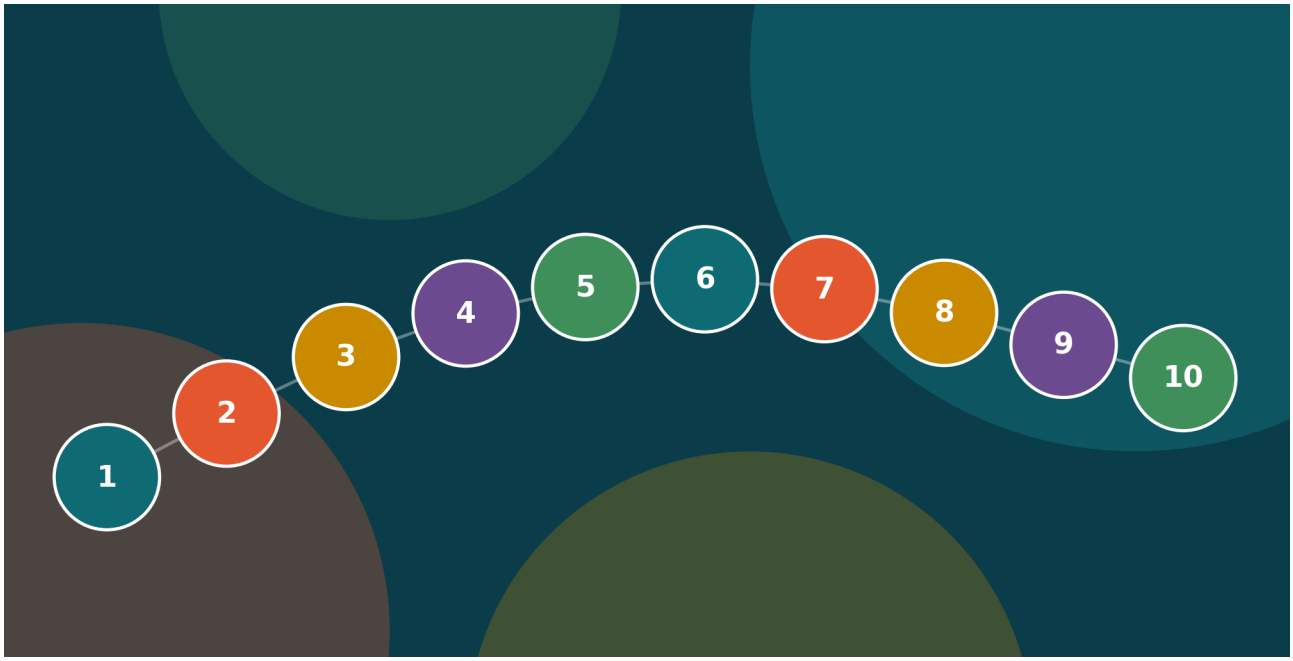
METHODENKATALOG PRAXISANLEITUNG IN DER PFLEGE · TEIL 1

Makromethoden

der Praxisanleitung

Katalog mit zehn Lehr-Lern-Arrangements: Aufbau, Phasen, Auswahlkriterien, Stärken und Grenzen sowie Praxisbeispiele



Zu diesem Katalog

Dieser Katalog stellt zehn Makromethoden vor, mit denen Sie Anleitungssituationen in der Pflege didaktisch strukturieren können. Makromethoden sind übergreifende Lehr-Lern-Arrangements; spezifische Mikromethoden lassen sich darin einhängen (siehe Methode 2). Passende Bausteine dafür finden Sie in Teil 2 dieses Methodenkatalogs: Mikromethoden der Praxisanleitung.

Jedes Methodenprofil ist gleich aufgebaut, sodass Sie die Methoden direkt miteinander vergleichen können:

- **Auf einen Blick:** Ausbildungsjahr, Lernort, Zeithorizont und Hauptfokus.
- **Beschreibung:** Grundidee und Rolle der Praxisanleitung.
- **Phasen:** Ablauf der Methode, Schritt für Schritt.
- **Einordnung:** Passung der Methode anhand von vier Auswahlkriterien (A bis D).
- **Stärken und Grenzen:** Wann sich die Methode lohnt und wo sie an Grenzen stößt.
- **Praxisbeispiel:** Ein konkreter Einsatz in der Pflegepraxis.

Die vier Auswahlkriterien



A Lernende*r	Welches Ausbildungsjahr, welche Selbststeuerung und Rollenreife setzt die Methode voraus?
B Station	Wie planbar oder dynamisch darf der Versorgungsalltag sein, damit die Methode trägt?
C Kompetenzziel	Welche Kompetenzen werden mit der Methode vorrangig gefördert?
D Pflegenutzer*in	Wie stabil muss die Situation der*des Pflegenutzenden sein, und wie stark wird sie*er belastet?

Hinweis zur Nutzung: Die Einordnungen sind Orientierungswerte. Ob eine Methode passt, entscheiden Sie am Ende anhand Ihrer konkreten Lernenden, Ihrer Station und der Situation der Pflegenutzer*innen.

Auf einen Blick: Vergleichsmatrix

Die Matrix zeigt alle zehn Makromethoden im Überblick. Ein Klick auf den Methodennamen führt direkt zum jeweiligen Profil.

Nr.	Makromethode	1.	2.	3.	Lernort	Zeithorizont	Hauptfokus
1	Cognitive Apprenticeship	■	■	■	Akutstation / Bett	Begleitend (Schicht)	Clinical Reasoning, implizites Gespür
2	Modell der vollständigen Handlung		■	■	Reales Stationssetting	Stunden bis Schicht	Reflexive Handlungsregulation (6 Phasen)
3	Das Pflegeprozessmodell	■	■	■	Bett + Dokumentation	Mehrtägig	Zirkuläre Problemlösung, Diagnostik
4	Leittextmethode		■	■	Dokumentation + Bett	1 Tag	Vollständige Handlung mit Selbststudium
5	Peer-Assisted Learning	■		■	Reales Stationssetting	1–2 Schichten	Lernen durch Lehren, Abbau von Hemmungen
6	Komplexe Arbeits- und Lernaufgabe	■	▫		Reales Stationssetting	1 Schicht	Strukturierte Routine, Arbeitsorganisation
7	Strukturierte Fallmethode		■	■	Besprechungsraum	1–2 Tage	Ethische Dilemmata, Urteilsbildung
8	Problemorientiertes Lernen		■	■	Schulungsraum + Selbststudium	1–2 Wochen	Evidenzbasierung, Wissenslücken schließen
9	Simulationsbasiertes Lernen	■	■	■	Skills Lab (entkoppelt)	Stunden	Notfall, Deeskalation, vitale Algorithmen
10	Die Projektmethode			■	Gesamte Station	Wochen	Organisation, Führung, Schnittstellen

Spaltenköpfe 1. bis 3.: Ausbildungsjahr. **Farbig gefüllt** = vorrangig geeignet; **hell gefüllt** = eingeschränkt (Methode 6: bis ins 2. Jahr). Methode 5 ist als Tandem aus 3. und 1. Ausbildungsjahr angelegt.

MAKROMETHODE 1

1 Cognitive Apprenticeship (Modell der kognitiven Lehre)

AUSBILDUNGSJAHR	LERNORT	ZEITHORIZONT	HAUPTFOKUS
1. Jahr · 2. Jahr · 3. Jahr	Akutstation / Bett	Begleitend (Schicht)	Clinical Reasoning, implizites Gespür

BESCHREIBUNG

Ein von Collins, Brown und Newman entwickeltes Modell, das die traditionelle handwerkliche Meisterlehre auf komplexe kognitive Tätigkeiten überträgt. Ziel ist es, das sonst unsichtbare Handeln von Expert*innen und implizite Entscheidungsmuster erfahrener Fachkräfte (Clinical Reasoning, Intuition, Priorisierung) für Lernende beobachtbar zu machen und durch gezielte Gerüstbildung (Scaffolding) schrittweise an sie zu übergeben.

PHASEN IM ÜBERBLICK



1	**Modeling (Vormachen mit lautem Denken)** Die Anleitung führt die Handlung real durch und spricht jeden internen Abwägungsschritt, Zweifel und Wahrnehmungsimpuls laut aus.
2	**Scaffolding (Gerüstbau)** Die lernende Person übernimmt Teilaufgaben, gestützt durch von der Anleitung bereitgestellte Denkhilfen (Checklisten, strukturierte Fragen).
3	**Coaching (Prozessbegleitung)** Die lernende Person agiert eigenständig; die Anleitung beobachtet aus nächster Nähe und interveniert nur durch Impulse.
4	**Fading (schrittweiser Rückzug)** Hilfestellungen und Gerüste werden sukzessive abgebaut, bis die lernende Person autonom arbeitet.
5	**Articulation (Verbalisieren)** Die lernende Person muss die eigenen Kognitionen und Handlungsentscheidungen in Fachsprache explizieren.
6	**Reflection (vergleichende Reflexion)** Abgleich der eigenen Performanz mit dem Vorgehen von Expert*innen oder mit Leitlinien.
7	**Exploration (autonomes Problemlösen)** Selbstständiges Übertragen des Musters auf völlig neue, unvertraute Pflegesituationen.

EINORDNUNG IN DIE AUSWAHLKRITERIEN

A Lernende*r	**1. bis 3. Ausbildungsjahr (entwicklungslogisch flexibel).** Beginnt bei geringer Selbststeuerung und endet in vollständiger Autonomie.
B Station	**Hochdynamisch, akut, unberechenbar.** Ideal für Notaufnahmen, Intensivstationen oder Akutpsychiatrie, da kein Schreibtisch nötig ist, sondern am realen Geschehen angedockt wird.
C Kompetenzziel	Clinical Reasoning, Erkennen intuitiver Frühwarnzeichen (Verschlechterung des Zustands), situationselastische Handlungsanpassung.
D Pflegenutzer*in	**Instabil bis hochgradig gefährdet.** Durch die unmittelbare 1:1-Anwesenheit der Anleitung ist die Sicherheit der*des Pflegenutzenden jederzeit gewährleistet.

STÄRKEN UND GRENZEN

Stärken	Grenzen
• Funktioniert unter realem Zeitdruck • Entmystifiziert das Handeln von Expert*innen • Schützt instabile Pflegenutzer*innen lückenlos	• Verlangt hohe didaktische Sprachfähigkeit der Anleitung (lautes Denken fällt vielen schwer) • Rückfallgefahr in eine autoritäre „Guck-mir-zu“-Haltung

PRAXISBEISPIEL

*Versorgung einer*eines deliranten, kreislaufinstabilen Pflegenutzenden auf der Intensivstation*

Die Praxisanleitung demonstriert die Priorisierung von Vitalzeichendiagnostik, Sedierungstiefe, Infusionstherapie und Delir-Interventionen und verbalisiert dabei ihre Prioritätenabwägungen, bevor die auszubildende Person im nächsten Zimmer das Scaffolding übernimmt.