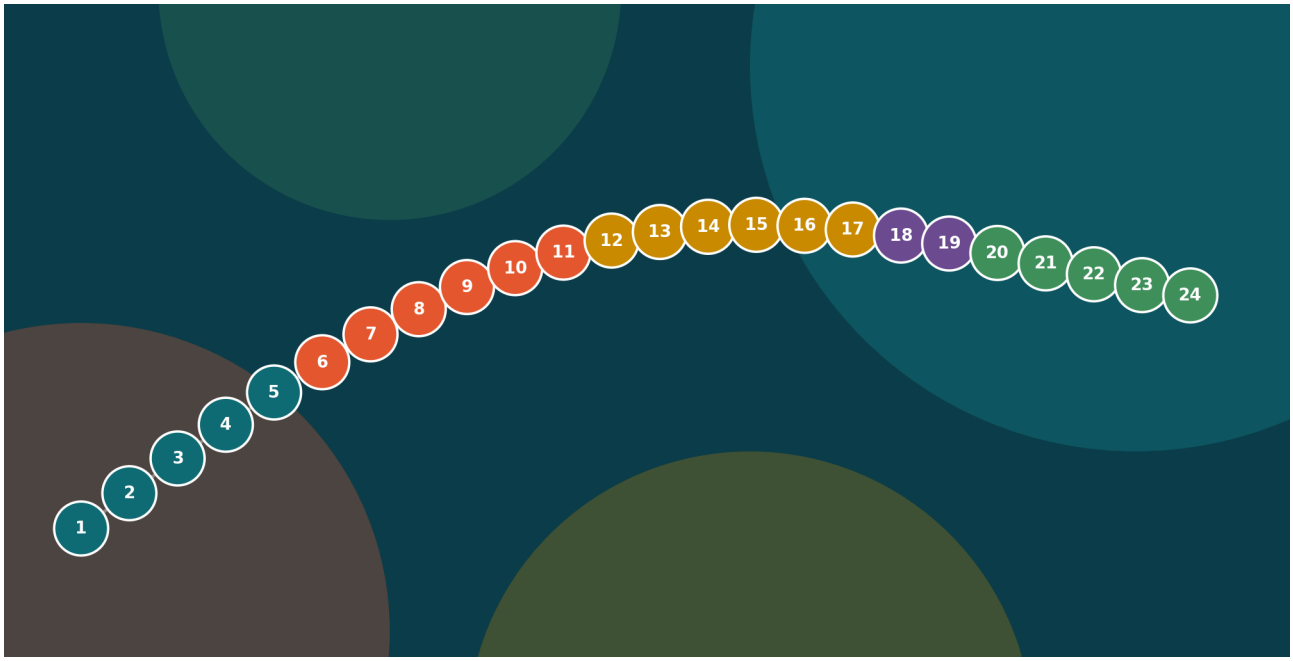
METHODENKATALOG PRAXISANLEITUNG IN DER PFLEGE · TEIL 2

Mikromethoden

der Praxisanleitung

Katalog mit 24 Kurzverfahren: Ablauf, Zeitbedarf, Lernstand, Praxisbeispiele sowie typische Stolpersteine und Gegenmaßnahmen



Zu diesem Katalog

Dieser Katalog stellt 24 Mikromethoden vor: kurze, klar begrenzte Verfahren, die sich in den Anleitungsalltag einbauen lassen. Sie dauern je nach Methode wenige Minuten bis etwa eine Dreiviertelstunde.

Teil 2 von 2: so passt er zu Teil 1

Teil 1 (Makromethoden der Praxisanleitung) beschreibt die großen Lehr-Lern-Arrangements. Makromethoden sind übergreifende Arrangements, in die sich spezifische Mikromethoden einhängen lassen. Dieser Teil liefert die Bausteine dafür. Beide Kataloge sind gleich gestaltet und gleich aufgebaut, damit Sie sie nebeneinander nutzen können.

Aufbau eines Methodenprofils

- **Auf einen Blick:** Ausbildungsjahr, Zeitbedarf und Handlungsfeld.
- **Didaktischer Fokus, Zeitbedarf & Setting, Lernstand:** Wofür die Methode taugt und wann Sie sie einsetzen.
- **Operativer Ablauf:** Die Schritte der Methode mit Zeitangaben.
- **Praxisbeispiel** sowie **Stolpersteine & Gegenmaßnahmen**: Typische Fehler und wie Sie ihnen begegnen.

Fünf Handlungsfelder

I	**Wissensaktivierung, Analyse & Situationserschließung**	1 Mindmapping · 2 Strukturlegeplan · 3 Strukturiertes Beobachten · 4 Dokumentationsreview · 5 Ishikawa-Diagramm
II	**Instruktion, manuelle Fertigkeiten & Handlungsausführung**	6 Demonstration · 7 4-Stufen-Methode · 8 Peyton-Methode · 9 Lautes Denken · 10 Stop-and-Go-Methode · 11 Selbsterfahrung / Rollenwechsel
III	**Problemlösung, Entscheidungsfindung & Fehlerkultur**	12 Kopfstandmethode · 13 Fehlersuche · 14 Fachgespräch auf Augenhöhe · 15 Ethische Reflexion · 16 Teach-Back-Methode · 17 6-Hüte-Denken nach de Bono
IV	**Beziehungsgestaltung & Partizipation**	18 Interview mit Pflegenutzenden · 19 Shadowing
V	**Reflexion, Selbstevaluation & Feedback**	20 ALACT-Modell · 21 One-Minute-Paper · 22 WWW-Feedback · 23 3R-Debriefing · 24 Blitzlicht

Auf einen Blick: Vergleichsmatrix

Alle 24 Mikromethoden im Überblick, gruppiert nach Handlungsfeldern. Ein Klick auf den Namen führt zum Methodenprofil. Spaltenköpfe 1. bis 3. = Ausbildungsjahr; farbig gefüllt = empfohlen (Zusammenfassung der Angaben zum Lernstand).

Nr.	Mikromethode	1.	2.	3.	Zeitbedarf
I Wissensaktivierung, Analyse & Situationserschließung					
1	Mindmapping	■	■	■	10–15 Min.
2	Strukturlegeplan		■	■	15–20 Min.
3	Strukturiertes Beobachten	■	■		15–30 Min.
4	Dokumentationsreview		■	■	15–20 Min.
5	Ishikawa-Diagramm		■	■	20–25 Min.
II Instruktion, manuelle Fertigkeiten & Handlungsausführung					
6	Demonstration	■	■	■	15–25 Min.
7	4-Stufen-Methode	■			20–35 Min.
8	Peyton-Methode		■	■	30–45 Min.
9	Lautes Denken		■	■	15–20 Min.
10	Stop-and-Go-Methode	■	■		variabel (Stopps je 60–90 Sek.)
11	Selbsterfahrung / Rollenwechsel	■			20–30 Min.
III Problemlösung, Entscheidungsfindung & Fehlerkultur					
12	Kopfstandmethode	■	■	■	15–20 Min.
13	Fehlersuche		■	■	15–20 Min.
14	Fachgespräch auf Augenhöhe		■	■	15–20 Min.
15	Ethische Reflexion		■	■	20–30 Min.
16	Teach-Back-Methode		■	■	10–15 Min.
17	6-Hüte-Denken nach de Bono			■	15–20 Min.
IV Beziehungsgestaltung & Partizipation					
18	Interview mit Pflegenutzenden	■	■	■	20–25 Min.
19	Shadowing	■		■	45–90 Min.
V Reflexion, Selbstevaluation & Feedback					
20	ALACT-Modell		■	■	20–25 Min.
21	One-Minute-Paper	■	■	■	3–5 Min.
22	WWW-Feedback	■	■	■	5–10 Min.
23	3R-Debriefing	■	■	■	5–7 Min.

Nr.	Mikromethode	1.	2.	3.	Zeitbedarf
24	Blitzlicht				2–3 Min.

I

HANDLUNGSFELD I

Wissensaktivierung, Analyse & Situationserschließung

1	**Mindmapping**	10–15 Min.
2	**Strukturlegeplan (Concept Mapping)**	15–20 Min.
3	**Strukturiertes Beobachten**	15–30 Min.
4	**Dokumentationsreview**	15–20 Min.
5	**Ishikawa-Diagramm (Ursachen-Wirkungs-Analyse)**	20–25 Min.

1 Mindmapping

MIKROMETHODE 1 · HANDLUNGSFELD I

AUSBILDUNGSJAHR	ZEITBEDARF	HANDLUNGSFELD
1. Jahr · 2. Jahr · 3. Jahr	10–15 Min.	I Wissensaktivierung, Analyse & Situationserschließung

DIDAKTISCHER FOKUS & KOMPETENZBEREICH

Visuelle Aktivierung und Strukturierung kognitiver Schemata. Dient der Diagnose des individuellen Vorwissensstandes, dem Clustern komplexer Phänomene und der Reduktion von Stoffüberlastung vor dem Eintritt in ein Handlungsfeld. Fördert Methodenkompetenz und systemische Fachkompetenz.

ZEITBEDARF & SETTING

10 bis 15 Minuten. Ruhige Umgebung (Dienstzimmer, Besprechungsraum oder Arbeitsplatz am PC); DIN-A3-Bogen oder Whiteboard mit mindestens 3 verschiedenfarbigen Stiften.

EMPFOHLENER LERNSTAND

1. bis 3. Ausbildungsjahr. Im 1. Ausbildungsjahr zur Verknüpfung anatomisch-physiologischer Grundlagen mit ersten Pflegephänomenen; im 2. und 3. Ausbildungsjahr zur Abbildung von Multimorbidität, Polymedikation und psychosozialen Kontextfaktoren bei komplexen Pflegefällen.

OPERATIVER ABLAUF

1 Impuls → 2 Primäräste → 3 Differenzieren → 4 Synthese

1	**Impuls setzen (2 Min.)** Die Praxisanleitung fixiert das Leitphänomen prägnant im Zentrum (z. B. „Herausforderndes Verhalten bei Demenz“). Es wird vereinbart, welche Äste vorgegeben oder frei gewählt werden.
2	**Primärverästelung (3 Min.)** Die auszubildende Person zeichnet eigenständig 3 bis 5 Hauptäste (z. B. Biografie, Körperliche Ursachen, Umgebungsfaktoren, Interventionen).
3	**Differenzierung & Assoziation (5–7 Min.)** Unteräste werden mit konkreten Fachbegriffen, Beobachtungen und Querverbindungen gefüllt. Farbkodierung: z. B. Rot = akute Risiken, Grün = vorhandene Ressourcen der*des Pflegenutzenden.
4	**Synthese & Transfer (3 Min.)** Gemeinsamer Blick auf das Schaubild: Welche 2 Aspekte bestimmen die Priorität für die anstehende Schicht?

PRAXISBEISPIEL

Vorbereitung auf eine Pflegesituation bei einer*einem desorientierten Pflegenutzenden mit chronischem Schmerzsyndrom. Die lernende Person sammelt auf den Ästen Schmerzäußerungen, biografische Beruhigungsanker, Schmerzmedikation und Sturzrisiken, um vor dem Betreten des Zimmers ein stimmiges Gesamtbild zu haben.

STOLPERSTEINE & GEGENMASSNAHMEN

Stolperstein	Gegenmaßnahme
Gefahr des uferlosen Verzettels Die Mindmap wird zu einem unstrukturierten Notizzettel ohne Systematik.	Auf maximal zwei Unterastebenen begrenzen und strikt mit Kernbegriffen statt ganzen Sätzen arbeiten lassen.
Fehlende Praxisanbindung Die Map bleibt theoretisch und wird nach der Erstellung ignoriert.	Zwingender Abschlussauftrag: „Markiere mit Leuchtmarker die zwei Punkte, die wir gleich als Erstes prüfen.“

MIKROMETHODE 2 · HANDLUNGSFELD I

2 Strukturlegeplan (Concept Mapping)

AUSBILDUNGSJAHR	ZEITBEDARF	HANDLUNGSFELD
1. Jahr · **2. Jahr** · **3. Jahr**	**15–20 Min.**	**I Wissensaktivierung, Analyse & Situationserschließung**

DIDAKTISCHER FOKUS & KOMPETENZBEREICH

Kausale und relationale Vernetzung theoretischer Konzepte. Lernende müssen nachweisen, dass sie pathophysiologische Mechanismen, Pflegediagnosen und Interventionen nicht nur isoliert auswendig gelernt haben, sondern Ursache-Wirkungs-Ketten logisch herleiten können. Hohe Förderung der Fach- und Reflexionskompetenz.

ZEITBEDARF & SETTING

15 bis 20 Minuten. Vorbereiteter Tisch im Stützpunkt oder Lernraum; Set aus beschrifteten Kärtchen und Pfeilen bzw. Folienschreibern.

EMPFOHLENER LERNSTAND

2. bis 3. Ausbildungsjahr. Setzt solides Faktenwissen voraus (Pathophysiologie, Pharmakologie, Expertenstandards). Im 1. Ausbildungsjahr führt die Methode schnell zu Frustration durch kognitive Überlastung (Cognitive Overload).

OPERATIVER ABLAUF

1 Material → 2 Strukturieren → 3 Relationieren → 4 Fachdiskurs

1	**Materialausgabe & Framing (3 Min.)** Ausgabe von 10 bis 15 Begriffskarten (z. B. Immobilität, Scherkräfte, Kapillardruck, Mikrozirkulationsstörung, Hautmazeration, Dekubitus Grad 2, Positionierung, Schmerz).
2	**Strukturieren & Legen (8 Min.)** Die lernende Person ordnet die Kärtchen räumlich an (Hierarchien von oben nach unten oder links nach rechts). Fehlende Schlüsselbegriffe dürfen auf Blankokarten ergänzt werden.
3	**Relationieren (5 Min.)** Jede gezogene Verbindungslinie muss mit einem konkreten Verb beschriftet werden („verursacht“, „verstärkt“, „wird verhindert durch“, „indiziert“). Reine Striche ohne Beschriftung sind unzulässig.
4	**Plausibilitätsprüfung / Fachdiskurs (4 Min.)** Die lernende Person begründet die gelegte Logikkette verbal gegenüber der Anleitungsperson.

PRAXISBEISPIEL

> Erarbeitung der Ursachenkette eines Delirs bei einer*einem postoperativen Pflegenutzenden: Verknüpfung von Infektion, Flüssigkeitsmangel, ungewohnter Umgebung, Schmerzmittelnebenwirkung und den entsprechenden pflegerischen Gegenmaßnahmen.

STOLPERSTEINE & GEGENMASSNAHMEN

Stolperstein	Gegenmaßnahme
Verbindungswildwuchs ohne Prädikate Linien werden wahllos gezogen, ohne die Beziehung zu definieren.	Strikte Regel: Jede Linie ohne beschriftetes Verb wird entfernt.
Anleitung greift belehrend ein Die Anleitung korrigiert fehlerhafte Legungen sofort manuell.	Hände weg bei der Anleitung! Stattdessen gezielte Irritationsfragen stellen: „Wenn Begriff A zu B führt – was passiert dann mit Karte C im Falle einer Hypotension?“

3

MIKROMETHODE 3 · HANDLUNGSFELD I

Strukturiertes Beobachten

AUSBILDUNGSJAHR			ZEITBEDARF	HANDLUNGSFELD
1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	15–30 Min.	I Wissensaktivierung, Analyse & Situationserschließung

DIDAKTISCHER FOKUS & KOMPETENZBEREICH

Differenzierung zwischen deskriptiver Phänomenwahrnehmung und reflexiver Interpretation. Schärft den diagnostischen Blick, schult die Achtsamkeit für nonverbale Signale von Pflegenutzer*innen und verhindert vorschnelle Fehlurteile. Methoden- und Sozialkompetenz.

ZEITBEDARF & SETTING

15 bis 30 Minuten während einer realen Pflege- oder Übergabesituation; 10 Minuten Vor- und Nachbereitung im Dienstzimmer.

EMPFOHLENER LERNSTAND

1. Ausbildungsjahr (Orientierung, Wahrnehmungsschulung für basale Signale) **bis 2. Ausbildungsjahr** (Erfassen subtiler Phänomene wie beginnende Agitation, Delirzeichen, depressive Rückzugstendenzen).

OPERATIVER ABLAUF

1 Fokus → 2 Instrument → 3 Praxisphase → 4 Auswertung

1	**Fokusvereinbarung (Vorgespräch, 3 Min.)** Festlegen eines exakt eingegrenzten Beobachtungsschwerpunkts (z. B. „Ausschließlich Mimik, Muskeltonus und vegetative Zeichen der*des Pflegenutzenden bei der Wundversorgung“).
2	**Instrumentenausgabe** Übergabe eines vorbereiteten Beobachtungsbogens mit strikter Trennung von Spalte A (Was sehe/höre ich?) und Spalte B (Wie deute ich das pflegefachlich?).
3	**Praxisphase (15–20 Min.)** Die Anleitung führt die Pflege durch; die lernende Person beobachtet fokussiert mit Klemmbrett. Redeverbot für die beobachtende Person, außer bei Gefahrenmomenten.
4	**Auswertungsgespräch (10 Min.)** Phase 1: Die lernende Person liest rein phänomenologisch vor, was protokolliert wurde. Phase 2: Erst jetzt erfolgt die pflegediagnostische Zuordnung.

PRAXISBEISPIEL

Beobachtung eines Aufnahmegesprächs mit einer*einem kognitiv beeinträchtigten Pflegenutzenden: Die auszubildende Person erfasst gezielt Blickkontakt, Abwehrgesten und vegetative Reaktionen bei Berührungen.

STOLPERSTEINE & GEGENMASSNAHMEN

Stolperstein	Gegenmaßnahme
Verzerrung durch Sofort-Bewertung Die lernende Person notiert Aussagen wie „Die*der Pflegenutzer*in war aggressiv“ statt „Ballte die rechte Hand zur Faust und zog den Arm ruckartig zurück“.	Konsequentes Einfordern sensorischer Belege: „Woran genau haben Ihre Augen oder Ohren diese Aggression festgemacht?“
Verunsicherung der*des Pflegenutzenden Die beobachtende Person wirkt wie eine stumme Kontrollinstanz.	Vorab transparente Aufklärung der*des Pflegenutzenden über die Rolle der lernenden Person als lernende Begleitung.

4

MIKROMETHODE 4 · HANDLUNGSFELD I

Dokumentationsreview

AUSBILDUNGSJAHR	ZEITBEDARF	HANDLUNGSFELD
1. Jahr · **2. Jahr** · **3. Jahr**	**15–20 Min.**	**I Wissensaktivierung, Analyse & Situationserschließung**

DIDAKTISCHER FOKUS & KOMPETENZBEREICH

Rekonstruktion des Pflegeprozesses anhand der Dokumentationslage. Fördert die Informationskompetenz, das Erkennen von Dokumentationslücken, die Evaluation eingeleiteter Maßnahmen sowie das Verständnis rechtlicher und qualitätssichernder Aspekte. Fach- und Urteilskompetenz.

ZEITBEDARF & SETTING

15 bis 20 Minuten. Am Dokumentationsarbeitsplatz (EPA, KIS, Kurvensystem); ungestörte Arbeitsphase gefolgt von einem 5-minütigen Auswertungsgespräch.

EMPFOHLENER LERNSTAND

2. und 3. Ausbildungsjahr. Im 1. Ausbildungsjahr fehlen meist die Kenntnisse über Nomenklatur, institutionsspezifische Abkürzungen und die rechtlichen Kriterien einer fachgerechten Pflegedokumentation.

OPERATIVER ABLAUF

1 Auftrag → 2 Aktenanalyse → 3 Befundbericht → 4 Konsequenz

1 Forschungsauftrag stellen (2 Min.)
Ausgabe von maximal 3 bis 4 präzisen Leitfragen zu einer konkreten Akte.

2 Autonome Aktenanalyse (10–12 Min.)
Die lernende Person filtert Verlaufsberichte, Assessmentbögen, Laborwerte und ärztliche Anordnungen der letzten 48 bis 72 Stunden.

3 Strukturierter Befundbericht (5 Min.)
Die auszubildende Person präsentiert der Anleitung in maximal 3 Minuten ein prägnantes Resümee: Problemstellung, offene Lücken, Widersprüche.

4 Handlungskonsequenz
Formulierung eines korrigierten oder zu evaluierenden Eintrags für den heutigen Dienst.

PRAXISBEISPIEL

Überprüfung der Akte einer*eines multimorbiden Pflegenutzenden: Die lernende Person deckt auf, dass laut Verlaufsbericht seit drei Tagen kein Stuhlgang erfolgt ist, im Pflegeplan jedoch weder Obstipationsprophylaxen hinterlegt noch verordnete Bedarfsmedikamente verabreicht wurden.

STOLPERSTEINE & GEGENMASSNAHMEN

Stolperstein	Gegenmaßnahme
Passives Überfliegen Lernende lesen Romane im Freitextfeld, ohne handlungsrelevante Daten herauszufiltern.	Strikte Zeiteinteilung und Begrenzung auf die Leitfragen. Keine Analyse ohne Notizblock.
Unreflektierte Gutgläubigkeit Geschriebenes wird ungeprüft als unumstößliche Tatsache akzeptiert.	Abgleichaufgabe stellen: „Vergleichen Sie Eintrag X von gestern mit den Vitalwerten von heute früh – passt das zusammen?“

MIKROMETHODE 5 · HANDLUNGSFELD I

5 Ishikawa-Diagramm (Ursachen-Wirkungs-Analyse)

AUSBILDUNGSJAHR	ZEITBEDARF	HANDLUNGSFELD
1. Jahr · **2. Jahr** · **3. Jahr**	**20–25 Min.**	**I Wissensaktivierung, Analyse & Situationserschließung**

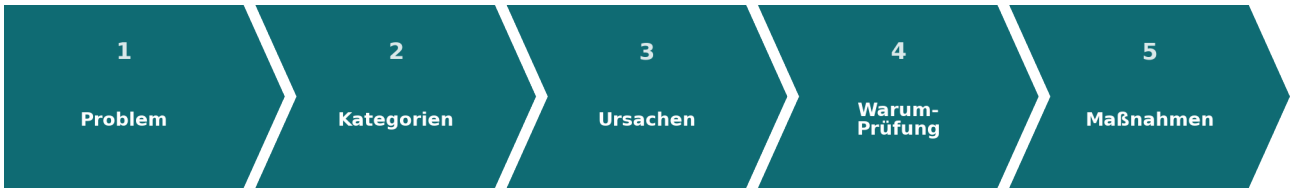
DIDAKTISCHER FOKUS & KOMPETENZBEREICH

Strukturierte Multikausalitätsanalyse bei Beinahe-Fehlern, kritischen Ereignissen oder chronischen Pflegedefiziten. Bricht monokausales Denken und Schuldzuweisungen auf. Vermittelt Systemverständnis und fördert eine professionelle Sicherheitskultur. Methoden- und Fachkompetenz.

ZEITBEDARF & SETTING
20 bis 25 Minuten. Besprechungsraum; Whiteboard oder Flipchart.

EMPFOHLENER LERNSTAND
2. bis 3. Ausbildungsjahr. Verlangt Einblick in Stationsabläufe, Schnittstellenproblematiken, Schnittstellenkommunikation und Risikofaktoren.

OPERATIVER ABLAUF



1	**Problemdefinition (Kopf, 3 Min.)** Ein konkretes Ereignis wird als Abweichung am rechten Rand formuliert (z. B. „Fehlmedikation bei Pflegenutzer*in A am Morgen“).
2	**Festlegung der Hauptkategorien** Die 6 Gräten anzeichnen: Pflegende/Mensch, Pflegenutzer*in, Organisation/Dienstplan, Umgebung, Material/Geräte, Methode/Standard.
3	**Ursachenzuordnung (10 Min.)** Die lernende Person ordnet beitragende Faktoren an den Gräten an (z. B. schlechte Beleuchtung, ähnliche Verpackung zweier Medikamente, Störung durch Notruf während des Stellens).
4	**Kausalitätsprüfung** Für jede Ursache wird mindestens zweimal nach dem „Warum?“ gefragt (Sub-Gräten).
5	**Maßnahmenableitung (5 Min.)** Den dominierenden Faktor identifizieren und eine präventive Systemmaßnahme für den Bereich formulieren.

PRAXISBEISPIEL

Analyse eines Dekubitus Grad 2 an der Ferse bei einer*einem intensivüberwachungspflichtigen Pflegenutzenden: Aufdecken von Ursachen auf den Ebenen Material (fehlendes Lagerungskissen), Organisation (fehlendes Übergabeprotokoll) und Pflegende (Wissensdefizit bzgl. Freilagerung).

STOLPERSTEINE & GEGENMASSNAHMEN

Stolperstein	Gegenmaßnahme
Personalisierung und Abwehr Auszubildende oder Praxisanleitende suchen die Ursache nur beim individuellen Versagen einzelner Kolleg*innen.	Strikte Vorgabe: Auf der Gräte „Pflegende“ darf erst gesammelt werden, wenn auf den Gräten „Organisation“, „Material“ und „Umgebung“ jeweils mindestens zwei Faktoren stehen.
Ablenkung durch Allgemeinplätze Nennung von Scheinursachen wie „Chronischer Personalmangel“.	Nachfragen: „Was genau an diesem Tag hat der Personalmangel im Prozess konkret verhindert?“

II

HANDLUNGSFELD II

Instruktion, manuelle Fertigkeiten & Handlungsausführung

6	**Demonstration** 15–25 Min.
7	**4-Stufen-Methode** 20–35 Min.
8	**Peyton-Methode** 30–45 Min.
9	**Lautes Denken (Thinking Aloud)** 15–20 Min.
10	**Stop-and-Go-Methode** variabel (Stopps je 60–90 Sek.)
11	**Selbsterfahrung / Rollenwechsel** 20–30 Min.

6

MIKROMETHODE 6 · HANDLUNGSFELD II

Demonstration

AUSBILDUNGSJAHR	ZEITBEDARF	HANDLUNGSFELD
1. Jahr · 2. Jahr · 3. Jahr	15–25 Min.	II Instruktion, manuelle Fertigkeiten & Handlungsausführung

DIDAKTISCHER FOKUS & KOMPETENZBEREICH

Handlungsorientiertes Modell-Lernen für komplexe, noch unbekannte Abläufe oder Geräteeinsätze. Bietet Orientierung, setzt Qualitätsstandards (Asepsis, Ergonomie) und demonstriert die Integration von manueller Technik und beruhigender Kommunikation mit Pflegenutzer*innen. Fach- und Sozialkompetenz.

ZEITBEDARF & SETTING

15 bis 25 Minuten direkt am Bett der*des Pflegenutzenden oder im Simulationsraum.

EMPFOHLENER LERNSTAND

1. Ausbildungsjahr (Basistechniken wie Transfer, Körperpflege, Richten von Lösungen) **und 2./3. Ausbildungsjahr** (seltene, invasive Prozeduren wie Port-Nadel-Wechsel, VAC-Verbandswechsel, Notfalltracheostomapflege).

OPERATIVER ABLAUF

1 Briefing → 2 Einbezug → 3 Durchführung → 4 Debriefing

1	**Fokussierendes Briefing (3 Min.)** Vor dem Betreten des Zimmers wird geklärt, worauf die lernende Person achten muss (z. B. „Achten Sie darauf, wie ich das sterile Areal halte, während die*der Pflegenutzer*in unruhig wird“).
2	**Einbezug der*des Pflegenutzenden** Vorstellung der Maßnahme; Erläuterung, dass die Praxisanleitung heute die Handlung vollzieht.
3	**Durchführung mit verbaler Synchronisation (10–15 Min.)** Die Anleitung führt die Handlung fehlerfrei vor. Jeder Schritt wird mit Was und Warum synchron kommentiert. An kritischen Nahtstellen (z. B. Non-Touch-Zone) wird das Tempo gezielt gedrosselt.
4	**Entlastendes Debriefing (5 Min.)** Unmittelbar nach Verlassen des Zimmers benennt die auszubildende Person die drei sicherheitsrelevantesten Handgriffe aus dem Gedächtnis.

PRAXISBEISPIEL

Anlage eines suprapubischen Blasenkatheterverbandes bei einer*einem unruhigen Pflegenutzenden. Demonstration des aseptischen Abziehens, der Desinfektionseinzirkelung und des spannungsfreien Fixierens bei gleichzeitiger verbaler Beruhigung.

STOLPERSTEINE & GEGENMASSNAHMEN

Stolperstein	Gegenmaßnahme
Demonstration im Routinetempo Die Anleitung handelt in ihrem gewohnten Schnelltempo; Teilschritte verschwimmen für die zuschauende Person.	Bewusstes Handeln in „pädagogischer Zeitlupe“; Zwischenhalte an Asepsisgrenzen einlegen.
Degradierung der*des Pflegenutzenden Die Anleitung spricht über den Kopf der*des Pflegenutzenden hinweg fachsimpelnd mit der lernenden Person.	Strikte Rollenteilung: Am Bett wird pflegenutzer*innenorientiert kommuniziert; methodisch-didaktische Begründungen erfolgen vor und nach dem Zimmerkontakt.

7

MIKROMETHODE 7 · HANDLUNGSFELD II

4-Stufen-Methode

AUSBILDUNGSJAHR	ZEITBEDARF	HANDLUNGSFELD
1. Jahr · 2. Jahr · 3. Jahr	**20–35 Min.**	**II Instruktion, manuelle Fertigkeiten & Handlungsausführung**

DIDAKTISCHER FOKUS & KOMPETENZBEREICH

Streng instruktionsgeleitetes, behavioristisches Einüben hochstandardisierter, rein manueller und psychomotorischer Fertigkeiten. Sichert fehlerfreie Abläufe bei basalen Verrichtungen ohne Interpretationsspielraum. Psychomotorische Fertigkeit und Regeltreue.

ZEITBEDARF & SETTING

20 bis 35 Minuten. Vorbereitungsraum oder Stützpunkt (Materialtisch); ungestört von Notrufen.

EMPFOHLENER LERNSTAND

1. Ausbildungsjahr. Für basale Fertigkeiten (z. B. Richten einer Infusion, Vorbereitung einer s.c.-Injektion, Anlegen von Antithrombosestrümpfen). Im 2. und 3. Jahr didaktisch obsolet, da sie Problemlösungskompetenz und Situationsanpassung verhindert.

OPERATIVER ABLAUF

1 Vorbereiten → 2 Vormachen → 3 Nachmachen → 4 Üben

1 — Stufe 1 – Vorbereiten & Einstimmen (3–5 Min.)
Arbeitsplatz ergonomisch und hygienisch vorbereiten. Vorwissen abfragen: „Wofür setzen wir diese Infusion ein? Welche Asepsisregeln gelten?“ Angst vor Fehlern abbauen.

2 — Stufe 2 – Vormachen & Erklären (5–10 Min.)
Die Anleitung führt die Prozedur langsam vor. Sie erklärt: Was mache ich? Wie mache ich es? Warum mache ich es genau so? Betonung der neuralgischen Punkte (z. B. sterile Einstichdornspitze).

3 — Stufe 3 – Nachmachen & Erklären lassen (10–15 Min.)
Die lernende Person vollzieht die Handlung exakt nach. Pflicht: Sie*er muss zeitgleich jeden Schritt mit Begründung verbalisieren. Die Anleitung korrigiert Abweichungen sofort verbal.

4 — Stufe 4 – Selbstständiges Üben & Festigen (variabel)
Wiederholung des Ablaufs ohne Unterbrechung. Die Anleitung zieht sich in die passive Beobachtung zurück.

PRAXISBEISPIEL

Steriles Richten und Entlüften eines Infusionssystems mit Ampullenzusatz im Vorbereitungsraum.

STOLPERSTEINE & GEGENMASSNAHMEN

Stolperstein	Gegenmaßnahme
Verkürzung von Stufe 3 Die lernende Person macht zwar nach, schweigt aber dabei.	Handlung sofort stoppen mit dem Hinweis: „Keine Bewegung ohne Erklärung. Sagen Sie mir, was Ihre Hände gerade vorbereiten und warum.“
Fehlplatzierung der Methode Versuch, Beziehungsaufbau oder Schmerzanamnese über 4 Stufen einzuüben.	Strikte Begrenzung auf rein mechanisch-standardisierte Prozesse.

8

MIKROMETHODE 8 · HANDLUNGSFELD II

Peyton-Methode

AUSBILDUNGSJAHR	ZEITBEDARF	HANDLUNGSFELD
1. Jahr · **2. Jahr** · **3. Jahr**	**30–45 Min.**	**II Instruktion, manuelle Fertigkeiten & Handlungsausführung**

DIDAKTISCHER FOKUS & KOMPETENZBEREICH

Vierstufiges, modifiziertes Instruktionsmodell für invasive, risikobehaftete Skills (nach J. Peyton). Fügt zwischen Vormachen und Nachmachen eine entscheidende kognitive Stufe ein (die lernende Person leitet die Anleitung an). Verhindert Automatismen und senkt das Risiko vor dem ersten Kontakt mit realen Pflegenutzer*innen. Hohe psychomotorische und kognitive Präzision.

ZEITBEDARF & SETTING

30 bis 45 Minuten. Skills Lab, Übungsraum am Phantom oder ruhiges Arbeitszimmer.

EMPFOHLENER LERNSTAND

2. und 3. Ausbildungsjahr. Für risikoträchtige invasive Maßnahmen (z. B. Legen eines transurethralen Blasenkatheters, Trachealkanülenwechsel, Legen einer Magensonde).

OPERATIVER ABLAUF

1 Demonstration → 2 Dekonstruktion → 3 Kognitive Imitation → 4 Performanz

1	**Stufe 1 – Demonstration (3 Min.)** Die Anleitung führt die Prozedur am Modell im realistischen Tempo ohne jeglichen verbalen Kommentar durch. Vermittelt das ganzheitliche Handlungsbild.
2	**Stufe 2 – Dekonstruktion (10 Min.)** Die Anleitung führt die Maßnahme erneut sehr langsam durch und zerlegt sie in handhabbare Teilschritte. Erklärung von Was, Wie und Warum.
3	**Stufe 3 – Kognitive Imitation (12 Min., Dreh- und Angelpunkt)** Die Anleitung sitzt mit desinfizierten Händen am Material. Die lernende Person leitet die Anleitung an. Die Anleitung fungiert als „Roboter“ und führt ausschließlich die exakten Anweisungen der lernenden Person aus. Sagt die lernende Person „Nehmen Sie die Kanüle“, nimmt die Anleitung sie unsteril auf, falls der Hinweis zur Desinfektion fehlte.
4	**Stufe 4 – Performanz (15 Min.)** Die lernende Person führt die Maßnahme eigenhändig am Phantom durch und kommentiert ihr Vorgehen lückenlos.

PRAXISBEISPIEL

Erlernen der sterilen transurethralen Katheterisierung bei einer männlichen Simulationspuppe im Demonstrationsraum.

STOLPERSTEINE & GEGENMASSNAHMEN

Stolperstein	Gegenmaßnahme
Überspringen von Stufe 3 aus Zeitmangel Der kognitive Transfer geht verloren; man fällt auf die einfache 4-Stufen-Methode zurück.	Stufe 3 ist nicht verhandelbar. Fehlt die Zeit, wird die Einheit verschoben.
Anleitung denkt in Stufe 3 mit Die Anleitung bügelt unpräzise Anweisungen der lernenden Person heimlich aus.	Strikte Disziplin der Anleitung: Falsche oder unvollständige Anweisungen buchstabengetreu ausführen, um Denkfehler sofort visuell offenzulegen.

9

MIKROMETHODE 9 · HANDLUNGSFELD II

Lautes Denken (Thinking Aloud)

AUSBILDUNGSJAHR	ZEITBEDARF	HANDLUNGSFELD
1. Jahr · **2. Jahr** · **3. Jahr**	**15–20 Min.**	**II Instruktion, manuelle Fertigkeiten & Handlungsausführung**

DIDAKTISCHER FOKUS & KOMPETENZBEREICH

Externalisierung impliziter kognitiver Prozesse während der Pflegehandlung (Clinical Reasoning). Macht für die andere Person transparent, wie Hypothesen gebildet, Prioritäten gesetzt und situative Risiken abgewogen werden. Schult diagnostische Urteilskraft, Metakognition und Reflexionsfähigkeit.

ZEITBEDARF & SETTING

15 bis 20 Minuten direkt während einer Pflegesituation am Bett oder bei der Schichtorganisation.

EMPFOHLENER LERNSTAND

2. und 3. Ausbildungsjahr. Setzt voraus, dass motorische Basishandgriffe weitgehend automatisiert sind; andernfalls führt das gleichzeitige Handeln und Denken zur kognitiven Überlastung.

OPERATIVER ABLAUF

1 Rollenklärung → 2 Gedanken-Stream → 3 Impulse → 4 Debriefing

1	**Rollenklärung & Setting (2 Min.)** Festlegen, wer laut denkt: die Anleitung (Modellieren) oder die lernende Person (Überprüfung). Pflegenutzer*in vorher kurz und empathisch aufklären: „Wir besprechen unsere Gedankengänge heute laut, wundern Sie sich bitte nicht.“
2	**Handlungsdurchführung mit Gedanken-Stream (12 Min.)** Die handelnde Person spricht jeden Wahrnehmungsimpuls, jeden Zweifel und jeden Entscheidungsschritt unzensiert aus. Keine reine Tätigkeitsbeschreibung („Ich nehme die Kompresse“), sondern Begründungslogik („Ich nehme jetzt erst die Kompresse, weil ich die Wunde erst abdecken muss, bevor ich das Bein bewege“).
3	**Interventionsstopp bei Denkblockaden** Stockt der Gedankenfluss, stellt die Begleitperson sanfte Impulse: „Was geht Ihnen gerade durch den Kopf? Was prüfen Ihre Augen?“
4	**Auswertungs-Debriefing (5 Min.)** Reflexion der Denkpfade: Wo waren Abkürzungen? Wo lagen Fehlannahmen vor?

PRAXISBEISPIEL

Priorisierung der Pflegemaßnahmen am Morgen bei einer*einem instabilen Pflegenutzenden mit COPD: Die lernende Person verbalisiert kontinuierlich das Abwägen zwischen Belastung durch Waschung, Vitalzeichenkontrolle, Inhalation und Frühstücksgabe.

STOLPERSTEINE & GEGENMASSNAHMEN

Stolperstein	Gegenmaßnahme
Verunsicherung von Pflegenutzer*innen Ungeschickte Formulierungen („Oh je, hoffentlich mache ich jetzt keinen Fehler“) erzeugen Angst.	Vorab klare Spielregeln definieren: Zweifel werden professionell verbalisiert („Ich prüfe noch einmal genau den Gegencheck, um die Sicherheit zu gewährleisten“).
Abgleiten in reine Handlungsberichte Lernende erzählen nur, was sie tun, nicht warum sie es tun.	Nachhaken: „Nicht was die Hände tun – was entscheidet Ihr Kopf gerade?“

MIKROMETHODE 10 · HANDLUNGSFELD II

10 Stop-and-Go-Methode

AUSBILDUNGSJAHR			ZEITBEDARF	HANDLUNGSFELD
1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	variabel (Stopps je 60–90 Sek.)	II Instruktion, manuelle Fertigkeiten & Handlungsausführung

DIDAKTISCHER FOKUS & KOMPETENZBEREICH

Entschleunigung hochdynamischer oder eskalationsgefährdeter Handlungssituationen. Ermöglicht das Innehalten zur Situationsreorientierung, verhindert das Festfahren in Fehlern und baut akuten Handlungsstress ab. Schult Selbstregulation, Stressbewältigung und Situationskontrolle.

ZEITBEDARF & SETTING

Variabel während der Pflegehandlung am Bett; Stopps dauern jeweils 60 bis 90 Sekunden.

EMPFOHLENER LERNSTAND

1. und 2. Ausbildungsjahr. Dient als didaktisches Sicherheitsnetz, um Auszubildende vor Hilflosigkeit oder dem Überrollen durch unvorhergesehene Reaktionen zu bewahren.

OPERATIVER ABLAUF

1 Kontrakt → 2 Handlung → 3 Einfrieren → 4 Orientierung → 5 Re-Start

1	**Kontrakt schließen (vorab, 2 Min.)** Vereinbarung eines Stopp-Signals (z. B. Handheben oder Codewort „Pause“). Klären, dass sowohl die lernende Person als auch die Anleitung jederzeit ohne Gesichtsverlust „Stopp“ rufen dürfen.
2	**Handlungsphase** Die lernende Person versorgt die*den Pflegenutzer*in eigenständig.
3	**Das „Einfrieren“** Tritt eine unklare Reaktion auf (z. B. plötzliche Abwehr, Verwirrung, Schmerzäußerung), erfolgt das Stopp-Signal. Die Handlung hält auf der Stelle inne. Hände weg vom Körper.
4	**Orientierungssequenz (60 Sek.)** Kurzes Heraustreten aus dem unmittelbaren Fokus (z. B. am Waschbecken oder Stützpunkt). Dreisatz-Analyse: Was sehen wir gerade? Welches Problem liegt vor? Was ist der nächste logische Schritt?
5	**Re-Start** Geordnetes, ruhiges Wiederaufnehmen der Maßnahme.

PRAXISBEISPIEL

Transfer einer*eines hemiplegischen Pflegenutzenden vom Bett in den Rollstuhl. Auf halbem Weg blockiert die Person motorisch und gerät in Panik. Die lernende Person ruft „Stopp“, sichert die Position, atmet durch, analysiert die Fußstellung und korrigiert die Hebelwirkung.

STOLPERSTEINE & GEGENMASSNAHMEN

Stolperstein	Gegenmaßnahme
Bloßstellung vor der*dem Pflegenutzenden Ein schrilles „Halt, Stopp!“ der Anleitung lässt die lernende Person inkompetent wirken.	Ruhiger, souveräner Ton: „Wir machen an dieser Stelle eine kurze Verschnaufpause und sortieren uns kurz.“
Zu spätes Auslösen Lernende wursteln trotz offensichtlicher Überforderung weiter, um keine Schwäche zu zeigen.	Die Anleitung übernimmt bei sichtbarer Blockade frühzeitig und wertschätzend das Stopp-Signal.

11 Selbsterfahrung / Rollenwechsel

MIKROMETHODE 11 · HANDLUNGSFELD II

AUSBILDUNGSJAHR	ZEITBEDARF	HANDLUNGSFELD
1. Jahr · 2. Jahr · 3. Jahr	**20–30 Min.**	**II Instruktion, manuelle Fertigkeiten & Handlungsausführung**

DIDAKTISCHER FOKUS & KOMPETENZBEREICH

Phänomenologischer Perspektivenwechsel durch somatosensorische Selbsterfahrung. Baut tiefes Verständnis für Ohnmacht, Scham, sensorische Deprivation und Abhängigkeitsgefühle von Pflegenutzer*innen auf. Schult Empathiefähigkeit, Sensibilität und ethische Grundhaltung (Selbst- und Sozialkompetenz).

ZEITBEDARF & SETTING

20 bis 30 Minuten. Geschützter Demonstrationsraum oder leeres Stationszimmer; keine Störungen von außen.

EMPFOHLENER LERNSTAND

1. Ausbildungsjahr. Essenziell im ersten Ausbildungsdrittel, bevor sich distanzierende Pflegeroutinen und emotionale Abstumpfung verfestigen.

OPERATIVER ABLAUF

1 Sicherheitsrahmen → 2 Rollenübernahme → 3 Durchführung → 4 Rekonstruktion

1	**Vorbereitung & Sicherheitsrahmen (3 Min.)** Klare Vereinbarung einer Abbruchregel (z. B. doppeltes Abklopfen bei Panik). Ernsthaftigkeit einfordern.
2	**Exposition / Rollenübernahme (15 Min.)** Die lernende Person begibt sich in die Rolle der*des beeinträchtigten Pflegenutzenden (z. B. Augenbinde anlegen bei Nahrungseingabe; vollständige Passivität beim Transfer mittels Liftertuch; Festschnallen im Rollstuhl mit Therapietisch).
3	**Handlungsdurchführung** Eine zweite Person (Anleitung oder Peer) führt die pflegerische Intervention real durch – inklusive typischer Alltagsfehler (z. B. zu heißer Löffel, Sprechen ohne Vorwarnung, Verlassen des Raumes).
4	**Phänomenologische Rekonstruktion (10 Min.)** Sofortiges Auswertungsgespräch: Wie fühlte sich der Kontrollverlust an? Welche Geräusche machten Angst? Was gab Sicherheit?

PRAXISBEISPIEL

Anreichen von Nahrung und Flüssigkeit bei vollständiger Immobilität und Sehbehinderung (Augenbinde). Die auszubildende Person erlebt das Gefühl des Ausgeliefertseins bei fehlender Vorankündigung des nächsten Bissens.

STOLPERSTEINE & GEGENMASSNAHMEN

Stolperstein	Gegenmaßnahme
Kichern und Albernheit Lernende überspielen ihr Unbehagen durch Witze und entwerten das Setting.	Klare Rahmung: Bei fehlender Seriosität wird die Übung sofort abgebrochen und die emotionale Abwehr im Reflexionsgespräch thematisiert.
Retraumatisierung / Übergriffigkeit Die Übung löst echte Panik- oder Klaustrophobiegefühle aus.	Freiwilligkeit betonen; niemals Zwang ausüben; Stopp-Signal jederzeit respektieren.

III

HANDLUNGSFELD III

Problemlösung, Entscheidungsfindung & Fehlerkultur

12	**Kopfstandmethode (Reverse Brainstorming)**	15–20 Min.
13	**Fehlersuche („Find the Error“ / Mini-Room-of-Horrors)**	15–20 Min.
14	**Fachgespräch auf Augenhöhe**	15–20 Min.
15	**Ethische Reflexion (Nimwegener Modell im Kurzformat)**	20–30 Min.
16	**Teach-Back-Methode**	10–15 Min.
17	**6-Hüte-Denken nach de Bono (im Kleinformat)**	15–20 Min.

MIKROMETHODE 12 · HANDLUNGSFELD III

12 Kopfstandmethode (Reverse Brainstorming)

AUSBILDUNGSJAHR	ZEITBEDARF	HANDLUNGSFELD
1. Jahr · 2. Jahr · 3. Jahr	15–20 Min.	III Problemlösung, Entscheidungsfindung & Fehlerkultur

DIDAKTISCHER FOKUS & KOMPETENZBEREICH

Kreatives Aufbrechen von Denkblockaden und Schärfen des Gefahrenbewusstseins durch paradoxe Handlungsanweisung. Lernende identifizieren latente Risikofaktoren spielerisch, indem sie destruktive Ziele verfolgen. Fördert Methodenkompetenz, Risikokompetenz und kritisches Hinterfragen von Routinen.

ZEITBEDARF & SETTING

15 bis 20 Minuten. Dienstzimmer oder Besprechungsraum; Whiteboard oder Flipchart.

EMPFOHLENER LERNSTAND

1. bis 3. Ausbildungsjahr. Im 1. Jahr zur Erarbeitung von Prophylaxen; im 3. Jahr zur Analyse institutioneller Fehlerquellen, Deeskalation oder Medikationssicherheit.

OPERATIVER ABLAUF

1 Umkehrfrage → 2 Destruktion → 3 Analyse → 4 Umkehrphase → 5 Konsequenz

1	**Fragestellung ins Gegenteil verkehren (2 Min.)** Die pflegerische Zielsetzung wird radikal destruktiv formuliert (z. B. „Wie schaffen wir es garantiert, dass die*der verwirrte Pflegenutzer*in heute Nacht stürzt und sich verletzt?“).
2	**Destruktionsphase / Ideensammlung (5–7 Min.)** Ungehemmtes Sammeln aller bösartigen, fahrlässigen und absurden Aktionen auf Zuruf (z. B. Licht ausmachen, Klingel außer Reichweite legen, Pantoffeln verstellen, Beruhigungsmittel überdosieren, Fußboden wachsen).
3	**Analyse & Mustererkennung (3 Min.)** Welche dieser destruktiven Punkte passieren unbewusst im realen Stationsalltag?
4	**Umkehrphase / Protektion (5 Min.)** Jeder destruktive Punkt wird exakt in sein präventives Äquivalent übersetzt.
5	**Praxiskonsequenz** Die drei wichtigsten Schutzmaßnahmen verbindlich für die Schicht festlegen.

PRAXISBEISPIEL

Erarbeitung von Maßnahmen gegen Aspirationspneumonie bei einer*einem dysphagischen Pflegenutzenden: Sammlung von destruktiven Aktionen („Flach hinlegen, große Bissen stopfen, sofort Wasser nachkippen“) und deren direkte Übersetzung in evidenzbasierte Schluckinterventionen.

STOLPERSTEINE & GEGENMASSNAHMEN

Stolperstein	Gegenmaßnahme
Verharren im Zynismus Die Gruppe amüsiert sich über fatale Handlungen, schafft aber den Absprung zur Ernsthaftigkeit nicht mehr.	Striktes Zeitlimit für Phase 2; sofortige Moderation der Umkehrphase mit ernstem Ton.
Triviale Nennungen Es werden nur Extremfälle genannt, die im Alltag nie vorkommen.	Nachbohren: „Welche dieser schlechten Ideen passiert auf unserer Station regelmäßig aus Schlampigkeit oder Hektik?“

MIKROMETHODE 13 · HANDLUNGSFELD III

13 Fehlersuche („Find the Error“ / Mini-Room-of-Horrors)

AUSBILDUNGSJAHR	ZEITBEDARF	HANDLUNGSFELD
1. Jahr · **2. Jahr** · **3. Jahr**	**15–20 Min.**	**III Problemlösung, Entscheidungsfindung & Fehlerkultur**

DIDAKTISCHER FOKUS & KOMPETENZBEREICH

Schärfen des klinischen Blicks, Sicherheit der Pflegenutzer*innen und Identifikation latenter Gefahrenquellen in der physischen Pflegeumgebung. Trainiert Wahrnehmungsschnelligkeit, Prioritätensetzung und hygienische/sicherheitsrelevante Vigilanz. Fach- und Handlungskompetenz.

ZEITBEDARF & SETTING

15 bis 20 Minuten. Vorbereitetes leeres Zimmer oder Übungsplatz mit Bett und Pflegeutensilien.

EMPFOHLENER LERNSTAND

2. und 3. Ausbildungsjahr. Verlangt fundiertes Standard- und Hygiene-Soll-Wissen. Lernende im 1. Ausbildungsjahr können Fehler mangels stabiler Vergleichsnorm oft noch nicht als solche identifizieren.

OPERATIVER ABLAUF

1 Präparation → 2 Suchphase → 3 Korrektur → 4 Fachgespräch

1	**Präparation durch Anleitung (vorab, 5 Min.)** Die Anleitung platziert 4 bis 6 realistische Fehler im Zimmer (z. B. falsches Namensschild an Infusionsflasche, abgelaufenes Desinfektionsmittel, Bremse am Bett nicht arretiert, unverschlossene spitze Kanüle im Abwurf, fehlende Klingel).
2	**Instruktion & Suchphase (5–7 Min.)** Die Lernenden betreten den Raum mit Klemmbrett. Einzelauftrag: „Scannen Sie das Zimmer systematisch von oben nach unten ab. Notieren Sie alle Sicherheitsrisiken.“
3	**Korrekturphase (3 Min.)** Die lernende Person muss die gefundenen Fehler direkt vor Ort physisch beheben (Bremse treten, Kanüle entsorgen).
4	**Auswertungs-Fachgespräch (5 Min.)** Besprechung: Wurden alle Gefahren erkannt? Welcher Fehler hatte das höchste Gefährdungspotenzial für Pflegenutzer*innen?

PRAXISBEISPIEL

Vorbereitung auf die Übernahme eines Isolierzimmers bei MRSA: Die Anleitung baut Fehler im Bereich Schleusung, Schutzkleidung, Wischdesinfektion und Materiallagerung ein.

STOLPERSTEINE & GEGENMASSNAHMEN

Stolperstein	Gegenmaßnahme
Sicherheitsrisiko im Realbetrieb Präparierte Fehler (z. B. falsche Infusion) werden nach der Übung vergessen und gefährden reale Personen.	Strikte Dokumentation aller präparierten Fehler auf einem Kontrollzettel der Anleitung; sofortiger Rückbau nach der Methode.
Überfrachtung Es werden 15 Fehler versteckt, sodass Lernende resignieren.	Begrenzung auf exakt 4 bis maximal 6 gravierende, realistische Fehler.

MIKROMETHODE 14 · HANDLUNGSFELD III

14 Fachgespräch auf Augenhöhe

AUSBILDUNGSJAHR	ZEITBEDARF	HANDLUNGSFELD
1. Jahr · **2. Jahr** · **3. Jahr**	**15–20 Min.**	**III Problemlösung, Entscheidungsfindung & Fehlerkultur**

DIDAKTISCHER FOKUS & KOMPETENZBEREICH

Theoriegeleitete Begründung von Pflegeentscheidungen, Vertiefung des Clinical Reasoning und diskursive Urteilskraft. Bricht das hierarchische Abfragen auf und trainiert das Eintreten für fachlich fundierte Positionen vor Prüfungen und im interprofessionellen Team. Fach-, Methoden- und Selbstkompetenz.

ZEITBEDARF & SETTING

15 bis 20 Minuten. Ungestörter Besprechungsraum bei einer Tasse Kaffee; keine Zwischenrufe.

EMPFOHLENER LERNSTAND

2. und 3. Ausbildungsjahr. Essenziell im 3. Jahr als gezielte Vorbereitung auf die mündliche und praktische Examensprüfung.

OPERATIVER ABLAUF

1 Fokus → 2 Impuls → 3 Diskurs → 4 Metareflexion

1	**Fokusvereinbarung (2 Min.)** Festlegen einer soeben durchgeführten oder geplanten komplexen Pflegesituation (z. B. Mobilisationsentscheidung bei akut verwirrter Person).
2	**Öffnender Impuls (3 Min.)** Die Anleitung eröffnet nicht mit Wissensfragen, sondern mit einer begründungsorientierten Herausforderung: „Erläutern Sie mir, warum Sie heute Maßnahme A gewählt haben und welche Risiken Sie bewusst eingegangen sind.“
3	**Dialogischer Diskurs / Sokratischer Dialog (10 Min.)** Die Anleitung spiegelt Thesen, stellt provozierende Gegenfragen („Welche Leitlinie stützt Ihr Vorgehen?“, „Was spräche aus Sicht der Angehörigen radikal dagegen?“). Die lernende Person verteidigt und differenziert ihren Standpunkt.
4	**Metareflexion (3 Min.)** Feedback der Anleitung: Wie präzise war die Fachsprache? Wo basierte die Argumentation auf bloßem Gefühl, wo auf Fakten?

PRAXISBEISPIEL

Begründung der Schmerzmittelverabreichung nach WHO-Stufenschema und alternativer nicht-medikamentöser Maßnahmen bei einer*einem Pflegenutzenden mit chronischen Schmerzen vor der Schichtübernahme.

STOLPERSTEINE & GEGENMASSNAHMEN

Stolperstein	Gegenmaßnahme
Verfall in Prüfungs-Verhör Die Anleitung fragt Faktenwissen ab („Wie lauten die fünf Entzündungszeichen?“), statt Begründungszusammenhänge zu diskutieren.	Die Anleitung nutzt ausschließlich offene W-Fragen (Warum, Wie, Wozu) und unterlässt reines Richtig/Falsch-Feedback.
Duckmäusertum Lernende antworten nur defensiv das, was die Anleitung hören will.	Die Anleitung fordert Widerspruch gezielt ein: „Ich behaupte jetzt das Gegenteil – überzeugen Sie mich mit drei Fachargumenten vom Gegenteil.“

MIKROMETHODE 15 · HANDLUNGSFELD III

15 Ethische Reflexion (Nimwegener Modell im Kurzformat)

AUSBILDUNGSJAHR	ZEITBEDARF	HANDLUNGSFELD
1. Jahr · **2. Jahr** · **3. Jahr**	**20–30 Min.**	**III Problemlösung, Entscheidungsfindung & Fehlerkultur**

DIDAKTISCHER FOKUS & KOMPETENZBEREICH

Systematisches Aufarbeiten moralischer Konflikte, ethischer Dilemmata und Wertepluralismen in der Pflegepraxis. Befähigt zum strukturierten Diskurs fernab von rein emotionaler Betroffenheit oder blindem Regelgehorsam. Ethisch-reflexive Kompetenz und Sozialkompetenz.

ZEITBEDARF & SETTING

20 bis 30 Minuten. Ruhiger Besprechungsraum; geschützter Rahmen ohne Zeitdruck.

EMPFOHLENER LERNSTAND

2. und 3. Ausbildungsjahr. Verlangt Grundkenntnisse ethischer Prinzipien (Autonomie, Nicht-Schaden, Fürsorge, Gerechtigkeit nach Beauchamp & Childress) und praktische Konfrontation mit Grenzsituationen.

OPERATIVER ABLAUF

1 Unbehagen → 2 Wertekonflikt → 3 Perspektiven → 4 Entscheidung

1 — Explikation des Unbehagens (3 Min.)
Die lernende Person benennt eine erlebte Situation, die ein „schlechtes Bauchgefühl“ hinterlassen hat (z. B. Verabreichung von Beruhigungsmitteln gegen den Willen der*des Pflegenutzenden).

2 — Faktenklärung & Wertekonflikt (7 Min.)
Trennung von Fakten und Bewertungen. Welche ethischen Kernprinzipien kollidieren hier frontal? (Meist: Selbstbestimmungsrecht vs. Fürsorge/Schadensvermeidung).

3 — Perspektivenmatrix (7 Min.)
Beleuchtung der Situation aus vier Blickwinkeln: Pflegenutzer*in, pflegerisches Team, Angehörige, rechtlich-ärztliche Vorgaben.

4 — Entscheidungsfindung & Rechtfertigung (5 Min.)
Festlegen einer ethisch vertretbaren Handlungsoption für den Einzelfall. Definition einer „Roten Linie“ (Wann muss abgebrochen werden?).

PRAXISBEISPIEL

Nahrungs- und Flüssigkeitsverweigerung bei einer*einem palliativen Pflegenutzenden mit weit fortgeschrittener Demenz: Abwägen zwischen Verdurstungsschmerz, aspirativer Gefährdung und Respekt vor dem nonverbalen Abwehrwillen.

STOLPERSTEINE & GEGENMASSNAHMEN

Stolperstein	Gegenmaßnahme
Abgleiten in moralisierende Verurteilung Die Diskussion driftet ab in Urteile über Dritte („Die Angehörigen wollen die Person ja nur abschieben“).	Striktes Zurückholen auf die deskriptive Ebene: „Welche Interessen und Ängste leiten die Angehörigen rational?“
Resignation vor dem System Die Debatte endet in der Floskel „Man kann ja eh nichts machen“.	Fokus auf den eigenen Handlungsspielraum verengen: „Was können wir in unserer Schicht im Zimmer konkret verändern?“

16 Teach-Back-Methode

MIKROMETHODE 16 · HANDLUNGSFELD III

AUSBILDUNGSJAHR	ZEITBEDARF	HANDLUNGSFELD
1. Jahr · **2. Jahr** · **3. Jahr**	**10–15 Min.**	**III Problemlösung, Entscheidungsfindung & Fehlerkultur**

DIDAKTISCHER FOKUS & KOMPETENZBEREICH

Überprüfung des tiefen Verständnisses komplexer Inhalte durch laienverständliche, adressat*innengerechte Rückerklärung. Trainiert Beratungskompetenz, Empathie, Verzicht auf Fachjargon und die Fähigkeit zur Wissensdidaktisierung gegenüber Pflegenutzer*innen und Angehörigen. Beratungs- und Fachkompetenz.

ZEITBEDARF & SETTING

10 bis 15 Minuten. Stützpunkt oder Zimmer der*des Pflegenutzenden (in simulierter oder realer Beratungssituation).

EMPFOHLENER LERNSTAND

2. und 3. Ausbildungsjahr. Setzt voraus, dass theoretische Inhalte so fest internalisiert sind, dass sie mühelos in Alltagssprache übersetzt werden können.

OPERATIVER ABLAUF

1 Rollen → 2 Instruktion → 3 Challenge → 4 Auswertung

1	**Rollenzuweisung & Framing (2 Min.)** Die Anleitung übernimmt die Rolle einer*eines uninformierten, verunsicherten Pflegenutzenden oder Angehörigen. Die lernende Person erhält den klaren Beratungsauftrag (z. B. Umgang mit einer oralen Antikoagulation).
2	**Instruktionsphase (5–7 Min.)** Die lernende Person erklärt das Krankheitsbild, die Verhaltensregeln und Risiken in maximal einfacher, bildhafter Sprache. Fachwörter sind verboten bzw. müssen sofort erklärt werden.
3	**Verständnis-Challenge durch die Anleitung (3 Min.)** Die Anleitung stellt in ihrer Rolle 2 typische, teils missverständliche Alltagsfragen („Darf ich dann meine Kopfschmerz-Aspirin weiternehmen?“ oder „Was mache ich, wenn ich mich beim Rasieren schneide?“).
4	**Auswertung & Dekodierung (3 Min.)** Reflexion: Welche Metaphern waren gelungen? Wo schlich sich unverständlicher Jargon ein?

PRAXISBEISPIEL

Aufklärung einer*eines Pflegenutzenden mit Herzinsuffizienz über das tägliche Wiegeprotokoll und die Trinkmengenbegrenzung auf 1,5 Liter am Tag.

STOLPERSTEINE & GEGENMASSNAHMEN

Stolperstein	Gegenmaßnahme
Verharren im Fachjargon Lernende nutzen Begriffe wie „Ödeme“, „Orthopnoe“ oder „Compliance“, die Laien einschüchtern.	Strikte Regel: Jedes ungeklärte Fachwort führt im Rollenspiel zu gezieltem Nicht-Verstehen der Anleitung.
Dozierender Monolog Lernende halten einen 10-minütigen Vortrag, ohne das Gegenüber einzubinden.	Einfordern von Zwischenfragen: „Holen Sie nach jeweils zwei Sätzen die Rückmeldung der Person ein.“

MIKROMETHODE 17 · HANDLUNGSFELD III

17 6-Hüte-Denken nach de Bono (im Kleinformat)

AUSBILDUNGSJAHR	ZEITBEDARF	HANDLUNGSFELD
1. Jahr · 2. Jahr · **3. Jahr**	**15–20 Min.**	**III Problemlösung, Entscheidungsfindung & Fehlerkultur**

DIDAKTISCHER FOKUS & KOMPETENZBEREICH

Sequenzielle Multiperspektivität zur Überwindung emotionaler Verhärtungen oder methodischer Sackgassen bei schwierigen Pflegeverläufen. Trennt Emotion, Risiko, Optimismus und Faktenlage in disziplinierte Denkphasen. Kritisches Denken, Methoden- und Sozialkompetenz.

ZEITBEDARF & SETTING

15 bis 20 Minuten. Besprechungsraum mit Tisch; 6 farbige Karten/Hüte (Weiß, Rot, Schwarz, Gelb, Grün, Blau).

EMPFOHLENER LERNSTAND

3. Ausbildungsjahr. Verlangt ausgeprägte Ambiguitätstoleranz, Rollendistanz und fundiertes Fachwissen, um zwischen reinen Fakten, Gefühlen und konstruktiven Ideen sauber zu trennen.

OPERATIVER ABLAUF

1 Fokusfall → 2 Sechs Hüte → 3 Fixierung

1 Fokusfall fixieren (2 Min.)

Z. B. chronische Verweigerung der Grundpflege bei einer*einem depressiven Pflegenutzenden.

2 Sequenzielles Durchlaufen der Denkhüte (je 2 Min. pro Phase)

- **Weiß:** Nur nackte Zahlen/Fakten (letzte Waschung vor 4 Tagen, Haut intakt, keine Schmerzäußerung).
- **Rot:** Reine Gefühlslage der Pflegenden (Wut, Ekel, Hilflosigkeit, Frust).
- **Schwarz:** Was kann schiefgehen? (Infektionen, Intertrigo, Beziehungsabbruch).
- **Gelb:** Was läuft gut? (Person trinkt gerne Kaffee, mag Musik aus den 70ern).
- **Grün:** Völlig neue Ansätze (Waschen am Nachmittag, Pflege im Sessel statt Bett, Trockenwaschhandschuhe).
- **Blau:** Prozessbeschluss: Was wird ab morgen verbindlich erprobt?

3 Fixierung (2 Min.)

Die Erkenntnis der blauen Phase wird als konkrete Handlungsanweisung im Pflegeplan notiert.

PRAXISBEISPIEL

Ein festgefahrener Pflegekonflikt auf Station um eine*n als „schwierig“ erlebte*n Pflegenutzer*in mit borderlinetypischen Verhaltensmustern wird systematisch dekonstruiert und neu aufgestellt.

STOLPERSTEINE & GEGENMASSNAHMEN

Stolperstein	Gegenmaßnahme
Farbvermischung Während der Grün-Phase (Kreativität) ruft jemand Bedenken rein („Das geht aus Zeitgründen eh nicht“ = Schwarz).	Striktes Unterbinden: „Der schwarze Hut ist abgelegt. Jetzt sind ausnahmslos Ideen erlaubt, bewertet wird später.“
Überspringen des roten Hutes Gefühle werden aus falscher Professionalität tabuisiert.	Die Anleitung fordert Emotionen aktiv ein: „Sagen Sie ganz ungeschminkt, wie genervt Sie von der Situation waren.“

IV

HANDLUNGSFELD IV

Beziehungsgestaltung & Partizipation

18	**Interview mit Pflegenutzenden**	20–25 Min.
19	**Shadowing (gezielte Begleitbeobachtung)**	45–90 Min.

18 Interview mit Pflegenutzenden

MIKROMETHODE 18 · HANDLUNGSFELD IV

AUSBILDUNGSJAHR	ZEITBEDARF	HANDLUNGSFELD
1. Jahr · 2. Jahr · 3. Jahr	20–25 Min.	IV Beziehungsgestaltung & Partizipation

DIDAKTISCHER FOKUS & KOMPETENZBEREICH

Subjektorientierte Hermeneutik, Erfassung des individuellen Krankheits- und Pflegeerlebens sowie Biografiearbeit. Befähigt Auszubildende, Pflegenutzer*innen als Expert*innen ihrer eigenen Lebenswelt wahrzunehmen und Partizipation praktisch umzusetzen. Kommunikative Sozial- und Selbstkompetenz.

ZEITBEDARF & SETTING

20 bis 25 Minuten (15 Min. ungestörtes Gespräch im Zimmer der*des Pflegenutzenden, 10 Min. Vor- und Nachbereitung).

EMPFOHLENER LERNSTAND

1. Ausbildungsjahr (basale Beziehungsgestaltung, Empathie) **bis 3. Ausbildungsjahr** (Recovery-Modelle, psychiatrische Anamnese, Erfassen komplexer Schmerzbiografien).

OPERATIVER ABLAUF

1 Leitfaden → 2 Einverständnis → 3 Interview → 4 Abgleich

1	**Leitfadenerstellung (5 Min.)** Die lernende Person erarbeitet 3 offene, ressourcenorientierte Impulsfragen (z. B. „Was hat Ihnen bei früheren Krankenhausaufenthalten am meisten geholfen, um zur Ruhe zu kommen?“, „Welche Gewohnheiten am Morgen sind Ihnen heilig?“).
2	**Einverständnis & Rahmung (2 Min.)** Die*der Pflegenutzer*in wird um Erlaubnis gebeten; Sitzgelegenheit auf Augenhöhe organisieren (kein Stehen am Bett!).
3	**Interviewdurchführung (12–15 Min.)** Die lernende Person hört aktiv zu, hält Pausen aus und spiegelt Gehörtes. Keine vorschnellen Ratschläge erteilen. Die Anleitung beobachtet nonverbal im Hintergrund.
4	**Aktenabgleich & Pflegeanpassung (5 Min.)** Vergleich: Was steht in der Akte, was hat die Person erzählt? Eine konkrete Maßnahme in der Dokumentation personalisieren.

PRAXISBEISPIEL

Gespräch mit einer*einem chronisch unruhigen Pflegenutzenden in der Gerontopsychiatrie: Das Interview deckt auf, dass die Unruhe am späten Nachmittag mit der früheren Routine des „Kinder-von-der-Schule-Abholens“ korreliert.

STOLPERSTEINE & GEGENMASSNAHMEN

Stolperstein	Gegenmaßnahme
Verhör-Atmosphäre Die lernende Person hakt mechanisch einen Fragenkatalog ab, ohne auf emotionale Zwischentöne einzugehen.	Vorab-Regel: Maximal drei Fragen aufschreiben; Blickkontakt halten statt Notizen ins Klemmbrett kratzen.
Distanzverlust Lernende geraten in Mitleid oder versprechen Dinge, die die Station nicht einhalten kann.	Im Debriefing klare Trennung zwischen Empathie und professioneller Rollendistanz erarbeiten.

MIKROMETHODE 19 · HANDLUNGSFELD IV

19 Shadowing (gezielte Begleitbeobachtung)

AUSBILDUNGSJAHR	ZEITBEDARF	HANDLUNGSFELD
1. Jahr · 2. Jahr · 3. Jahr	45–90 Min.	IV Beziehungsgestaltung & Partizipation

DIDAKTISCHER FOKUS & KOMPETENZBEREICH

Tiefenverständnis für Schnittstellenbrüche, interprofessionelle Dynamiken und das ganzheitliche Belastungserleben von Pflegenutzer*innen entlang des Versorgungspfades. Bricht die Stationszentriertheit auf. Interprofessionelle Kooperationskompetenz und Empathie.

ZEITBEDARF & SETTING

45 bis 90 Minuten. Prozessbegleitung einer*eines Pflegenutzenden durch Diagnostik/Therapie (z. B. Endoskopie, Ergo-/Physiotherapie, Wundvisite).

EMPFOHLENER LERNSTAND

1. Ausbildungsjahr (Krankenhaus-/Heimkosmos verstehen, Perspektive der Pflegenutzer*innen erleben) **und 3. Ausbildungsjahr** (Kooperationsgestaltung, Schnittstellenmanagement, Übergabequalität analysieren).

OPERATIVER ABLAUF

1 Auftrag → 2 Begleitung → 3 Feldnotizen → 4 Dekonstruktion

1 — Auftragserteilung & Fokus (5 Min.)
Klares Briefing vorab: „Sie greifen heute nicht ein. Sie sind der Schatten der*des Pflegenutzenden. Achten Sie auf Wartezeiten, Schamgrenzen, Informationsverluste an den Schnittstellen und das Befinden der Person."

2 — Praktische Begleitung (45–60 Min.)
Die lernende Person begleitet die*den Pflegenutzer*in durch den gesamten Prozess (vom Abholen über die Untersuchung bis zur Rückkehr ins Zimmer).

3 — Feldnotizen
Diskret geführte Notizen zu Kommunikationsbarrieren, Kältebrücken, Ängsten der Person und Professionalität der Übergaben.

4 — Dekonstruktions-Gespräch (15 Min.)
Auswertung mit der Praxisanleitung: Wo lagen Versorgungsbrüche? Wie müssen wir unsere pflegerische Schichtplanung vor und nach solchen Eingriffen verändern?

PRAXISBEISPIEL

Begleitung einer*eines hochbetagten Pflegenutzenden zur präoperativen anästhesiologischen Aufklärung und Röntgenuntersuchung inklusive des Erlebens von Transportverzögerungen und kalten Fluren.

STOLPERSTEINE & GEGENMASSNAHMEN

Stolperstein	Gegenmaßnahme
Aktivismus der lernenden Person Die lernende Person fängt aus Gewohnheit an, der anderen Berufsgruppe zu assistieren, statt zu beobachten.	Striktes Handlungsverbot betonen: „Ihr einziger Job ist die Beobachtung des Erlebens der*des Pflegenutzenden.“
Konflikte mit Fremdabteilungen Die begleitete Abteilung fühlt sich kontrolliert oder bespitzelt.	Frühzeitige Absprache und kollegiale Ankündigung durch die Praxisanleitung auf Augenhöhe.

V

HANDLUNGSFELD V

Reflexion, Selbstevaluation & Feedback

20	**ALACT-Modell (im kompakten Reflexionsgespräch)**	20–25 Min.
21	**One-Minute-Paper**	3–5 Min.
22	**WWW-Feedback (Wahrnehmung – Wirkung – Wunsch)**	5–10 Min.
23	**3R-Debriefing (Rekonstruieren – Reflektieren – Reagieren)**	5–7 Min.
24	**Blitzlicht**	2–3 Min.

20

MIKROMETHODE 20 · HANDLUNGSFELD V

ALACT-Modell (im kompakten Reflexionsgespräch)

AUSBILDUNGSJAHR	ZEITBEDARF	HANDLUNGSFELD
1. Jahr · **2. Jahr** · **3. Jahr**	**20–25 Min.**	**V Reflexion, Selbstevaluation & Feedback**

DIDAKTISCHER FOKUS & KOMPETENZBEREICH

Pädagogisch strukturierte Aufarbeitung kritischer Praxissituationen nach Fred Korthagen. Überwindet Schuldgefühle oder Frustration durch theoriegeleitete Ursachenforschung und Transferabsprachen. Metakognitive Reflexionskompetenz und Selbstregulation.

ZEITBEDARF & SETTING

20 bis 25 Minuten. Absolut geschützter Raum; Vertraulichkeit zusichern.

EMPFOHLENER LERNSTAND

2. und 3. Ausbildungsjahr. Unerlässlich nach emotional aufgeladenen, misslungenen oder krisenhaften Pflegesituationen (z. B. Aggression, Reanimation, Pflegefehler).

OPERATIVER ABLAUF



1	**Stufe 1 – Action (2 Min.)** Die Situation wird sachlich und emotionslos umrissen („Was war der Anlass?“).
2	**Stufe 2 – Looking back (6 Min.)** Rekonstruktion auf vier Ebenen: Was wollte ich erreichen? Was habe ich getan? Was habe ich gedacht und gefühlt? Was hat die*der Pflegenutzer*in gedacht, gefühlt, getan?
3	**Stufe 3 – Awareness of essential aspects (6 Min., Kernstufe)** Die Anleitung hilft, den blinden Fleck zu finden: Welches Muster lief ab? (z. B. eigene Angst führte zu autoritärem Auftreten). Welches theoretische Modell (z. B. Eskalationsstufen nach Glasl) erklärt das Geschehen?
4	**Stufe 4 – Creating alternative methods (4 Min.)** Entwicklung von mindestens zwei Handlungsalternativen für dieselbe Situation.
5	**Stufe 5 – Trial (2 Min.)** Konkrete Verabredung: In welcher Situation der nächsten Tage wird die Alternative gezielt getestet?

PRAXISBEISPIEL

Aufarbeitung einer Pflegesituation, in der eine auszubildende Person eine*n herausfordernde*n Pflegenutzer*in bei Abwehrverhalten lautstark gemaßregelt hat und danach von Schamgefühlen blockiert ist.

STOLPERSTEINE & GEGENMASSNAHMEN

Stolperstein	Gegenmaßnahme
Verharren in Rechtfertigungsschleifen (Stufe 2) Die lernende Person bleibt im Jammern oder Beschuldigen der Umstände hängen.	Sanft, aber bestimmt zu Stufe 3 führen: „Wir wissen jetzt, wie unfair es war. Aber was an Ihrem eigenen Verhalten hat den Funken entzündet?“
Unverbindlichkeit in Stufe 5 Der Vorsatz bleibt vage („Nächstes Mal bleibe ich ruhiger“).	Operationalisierung erzwingen: „Was ist Ihre physische Handlung, wenn die Person wieder die Hand hebt? Wohin gehen Ihre Augen?“

MIKROMETHODE 21 · HANDLUNGSFELD V

21 One-Minute-Paper

AUSBILDUNGSJAHR	ZEITBEDARF	HANDLUNGSFELD
1. Jahr · 2. Jahr · 3. Jahr	3–5 Min.	V Reflexion, Selbstevaluation & Feedback

DIDAKTISCHER FOKUS & KOMPETENZBEREICH

Schnelle, schriftliche metakognitive Schlussevaluation und Institutionalisierung einer täglichen Lernroutine am Schichtende. Zwingt zur sofortigen Essenzbildung und deckt verdeckte Verständnislücken auf. Selbstkompetenz und eigenverantwortliche Lernsteuerung.

ZEITBEDARF & SETTING
3 bis maximal 5 Minuten. Unmittelbar vor der Übergabe am Schichtende; eine DIN-A6-Karteikarte und ein Stift.

EMPFOHLENER LERNSTAND
1. bis 3. Ausbildungsjahr. Ein universelles Instrument für jeden gemeinsamen Anleitungstag.

OPERATIVER ABLAUF



1 — Kartenausgabe (5 Minuten vor Schichtende)
Die Anleitung händigt der lernenden Person die vorbereitete Karteikarte mit den beiden standardisierten Fragen aus („Wichtigste Erkenntnis“ und „Offene Frage“).

2 — Ungestörte Schreibzeit (3 Min.)
Die lernende Person beantwortet beide Fragen in prägnanten Stichpunkten für sich allein. Es gibt kein „falsch“ oder „richtig“.

3 — Übergabe an die Anleitung (1 Min.)
Die Karte wird abgegeben. Die Anleitung liest sie schweigend durch und gibt eine kurze nonverbale Bestätigung (z. B. Nicken).

4 — Die didaktische Schleife (zwingend!)
Zu Beginn des nächsten gemeinsamen Dienstes bildet die Antwort auf Frage 2 („Offene Frage“) den allerersten Besprechungspunkt des Tages.

PRAXISBEISPIEL

Eine lernende Person notiert nach einem Tag auf der Demenzstation. Wichtigste Erkenntnis: „Validieren funktioniert besser als logisches Argumentieren gegen Wahnideen.“ Offene Frage: „Wie reagiere ich, wenn die Person mich direkt nach ihren verstorbenen Eltern fragt?“

STOLPERSTEINE & GEGENMASSNAHMEN

Stolperstein	Gegenmaßnahme
Floskeln aus Bequemlichkeit Es werden nichtssagende Antworten notiert („Alles super“, „Habe viel gelernt“).	Nicht akzeptieren: „Nennen Sie mir ein konkretes Pflegephänomen oder einen Handgriff, den Sie heute verstanden haben.“
Bruch der Feedback-Schleife Die Anleitung liest die Karte nicht oder ignoriert die offene Frage am Folgetag.	Die Methode verliert sofort ihren Wert, wenn die Anleitung Frage 2 nicht verbindlich aufgreift.

MIKROMETHODE 22 · HANDLUNGSFELD V

22 WWW-Feedback (Wahrnehmung – Wirkung – Wunsch)

AUSBILDUNGSJAHR	ZEITBEDARF	HANDLUNGSFELD
1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr	5–10 Min.	V Reflexion, Selbstevaluation & Feedback

DIDAKTISCHER FOKUS & KOMPETENZBEREICH

Phänomenologisch fundierte, abwehrfreie und verhaltensbezogene Leistungsrückmeldung. Trennt strikt zwischen objektiver Beobachtung, subjektiver Wirkung und operativem Entwicklungsauftrag. Baut Kritikangst ab und schult professionelle Kommunikationskultur. Sozial- und Selbstkompetenz.

ZEITBEDARF & SETTING
5 bis 10 Minuten. Unter vier Augen direkt im Anschluss an eine Pflegesituation; Stützpunkt oder Leerzimmer.

EMPFOHLENER LERNSTAND
1. bis 3. Ausbildungsjahr. Das Standardwerkzeug für das tägliche Feedback in der Praxisanleitung.

OPERATIVER ABLAUF



1	**Initialisierung (1 Min.)** Zeitnahes Feedback ankündigen; Durchatmen ermöglichen; die lernende Person kurz selbst einschätzen lassen („Wie ging es Ihnen gerade dabei?“).
2	**Wahrnehmung (2 Min.)** Die Anleitung schildert konkret beobachtbares Verhalten im Indikativ: „Ich habe wahrgenommen, dass Sie bei der Begrüßung am Bett standen, die Hände in den Taschen hatten und die*den Pflegenutzer*in mit Blick auf den Monitor angesprochen haben.“
3	**Wirkung (2 Min.)** Formulierung von Ich-Botschaften und fachlichen Konsequenzen: „Auf mich wirkte das distanziert, und bei der*dem Pflegenutzenden habe ich bemerkt, dass der Blick abgewendet wurde.“
4	**Wunsch / Kontrakt (2 Min.)** Formulierung eines klaren, machbaren Auftrags: „Ich wünsche mir, dass Sie morgen beim Eintreten erst auf Augenhöhe herantreten, Blickkontakt aufnehmen und den Monitor erst nach der Begrüßung einschalten.“
5	**Rückmeldung der lernenden Person** Die lernende Person bestätigt mit eigenen Worten, was der Wunschinhalt ist.

PRAXISBEISPIEL

Rückmeldung nach einer unzureichenden Händedesinfektion vor einer aseptischen Wundversorgung bei einer*einem immunsupprimierten Pflegenutzenden.

STOLPERSTEINE & GEGENMASSNAHMEN

Stolperstein	Gegenmaßnahme
Versteckte Wertung im Wahrnehmungsteil Die Anleitung sagt „Ich habe wahrgenommen, dass Sie unkonzentriert waren“ (Unkonzentriertheit ist ein Urteil, keine Wahrnehmung!).	Strikte sensorische Sprache: Nur beschreiben, was eine Videokamera hätte aufzeichnen können.
Schwammige Wünsche Formulierungen wie „Seien Sie nächstes Mal professioneller“.	Den Wunsch operationalisieren: Was genau müssen Hände, Füße oder Mund morgen anders machen?

MIKROMETHODE 23 · HANDLUNGSFELD V

23 3R-Debriefing (Rekonstruieren – Reflektieren – Reagieren)

AUSBILDUNGSJAHR	ZEITBEDARF	HANDLUNGSFELD
1. Jahr | 2. Jahr | 3. Jahr	5–7 Min.	V Reflexion, Selbstevaluation & Feedback

DIDAKTISCHER FOKUS & KOMPETENZBEREICH

Hochgradig verdichtete Kurzreflexion direkt im Anschluss an Handlungsabläufe im stressigen Stationsalltag. Sichert Handlungsfähigkeit und Lerneffekte ohne akademische Überfrachtung zwischen zwei Zimmern. Handlungskompetenz und Selbstreflexion.

ZEITBEDARF & SETTING

5 bis maximal 7 Minuten. Am Pflegewagen oder im Stationsflur abseits von Pflegenutzer*innen.

EMPFOHLENER LERNSTAND

1. bis 3. Ausbildungsjahr. Das ideale Instrument für vollgepackte Schichten, in denen keine Zeit für 30-minütige Reflexionseinheiten existiert.

OPERATIVER ABLAUF



1	**Rekonstruieren (1–2 Min.)** Die lernende Person fasst im Stehen in maximal 3 Sätzen objektiv zusammen, was gerade bei der*dem Pflegenutzenden realisiert wurde.
2	**Reflektieren (2 Min.)** Fokus auf Soll-Ist-Abweichung: Welcher Handgriff saß perfekt? An welcher Stelle geriet der Ablauf ins Stocken und warum (Material fehlte, falsche Reihenfolge, unvorhergesehene Reaktion)?
3	**Reagieren (1–2 Min.)** Die wichtigste Phase: Ableitung einer Sofort-Korrektur für die direkt anschließende Pflegesituation im Nachbarzimmer.

PRAXISBEISPIEL

> Nach der morgendlichen Mobilisation im ersten Zimmer: Feststellung, dass das Bereitstellen des Rollstuhls vor Beginn der Maßnahme den Transfer massiv erleichtert hätte. Im Nachbarzimmer wird der Rollstuhl als Allererstes passend platziert.

STOLPERSTEINE & GEGENMASSNAHMEN

Stolperstein	Gegenmaßnahme
Verlust des dritten „R“ Man analysiert das Problem, geht aber ohne Handlungsabsicht ins nächste Zimmer.	Die Anleitung fragt penetrant nach: „Schön analysiert. Und was bedeutet das jetzt konkret für die Türklinke von Zimmer 14, die wir in 20 Sekunden anfassen?“

Stolperstein	Gegenmaßnahme
Ausufern in Detaildiskussionen Aus 5 Minuten werden 20 Minuten; der Dienstplan bricht zusammen.	Wecker am Smartphone auf 5 Minuten stellen; nach dem Klingeln geht es weiter.

24 Blitzlicht

MIKROMETHODE 24 · HANDLUNGSFELD V

AUSBILDUNGSJAHR	ZEITBEDARF	HANDLUNGSFELD
1. Jahr · 2. Jahr · 3. Jahr	2–3 Min.	V Reflexion, Selbstevaluation & Feedback

DIDAKTISCHER FOKUS & KOMPETENZBEREICH

Unmittelbare, unzensierte Erfassung des emotionalen und kognitiven Ist-Zustandes (Stimmungsbild, Überlastung, Stresslevel) ohne Diskussion. Schafft psychologische Sicherheit und Transparenz im Ausbildungsalltag. Selbstwahrnehmung und Psychohygiene (Selbstkompetenz).

ZEITBEDARF & SETTING

2 bis 3 Minuten. Im Stehen im Dienstzimmer; zu Schichtbeginn, nach Reanimationen oder vor der Übergabe.

EMPFOHLENER LERNSTAND

1. bis 3. Ausbildungsjahr. Ein unverzichtbares emotionales Frühwarnsystem, besonders in settingspezifisch hochbelastenden Bereichen (Psychiatrie, Palliativ, Notaufnahme).

OPERATIVER ABLAUF

1 Leitfrage → 2 Reihum → 3 Kommentarverbot → 4 Abschluss

1	**Fokussierende Leitfrage stellen (30 Sek.)** Die Anleitung formuliert eine klare, emotionsbezogene Impulsfrage (z. B. „In welchem Gemütszustand starten wir nach dem gestrigen Zwischenfall in den Dienst?“ oder „Wie sicher fühlen Sie sich auf einer Skala von 1 bis 10 für die heutige Schicht?“).
2	**Reihum-Regel deklarieren** Jede beteiligte Person kommt nacheinander an die Reihe. Jede*r spricht in genau einem Satz (Ich-Botschaft).
3	**Absolutes Kommentierverbot** Es gibt kein „Aber“, kein Lachen, kein Trösten und kein Diskutieren. Jedes Statement steht unkommentiert im Raum.
4	**Abschluss & Konsequenz (30 Sek.)** Die Anleitung bedankt sich für die Offenheit. Zeigt ein Blitzlicht akute Überlastung an, wird sofort signalisiert: „Wir zwei sprechen gleich nach der Übergabe noch 5 Minuten in Ruhe.“

PRAXISBEISPIEL

Stimmungsbild zu Schichtbeginn nach einem schweren Zwischenfall auf einer psychiatrischen Station in der vorangegangenen Nacht.

STOLPERSTEINE & GEGENMASSNAHMEN

Stolperstein	Gegenmaßnahme
Monologe statt Blitzlicht Lernende fangen an, Geschichten zu erzählen und sich zu rechtfertigen.	Freundlich, aber bestimmt unterbrechen: „Halten Sie Ihren Zustand in genau einem einzigen Hauptsatz fest.“
Verletzung des geschützten Raumes Aussagen aus dem Blitzlicht werden später im Team gegen Lernende verwendet.	Strikte Vertraulichkeitsregel etablieren: Was im Blitzlicht gesagt wird, bleibt im Raum.