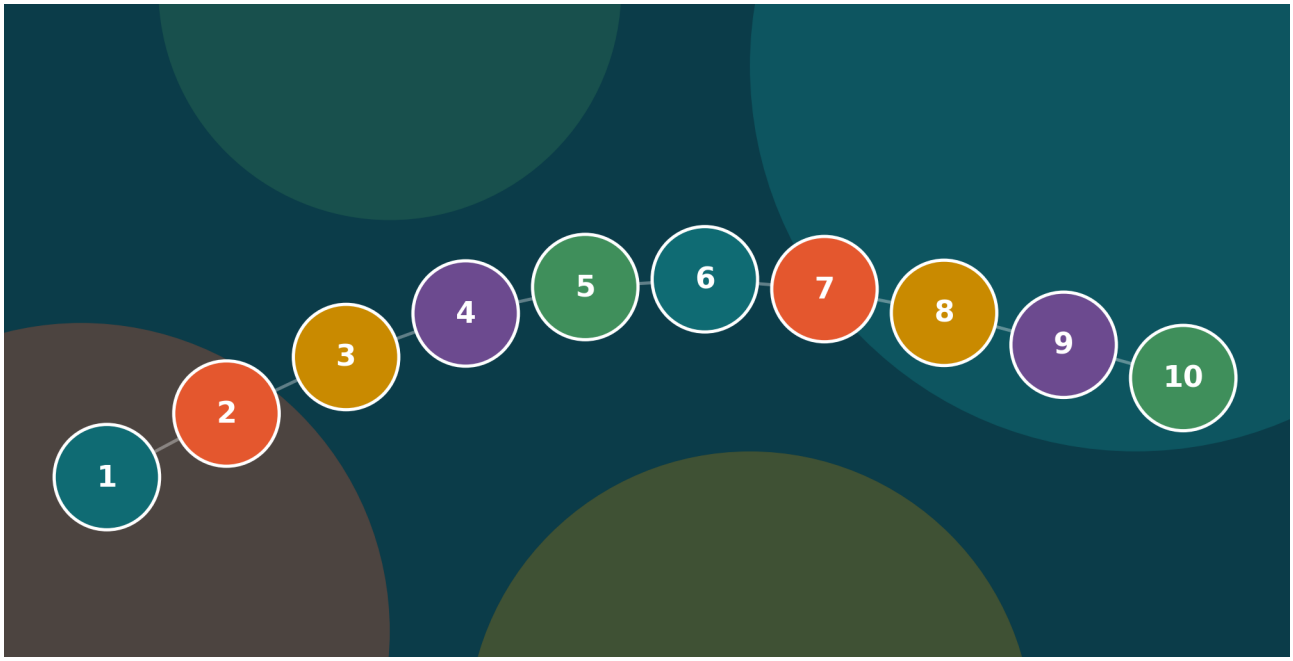
METHODENKATALOG PRAXISANLEITUNG IN DER PFLEGE · TEIL 1

# 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)**<br>Die Anleitung führt die Handlung real durch und spricht jeden internen Abwägungsschritt, Zweifel und Wahrnehmungsimpuls laut aus. |
| 2 | **Scaffolding (Gerüstbau)**<br>Die lernende Person übernimmt Teilaufgaben, gestützt durch von der Anleitung bereitgestellte Denkhilfen (Checklisten, strukturierte Fragen). |
| 3 | **Coaching (Prozessbegleitung)**<br>Die lernende Person agiert eigenständig; die Anleitung beobachtet aus nächster Nähe und interveniert nur durch Impulse. |
| 4 | **Fading (schrittweiser Rückzug)**<br>Hilfestellungen und Gerüste werden sukzessive abgebaut, bis die lernende Person autonom arbeitet. |
| 5 | **Articulation (Verbalisieren)**<br>Die lernende Person muss die eigenen Kognitionen und Handlungsentscheidungen in Fachsprache explizieren. |
| 6 | **Reflection (vergleichende Reflexion)**<br>Abgleich der eigenen Performanz mit dem Vorgehen von Expert*innen oder mit Leitlinien. |
| 7 | **Exploration (autonomes Problemlösen)**<br>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<br>• Entmystifiziert das Handeln von Expert*innen<br>• Schützt instabile Pflegenutzer*innen lückenlos | • Verlangt hohe didaktische Sprachfähigkeit der Anleitung (lautes Denken fällt vielen schwer)<br>• 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.

MAKROMETHODE 2

# 2 Modell der vollständigen Handlung (didaktisches Makro-Arrangement)

| AUSBILDUNGSJAHR | | | LERNORT | ZEITHORIZONT | HAUPTFOKUS |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Jahr | **2. Jahr** | **3. Jahr** | **Reales Stationssetting** | **Stunden bis Schicht** | **Reflexive Handlungsregulation (6 Phasen)** |

## BESCHREIBUNG

Das handlungstheoretische Leitmodell der modernen Berufspädagogik. Es überwindet das unreflektierte Abarbeiten von Einzelaufgaben, indem es jede berufliche Pflegehandlung als zyklischen Sechsschritt aus Informieren, Planen, Entscheiden, Durchführen, Kontrollieren und Bewerten strukturiert. Es fungiert als methodisches Dach, in das spezifische Mikromethoden passgenau eingehängt werden. Ziel ist die Ausbildung reflexiver beruflicher Handlungskompetenz.

## PHASEN IM ÜBERBLICK




| | |
|---|---|
| 1 | **Informieren**<br>Erfassen der Ausgangslage, Ressourcen, Risiken und Vitaldaten der*des Pflegenutzenden aus Akten, Übergaben und Beobachtungen. |
| 2 | **Planen**<br>Festlegen von Zielzuständen, Strukturieren des Handlungsablaufs, Zusammentragen von Material und Zeitbudget. |
| 3 | **Entscheiden**<br>Fachliches Abwägen von Handlungsalternativen und Begründen der gewählten Option im Fachdiskurs mit der Anleitung. |
| 4 | **Durchführen**<br>Praktische, situationselastische Umsetzung der Pflegeintervention am Bett der*des Pflegenutzenden. |
| 5 | **Kontrollieren**<br>Unmittelbarer Soll-Ist-Abgleich der Durchführung (Asepsis, Ergonomie, Sicherheit der*des Pflegenutzenden) über Checklisten. |
| 6 | **Bewerten / Reflektieren**<br>Metakognitive Gesamtauswertung: Was lief optimal? Wo traten Abweichungen auf? Welcher Lerntransfer resultiert für künftige Situationen? |

## EINORDNUNG IN DIE AUSWAHLKRITERIEN

| | |
|---|---|
| **A** Lernende*r | **2. und 3. Ausbildungsjahr.** Setzt kognitive Reife voraus, um die Phasen vor und nach der Durchführung nicht als lästigen Ballast zu empfinden. |
| **B** Station | **Mittlere bis hohe Planbarkeit.** Das Setting muss zwingend Zeit für Vor- und Nachbereitung bieten; im Krisenmodus bricht das Modell zusammen. |
| **C** Kompetenzziel | Umfassende berufliche Handlungskompetenz (Fach-, Methoden-, Sozial- und Selbstkompetenz), Vermeidung von blindem Aktionismus. |
| **D** Pflegenutzer*in | **Stabil bis mäßig belastet.** Die*der Pflegenutzer*in muss partizipationsfähig sein und ein didaktisch strukturiertes Vorgehen tolerieren. |

## STÄRKEN UND GRENZEN

### Stärken

- Verhindert reines Befehlsempfangen
- Zwingt Auszubildende zur Handlungsregulation vor und nach dem Handgriff
- Universell auf jede Pflegesituation anwendbar

### Grenzen

- Wird im stressigen Schichtalltag reflexartig auf Phase 4 (Durchführen) verkürzt
- Verlangt hohe didaktische Disziplin

## PRAXISBEISPIEL

### *Durchführung eines Schmerzassessments und Mobilisation*

Eine auszubildende Person des 2. Lehrjahres analysiert Schmerzverlauf und Vitalwerte (Informieren), plant die Vorab-Analgesie und Kinästhetik-Prinzipien (Planen), verteidigt die Vorgehensweise vor der Anleitung (Entscheiden), führt die Mobilisation durch (Durchführen), überprüft das Schmerzniveau post-interventionell (Kontrollieren) und reflektiert die Beziehungsdynamik (Bewerten).

MAKROMETHODE 3

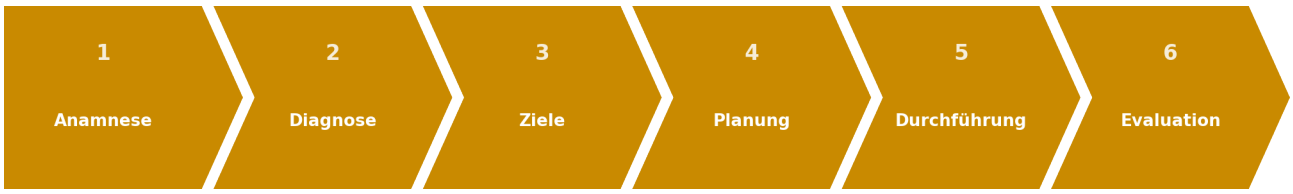
# 3 Das Pflegeprozessmodell (didaktische Prozessbegleitung nach dem Regelkreis)

| AUSBILDUNGSJAHR | LERNORT | ZEITHORIZONT | HAUPTFOKUS |
|---|---|---|---|
| 1. Jahr · 2. Jahr · 3. Jahr | Bett + Dokumentation | Mehrtägig | Zirkuläre Problemlösung, Diagnostik |

## BESCHREIBUNG

Die pflegewissenschaftliche Fachmethode der Pflegeberufe (in der Regel als 4-Schritt-Modell nach WHO oder als 6-Schritt-Modell nach Fiechter/Meier). Als didaktische Makromethode zielt sie darauf ab, Auszubildenden die zirkuläre, hypothesengeleitete Steuerung von Pflegeprozessen über Tage oder Schichten hinweg beizubringen. Sie verhindert, dass Pflege auf bloße Hilfsverrichtungen reduziert wird, und schult theoriebasiertes Clinical Reasoning sowie standardisierte Nomenklaturen (z. B. NANDA-I-Pflegediagnosen).

## PHASEN IM ÜBERBLICK




| | |
|---|---|
| 1 | **Pflegeanamnese & Informationssammlung**<br>Systematisches Erheben der physischen, psychischen und biografischen Daten der*des Pflegenutzenden. |
| 2 | **Erkennen von Pflegephänomenen & Pflegediagnosen**<br>Kriteriengeleitetes Formulieren von Pflegediagnosen (PESR-Format: Problem, Ätiologie, Symptome, Ressourcen). |
| 3 | **Festlegen von Pflegezielen**<br>Formulieren überprüfbarer, operationalisierter Nah- und Fernziele (SMART-Kriterien). |
| 4 | **Planung von Pflegeinterventionen**<br>Auswählen evidenzbasierter, adressat*innengerechter Pflegemaßnahmen. |
| 5 | **Durchführung der Maßnahmen**<br>Fachgerechte, beziehungsorientierte Umsetzung im Versorgungsalltag. |
| 6 | **Kriteriengeleitete Evaluation**<br>Systematischer Soll-Ist-Abgleich der Zielerreichung und zirkuläre Neuanpassung des Pflegeplans. |

## EINORDNUNG IN DIE AUSWAHLKRITERIEN

| | |
|---|---|
| **A** Lernende*r | **1. bis 3. Ausbildungsjahr (spiralcurricular gestuft).** Im 1. Jahr: Datensammlung und einfache Maßnahmen; im 3. Jahr: autonome Diagnostik und komplexe Evaluationen. |
| **B** Station | **Hohe bis mittlere Prozesskontinuität.** Funktioniert nur, wenn Auszubildende eine*n Pflegenutzer*in über mindestens zwei aufeinanderfolgende Schichten begleiten können. |
| **C** Kompetenzziel | Pflegefachliche Prozesskompetenz, diagnostische Urteilskraft, Beherrschen von Klassifikationssystemen, Evaluationskompetenz. |
| **D** Pflegenutzer*in | **Stabil, subakut oder chronisch erkrankt; beziehungsfähig.** Muss bereit und in der Lage sein, Auskunft zu geben und Ziele gemeinsam auszuhandeln. |

## STÄRKEN UND GRENZEN

### Stärken

- Bildet den Kern der beruflichen Pflegeidentität ab
- Trainiert exakt die Anforderungen der praktischen Examensprüfung
- Schützt vor Willkür

### Grenzen

- Verkommt in der Praxis schnell zur ungeliebten „Bürokratieübung am Computer“, wenn die Rückbindung an das reale Befinden der*des Pflegenutzenden verloren geht

## PRAXISBEISPIEL

***Neustrukturierung der Pflegeplanung bei chronischer Schlafstörung***

Eine Auszubildende bzw. ein Auszubildender im 3. Ausbildungsjahr identifiziert bei einer*einem gerontopsychiatrischen Pflegenutzenden die Pflegediagnose „Gestörtes Schlafmuster bedingt durch Nykturie und Umgebungsunruhe“. Das Ziel lautet „Pflegenutzer*in schläft 4 Stunden am Stück“; geplant werden nicht-medikamentöse Einschlafrituale, evaluiert wird nach drei Nachtdiensten anhand des Schlafprotokolls.

# 4

MAKROMETHODE 4

# Leittextmethode

| AUSBILDUNGSJAHR | | | LERNORT | ZEITHORIZONT | HAUPTFOKUS |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Jahr | **2. Jahr** | **3. Jahr** | **Dokumentation + Bett** | **1 Tag** | **Vollständige Handlung mit Selbststudium** |

## BESCHREIBUNG

Ein strukturiertes Selbstlern- und Handlungsarrangement, das Lernende anhand von schriftlich vorformulierten Leittexten und Leitfragen systematisch durch alle Stufen der vollständigen Handlung führt. Die Methode verlangt von den Auszubildenden, sich das theoretische Rüstzeug und die Planung einer Pflegemaßnahme eigenständig anzueignen, bevor sie Hand an die*den Pflegenutzer*in legen. Die Praxisanleitung greift vor der praktischen Umsetzung im Fachgespräch als Kontrollinstanz ein und bewertet den Plan.

## PHASEN IM ÜBERBLICK

1 Informieren → 2 Planen → 3 Entscheiden → 4 Ausführen → 5 Kontrollieren → 6 Bewerten

| | |
|---|---|
| 1 | **Informieren**<br>Bearbeitung des Leittextes und Beantwortung der Leitfragen anhand von Fachliteratur, Standards und Kurveninformationen. |
| 2 | **Planen**<br>Schriftliches Erstellen eines detaillierten Arbeits- und Handlungsablaufplans inklusive Material-, Zeit- und Risikokalkulation. |
| 3 | **Entscheiden (Fachgespräch)**<br>Präsentation und Verteidigung des Handlungsplans gegenüber der Praxisanleitung; Freigabe der Durchführung nach Plausibilitätsprüfung. |
| 4 | **Ausführen**<br>Eigenständige, ungestörte Durchführung der Pflegemaßnahme an der*dem Pflegenutzenden. |
| 5 | **Kontrollieren**<br>Selbstkontrolle anhand eines im Leittext integrierten Kontrollbogens (Soll-Ist-Vergleich der Durchführung). |
| 6 | **Bewerten / Reflektieren**<br>Gemeinsames Auswertungsgespräch mit der Anleitung über Planabweichungen, Lernerfolg und Transfer. |

## EINORDNUNG IN DIE AUSWAHLKRITERIEN

| | |
|---|---|
| **A** Lernende*r | **2. und 3. Ausbildungsjahr.** Verlangt Lesekompetenz, Textverständnis und die Fähigkeit zur theoriegeleiteten schriftlichen Handlungsplanung. |
| **B** Station | **Planbar bis moderat dynamisch.** Erfordert zwingend ungestörte Vorbereitungs- und Schreibzeit vor dem Gang ins Zimmer. |
| **C** Kompetenzziel | Vollständige Handlungskompetenz, theoriegeleitete Pflegeplanung, Verknüpfung von Fachwissen mit manueller Praxis, Fehlersensibilität. |
| **D** Pflegenutzer*in | **Stabil, geduldig und partizipationsfähig.** Pflegenutzer*innen müssen es tolerieren, dass Maßnahmen nach einem festen Plan und leicht entschleunigt ablaufen. |

## STÄRKEN UND GRENZEN

### Stärken

- Hohe didaktische Disziplinierung
- Verhindert blindes Verrichtungshandeln
- Entlastet Praxisanleitende in der Phase der Wissensaneignung

### Grenzen

- Sehr hoher Vorbereitungsaufwand für die Erstellung didaktisch sauberer Leittexte
- Stößt bei leseschwachen Lernenden schnell auf Abwehr

## PRAXISBEISPIEL

### *Komplexe Vakuum-Wundversorgung (VAC-Wechsel)*

Die lernende Person erarbeitet am Vormittag anhand eines Leittextes die Pathophysiologie der Wundheilung, Hygieneanforderungen, Sogstärken und Notfallmaßnahmen bei Blutungen. Nach Freigabe im Fachgespräch führt sie den Verbandswechsel am Nachmittag selbstständig durch.

MAKROMETHODE 5

# 5 Peer-Assisted Learning (PAL) / Tandemanleitung

| AUSBILDUNGSJAHR | | | LERNORT | ZEITHORIZONT | HAUPTFOKUS |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr | Reales Stationssetting | 1–2 Schichten | Lernen durch Lehren, Abbau von Hemmungen |

*Tandem aus 3. und 1. Ausbildungsjahr*

## BESCHREIBUNG

Ein kooperatives Großarrangement nach dem Prinzip „Lernen durch Lehren“. Zwei Auszubildende mit unterschiedlichem Wissens- und Erfahrungsstand (z. B. 3. und 1. Ausbildungsjahr) bilden ein Lern-Tandem. Die fortgeschrittene Person (Senior*in) übernimmt die didaktische Planung und Begleitung der jüngeren Person (Junior*in). Die Praxisanleitung beobachtet aus der Metaebene und bewertet die pflegefachliche Performanz der neuen Person sowie die pädagogische Vermittlungskompetenz der erfahrenen Person.

## PHASEN IM ÜBERBLICK




| | |
|---|---|
| 1 | **Briefing & Rollenklärung**<br>Die Anleitung klärt mit beiden Lernenden Ziele, Verantwortlichkeiten und die Sicherheitsgrenzen. |
| 2 | **Gemeinsame Handlungsplanung**<br>Das Tandem bespricht und plant die Pflegesituation eigenständig (Senior*in unterstützt Junior*in bei der Vorbereitung). |
| 3 | **Tandemdurchführung**<br>Junior*in führt unter direkter, wertschätzender Anleitung von Senior*in die Pflegesituation durch. Senior*in interveniert bei Fehlern; die Praxisanleitung greift nur bei akuter Gefährdung der*des Pflegenutzenden ein. |
| 4 | **Peer-Feedback**<br>Unmittelbare Rückmeldung zwischen den Lernenden auf Augenhöhe ohne Beisein der Praxisanleitung. |
| 5 | **Metadebriefing mit Praxisanleitung**<br>Dreiergespräch: Reflexion der pflegerischen Maßnahme und der pädagogischen Anleitungskompetenz von Senior*in. |

## EINORDNUNG IN DIE AUSWAHLKRITERIEN

| | |
|---|---|
| **A** Lernende*r | **Heterogenes Tandem (3. + 1. Jahr).** Senior*in benötigt hohe Selbststeuerung und Rollenreife; Junior*in profitiert von der niedrigschwelligen Vorbildfunktion. |
| **B** Station | **Planbarer Regelbetrieb.** Keine Akutnotfälle, da die Kommunikation im Zweierteam Zeit und Ruhe verlangt. |
| **C** Kompetenzziel | Didaktisch-pädagogische Anleitungskompetenz und Konsolidierung von Fachwissen durch Erklären (Senior*in); Abbau von Hierarchieängsten (Junior*in). |
| **D** Pflegenutzer*in | **Stabil, aufgeschlossen und kommunikativ.** Pflegenutzer*innen müssen der gleichzeitigen Anwesenheit von zwei Lernenden im Zimmer positiv gegenüberstehen. |

## STÄRKEN UND GRENZEN

### Stärken

- Enorme Wissensvertiefung bei Senior*in (Docendo discimus)
- Abbau von Prüfungsstress bei Junior*in
- Aktivierung von Teamressourcen

### Grenzen

- Gefahr der Tradierung von „Stationsmacken“ und Fehlern
- Überheblichkeit von Senior*in oder Einschüchterung von Junior*in bei schlechter Passung

## PRAXISBEISPIEL

***Anleitung zur s.c.-Injektion und Blutzuckermessung***

Eine Auszubildende bzw. ein Auszubildender im 3. Ausbildungsjahr bereitet eine Person aus dem Unterkurs auf die erste subkutane Insulininjektion vor, erklärt Asepsis, Injektionsorte und Kontraindikationen, begleitet die Durchführung im Zimmer und führt das Feedbackgespräch.

# 6

MAKROMETHODE 6

# Komplexe Arbeits- und Lernaufgabe (ALA)

| AUSBILDUNGSJAHR | | | LERNORT | ZEITHORIZONT | HAUPTFOKUS |
|---|---|---|---|---|---|
| **1. Jahr** | 2. Jahr | 3. Jahr | **Reales Stationssetting** | **1 Schicht** | **Strukturierte Routine, Arbeitsorganisation** |

## BESCHREIBUNG

Ein arbeitsintegriertes Lehr-Lern-Format, das einen realen, zusammenhängenden Arbeitsauftrag aus der Stationsroutine didaktisch vorstrukturiert. Statt isolierte Verrichtungen abzuarbeiten („Geh mal Vitalwerte messen“), erhalten Auszubildende die Verantwortung für einen definierten, mehrschrittigen Aufgabenbereich inklusive Vor- und Nachbereitung. Der schriftliche Aufgabenbogen definiert verbindliche Qualitätskriterien, lässt aber Raum für die operative Ausgestaltung.

## PHASEN IM ÜBERBLICK




| | |
|---|---|
| 1 | **Aufgabenübergabe & Klärung**<br>Aushändigen des Aufgabenbogens durch die Praxisanleitung; Klären von Rahmenbedingungen, Zielkriterien und Abbruchkriterien. |
| 2 | **Vorbereitung & Organisation**<br>Selbstständige Arbeitsplatz- und Materialvorbereitung, Prioritätensetzung und Zeitplanung durch die lernende Person. |
| 3 | **Operative Ausführung**<br>Durchführung des realen Versorgungsauftrags im laufenden Schichtbetrieb; die Anleitung beobachtet distanziert. |
| 4 | **Qualitätskontrolle (Soll-Ist-Abgleich)**<br>Die lernende Person prüft das Ergebnis eigenständig anhand der im Auftrag hinterlegten Checkliste bzw. Qualitätsmerkmale. |
| 5 | **Abschlussreflexion & Bewertung**<br>Gemeinsames 10-Minuten-Gespräch über Arbeitsorganisation, Ergonomie, Beziehungsgestaltung und Zeitmanagement. |

## EINORDNUNG IN DIE AUSWAHLKRITERIEN

| | |
|---|---|
| **A** Lernende*r | **Vorrangig 1. und frühes 2. Ausbildungsjahr.** Bietet ein enges, sicheres didaktisches Geländer für Lernende mit geringem bis mittlerem Selbststeuerungsgrad. |
| **B** Station | **Ruhiger bis moderater Regelbetrieb.** Abläufe müssen vorhersehbar sein, damit der Arbeitsauftrag nicht durch Daueralarme zerrissen wird. |
| **C** Kompetenzziel | Arbeitsorganisation, Prozessorientierung, Verknüpfung formaler Standards mit realem Pflegehandeln, Rollensicherheit. |
| **D** Pflegenutzer*in | **Stabil, kooperativ, vorhersehbar.** Keine akuten Vitalgefährdungen oder plötzlichen Zustandsänderungen während der Bearbeitung. |

## STÄRKEN UND GRENZEN

### Stärken

- Nahtlose Integration in den Dienstplan
- Messbare Arbeitsergebnisse
- Auszubildende erleben unmittelbare Selbstwirksamkeit im realen Stationsalltag

### Grenzen

- Gefahr der Verzweckung als reine Arbeitskraft („Mach mal die ALA, wir haben keine Leute“)
- Geringe kognitive Tiefe bei standardisierten Routineaufgaben

## PRAXISBEISPIEL

***Prä- und postoperative Versorgung zweier Pflegenutzer*innen***

Eine auszubildende Person des 1. Ausbildungsjahres übernimmt eigenständig die OP-Vorbereitung (Nüchternheitskontrolle, Prämedikation, Dokumentenprüfung, Vitalzeichen) und die postoperative Erstversorgung (Vitalzeichenmonitoring, Schmerzassessment, Nachblutungskontrolle) nach einem vorstrukturierten Kriterienkatalog.

MAKROMETHODE 7

# 7 Strukturierte Fallmethode (Case Method nach Kaiser)

| AUSBILDUNGSJAHR | LERNORT | ZEITHORIZONT | HAUPTFOKUS |
|---|---|---|---|
| 1. Jahr **2. Jahr** **3. Jahr** | Besprechungsraum | 1–2 Tage | Ethische Dilemmata, Urteilsbildung |

## BESCHREIBUNG

Ein theoriegeleitetes Diskursverfahren zur Entwicklung moralisch-ethischer Urteilskraft und multiperspektivischer Entscheidungsfähigkeit. Es geht nicht um simple Wissensabfrage, sondern um reale, unlösbare Dilemmata und Grenzsituationen der Pflegepraxis. Im Zentrum steht der argumentativ-kontroverse Diskurs im Team über unterschiedliche, rivalisierende Handlungswege.

## PHASEN IM ÜBERBLICK




| | |
|---|---|
| 1 | **Konfrontation mit dem Fall**<br>Auszubildende erhalten ein anonymisiertes, detailreiches Praxisfalldossier (Krankengeschichte, biografische Brüche, O-Töne). |
| 2 | **Information & Orientierung**<br>Filtern von relevanten Daten, Erkennen von Informationsdefiziten und Abgrenzen von Fakten gegenüber Wertungen. |
| 3 | **Exploration (Lösungsfindung)**<br>Kleingruppen erarbeiten getrennte, begründete Handlungsstrategien und antizipieren deren Konsequenzen. |
| 4 | **Resolution (Entscheidung)**<br>Festlegung auf eine konkrete Handlungsoption inklusive Risikobewertung. |
| 5 | **Disputation (Verteidigung im Diskurs)**<br>Verteidigen des gewählten Pfads im Plenum gegen Einwände und rivalisierende Lösungen. |
| 6 | **Kollation / Retrospektive**<br>Abgleich mit der tatsächlich in der Realität getroffenen Entscheidung bzw. mit aktuellen Expertenstandards und rechtlichen Rahmenbedingungen. |

## EINORDNUNG IN DIE AUSWAHLKRITERIEN

| | |
|---|---|
| **A** Lernende*r | **2. und 3. Ausbildungsjahr.** Verlangt Abstraktionsvermögen, fundierte Rechts- und Ethikkenntnisse sowie Ambiguitätstoleranz. |
| **B** Station | **Vollständig planbar / Schreibtischsetting.** Findet abseits der Schicht im Seminar- oder Dienstzimmer statt. |
| **C** Kompetenzziel | Ethische Urteilskraft, Argumentationskompetenz, multiperspektivisches Denken, Ambiguitätstoleranz. |
| **D** Pflegenutzer*in | **Keine Belastung.** Reines Trocken-Setting anhand retrospektiver oder fiktiver Falldossiers. |

## STÄRKEN UND GRENZEN

### Stärken

- Gefahrlose Erprobung schwerwiegender Entscheidungen
- Bricht Dogmatismus und rigide Richtig-Falsch-Muster auf
- Schult professionelle Debattenkultur

### Grenzen

- Keine motorische Umsetzung
- Risiko, in rein akademischen Scheindebatten stecken zu bleiben, die keinen Bezug mehr zur Stationsrealität haben

## PRAXISBEISPIEL

***Wertekonflikt bei Nahrungsverweigerung***

Bearbeitung des Falls einer*eines 82-jährigen Pflegenutzenden mit fortgeschrittener Demenz, der*die die Nahrung verweigert, Schmerzen äußert, aber keine Patientenverfügung besitzt. Die Lerngruppe streitet über PEG-Anlage vs. palliative Sedierung vs. basale Nahrungsangebote.

MAKROMETHODE 8

# 8 Problemorientiertes Lernen (POL / Siebensprung nach Schmidt)

| AUSBILDUNGSJAHR | | | LERNORT | ZEITHORIZONT | HAUPTFOKUS |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Jahr | **2. Jahr** | **3. Jahr** | **Schulungsraum + Selbststudium** | **1–2 Wochen** | **Evidenzbasierung, Wissenslücken schließen** |

## BESCHREIBUNG

Ein aus der Maastrichter Medizindidaktik stammendes, streng induktives Lehr-Lern-Verfahren (Problem-Based Learning). Ausgangspunkt ist kein Lehrbuchkapitel, sondern ein unstrukturiertes, rätselhaftes Phänomen aus der Pflegepraxis. Lernende müssen selbst erkennen, was sie nicht wissen, eigenständig Literatur recherchieren und die Theorie auf den Praxisfall zurückführen. Die Praxisanleitung agiert als prozessbegleitende Moderation und achtet strikt auf die Einhaltung der methodischen Schritte, ohne inhaltliche Lösungen vorzugeben.

## PHASEN IM ÜBERBLICK




| | |
|---|---|
| 1 | **Klären unklarer Begriffe**<br>Gemeinsames sprachliches Verständnis der Fallvignette herstellen. |
| 2 | **Problemdefinition**<br>Das pflegerische Kernproblem in 1–2 präzisen Fragestellungen fixieren. |
| 3 | **Problemanalyse (Brainstorming)**<br>Aktivierung des Vorwissens; ungefiltertes Sammeln von Hypothesen zu Ursachen und Zusammenhängen. |
| 4 | **Systematisierung**<br>Ordnen, Gewichten und Kritisieren der Hypothesen; Verwerfen unplausibler Annahmen. |
| 5 | **Formulierung von Lernzielen**<br>Schriftliche Vereinbarung, welche Wissenslücken geschlossen werden müssen (z. B. Leitlinien, Pharmakologie). |
| 6 | **Selbststudium**<br>Zeitversetzte, individuelle Fachliteratur- und Evidenzrecherche (LMS, Fachdatenbanken, Fachbücher). |
| 7 | **Synthese & Praxistransfer**<br>Zusammentragen der Rechercheergebnisse, Beantwortung der Lernziele und Ableitung evidenzbasierter Handlungsmaßnahmen für die Praxis. |

## EINORDNUNG IN DIE AUSWAHLKRITERIEN

| | |
|---|---|
| **A** Lernende*r | **2. und 3. Ausbildungsjahr.** Hohe Eigenmotivation und die Fähigkeit zur selbstständigen wissenschafts- und leitlinienbasierten Literaturrecherche sind erforderlich. |
| **B** Station | **Planbar, benötigt Selbststudiums-Zeitfenster.** Lässt sich nicht in einer 8-Stunden-Schicht durchziehen, sondern braucht 3 bis 7 Tage Zwischenraum für Phase 6. |
| **C** Kompetenzziel | Evidenzbasierte Pflege (EBN), wissenschaftliches Arbeiten, Kausalitätsverständnis, Schließen eigener Wissensdefizite. |
| **D** Pflegenutzer*in | **Indirekt / keine Belastung.** Das Phänomen der*des Pflegenutzenden liefert den Fallimpuls; die Erarbeitung geschieht ohne physische Präsenz am Bett. |

## STÄRKEN UND GRENZEN

### Stärken

- Hohe Wissensnachhaltigkeit durch intrinsisches Schließen von Wissenslücken
- Trainiert lebenslanges Lernen und das Nutzen von Leitlinien

### Grenzen

- Hoher Zeitbedarf
- Frustration bei schwacher Recherchekompetenz
- Gefahr des Verirrens in Randthemen bei mangelhafter Moderation

## PRAXISBEISPIEL

***Pflegephänomen chronischer Juckreiz & Hautläsionen***

Fallvignette einer*eines Dialyse-Pflegenutzenden, der*die sich die Arme blutig kratzt. Lernende identifizieren Urämie und Hyperphosphatämie als Hypothesen, recherchieren evidenzbasierte Hautpflege- und Ernährungsempfehlungen und erstellen einen leitliniengestützten Maßnahmenplan.

MAKROMETHODE 9

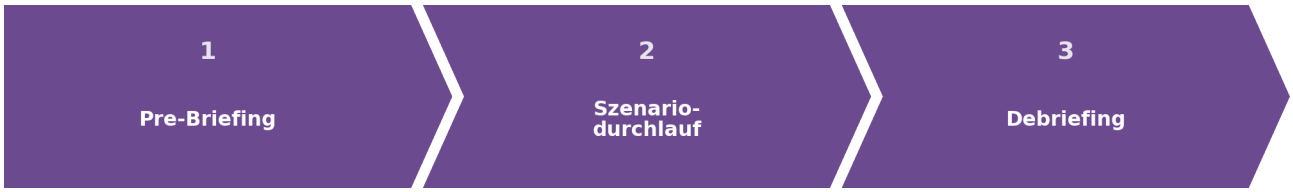
# 9 Simulationsbasiertes Lernen / Szenariotraining (Skills Lab)

| AUSBILDUNGSJAHR | LERNORT | ZEITHORIZONT | HAUPTFOKUS |
|---|---|---|---|
| 1. Jahr \| 2. Jahr \| 3. Jahr | Skills Lab (entkoppelt) | Stunden | Notfall, Deeskalation, vitale Algorithmen |

## BESCHREIBUNG

Ein konstruktivistisches Lehr-Lern-Arrangement, das die Lernumgebung vollständig von der realen Versorgungsrealität abkoppelt. Pflegesituationen werden in einem geschützten Raum (Skills Lab, Simulationsraum) realitätsnah nachgebildet. Das Paradigma lautet: Fehler sind explizit erlaubt und erwünscht, da sie keine realen Schäden anrichten. Der eigentliche didaktische Hebel liegt nicht im bloßen Durchspielen (Richtwert: ca. 30 % der Lernzeit), sondern im theoriegeleiteten, videounterstützten Debriefing (Richtwert: ca. 70 % der Lernzeit). Die Praxisanleitung agiert während des Szenarios als unsichtbare Regie und im Anschluss als Moderator*in der Video- und Verhaltensreflexion.

## PHASEN IM ÜBERBLICK




| | |
|---|---|
| 1 | **Pre-Briefing (Orientierung & psychologische Sicherheit)**<br>Klären von Lernzielen, Rollenverteilung (Handelnde vs. Beobachtende), Simulator-Funktionen und Etablierung des „Fiction Contract“ (gegenseitiger Respekt, Fehler bleiben im Raum). |
| 2 | **Szenariodurchlauf (Enactment)**<br>10–20 Minuten Echtzeit-Simulation. Das Szenario läuft ununterbrochen durch; kein Abbruch bei Fehlern, außer bei Technikversagen. |
| 3 | **Debriefing (strukturierte Nachbesprechung, z. B. PEARLS-Modell)**<br>• **Reaktionsphase:** Emotionaler Abbau („Wie geht es Ihnen jetzt?“).<br>• **Analysephase:** Deskriptiver Abgleich anhand von Videoaufnahmen; Hinterfragen von Kognitionen und Entscheidungen („Was hat Sie dazu bewogen, hier Maßnahme X vorzuziehen?“).<br>• **Synthese / Transfer:** Formulierung von 2–3 konkreten Take-Home-Messages für die Realpraxis. |

## EINORDNUNG IN DIE AUSWAHLKRITERIEN

| | |
|---|---|
| **A** Lernende*r | **1. bis 3. Ausbildungsjahr.** Sowohl für basale Abläufe (1. Jahr) als auch für hochkomplexes Notfall- und Krisenmanagement (3. Jahr) skalierbar. |
| **B** Station | **Vollständig entkoppelt / keine Stationsdynamik.** Keine Störung durch Klingeln, Telefone oder reale Notfälle. |
| **C** Kompetenzziel | Notfallmanagement, Beherrschen vitaler Algorithmen, Deeskalation bei Gewalt und Aggression, Teamressourcenmanagement (CRM). |
| **D** Pflegenutzer*in | **Keine Belastung.** Physisch nicht beteiligt (Einsatz von Phantomen, Simulatoren oder Schauspielpersonen). |

## STÄRKEN UND GRENZEN

### Stärken

- Vollkommene Sicherheit für Pflegenutzer*innen
- Videoanalyse legt blinde Flecken unbestechlich offen
- Planbare Exposition gegenüber seltenen Akutsituationen

### Grenzen

- Hoher Personal-, Raum- und Technikaufwand
- Risiko von Hemmungen („Kamerapanik“)
- Gefahr des Transferverlusts bei mangelnder Realitätsnähe (Reality Gap)

## PRAXISBEISPIEL

### *Deeskalationstraining in der Akutpsychiatrie*

Eine Schauspielperson simuliert eine*n akut psychotische*n Pflegenutzer*in, der*die im Stationsflur bedrohlich agiert und Gegenstände wirft. Zwei Auszubildende des 3. Ausbildungsjahres müssen im 15-minütigen Szenario verbale Deeskalation anwenden und den Selbstschutz wahren. Im anschließenden Debriefing wird analysiert, welche Körperhaltungen eskalierend wirkten.

# 10 MAKROMETHODE 10
# Die Projektmethode

| AUSBILDUNGSJAHR | | | LERNORT | ZEITHORIZONT | HAUPTFOKUS |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Jahr | 2. Jahr | **3. Jahr** | **Gesamte Station** | **Wochen** | **Organisation, Führung, Schnittstellen** |

## BESCHREIBUNG

Ein ganzheitliches, handlungsorientiertes Großformat nach Dewey und Frey. Eine Gruppe von Auszubildenden übernimmt die vollständige, eigenverantwortliche Bearbeitung eines realen, komplexen Problems von der Zieldefinition bis zur praktischen Realisierung und Evaluation. Die Praxisanleitung zieht sich radikal aus der Steuerungsrolle zurück und fungiert ausschließlich als beratende Coach-Instanz sowie als regulatorisches Sicherheitsnetz im Hintergrund.

## PHASEN IM ÜBERBLICK




| | |
|---|---|
| 1 | **Projektinitiative & Zielfindung**<br>Erkennen eines realen Bedarfs (z. B. im Versorgungsbereich) und Formulieren des Projektantrags. |
| 2 | **Planung & Meilensteine**<br>Arbeitsteilung, Erstellung von Termin-, Dienst- und Ressourcenplänen, Festlegen von Qualitätskriterien. |
| 3 | **Projektdurchführung**<br>Autonomes operatives Arbeiten im Team; praktische Bewältigung unvorhergesehener Hürden im Versorgungsalltag. |
| 4 | **Präsentation & Projektabschluss**<br>Öffentliche Ergebnisvorstellung vor dem Gesamtteam, Leitungskräften oder Pflegenutzer*innen. |
| 5 | **Evaluation & Metareflexion**<br>Analyse von Zielerreichung, Gruppenprozessen, Konflikten und methodischer Nachhaltigkeit. |

## EINORDNUNG IN DIE AUSWAHLKRITERIEN

| | |
|---|---|
| **A** Lernende*r | **3. Ausbildungsjahr.** Setzt ein hohes Maß an Selbstorganisation, Rollenreife, Konfliktfähigkeit und fundiertes Fachwissen voraus. |
| **B** Station | **Mittlere bis hohe Planbarkeit.** Benötigt über Wochen stabile Rahmenbedingungen und die Rückendeckung der Stationsleitung. |
| **C** Kompetenzziel | Organisationskompetenz, interprofessionelle Schnittstellenkoordination, Führungsverhalten, Teamkompetenz. |
| **D** Pflegenutzer*in | **Stabil bis multimodal belastet.** Pflegenutzer*innen müssen durch ein unsichtbares Schatten-Team erfahrener Fachkräfte vor Fehlentscheidungen der Lernenden geschützt sein. |

## STÄRKEN UND GRENZEN

| Stärken | Grenzen |
|---|---|
| • Maximaler Realitätsbezug<br>• Auszubildende erleben die Konsequenzen eigener organisatorischer Entscheidungen unmittelbar<br>• Extrem motivationsfördernd | • Enormer organisatorischer Vorlauf<br>• Dienstplankollisionen<br>• Hohes Konfliktpotenzial innerhalb der Gruppe<br>• Schwer standardisierbar |

## PRAXISBEISPIEL

***„Auszubildende leiten einen Wohnbereich“***

Acht Auszubildende des Oberkurses übernehmen für zwei Wochen eigenverantwortlich die Schichtplanung, Pflegeprozesssteuerung, Medikamentenlogistik und Arztvisiten auf einer geriatrischen Station, während das Stammpersonal rein passiv als Backup fungiert.