • eigenes „Funktionieren“ in Krisen- und Katastrophensituationen (professionelle Distanz) • Ruhe und Sicherheit durch routiniertes Handeln und handlungsbegleitende Information vermitteln • Kommando-Kommunikation innerhalb von Notfallsituationen • Kommunikationssysteme und -techniken in Krisen- und Katastrophensituationen, Behandlungspfade • Triage • Eingriffe und Maßnahmen erklären, verrichtungsbegleitende Kommunikation • Erste Hilfe-Maßnahmen • Sofortmaßnahmen bei Verdacht auf Herzinfarkt oder Lungenembolie • Sofortmaßnahmen bei Schockzuständen • Verabreichung von Notfallmedikamenten nach ärztlicher Anordnung • Reanimation nach aktuellen Reanimationsleitlinien und anderen dazugehörigen Algorithmen und Behandlungspfaden • Paediatric Advanced Life Support • Beziehungsarbeit/Kommunikation zur emotionalen Stabilisierung von Betroffenen, z. B. Fassungsarbeit • Screening und Assessment-Instrumente zu Einschätzung der Vitalfunktionen nutzen (Atmung, Herz-Kreislauf-Funktion) • Informationsweitergabe

	• Koordination der eigenen Aufgaben mit relevanten Personengruppen in Krisen- und Katastrophensituationen 3. Ausbildungsdrittel - erweiternd • Verletzungen, auffällige Befunde erkennen, die auf Anzeichen von Gewalt hindeuten, und Verdacht ansprechen • Koordination der Ersthelfer*innen • Interventionen zur emotionalen Stabilisierung von traumatisierten Bezugspersonen, Familien, Laien

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

1./2. Ausbildungsdrittel

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

3. Ausbildungsdrittel

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

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

1./2. Ausbildungsdrittel

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

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

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

3. Ausbildungsdrittel

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

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

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

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

CE 06	Kinder, Jugendliche und ihre Bezugspersonen in Akutsituationen sicher begleiten	Anlage 3 PflAPrV
3. Ausbildungsdrittel		**Zeitrichtwert: 60 Stunden**

Intentionen und Relevanz

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.

Die zentralen Kompetenzen, die zur Bewältigung akuter Hilfesituationen 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.

Angesichts zunehmender gesellschaftlicher Gefährdungen und Bedrohungen durch Massenunglücke, Attentate oder Amokläufe sollten ebenfalls ausgewählte/aktuelle Ereignisse angesprochen, diskutiert und reflektiert werden.

Bildungsziele

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 3 PflAPrV

Die Auszubildenden

- schätzen diverse Pflegeanlässe und den Pflegebedarf bei Kindern und Jugendlichen auch in instabilen gesundheitlichen und vulnerablen Lebenssituationen ein (I.1.d).
- treffen in lebensbedrohlichen Situationen erforderliche Interventionsentscheidungen und leiten lebenserhaltende Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes ein (I.4.a).
- koordinieren den Einsatz der Ersthelfer*innen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes (I.4.b).
- erkennen Notfallsituationen in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen und handeln nach den Vorgaben des Notfallplanes und der Notfall-Evakuierung (I.4.c).
- wahren das Selbstbestimmungsrecht der zu pflegenden Kinder und Jugendlichen, insbesondere auch, wenn sie in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt sind (I.6.a).

<table>
<tr><td colspan="2">

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).

</td></tr>
<tr><td colspan="2">Inhalte/Situationsmerkmale</td></tr>
<tr><td>Handlungsanlässe</td><td>

komplexere Notfälle (Grundlage 1./2. Ausbildungsdrittel), z. B. ausgedehnte Verbrennungen, Unfälle mit mehreren Betroffenen
Notfälle, Unfälle mit Anwesenheit von Bezugspersonen
spezifische Notfälle im Kindes- und Jugendalter
respiratorische Notfälle im Kindesalter
Bewusstseinsstörungen, z. B. bei Infektionen, Trauma, Kreislaufzentralisation
Hypoglykämie, diabetische Ketoazidose
Krampfanfälle
kardiale Notfälle im Jugendalter
Elektro- und Blitzunfälle
Intoxikationen, z. B. mit Putz-, Reinigungs-, Arzneimitteln, Pflanzen, Alkohol, Drogen
Verhinderung von Unfällen
Risiken für Notfallsituationen von Säuglingen und Kleinkindern
Hitzewellen
Einrichtungsevakuierung, z. B. bei Brand, Bombenfund
Chemieunfälle in der Einrichtung oder der unmittelbaren Umgebung

</td></tr>
</table>

	• Massenunfälle • Amokläufe, Terroranschläge • Naturkatastrophen, z. B. Sturm, Hochwasser
Kontext-bedin-gungen	aus 1./2. Ausbildungsdrittel fortführend • ambulant-häuslicher Kontext, akutstationäre und langzeitstationäre Einrich-tungen, nicht beruflicher Alltag • digitale Notfall-Informations- und Notrufsysteme, digitale Frühwarnsysteme • Qualitätsmanagement: Brandschutz, Evakuierungspläne, Aufgaben, Ziel-gruppen, Arbeitsweisen und Herausforderungen der Notaufnahme • Gefährdungen der eigenen Institution • Umweltgefährdungen und Naturkatastrophen • Gesundheitspolitik, z. B. Förderung der Reanimation durch Laien, Defibril-latoren an öffentlichen Orten • aktuelle Gesetze, z. B. Katastrophenschutzgesetze der jeweiligen Bundes-länder; rechtliche Rahmenbedingungen z. B. Patientenverfügung, Notfal-leinwilligung, Manchester-Triage bei Massenanfall von Verletzten, unterlas-sene Hilfeleistung; Vorschriften zur Sicherstellung der Notfallversorgung, z. B. Erste-Hilfe-Schulungen (Pflichtfortbildungen) für Pflegeeinrichtungen; Prüfkatalog des MDK für die ambulante Pflege 3. Ausbildungsdrittel - erweiternd • technikgestützte Systeme zur Risikoerkennung • Richtlinien und Regelungen der Notfallversorgung, z. B. G-BA-Regelung • Resilienz und Sicherheitskonzepte der Bevölkerung, z. B. freiwillige soziale Notfallgemeinschaften
Ausge-wählte Akteure	• Kinder und Jugendliche • unverletzt-betroffene Kinder • mit betroffene Bezugspersonen, auch Geschwister • professionelles Team*:* z. B. Ersthelfer*in, Rettungsdienst und Feuerwehr, Katastrophenschutz und Polizei, Ärzt*innen, einrichtungsspezifische Not-fallteams, Krisenteams, Notfallseelsorge, Psycholog*innen • Laien

Erleben/ Deuten/ Verar-beiten	*Auszubildende* • eigenes Stress- und Belastungserleben bei Notfällen von Kindern und Jugendlichen • Erschütterung der Weltsicht („Erschütterung des Glaubens an eine gerechte Welt“) • indirekte Schuldzuweisungen • Gefühle von Macht- und Hilflosigkeit • Erleben eigener Handlungsunfähigkeit • Aushalten von Stress/Zeitdruck • Erkennen von Frühzeichen der Eskalation • Emotionsarbeit in und nach der Notfallsituation *Zu pflegendes Kind oder zu pflegender Jugendlicher* • fehlendes Gefahrenbewusstsein • Neuartigkeit der Notfallerfahrung • wahrnehmungspsychologische Besonderheiten im Notfall (Körperlage, Gerüche) • Belastungen durch Bewegungseinschränkungen • entwicklungsbedingte Schmerz- und Angstverstärkung im Notfall • Schuldgefühle und Bestrafungsphantasien in Abhängigkeit von der kognitiven Entwicklung • posttraumatische Belastungsstörungen als Langzeitfolge *Familiensystem* • Ängste der Eltern um ihr verletztes Kind, vitale und Verlustängste, unabhängig vom Gefährdungsgrad • Vertrauen/Misstrauen gegenüber Ersthelfer*innen • Ängste und Verunsicherungen der Geschwisterkinder *Beruflich Pflegende/andere Berufsgruppen* • Desensibilisierung gegenüber Notfallsituationen • langfristige Verarbeitung belastender Ereignisse • Behinderung von Helfer*innen • Zuschauereffekt und Verantwortungsdiffusion

Handlungsmuster	• Kommunikationssysteme und -techniken in Krisen- und Katastrophensituationen, Behandlungspfade • Triage • Eingriffe und Maßnahmen erklären, verrichtungsbegleitende Kommunikation • Reanimation nach aktuellen Reanimationsleitlinien und anderen dazugehörigen Algorithmen und Behandlungspfaden • Paediatric Advanced Life Support • Beziehungsarbeit/Kommunikation zur emotionalen Stabilisierung von Betroffenen, z. B. Fassungsarbeit • Screening und Assessment-Instrumente zu Einschätzung der Vitalfunktionen nutzen (Atmung, Herz-Kreislauf-Funktion) • Verletzungen, auffällige Befunde erkennen, die auf Anzeichen von Gewalt oder Missbrauch hindeuten, und Verdacht ansprechen • Informationsweitergabe • Koordination der eigenen Aufgaben mit relevanten Personengruppen in Krisen- und Katastrophensituationen • Koordination der Ersthelfer*innen • Interventionen zur emotionalen Stabilisierung von traumatisierten Bezugspersonen, Familien, Laien • Prävention in Privathaushalten • psychische Erste Hilfe bei Kindern, z. B. KASPERLE-Betreuungs-Konzept

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

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

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

- Wiederholung: Notfalltraining in ausgewählten Notfallsituationen an Notfallsimulatoren
- Wiederholung: Pediatric Life Support (nach ERC-/GRC-Leitlinien)
- Pediatric Advanced Life Support
- Simulation realitätsnaher Notfallsituationen mit anderen Personengruppen, z. B. einer Schulklasse, Auszubildenden eines anderen Ausbildungsabschnittes, mit Laien

Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben - z. B.

- Identifikation von besonderen Gefährdungen für Kinder und Jugendliche in verschiedenen institutionellen Kontexten, z. B. Aufbewahrung von Reinigungsmitteln, Arzneimitteln, Gefährdungen für Elektrounfälle

Didaktischer Kommentar

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

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

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

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

CE 06 Alte Menschen und ihre Bezugspersonen in Akutsituationen sicher begleiten

CE 06	Alte Menschen und ihre Bezugspersonen in Akutsituationen sicher begleiten	Anlage 4 PflAPrV
3. Ausbildungsdrittel		**Zeitrichtwert: 60 Stunden**

Intentionen und Relevanz

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.

Die zentralen Kompetenzen, die zur Bewältigung akuter Hilfesituationen 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.

Angesichts zunehmender gesellschaftlicher Gefährdungen und Bedrohungen durch Massenunglücke, Attentate oder Amokläufe sollten ebenfalls ausgewählte/aktuelle Ereignisse angesprochen, diskutiert und reflektiert werden.

Bildungsziele

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 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 fordern diese aktiv ein (V.2.c).

Inhalte/Situationsmerkmale	
Handlungsanlässe	• spezifische Notfälle im höheren Lebensalter • Sturzereignisse • Synkopen • akute Veränderungen der Bewusstseinslage, Delir • Atemnot • Thoraxschmerzen • Exsikkose • Hypoglykämie, Hyperglykämie • Schlaganfall • Pandemien, z. B. Influenza, Noroviren, Skabies • anhaltende Hitzeperioden • Einrichtungsevakuierung, z. B. bei Brand, Bombenfund • Chemieunfälle in der Einrichtung oder der unmittelbaren Umgebung • Massenunfälle • Amokläufe, Terroranschläge • Naturkatastrophen, z. B. Sturm, Hochwasser
Kontextbedingungen	aus 1./2. Ausbildungsdrittel fortführend • ambulant-häuslicher Kontext, langzeitstationäre Einrichtungen, nicht beruflicher Alltag • digitale Notfall-Informationssysteme und Notrufsysteme; digitale Frühwarnsysteme • Gefährdungen der eigenen Institution und Qualitätsmanagement: Aufgaben, Zielgruppen, Arbeitsweisen und Herausforderungen der Notaufnahme, Brandschutz, Evakuierungspläne • Umweltgefährdungen und Naturkatastrophen • Gesundheitspolitik, z. B. Förderung der Reanimation durch Laien, Defibrillatoren an öffentlichen Orten • rechtliche Rahmenbedingungen z. B. Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Notfalleinwilligung, unterlassene Hilfeleistung; Vorschriften zur Sicherstellung der Notfallversorgung, z. B. Erste-Hilfe-Schulungen (Pflichtfortbildungen) für Pflegeeinrichtungen; Prüfkatalog des MDK für die ambulante Pflege 3. Ausbildungsdrittel - erweiternd • technikgestützte Systeme zur Risikoerkennung, z. B. Sensorsysteme zur Bewegungs- und Sturzerkennung • Richtlinien und Regelungen der Notfallversorgung, z. B. G-BA-Regelung • Resilienz und Sicherheitskonzepte der Bevölkerung, z. B. freiwillige soziale Notfallgemeinschaften

Ausgewählte Akteure	• zu pflegende alte Menschen • Bezugspersonen • Helfer- und Assistenzpersonal, z. B. Alltagsbegleiter*innen, Präsenzkräfte, zusätzliche Betreuungskräfte • freiwillig Engagierte, Laien
Erleben/ Deuten/ Verarbeiten	*Auszubildende* • Belastung durch extreme Gefühlsreaktionen betroffener Menschen • Ängste, Notfallsituationen nicht rechtzeitig zu erkennen bzw. nicht adäquat zu handeln *Zu pflegender alter Mensch* • erhöhte Sturzangst nach bereits erfolgten Sturzereignissen und Vermeidungsverhalten • Belastungserleben durch Krankenhauseinweisung und Relokalisationseffekte *Familiensystem* • Belastungen von Bezugspersonen in Krisen- und Notfallsituationen im häuslichen Setting *Beruflich Pflegende/andere Berufsgruppen* • Desensibilisierung gegenüber Notfallsituationen • langfristige Verarbeitung belastender Ereignisse • Behinderung von Helfer*innen • Zuschauereffekt und Verantwortungsdiffusion
Handlungsmuster	aus 1./2. Ausbildungsdrittel fortführend • eigenes „Funktionieren“ in Krisen- und Katastrophensituationen (professionelle Distanz) • Ruhe und Sicherheit durch routiniertes Handeln und handlungsbegleitende Information vermitteln • Kommando-Kommunikation innerhalb von Notfallsituationen • Kommunikationssysteme und -techniken in Krisen- und Katastrophensituationen, Behandlungspfade • Triage • Eingriffe und Maßnahmen erklären, verrichtungsbegleitende Kommunikation • Erste Hilfe-Maßnahmen • Sofortmaßnahmen bei Schockzuständen • Sofortmaßnahmen bei Verdacht auf Herzinfarkt oder Lungenembolie

	• Verabreichung von Notfallmedikamenten nach ärztlicher Anordnung • Reanimation nach aktuellen Reanimationsleitlinien und anderen dazugehörigen Algorithmen und Behandlungspfaden • Beziehungsarbeit/Kommunikation zur emotionalen Stabilisierung von Betroffenen, z. B. Fassungsarbeit • Screening und Assessment-Instrumente zu Einschätzung der Vitalfunktionen nutzen (Atmung, Herz-Kreislauf-Funktion) • Informationsweitergabe • Koordination der eigenen Aufgaben mit relevanten Personengruppen in Krisen- und Katastrophensituationen 3. Ausbildungsdrittel - erweiternd • Einschätzung akuter Gefährdungen und Risikokonstellationen • Situationsveränderungen, Veränderungen der Bewusstseinslage frühzeitig erkennen • Verletzungen, auffällige Befunde erkennen, die auf Anzeichen von Gewalt hindeuten, und Verdacht ansprechen • Koordination der Ersthelfer*innen • Interventionen zur emotionalen Stabilisierung von traumatisierten Bezugspersonen, Familien, Laien

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

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

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

- Wiederholung: Notfalltraining in ausgewählten Notfallsituationen an Notfallsimulatoren
- Wiederholung: Basic Life Support (nach ERC-/GRC-Leitlinien)
- Advanced Life Support
- Simulation realitätsnaher Notfallsituationen mit anderen Personengruppen, z. B. einer Schulklasse, eines anderen Ausbildungsabschnittes, mit Laien

Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben - z. B.

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

Didaktischer Kommentar

Die zentralen Kompetenzen, die zur Bewältigung akuter Hilfesituationen erforderlich sind, sind im Interesse der Sicherheit der zu pflegenden Menschen bereits in den ersten beiden Ausbildungsdritteln Gegenstand des Ausbildungsprozesses; sie werden im dritten Ausbildungsdrittel zur Erhöhung der Handlungs- und Patientensicherheit erneut aufgegriffen und auf spezifische Akut- und Notfallsituationen im höheren Lebensalter ausgerichtet. Hierzu sollten häufig vorkommende bzw. typische Notfallsituationen ausgewählt werden.

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

CE 07 Rehabilitatives Pflegehandeln im interprofessionellen Team

CE 07	Rehabilitatives Pflegehandeln im interprofessionellen Team	Anlagen 1 und 2 PflAPrV
1./2. Ausbildungsdrittel		**Zeitrichtwert: 80 Stunden**
3. Ausbildungsdrittel		**Zeitrichtwert: 80 Stunden**

Intentionen und Relevanz

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.

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.

Die Auszubildenden werden angeregt, die eigene Rolle und die spezifischen Aufgaben und Verantwortungsbereiche der Pflege im Rehabilitationsprozess zu erkennen, zu reflektieren und zu bewerten. Darüber werden Kompetenzen zum interprofessionellen Denken und Handeln sukzessive angebahnt, um gemeinsam im interprofessionellen Team mit dem zu pflegenden Menschen und seinen Bezugspersonen einen Behandlungs- und Rehabilitationsplan zu erstellen und zu evaluieren, in dem die Förderung der Selbst- und Fremdpflege sowie die Entwicklung neuer Lebensperspektiven und der Erhalt der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft fokussiert werden. Die Analyse und Reflexion rehabilitativer Versorgungsstrukturen und -angebote mit den unterschiedlichen gesetzlichen Normen sind

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

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- Instruktions-, Schulungs- und Beratungsangeboten bei Menschen aller Altersstufen (II.2.d).
- setzen sich für die Verwirklichung von Menschenrechten, Ethikkodizes und die Förderung der spezifischen Bedürfnisse und Gewohnheiten von zu pflegenden Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen ein (II.3.a).
- vertreten die im Rahmen des Pflegeprozesses gewonnenen Einschätzungen zu Pflegediagnosen und den erforderlichen Behandlungskonsequenzen bei Menschen aller Altersstufen in der interprofessionellen Zusammenarbeit (III.2.f).
- übernehmen Mitverantwortung in der interdisziplinären Versorgung und Behandlung von Menschen aller Altersstufen und unterstützen die Kontinuität an interdisziplinären und institutionellen Schnittstellen (III.3.a).
- bringen die pflegefachliche Sichtweise in die interprofessionelle Kommunikation ein (III.3.b).
- bearbeiten interprofessionelle Konflikte in einem gemeinsamen Aushandlungsprozess auf Augenhöhe und beteiligen sich an der Entwicklung und Umsetzung einrichtungsbezogener Konzepte zum Schutz 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 Vorbehaltsaufgeben (V.2.e).
- bringen sich den gesellschaftlichen Veränderungen und berufspolitischen Entwicklungen entsprechend in die Weiterentwicklung des Pflegeberufs ein (V.2.g).

Handlungsanlässe	1./2. Ausbildungsdrittel 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: • beeinträchtigtes Wohlbefinden • beeinträchtigte körperliche Mobilität/Gehfähigkeit • beeinträchtigte Mobilität mit dem Rollstuhl • Sturzgefahr • Körperbildstörung • Neglect • verzögerte(-s) Wachstum und Entwicklung • gestörte Denkprozesse • beeinträchtigte Gedächtnisleistung • Orientierungsstörung • ineffektive Impulskontrolle • beeinträchtigtes Essverhalten • beeinträchtigte Urin- und Stuhlausscheidung • Schmerzen • desorganisiertes kindliches Verhalten • Bereitschaft für eine verbesserte Selbstfürsorge • Hoffnungslosigkeit • Machtlosigkeit • unwirksame Adhärenz • beeinträchtigte Resilienz • Relokationsstresssyndrom • beeinträchtigte verbale Kommunikation • beeinträchtigte soziale Interaktion • Stressüberlastung • situationsbedingtes geringes Selbstwertgefühl • Angst (spezifizieren)

	3. Ausbildungsdrittel - zusätzlich • gefährdendes familiäres Coping • beeinträchtigte Familienprozesse • Rollenüberlastung der zu pflegenden Menschen und der pflegenden Bezugspersonen • beeinträchtigte Haushaltsführung • Informationsbedarfe für die Entscheidungsfindung bei technischen und digitalen Assistenzsystemen • Informationsbedarfe bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und Leistungsträgern der Rehabilitation Mesoebene • Notwendigkeit der Pflegeüberleitung und der Nachsorgekonzeption für die ambulante oder institutionelle Weiterversorgung nach Abschluss der Rehabilitationsbehandlung • Notwendigkeit der settingübergreifenden Koordination der Versorgung und Fürsprache für bestimmte Gruppen von zu pflegenden Menschen Konflikte im interprofessionellen Team
Kontext-bedin-gungen	1./2. Ausbildungsdrittel Mesoebene • 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 Makroebene • ICF-Konzept (WHO Modell) • UN-Behindertenrechtskonvention (kurz: UN-BRK) • relevante Gesetze: z. B. BTHG, Präventionsgesetz (siehe auch CE 04), SGB V, VII, IX, XI • barrierefreier öffentlicher Raum 3. Ausbildungsdrittel - erweiternd • Leistungsträger der Rehabilitation: Bundesagentur für Arbeit, Deutsche Rentenversicherung, gesetzliche Krankenkassen, gesetzliche Unfallversicherung, Träger der Kinder- und Jugendhilfe, Träger der Sozialhilfe, Träger der Kriegsopfer und Kriegsopferfürsorge • Case Management

Ausgewählte Akteure	1./2. Ausbildungsdrittel • Auszubildende, Pflegefachfrauen/-männer • zu pflegende Menschen in verschiedenen Lebensphasen und ihre Bezugspersonen • interprofessionelles Team (z. B. Physio-/Ergotherapeut*innen, Logopäd*innen, Ärzt*innen, Sozialarbeiter*innen, Psycholog*innen, Psychiater*innen, Psychotherapeut*innen, Diätassistent*innen, Heilpädagog*innen) 3. Ausbildungsdrittel – erweiternd • Leistungsträger der Rehabilitation • zusätzliche Betreuungskräfte (§§ 43b, 84 SGB XI) • Akteure im sozialen Raum (z. B. Nachbarschaft/Quartier/Netzwerke)
Erleben/ Deuten/ Verarbeiten	1./2. Ausbildungsdrittel *Auszubildende* • Anteilnahme und Ungewissheit, Mitgefühl, Aushalten, Ungeduld, Ambivalenz zwischen Fürsorge und Förderung von Eigenständigkeit, Zutrauen, Erfolgserleben • Erleben von fremdbestimmten Anteilen im interprofessionellen Team, sich nicht ernst genommen fühlen, Unsicherheit bei der Findung des professionellen pflegerischen Auftrags im interprofessionellen Team *Zu pflegende Menschen und pflegende Bezugspersonen* • Ambivalente Gefühlslage der Betroffenen: Erleben von Hilflosigkeit, Körpererleben, Angst, Unbeholfenheit, Ungewissheit, Ungeduld, Gefühle von Abhängigkeit, Verlust der Unversehrtheit, Scham, Traurigkeit, Erleben von Stigmatisierung, aber auch Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung von Lebensfreude, Stolz, Hoffnung, Vertrauen in die eigenen Befähigungen, Neues lernen, Zuversicht, Sinnfindung • Reha-Motivation (Ergebniserwartungen und Selbstwirksamkeitserwartungen und der Einfluss auf das Rehabilitationsergebnis) • Erwartungshaltungen und ihr Einfluss auf die berufliche Rehabilitation • körperliches und emotionales Wohlbefinden • Depressivität • Bedeutung der Partnerschaft und des Familiensystems 3. Ausbildungsdrittel - erweiternd *Auszubildende* • Unklarheiten in der Aufgabenaufteilung und Konflikte an den Schnittstellen zwischen unterschiedlichen Aufgaben- und Versorgungsstrukturen, Erleben von Abgrenzung, aber auch Mitbestimmung im interprofessionellen Team

	Zu pflegende Menschen und pflegende Bezugspersonen • 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 • Erleben neuer Rollen im familialen System und sozialen Raum

Handlungsmuster	1./2. Ausbildungsdrittel
	Im selbstständigen Verantwortungsbereich:
	• Pflegebedarfe in rehabilitativen Kontexten feststellen, Planung, Steuerung, Durchführung, Dokumentation und Evaluation des Pflegeprozesses, dabei
	  ○ Bezugnahme auf entsprechende Pflegetheorien und -modelle sowie spezifische Assessmentinstrumente der Rehabilitation
	  ○ situationsbedingte Festlegung von Rehabilitationszielen (gemeinsam mit den zu pflegenden Menschen/Bezugspersonen)
	  ○ Förderung von Selbstständigkeit, Gesundheit und Autonomie bei Beeinträchtigungen der Selbstversorgung gestalten
	• Verhaltensinterventionen (z. B. bei Bewegungs- und/oder Körperbildstörungen, Wahrnehmungs- und Ausdrucksförderung, Förderung motorischer und geistiger Fähigkeiten)
	• Durchführung von gezielten Schulungen zur Förderung der Alltagsbewältigung unter Berücksichtigung biografisch bedingter Gewohnheiten, von Lebenslagen und sozialen Unterstützungssystemen sowie unter Nutzung technischer und digitaler Assistenzsysteme
	• Angebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz (Health Literacy, Förderung der Adhärenz und Eigenverantwortung, Coping, Empowerment), siehe auch CE 04
	• Information über Rehabilitative Einrichtungen und Versorgungsprozesse sowie Versorgungskonzepte
	Im eigenständigen Verantwortungs- und Aufgabenbereich:
	• Unterstützung bei diagnostischen und therapeutischen Interventionen/Anordnungen
	• Schmerzmanagement und Verabreichung von Medikamenten auf ärztliche Anordnung im Pflegekontext
	• Case- und Umgebungsmanagement (mit)gestalten
	Im interprofessionellen Verantwortungs- und Aufgabenbereich:
	• interprofessionellen Rehabilitationsprozess mitgestalten (gemeinsam mit dem zu pflegenden Menschen/den Bezugspersonen und beteiligten Berufsgruppen)

	• Evaluationsinstrumente zur Wirksamkeit von interprofessionellen Rehabilitationsprozessen anwenden und reflektieren • zur Übernahme des therapeutisch Erlernten in den persönlichen Alltag schulen und unterstützen • Verlegungsplanung bzw. Überleitung in das jeweilige Umgebungsmanagement (mit)gestalten • im interprofessionellen Team zusammenarbeiten und an interprofessionellen Fallbesprechungen teilnehmen 3. Ausbildungsdrittel • Zusammenarbeit im interprofessionellen Team sowie Planung von interprofessionellen Fallbesprechungen • Kommunikation und Koordinierung von Rehabilitationsplänen in Absprache von Verantwortlichkeiten • Planung und Umsetzung eines pflegerischen Case Managements in verschiedenen Versorgungskontexten • Beratung/Schulung und Information von zu pflegenden Menschen und deren Bezugspersonen sowie freiwillig Engagierten in Fragen der Wiedererlangung der eigenständigen Lebensführung und gesellschaftlichen Teilhabe und der Finanzierung und Antragstellung von Leistungen der Rehabilitation, ggf. Weiterleitung an Sozialarbeiter*innen • Unterstützung bei der Bewältigung einer erlebten Stigmatisierung • Konfliktbewältigung im interprofessionellen Team

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

- Verhältnis von Pflege und Rehabilitation
- Berufs- und Pflegeverständnis in Bezug auf die Rolle der Pflege im Rehabilitationsprozess (aktuelle Studien)
- Einblick in berufspolitische Verbände/Selbstverwaltungsorgane der Pflege (Pflegekammer) und deren Mitgestaltungsmöglichkeiten in der Gesundheitspolitik
- Überblick über Anatomie und Physiologie des Nerven- und Stütz-/Bewegungssystems
- Überblick über ausgewählte Erkrankungen des Nervensystems und Stütz-/Bewegungssystems, z. B. Apoplex, Rheumatische Arthritis (auch bei Kindern und Jugendlichen), Infantile Zerebralparese, Rückenmarkschädigungen oder Folgen von Unfällen
- Grundlagen des Medikationsmanagements
- theoretische Grundlagen zu Inklusion (Theorien, Konzepte, Kontroversen)
- Grundlagen der relevanten sozialrechtlichen Vorgaben und deren Auswirkungen auf Pflege- und Unterstützungsleistungen

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 konflikthaften interprofessionellen 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 Praxiseinsätze geplant werden, um so exemplarisch Situationen aufnehmen zu können, die die aktuellen Erfahrungen der Auszubildenden aufgreifen. Dabei können Herausforderungen aus Sicht der Lernenden bearbeitet werden.

1./2 Ausbildungsdrittel

Mögliche Lernsituationen:

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

3. Ausbildungsdrittel

- Lernsituation, in der ein rehabilitatives Versorgungskonzept für ein Neugeborenes mit Infantiler Zerebralparese erarbeitet wird
- Lernsituation, in der zu pflegende Menschen aus der Rehabilitation in das familiale 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

CE 07	Rehabilitatives Pflegehandeln bei Kindern und Jugendlichen im interprofessionellen Team	Anlage 3 PflAPrV
3. Ausbildungsdrittel		**Zeitrichtwert: 80 Stunden**

Intentionen und Relevanz

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 familiale 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 pflegefachliche Perspektive und die Berücksichtigung der fachlichen Expertise anderer beteiligten Berufsgruppen und zum anderen ein Sich-Einlassen auf Aushandlungsprozesse, in denen die verschiedenen interprofessionellen Sichtweisen in Bezug auf die Bedarfe der Kinder und Jugendlichen und ihrer Bezugspersonen verhandelt werden. Darüber ergibt sich ein Spannungsfeld von Abgrenzung und Kooperation, das eine besondere Herausforderung in der rehabilitativen Pflege darstellt. Dem Case Management und den gemeinsamen Entscheidungsprozessen sowie der Beratung und Schulung kommt eine zentrale Rolle zu.

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.

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.

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 Vorbehaltsaufgeben (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 • beeinträchtige 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

	• Rollenüberlastung der zu pflegenden Bezugspersonen • Informationsbedarfe zu technischen und digitalen Assistenzsystemen (z. B. Sprachcomputer) • 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 • Notwendigkeit der settingübergreifenden Koordination der Versorgung und Fürsprache für bestimmte Gruppen von zu pflegenden Menschen • Konflikte im interprofessionellen Team
Kontext-bedin-gungen	• ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, Mutter/Vater-Kind Reha-Einrichtungen, Einrichtungen der Anschlussheilbehandlungen (AHB), Rehabilitation in ambulanten Kontexten • gesellschaftliche Bedingungen in der rehabilitativen Pflege von Kindern und Jugendlichen und ihren Familien, gesellschaftlicher Umgang mit Behinderung, barrierefreier öffentlicher Raum • sozialrechtliche Bedingungen im Hinblick der Finanzierung von rehabilitativen Maßnahmen • Case Management
Ausgewählte Akteure	• Auszubildende • Kinder und Jugendliche • Geschwister, Familien • Gesundheits- und Sozialberufe • interprofessionelles Team (z. B. Physio-/Ergotherapeut*innen, Logopäd*innen, Ärzt*innen, Sozialarbeiter*innen, Psycholog*innen, Psychiater*innen, Psychotherapeut*innen, Diätassistent*innen, Heilpädagog*innen) • Peer Groups und freiwillig Engagierte im sozialen Raum (z. B. Nachbarschaft/Quartier) • zusätzliche Betreuungskräfte (§§ 43b, 84 SGB XI) • Leistungsträger der Rehabilitation
Erleben/ Deuten/ Verarbeiten	*Auszubildende* • Nähe und Verbundenheit zu den zu pflegenden Kindern und Jugendlichen, Mitleid • Unklarheiten in der Aufgabenaufteilung und Konflikte an den Schnittstellen zwischen unterschiedlichen Aufgaben- und Versorgungsstrukturen, eigene pflegespezifische Rolle finden, Gefühl der Überforderung, Unsicherheit in der Vermittlung zwischen dem interprofessionellen Team, den Kindern und Jugendlichen sowie den Eltern, Gefühl, nicht akzeptiert zu werden

	Zu pflegende Kinder und Jugendliche • Traurigkeit, anders zu sein als Freunde, Angst, Rückzug, Wunsch nach Normalität, Wut, Stolz, Neues zu lernen bzw. gelernt zu haben *Eltern/Familiensystem* • Verzweiflung, Verleugnung, Unsicherheit, aber auch Hoffnung, Zuversicht, andere Sicht auf Lebensqualität • Ablehnung bei Geschwistern, Gefühl der Benachteiligung, aber auch besondere Nähe und Sorge • Sinnfindung und positives Wachstum/Reife *Beteiligte Berufsgruppen* • Unklarheiten in der Aufgabenverteilung • Machtansprüche *Peer Groups* • Unsicherheit, Ablehnung, Ausgrenzung • aber auch Sorge und Akzeptanz *Freiwillig Engagierte* • Sorge, alles richtig zu machen • Unsicherheit und Gefühl der fehlenden Kompetenz • Zufriedenheit bei Unterstützungsleistungen • Rollendiffusion
Handlungsmuster	• Planung und Umsetzung eines pflegerischen Case Managements in verschiedenen Versorgungskontexten • Planung und Steuerung von interprofessionellen Fallbesprechungen • Kommunikation und Koordinierung von Rehabilitationsplänen in Absprache von Verantwortlichkeiten • Anwendung von Evaluationsinstrumenten zur Wirksamkeit von interprofessionellen Rehabilitationsprozessen • Interprofessionelles Konfliktmanagement • Unterstützung zur individuellen Auseinandersetzung mit den Veränderungen des Alltags, der familialen Lebensführung, Stärkung der Selbstwirksamkeit und Rollenfindung • Schulung von Kindern und Jugendlichen sowie Eltern im Umgang mit digitalen und technischen Assistenzsystemen • Beratung und Schulung von älteren Kindern und Jugendlichen

	• Beratung und Schulung von Eltern/Bezugspersonen sowie freiwillig Engagierten in Fragen der unterstützenden und kompensatorischen Interventionen sowie der Wiedererlangung der eigenständigen Lebensführung und gesellschaftlichen Teilhabe • Information der Eltern/Bezugspersonen über Finanzierung und Antragstellung von Leistungen zu Rehabilitation • Unterstützung bei der Bewältigung einer erlebten Stigmatisierung und Ausgrenzung

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

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

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

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

Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben - z. B.

- Erkundungsaufgabe zu ausgewählten aktuellen spezifischen technischen und digitalen Assistenzsystemen in stationären bzw. teilstationären Einrichtungen unter Berücksichtigung der individuellen Entwicklung des Kindes bzw. Jugendlichen
- 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?

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

CE 07	Rehabilitatives Pflegehandeln bei alten Menschen im interprofessionellen Team	Anlage 4 PflAPrV
3. Ausbildungsdrittel		**Zeitrichtwert: 80 Stunden**

Intentionen und Relevanz

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 beteiligten 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.

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.

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 Alter und rehabilitative Versorgungsleistungen und -systeme auseinander.

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 pflegefachliche Sichtweise in die interprofessionelle Kommunikation ein (III.3.b).

<table>
<tr><td colspan="2">

- 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).

</td></tr>
<tr><td colspan="2">Inhalte/Situationsmerkmale</td></tr>
<tr><td>Handlungsanlässe</td><td>

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

</td></tr>
</table>

	• Notwendigkeit der settingübergreifenden Koordination der Versorgung und Fürsprache für alte Menschen, die selbst dazu nicht oder nur bedingt in der Lage sind • Konflikte im interprofessionellen Team
Kontext-bedin-gungen	• ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, Einrichtungen der Anschlussheilbehandlungen (AHB), Rehabilitation in ambulanten und häuslichen Kontexten • institutionelle und gesellschaftliche Bedingungen: Case Management, gesellschaftlicher Umgang mit Behinderung, barrierefreier öffentlicher Raum • sozialrechtliche Bedingungen im Hinblick von Betreuungsleistungen und der Finanzierung von rehabilitativen Maßnahmen
Ausge-wählte Akteure	• Auszubildende • Altenpfleger*in/Intraprofessionelles Team • zu pflegende alte Menschen und ihre Bezugspersonen sowie freiwillig Engagierte • interprofessionelles Team (z. B. Physio-/Ergotherapeut*innen, Logopäd*innen, Ärzt*innen, Sozialarbeiter*innen, Psycholog*innen, Psychiater*innen, Psychotherapeut*innen, Diätassistent*innen, Heilpädagog*innen) • zusätzliche Betreuungskräfte (§§ 43b, 84 SGB XI) • Akteure im sozialen Raum (z. B. Nachbarschaft/Quartier) • Leistungsträger der Rehabilitation
Erleben/ Deuten/ Verar-beiten	*Auszubildende* • 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 *Zu pflegende Menschen und pflegende Bezugspersonen* • 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 *Andere beteiligte Berufsgruppen* • Unklarheiten hinsichtlich der Zusammenführung unterschiedlicher interprofessioneller Perspektiven • Machtansprüche

Handlungsmuster	• Planung und Umsetzung eines pflegerischen Case Managements in verschiedenen Versorgungskontexten • Planung und Steuerung von interprofessionellen Fallbesprechungen • Kommunikation und Koordinierung von Rehabilitationsplänen mit Absprache von Verantwortlichkeiten • Anwendung von Evaluationsinstrumenten zur Wirksamkeit von interprofessionellen Rehabilitationsprozessen • Interprofessionelles Konfliktmanagement • Beratung/Schulung von zu pflegenden Menschen und deren Bezugspersonen sowie freiwillig Engagierten in Fragen der Wiedererlangung der eigenständigen Lebensführung und gesellschaftlichen Teilhabe • Schulung bei technischen Assistenzsystemen • Informationen über Finanzierung und Antragstellung von Leistungen der Rehabilitation • Medikationsmanagement

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

- Berufs- und Pflegeverständnis in Bezug auf die Rolle der Pflege im Rehabilitationsprozess (aktuelle Studien)
- Überblick über ausgewählte Erkrankungen des Nervensystems und Stütz- und Bewegungssystems (z. B. Apoplex, Rheumatische Arthritis, Rückenmarkschädigungen)
- Grundlagen der relevanten sozialrechtlichen Vorgaben und deren Auswirkungen auf Pflege- und Unterstützungsleistungen
- Einblick in berufspolitische Verbände/Selbstverwaltungsorgane der Pflege (Pflegekammer) und deren Mitgestaltungsmöglichkeiten in der Gesundheitspolitik

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

- Rollenspiel zu Schulung und Beratung in der rehabilitativen Pflege bei zu pflegenden alten Menschen und ihren Bezugspersonen
- Rollenspiel und Videografie einer konflikthaften interprofessionellen Fallbesprechung

Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben - z. B.

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

Didaktischer Kommentar

Die wesentlichen Kompetenzen, die zur rehabilitativen Pflege erforderlich sind, wurden in den ersten beiden Ausbildungsdritteln angebahnt und gefördert. In dieser curricularen Einheit sind diese Kompetenzen auf die rehabilitative Pflege mit zu pflegenden alten Menschen ausgerichtet. Dabei erfolgt eine Komplexitätssteigerung, indem die 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

CE 08	Menschen in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten	Anlagen 1 und 2 PflAPrV
1./2. Ausbildungsdrittel		**Zeitrichtwert: 160 Stunden**
3. Ausbildungsdrittel		**Zeitrichtwert: 90 Stunden**

Intentionen und Relevanz

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.

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.

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.

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.

Bildungsziele

1./2. Ausbildungsdrittel

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.

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 schwerstkranke und sterbende Menschen, respektieren deren spezifische Bedürfnisse auch in religiöser Hinsicht und wirken mit bei der Unterstützung von Angehörigen zur Bewältigung und Verarbeitung von Verlust und Trauer (I.3.d).
- verfügen über grundlegendes Wissen zu den spezifischen Schwerpunkten palliativer Versorgungsangebote (I.3.e).
- wahren das Selbstbestimmungsrecht des zu pflegenden Menschen, insbesondere auch, wenn dieser in seiner Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt ist (I.6.a).
- erkennen eigene Emotionen sowie Deutungs- und Handlungsmuster in der Interaktion (II.1.a).
- wenden Grundsätze der verständigungs- und beteiligungsorientierten Gesprächsführung an (II.1.d).
- respektieren Menschenrechte, Ethikkodizes sowie religiöse, kulturelle, ethnische und andere Gewohnheiten von zu pflegenden Menschen in unterschiedlichen Lebensphasen (II.3.a).
- erkennen ethische Konflikt- und Dilemmasituationen, ermitteln Handlungsalternativen und suchen Argumente zur Entscheidungsfindung (II.3.c).
- sind sich der Bedeutung von Abstimmungs- und Koordinierungsprozessen in qualifikationsheterogenen Teams bewusst und grenzen die jeweils unterschiedlichen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche begründet voneinander ab (III.1.a).

- fordern kollegiale Beratung ein und nehmen sie an (III.1.b).
- wirken entsprechend den rechtlichen Bestimmungen an der Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie im Rahmen des erarbeiteten Kenntnisstandes mit (III.2.b).
- wirken entsprechend ihrem Kenntnisstand in der Unterstützung und Begleitung von Maßnahmen der Diagnostik und Therapie mit und übernehmen die Durchführung in stabilen Situationen (III.2.d).
- verfügen über grundlegendes Wissen zur integrierten Versorgung von chronisch kranken Menschen in der Primärversorgung (III.3.e).
- orientieren ihr Handeln an qualitätssichernden Instrumenten, wie insbesondere evidenzbasierten Leitlinien und Standards (IV.1.b).
- verfügen über ausgewähltes Wissen zu gesamtgesellschaftlichen Veränderungen, ökonomischen, technologischen sowie epidemiologischen und demografischen Entwicklungen im Gesundheits- und Sozialsystem (IV.2.b).
- sind aufmerksam für die Ökologie in den Gesundheitseinrichtungen, verfügen über grundlegendes Wissen zu Konzepten und Leitlinien für eine ökonomische und ökologische Gestaltung der Einrichtung und gehen mit materiellen und personellen Ressourcen ökonomisch und ökologisch nachhaltig um (IV.2.e).
- 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 PflAPrV

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 schwerstkranke Menschen aller Altersstufen sowie nahe Bezugspersonen in Phasen des Sterbens, erkennen und akzeptieren deren spezifische Bedürfnisse und bieten Unterstützung bei der Bewältigung und Verarbeitung von Verlust und Trauer an (I.3.e).
- informieren schwerkranke und sterbende Menschen aller Altersstufen sowie deren Angehörige zu den spezifischen Schwerpunkten palliativer Versorgungsangebote (I.3.f).
- wahren das Selbstbestimmungsrecht der zu pflegenden Menschen aller Altersstufen, insbesondere auch, wenn sie in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt sind (I.6.a).
- machen sich eigene Deutungs- und Handlungsmuster in der pflegerischen Interaktion mit Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen und mit ihren unterschiedlichen, insbesondere kulturellen und sozialen, Hintergründen bewusst und reflektieren sie (II.1.a).
- beraten zu pflegende Menschen aller Altersstufen und ihre Bezugspersonen im Umgang mit krankheits- sowie therapie- und pflegebedingten Anforderungen und befähigen sie, ihre Gesundheitsziele in größtmöglicher Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erreichen (II.2.c).
- setzen sich für die Verwirklichung von Menschenrechten, Ethikkodizes und die Förderung der spezifischen Bedürfnisse und Gewohnheiten von zu pflegenden Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen ein (II.3.a).

- tragen in ethischen Dilemmasituationen mit Menschen aller Altersstufen oder ihren Bezugspersonen im interprofessionellen Gespräch zur gemeinsamen Entscheidungsfindung bei (II.3.c).
- stimmen ihr Pflegehandeln zur Gewährleistung klientenorientierter komplexer Pflegeprozesse im qualifikationsheterogenen Pflegeteam ab und koordinieren die Pflege von Menschen aller Altersstufen unter Berücksichtigung der jeweiligen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche in unterschiedlichen Versorgungsformen (III.1.a).
- 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).

<table>
<tr><td colspan="2">• setzen Strategien zur Kompensation und Bewältigung unvermeidbarer beruflicher Belastungen gezielt ein und nehmen Unterstützungsangebote frühzeitig wahr oder fordern diese aktiv ein (V.2.c)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Inhalte/Situationsmerkmale</td></tr>
<tr><td>Handlungsanlässe</td><td>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
o chronische Schmerzen
o Obstipation, Übelkeit und Erbrechen
o Mundschleimhautprobleme
o Gelbsucht
o Todesangst
o Fatigue/Schlafmangel
o respiratorische Phänomene
o Soziale Isolation/Vereinsamungsgefahr
o chronischer Kummer/Trauer
o beeinträchtigtes 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</td></tr>
</table>

	○ Hoffnungslosigkeit/Sinnkrise ○ Abschiednehmen ○ Nahrungsabbruch/Therapieabbruch ○ beeinträchtigte Familienprozesse ○ plötzlicher Kindstod ○ Entscheidungskonflikt ○ Beeinträchtigte Religiosität/Sinnfindung ○ Rollenüberlastung der pflegenden Bezugsperson, auch anderer Familienmitglieder (ggf. Geschwister) ○ Gefahr der Rollendiffusion, Rollenkonflikte
Kontext-bedingungen	1./.2. Ausbildungsdrittel • alle Bereiche der Akut- und Langzeitversorgung • institutionelle und gesellschaftliche Bedingungen: Kultur/Religion 3. Ausbildungsdrittel • ambulante und stationäre Palliativ- und Hospizversorgung • institutionelle und gesellschaftliche Bedingungen: Patientenverfügung, Sterbehilfe, palliative Versorgung, gesellschaftlicher Umgang mit kritischen Lebenssituationen und Begleitung in der letzten Lebensphase
Ausgewählte Akteure	• Auszubildende • Menschen aller Altersstufen und deren Bezugspersonen • Angehörige anderer Gesundheitsberufe, der Seelsorge und des Bestattungswesens im Kontext kritischer Lebenssituationen, der letzten Lebensphase und des Todes
Erleben/ Deuten/ Verarbeiten	*Auszubildende* • belastende Gefühle, insbesondere Hilflosigkeit, Unsicherheit, Angst, Sprachlosigkeit • Haltungen, insbesondere Mitgefühl/Mitleid, Helfen-Wollen und nicht -Können, Abgrenzung, Sinnfragen *Zu pflegende Menschen und ihre Bezugspersonen* • belastende Gefühle, insbesondere Angst, Phasen der Trauer, Verlust, Wut, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Aggressionen, Scham, Ambivalenz, Grenzerfahrung, Verleugnung, Machtlosigkeit, Leiden, Erlösung erhoffen • Erwartungen an Pflege und Therapie

Handlungsmuster	1./2. Ausbildungsdrittel Fokus auf Auszubildende • persönliche Reflexion kritischer Lebenssituationen und des eigenen Erlebens angesichts chronisch/onkologisch erkrankter und sterbender Menschen aller Altersstufen • Reflexion eigener Bewältigungsstrategien, Erkennen von Faktoren der Resilienz und/oder (drohender) Überforderung, frühzeitiges Annehmen und aktives Einfordern von Unterstützungsangeboten • mit belastenden Erfahrungen umgehen, kollegiale Beratung in Anspruch nehmen, an Ritualen im Team mitwirken Fokus auf zu pflegende Menschen und ihre Bezugspersonen und Familien • Pflegebedarfe feststellen, Planung, Steuerung, Durchführung, Dokumentation und Evaluation des Pflegeprozesses zur Erhaltung der Lebensqualität mit Menschen, die von kritischen Lebenssituationen betroffen sind, – dabei: o Bezugnahme auf entsprechende Pflegemodelle (z. B. Trajekt-Modell nach CORBIN/STRAUSS) o Auseinandersetzung mit ausgewählten chronischen oder onkologischen Erkrankungen in verschiedenen Altersstufen o Unterstützung bei der Emotionsbewältigung o Aktive Bewältigung der kritischen Lebenssituation unterstützen, z. B. Sinnfindung unterstützen o sterbende Menschen und deren Bezugspersonen im Sterbeprozess begleiten, Trauerarbeit unterstützen • Gestaltung von Pflegeprozessen unter Einbezug des Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ und relevanter Leitlinien sowie weiterer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse • Palliative Care als Konzept und Versorgungsansatz, insbesondere Leiden lindern und vorbeugen sowie Wohlbefinden fördern im Rahmen des Schmerzmanagements, bei Mundschleimhautproblemen etc. • Personen- und situationsbezogene Gesprächsführung, u. a. Beileidsbekundungen aussprechen • Unterstützung z. B. bei der individuellen Auseinandersetzung mit den Veränderungen und bei der Lebensführung • Informationsgabe, z. B. zur Förderung der Alltagskompetenz, der Familiengesundheit und der Selbstwirksamkeit • eigenständige Durchführung ärztlich angeordneter Maßnahmen im Rahmen der Diagnostik und Therapie von Menschen mit chronischen und onkologischen Erkrankungen, Mitwirkung an Therapien (z. B. Chemotherapie, inkl. Arbeitsschutz, Konzepte und Leitlinien zur ökonomischen und ökologischen Gestaltung der Einrichtung) • Assistenz bei ärztlichen Interventionen

	• Interventionen zur Unterstützung der erwünschten Wirkung medizinischer Therapien • Mitwirkung an Entscheidungsfindungsprozessen • im intra- und interprofessionellen Team zusammenarbeiten • Analyse von Versorgungskontexten und Systemzusammenhängen in Einrichtungen der Akut- und Langzeitversorgung, ökonomische und ökologische Prinzipien beachten 3. 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. o Ausrichten des Pflegehandelns an aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen/am Palliative Care Konzept o Ausrichten des pflegerischen Handelns an Konzepten zur kultursensiblen Pflege o Einbezug von Leitlinien und Standards zur Versorgung chronisch und onkologisch erkrankter Menschen o 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. o würdevolle Pflegeprozessgestaltung in der letzten Lebensphase o eigenständige Durchführung von Interventionen in der letzten Lebensphase, die auf ärztlichen Anordnungen beruhen o personen- und situationsbezogene Kommunikation und Interaktion mit zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen in der letzten Lebensphase, z. B. Mitteilung einer Todesnachricht o verstorbene Menschen würdevoll versorgen und Situationen des Abschiednehmens (auch im Team) gestalten o interprofessionelle Zusammenarbeit im Hospiz • Mitgestaltung von Entscheidungsfindungsprozessen unter Anwendung von Modellen ethischer Entscheidungsfindung und rechtlichen Aspekten, z. B. in Bezug auf Medikamentengabe, Ernährungs- und Flüssigkeitsbedarf in der letzten Lebensphase, Sterbebegleitung • Organisation des qualifikationsheterogenen Pflegeteams im Hospiz • Kontinuität der palliativen Versorgung an Schnittstellen sichern

	• Reflexion der Qualität der pflegerischen Leistungen und der Versorgung in Hospizdiensten • Verwendung digitaler Begleiter/Smart Home Technik • Analyse von Versorgungskontexten und Systemzusammenhängen in der palliativen Pflege und im Hospiz, Beachtung ökonomischer und ökologischer Prinzipien • Durchführung von Fallbesprechungen • Wahrnehmung von Angeboten der kollegialen Beratung

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

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, muskuloskelettale 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.

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

CE 08	Kinder, Jugendliche und ihre Familien in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten	Anlage 3 PflAPrV
3. Ausbildungsdrittel		**Zeitrichtwert: 90 Stunden**

Intentionen und Relevanz

Im dritten 3. Ausbildungsdrittel in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege steht die umfassende Pflege und Begleitung von Kindern und Jugendlichen und ihren Familien in komplexen und kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase im Mittelpunkt. Die im 1./2. Ausbildungsdrittel erworbenen Kompetenzen sollen vertieft und auf unterschiedliche komplexe kritische Lebenssituationen, die Kinder und Jugendliche erleben, transferiert werden. Dabei entwickeln die Auszubildenden eine zunehmend spezifische und differenzierte Sichtweise auf die Pflege und Begleitung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien vor dem Hintergrund altersentsprechender Bedürfnisse und Entwicklungsaufgaben sowie kindlicher und familiärer Anpassungs- und Bewältigungsprozesse. Sie nehmen gegenüber den betroffenen Familien eine wertschätzende, ressourcenorientierte und allparteiliche Sichtweise ein, erkennen familiäre Ressourcen und Widerstandsfaktoren, integrieren soziale Hilfen und Unterstützungsnetzwerke und entwickeln gemeinsam mit den Familien Interventionen zur Erhaltung und Stärkung der Familiengesundheit. Insbesondere soll in dieser Einheit eine, auch auf wissenschaftlichen Forschungsergebnissen basierende Auseinandersetzung mit der Rolle der Geschwister bei schwerer Erkrankung eines Familienmitglieds sowie deren Begleitung und Unterstützung in den Blick genommen werden.

Pflegerische Konzepte der ambulanten und stationären Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen sowie die damit verbundenen Anforderungen auf unterschiedlichen systemischen Ebenen sollen in die Gestaltung der Pflegeprozesse einbezogen und von denen des Erwachsenenbereichs unterschieden werden. Ebenso reflektieren die Auszubildenden ihre berufliche Rolle innerhalb des Familiensystems, insbesondere in der ambulanten Langzeitpflege.

Bildungsziele

Die Lernenden setzen sich mit der Widersprüchlichkeit des Lebensendes am Lebensanfang auseinander und reflektieren die Gestaltung von Trauerprozessen am Anfang des Lebens auf individueller, familiärer und gesellschaftlicher Ebene.

Die Lernenden reflektieren den gesellschaftlich-kollektiven, institutionellen und individuellen Umgang mit Tod und Sterben im Kindes- und Jugendalter im Spannungsfeld von Entfremdung und Leiderfahrung. Sie nehmen die Gesellschaft und die Institutionen als Rahmung für die persönliche Auseinandersetzung mit dem Sterben sowie für die Gestaltung des Pflegeprozesses wahr.

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-c, e, f).

Die Auszubildenden

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

- stimmen ihr Pflegehandeln zur Gewährleistung klientenorientierter komplexer Pflegeprozesse im qualifikationsheterogenen Pflegeteam ab und koordinieren die Pflege unter Berücksichtigung der jeweiligen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche, insbesondere in der Pädiatrie und Neonatologie (III.1a).
- übernehmen Mitverantwortung für die Organisation und Gestaltung der gemeinsamen Arbeitsprozesse (III.1e).
- führen entsprechend den rechtlichen Bestimmungen eigenständig ärztlich veranlasste Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie bei Kindern und Jugendlichen durch (III.2.b).
- beobachten und interpretieren die mit einem medizinischen Eingriff bei Kindern und Jugendlichen verbundenen Pflegephänomene und Komplikationen auch in instabilen oder krisenhaften gesundheitlichen Situationen (III.2.c).
- unterstützen und begleiten zu pflegende Kinder und Jugendliche sowie deren Bezugspersonen umfassend auch bei invasiven Maßnahmen der Diagnostik und Therapie (III.2.d).
- vertreten die im Rahmen des Pflegeprozesses gewonnenen Einschätzungen zu Pflegediagnosen und erforderlichen Behandlungskonsequenzen bei Kindern und Jugendlichen in der interprofessionellen Zusammenarbeit (III.2.f).
- koordinieren die Pflege von Kindern und Jugendlichen in verschiedenen Versorgungskontexten und organisieren Termine sowie berufsgruppenübergreifende Leistungen (III.3.d).
- koordinieren die integrierte Versorgung von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen in der Primärversorgung (III.3.e).
- wirken an Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie -verbesserung mit, setzen sich für die Umsetzung evidenzbasierter und/oder interprofessioneller Leitlinien und Standards ein und leisten so einen Beitrag zur Weiterentwicklung einrichtungsspezifischer Konzepte (IV.1.b).
- überprüfen regelmäßig die eigene pflegerische Praxis durch kritische Reflexionen und Evaluation im Hinblick auf Ergebnis- und Patientenorientierung und ziehen Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung der Pflegequalität (IV.1.d).
- wirken an der Umsetzung von Konzepten und Leitlinien zur ökonomischen und ökologischen Gestaltung der Einrichtung mit (IV.2.e).
- erschließen sich pflege- und bezugswissenschaftliche Forschungsergebnisse bezogen auf die Pflege von Kindern und Jugendlichen und bewerten sie hinsichtlich der Reichweite, des Nutzens, der Relevanz und des Umsetzungspotenzials (V.1.b).
- begründen und reflektieren das Pflegehandeln kontinuierlich auf der Basis von vielfältigen oder spezifischen pflegewissenschaftlichen und bezugswissenschaftlichen evidenzbasierten Studienergebnissen, Theorien, Konzepten und Modellen (V.1.c).
- leiten aus beruflichen Erfahrungen in der pflegerischen Versorgung und Unterstützung von Kindern, Jugendlichen und Familien mögliche Fragen an Pflegewissenschaft und -forschung ab (V.1.d)
- nehmen drohende Über- oder Unterforderungen frühzeitig wahr, erkennen die notwendigen Veränderungen am Arbeitsplatz und/oder des eigenen Kompetenzprofils und leiten daraus entsprechende Handlungsinitiativen ab (V.2.b).

• setzen Strategien zur Kompensation und Bewältigung unvermeidbarer beruflicher Belastungen gezielt ein und nehmen Unterstützungsangebote frühzeitig wahr oder fordern diese aktiv ein (V.2.c).	
Inhalte/Situationsmerkmale	
Handlungsanlässe	• umfassender Pflegebedarf von Kindern und Jugendlichen aufgrund einer chronischen und/oder lebenslimitierenden Erkrankung bzw. in der letzten Lebensphase • gesundheits- und entwicklungsbedingte Bearbeitungs- bzw. Bewältigungsphänomene, Veränderungspotenziale, Widerstandsfaktoren, Umstellung von Lebensplänen • Pflegediagnosen und -phänomene im Zusammenhang mit Lebenskrisen aufgrund chronischer und/oder lebenslimitierender Erkrankungen und in der letzten Lebensphase, z. B. o Hoffnungslosigkeit/Sinnkrise/Abschiednehmen o beeinträchtigte verbale Kommunikation o beeinträchtigte Wahrnehmung und Orientierung o beeinträchtigte Mobilität o akuter und chronischer Schmerz o Obstipation, Übelkeit/Erbrechen o geschädigte Haut und Mundschleimhaut o Blutungsgefahr o Infektionsgefahr o Fatigue o unwirksame Atemwegsclearance, unwirksamer Atemvorgang o Gefahr der Mangelernährung o beeinträchtigte Urinausscheidung o Gefahr eines unausgeglichenen Flüssigkeitsvolumens o beeinträchtigte Familienprozesse und Veränderungen in Verhaltensweisen von Geschwistern o Rollenüberlastung der pflegenden Bezugspersonen o Rollenkonflikt, elterlich (familiär) o Bereitschaft für ein verbessertes familiäres Coping o gefährdendes familiäres Coping o beeinträchtigte familiäre Resilienz o Bereitschaft für eine verbesserte Resilienz o Trauer, Gefahr eines erschwerten Trauerns o plötzlicher Kindstod/Todgeburt o Entscheidungskonflikt • Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Hospizdiensten

Kontext-bedin-gungen	• Bereiche der stationären und ambulanten Akut- oder Langzeitpflege • (tages-) stationäre und ambulante Palliativversorgung • berufliche Rahmenbedingungen von Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen in der ambulanten (Palliativ-)Versorgung • sozialrechtliche und institutionelle Bedingungen in der palliativen Versorgung von Kindern und Jugendlichen und ihren Familien
Ausgewählte Akteure	• Auszubildende • Kinder und Jugendliche mit einer schweren lebenslimitierenden Erkrankung und in der letzten Lebensphase • Eltern, Geschwister und Familienangehörige • Elternselbsthilfegruppen • Unterstützungsnetzwerke • Angehörige aller Gesundheits- und Sozialberufe im Kontext palliativer Versorgung von Kindern und Jugendlichen einschließlich der Seelsorge
Erleben/ Deuten/ Verarbeiten	*Auszubildende* • Mit-Leiden und Gefühle der Nähe und Verbundenheit zu betroffenen Jugendlichen, die möglicherweise in ähnlichem Alter wie die Auszubildenden selbst sind • Rollenkonflikte in Bezug auf die private und berufliche Rolle • Unsicherheit und Sprachlosigkeit gegenüber Kindern und Jugendlichen, Bezugspersonen und Familien • Unsicherheit in Bezug auf spirituelle Bedürfnisse und Sinnfragen *Zu pflegende Kinder und Jugendliche und deren Geschwister und Familien* • Wut, Aggression, Verzweiflung, Hadern mit dem Schicksal • Erfahrung von Grenzen und Widersprüchen • aktive Sinnsuche • Schuldzuweisungen, Verleugnung • Ambivalenz (Festhalten/Loslassen) • veränderte Reaktionen und Verhaltensweisen von Geschwisterkindern, z. B. Schlaf- und Essstörungen, Regression, Rückzug, Trauer • Schonung von Bezugspersonen, um das Leiden in der Familie zu lindern

Handlungsmuster	• Feststellung der Pflegebedarfe von Kindern/Jugendlichen und des Familiensystems in kritischen Lebenssituationen und kreative, individuelle und lebensqualitätserhaltende Steuerung, Gestaltung und Evaluation des Pflegeprozesses unter Einbezug sozialer, ethischer, psychischer und spiritueller Aspekte, d. h. o Erheben einer umfassenden Familienanamnese, anknüpfend an familienorientierte Theorien der Pflege o Einschätzen der Selbstpflege- und Dependenzpflegekompetenzen o Gestaltung einer alters- und entwicklungsgerechten Kommunikation und Interaktion o differenzierte Schmerzeinschätzung unter Nutzung spezifischer Assessmentinstrumente für das Kindes- und Jugendalter o Ausrichten des Pflegehandelns an aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen/am Palliative Care Konzept o Familien in ihrem Bewältigungsprozess unterstützen o Ausrichten des pflegerischen Handelns an Konzepten zur kultursensiblen Pflege o Einbezug spezifischer Leitlinien der pädiatrischen Onkologie (z. B. GPOH, Deutsche Schmerzgesellschaft, Arbeitskreis Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen) o ggf. Integration komplementärer Heilmethoden in die Pflege • differenzierte Beobachtung und frühzeitiges Erkennen von Wechselwirkungen und Nebenwirkungen von Therapien bei Kindern in unterschiedlichen Altersgruppen • Begleitung bei der Konfrontation mit der Diagnose und Unterstützung bei der Bewältigung von Emotionen • Förderung der Adhärenz in Aushandlung und Abstimmung mit den Bezugspersonen von Kindern in unterschiedlichen Entwicklungsphasen • dem Entwicklungsstand angemessene Unterstützung, Anleitung und Beratung von Kindern und Jugendlichen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit, Krankheit, Sterben und Tod • Selbstwirksamkeit betroffener Kinder und Jugendlicher unterstützen und ihr Selbstbestimmungsrecht/ihre Autonomie wahren • sich stellvertretend für die Bedürfnisse und Anliegen eines erkrankten Kindes und Jugendlichen und deren Bezugspersonen ins interdisziplinäre Team einbringen • Beobachtung und Einschätzung von Verhaltensweisen und Reaktionen von Geschwisterkindern, Mitwirkung bei der Unterstützung und Begleitung von Geschwisterkindern • Anleitung, Beratung und Unterstützung von Angehörigen anderer Berufsgruppen und freiwillig Engagierten • sterbende Kinder/Jugendliche und deren Bezugspersonen im Sterbeprozess begleiten, d. h.

	○ würdevolle Pflegeprozessgestaltung in der letzten Lebensphase ○ eigenständige Durchführung von Interventionen in der letzten Lebensphase, die auf ärztlichen Anordnungen beruhen ○ personen- und situationsbezogene Kommunikation und Interaktion mit Kindern/Jugendlichen und ihren Bezugspersonen in der letzten Lebensphase ○ verstorbene Kinder und Jugendliche würdevoll versorgen und Situationen des Abschiednehmens (auch im Team) gestalten ○ interprofessionelle Zusammenarbeit im Hospiz • Mitgestaltung von Entscheidungsfindungsprozessen unter Anwendung von Modellen ethischer Entscheidungsfindung und rechtlichen Aspekten • Organisation des qualifikationsheterogenen Pflegeteams im Hospiz • interprofessionelle Zusammenarbeit mit ambulanten und stationären Palliativ- und Hospizdiensten im Rahmen der Versorgung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen • Kontinuität an den Schnittstellen der palliativen Versorgung von Kindern und Jugendlichen und die Qualität der Palliativversorgung sichern • Verwendung digitaler Begleiter/Smart Home Technik • Analyse von Versorgungskontexten und Systemzusammenhängen in der palliativen Pflege und im Hospiz für Kinder und Jugendliche • Beachtung ökonomischer und ökologischer Prinzipien • Durchführung von Fallbesprechungen • Wahrnehmung von Angeboten der kollegialen Beratung
Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen • Entwicklungen der ambulanten und stationären palliativen Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Sozialsystem • spezifische Inhalte der Sozialgesetzgebung zur palliativen Versorgung von Kindern und Jugendlichen • Patientenverfügung im Kindesalter • Sterbehilfe im Kindesalter ggf. im Ländervergleich • Nottaufe und Umgang mit spirituellen Bedürfnissen und Sinnfindung • ACT Charta (Association for Children with Lifethreatening or Terminal Conditions and their Families) • Gegenüberstellung und Reflexion palliativer Handlungsfelder, Reflexion der Versorgungsrealität • Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich Palliative Care	

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

- Gesprächssituationen über Krankheit, Sterben und Tod mit Kindern unterschiedlicher Alters- und Entwicklungsphasen im Rollenspiel
- Gesprächssituationen mit Bezugspersonen über Ängste, Sterben und Tod
- Gesprächssituationen bzw. Interview mit Geschwisterkindern in unterschiedlichen Entwicklungsphasen
- Instruktion/Schulung zum Umgang mit technischen/digitalen Hilfsmitteln für die Pflege
- Führen eines Entlassungsgesprächs bei Therapiepausen

Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben - z. B.

- Beobachtungsaufgabe: Wie fördern Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen die Adhärenz von Kindern und Jugendlichen? Welche Rolle spielen dabei die begleitenden Bezugspersonen?
- Beobachtungsaufgabe: Einschätzung von Haut- und Schleimhautveränderungen unter Nutzung spezifischer Assessmentinstrumente während oder nach einer Zytostatika- und Strahlentherapie
- Gestaltung der Ernährung bei Mukositis
- Umgang mit der Infektionsprophylaxe in unterschiedlichen Pflegesituationen
- Hospitation bei Pflegefachpersonen/ Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen in der ambulanten pädiatrischen Palliativpflege
- Beobachtung und Reflexion des professionellen Verhaltens in der Gestaltung von Nähe und Distanz von Pflegefachpersonen/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen in der ambulanten Kinderkrankenpflege
- Reflexion der beruflichen Rolle in der ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung
- Besuch eines Kinderhospizes und Beschreibung seiner spezifischen Charakteristika insbesondere der dort stattfindenden Pflege und Begleitung

Didaktischer Kommentar

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

- Lernsituation eines Jugendlichen oder jungen Erwachsenen mit einer schweren chronischen Erkrankung, wie z. B. Zystische Fibrose (Mukoviszidose), chronische Niereninsuffizienz und Dialyse.
- Lernsituation eines Säuglings, eines Kleinkinds oder Schulkinds mit Tumorerkrankung z. B. des ZNS, Lymphom, Knochentumor, Nierentumor oder Keimzelltumor; orientiert am Einsatz im Vertiefungsbereich in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.
- Lernsituation eines Kindes mit einem (häufiger) vorkommenden Syndrom und sehr kurzer Lebenserwartung.

- Lernsituation, in der die Reaktionen und Verhaltensweisen von Geschwistern auf die Erkrankung eines Familienmitglieds im Vordergrund stehen.
- Lernsituation, in der das einzige Kind verstirbt.
- Lernsituation, in der der Tod vor, während oder gleich nach der Geburt eintritt

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

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

CE 08	Alte Menschen in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten	Anlage 4 PflAPrV
3. Ausbildungsdrittel		**Zeitrichtwert: 90 Stunden**

Intentionen und Relevanz

Im 3. Ausbildungsdrittel wird erweiternd die umfassende und individuelle Pflege von alten Menschen in komplexen kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase in den Mittelpunkt gerückt. Das gesamte Umfeld betroffener alter Menschen und weitere Kontexte werden ebenso im letzten Ausbildungsabschnitt in den Blick genommen.

Die Auszubildenden setzen sich in dieser curricularen Einheit tiefgreifend mit Phänomenen auseinander, die sich in der Begegnung mit existentiell herausgeforderten alten Menschen und ihren Bezugspersonen zeigen. Dies stellt hohe persönliche Anforderungen an die Auszubildenden, die weiterführend thematisiert werden sollen.

Bildungsziele

Die Lernenden reflektieren den gesellschaftlich-kollektiven, institutionellen und individuellen Umgang mit Tod und Sterben im Spannungsfeld von Entfremdung und Leiderfahrung. Sie nehmen die Gesellschaft und die Institutionen als Rahmung für die persönliche Auseinandersetzung mit dem Sterben sowie für die Gestaltung des Pflegeprozesses wahr.

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).
- Pflegeprozesse von alten Menschen mit gesundheitlichen Problemlagen planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren unter dem besonderen Fokus von Gesundheitsförderung und Prävention (I.2 a-c, e, f).

Die Auszubildenden

- steuern und gestalten den Pflegeprozess bei alten sowie schwerstkranken und sterbenden alten Menschen mit akuten und chronischen Schmerzen (I.3.b).
- pflegen, begleiten, unterstützen und beraten alte Menschen sowie deren Bezugspersonen bei chronischen Krankheitsverläufen, akuten und chronischen Schmerzen sowie am Lebensende und beziehen die sozialen Netzwerke in das Handeln ein (I.3.c).
- unterstützen und anerkennen die Ressourcen von Familien, die sich insbesondere infolge von schweren chronischen oder lebenslimitierenden Erkrankungen im höheren Lebensalter in einer Lebenskrise befinden, und wirken bei der Stabilisierung des Familiensystems mit (I.3.d).
- kennen Hilfeangebote und Interventionswege und übernehmen Verantwortung (I.3.e).
- begleiten und unterstützen schwerstkranke alte Menschen sowie nahe Bezugspersonen in Phasen des Sterbens, erkennen und akzeptieren deren spezifische Bedürfnisse

und bieten Unterstützung bei der Bewältigung und Verarbeitung von Verlust und Trauer an (I.3.g).

- informieren schwerkranke und sterbende alte Menschen sowie deren Angehörige zu den spezifischen Schwerpunkten palliativer Versorgungsangebote (I.3.h).
- wahren das Selbstbestimmungsrecht alter Menschen mit Pflegebedarf, insbesondere auch, wenn sie in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt sind (I.6.a).
- machen sich eigene Deutungs- und Handlungsmuster in der pflegerischen Interaktion mit alten Menschen und ihren Bezugspersonen und mit ihren unterschiedlichen, insbesondere kulturellen und sozialen Hintergründen bewusst und reflektieren sie (II.1.a).
- beraten alte Menschen und ihre Bezugspersonen im Umgang mit krankheits- sowie therapie- und pflegebedingten Anforderungen und befähigen sie, ihre Gesundheitsziele in größtmöglicher Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erreichen (II.2.c).
- setzen sich für die Verwirklichung von Menschenrechten, Ethikkodizes und die Förderung der spezifischen Bedürfnisse und Gewohnheiten von zu pflegenden alten Menschen und im Zusammenhang mit ihren Bezugspersonen ein (II.3.a).
- tragen in ethischen Dilemmasituationen mit alten Menschen oder ihren Bezugspersonen im interprofessionellen Gespräch zur gemeinsamen Entscheidungsfindung bei (II.3.c).
- stimmen ihr Pflegehandeln zur Gewährleistung klientenorientierter komplexer Pflegeprozesse im qualifikationsheterogenen Pflegeteam ab und koordinieren die Pflege von alten Menschen unter Berücksichtigung der jeweiligen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche, insbesondere in der stationären Langzeitversorgung und ambulanten Pflege (III.1.a).
- übernehmen Mitverantwortung für die Organisation und Gestaltung der gemeinsamen Arbeitsprozesse (III.1.e).
- führen entsprechend den rechtlichen Bestimmungen eigenständig ärztlich veranlasste Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie bei alten Menschen durch (III.2.b).
- unterstützen und begleiten zu pflegende alte Menschen umfassend auch bei invasiven Maßnahmen der Diagnostik und Therapie (III.2.d).
- vertreten die im Rahmen des Pflegeprozesses gewonnenen Einschätzungen zum Pflegedarf und erforderlichen Behandlungskonsequenzen bei alten Menschen in der interprofessionellen Zusammenarbeit (III.2.f).
- koordinieren die integrierte Versorgung von chronisch kranken alten Menschen in der Primärversorgung (III.3.e).
- wirken an Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie -verbesserung und der Weiterentwicklung wissenschaftlich gesicherter einrichtungsspezifischer Konzepte mit (IV.1.b).
- überprüfen regelmäßig die eigene pflegerische Praxis durch kritische Reflexionen und Evaluation im Hinblick auf Ergebnis- und Patientenorientierung und ziehen Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung der Pflegequalität (IV.1.d).
- kennen den Einfluss gesamtgesellschaftlicher Veränderungen, ökonomischer Anforderungen sowie epidemiologischer und demografischer Entwicklungen auf die Versorgungsstrukturen (IV.2.b).

<table>
<tr><td colspan="2">

- wirken an der Umsetzung von Konzepten und Leitlinien zur ökonomischen und ökologischen Gestaltung der Einrichtung mit (IV.2.e).
- reflektieren die Bedeutung ihres Berufs im Kontext von gesellschaftlichen, soziodemografischen und ökonomischen Veränderungen (V.1.b).
- handeln auf der Grundlage pflege- und bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse bezogen auf die Pflege von alten Menschen und reflektieren und bewerten ihr Pflegehandeln hinsichtlich möglicher Verbesserungen (V.1.c).
- nehmen drohende Über- oder Unterforderungen frühzeitig wahr, erkennen die notwendigen Veränderungen am Arbeitsplatz und/oder des eigenen Kompetenzprofils und leiten daraus entsprechende Handlungsinitiativen ab (V.2.b).
- setzen Strategien zur Kompensation und Bewältigung unvermeidbarer beruflicher Belastungen gezielt ein und nehmen Unterstützungsangebote frühzeitig wahr oder fordern diese aktiv ein (V.2.c)

</td></tr>
<tr><td colspan="2">Inhalte/Situationsmerkmale</td></tr>
<tr><td>Handlungsanlässe</td><td>

- Pflegebedarfe alter Menschen und deren Bezugspersonen in kritischen Lebenssituationen ausgelöst durch chronische oder onkologische Erkrankungen
- Pflegebedarfe alter sterbender Menschen bzw. alter Menschen in der letzten Lebensphase und deren Bezugspersonen
- gesundheits-, alters- und entwicklungsbedingte Bearbeitungs- bzw. Bewältigungsphänomene, Veränderungspotenziale, Widerstandsfaktoren, Umstellung von Lebensplänen
- Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Hospizdiensten
- Pflegediagnosen im Zusammenhang mit kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase
  - Hoffnungslosigkeit/Sinnkrise
  - Abschiednehmen
  - Nahrungsabbruch/Therapieabbruch
  - Non-Compliance
  - beeinträchtigte Familienprozesse
  - Entscheidungskonflikt
  - beeinträchtigte Religiosität/Sinnfindung
  - Rollenüberlastung der pflegenden Bezugsperson

</td></tr>
<tr><td>Kontextbedingungen</td><td>

- ambulante und stationäre Palliativ- und Hospizversorgung
- institutionelle und gesellschaftliche Bedingungen: Patientenverfügung, Sterbehilfe, palliative Versorgung, gesellschaftlicher Umgang mit kritischen Lebenssituationen und Begleitung in der letzten Lebensphase

</td></tr>
</table>

Ausgewählte Akteure	• Auszubildende • alte Menschen und deren Bezugspersonen • Angehörige anderer Gesundheitsberufe, der Seelsorge und des Bestattungswesens im Kontext kritischer Lebenssituationen, der letzten Lebensphase und des Todes
Erleben/ Deuten/ Verarbeiten	*Auszubildende* • belastende Gefühle, insbesondere Hilflosigkeit, Unsicherheit, Angst, Sprachlosigkeit • Haltungen, insbesondere Mitgefühl/Mitleid, Helfen-Wollen und nicht Können, Abgrenzung, Sinnfragen *Zu pflegende Menschen und ihre Bezugspersonen* • belastende Gefühle, insbesondere Angst, Phasen der Trauer, Verlust, Wut, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Aggressionen, Scham, Ambivalenz, Grenzerfahrung, Verleugnung, Machtlosigkeit, Leiden, Erlösung erhoffen • Erwartungen an Pflege und Therapie
Handlungsmuster	• vertiefend: Feststellung von Pflegebedarfen und kreative, individuelle und lebensqualitätserhaltende Steuerung, Gestaltung und Evaluation des Pflegeprozesses mit alten Menschen und ihren Bezugspersonen, die von kritischen Lebenssituationen betroffen sind unter Einbezug sozialer, ethischer, psychischer und spiritueller Aspekte, d. h. o Ausrichten des Pflegehandelns an aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen/am Palliative Care Konzept o Ausrichten des pflegerischen Handelns an Konzepten zur kultursensiblen Pflege o Einbezug von Leitlinien und Standards zur Versorgung chronisch und onkologisch erkrankter alter Menschen o ggf. Integration komplementärer Heilmethoden in die Pflege • Beratung, Schulung und Unterstützung von alten Menschen in kritischen Lebenssituationen bei der individuellen Auseinandersetzung mit den Veränderungen sowie bei der Erhaltung und Stärkung der eigenständigen Lebensführung sowie der Familiengesundheit und bei der Sinnfindung • Anleitung, Beratung und Unterstützung von Bezugspersonen und freiwillig Engagierten • sterbende alte Menschen und deren Bezugspersonen im Sterbeprozess begleiten, d. h. o würdevolle Pflegeprozessgestaltung in der letzten Lebensphase alter Menschen o eigenständige Durchführung von Interventionen in der letzten Lebensphase, die auf ärztlichen Anordnungen beruhen

	○ personen- und situationsbezogene Kommunikation und Interaktion mit alten zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen in der letzten Lebensphase, z. B. Mitteilung einer Todesnachricht ○ würdevolle Versorgung verstorbener alter Menschen und Gestaltung von Situationen des Abschiednehmens (auch im Team) ○ interprofessionelle Zusammenarbeit im Hospiz • Mitgestaltung von Entscheidungsfindungsprozessen unter Anwendung von Modellen ethischer Entscheidungsfindung und rechtlichen Aspekten, z. B. in Bezug auf Medikamentengabe, Ernährungs- und Flüssigkeitsbedarf in der letzten Lebensphase, Sterbebegleitung • Organisation des qualifikationsheterogenen Pflegeteams im Hospiz • Kontinuität der palliativen Versorgung an Schnittstellen sichern • Reflexion der Qualität der pflegerischen Leistungen und der Versorgung in Hospizdiensten • Verwendung digitaler Begleiter/Smart Home Technik • Analyse von Versorgungskontexten und Systemzusammenhängen in der palliativen Pflege und im Hospiz • Beachtung ökonomischer und ökologischer Prinzipien • Durchführung von Fallbesprechungen • Wahrnehmung von Angeboten der kollegialen Beratung
Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen • Entstehung und Bedeutung von Disease-Management-Programmen • Gegenüberstellung und Reflexion palliativer Handlungsfelder, Reflexion der Versorgungsrealität • Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich Palliative Car	
Anregungen für das Lernen in simulativen 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.** • Alte Menschen, die von einer chronischen Krankheit betroffen sind, interviewen – mit besonderem Augenmerk auf die erste Konfrontation damit und auf Bearbeitungs-/Bewältigungsstrategien; Pflegebedarf ermitteln und Pflegeprozess gestalten • Pflegesituationen mit sterbenden alten Menschen beobachten: Wie gehen Pflegepersonen damit um? Wie wird im Team darüber gesprochen? Wie werden Aushandlungsprozesse gestaltet? • Pflegesituationen mit sterbenden alten Menschen gestalten und Erfahrungen reflektieren	

Didaktischer Kommentar

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

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

CE 09 Menschen bei der Lebensgestaltung lebensweltorientiert unterstüzen

CE 09	Menschen bei der Lebensgestaltung lebensweltorientiert unterstützen	Anlagen 1 und 2 PflAPrV
1./2. Ausbildungsdrittel		**Zeitrichtwert: 150 Stunden**
3. Ausbildungsdrittel		**Zeitrichtwert: 50 Stunden**

Intentionen und Relevanz

Über die gesamte Lebensspanne sind Menschen zu einer individuellen und selbstbestimmten Gestaltung ihres Lebens aufgefordert. Die Individualität von Lebenswelten findet ihren Ausdruck in individuellen Lebensentwürfen und in einer individuellen Lebensgestaltung, die in einem hohen Maße von der persönlichen Lebensgeschichte bestimmt wird. Diese ist wiederum in historische, gesellschaftliche und kulturelle Gesamtzusammenhänge eingebunden und ohne diese nicht zu verstehen.

In der Folge unterschiedlicher entwicklungsbedingter, funktionaler und/oder gesundheitsbedingter Herausforderungen erleben und erleiden Menschen Veränderungen oder gar Zusammenbrüche ihrer filigranen Lebenswelten vielfach dann, wenn bislang bewährte Kompensationsmechanismen ausfallen. Lebenskrisen wie Pflegebedürftigkeit beeinflussen den Wissenserwerb, die soziale Integration, das Erleben von Solidarität und die Entwicklung personaler Identität. Vor diesem Hintergrund stellen auch ein Wechsel oder notwendige Umgestaltungen des Wohnraumes und Wohnumfeldes bedeutsame Zäsuren dar, in deren Folge Teile der individuellen Lebenswelt zusammenbrechen können und neu gestaltet werden müssen. Ebenso müssen pflegende Bezugspersonen die eigenen Lebensentwürfe und die ihres Familiensystems neu ausrichten und situativ anpassen. Biografisch gewachsene Familiendynamiken verändern sich prozesshaft durch den Eintritt von Pflegebedürftigkeit.

Diese curriculare Einheit fokussiert solche Lebenssituationen, in denen beruflich Pflegende die zu pflegenden Menschen und ihre Bezugspersonen bei der Bewältigung von Entwicklungsherausforderungen begleiten, unterstützen und beraten, um eine individuelle Lebensgestaltung zu ermöglichen. Die Anerkennung individueller Lebenswelten erfordert von den beruflich Pflegenden die Anknüpfung an die individuelle Lebensgeschichte, die Berücksichtigung der Selbsteinschätzung der Lebenssituation durch die zu pflegenden Menschen als Grundlage für eine Pflegepraxis, die sich an den individuellen Bedeutungszusammenhängen der zu Pflegenden orientiert und deren Selbstbestimmung respektiert. Pflegerische Beziehungsgestaltung und Aushandlungsprozesse sind durch die Einbindung der primären und sekundären sozialen Netze komplex und anspruchsvoll. Nicht selten stehen der stützenden und schützenden Funktion, insbesondere durch die primären sozialen Netze, Belastungen, Überlastungen und Rollenkonflikte der pflegenden Bezugspersonen gegenüber. Sie resultieren u. a. aus einer Rollenumkehr gegenüber Eltern und Schwiegereltern und in der Sandwich-Generation aus den vielfältigen Ansprüchen aus Kindererziehung, Familie, Beruf und Pflege. Der Eintritt von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit in Paarbeziehungen geht ebenfalls mit Herausforderungen einher, die eine Neuausrichtung der gemeinsamen Lebensentwürfe und Lebensgestaltung erfordern. Eine gelingende Balance zwischen den

Ressourcen und positiven Wirkungen von sozialen Netzen einerseits und dem Belastungserleben und den Überforderungen andererseits ist entscheidend für eine tragfähige, langfristige und stabile familiale Pflegesituation und für den Gesundheitszustand und das Wohlbefinden des gesamten Familiensystems.

In den ersten beiden Ausbildungsdritteln steht vor allem eine lebensweltorientierte Pflegeprozessgestaltung mit dem zu pflegenden Menschen unter Berücksichtigung seines familialen Umfeldes im Fokus. Schwerpunkte des letzten Ausbildungsdrittels sind darüber hinaus das Unterstützungspotenzial durch Bezugspersonen und primäre sowie sekundäre soziale Netze. Dies erfordert eine Orientierung am Sozialraum und an den wichtigen Einrichtungen und Diensten, die Beratung und Unterstützung anbieten, um möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben im vertrauten und gewohnten Umfeld weiterzuführen. Für Angehörige der Pflegeberufe eröffnen sich hier - etwa in der Pflegeberatung - neue Handlungsfelder.

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

Bildungsziele

1./2. Ausbildungsdrittel

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

3. Ausbildungsdrittel

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

Kompetenzen - Anlage 1 PflAPrV

Die Auszubildenden

- integrieren in ihr Pflegehandeln lebensweltorientierte Angebote zur Auseinandersetzung mit und Bewältigung von Pflegebedürftigkeit und ihren Folgen (I.1 g).
- erheben soziale und biografische Informationen des zu pflegenden Menschen und seines familiären Umfeldes und identifizieren Ressourcen in der Lebens- und Entwicklungsgestaltung (I.5.a).
- nutzen Angebote für Menschen verschiedener Altersgruppen zur sinnstiftenden Aktivität, zur kulturellen Teilhabe, zum Lernen und Spielen und fördern damit die Lebensqualität und die umfassende Entwicklung in der Lebensspanne (I.5.b).
- berücksichtigen bei der Planung und Gestaltung von Alltagsaktivitäten die Bedürfnisse und Erwartungen, die kulturellen und religiösen Kontexte sowie die Lebens- und Entwicklungsphase der zu pflegenden Menschen (I.5.c).

- identifizieren die Potenziale freiwilligen Engagements in verschiedenen Versorgungskontexten (I.5.d).
- wahren das Selbstbestimmungsrecht des zu pflegenden Menschen, insbesondere auch, wenn dieser in seiner Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt ist (I.6.a).
- verfügen über grundlegendes Wissen zu familiären Systemen und sozialen Netzwerken und schätzen deren Bedeutung für eine gelingende Zusammenarbeit mit dem professionellen Pflegesystem ein (I.6.d).
- bauen kurz- und langfristige Beziehungen mit Menschen unterschiedlicher Altersphasen und ihren Bezugspersonen auf und beachten dabei die Grundprinzipien von Empathie, Wertschätzung, Achtsamkeit und Kongruenz (II.1.b).
- erkennen grundlegende, insbesondere gesundheits-, alters- oder kulturbedingte Kommunikationsbarrieren und setzen unterstützende Maßnahmen ein, um diese zu überbrücken (II.1.e).
- beteiligen sich an der Organisation pflegerischer Arbeit (III.1.d).
- beteiligen sich an einer effektiven interdisziplinären Zusammenarbeit in der Versorgung und Behandlung und nehmen Probleme an institutionellen Schnittstellen wahr (III.3.a).
- verfügen über grundlegendes Wissen zu rechtlichen Zuständigkeiten und unterschiedlichen Abrechnungssystemen für stationäre, teilstationäre und ambulante Pflegesektoren (IV.2.d).
- begründen und reflektieren das Pflegehandeln kontinuierlich auf der Basis von ausgewählten zentralen pflege- und bezugswissenschaftlichen Theorien, Konzepten, Modellen und evidenzbasierten Studien (V.1.c).
- verstehen die Zusammenhänge zwischen den gesellschaftlichen, soziodemografischen und ökonomischen Veränderungen und der Berufsentwicklung (V.2.f).

Kompetenzen - Anlage 2 PflAPrV

Die Auszubildenden

- entwickeln mit Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen und dem sozialen Netz altersentsprechende lebensweltorientierte Angebote zur Auseinandersetzung mit und Bewältigung von Pflegebedürftigkeit und ihren Folgen (I.1.g).
- erheben soziale, familiale und biografische Informationen sowie Unterstützungsmöglichkeiten durch Bezugspersonen und soziale Netzwerke bei Menschen aller Altersstufen und identifizieren Ressourcen und Herausforderungen in der Lebens- und Entwicklungsgestaltung (I.5.a).
- entwickeln gemeinsam mit Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen Angebote zur sinnstiftenden Aktivität, zur kulturellen Teilhabe, zum Lernen und Spielen und fördern damit die Lebensqualität und die soziale Integration (I.5.b).
- berücksichtigen bei der Planung und Gestaltung von Alltagsaktivitäten die diversen Bedürfnisse und Erwartungen, die kulturellen und religiösen Kontexte, die sozialen Lagen, die Entwicklungsphase und Entwicklungsaufgaben von Menschen aller Altersstufen (I.5.c).
- beziehen freiwillig Engagierte zur Unterstützung und Bereicherung der Lebensgestaltung in die Versorgungsprozesse von Menschen aller Altersstufen ein (I.5.d).

- fördern und gestalten die Koordination und Zusammenarbeit zwischen familialen Systemen sowie den sozialen Netzwerken und den professionellen Pflegesystemen in der pflegerischen Versorgung von Menschen aller Altersstufen (I.6.d).
- stimmen die Interaktion sowie die Gestaltung des Pflegeprozesses auf den individuellen Entwicklungsstand der zu pflegenden Menschen aller Altersstufen ab und unterstützen entwicklungsbedingte Formen der Krankheitsbewältigung (I.6.e).
- gestalten kurz- und langfristige professionelle Beziehungen mit Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen, die auch bei divergierenden Sichtweisen oder Zielsetzungen und schwer nachvollziehbaren Verhaltensweisen von Empathie, Wertschätzung, Achtsamkeit und Kongruenz gekennzeichnet sind (II.1.b).
- erkennen Kommunikationsbarrieren bei zu pflegenden Menschen aller Altersstufen, insbesondere bei spezifischen Gesundheitsstörungen oder Formen von Behinderungen, und setzen unterstützende und kompensierende Maßnahmen ein, um diese zu überbrücken (II.1.e).
- fördern und unterstützen Menschen aller Altersstufen bei der Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung über das eigene Leben, auch unter Abwägung konkurrierender ethischer Prinzipien (II.3.b).
- stimmen ihr Pflegehandeln zur Gewährleistung klientenorientierter komplexer Pflegeprozesse im qualifikationsheterogenen Pflegeteam ab und koordinieren die Pflege von Menschen aller Altersstufen unter Berücksichtigung der jeweiligen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche in unterschiedlichen Versorgungsformen (III.1.a).
- delegieren unter Berücksichtigung weiterer rechtlicher Bestimmungen ausgewählte Maßnahmen an Personen anderer Qualifikationsniveaus und überwachen die Durchführungsqualität (III.1.b).
- beraten Teammitglieder kollegial bei pflegefachlichen Fragestellungen und unterstützen sie bei der Übernahme und Ausgestaltung ihres jeweiligen Verantwortungs- und Aufgabenbereiches (III.1.c).
- beteiligen sich im Team an der Einarbeitung neuer Kolleg*innen und leiten Auszubildende, Praktikant*innen sowie freiwillig Engagierte in unterschiedlichen Versorgungssettings an (III.1.d).
- übernehmen Mitverantwortung für die Organisation und Gestaltung der gemeinsamen Arbeitsprozesse (III.1.e).
- übernehmen Mitverantwortung in der interdisziplinären Versorgung und Behandlung von Menschen aller Altersstufen und unterstützen die Kontinuität an interdisziplinären und institutionellen Schnittstellen (III.3.a).
- bewerten den Beitrag der eigenen Berufsgruppe zur Qualitätsentwicklung und -sicherung und erfüllen die anfallenden Dokumentationsverpflichtungen auch im Kontext von interner und externer Kontrolle und Aufsicht (IV.1.c).
- begründen und reflektieren das Pflegehandeln kontinuierlich auf der Basis von vielfältigen oder spezifischen pflegewissenschaftlichen und bezugswissenschaftlichen evidenzbasierten Studienergebnissen, Theorien, Konzepten und Modellen (V.1.c).
- vertreten die Notwendigkeit, die Wissensgrundlagen des eigenen Handelns kontinuierlich zu überprüfen und gegebenenfalls zu verändern (V.2.a).

Inhalte/Situationsmerkmale	
Handlungsanlässe	1./2. Ausbildungsdrittel • (junge) erwachsene Menschen mit Unterstützungsbedarf in der Lebensgestaltung aufgrund gesundheitsbedingter und/oder funktionaler Veränderungen, z. B. Erkrankungsfolgen des Kreislaufsystems oder neurodegenerativer Veränderungen, Unfallfolgen • Eintritt von Pflegebedürftigkeit durch: Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und Funktionseinschränkungen, z. B. in der Mobilität, in den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, in der Wahrnehmung, in den Verhaltensweisen und in der psychischen Situation, in der Selbstversorgung, im Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen, in der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte, in der Gestaltung außerhäuslicher Aktivitäten und in der Haushaltsführung • Wegfall sozialer Netzwerke und sozialer Ressourcen, soziale Isolation, Vereinsamungsgefahr • Veränderungen/Wechsel des Wohnraumes und Wohnumfeldes als Zäsur der individuellen Lebenswelt 3. Ausbildungsdrittel • Unterstützungsbedarf von Bezugspersonen und sozialen Netzen in der Bewältigung und Gestaltung von Lebens- und Pflegesituationen • Beratungsbedarf bei Überlastungsphänomen pflegender Bezugspersonen und des Familiensystems • Gefahr der sozialen Isolation des Familiensystems in der Lebenswelt/im Quartier, im Sozialraum • Unterstützungsbedarf bei der Wohnraumgestaltung und beim Wechsel der Wohnformen • Notwendigkeit der Zusammenarbeit mit Laien
Kontextbedingungen	1./2. Ausbildungsdrittel • Gesellschaftliche Entwicklungen, die Lebensverläufe und Gesundheitsverläufe beeinflussen (Verhaltens- und Verhältnisprävention): Technisierung, Digitalisierung, Überfluss, Armut, Nahrungsmittelverfügbarkeit, Entgrenzung von Arbeit, kulturelle und religiöse Vielfalt • Wohnraum und Wohnumfeld, stationäre und ambulante Versorgungskontexte mit ihren Schnittstellen • rechtliche Zuständigkeiten und Abrechnungssysteme für verschiedene Pflegesektoren • Möglichkeiten sozialer Vernetzung; besondere Netzwerke von Menschen mit LSBTI-Identitäten • lebensaltersentsprechende, entwicklungsgerechte und diversitätssensible Wohnraum und Umgebungsgestaltung

	3. Ausbildungsdrittel • Sozialraum, Quartier, Kommune, ländlicher und städtischer Raum • (Pflege-)unterstützende Einrichtungen des Sozialraumes, z. B. Pflegestützpunkte, Pflegeberatung, Freiwilligendienste, Lotsensysteme • alternative Wohnformen für Menschen unterschiedlicher Altersstufen • rechtliche Grundlagen, finanzielle Förderung und Kostenträger der Wohnberatung • sozialrechtliche Grundlagen der Pflegeberatung (SGB XI) • interne und externe Qualitätssicherung, z. B. Heimaufsicht, MDK
Ausgewählte Akteure	1./2. Ausbildungsdrittel • zu pflegende Menschen ab dem jungen Erwachsenenalter bis zum höheren Lebensalter und mit unterschiedlicher sexueller und geschlechtlicher Identität • Bezugspersonen • intraprofessionelles Pflegeteam (Qualifikationsmix) 3. Ausbildungsdrittel • Familie, Bezugspersonen, primäre und sekundäre Netzwerke, Wahlfamilien von LSBTI, freiwillig Engagierte • intra- und interdisziplinäres Team
Erleben/ Deuten/ Verarbeiten	1./2. Ausbildungsdrittel *Auszubildende* Erleben von • Irritation, Ungewissheit • Stress und Zeitdruck • Nähe und Distanz • unterschiedlichen Lebensentwürfen • unterschiedlichen Werten und Normen • Frustrationsgrenzen und Gewalttendenzen • Ablehnung, Vereinnahmung • Homophobie und (unbewusste) Heteronormativität • unbegründete Ängste vor Selbstinfektion (HIV-pos. Menschen)

	Zu pflegender Mensch • Entwicklungsaufgaben in der Bewältigung von Entwicklungskrisen • Umgang mit Entwicklungsstörungen • Erleben von Pflegebedürftigkeit • Erleben eines veränderten Zeitbewusstseins • Erleben von Verlust im Allgemeinen und von sozialen Kontakten im Besonderen • Diskriminierungserfahrungen, Minderheitenstress und Stigma-Management von LSBTI *Familiensystem* • Auswirkungen von Entwicklungsrisiken, Entwicklungskrisen und des Eintritts von Pflegebedürftigkeit auf das Familiensystem und auf die Entwicklung anderer Familienmitglieder 3. Ausbildungsdrittel *Familiensystem* • Belastungserleben, Copingstrategien, Sinn- und Unterstützungserleben pflegender Bezugspersonen, Pflegebereitschaft • Belastung durch mangelnde Information, unklare Zuständigkeiten und durch Erfahrungen mit Pflegediensten • Rollenkonflikte: intergenerationell, in der Paarbeziehung, Generationskonflikt (Kinder pflegen Eltern) • Erleben der Unterstützung durch freiwillig Engagierte vonseiten der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen *Freiwillig Engagierte* • Motive und Erwartungen im Pflegekontext, z. B. helfen zu dürfen und zu wollen, eigene Sinnstiftung • Erleben der Zusammenarbeit mit Hauptamtlichen *Beruflich Pflegende* • Rollenveränderungen und Verlusterleben durch den Qualifikationsmix mit überschneidenden Zuständigkeiten und den Einsatz von freiwillig Engagierten

Handlungsmuster	1./2. Ausbildungsdrittel • diversitätssensible Biografiearbeit • Beobachtungen und Gespräche zur Aufschlüsselung lebensgeschichtlich bedeutsamer Verhaltensweisen • Erzählungen und Erinnerungen anregen („narrative Kultur“) • sprachlich-prozedurale und leiblich-affektive Interaktion mit dementiell veränderten Menschen • Pflegevisiten (unter Einbeziehung der Angehörigen und Bezugspersonen) • Beratungsmethoden zur Einschätzung der Situation durch die zu pflegenden Menschen (und ihre Angehörigen), zum Ausloten ihrer potenziellen Handlungsmöglichkeiten oder -barrieren • lebensweltlich orientierte Pflegedokumentation (Dokumentation eigener Perspektiven durch die zu pflegenden Menschen und ihre Bezugspersonen) • Erkennen und Verstehen biografisch bedingter unterschiedlicher Lebensentwürfe und unterschiedlicher Lebensgestaltung, subjektiver Krankheits- und Gesundheitsüberzeugungen sowie der darin vorhandenen Ressourcen • lebensweltlich orientierte Möglichkeiten sinnstiftender Aktivität für Menschen unterschiedlicher Altersstufen und kultureller Herkunft • Erfassen bedeutsamer Orientierungsmuster, elementarer Bedürfnisse und eingenommener Haltungen bei Aufnahme in eine Einrichtung oder beim Aufsuchen in der eigenen Häuslichkeit 3. Ausbildungsdrittel • Einschätzung der Pflegebereitschaft und Pflegekompetenzen von Bezugspersonen, in der Nachbarschaftshilfe und im Freiwilligenengagement sowie von Ressourcen und Belastungen • Koordination im Pflegeprozess mit einem qualifikationsheterogenen Team • Schulung zu ausgewählten Pflegeinterventionen und -techniken • Beratung über technische Hilfsmittel und digitale Assistenzsysteme zur Unterstützung der Kommunikation und Umfeldkontrolle • Information über Einrichtungen und Dienste sowie digitale Netzwerke im Sozialraum • Information über Angebote und Leistungsansprüche für pflegende Angehörige, zur Pflegeberatung, zu entlastenden Diensten, z. B. zur Nachbarschaftshilfe, zu Freiwilligendiensten und zu Angeboten für das eigene Wohlbefinden • Analyse von Familienkonflikten im Pflegekontext • (interdisziplinäre) Fallbesprechungen, um unterschiedlichen Dimensionen der Lebenswelt Rechnung zu tragen • Beratung, Begleitung und Unterstützung an institutionellen Schnittstellen und beim Wechsel des Versorgungskontextes

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

1./2. Ausbildungsdrittel

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

3. Ausbildungsdrittel

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

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

1./2. Ausbildungsdrittel

- Szenisches Spiel zur Identifizierung von Interaktionsdimensionen und Interaktionsformen in der Interaktion mit dementiell veränderten Menschen
- Simulation eines Informationsgespräches über Fragen im Zusammenhang mit der Feststellung von Pflegebedürftigkeit
- Simulation eines Beratungsgespräches für pflegende Bezugspersonen
- Simulation eines Erstbesuches in der häuslichen Umgebung des pflegenden Menschen

3. Ausbildungsdrittel

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

Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben- z. B.

1./2. Ausbildungsdrittel

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

3. Ausbildungsdrittel

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

Didaktischer Kommentar

1./2. Ausbildungsdrittel

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

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

3. Ausbildungsdrittel

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

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

CE 09 Alte Menschen bei der Lebensgestaltung lebensweltorientiert unterstützen

CE 09	Alte Menschen bei der Lebensgestaltung lebensweltorientiert unterstützen	Anlage 4 PflAPrV
3. Ausbildungsdrittel		**Zeitrichtwert: 110 Stunden**

Intentionen und Relevanz

Diese curriculare Einheit schließt an die korrespondierende curriculare Einheit aus der generalistischen Ausbildungsphase der ersten beiden Ausbildungsdrittel an. Der Schwerpunkt im letzten Ausbildungsdrittel liegt für die Auszubildenden, die sich für einen Abschluss als Altenpflegerin/Altenpfleger entschieden haben, in der lebensweltorientierten Begleitung und Unterstützung von älteren Menschen in ihrer Lebensgestaltung. Ältere Menschen müssen in besonderer Weise aufgrund entwicklungsbedingter, funktionaler und/oder gesundheitsbedingter Herausforderungen und sozialer Veränderungen ihre Lebensentwürfe wiederholt neu ausrichten und situativ anpassen, wobei sich hier auch neue Möglichkeiten der sozialen Integration und der Sinnfindung eröffnen.

Während in den ersten beiden Ausbildungsdritteln vor allem eine lebensweltorientierte Pflegeprozessgestaltung mit dem zu pflegenden älteren Menschen unter Berücksichtigung seines familialen Umfeldes im Fokus stand, werden in den Schwerpunkten des letzten Ausbildungsdrittels darüber hinaus das Unterstützungspotenzial durch Bezugspersonen und primäre sowie sekundäre soziale Netze in den Blick genommen. Dies erfordert eine Orientierung am Sozialraum und an den wichtigen Einrichtungen und Diensten, die Beratung und Unterstützung anbieten, um möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben im vertrauten und gewohnten Umfeld weiterzuführen. Für Angehörige der Pflegeberufe eröffnen sich hier - etwa in der Pflegeberatung - neue Handlungsfelder.

Bildungsziele

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

Kompetenzen - Anlage 4 PflAPrV

Die Auszubildenden

- entwickeln mit alten Menschen, ihren Bezugspersonen und dem sozialen Netz altersentsprechende lebensweltorientierte Angebote zur Auseinandersetzung mit und Bewältigung von Pflegebedürftigkeit und ihren Folgen (I.1.g).
- erheben soziale, familiale und biografische Informationen sowie Unterstützungsmöglichkeiten durch Bezugspersonen und soziale Netzwerke bei alten Menschen und identifizieren Ressourcen und Herausforderungen in der Lebens- und Entwicklungsgestaltung (I.5.a).
- entwickeln gemeinsam mit alten Menschen mögliche Angebote zur sozialen und kulturellen Teilhabe und unterstützen diese (I.5.b).

- berücksichtigen bei der Planung und Gestaltung von Alltagsaktivitäten die Bedürfnisse und Erwartungen, die kulturellen Kontexte sowie die sozialen Lagen und die Entwicklungsphase von alten Menschen (I.5.c).
- beziehen freiwillig Engagierte zur Unterstützung und Bereicherung der Lebensgestaltung in die Versorgungsprozesse von alten Menschen ein (I.5.d).
- fördern und gestalten die Zusammenarbeit zwischen familialen Systemen sowie den sozialen Netzwerken und den professionellen Pflegesystemen in der pflegerischen Versorgung von alten Menschen (I.6.d).
- stimmen die Zusammenarbeit der Beteiligten sowie die Gestaltung des Pflegeprozesses auf den individuellen Entwicklungsstand des zu pflegenden alten Menschen ab und unterstützen entwicklungsbedingte Formen der Krankheitsbewältigung (I.6.e).
- nutzen Empathie, Wertschätzung, Akzeptanz und Kongruenz für eine professionelle Beziehungsgestaltung und Kommunikation mit alten Menschen (II.1.c).
- erkennen Kommunikationsbarrieren, insbesondere bei spezifischen Gesundheitsstörungen oder Formen von Behinderungen im Alter, und setzen unterstützende und kompensierende Maßnahmen ein, um diese zu überbrücken (II.1.e).
- fördern und unterstützen alte Menschen bei der Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung über das eigene Leben, auch unter Abwägung konkurrierender ethischer Prinzipien (II.3.b).
- stimmen ihr Pflegehandeln zur Gewährleistung klientenorientierter komplexer Pflegeprozesse im qualifikationsheterogenen Pflegeteam ab und koordinieren die Pflege von alten Menschen unter Berücksichtigung der jeweiligen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche, insbesondere in stationären Langzeitversorgung und ambulanten Pflege (III.1.a).
- delegieren unter Berücksichtigung weiterer rechtlicher Bestimmungen ausgewählte Maßnahmen an Personen anderer Qualifikationsniveaus und überwachen die Durchführungsqualität (III.1.b).
- beraten Teammitglieder kollegial bei pflegefachlichen Fragestellungen und unterstützen sie bei der Übernahme und Ausgestaltung ihres jeweiligen Verantwortungs- und Aufgabenbereiches (III.1.c).
- beteiligen sich im Team an der Einarbeitung neuer Kolleg*innen und leiten Auszubildende, Praktikant*innen sowie freiwillig Engagierte in unterschiedlichen Versorgungssettings an (III.1.d).
- reflektieren ihre eigene Rolle in der Zusammenarbeit und wenden das Wissen über erfolgreiche Teamarbeit an (III.1.f).
- übernehmen Mitverantwortung in der interdisziplinären Versorgung und Behandlung von alten Menschen und unterstützen die Kontinuität an interdisziplinären und institutionellen Schnittstellen (III.3.a).
- beachten den Beitrag der eigenen Berufsgruppe zur Qualitätsentwicklung und -sicherung und erfüllen die anfallenden Dokumentationsverpflichtungen auch im Kontext von interner und externer Kontrolle und Aufsicht (IV.1.c).
- handeln auf der Grundlage pflege- und bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse bezogen auf die Pflege von alten Menschen und reflektieren und bewerten ihr Pflegehandeln hinsichtlich möglicher Verbesserungen (V.1.c).

• bewerten das lebenslange Lernen als ein Element der persönlichen und beruflichen Weiterentwicklung und übernehmen Eigeninitiative und Verantwortung für das eigene Lernen (V.2.a).	
Inhalte/Situationsmerkmale	
Handlungsanlässe	• Unterstützungsbedarf von Bezugspersonen und sozialen Netzen in der Bewältigung und Gestaltung von Lebens- und Pflegesituationen alter Menschen • Beratungsbedarf bei Überlastungsphänomenen pflegender Bezugspersonen und des Familiensystems • Gefahr der sozialen Isolation des Familiensystems in der Lebenswelt/im Quartier • Unterstützungsbedarf bei der Wohnraumgestaltung und beim Wechsel der Wohnformen • Notwendigkeit der Zusammenarbeit mit Laien
Kontextbedingungen	• Sozialraum, Quartier, Kommune, ländlicher und städtischer Raum • (Pflege-)unterstützende Einrichtungen des Sozialraumes, z. B. Pflegestützpunkte, Pflegeberatung, Freiwilligendienste, Lotsensysteme • alternative Wohnformen für alte Menschen • rechtliche Grundlagen, finanzielle Förderung und Kostenträger der Wohnberatung • sozialrechtliche Grundlagen der Pflegeberatung (SGB XI) • interne und externe Qualitätssicherung, z. B. Heimaufsicht, MDK
Ausgewählte Akteure	• zu pflegende alte Menschen • Familie, Bezugspersonen, primäre und sekundäre Netzwerke, Wahlfamilien von LSBTI, freiwillig Engagierte • intra- und interdisziplinäres Team
Erleben/ Deuten/ Verarbeiten	*zu pflegende alte Menschen* • Erleben von veränderten Rollen und Rollenumkehr (Eltern werden von ihren Kindern gepflegt) *Familiensystem* • Belastungserleben, Copingstrategien, Sinn- und Unterstützungserleben pflegender Bezugspersonen, Pflegebereitschaft • Belastung durch mangelnde Information, unklare Zuständigkeiten und durch Erfahrungen mit Pflegediensten • Rollenkonflikte: intergenerationell, in der Paarbeziehung, Generationskonflikt (Kinder pflegen Eltern) • Erleben der Unterstützung durch freiwillig Engagierte vonseiten der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen

	Freiwillig Engagierte • Motive und Erwartungen im Pflegekontext, z. B. helfen zu dürfen und zu wollen, eigene Sinnstiftung • Erleben der Zusammenarbeit mit Hauptamtlichen *Beruflich Pflegende* • Rollenveränderungen und Verlusterleben durch den Qualifikationsmix mit überschneidenden Zuständigkeiten und durch den Einsatz von freiwillig Engagierten
Handlungsmuster	• Einschätzung von Dependenzpflegekompetenzen, Ressourcen und Belastungen • Koordination im Pflegeprozess mit einem qualifikationsheterogenen Team • Schulung zu ausgewählten Pflegeinterventionen und -techniken • Beratung über technische Hilfsmittel und digitale Assistenzsysteme zur Unterstützung der Kommunikation und Umfeldkontrolle • Information über Einrichtungen, Dienste und digitale Netzwerke im Sozialraum • Information über Angebote und Leistungsansprüche für pflegende Bezugspersonen, zur Pflegeberatung, zu entlastenden Diensten, z. B. zur Nachbarschaftshilfe, zu Freiwilligendiensten und zu Angeboten für das eigene Wohlbefinden • Analyse von Familienkonflikten im Pflegekontext • (interdisziplinäre) Fallbesprechungen, um unterschiedlichen Dimensionen der Lebenswelt Rechnung zu tragen • Beratung, Begleitung und Unterstützung an institutionellen Schnittstellen und beim Wechsel des Versorgungskontextes
Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen • Pflegebedürftigkeit: sozialrechtliche Grundlagen des SGB XI, Begriff, Begutachtungsassessment (NBA), Begutachtungsrichtlinien, Pflegegrade • Strukturmodell der Pflegedokumentation • Demenz als gesellschaftliches Phänomen • Pflege und Sorge in der Zivilgesellschaft, “Sorgende Gemeinschaften“ als gesellschaftliche Zukunftsaufgabe • Lebenslagen und gesundheitliche/pflegerische Versorgung, z. B. Lebenslagen und Zugangsverhalten, Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund, Generationenunterschiede von LSBTI • Pflegeschichte: Die Pflege als weibliche Tätigkeit und die Pflegeberufe als Frauenberufe • Pflegegeschichte: Altenpflege: vom sozialpflegerischen zum Heilberuf	

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

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

Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben - z. B.

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

Didaktischer Kommentar

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

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

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

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

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

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

CE 10	Entwicklung und Gesundheit in Kindheit und Jugend in pflegerischen Situationen fördern	Anlagen 1 und 2 PflAPrV
1./2. Ausbildungsdrittel		**Zeitrichtwert: 120 Stunden**
3. Ausbildungsdrittel		**Zeitrichtwert: 60 Stunden**

Intentionen und Relevanz

Diese curriculare Einheit bezieht sich schwerpunktmäßig auf die pflegerische Versorgung von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen sowie deren Bezugspersonen und nimmt in besonderer Weise die Entwicklungsförderung von Kindern und Jugendlichen in den Blick. Dabei folgt die curriculare Einheit zwei grundsätzlichen Intentionen, nämlich den Auszubildenden sowohl eine Orientierung über das Handlungsfeld der Pflege von Kindern und Jugendlichen zu geben und damit den Pflichteinsatz in der Pädiatrischen Versorgung vor- oder nachzubereiten, als auch das Thema der Entwicklungsförderung als Schwerpunkt für den Vertiefungseinsatz in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege während der praktischen (generalistischen) Ausbildung einzuführen.

Entwicklungsförderung und die Unterstützung von Familiensystemen erfolgen in allen Settings, in denen pädiatrische Einsätze stattfinden. Nahezu alle Einrichtungen tragen den entwicklungsbedingten Anforderungen von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen sowie den Bedarfen von Familien durch spezifische Kontextbedingungen Rechnung. Sie sind mit sozialen, kulturellen und räumlichen Besonderheiten verbunden, die die (pflegerischen) Gestaltungsspielräume wesentlich mitbestimmen.

Die subjektive Betroffenheit von Krankheit erfordert erhebliche soziale Anpassungsleistungen von Kindern und Jugendlichen sowie deren Bezugspersonen. Die situationsorientierte Unterstützung durch die professionelle Pflege muss so gestaltet werden, dass Selbstständigkeit und Selbstbestimmung entwicklungsentsprechend gewahrt und gefördert werden.

Die pflegerische Versorgung von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen ist i. d. R. durch die Anwesenheit von Eltern/Bezugspersonen gekennzeichnet und findet nahezu immer in einer Triade statt. Eine zentrale Aufgabe der beruflich Pflegenden besteht in der Förderung der Elternkompetenz durch Informationen, Beratung und Schulung. Da die Eltern/Bezugspersonen oftmals spezifische pflegerische Aufgaben bei ihren Säuglingen, Kindern und Jugendlichen übernehmen, sind bei der pflegerischen Beziehungsgestaltung auch Aushandlungsprozesse und Rollenzuweisungen erforderlich. Die Lebensgewohnheiten sowie der sozioökonomische Status der Familien beeinflussen erheblich den Umgang mit gesundheits- und entwicklungsbedingten Pflegebedarfen. Zugleich findet die Pflege von kranken Säuglingen, Kindern und Jugendlichen auch in familiären Übergangssituationen statt, die z.T. mit erheblichen Veränderungen in den Lebensentwürfen und den sozialen Systemen verbunden sind. Diese Übergangssituationen können auch darauf ausgerichtet sein, die Chronifizierung eines Krankheitsverlaufs anzunehmen und zu akzeptieren.

Die Lernsituationen in dieser curricularen Einheit sind exemplarisch an der Geburt eines Kindes (bzw. eines moderat zu früh geborenen Kindes), an den Folgen einer Neurodermatitis sowie einer Asthmaerkrankung bei Kindern und eines Diabetes mellitus Typ I bei einem Jugendlichen ausgerichtet.

Bildungsziele

1./2. Ausbildungsdrittel

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

3. Ausbildungsdrittel

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

Kompetenzen - Anlage 1 PflAPrV

Die Auszubildenden

- schätzen häufig vorkommende Pflegeanlässe und Pflegebedarfe in unterschiedlichen Lebens- und Entwicklungsphasen in akuten und dauerhaften Pflegesituationen ein (I.1.d).
- schlagen Pflegeziele vor, setzen gesicherte Pflegemaßnahmen ein und evaluieren gemeinsam die Wirksamkeit von Pflege (I.1.e).
- erheben soziale und biografische Informationen der zu Pflegenden sowie des familiären Umfeldes und identifizieren Ressourcen in der Lebens- und Entwicklungsgestaltung (I.5.a).
- verfügen über grundlegendes Wissen zu familiären Systemen und sozialen Netzwerken und schätzen deren Bedeutung für eine gelingende Zusammenarbeit mit professionellen Pflegesystemen ein (I.6.d).
- stimmen die Interaktion sowie die Gestaltung des Pflegeprozesses auf den individuellen Entwicklungsstand der zu pflegenden Menschen ab und unterstützen entwicklungsbedingte Formen der Krankheitsbewältigung (I.6.e.).
- erkennen eigene Emotionen sowie Deutungs- und Handlungsmuster in der Interaktion (II.1.a).
- bauen kurz- und langfristige Beziehungen zu den Bezugspersonen auf und beachten dabei die Grundprinzipien von Empathie, Wertschätzung Achtsamkeit und Kongruenz (II.1.b).

- informieren zu pflegende Menschen zu gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und leiten bei der Selbstpflege insbesondere Bezugspersonen und freiwillig Engagierte bei der Fremdpflege an (II.2.a).
- fordern kollegiale Beratung ein und nehmen sie an (III.1.b).
- beachten die Anforderungen der Hygiene und wenden Grundregeln der Infektionsprävention in den unterschiedlichen pflegerischen Versorgungsbereichen an (III.2.a).
- verstehen und anerkennen die Bedeutung einer wissensbasierten Pflege und die Notwendigkeit, die Wissensgrundlagen des eigenen Handels kontinuierlich zu überprüfen und gegebenenfalls zu verändern (V.1.a).
- orientieren ihr Handeln an qualitätssichernden Instrumenten, wie insbesondere evidenzbasierten Leitlinien und Standards (IV.1.b).
- begründen und reflektieren das Pflegehandeln kontinuierlich auf der Basis von ausgewählten zentralen pflege- und bezugswissenschaftlichen Theorien, Konzepten und Modellen und evidenzbasierter Studien (V.1.c).

Kompetenzen - Anlage 2 PflAPrV

Die Auszubildenden

- übernehmen Verantwortung für die Organisation, Steuerung und Gestaltung des Pflegeprozesses bei Menschen aller Altersstufen (I.1.b).
- nutzen allgemeine und spezifische Assessmentverfahren bei Menschen aller Altersstufen und beschreiben den Pflegebedarf unter Verwendung von pflegediagnostischen Prozessen (I.1.c).
- handeln die Pflegeprozessgestaltung mit den zu pflegenden Menschen aller Altersstufen und ggf. ihren Bezugspersonen aus, setzen gesicherte Pflegemaßnahmen ein und evaluieren gemeinsam die Wirksamkeit der Pflege (I.1.e).
- stärken die Kompetenzen von Angehörigen im Umgang mit pflegebedürftigen Menschen, unterstützen und fördern die Familiengesundheit (I. 2.c).
- unterstützen Familien, die sich infolge einer Frühgeburt, einer schweren chronischen Erkrankung oder einer lebenslimitierenden Erkrankung in einer Lebenskrise befinden und wirken bei der Stabilisierung des Familiensystems mit (I.3.b).
- stimmen die Interaktion sowie die Gestaltung des Pflegeprozesses auf den individuellen Entwicklungsstand der zu pflegenden Menschen aller Altersstufen ab und unterstützen entwicklungsbedingte Formen der Krankheitsbewältigung (I.6.e.).
- gestalten die Kommunikation von Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen in unterschiedlichen Pflegesituationen unter Einsatz verschiedener Interaktionsformen und balancieren das Spannungsverhältnis von Nähe und Distanz aus (II.1.c).
- reflektieren sich abzeichnende oder bestehende Konflikte in pflegerischen Versorgungssituationen und entwickeln Ansätze zur Konfliktschlichtung und -lösung, auch unter Hinzuziehung von Angeboten zur Reflexion professioneller Kommunikation (II.1.f.).
- reflektieren Phänomene der Macht und von Machtmissbrauch in pflegerischen Handlungsfeldern in der Versorgung von zu pflegenden Menschen aller Altersstufen (II.1.g).
- informieren zu komplexen gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und weitergehenden Fragen der pflegerischen Versorgung (II.2.a).

- setzen Schulungen mit Einzelpersonen und kleineren Gruppen zu pflegender Menschen um (II.2.b).
- beraten zu pflegende Menschen aller Altersstufen und ihre Bezugspersonen im Umgang mit krankheits- sowie therapie- und pflegebedingten Anforderungen und befähigen sie und ihre Bezugspersonen, ihre Gesundheitsziele in größtmöglicher Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erreichen (II.2.c).
- setzen sich für die Verwirklichung von Menschenrechten, Ethikkodizes und die Förderung der spezifischen Bedürfnisse zu pflegender Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen ein (II.3.a).
- tragen in ethischen Dilemmasituationen mit Menschen aller Altersstufen oder ihren Bezugspersonen im interprofessionellen Gespräch zur gemeinsamen Entscheidungsfindung bei (II.3.c).
- beachten umfassend die Anforderungen der Hygiene und wirken verantwortlich an der Infektionsprävention in den unterschiedlichen pflegerischen Versorgungsbereichen mit (III.2.a).
- unterstützen und begleiten zu pflegende Menschen aller Altersstufen umfassend auch bei invasiven Maßnahmen der Diagnostik und Therapie (III.2.d).
- vertreten die im Rahmen des Pflegeprozesses gewonnenen Einschätzungen zu Pflegediagnosen und erforderlichen Behandlungskonsequenzen bei Menschen aller Altersstufen in der interprofessionellen Zusammenarbeit (III.2.f).
- übernehmen Mitverantwortung in der interdisziplinären Versorgung und Behandlung von Menschen aller Altersstufen und unterstützen die Kontinuität an interdisziplinären und institutionellen Schnittstellen (III.3.a).
- bringen die pflegefachliche Sichtweise in die interprofessionelle Kommunikation ein (III.3.b).
- wirken an Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie-verbesserung mit, setzen sich für die Umsetzung evidenzbasierter und/oder interprofessioneller Leitlinien und Standards ein und leisten so einen Beitrag zur Weiterentwicklung einrichtungsspezifischer Konzepte (IV.1.b).
- überprüfen regelmäßig die eigene pflegerische Praxis durch kritische Reflexionen und Evaluation im Hinblick auf Ergebnis- und Patientenorientierung und ziehen Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung der Pflegequalität (IV.1.d).
- üben ihren Beruf im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben sowie unter Berücksichtigung ihrer ausbildungs- und berufsbezogenen Rechte und Pflichten eigenverantwortlich aus (IV.2.a).
- begründen und reflektieren das Pflegehandeln kontinuierlich auf der Basis von vielfältigen oder spezifischen pflegewissenschaftlichen und bezugswissenschaftlichen evidenzbasierten Studienergebnissen, Theorien, Konzepten und Modellen (V.1.c).
- bewerten das lebenslange Lernen als ein Element der persönlichen und beruflichen Weiterentwicklung und übernehmen Eigeninitiative und Verantwortung für das eigene Lernen und nutzen hierfür auch moderne Informations- und Kommunikationstechnologien (V.2.a).

<table>
<tr><td colspan="2">

- nehmen drohende Über- oder Unterforderungen frühzeitig wahr, erkennen die notwendigen Veränderungen am Arbeitsplatz und/oder des eigenen Kompetenzprofils und leiten daraus entsprechende Handlungsinitiativen ab (V.2.b).
- reflektieren ihre persönliche Entwicklung als professionell Pflegende und entwickeln ein eigenes Pflegeverständnis sowie ein berufliches Selbstverständnis unter Berücksichtigung berufsethischer und eigener ethischer Überzeugungen (V.2.d).

</td></tr>
<tr><td colspan="2">Inhalte/Situationsmerkmale</td></tr>
<tr><td>Hand-
lungs-
anlässe</td><td>

1./2. Ausbildungsdrittel

Pflegebedarfe im Wochenbett und in der Neugeborenenperiode

- unzureichender Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbettverlauf
- reduziertes Geburtsgewicht und Unreifezeichen (fehlende Reifezeichen) beim Neugeborenen
- Wärmeverlust, Vitalitätsschwankungen, Atemstörungen, Probleme bei der Nahrungsaufnahme und bei der Ausscheidung
- fehlender Saugreflex und Schluckstörungen beim Säugling
- unterbrochenes Stillen
- Infektionsgefahr
- Gefahr einer neonatalen Gelbsucht
- frühkindliche Regulationsstörung
- Gefahr einer Entwicklungsverzögerung

Pflegebedarfe bezogen auf die Familiensituation und Elternkompetenzen

- beeinträchtigte Elternkompetenzen
- Gefahr einer beeinträchtigten Bindung
- beeinträchtigte soziale Interaktion
- Gefahr einer beeinträchtigten Beziehung

Pflegebedarfe in späteren Lebensphasen

- großflächige Hautschädigungen, Kratzspuren, Krustenbildung und Hautblutungen
- Juckreiz und Hautläsionen
- Schlafstörungen durch Juckreiz
- Infektionsgefahr der Hautläsionen
- Gefahr einer Hyperthermie, Wärmestauungen und Unruhe
- Schmerzen, beeinträchtigtes Wohlbefinden
- Gefahr einer kognitiven und sozialen Entwicklungsverzögerung, Veränderungen im Entwicklungsverlauf, soziale Isolation

</td></tr>
</table>

	Pflegebedarfe bezogen auf die Familiensituation und Elternkompetenzen • beeinträchtigte Elternkompetenzen • Rollenüberlastung der pflegenden Bezugspersonen • elterliche Rollenkonflikte • gefährdetes familiäres Coping • Gefahr von Machtlosigkeit 3. Ausbildungsdrittel • Gefahr einer behinderten Atmung, Kurzatmigkeit, pfeifende Atemgeräusche, Luftnot sowie eine Unterversorgung mit Sauerstoff • Gefahr eines Asthmaanfalls, Hustenreiz und zäher Schleim, Atemnot bis zur Erstickungsgefahr, Ruhelosigkeit und Angst • Gefahr einer allergischen Reaktion • Risiken oder Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklung und einer sozialen Isolation • Notwendigkeit eines Medikamentenmanagements • Gefahr eines instabilen Blutzuckerspiegels • Gefahr einer Gesundheitsschädigung, bzw. einer Stoffwechselentgleisung • Gefahr einer Aktivitätsintoleranz • unwirksames Therapiemanagement • unwirksames Management der eigenen Gesundheit • gefahrengeneigtes Gesundheitsverhalten • beeinträchtigte Compliance/Adhärenz • Wissensdefizit bezüglich relevanter gesundheits- und pflegebezogener Themen • Gefahr eines geringen Selbstwertgefühls • Gefahr von Entwicklungsverzögerung und Überforderung durch zu frühe Selbstständigkeit oder die erhöhte Forderung an die Selbstständigkeit • Gefahr einer sozialen Isolation • Gefahr der Überforderung der Familie durch Entwicklungsaufgaben und das erforderliche situative Gesundheitsmanagement • vermeidende dysfunktionale Bewältigungsstrategien • familiäre Konflikte und dysfunktionale Kommunikationsformen innerhalb der Familie • depressive Stimmungslagen • Gefahr einer beeinträchtigten elterlichen Fürsorge • veränderte Lebenspläne und familiäre Anpassungsaufgaben • familiäre Widerstandsfaktoren und Risiken • Gefahr eines beeinträchtigten familiären Copings

	beeinträchtigte Familienprozesse bzw. Entwicklungsphasen
Kontext-bedin-gungen	1./2. Ausbildungsdrittel Mesoebene • stationäre und ambulante Einrichtungen zur pflegerischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, wie pädiatrische Einrichtungen, z. B. Kinderkliniken oder Kinderfachabteilungen • ambulante und stationäre Versorgung gesunder Neugeborener und Wöchnerinnen • Einrichtungen der Entwicklungs- und Gesundheitsförderung entsprechend der jeweiligen landesspezifischen Vorgaben: o kommunale Einrichtungen, z. B. Jugend- und Sozialämter o Beratungsstellen für Eltern, deren Kinder einen besonderen Beratungsbedarf aufweisen o niederschwellige Angebote zur Unterstützung von Familien und Kindern, z. B. im Rahmen von frühen Hilfen, Schulgesundheitspflege, Familiengesundheitspflege o Schulen o Kinderarztpraxen o gesundheitsfördernde Projekte für Kinder- und Jugendliche o Settings der Kinder-, Jugend- und Familienförderung, wie Kindertagesstätten, Horts, Elternberatungsstellen und Jugendtreffs Makroebene • Gesetze, Leitlinien und Chartas, z. B. o die UN-Kinderrechtskonvention o die EACH-Charta o die Kinderrechte und Schutzgesetze o das Sorgerecht o die Selbstbestimmungsrechte von Kindern und Jugendlichen 3. Ausbildungsdrittel Mesoebene • Einrichtungen der Gesundheitsversorgung o stationäre und ambulante Einrichtungen zur pflegerischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, wie pädiatrische Einrichtungen, z. B. Kinderkliniken oder Kinderfachabteilungen

	Makroebene
	• Gesetze, Leitlinien und Chartas, z. B.
	  ○ die UN-Kinderrechtskonvention
	  ○ die EACH-Charta
	  ○ die Kinderrechte und Schutzgesetze
	  ○ das Sorgerecht
	  ○ die Selbstbestimmungsrechte von Kindern und Jugendlichen

Ausgewählte Akteure	• Eltern, Bezugspersonen, Familien • Neugeborene/Frühgeborene und Säuglinge, Kinder, Jugendliche sowie junge Erwachsene • Auszubildende, Pflegefachfrauen und -männer, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen, , Angehörige anderer Berufsgruppen, z. B. Kinderärzt*innen, Hebammen, Ergo- und Physiotherapeut*innen, Heilpädagog*innen, Erzieher*innen, Psycholog*innen, Still- und Laktationsberater*innen, Ernährungsberater*innen, Familien- und Gesundheitspfleger*innen, Familienpfleger*innen, Pädagog*innen, Sozialarbeiter*innen
Erleben/ Deuten/ Verarbeiten	*Auszubildende* • Erleben einer Geburt/einer moderaten Frühgeburt mit leichter Unreife • Freude über vollzogene Entwicklungsschritte eines Kindes • Wahrnehmung von kindlicher Verletzlichkeit und Schutzbedürftigkeit • Rollenunsicherheit gegenüber Jugendlichen und Eltern • Ambivalenz zwischen divergierenden Bedürfnislagen und Anforderungen in Pflegesituationen mit Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen sowie im interdisziplinären Team • Diskrepanz von unterschiedlichen kindlichen und familiären Lebenswelten, eigener familiärer Sozialisation und biografischen Erfahrungen • Diskrepanz zwischen elterlicher Fürsorge, Selbstbestimmung von Kindern und Jugendlichen und eigenen Vorstellungen und Positionen *Kinder und Jugendliche sowie deren Bezugspersonen/Familien* • Freude und Zuversicht • Wahrnehmung von Stärke und elterlicher Kompetenz • elterlicher Stolz • Wahrnehmung von Selbstwirksamkeit • Erleben von Rollenunsicherheit • Erleben von Angst, Unsicherheit, Hilflosigkeit, Enttäuschung und Trauer • Abschied von Lebens- und Familienplänen

Hand-lungs-muster	1./2. Ausbildungsdrittel Pflegerische Unterstützung im Säuglingsalter (auch bei moderat zu frühgeborenen Kindern) • Erhebung entwicklungsbedingter, allgemeiner und gesundheitsbedingter Selbstpflegeerfordernisse bzw. Pflegebedarfe • Erhebung des Unterstützungs- und Informationsbedarfs von Wöchnerinnen • Mitwirkung bei der Erstversorgung eines Neu-/Frühgeborenen im Kreissaal • Beobachtung des Interaktionsverhalten zwischen Neu-/Frühgeborenen und deren Bezugspersonen • Beobachtung und Einschätzung von (intuitiven) Elternkompetenzen • pflegerische Unterstützung und Begleitung von kindlichen und mütterlichen Anpassungsprozessen • Einschätzung von Reifezeichen • Beobachtung und Einschätzung der Vitalität des Neu-/Frühgeborenen • Pflege des Neugeborenen/Frühgeborenen und der Wöchnerin • Stärkung des Saug- und Schluckreflexes • Stillanleitung und -förderung • Mitwirkung bei präventiven Maßnahmen in der Neugeborenenperiode (bei stabilen Frühgeburten) • Umsetzung von entwicklungsfördernden Pflegekonzepten • Gestaltung einer entwicklungsfördernden Umgebung • Informationen zur Gesundheitsförderung und Prävention (auch SIDS) situationsorientiert und adressatengerecht weitergeben • Förderung von Eltern und Bezugspersonen in der Interaktionsgestaltung mit einem Neugeborenen/einem moderat zu früh geborenen Kind • Zusammenarbeit im geburtshilflichen Team und Abgrenzung der jeweiligen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche • Beobachtung des Entwicklungsstandes von Kindern und Jugendlichen (motorische, soziale, emotionale, sprachliche und kognitive Entwicklung) und Erkennen von Entwicklungs- und Gesundheitsrisiken unter Nutzung von Entwicklungsskalen • Erhebung sozialer und familiärer Informationen und Kontextbedingungen von Kindern und Jugendlichen • Erhebung einer Familienanamnese unter Berücksichtigung familiärer Schutz- und Widerstandsfaktoren

	Pflegerische Unterstützung in späteren Altersphasen • Erhebung und Einschätzung des Hautzustandes, frühzeitige Erkennung und Prävention von Superinfektionen • frühzeitiges Erkennen von Belastungsfaktoren, Maßnahmen zur Reduktion von Juckreiz und Hautschädigungen und Förderung einer intakten Haut • Durchführung diagnostischer, therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen • entwicklungsorientierte Vorbereitung und Begleitung von Kindern und Jugendlichen bei invasiven Maßnahmen unter Berücksichtigung der emotionalen und kognitiven Entwicklung • Förderung von Selbstpflege- und Dependenzpflegekompetenz • Förderung sozialer Integration • Beziehungsgestaltung unter Berücksichtigung der umfassenden Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen der Akut- und Langzeitpflege • Gestaltung entwicklungsorientierter Kommunikation • Gewährleistung von physischem und psychischem Schutz und von Sicherheit 3. Ausbildungsdrittel • Erhebung des Pflegebedarfs von Kindern und Jugendlichen mit gesundheitlichen Problemlagen unter Nutzung ausgewählter spezifischer, auf das Kindesalter ausgerichteter Assessmentinstrumente • Beobachtung und Einschätzung von Atmung und Atemwegsobstruktionen, auch durch Messung der Sauerstoffsättigung, Beobachtung der Hautfarbe, Lippen und Fingernägel • Peak-Flow-Messungen, Führung eines Asthmatagebuchs • Sicherung von Flüssigkeitszufuhr und Entspannung • Durchführung von Inhalationen und atemunterstützenden Maßnahmen • Mitwirkung an der Notfallplanung in Atemnotsituationen, in Notfallsituationen sicher handeln • Aushandlung von Rollen und Aufgabenbereichen mit den Familien/Eltern/Bezugspersonen • Schulung von Eltern/Bezugspersonen in der Pflege ihres Kindes, Stärkung der Elternkompetenz • Information, Beratung und Schulung von Eltern/Familien sowie Kindern und Jugendlichen zu gesundheits- und entwicklungsbezogenen Fragen und Stärkung der Adhärenz • situative Anwendung digitaler und technischer Hilfsmittel • Förderung von Entwicklung und Selbstbestimmung zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben von Kindern und Jugendlichen mit einer Atemwegserkrankung

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

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

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

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

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

Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben - z. B.

1./2. Ausbildungsdrittel

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

3. Ausbildungsdrittel

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

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

Didaktischer Kommentar

Folgende Lernsituationen können hier exemplarisch bearbeitet werden:

1./2. Ausbildungsdrittel

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

3. Ausbildungsdrittel

- Lernsituationen, in denen eine dem Entwicklungsstand entsprechende Vorbereitung und Begleitung auf diagnostische und therapeutische Interventionen erforderlich ist.
- Lernsituationen, in denen die Aushandlungsprozesse von Rollen und Aufgaben der Bezugspersonen erforderlich sind (z. B. in der Frühgeborenenpflege, bei Kindern mit Neurodermitis oder Asthma bronchiale).
- Lernsituationen, in denen Schulungssequenzen für (Schul-)Kinder mit Asthma bronchiale und deren Bezugspersonen erforderlich sind und die Integration in den familiären Alltag und das soziale Umfeld eine Rolle spielen.
- Lernsituationen, in denen Aushandlungsprozesse zwischen der professionellen Pflege und den Bezugspersonen des Kindes zur Aufgabenverteilung in der Pflege eines Kindes mit Neurodermitis eingeübt werden können.
- Lernsituationen, in denen durch Schulung/Beratung einer Familie die Entwicklung und soziale Integration des Kindes/Jugendlichen mit Asthma bronchiale gestärkt wird.
- Lernsituationen, in denen Jugendliche mit einem Diabetes Typ I motiviert werden müssen, Verantwortung für ihr Gesundheitsmanagement zu übernehmen.

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

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

CE 10	Entwicklung und Gesundheit in Kindheit und Jugend in pflegerischen Situationen fördern	Anlage 3 PflAPrV
3. Ausbildungsdrittel		**Zeitrichtwert: 110 Stunden**

Intentionen und Relevanz

Diese curriculare Einheit bezieht sich schwerpunktmäßig auf die pflegerische Versorgung von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen sowie deren Bezugspersonen und nimmt in besonderer Weise die Entwicklungsförderung sowie die damit verbundenen Entwicklungsaufgaben in den Blick. Sie greift diesen Schwerpunkt aus den ersten beiden Ausbildungsdritteln der generalistischen Ausbildung auf und vertieft die bereits angebahnten Kompetenzen exemplarisch an der pflegerischen Situation eines Frühgeborenen, eines Schulkindes mit Asthma bronchiale und eines Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1. Entsprechend sollen die Förderung von Entwicklung, die Anbahnung oder Weiterentwicklung von Elternkompetenzen und die Rollenaushandlungsprozesse zwischen den Familien und der professionellen Pflege im Mittelpunkt stehen.

Bildungsziele

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

Sowohl bei der Pflege von Frühgeburten als bei der Pflege von Kinder/Jugendlichen sind Entscheidungskonflikte zu bewältigen. In diesen Situationen muss die professionelle Pflege eine ethisch begründete Position ausweisen und diese während der Ausbildung als ein zentrales Bildungsziel anbahnen.

Kompetenzen - Anlage 3 PflAPrV

Die Auszubildenden

- übernehmen Verantwortung für die Organisation, Steuerung und Gestaltung des Pflegeprozesses bei Kindern und Jugendlichen (I.1.b).
- nutzen spezifische Assessmentverfahren bei Kindern und Jugendlichen und beschreiben den Pflegebedarf unter Verwendung von pflegediagnostischen Begriffen (I.1.c).
- handeln die Pflegeprozessgestaltung mit dem zu pflegenden Kind oder Jugendlichen und gegebenenfalls seinen Bezugspersonen aus, setzen gesicherte Pflegemaßnahmen ein und evaluieren gemeinsam die Wirksamkeit von Pflege (I.1.e).
- stärken die Kompetenzen von Angehörigen im Umgang mit dem pflegebedürftigem Kind oder dem Jugendlichem und unterstützen und fördern die Familiengesundheit (I. 2.c).
- unterstützen Familien, die sich insbesondere infolge einer Frühgeburt, einer schweren chronischen Erkrankung oder einer lebenslimitierenden Erkrankung in einer Lebenskrise befinden und wirken bei der Stabilisierung des Familiensystems mit (I.3.b).

- stimmen die Interaktion sowie die Gestaltung des Pflegeprozesses auf den individuellen Entwicklungsstand von Kindern und Jugendlichen ab und unterstützen entwicklungsbedingte Formen der Krankheitsbewältigung (I.6.e.).
- gestalten die Kommunikation in unterschiedlichen Pflegesituationen mit Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen unter Einsatz verschiedener interaktionsformen und balancieren das Spannungsverhältnis von Nähe und Distanz aus (II.1.c).
- reflektieren sich abzeichnende oder bestehende Konflikte in pflegerischen Versorgungssituationen von Kindern und Jugendlichen und entwickeln Ansätze zur Konfliktschlichtung und -lösung, auch unter Hinzuziehung von Angeboten zur Reflexion professioneller Kommunikation (II.1.f.).
- reflektieren Phänomene der Macht und von Machtmissbrauch in pflegerischen Handlungsfeldern in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen (II.1.g).
- informieren Kinder und Jugendliche sowie deren Bezugspersonen zu komplexen gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und weitergehenden Fragen der pflegerischen Versorgung in einer dem Entwicklungsstand und der Situation angemessenen Sprache (II.2.a).
- setzen Schulungen mit Kindern, Jugendlichen und/oder ihren Bezugspersonen in Einzelarbeit oder kleineren Gruppen um (II.2.b).
- beraten Kinder, Jugendliche und ihre Bezugspersonen im Umgang mit krankheits-sowie therapie- und pflegebedingten Anforderungen und befähigen sie, ihre Gesundheitsziele in größtmöglicher Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erreichen (II.2.c).
- setzen sich für die Verwirklichung von Menschenrechten, Ethikkodizes und die Förderung der spezifischen Bedürfnisse und Gewohnheiten von zu pflegenden Kindern und Jugendlichen und ihren Bezugspersonen ein (II.3.a).
- tragen in ethischen Dilemmasituationen mit Kindern, Jugendlichen oder ihren Bezugspersonen im interprofessionellen Gespräch zur gemeinsamen Entscheidungsfindung bei (II.3.c).
- beachten umfassend die Anforderungen der Hygiene und wirken verantwortlich an der Infektionsprävention in den unterschiedlichen pflegerischen Versorgungsbereichen mit (III.2.a).
- beobachten und interpretieren die mit einem medizinischen Eingriff bei Kindern und Jugendlichen verbundenen Pflegephänomene und Komplikationen auch in instabilen oder krisenhaften gesundheitlichen Situationen (III.2.c.).
- unterstützen und begleiten zu pflegende Kinder und Jugendliche sowie deren Bezugspersonen umfassend auch bei invasiven Maßnahmen der Diagnostik und Therapie (III.2.d).
- vertreten im Rahmen des Pflegeprozesses gewonnenen Einschätzungen zu Pflegediagnosen und erforderlichen Behandlungskonsequenzen bei Kindern und Jugendlichen in der interprofessionellen Zusammenarbeit (III.2.f).
- übernehmen Mitverantwortung in der interdisziplinären Versorgung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen und unterstützen die Kontinuität an interdisziplinären und institutionellen Schnittstellen (III.3.a).
- bringen die pflegefachliche Sichtweise in die interprofessionelle Kommunikation ein (III.3.b).

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

Inhalte/Situationsmerkmale

Handlungsanlässe	Pflegebedarfe von Frühgeborenen, z. B. • reduziertes Geburtsgewicht und Unreifezeichen • Wärmeverlust, Vitalitätsschwankungen, Atemstörungen, Probleme bei der Nahrungsaufnahme und bei der Ausscheidung • Saug- und Schluckstörungen • Aspirationsgefahr • Infektionsgefahr • unterbrochenes Stillen • Neonatale Gelbsucht • beeinträchtigter Gasaustausch • Elektrolyt-, Säure-Basen- und Flüssigkeitsungleichgewicht • unwirksamer Atemvorgang • Gefahr einer Entwicklungsverzögerung, Risiken und Beeinträchtigung der kindlichen Entwicklung

	Pflegebedarfe bezogen auf die Familiensituation und Elternkompetenzen • beeinträchtigte Elternkompetenzen • Gefahr einer beeinträchtigten Bindung • beeinträchtigte soziale Interaktion • Gefahr einer beeinträchtigten Beziehung • familiäre Übergangssituationen • Gefahr einer beeinträchtigten elterlichen Fürsorge Pflegebedarfe in späteren Altersphasen • Gefahr einer behinderten Atmung, Kurzatmigkeit, pfeifende Atemgeräusche, Luftnot sowie eine Unterversorgung mit Sauerstoff • Gefahr eines Asthmaanfalls, Hustenreiz und zäher Schleim, Atemnot bis zur Erstickungsgefahr, Ruhelosigkeit und Angst • Gefahr einer allergischen Reaktion • Risiken oder Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklung und einer sozialen Isolation • Notwendigkeit eines Medikamentenmanagements • Gefahr eines instabilen Blutzuckerspiegels • Gefahr einer Gesundheitsschädigung bzw. einer Stoffwechselentgleisung • Gefahr einer Aktivitätsintoleranz • unwirksames Therapiemanagement • unwirksames Management der eigenen Gesundheit • gefahrengeneigtes Gesundheitsverhalten • beeinträchtige Compliance/Adhärenz • Wissensdefizit zu relevanten gesundheits- und pflegerelevanten Themen • Gefahr eines geringen Selbstwertgefühls • Gefahr von Entwicklungsverzögerung und Überforderung durch zu frühe Selbstständigkeit oder die erhöhte Forderung an Selbstständigkeit • Gefahr einer sozialen Isolation

	Pflegebedarfe bezogen auf die Familiensituation und Elternkompetenzen • Gefahr der Überforderung der Familie durch Entwicklungsaufgaben und das erforderliche situative Gesundheitsmanagement • vermeidende dysfunktionale Bewältigungsstrategien • familiäre Konflikte und dysfunktionale Kommunikationsformen innerhalb der Familie • depressive Stimmungslagen • Gefahr einer beeinträchtigten elterlichen Fürsorge • Notwendigkeit von veränderten Lebensplänen und familiären Anpassungen • Gefahr eines beeinträchtigten familiären Copings • moralische Konflikte, Entscheidungskonflikte • beeinträchtigte Familienprozesse bzw. Entwicklungsphasen • Gefahr der Überforderung der Familie durch das Therapiemanagement eines Diabetes mellitus Typ1

Kontext-bedin-gungen	Mesoebene
	• Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, z. B.
	  ○ Stationäre und ambulante Einrichtungen zur pflegerischen Versorgung, Beratung und Schulung von Kindern und Jugendlichen, wie Kinderkliniken, Kinderfachabteilungen, Elternschulen
	
	Makroebene
	• Gesetze, Leitlinien und Chartas, z B.
	  ○ UN-Kinderrechtskonvention
	  ○ EACH-Charta
	  ○ Kinderrechte und Schutzgesetze
	  ○ das Sorgerecht
	  ○ Selbstbestimmungsrecht von Kindern und Jugendlichen

Ausge-wählte Akteure	• Eltern, Bezugspersonen, Familien • Frühgeburten, Kinder, Jugendliche sowie junge Erwachsene • Auszubildende, Pflegefachfrauen und -männer, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen, andere Berufsgruppen, z. B. Kinderärzt*innen, Hebammen, Ergo- und Physiotherapeut*innen, Heilpädagog*innen, Erzieher*innen, Psycholog*innen, Still- und Laktationsberater*innen, Ernährungsberater*innen, Diabetesberater*innen, Familien- und Gesundheitspfleger*innen, Familienpfleger*innen, Pädagog*innen, Sozialarbeiter*innen

Erleben/ Deuten/ Verar-beiten	*Auszubildende* • Erleben einer Frühgeburt • Freude über vollzogene Entwicklungsschritte eines Kindes • Wahrnehmung von kindlicher Verletzlichkeit und Schutzbedürftigkeit • Rollenunsicherheit gegenüber Jugendlichen und Eltern • Ambivalenz zwischen divergierenden Bedürfnislagen und Anforderungen in Pflegesituationen mit Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen sowie im interdisziplinären Team • Diskrepanz von unterschiedlichen kindlichen und familiären Lebenswelten, eigener familiärer Sozialisation und biografischen Erfahrungen • Diskrepanz zwischen elterlicher Fürsorge, Selbstbestimmung von Kindern und Jugendlichen sowie eigenen Vorstellungen und Positionen • Erleben von Rollenunsicherheit *Kinder und Jugendliche sowie deren Bezugspersonen/Familien* • Freude und Zuversicht • Wahrnehmung von Stärke und elterlicher Kompetenz • elterlicher Stolz • Wahrnehmung von Selbstwirksamkeit • Erleben von Rollenunsicherheit • Erleben von Angst, Unsicherheit, Hilflosigkeit, Enttäuschung und Trauer • Abschied von Lebens- und Familienplänen
Hand-lungs-muster	pflegerische Unterstützung von Frühgeborenen • Erhebung des Pflegebedarfs bei Frühgeburten unter Nutzung von ausgewählten spezifischen, auf Frühgeborene und das Kindesalter ausgerichteten Assessmentinstrumenten • Mitwirkung bei der Erstversorgung des Frühgeborenen im Kreißsaal • Pflege eines Frühgeborenen bei Phototherapie • Zusammenarbeit im geburtshilflichen Team und Abgrenzung der jeweiligen Aufgaben und Verantwortungsbereiche • Unterstützung bei ethischen Entscheidungsprozessen • Mitwirkung bei präventiven Maßnahmen bei Frühgeborenen • Beobachtung und Einschätzung der Vitalität des Frühgeborenen • Stillanleitung und -förderung • Umsetzung von entwicklungsfördernden Pflegekonzepten • Erhebung des Unterstützungs- und Informationsbedarfs der Bezugspersonen • Beobachtung und Einschätzung von (intuitiven) Elternkompetenzen

	• Schulung von Eltern in der Pflege ihres Frühgeborenen und Förderung der Elternkompetenz • Aushandlung von Rollen und Aufgaben mit betroffenen Familien • professionelle Beziehungsgestaltung und Interaktion mit den Eltern bzw. Familiensystemen unter Berücksichtigung des Bildungsstands, der kulturellen und milieuspezifischen Bedingungen pflegerische Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit gesundheitlichen Problemlagen in späteren Altersphasen • Erhebung des Pflegebedarfs von Kindern und Jugendlichen mit gesundheitlichen Problemlagen unter Nutzung ausgewählter spezifischer, auf das Kindesalter ausgerichteter Assessmentinstrumente • Einschätzung von Atmung und Atemwegsobstruktionen, durch Beobachtung der Hautfarbe, Sauerstoffsättigung, Lippen und Fingernägeln • Peak-Flow-Messungen, Führung eines Asthmatagebuchs • Sicherung von Flüssigkeitszufuhr und Entspannung • Durchführung von Inhalationen und atemunterstützenden Maßnahmen • Mitwirkung an der Notfallplanung in Atemnotsituationen, in Notfallsituationen sicher handeln • Aushandlung von Rollen und Aufgabenbereichen mit den Familien/Eltern/Bezugspersonen • Schulung von Eltern/Bezugspersonen in der Pflege ihres Kindes, Förderung der Elternkompetenz • Information, Beratung und Schulung von Eltern/Familien sowie Kindern und Jugendlichen zu gesundheits- und entwicklungsbezogenen Fragen und Stärkung der Adhärenz • situative Anwendung digitaler und technischer Hilfsmittel • Förderung von Entwicklung und Selbstbestimmung zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben von Kindern und Jugendlichen mit einer Atemwegserkrankung • frühzeitiges Erkennen und Vermeiden einer Hypoglykämie oder Hyperglykämie, Einschätzung einer möglichen Notfallsituation • Förderung der Akzeptanz der Erkrankung durch die Familie sowie die betroffenen Kinder/Jugendlichen • Abstimmung von Angeboten der Information, Beratung und Schulung auf die altersentsprechenden Entwicklungsaufgaben • Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team • pflegerische Unterstützung und Begleitung von Anpassungsprozessen in der Transition vom Kindes- ins Jugendalter und zum jungen Erwachsenen

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

- Erschließung von wissenschaftlich begründetem Wissen und epidemiologischen Daten aus der pädiatrischen Versorgung unter Nutzung von digitalen Informations- und Kommunikationstechnologien
- Überblick über Vererbung und Fortpflanzung
- Überblick über embryonale, fetale, kindliche und jugendliche (motorische, soziale, emotionale, sprachliche und kognitive) Entwicklung und Entwicklungsaufgaben
- Überblick über die Psychologie und Soziologie des Kindes und Jugendlichen
- Überblick über die anatomisch-physiologischen Besonderheiten von Neu- und Frühgeborenen
- vertieftes Wissen zur Hygiene
- Überblick über die Besonderheiten der Anatomie und Physiologie der Atmungsorgane im Säuglings- und Kleinkindalter
- Überblick über die Abwehrfunktionen des Blutes und allergische Reaktionen im Kindesalter
- Überblick über die Anatomie und Physiologie des endokrinen Systems
- Überblick über Therapeutika bei Atemwegserkrankungen und Diabetes mellitus Typ 1
- Veränderungen im Hormon- und Neurotransmitterhaushalt und der Emotionsverarbeitung im Gehirn in der Pubertät
- Grundlagen der Familiengesundheitspflege
- ethische Grundlagen: Selbstbestimmung und elterliche Fürsorge/Sorge
- spezifische ethische Entscheidungsmodelle

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

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

Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben - z. B.

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

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

Didaktischer Kommentar

Folgende Lernsituationen können hier exemplarisch bearbeitet werden:

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

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

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

CE 11	Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und kognitiven Beeinträchtigungen personenzentriert und lebensweltbezogen unterstützen	Anlagen 1 und 2 PflAPrV
1./2. Ausbildungsdrittel		**Zeitrichtwert: 80 Stunden**
3. Ausbildungsdrittel		**Zeitrichtwert: 80 Stunden**

Intentionen und Relevanz

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

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

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

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

Bildungsziele

1./2. Ausbildungsdrittel

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

3. Ausbildungsdrittel

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

Kompetenzen - Anlage 1 PflAPrV

Grundlegend für das 1./2. Ausbildungsdrittel

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

Die Auszubildenden

- erheben pflegebezogene Daten von Menschen aller Altersstufen mit gesundheitlichen Problemlagen sowie zugehörige Ressourcen und Widerstandsfaktoren (I.2.a).
- interpretieren und erklären die vorliegenden Daten bei Menschen mit überschaubaren Pflegebedarfen und gesundheitsbedingten Einschränkungen anhand von grundlegenden pflege- und bezugswissenschaftlichen Erkenntnissen (I.2.b).
- nehmen Hinweiszeichen auf mögliche Gewaltausübung wahr und geben entsprechende Beobachtungen weiter (I.2.e).
- verfügen über ein grundlegendes Verständnis zu physischen, psychischen und psychosomatischen Zusammenhängen, die pflegerisches Handeln begründen (I.2.f).
- pflegen, begleiten und unterstützen Menschen aller Altersstufen in Phasen fortschreitender Demenz oder schwerer chronischer Krankheitsverläufe (I.3.a).
- verfügen über grundlegendes Wissen zu Bewältigungsformen und Unterstützungsangeboten für Familien in entwicklungs- oder gesundheitsbedingten Lebenskrisen (I.3.b).
- wahren das Selbstbestimmungsrecht des zu pflegenden Menschen, insbesondere auch, wenn dieser in seiner Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt ist (I.6.a).
- erkennen eigene Emotionen sowie Deutungs- und Handlungsmuster in der Interaktion (II.1.a).
- bauen kurz- und langfristige Beziehungen mit Menschen unterschiedlicher Altersphasen und ihren Bezugspersonen auf und beachten dabei die Grundprinzipien von Empathie, Wertschätzung, Achtsamkeit und Kongruenz (II.1.b).
- nutzen in ihrer Kommunikation neben verbalen auch nonverbale, paralinguistische und leibliche Interaktionsformen und berücksichtigen die Relation von Nähe und Distanz in ihrer Beziehungsgestaltung (II.1.c).
- wenden Grundsätze der verständigungs- und beteiligungsorientierten Gesprächsführung an (II.1.d).
- erkennen grundlegende, insbesondere gesundheits-, alters- oder kulturbedingte Kommunikationsbarrieren und setzen unterstützende Maßnahmen ein, um diese zu überbrücken (II.1.e).
- erkennen sich abzeichnende oder bestehende Konflikte mit zu pflegenden Menschen, wenden grundlegende Prinzipien der Konfliktlösung an und nutzen kollegiale Beratung (II.1.f).
- erkennen Asymmetrie und institutionelle Einschränkungen in der pflegerischen Kommunikation (II.1.g).
- informieren Menschen aller Altersstufen zu gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und leiten bei der Selbstpflege und insbesondere Bezugspersonen und freiwillig Engagierte bei der Fremdpflege an (II.2.a).

- beobachten und interpretieren die mit einem medizinischen Eingriff verbundenen Pflegephänomene und Komplikationen in stabilen Situationen (III.2.c).
- wirken entsprechend ihrem Kenntnisstand an der Unterstützung und Begleitung von Maßnahmen der Diagnostik und Therapie mit und übernehmen die Durchführung in stabilen Situationen (III.2.d).
- nehmen interprofessionelle Konflikte und Gewaltphänomene in der Pflegeeinrichtung wahr und verfügen über grundlegendes Wissen zu Ursachen, Deutungen und Handhabung (III.3.c).
- verfügen über grundlegendes Wissen zur Gesetzgebung im Gesundheits- und Sozialbereich (IV.2.c).
- nehmen drohende Über- und Unterforderungen frühzeitig wahr, erkennen die notwendigen Veränderungen am Arbeitsplatz und/oder des eigenen Kompetenzprofils und leiten daraus entsprechende Handlungsinitiativen ab (V.2.b).
- gehen selbstfürsorglich mit sich um und tragen zur eigenen Gesunderhaltung bei, nehmen Unterstützungsangebote wahr oder fordern diese am jeweiligen Lernort ein (V.2.c).

Kompetenzen - Anlage 2 PflAPrV

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

und schwer nachvollziehbaren Verhaltensweisen von Empathie, Wertschätzung, Achtsamkeit und Kongruenz gekennzeichnet sind (II.1.b).

- gestalten die Kommunikation von Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen in unterschiedlichen Pflegesituationen unter Einsatz verschiedener Interaktionsformen und balancieren das Spannungsfeld von Nähe und Distanz aus (II.1.c).
- gestalten pflegeberufliche Kommunikationssituationen mit zu pflegenden Menschen aller Altersstufen und deren Bezugspersonen auch bei divergierenden Zielsetzungen oder Sichtweisen verständigungsorientiert und fördern eine beteiligungsorientierte Entscheidungsfindung (II.1.d).
- erkennen Kommunikationsbarrieren bei zu pflegenden Menschen aller Altersstufen, insbesondere bei spezifischen Gesundheitsstörungen oder Formen von Behinderungen, und setzen unterstützende und kompensierende Maßnahmen ein, um diese zu überbrücken (II.1.e).
- reflektieren sich abzeichnende oder bestehende Konflikte in pflegerischen Versorgungssituationen mit Menschen aller Altersstufen und entwickeln Ansätze der Konfliktschlichtung und -lösung, auch unter Hinzuziehung von Angeboten zur Reflexion professioneller Kommunikation (II.1.f).
- reflektieren Phänomene von Macht und Machtmissbrauch in pflegerischen Handlungsfeldern der Versorgung von zu pflegenden Menschen aller Altersstufen (II.1.g).
- informieren Menschen aller Altersstufen zu komplexen gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und weitergehenden Fragen der pflegerischen Versorgung (II.2.a).
- setzen Schulungen mit Einzelpersonen und kleineren Gruppen zu pflegender Menschen aller Altersstufen um (II.2.b).
- tragen in ethischen Dilemmasituationen mit Menschen aller Altersstufen oder ihren Bezugspersonen im interprofessionellen Gespräch zur gemeinsamen Entscheidungsfindung bei (II.3.c).
- vertreten die im Rahmen des Pflegeprozesses gewonnenen Einschätzungen zu Pflegediagnosen und erforderlichen Behandlungskonsequenzen bei Menschen aller Altersstufen in der interprofessionellen Zusammenarbeit (III.2.f).
- bringen die pflegefachliche Sichtweise in die interprofessionelle Kommunikation ein (III.3.b).
- bearbeiten interprofessionelle Konflikte in einem gemeinsamen Aushandlungsprozess auf Augenhöhe und beteiligen sich an der Entwicklung und Umsetzung einrichtungsbezogener Konzepte zum Schutz vor Gewalt (III.3.c).
- koordinieren die Pflege von Menschen aller Altersstufen in verschiedenen Versorgungskontexten und organisieren Termine sowie berufsgruppenübergreifende Leistungen (III.3.d).
- bewerten den Beitrag der eigenen Berufsgruppe zur Qualitätsentwicklung und -sicherung und erfüllen die anfallenden Dokumentationsverpflichtungen auch im Kontext von interner und externer Kontrolle und Aufsicht (IV.1.c).

- erfassen den Einfluss gesamtgesellschaftlicher Veränderungen, ökonomischer Anforderungen, technologischer sowie epidemiologischer und demografischer Entwicklungen auf die Versorgungsverträge und Versorgungsstrukturen im Gesundheits- und Sozialsystem (IV.2.b).
- leiten aus beruflichen Erfahrungen in der pflegerischen Versorgung und Unterstützung von Menschen aller Altersstufen und ihren Angehörigen mögliche Fragen an Pflegewissenschaft und -forschung ab (V.1.d).
- setzen Strategien zur Kompensation und Bewältigung unvermeidbarer beruflicher Belastungen gezielt ein und nehmen Unterstützungsangebote frühzeitig wahr oder fordern diese aktiv ein (V.2.c).
- reflektieren ihre persönliche Entwicklung als professionell Pflegende und entwickeln ein eigenes Pflegeverständnis sowie ein berufliches Selbstverständnis unter Berücksichtigung berufsethischer und eigener ethischer Überzeugungen (V.2.d).

Inhalte/Situationsmerkmale

Handlungsanlässe	1./2. Ausbildungsdrittel Verschiedene exemplarisch ausgewählte, bei Menschen in psychischen Problemlagen und mit kognitiven Beeinträchtigungen häufig vorkommende Pflegediagnosen, z. B. • situationsbedingtes/chronisch geringes Selbstwertgefühl • beeinträchtigte soziale Interaktion • Machtlosigkeit • beeinträchtigte Denkprozesse (mit Einschränkungen u. a. des Gedächtnisses, der Aufmerksamkeit, der Handlungsplanung, der Urteilsfähigkeit) • akute und chronische Verwirrtheit • Angst, Furcht • tiefe Niedergeschlagenheit • Antriebsschwäche • unwirksames oder defensives Coping • gestörte persönliche Identität • Wahrnehmungsstörung • psychosomatische Beschwerden • unwirksames Rollenverhalten • beeinträchtigte Familienprozesse • soziale Isolation • Selbstversorgungsdefizit • Schlafstörung, nächtliche Unruhe • gefahrengeneigtes Gesundheitsverhalten • Stressüberlastung

	Ausgewählte medizinische Diagnosen, wie Demenz, (unipolare) Depression und Angststörungen 3. Ausbildungsdrittel Ausgewählte komplexe Pflegesituationen im Zusammenhang mit unterschiedlichen komplexen psychischen Problemlagen (z. B. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexem Hilfebedarf sowie Menschen in schwerwiegenden bis bedrohlichen Situationen, u. a. in Erregungszuständen, mit selbstschädigendem Verhalten, bei Angst- und Panikstörungen, Intoxikationen, krankheitsbedingter Aggression) oder fortgeschrittenen kognitiven Beeinträchtigungen und komplexen Pflegebedarfen in verschiedenen Settings und Phasen der Versorgungskette mit wechselnden Versorgungsschwerpunkten unter Variation der Altersstufe der zu pflegenden Menschen und des sozialen und kulturellen Umfeld mit z. B. folgenden Pflegediagnosen bzw. Pflegephänomenen: • herausforderndes Verhalten • Gefahr einer selbst- und/ oder fremdgefährdenden Gewalttätigkeit • Suizidgefahr • Selbstverletzung/ Selbstverletzungsgefahr • Körperbildstörung • unwirksame Leugnung • gefährdendes/verhindertes familiäres Coping • beeinträchtigte/unterbrochene Familienprozesse • elterlicher Rollenkonflikt • Gefahr einer Rollenüberlastung der pflegenden Bezugsperson/ Rollenüberlastung der pflegenden Bezugsperson • posttraumatische Reaktion Ausgewählte medizinische Diagnosen, wie (fortgeschrittene) Demenz, Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Ess-Störungen, Affektstörungen
Kontext-bedingungen	1./2. Ausbildungsdrittel Makroebene • Geschichte und Gegenwart der (geronto-)psychiatrischen Pflege (u. a. Pflege im Nationalsozialismus, Psychiatriereform) • spezifische gesetzliche Rahmenbedingungen (u. a. PsychKG, Betreuungsrecht, UN-Behindertenrechtskonvention) • spezifische ökonomische Rahmenbedingungen • Inklusion und Stigmatisierung/Diskriminierung psychisch kranker und kognitiv beeinträchtigter Menschen

	• Verständnis von psychischer und kognitiver Gesundheit und Krankheit vor dem Hintergrund anthropologischer Erkenntnisse und sozial konstruierter Normabweichung Mesoebene • Institutionen der (geronto-)psychiatrischen und geriatrischen sowie kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung • pflegerisches Selbstverständnis in der psychiatrischen Pflege • Arbeitsablaufstrukturen/Pflegesystem: Bezugspflege/Primary Nursing 3. Ausbildungsdrittel • ausgewählte Leitlinien (z. B. zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen) • Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ • sozialrechtliche Vorgaben in Bezug auf die gemeindenahe und lebensweltorientierte Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexem Hilfebedarf (u. a. PsychVVG, SGB XI, SGB X und SGB IX) • pflegerische Weiterbildungen und neue pflegerische Berufe (APN) im psychiatrischen Feld
Ausgewählte Akteure	1./2. Ausbildungsdrittel • Menschen aller Altersstufen mit kognitiven Beeinträchtigungen • Menschen aller Altersstufen mit psychischen Gesundheitsproblemen • Mitpatient*innen als Akteure • Selbsthilfegruppen • intra- und interprofessionelles Team, z. B. Psychiater*innen, psycholog. Psychotherapeut*innen, (psychiatrisch) Pflegende mit unterschiedlichen Qualifikationen, Angehörige der Therapieberufe, Erzieher*innen, Sozialpädagog*innen, Genesungsbegleiter*innen/Peers, Betreuer*innen, Richter*innen, Polizist*innen 3. Ausbildungsdrittel zusätzlich • Menschen aller Altersstufen mit psychischen Erkrankungen und kognitiven Beeinträchtigungen in ihrem sozialen Umfeld (Familie, soziales Milieu, Peer Group) • Menschen aller Altersstufen mit unterschiedlichen sozioökonomischen Lebensbedingungen • Menschen aller Altersstufen mit Migrations- und/oder Flucht-/ Kriegserfahrungen • intra- und interprofessionelles Team und Trialogforen mit Fokus auf divergierende Sichtweisen • Kriseninterventionsteams

Erleben/ Deuten/ Verar-beiten	*Auszubildende* • Angst als lebenswichtiges Gefühl von Menschen • eigene Ängste • Abwehrprozesse und Vorurteile • Perspektivenübernahme und Zuschreibung (Projektion) • eigene Verhaltensnormen/Wertmaßstäbe und „befremdende“ Verhaltens-formen • ggf. eigene Überforderung 3. Ausbildungsdrittel: • eigene Bedürfnisse bzgl. Nähe und Distanz, Freiheit und Abhängigkeit *Zu pflegende Menschen* • Erleben und Leid der zu pflegenden Menschen mit psychischen Erkrankungen und kognitiven Beeinträchtigungen und ihrer Bezugspersonen, insbesondere sich selbst nicht wiedererkennen, soziale Isolation, Angst, Unsicherheit, Panikgefühle • biographische Sinndimension psychischer Erkrankungen und der mit kognitiven Beeinträchtigungen verbundenen Phänomene
Hand-lungs-muster	1./2. Ausbildungsdrittel • Pflegebedarf feststellen und Pflegeprozesse zur personenzentrierten Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen dialogisch planen, steuern, durchführen und evaluieren, dabei Orientierung an spezifischen Pflegemodellen und -theorien • Kommunikation unter Berücksichtigung von Stimmungslagen • Beziehungsaufbau und -gestaltung unter Berücksichtigung anderer Formen der Realitätswahrnehmung und ggf. eigener Projektionen sowie einer personenzentrierten Haltung und Aspekten der Lebensweltorientierung • Informationsweitergabe • biopsychosoziale Beobachtung, Beschreibung und Interpretation (z. B. im Hinblick auf die Pharmakotherapie) • Ermittlung der die jeweilige Pflegediagnose ursächlichen bzw. begünstigenden Faktoren und die Einschätzung von Risikofaktoren sowie des Ausmaßes der Beeinträchtigung • begleitende Alltagshilfe/Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagsanforderungen und der Selbstversorgung • Milieugestaltung • Unterstützung im Umgang mit der gegenwärtigen Situation und zur Förderung der Hinwendung zu positiven Veränderungen sowie zur Förderung des Wohlbefindens • Kollegiale Beratung, Supervision

	3. Ausbildungsdrittel zusätzlich • Pflegebedarf feststellen und Pflegeprozesse zur Unterstützung von Menschen mit schweren (chronischen) psychischen Erkrankungen und komplexem Hilfebedarf trialogisch planen, steuern, durchführen und evaluieren • personenzentrierte und lebensweltorientierte Beziehungsgestaltung unter Berücksichtigung der auszubalancierenden Aspekte • Unterstützung und Einbindung von sozialen Bezugspersonen • Familienbeteiligungsförderung • Information und Schulung von einzelnen zu pflegenden Menschen und Gruppen zu pflegender Menschen, z. B. bzgl. des Medikamentenmanagements, der Lebensgestaltung, der Förderung sozialer Teilhabe, des Bewältigungshandelns • entlastende und orientierungsgebende Gesprächsführung (Einführung) • psychische Krisen erkennen und Gewährleistung unmittelbarer kurzfristiger Hilfe in psychischen und physischen Krisen, Prävention von Risiken • Deeskalation, Interventionen zur Vermeidung von Gewalt • interprofessionelle Zusammenarbeit • Case- und Caremanagement in verschiedenen Versorgungskontexten sowie sektoren- und berufsgruppenübergreifende Organisation der Versorgung • Quartiersmanagement • ambulante, aufsuchende Versorgungsansätze

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

- soziologische und sozialwissenschaftliche Grundlagen der Demenz („Demenz ist keine Krankheit“) und psychischer Erkrankungen
- Persönlichkeitstheorien/-modelle
- unterschiedliche Klassifikationssysteme in der psychiatrischen Pflege (z. B. NANDA, ICD, NOC, ICF)
- medizinisch-naturwissenschaftliche und psychologische Grundlagen ausgewählter psychischer Störungen
- Überblick über medizinisch-naturwissenschaftliche Grundlagen der Demenz und deren Differentialdiagnosen
- Übersicht Anatomie/Physiologie/Pathologie des Gehirns
- Sekundärtraumatisierung von beruflich Pflegenden
- Überblick über Therapieansätze
- Überblick über die psychiatrische Pharmakologie, einschl. Über- und Fehlversorgung

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

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

Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben- z. B.

1./2. Ausbildungsdrittel (bezogen auf zu pflegende Menschen mit psychischen Erkrankungen oder kognitiven Beeinträchtigungen in allen pflegerischen Versorgungsbereichen)

- Biografie eines zu pflegenden Menschen mit psychischer Erkrankung oder kognitiver Beeinträchtigung erheben und daraus Schlussfolgerungen für die Versorgung ableiten
- Aufbau und Gestaltung einer tragfähigen und belastbaren Arbeitsbeziehung eines zu pflegenden Menschen mit psychischer Erkrankung bzw. kognitiver Beeinträchtigung beispielhaft anhand von Kriterien beschreiben
- biopsychosoziale Beobachtung und Interpretation der Beobachtungen vor dem Hintergrund verschiedener (sozialwissenschaftlicher/psychologischer/medizinischer) Theorien

3. Ausbildungsdrittel

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

Didaktischer Kommentar

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

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

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

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

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

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

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

CE 11	Kinder und Jugendliche mit psychischen Gesundheitsproblemen und kognitiven Beeinträchtigungen personenzentriert und lebensweltbezogen unterstützen	Anlage3 PflAPrV
3. Ausbildungsdrittel		**Zeitrichtwert: 80 Stunden**

Intentionen und Relevanz

Die in dieser curricularen Einheit im Mittelpunkt stehenden Kompetenzen werden in Vorbereitung auf den im dritten Ausbildungsdrittel stattfindenden Pflichteinsatz in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung aufgebaut bzw. sind auf das vertiefte Verstehen der gewonnenen Erfahrungen ausgerichtet. Kinder und Jugendliche mit Problemen und Risiken im Bereich der psychischen und/oder kognitiven Gesundheit sind aber gleichwohl nicht nur in psychiatrischen, sondern in allen pflegerischen Settings anzutreffen, sodass die in dieser curricularen Einheit und in dem damit korrespondierenden Pflichteinsatz erworbenen Kompetenzen in allen Settings relevant sind.

Im dritten Ausbildungsdrittel liegt der Schwerpunkt auf Kindern und Jugendlichen mit schweren psychischen Erkrankungen und/oder kognitiven Beeinträchtigungen und komplexem Hilfebedarf in instabilen Situationen bzw. psychischen Krisen. Bei den im Mittelpunkt stehenden Erkrankungen und Pflegediagnosen ist die Balance von Nähe und Distanz sowie von Autonomie und Abhängigkeit in der Beziehungsgestaltung besonders anspruchsvoll. Die Auszubildenden analysieren sowohl die eigene Beziehungsgestaltung mit Betroffenen als auch die Beziehungen innerhalb von Familiensystemen und ggf. Peer Groups und lernen, systematisch systemische Aspekte in ihr Pflegehandeln einzubeziehen. Es werden außerdem Ansatzpunkte ermittelt, wie die Interaktion innerhalb der Familien verbessert sowie Teilhabe und Autonomiegewinnung gestärkt werden können. Der Schwierigkeitsgrad der Beziehungsgestaltung ist dadurch besonders hoch, dass neben den zu pflegenden Kindern und Jugendlichen stets die sorgeberechtigten Personen in die Interaktion einbezogen werden müssen. Zudem erfordert die Arbeit mit Heranwachsenden eine Gestaltung nicht nur von Pflegeprozessen, sondern auch von Erziehungsprozessen im interprofessionellen Team. Des Weiteren werden in der curricularen Einheit Konzepte für die struktur- und sektorenübergreifende Versorgung fokussiert.

Bildungsziele

Die Auszubildenden reflektieren das Spannungsverhältnis zwischen Nähe und Distanz sowie Freiheit und Abhängigkeit in der Beziehungsgestaltung mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Des Weiteren loten sie Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung zwischen dem Aufbau einer Vertrauensbasis und aktiver Fürsorge bzw. Kontrolle aus. In der Zusammenarbeit mit Familien erarbeiten sie mögliche Konflikte zwischen der elterlichen Verantwortung und dem Wohl der Kinder und Jugendlichen.

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 Kuration (I.2.b).
- pflegen, begleiten, unterstützen und beraten Kinder und Jugendliche sowie deren Bezugspersonen aus unterschiedlichen Zielgruppen in Phasen schwerer chronischer Krankheitsverläufe sowie am Lebensende (I.3.a).
- wahren das Selbstbestimmungsrecht der zu pflegenden Kinder und Jugendlichen, insbesondere auch, wenn sie in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt sind (I.6.a).
- fördern und gestalten die Koordination und Zusammenarbeit zwischen familialen Systemen sowie den sozialen Netzwerken und den professionellen Pflegesystemen in der pflegerischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (I.6.d).
- machen sich eigene Deutungs- und Handlungsmuster in der pflegerischen Interaktion mit Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen und mit ihren unterschiedlichen, insbesondere kulturellen und sozialen Hintergründen bewusst und reflektieren sie (II.1.a).
- gestalten kurz- und langfristige Beziehungen mit Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen, die auch bei divergierenden Sichtweisen oder Zielsetzungen und schwer nachvollziehbaren Verhaltensweisen von Empathie, Wertschätzung, Achtsamkeit und Kongruenz gekennzeichnet sind (II.1.b).
- gestalten die Kommunikation in unterschiedlichen Pflegesituationen mit Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen unter Einsatz verschiedener Interaktionsformen und balancieren das Spannungsfeld von Nähe und Distanz aus (II.1.c).
- gestalten pflegeberufliche Kommunikationssituationen mit Kindern und Jugendlichen und deren Bezugspersonen auch bei divergierenden Zielsetzungen oder Sichtweisen verständigungsorientiert und fördern eine beteiligungsorientierte Entscheidungsfindung (II.1.d).
- erkennen Kommunikationsbarrieren bei zu pflegenden Kindern und Jugendlichen, insbesondere bei spezifischen Gesundheitsstörungen oder Formen von Behinderungen, und setzen unterstützende und kompensierende Maßnahmen ein, um diese zu überbrücken (II.1.e).
- reflektieren sich abzeichnende oder bestehende Konflikte in pflegerischen Versorgungssituationen von Kindern und Jugendlichen und entwickeln Ansätze der Konfliktschlichtung und -lösung, auch unter Hinzuziehung von Angeboten zur Reflexion professioneller Kommunikation (II.1.f).

- reflektieren Phänomene von Macht und Machtmissbrauch in pflegerischen Handlungsfeldern der Versorgung von Kindern und Jugendlichen (II.1.g).
- informieren Kinder und Jugendliche zu komplexen gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und 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).
- tragen in ethischen Dilemmasituationen mit Kindern, Jugendlichen oder ihren Bezugspersonen im interprofessionellen Gespräch zur gemeinsamen Entscheidungsfindung bei (II.3.c).
- vertreten die im Rahmen des Pflegeprozesses gewonnenen Einschätzungen zu Pflegediagnosen und erforderlichen Behandlungskonsequenzen bei Kindern und Jugendlichen in der interprofessionellen Zusammenarbeit (III.2.f).
- bringen die pflegefachliche Sichtweise in die interprofessionelle Kommunikation ein (III.3.b).
- bearbeiten interprofessionelle Konflikte in einem gemeinsamen Aushandlungsprozess auf Augenhöhe und beteiligen sich an der Entwicklung und Umsetzung einrichtungsbezogener Konzepte zum Schutz vor Gewalt (III.3.c).
- koordinieren die Pflege von Kindern und Jugendlichen in verschiedenen Versorgungskontexten und organisieren Termine sowie berufsgruppenübergreifende Leistungen (III.3.d).
- bewerten den Beitrag der eigenen Berufsgruppe zur Qualitätsentwicklung und -sicherung und erfüllen die anfallenden Dokumentationsverpflichtungen auch im Kontext von interner und externer Kontrolle und Aufsicht (IV.1.c).
- erfassen den Einfluss gesamtgesellschaftlicher Veränderungen, ökonomischer Anforderungen, technologischer sowie epidemiologischer und demografischer Entwicklungen auf die Versorgungsverträge und Versorgungsstrukturen im Gesundheits- und Sozialsystem (IV.2.b).
- leiten aus beruflichen Erfahrungen in der pflegerischen Versorgung und Unterstützung von Kindern, Jugendlichen und Familien mögliche Fragen an Pflegewissenschaft und -forschung ab (V.1.d).
- setzen Strategien zur Kompensation und Bewältigung unvermeidbarer beruflicher Belastungen gezielt ein und nehmen Unterstützungsangebote frühzeitig wahr oder fordern diese aktiv ein (V.2.c).
- reflektieren ihre persönliche Entwicklung als professionell Pflegende und entwickeln ein eigenes Pflegeverständnis sowie ein berufliches Selbstverständnis unter Berücksichtigung berufsethischer und eigener ethischer Überzeugungen (V.2.d).

Inhalte/Situationsmerkmale	
Handlungsanlässe	Ausgewählte komplexe Pflegesituationen im Zusammenhang mit unterschiedlichen komplexen psychischen Problemlagen (z. B. Kinder und Jugendliche mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexem Hilfebedarf sowie Kinder und Jugendliche in schwerwiegenden bis bedrohlichen Situationen, u. a. in Erregungszuständen, mit selbstschädigendem Verhalten, Intoxikationen, krankheitsbedingter Aggression) und komplexen Pflegebedarfen in verschiedenen Settings und Phasen der Versorgungskette mit wechselnden Versorgungsschwerpunkten unter Variation des sozialen und kulturellen Umfelds mit z. B. folgenden Pflegediagnosen und Pflegephänomenen: • Suizidgefahr • Selbstverletzung/Selbstverletzungsgefahr • Gefahr einer fremdgefährdenden/selbstgefährdenden Gewalttätigkeit • beeinträchtigte soziale Interaktion • Gefahr einer Rollenüberlastung der pflegenden Bezugsperson/Rollenüberlastung der pflegenden Bezugsperson • gefährdendes/verhindertes familiäres Coping • beeinträchtigte/unterbrochene Familienprozesse • elterlicher Rollenkonflikt • ineffektive Impulskontrolle • unwirksame Verleugnung • Körperbildstörung • Gefahr eines posttraumatischen Syndroms Ausgewählte medizinische Diagnosen, wie Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Ess-Störungen, Posttraumatische Belastungsstörung, Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS)
Kontextbedingungen	• sozialrechtliche Vorgaben in Bezug auf die gemeindenahe und lebensweltorientierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexem Hilfebedarf (u. a. PsychVVG, SGB XI, SGB X und SGB IX) • Familienrecht, Schulgesetze • pflegerische Weiterbildungen und neue pflegerische Berufe (APN) im psychiatrischen Feld

Ausgewählte Akteure	• Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen in ihrem sozialen Umfeld (Familie, soziales Milieu, Peer Group) • Kinder und Jugendliche und ihre Familien mit unterschiedlichen sozioökonomischen Lebensbedingungen • Kinder und Jugendliche mit Migrations- und/oder Flucht-/Kriegserfahrungen • intra- und interprofessionelles Team mit Fokus auf divergierende Sichtweisen • Kriseninterventionsteams
Erleben/ Deuten/ Verarbeiten	*Auszubildende* • eigene Bedürfnisse bzgl. Nähe und Distanz, Freiheit und Abhängigkeit • Abwehrprozesse und Vorurteile • Perspektivenübernahme und Zuschreibung (Projektion) • eigene Verhaltensnormen/Wertmaßstäbe und „befremdende“ Verhaltensformen • ggf. eigene Überforderung • Rollendefinition in der Versorgung von gleichaltrigen (jugendlichen) Patient*innen *Zu pflegende Menschen (Kinder und Jugendliche)* • Erleben und Leid von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen und ihrer Bezugspersonen, insbesondere sich selbst nicht wiedererkennen, soziale Isolation, Angst, Unsicherheit, Panikgefühle • biografische Sinndimension psychischer Erkrankungen und der mit kognitiven Beeinträchtigungen verbundenen Phänomene
Handlungsmuster	• Pflegebedarf feststellen und Pflegeprozesse zur Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit schweren psychischen Erkrankungen oder kognitiven Beeinträchtigungen und komplexem Hilfebedarf in Abstimmung mit den sorgeberechtigten Personen planen, steuern, durchführen und evaluieren - dabei Orientierung an spezifischen Pflegemodellen und -theorien • personenzentrierte und lebensweltorientierte Beziehungsgestaltung unter Berücksichtigung der auszubalancierenden Aspekte • Unterstützung und Einbindung von sozialen Bezugspersonen • Familienbeteiligungsförderung • Information und Schulung von einzelnen Kindern und Jugendlichen und ihren Bezugspersonen, z. B. bzgl. des Medikamentenmanagements, der Lebensgestaltung, der Förderung sozialer Teilhabe, des Bewältigungshandelns • entlastende und orientierungsgebende Gesprächsführung (Einführung) • psychische Krisen erkennen und Gewährleistung unmittelbarer kurzfristiger Hilfe in psychischen und physischen Krisen, Prävention von Risiken

	• Deeskalation, Interventionen zur Vermeidung von Gewalt • interprofessionelle Zusammenarbeit • Case- und Caremanagement in verschiedenen Versorgungskontexten sowie sektoren- und berufsgruppenübergreifende Organisation der Versorgung • ambulante, aufsuchende Versorgungsansätze

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

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

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

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

Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben- z. B.

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

Didaktischer Kommentar

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

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

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

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

CE 11	Alte Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und kognitiven Beeinträchtigungen personenzentriert und lebensweltbezogen unterstützen	Anlage4 PflAPrV
3. Ausbildungsdrittel		**Zeitrichtwert: 80 Stunden**

Intentionen und Relevanz

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

Im dritten Ausbildungsdrittel liegt der Schwerpunkt auf alten Menschen, die von schweren psychischen Erkrankungen und/oder kognitiven Beeinträchtigungen betroffen sind, mit komplexem Hilfebedarf in instabilen Situationen bzw. psychischen Krisen oder bei herausforderndem Verhalten. Bei den im Mittelpunkt stehenden Erkrankungen und Pflegediagnosen ist die Balance von Nähe und Distanz sowie von Autonomie und Abhängigkeit in der Beziehungsgestaltung besonders anspruchsvoll. Die Auszubildenden analysieren sowohl die eigene Beziehungsgestaltung mit Betroffenen als auch die Beziehungen innerhalb von Familiensystemen und oder anderen Bezugsgruppen und lernen, systematisch systemische Aspekte in ihr Pflegehandeln einzubeziehen. Neben der dialogischen wird die trialogische pflegerisch-therapeutische Beziehungsgestaltung mit struktur- und sektorübergreifender Kontinuität fokussiert. Bei der Unterstützung der zu pflegenden Menschen orientieren sich die Auszubildenden an den Prinzipien des Lebensweltbezugs und der Personenzentrierung.

Bildungsziele

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

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 Auszubildenden

- unterstützen, pflegen, begleiten und beraten auf der Grundlage der durchgeführten Untersuchungen alte Menschen bei gesundheitlichen und präventiven Maßnahmen auch in komplexen gesundheitlichen Problemlagen anhand von pflege- und bezugswissenschaftlichen Erkenntnissen (I.2.a).
- unterstützen alte Menschen durch Mitwirkung an der Entwicklung von fachlich begründeten Pflegeinterventionen der Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration (I.2.b).
- erkennen Hinweiszeichen auf eine mögliche Gewaltausübung in der Versorgung von alten Menschen und reflektieren ihre Beobachtungen im therapeutischen Team (I.2.d).
- pflegen, begleiten, unterstützen und beraten alte Menschen sowie deren Bezugspersonen bei Demenz, psychischen Krisen und gerontopsychiatrischen Erkrankungen (I.3.a).
- wahren das Selbstbestimmungsrecht alter Menschen mit Pflegebedarf, insbesondere auch, wenn sie in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt sind (I.6.a).
- fördern und gestalten die Zusammenarbeit zwischen familialen Systemen sowie den sozialen Netzwerken und den professionellen Pflegesystemen in der pflegerischen Versorgung von alten Menschen (I.6.d).
- machen sich eigene Deutungs- und Handlungsmuster in der pflegerischen Interaktion mit alten Menschen und ihren Bezugspersonen und mit ihren unterschiedlichen, insbesondere kulturellen und sozialen Hintergründen bewusst und reflektieren sie (II.1.a).
- reflektieren ihre Möglichkeiten und Grenzen in der Kommunikation und Beratung (II.1.b).
- nutzen Empathie, Wertschätzung, Akzeptanz und Kongruenz für eine professionelle Beziehungsgestaltung und Kommunikation mit alten Menschen (II.1.c).
- setzen Methoden der Gesprächsführung angemessen ein (II.1.d).
- erkennen Kommunikationsbarrieren, insbesondere bei spezifischen Gesundheitsstörungen oder Formen von Behinderungen im Alter, und setzen unterstützende und kompensierende Maßnahmen ein, um diese zu überbrücken (II.1.e).
- sind in der Lage, Konflikte wahrzunehmen, angemessen darauf zu reagieren und Konfliktgespräche zu führen unter Hinzuziehung von Angeboten zur Überprüfung der eigenen professionellen Kommunikation (II.1.f).
- informieren alte Menschen zu komplexen gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und weitergehenden Fragen der pflegerischen Versorgung (II.2.a).
- setzen Schulungen mit Einzelpersonen und kleineren Gruppen zu pflegender alter Menschen um (II.2.b).
- tragen in ethischen Dilemmasituationen mit alten Menschen oder ihren Bezugspersonen im interprofessionellen Gespräch zur gemeinsamen Entscheidungsfindung bei (II.3.c).

- vertreten die im Rahmen des Pflegeprozesses gewonnenen Einschätzungen zum Pflegebedarf und erforderlichen Behandlungskonsequenzen bei alten Menschen in der interprofessionellen Zusammenarbeit (III.2.f).
- bringen sowohl die Perspektive der Betroffenen als auch die pflegefachliche Sichtweise in die interprofessionelle Kommunikation ein (III.3.b).
- bearbeiten interprofessionelle Konflikte in einem gemeinsamen Aushandlungsprozess auf Augenhöhe (III.3.c).
- koordinieren die Pflege von alten Menschen in verschiedenen Versorgungskontexten und organisieren Termine sowie berufsgruppenübergreifende Leistungen (III.3.d).
- beachten den Beitrag der eigenen Berufsgruppe zur Qualitätsentwicklung und -sicherung und erfüllen die anfallenden Dokumentationsverpflichtungen auch im Kontext von interner und externer Kontrolle und Aufsicht (IV.1.c).
- kennen den Einfluss gesamtgesellschaftlicher Veränderungen, ökonomischer Anforderungen sowie epidemiologischer und demografischer Entwicklungen auf die Versorgungsstrukturen (IV.2.b).
- setzen Strategien zur Kompensation und Bewältigung unvermeidbarer beruflicher Belastungen gezielt ein und nehmen Unterstützungsangebote frühzeitig wahr oder fordern diese aktiv ein (V.2.c).
- reflektieren ihre persönliche Entwicklung als professionell Pflegende und entwickeln ein eigenes Pflegeverständnis sowie ein berufliches Selbstverständnis unter Berücksichtigung berufsethischer und eigener ethischer Überzeugungen (V.2.d).

Inhalte/Situationsmerkmale

Handlungsanlässe	Ausgewählte komplexe Pflegesituationen im Zusammenhang mit unterschiedlichen komplexen psychischen Problemlagen, z. B. alte Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen oder fortgeschrittenen kognitiven Beeinträchtigungen und komplexem Hilfebedarf in verschiedenen Settings und Phasen der Versorgungskette mit wechselnden Versorgungsschwerpunkten unter Variation des sozialen und kulturellen Umfelds mit z. B. folgenden Pflegediagnosen und Pflegephänomenen: • chronische Verwirrtheit • herausforderndes Verhalten • gestörte Denkprozesse • gestörte Wahrnehmung (z. B. Wahnerleben) • Gefahr einer selbst- und/oder fremdgefährdenden Gewalttätigkeit • Suizidgefahr • unwirksame Verleugnung • Gefahr einer Rollenüberlastung der pflegenden Bezugsperson/Rollenüberlastung der pflegenden Bezugsperson • beeinträchtigte/unterbrochene Familienprozesse • posttraumatische Reaktion

	Ausgewählte medizinische Diagnosen, wie (fortgeschrittene) Demenz und unterschiedliche Demenzformen, Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, psychosomatische Erkrankungen, chronische psychische Erkrankungen, z. B. Schizophrenie
Kontextbedingungen	• sozialrechtliche Vorgaben in Bezug auf die gemeindenahe und lebensweltorientierte Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexem Hilfebedarf (u. a. PsychVVG, SGB XI, SGB X und SGB IX) • Institutionen in der (geronto-)psychiatrischen Versorgung • pflegerische Weiterbildungen und neue pflegerische Berufe (APN) im psychiatrischen Feld • Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ • ausgewählte Leitlinien (z. B. zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen)
Ausgewählte Akteure	• alte Menschen mit psychischen Erkrankungen in ihrem sozialen und kulturellen Umfeld (Familie, soziales Milieu) • alte Menschen mit unterschiedlichen sozioökonomischen Lebensbedingungen • alte Menschen mit Erfahrungen als chronisch psychisch kranke Personen in unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen • intra- und interprofessionelles Team und Trialogforen mit Fokus auf divergierende Sichtweisen • Kriseninterventionsteams
Erleben/ Deuten/ Verarbeiten	*Auszubildende* • eigene Bedürfnisse bzgl. Nähe und Distanz, Freiheit und Abhängigkeit • Abwehrprozesse und Vorurteile • Perspektivenübernahme und Zuschreibung (Projektion) • eigene Verhaltensnormen/Wertmaßstäbe und „befremdende“ Verhaltensformen • ggf. eigene Überforderung *Zu pflegende Menschen* • Erleben und Leid der zu pflegenden alten Menschen mit psychischen Erkrankungen und kognitiven Beeinträchtigungen und ihrer Bezugspersonen, insbesondere sich selbst nicht wiedererkennen, soziale Isolation, Angst, Unsicherheit, Panikgefühle • biografische Sinndimension psychischer Erkrankungen und der mit kognitiven Beeinträchtigungen verbundenen Phänomene

Handlungsmuster	• Pflegebedarf feststellen und Pflegeprozesse zur Unterstützung von alten Menschen mit schweren (chronischen) psychischen Erkrankungen und kognitiven Beeinträchtigungen in fortgeschrittenem Studium mit komplexem Hilfebedarf planen, steuern, durchführen und bewerten - dabei Orientierung an spezifischen Pflegemodellen und -theorien • personenzentrierte und lebensweltbezogene Beziehungsgestaltung unter Berücksichtigung der auszubalancierenden Aspekte • Unterstützung und Einbindung von sozialen Bezugspersonen • Information und Schulung von einzelnen alten Menschen mit psychischen Erkrankungen und Gruppen, z. B. bzgl. des Medikamentenmanagements, der Lebensgestaltung, der Förderung sozialer Teilhabe, des Bewältigungshandelns • entlastende und orientierungsgebende Gesprächsführung (Einführung) • Milieugestaltung • begleitende Alltagshilfe/Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagsanforderungen und der Selbstversorgung • psychische Krisen erkennen und Gewährleistung unmittelbarer kurzfristiger Hilfe in psychischen und physischen Krisen, Prävention von Risiken • Deeskalation, Interventionen zur Vermeidung von Gewalt • interprofessionelle Zusammenarbeit • Case- und Caremanagement in verschiedenen Versorgungskontexten sowie sektoren- und berufsgruppenübergreifende Organisation der Versorgung • Quartiersmanagement

Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen

- soziologische und sozialwissenschaftliche Grundlagen der Demenz („Demenz ist keine Krankheit“) und psychischer Erkrankungen
- Persönlichkeitstheorien/-modelle
- unterschiedliche Klassifikationssysteme in der psychiatrischen Pflege (z. B. NANDA, ICD, NOC, ICF)
- Überblick medizinisch-naturwissenschaftliche und psychologische Grundlagen ausgewählter psychischer Störungen
- Überblick medizinisch-naturwissenschaftliche Grundlagen der unterschiedlichen Demenzformen und deren Differentialdiagnosen
- Überblick Anatomie/Physiologie/Pathologie des Gehirns
- Sekundärtraumatisierung von beruflich Pflegenden
- Überblick über Therapieansätze
- Überblick über psychiatrische Pharmakologie, einschl. Über- und Fehlversorgungen

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

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

Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben- z. B.

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

Didaktischer Kommentar

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

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

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

Rahmenausbildungspläne

für die praktische Ausbildung

Inhalt

ORIENTIERUNGSEINSATZ im 1. Ausbildungsdrittel 247

Einsätze im ersten Ausbildungsdrittel im Rahmen der PFLICHTEINSÄTZE
in den drei allgemeinen Versorgungsbereichen 252

Einsätze im zweiten Ausbildungsdrittel im Rahmen der PFLICHTEINSÄTZE
in den drei allgemeinen Versorgungsbereichen 258

PFLICHTEINSATZ in der PÄDIATRISCHEN VERSORGUNG 267

PFLICHTEINSATZ in der PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG
in der Ausbildung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann
während des letzten Ausbildungsdrittels 271

PFLICHTEINSATZ in der KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHEN
VERSORGUNG in der Ausbildung zur Gesundheits- und
Kinderkrankenpflegerin/zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
während des letzten Ausbildungsdrittels 278

PFLICHTEINSATZ in der GERONTOPSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG
in der Ausbildung zur Altenpflegerin/zum Altenpfleger
während des letzten Ausbildungsdrittels 285

VERTIEFUNGSEINSATZ im dritten Ausbildungsdrittel für den Ausbildungsabschluss
zur PFLEGEFACHFRAU/zum PFLEGEFACHMANN 291

VERTIEFUNGSEINSATZ im dritten Ausbildungsdrittel für den Ausbildungsabschluss
zur GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERIN/zum GESUNDHEITS-
UND KINDERKRANKENPFLEGER 301

VERTIEFUNGSEINSATZ im dritten Ausbildungsdrittel für den Ausbildungsabschluss
zur ALTENPFLEGERIN/zum ALTENPFLEGER 312

ORIENTIERUNGSEINSATZ im 1. Ausbildungsdrittel

Der Orientierungseinsatz steht am Beginn der Ausbildung. Er wird beim Träger der praktischen Ausbildung durchgeführt und umfasst, abhängig von der geplanten Dauer des Pflichteinsatzes in der pädiatrischen Versorgung, 400 bis 460 Stunden (diese Regelung gilt gegenwärtig bis 31. Dezember 2024). In diesem Einsatz gewinnen die Auszubildenden erste Einblicke in die praktische Pflegetätigkeit in den Versorgungsbereichen, die vom Träger der praktischen Ausbildung abdeckt werden. Es erfolgt eine Grundlegung im Kompetenzaufbau.

Die Auszubildenden werden schrittweise an die Aufgaben von beruflich Pflegenden im Rahmen des Pflegeprozesses herangeführt. Zum Endes des Einsatzes sollen sie in der Lage sein, erste Aufgaben bei zu pflegenden Menschen, die einen geringen Grad an Pflegebedürftigkeit aufweisen (→ maximal erhebliche Beeinträchtigungen in der Selbstständigkeit und seltenes Auftreten von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen, die eine personelle Unterstützung erforderlich machen), selbstständig durchzuführen. Pflegerische Entscheidungen sollten in jedem Fall in Abstimmung mit Pflegefachpersonen getroffen werden. Wenn bei den zu pflegenden Menschen ein höherer Grad der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit vorliegt, soll die Versorgung grundsätzlich gemeinsam mit Pflegefachpersonen erfolgen.

I Pflegeprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.

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

- Grundprinzipien zum Pflegekonzept des Trägers der praktischen Ausbildung ermitteln und in der durchgeführten Pflege am Einsatzort identifizieren.
- Aufbau und Struktur des in der Pflegeeinrichtung eingesetzten Pflegedokumentationssystems (digital und/oder analog) nachvollziehen, um diesem für die Pflege der jeweils zu pflegenden Menschen gezielt Informationen über den Pflegebedarf, die aktuelle Situation und den geplanten Pflegeprozess zu entnehmen. Dabei die Maßgaben des Datenschutzes beachten.
- Zu pflegende Menschen mit einem geringen Grad an Pflegebedürftigkeit nach vorliegender Planung in ihrer Mobilität und bei der Selbstversorgung unterstützen. Hierfür eine Einschätzung des Pflegebedarfs und die Beobachtung von Veränderungen des Gesundheitszustandes vornehmen, die geplanten Pflegeinterventionen, ggf. in Abstimmung mit der Pflegefachperson situativ anpassen. Ressourcen der zur pflegenden Person in die Durchführung der geplanten Pflege einbeziehen und die durchgeführte Pflege dokumentieren.

I.2 Pflegeprozesse und Pflegediagnostik bei Menschen aller Altersstufen mit gesundheitlichen Problemlagen planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren (bewerten) unter dem besonderen Fokus von Gesundheitsförderung und Prävention.

- Beobachtungen von Veränderungen des Gesundheitszustandes anhand verschiedener Vitalzeichen systematisch erheben und digital oder analog dokumentieren. Die ermittelten Werte mit Normwerten begründet abgleichen und zuständige Pflegefachpersonen über Abweichungen korrekt und zuverlässig informieren.
- Beweglichkeit und Bewegungseinschränkungen, Bewegungs- und Haltungsmuster der zu pflegenden Menschen beobachten und in Abstimmung mit der zuständigen Pflegefachperson Risikoeinschätzungen vornehmen. An gezielten Interventionen zur Bewegungsförderung, zum Transfer und zum Positionswechsel, ggf. unter Nutzung von Hilfsmitteln, mitwirken. Ausgeführte Maßnahmen dokumentieren.
- Bei der Bewegungsförderung, beim Transfer und in der Unterstützung beim Positionswechsel im Liegen Strategien der persönlichen Gesunderhaltung einsetzen (z. B. zum rückengerechten Arbeiten (→ V.2).
- Mit Pflegefachpersonen gemeinsam den Unterstützungsbedarf von zu pflegenden Menschen in grundlegenden Lebensaktivitäten bei gegebenen Einschränkungen in der Selbstpflege ermitteln (Körperpflege, Kleidung, Essen und Trinken, Ausscheidung...). Bei der entsprechenden Durchführung der geplanten Pflege mitwirken, in einfachen Pflegesituationen (s. o.) Selbstständigkeit in Teilaufgaben aufbauen und die Durchführung dokumentieren.
- Erforderliche Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen der regelmäßig wiederkehrenden Versorgung der zu pflegenden Menschen („Prophylaxen“) gemeinsam mit Pflegefachpersonen ermitteln. Diese Maßnahmen unter Aufbau von zunehmender Selbstständigkeit durchführen und die Durchführung sowie das Pflegeergebnis jeweils dokumentieren. Damit gesundheitsförderliche und präventive Aspekte gezielt in das pflegerische Handeln integrieren.
- Gemeinsam mit Pflegefachpersonen Menschen, die durch einfache Standardeingriffe operiert wurden oder werden sollen, nach vorliegender Planung versorgen. Hierfür die erfassten Pflegebedarfe, Verfahrensstandards, den geplanten Pflegeprozess, die Durchführung einfacher Pflegeinterventionen sowie das Vorgehen bei der Dokumentation nachvollziehen und in der Pflege mitwirken. Im Verlauf ggf. Teilaufgaben entsprechend den bereits entwickelten Kompetenzen übernehmen.

I.3 Pflegeprozesse und Pflegediagnostik von Menschen aller Altersstufen in hoch belasteten und kritischen Lebenssituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.

- Berührung und körpernahe Interventionen als Teil der pflegerischen Interaktion (z. B. im Rahmen der Körperpflege, beim Anreichen von Speisen und Getränken oder in der Bewegungsinteraktion) wahrnehmen und Raum finden, um eigene positive und/oder begrenzende Erfahrungen anzusprechen.
- Sterben und Tod als mögliche alltägliche Begleiter in einigen Arbeitsfeldern der Pflege erkennen und dazu eine eigene Position finden.
- Eigene Belastungen in der Begegnung mit schweren Erkrankungen, Leid und der Endlichkeit des Lebens wahrnehmen und Räume im beruflichen Kontext finden, um die damit verbundenen Erfahrungen und Emotionen ansprechen zu können (→ V.2).

I.4 In lebensbedrohlichen sowie in Krisen- oder Katastrophensituationen zielgerichtet handeln.

- Brandschutz- und Evakuierungsregularien sowie Sicherheitsvorkehrungen des Bereichs kennen und, soweit erforderlich, in Handlungsabläufe integrieren.
- Typische Risiken für die Sicherheit der zu pflegenden Menschen im jeweiligen Einsatzbereich erkennen und mit den zuständigen Pflegefachpersonen besprechen.
- An der Begleitung von zu pflegenden Menschen bei Ortswechseln innerhalb der Einrichtung und außer Haus mitwirken, Sicherheitsrisiken erkennen und mit den zuständigen Pflegefachpersonen hinsichtlich der erforderlichen Sicherheitsvorkehrungen reflektieren, dabei zunehmend Selbstständigkeit für Standardsituationen aufbauen (z. B. beim Transport zu Funktionsabteilungen in einer Klinik).
- Abläufe in Notfallsituationen bewusst wahrnehmen und entsprechend den eigenen Kompetenzen mitwirken und unter Berücksichtigung fachlicher Standards sowie der Perspektiven von Betroffenen und Mitwirkenden reflektieren.

I.5 Menschen aller Altersstufen bei der Lebensgestaltung unterstützen, begleiten und beraten.

- Den Tages- und Nachtablauf von zu pflegenden Menschen aus deren Perspektive wahrnehmen.
- Den Stellenwert von Biografie- und Lebensweltorientierung für Pflegeprozesse im jeweiligen Versorgungsbereich nachvollziehen.
- Im Rahmen der Umsetzung des Pflegeprozesses auch die Lebenswelt sowie prägende biografische, kulturelle und religiöse Aspekte der zu pflegenden Menschen einbeziehen.
- Gedanken und Hypothesen zur jeweiligen Lebenssituation der zu pflegenden Menschen entwickeln und sich dazu zunächst im Pflegeteam austauschen.

I.6 Entwicklung und Autonomie in der Lebensspanne fördern.

- Menschen in unterschiedlichen, im Einsatzbereich gegebenen Alters- und Lebens-/Entwicklungsphasen wahrnehmen und beobachten, wie unterschiedliche Pflegefachpersonen darauf eingehen.

II Kommunikation und Beratung personen- und situationsorientiert gestalten.

II.1 Kommunikation und Interaktion mit Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen personen- und situationsbezogen gestalten und eine angemessene Information sicherstellen.

- Mit zu pflegenden Menschen Kontakt aufnehmen und ihre Bedürfnisse und Wünsche hinsichtlich der Pflege erfragen. Dabei formelle und informelle Gesprächssequenzen unterscheiden und anwenden. Begegnungen und Kommunikationssituationen mit zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen durch Perspektivwechsel zur Selbst- und Fremdwahrnehmung gemeinsam mit Pflegefachpersonen reflektieren.
- Formen non-verbaler Interaktion, insbesondere Momente leib-körperlicher Interaktion und pflegerischer Berührung bewusst wahrnehmen, gezielt einsetzen und reflektieren.

- Zu pflegende Menschen mit Einschränkungen in ihrer Orientierung und Handlungsplanung hinsichtlich ihrer Ressourcen und Einschränkungen beobachten und ihnen Orientierung im Umfeld vermitteln.
- Eigene Gefühle und emotionale Reaktionsmuster in der Begegnung mit zu pflegenden Menschen und ihrer aktuellen Lebenssituation wahrnehmen und im kollegialen fallbezogenen Austausch mit Pflegefachpersonen benennen und reflektieren (z. B. zum Umgang mit Unsicherheit, Scham, Ekel, Ängsten, Wut, Ungeduld…).
- Positive Wirkmomente professioneller Interaktionsgestaltung wahrnehmen, beschreiben und deuten.

II.2 Information, Schulung und Beratung bei Menschen aller Altersstufen / Kindern und Jugendlichen / alten Menschen verantwortlich organisieren, gestalten, steuern und evaluieren (bewerten).

- Die zu pflegenden Menschen zu einfach strukturierten Handlungs- und Bewegungsabläufen gezielt anleiten und dabei einfache didaktische und methodische Prinzipien umsetzen.

II.3 Ethisch reflektiert handeln.

- Zentrale Wertvorstellungen der Pflege in alltäglichen Versorgungssituationen des jeweiligen Versorgungsbereichs erkennen und benennen. Die eigene Haltung in verschiedenen Anforderungssituationen überdenken.

III Intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten.

III.1 Verantwortung in der Organisation des qualifikationsheterogenen Pflegeteams übernehmen.

- Sich in einem oder mehreren Einsatzbereichen des Trägers der praktischen Ausbildung orientieren und Informationen zur Organisationsstruktur sammeln (z. B. Pflegeselbstverständnis und Leitbilder der Einrichtung bzw. einzelner Teammitglieder, Aufgabenverteilung und Zuständigkeiten im Pflegeteam, Anwendung von Prinzipien des Hygienehandelns, Berücksichtigung ökologischer Grundsätze und des Umweltmanagements und/oder Dienst-/Tourenplanung...).
- Arbeitsabläufe in unterschiedlichen Schichten nachvollziehen, Prinzipen der Übergabe zwischen den Schichten nachvollziehen.
- Von erlebten Situationen sachgerecht berichten, persönliche Eindrücke und Gedanken nachvollziehbar darstellen.

III.2 Ärztliche Anordnungen im Pflegekontext eigenständig durchführen.

- Grundlagen der Hygiene sowie die am Einsatzort geltende Kleiderordnung in ihren Begründungen erfassen, beachten und umsetzen.
- An der Umsetzung von ärztlich veranlassten Maßnahmen der Diagnostik und Therapie teilnehmen, insbesondere bei den zu pflegenden Menschen, für die auch sonst eine Einbindung in die Pflegeprozessgestaltung besteht, und Zusammenhänge entsprechend dem erworbenen Kenntnisstand gemeinsam mit Pflegefachpersonen reflektieren.

III.3 In interdisziplinären Teams an der Versorgung und Behandlung von Menschen aller Altersstufen mitwirken und Kontinuität an Schnittstellen sichern.

- Den Einsatzbereich erkunden, einen Überblick über die Personen im (Pflege-)Team und ihre Aufgaben gewinnen und Kontakte zu ihnen aufnehmen.

IV Das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien reflektieren und begründen.

IV.1 Die Qualität der pflegerischen Leistungen und der Versorgung in den verschiedenen Institutionen sicherstellen.

IV.2 Versorgungskontexte und Systemzusammenhänge im Pflegehandeln berücksichtigen und dabei ökonomische und ökologische Prinzipien beachten.

V Das eigene Handeln auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen reflektieren und begründen.

V.1 Pflegehandeln an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, insbesondere an pflegewissenschaftlichen Forschungsergebnissen, Theorien und Modellen ausrichten.

V.2 Verantwortung für die Entwicklung (lebenslanges Lernen) der eigenen Persönlichkeit sowie das berufliche Selbstverständnis übernehmen.

- Maßnahmen der eigenen Gesundheitsförderung in Pflegetätigkeiten und Arbeitsabläufe integrieren und anhand von verschiedenen Beispielen reflektieren.
- Strategien der persönlichen Gesunderhaltung einsetzen (z. B. rückengerechtes Arbeiten bei der Bewegungsförderung, beim Transfer und der Positionierung im Bett) (→ I.2).
- Gefühle und Gedanken zu im Praxisfeld erlebten Situationen nachvollziehbar darstellen - gezielt Situationen ansprechen, die Betroffenheit bewirkt haben - und im Austausch mit anleitenden Pflegefachpersonen nach persönlichen Lösungen suchen (auch Aspekte von Unter-/Überforderung einbeziehen) (→ I.3/II.1/III.1).

Einsätze im ersten Ausbildungsdrittel im Rahmen der PFLICHTEINSÄTZE in den drei allgemeinen Versorgungsbereichen

Der Einsatzzeitraum schließt im Verlauf der Praxisausbildung zeitlich und inhaltlich an den Orientierungseinsatz an. Er kann zusammenhängend oder in mehrere Abschnitte unterteilt an einem oder mehreren Einsatzorten in der stationären Akutpflege, der stationären Langzeitpflege und/oder der ambulanten Akut-/Langzeitpflege beim Träger der praktischen Ausbildung oder bei einem Kooperationspartner durchgeführt werden. Abhängig vom Einsatzort sind demzufolge unterschiedliche, ggf. neue Schwerpunktsetzungen in der Kompetenzentwicklung möglich. Die im Orientierungseinsatz entwickelten Kompetenzen werden dabei aber aufgenommen und weiter ausgebaut.

Die Auszubildenden übernehmen zunehmend selbstständig Aufgaben bei zu pflegenden Menschen, die einen geringen Grad an Pflegebedürftigkeit aufweisen (→ maximal erhebliche Beeinträchtigungen in der Selbstständigkeit und seltenes Auftreten von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen, die eine personelle Unterstützung erforderlich machen). Pflegerische Entscheidungen sollten in Abstimmung mit Pflegefachpersonen erfolgen. Der Schwierigkeitsgrad der Anforderungen kann höher sein, wenn die Auszubildenden die zu pflegenden Menschen gemeinsam mit Pflegefachpersonen versorgen.

I Pflegeprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.

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

- Grundprinzipien zum Pflegekonzept am Einsatzort ermitteln und in der durchgeführten Pflege identifizieren.
- Zu pflegende Menschen mit einem geringen Grad an Pflegebedürftigkeit nach vorliegender Planung in ihrer Mobilität und bei der Selbstversorgung unterstützen, dabei ggf. Bezugspersonen einbeziehen und Pflegeprozesse, wenn erforderlich, anpassen und die Durchführung dokumentieren.

I.2 Pflegeprozesse und Pflegediagnostik bei Menschen aller Altersstufen mit gesundheitlichen Problemlagen planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren (bewerten) unter dem besonderen Fokus von Gesundheitsförderung und Prävention.

- Veränderungen des Gesundheitszustandes anhand verschiedener Vitalzeichen, Laborwerte und anderer Faktoren systematisch erheben und mithilfe des bereits erworbenen Wissens interpretieren (ggf. unter Einbeziehung von vorliegenden Arztberichten und der Dokumentation des bisherigen Pflege- und Gesundheitsverlaufs).
- Bewegungs- und Haltungsmuster der zu pflegenden Menschen beobachten, sie auf ihre Bewegungsgewohnheiten und ihre Gesundheitsüberzeugungen im Bereich der Bewegung ansprechen sowie einfache, die Bewegungsabläufe betreffende Assessmentverfahren durchführen. Risiken im Bewegungsverhalten erkennen und gezielt

Interventionen zur Bewegungsförderung (auch zur Unterstützung der Eigenmotivation zur Bewegung), zum Transfer und zum Positionswechsel, ggf. unter Nutzung von Hilfsmitteln, anbieten, durchführen und dokumentieren.

- Bei der Bewegungsförderung, beim Transfer und in der Unterstützung beim Positionswechsel im Liegen Strategien der persönlichen Gesunderhaltung einsetzen (z. B. zum rückengerechten Arbeiten, zur Einnahme von gesundheitsförderlichen Haltungen und zum Training von Kraft, Beweglichkeit, Ausdauer und Koordination) (→ V.2).
- Zu pflegende Menschen auf ihre Gesundheitsüberzeugungen und ihre Gewohnheiten in verschiedenen Bereichen der Selbstpflege (z. B. Haut- und Körperpflege, Ernährung und Ausscheidung, Schlaf...) ansprechen, gesundheitsförderliche und gesundheitsschädliche Momente identifizieren und daraus Aspekte der Gesundheitsförderung und Prävention (auch zu erforderlichen Prophylaxen) für die Gestaltung des Pflegeprozesses ableiten.
- In komplexen Pflegesituationen bei der Körper- und Hautpflege - auch in Verbindung mit Wundversorgung - mitwirken, Teilaufgaben in der Durchführung und Dokumentation übernehmen.
- Den Gesundheitszustand zu pflegender Menschen in Bezug auf Ernährung und Ausscheidung systematisch anhand von Assessmentverfahren erheben und geeignete Interventionsangebote für unterschiedliche Zielgruppen anbieten, durchführen und dokumentieren.
- Gemeinsam mit Pflegefachpersonen bei komplexeren gesundheitlichen Problemlagen der Ernährung und Ausscheidung unterstützen (z. B. in Verbindung mit Schluckstörungen, der Ablehnung von Nahrung und Flüssigkeit, der Versorgung mit künstlichen Zu- und Abgangssystemen oder verschiedenen Problemen der Harn- und Stuhlinkontinenz).
- Für zu pflegende Menschen mit gesundheitlichen Problemlagen aus dem Bereich der Inneren Medizin den Pflegebedarf erheben und den Pflegeprozess planen, durchführen und evaluieren - in Abstimmung auf die im Rahmen des theoretischen Unterrichts erworbenen Kenntnisse.
- Menschen, die operiert wurden oder werden sollen, nach vorliegender Planung bei einfachen Standardeingriffen versorgen, die Pflegeprozesse ggf. anpassen und die Durchführung dokumentieren bzw. in komplexen Situationen an der Versorgung mitwirken und Teilaufgaben entsprechend den bereits entwickelten Kompetenzen übernehmen.

I.3 Pflegeprozesse und Pflegediagnostik von Menschen aller Altersstufen in hoch belasteten und kritischen Lebenssituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.

- Bei körperbezogenen Interventionen in der Versorgung von schwer pflegebedürftigen und/oder wahrnehmungsbeeinträchtigten Menschen mitarbeiten und die Interventionen fachlich begründen.
- In individualisierten Pflegeprozessen bei schwerstkranken und sterbenden Menschen mitarbeiten.
- In der Begleitung und Unterstützung eines zu pflegenden Menschen und seiner Bezugspersonen am Ende des Lebens mitwirken.

- Eigene Emotionen sowie Belastungen in der Begegnung mit schweren Erkrankungen, Leid und der Endlichkeit des Lebens wahrnehmen und Räume im beruflichen Kontext finden, um die damit verbundenen Erfahrungen und Emotionen ansprechen zu können (→ V.2).

I.4 In lebensbedrohlichen sowie in Krisen- oder Katastrophensituationen zielgerichtet handeln.

- Sicherheitsrisiken in den verschiedenen Versorgungsbereichen erkennen und verschiedene (technische) Lösungen zur Erhöhung der Patientensicherheit anbieten und einsetzen (bezogen auf Patientensicherheit, Arbeitsschutz → IV.1).
- Zu pflegende Menschen innerhalb der Einrichtung und außer Haus bei Ortswechseln begleiten und dabei Sicherheitsrisiken berücksichtigen sowie die erforderlichen Sicherheitsvorkehrungen treffen (z. B. Transport zu Funktionsabteilungen in der Klinik, Arztbesuche, Behördengänge).
- Besonderheiten in der Institutions-/Organisations- und Sicherheitsstruktur im Vergleich zum vorhergehenden Setting erkennen, erklären und einordnen, Ansatzpunkte zur Organisation und Aktualisierung der erforderlichen und geltenden Standards entwickeln.
- Abläufe in Notfallsituationen bewusst wahrnehmen und entsprechend den eigenen Kompetenzen mitwirken und unter Berücksichtigung fachlicher Standards sowie der Perspektiven von Betroffenen und Mitwirkenden reflektieren.

I.5 Menschen aller Altersstufen bei der Lebensgestaltung unterstützen, begleiten und beraten.

- Den Tages- und Nachtablauf von zu pflegenden Menschen aus ihrer Perspektive wahrnehmen.
- Den Stellenwert von Biografie- und Lebensweltorientierung für Pflegeprozesse im jeweiligen Versorgungskontext nachvollziehen.
- Pflegerelevante Informationen zur Lebenssituation der zu pflegenden Menschen sammeln bzw. die Pflegerelevanz von persönlichen Informationen einschätzen.
- Pflegeprozesse mit zu pflegenden Menschen unter Berücksichtigung ihrer Lebenssituation, ihrer sozialen Netzwerke, ihrer religiösen und kulturellen Bedürfnisse in Abstimmung auf den jeweiligen Versorgungskontext und den bestehenden Unterstützungsbedarf gestalten.
- Den Pflegeprozess mit einem Menschen mit Behinderung gestalten, um gemeinsam Möglichkeiten der Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben zu erschließen.
- Gedanken und Hypothesen zur jeweiligen Lebenssituation der zu pflegenden Menschen entwickeln und sich dazu zunächst im Pflegeteam austauschen.

I.6 Entwicklung und Autonomie in der Lebensspanne fördern.

- Lebens-/Entwicklungsphasen von zu pflegenden Menschen beobachten, kriteriengeleitet einordnen (z. B. hinsichtlich aktuell gegebener Entwicklungsaufgaben und/oder bestehender Lebenskrisen), relevante Informationen in die Dokumentation einbringen.

II Kommunikation und Beratung personen- und situationsorientiert gestalten.

II.1 Kommunikation und Interaktion mit Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen personen- und situationsbezogen gestalten und eine angemessene Information sicherstellen.

- Ein Aufnahmegespräch entsprechend dem einrichtungsspezifischen Standard, ggf. auch mit sozialen Bezugspersonen, führen und die Ergebnisse im analogen oder digitalen Dokumentationssystem erfassen, dabei Datenschutzaspekte berücksichtigen.
- Formen non-verbaler Interaktion, insbesondere Momente leib-körperlicher Interaktion und pflegerischer Berührung bewusst wahrnehmen und gezielt einsetzen, dabei auch Teilaufgaben in der Interaktionsgestaltung mit Menschen übernehmen, die in ihren kommunikativen, insbesondere verbalen Ausdrucksfähigkeiten stark eingeschränkt sind.
- Menschen mit Problemen in der Orientierung und Handlungsplanung vor dem Hintergrund eines differenzierten Assessments von Ressourcen und Einschränkungen unterstützen/anregen/anleiten und Orientierung im Umfeld vermitteln.
- Stimmungslagen und emotionales Erleben bei zu pflegenden Menschen beobachten, beschreiben und im Rahmen des Pflegeprozesses berücksichtigen und Interventionsmöglichkeiten vorschlagen bzw. umsetzen (z. B. Angst, Traurigkeit, Einsamkeit pflegebedürftiger Menschen erkennen).
- Eigene Gefühle und emotionale Reaktionsmuster in der Begegnung mit zu pflegenden Menschen und ihrer aktuellen Lebenssituation wahrnehmen und im kollegialen, fallbezogenen Austausch mit Pflegefachpersonen benennen und reflektieren (z. B. gegenüber Schmerzen, Ängsten, fremdem Leid oder herausfordernden bzw. ablehnenden Verhaltensformen).

II.2 Information, Schulung und Beratung bei Menschen aller Altersstufen / Kindern und Jugendlichen / alten Menschen verantwortlich organisieren, gestalten, steuern und evaluieren (bewerten).

- Zu pflegende Menschen und ggf. ihre Bezugspersonen zu einfachen pflege- oder gesundheitsbezogenen Themen und Aspekten einer gesundheitsförderlichen Selbstpflege informieren sowie einfache Fragen, die auf die pflegerische oder medizinische Versorgung oder sozialrechtliche Aspekte im Zusammenhang mit der Pflegesituation bezogen sind, fachgerecht im Rahmen des eigenen Kenntnisstandes beantworten. Kontextabhängig auch Angehörige und Bezugspersonen zu einfachen Pflegehandlungen anleiten.
- Information und Anleitung an einfachen didaktischen und methodischen Prinzipien ausrichten.

II.3 Ethisch reflektiert handeln.

- Zentrale Wertvorstellungen der Pflege in alltäglichen Versorgungssituationen des jeweiligen Versorgungsbereichs erkennen und benennen.
- Konflikte und Dilemmata in alltäglichen Pflegesituationen in dem jeweiligen Versorgungsbereich erkennen und unterscheiden.

III Intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten.

III.1 Verantwortung in der Organisation des qualifikationsheterogenen Pflegeteams übernehmen.

- Sich im Arbeitsfeld orientieren und Informationen zur Organisationsstruktur sammeln (z. B. Pflegeselbstverständnis und Leitbilder der Einrichtung und einzelner Teammitglieder, Aufgaben und Aufgabenverteilung, unterschiedliche Qualifikationsniveaus von Pflegenden mit den jeweiligen Aufgaben- und Rollenverteilungen, die Anwendung von Prinzipien des Hygienehandelns, Berücksichtigung ökologischer Grundsätze und des Umweltmanagements und/oder Dienst-/Tourenplanung...).
- Tages- und Arbeitsabläufe in unterschiedlichen Schichten nachvollziehen, Übergabeinformationen aus Sicht der Pflege aufnehmen und einbringen.
- Die Strukturen in diesem Arbeitsfeld mit denen, die im Orientierungseinsatz in der Ausbildungseinrichtung erhoben wurden, vergleichen.
- Prozesse der kollegialen Beratung und/oder Supervision im Alltag von Pflegeteams erfahren (→ V.2).

III.2 Ärztliche Anordnungen im Pflegekontext eigenständig durchführen.

- Umfassend die Anforderungen der Hygiene beachten, das Hygienehandeln im jeweiligen Versorgungsbereich organisieren, Unterschiede zwischen den Versorgungsbereichen wahrnehmen, benennen und fachlich begründet einordnen.
- Handlungsabläufe in Pflegesituationen mit erhöhten Infektionsrisiken nach vorliegender Planung durchführen. Versorgungsabläufe, wenn erforderlich, situativ begründet anpassen und die Durchführung dokumentieren (z. B. Versorgung von zu pflegenden Menschen, die mit multiresistenten Erregern infiziert sind).
- Einfache ärztlich veranlasste Maßnahmen der Diagnostik und Therapie, die mit einem geringen Risikopotenzial behaftet sind, durchführen. Dabei in der Einrichtung gängige Maßnahmen schrittweise erarbeiten und zunehmend Selbstständigkeit in der Durchführung aufbauen (z. B. Stellen und Verabreichung von verordneter Medikation, Wundverbände, Injektionen...).

III.3 In interdisziplinären Teams an der Versorgung und Behandlung von Menschen aller Altersstufen mitwirken und Kontinuität an Schnittstellen sichern.

- Strukturen der intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit im jeweiligen Versorgungsbereich erfassen (z. B. Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzt*innen, mit dem ärztlichen Stationsteam in der Klinik, mit therapeutischen Berufsgruppen, mit Beratungsstellen, Hospizdiensten).
- An Fallbesprechungen im intra- und interdisziplinären Team teilnehmen.

IV Das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien reflektieren und begründen.

IV.1 Die Qualität der pflegerischen Leistungen und der Versorgung in den verschiedenen Institutionen sicherstellen.

IV.2 Versorgungskontexte und Systemzusammenhänge im Pflegehandeln berücksichtigen und dabei ökonomische und ökologische Prinzipien beachten.

V Das eigene Handeln auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen reflektieren und begründen.

V.1 Pflegehandeln an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, insbesondere an pflegewissenschaftlichen Forschungsergebnissen, Theorien und Modellen ausrichten.

V.2 Verantwortung für die Entwicklung (lebenslanges Lernen) der eigenen Persönlichkeit sowie das berufliche Selbstverständnis übernehmen.

- Maßnahmen der eigenen Gesundheitsförderung in alltägliche Pflegetätigkeiten und Arbeitsabläufe integrieren und anhand von verschiedenen Beispielen reflektieren.
- Strategien der persönlichen Gesunderhaltung einsetzen (z. B. rückengerechtes Arbeiten bei der Bewegungsförderung, beim Transfer und der Positionierung im Bett, Einnahme von gesundheitsförderlichen Haltungen und Training von Kraft, Beweglichkeit, Ausdauer und Koordination) (→ I.2).
- Von erlebten Situationen sachgerecht berichten, eigene Gefühle und Gedanken nachvollziehbar darstellen und im Austausch mit anleitenden Pflegefachpersonen oder im Rahmen von kollegialer Beratung und/oder Supervision nach persönlichen Lösungen suchen (auch Aspekte von Unter-/Überforderung einbeziehen) (→ I.3/II.1/III.1).

Einsätze im zweiten Ausbildungsdrittel im Rahmen der PFLICHTEINSÄTZE in den drei allgemeinen Versorgungsbereichen

Die unten aufgelisteten Aufgabenstellungen zur Kompetenzentwicklung im Rahmen der Praxisausbildung beziehen sich auf die Pflichteinsätze in den drei allgemeinen Versorgungsbereichen im zweiten Ausbildungsdrittel. Diese werden, unterteilt in mehrere Abschnitte, an verschiedenen Einsatzorten in der stationären Akutpflege, der stationären Langzeitpflege und/oder der ambulanten Akut-/Langzeitpflege entweder beim Träger der praktischen Ausbildung oder bei einer oder mehreren über Kooperationsverträge in die Ausbildung eingebundenen Einrichtungen durchgeführt. Abhängig vom jeweiligen Einsatzort werden unterschiedliche Schwerpunktsetzungen in der Kompetenzentwicklung erfolgen. Im Zusammenspiel der Einsätze sollen die Auszubildenden aufbauend auf den Lernergebnissen des ersten Ausbildungsdrittels Sicherheit in allen aufgeführten Kompetenzbereichen in der unten dargestellten Kompetenzbreite und -tiefe entwickeln.

Die Auszubildenden übernehmen hierfür zunehmend selbstständig Aufgaben mit zu pflegenden Menschen, die einen mittleren Grad an Pflegebedürftigkeit aufweisen und deren gesundheitliche Situation schwankend sein kann, ohne dass sie ein sehr hohes Risikopotenzial birgt (→ maximal schwere Beeinträchtigungen in der Selbstständigkeit und maximal häufiges Auftreten von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen, die eine personelle Unterstützung erforderlich machen). In Situationen, die von hoher Instabilität und großen Risiken und/oder sehr schweren psychischen Problemlagen geprägt sind, sollen die Auszubildenden die zu pflegenden Menschen gemeinsam mit Pflegefachpersonen versorgen und allenfalls Teilaufgaben selbstständig übernehmen.

I Pflegeprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.

I.1 Die Pflege von Menschen aller Altersstufen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.

- Grundprinzipien zum Pflegekonzept am jeweiligen Einsatzort ermitteln, in der durchgeführten Pflege identifizieren und mit im bisherigen Ausbildungsverlauf erfahrenen Pflegekonzepten vergleichen.
- Für zu pflegende Menschen mit einem mittleren Grad an Pflegebedürftigkeit bei Neuaufnahmen oder aufgrund einer Veränderung der Situation den Pflegebedarf feststellen. Die erforderlichen Pflegeziele vorschlagen, im Pflegeteam sowie mit den zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen besprechen, geeignete Pflegemaßnahmen auswählen und durchführen. Die Wirksamkeit der Pflegeinterventionen kontinuierlich überprüfen und die erfolgte Pflege sowie beobachtete Veränderungen im digitalen bzw. analogen Dokumentationssystem der Einrichtung erfassen.
- Das Vorgehen im Entlassungs- und Überleitungsmanagement zwischen den unterschiedlichen Versorgungsbereichen aus unterschiedlichen Perspektiven jeweils fallbezogen erfassen und in verschiedenen Prozessen mitwirken.

I.2 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.

- Veränderungen des Gesundheitszustandes anhand verschiedener Vitalzeichen, Laborwerte und anderer Beobachtungen systematisch erheben, beschreiben und unter Hinzuziehung vorliegender Arztberichte und der Dokumentation des bisherigen Pflege- und Gesundheitsverlaufs deuten. Klinische Auffälligkeiten bei zu pflegenden Menschen mit bestehenden medizinischen Diagnosen oder akut auftretenden Pflegephänomenen erkennen, einordnen und erklären.
- Bewegungs-, Lage- und Haltungsmuster in besonderen gesundheitlichen Problemlagen (z. B. bei zu pflegenden Menschen mit angeborenen Fehlstellungen oder mit chronischen Erkrankungen des Bewegungsapparates) erheben, mithilfe geeigneter Assessmentverfahren einschätzen, anhand des bereits erarbeiteten Wissens interpretieren und Bewegungsressourcen durch gezielte Pflegeinterventionen in Abstimmung mit dem therapeutischen Team fördern und wenn möglich ausbauen.
- Bei Menschen mit Bewegungseinschränkungen gezielt die Möglichkeit der Umsetzung von rehabilitativen Aspekten im Rahmen des Pflegeprozesses abwägen und ggf. spezifische Assessmentinstrumente und -verfahren der rehabilitativen Pflege auswählen und einsetzen (→ I.6).
- Zu pflegende Menschen in Verbindung mit der Gestaltung des Pflegeprozesses zu gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen, Gesundheitsüberzeugungen, Selbstwirksamkeitserwartungen, sozialen Ressourcen sowie Barrieren, die gesundheitsförderliches Verhalten einschränken, ansprechen. Die dabei erhobenen Informationen bündeln und im Rahmen der Pflegediagnose einschätzen. Gemeinsam mit den zu pflegenden Menschen realistische Zielsetzungen für gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen absprechen und mögliche, für den zu pflegenden Menschen akzeptable Interventionen auswählen. Dabei ggf. Gesundheits-Apps bzw. andere digitale Begleiter einbeziehen. Die Wirksamkeit der ausgewählten Interventionen gemeinsam evaluieren.
- In Pflegesituationen mit maximal mittlerem Grad an Pflegebedürftigkeit in der Mobilität, der Selbstversorgung sowie der Bewältigung des selbstständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen unterstützen. Das Pflegehandeln situativ an der gesundheitlichen Situation und den Bedürfnissen der zu pflegenden Menschen ausrichten und die dabei gemachten Erfahrungen in die weitere Planung und Organisation des Pflegeprozesses einbringen.
- In teilweise neuen bzw. unbekannten gesundheitlichen Problemlagen den situativ erforderlichen Kenntnisstand zu Pflegediagnostik und Pflegeinterventionen sowie zum Krankheitsbild und zur medizinischen Diagnostik und Therapie (→ III.2) herleiten sowie durch Eigenrecherche selbstständig erweitern. Gewonnene Erkenntnisse im intraprofessionellen Dialog austauschen, reflektieren und so entsprechend neue Handlungskompetenzen aufbauen.
- Pflegeprozesse für Menschen, die operiert wurden oder werden sollen, in Verbindung mit häufig vorkommenden chirurgischen Eingriffen, ggf. orientiert an vorliegen-

den Behandlungspfaden, mit ergänzender Informationssammlung und Wissensrecherche planen, abstimmen und umsetzen. Die durchgeführte Pflege dokumentieren und evaluieren.

- Pflegeprozesse für Menschen mit typischen Pflegediagnosen in Verbindung mit häufig vorkommenden psychischen oder (geronto-)psychiatrischen Erkrankungen sowie kognitiven Einschränkungen in den verschiedenen Arbeitsfeldern der Pflege (z. B. Entwicklungs- und Verhaltensstörungen, Demenz, Depression) vor dem Hintergrund des entwickelten Kenntnisstandes aus dem theoretischen und fachpraktischen Unterricht planen, abstimmen und unter Berücksichtigung der besonderen Erfordernisse in der Interaktion und Beziehungsgestaltung (→ II.1) umsetzen. Die durchgeführte Pflege dokumentieren und evaluieren.
- Bezugspersonen zu Fragen der pflegerischen Versorgung gezielt ansprechen, entsprechend anleiten und einbeziehen (→ II.2).

I.3 Pflegeprozesse und Pflegediagnostik von Menschen aller Altersstufen in hoch belasteten und kritischen Lebenssituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.

- Körperbezogene Interventionen zur Förderung des psychischen und physischen Wohlbefindens in der Versorgung von schwer pflegebedürftigen und/oder wahrnehmungsbeeinträchtigten Menschen fachlich begründet durchführen (→ II.1).
- Spezifische Bedürfnisse schwerstkranker oder sterbender Menschen in ihren diversen, u. a. religiösen, kulturellen und milieuspezifischen Dimensionen erkennen, respektieren und Wege für deren Unterstützung suchen und sich hierfür auch an Modellen palliativer Versorgung orientieren. Entsprechend individualisierte Pflegeprozesse in verschiedenen Handlungsfeldern gestalten.
- Das Bewältigungsverhalten in Phasen schwerer chronischer Krankheit einschätzen und Strategien unterstützen, die für die Verarbeitung sinnvoll sind (z. B. im Hinblick auf die Sinnsuche).
- Schmerz und Leid von zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen verständnisvoll begegnen. In diesem Kontext herausfordernde Gesprächssituationen benennen und im kollegialen Austausch reflektieren (z. B. Reaktion auf eine Diagnosemitteilung, Aussprechen von Beileidsbekundungen, Mitteilung einer Todesnachricht...) (→ II.1).
- Kongruenz und Empathie hinsichtlich ihrer Wirkung für sich selbst und andere am Pflegeprozess beteiligte Personen im kollegialen Austausch (z. B. im Rahmen von Kollegialer Beratung oder Supervision) reflektieren (→ V.2).

I.4 In lebensbedrohlichen sowie in Krisen- oder Katastrophensituationen zielgerichtet handeln.

- Besonderheiten in der Institutions-/Organisations- und Sicherheitsstruktur im jeweiligen Einsatzbereich im Vergleich zu anderen Einsatzbereichen erkennen, klären und einordnen (bezogen auf Patientensicherheit, Arbeitsschutz, → IV.1).
- (Technische) Lösungsansätze zu potenziellen Gefährdungen der Sicherheit von zu pflegenden Menschen in den öffentlichen Bereichen der Pflegeeinrichtungen bzw. im jeweiligen persönlichen (Wohn-)Umfeld der zu pflegenden Menschen recherchieren bzw. anpassen und entwickeln sowie im kollegialen Austausch vorstellen.

- Zu pflegende Menschen in komplikationsarmen Situationen innerhalb der Einrichtung und außer Haus bei Ortswechseln und Transporten unter Einhaltung der erforderlichen Sicherheitsvorkehrungen begleiten. Strukturierte Übergaben durchführen und dokumentieren.
- Abläufe in Notfallsituationen bewusst wahrnehmen und entsprechend den eigenen Kompetenzen mitwirken. Erfahrene Situationen unter Berücksichtigung fachlicher Standards sowie der Perspektiven von unmittelbar Betroffenen und mittelbar Beteiligten reflektieren.

I.5 Menschen aller Altersstufen bei der Lebensgestaltung unterstützen, begleiten und beraten.

- Biografiegespräche und biografie- bzw. lebensweltorientierte Interviews mit zu pflegenden Menschen führen, die erhobenen Informationen unter Berücksichtigung der Anforderungen des Schutzes von persönlichen Daten mithilfe von theoretischen pflege- und sozialwissenschaftlichen Modellen (z. B. Verlaufskurvenmodell) auswerten und so Biografiearbeit als Teil der pflegerischen Anamnese in den Pflegeprozess integrieren.
- Für Menschen, die aufgrund einer akuten oder chronischen physischen oder psychischen Erkrankung in ihren Alltagskompetenzen vorübergehend oder dauerhaft eingeschränkt sind, auf der Grundlage einer umfassenden pflegerischen Anamnese und Diagnostik fall-, situations- und institutionsbezogene, biografie- und lebensweltorientierte Angebote einer stützenden Tagesstruktur vorschlagen. Gemeinsam mit den zu pflegenden Menschen, ihren Bezugspersonen und dem professionellen (Pflege-)Team Aktivitäten zur Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben planen, durchführen, dokumentieren und evaluieren (z. B. für Kinder und Jugendliche während eines längeren Krankenhausaufenthalts, zu pflegende Menschen nach einem neurologischen Akutereignis oder Menschen mit Depression oder Demenz).
- Den Kontakt zu freiwilligen und ehrenamtlichen Unterstützungssystemen nach Rücksprache mit den zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen herstellen und Möglichkeiten zur Integration in den Pflegeprozess abstimmen (z. B. zu ehrenamtlichen Hospizdiensten, Selbsthilfegruppen, Patientenbeauftragten, Angeboten der Nachbarschaftshilfe...).

I.6 Entwicklung und Autonomie in der Lebensspanne fördern.

- Entwicklungsbedingte Anforderungen von zu pflegenden Menschen und ihrem sozialen Umfeld und die familiäre Lebenssituation im Rahmen der Pflegeanamnese auch unter Nutzung geeigneter Erhebungsinstrumente aufnehmen und in die Pflegeprozessplanung integrieren.
- Rehabilitative Aufgaben in Pflegeprozesse integrieren (z. B. bei Menschen mit Bewegungseinschränkungen) (→ I.2).
- Fall- und situationsbezogen geeignete technische (auch digital unterstützte) Hilfsmittel zur Kompensation von nicht (mehr) vorhandenen Alltagskompetenzen recherchieren, Anwendungsmöglichkeiten ableiten und an die zu pflegenden Menschen und ihre Bezugspersonen weitergeben.

II Kommunikation und Beratung personen- und situationsorientiert gestalten.

II.1 Kommunikation und Interaktion mit Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen personen- und situationsbezogen gestalten und eine angemessene Information sicherstellen.

- Im Rahmen der kontinuierlichen Begleitung von zu pflegenden Menschen informelle Alltagsgespräche sowie die anfallenden formellen Gespräche führen (z. B. Aufnahmegespräche, Gespräche zur Planung und Evaluation im Pflegeprozess, zur Vorbereitung von Arztgesprächen, zur Überleitungs- und Entlassungsplanung...); dabei zunehmend Prinzipien einer beteiligungsorientierten Gesprächsführung integrieren (z. B. im Rahmen des Pflegeprozesses zur Absprache von Pflegezielen, zur Auswahl geeigneter Pflegeinterventionen, zur Abstimmung über die Einschätzung von Wirksamkeit der Pflege).
- Die Wahrnehmungsfähigkeiten und Ausdrucksmöglichkeiten und damit die Möglichkeit sozialer Teilhabe von zu pflegenden Menschen mit erheblichen sensorischen und kognitiven Einschränkungen durch gezielte Berührungsinterventionen fördern.
- Mit zu pflegenden Menschen, deren Wahrnehmung und Erleben nicht dem eigenen Verständnis von Realität und „Normalität“ entspricht (z. B. Kinder und Jugendliche mit Angststörungen oder Depressionen oder Menschen mit Demenz bzw. anderen (geronto-)psychiatrischen Diagnosen), bewusst und gezielt Kontakt aufnehmen und die gefundenen Ansätze in der Interaktions- und Beziehungsgestaltung sowie die damit gemachten Erfahrungen im kollegialen Austausch vor dem Hintergrund der jeweiligen Pflegeanamnese und Pflegediagnostik deuten und reflektieren.
- In ausgewählten Pflegesituationen, die mit den anleitenden Pflegefachpersonen abgestimmt werden, bewusst eine personenzentrierte Haltung einnehmen, um so eine unterstützende Beziehung zu einem zu pflegenden Menschen aufzubauen, dabei die Balance zwischen Nähe und Distanz sowie die Kurz- bzw. Langfristigkeit des Beziehungsaufbaus berücksichtigen.
- Erfahrungen in der Beziehungsgestaltung und mit der Anforderung einer beteiligungsorientierten Gesprächsführung reflektieren, etwa zum Ausbalancieren von Nähe und Distanz bzw. von Selbstschutz und Empathie, in der Begegnung mit herausfordernden Verhaltensweisen und Widerständen oder im Umgang mit dem Anspruch nach wechselseitiger bzw. auch einseitiger Anerkennung; sich dabei insbesondere die persönlichen Anteile in diesen Interaktionssituationen bewusst machen und hierzu Unterstützung im kollegialen Austausch suchen (→ V.2).

II.2 Information, Schulung und Beratung bei Menschen aller Altersstufen / Kindern und Jugendlichen / alten Menschen verantwortlich organisieren, gestalten, steuern und evaluieren.

- Zu pflegende Menschen und/oder ihre Bezugspersonen zu schwierigeren, mehrere Aspekte umfassenden pflege- oder gesundheitsbezogenen Themen informieren. Erweiterte Erkenntnisse zu Fragen, die auf die persönliche Gesunderhaltung/Gesundheitsförderung, auf die pflegerische oder medizinische Versorgung oder sozialrechtliche Aspekte im Zusammenhang mit der Pflegesituation bezogen sind, recherchieren, um fachgerecht antworten zu können (→ I.2/III.2/IV.2).

- Informationen nachvollziehbar und verständlich anhand von didaktischen und methodischen Grundprinzipien aufbereiten.
- Formelle Informationsgespräche gezielt - unter Berücksichtigung der kognitiven und psychischen Fähigkeiten zur Informationsverarbeitung sowie den Prinzipien einer beteiligungsorientierten Gesprächsführung folgend - planen, durchführen und die Durchführung dokumentieren und evaluieren.
- Fallbezogen sinnvolle Angebote der (Mikro-)Schulung zu spezifischen Aktivitäten der Selbstversorgung sowie zu einfachen krankheits- und therapiebedingten Anforderungen auswählen, situativ anpassen, umsetzen und die Umsetzung dokumentieren und evaluieren.

II.3 Ethisch reflektiert handeln.

- Zentrale Wertvorstellungen der Pflege in verschiedenen Versorgungssituationen der jeweiligen Versorgungsbereiche erkennen, benennen und sich daran orientieren.
- Konflikte und Dilemmata in verschiedenen Pflegesituationen in dem jeweiligen Versorgungsbereich erkennen und unterscheiden, insbesondere auch im Zusammenhang mit der Pflege von schwerstkranken und sterbenden Menschen in unterschiedlichen Altersstufen. Zu ausgewählten Dilemmasituationen fallbezogen den kollegialen Austausch in Fragen der Urteilsbildung und Entscheidungsfindung suchen.
- Im Einzelfall zwischen der Anerkennung von Autonomie und den Prinzipien von Schutz und Sicherheit abwägen.

III Intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten.

III.1 Verantwortung in der Organisation des qualifikationsheterogenen Pflegeteams übernehmen.

- Die Strukturen im jeweiligen Praxiseinsatz (Pflegeselbstverständnis und Leitbilder, Rollen und Aufgaben sowie deren Zusammenspiel und Formen der Zusammenarbeit im inter- und intraprofessionellen Team, Berücksichtigung ökologischer Grundsätze und des Umweltmanagements, Tages- und Arbeitsabläufe, Dienst-/Tourenplanung...) mit denen anderer Einsatzbereiche vergleichen.
- Bei der Abstimmung und Koordinierung von Arbeitsprozessen und Aufgaben in den jeweiligen Versorgungsbereichen die unterschiedlichen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche im intraprofessionellen Team berücksichtigen. Bei auftretenden Problemen Verbesserungsmöglichkeiten überlegen und intern zur Diskussion stellen.
- Sich in das jeweilige Team integrieren, dabei eigene Strategien der kollegialen Beziehungsgestaltung reflektieren und (selbst-)kritisch überprüfen bzw. auch im kollegialen Austausch reflektieren.
- Teamentwicklungsprozesse wahrnehmen und sich im Rahmen der eigenen Rolle einbringen (z. B. Lösungsansätze für Spannungen und Konflikte im Team mit der Praxisanleitung reflektieren und nach Umsetzungsmöglichkeiten suchen).
- An der Einarbeitung von Auszubildenden im ersten Ausbildungsjahr bzw. Praktikant*innen mitwirken. Die verschiedenen kollegialen Zielgruppen unter Anwendung didaktischer Prinzipien zu ausgewählten Aspekten pflegerischen Handelns (z. B. zu

einer rückenschonenden Arbeitsweise) anleiten und den Erfolg des Anleitungshandelns durch Feedback evaluieren.
- Prozesse der kollegialen Beratung und/oder Supervision im Alltag von Pflegeteams erfahren (→ V.2).

III.2 Ärztliche Anordnungen im Pflegekontext eigenständig durchführen.

- Umfassend die Anforderungen der Hygiene beachten, das Hygienehandeln in den jeweiligen Versorgungsbereichen mithilfe der dort vorliegenden Hygienepläne organisieren, Unterschiede zwischen den Versorgungsbereichen wahrnehmen, benennen und fachlich begründet mit Rückgriff auf interne und externe Leitlinien einordnen.
- Die persönliche Compliance in der Umsetzung von Hygienerichtlinien im kollegialen Austausch mit der Praxisanleitung reflektieren.
- Fallbezogen im Rahmen der Planung, Umsetzung und Evaluation von Pflegeprozessen, durch Teilnahme an ärztlichen Visiten/Begleitung bei Arztbesuchen, Rezeption der medizinischen Dokumentation und ergänzender Wissensrecherche, Informationen zum Krankheitsbild sowie zur medizinischen Diagnostik und Therapie gewinnen und einordnen.
- In Verbindung mit der Pflegeprozessgestaltung für schwerstkranke und sterbende Menschen an der Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen in der palliativmedizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken.
- Medizinische Verordnungen in stabilen gesundheitlichen Situationen durchführen und das Repertoire der Kenntnisse und Fertigkeiten bezüglich der pflegerischen Aufgaben in der Mitwirkung an der medizinischen Versorgung durch die in den Praxiseinsätzen gängigen Maßnahmen schrittweise erweitern (z. B. Verabreichung von Sondenkost, Stomaversorgung, Versorgung und Legen eines Blasenverweilkatheters).
- Chronische Wunden einschätzen und Grundprinzipien der Versorgung orientiert an entsprechenden Leitlinien und Standards anwenden.

III.3 In interdisziplinären Teams an der Versorgung und Behandlung von Menschen aller Altersstufen mitwirken und Kontinuität an Schnittstellen sichern.

- Strukturen der intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit im jeweiligen Versorgungsbereich erfassen und gezielt, bezogen auf die (mit)verantworteten Pflegeprozesse, Teilaufgaben in diesem Zusammenwirken übernehmen (z. B. in der Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzt*innen, mit dem ärztlichen Stationsteam in der Klinik, mit therapeutischen Berufsgruppen, mit Beratungsstellen, Hospizdiensten...).
- An Fallbesprechungen im intra- und interdisziplinären Team oder in Sitzungen von Ethikkomitees teilnehmen und die eigene Sichtweise fallbezogen in Bezug auf die (mit)verantworteten Pflegeprozesse einbringen.

IV Das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien reflektieren und begründen.

IV.1 Die Qualität der pflegerischen Leistungen und der Versorgung in den verschiedenen Institutionen sicherstellen.

- Die Akzeptanz und Anwendung von evidenzbasierten Leitlinien und Standards in der Einrichtung beobachten und das eigene Handeln im Rahmen der Pflegeprozessgestaltung auf Erkenntnisse aus den im theoretischen Unterricht erarbeiteten Expertenstandards und/oder Leitlinien beziehen (→ V.1).
- An aktuell gegebenen Prozessen und Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung in den verschiedenen Praxiseinrichtungen teilnehmen (z. B. in Prozessen zur Überarbeitung interner Standards und/oder bei der Implementierung von Expertenstandards, in der Umsetzung von Angeboten zur Partizipation der zu pflegenden Menschen, in der Einführung von Pflegevisiten).

IV.2 Versorgungskontexte und Systemzusammenhänge im Pflegehandeln berücksichtigen und dabei ökonomische und ökologische Prinzipien beachten.

- Rechtliche Fragen, die sich jeweils situativ im Rahmen der Praxiseinsätze ergeben (z. B. zu haftungs- oder arbeitsrechtlichen Problemstellungen), formulieren und durch Eigenrecherche und im kollegialen Austausch klären.
- Fallbezogen, z. B. für ein patientenorientiertes Informationsgespräch im Rahmen der Entlassungsplanung, die erforderlichen Informationen zu den rechtlichen und finanziellen Möglichkeiten für die weitere Versorgung zusammentragen (→ II.2).
- Situativ auftretende ökologische Fragen (z. B. in Verbindung mit der Entsorgung von Problemabfällen, in der Sammlung und Aufarbeitung von Wertstoffen, zu Möglichkeiten der Energieeinsparung...) ansprechen und durch Eigenrecherche sowie im kollegialen Diskurs aufarbeiten, Lösungsmöglichkeiten reflektieren.

V Das eigene Handeln auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen reflektieren und begründen.

V.1 Pflegehandeln an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, insbesondere an pflegewissenschaftlichen Forschungsergebnissen, Theorien und Modellen ausrichten.

- Das eigene Handeln im Rahmen der Pflegeprozessgestaltung durch im theoretischen Unterricht erarbeitete pflege- und bezugswissenschaftliche Theorien, Konzepte, Modelle und evidenzbasierte Untersuchungen (z. B. aus den in den Expertenstandards zusammengefassten Publikationen) hinterfragen und begründen (→ IV.1).
- In den erarbeiteten Pflegeprozessen offene Fragestellungen festhalten bzw. Widersprüche aufdecken, die einer weiteren Klärung durch pflegewissenschaftliche Untersuchungen bedürfen würden.

V.2 Verantwortung für die Entwicklung (lebenslanges Lernen) der eigenen Persönlichkeit sowie das berufliche Selbstverständnis übernehmen.

- Eigene Fragen im Kontext von Arbeitsprozessen, Probleme unterschiedlicher Genese, Konflikt- und Dilemmasituationen des beruflichen Alltags wahrnehmen, formulieren und mithilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien sowie im kollegialen Austausch Antworten und Lösungswege suchen.
- Maßnahmen der eigenen Gesundheitsförderung in alltägliche Pflegetätigkeiten und Arbeitsabläufe integrieren und anhand von verschiedenen Beispielen reflektieren (z. B. zum rückengerechten Arbeiten, zur Reduktion physischer Belastungen, zum Zeitmanagement, zum Umgang mit Anforderungsstress und emotionalen Belastungen...). Arbeitsprozesse bewusst selbstfürsorglich präventiv gestalten und unterstützende Hilfsmittel annehmen und einsetzen.
- Nach persönlichen Lösungswegen für den Umgang mit Konflikten und Spannungen im Ausbildungs- und Berufsalltag suchen (z. B. im Rahmen von kollegialer Beratung und/oder Supervision) (→ I.3/II.1/III.1).
- Den eigenen Lernprozess reflektieren, bereits erlangte und noch zu erwerbende Kompetenzen identifizieren und bewusst Strategien zum Kompetenzerwerb verfolgen.
- Den kollegialen Austausch im Pflegeteam suchen, um die eigene Sicht auf aktuelle berufspolitische Fragen zu erweitern.
- Die Wirkung und Ästhetik professioneller Pflege anhand von ausgewählten Beispielen ansprechen und im kollegialen Austausch reflektieren.

PFLICHTEINSATZ in der PÄDIATRISCHEN VERSORGUNG

Die unten aufgelisteten Hinweise zur Kompetenzentwicklung in der Praxisausbildung beziehen sich auf den Pflichteinsatz in der Pädiatrischen Versorgung, der im Zeitraum der ersten beiden Ausbildungsdrittel mit einem Umfang von 60 bis 120 Stunden flexibel in sehr unterschiedlichen Kontextbedingungen gestaltet werden kann (die Regelung gilt vorläufig bis zum 31. Dezember 2024). Diesem Zeitrahmen entsprechend und angesichts möglicher Kapazitätsprobleme sind die vorgeschlagenen Aufgabenstellungen, neben dem Umgang mit gesundheits- und entwicklungsbedingten Selbstpflegeerfordernissen, stark auf die Begegnung mit Kindern und Jugendlichen, ihre Entwicklung, ihre familiäre und soziale Bindung und die Beziehungsgestaltung mit dem Kind oder in der Triade mit den Bezugspersonen fokussiert. Die Kompetenzentwicklung ist mit den Kompetenzbereichen I und II ausschließlich auf die Mikroebene der direkten Versorgung und Interaktion gerichtet.

Entsprechend dem Einsatzort und dem Zeitpunkt des Pflichteinsatzes, muss eine sinnvolle Schwerpunktsetzung durch Auswahl von Aufgabenstellungen getroffen werden, die sich am aktuellen Stand der Kompetenzentwicklung orientieren. Zur Vor- und Nachbereitung des Einsatzes empfiehlt sich eine enge inhaltliche Anbindung an die curriculare Einheit 10 „Entwicklung und Gesundheit in der Kindheit und Jugend in pflegerischen Situationen fördern“.

I Pflegeprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.

I.1 Die Pflege von Menschen aller Altersstufen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.

- Bekannte und neue Ansätze einer entwicklungsfördernden oder familienorientierten (Pflege-)Konzeption in der Einrichtung, in der der Pflichteinsatz durchgeführt wird, identifizieren.
- Bei Kindern oder Jugendlichen einer spezifischen oder mehrerer Altersstufen allgemeine entwicklungs- und gesundheitsbedingte Selbstpflegeerfordernisse ermitteln, entsprechende Angebote zur Förderung der Selbstpflegekompetenz entwickeln, durchführen, dokumentieren und gemeinsam mit dem Kind/Jugendlichen evaluieren.

I.2 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.

- Kindliche und mütterliche Anpassungsprozesse nach der Geburt beobachten, einschätzen und dokumentieren. Auf dieser Grundlage den Pflegeprozess für die Mutter-Kind-Dyade strukturieren, die erforderlichen Pflegemaßnahmen durchführen, dokumentieren und evaluieren.
- Entwicklungsstand, Reifezeichen und Vitalität sowie mögliche Entwicklungsverzögerungen von Säuglingen mithilfe geeigneter Entwicklungsskalen erkennen, in der erforderlichen Form dokumentieren und sich zu Konsequenzen für das unmittelbare Handeln aus dem Blickwinkel der beteiligten Berufsgruppen und der Eltern informieren.

- Kinder und Jugendliche in unterschiedlichen Entwicklungsphasen beobachten und den sensomotorischen, kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklungsstand unter Anwendung von geeigneten Assessmentinstrumenten einschätzen, die Ergebnisse in der erforderlichen Form dokumentieren und im Austausch mit den Pflegefachpersonen der Einrichtung auswerten.
- An präventiven Maßnahmen zum Gesundheitsschutz bei Neugeborenen, Säuglingen, Kindern und Jugendlichen mitwirken und entsprechende Informationen fachgerecht und nachvollziehbar weitergeben (→ II.2).
- In der Beobachtung von Familiensituationen Hypothesen zu den Ressourcen und Einschränkungen in der familiären Interaktion bilden und sich zu diesen Beobachtungen und Deutungen mit den Pflegefachpersonen der Einrichtung austauschen (z. B. zu einer möglicherweise beeinträchtigten Elternkompetenz, zu Rollenüberlastungen und -konflikten für Eltern und Bezugspersonen, zu Gefährdungen familiären Copings, zu Mustern einer beeinträchtigten sozialen Interaktion, zum Risiko einer beeinträchtigten Beziehung/Bindung, zu Hilfen und Unterstützungsangeboten in sozialen Notlagen...) (→ I.5).

I.3 Pflegeprozesse und Pflegediagnostik von Menschen aller Altersstufen in hoch belasteten und kritischen Lebenssituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.

- Körperbezogene Interventionen zur Förderung des psychischen und physischen Wohlbefindens in der Versorgung von wahrnehmungsbeeinträchtigten Kindern und Jugendlichen fachlich begründet durchführen (→ II.1).
- In kritischen Lebenssituationen von Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen sowie ihren Familien, sofern diese sich am Einsatzort ergeben (z. B. auch in Krisen vor-, während oder unmittelbar nach einer Geburt oder bei der Feststellung der Behinderung oder chronischen oder lebensbedrohlichen Erkrankung eines Kindes/Jugendlichen), an der Planung, Organisation, Umsetzung, Dokumentation und Evaluation des Pflegeprozesses mitwirken (→ I.2).
- Die Situation von Familien und einzelnen Familienmitgliedern in sozialen oder gesundheitsbedingten Lebenskrisen, wenn sie sich am Einsatzort ergeben, wahrnehmen und im kollegialen Austausch ansprechen, dabei Kongruenz und Empathie hinsichtlich ihrer Wirkung für sich selbst und andere Professionelle (z. B. im Rahmen von Kollegialer Beratung oder Supervision) reflektieren (→ V.2).

I.4 In lebensbedrohlichen sowie in Krisen- oder Katastrophensituationen zielgerichtet handeln.

- Maßnahmen, die am Einsatzort zum physischen und psychischen Schutz bzw. zur Wahrung der Sicherheit von Kindern und Jugendlichen entsprechend ihrem Entwicklungsstand getroffen werden, erkennen und ggf. bestehende offene Fragen und Unklarheiten ansprechen.

I.5 Menschen aller Altersstufen bei der Lebensgestaltung unterstützen, begleiten und beraten.

- Soziale und familiäre Informationen und Kontextbedingungen von Kindern und Jugendlichen mithilfe geeigneter Instrumente gezielt erheben und eine Familienanamnese unter Nutzung von Grundlagen der Familiengesundheitspflege erstellen (z. B. eine Familie mit einem neugeborenen Kind begleiten und interviewen, die Familie

eines chronisch erkrankten Kindes oder eines Kindes mit speziellem Förderbedarf begleiten und interviewen).
- Unterschiedliche kindliche und familiäre Lebenswelten vor dem Hintergrund der eigenen familiären Sozialisation und biografischen Erfahrungen beobachten und vergleichen.

I.6 Entwicklung und Autonomie in der Lebensspanne fördern.

- Kompetenzen von Neugeborenen/Säuglingen/(Klein-)Kindern auf unterschiedlichen Wahrnehmungsebenen beobachten und gezielte, an entsprechenden Konzepten der Entwicklungsförderung und Pflege orientierte Interventionen in den Pflegeprozess (→ I.2) und die Interaktionsgestaltung (→ II.1) integrieren (→ I.2).
- Den Entwicklungsstand und die familiale und soziale Situation eines Kindes oder Jugendlichen mit angeborener oder erworbener Behinderung erheben, einschätzen und verantwortlich bei der Kompensation eingeschränkter Fähigkeiten bzw. der Förderung der sozialen Integration und Teilhabe mitwirken; den erlebten Ausschnitt im Prozess dokumentieren und mit Bezug auf hinterlegte entwicklungsfördernde Pflegekonzepte mit den beteiligten Personen evaluieren.
- Merkmale einer entwicklungsfördernden Umgebung in der Einrichtung identifizieren bzw. gezielt an ihrer Neu- und Umgestaltung mitwirken.

II Kommunikation und Beratung personen- und situationsorientiert gestalten.

II.1 Kommunikation und Interaktion mit Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen personen- und situationsbezogen gestalten und eine angemessene Information sicherstellen.

- Gespräche und spielerische Interaktion zwischen Kindern und mit Erwachsenen in verschiedenen Entwicklungsphasen beobachten, Muster erfassen und selbst Beziehung zu Kindern und Jugendlichen aufnehmen.
- Kindliche Verletzlichkeit und Schutzbedürftigkeit wahrnehmen und sich dazu mit den Pflegefachpersonen der Einrichtung und ggf. auch mit dem Kind selbst austauschen.
- Die kognitive und soziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsverzögerungen durch gezielte (spielerische) Interaktionsangebote fördern.
- Die Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeiten und damit auch Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit erheblichen sensorischen und kognitiven Einschränkungen durch gezielte Berührungsinterventionen fördern.
- Die Interaktion zwischen Neugeborenen und Eltern/Bezugspersonen kriteriengeleitet beobachten, intuitive elterliche Kompetenzen erkennen und an der Förderung und Entwicklung dieser Kompetenzen mitwirken.
- Das Gespräch mit Eltern und Bezugspersonen zu einem das Kind bzw. den Jugendlichen betreffenden entwicklungs- oder gesundheitsbezogenen Sachverhalt suchen (z. B. mit dem Ziel, eine Familienanamnese zu erstellen oder eine Anleitung oder ein Informationsgespräch anzubieten); dabei die Selbstbestimmungsrechte des Kindes/Jugendlichen achten und Interaktionssituationen auch in der Triade gestalten.
- Eigene Rollenunsicherheit gegenüber Kindern, Jugendlichen und Eltern sowie im Spannungsfeld einer triadischen Interaktion wahrnehmen, in den Kontext der eige-

nen Biografie und Familienerfahrung einordnen und persönlich geeignete Möglichkeiten für eine Reflexion suchen (z. B. im Rahmen von kollegialer Beratung und Supervision).

II.2 Information, Schulung und Beratung bei Menschen aller Altersstufen / Kindern und Jugendlichen / alten Menschen verantwortlich organisieren, gestalten, steuern und evaluieren.

- Informationen zur Gesundheitsförderung und Prävention gegenüber Kindern, Jugendlichen und deren Bezugspersonen situationsorientiert und adressatengerecht unter Anwendung von didaktischen Prinzipien weitergeben.
- Eltern/Bezugspersonen zu Aspekten der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsschutzes, zu präventiven Maßnahmen, zu Fragen der Pflege oder zu ausgewählten Gesundheitsproblemen von Neugeborenen/Säuglingen/Kindern und Jugendlichen informieren (z. B. zu Aspekten der Ernährung, des Bewegungsverhaltens, der Haut- und Körperpflege...).
- An der Unterstützung von Eltern in ihrer Interaktionsgestaltung mit einem Säugling oder (kranken) Kind mitwirken.
- An altersgerechten Schulungs-/Trainingsangeboten für Kinder und Jugendliche mitwirken.
- Bei Eltern- und Familienschulungen hospitieren oder an der Planung, Durchführung und Evaluation von ausgewählten Teilen der Schulung mitwirken.

II.3 Ethisch reflektiert handeln.

- Ethische Konflikte in der peri- und postnatalen Phase erkennen und im Team ansprechen bzw. reflektieren.
- Konflikte und Dilemmata im Spannungsfeld der triadischen Gestaltung der Pflegebeziehung in familienorientierten Pflegesituationen erkennen und fallbezogen reflektieren.

PFLICHTEINSATZ in der PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG in der Ausbildung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann während des letzten Ausbildungsdrittels

Dieser Pflichteinsatz wird im letzten Drittel der Ausbildung angeboten. Er umfasst 120 Stunden und ermöglicht den Auszubildenden einen Einblick in einen neuen Versorgungsbereich. In den Pflichteinsätzen in den ersten beiden Ausbildungsdritteln haben die Auszubildenden höchstwahrscheinlich bereits Erfahrungen im Umgang mit emotionalen, psychischen und kognitiven Veränderungen z. B. aus Begegnungen mit Ängsten, Trauer oder auch der Unfähigkeit zu trauern, mit depressiven Stimmungslagen, Suchtproblemen oder mit Menschen mit Demenz gesammelt.

Durch die Bearbeitung von entsprechenden situativen Anforderungen und durch die theoretischen und praktischen Unterrichte in der curricularen Einheit 11 „Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und kognitiven Beeinträchtigungen personenzentriert und lebensweltbezogen unterstützen“ haben die Auszubildenden grundlegende Kenntnisse und Erfahrungen erworben, die sie zur reflektierten, personenzentrierten Beziehungsgestaltung mit Menschen mit psychischen und kognitiven Einschränkungen (z. B. infolge von medizinischen Diagnosen, wie Depressionen, Angststörungen oder Demenzen) und zur Perspektivenübernahme in unterschiedlichen Pflegesituationen befähigen. Diese grundlegenden Kompetenzen können in dem Pflichteinsatz in der Psychiatrischen Versorgung durch Beobachtungen und Erfahrungen in der Begegnung mit Menschen, deren Wahrnehmung und Erleben z. B. aufgrund einer akuten schweren psychischen Erkrankung nicht dem gewohnten Verständnis von Realität entsprechen, erweitert und vertieft werden.

Daneben lernen die Auszubildenden die spezifischen Pflegebedarfe und Interventionen der psychiatrischen Pflege und die Besonderheiten in den institutionellen Settings sowie in der Zusammenarbeit im therapeutischen Team kennen. Vor dem Hintergrund solch vielfältiger Lernmöglichkeiten wird für die Planung des relativ kurzen Einsatzes empfohlen, einen gezielten Fokus zu setzen und diesen mit ausgewählten Aspekten der curricularen Einheit 11 in der Vor- und Nachbereitung zu verknüpfen.

I Pflegeprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.

I.1 Die Pflege von Menschen aller Altersgruppen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.

- Die für die Versorgung psychisch kranker Menschen hinterlegten Pflege- und Therapiekonzepte in ihrer spezifischen Ausrichtung und theoretischen Grundlegung erfragen und nachvollziehen und anhand von ausgewählten Beispielen in der Gestaltung von individuellen Pflegeprozessen wiedererkennen.
- Die Form der Pflegeprozessplanung und -dokumentation in der psychiatrischen Pflege nachvollziehen und in ausgewählten Pflegesituationen gemeinsam mit der Pflegefachperson an der Planung, Durchführung, Dokumentation und Evaluation der Pflege mitwirken.

- Sich über die im Einsatzbereich für die psychiatrische Pflege etablierten Assessment- und Diagnoseinstrumente informieren und diese fallspezifisch auswählen und anwenden, um im Rahmen der Pflegeprozessgestaltung an der Ermittlung des Pflegebedarfs mitzuwirken.

I.2 Pflegeprozesse und Pflegediagnostik bei Menschen aller Altersgruppen mit gesundheitlichen Problemlagen planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren unter dem besonderen Fokus von Gesundheitsförderung und Prävention.

- An der Erhebung und Dokumentation pflegebezogener Daten von Menschen mit schweren akuten oder chronischen psychischen Erkrankungen (z. B. bei Neuaufnahmen) mitwirken. Hierfür erhobene Daten dokumentieren, beobachtete Phänomene beschreiben, geeignete Assessmentverfahren sowie pflegediagnostische Begrifflichkeiten zur Anwendung bringen und dabei ggf. die Problematik von Symptombeschreibungen und den damit verbundenen Zuschreibungen aufdecken. Vorschläge für den Pflegeprozess, für realistische Zielsetzungen und geeignete Interventionen entwickeln. Zu den formulierten Pflegediagnosen und den Vorschlägen für die Prozessplanung mit der zuständigen Pflegefachperson und mit dem zu pflegenden Menschen selbst in den Austausch gehen. Die Planung des Pflegeprozesses daraufhin ggf. überarbeiten, den zu pflegenden Menschen bei der Umsetzung der geplanten Pflege begleiten, unterstützen, den Prozess fortlaufend dokumentieren und gemeinsam mit den beteiligten Personen evaluieren.
- Durch Mitwirkung in verschiedenen Pflegeprozessen unterschiedliche psychische Erkrankungen und die damit verbundenen Phänomene kennenlernen. Beobachtungen und gewonnene Erfahrungen mit theoretischen Erkenntnissen aus dem Unterricht, ergänzenden Wissensrecherchen oder einem fachlichen Austausch im Pflegeteam erklären und so das Verständnis erweitern.
- Im Kontakt zu Angehörigen und Bezugspersonen unterschiedliche Sichtweisen auf eine durch die psychische Erkrankung entstandene Situation wahrnehmen und nachvollziehen (→ I.5/II.2).

I.3 Pflegeprozesse und Pflegediagnostik von Menschen aller Altersgruppen in hoch belasteten und kritischen Lebenssituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.

- Pflegephänomene zu herausfordernden Lebenssituationen, die sich z. B. durch eine schwere psychische Erkrankung mit chronischem Verlauf für den zu pflegenden Menschen und sein familiäres und soziales Umfeld ergeben, systematisch mithilfe von spezifischen Fachbegriffen und Instrumenten der pflegerischen psychiatrischen Anamnese erheben und dokumentieren (→ I.5). Insbesondere die Wahrnehmung, das Denken und Fühlen sowie die Weltsicht, aber auch den empfundenen seelischen Schmerz in der jeweiligen inneren Logik des zu pflegenden Menschen versuchen nachzuvollziehen, ohne die persönliche Distanz zum Erleben des anderen zu verlieren (→ II.1).

I.4 In lebensbedrohlichen sowie in Krisen- oder Katastrophensituationen zielgerichtet handeln.

- Die Rolle der Pflegenden sowie pflegerische Interventionen in akuten psychischen (z. B. suizidalen) Krisen und Notfallsituationen kennen und ggf. an Kriseninterventionen bzw. in Arbeitsprozessen von Kriseninterventionsteams mitwirken. Dabei die angewandten Indikatoren rekonstruieren, die helfen, eine psychische Krise als solche zu erkennen. Exemplarisch die in einer Situation bestehenden Bedarfe, Möglichkeiten und Grenzen für eine psychiatrische Krisenhilfe in der Institution und im sozialen Umfeld erfassen und im kollegialen Austausch reflektieren, z. B. in Verbindung mit Interventionen zur Deeskalation und Vermeidung von Gewalt (→ II.1).

I.5 Menschen aller Altersstufen bei der Lebensgestaltung unterstützen, begleiten und beraten.

- Fallbezogen in den Dokumentationsunterlagen biografische Informationen der zu pflegenden Menschen rezipieren und/oder in selbst geführten Biografiegesprächen ergänzen/sammeln; hierzu Deutungsmöglichkeiten zur biografischen Sinndimension von einzelnen Phänomen der psychischen Erkrankung oder kognitiven Beeinträchtigung entwickeln und diese im kollegialen Austausch bzw. mit den zu pflegenden Menschen überprüfen.
- Biografie- und lebensweltbezogene Ansätze für pflegetherapeutische Angebote und Unterstützungsmöglichkeiten ableiten und diese in die Gestaltung des Pflegeprozesses einbringen (z. B. Familienbeteiligungsförderung, Entspannungsförderung, Milieugestaltung, tagesstrukturierende Angebote, personenzentrierte Beziehungsgestaltung...) (→ II.1/II.2).
- Angebote der Milieugestaltung, zur Tagesstrukturierung und zur sozialen und kulturellen Teilhabe in der Einrichtung in ihrer Wirkung auf die zu pflegenden Menschen beobachten und einschätzen; Vorschläge für Veränderungen und Weiterentwicklungen entwerfen.

I.6 Entwicklung und Autonomie in der Lebensspanne fördern.

- Fallbezogen die Möglichkeiten, Grenzen und Unterstützungsbedarfe zur Wahrung der Selbstbestimmungsrechte von verschiedenen zu pflegenden Menschen, die psychisch krank oder kognitiv eingeschränkt sind, begründet einschätzen und abwägen. Auf dieser Grundlage Ziele und Interventionen vorschlagen, die ihnen möglichst weitgehende Optionen der eigenständigen Lebensführung und gesellschaftlichen Teilhabe ermöglichen. Hierfür Alltagskompetenzen gezielt fördern, aber auch Prinzipien der Beteiligungsorientierung, des Empowerments und der Ressourcenorientierung (bzw. Recovery) zur Anwendung bringen und soziale und familiale Unterstützungssysteme einbeziehen (→ II.2/II.3).

II Kommunikation und Beratung personen- und situationsorientiert gestalten.

II.1 Kommunikation und Interaktion mit Menschen aller Altersgruppen und ihren Bezugspersonen personen- und situationsbezogen gestalten und eine angemessene Information sicherstellen.

- Wege der Kontaktaufnahme und zur Einleitung von Gesprächen mit zu pflegenden Menschen erproben, ohne dass der Anlass zu einer konkreten pflegerischen Handlung besteht. In diesem Zusammenhang mit den Teammitgliedern innere und äußere Widerstände gegenüber einer Anerkennung von Gesprächen als Pflege“arbeit“ reflektieren.
- Gezielt Kontakt zu Menschen aufnehmen, deren Wahrnehmung und Erleben nicht dem gewohnten Verständnis von Realität entspricht und die durch psychische Gesundheitsprobleme und kognitive Beeinträchtigungen in der Gestaltung ihres Alltags und im Umgang mit anderen Menschen eingeschränkt sind; sich dabei eigene Reaktionsmuster und innere Konflikte bewusstmachen und Lösungsmöglichkeiten reflektieren, um damit umzugehen.
- An (pflege-)therapeutischen Gesprächen - möglichst in Verbindung mit der Mitwirkung an Pflegeprozessen - beobachtend oder mit Übernahme von Teilaufgaben teilnehmen; die sich ergebenden Situationen im kollegialen Austausch reflektieren.
- Durch Perspektivenübernahme, Wege suchen, eine fremd anmutende Gedankenwelt zu verstehen, und mithilfe geeigneter Konzepte und Prinzipien (z. B. Biografie- und Lebensweltbezug, Personenzentrierung...) Ansatzpunkte für die Beziehungsgestaltung entwickeln. Sich dabei die Ungewissheit in der Deutung von Verhalten und das Erfordernis einer wiederkehrenden Überprüfung von Deutungen bewusstmachen.
- Beobachten, wie der Aufbau und die Gestaltung einer tragfähigen und belastbaren Arbeitsbeziehung von beruflich Pflegenden mit einem zu pflegenden Menschen mit psychischer Erkrankung bzw. kognitiver Beeinträchtigung gelingen kann. Die Beobachtungen im kollegialen Austausch reflektieren.
- Eingebunden in die Mitwirkung an der Pflegeprozessplanung (→ I.2-6) mit zu pflegenden Menschen entlastende und orientierungsgebende Gespräche führen.
- Herausforderungen und Konflikte in der Beziehungsgestaltung, z. B. in der Balance von Nähe und Distanz bzw. Autonomie und Abhängigkeit reflektieren, um ihnen professionell begegnen zu können; dabei sowohl den Schutz der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen als auch den Eigenschutz gegenüber der Bildung von unklaren, indifferenten Beziehungsmustern berücksichtigen.
- Beobachten, welche Wege in der Einrichtung beschritten werden, um Gewalt zu vermeiden bzw. deeskalierend zur wirken, und den Austausch zu unterschiedlichen Formen von beobachteter Macht- und Gewaltausübung mit dem Pflegeteam aber auch im Dialog mit den zu pflegenden Menschen bzw. im Trialog mit den Angehörigen suchen.
- In auftretenden Konfliktsituationen Ansätze zur Deeskalation umsetzen und im Anschluss die Konfliktentstehung und die gefundenen Lösungsansätze reflektieren.
- Sich in Verbindung mit auftretenden Konfliktsituationen oder Momenten empathischer Traumatisierung eigene Deutungs- und Handlungsmuster in der pflegerischen Interaktion bewusst machen; diese Muster im Rahmen von kollegialer Beratung und

Supervision reflektieren und so Strategien zu mehr Selbstachtsamkeit und Selbstfürsorge entwickeln (→ V.2).

II.2 Information, Schulung und Beratung von Menschen aller Altersgruppen verantwortlich organisieren, gestalten, steuern und evaluieren.

- Therapeutische Wirkmomente in Gruppen und im Austausch zwischen zu pflegenden Menschen beobachten und Ideen für die Nutzbarmachung entwickeln. An der entsprechenden Gestaltung eines formellen/informellen Angebots für eine kleine Gruppe mitwirken.
- Kommunikationssituationen in Trialogforen bewusst miterleben und ggf. an entsprechenden Angeboten mitwirken.
- Zu pflegende Menschen (einzeln oder in der Gruppe) zu gezielten Aspekten ihrer Gesundheitsversorgung oder Selbstpflege informieren, z. B. bzgl. des Medikamentenmanagements, der Lebensgestaltung, der Förderung sozialer Teilhabe, des Bewältigungshandelns. Ggf. Teilaufgaben im Rahmen eines entsprechenden Schulungsprogramms übernehmen.

II.3 Ethisch reflektiert handeln.

- Ethische Dilemmasituationen, die sich im Rahmen der Pflegeprozessgestaltung ergeben, benennen und im kollegialen Austausch diskutieren, z. B. in Verbindung mit dem Selbstschutz der zu pflegenden Menschen bzw. dem Schutz anderer Menschen (auch der beruflich Pflegenden selbst) und der Anerkennung von Autonomie.
- Unter Abwägung konkurrierender ethischer Prinzipen an der Unterstützung von zu pflegenden psychisch kranken Menschen in der Wahrung ihrer Selbstbestimmungsrechte mitwirken (→ I.6/IV.1).

III Intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten.

III.1 Verantwortung in der Organisation des qualifikationsheterogenen Pflegeteams übernehmen.

- Prozesse der kollegialen Beratung und/oder externen Supervision im Alltag von Pflegeteams erfahren (→ V.2).

III.2 Ärztliche Anordnungen im Pflegekontext eigenständig durchführen.

- Einen Einblick in die medizinische Diagnostik und Therapie im psychiatrischen Versorgungsbereich gewinnen und die Aufgaben der Pflegenden in dieser Zusammenarbeit im kollegialen Austausch reflektieren.
- Eingebunden in die Mitwirkung an der Pflegeprozessplanung (→ I.2-6) systematisch die Wirkungen von ärztlich angeordneter psychiatrischer Pharmakotherapie beobachten, die Beobachtungen dokumentieren und weiterleiten; dabei relevante Aspekte der Pharmakokinetik beachten.

III.3 In interdisziplinären Teams an der Versorgung und Behandlung von Menschen aller Altersstufen mitwirken und Kontinuität an Schnittstellen sichern.

- Anhand von ausgewählten Situationen die im psychiatrischen Versorgungsbereich tätigen Berufsgruppen und die Formen der Zusammenarbeit - auch im Vergleich mit somatischen Arbeitsbereichen -kennenlernen.
- An Fallbesprechungen im interdisziplinären Team teilnehmen und ggf. die pflegerische Sicht in Bezug auf die (mit)verantworteten Versorgungsprozesse einbringen.
- Wenn es sich bei der Gestaltung von Pflegeprozessen ergibt, Aspekte von integrierten Versorgungskonzepten und des Case Managements sowie der Gestaltung einer struktur- und sektorenübergreifenden Kontinuität (auch im Rahmen von Quartiersmanagement), z. B. in Verbindung mit ambulanten, aufsuchenden Versorgungsmodellen für psychisch kranke Menschen wahrnehmen und die Möglichkeiten und Grenzen bestehender und möglicher Versorgungsangebote fallbezogen im kollegialen Austausch reflektieren (→ IV.2).

IV Das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien reflektieren und begründen.

IV.1 Die Qualität der pflegerischen Leistungen und der Versorgung in den verschiedenen Institutionen sicherstellen.

- Ausgewählte für das psychiatrische Arbeitsfeld spezifische Pflegesituationen anhand entsprechender Leitlinien und Standards reflektieren (z. B. zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen bzw. zur Verhinderung von Zwang, in der Notfallpsychiatrie, Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“).

IV.2 Versorgungskontexte und Systemzusammenhänge im Pflegehandeln berücksichtigen und dabei ökonomische und ökologische Prinzipien beachten.

- Fallbezogen, wenn es sich im Rahmen der Pflegeprozessplanung ergibt, geeignete Versorgungsmodelle und die damit im Zusammenhang stehenden rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen z. B. in Verbindung mit der Entlassungsplanung bzw. Überleitung in ein anschließendes Versorgungssystem ermitteln und an einer beteiligungsorientierten dia- bzw. trialogischen Entscheidungsfindung gemeinsam mit den zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen im therapeutischen Team mitwirken (→ III.3).

V Das eigene Handeln auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen reflektieren und begründen.

V.1 Pflegehandeln an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, insbesondere an pflegewissenschaftlichen Forschungsergebnissen, Theorien und Modellen ausrichten.

V.2 Verantwortung für die Entwicklung (lebenslanges Lernen) der eigenen Persönlichkeit sowie das berufliche Selbstverständnis übernehmen.

- Das Arbeitsfeld der psychiatrischen Pflege mit seinen Aufgabenstellungen und dem sich dort abzeichnenden Pflegeverständnis sowie berufliche Entwicklungs- und Wei-

terbildungsmöglichkeiten hinsichtlich der dort gegebenen Möglichkeiten für den eigenen Professionalisierungsprozess überprüfen und ggf. im kollegialen Austausch diskutieren.

- Strategien zur Kompensation und Bewältigung von psychischen Belastungen und Stressoren in komplexen pflegerischen Arbeitsfeldern bewusst umsetzen, sich zu Unterstützungsangeboten in der Institution informieren und diese ggf. wahrnehmen (z. B. im Rahmen von kollegialer Beratung und/oder Supervision) (→ II.1/III.1).

PFLICHTEINSATZ in der KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG in der Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger während des letzten Ausbildungsdrittels

Dieser Pflichteinsatz wird im letzten Drittel der Ausbildung angeboten. Er umfasst 120 Stunden und ermöglicht den Auszubildenden einen Einblick in einen neuen Versorgungsbereich. In den Pflichteinsätzen in den ersten beiden Ausbildungsdritteln haben die Auszubildenden höchstwahrscheinlich bereits Erfahrungen im Umgang mit emotionalen, psychischen und kognitiven Veränderungen bei erwachsenen und älteren Menschen aber auch bei Kindern und Jugendlichen, z. B. mit Ängsten, Trauer oder auch der Unfähigkeit zu trauern, mit depressiven Stimmungslagen, Suchtproblemen oder mit Menschen mit Demenz gesammelt.

Durch die Bearbeitung der entsprechenden situativen Anforderungen und durch die theoretischen und praktischen Unterrichte in der curricularen Einheit 11 „Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und kognitiven Beeinträchtigungen personenzentriert und lebensweltbezogen unterstützen“ haben die Auszubildenden grundlegende Kenntnisse und Erfahrungen erworben, die sie zur reflektierten, personenzentrierten Beziehungsgestaltung mit Menschen mit psychischen und oder mit kognitiven Einschränkungen (z. B. infolge einer angeborenen oder erworbenen geistigen Behinderung oder einer Demenz) und zur Perspektivenübernahme in unterschiedlichen Pflegesituationen befähigen. Auch haben sie im Rahmen der curricularen Einheit 10 „Entwicklung und Gesundheit in Kindheit und Jugend in pflegerischen Situationen fördern“ und während des Pflichteinsatzes in der pädiatrischen Versorgung Kompetenzen zur Beobachtung und Unterstützung von Entwicklungsprozessen bei Kindern und Jugendlichen aufgebaut und wissen um die Anforderungen, die die jeweiligen Entwicklungsaufgaben an die Kinder/Jugendliche selbst sowie ihre Familien stellen.

Diese grundlegenden Kompetenzen bilden wesentliche Anknüpfungspunkte für den Pflichteinsatz in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung. Im Mittelpunkt steht die Gestaltung von Pflegeprozessen mit Kindern/Jugendlichen und ihren Familien bei psychischen Problemlagen, die so schwerwiegend sind, dass sie eine längerfristige stationäre, teilstationäre, ambulante oder aufsuchende therapeutische Betreuung erfordern. Die beruflich Pflegenden sind in ein interdisziplinäres Team mit vielen unterschiedlichen Berufsgruppen eingebunden. Gemeinsam wird nach Ansatzpunkten gesucht, um die Teilhabe und Autonomieentwicklung des jeweiligen Kindes/Jugendlichen zu stärken und unter Einbeziehung der sorgeberechtigten Personen die Interaktion innerhalb der Familie zu verbessern. In der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemlagen sind neben Pflegeprozessen auch Erziehungsprozesse bedeutsam. Damit lernen die Auszubildenden die spezifischen Pflegebedarfe und Interventionen der psychiatrischen Pflege und die Besonderheiten in den institutionellen Settings sowie in der Zusammenarbeit im therapeutischen Team kennen. Vor dem Hintergrund solch vielfältiger Lernmöglichkeiten wird für die Planung des relativ kurzen Einsatzes empfohlen, gezielt einen Fokus zu setzen und diesen inhaltlich mit ausgewählten Aspekten der curricularen Einheit 11 „Kinder und Jugendliche mit psychischen Gesundheitsproblemen und kognitiven Beeinträchtigungen personenzentriert und lebensweltbezogen unterstützen“ in der Vor- und Nachbereitung zu verknüpfen.

I Pflegeprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.

I.1 Die Pflege von Kindern und Jugendlichen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.

- Die für die Versorgung psychisch kranker Kinder/Jugendlicher in der Einrichtung hinterlegten Pflege- und Therapiekonzepte in ihrer spezifischen Ausrichtung und theoretischen Grundlegung erfragen und nachvollziehen sowie anhand von ausgewählten Beispielen in der Gestaltung von individuellen Pflegeprozessen wiedererkennen.
- Die Form der Pflegeprozessplanung und -dokumentation in der kinder- und jugendpsychiatrischen Pflege nachvollziehen und in ausgewählten Pflegesituationen gemeinsam mit der Pflegefachperson an der Planung, Durchführung, Dokumentation und Evaluation der Pflege mitwirken.
- Sich über die im Einsatzbereich etablierten spezifischen Instrumente für ein pflegerisches Assessment und die Pflegediagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie informieren und diese fallspezifisch auswählen und anwenden, um im Rahmen der Pflegeprozessgestaltung an der Ermittlung des Pflegebedarfs mitzuwirken.

I.2 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.

- An der Erhebung und Dokumentation pflegebezogener Daten von Kindern/Jugendlichen mit schweren akuten oder chronischen psychischen Erkrankungen, (z. B. bei Neuaufnahmen) mitwirken. Hierfür erhobene Daten dokumentieren, beobachtete Phänomene beschreiben, geeignete Assessmentverfahren sowie pflegediagnostische Begrifflichkeiten zur Anwendung bringen und dabei ggf. die Problematik von Symptombeschreibungen und den damit verbundenen Zuschreibungen aufdecken. Vorschläge für den Pflegeprozess, für realistische Zielsetzungen und geeignete Interventionen entwickeln. Zu den formulierten Pflegediagnosen und den Vorschlägen für die Prozessplanung mit der zuständigen Pflegefachperson und mit dem zu pflegenden Kind/Jugendlichen selbst sowie den beteiligten Bezugspersonen in den Austausch gehen. Die Planung des Pflegeprozesses daraufhin ggf. überarbeiten, das Kind/den Jugendlichen bei der Umsetzung der geplanten Pflege begleiten, unterstützen, den Prozess fortlaufend dokumentieren und gemeinsam mit den beteiligten Personen evaluieren.
- Durch Mitwirkung in verschiedenen Pflegeprozessen unterschiedliche Erkrankungen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und die mit ihnen verbundenen Phänomene kennenlernen. Beobachtungen und gewonnene Erkenntnisse mit theoretischen Erkenntnissen aus dem Unterricht, ergänzenden Wissensrecherchen und durch einen fachlichen Austausch im Pflegeteam absichern und erweitern.
- Im Kontakt zu Familienmitgliedern und weiteren Bezugspersonen unterschiedliche Sichtweisen auf eine psychische Erkrankung des Kindes/Jugendlichen und die dabei entstandenen Situationen wahrnehmen und nachvollziehen (→ I.5/II.2).

I.3 Pflegeprozesse und Pflegediagnostik von Kindern und Jugendlichen in hoch belasteten und kritischen Lebenssituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.

- Pflegephänomene zu herausfordernden Lebenssituationen, die sich z. B. durch eine schwere psychische Erkrankung mit chronischem Verlauf für ein Kind/einen Jugendlichen und sein familiäres und soziales Umfeld ergeben, systematisch mithilfe von spezifischen Fachbegriffen und Instrumenten der pflegerischen psychiatrischen Anamnese erheben und dokumentieren (→ I.5). Insbesondere die Wahrnehmung, das Denken und Fühlen sowie die Weltsicht, aber auch den empfundenen seelischen Schmerz in der inneren Logik des Kindes/Jugendlichen versuchen nachzuvollziehen, ohne die persönliche Distanz zu diesem Erleben zu verlieren (→ II.1).

I.4 In lebensbedrohlichen sowie in Krisen- oder Katastrophensituationen zielgerichtet handeln.

- Die Rolle der Pflegenden sowie pflegerische Interventionen in akuten psychischen (z. B. suizidalen, fremd- oder selbstgefährdenden) Krisen und Notfallsituationen für Kinder/Jugendliche kennen und ggf. an Kriseninterventionen bzw. in Arbeitsprozessen von Kriseninterventionsteams mitwirken. Dabei die angewandten Indikatoren rekonstruieren, die helfen, die psychische Krise bei Kindern/Jugendlichen als solche zu erkennen. Exemplarisch die in einer Situation bestehenden Bedarfe, Möglichkeiten und Grenzen für eine Krisenhilfe der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Institution und im sozialen Umfeld erfassen und im kollegialen Austausch reflektieren, z. B. in Verbindung mit Interventionen zur Deeskalation und Vermeidung von Gewalt (→ II.1).

I.5 Kinder und Jugendliche bei der Lebensgestaltung unterstützen, begleiten und beraten.

- Fallbezogen in den Dokumentationsunterlagen familien- und lebensweltbezogene Informationen der zu pflegenden Kinder/Jugendlichen rezipieren und/oder in selbst geführten Familienanamnesegesprächen ergänzen/sammeln. Hierzu Deutungsmöglichkeiten zu den lebensweltbezogenen Sinndimensionen von einzelnen Phänomen der psychischen Erkrankung des Kindes/Jugendlichen entwickeln und diese im kollegialen Austausch bzw. mit dem Kind/Jugendlichen und seinen Bezugspersonen überprüfen.
- Mithilfe geeigneter Ansätze für pflegetherapeutische Angebote und Unterstützungsmöglichkeiten in der Gestaltung des Pflegeprozesses mitwirken (z. B. Familienbeteiligungsförderung, soziales Kompetenztraining, tagesstrukturierende Angebote, Entspannungsförderung...) (→ II.1/II.2).
- Angebote der Milieugestaltung, zur Tagesstrukturierung und zur sozialen und kulturellen Teilhabe in der Einrichtung in ihrer Wirkung auf die zu pflegenden Kinder/Jugendlichen beobachten und einschätzen - Vorschläge für Veränderungen und Weiterentwicklungen entwerfen.
- Das Nutzungsverhalten von Kindern/Jugendlichen in der Einrichtung im Umgang mit digitalen Medien beobachten, nachvollziehen, mögliche gesundheitsschädliche Momente von normalen, unschädlichen Formen differenzieren und hilfreiche sowie kontraproduktive Interventionen abwägen. Die Beobachtungen und Überlegungen im therapeutischen Team reflektieren.

I.6 Entwicklung und Autonomie in der Lebensspanne fördern.

- Fallbezogen die Unterstützungsbedarfe von psychisch kranken Kindern/Jugendlichen zu einer altersgemäßen Entwicklungsförderung begründet einschätzen. Auf diese Bedarfe abgestimmte Ziele und Interventionen für verschiedene Lebensbereiche vorschlagen. In Abstimmung mit dem therapeutischen Team Alltagskompetenzen, Fähigkeiten im Spiel, im Lernen und im Leben von sozialen Beziehungen gezielt fördern.
- In Abstimmung mit dem therapeutischen Team Prinzipien der Beteiligungsorientierung, des Empowerments und der Ressourcenorientierung (bzw. Recovery) zur Anwendung bringen. Möglichkeiten der Rückbindung in das Familiensystem bzw. einer Wiederannäherung ausloten. Daneben aber auch die familialen Unterstützungssysteme oder Peer-Groups einbeziehen. Insbesondere für den Bereich der Autonomieförderung und Selbstständigkeitsentwicklung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen die Möglichkeiten und Grenzen von entsprechenden Unterstützungsangeboten abwägen und sowohl mit den Jugendlichen selbst als auch im Trialog mit den Erziehungsberechtigten die Optionen der Anbahnung von eigenständiger Lebensführung aushandeln (→ II.2/II.3).

II Kommunikation und Beratung personen- und situationsorientiert gestalten.

II.1 Kommunikation und Interaktion mit Kindern und Jugendlichen und ihren Bezugspersonen personen- und situationsbezogen gestalten und eine angemessene Information sicherstellen.

- Wege der Kontaktaufnahme und zur Einleitung von Gesprächen mit Kindern/Jugendlichen in verschiedenen Entwicklungsphasen und mit unterschiedlichen psychischen Problemlagen erproben.
- Gezielt Kontakt zu Kindern/Jugendlichen aufnehmen, deren Wahrnehmung und Erleben nicht dem eigenen Verständnis von „normalem“ Verhalten in der Kindheit oder im Jugendalter entspricht und die durch psychische Gesundheitsprobleme ungewohnte und auf unterschiedliche Weise herausfordernde Reaktionsformen zeigen, sich dabei eigene Reaktionsmuster und innere Konflikte bewusst machen und Lösungsmöglichkeiten reflektieren, um damit umzugehen.
- An (pflege-)therapeutischen Gesprächen - möglichst in Verbindung mit der Mitwirkung an Pflegeprozessen - beobachtend oder mit Übernahme von Teilaufgaben teilnehmen; die sich ergebenden Situationen im kollegialen Austausch reflektieren.
- Durch Perspektivenübernahme Wege suchen, die fremd anmutende Gedankenwelt eines Kindes/Jugendlichen zu verstehen, und mithilfe geeigneter Konzepte und Prinzipien (z. B. Lebensweltbezug, Personenzentrierung, Familienorientierung...) Ansatzpunkte für die Beziehungsgestaltung entwickeln. Sich dabei die Ungewissheit in der Deutung von Verhalten und das Erfordernis einer wiederkehrenden Überprüfung von Deutungen bewusstmachen.
- In Abhängigkeit von Lebensalter und Entwicklungsphase reflektieren, in welcher Form und Reihenfolge Einzel- und Familiengespräche sinnvoll geführt und miteinander verknüpft werden können.

- Beobachten, wie der Aufbau und die Gestaltung einer tragfähigen und belastbaren Arbeitsbeziehung von beruflich Pflegenden zu einem Kind/Jugendlichen mit psychischer Erkrankung und seinen Bezugspersonen gelingen kann. Die Beobachtungen im kollegialen Austausch reflektieren.
- Eingebunden in die Mitwirkung an der Pflegeprozessplanung (→ I.2-6) mit zu pflegenden Kindern/Jugendlichen und ihren Bezugspersonen entlastende und orientierungsgebende Gespräche führen.
- Herausforderungen und Konflikte in der Beziehungsgestaltung, z. B. in der Balance von Nähe und Distanz bzw. Autonomie und Abhängigkeit reflektieren, um ihnen professionell begegnen zu können; dabei sowohl den Schutz der zu pflegenden Kinder/Jugendlichen und ihrer Bezugspersonen als auch den Eigenschutz gegenüber der Bildung von unklaren, indifferenten Beziehungsmustern berücksichtigen.
- Beobachten, welche Wege in der Einrichtung beschritten werden, um Gewalt zu vermeiden bzw. deeskalierend zur wirken, und den Austausch zu unterschiedlichen Formen von beobachteter Macht- und Gewaltausübung mit dem Pflegeteam aber auch im Dialog mit den zu pflegenden Kindern/Jugendlichen bzw. im Trialog mit den Bezugspersonen in der Familie/erziehungsberechtigten Bezugspersonen suchen.
- In auftretenden Konfliktsituationen mit einem Kind/Jugendlichen Ansätze zur Deeskalation umsetzen und im Anschluss die Konfliktentstehung und die gefundenen Lösungsansätze reflektieren.
- Sich in Verbindung mit auftretenden Konfliktsituationen oder Momenten empathischer Traumatisierung eigene Deutungs- und Handlungsmuster in der pflegerischen Interaktion bewusst machen; diese Muster im Rahmen von Kollegialer Beratung und Supervision reflektieren und so Strategien zu mehr Selbstachtsamkeit und Selbstfürsorge entwickeln (→ V.2).
- Mit den Teammitgliedern innere und äußere Widerstände gegenüber einer Anerkennung von Gesprächen als Pflege“arbeit“ reflektieren.

II.2 Information, Schulung und Beratung von Kindern und Jugendlichen verantwortlich organisieren, gestalten, steuern und evaluieren.

- Therapeutische Wirkmomente in Gruppen und in der gemeinsamen Interaktion zwischen Kindern/Jugendlichen in verschiedenen Situationen beobachten. Ideen für die Nutzbarmachung im Rahmen von (pflege-)therapeutischen Angeboten entwickeln. An der entsprechenden Gestaltung eines formellen/informellen Angebots für eine kleine Gruppe mitwirken.
- Trialogische Kommunikationssituationen zwischen psychisch kranken Kindern/Jugendlichen, ihren Eltern/erziehungsberechtigten Bezugspersonen und den Professionellen bewusst miterleben und ggf. an entsprechenden Angeboten mitwirken.
- Zu pflegende Kinder/Jugendliche und/oder ihre Bezugspersonen (einzeln oder in der Gruppe) zu gezielten Aspekten ihrer Gesundheitsversorgung oder Selbstpflege informieren (z. B. bzgl. des Medikamentenmanagements, der künftigen Lebensgestaltung im Umgang mit der psychischen Erkrankung, des Verhaltens beim Wiederauftreten bestimmter Symptome, eines gesunden Umgangs mit digitalen Medien...). Ggf. Teilaufgaben im Rahmen eines entsprechenden Schulungsprogramms übernehmen.

II.3 Ethisch reflektiert handeln.

- Ethische Dilemmasituationen, die sich im Rahmen der Pflegeprozessgestaltung ergeben, benennen und im kollegialen Austausch diskutieren (z. B. im Spannungsfeld zwischen dem Aufbau einer Vertrauensbasis zum Kind/Jugendlichen und den Aufgaben aktiver Fürsorge und Kontrollausübung oder in der Anerkennung der elterlichen Verantwortung und dem Eintreten für das Kindeswohl).
- An ethischen Fallbesprechungen im Team teilnehmen und ggf. eigene Beiträge einbringen.
- Unter Abwägung konkurrierender ethischer Prinzipen an der Unterstützung von psychisch kranken Kindern/Jugendlichen in der Wahrung ihrer Selbstbestimmungsrechte mitwirken (→ I.6/IV.1).

III Intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten.

III.1 Verantwortung in der Organisation des qualifikationsheterogenen Pflegeteams übernehmen.

- Prozesse der kollegialen Beratung und/oder Supervision im Alltag von Pflegeteams erfahren (→ V.2).

III.2 Ärztliche Anordnungen im Pflegekontext eigenständig durchführen.

- Einen Einblick in die medizinische Diagnostik und Therapie im psychiatrischen Versorgungsbereich gewinnen und die Aufgaben der beruflich Pflegenden in dieser Zusammenarbeit im kollegialen Austausch reflektieren.
- Eingebunden in die Mitwirkung an der Pflegeprozessplanung (→ I.2-6) systematisch die Beobachtungen der Wirkungen von ärztlich angeordneter psychiatrischer Pharmakotherapie durchführen, dokumentieren und weiterleiten; dabei relevante Aspekte der Pharmakokinetik im Kindes- und Jugendalter beachten.

III.3 In interdisziplinären Teams an der Versorgung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mitwirken und Kontinuität an Schnittstellen sichern.

- Anhand von ausgewählten Situationen die im kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsbereich tätigen Berufsgruppen und die Formen der Zusammenarbeit - auch im Vergleich mit somatischen Arbeitsbereichen - kennenlernen.
- An Fallbesprechungen im interdisziplinären Team teilnehmen und ggf. die Sicht der Pflege in Bezug auf die (mit)verantworteten Versorgungsprozesse einbringen.
- Wenn es sich bei der Gestaltung von Pflegeprozessen ergibt, Aspekte von integrierten Versorgungskonzepten und des Case Managements sowie der Gestaltung einer struktur- und sektorenübergreifenden Kontinuität (auch im Rahmen von Quartiersmanagement), z. B. in Verbindung mit ambulanten, aufsuchenden Versorgungsmodellen für psychisch kranke Kinder- und Jugendliche, wahrnehmen und die Möglichkeiten und Grenzen bestehender und möglicher Versorgungsangebote fallbezogen im kollegialen Austausch reflektieren (→ IV.2).

IV Das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien reflektieren und begründen.

IV.1 Die Qualität der pflegerischen Leistungen und der Versorgung in den verschiedenen Institutionen sicherstellen.

- Ausgewählte für das psychiatrische Arbeitsfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie spezifische Pflegesituationen anhand entsprechender Leitlinien und Standards reflektieren (z. B. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), Leitlinien zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen bzw. zur Verhinderung von Zwang, Leitlinien in der Notfallpsychiatrie - jeweils verknüpft mit der Stellungnahme der DGKJP).

IV.2 Versorgungskontexte und Systemzusammenhänge im Pflegehandeln berücksichtigen und dabei ökonomische und ökologische Prinzipien beachten.

- Fallbezogen, wenn es sich im Rahmen der Pflegeprozessplanung ergibt, geeignete Versorgungsmodelle und die damit im Zusammenhang stehenden rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen, z. B. in Verbindung mit der Entlassungsplanung bzw. Überleitung in ein anschließendes Versorgungssystem, ermitteln und an einer beteiligungsorientierten dia- bzw. trialogischen Entscheidungsfindung gemeinsam mit den zu pflegenden Kindern/Jugendlichen und ihren Familien/erziehungsberechtigten Bezugspersonen im therapeutischen Team mitwirken (→ III.3).

V Das eigene Handeln auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen reflektieren und begründen.

V.1 Pflegehandeln an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, insbesondere an pflegewissenschaftlichen Forschungsergebnissen, Theorien und Modellen ausrichten.

V.2 Verantwortung für die Entwicklung (lebenslanges Lernen) der eigenen Persönlichkeit sowie das berufliche Selbstverständnis übernehmen.

- Das Arbeitsfeld der kinder- und jugendpsychiatrischen Pflege mit seinen Aufgabenstellungen und dem sich dort abzeichnenden Pflegeverständnis sowie berufliche Entwicklungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten hinsichtlich der dort gegebenen Möglichkeiten für den eigenen Professionalisierungsprozess überprüfen und ggf. im kollegialen Austausch diskutieren.
- Strategien zur Kompensation und Bewältigung von eigenen psychischen Belastungen und Stressoren in komplexen pflegerischen Arbeitsfeldern bewusst umsetzen, sich zu Unterstützungsangeboten in der Institution informieren und diese ggf. wahrnehmen (z. B. im Rahmen von kollegialer Beratung und/oder Supervision) (→ II.1/III.1).

PFLICHTEINSATZ in der GERONTOPSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG in der Ausbildung zur Altenpflegerin/zum Altenpfleger während des letzten Ausbildungsdrittels

Dieser Pflichteinsatz wird im letzten Drittel der Ausbildung angeboten. Er umfasst 120 Stunden und ermöglicht den Auszubildenden einen Einblick in einen neuen Versorgungsbereich. In den Pflichteinsätzen in den ersten beiden Ausbildungsdritteln haben die Auszubildenden höchstwahrscheinlich bereits Erfahrungen im Umgang mit emotionalen, psychischen und kognitiven Veränderungen, z. B. aus Begegnungen mit Ängsten, Trauer oder auch der Unfähigkeit zu trauern, mit depressiven Stimmungslagen, Suchtproblemen oder mit Menschen mit Demenz, gesammelt.

Durch die Bearbeitung der entsprechenden situativen Anforderungen und durch die theoretischen und praktischen Unterrichte in der curricularen Einheit 11 „Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und kognitiven Beeinträchtigungen personenzentriert und lebensweltbezogen unterstützen“ haben die Auszubildenden grundlegende Kenntnisse und Erfahrungen erworben, die sie zur reflektierten, personenzentrierten Beziehungsgestaltung mit Menschen mit psychischen und kognitiven Einschränkungen (z. B. infolge von medizinischen Diagnosen, wie Depressionen, Angststörungen oder Demenzen) und zur Perspektivenübernahme in unterschiedlichen Pflegesituationen befähigen. Diese grundlegenden Kompetenzen können in dem Pflichteinsatz in der Psychiatrischen Versorgung in der Begegnung mit alten Menschen, deren Wahrnehmung und Erleben, z. B. aufgrund einer akuten schweren psychischen Erkrankung, nicht dem gewohnten Verständnis von Realität entsprechen, erweitert und vertieft werden. Daneben lernen die Auszubildenden die spezifischen Pflegebedarfe und Interventionen der psychiatrischen Pflege und die Besonderheiten in den institutionellen Settings sowie in der Zusammenarbeit im therapeutischen Team kennen. Vor dem Hintergrund solch vielfältiger Lernmöglichkeiten wird für die Planung des relativ kurzen Einsatzes empfohlen, einen gezielten Fokus zu setzen und diesen inhaltlich mit ausgewählten Aspekten der curricularen Einheit 11 in der Vor- und Nachbereitung zu verknüpfen.

I Pflegeprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und bewerten.

I.1 Die Pflege von alten Menschen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und bewerten.

- Die für die Versorgung psychisch kranker alter Menschen hinterlegten Pflege- und Therapiekonzepte in ihrer spezifischen Ausrichtung und theoretischen Grundlegung erfragen und nachvollziehen und anhand von ausgewählten Beispielen in der Gestaltung von individuellen Pflegeprozessen wiedererkennen.
- Die Form der Pflegeprozessplanung und -dokumentation in der gerontopsychiatrischen Pflege nachvollziehen und in ausgewählten Pflegesituationen gemeinsam mit der Pflegefachperson an der Planung, Durchführung, Dokumentation und Bewertung der Pflege mitwirken.
- Sich über im Einsatzbereich der Gerontopsychiatrie eingeführte Messverfahren informieren, um mit deren Hilfe sowie unter Hinzuziehung geeigneter Pflegediagnosen

fallbezogen im Rahmen der Pflegeprozessgestaltung an der Beschreibung des Pflegebedarfs mitzuwirken.

I.2 Pflegeprozesse und Pflegediagnostik bei alten Menschen mit gesundheitlichen Problemlagen planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und bewerten unter dem besonderen Fokus von Gesundheitsförderung und Prävention.

- Alte Menschen mit schweren akuten oder chronischen psychischen Erkrankungen bzw. kognitiven Einschränkungen (z. B. verschiedene Formen der Demenz) auf der Grundlage von durchgeführten gerontopsychiatrischen Untersuchungen unterstützen, pflegen und begleiten. Hierfür zusätzlich erhobene Daten (z. B. im Rahmen von Aufnahme- oder Biografiegesprächen) dokumentieren, geeignete Messverfahren einsetzen und beobachtete Phänomene unter Hinzuziehung von Pflegediagnosen beschreiben. Vorschläge für den Pflegeprozess, für realistische Zielsetzungen und geeignete Interventionen entwickeln. Zu den formulierten Pflegediagnosen und den Vorschlägen für die Prozessplanung mit der zuständigen Pflegefachperson und mit dem zu pflegenden alten Menschen selbst in den Austausch gehen. Die Planung des Pflegeprozesses daraufhin ggf. überarbeiten, den zu pflegenden alten Menschen bei der Umsetzung der geplanten Pflege begleiten, unterstützen, den Prozess fortlaufend dokumentieren und gemeinsam mit dem zu pflegenden alten Menschen bewerten.
- Durch Mitwirkung in verschiedenen Pflegeprozessen unterschiedliche gerontopsychiatrische Erkrankungen und die mit ihnen verbundenen Phänomene kennenlernen. Beobachtungen und gewonnene Erkenntnisse mit theoretischem Wissen aus dem Unterricht, mit ergänzend erarbeiteten Fachkenntnissen sowie durch fachlichen Austausch im Pflegeteam absichern und erweitern.
- Im Kontakt zu Angehörigen und Bezugspersonen unterschiedliche Sichtweisen auf eine durch die psychische bzw. demenzielle Erkrankung entstandene Situation wahrnehmen und nachvollziehen (→ I.5/II.2).

I.3 Pflegebedarfe von alten Menschen erkennen und Pflege von alten Menschen in hoch belasteten und kritischen Lebenssituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und bewerten.

- Pflegephänomene zu herausfordernden Lebenssituationen, die sich z. B. durch eine schwere psychische Erkrankung mit chronischem Verlauf oder eine Demenz für den zu pflegenden alten Menschen und sein familiäres und soziales Umfeld ergeben bzw. ergeben haben, systematisch mithilfe von spezifischen Fachbegriffen und Instrumenten der pflegerischen psychiatrischen Anamnese erheben und dokumentieren (→ I.5). Insbesondere die Wahrnehmung, das Denken und Fühlen, sowie die Weltsicht, aber auch den empfundenen seelische Schmerz in der jeweiligen inneren Logik des zu pflegenden alten Menschen versuchen nachzuvollziehen, ohne die persönliche Distanz zum Erleben des anderen zu verlieren (→ II.1).
- Das Risiko pflegerischer Machtausübung und von Machtmissbrauch, das sich im gerontopsychiatrischen Arbeitsfeld beispielsweise aus unterschiedlichen Definitionen von Realität entwickeln kann, kritisch reflektieren (→ II.1).

I.4 In lebensbedrohlichen sowie in Krisen- oder Katastrophensituationen zielgerichtet handeln.

- Die Rolle der Pflegenden sowie pflegerische Interventionen in akuten psychischen (z. B. suizidalen) Krisen und Notfallsituationen für alte Menschen kennen und ggf. an Kriseninterventionen bzw. in Arbeitsprozessen von Kriseninterventionsteams mitwirken. Dabei die angewandten Indikatoren rekonstruieren, die helfen, eine psychische Krise als solche zu erkennen. Exemplarisch die in einer Situation bestehenden Bedarfe, Möglichkeiten und Grenzen für eine gerontopsychiatrische Krisenhilfe in der Institution und im sozialen Umfeld erfassen und im kollegialen Austausch reflektieren, z. B. in Verbindung mit Interventionen zur Deeskalation und Vermeidung von Gewalt (→ II.1).

I.5 Alte Menschen bei der Lebensgestaltung unterstützen, begleiten und beraten.

- Fallbezogen in den Dokumentationsunterlagen biografische Informationen der zu pflegenden alten Menschen rezipieren und/oder in selbst geführten Biografiegesprächen mit dem alten Menschen sowie seinen Bezugspersonen ergänzen/sammeln. Hierzu Deutungsmöglichkeiten zur biografischen Sinndimension von einzelnen Phänomen der gerontopsychiatrischen Erkrankung oder kognitiven Beeinträchtigung entwickeln und diese im kollegialen Austausch bzw. mit den zu pflegenden alten Menschen und ihren Bezugspersonen überprüfen.
- Biografie- und lebensweltbezogene Ansätze für pflegetherapeutische Angebote und Unterstützungsmöglichkeiten ableiten und diese in die Gestaltung des Pflegeprozesses einbringen (z. B. begleitende Alltagshilfe, tagesstrukturierende Angebote, Reminiszensarbeit, Milieugestaltung, personenzentrierte Beziehungsgestaltung) (→ II.1/II.2).
- Konkrete Angebote der Milieugestaltung, zur Tagesstrukturierung und zur sozialen und kulturellen Teilhabe in der Einrichtung in ihrer Wirkung auf die zu pflegenden alten Menschen beobachten und einschätzen, Vorschläge für Veränderungen und Weiterentwicklungen entwerfen.

I.6 Entwicklung und Autonomie in der Lebensspanne fördern.

- Fallbezogen die Möglichkeiten, Grenzen und Unterstützungsbedarfe zur Wahrung der Selbstbestimmungsrechte von verschiedenen zu pflegenden alten Menschen, die psychisch krank oder kognitiv eingeschränkt sind, begründet einschätzen und abwägen. Auf dieser Grundlage Ziele und Interventionen vorschlagen, die ihnen möglichst weitgehende Optionen der eigenständigen Lebensführung und gesellschaftlichen Teilhabe ermöglichen. Hierfür zunächst Alltagskompetenzen gezielt fördern, aber auch Prinzipien der Beteiligungsorientierung, des Empowerments und der Ressourcenorientierung (bzw. Recovery) zur Anwendung bringen und soziale und familiale Unterstützungssysteme einbeziehen (→ II.2/II.3).

II Kommunikation und Beratung personen- und situationsorientiert gestalten.

II.1 Kommunikation und Interaktion mit alten Menschen und ihren Bezugspersonen personen- und situationsbezogen gestalten und eine angemessene Information sicherstellen.

- Gezielt Kontakt zu alten Menschen aufnehmen, deren Wahrnehmung und Erleben nicht dem gewohnten Verständnis von Realität entspricht und die durch psychische Gesundheitsprobleme und kognitive Beeinträchtigungen in der Gestaltung ihres Alltags und im Umgang mit anderen Menschen eingeschränkt sind; sich dabei eigene Reaktionsmuster und innere Konflikte bewusstmachen und Lösungsmöglichkeiten reflektieren, um damit umzugehen.
- An (pflege-)therapeutischen Gesprächen - möglichst in Verbindung mit der Mitwirkung an Pflegeprozessen - beobachtend oder mit Übernahme von Teilaufgaben teilnehmen; die sich ergebenden Situationen im kollegialen Austausch reflektieren.
- Durch Perspektivenübernahme, Wege suchen, die fremd anmutende Gedankenwelt eines zu pflegenden alten Menschen zu verstehen und mithilfe geeigneter Konzepte und Prinzipien (z. B. Biografie- und Lebensweltbezug, Personenzentrierung...) nachzuvollziehen (→ I.3).
- Beobachten, wie der Aufbau und die Gestaltung einer tragfähigen und belastbaren Arbeitsbeziehung von beruflich Pflegenden mit einem zu pflegenden alten Menschen mit psychischer Erkrankung bzw. kognitiver Beeinträchtigung gelingen kann. Die Beobachtungen im kollegialen Austausch reflektieren.
- Eingebunden in die Mitwirkung an der Pflegeprozessplanung (→ I.2-6) mit zu pflegenden alten Menschen und ihren Bezugspersonen entlastende und orientierungsgebende Gespräche führen.
- Herausforderungen und Konflikte in der Beziehungsgestaltung, z. B. in der Balance von Nähe und Distanz bzw. Autonomie und Abhängigkeit, reflektieren, um ihnen professionell begegnen zu können; dabei sowohl den Schutz der zu pflegenden alten Menschen und ihrer Bezugspersonen als auch den Eigenschutz gegenüber der Bildung von unklaren, indifferenten Beziehungsmustern berücksichtigen.
- In auftretenden Konfliktsituationen mit einem zu pflegenden alten Menschen Ansätze zur Deeskalation umsetzen und im Anschluss die Konfliktentstehung und die gefundenen Lösungsansätze reflektieren.
- Mit den Teammitgliedern innere und äußere Widerstände gegenüber einer Anerkennung von Gesprächen als Pflege“arbeit“ reflektieren.

II.2 Information, Schulung und Beratung von alten Menschen verantwortlich organisieren, gestalten, steuern und bewerten.

- Therapeutische Wirkmomente in Gruppen älterer Menschen und im Austausch untereinander beobachten und Ideen für die Nutzbarmachung entwickeln. An der entsprechenden Gestaltung eines formellen/informellen Angebots für eine kleine Gruppe alter Menschen mitwirken.
- Zu pflegende alte Menschen und/oder ihre pflegenden Bezugspersonen (einzeln oder in der Gruppe) zu gezielten Aspekten ihrer Gesundheitsversorgung oder Selbst-

pflege informieren, z. B. bzgl. des Medikamentenmanagements, der Lebensgestaltung, der Förderung sozialer Teilhabe, des Bewältigungshandelns. Ggf. Teilaufgaben im Rahmen eines entsprechenden Schulungsprogramms übernehmen.

II.3 Ethisch reflektiert handeln.

- Ethische Dilemmasituationen, die sich im Rahmen der Pflegeprozessgestaltung ergeben, benennen und im kollegialen Austausch diskutieren (z. B. im Umgang mit Verantwortung in einer asymmetrischen Beziehung, im Spannungsverhältnis zwischen Anerkennung von Autonomiebedürfnissen und (Für-)Sorge für das langfristige Wohlergehen oder zwischen Nähe und Distanz im Beziehungsaufbau).
- An ethischen Fallbesprechungen im Team teilnehmen und ggf. eigene Beiträge einbringen.
- Unter Abwägung konkurrierender ethischer Prinzipien an der Unterstützung von gerontopsychiatrisch erkrankten alten Menschen bzw. von Menschen mit Demenz in der Wahrung ihrer Selbstbestimmungsrechte mitwirken (→ I.6/IV.1).

III Intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten.

III.1 Verantwortung in der Organisation des qualifikationsheterogenen Pflegeteams übernehmen.

- Prozesse der kollegialen Beratung und/oder Supervision im Alltag von Pflegeteams erfahren (→ V.2).

III.2 Ärztliche Anordnungen im Pflegekontext eigenständig durchführen.

- Einen Einblick in die medizinische Diagnostik und Therapie im psychiatrischen Versorgungsbereich gewinnen und die Aufgaben der beruflich Pflegenden in dieser Zusammenarbeit im kollegialen Austausch reflektieren.
- Eingebunden in die Mitwirkung an der Pflegeprozessplanung (→ I.2-6) systematisch die Beobachtungen der Wirkungen von regelmäßig vorkommender, ärztlich angeordneter Pharmakotherapie durchführen, dokumentieren und weiterleiten; dabei relevante geriatrische Aspekte der Pharmakokinetik beachten.

III.3 In interdisziplinären Teams an der Versorgung und Behandlung von alten Menschen mitwirken und Kontinuität an Schnittstellen sichern.

- Anhand von ausgewählten Situationen die im gerontopsychiatrischen Versorgungsbereich tätigen Berufsgruppen und die Formen der Zusammenarbeit, auch im Vergleich mit somatischen Arbeitsbereichen, kennenlernen.
- An Fallbesprechungen im interdisziplinären Team teilnehmen und ggf. die Sicht der Betroffenen als auch die pflegerische Perspektive in Bezug auf die (mit)verantworteten pflegerischen Versorgungsprozesse einbringen.

IV Das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien reflektieren und begründen.

IV.1 Die Qualität der pflegerischen Leistungen und der Versorgung in den verschiedenen Institutionen sicherstellen.

- Ausgewählte für das gerontopsychiatrische Arbeitsfeld spezifische Pflegesituationen im Hinblick auf Qualitätsparameter reflektieren und Ideen zur Weiterentwicklung einrichtungsspezifischer Konzepte entwickeln.

IV.2 Versorgungskontexte und Systemzusammenhänge im Pflegehandeln berücksichtigen und dabei ökonomische und ökologische Prinzipien beachten.

- Fallbezogen, wenn es sich im Rahmen der Pflegeprozessplanung ergibt, geeignete Versorgungsmodelle und die damit im Zusammenhang stehenden rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen, z. B. in Verbindung mit der Entlassungsplanung bzw. Überleitung in ein anschließendes Versorgungssystem, ermitteln und an einer Entscheidungsfindung gemeinsam mit den zu pflegenden alten Menschen und ihren Bezugspersonen im therapeutischen Team mitwirken (→ III.3).

V Das eigene Handeln auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen überdenken und begründen.

V.1 Auf der Grundlage von pflege- und bezugswissenschaftlichen Erkenntnissen, ethischen Grundsätzen und beruflichen Aufgaben handeln.

V.2 Verantwortung für die Entwicklung (lebenslanges Lernen) der eigenen Persönlichkeit sowie das berufliche Selbstverständnis übernehmen.

- Das Arbeitsfeld der gerontopsychiatrischen Pflege mit seinen Aufgabenstellungen und dem sich dort abzeichnenden Pflegeverständnis sowie berufliche Entwicklungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten hinsichtlich der dort gegebenen Möglichkeiten für den eigenen Professionalisierungsprozess überprüfen und ggf. im kollegialen Austausch diskutieren.
- Strategien zur Kompensation und Bewältigung von eigenen psychischen Belastungen und Stressoren in komplexen pflegerischen Arbeitsfeldern bewusst umsetzen, sich zu Unterstützungsangeboten in der Institution informieren und diese ggf. wahrnehmen (z. B. im Rahmen von kollegialer Beratung und/oder Supervision) (→ II.1/III.1).

VERTIEFUNGSEINSATZ im dritten Ausbildungsdrittel für den Ausbildungsabschluss zur PFLEGEFACHFRAU/zum PFLEGEFACHMANN

Der Vertiefungseinsatz erfolgt im letzten Drittel der Ausbildung. Er soll beim Träger der praktischen Ausbildung durchgeführt werden und wird in jedem Fall in dem im Ausbildungsvertrag bestimmten Versorgungsbereich umgesetzt. Damit baut der Vertiefungseinsatz auf einem Pflichteinsatz aus den beiden ersten Ausbildungsdritteln in diesem Versorgungsbereich auf, sodass für diesen Schwerpunktbereich von dem zeitlich umfassendsten und intensivsten Kompetenzaufbau auszugehen ist. In diesem Einsatz wird in der Regel auch der praktische Teil der staatlichen Prüfung abgelegt.

Die Auszubildenden sollen zum Ende der Ausbildung fähig sein, im gewählten Vertiefungsbereich fachlich fundiert Aufgaben bei zu pflegenden Menschen mit einem hohen Grad an Pflegebedürftigkeit zu übernehmen. Die von ihnen unterstützten Menschen können z. B. in ihrer Selbstständigkeit schwer beeinträchtigt sein und Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zeigen, die dauerhaft eine personelle Unterstützung erforderlich machen. Sie können sich auch in einer gesundheitlichen Situation befinden, die durch Instabilität und Komplikationsrisiken gekennzeichnet ist und die einer Versorgung durch komplexe medizinisch-diagnostische und therapeutische Maßnahmen bedürfen. Weiter sollen die Auszubildenden im gewählten Versorgungsbereich über umfassende Kompetenzen verfügen, mit denen sie befähigt sind, in komplexen Pflegesituationen selbstständig zu agieren und die Verantwortung für den Pflegeprozess in qualifikationsheterogenen Teams zu übernehmen sowie interprofessionell zusammenzuarbeiten und Prozesse sektorenübergreifend (mit)zusteuern.

I Pflegeprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.

I.1 Die Pflege von Menschen aller Altersstufen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren

- Das hinterlegte Pflegekonzept am Einsatzort/des Trägers der praktischen Ausbildung mit den im Verlauf des gesamten ersten Ausbildungsabschnitts kennengelernten Konzepten vergleichen; an ausgewählten Beispielen die Bedeutung von Pflegekonzepten für die Gestaltung von individuellen Pflegeprozessen und die Organisation und Gestaltung der Pflege im Bereich des Vertiefungseinsatzes bestimmen.
- Die Pflegeprozesse für eine Gruppe zu pflegender Menschen umfassend gestalten, verantwortlich durchführen, dokumentieren und evaluieren. Dabei sollen sowohl Neuaufnahmen als auch die Evaluation und ggf. erforderlichen Überarbeitungen vorliegender Planungen sowie die Entlassungsplanung bzw. die Überleitung in andere Versorgungsbereiche erfolgen. Mindestens eine Person sollte in einem hohen Grad pflegebedürftig sein.
- Die Prozessplanung mit den zu pflegenden Menschen und/oder ihren Bezugspersonen gemeinsam entwickeln bzw. abstimmen und kontinuierlich evaluieren.

I.2 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.

- Veränderungen des Gesundheitszustandes, darunter auch Vitalfunktionen und Laborparameter in komplexen gesundheitlichen Problemlagen, systematisch verantwortlich erheben. Dabei auch Maßnahmen des pflegerischen Monitorings in intensivpflichtigen Versorgungssituationen durchführen, sofern diese im Versorgungskontext gegeben sind. Die ermittelten Daten anhand von pflegewissenschaftlichen sowie medizinischen Erkenntnissen erklären und interpretieren, pflegebezogene Interventionen in Abstimmung mit dem therapeutischen Team einleiten, durchführen und evaluieren. Den Standpunkt der Pflege im interdisziplinären Diskurs vertreten.
- Bewegungs- und Haltungsmuster, insbesondere in komplexen gesundheitlichen Problemlagen (z. B. bei zu pflegenden Menschen mit neuronal bedingten Veränderungen der Bewegungssteuerung und/oder multidimensional verursachten Einschränkungen und Veränderungen der Beweglichkeit), erheben, mithilfe geeigneter Assessmentverfahren einschätzen und anhand des bereits erarbeiteten Wissens und mithilfe von Pflegediagnosen interpretieren. Bewegungsressourcen durch gezielte Pflegeinterventionen in Abstimmung mit dem therapeutischen Team fördern und wenn möglich ausbauen.
- Bezugspersonen, Auszubildende im Pflegeberuf, Praktikant*innen, Pflegefachpersonen im Anerkennungsverfahren und freiwillig Engagierte in der Bewegungsinteraktion mit den zu pflegenden Menschen anleiten und bei der Entwicklung einer belastungsarmen Haltung unterstützen. Dabei didaktische Prinzipien der Vermittlung gezielt umsetzen (→ II.2).
- Orientiert am Einzelfall subjektive (auch kulturell bedingte) Vorstellungen und Überzeugungen von Gesundheit und Krankheit (Health Beliefs) gesundheitsförderlich in die Pflegeprozessgestaltung integrieren und geeignete Wege zu einer verständigungsorientierten Kommunikation zur Reflexion und Prävention gesundheitsschädigenden Verhaltens suchen (→ II.1).
- Pflegesituationen mit zu pflegenden Menschen, die schwer nachvollziehbare gesundheitsbezogene Verhaltensweisen zeigen (z. B. trotz einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung rauchen, übermäßig zuckerhaltige Getränke und Süßigkeiten bei Diabetes mellitus zu sich nehmen...) reflektieren. Lebenswelt- und biografiebezogene Hypothesen sowie bezugswissenschaftliche Erkenntnisse und Forschungsergebnisse, z. B. aus der Psychologie oder den Gesundheitswissenschaften, heranziehen, um einen verstehenden Zugang abzuleiten. Die eigenen Aufgaben und die Legitimation als Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner in diesem Kontext abwägen. Die Gestaltung des Pflegeprozesses im intra- und interdisziplinären Team vor dem Hintergrund dieser Überlegungen ausrichten und dabei Zugangswege über eine verständigungsorientierte Beziehungsgestaltung suchen (→ II.1/II.2).
- Den Pflegeprozess in unterschiedlichen, komplexen gesundheitlichen Problemlagen (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Nierenerkrankungen, Bluterkrankungen, Stoffwechsel- und Ernährungserkrankungen, Erkrankungen der Verdauungsorgane - vor allem auch als multifaktorielles Geschehen mit Wechselwirkungen in der Symptomatik und Therapie) mit dem Ziel der Wiederherstellung von

Gesundheit und Alltagskompetenz oder der Vermeidung einer Zustandsverschlechterung (Kuration, Rehabilitation, Prävention) bzw. mit dem Fokus einer Verbesserung von Lebensqualität (Palliation → I.3) integrativ gestalten, umsetzen und evaluieren. Dabei auf pflege- und bezugswissenschaftlichen Erkenntnisse zurückgreifen und, wo möglich, ausgewählte technische Assistenzsysteme nutzen.

- Pflegeprozesse für Menschen, die operiert wurden oder werden sollen, auch in Verbindung mit einem komplexen, ggf. mit Komplikationsrisiken verbundenen invasiven Eingriff, mit einer umfassenden Informationssammlung vorbereiten und planen. Die mit dem Eingriff verbundenen pflegerischen Aufgaben in Abstimmung mit den zu pflegenden Menschen durchführen. Die erfolgte Pflege dokumentieren und evaluieren. Wenn erforderlich, ergänzende Wissensrecherchen bezüglich des geplanten Eingriffs durchführen (→ V.1).
- In entsprechenden Versorgungsbereichen an der Planung und Durchführung von Pflegeprozessen für Menschen mit schweren akuten oder chronischen psychiatrischen oder gerontopsychiatrischen Erkrankungen und in akuten Krisensituationen unter Berücksichtigung der besonderen Erfordernisse in der Interaktion und Beziehungsgestaltung (→ II.1) mitarbeiten. An der Dokumentation und Evaluation der durchgeführten Pflege mitwirken.
- Bezugspersonen zu Fragen der pflegerischen Versorgung gezielt ansprechen, entsprechend anleiten, einbeziehen und zu Herausforderungen und Belastungen, die mit der Pflegesituation verbunden sind, fachlich korrekt und verständlich informieren sowie situationsbezogen beraten bzw. mögliche Beratungskontakte vermitteln (→ II.2).

I.3 Pflegeprozesse und Pflegediagnostik von Menschen aller Altersstufen in hoch belasteten und kritischen Lebenssituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.

- Den Pflegeprozess in komplexen Situationen, z. B. bei chronischen, schwer fassbaren Schmerzen, an entsprechenden Leitlinien und Standards orientiert individuell gestalten und das Schmerzassessment sowie die Wirkung der gewählten Interventionen in Abstimmung mit den zu pflegenden Menschen, den Bezugspersonen und den beteiligten Berufsgruppen evaluieren.
- Den Pflegeprozess mit schwer pflegebedürftigen, kommunikations- und/oder wahrnehmungsbeeinträchtigten Menschen auf der Grundlage einer umfassenden Informationssammlung und Anamnese unter Nutzung spezifisch ausgewählter Assessmentinstrumente fachlich begründet planen, durchführen und evaluieren; dabei nach Möglichkeit den zu pflegenden Menschen und/oder seine Bezugspersonen in die Prozessgestaltung und Evaluation einbeziehen.
- Subjektive (auch kulturell bedingte) Vorstellungen vom Sterben und vom Tod, die die Gestaltung des Pflegeprozesses maßgeblich mitbestimmen, mit den zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen besprechen und in die Informationssammlung integrieren.
- Sterbende Menschen und ihre Bezugspersonen zu spezifischen Schwerpunkten palliativer Versorgungsangebote informieren (→ II.1).

- Den Pflegeprozess für Menschen in der letzten Lebensphase und ihre Bezugspersonen/sozialen Netzwerke bedürfnisorientiert, Leid mildernd und mit Rückgriff auf geeignete Modelle einer palliativen Versorgung umfassend unter Einbezug der beteiligten Personen planen, verständnis- und respektvoll durchführen und evaluieren.
- Sich an der Planung, Durchführung und Evaluation von Pflegeprozessen für chronisch psychisch kranke Menschen mit komplexem Hilfebedarf in der ambulanten oder stationären Langzeitversorgung umfassend, partizipativ und unter Berücksichtigung der besonderen Erfordernisse in der Interaktion und Beziehungsgestaltung (→ II.1) beteiligen.

I.4 In lebensbedrohlichen sowie in Krisen- oder Katastrophensituationen zielgerichtet handeln.

- Die Institutions-/Organisations- und Sicherheitsstruktur inkl. der Notfall- und Evakuierungspläne im Einsatzbereich des Vertiefungseinsatzes unter Rückbezug auf die in anderen Versorgungsbereichen gewonnenen Erkenntnisse reflektieren. Die eigenen Verantwortungsbereiche und Aufgaben kennen und situativ umsetzen. Ggf. Veränderungsvorschläge für die Sicherheitsarchitektur von stationären Versorgungsbereichen konstruktiv einbringen bzw. Entscheidungsprozesse hinsichtlich der Sicherheitssituation im häuslichen Umfeld für die zu pflegenden Menschen und ihre Bezugspersonen unterstützen und mit ihnen aushandeln.
- In der Reanimation mitwirken und Handlungssicherheit aufbauen.
- Die in Notfallsituationen relevanten rechtlichen Grundlagen (z. B. Vorsorgevollmacht, Patientenverfügungen) beachten.
- Zu pflegende Menschen auch in risikobehafteten Transportsituationen unter Einhaltung der erforderlichen Sicherheitsvorkehrungen begleiten. Strukturierte Übergaben durchführen und dokumentieren (z. B. frisch operierte Patient*innen aus dem Aufwachraum übernehmen).
- Im Einsatzbereich durchgeführte Notfallmaßnahmen kritisch reflektieren und im Rahmen der Qualitätssicherung konstruktiv an einem möglichen Risiko- und/oder Fehlermanagement mitwirken (→ IV.1).

I.5 Menschen aller Altersstufen bei der Lebensgestaltung unterstützen, begleiten und beraten.

- Biografiegespräche und Biografiearbeit mit zu pflegenden Menschen unter Berücksichtigung des familiären und sozialen Umfeldes auch in komplexen, belasteten oder vulnerablen Lebenssituationen durchführen und die erhobenen Informationen als Teil der pflegerischen Anamnese in den Pflegeprozess integrieren.
- In die Planung des Pflegeprozesses im jeweiligen Versorgungskontext auch die Gestaltung von solchen Alltagsaktivitäten einbeziehen, die die diversen Bedürfnisse und Erwartungen der zu pflegenden Menschen integrieren sowie die biografisch geprägten, kulturellen und religiösen Lebenszusammenhänge, die familiäre Situation, die sozialen Lagen sowie Entwicklungsphasen und Entwicklungsaufgaben der zu pflegenden Menschen berücksichtigen.
- Im Rahmen der Verantwortung für den Pflegeprozess biografie- und lebensweltorientierte Angebote zur Gestaltung von Alltagsaktivitäten, zum Training lebenspraktI-

scher Fähigkeiten, zum Lernen und Spielen bzw. im Sinne einer stützenden Tagesstruktur sowie zur sozialen und kulturellen Teilhabe partizipativ konzipieren und diese insbesondere in Pflegeeinrichtungen mit längerfristiger Akutversorgung oder in der stationären und ambulanten Langzeitversorgung partizipativ mit den zu pflegenden Menschen umsetzen.

- Bezugspersonen der zu pflegenden Menschen, Pflegehilfspersonen, Betreuungskräfte und freiwillig Engagierte in die Umsetzung von biografie- und lebensweltorientierten Angeboten zur Gestaltung von Alltagsaktivitäten und kulturellen Angeboten einbeziehen, ggf. die Durchführungsverantwortung übertragen.

I.6 Entwicklung und Autonomie in der Lebensspanne fördern.

- Geeignete Assessmentinstrumente für die Einschätzung von Entwicklungsverzögerungen von Kindern, Jugendlichen oder erwachsenen Menschen, insbesondere im Rahmen von komplexen Pflegesituationen, einsetzen (z. B. in prekären sozioökonomischen Lagen, in Verbindung mit langjähriger Krankheit oder bei angeborener oder erworbener Behinderung). Die Ergebnisse in die Planung, Durchführung und Evaluation von Pflegeprozessen zur Ermöglichung von Integration und Teilhabe einbeziehen. Dabei die Selbstbestimmungsrechte der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen achten.
- In komplexen Pflegesituationen unter Anerkennung der Selbstbestimmungsrechte der Personen eine umfassende Anamnese des familialen Systems sowie der bestehenden sozialen Netzwerke, genutzter Pflegesysteme und weiterer systemischer Kontexte im Umfeld des zu pflegenden Menschen erheben; die Ergebnisse in die Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse sowie für die Bewältigung der Pflegesituation einbeziehen und unterschiedliche Versorgungsmöglichkeiten innerhalb des Gesundheitssystems und der Primärversorgung berücksichtigen (→ III.3).
- Um die Chancen auf Integration und Teilhabe zu verbessern, gemeinsam mit Menschen mit angeborener oder erworbener Behinderung sowie ihren Bezugspersonen Anforderungskataloge für geeignete technische (darunter auch digitale) Hilfsmittel zur Kompensation von nicht (mehr) vorhandenen Alltagskompetenzen bzw. für mögliche soziale Unterstützungssysteme bestimmen und bei der Suche nach geeigneten Lösungen, Hilfen und Angeboten unterstützen.

II Kommunikation und Beratung personen- und situationsorientiert gestalten.

II.1 Kommunikation und Interaktion mit Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen personen- und situationsbezogen gestalten und eine angemessene Information sicherstellen.

- Situations- und Fallbesprechungen unter Einbeziehung der zu pflegenden Menschen und/oder ihrer Bezugspersonen auf der Grundlage des Einsatzes von geeigneten Formen der Gesprächsführung partizipativ gestalten (z. B. auch im Rahmen von Pflegevisiten oder regelmäßigen Bed-Side-Übergaben).

- Bewusste und gezielte Kontaktaufnahme und Interaktion mit Menschen, deren Wahrnehmung und Erleben nicht immer dem eigenen Verständnis von Realität entspricht und Reflexion der Erfahrungen und gefundenen Lösungsansätze für eine tragfähige und belastbare Arbeitsbeziehung im Dia- bzw. Trialog.
- Herausforderungen und Konflikte in der Beziehungsgestaltung reflektieren, um ihnen professionell begegnen zu können. Dabei auch bewusst im Spannungsfeld zwischen Autonomieanerkennung und fürsorglicher Übernahme von Verantwortung für den anderen agieren (→ I.3/I.6/II.3).
- In Pflegeprozessen gegenüber den zu pflegenden Menschen eine personenzentrierte Haltung einnehmen und/oder körper-leiborientierte Momente der Interaktionsgestaltung integrieren, um darüber Anerkennung der zu pflegenden Menschen mit ihren Gefühlen, ihrem Erleben, ihren Bedürfnissen sowie zwischenmenschliche Verbundenheit zu realisieren.
- Auf Menschen, die einem pflegerischen Versorgungsangebot eher skeptisch, ablehnend oder abwehrend gegenüberstehen, zugehen, Ansatzpunkte für einen Beziehungsaufbau suchen und Aushandlungsprozesse gestalten. Die gefundenen Lösungen unter Berücksichtigung der eigenen Machtpotenziale evaluieren und reflektieren.
- In auftretenden Konfliktsituationen Ansätze zur Deeskalation umsetzen und im Anschluss die Konfliktentstehung und die gefundenen Lösungsansätze reflektieren.
- Sich beispielsweise in Verbindung mit auftretenden Konfliktsituationen oder Momenten empathischer Traumatisierung eigene Deutungs- und Handlungsmuster in der pflegerischen Interaktion bewusst machen, diese im Rahmen von kollegialer Beratung und Supervision reflektieren und so Wege zu mehr Selbstachtsamkeit und Selbstfürsorge finden (→ V.2).

II.2 Information, Schulung und Beratung bei Menschen aller Altersstufen verantwortlich organisieren, gestalten, steuern und evaluieren.

- Aktuelle und fachlich fundierte Informationen für Menschen in komplexen gesundheitlichen Problemlagen bzw. schwierigen, vulnerablen Lebenssituationen bedarfsorientiert zusammentragen und für das Gegenüber nachvollziehbar und verständlich aufbereiten. Dabei auch Gesundheits-Apps bzw. andere digitale Begleiter einbeziehen (→ I.2/III.2/IV.2).
- Situativ sinnvolle Angebote zur (Mikro-)Schulung für eine oder mehrere zu pflegende Personen und/oder ihre (pflegenden) Bezugspersonen zu spezifischen Aspekten der Selbstversorgung oder Fremdpflege auswählen, situativ anpassen und durchführen; die Umsetzung dokumentieren sowie in Rückkoppelung mit den an der Schulung Teilnehmenden evaluieren.
- Einen partizipativen Beratungsprozess, der sich hauptsächlich auf die nicht-direktive Vermittlung von Wissen zu Fragen der Gesundheitsförderung und/oder zur (Selbst-) Pflege bezieht, mit einem zu pflegenden Menschen, der gegenüber der Fragestellung aufgeschlossen ist bzw. diese von sich aus einbringt, planen, durchführen und in Rückkoppelung mit dem/der Gesprächspartner*in evaluieren (z. B. zur Kontinenzförderung, zur Sturzprävention, zum Umgang mit technischen Hilfsmitteln bei eingeschränkter Sprechfähigkeit).

- Auf Nachfrage und geäußerten Bedarf mit pflegenden Bezugspersonen einen partizipativen Beratungsprozess, der sich hauptsächlich auf die nicht-direktive Vermittlung von Wissenszusammenhängen im Kontext der pflegerischen Versorgung eines Angehörigen bezieht, durchführen und in Rückkoppelung mit dem/der Gesprächspartner*in bewerten (z. B. zu Fragen der Gesundheitsförderung, zu Aspekten der (Selbst-/Fremd-) Pflege oder der Angebotsstruktur von Pflege).
- Zu pflegende Menschen und ihre Bezugspersonen im Umgang mit krankheits- sowie therapie- und pflegebedingten Anforderungen beraten und sie darin unterstützen, ihre Gesundheitsziele zu erreichen (z. B. zu Schlafgewohnheiten, gesunder Ernährung, Veränderung des Lebensstils, Kontinenzförderung...).
- Zu zu pflegenden Menschen, die in einzelnen gesundheitsbezogenen Fragen nur eine gering adhärente Einstellung zeigen, einen verstehenden Zugang aufbauen und Möglichkeiten suchen, Teilaspekte einer anderen Einstellung motivierend und nicht belehrend zu vermitteln; in der Evaluation der Gesprächssituationen durch bewusste Perspektivwechsel und/oder in Rückkoppelung mit den Gesprächspartner*innen die Möglichkeiten und Begrenzungen der gewählten Gesprächsführung ausloten.

II.3 Ethisch reflektiert handeln.

- In der Planung, Umsetzung und Evaluation von Pflegeprozessen ethische Fragestellungen berücksichtigen.
- An ethischen Fallbesprechungen des Pflegeteams bzw. Sitzungen des Ethikkomitees teilnehmen und einen eigenen Standpunkt begründet einbringen.
- In pflegerisch relevanten ethischen Dilemmasituationen die Folgen unterschiedlicher Handlungsalternativen unter Berücksichtigung der Selbstbestimmung der zu pflegenden Menschen über das eigene Leben abwägen und zu einer begründeten eigenen Position gelangen; diese in die Entscheidungsfindung im Team einbringen.

III Intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten.

III.1 Verantwortung in der Organisation des qualifikationsheterogenen Pflegeteams übernehmen.

- Aus den Beobachtungen im bisherigen Ausbildungsverlauf zu den Strukturen unterschiedlicher Versorgungsformen und Pflegeeinrichtungen ausgewählte Vorschläge für strukturelle Innovationsimpulse in der Ausbildungseinrichtung ableiten und diese konstruktiv in den internen Prozess der Qualitätsentwicklung einbringen (z. B. zur Strukturierung der Aufgabenverteilung und zur Dienstplangestaltung, zur Weiterentwicklung des Pflegeleitbildes, zu Hygieneplänen und deren Umsetzung, zum Umweltmanagement...) (→ IV.1).
- Abläufe in einem übernommenen Arbeitsbereich (z. B. für eine Gruppe zu pflegender Menschen) in Abstimmung mit dem Team organisieren und ggf. Aufgaben angepasst an die Qualifikationsprofile und -niveaus im Pflegeteam delegieren und koordinieren.

- Die Einarbeitung von Auszubildenden, Praktikant*innen, Pflegefachpersonen im Anerkennungsverfahren und neuen Mitarbeiter*innen in Teilbereichen (mit)übernehmen (z. B. im Rahmen der übernommenen, angeleiteten Prozessverantwortung für eine Gruppe zu pflegender Menschen) (→ I.1/I.2).
- Teamentwicklungsprozesse wahrnehmen und sich im Rahmen der eigenen Rolle mit eigenen Impulsen einbringen.
- Prozesse der kollegialen Beratung und/oder Supervision im Alltag von Pflegeteams erfahren (→ V.2).

III.2 Ärztliche Anordnungen im Pflegekontext eigenständig durchführen.

- Umfassend die Anforderungen der Hygiene beachten, die Umsetzung von Hygieneplänen in den übernommenen Aufgabenbereichen unter Anleitung (mit)verantworten und damit auch die Einhaltung bei delegierten Aufgaben absichern.
- An der Planung, Umsetzung und Evaluation von komplexen, auch durch potenzielle gesundheitliche Instabilität und diagnostische oder therapeutische Unsicherheit oder Vulnerabilität und Krisenhaftigkeit gekennzeichneten Versorgungsprozessen mitwirken.
- Bei der Teilnahme an ärztlichen Visiten bzw. im Kontakt mit Haus- und Fachärzt*innen die pflegerische, auf umfassender Pflegediagnostik beruhende Sichtweise hinsichtlich geeigneter Pflegeinterventionen und der Beobachtungen zur Wirksamkeit medizinischer Maßnahmen einbringen.
- Im Rahmen der Verantwortung für den Pflegeprozess medizinische Verordnungen selbstständig umsetzen und dabei zunehmend Sicherheit auch in der Mitwirkung an komplizierten diagnostisch-therapeutischen Maßnahmen gewinnen; in diesem Kontext die medizinische Dokumentation beachten und sich ergänzend durch Wissensrecherche Informationen zu unbekannten Verfahren der medizinischen Diagnostik und Therapie sowie zugehörige Pflegetechniken aneignen, um sie fachlich fundiert in das eigene Handlungsrepertoire aufzunehmen (→ V.1).
- Den Pflegeprozess für Menschen mit komplizierten chronischen, schwer heilenden Wunden, an entsprechenden Leitlinien und Standards orientiert, individuell in Abstimmung mit Ärzt*innen und den zu pflegenden Menschen selbst und/oder ihren Bezugspersonen planen, umsetzen und kontinuierlich evaluieren.

III.3 In interdisziplinären Teams an der Versorgung und Behandlung von Menschen aller Altersstufen mitwirken und Kontinuität an Schnittstellen sichern.

- Erfahrungen zur Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen aus den verschiedenen Pflichteinsätzen in die Kooperationsstrukturen im Vertiefungseinsatz einbringen und aufkommende Konflikte und Spannungen durch einen gezielten Perspektivenwechsel und die Einschätzung von systemischen und strukturellen Rahmenbedingungen konstruktiv im Interesse der zu pflegenden Menschen reflektieren; dabei auch die Sicht und Interessen der eigenen Berufsgruppe vertreten (→ V.2).
- An Fallbesprechungen im intra- und interdisziplinären Team teilnehmen und die Sicht der Pflege in Bezug auf die (mit)verantworteten Versorgungsprozesse einbringen.

- Konfliktpotenziale im interprofessionellen Team wahrnehmen, Bewältigungsstrategien erkunden und Möglichkeiten der Umsetzung mit der praxisanleitenden Person reflektieren.
- Für die zu pflegenden Menschen im Rahmen der Prozessverantwortung Termine im Versorgungsbereich und in Abstimmung mit anderen, an der Versorgung beteiligten Personen, Berufsgruppen und Institutionen organisieren und koordinieren.
- An der sektorenübergreifenden, partizipativ und interprofessionell ausgerichteten Versorgung eines schwer akut oder chronisch kranken Menschen mitwirken und die pflegerischen Anteile der Planung, der Überleitung zwischen den Versorgungsbereichen sowie der Evaluation gemeinsam mit den zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen unter Berücksichtigung von Standards und Leitlinien übernehmen; geeignete theoretische Modelle zur Begründung heranziehen (→ I.1/IV.1/V.1).

IV Das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien reflektieren und begründen.

IV.1 Die Qualität der pflegerischen Leistungen und der Versorgung in den verschiedenen Institutionen sicherstellen.

- Prozesse und Ergebnisse der Pflege und ihrer Evaluation im digitalen oder analogen Dokumentationssystem der Einrichtung kontinuierlich festhalten und damit der internen und externen Qualitätsüberprüfung zur Verfügung stellen.
- Für das eigene Handeln im Rahmen der (unter Anleitung) verantworteten Pflegeprozessgestaltung geeignete Standards und Leitlinien heranziehen und die dabei gemachten Erfahrungen und die Evaluation der Pflegeergebnisse in den internen Diskurs zur Qualitätssicherung der Einrichtung einbringen; ebenso die Erfahrungen sowie die Ergebnisse der Evaluation und Reflexion partizipativ ausgerichteter Ansätze in der Pflegeprozessgestaltung zur Diskussion stellen und damit zur Weiterentwicklung der Pflegequalität beitragen.
- Phänomene von Macht und Machtmissbrauch in pflegerischen Handlungsfeldern und Institutionen reflektieren (→ I.2/II.1).
- An aktuell gegebenen Prozessen und Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung in der Einrichtung teilnehmen und eigene Erfahrungen und Sichtweisen fachlich begründet einbringen (z. B. in Prozessen zur Überarbeitung interner Standards und/oder bei der Implementierung von Expertenstandards, in der Umsetzung von Angeboten zur Partizipation der zu pflegenden Menschen, in der Einführung von innovativen Pflegekonzepten...).

IV.2 Versorgungskontexte und Systemzusammenhänge im Pflegehandeln berücksichtigen und dabei ökonomische und ökologische Prinzipien beachten.

- Rechtliche Fragen, die sich aus der Arbeitssituation bzw. der Pflegeprozessgestaltung ergeben, formulieren und durch Eigenrecherche und im kollegialen Austausch klären.
- Fallbezogen, z. B. für ein patientenorientiertes Informationsgespräch im Rahmen der Entlassungsplanung, die erforderlichen Informationen zu den rechtlichen und finanziellen Bedingungen für die weitere Versorgung zusammentragen und gemeinsam Spielräume für die Gestaltung der pflegerischen Versorgung ermitteln (→ II.2).

- Situativ auftretende ökologische Fragen (z. B. in Verbindung mit der Entsorgung von Problemabfällen, in der Sammlung und Aufarbeitung von Wertstoffen, zu Möglichkeiten der Energieeinsparung...) ansprechen, durch Eigenrecherche sowie im kollegialen Diskurs aufarbeiten, Lösungsmöglichkeiten reflektieren und die Ergebnisse in den internen Diskurs zur Qualitätssicherung im Einsatzbereich bzw. in der Einrichtung einbringen (→ IV.1).

V Das eigene Handeln auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen reflektieren und begründen.

V.1 Pflegehandeln an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, insbesondere an pflegewissenschaftlichen Forschungsergebnissen, Theorien und Modellen ausrichten.

- Für die Begründung des im Rahmen der Pflegeprozessgestaltung verantworteten Handelns, insbesondere bei neuen, bisher unbekannten Pflegephänomenen und gesundheitlichen Problemlagen, ergänzendes, wissenschaftlich fundiertes Wissen aus den Pflege- und Bezugswissenschaften recherchieren, die Reichweite, den Nutzen, die Relevanz und das Umsetzungspotenzial der recherchierten Ergebnisse einschätzen.
- Aus unklaren, nicht eindeutig erklärbaren Beobachtungen im Rahmen der Pflegediagnostik sowie aus Evaluationsergebnissen zu den Pflegeprozessen, die eher kritisch ausfallen, offene Fragen ableiten, die eine weitere Klärung durch pflegewissenschaftliche Untersuchungen erfordern.

V.2 Verantwortung für die Entwicklung (lebenslanges Lernen) der eigenen Persönlichkeit sowie das berufliche Selbstverständnis übernehmen.

- Aus den Erfahrungen, sich bei neuen Anforderungen auch neue, komplizierte Wissenszusammenhänge erarbeiten sowie das vorhandene Wissen kontinuierlich aktualisieren zu müssen, persönliche Strategien für die (lebenslang) erforderlichen Recherche- und Aneignungsprozesse ableiten; dabei insbesondere auch die Möglichkeiten moderner Informations- und Kommunikationstechnologien nutzen (→ I.2/II.2/III.2/IV.2/V.1).
- Die im Ausbildungsverlauf entwickelten Strategien zur persönlichen Gesunderhaltung sowie das eigene berufliche Selbstverständnis im Kontext des Vertiefungseinsatzes kritisch reflektieren (z. B. in Hinblick auf den Umgang mit der bevorstehenden Abschlussprüfung oder mit der Verantwortung, die der Berufsalltag als Pflegefachperson mit sich bringen wird); hierzu nach persönlichen Lösungswegen für den Umgang mit solchen und anderen Anforderungen, Konflikten und Spannungen im Ausbildungs- und Berufsalltags suchen (z. B. im Rahmen von kollegialer Beratung und/oder Supervision) (→ II.1/III.1).
- Den kollegialen Austausch im Pflegeteam suchen, um die eigene Sicht auf aktuelle berufspolitische Fragen zu erweitern und pflegepolitische Entscheidungen, die sich auf den Versorgungsbereich und die eigene Pflegetätigkeit beziehen, bewerten zu können.

VERTIEFUNGSEINSATZ im dritten Ausbildungsdrittel für den Ausbildungsabschluss zur GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERIN/zum GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER

Dieser Vertiefungseinsatz erfolgt im letzten Drittel der Ausbildung. Er wird entsprechend dem Ausbildungsvertrag beim Träger der praktischen Ausbildung durchgeführt, wenn das Wahlrecht für die Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach § 59 Absatz 2 des Pflegeberufegesetzes ausgeübt wurde. Der Vertiefungseinsatz wird in der Regel auf einem Pflichteinsatz aus den beiden ersten Ausbildungsdritteln in diesem Versorgungsbereich aufbauen, sodass für diesen Schwerpunktbereich von dem zeitlich umfassendsten und intensivsten Kompetenzaufbau auszugehen ist. In diesem Einsatz wird in der Regel auch der praktische Teil der staatlichen Prüfung abgelegt.

Die Auszubildenden sollen zum Ende der Ausbildung fähig sein, fachlich fundiert Aufgaben in der Pflege von Früh- und Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen mit einem hohen Grad an Pflegebedürftigkeit zu übernehmen. Die von ihnen unterstützten Früh- und Neugeboren, Kinder bzw. Jugendlichen können z. B. in ihrer physischen und psychischen Entwicklung stark verzögert oder in ihren kognitiven und motorischen Fähigkeiten schwer beeinträchtigt sein und Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zeigen, die dauerhaft eine personelle Unterstützung erforderlich machen. Sie können sich auch in einer gesundheitlichen Situation befinden, die durch Instabilität und Komplikationsrisiken gekennzeichnet ist und die einer Versorgung durch komplexe medizinisch-diagnostische und therapeutische Maßnahmen bedürfen. Weiter sollen die Auszubildenden im Versorgungsbereich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege über umfassende Kompetenzen verfügen, mit denen sie befähigt sind, in komplexen Pflegesituationen selbstständig zu agieren und die Verantwortung für den Pflegeprozess im intra- und interprofessionellen Team zu übernehmen und Prozesse sektorenübergreifend (mit)zusteuern. Insbesondere die mit Frühgeburtlichkeit verbundenen Problemstellungen des Kindes und der familiären Situation werden in Einsatzbereichen der Neonatologie eine bedeutsame Rolle spielen. Dabei muss jedoch darauf geachtet werden, dass die Anforderungen und Aufgabenstellungen denen einer Erstausbildung entsprechen. Erweiterte Aufgaben der Intensivpflege bei Frühgeborenen, Kindern und Jugendlichen können erst im Rahmen von Weiterbildungen oder auf der Grundlage von Studiengängen vertiefend bearbeitet werden.

I Pflegeprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.

I.1 Die Pflege von Kindern und Jugendlichen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.

- Das hinterlegte Pflegekonzept am Einsatzort im pädiatrischen Fachbereich/des Trägers der praktischen Ausbildung in seiner spezifischen Ausrichtung (z. B. Entwicklungs- und Gesundheitsförderung, Förderung von Elternkompetenzen und Familiengesundheit, Gestaltung von Aushandlungsprozessen in der Selbst- und Dependenz-

pflege...) in unterschiedlichen Settings mit den im Verlauf des gesamten ersten Ausbildungsabschnitts kennengelernten Konzepten vergleichen; an ausgewählten Beispielen die Bedeutung von Pflegekonzepten für die Gestaltung von individuellen Pflegeprozessen und die Organisation der Pflege in der pädiatrischen Versorgung bestimmen.

- Die Pflegeprozesse für eine Gruppe zu pflegender Kinder/Jugendlicher und ihrer Familien umfassend gestalten, verantwortlich durchführen, dokumentieren und evaluieren; dabei sollen sowohl Neuaufnahmen als auch die Evaluation und ggf. erforderliche Überarbeitungen vorliegender Planungen sowie die Entlassungsplanung bzw. die Überleitung in andere Versorgungsbereiche durchgeführt werden; mindestens ein Kind/Jugendlicher sollte in einem hohen Grad pflegebedürftig sein.
- Die Prozessplanung mit den zu pflegenden Kindern/Jugendlichen und/oder ihren Bezugspersonen gemeinsam entwickeln bzw. abstimmen und kontinuierlich evaluieren.

I.2 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.

- Den Pflegebedarf von Frühgeborenen, Kindern und Jugendlichen mit gesundheitlichen Problemlagen unter Nutzung von ausgewählten, auf die Frühgeborenen und das Kindesalter ausgerichteten Einschätzungsskalen erheben, einschätzen und dokumentieren.
- Veränderungen des Gesundheitszustandes, darunter auch Vitalfunktionen und Laborparameter in komplexen gesundheitlichen Problemlagen, systematisch verantwortlich erheben. Dabei auch Maßnahmen des pflegerischen Monitorings in intensivpflichtigen Versorgungssituationen durchführen, sofern diese im Versorgungskontext gegeben sind. Die im pflegerischen Assessment und durch kontinuierliche Überwachung des Gesundheitszustandes von Frühgeborenen, Kindern und Jugendlichen ermittelten Daten anhand von pflegewissenschaftlichen sowie medizinischen Erkenntnissen erklären und interpretieren. Pflegebezogene Interventionen in Abstimmung mit dem therapeutischen Team einleiten, durchführen und evaluieren und den Standpunkt der Pflege im interdisziplinären Diskurs vertreten (→ III.2/III.3).
- Bewegungs- und Haltungsmuster, insbesondere in komplexen gesundheitlichen Problemlagen (z. B. bei Kindern/Jugendlichen mit erheblichen Verzögerungen in der sensomotorischen Entwicklung oder anlagebedingten/erworbenen Einschränkungen bzw. Veränderungen der Beweglichkeit) erheben, mithilfe geeigneter Assessmentverfahren einschätzen und anhand des bereits erarbeiteten Wissens und mithilfe von Pflegediagnosen interpretieren. Im Rückgriff auf entwicklungsfördernde Pflegekonzepte und in Abstimmung mit dem therapeutischen Team die ermittelten Wahrnehmungs- und Bewegungsressourcen durch gezielte Pflegeinterventionen unterstützen und fördern.
- Bezugspersonen, Auszubildende im Pflegeberuf, Praktikant*innen, Pflegefachpersonen im Anerkennungsverfahren und/oder freiwillig Engagierte in der Bewegungsinteraktion mit dem zu pflegenden Kind/Jugendlichen anleiten und bei der Entwicklung

einer belastungsarmen Haltung unterstützen. Dabei didaktische Prinzipien der Vermittlung gezielt umsetzen (→ II.2).

- (Intuitive) Elternkompetenzen im Umgang mit einem Früh-/Neugeborenen oder einem kranken Kind/Jugendlichen beobachten, anhand von pflege-, gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Kriterien einschätzen und unterstützen.
- Orientiert am Einzelfall subjektive (auch kulturell bedingte) Vorstellungen und Überzeugungen von Eltern und Kindern/Jugendlichen zu Gesundheit und Krankheit (Health Beliefs) gesundheitsförderlich in die Pflegeprozessgestaltung integrieren und geeignete Wege zu einer verständigungsorientierten Kommunikation zur Reflexion und Prävention gesundheitsschädigenden Verhaltens suchen (→ II.1).
- Pflegesituationen mit zu pflegenden Jugendlichen, die schwer nachvollziehbare gesundheitsbezogene Verhaltensweisen zeigen (z. B. trotz Asthmaerkrankung rauchen, übermäßig zuckerhaltige Getränke und Süßigkeiten bei Diabetes mellitus zu sich nehmen bzw. geringe Adhärenz im Umgang mit verordneten Medikamenten zeigen...) reflektieren. Lebenswelt- und biografie- und entwicklungsbezogene Hypothesen sowie theoretische Erkenntnisse der Psychologie, Pädagogik und Gesundheitswissenschaften heranziehen, um einen verstehenden Zugang abzuleiten. Die eigenen Aufgaben und die Legitimation als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in diesem Kontext auch hinsichtlich der Einbeziehung der erziehungsberechtigten Bezugspersonen abwägen. Die Gestaltung des Pflegeprozesses im intra- und interdisziplinären Team vor dem Hintergrund dieser Überlegungen ausrichten und dabei Zugangswege über eine verständigungsorientierte Beziehungsgestaltung suchen (→ II.1/II.2).
- Den Pflegeprozess in unterschiedlichen komplexen gesundheitlichen Problemlagen von Kindern/Jugendlichen (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Nierenerkrankungen, Bluterkrankungen, Stoffwechsel- und Ernährungserkrankungen, Erkrankungen der Verdauungsorgane - vor allem auch bei multifaktoriellen Geschehen mit Wechselwirkungen in der Symptomatik und Therapie) integrativ gestalten, umsetzen und evaluieren. Für die Einschätzung auf pflege- und bezugswissenschaftlichen Erkenntnisse zurückgreifen und, wo möglich, ausgewählte technischen Assistenzsysteme nutzen.
- Pflegeprozesse für Kinder/Jugendliche, die operiert wurden oder werden sollen, auch in Verbindung mit einem komplexen, ggf. mit Komplikationsrisiken verbundenen invasiven Eingriff mit einer umfassenden Informationssammlung vorbereiten und planen. Die mit dem Eingriff verbundenen pflegerischen Aufgaben in altersgemäßer Abstimmung mit dem Kind/Jugendlichen sowie seinen Bezugspersonen durchführen. Die durchgeführte Pflege dokumentieren und evaluieren. Wenn erforderlich, ergänzende Wissensrecherchen bezüglich des geplanten Eingriffs durchführen (→ V.1).
- Die Eltern der zu pflegenden Kinder/Jugendlichen bzw. andere mit der Betreuung beauftragte Bezugspersonen zu Fragen der pflegerischen Versorgung gezielt ansprechen, entsprechend anleiten und einbeziehen (→ II.2). Zu Herausforderungen und Belastungen, die mit der Pflegesituation verbunden sind, fachlich korrekt und verständlich informieren sowie situationsbezogen beraten bzw. mögliche Beratungskontakte vermitteln (→ II.2).

I.3 Pflegeprozesse und Pflegediagnostik von Kindern und Jugendlichen in hoch belasteten und kritischen Lebenssituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.

- Pflegeprozesse in herausfordernden Lebenssituationen, die sich z. B. durch Frühgeburt oder die Geburt eines Kindes mit Behinderung ergeben, oder für Kinder/Jugendliche in kritischen Lebenssituationen auf der Grundlage einer umfassenden Familienanamnese mit Bezug zu familienorientierten Theorien der Pflege planen, durchführen und evaluieren (→ I.5).
- Den Pflegeprozess für Kinder/Jugendliche in komplexen Situationen, z. B. bei chronischen, schwer fassbaren Schmerzen, an entsprechenden Leitlinien und Standards orientiert und unter Nutzung von spezifischen Assessmentverfahren für das Kindes- und Jugendalter, individuell unter Einbeziehung ihrer Bezugspersonen gestalten. Die Wirkung der gewählten Interventionen in Abstimmung mit dem Kind/Jugendlichen und seinen Bezugspersonen sowie den beteiligten Berufsgruppen evaluieren.
- Den Pflegeprozess mit schwer pflegebedürftigen, kommunikations- und/oder wahrnehmungsbeeinträchtigten Kindern/Jugendlichen auf der Grundlage einer umfassenden Informationssammlung und Anamnese unter Nutzung spezifisch ausgewählter Assessmentinstrumente fachlich begründet planen, durchführen und evaluieren. Dabei nach Möglichkeit das Kind/den Jugendlichen und/oder seine Bezugspersonen in die Prozessgestaltung und Evaluation einbeziehen.
- Sterbende Kinder/Jugendliche und ihre Bezugspersonen zu spezifischen Schwerpunkten palliativer Versorgungsangebote informieren (→ II.1).
- Den Pflegeprozess für sterbende Kinder/Jugendliche, ihre Familien und weitere Bezugspersonen/sozialen Netzwerke bedürfnisorientiert, Leid mildernd und mit Bezug auf geeignete Modelle einer palliativen Versorgung umfassend unter Einbezug der beteiligten Personen planen, verständnis- und respektvoll durchführen und evaluieren.

I.4 In lebensbedrohlichen sowie in Krisen- oder Katastrophensituationen zielgerichtet handeln.

- Die Institutions-/Organisations- und Sicherheitsstruktur inkl. der Notfall- und Evakuierungspläne im pädiatrischen Einsatzbereich unter Rückbezug auf die in anderen Versorgungsbereichen gewonnenen Erkenntnisse reflektieren. Die eigenen Verantwortungsbereiche und Aufgaben kennen und situativ umsetzen. Ggf. Veränderungsvorschläge für die Sicherheitsarchitektur von stationären Versorgungsbereichen konstruktiv einbringen bzw. Entscheidungsprozesse hinsichtlich der Sicherheitssituation im häuslichen Umfeld für die zu pflegenden Kindern/Jugendlichen unterstützen und mit ihnen und ihren Bezugspersonen aushandeln.
- An lebensrettenden Maßnahmen und der Reanimation bei Kindern mitwirken und Handlungssicherheit für diese spezielle Zielgruppe aufbauen (Paediatric Advanced Life Support).
- Die in Notfallsituationen relevanten rechtlichen Grundlagen und ethischen Fragestellungen reflektieren (z. B. Patientenverfügung im Kindesalter, Elternrechte).
- Die psychische Unterstützung von Kindern im Rahmen von Erste-Hilfe-Maßnahmen beachten und Risiken einer Traumatisierung durch Notfallsituationen mildern (z. B. KASPERLE-Betreuungskonzepte).

- Zu pflegende Kinder/Jugendliche auch in risikobehafteten Transportsituationen unter Einhaltung der erforderlichen Sicherheitsvorkehrungen begleiten. Auf die besondere Belastung in der Situation verständnisvoll und altersgemäß eingehen. Strukturierte Übergaben durchführen und dokumentieren (z. B. frisch operierte Kinder/Jugendliche aus dem Aufwachraum übernehmen).
- In der pädiatrischen Versorgung durchgeführte Notfallmaßnahmen kritisch reflektieren und im Rahmen der Qualitätssicherung konstruktiv an einem möglichen Risiko- und/oder Fehlermanagement mitwirken (→ IV.1).

I.5 Menschen aller Altersstufen bei der Lebensgestaltung unterstützen, begleiten und beraten.

- Auch und gerade in komplexen Pflegesituationen und belasteten, vulnerablen Lebenssituationen die sozialen und familiären Informationen und Kontextbedingungen der zu pflegenden Früh-/Neugeborenen, Kinder und Jugendlichen mithilfe geeigneter Instrumente gezielt erheben und ein Familienassessment bzw. eine Familienanamnese auf der Grundlage von familienorientierten Theorien der Pflege erstellen.
- In die Planung des Pflegeprozesses, insbesondere bei langfristigen stationären Aufenthalten, auch die Gestaltung von Alltagsaktivitäten sowie die Lebens- und Schulsituation der Kinder/Jugendlichen einbeziehen, ihre unterschiedlichen Bedürfnisse und Erwartungen integrieren. Dabei die biografisch geprägten, kulturellen und religiösen Lebenszusammenhänge, die familiäre Situation, die sozialen Lagen sowie Entwicklungsphasen und Entwicklungsaufgaben berücksichtigen.
- Insbesondere im Rahmen einer längerfristigen Akutversorgung biografie- und lebensweltorientierte Angebote zur Gestaltung des Alltags, zum Training lebenspraktischer Fähigkeiten bzw. im Sinne einer stützenden Tagesstruktur gemeinsam mit dem Kind/Jugendlichen und seinen Bezugspersonen partizipativ konzipieren, umsetzen und evaluieren.
- Bezugspersonen der zu pflegenden Kinder/Jugendlichen, Pflegehilfspersonen, Betreuungskräfte und freiwillig Engagierte in die Umsetzung von biografie- und lebensweltorientierten Angeboten zur Gestaltung von Alltagsaktivitäten, Lernprozessen und Kultur- und Freizeitangeboten einbeziehen bzw. ihnen die Durchführungsverantwortung übertragen.

I.6 Entwicklung und Autonomie in der Lebensspanne fördern.

- Geeignete Assessmentinstrumente für die Einschätzung von Entwicklungsverzögerungen von Kindern/Jugendlichen in komplexen Pflegesituationen (z. B. bei angeborener oder erworbener Behinderung) einsetzen. Die Ergebnisse in die Planung, Durchführung und Evaluation von Pflegeprozessen zur Entwicklungsförderung bzw. zur Ermöglichung von Integration und Teilhabe einbeziehen. Dabei die Selbstbestimmungsrechte der zu pflegenden Kinder/Jugendlichen und ihrer Bezugspersonen achten. Auf der Grundlage einer umfassende Anamnese (→ I.5) unterschiedliche Versorgungsmöglichkeiten innerhalb des Gesundheitssystems und der Primärversorgung bedenken (→ III.3).
- Um die Chancen auf Integration und Teilhabe zu verbessern, gemeinsam mit dem Kind/Jugendlichen und seinen Bezugspersonen Anforderungskataloge für geeignete

technische (darunter auch digitale) Hilfsmittel zur Entwicklungsförderung, zur Kompensation von nicht (mehr) vorhandenen Alltagskompetenzen zusammenstellen. Mögliche soziale Unterstützungssysteme identifizieren und bei der Suche nach geeigneten Lösungen, Hilfen und Angeboten unterstützen.

II Kommunikation und Beratung personen- und situationsorientiert gestalten.

II.1 Kommunikation und Interaktion mit Kindern und Jugendlichen und ihren Bezugspersonen personen- und situationsbezogen gestalten und eine angemessene Information sicherstellen.

- Für pflegerische Interaktionen mit Kindern/Jugendlichen eine entwicklungs- und altersgerechte Sprache und geeignete, entwicklungsfördernde Kommunikationsformen wählen.
- Momente kindlicher Verletzlichkeit und Schutzbedürftigkeit, insbesondere auch von unreifen Frühgeborenen, wahrnehmen und im kollegialen Austausch Möglichkeiten suchen, zunächst der eigenen Unsicherheit konstruktiv zu begegnen (→ V.1).
- Die Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeiten und damit auch die Entwicklung insbesondere von Frühgeborenen aber auch älteren Kindern und Jugendlichen mit erheblichen sensorischen und kognitiven Einschränkungen durch gezielte Berührungsinterventionen fördern.
- Situations- und Fallbesprechungen unter Einbeziehung der zu pflegenden Kinder/Jugendlichen sowie ihrer Bezugspersonen in einer dem Entwicklungsalter angemessenen Gesprächsführung partizipativ gestalten (z. B. auch im Rahmen von Pflegevisiten oder regelmäßigen Bed-Side-Übergaben).
- In Pflegeprozessen gegenüber den zu pflegenden Kindern/Jugendlichen eine personenzentrierte Haltung einnehmen, um darüber Anerkennung der zu pflegenden Kinder/Jugendlichen mit ihren Gefühlen, ihrem Erleben und ihren Bedürfnissen sowie zwischenmenschliche Verbundenheit zu realisieren.
- Kindlicher Verletzlichkeit und Schutzbedürftigkeit durch Einnahme einer verantwortlichen, durch Anwaltschaft geprägten Haltung begegnen; diese Haltung auch in die triadische Kommunikation mit den Eltern und in den intra- und interdiszplinären Dialog einbringen (→ III.3).
- Auf Kinder/Jugendliche und deren Bezugspersonen, die einem pflegerischen Versorgungsangebot eher skeptisch, ablehnend oder abwehrend gegenüberstehen, zugehen, Ansatzpunkte für einen Beziehungsaufbau suchen und Aushandlungsprozesse gestalten. Die gefundenen Lösungen unter Berücksichtigung der eigenen Machtpotenziale evaluieren und reflektieren.
- Mit Familien, die während oder nach einer Geburt oder durch schwere bzw. andauernde Erkrankung eines Kindes/Jugendlichen vor besonderen Herausforderungen stehen, die Rollen und Aufgaben aushandeln. Diese Rollenaushandlungsprozesse im Wechselspiel zwischen der Anerkennung der elterlichen Kompetenz und der kompetenten Darstellung der eigenen, fachlich fundierten Expertise partizipativ planen und durchführen. Den Prozess dokumentieren und gemeinsam evaluieren.
- Herausforderungen und Konflikte in der Beziehungsgestaltung reflektieren, um ihnen professionell begegnen zu können. Dabei auch bewusst im Spannungsfeld zwischen

Autonomieanerkennung und fürsorglicher Übernahme von Verantwortung für den anderen agieren (→ I.3/I.6/II.3).

- In auftretenden Konfliktsituationen Ansätze zur Deeskalation umsetzen und im Anschluss die Konfliktentstehung und die gefundenen Lösungsansätze reflektieren.
- Sich beispielsweise in Verbindung mit auftretenden Konfliktsituationen oder Momenten empathischer Traumatisierung eigene Deutungs- und Handlungsmuster in der pflegerischen Interaktion bewusstmachen. Diese Muster im Rahmen von kollegialer Beratung und Supervision reflektieren und so Wege zu mehr Selbstachtsamkeit und Selbstfürsorge finden (→ V.2).

II.2 Information, Schulung und Beratung bei Kindern und Jugendlichen verantwortlich organisieren, gestalten, steuern und evaluieren.

- Kinder/Jugendliche und ihre Bezugspersonen altersgemäß, verständlich und nachvollziehbar im Umgang mit digitalen und technischen Assistenzsystemen anleiten (→ I.6).
- Die (intuitive) Elternkompetenz einschätzen (→ I.2), Eltern in der Versorgung ihres Früh-/Neugeborenen anleiten und in ihrer elterlichen Kompetenz fördern und stärken.
- Aktuelle und fachlich fundierte Informationen für Kinder/Jugendliche sowie ihre Eltern und Bezugspersonen in komplexen gesundheitlichen Problemlagen bzw. schwierigen, vulnerablen Lebenssituationen bedarfsorientiert zusammentragen und für das Gegenüber nachvollziehbar und in einer dem Entwicklungsstand und der Situation angemessenen Sprache aufbereiten. Dabei auch Gesundheits-Apps bzw. andere digitale Begleiter einbeziehen (→ I.2/III.2/IV.2).
- Situativ sinnvolle Angebote zur (Mikro-)Schulung für eine oder mehrere zu pflegende Personen (Kinder, Jugendliche und/oder ihre pflegenden Bezugspersonen) zu spezifischen Aspekten der (gesundheitsbezogenen) Selbstversorgung oder Fremdpflege auswählen, situativ anpassen und durchführen. Die Umsetzung dokumentieren sowie in Rückkoppelung mit den an der Schulung Teilnehmenden evaluieren.
- Einen partizipativen Beratungsprozess, der sich hauptsächlich auf die nicht-direktive Vermittlung von Wissen zu Fragen der Gesundheitsförderung und/oder (Selbst-) Pflege bezieht, mit einem Jugendlichen der gegenüber der Fragestellung aufgeschlossen ist bzw. diese von sich aus einbringt, planen, durchführen und in Rückkoppelung mit dem/der Gesprächspartner*in evaluieren (z. B. zum Umgang und der Lebensgestaltung mit einer chronischen Erkrankung).
- Auf Nachfrage und geäußerten Bedarf mit Eltern oder pflegenden Bezugspersonen einen partizipativen Beratungsprozess, der sich hauptsächlich auf die nicht-direktive Vermittlung von Wissenszusammenhängen im Kontext der pflegerischen Versorgung eines Kindes bezieht, durchführen (z. B. zu Fragen der Gesundheitsförderung, zu Entwicklungsproblemen und den Möglichkeiten der Unterstützung und Förderung von Entwicklung, zu Aspekten der (Selbst-/Fremd-) Pflege oder der Angebotsstruktur von Pflege...). Das Beratungsangebot in Rückkoppelung mit dem/der Gesprächspartner*in evaluieren.
- Zu Kindern/Jugendlichen bzw. zu Eltern, die in einzelnen gesundheitsbezogenen Fragen nur eine gering adhärente Einstellung zeigen, einen verstehenden Zugang

aufbauen und Möglichkeiten suchen, Teilaspekte einer anderen Einstellung motivierend und nicht belehrend zu vermitteln. In der Evaluation der Gesprächssituationen durch bewusste Perspektivwechsel und/oder in Rückkoppelung mit den Gesprächspartner*innen die Möglichkeiten und Begrenzungen der gewählten Gesprächsführung ausloten

II.3 Ethisch reflektiert handeln.

- In der Planung, Umsetzung und Evaluation der Pflege von Früh- und Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen ethische Fragestellungen berücksichtigen. Dabei auch die Perspektive der Eltern bzw. pflegenden Bezugspersonen bedenken.
- In pflegerisch relevanten ethischen Dilemmasituationen die Folgen unterschiedlicher Handlungsalternativen unter Berücksichtigung des Kindeswohls und des Anspruchs auf Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung von Kindern/Jugendlichen über das eigene Leben abwägen. Dabei auch die Rechte der elterlichen Sorge bzw. von erziehungsberechtigten Bezugspersonen sowie die Fürsorgepflicht von Bezugspersonen einbeziehen, zu einer begründeten eigenen Position gelangen und diese in die Entscheidungsfindung im Team einbringen.
- An ethischen Fallbesprechungen des Pflegeteams bzw. Sitzungen des Ethikkomitees teilnehmen und einen eigenen Standpunkt begründet einbringen.

III Intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten.

III.1 Verantwortung in der Organisation des qualifikationsheterogenen Pflegeteams übernehmen.

- Aus den Beobachtungen im bisherigen Ausbildungsverlauf zu den Strukturen unterschiedlicher Versorgungsformen und Pflegeeinrichtungen ausgewählte Vorschläge für strukturelle Innovationsimpulse in der Ausbildungseinrichtung ableiten. Diese konstruktiv in den internen Prozess der Qualitätsentwicklung einbringen (z. B. zur Strukturierung der Aufgabenverteilung und zur Dienstplangestaltung, zur Weiterentwicklung des Pflegeleitbildes, zu Hygieneplänen und deren Umsetzung, zum Umweltmanagement...) (→ IV.1).
- Abläufe in einem übernommenen Arbeitsbereich (z. B. für eine Gruppe zu pflegender Menschen) in Abstimmung mit dem Team organisieren, ggf. Aufgaben angepasst an die Qualifikationsprofile und -niveaus im Pflegeteam delegieren und koordinieren.
- Die Einarbeitung von Auszubildenden, Praktikant*innen, Pflegefachpersonen im Anerkennungsverfahren und neuen Mitarbeiter*innen in Teilbereichen (mit)übernehmen (z. B. im Rahmen der übernommenen, angeleiteten Prozessverantwortung für eine Gruppe zu pflegender Menschen) (→ I.1/I.2).
- Teamentwicklungsprozesse wahrnehmen und sich im Rahmen der eigenen Rolle mit eigenen Impulsen einbringen.
- Prozesse der kollegialen Beratung und/oder Supervision im Alltag von Pflegeteams erfahren (→ V.2).

III.2 Ärztliche Anordnungen im Pflegekontext eigenständig durchführen.

- Umfassend die Anforderungen der Hygiene beachten, die Umsetzung von Hygieneplänen in den übernommenen Aufgabenbereichen unter Anleitung (mit)verantworten, die Einhaltung von Hygienerichtlinien bei delegierten Aufgaben absichern.
- An der Planung, Umsetzung und Evaluation von komplexen, auch durch potenzielle gesundheitliche Instabilität und diagnostische oder therapeutische Unsicherheit oder Vulnerabilität und Krisenhaftigkeit gekennzeichneten Versorgungsprozessen bei Kindern/Jugendlichen im Team mitwirken.
- In ärztliche Visiten die pflegerische, auf umfassender Pflegediagnostik beruhende Sichtweise hinsichtlich geeigneter Pflegeinterventionen sowie die Beobachtungen zur Wirksamkeit medizinischer Maßnahmen einbringen.
- Im Rahmen der Verantwortung für den Pflegeprozess bei Kindern/Jugendlichen medizinische Verordnungen selbstständig umsetzen, dabei zunehmend Sicherheit auch in der Mitwirkung an komplizierten diagnostisch-therapeutischen Maßnahmen gewinnen. In diesem Kontext die medizinische Dokumentation beachten und sich ergänzend durch Wissensrecherche Informationen zu unbekannten Verfahren der medizinischen Diagnostik und Therapie erschließen und sich die jeweils zugehörigen Pflegetechniken aneignen, um sie fachlich fundiert in das eigene Handlungsrepertoire aufzunehmen (→ V.1).
- Für Kinder/Jugendliche mit komplizierten chronischen, schwer heilenden Wunden entsprechende Leitlinien und Standards heranziehen, den Pflegeprozess individuell in Abstimmung mit dem/der Ärzt*in und den zu pflegenden Kindern/Jugendlichen selbst sowie ihren Bezugspersonen planen, die Wundversorgung kontinuierlich umsetzen und evaluieren.

III.3 In interdisziplinären Teams an der Versorgung und Behandlung von Menschen aller Altersstufen mitwirken und Kontinuität an Schnittstellen sichern.

- Erfahrungen zur Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen aus den verschiedenen Pflichteinsätzen in die Kooperationsstrukturen im Einsatzfeld einbringen.
- An Fallbesprechungen im intra- und interdisziplinären Team teilnehmen und die pflegerische Sicht in Bezug auf die (mit)verantworteten Versorgungsprozesse einbringen.
- Aufkommende Konflikte und Spannungen in der Zusammenarbeit im interprofessionellen Team durch einen gezielten Perspektivenwechsel und die Einschätzung von systemischen und strukturellen Rahmenbedingungen konstruktiv im Interesse der zu pflegenden Menschen reflektieren. In der Suche nach einer Konfliktlösung die Sicht und Interessen der eigenen Berufsgruppe vertreten (→ V.2).
- Für die zu pflegenden Kinder/Jugendlichen und ihre Bezugspersonen im Rahmen der Prozessverantwortung Termine im Versorgungsbereich und in Abstimmung mit anderen, an der Versorgung beteiligten Personen, Berufsgruppen und Institutionen organisieren und koordinieren.
- An der sektorenübergreifenden, partizipativ und interprofessionell ausgerichteten Versorgung eines schwer akut oder chronisch kranken Kindes/Jugendlichen mitwirken. Dabei die pflegerischen Anteile der Planung, der Überleitung zwischen den Versorgungsbereichen sowie der Evaluation gemeinsam mit den Kindern/Jugendli-

chen sowie ihren Bezugspersonen unter Berücksichtigung von Standards und Leitlinien übernehmen. Geeignete theoretische Modelle zur Begründung heranziehen (→ I.1/IV.1/V.1).

IV Das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien reflektieren und begründen.

IV.1 Die Qualität der pflegerischen Leistungen und der Versorgung in den verschiedenen Institutionen sicherstellen.

- Prozesse und Ergebnisse der Pflege und ihrer Evaluation im digitalen oder analogen Dokumentationssystem kontinuierlich festhalten und damit der internen und externen Qualitätsüberprüfung zur Verfügung stellen.
- Für das eigene Handeln im Rahmen der (unter Anleitung) verantworteten Pflegeprozessgestaltung geeignete Standards und Leitlinien heranziehen. Die dabei gemachten Erfahrungen und die Evaluation der Pflegeergebnisse in den internen Diskurs zur Qualitätssicherung der Einrichtung einbringen. Ebenso die Erfahrungen sowie die Ergebnisse der Evaluation und Reflexion partizipativ ausgerichteter Ansätze in der Pflegeprozessgestaltung zur Diskussion stellen und damit zur Weiterentwicklung der Pflegequalität beitragen.
- Phänomene von Macht und Machtmissbrauch in pflegerischen Handlungsfeldern und Institutionen der Versorgung von Kindern/Jugendlichen reflektieren (→ I.2/ II.1).
- An aktuell gegebenen Prozessen und Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung in der Einrichtung teilnehmen, eigene Erfahrungen und Sichtweisen fachlich begründet einbringen (z. B. in Prozesse zur Überarbeitung interner Standards und/oder bei der Implementierung von Expertenstandards, in der Umsetzung von Angeboten zur Partizipation der zu pflegenden Menschen, in der Einführung von innovativen Pflegekonzepten…).

IV.2 Versorgungskontexte und Systemzusammenhänge im Pflegehandeln berücksichtigen und dabei ökonomische und ökologische Prinzipien beachten.

- Rechtliche Fragen, die sich aus der Arbeitssituation bzw. der Pflegeprozessgestaltung ergeben, formulieren und durch Eigenrecherche sowie im kollegialen Austausch klären.
- Fallbezogen, z. B. für ein familienorientiertes Informationsgespräch im Rahmen der Entlassungsplanung, die situativ erforderlichen Informationen zu den rechtlichen und finanziellen Bedingungen für die weitere Versorgung zusammentragen. Gemeinsam mit der Familie Spielräume für die Gestaltung der pflegerischen Versorgung ermitteln (→ II.2)
- Situativ auftretende ökologische Fragen (z. B. in Verbindung mit der Entsorgung von Problemabfällen, in der Sammlung und Aufarbeitung von Wertstoffen, zu Möglichkeiten der Energieeinsparung...) ansprechen. Die aufgeworfenen Fragen durch Eigenrecherche sowie im kollegialen Diskurs aufarbeiten, Lösungsmöglichkeiten reflektieren, die Ergebnisse in den internen Diskurs zur Qualitätssicherung im Einsatzbereich bzw. in der Institution einbringen (→ IV.1).

V Das eigene Handeln auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen reflektieren und begründen.

V.1 Pflegehandeln an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, insbesondere an pflegewissenschaftlichen Forschungsergebnissen, Theorien und Modellen ausrichten.

- Für die Begründung des im Rahmen der Pflegeprozessgestaltung verantworteten Handelns, insbesondere bei neuen, bisher unbekannten Pflegephänomenen und gesundheitlichen Problemlagen, ergänzendes, wissenschaftlich fundiertes Wissen aus den Pflege- und Bezugswissenschaften recherchieren. Die Reichweite, den Nutzen, die Relevanz und das Umsetzungspotenzial der recherchierten Ergebnisse einschätzen.
- Aus unklaren, nicht eindeutig erklärbaren Beobachtungen im Rahmen der Pflegediagnostik sowie aus Evaluationsergebnissen zu den Pflegeprozessen, die eher kritisch ausfallen, offene Fragen ableiten, die eine weitere Klärung durch pflegewissenschaftliche Untersuchungen erfordern.

V.2 Verantwortung für die Entwicklung (lebenslanges Lernen) der eigenen Persönlichkeit sowie das berufliche Selbstverständnis übernehmen.

- Aus den Erfahrungen, sich bei neuen Anforderungen auch neue, komplizierte Wissenszusammenhänge erarbeiten sowie das vorhandene Wissen kontinuierlich aktualisieren zu müssen, persönliche Strategien für die (lebenslang) erforderlichen Recherche- und Aneignungsprozesse ableiten. Dabei insbesondere auch die Möglichkeiten moderner Informations- und Kommunikationstechnologien nutzen (→ I.2/II.2/III.2/IV.2,/V.1).
- Die im Ausbildungsverlauf entwickelten Strategien zur persönlichen Gesunderhaltung sowie das eigene berufliche Selbstverständnis im Kontext des Vertiefungseinsatzes kritisch reflektieren (z. B. in Hinblick auf den Umgang mit der bevorstehenden Abschlussprüfung oder mit der Verantwortung, die der Berufsalltag als Pflegefachperson mit sich bringen wird). Hierzu nach persönlichen Lösungswegen für den Umgang mit solchen und anderen Anforderungen, Konflikten und Spannungen im Ausbildungs- und Berufsalltags suchen (z. B. im Rahmen von kollegialer Beratung und/oder Supervision) (→ II.1/III.1).
- Den kollegialen Austausch im Pflegeteam suchen, um die eigene Sicht auf aktuelle berufspolitische Fragen zu erweitern und pflegepolitische Entscheidungen, die sich auf die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und die eigene Pflegetätigkeit beziehen, bewerten zu können.

VERTIEFUNGSEINSATZ im dritten Ausbildungsdrittel für den Ausbildungsabschluss zur ALTENPFLEGERIN/zum ALTENPFLEGER

Der Vertiefungseinsatz erfolgt im letzten Drittel der Ausbildung. Er wird entsprechend dem Ausbildungsvertrag beim Träger der praktischen Ausbildung durchgeführt, wenn das Wahlrecht für die Ausbildung zur Altenpflegerin bzw. zum Altenpfleger nach § 59 Absatz 3 des Pflegeberufegesetzes ausgeübt wurde. Der Vertiefungseinsatz wird in der Regel auf einem Pflichteinsatz aus den beiden ersten Ausbildungsdritteln in diesem Versorgungsbereich aufbauen, sodass für diesen Schwerpunktbereich von dem zeitlich umfassendsten und intensivsten Kompetenzaufbau auszugehen ist. In diesem Einsatz wird in der Regel auch der praktische Teil der staatlichen Prüfung abgelegt.

Die Auszubildenden sollen zum Ende der Ausbildung fähig sein, fachlich fundiert Aufgaben in der Pflege von alten Menschen mit einem hohen Grad an Pflegebedürftigkeit zu übernehmen. Die von ihnen unterstützten alten Menschen können, z. B. in ihrer Selbstständigkeit schwer beeinträchtigt sein und Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zeigen, die dauerhaft eine personelle Unterstützung erforderlich machen. Sie können sich auch in einer gesundheitlichen Situation befinden, die durch Instabilität und Komplikationsrisiken gekennzeichnet ist und die einer Versorgung durch komplexe medizinisch-diagnostische und therapeutische Maßnahmen bedürfen. Weiter sollen die Auszubildenden im Bereich der Altenpflege über umfassende Kompetenzen verfügen, mit denen sie befähigt sind, in komplexen Pflegesituationen selbstständig zu agieren und die Verantwortung für den Pflegeprozess in qualifikationsheterogenen Teams zu übernehmen sowie interprofessionell zusammenzuarbeiten und Prozesse sektorenübergreifend (mit)zusteuern.

I Pflegebedarfe von alten Menschen erkennen sowie Pflege- und Betreuungsprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und bewerten.

I.1 Die Pflege von alten Menschen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und bewerten.

- Das hinterlegte Modell zur Pflegeprozessplanung und -dokumentation mit den im Verlauf des gesamten ersten Ausbildungsabschnitts kennengelernten Konzepten vergleichen; an ausgewählten Beispielen die Bedeutung von Pflegekonzepten für die Planung der Pflegeprozesse bei alten Menschen und für die Organisation und Gestaltung der Pflege in Bereichen der stationären oder ambulanten Langzeitversorgung bestimmen.
- Die Pflegeprozesse für eine Gruppe alter Menschen umfassend gestalten, verantwortlich durchführen, dokumentieren und unter Nutzung des Pflegedokumentationssystems bewerten. Dabei sollen sowohl Neuaufnahmen als auch die Bewertung und ggf. erforderliche Überarbeitung vorliegender Planungen sowie die Überleitung in andere Versorgungsbereiche erfolgen. Mindestens eine Person sollte in einem hohen Grad pflegebedürftig sein.
- Mit den zu pflegenden alten Menschen und/oder ihren Bezugspersonen gemeinsam die Pflegeziele aushandeln und die Wirksamkeit der Pflege bewerten.

I.2 Pflegeprozesse und Pflegediagnostik bei alten Menschen mit gesundheitlichen Problemlagen planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und bewerten unter dem besonderen Fokus von Gesundheitsförderung und Prävention.

- Alte Menschen auf der Grundlage von durchgeführten Untersuchungen bei gesundheitlichen und präventiven Maßnahmen orientiert an pflege- und bezugswissenschaftlichen Erkenntnissen unterstützen, pflegen und begleiten.
- Veränderungen des Gesundheitszustandes bei alten Menschen in komplexen gesundheitlichen Problemlagen systematisch verantwortlich erheben. Dabei auch Maßnahmen des pflegerischen Monitorings in intensivpflichtigen Versorgungssituationen durchführen, sofern diese im Versorgungskontext gegeben sein sollten.
- Bewegungs- und Haltungsmuster insbesondere in komplexen gesundheitlichen Problemlagen (z. B. bei zu pflegenden alten Menschen mit neuronal bedingten Veränderungen der Bewegungssteuerung und/oder multidimensional verursachten Einschränkungen und Veränderungen der Beweglichkeit) erheben, mithilfe von geeigneten Bewertungsverfahren einschätzen und anhand des bereits erarbeiteten Wissens und mithilfe von Pflegediagnosen interpretieren. Bewegungsressourcen durch gezielte Pflegeinterventionen, ggf. in Abstimmung mit betreuenden Ärzt*innen und/oder Therapeut*innen, fördern und wenn möglich ausbauen.
- Bezugspersonen, Auszubildende im Pflegeberuf, Praktikant*innen und freiwillig Engagierte in der Bewegungsinteraktion mit dem zu pflegenden alten Menschen anleiten und bei der Entwicklung einer belastungsarmen Haltung unterstützen. Dabei didaktische Prinzipien der Vermittlung gezielt umsetzen (→ II.2).
- Orientiert am Einzelfall subjektive (auch kulturell bedingte) Vorstellungen und Überzeugungen von Gesundheit und Krankheit (Health Beliefs) gesundheitsförderlich in die Pflegeprozessgestaltung integrieren und geeignete Wege zu einer verständigungsorientierten Kommunikation zur Reflexion und Prävention gesundheitsschädigenden Verhaltens suchen (→ II.1).
- Pflegesituationen mit zu pflegenden alten Menschen, die schwer nachvollziehbare gesundheitsbezogene Verhaltensweisen zeigen (z. B. trotz einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung rauchen, übermäßig zuckerhaltige Getränken und Süßigkeiten bei Diabetes mellitus zu sich nehmen...) reflektieren. Lebenswelt- und biografiebezogene Hypothesen sowie theoretische Erkenntnisse der Gesundheitswissenschaften heranziehen, um einen verstehenden Zugang abzuleiten. Die eigenen Aufgaben und die Legitimation als Altenpflegerin/Altenpfleger in diesem Kontext abwägen. Die Gestaltung des Pflegeprozesses im intra- und interdisziplinären Team vor dem Hintergrund dieser Überlegungen ausrichten und dabei Zugangswege über eine verständigungsorientierte Beziehungsgestaltung suchen (→ II.1/II.2).
- Den Pflegeprozess in unterschiedlichen komplexen gesundheitlichen Problemlagen (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Nierenerkrankungen, Bluterkrankungen, Stoffwechsel- und Ernährungserkrankungen, der Verdauungsorgane, vor allem auch als multifaktorielles Geschehen mit Wechselwirkungen in der Symptomatik und Therapie), mit dem Ziel der Wiederherstellung von Gesundheit und Alltagskompetenz oder der Vermeidung einer Zustandsverschlechterung (Kura-

tion, Rehabilitation, Prävention) bzw. mit dem Fokus einer Verbesserung von Lebensqualität (Palliation → I.3), orientiert an pflege- und bezugswissenschaftlichen Erkenntnissen steuern, umsetzen und bewerten.

- Pflegeprozesse für alte Menschen, die operiert wurden oder werden sollen, auch in Verbindung mit einem komplexen, ggf. mit Komplikationsrisiken verbundenen invasiven Eingriff, durch eine umfassende Informationssammlung vor- und nachbereiten. Die mit der langfristigen prä- und postoperativen Versorgung, auch hinsichtlich der mit der Überleitung zwischen Langzeit- und Akutversorgung verbundenen pflegerischen Aufgaben in Abstimmung mit den zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen durchführen (z. B. Berücksichtigung Demenz-Delir-Management, Reduktion des Verlegungsstresssyndroms, Wundversorgung...). Die durchgeführte Pflege dokumentieren und bewerten; wenn erforderlich ergänzende Wissensrecherchen bezüglich des geplanten Eingriffs durchführen (→ V.1).
- Bezugspersonen zu Fragen der pflegerischen Versorgung gezielt ansprechen, entsprechend anleiten, einbeziehen und zu Herausforderungen und Belastungen, die mit der Pflegesituation verbunden sind, fachlich korrekt und verständlich informieren sowie situationsbezogen beraten bzw. mögliche Beratungskontakte vermitteln (→ II.2).

I.3 Pflegebedarfe von alten Menschen erkennen und Pflege von alten Menschen in hoch belasteten und kritischen Lebenssituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und bewerten.

- Den Pflegeprozess in komplexen Situationen, z. B. bei chronischen, schwer fassbaren Schmerzen, an entsprechenden Leitlinien und Standards orientiert individuell gestalten und die Wirkung der gewählten Interventionen in Abstimmung mit den zu pflegenden Menschen, den Bezugspersonen und den beteiligten Berufsgruppen bewerten.
- Den Pflegeprozess mit schwer pflegebedürftigen, kommunikations- und/oder wahrnehmungsbeeinträchtigten Menschen auf der Grundlage einer umfassenden Informationssammlung und Anamnese unter Nutzung ausgewählter Mess- und Einschätzungsinstrumente sowie Pflegediagnosen fachlich begründet planen, durchführen und bewerten; dabei nach Möglichkeit den zu pflegenden alten Menschen und/oder seine Bezugspersonen in die Prozessgestaltung und Bewertung der Pflege einbeziehen.
- Subjektive (auch kulturell bedingte) Vorstellungen vom Sterben und vom Tod, die die Gestaltung des Pflegeprozesses maßgeblich mitbestimmen, mit den zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen besprechen und in die Informationssammlung integrieren.
- Sterbende alte Menschen und ihre Bezugspersonen zu spezifischen Schwerpunkten palliativer Versorgungsangebote informieren (→ II.1).
- Den Pflegeprozess für alte Menschen am Lebensende sowie für ihr Bezugspersonen/sozialen Netzwerke bedürfnisorientiert, Leid mildernd und mit Rückgriff auf geeignete Modelle einer palliativen Versorgung umfassend unter Einbezug der beteiligten Personen planen, verständnis- und respektvoll durchführen und bewerten.

- Die Pflege alter Menschen mit verschiedenen gerontopsychiatrischen Erkrankungen, bei Demenz oder in psychischen Krisen verantwortlich planen, sie und ihre Bezugspersonen umfassend, partizipativ und unter Berücksichtigung der besonderen Erfordernisse in der Interaktion und Beziehungsgestaltung (→ II.1) pflegen, begleiten und unterstützen; die durchgeführte Pflege dokumentieren und bewerten.

I.4 In lebensbedrohlichen sowie in Krisen- oder Katastrophensituationen zielgerichtet handeln.

- Die Institutions-/Organisations- und Sicherheitsstruktur, inkl. der Notfall- und Evakuierungspläne in Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitversorgung, unter Rückbezug auf die in anderen Versorgungsbereichen gewonnenen Erkenntnisse reflektieren. Die eigenen Verantwortungsbereiche und Aufgaben kennen und situativ umsetzen. Ggf. Veränderungsvorschläge für die Sicherheitsarchitektur eines stationären Versorgungsbereichs konstruktiv einbringen bzw. Entscheidungsprozesse hinsichtlich der Sicherheitssituation im häuslichen Umfeld für die zu pflegenden Menschen und ihre Bezugspersonen unterstützen und mit ihnen aushandeln.
- Die in Notfallsituationen relevanten rechtlichen Grundlagen (z. B. Vorsorgevollmacht, Patientenverfügungen) beachten.
- In der stationären oder ambulanten Langzeitversorgung durchgeführte Notfallmaßnahmen kritisch reflektieren und im Rahmen der Qualitätssicherung konstruktiv an einem möglichen Risiko- und/oder Fehlermanagement mitwirken (→ IV.1).

I.5 Menschen aller Altersstufen bei der Lebensgestaltung unterstützen, begleiten und beraten.

- Biografiegespräche und Biografiearbeit mit alten Menschen unter Berücksichtigung des familiären und sozialen Umfeldes auch in komplexen, belasteten oder vulnerablen Lebenssituationen durchführen und die erhobenen Informationen als Teil der pflegerischen Anamnese in den Pflegeprozess integrieren.
- In die Planung der Pflege von alten Menschen in der stationären Langzeitversorgung oder der häuslichen Pflege auch die Gestaltung von Alltagsaktivitäten einbeziehen. Die unterschiedlichen Bedürfnisse und Erwartungen von alten Menschen integrieren sowie die biografisch geprägten, kulturellen und religiösen Lebenszusammenhänge, die familiäre Situation, die sozialen Lagen sowie die Entwicklungsaufgaben des Alters bzw. die Entwicklungsphase des alten Menschen berücksichtigen.
- Im Rahmen der Verantwortung für den Pflegeprozess biografie- und lebensweltorientierte Angebote zur Gestaltung von Alltagsaktivitäten, zum Training lebenspraktischer Fähigkeiten bzw. im Sinne einer stützenden Tagesstruktur sowie zur sozialen und kulturellen Teilhabe partizipativ konzipieren und mit den zu pflegenden Menschen umsetzen. Dabei die Selbstbestimmungsrechte der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen achten.
- Bezugspersonen der zu pflegenden Menschen, Pflegehilfspersonen, Betreuungskräfte und freiwillig Engagierte in die Umsetzung von biografie- und lebensweltorientierten Angeboten zur Gestaltung von Alltagsaktivitäten und kulturellen Angeboten einbeziehen, ggf. die Durchführungsverantwortung übertragen.

I.6 Entwicklung und Autonomie in der Lebensspanne fördern.

- In komplexen Pflegesituationen unter Anerkennung der Selbstbestimmungsrechte der Personen eine umfassende Anamnese des familialen Systems sowie der bestehenden sozialen Netzwerke, genutzten Pflegesysteme und weiteren systemischen Kontexte im Umfeld des zu pflegenden Menschen erheben; die Ergebnisse in die Planung, Durchführung und Bewertung der Pflegeprozesse sowie bei der Bewältigung der Pflegesituation einbeziehen (→ III.3).

II Kommunikation und Beratung personen- und situationsorientiert gestalten.

II.1 Kommunikation und Interaktion mit alten Menschen und ihren Bezugspersonen personen- und situationsbezogen gestalten und eine angemessene Information sicherstellen.

- Situations- und Fallbesprechungen unter Einbeziehung der zu pflegenden alten Menschen und/oder ihrer Bezugspersonen auf der Grundlage des Einsatzes von geeigneten Formen der Gesprächsführung partizipativ gestalten (z. B. auch im Rahmen von Pflegevisiten oder regelmäßigen Bed-Side-Übergaben).
- Bewusste und gezielte Kontaktaufnahme und Interaktion mit alten Menschen, deren Wahrnehmung und Erleben nicht immer dem eigenen Verständnis von Realität entspricht, und Reflexion der Erfahrungen und gefundenen Lösungsansätze für die Kommunikation.
- Herausforderungen und Konflikte in der Beziehungsgestaltung wahrnehmen, angemessen darauf reagieren; dabei auch bewusst im Spannungsfeld zwischen Autonomieanerkennung und fürsorglicher Übernahme von Verantwortung für den anderen agieren (→ I.3/I.6/II.3).
- In Pflegeprozessen gegenüber den zu pflegenden alten Menschen eine personenzentrierte Haltung einnehmen und/oder körper-leiborientierte Momente der Interaktionsgestaltung integrieren, um darüber die Anerkennung der zu pflegenden alten Menschen mit ihren Gefühlen, ihrem Erleben und ihren Bedürfnissen sowie zwischenmenschliche Verbundenheit zu realisieren.
- Auf alte Menschen, die einem pflegerischen Versorgungsangebot eher skeptisch, ablehnend oder abwehrend gegenüberstehen, zugehen, Ansatzpunkte für einen Beziehungsaufbau suchen und Aushandlungsprozesse gestalten; die gefundenen Lösungen unter Berücksichtigung der eigenen Machtpotenziale bewerten und reflektieren.
- Auftretende Konfliktsituationen wahrnehmen und angemessen darauf reagieren (z. B. durch Führung von Konfliktgesprächen oder durch Umsetzung von Ansätzen zur Deeskalation); im Anschluss die Konfliktentstehung und die gefundenen Lösungsansätze überprüfen.
- Sich beispielsweise in Verbindung mit auftretenden Konfliktsituationen oder Momenten empathischer Traumatisierung eigene Deutungs- und Handlungsmuster in der pflegerischen Interaktion bewusst machen, diese im Rahmen von kollegialer Beratung und Supervision reflektieren und so Wege zu mehr Selbstachtsamkeit und Selbstfürsorge finden (→ V.2).

II.2 Information, Schulung und Beratung bei alten Menschen verantwortlich organisieren, gestalten, steuern und bewerten.

- Aktuelle und fachlich fundierte Informationen für alte Menschen und ihre Bezugspersonen (z. B. für die pflegenden Angehörigen) in komplexen gesundheitlichen Problemlagen bzw. schwierigen, vulnerablen Lebenssituationen bedarfsorientiert zusammentragen und für das Gegenüber nachvollziehbar und verständlich aufbereiten (→ I.2/III.2/IV.2).
- Situativ sinnvolle Angebote zur (Mikro-)Schulung für eine oder mehrere Personen (alte Menschen und/oder ihre pflegenden Bezugspersonen) zu spezifischen Aspekten der (gesundheitsbezogenen) Selbstversorgung oder Fremdpflege auswählen, situativ anpassen und umsetzen; die Umsetzung dokumentieren sowie in Rückkoppelung mit den an der Schulung Teilnehmenden bewerten.
- Einen partizipativen Beratungsprozess, der sich hauptsächlich auf die nicht-direktive Vermittlung von Wissen zu Fragen der Gesundheitsförderung und/oder (Selbst-) Pflege bezieht, mit einem zu pflegenden alten Menschen, der gegenüber der Fragestellung aufgeschlossen ist bzw. diese von sich aus einbringt, planen, durchführen und in Rückkoppelung mit dem/der Gesprächspartner*in bewerten (z. B. zur Kontinenzförderung, zur Sturzprävention, zum Umgang mit technischen Hilfsmitteln bei eingeschränkter Sprechfähigkeit).
- Auf Nachfrage und geäußerten Bedarf mit pflegenden Bezugspersonen einen partizipativen Beratungsprozess, der sich hauptsächlich auf die nicht-direktive Vermittlung von Wissenszusammenhängen im Kontext der pflegerischen Versorgung eines Angehörigen bezieht, durchführen und in Rückkoppelung mit dem/der Gesprächspartner*in bewerten (z. B. zu Fragen der Gesundheitsförderung, zu Aspekten der (Selbst-/Fremd-) Pflege oder der Angebotsstruktur von Pflege).
- Zu pflegende alte Menschen und ihre (pflegenden) Bezugspersonen im Umgang mit krankheits- sowie therapie- und pflegebedingten Anforderungen beraten und sie darin unterstützen, ihre Gesundheitsziele zu erreichen (z. B. zu Schlafgewohnheiten, gesunder Ernährung, Veränderung des Lebensstils, Kontinenzförderung...).
- Zu alten Menschen, die in einzelnen gesundheitsbezogenen Fragen nur eine gering adhärente Einstellung zeigen, einen verstehenden Zugang aufbauen und Möglichkeiten suchen, Teilaspekte einer anderen Einstellung motivierend und nicht belehrend zu vermitteln; in der Bewertung der Gesprächssituation durch bewusste Perspektivwechsel und/oder in Rückkoppelung mit den Gesprächspartner*innen die Möglichkeiten und Begrenzungen der gewählten Gesprächsführung ausloten.

II.3 Ethisch reflektiert handeln.

- In der Planung, Umsetzung und Bewertung von Pflegeprozessen mit alten Menschen und im Zusammenhang mit ihren Bezugspersonen ethische Fragestellungen berücksichtigen.
- An ethischen Fallbesprechungen des Pflegeteams bzw. Sitzungen des Ethikkomitees teilnehmen und einen eigenen Standpunkt begründet einbringen.
- In pflegerisch relevanten ethischen Dilemmasituationen die Folgen unterschiedlicher Handlungsalternativen unter Berücksichtigung der Selbstbestimmung der zu pflegenden alten Menschen über das eigene Leben abwägen und zu einer begründeten eigenen Position gelangen; diese in die Entscheidungsfindung im Team einbringen.

III Intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten.

III.1 Verantwortung in der Organisation des qualifikationsheterogenen Pflegeteams übernehmen.

- Aus den Beobachtungen im bisherigen Ausbildungsverlauf zu den Strukturen unterschiedlicher Versorgungsformen und Pflegeeinrichtungen ausgewählte Vorschläge für strukturelle Innovationsimpulse in der Ausbildungseinrichtung ableiten und diese konstruktiv in den internen Prozess der Qualitätsentwicklung einbringen (z. B. zur Strukturierung der Aufgabenverteilung und zur Dienstplangestaltung, zur Arbeitssicherheit, zur Weiterentwicklung des Pflegeleitbildes, zu Hygieneplänen und deren Umsetzung, zum Umweltmanagement...) (→ IV.1).
- Abläufe in einem übernommenen Arbeitsbereich (z. B. für eine Gruppe zu pflegender Menschen) in Abstimmung mit dem Pflegeteam organisieren und ggf. Aufgaben angepasst an die Qualifikationsprofile und -niveaus im Pflegeteam delegieren und koordinieren.
- Die Einarbeitung von Auszubildenden, Praktikant*innen, Pflegefachpersonen im Anerkennungsverfahren und neuen Mitarbeiter*innen in Teilbereichen (mit)übernehmen (z. B. im Rahmen der übernommenen, angeleiteten Prozessverantwortung für eine Gruppe zu pflegender Menschen) (→ I.1/I.2).
- Teamentwicklungsprozesse wahrnehmen und sich im Rahmen der eigenen Rolle mit eigenen Impulsen einbringen.
- Prozesse der kollegialen Beratung und/oder Supervision im Alltag von Pflegeteams erfahren (→ V.2).

III.2 Ärztliche Anordnungen im Pflegekontext eigenständig durchführen.

- Umfassend die Anforderungen der Hygiene beachten, die Umsetzung von Hygieneplänen in den übernommenen Aufgabenbereichen unter Anleitung (mit)verantworten und damit auch die Einhaltung bei delegierten Aufgaben absichern.
- An der Planung, Umsetzung und Bewertung von komplexen, auch durch potenzielle gesundheitliche Instabilität und diagnostische oder therapeutische Unsicherheit oder Vulnerabilität und Krisenhaftigkeit gekennzeichneten Versorgungsprozessen bei alten Menschen mitwirken.
- In der Teilnahme an ärztlichen Visiten bzw. im Kontakt mit Haus- und Fachärzt*innen die pflegerische, auf umfassender Pflegediagnostik beruhende Sichtweise hinsichtlich geeigneter Pflegeinterventionen und der Beobachtungen zur Wirksamkeit medizinischer Maßnahmen einbringen.
- Im Rahmen der Verantwortung für den Pflegeprozess von alten Menschen in der stationären oder ambulanten Langzeitversorgung medizinische Verordnungen selbstständig umsetzen und dabei zunehmend Sicherheit in der Mitwirkung an regelmäßig vorkommenden medizinischen Eingriffen und Untersuchungen auch in instabilen oder krisenhaften gesundheitlichen Situationen gewinnen; in diesem Kontext die medizinische Dokumentation beachten und sich ergänzend durch Wissensrecherche Informationen zu unbekannten Verfahren der medizinischen Diagnostik und Therapie sowie zugehörige Pflegetechniken aneignen, um sie fachlich fundiert in das eigene Handlungsrepertoire aufzunehmen (→ V.1).

- Den Pflegeprozess für alte Menschen mit komplizierten chronischen, schwer heilenden Wunden an entsprechenden Leitlinien und Standards orientiert individuell in Abstimmung mit dem/der Ärzt*in und den zu pflegenden Menschen selbst und/oder ihren pflegenden Bezugspersonen planen, umsetzen und kontinuierlich bewerten.

III.3 Intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten.

- Erfahrungen zur Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen aus den verschiedenen Pflichteinsätzen auf die Kooperationsstrukturen in der stationären oder ambulanten Langzeitpflege im Vertiefungseinsatz einbringen und aufkommende Konflikte und Spannungen durch gezielten Perspektivenwechsel und die Einschätzung von systemischen und strukturellen Rahmenbedingungen konstruktiv im Interesse der zu pflegenden Menschen reflektieren; dabei auch die Sicht und Interessen der eigenen Berufsgruppe vertreten (→ V.2).
- An Fallbesprechungen im intra- oder auch interdisziplinären Team teilnehmen und die Sicht der Pflege in Bezug auf die (mit)verantworteten Versorgungsprozesse einbringen.
- Für die zu pflegenden alten Menschen im Rahmen der Prozessverantwortung Termine in Abstimmung mit anderen an der Versorgung beteiligten Personen, Berufsgruppen und Institutionen organisieren und koordinieren.
- An der sektorenübergreifenden, partizipativ und interprofessionell ausgerichteten Versorgung von schwer akut oder chronisch kranken alten Menschen mitwirken und die pflegerischen Anteile der Planung, der Überleitung zwischen den Versorgungsbereichen sowie der Bewertung gemeinsam mit den zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen übernehmen; geeignete, fachlich gesicherte Pflegekonzepte zur Begründung heranziehen (→ I.1/IV.1/V.1).

IV Das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien reflektieren und begründen.

IV.1 Die Qualität der pflegerischen Leistungen und der Versorgung in den verschiedenen Institutionen sicherstellen.

- Prozesse und Ergebnisse der Pflege und ihrer Bewertung im Dokumentationssystem der Einrichtung kontinuierlich festhalten und damit der internen und externen Qualitätsüberprüfung zur Verfügung stellen.
- Für das eigene Handeln im Rahmen der (unter Anleitung) verantworteten Pflegeprozessgestaltung wissenschaftlich gesicherte, einrichtungsspezifische Konzepte heranziehen und die dabei gemachten Erfahrungen sowie die Bewertungen der Pflegeergebnisse in den internen Diskurs zur Qualitätssicherung der Einrichtung einbringen; ebenso auch die Erfahrungen mit partizipativ ausgerichteten Ansätzen in der Pflegeprozessgestaltung zur Diskussion stellen und damit zur Weiterentwicklung der Pflegequalität beitragen.
- Phänomene von Macht und Machtmissbrauch in pflegerischen Handlungsfeldern und Institutionen der Versorgung von alten Menschen reflektieren (→ I.2/I.3).

- An aktuell gegebenen Prozessen und Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung in der Einrichtung teilnehmen und eigene Erfahrungen und Sichtweisen fachlich begründet einbringen (z. B. in Prozessen zur Überarbeitung interner Standards und/oder bei der Implementierung von Expertenstandards, in der Umsetzung von Angeboten zur Partizipation der zu pflegenden Menschen, in der Einführung von innovativen Pflegekonzepten...).

IV.2 Versorgungskontexte und Systemzusammenhänge im Pflegehandeln berücksichtigen und dabei ökonomische und ökologische Prinzipien beachten.

- Rechtliche Fragen, die sich aus der Arbeitssituation bzw. der Pflegeprozessgestaltung ergeben, formulieren und durch Eigenrecherche und im kollegialen Austausch klären.
- Fallbezogen die erforderlichen Informationen zu den rechtlichen und finanziellen Bedingungen zusammentragen (z. B. für ein beteiligungsorientiertes Informationsgespräch mit den zu pflegenden alten Menschen und ihren Bezugspersonen zur weiteren Planung einer langfristigen Versorgung im häuslichen oder stationären Bereich, um gemeinsam die Spielräume für die Gestaltung der pflegerischen Versorgung zu ermitteln, → II.2).
- Situativ auftretende ökologische Fragen (z. B. in Verbindung mit der Entsorgung von Problemabfällen, in der Sammlung und Aufarbeitung von Wertstoffen, zu Möglichkeiten der Energieeinsparung...) ansprechen, durch Eigenrecherche sowie im kollegialen Diskurs aufarbeiten, Lösungsmöglichkeiten reflektieren und die Ergebnisse in den internen Diskurs zur Qualitätssicherung im Einsatzbereich bzw. in der Institution einbringen (→ IV.1).

V Das eigene Handeln auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen überdenken und begründen.

V.1 Auf Grundlage von pflege- und bezugswissenschaftlichen Erkenntnissen, ethischen Grundsätzen und beruflichen Aufgaben handeln.

- Für die Begründung des im Rahmen der Pflegeprozessgestaltung verantworteten Handelns, insbesondere bei neuen, bisher unbekannten Pflegephänomenen und gesundheitlichen Problemlagen, ergänzendes, wissenschaftlich gesichertes Wissen aus den Pflege- und Bezugswissenschaften zusammentragen und das Handeln daran ausrichten.
- Unklare, nicht eindeutig erklärbare Beobachtungen im Rahmen der Pflegediagnostik und -intervention festhalten und weiterleiten, um damit für künftige pflegewissenschaftliche Untersuchungen den Blickwinkel der Praxis einzubringen.

V.2 Verantwortung für die Entwicklung (lebenslanges Lernen) der eigenen Persönlichkeit sowie das berufliche Selbstverständnis übernehmen.

- Aus den Erfahrungen, sich bei neuen Anforderungen auch neue, komplizierte Wissenszusammenhänge erarbeiten sowie das vorhandene Wissen kontinuierlich aktualisieren zu müssen, persönliche Strategien für die (lebenslang) erforderlichen Recherche- und Aneignungsprozesse ableiten (→ I.2/II.2b/III.2/IV.2/V.1).

- Die im Ausbildungsverlauf entwickelten Strategien zur persönlichen Gesunderhaltung sowie das eigene berufliche Selbstverständnis im Kontext des Vertiefungseinsatzes kritisch reflektieren (z. B. in Hinblick auf den Umgang mit der bevorstehenden Abschlussprüfung oder mit der Verantwortung, die der Berufsalltag als examinierte Pflegefachperson mit sich bringen wird); hierzu nach persönlichen Lösungswegen für den Umgang mit solchen und anderen Anforderungen, Konflikten und Spannungen im Ausbildungs- und Berufsalltags suchen (z. B. im Rahmen von kollegialer Beratung und/oder Supervision) (→ II.1/III.1).
- Den kollegialen Austausch im Pflegeteam suchen, um die eigene Sicht auf aktuelle berufspolitische Fragen zu erweitern und pflegepolitische Entscheidungen, die sich auf die stationäre bzw. ambulante Langzeitpflege von alten Menschen und die eigene Pflegetätigkeit beziehen, bewerten zu können.

Anlagen

Anlage 1 Anforderungen der Stundenverteilung

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

Stundenverteilung auf die Kompetenzbereiche

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

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

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

Anlage 2: Stundenverteilung auf die Ausbildungsdrittel

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

CE – Nr.	Titel	gesamt Std.	1./2. AD Anl. 1	3. AD Anl. 2	3. AD Anl. 3	3. AD Anl. 4
1	Ausbildungsstart - Pflegefachfrau/Pflegefachmann werden	70	70	-	-	-
2	Zu pflegende Menschen in der Bewegung und Selbstversorgung unterstützen	180	180	-	-	-
3	Erste Pflegerfahrungen reflektieren - verständigungsorientiert kommunizieren	80	80	-	-	-
4	Gesundheit fördern und präventiv handeln	160	80	80	80	80
5	Menschen in kurativen Prozessen pflegerisch unterstützen und Patientensicherheit stärken	340	200	140	140	140
6	In Akutsituationen sicher handeln	120	60	60	60	60
7	Rehabilitatives Pflegehandeln im interprofessionellen Team	160	80	80	80	80
8	Menschen in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten	250	160	90	90	90
9	Menschen in der Lebensgestaltung lebensweltorientiert unterstützen	200	150	50	-	110
10	Entwicklung und Gesundheit in Kindheit und Jugend in Pflegesituationen fördern	180	120	60	110	-
11	Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und kognitiven Beeinträchtigungen personenzentriert und lebensweltbezogen unterstützen	160	80	80	80	80
	Summe	**1900**	**1260**	**640**	**640**	**640**