



Pflege
studie

HANDREICHUNG 2

für Praxisanleiter_innen zur
Begleitung berufspraktischer
Studienphasen

Hand-
reichung

b-tu

Impressum

Herausgeber

Brandenburgische Technische Universität Senftenberg
Fakultät Vier Humanwissenschaften, Institut für Gesundheit
Abteilung für Lehren und Lernen in der Berufspraxis
Universitätsplatz 1 | 01968 Senftenberg

In der Teamarbeit beteiligt und alphabetisch gelistet:

Herzog, Anja | Hirche, Nadine | Jänchen, Jeannette | Kraske, Marlene

Layout & Satz

Agentur Medienlabor

Illustrationen

Ulrike Niedlich | ANIMATION & ILLUSTRATION
c/o Alte FEINbaeckerei | Carl-von-Ossietzky-Str.21 | 14471 Potsdam
mail@animate-us.de | www.animate-us.de

Nelly Hirche | nmhirche@gmx.de

Druck

Onlineprinters GmbH

Auflage

1. Auflage 2026

DOI

<https://doi.org/10.26127/BTUOpen-7318>

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitende Worte.....	3
2	Simulation als praxisbezogene, kompetenzorientierte Lehr- und Lernmethode.....	5
2.1	Kompetenz – Performanz und ihr Zusammenhang zur Simulation	7
2.2	Abschnitt: Simulationsbasiertes Lernen	10
2.3	Emotionen: Teil des Simulationsbasierten Lernens.....	12
3	Pflegewissenschaftliches Arbeiten	15
3.1	Intro zur Handlungswissenschaft.....	16
3.2	Wissenschaft leicht gemacht: der Hintergrund	16
3.3	Wissenschaft leicht gemacht: die Schritte des EBN-Prozesses	18
3.4	Wissenschaft leicht gemacht: Lern- und Arbeitsaufgaben als Brücke zwischen Hochschule und Berufspraxis.....	26
4	Eigenverantwortliche Heilkundenausübung: ein Impuls	27
4.1	Kompetenz- und Situationsorientierung – erweiterte heilkundliche Verantwortung am Beispiel der chronischen Wunde.....	30
4.2	PraxisAnleiterVisite (PAV) – Erwerb von Fallverstehen und Reflexionsfähigkeit.....	32
5	Reflection-in-action als Teil der Reflection-on-action: Danke	34
6	Literatur	36

Abbildungsverzeichnis

1. Verknüpfung von Theorie und Praxis über Simulationslernen (Theorie-Praxis-Theorie-Transfer. adaptiert nach Herold-Majumdar & Olbrich (2023) von M. Kraske).	6
2. Dimensionen pflegerischen Handelns nach Olbrich (2010) von M. Kraske & B. Niemann.	8
3. Phasen des Cognitive Apprenticeship. adaptiert nach Schewior-Popp (2011); Leibig & Sahmel (2019). von M. Kraske.	9
4. Schritte der EBN-Methode. adaptiert nach Behrens & Langer (2016). von N. Hirche.	18
5. Dreiklang der pflegerischen Gesetzgebung. von N. Hirche.	27
6. Einordnung Wundmanagement in den Pflegeprozess nach Fichter & Meier (1981, entnommen aus I care Pflege. Thieme; 2015). von M. Kraske.	31
7. Triade im Fallmanagement PAV. adaptiert nach Schleich & Strimmer (2019). von M. Kraske.	32

Tabellenverzeichnis

1. Skills-Lab Konzept der BTU. adaptiert nach Nussbaumer & Reibnitz (2010) unter Einbezug Cognitive Apprenticeship. von M. Kraske.	11
2. Bool'sche Operatoren. adaptiert nach Mayer 2018; Behrens & Langer 2016. von N. Hirche.	21
3. Auswahl von Charakteristika der quantitativen und qualitativen Forschungsansätze. adaptiert nach H. Mayer (2004 & 2018). von N. Hirche.	23

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft
ANP	Advanced Nursing Practice
AR	Augmented Reality
BEEP	Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege
BTU	Brandenburgische Technische Universität
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
CA	Cognitive Apprenticeship
CRM	Crisis Ressource Management
DGSIM	Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Simulation in der Medizin
ehV	erweiterte heilkundliche Verantwortung
EPAs	Entrustable Professional Activities
GVWG	Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz
INASCL	International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning
lat.	lateinisch
NLN	National League for Nursing
o. g.	oben genannt
PfIAPrV	Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung
PfIBG	Pflegeberufegesetz
PfIStudStG	Pflegestudiumstärkungsgesetz
PKG	Pflegekompetenzgesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
SimNat-Pflege	Simulations-Netzwerk Ausbildung und Training in der Pflege
SqS	sequenzielle Simulation
z. B.	zum Beispiel
VIFSG	Verband zur Integration und Förderung des Skills-Lab-Konzeptes in den Gesundheitsberufen
VR	Virtual Reality
WHO	World Health Organization
u. a.	unter anderem

Navigator durch die Handreichung

Das Resultat Teil zwei: Aufbauend auf den Erfahrungen, Impulsen und all den Aspekten, die in der ersten Handreichung keinen Platz mehr finden konnten, ist diese Fortsetzung entstanden. Wir öffnen ein Fenster in Richtung Lernort Hochschule und zeichnen Bilder von Simulation, wissenschaftlichem Arbeiten und der erweiterten heilkundlichen Verantwortung. Praxisanleiter_innen in ihrer Rolle als Pädagog_innen begleiten und unterstützen Lernende in den Pflegeberufen in ihrer Kompetenzentwicklung. Ein dafür gemaltes Bild von Simulation eröffnet neue Tätigkeitsbereiche, und der Einblick in das wissenschaftliche Arbeiten lässt Praxisanleitende zum Multiplikator in der Berufswelt werden. Ein visueller Abdruck der Herausforderungen mit noch weißen Flächen entsteht rund um die heilkundlichen Tätigkeiten und wir hoffen auf Empfehlungen, Unterstützung und Erfahrungsschätze von Ihnen, liebe Praxisanleitende.

Hinweis an dieser Stelle: Am Ende jeden Textabschnittes fasst eine Grafik Kernaussagen kombiniert mit #HASHTAGS zusammen, die bei Bedarf in den vorangegangenen Ausführungen nach Belieben vertieft werden kann. Schlussendlich heißt es jetzt: Was kann denn nun die Handreichung und was kann sie nicht?

Was kann die Handreichung?

- **Die Handreichung bietet**
 - einen „Brückenblick“ auf das Lernen im hochschulischen Kontext und das Lernen in der Berufspraxis.
 - einen vertieften Einblick in die Simulation am Lernort Skills-Lab.
 - einen Überblick zu Begriffsbestimmungen wie Cognitive Apprenticeship oder wissenschaftliches Arbeiten ...
 - einen Exkurs zu der erweiterten heilkundlichen Verantwortung (auch eigenverantwortliche Heilkundeausübung) mit Pflegeprozessorientierung und anzubahnenen Kompetenzen.
- **Die Handreichung lädt ein**
 - zur Reflexion und dem Umgang mit Emotionen.
 - zum Arbeiten mit Lernaufgaben.
 - zum neugierigen Ausprobieren und Implementieren der PraxisAnleiterVisite [PAV].
- **Die Handreichung skizziert ergänzend die Perspektive der Praxisbegleiter_innen.**

Was kann die Handreichung nicht?

- **Die Handreichung grenzt sich**
 - von einer konkreten Umsetzung der erweiterten heilkundlichen Verantwortung aufgrund fehlender Erfahrungen und Gesetzmäßigkeiten, derzeit ab (Empfehlungscharakter).

Zentrale Begriffe in ein bis zwei Sätzen

Cognitive Apprenticeship („kognitive Berufslehre“): Die Vermittlung praktischer Handlungen durch Expert_innen der Pflegepraxis („Modell“) steht zunächst im Vordergrund und begleitet den Prozess der kontinuierlichen Verantwortungsübernahme der Lernenden für das eigene Handeln und Lernen. Die anleitende Person tritt dabei zunehmend in den Hintergrund und hilft bspw. den Reflexionsprozess zu strukturieren und Lösungswege aufzuzeigen.

Evidence based Nursing als Problemlöseprozess: Es werden die derzeit besten wissenschaftlich belegten Erfahrungen in der Pflege genutzt in Abstimmung mit dem zu Pflegenden und den professionell Pflegenden.

Fidelity: Im Kontext der Simulation bedeutet Fidelity die Wiedergabetreue oder Genauigkeit und beschreibt den Annäherungsgrad an die Realität einer simulierten Situation.

- In **High-Fidelity Simulationen** kommen computergestützte Patientensimulatoren, virtuelles Equipment oder Simulationspatient_innen zum Einsatz, welche ein äußerst realitätsnahes Verhalten zeigen und der Bewältigung komplexer und hochkomplexer Situationen dienen.
- **Low-Fidelity Simulationen** kommen zum Einsatz bei einfachen Interaktionen. Modelle oder Torsos ohne elektronische Steuerung werden genutzt für das Erlernen und Trainieren von Skills und sind daher wenig komplex.

Handlungsdimensionen oder Dimensionen des pflegerischen Handelns (nach Olbrich): Aussagen zum unmittelbaren Handeln von Pflegenden aus dem Pflegealltag werden in vier Dimensionen zusammengefasst und dienen der Beschreibung von Pflegekompetenz und Ableitung von relevanten Themen wie Lehren, Lernen, Anleiten und Leiten.

Kompetenz: Die Kompetenzen sind in Abgrenzung zu Persönlichkeitsmerkmalen erlernbar und zeigen sich in konkreten pflegerischen Situationen unmittelbar oder indirekt.

Performanz: In einer lernförderlichen Atmosphäre öffnen die Studierenden ihre Fähigkeiten, Fertigkeiten und/oder Erfahrungen, die Rückschlüsse auf ihre Kompetenzentwicklung zulassen.

Reflection-in-action: Im Zentrum steht die Verbindung bzw. zeitliche Nähe von Aktion und Analyse dieser (= Reflexion des situationsbezogenen Handelns) und wird z. B. im Konzept des Cognitive apprenticeship, einem phasenbezogenem Instruktionsmodell für die berufspraktischen Studienanteile umgesetzt (Mikroebene).

Reflection-on-action: Komplexer Reflexionsprozess, welcher sich von der individuellen Situation distanziert, wobei sich das Theorie- und Praxiswissen zum Handlungsschwerpunkt aufeinander beziehen. Unterschiedlichen Perspektiven der beteiligten Akteure und auch die Rahmenbedingungen (gesellschaftlich und institutionell) finden Berücksichtigung, um Handlungsalternativen zu entwickeln (Meso- und Makroebene). Beide Formen der Reflexion bedingen einander im Prozess des kompetenten Werdens.

Skills-Lab: Im arbeitsverbundenen und arbeitsorientierten Lernprozess werden vor allem pflegerische Einzelhandlungen – technische Routinen im Rahmen der Pflegephänomene – Module, wie bspw. das Blutzuckermessen oder Injizieren erlernt und vertieft.

Simulation: Im arbeitsverbundenen und arbeitsorientierten Lernprozess werden spezifische pflegerische Situationen, die ein hochkomplexes Handeln in der jeweils einzigartigen Begegnung mit dem zu Pflegenden erfordern, nach einem bestimmten Prinzip auf- und bearbeitet. Als Lehrmethode ermöglicht sie den Lernenden das Anwenden unterschiedlicher Wissensbestände und Techniken in realen (simulierten) Situationen.

- **Sequenzielle Simulation [SqS]:** Mit dieser Form der Simulation werden die zu Pflegenden über individuelle Versorgungsketten/ -pfade (z. B. von der ambulanten Versorgung zum klinischen Aufenthalt, gefolgt von der stationären Langzeitpflege und der Rehabilitation bei zu Pflegenden aller Altersgruppen) in das Zentrum der Wahrnehmung und Beobachtung gerückt. Zu Pflegende werden über ihre Vor- und Nachgeschichte erfahrbar gemacht und der optimale Austausch aller Akteure im Sinne des Schnittstellenmanagements, rückt in den Vordergrund. Unterschiedliche Blickwinkel werden erlebt und wahrgenommen.

Simulierte Lernumgebung: Hierbei handelt es sich um einen physischen Ort, wo in einer sicheren Arbeitsatmosphäre Trainings durchgeführt werden, die keine negativen Auswirkungen auf die zu Pflegenden haben. Die vielschichtigen Lernerfahrungen werden analysiert, diskutiert und reflektiert. Somit dient die simulierte Lernumgebung als Lernunterstützung und fördert die Kompetenzentwicklung.

Intention der Handreichung

Die Handreichung zielt darauf ab

- punktuell nachzuschlagen zu dem, was uns in der Bildungspraxis zu Erfahrungswerten und der Kompetenzentfaltung umtreibt.
- die Bildungspraxis mitzuentwickeln über Dialoge, Handlungen und Mitentwicklung (z. B. EBN, Simulationsszenarien, PAV).
- weiterhin die gegenwärtige Bildungspraxis zu hinterfragen.
- die hochschulische Qualifikation in der Pflege zu stärken.
- sich an gesellschaftlichen Aushandlungsprozessen zu beteiligen ...

Das Wichtigste zum Schluss zu den Kapiteln in wenigen Sätzen:

Das Kapitel eins gibt einen Überblick über die neue Handreichung. Einleitende Worte präsentieren die Intention zur Fortsetzung der Handlungsempfehlungen und beantworten die Fragen: Wo knüpft die Handreichung Teil zwei an und was ist neu?

Wir greifen Reflection-in-action und Reflection-on-action erneut auf und sind vom Blick über den Tellerrand nach Halle inspiriert, uns den heilkundlichen Tätigkeiten zu widmen.

Das Kapitel zwei stellt die Simulation als Lehr- und Lernmethode im Bachelorstudiengang Pflegewissenschaft der Brandenburgischen Technischen Universität vor, welche das Ziel der berufspraktischen Kompetenzentwicklung verfolgt. Pflegekompetenz aus Perspektive von Olbrich wird im Zusammenhang der Kompetenzorientierung vorgestellt und dient als didaktisches Modell für das Konzept des Cognitive Apprenticeship, in dem auch die Simulation verortet ist. Nicht zu vergessen im Lernprozess ist die Rolle der Emotionen, denn diese aktivieren unser Denken und Handeln.

Gegenstand des Kapitels drei sind die Grundlagen des wissenschaftlichen Arbeitens vor dem Hintergrund der

Evidenzbasierung (Evidence based Nursing [EBN]). Sie bildet das Fundament des wissenschaftlichen Agierens in der Pflege, und Pflegenden werden in die Lage versetzt, Forschungsergebnisse in individuellen Pflegesituationen zu recherchieren, zu überprüfen und an die Interessen und Bedürfnisse der zu Pflegenden anzupassen. „Wissenschaft leicht gemacht“ ist hier das Motto. Lern- und Arbeitsaufgaben bilden den Abschluss als fundierte und reflexiv durchdachte Methode bei dem Gang über die Brücke von Theorie nach Praxis und zurück.

Im Kapitel vier widmen wir uns der erweiterten heilkundlichen Verantwortung (ehV) – ein Novum für das pflegewissenschaftliche Studium an der Brandenburgischen Technischen Universität [BTU] in Senftenberg. Wir richten den Blick auf die Kompetenz- und Situationsorientierung mit den erweiterten HKT am Beispiel der chronischen Wunde. Gern geben wir einen methodischen Hinweis für die Umsetzung über die PraxisAnleiterVisite. Damit beziehen wir die Sichtweise der beruflichen Praxis (interprofessionelle Sicht) und das individuelle Fallverstehen noch intensiver in die hochschulische Lehre mit ein und stärken die Lernortkooperation.

Mit dem Kapitel fünf Reflection-in-action als Teil der Reflection-on-action sagen wir erneut Danke!

Wir blicken auch auf Best Practice am Beispiel der BTU.

VORWORT

„Mit Wörterbuch und Grammatikverzeichnis lässt sich keine Sprache erlernen, wenn nicht zudem die Praxis des Sprechens in wirklichen Sprechsituationen eingeübt wird; Lehr- und Handbücher genügen nicht, um sich in einer Wissenschaft auszubilden, wenn nicht zudem das Auge geschult und Techniken handelnd erlernt werden“

(Kogge, 2022, S. 31)

Lehr- und Handbücher genügen nicht, das schließt diese Handreichung mit ein, wenn es darum geht, pflege-spezifische Entscheidungen in unterschiedlichen Situationen des pflegerischen Alltags zu treffen, in denen diverse Menschen begleitet werden. Nichtsdestotrotz sind sie ein wertvolles Reflexionsinstrument, das in der Entscheidungsfindung mit unterstützt, quasi mit einer Basis des pflege-spezifischen Sprach-Erwerbs.

Auch, wenn die Worte einleiten, sind sie doch rückblickend auf den Arbeitsprozess geschrieben. Der Auslöser der hier zugrundeliegenden Sprechsituation war einerseits die Förderung durch das Ministerium für Gesundheit und Soziales, andererseits das, was wir alltäglich erfahren in der Begegnung mit unseren Kolleg_innen, Studierenden sowie zu Pflegenden. Im Evidence-based Nursing-Prozess als unmittelbarer Teil des Pflegeprozesses und somit der eigenverantwortlichen Tätigkeiten der Pflegenden, die diverse Menschen in etwaigen Lebenssituationen von der Geburt bis zum Tod mit begleiten. Damit Pflegende diese Verantwortung übernehmen können, werden die Kompetenzen der (angehenden) Pflegenden in

den vier Jahren des pflegewissenschaftlichen Studiums angebahnt, unter anderem während der Simulation oder anhand von Lernaufgaben.

Das Anbahnen birgt, dass das Auge geschult wird und Techniken während des Studiums erlernt werden. Es impliziert gleichermaßen, dass die tiefergreifende Sprache im Handeln erworben wird, also in der Begegnung mit denen, die wir als Pflegende begleiten dürfen.

In diesem Sinne danken wir denjenigen, die uns bewusst oder unbewusst durch ihr Handeln sprechen lassen, wie unsere Kolleg_innen, Studierenden, zu Pflegenden - unsere Mitmenschen.

Da wir Fenster öffnen, machen wir Mut und zeigen Bereitschaft. In diesem Sinne: „Es ist besser, unvollkommene Entscheidungen zu treffen, als immer nach vollkommenen Entscheidungen zu suchen, die es niemals geben wird“ (Charles de Gaulle in Bosley & Kasten, 2018, S. 70).

Vielen DANK!



1 Einleitende Worte

Die „Evidence-Basierung [muss] immer von den Bedürfnissen des individuellen [zu Pflegenden] her erarbeitet werden“

(Behrens & Langer, 2020, S. 60)

Das Ethos der pflegerischen Praxis ruht in der evidenzbasierten Pflege. Sie bezeichnet das alltägliche reflexive Handeln, für das Pflegenden Verantwortung übernehmen. Mit dem wissenschaftlichen Know-how erforschen (angehende) Pflegenden ihre 'Praxis', indem sie sich zum einen durch theoretisch-angeeignetes als auch durch bis dato unbekanntes irritieren lassen. Die Irritation und die damit einhergehende Einschätzung in pflege-spezifischen Anforderungen in den jeweiligen diversen Lebenssituationen sind ein Fundament der pflegerischen Begleitung. Die Lehrenden und die Lernenden gestalten darauf basierend etwaige Lehr-Lern-Arrangements. Mittelpunkt sowohl der Arrangements als auch der pflegerischen Begleitung ist der individuelle Mensch. Damit einhergehen Menschenrechte.

Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz [GVWG] verpflichtete der Gesetzgeber die Krankenkassen dazu, die damaligen Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten (§ 63 SGB V) bis 2023 umzusetzen. Der erste Modellstudiengang zur evidenzbasierten Pflege, der die Kompetenzen für die Übertragung der heilkundlichen Tätigkeiten anbahnt, startete bereits 2016 in Halle-Wittenberg. Die rechtliche Grundlage der Delegation geht über die bis dato anzubahnenen Ausbildungsziele nach § 37 Pflegeberufegesetz [PflBG] hinaus und ebnete den Pfad des Studiums. Das Repertoire der (angehenden) Pflegenden erweitert sich, und zwar über die konservative Behandlung hinaus. Dies impliziert, dass die (angehenden) Pflegenden Kompetenzen erwerben, die darauf abzielen, dass sie die zu Pflegenden eigenverantwortlich beraten, untersuchen und dies entsprechend dokumentieren. Für die Wundversorgung bedeutet dies unter anderem, dass die (angehenden) Pflegenden die konservative Weiterbehandlung, die Kontrolle oder die der ambulanten Nachsorge verantworten.

Mit den letzten Hashtags aus der vorangegangenen Handlungsempfehlung #Performanz I #Schritte I #Einheiten I #Simulation I #Skills-Lab starte diese Ausgabe. Der Schlüsselbegriff #Performanz fließt in die Ausgestaltung von Prüfungssituationen ein. In einer lernförderlichen Atmosphäre offenbaren die Studierenden ihre Fähigkeiten, Fertigkeiten und/oder Erfahrungen, die Rückschlüsse auf ihre Kompetenzentwicklung zulassen. Die damit einhergehende Performance bewerten bspw. zwei Prüfer_innen am arbeitsgebundenen Lernort – Praxis. Sowohl die Praxislehrenden als auch die Praxisbegleitenden sind in der Diagnostik geschult und sensibilisiert, bspw. für den Milde- oder Ermüdungseffekt. Die einzelnen #Schritte der pflegewissenschaftlichen Erfahrungsbestände der Studierenden, der Praxislehrenden sowie der Abteilung für Lehren und Lernen in der beruflichen Praxis gliedern sich in einzelne #Einheiten.

Sie gehen vom betrieblichen Lernen in der Bildungspraxis an der Hochschule in Brandenburg aus. Über die Grundlagen des Lernens im (in)formellen Bildungsprozess, der Rolle sowie dem beruflichen Selbstverständnis der Praxisanleiter_innen, dem Bewerten und Beurteilen in der Praxis und den Lerngesprächen endete der fortlaufende Prozess damals mit dem ergänzenden Blitzlicht zur Praxisbegleitung, dem erweiterten Fokus auf das Lernen im Hochschulkontext sowie der Reflection-in-action als Teil der Reflection-on-action. Sowohl das #Skills-Lab als auch die #Simulation werden kurz skizziert und voneinander abgegrenzt. Das Skills-Lab sticht durch Lernprozesse pflegerischer Einzelhandlungen, wie bspw. der Blutzuckermessung, hervor. Die Simulation wiederum rückt konkrete pflegerisch-hochkomplexe Handlungen, bspw. die Begegnung der Pflegenden mit einem zu Pflegenden mit Demenz in der Notaufnahme, in den Vordergrund.

Im forschenden pflegerischen Prozess der Aktion und Reflexion entwickelt sich die Handlungsempfehlung weiter. Im jeweiligen Dialog zwischen theoretischen Erfahrungsbeständen und praktischem Erfahrungs-Können der einzelnen, changieren die Erfahrungsbestände in den jeweiligen Situationen. Dieser interne geführte dialogische Prozess zwischen 'Theorie' und 'Praxis' der einzelnen lebt durch den Dialog im unmittelbaren pflege-spezifischen Erfahrungsraum, wie in dem ambulanten Bereich, der Langzeit- und Akutpflege, der Hochschule, Schulen oder in der Community. Die Pflegenden arbeiten bspw. die interne Evidenz auf und regen mit den Resultaten der externen Evidenz zu einem Dialog an. Die darin transparent gemachten Tätigkeiten verantworten die Pflegenden in den jeweiligen Bereichen. Um die dafür benötigten Kompetenzen anzubahnen, werden die Studierenden während ihrer hochschulischen Ausbildung in den ersten drei bis vier Jahren bspw. in der Simulation auf die hochkomplexen Anforderungen in den jeweiligen Situationen vorbereitet.

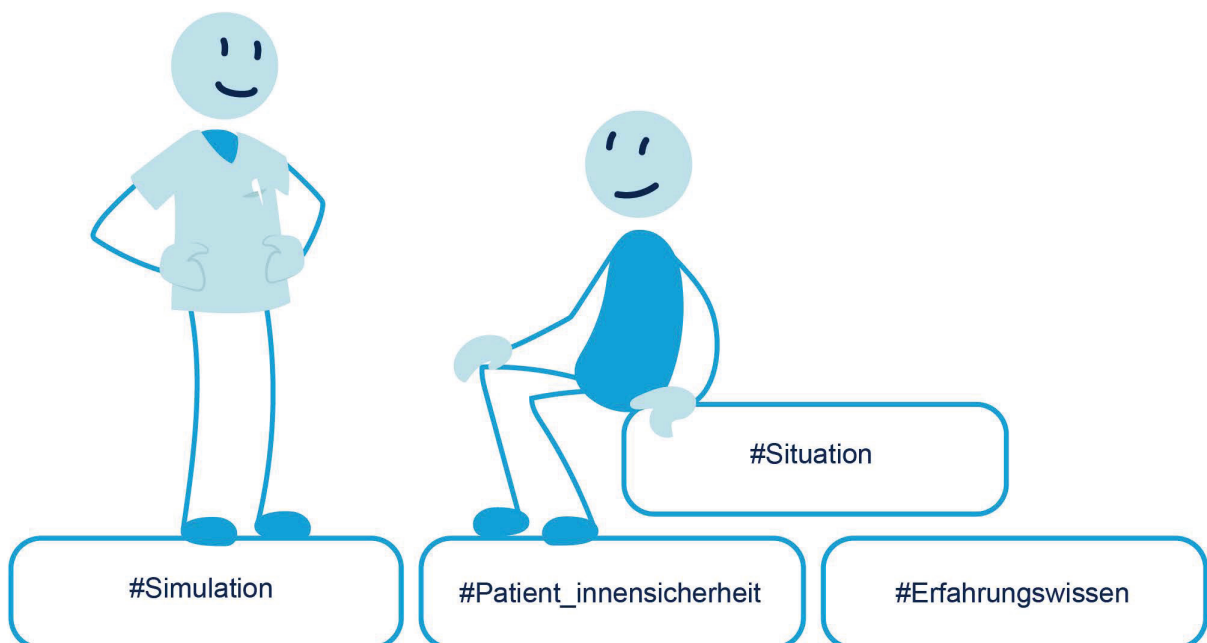


2 Simulation als praxisbezogene, kompetenzorientierte Lehr- und Lernmethode

Der Anspruch an die beruflichen Kompetenzen der Pflegefachpersonen ist hoch, die im Rahmen der zu durchlaufenden Module und Praxiseinsätze angebahnt und entwickelt werden sollen. Begriffe wie Hochkomplexität, Generalistik, Evidenzbasierung, Patientensicherheit und Reflexion begleiten Pflegestudierende und weisen den Weg. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit (Lernzielkatalog, 2022) gibt an, dass das Lernziel der Patientensicherheit über Beteiligungsorientierung mit interaktiven Methoden und erfahrungsbasiertem Lernen erreicht werden kann. Allerdings liegt der Anteil berufspraktischer Stunden im primär-qualifizierenden Pflegestudium bei 2300 Stunden ... zur beruflichen Ausbildung. Im Pflegeberufegesetz (PflBG § 38 Abs. 3) ist nun verankert, dass ein geringer Teil der Praxiszeit im Skills-Lab bzw. Clinical

Simulation Lab als fachpraktische Lehre stattfinden kann: Skills – Training und Simulation (Orientierung am internationalen Sprachgebrauch auch simulationsbasiertes Lernen).

Mit dem Simulationslernen als Lehr- und Lernmethode wird eine Verbindung zwischen Theorie und Praxis geschaffen. Reale Praxissituationen werden möglichst realitätsnah (Fidelity) in Lernsituationen anhand von Szenarien (Loewenhardt et al., 2014, Waxmann, 2010) imitiert und bauen auf evidenzbasiertem Wissen auf. Somit wird die berufliche Handlungsfähigkeit Studierender verbessert, ohne die Sicherheit der zu Pflegenden zu gefährden. Die positiven Auswirkungen auf die Patientensicherheit in der klinischen Praxis sind nachweisbar (Schlegel, 2022).



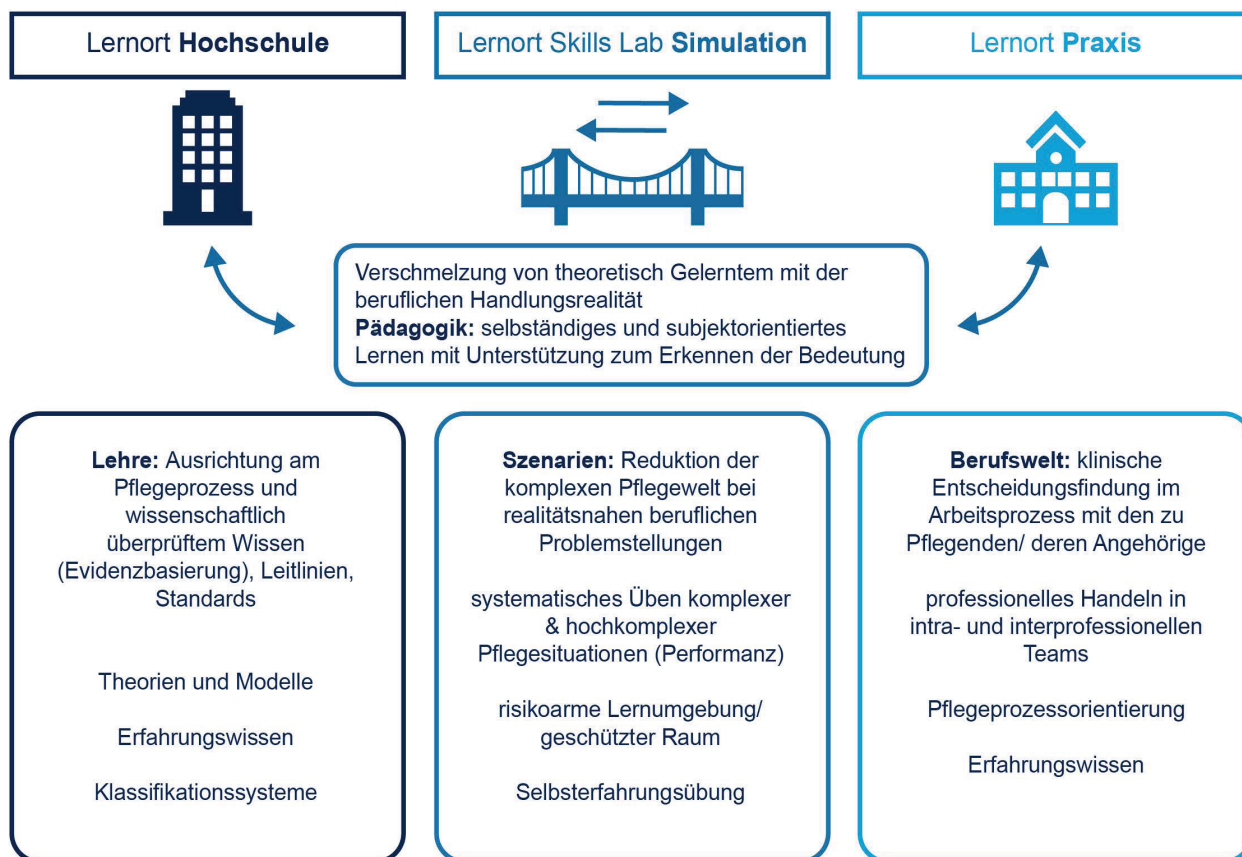


Abbildung 1 Verknüpfung von Theorie und Praxis über Simulationslernen (Theorie-Praxis-Theorie-Transfer. adaptiert nach Herold-Majumdar & Olbrich (2023) von M. Kraske).

Simulation ist nicht gleich Simulation:

Beim Simulationslernen geht es nicht ausschließlich um das erfolgreiche Bewältigen des Szenarios, sondern um die Offenlegung subjektiver Theorien oder mentaler Modelle über das Debriefing der erlebten Simulation. Im Debriefing kommen Emotionen zum Tragen (Rolle der Emotionen im folgenden Abschnitt 2.3) (Meyer et al., 2016), welche eine wichtige Ressource darstellen, denn an, mit Gefühlen verknüpfte Inhalte schaffen Erinnerungen und legen Lernspuren. Negative Emotionen können den Lernprozess hingegen behindern und sollten aufgearbeitet werden.

Der Ablauf einer Simulation wurde tabellarisch in der ersten Handreichung im Kapitel sieben aufgezeigt (BTU, 2023).

2.1 Kompetenz – Performanz und ihr Zusammenhang zur Simulation

„Der Kompetenzbegriff hat den betrieblichen wie den privaten Alltag erobert.“

(Erpenbeck und von Rosenstiel, 2003, S. XVII).

Mit dem 2020 in Kraft getretenen Pflegeberufegesetz [PflBG] wird der (primär-qualifizierenden) Pflegeausbildung neben der Subjektorientierung eine Kompetenzorientierung zugrunde gelegt. Kompetenz leitet sich etymologisch von „competentia“ (lat.) ab, was das Zusammentreffen bzw. die Angemessenheit betrifft (Gnahn, 2007, S. 20). Hier entfalten sich zwei Begriffsdimensionen, die zum einen als eine Interpretation in juristischem Sinn als Recht und Befugnis (= formale Kompetenz in einem selbstverantworteten Aufgabenbereich) zum anderen aber als Befähigung zu angemessenem Handeln (= eigenständiges Wahrnehmen, Beurteilen, Entscheiden und verantwortungsbewusst Durchführen) zu verstehen sind (Olbrich, 2010; 2023). Es zeigt sich aus dieser Definition, dass der Begriff Kompetenz im Kontext der Pflege beschrieben werden muss.

Kompetenz macht sich in der Bewältigung konkreter Handlungssituationen deutlich (Kaufhold, 2006, S. 22). Dieser Situations- und Kontextbezug findet im Handeln des Individuums Niederschlag, da dieses sich aufgrund seiner subjektiven Wahrnehmung in der Situation verhält (Olbrich, 2023). Das handelnde Subjekt steht im Mittelpunkt der Betrachtung. Simulatives Lernen als Methode begleitet in diesem Zusammenhang einen aktiven, konstruktiven, situativen, selbstgesteuerten, emotionalen und sozialen Prozess. Skillstrainer_innen und Instruktor_innen sind somit Teil von Innovation des Lernens, in dem sie wissenschaftliche Erkenntnisse in die berufliche Tätigkeit über authentische Situationen

integrieren und diese mit den Praxisanleitenden und in ihrer Rolle als Praxisbegleitende innerhalb der Pflegepraxis berücksichtigen.

Die Grundannahme, dass Kompetenz gestalt- und entwicklungsfähig ist (Olbrich, 2010), bietet die Basis für entsprechende Interventionen und betont die Vorläufigkeit des Ergebnisses von Diagnostikmaßnahmen. Hier findet sich die direkte Schnittstelle zwischen Kompetenzdiagnostik und -entwicklung. Diese sind als in sich wechselseitig verwobene Elemente eines Prozesses zu verstehen, die nur jeweils zu pädagogischen Zwecken und festgelegten Zeitpunkten einer momentanen Bestandsaufnahme unterzogen werden können. Der Prozess der Kompetenz als solcher dauert für die gesamte Lebensspanne eines Individuums an und ist immer einzigartig in seiner Ausprägung.

Kompetenzen sind also individuell, dynamisch und situationsgebunden, nicht auf Wissen oder Kognition beschränkt und gehen über die Feststellung von Persönlichkeitseigenschaften hinaus.

Pflege ist ein Kompetenzberuf (Olbrich, 2023).

In einer simulierten Lernumgebung entwickeln sich Kompetenzen und können gefördert werden. Christa Olbrich (2010) beschreibt als Ergebnis empirischer Forschung vier pflegerische Handlungsdimensionen, von denen die Kompetenz abgeleitet wird (siehe Abb. 2). Somit definiert sie den Begriff aus der Profession Pflege heraus.

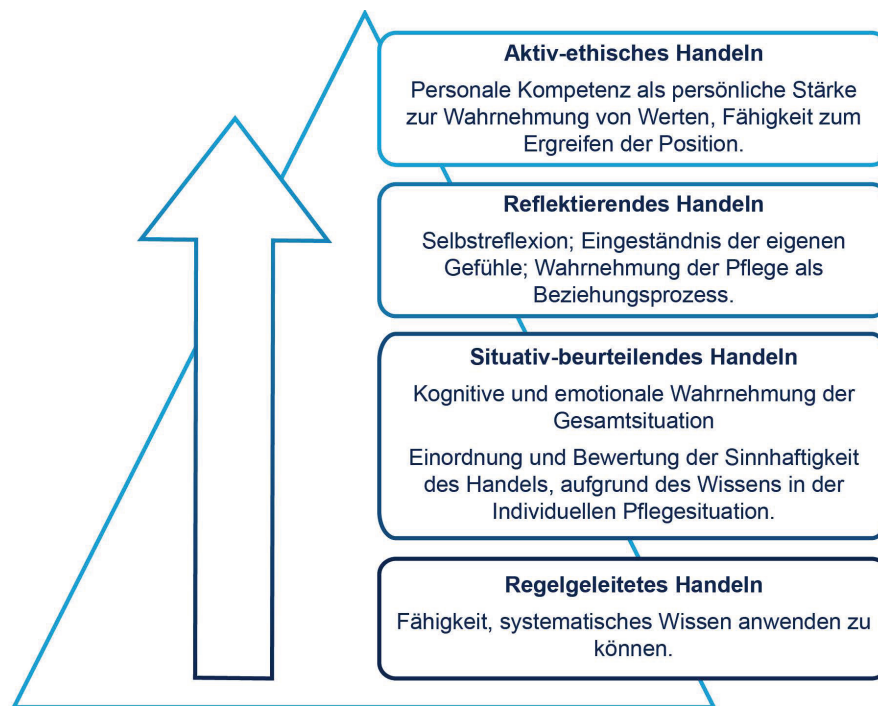


Abbildung 2: Dimensionen pflegerischen Handelns nach Olbrich (2010) von M. Kraske & B. Niemann.

Dimension regelgeleitetes Handeln = Wissen haben

Das Handeln von Pflegefachpersonen beruht auf Fachwissen, Können und einer sachgerechten Anwendung dieses Wissens. Die Durchführung ist durch Routine, vorgefundene Regeln und Normen möglich. Eine Verknüpfung bzw. das Herstellen von Bezügen außerhalb der Handlung ist noch nicht möglich.

Hinweis zum pflegerischen und pädagogischen Auftrag über die Dimensionen hinweg: Vor dem Hintergrund der Evidenzbasierung gilt es zu berücksichtigen, dass Pflegeinterventionen Veränderungen unterliegen. In Anbahnung der Pflegekompetenz kommt es pädagogisch darauf an, das selbstgesteuerte Lernen über Subjektorientierung zu stärken und das Wesentliche und Prinzipielle (die Bedeutung) zu erkennen und Begründungsstrukturen zu entwickeln.

Dimension situativ-beurteilendes Handeln = vertieft wahrnehmen, beurteilen, entscheiden

In dieser Handlungsdimension orientieren sich Pflegefachpersonen über die Einschätzung der Situation an Gesamtzusammenhängen. Weiterer Faktoren finden Berücksichtigung, wie z. B. der zu Pflegenden in seiner Situation, in seinem Umfeld, oder der Pflegemaßnahmen als solcher. Aspekte aus Vergangenheit und Zukunft fließen in Beurteilung, Entscheidung und folgerichtiges Handeln mit ein.

Dimension reflektierendes Handeln = bewerten, entscheiden

Neben dem zu Pflegenden ist innerhalb dieser Handlungsdimension die eigene Person Gegenstand der Reflexion. Eigenes Erleben, Gefühle und Gedanken werden verbalisiert. Das eigene Berufsverständnis wird bewertet und beurteilt und damit die Frage beantwortet, ob man als Pflegefachperson sein Pflegehandeln angemessen ausüben kann.

Dimension aktiv-ethisches Handeln = persönlich stark sein

Pflegerisches Handeln zeigt sich aktiv durch Kommunizieren oder durch Aushandlungsprozesse auf Basis von Werten und Normen in ethischen Dilemmasituationen. Rahmenbedingungen finden Berücksichtigung und die Reflexion führt zum Erkennen von Grenzen. Unterstützung, bzw. Teamhandlungen sind nicht immer vorhanden und damit ist ein Handeln außerhalb der üblichen Regeln möglich (Abb. 2 einbauen).

Olbrich verbalisiert, dass Pflegepersonen mit starker Identität in ihrem Pflegeverständnis Herausforderungen standhalten können. Sie können die Entwicklungen mittragen und letztlich aktiv-ethisch handeln. Das ist Kompetenz und zeichnet sich durch Selbständigkeit im Wahrnehmen, Denken, Beurteilen, Entscheiden und Handeln aus (Olbrich, 2023).

Abschnitt Cognitive Apprenticeship – die Vermittlung von Denk- und Vorgehensweisen

In Vorbereitung auf das Simulationslernen findet über ein mehrphasiges Modell Skills-Training durch Anleitung statt (siehe Handreichung 2023). Lehrende/ Anleitende in ihrer Rolle als Vorbild/ Modell, erklären und demonstrieren in einer ersten Anleitungphase den Studierenden praktische Handlungen. Im Verlauf ziehen sie sich zunehmend zurück und lassen Studierende aktiv ihren Lernprozess gestalten. Die Aufgabe der Lehrenden liegt in der Lernbegleitung: Es gilt z. B. Begründungs-Strukturen aufzubauen, zu hinterfragen, den Reflexionsprozess zu gestalten und Handlungsalternativen gemeinsam zu entwickeln, Materialien zur Verfügung zu stellen, kriteriengeleitet zu bewerten, Qualitätskriterien, Normen und Zielstellungen für weiteres Lernen abzuleiten (Schewior-Popp, 2011).

Die Methode des Cognitive Apprenticeship (= kognitive Berufslehre nach Collins, Brown und Newman) (Abb. 3), mit seinen sieben Phasen, dient im Simulationskonzept der BTU als pädagogische Grundlage (Tabelle 2), da die Zentrierung vom Lehrenden zum Lernenden über einen Prozess vollzogen wird und darüber pflegerische Kompetenzen angebahnt und entwickelt werden. Dies geschieht gewissermaßen durch eine Parallelisierung von Handeln, Analyse und Reflexion (Schewior-Popp, 2011) bei einer kontinuierlichen Entwicklung von Selbstständigkeit und Übernahme von Verantwortung für das eigene aktive Lernen.

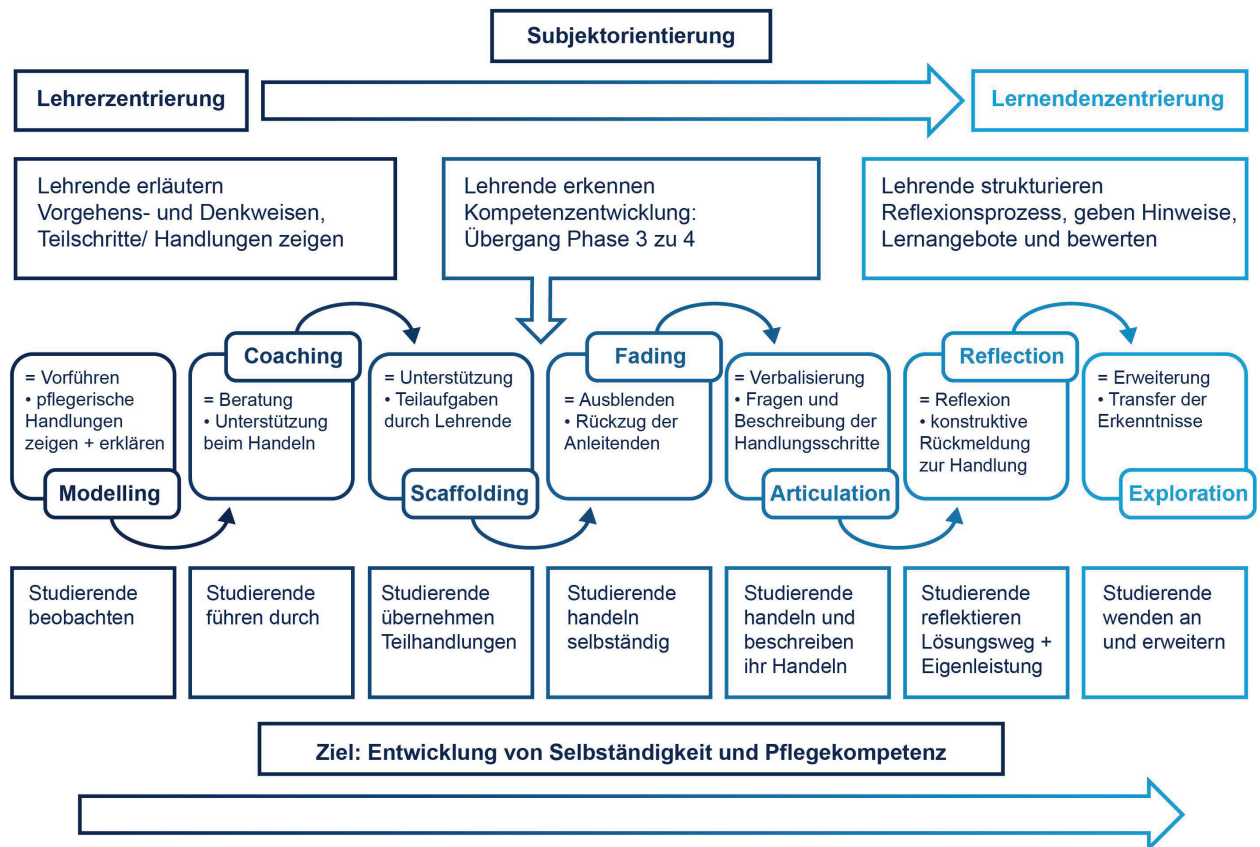
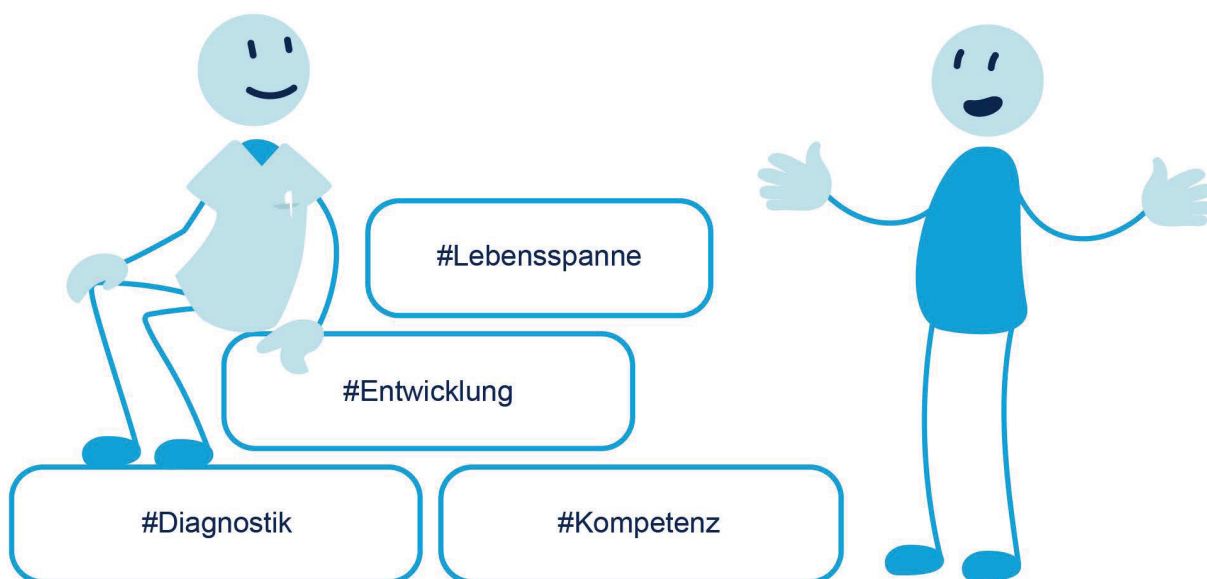


Abbildung 3: Phasen des Cognitive Apprenticeship. adaptiert nach Schewior-Popp (2011); Leibig & Sahmel (2019). von M. Kraske.

Das Konzept beschreibt nicht nur, wie bestimmte Lernvorgänge ablaufen (Verknüpfung von Kognition mit Handeln), sondern bietet gleichermaßen einen Leitfaden zur Gestaltung beruflicher Lernsituationen: Sie sollen handlungs- und theoriegeleitetes Lernen ermöglichen im Skills-Lab. Diese Lernsituationen werden zur Simulation in ein Szenario einfließen und als komplexe bis hochkomplexe Pflegesituation durchgeführt und reflektiert.

Mit der Kompetenzforderung im Pflegeberufegesetz (PflBG und PflAPrV) sind fünf Kompetenzbereiche formuliert und in Untereinheiten auf den Erwerb pflegerischer Kompetenzen ausgerichtet. Christa Olbrich beschreibt als Wesensmerkmal von Kompetenz Subjektorientierung, Verantwortung und Selbständigkeit. Diese gilt es in selbstverantworteten und selbstorganisierten Lehr- und Lernarrangements zu fördern und zu begleiten. Das Konzept des Cognitive Apprenticeship ist somit ein didaktisch sinnvoller Weg und bietet eine Grundlage für ein fundiertes Simulationskonzept.



2.2 Abschnitt: Simulationsbasiertes Lernen

Berücksichtigung im Simulationskonzept der BTU finden wissenschaftlichen Beiträge und Ergebnisse der Netzwerkarbeit aus den Verbänden SimNat-Pflege [Simulations-Netzwerk Ausbildung und Training in der Pflege] (SimNat, 2020), VIFSG [Verband zur Integration und Förderung des Skills-Lab-Konzeptes in den Gesundheitsberufen] und DGSiM [Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Simulation in der Medizin], welche das simulationsbasierte Lernen in Deutschland fördern. Aus dem internationalen Raum wird auf den Angaben und Erkenntnissen der INASCL [International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning, mit den Standards of Best Practice: Simulation] und der WHO [World Health Organization] aufgebaut. Als wissenschaftlich fundiertes Modell zur Implementierung, Ausgestaltung und Evaluation dient der National League for Nursing (NLN, Jeffries Simulation Framework) mit seinen Kernelementen:

- Kontext (= Context)
- Hintergrund (= Background)
- Design (= Design), Ausgestaltung der Simulation
- Simulationserfahrung (= Simulation Experience)
- Instruktor_in bzw. Lehrende (= Facilitator) „Partner_in“ im Lernprozess
- Teilnehmer_in bzw. Studierende (= Participant) „Mitbringer“ persönlicher Faktoren
- Ergebnisse (= Outcomes) im Sinne der Kompetenzentwicklung, Entwicklung von kritischem Denken und logischen Schlussfolgerungen über Debriefing (Loewenhardt & Herzig, 2021).

Im Zentrum der Betrachtung steht das eigentliche Herzstück des Skills-Lab-Konzeptes (Tabelle 1): die Simulation. In einer realitätsnahen (geschützten) Umgebung werden über ein komplexes pflegerisches Szenario pflegerische Kompetenzen entwickelt. Im Aufbau von Simulationsszenarien (Simulation Design Characteristics) gilt es bestimmte Variablen zu beachten, damit das Lernen im Prozess optimal unterstützt werden kann: Lernziele, Fidelity (Realitätsnähe, Glaubwürdigkeit), Problemlösung, Unterstützungsbedarfe, Art und Weise des Debriefing (Loewenhardt & Herzog, 2021). In die Planung zum Design fließt auch die Entscheidung zur Art des simulationsbasierten Lernens mit ein.

Phase und CA	Schritte des Lernens	Erläuterungen und Material
1. Phase Orientierung/ Information bzw. Modelling	Schritt 1 individuelle Vorbereitung	Dozent_in führt spezielle Aufgabe durch (Verbindung zur Praxis!) - Vorbereitungsaufgaben (Vortest z.B. LTT, Grundwissen, subjektive Theorien) - anatomische Modelle, Karten, Lehrvideos - Fallsituation, Auszug „Krankenakte“/ Bewohnerdaten
2. Phase Übung bzw. Scaffolding und Fading	Schritt 2 Demonstration und Üben/ Üben unter Anleitung	Studierende trainieren Aufgaben/ Fertigkeiten (erst unter Anleitung, dann selbständig), in Gruppen, Handeln reflektieren - Fertigkeitenanalyse und Beobachtungsbogen - Vertiefungsaufgaben Theorie und/ oder Praxis - Reflexionsbogen - Lösung Vortest
	Schritt 3 selbständiges Üben/ theoretisches Vertiefen	- Entwicklung Fallbeschreibung und Szenario - Prebriefing und Debriefing - Simulatoren und Simulationspatient_innen (Fidelity) - Kamera und Equipment
	Schritt 4 Simulation	- Beherrschen im Skills- Lab - Aufgabenstellungen, Checklisten, Simulatoren, Task-Trainer, Modell (Kompetenzdiagnostik Performanz → Modulleistung)
	Schritt 5 OSCE/ Fähigkeits-test (Reflexion durch Fremdeinschätzung)	
3. Phase Beherrschung Coaching	Schritt 6 Erprobung und Weiterentwicklung in der Praxis (Exploration in die Realität)	→ problemlösende Kompetenz in anderen Situationen anwenden, Handlungsrepertoire qualitätsbewusst trainieren - Praxisanleitungen, Gespräche, Filmsequenzen/ -aufnahmen aus den Trainingseinheiten und Simulationen, Reflexionen - Praxisanleitung und Praxisbegleitung vor Ort und in Begleit-seminaren (Praxisreflexion) - Lernaufgaben zur Vertiefung

Tabelle 1: Skills-Lab Konzept der BTU. adaptiert nach Nussbaumer & Reibnitz (2010) unter Einbezug Cognitive Apprenticeship. von M. Kraske.

Arten simulationsbasierten Lernens:

- Skills-Training (prozedurale Simulation)
- Simulator-basierte Simulation (niedrig bis hochtechnische Simulatoren (High-Fidelity Manikins))
- Computerbasierte Simulation (virtuelle computergestützte Lerneinheiten über AR (Erweiterung der Umgebung, wobei der Live-Ansicht digitale Elemente hinzugefügt werden), VR (reale Umgebung wird durch eine simulierte Umgebung ersetzt))
- Simulationen mit standardisierten Schauspieler_innen (Gesprächssituationen)
- Hybridsimulationen (Schauspieler_innen in Kombination mit Simulatoren)
- In Situ Simulation (simuliert wird im realen Umfeld als Lernumgebung)

Bei der Konstruktion und Durchführung eines Szenarios sind neben den fachlichen Aspekten, Human Factors im Crisis Resource Management [CRM] für einen positiven Lerneffekt zu berücksichtigen. Die Frage nach dem „Warum?“ hilft beim Erkennen der genannten Faktoren und deckt mit dem Benennen von Gründen/ Ursachen das ursprüngliche mentale Feld auf. Ein strukturiertes Feedback gibt den Lernenden die Option, das bestehende mentale Modell zu korrigieren und löst damit einen positiven Lerneffekt aus, der als Double-Loop-Learning bezeichnet wird (Meyer et al., 2016).

Die Zielstellung des Simulation-Frameworks [NLN], durch strukturiertes Vorgehen positives Lernen zu fördern, wurde an der BTU beibehalten. Die Förderung und Entwicklung von Beurteilungs- und Problemlösekompetenz in der jeweiligen einzigartigen Pflegesituation, der Fähigkeit zum kritischen und klinischen Denken und Selbständig werden ist über das Simulationslernen gegeben (Feinbube, 2018).

2.3 Emotionen: Teil des Simulationsbasierten Lernens

Um der zunehmenden Komplexität und den steigenden Anforderungen im Pflegeberuf gerecht zu werden, gilt es, Konzepte zur Kompetenzentwicklung zu erweitern. Im Skills-Lab der Zukunft wird interprofessionell gedacht. Die Zusammenarbeit in Lehre (interprofessionelle Lehrveranstaltungen), Skills- und Simulationstraining wird positiv wahrgenommen, wie es die Ergebnisse aus der Schweiz zeigen. Das Schnittstellenmanagement findet Optimierung (Schlegel et al., 2022).

Auch eine Orientierung an Versorgungspfaden mittels sequenzieller Simulation [SqS] ist lohnenswert. Stationen zu Pflegenden werden durchlaufen, das Besondere in dem Pfad fokussiert und die Perspektiven aller Beteiligten eingenommen. Die SqS erweitert den Blickwinkel auf andere Berufsgruppen und lässt die zu pflegende Person mit einem Vorher und Nachher erleben (Schlegel et al., 2022). Virtuelle Räume unterstützen die Transferleistung. Zunehmend finden Entrustable Professional Activities [EPAs] Anwendung in der medizinischen Ausbildung und werden als Strukturierungshilfe im Bereich der Pflegeausbildung diskutiert. Fähigkeiten und Fertigkeiten, welche für die jeweilige Pflegepraxis notwendig sind, werden gemeinsam mit den Verantwortlichen für Praxis und Theorie erhoben und bei sich ändernden Anforderungen adaptiert. Auch die Anpassung der Aktivitäten an den Ausbildungsstand im Pflegestudium ist mög-

lich (Schlegel et al., 2022).

Die Simulation ermöglicht ein Step-by-Step-Heranzuführen an unterschiedliche berufliche Situationen. Das bedeutet, dass sich in der Simulation der Raum für Intuition und Gefühle entfaltet. Nach Herold-Majumdar (2023) fördert die Simulation die Ausbildung des kritischen Denkens und die Qualitätssicherung. Sie erhöht die Selbstwirksamkeit, die Entscheidungsfindung, die Problemlösung und außerdem werden die Lernenden mit Situationen konfrontiert, in denen starke Emotionen in den Vordergrund rücken. Mit den Szenarien können sich die Simulationsbeteiligten an die Situationen herantasten. Situationen, in denen ein Mensch mit einer übelriechenden und eitrigen Wunde begleitet wird. Der intensive Geruch und die Wundbeschaffenheit können bei den Pflegenden, bspw. erst einmal Ekel auslösen. Ein mögliches Verhalten in dem Kontext: Pflegende verlassen das Zimmer, weil „es so stinkt.“

An diesem Punkt rückt die Frage in den Mittelpunkt: Was sind denn Emotionen?

Allgemein und vertiefend ausgedrückt, repräsentieren Emotionen eine besondere konkrete Form des Handelns und Erlebens (Redna, 2023). Emotionen können theoretisch klassifiziert werden: Zu den universalen Emotionen zählen die beschriebenen von Herrn Ekman: Angst,

Ekel, Trauer, Wut und Hoffnung. Die Hoffnung, einhergehend mit der Freude, der Inspiration, der Liebe, dem Stolz oder der Dankbarkeit, gehört zu den positiven Emotionen. Die Dankbarkeit, der Ekel sowie die Wut werden gleichermaßen den moralischen Emotionen zugeschrieben. Auch das Mitgefühl, die Verachtung oder die Verlegenheit sind dort mit integriert. Das Mitgefühl oder die Freude sind ein Teil der prosozialen Emotionen sowie die Empathie, das Mitleid oder das Bedauern. Herr Karandashev (2023) bettet auch den Stolz sowohl mit in die positiven als auch in die der selbstbewussten Emotionen mit ein. Auch die Peinlichkeit, die Scham sowie die Schuld integrieren diese mit in das Kategorie-System. Sodass abschließend zur Klassifikation gesagt werden kann: Die einzelnen Kategorien überschneiden sich und können nicht getrennt voneinander betrachtet werden. Was sie eint, ist das Faktum, dass ein eindeutiger Auslöser existiert, der die Art und die auslösende Situation bewertend, beeinflusst (Barnow et al. 2024).

Ein auslösender Moment spiegelt sich im Denken und Fühlen wider, was durch eine Tatsache ausgelöst wird. Eine Tatsache wie die ekelhafte Wunde, die bspw. dazu führen kann, das Zimmer erst einmal zu verlassen, weil das grünlich-gelbe Exsudat jauchig riecht. Das Fühlen und Denken scheint vorübergehend eine Fluchtreaktion auszulösen, aufgrund der visuellen und olfaktorischen Reize, die kurzzeitig die Aufmerksamkeit dominieren können. Bauer (2016) beschreibt dies als eine Bedrängung, die bereits in uns wohnt. Das Verlassen des Raums verdeutlicht eine Funktion von Emotionen, wie des Signals oder der Warnung. Je nachdem, welche Erfahrungen mit dem jauchigen Geruch in Verbindung stehen, löst es das Erleben aus. Mit der pflegerischen Diagnostik werden damit Anhaltspunkte der Gewebeschädigung und / oder der Infektionsgefahr wahrgenommen und damit einhergehende Immunreaktionen, verzögerte Wundheilung und Einschränkungen in den Aktivitäten. Neben der Flucht und Signalfunktion beschreibt Herms (2022) diese als die Grundlage der menschlichen Existenz, die unser Überleben sichert. Denn wie bereits angedeutet, aktivieren diese unser Denken und Handeln. Sie geben unserem Leben eine Richtung und setzen ein persönliches Feedback zu den individuellen und gesellschaftlichen Wünschen, Bedürfnissen und Zielen. Mit anderen Worten: Emotionen besitzen eine soziale Funktion. Sie regulieren, erleichtern und koordinieren soziale Beziehungen. Die Beziehungen hängen wiederum von kulturellen Normen, Idealen, Zielen und Bindungs- und Distanzierungsfunktionen ab (Karandashev, 2023). Die Beziehung als die Kernaufgabe Pflegender und zu Pflegender und als

elementare Ressource (Herms, 2022), die in der pflegerischen Begleitung verbindet.

- „Das war total berührend, weil du nimmst das mit und überlegst, du musst ja etwas draus machen. Was will sie mir sagen? Ich glaube, sie wollte mir sagen, dass ich von ihr lernen kann. Und ich bin ihr total dankbar, dass sie das getan hat.“ (Karoline Huber, Gerontopsychologin in Schiff; 2020, S. 193)

Das, was uns emotional berührt, hängt unmittelbar mit den kulturellen Einstellungen zusammen. Grob klassifiziert wird dabei in Gesellschaften, die den offenen Ausdruck von Emotionen begrüßen, während andere wiederum daraufsetzen, das emotionale Erleben zu unterdrücken und/oder diese zu kontrollieren (Karandashev, 2023, S.126). Am Beispiel der Wut, kann Wut als Ausdruck von Wünschen gedeutet werden, sodass sich Menschen im Beziehungsprozess aneinander anpassen. Wut kann aber auch als ein Zeichen von Unreife bewertet werden, bspw. in Beziehungsprozessen der Bescheidenheit und gegenseitigen Abhängigkeit (Karandashev, 2023). Wie kann das Ereignis gedeutet und/oder bewertet werden, wenn ein zu Pflegender wütend ist, weil Pflegende den Raum verließen, mit der Aussage „Hier stinkt's“? Pflegende zurückkehren in den Raum und die Emotion erleben, indem die zu Pflegende bspw. verbal ihrer/seiner Wut Ausdruck verleiht, indem der Mensch es entweder als Wut benennt und/oder die Pflegenden beschimpft. Von Seiten der Pflegenden kann dies als berechtigte Wut gedeutet werden, indem ein Mensch seinen Wunsch nach Nähe ausdrückt oder als Zeichen der Unreife, weil die Wut unangebracht ist. Denn der Pflegende kehrt nach dem Moment des „Besinnens“ wieder zurück.

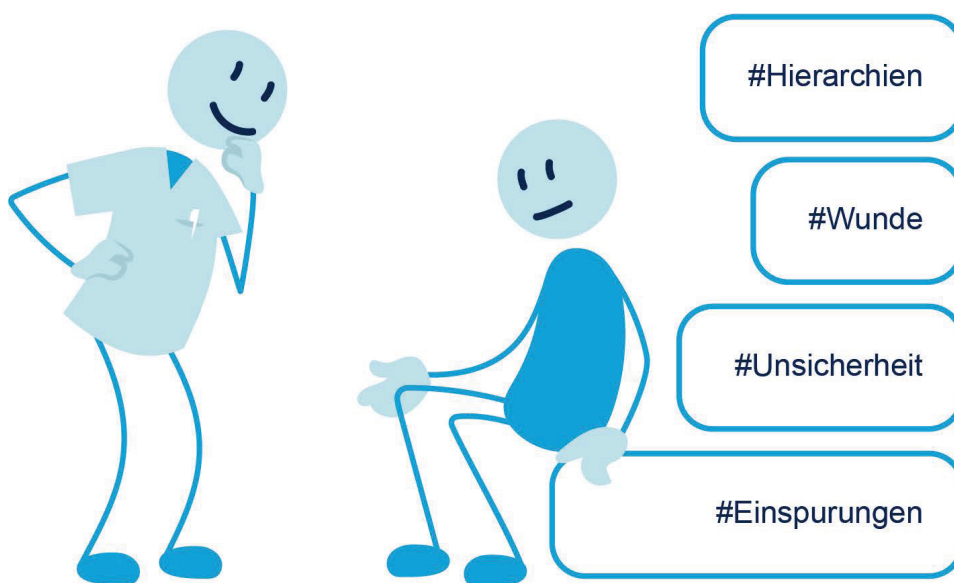
Welche weiteren Deutungsangebote wären in dem Kontext gleichermaßen denkbar?

Ergänzend hinzugefügt an dieser Stelle: Karandashev (2023) spricht Ländern mit einer hohen Emotionsdifferenzierung und hohen kulturellen Werten für Hierarchien zu, dass diese mit dem Unterdrücken von Emotionen wie Angst, Scham und Schuld darauf abzielen, die gesetzte soziale Ordnung aufrechtzuerhalten, sodass sich die Menschen den gesetzten Hierarchien anpassen. Der Kontext unterstreicht die Notwendigkeit, mit der Menschen bereit sind, die eigene Weltansicht zu erkennen und sich dessen bewusstzumachen. Und genau dies gilt es nach Bauer (2016) zu ergründen.

An welcher Wahrheit hält mein Gegenüber fest?

Die Frage als eine Einladung, den Menschen im Beziehungsprozess kennenzulernen, zu lernen und die Wahrheit des Gegenübers anzuerkennen. Während des Lehr-Lernprozesses im pflegerischen Studium lernen die Beteiligten sowohl, die eigenen als auch die Emotionen der anderen kennen. In dem Zusammenhang äußert Bauer (2016) die Erwartung, dass Menschen ein hohes Maß an Empathie aufbringen und diese Fähigkeit kontextspezifisch einbringen, als ein

emotionales Können, was die anderen als auch den Menschen selbst per se überfordert. In diesem emotionalen Raum wird deutlich, dass Arbeit und Emotionen unmittelbar miteinander verwoben sind. Die damit einhergehenden Paradoxien nach Hodapp (2020), wie die der eigenen emotionalen Bedürftigkeit vs. emotionale Bedürftigkeit Dritter, der emotionalen Reaktionen auf das Spannungsverhältnis von Entscheidungszwang und Handlungsdruck unter Unsicherheit und Ungewissheit oder der emotionalen Nähe vs. emotionale Distanz bieten einen Reflexionsrahmen.



Wie äußert sich dies beispielsweise in der Beziehung zwischen Praxislehrenden und (angehenden) Pflegenden oder zwischen zu Pflegenden und Pflegenden?

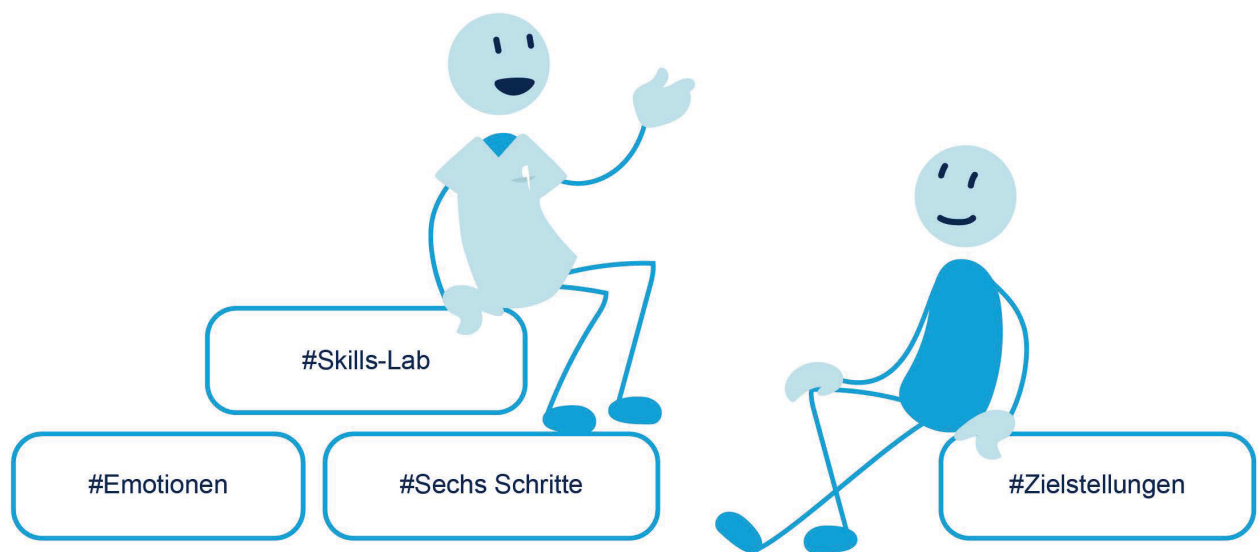
Mit dieser doppelten Perspektive erlangen die Praxislehrenden und (angehenden) Pflegenden als Forschende, über ihre eigene Subjektivität einen analysierenden Zugang zur sozialen Welt. „Ein plötzliches Gefühl – oft logisch nicht begründbar – leitet unser Handeln“ (Olbrich, 2023b). Im Umgang mit Unsicherheiten werden Einsparungen aufgeweicht oder erweitert, indem sich die Lehrenden und Lernenden in unterschiedlichen Kontexten erproben können und damit die innere Realität reflexiv aktualisieren (Arnold, 2019). Denn anders als bei medizintechnischen oder auch steuernden Maßnahmen ist der pflegerische Prozess ethisch-moralisch durchdrungen (Friesacher, 2015). Während des Pflegeprozesses

werden lang- und/oder kurzfristig Entscheidungen getroffen, deren Entschluss es zum einen auszuhalten und zu tragen gilt. Denn: „Es ist besser, unvollkommene Entscheidungen zu treffen, als immer nach vollkommenen Entscheidungen zu suchen, die es niemals geben wird.“ (Charles de Gaulle in Bosley & Kasten 2018, S. 70)

- Wie verhält sich dies mit der Bewusstheit, als Pflegenden ad hoc das Zimmer des zu Pflegenden verlassen zu haben?
- Wie können sich Pflegenden dem bewusst werden, dass sie das Zimmer verließen, mit der Konsequenz eines emotionalen Handelns des zu Pflegenden?
- Warum können wir unsere Interaktionspartner_innen „nur“ falsch verstehen? (nach Arnold, 2008)

Nach Frau Olbrich (2023) treffen doch Menschen im Alltag Entscheidungen, ohne diese explizit begründen zu können. Sie treffen Entscheidungen darauf basierend, dass sie ein sicheres Gefühl erspüren. Im pflegerischen Prozess entfaltet sich dies gerade dann, wenn besondere Situationen auftreten. Besondere Situationen können beispielsweise im Alltag auftreten, wenn eine (angehende) Pflegende einen Raum betritt, indem sich ein Mensch mit einer Wunde befindet, die bis dato vor allem durch den Geruch des Raumes dominiert.

Damit sich dieses sichere Gefühl – die Intuition ausbreitet, bedarf es Komponenten wie der Beziehung, der Empathie, der Selbstreflexion und Mut. Die Komponenten als unmittelbarer Teil in den Simulationen, in denen eigene Gefühle im Austausch mit anderen ergründet werden können. Erst mit dem 'Teilen' der jeweiligen Gefühle und Stimmungen entwickelt sich ein leibliches Betroffensein - eine Atmosphäre des jeweiligen subjektiven Erlebens.



3 Pflegewissenschaftliches Arbeiten

Wir wollen mit einer kurzen Betrachtung der Pflegewissenschaft einen Blick in den Diskurs werfen und zum wissenschaftlichen Arbeiten hinführen - als Bestandteil des Evidence-based Nursing, des Studiums der Pflegewissenschaft sowie der Praxisanleitung und –begleitung von Studierenden im Studiengang der BTU.

Und ja, die Studierenden erwerben den akademischen Grad Bachelor der Pflegewissenschaft. Damit erlangen sie Kompetenzen, in hochkomplexen Pflegesituationen eigenständig analytisch, bewertend, aktiv, gestalterisch und lösungsorientiert zu handeln und berufsfeldübergreifend Zusammenhänge herzustellen (PfIBG § 37; PflAPrV § 32, 35-37). Wissenschaftliche Erkenntnisse bieten dafür die Grundlage.

3.1 Intro zur Handlungswissenschaft

Was Pflegewissenschaft ist, darüber wurde in vielen Artikeln und ganzen Büchern debattiert. Der Meinungs- und Erkenntnisaustausch dazu hält an (Bartholomeyczik 2017; Sieger 2005).

Die Pflegewissenschaft wird je nach Autor_in als Handlungswissenschaft und/oder Praxiswissenschaft angesehen (Bartholomeyczik, 2017; Behrens, 2010; Dornheim, Maanen et.al. 1999). Wie z. B. die Medizin, hat die Pflegewissenschaft (aber auch die therapeutischen Wissenschaften) eigene, von anderen Wissenschaften abtrennbare Gegenstände. Sie bietet die Basis für „Einzelfallentscheidungen unter Handlungsdruck und Begründungszwang gemeinsam mit einzigartigen Klienten“ (Behrens & Langer, 2016, S. 57).

Nur aus pflegewissenschaftlicher Perspektive gepaart mit pflegepraktischem Verständnis kann die Pflege weiterentwickelt werden.

Wenn wir es aus der Perspektive der (heutzutage mehr selbstbestimmten und selbstbewussten) zu Pflegenden betrachten: Sie haben ein Recht auf bestmögliche Behandlung und Pflege. Und deshalb erwarten sie auch eine wissenschaftlich fundierte Betreuung, Beratung und Pflege.

3.2 Wissenschaft leicht gemacht: der Hintergrund

Bei der Betreuung und Anleitung der Studierenden in der Pflegepraxis steht deren Studienziel im Fokus, die „Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse auf der Grundlage wissenschaftsbasierter oder wissenschaftsorientierter Entscheidungen“ (PfIBG § 37 Abs.3, Satz 3). Und das muss - gemeinsam mit den weiteren Beteiligten der hochschulischen Pflegeausbildung - sowohl an der Hochschule als auch in der Praxis in den Studiengängen für Pflegewissenschaft angebahnt werden.

Darüber, was genau Wissenschaft ist, wird auch unter Wissenschaftlern diskutiert. Und welchen Stellenwert im wissenschaftlichen Gefüge die Pflegewissenschaft einnimmt, ist den Pflegewissenschaftler_innen bewusst. Wissenschaftler_innen aus anderen Disziplinen erwarten vertiefende Transparenz als ihre jeweilige Grundlage des Verstehens für das, was „Pflege“ ist.

Auch die Pflegewissenschaft bedient sich der „allgemeingültigen“ Methoden des wissenschaftlichen Arbeitens, um Erkenntnisse über ihre Profession zu gewinnen, diese Erkenntnisse in Wissen, Können und Handeln zu überführen und damit Aktualität zu gewährleisten. Ziel ist es, durch systematisches Vorgehen Probleme zu identifizieren, Fragestellungen abzuleiten und damit im besten Falle die Probleme zu lösen. Jedoch kann auch der Weg das Ziel sein und damit kommt der Gewinnung von Erkenntnissen eine wesentliche Bedeutung zu. Daraus entsteht dann „neues“ Wissen, mit und in dem pflegerischen Handeln, sodass damit die Profession weiterentwickelt wird (Panfil, 2022). Es kommt letztendlich darauf an, wie dieses neue Wissen Einzug halten kann in die Pflege, also wie und durch wen die Forschungsergebnisse umgesetzt werden können.

„Alle Pflegenden sollten sich der Bedeutung wissenschaftlichen Arbeitens bewusst sein. Nur eine Minderheit wird eigene Untersuchungsprojekte durchführen wollen oder können. Alle Pflegenden sollten jedoch wissen, wie man nach sachdienlichen Veröffentlichungen sucht und wie man diese Veröffentlichungen einer kritischen Würdigung unterzieht. Ziel ist, sich der gedanklichen Grundlagen ihrer pflegerischen Tätigkeit klar zu werden“ (Wilson, Butterworth, 2000, S. 1).

Wer kritisch hinterfragt, was er oder sie bzw. „die Pflege“ tut, bedient sich Methoden des wissenschaftlichen Arbeitens und ist forschungs offen. Indem diese Person wissenschaftliche Literatur, Artikel und Texte liest, entwickelt sie ein Bewusstsein für die Bedeutung von Forschung. Darüber hinaus unterzieht sie Untersuchungsergebnisse einer kritischen Analyse, hinsichtlich Nutzens, Relevanz und Umsetzungspotenzial, wodurch sie wissenschaftlich und forschungsbasiert arbeitet. Wer seine eigenständigen und kreativen Gedanken mit bereits vorliegenden wissenschaftlichen Befunden systematisch und methodisch verknüpft, leistet einen weiteren wichtigen Beitrag zur wissenschaftlichen Arbeit. (Wilson, Butterworth, 2000; Bohl, 2008)

Fundament des wissenschaftlichen Arbeitens in der Pflege ist die Methode des „Evidence based Nursing“ [EBN]. Mit dieser Methode werden Pflegenden in die Lage versetzt, Forschungsergebnisse in individuellen Pflegesituationen zu überprüfen und an die Interessen und Bedürfnisse der Pflegeempfänger anzupassen (Hümer-Wittig, 2021, S. 175ff.).

„Evidence based Nursing ist die Nutzung der derzeit besten wissenschaftlich belegten Erfahrungen Dritter im individuellen Arbeitsbündnis zwischen einzigartigen Pflegebedürftigen oder einzigartigem Pflegesystem und professionell Pflegenden“ (Behrens & Langer, 2016, S. 25).

Was bedeutet „Evidence“?

Das aus dem Englischen kommende Wort Evidence bedeutet laut dict.leo.org (Leo GmbH, Onlinewörterbuch) Beweis, Beleg. Erfolgt die Pflege evidenzbasiert, dann liegen ihr gemeinsame pflegerische Entscheidungshandlungen zwischen Pflegendem/Pflegender und zu Pflegendem (Arbeitsbündnis) zugrunde, mit dem Ziel, Probleme zu lösen. Diese evidenzbasierten Entscheidungshandlungen speisen sich nach Behrens und Langer (2016, S. 28ff) aus a) Erkenntnisse aus wissenschaftlichen Studien (= externe Evidenz) und b) klinischen Erfahrungen und Präferenzen von Pflegekräften und Patient_innen (= interne Evidenz), beeinflusst durch Umgebungsbedingungen (z. B. ökonomische Anreize, Vorschriften und gesetzliche Regelungen).

Die a) externe Evidenz existiert unabhängig von der Pflegefachperson und deren zu Pflegenden, beinhaltet wissenschaftlich erwiesene Erkenntnisse über die Wirksamkeit von z. B. Pflegeinterventionen, Diagnoseverfahren, technischen Geräten und Prozessen und findet sich z. B. in wissenschaftlichen Studien/Reviews wieder. Sie sind z. B. Grundlage für Richt- oder Leitlinien und Standards.

Die b) interne Evidenz basiert auf Überzeugungen der miteinander agierenden und kommunizierenden Personen (Pflegende und zu Pflegenden), die sich aus klinisch-praktischen Erfahrungen und Routinen, aus individuellen und biografischen Erfahrungen, aus ausgehandelten pflegerischen Zielen und Wünschen der Beteiligten und Erfahrungen im Umgang mit Beeinträchtigungen (Behrens & Langer, 2016; Hümer-Wittig, 2021).

Es muss immer darum gehen, durch die Verknüpfung von externer mit interner Evidenz für den einen zu Pflegenden eine aktuelle und individuelle Pflegeentscheidung zu treffen.

Daraus ableitend lässt sich folgende Frage beantworten.

Wozu benötigt man evidenzbasierte Pflege(-praxis)?

EBN ist anerkannt als Problemlösungsprozess für die Pflegepraxis. Mit ihr lässt sich die Wirksamkeit von Interventionen und Untersuchungsverfahren überprüfen. Sie dient als Argumentationsgrundlage von pflegerischem Handeln. Sie hilft, Unsicherheiten aufzulösen und Grenzen zu erkennen. Mittels EBN lassen sich Entwicklungen auf dem Gebiet der Pflege national und international beobachten und nachvollziehen. Hieraus wird 'neues' Wissen generiert und letztendlich die Versorgungsqualität verbessert und/oder weiterentwickelt und aufrechterhalten.



3.3 Wissenschaft leicht gemacht: die Schritte des EBN-Prozesses

Der Prozess der evidenzbasierten Pflege erfolgt in sechs Schritten (Abb. 4). Er folgt damit der Struktur des Pflegeprozesses.

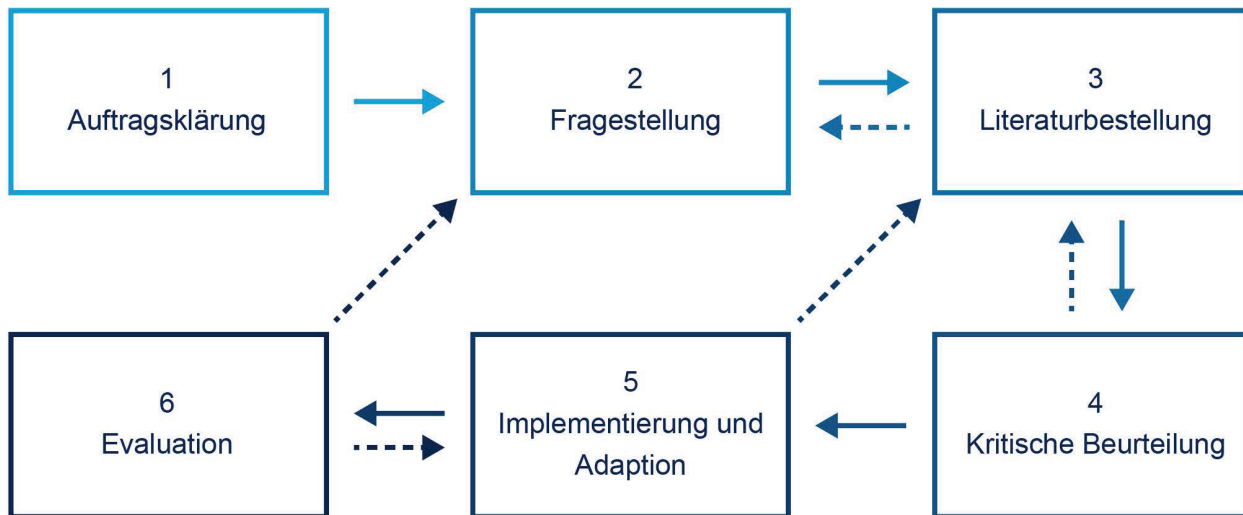


Abbildung 4: Schritte der EBN-Methode. adaptiert nach Behrens & Langer (2016). von N. Hirche.

Schritt 1: Auftragsklärung (Abb. 4)

Hier geht es darum, zu klären, was der pflegerische Auftrag ist. Das geschieht mit der Einrichtung (deren Hauptaufgabe, z. B. Organisationszweck und Leitbild - zu finden) und dem/der Pflegebedürftigen (gemeinsames Herausarbeiten von konkreten Fragestellungen oder Problemen, die einer pflegerischen Entscheidung bedürfen). Hier muss auch abgeklärt werden, ob und wer (z. B. organisatorisch, disziplinar) für bestimmte Aufträge zuständig ist. Dieser Schritt wird in der Regel sehr schnell durchlaufen und muss nicht ständig wiederholt werden, ist aber bedeutsam für die Effizienz und Wirksamkeit des Prozesses (Behrens & Langer, 2016).

Ein Beispiel: In einem Krankenhaus kommen Maßnahmen der Aromapflege als Teil der ganzheitlichen Pflege in Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen und Verdauungsstörungen zum Einsatz. Auch auf der onkologischen Station werden sie bei Tumorpatient_innen zur Linderung von Übelkeit und Erbrechen bei der Chemotherapie eingesetzt. Die neue Pflegefachperson, die gerade erst erfolgreich ihren Bachelor Pflegewissenschaft erlangte, hatte auf einem Kongress einen Workshop zur Aromapflege absolviert und sich dort mit weiteren Wirkungsweisen von Phytotherapeutika und ätherischen Ölen auseinandergesetzt.

Ihr Vorschlag, ätherische Öle auch zur Linderung von Schlafstörungen einzusetzen, trifft auf großes Interesse bei der Stationsleiterin. Diese weiß jedoch um Schwierigkeiten der Integration von pflegerischen (und medizinischen) Interventionen, die über klassische Maßnahmen hinausgehen, und hat deshalb das Thema bei der nächsten interdisziplinären Teamsitzung auf die Tagesordnung gesetzt. Die Stationsleiterin beauftragt die Pflegewissenschaftlerin, sich mit Argumenten vorzubereiten, um ihr Ansinnen (weitere Vorteile der Aromapflege) vorzustellen. Die Pflegewissenschaftlerin begibt sich in den Prozess des EBN.

Schritt 2: Fragestellung (Abb. 4)

Aus einer identifizierten Problematik eine konkrete, verständliche und beantwortbare Frage zu formulieren, erleichtert die Recherche zum Thema, dient der Findung von externer Evidence und hilft bei der Umsetzung in die Pflegepraxis. Um eine möglichst klar beantwortbare Frage zu Interventionen zu formulieren, hilft das PIKE- (engl. PICO-)Schema (Behrens & Langer, 2016; Hümer-Wittig, 2021; Panfil, 2022).

P steht für den/die **Pflegebedürftigen/Pflegebedürftige** oder eine Gruppe von Pflegebedürftigen und deren Problem. (engl. Patient/Population)

I steht für eine **Intervention**, die von Interesse ist, es kann eine momentan angewendete oder infrage kommende neue Intervention sein, die mit z. B. anderen Interventionen verglichen werden soll. (engl. Intervention)

K beschreibt die **Kontrollintervention**, mit der die momentan angewendete oder infrage kommende neue Intervention hinsichtlich des Erfolges verglichen werden soll. (engl. Comparison)

E ist das **Ergebnis** bzw. der Effekt, an dem gemessen wird, ob und wie sich ein angestrebtes oder erhofftes Resultat eingestellt hat. (engl. Outcome)

Bezogen auf das Beispiel Aromapflege wendet die akademisierte Pflegefachfrau das PIKE-Schema an. Es dreht sich bei ihr um folgende Schwerpunkte: P = Tumorkrank_innen, während der Chemotherapiebehandlung, I = Aromapflege, K = keine Intervention, E = verbesserter Schlaf. Daraus leitet sie eine Fragestellung ab, deren Beantwortung Grundlage ihres Vortrages und ihrer Argumentation in der Teambesprechung sein soll: Welchen Effekt hat die Anwendung einer Inhalation von ätherischen Ölen auf die Schlafqualität von Tumorkrank_innen während der Chemotherapiebehandlung?

Schritt 3: Literaturrecherche (Abb. 4)

Die Literaturrecherche ist eine Grundfertigkeit wissenschaftlichen Arbeitens, umfasst alle Maßnahmen zur Identifizierung relevanter Literatur, ist nicht auf ein bestimmtes Medium beschränkt und reicht von der unsystematischen Suche, z. B.: Schneeballsystem, bei dem Literaturverzeichnisse oder Quellenangaben einer relevanten Literatur durchsucht wird bis zur systematischen Literaturrecherche (Panfil, 2022, S. 147ff.). Dabei kann prinzipiell auf alle Quellen der Literatur und Forschung zurückgegriffen werden, also Bücher, Fachzeitschriften, Internetartikel. Verwendbar sind Metaanalysen, systematische Übersichtsarbeiten, qualitative und quantitative Studien, Fallstudien, Einzelfallstudien und Diskussionen (Behrens & Langer, 2016; Mayer, 2022). Empfehlenswert aufgrund der Aktualität der Ergebnisse sind Recherchen in Literatur- und Forschungsdatenbanken (auch englischsprachigen!), wie z. B. PubMed, Carelit, Medline, CINAHL, Cochrane sowie der Blick auf (pflege)wissenschaftliche Fachzeitschriften wie PFLEGE, Pflegewissenschaft, die Schwester/Der Pfleger, Padua oder Heilberufe.

Neben der Suche nach Lösungen bzw. Antworten auf Problemstellungen im EBN-Prozess hilft die Literaturrecherche auch dabei, persönliches oder berufliches Wissen (z. B. für die eigene Arbeit, aber auch als Multiplikator_in) zu erweitern, 'neues' kennenzulernen, argumentationsfähig zu sein oder eine Abschlussarbeit (z. B. zum Bachelor Pflegewissenschaft oder zur Praxisanleitung in der Pflegeausbildung) zu schreiben.

Nach dem Finden und Formulieren einer Frage- bzw. Problemstellung kann man wie folgt weiter verfahren (vgl. Behrens & Langer, 2016; Mayer, 2018; Panfil, 2022):

- Suchen entsprechender Literatur in Datenbanken
- Spezialisieren der Suche und Eingrenzen der Ergebnisse
- Auswählen geeigneter Literatur anhand bestimmter Kriterien

Für die systematische Literatursuche werden in aller Regel Suchbegriffe (Keywords) in Deutsch und Englisch genutzt. Suchbegriffe sind Wörter, die den gewünschten Inhalt repräsentieren. Dazu sollte die Fragestellung bzw. das Thema in kleinere Komponenten zerlegt werden, dann den Komponenten einzelne Begriffe zugeordnet und Synonyme (z. B. mithilfe Thesaurus) gefunden werden. Für die Nutzung englischsprachiger Datenbanken ist eine Übersetzung der Suchbegriffe (Keywords) ins Englische notwendig.

Um bei unserem Beispiel aus den vorherigen Schritten zu bleiben, könnte die akademisierte Pflegefachfrau folgende Suchbegriffe ihrer Recherche zugrunde gelegt haben:

P: Krebspatienten und –patientin/nen mit Chemotherapiebehandlung (neoplasm, tumor, cancer, malignancy, chemotherapy),

I: Aromapflege (phytotherapy, aromatic therapy, essential oil),

K: keine Einschränkungen,

E: Schlafqualität (sleep, sleep quality oder quality of sleep).



Um viel zu viele und irrelevante Ergebnisse bei der Suche zu vermeiden, empfiehlt es sich, die Suche mit drei Techniken zu verfeinern: **Trunkierung** (ggf. auch Maskierung), **Bool'sche Operatoren und Limits** (Mayer, 2018, S. 185f.; Behrens & Langer, 2016, S. 121ff.). Das könnte sich bei unserem Beispiel Aromapflege wie folgt darstellen:

Trunkierung: Hierbei wird ein Platzhalter verwendet, der beliebig viele Buchstaben ersetzt. Das kann am Wortanfang oder am Wortende sein. Dazu wird der Suchbegriff abgekürzt und mit einem Sternchen * versehen.

Beispiele dazu sind: inhal* sucht nach inhale oder inhalation; aromatherap* sucht nach phytotherapy oder aromatherapeutic; sleep* sucht nach sleep oder sleeping

Bei der **Maskierung** wird genau ein Zeichen durch ein Fragezeichen - ? - als Platzhalter ersetzt. So kann man gleichzeitig nach gleichen Worten in verschiedenen Sprachen oder Fachsprache/unterschiedlicher Schreibweisen suchen. (De?cubitus sucht nach Decubitus und Dekubitus, wom?n sucht gleichzeitig nach woman und women). In unserem Beispiel findet das keine Anwendung.

Bool'sche Operatoren (Tabelle. 2): Durch diese werden verschiedene einzelne Suchbegriffe logisch miteinander verbunden und somit das Suchen gezielter.

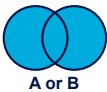
Bool'sche Operatoren		
„ODER“ bzw. „OR“ Aromapflege ODER Schlafqualität	 A or B	Es werden Ergebnisse angezeigt, die entweder „Aromapflege“ ODER „Schlafqualität“ enthalten. Dadurch finden sich auch Ergebnisse, die beide Begriffe enthalten.
„UND“ bzw. „AND“ Aromapflege UND Schlafqualität	 A and B	Es werden Ergebnisse angezeigt, die beide Suchworte „Aromapflege“ UND „Schlafqualität“ enthalten. Nicht angezeigt werden Ergebnisse, die nur einen der beiden Begriffe enthalten.
„OHNE“ bzw. „NOT“ Aromapflege OHNE Schlafqualität	 A not B	Es werden Ergebnissen angezeigt, die „Aromapflege“ enthalten, aber nicht „Schlafqualität“. Dadurch werden Ergebnisse, die beide Begriffe enthalten, NICHT angezeigt.
Operatoren können auch miteinander kombiniert werden durch Klammern, um Inhalte gemeinsam zu suchen, z.B. Aromapflege UND (Schlafqualität ODER Schmerzen) oder z.B. Aromapflege UND Schlafqualität OHNE (Schmerzen ODER Übelkeit)		Es werden Ergebnisse angezeigt, die „Aromapflege“ UND „Schlafqualität“ enthalten sowie auch Ergebnisse, die „Aromapflege“ UND „Schmerzen“ enthalten. oder z.B. Es werden Ergebnisse angezeigt, die „Aromapflege“ enthalten UND „Schlafqualität“, die aber NICHT auch noch „Schmerzen“ ODER „Übelkeit“ enthalten.

Tabelle 2: Bool'sche Operatoren. adaptiert nach Mayer 2018; Behrens & Langer 2016. von N. Hirche.

Limits: Dabei handelt es sich um verschiedene Kategorien, deren Hinzuziehung oder Ausschluss die Recherche eingrenzen kann (und dadurch hilft, die Anzahl der Suchergebnisse zu reduzieren). In unterschiedlichen Datenbanken gibt es verschiedene Limits, welche ausgewählt werden können.

Eine Eingrenzung ist u.a. möglich: hinsichtlich des Artikeltyps (z. B. sollen nur Metaanalysen gesucht werden), des Publikationszeitraumes (z. B. nur Dokumente, die ab 2014 erschienen sind), der Publikationssprache (z. B. nur in Deutsch und Englisch) oder hinsichtlich der untersuchten Altersgruppe (z. B. nur Kinder und Jugendliche bis 21 Jahren).



Die gefundenen Ergebnisse sollten nun genauer durchleuchtet werden. Die Titel und Zusammenfassungen (sog. Abstracts) werden quergelesen und inhaltlich zur Forschungsfrage passend überprüft, es erfolgt ein Abgleich und eine Auswahl anhand weiterer Ein- und Ausschlusskriterien und die Studien/Übersichtsarbeiten/Texte werden auf ihre Beschaffbarkeit hin überprüft (also freie Verfügbarkeit im Internet, den Bezug über Bibliotheken und Hochschulnetzwerke, die Nutzung von Lieferdiensten und auch die Autoren der Studien/Übersichtsarbeiten persönlich).

Für unser Beispiel der Aromapflege könnte die Limitierung in der Datenbank PubMed bei den Suchbegriffen phytotherapy AND sleep AND cancer wie folgt aussehen (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=phytotherapy+and+sleep+and+cancer>):

Ohne Limits (=Filter) werden 30 Resultate angezeigt.

Bei einer Verwendung folgender Limits (= Filter): „Frei verfügbare Volltexte“ / Publikationsdatum „10 Jahre“ / Artikelsprache „deutsch“ und „englisch“, reduzieren sich die gefundenen Resultate auf zehn, wobei ein Ergebnis eine Metaanalyse ist, die mehrere Studien zusammenfasst. (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=phytotherapy+and+sleep+and+cancer&filter=simsearch2.fff&filter=datesearch.y_10&filter=lang.english&filter=lang.german)

Wenn die akademisierte Pflegewissenschaftlerin aus unserem Beispiel ggf. weitere Datenbanken durchsucht und auch dort das Prüfprozedere durchläuft, wären am Ende möglicherweise vier oder fünf übrig gebliebene relevanten Studien bzw. Übersichtsarbeiten realistisch.

Diese herausgefilterten Studien werden nun dem vierten Schritt des EBN-Prozesses unterzogen.

Schritt 4: Kritische Beurteilung der Studien (Abb. 4)

Nicht alle Ergebnisse des Rechercheprozesses entsprechen einer hohen Qualität, Aussagekraft, Aktualität und thematischer Übereinstimmung. Einige weisen Mängel auf, die die von den Autor_innen aufgestellten Behauptungen nicht ausreichend untermauern bzw. bestätigen. Es kommt nun darauf an, Stärken und Schwächen der gefundenen Literatur einzuschätzen und damit abzuwägen, ob die Literatur zur Beantwortung der eigenen Forschungsfrage aussagekräftig genug ist und geeignet, die eigene Arbeitswelt zu beeinflussen. Es geht also u.a. darum, die interne Evidenz zu reflektieren (Behrens, 2006), eigenes pflegerisches Handeln mit externer Evidenz abzugleichen und anzupassen. Somit lassen sich Teammitglieder überzeugen, weitere Interventionen hinzuzuziehen oder bisherige zu ersetzen, auch um pflegerische Handlungen im Sinne der bzw. gemeinsam mit den individualisiert anzupassen.

Zuallererst kann die Literatur nach bestimmten a) Kriterien näher beleuchtet und darüber hinaus, je nach Art der Studie bzw. nach Art des Forschungsdesigns, bestimmte b) Werkzeuge zur kritischen Überprüfung („Critical appraisal tools“) hinzugezogen werden (Behrens, Langer, 2016; Hümer-Wittig, 2021; Wilson, Butterworth, 2000).

a) Beispielhafte Kriterien der näheren Betrachtung sind:

- Wer ist der/die Autor_in (z. B. gibt es biografische Angaben; wo bzw. für wen ist er/sie tätig; welcher Profession ist er/sie zuzurechnen u.a.m.)?
- Was ist das Ziel der Forschung und wer hat diese beauftragt (z. B. Absichten, Forschungsfragen, Hypothesen, evtl. Finanzierung/Interessenkonflikte)?
- Welche Literatur wird bei der Forschungsarbeit betrachtet, um das Thema einzuordnen und abzugrenzen (z. B. wie alt bzw. neu ist die Literatur, wird Primärliteratur – also Originalarbeiten – hinzugezogen, wird die Literatur kritisch gewürdigt und, wie wird mit Zitaten und Quellenangaben umgegangen)?
- Welches Forschungsdesign liegt zugrunde und passt es zum Forschungsziel (quantitative oder qualitative Forschung)?
- Werden ethische Grundsätze eingehalten (z. B. wurden Proband_innen ausreichend informiert, nahmen sie freiwillig teil, wurden die Daten anonymisiert, bestanden während der Studie Risiken für die Proband_innen, wurde ggf. ein Ethikkomitee vor Beginn der Studie konsultiert)?

b) Vergleich quantitative und qualitative Forschung

Es gibt unterschiedliche Forschungsansätze, die sich im Laufe der Zeit herausgebildet und auch in der Pflegeforschung zu zwei eigenständigen Bereichen entwickelt haben (Mayer, 2018, S. 65ff).

Beide Bereiche näher zu erläutern würde den Rahmen an dieser Stelle sprengen und ist in einschlägiger Pflegeforschungsliteratur gewürdigt. Einige Charakteristika beider Forschungsansätze sind in nachfolgender Tabelle in Anlehnung an Hanna Mayer (2018; 2004) gegenübergestellt.

	Quantitativer Ansatz	Qualitativer Ansatz
Grundorientierung	naturwissenschaftlich	Geistes- bzw. Humanwissenschaften
Wirklichkeit	objektiv	subjektiv
Forschungslogik / Denkprinzip	Deduktiv (schließt von allgemeinen Erkenntnissen aus bestimmten Beobachtungen auf einen Einzelfall, bezogen auf Gegenwart und Vergangenheit)	Induktiv (schließt vom Einzelfall auf die Allgemeinheit, bezogen auf die Zukunft)
Mensch als Gegenstand der Forschung	Bio-psycho-soziale Wesen, die sich	Komplexe Wesen
Ziel der Forschung	bestehende Theorien überprüfen	neue Theorien aufstellen
Vorgehen	standardisierte Methoden	Halb- oder nicht standardisierte (offene) Methoden
Stichprobe	Zufallsstichprobe, möglichst große Anzahl, Repräsentativität (allgemeingültige Rückschlüsse sind möglich)	Gezielte Stichprobe, geringe Probenzahl, Datensättigung (zusätzliche Daten liefern keine neuen Informationen für die Schlussfolgerungen aus den Daten)
Daten	Zahlenmaterial	verbale Beschreibungen
Forschungsfragen	Auf Häufigkeit, Auswirkungen oder Zusammenhänge (Kausalitäten) bezogen	Auf die Art der Erfahrung oder des Erlebens bezogen
Beispiele	<i>Wie effektiv ist die Anwendung von (spezifischen) ätherischen Ölen bei der Verbesserung von Schlafstörungen von Krebspatient*innen?</i>	<i>Welchen Einfluss haben ätherische Öle auf den Schlaf bei Krebspatient*innen?</i>

Tabelle 3: Auswahl von Charakteristika der quantitativen und qualitativen Forschungsansätze. adaptiert nach H. Mayer (2004 & 2018). von N. Hirche.

Je nach Art des Forschungsdesigns bieten verschiedene Bewertungsbögen (Critical appraisal tools), Hilfestellung zur Studienbewertung, also zur Einschätzung, wie gut die Ergebnisse der Studien sind. Solche Bewertungsbögen gibt es z. B. vom EBN-Center des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Universitätsmedizin Halle oder von der Cardiff University in Wales.

Mit diesen Hilfsmitteln können die Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit der Studien auf die eigene Fragestellung hin überprüft und die Erkenntnisse durch eine schriftliche Zusammenfassung im fünften Schritt des EBN-Prozesses überführt werden.

Die Studierenden der Pflegewissenschaft folgen bei der Anfertigung ihrer Bachelorarbeit bis hierhin dem EBN-Prozess. Zumeist stoßen die Studierenden während des Arbeits- und Lernprozesses in Theorie und Praxis auf ein mögliches Thema bzw. Problematik und gehen interesselgeleitet und vertiefend in die Auseinandersetzung damit. Oftmals entwickeln sie daraus eine Forschungsfrage, die in der schriftlich festgehaltenen Auseinandersetzung (Bachelorarbeit) beantwortet wird.

In der Partnerschaft zwischen der Hochschule und den Praxiseinrichtungen liegt ein großes Potenzial für die gemeinsame, kooperative Weiterentwicklung der Pflegepraxis. Aktuelle (akute) Probleme und Fragestellungen können aus der Praxis heraus von Studierenden im Rahmen der Bachelorarbeit innerhalb des wissenschaftlichen Arbeitsprozesses kritisch untersucht und für die Praxis beantwortet werden.

Auch unsere beispielgebende akademisierte Pflegefachfrau hat ihre gefundenen Studien und deren ausgewertete Daten einer kritischen Bewertung unterzogen und dann ihre Erkenntnisse zusammengetragen. Als Fazit der Studien stellt sie eine Effektivität ätherischer Öle bei Schlafstörungen bei Patient_innen mit einer Chemotherapiebehandlung heraus.

Schritt 5: Implementierung und Adaption (Abb. 4)

Welche Gründe tragen dazu bei, sich auf den zugegeben etwas schwierigen und manchmal auch langwierigen Weg, der bis hierher beschrieben wurde, zu begeben? Erinnert sei hier an das beschriebene Beispiel aus Schritt eins (Aromapflege und Schlafqualität). Es geht um die Veränderung der Pflegepraxis durch die Übertragung des gefundenen Wissens in die eigene Praxis.

Für Behrens und Langer (2016, S. 245) beinhaltet das „drei Aufgaben, die nur alle zusammen zu lösen sind:

1. die Veränderung der Pflegepraxis in der je einzigartigen Beziehung zwischen einem individuellen Pflegebedürfnis und einer einzigartigen Pflegenden
2. die Adaption der Arbeitsorganisation
3. die Implementierung von EBN-Prozessen in Organisationen.“

Für den EBN-Prozess kann es zum einen bedeuten, das Ergebnis der eigenen Forschungsfrage in pflegerische Maßnahmen einfließen zu lassen (Behrens & Langer, 2016). In einem Interaktions- und Aushandlungsprozess mit dem/der Pflegebedürftigen können also Pflegemaßnahmen umgestellt bzw. an die aus der Forschungsarbeit gewonnenen Erkenntnisse angepasst werden. Wenn sich dieses Vorgehen in genau der mit dem/der

Pflegebedürftigen ausgehandelten Pflegesituation als erfolgreich herausstellt, dann kann zum anderen die Intervention auch mit weiteren Pflegebedürftigen umgesetzt werden.

Pflegefachpersonen in Qualitätszirkeln und Arbeitsgruppen, aber auch Mitarbeitende mit spezifischen Stellenprofilen (also z. B. ANP, Bachelor Pflegewissenschaft oder Pflegemanagement, Praxisanleitende) prüfen, leiten und begleiten den Prozess.

Um erneut auf unser Beispiel zu schauen: Die akademisierte Pflegefachfrau wendet im Pflegeprozess nach Aushandlung des Procederes mit zwei stationär betreuten Patienten_innen die Aromapflege an. Nach zwei Wochen bekommt sie durch die Patient_innen die Rückmeldung einer subjektiv geringer empfundenen Beeinträchtigung des Schlafes nach der abendlichen Aromapflege. Nun wird dieses Vorgehen weiteren Patient_innen in einer ausführlichen Beratung dargelegt und von diesen auch angenommen.

Schritt 6: Evaluation

Mit diesem Schritt wird der Nutzen der realisierten Erkenntnisse, also der Erfolg, bewertet.

Sind durch Veränderungen der Pflegehandlungen, der Interaktionen mit Patient_in/Angehörigen/interprofessionellem Team, der Rahmenbedingungen und Organisationsstrukturen die gewünschten Ergebnisse/Outcomes eingetreten? Ist der Nutzen dieser Veränderungen größer als der dafür betriebene Aufwand? Können diese Ergebnisse dauerhaft in die Pflegepraxis überführt werden und diese dadurch weiterentwickeln? (Behrens & Langer, 2016)

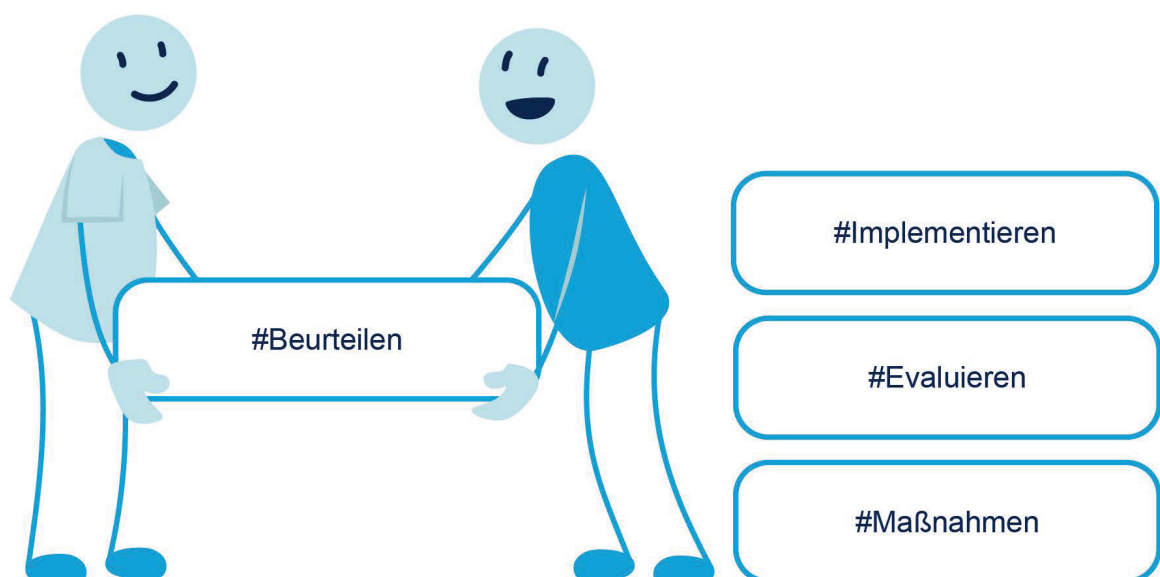
Der Weg zur dauerhaften Implementierung der veränderten Pflegepraxis wird durch eine positive Beantwortung dieser Fragen geebnet. Dies führt zu der Entwicklung geeigneter Pflege- bzw. Hausstandards, die sicherstellen, dass die Veränderungen nachhaltig in den Arbeitsalltag integriert werden (Behrens & Langer, 2016; Hühmer-Wittig, 2021).

Sollten die Wirkungen implementierter Maßnahmen nicht die gewünschten Reaktionen hervorrufen, dann kann mittels EBN-Prozesses durch eine Änderung der Fragestellung bzw. eine erneute Recherche die Zielerreichung angesteuert werden.

Unsere beispielgebende examinierte Pflegefachfrau hat in Zusammenarbeit mit zwei Prozessbegleiter_innen des Qualitäts- und Pflegemanagements nach sechs Monaten die Daten der von der Aromapflege profitierenden Patient_innen zusammengetragen, visualisiert und in der interdisziplinären Teamsitzung präsentiert. In der Folge wird nun (nach Prüfung aller notwendigen Bedingungen) die Aromapflege zur Reduzierung von Schlafstörungen in einen Pflegestandard der Station überführt und dauerhaft auf der onkologischen Station angewandt.

Die Bereichsleiterin des Diabeteszentrums der Klinik – eine akademisierte Pflegeexpertin für Diabetespatient_innen - wurde auf den Projektbericht aufmerksam. Dadurch inspiriert, plant sie, im Rahmen eines eigenen Projektes auf ihrer Station zu eruieren, wie sich die topische Anwendung ätherischer Öle bei diabetischen Fußulcera auf die Wundheilung auswirkt. Mit einer auf ihrer Station tätigen Studierenden der Pflegewissenschaft bespricht sie die Möglichkeit, das Thema in der anstehenden Bachelorarbeit zu untersuchen. Damit könnte Schritt 2-4 des EBN-Prozesses durchlaufen und im Ergebnis möglicherweise eine Basis für die Implementation auf der Station geschaffen werden.

Ausgehend von der skizzierten Literaturrecherche, die grundsätzlich in unterschiedlicher Tiefe umgesetzt werden muss, um pflegespezifischer Prozesse und Phänomene in den jeweiligen Lebenssituationen der Menschen zu erforschen, können bspw. gezielte Maßnahmen implementiert und evaluiert werden. Daran werden die (angehenden) Pflegenden während des Studiums bspw. mit Lernaufgaben herangeführt, wie der folgende Abschnitt entfaltet.



3.4 Wissenschaft leicht gemacht: Lern- und Arbeitsaufgaben als Brücke zwischen Hochschule und Berufspraxis

Lern- und Arbeitsaufgaben bieten einen methodischen Ansatz der Praxisanleitung und werden von der Institution Hochschule den Studierenden und Praxisanleitenden zur Verfügung gestellt. Die Bearbeitung erfolgt in der berufspraktischen Phase des Studiums. Diese Aufgaben bauen auf das Wissen der jeweiligen Modulinhalte auf, mit dem Fokus auf die Vertiefung oder die Reflexion inhaltlicher Schwerpunkte. Die Aufgabenstellungen sind situationsorientiert/ fallorientiert und dienen dem Erwerb beruflicher Kompetenzen zum selbstgesteuerten und selbstorganisierten Lernen (Leibig & Sahmel, 2019). Praxisanleitende, in ihrer Rolle als Pädagog_innen, unterstützen diesen Lernprozess durch Gespräche (Erstgespräche mit Zielvereinbarung, Terminfindung etc.). Dafür lassen sie ihre berufliche Expertise in die Anleitung und Reflexion einfließen. Vorteile für die Praxisanleitenden sind in der wissenschaftlichen Arbeit durch Literaturrecherche und Leitlinienarbeit zu finden. In der Vermittlung zu Expert_innen auf bestimmten pflegerischen Gebieten können sie unterstützen. Auf der anderen Seite sollen die Lern- und Arbeitsaufgaben Studierende ermutigen, ihre Ergebnisse der Bearbeitung in Kombination mit evidenzbasiertem Wissen in den jeweiligen Teams vorzustellen und zu diskutieren. Damit haben Lern- und Arbeitsaufgaben das Potenzial, den Transfer von der Theorie in die Praxis sowie von der Praxis in die Theorie optimal zu gestalten. (Hinweis auf den EBN-Prozess). Im hochschulischen Kontext werden die Aufgaben in Praxisbegleitseminaren nachbesprochen und mit einem kriteriengeleiteten Feedback versehen.

Arbeits- und Lernaufgaben hingegen kommen aus der beruflichen Pflegepraxis, sind arbeitsgebunden und werden von den Praxisanleitenden entwickelt. Sie lassen sich behutsam in die Arbeitsinfrastruktur integrieren und unterstützen einen selbstgesteuerten und erfah-

rungsbezogenen Kompetenzentwicklungsprozess des Lernenden durch Reflexionsprozesse und Lernprozessbegleitung (Schröder, 2009). Der Blick auf die erweiterten Kompetenzen (Anlage 5, 5a) in der hochschulischen Qualifikation ist dabei notwendig, da mitunter bestehende Arbeits- und Lernaufgaben angepasst oder erweitert werden müssen.

Zielsetzung von Lernaufgaben:

- gezielte **Anwendung, Vertiefung und Übung** von Kompetenzen, die in den Modulen inhaltlich erarbeitet wurden
- Sensibilisierung und Aufmerksamkeitslenkung der Studierenden beim **Erfahrungslernen in der Praxis**
- **strukturelle Abstimmung** von Lernprozessen in der Theorie und Praxis und Förderung der Lernortkooperation
- **Wissenstransfer** und Reflexion in realen Berufssituationen
- Koppeln beruflicher Lernprozesse an betriebliche Arbeitshandlungen (Tätigkeiten) und damit die Anwendung theoretischen Wissens mit einem handlungsbezogenen Erkenntnisinteresse zu verbinden

Perspektivisch werden die Arbeits- und Lernaufgaben auch ein unmittelbarer Bestandteil in der Anbahnung der erweiterten heilkundlichen Verantwortung sein. Und diese gewonnenen Erkenntnisse – das „neue“ Wissen, fließen gleichermaßen unmittelbar in die Ausgestaltung des EBN-Prozesses ein. Doch nun thematisiert der nächste Abschnitt die Heilkunde im Überblick.

4 Eigenverantwortliche Heilkundenausübung: ein Impuls

In den letzten fünf Jahren erfolgten kurz aufeinander maßgebliche politische Entscheidungen in Gesetzesform, die eine Weiterentwicklung der Profession Pflege (und deren Rahmenbedingungen) zum Ziel haben. Das stellt nach wie vor alle an der praktischen Umsetzung Beteiligten vor enorme Herausforderungen. Kaum wurde das jahrelang umkämpfte Pflegeberufegesetz [PflBG] im Jahr 2020 in Kraft gesetzt (und in die Pflegepraxis überführt), folgte (konsequenterweise!) mit dem Pflegestudiumstärkungs-gesetz [PflStudStG] ab 1.1.2024 die nächste Herausforderung, der sich nochmals ab 1.1.2026 das Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege [BEEP] anschließt.

Gleichzeitig mit dem Inkrafttreten des BEEP wird das PflBG die Pflegeprozessverantwortung als Vorbehaltsaufgabe (§ 4/4a/ § 37 PflBG) sowie in § 14a eine „Standardisierte Kompetenzbeschreibungen für heilkundliche Aufgaben“ ausweisen. Die Pflege-Ausbildungs- und Prüfungsordnung wird u.a. im Anhang 5 B angepasst, in dem die Kompetenzen für die Prüfung der hochschulischen Pflegeausbildung nach § 32 unter der Überschrift „Verantwortung zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung heilkundlicher Aufgaben nach § 37 Absatz 2“ subsummiert sind. Im Art. 4a des PflStudStG sind die Prüfungsanteile der Berufsabschlussprüfung, in der die Kompetenzen für die eigenverantwortliche Wahrnehmung der heilkundlichen Aufgaben nachgewiesen werden sollen, näher beschrieben. (Abb. 5).

Im ehemals Pflegekompetenzgesetz PKG (Referentenentwurf des BMG, 2025), jetzt BEEP geht es um Änderungen der Pflegeversicherung hinsichtlich der Leistungen/ Leistungserbringung für Menschen mit drohendem oder bestehendem Pflegebedarf, die im Sozialgesetzbuch XI geregelt sind (u.a. § 11) und um Änderungen der gesetzlichen Krankenversicherung des Sozialgesetzbuches V hinsichtlich der pflegerischen Leistungen (u.a. im § 15a und 73d).

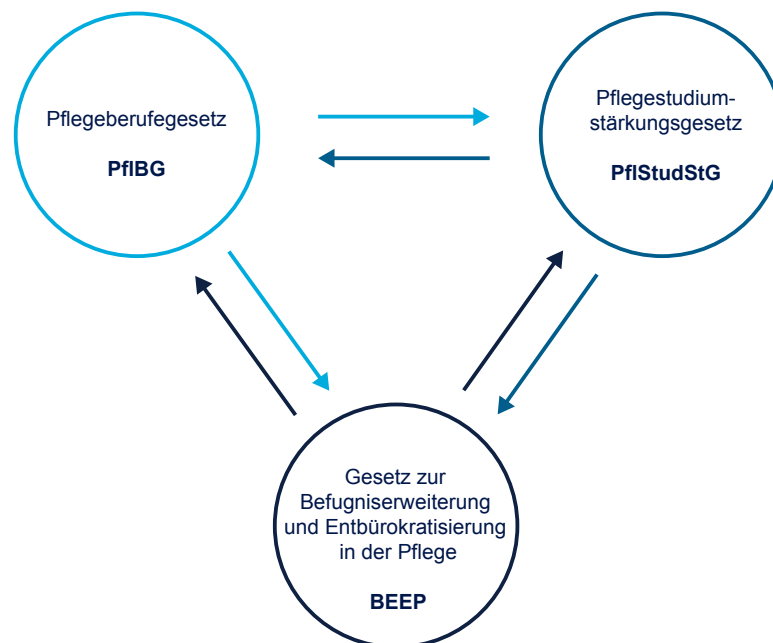


Abbildung 5: Dreiklang der pflegerischen Gesetzgebung. von N. Hirche.

In diesem Zusammenhang wird von der Verantwortung für heilkundliche Aufgaben im Rahmen von Pflege- und Therapieprozessen gesprochen nach § 37 Absatz 2 PflBG (Bundesgesetzblatt 2025). Damit soll die Pflege als Heilberuf mit eigenständigen beruflichen Kompetenzen anerkannt und weiterentwickelt, der Pflegeberuf aufgewertet und auch für ausländische Pflegefachpersonen attraktiver werden. Verwiesen wird darauf, dass der Pool fachkompetenter Personen in der Versorgung erweitert und nicht Befugnisse anderer Berufsgruppen im Gesundheitswesen beschnitten werden sollen.

Dies ist ein wichtiger Wegpunkt hin zur handlungsautonomen Profession Pflege. Genauso bedeutsam ist in diesem Zusammenhang der im BEEP eingeführte § 118a des SGB XI, mit dem die Wahrnehmung der Interessen der Pflegeberufe bei der Umsetzung des SGB V und SGB XI durch „maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene“ beschrieben sind.

Der weitere Diskurs und Aushandlungsbedarf der Entscheidungsträger_innen muss forciert werden, z. B. zu gleichwertigen Qualifikationen, die zur Ausübung der erweiterten heilkundlichen Verantwortung durch Pflegefachpersonen berechtigen, zu institutionellen und arbeitsrechtlichen Fragen und nicht zuletzt zu detaillierten Inhalten der (akademischen) Pflegeausbildung.

Alle Akteure in der akademischen Pflegeausbildung – Lehrende/Praxisbegleitende, Praxisanleitende, Studierende – sind mit unmittelbaren Auswirkungen auf die Ausgestaltung der theoretischen und praktischen Anteile des Studienganges Pflegewissenschaft konfrontiert. Eigenständig wahrgenommene „heilkundliche Aufgaben“ sind Tätigkeiten, die durch Pflegefachpersonen mit vorgeschriebener beruflicher oder hochschulischen Ausbildung, aufgrund einer staatlich anerkannten, bundesweit einheitlicher Weiterbildung oder aufgrund einer solchen Weiterbildung entsprechender Berufserfahrung ausgeführt werden (Art. 3 BEEP, Änd. § 15a SGB 5). Der aktuellen gesellschaftlichen und pflegerischen Entwicklung entspricht es, dass durch die Pflegefachpersonen mit den jeweiligen abgestuften Kompetenzprofilen in stationären und ambulanten pflegerischen Einrichtungen die Pflege- und Versorgungssituation in hoher Qualität gewährleistet wird.

Pflegefachpersonen mit entsprechender Qualifikation können u.a. in der häuslichen Pflege und im Krankenhaus Leistungen der ärztlichen Behandlung im Rahmen der Leistungserbringung nach SGB V unter bestimmten Voraussetzungen eigenverantwortlich erbringen. (BEEP Art. 3 - SGB V neu eingefügte §§ 15a, 73d, 112a)

Mit Inkrafttreten des Gesetzes – heißt es im § 37 PflBG Abs. 2 Satz 2 (BEEP Art. 5) zur hochschulischen Pflege-

ausbildung: „Sie vermittelt zusätzlich die zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung von heilkundlichen Aufgaben bei besonderen Versorgungsbedarfen in den Bereichen diabetische Stoffwechselerkrankungen, chronische Wunden und Demenz erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen auf wissenschaftlicher Grundlage und Methodik.“

Für die drei Bereiche (und weitere) finden sich differenzierte Kompetenzen und Handlungsmuster (Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz: Standardisierte Module zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben. o. A. 2022, S. 43-68).

Beispielhaft seien hier einige der Kompetenzen, die auch im Studiengang Pflegewissenschaft der BTU erworben werden müssen, aufgeführt.

Diabetische Stoffwechselerkrankungen:

- in einem bestimmten Rahmen Insulindosen bei Blutzucker-Abweichungen anpassen
- kapillare und venöse Blutentnahmen oder eine Urinergewinnung zur Routinediagnostik
- und Verlaufskontrolle bei Diabetes mellitus Typ 1 und 2
- Information, Beratung und Schulung, zum Beispiel zur Ernährung
- Bewegung, Hautpflege, Risikominimierung bei Diabetes mellitus Typ 1 und 2

Chronische Wunden:

- Durchführung von venösen Blutentnahmen/Wundabstrichen sowie die Bewertung entsprechender Laborwerte (zum Beispiel zur Kontrolle von Entzündungsparametern),
- Information, Schulung und Beratung zum Beispiel zu Themen wie Selbstpflege, Selbstmanagement, Ernährung, Druckentlastung, Prävention von Durchblutungsstörungen, Bewegungsförderung, Infektionsprävention, Körperbild, Hautschutz, Rezidivprophylaxe
- möglicherweise eigenständige Entscheidungen über den Einsatz von Wundpräparaten und speziellen Verbandsmaterialien (auch durch Pflegefachpersonen mit einer qualifizierten Fachweiterbildung)

Demenz:

- Diagnostik und Anwendung von Assessments
- Interventionsplanung / Shared-Decision-Making-Prozess evidenzbasiert
- Prozesssteuerung und Durchführung therapeutischer Maßnahmen (u.a. medikamentöse Therapie, Verordnung von Hilfsmitteln) anhand Demenz-spezifischer Konzepte
- Aufklärung, Mikroschulungen, Beratung und Entlastungsangebote für Bezugspersonen

Zu möglichen Einsatzbereichen für Pflegefachpersonen mit erweitertem heilkundlichem Tätigkeitsprofil u. a.:

- Tätigkeiten der vertragsärztlichen Versorgung (Erbringen der entsprechenden Heilkundeleistungen anstelle der Ärztin oder des Arztes)
- selbständige heilkundliche Aufgaben in Einrichtungen der häuslichen Krankenpflege nach § 132a Absatz oder der ambulanten oder stationären Pflege nach § 71 SGB XI
- selbständige Entscheidung über die Ausstellung von Folgeverordnungen bei einzelnen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege und der für die Ausführung dieser Leistungen benötigten Hilfsmittel - gestaffelt nach der vorhandenen Qualifikation der Pflegefachperson (akademisierte Pflegefachpersonen sollen z.B. auch Hilfsmittel und Materialien zur Insulinbehandlung oder Folge-Verordnungen zur Versorgung von chronischen Wunden ausstellen dürfen)

Was bedeutet das jetzt für die akademische Pflegeausbildung an der BTU?

Es sind neue Module in das Curriculum zu integrieren, die die Kompetenzen zur Erfüllung der o.g. Aufgaben vermitteln. Dies geschieht immer im Austausch mit unseren Praxispartnern. Die Kompetenzen für die erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten, die die Studierenden nach erfolgreichem Abschluss der Prüfungen erworben haben werden, finden sich im Artikel 4a des PflStudStG, (konkretisiert in der Anlage 5 Teil B der Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung PflAPrV). Wir sind auf die Expertise und die Erfahrungen unserer Praxispartner in den Bereichen der Versorgung von zu Pflegenden mit diabetischer Stoffwechsellage, mit chronischen Wunden und mit Demenz angewiesen. Die nun speziell auf das Profil der erweiterten heilkundlichen Verantwortung zugeschnittenen Praxiseinsätze sind zusätzlich zu den bisher erforderlichen Praxiseinsätzen zu planen, es sind spezifische Lernsituationen zu schaffen, Praxisanleitungen mit Schwerpunkt erweiterte heilkundliche Tätigkeiten durchzuführen. Somit können die erweiterten heilkundlichen Kompetenzen bei den Studierenden angebahnt werden, die sie dann in einer gesonderten praktischen Prüfung nachweisen.

4.1 Kompetenz- und Situationsorientierung – erweiterte heilkundliche Verantwortung am Beispiel der chronischen Wunde

Chronische und schwer heilende Wunden (z. B. diabetisches Fußsyndrom, Ulcus cruris, Dekubiti) haben enorme Auswirkungen auf die Schlaf- und Lebensqualität, die soziale Teilhabe und das Wohlbefinden der betroffenen Personen und ihrer Angehörigen (AWMF Leitlinie, 2023). Oft leiden sie begleitend an den Symptomen der verursachenden Grunderkrankungen und weisen eine Multimorbidität auf. Damit ergibt sich häufig eine Abhängigkeit, welche über pflegerische Versorgung kompensiert wird. Es liegt aufgrund der Komplexität nahe, dass pflegerische Tätigkeiten und die Wundbehandlung im Sinne der patientenzentrierten Versorgung durch die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch Pflegefachkräfte verknüpft und Arbeitsprozesse erleichtert werden.

Im Rahmen der Primärqualifizierung werden die Studierenden dazu befähigt, bei den Betroffenen pflegeprozessorientiert zu handeln und zu evaluieren (siehe Abbildung). Dabei führen sie selbstständig das Assessment und die Verlaufsdiagnostik der Wunde durch. Eine ärztliche Diagnose ist dafür unabdingbar. Es folgt die Planung, wundbezogener Interventionen und die Umsetzung des Wundmanagements. Mit der Übernahme der erweiterten heilkundlichen Verantwortung umfassen diese Schritte

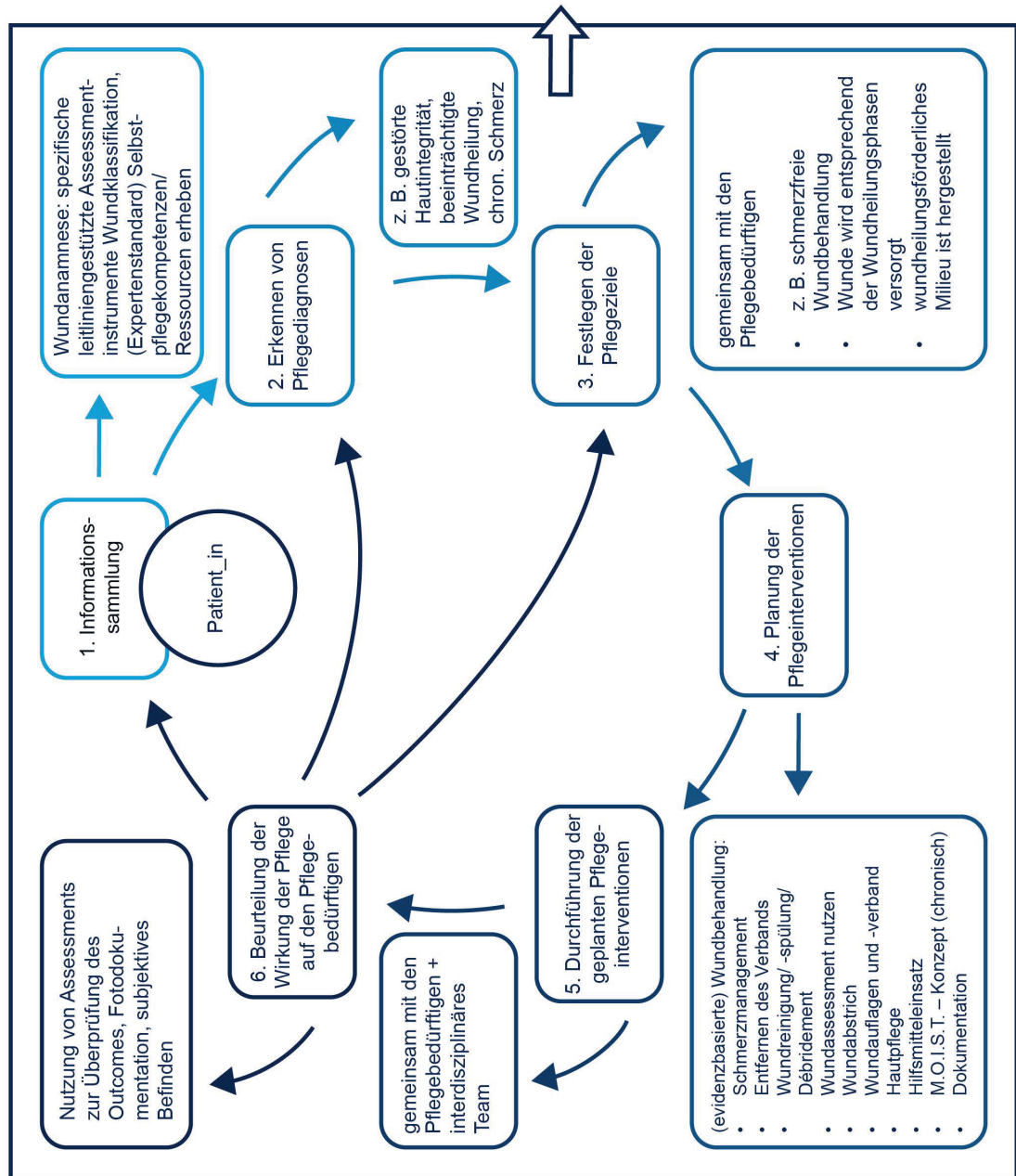
auch die Verordnung von Medizinprodukten (z. B. Verbandmaterial) und Hilfsmitteln. Die Interventionen sollten Aspekte des Schmerzmanagements berücksichtigen, da Betroffene häufig auch unter chronischen Schmerzen leiden und die Wundversorgung zusätzlich erschwert ist.

Studienergebnisse zeigen, dass die Betroffenen aktiv und edukativ in die Ursachen- und Wundbehandlung eingebunden werden wollen im Sinne des „Shared decision making“ und „Patient-centered care“ (Gethin et al., 2020; Hickmann et al., 2022). Das gesundheitsbezogene Selbstmanagement ist durch Information, Schulung und Beratung zu verbessern. Im Ergebnis stehen die erhöhte Therapieakzeptanz, eine Steigerung der Lebensqualität der zu Pflegenden, Zufriedenheit und die Verbesserung der Wundheilung.

Die inhaltliche Aufbereitung des ehV-Moduls orientiert sich am Situationsprinzip und dem Pflegeprozess, um die geforderten Kompetenzen lt. Anlage 5a zu entwickeln und Lernziele zu erheben (Abb. 6). Im Skills Lab erfolgen Fertigkeiten-Training und Simulation. Lernaufgaben und Portfolio-Arbeit im dazugehörigen Praxiseinsatz dienen der Vertiefung.

Authentische berufliche Handlungssituation – prozessorientiertes Wund- und Schmerzmanagement

Situationsorientierung



Kompetenzorientierung

Die Absolvent*innen (exemplarisch):

... nutzen spezifische leitliniengestützte Assess-mentinstrumente bzw. koordinieren diagnostische wundbezogene Untersuchungen und erheben und beurteilen den individuellen Pflege- und Therapie-bedarf sowie alters- und krankheitsbedingte klinische und familiäre Risiken und Gesundheitsgefährdungen in komplexen und hochkomplexen Pflegesituationen.

... übernehmen die Verantwortung für die Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von Pflege- und Therapieprozessen zur Unterstützung von Menschen mit chronischen oder schwerheilenden Wunden bei der Bewältigung von hochbelasteten Lebens- und Pflegesituationen.

... konzipieren, gestalten und evaluieren Informations-, Schulungs- und Beratungskonzepte für Menschen mit chronischen Wunden auf der Basis gesicherter Forschungsergebnisse.

Abbildung 6: Einordnung Wundmanagement in den Pflegeprozess nach Fichter & Meier (1981, entnommen aus I care Pflege. Thieme; 2015). von M. Kraske.

Die Absolvent_innen

- übernehmen Verantwortung für die Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von Pflege- und Therapieprozessen entlang eines evidenzbasierten Algorithmus bzw. Behandlungspfads einschließlich der Verordnung von Medizinprodukten (z. B. Verbandmaterial) und Hilfsmitteln bei Menschen mit den besonderen gesundheitlichen Problemlagen einer chronischen oder schwer heilenden Wunde und ihren Bezugspersonen und in enger Abstimmung mit ihnen, entsprechend systematisch entwickelter Leitlinien und Expertenstandards.
- nutzen ein vertieftes und kritisches pflege- und bezugswissenschaftliches Wissen, um zu pflegenden Menschen mit chronischen oder schwer heilenden Wunden und ihren Bezugspersonen bei der Krankheits- und Situationsbewältigung kommunikativ zu unterstützen.
- wirken an der Implementierung substituierter heilkundlicher Tätigkeiten (ggf. im Rahmen eines Modellvorhabens) bei der medizinisch-pflegerischen Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden in unterschiedlichen Versorgungsbereichen und über die Versorgungsbereiche hinweg mit.
- wirken an der Entwicklung, Implementierung und Evaluation von wissenschaftsbasierten oder -orientierten Instrumenten der Qualitätssicherung und -entwicklung im Hinblick auf die pflegerische und medizinische Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden mit.
- schätzen die Wirkung von unterschiedlichen therapeutischen Möglichkeiten bezogen auf die Ziele und den Nutzen für die Wundheilung kritisch ein.
- erschließen und bewerten (aktuelle) Forschungsergebnisse und Empfehlungen von Fachgesellschaften, z. B. Expertenstandards und Leitlinien, zur Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden und nutzen diese ggf. für die Gestaltung des Versorgungsprozesses.

4.2 PraxisAnleiterVisite (PAV) – Erwerb von Fallverstehen und Reflexionsfähigkeit

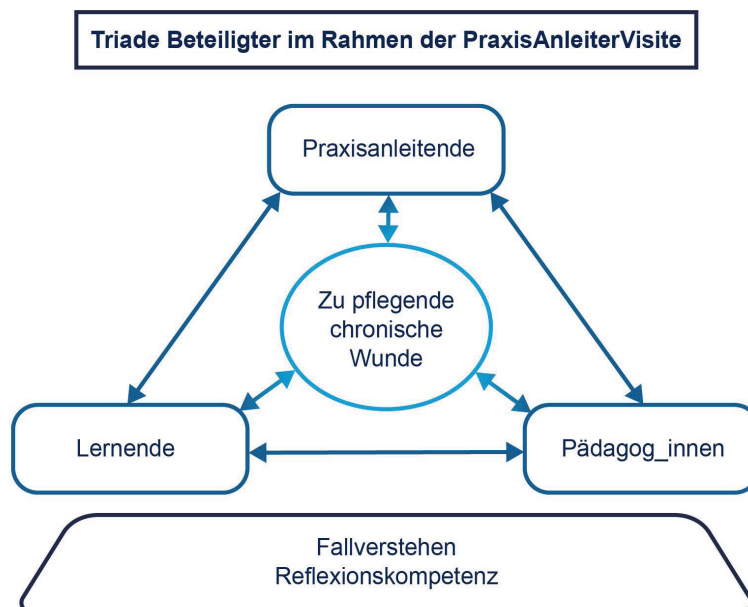


Abbildung 7: Triade im Fallmanagement PAV. adaptiert nach Schleich & Strimmer (2019). von M. Kraske.

Um professionelles Handeln, auch vor dem Hintergrund der erweiterten heilkundlichen Verantwortung, lernortübergreifend zu fördern und situatives Fallverstehen einzuüben, bietet sich ein Arrangement des gemeinsamen Lernens einer Triade aus Lernenden der Pflege, Praxisanleiter_innen und Pädagoginnen an (Abb. 7).

Das Fallmanagement wird mit der Methode PraxisAnleiterVisite aufgebaut und gesteuert. Diese wird 2x jährlich für je drei Tage durchgeführt. Dabei werden die Lernenden des 2. und 3. Ausbildungsjahres gemischt und profitieren von den Erfahrungen des jeweils anderen. Ausgangspunkt des Lehr-Lern-Prozesses ist eine autobiografische Fallzerlegung durch den zu Pflegenden in der Praxis (Schleich & Strimmer, 2019). Anknüpfend an die obigen Ausführungen zur ehV chronische Wunde, berichtet Frau Erna Löser im Patientenbesuch (Lernort Praxis) von der Wundentstehung, ihren Symptomen und wie sich bisher die Versorgung und die Therapie gestaltete. Die Lernenden nehmen mit allen Sinnen wahr und stellen Fragen zur Situation und dem Erleben der zu Pflegenden. In einer nächsten Phase reflektieren sie das Erleben und ihre Eindrücke und sprechen mit Expert_innen zur Erweiterung der Falldeutung (intra- und interprofessionell). Im Fall Frau Löser werden z. B. Hautärzte, Gefäßspezialisten, Wound-Nurse und Pain-Nurse erklären und Fragen beantworten. Im Anschluss findet eine Erarbeitung und Vertiefung des Fallverstehens, basierend auf systematischen Reflexionsprozessen und mittels unterschiedlicher Wissensformen statt (Schleich & Strimmer, 2019). Leitliniengestütztes Wundassessment, Wundreinigung und Wundversorgung werden beispielsweise trainiert, beratende Aspekte aufgeführt und in den Pflegeprozess integriert. In der Triade werden die Lernergebnisse gesichert und transparent gemacht.

Die Entwicklung des Fallverstehens und der Erwerb der Reflexionsfähigkeit können als Primärziele genannt werden. Weiterhin können folgende Ziele mit der PraxisAnleiterVisite erreicht werden:

- Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen unter Nutzung der Handlungsspielräume
- Einüben von Fallverstehen für alle Beteiligten, um individueller auf den Patienten einzugehen und Pflegesituationen adäquat zu bewältigen
- Förderung des professionellen Handelns durch die Möglichkeit zur Reflexion
- Kompetenzentwicklung bzw. -förderung für Schüler, Praxisanleiter und Pflegepädagogen

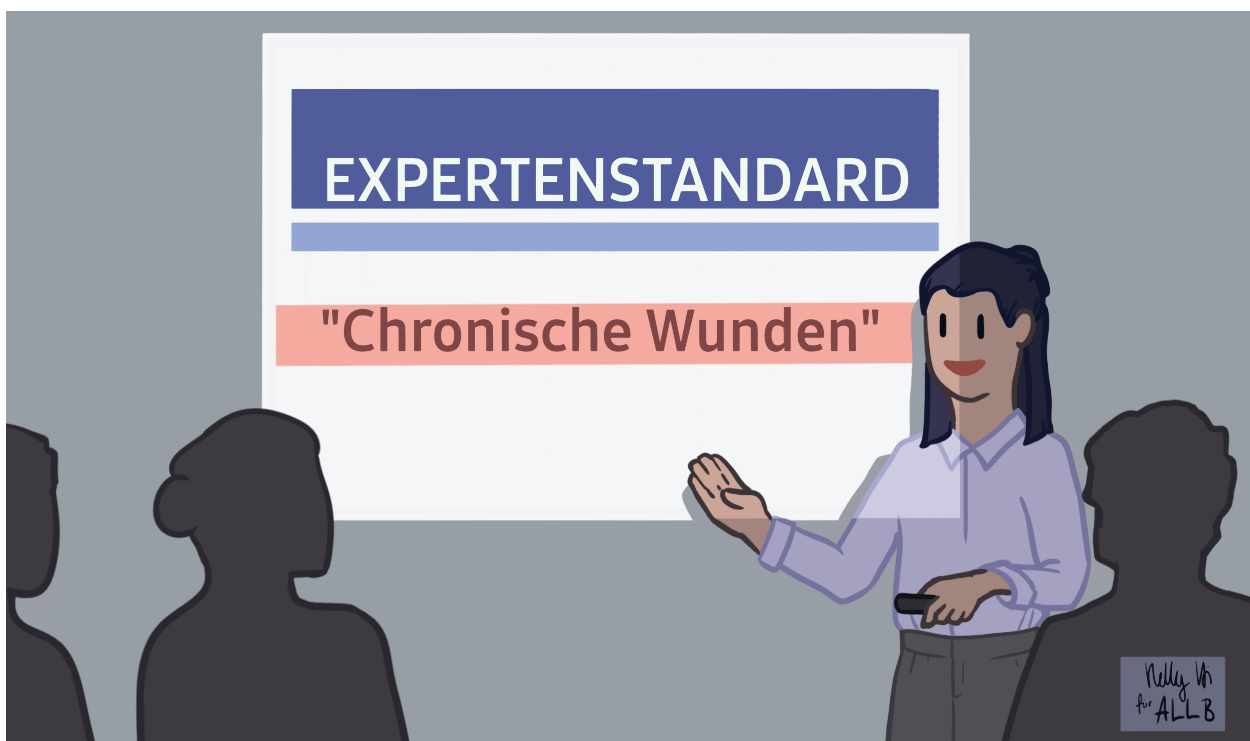
- Erweiterung und Erwerb verschiedener Wissensformen
- Aufbau einer Fallsammlung, Systematisierung von Wissen
- Lernortkooperation: Anbahnung einer systemischen Denkweise für gegenseitige Anerkennung und einen respektvollen Umgang der Lernorte miteinander (Schleich & Strimmer, 2019)

Die Lehrenden begleiten den Lernprozess, während die Praxisanleitenden als Expert_innen der Praxis ihr Können und ihre Erfahrungen an die Lernenden weitergeben. Die PAV baut auf einem breiten theoretischen Fundament auf und wurde im Rahmen einer Master-Thesis von Schleich und Strimmer wissenschaftlich überprüft. Die Methode PAV eignet sich zur Entwicklung von Pflegekompetenz durch den Einbezug berufspädagogischer und professionstheoretischer Aspekte. Die Lernenden gestalten ihren Lernprozess aktiv und eigenverantwortlich. Ihre Kompetenzen können in verschiedene Richtungen erweitert werden. Erteilte Aufgaben sind dem Ausbildungsstand angepasst und orientieren sich an der zu bewältigenden Situation. Die Reflexion ist von zentraler Bedeutung und zeigt sich in einer „reflection-in-action“ zur jeweils erlebten Pflegesituation und zur „reflection-on-action“, welche die bisher gemachten Erfahrungen und Eindrücke thematisiert (Holoch, 2002). Die Pflegepädagog_innen initiieren, unterstützen und begleiten diesen Prozess und tragen somit maßgeblich zur Entwicklung der Reflexionskompetenz bei. Aus Perspektive der Lernpsychologie ist der Aufbau unterschiedlicher Wissensbestände zu nennen. Situatives Fallverstehen und der Aufbau subjektiver Theorien (Schwarz-Govaers, 2005) erweitern über Reflexion und Austausch von Informationen in realen Pflegesituationen bisherige Wissens- und Handlungsschätze und dienen der Verknüpfung zu „neuem“ Wissen. Emotionen sind transparent und über das gemeinsame Lernen werden implizite Wissensschätze verbalisiert und können als explizites Wissen nun von den Lernenden genutzt werden (Schleich & Strimmer, 2019). Die Perspektivenverschränkung von Theorie und Praxis unterstützt den Transfer, da die PAV lernortübergreifend konzipiert ist. Damit wird über den offenen Dialog die systemische Denkweise gefördert (systemtheoretische Grundlage). Die Verantwortung wird bei klarer Aufgabenverteilung auf mehrere Schultern verteilt, sodass eine PAV gelingt.

5 Reflection-in-action als Teil der Reflection-on-action: Danke

„Pflege darf und will nicht „kleiner Arzt“ werden, sondern vertritt ihren eigenen therapeutischen Wert“ (Cassier-Woidasky, 2011, S. 180 in Friesacher, 2015, o. S.).

Der therapeutische Wert der pflegerischen Begleitung von diversen Menschen in etwaigen Lebenssituationen wird umso deutlicher, wenn sich der Fokus auf die Expert_innen richtet. Das impliziert den Pflegeprozess, zu dessen Standard der Evidence-based Nursing zählt.





Das, was das Mensch-Sein ausmacht, ist die Bewusstheit, dass wir untereinander aufeinander verwiesen sind und dafür (Für)Sorge tragen, dass die kleinen Schritte, die großen sind, die nur gemeinsam GEH-BAR sind.

6 Literatur

- Aktionsbündnis Patientensicherheit Abfrage: <https://www.aps-ev.de/> und https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2024/06/2022_APS_Lernzielkatalog.pdf, 22.11.2024.
- Arnold, R. (2008): Emotionale Kompetenz für Bildungsverantwortliche, Fünf Lektionen zur Entwicklung der emotionalen Kompetenz. Abfrage: <https://hrcak.srce.hr/clanak/44981>, 4.12.2024.
- Arnold, R. (2019): Die emotionale Konstruktion der Wirklichkeit. Grundlagen der Berufs- und Erwachsenenbildung. Band 44. Beiträge zur emotionspädagogischen Erwachsenenbildung. (5. unveränd. Aufl.). Baltmannsweiler: Schneider Verlag.
- Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) – Pflegeberufe-Ausbildungs- und –Prüfungsverordnung vom 2. Oktober 2018 (BGBl. I S. 1572), die zuletzt durch Artikel 4a des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) geändert worden ist. Abfrage: <https://www.gesetze-im-internet.de/pflaprv/BJNR157200018.html#BJNR157200018BJNG000400000> 5.11.2024.
- Barnow, S., Blitzner, E., Borm, I., Sauer, Ch. (2024): Emotionsregulation. Therapiemanual und Arbeitsbuch: Training zum flexibleren Umgang mit Gefühlen. (2. Aufl.). Berlin: Springer Verlag.
- Bartholomeyczik, S. (2017): Zur Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland – eine schwere Geburt. In: Pflege und Gesellschaft. 22(02), 101-118.
- Bauer, M. (2016): Die fünf Lektionen zur Entwicklung emotionaler Kompetenz nach Arnold. Abfrage: <https://www.bibliomed-pflege.de/news/29556-die-fuenf-lektionen-zur-entwicklung-emotionaler-kompetenz-nach-arnold>, 4.12.2024.
- Behrens, J. (2010): EBM ist die aktuelle Selbstreflexion der individualisierten Medizin als Handlungswissenschaft. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 104(8-9): 617–624.
- Behrens, J., Langer, G. (2016): Evidence based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung – vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“. (4. Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Behrens, J., Langer, G. (2020): Evidence based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung – vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“. (1. Nachdruck der 4. voll. übera. & erweit. Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Berner Bildungszentrum Pflege (Hrsg.) (2020): High-Fidelity-Simulationen in der Pflegeausbildung. Bern: hep.
- Bohl, T. (2008): Wissenschaftliches Arbeiten im Studium der Pädagogik: Arbeitsprozesse, Referate, Hausarbeiten, mündliche Prüfungen und mehr. Weinheim und Basel: Beltz.
- Bosley, I. & Kasten, E. (2018): Emotionale Intelligenz. (1. Aufl.). Berlin: Springer Verlag.
- Cardiff University Wales: Specialist Unit for Review Evidence. Abfrage: <https://www.cardiff.ac.uk/specialist-unit-for-review-evidence/resources/critical-appraisal-checklists>, 5.11.2024.
- Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. (DGfW) (Hrsg.) (2023): Lokalthherapie schwerheilender und/oder chronischer Wunden aufgrund von peripherer arterieller Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus oder chronisch venöser Insuffizienz. Version 2.2. Stand: 31.10.2023. AWMF-Register-Nr.: 091/001. Abfrage: <https://www.awmf.org>, 31.10.2024.
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2015): Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. (1. Aktualisierung). Osnabrück: Eigenverlag. Abfrage: <https://www.dnqp.de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c18466>, 10.5.2024.
- Dornheim, J., Maanen, H. v., Meyer, J., Remmers, H., Schöninger, U., Schwerdt, R., Wittneben, K. (1999): Pflegewissenschaft als Praxiswissenschaft und Handlungswissenschaft. In: Pflege und Gesellschaft. 4(4), 73-79.
- EBN-Center des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaften der Universitätsmedizin Halle. Abfrage: Download-Bereich, <https://www.umh.de/einrichtungen/institute/gesundheits-und-pflegewissenschaften/leistungsspektrum/wissenswertes/ebn-zentrum#c35217>, 5.11.2024.

- Entwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP); Abfrage: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/GE_Befugniserweiterung_Entbuerokratisierung_Pflege.pdf, 22.12.2025
- Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz (2022): Standardisierte Module zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung.
- Feinbube, M. M. (2018): Simulation in der Pflegeausbildung. In: PADUA. 13(7), 129-132.
- Friesacher, H. (2015): Der Kern der Pflege. Abfrage: <https://www.bibliomed-pflege.de/sp/artikel/24101-der-kern-der-pflege>, 4.12.2024.
- Gesetz über die Pflegeberufe (PflBG) - Pflegeberufegesetz vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) geändert. Abfrage: <https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/BJNR258110017.html#BJNR258110017BJNG000800000>, 5.11.2024.
- Gethin G, Probst S, Stryja J, Christiansen N, Price P: Evidence for person-centred care in chronic wound care: A systematic review and recommendations for practice. J Wound Care 2020; 29 (Supp 9b): S1–S22. CrossRef MEDLINE
- Gnahn, D. (2007): Kompetenzen – Erwerb, Erfassung, Instrumente. Studententexte für Erwachsenenbildung. Bielefeld: Bertelsmann.
- Herms, I. (2022): Emotionale Kompetenz im Pflegeberuf erlernen. Abfrage: chrome-extension://efaidnbmnnpkajpcglclefindmkaj/https://www bbw-seminare.de/fileadmin/user_upload/Zentrale_Seiten/Projekte/Gesundheit_und_Pflege/ESF-Projekt_FUN/Download__KO_Emotionale_Kompetenz_03_18-26___.pdf, 4.12.2024.
- Herold-Majumdar, A. (Hrsg.) (2023): Klinisches Simulationslernen in der Pflege. Die Skills-Lab-Methode. Göttingen: Hogrefe.
- Hickmann, E., Richter, P., Schlieter, H.: All together now – patient engagement, patient empowerment, and associated terms in personal healthcare. BMC Health Services Research 2022; 22: 1116. CrossRef MEDLINE PubMed Central
- Hodapp, B. (2020): Emotionale Professionalität. Eine qualitative Studie zur Berufspraxis pädagogischer Führungskräfte. DOI: 10.3278/6004597w.
- Holoch, E. (2002): Situiertes Lernen und Pflegekompetenz. Entwicklung, Einführung und Evaluation von Modellen situierten Lernens in der Pflegeausbildung. Bern: Hans Huber.
- Hümer-Wittig, J. (2021): Pflegewissenschaft. Haan-Gruiten: Europa Lehrmittel.
- Karandashev, V. (2023): Kulturelle Emotions-Modelle. (1. Aufl.). Switzerland: Springer Nature.
- Kaufhold, M. (2006): Kompetenz und Kompetenzerfassung. Analyse und Beurteilung von Verfahren der Kompetenzerfassung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kneebone, R. L. (2016): Simulation reframed. In: Adv Simul (Lond). DOI: 10.1186/S41077-016-0028-8.
- Kogge, W. (2022): Empeiria. Vom Verlust der Erfahrungshaltigkeit des Wissens und vom Versuch, sie als implizites Wissen wiederzugewinnen. In: J. Loehnhoff. Implizites Wissen. Epistemologische und handlungstheoretische Perspektiven (S. 31-48). Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Leibig, A., Sahmel, K.-H. (2019): Methodische Kompetenzen- von PraxisanleiterInnen für die hochschulische Ausbildung. In: PADUA. 14(1), 7-12.
- Leo GmbH: Online-Wörterbuch Englisch-Deutsch. Abfrage: <https://dict.leo.org/german-english/evidence>, 29.11.24.
- Loewenhardt, C., Herzig, T. (2021): Lernen in simulierten Lernumgebungen in den Gesundheitsfachberufen. In: Darmann-Finck, I., Sahmel, K. Pädagogik im Gesundheitswesen. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Mayer, H. (2004): Folien Pflegeforschung. Definitionen, Tabellen und Schemata zum Lehrbuch. (2. Aufl.). Wien: Facultas.
- Mayer, H. (2018): Pflegeforschung kennenlernen: Elemente und Basiswissen (7. Aufl.). Wien: Facultas.
- Mayer, H. (2022): Pflegeforschung anwenden (6. Aufl.). Wien: Facultas.

- Meyer, O., Rall, M., Baschnegger, H., Lazarovici, M., Urban, B. (2016): Grundlagen für ein fundiertes Simulationskonzept. In: Anaesthesist. 65 (12), 943-950.
- Olbrich, C. (2010): Pflegekompetenz. (2.Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Olbrich, C. (2023): Pflegekompetenz aktuell. In: PADUA. 18 (2), 76-78.
- Olbrich, C. (2023): Pflegekompetenz. (4.Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Olbrich, C. (2023b): Die Kraft des Bauchgefühls. Abfrage: <https://www.bibliomed-pflege.de/sp/artikel/49076-die-kraft-des-bauchgefuehls>, 4.12.2024.
- Panfil, E.-M. (2022): Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege. (4. vollst. überarb. u. erw. Aufl.) Bern: Hogrefe.
- Redna, Ch. (2023): Studien zum Verhältnis von Organisation und Emotion. (1. Aufl.). Wiesbaden: Springer Verlag.
- Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz 3.9.2024, S.2; Abfrage: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/240903_RefE_Pflegekompetenzgesetz.pdf, 29.11.24
- Schewior-Popp, S. (2011): Praktische Ausbildung – eine Standortbestimmung. Berufliche Handlungskompetenz als übergeordnetes Ziel. In: PADUA. 6 (1), 6-10.
- Schiff, S. (2020): Magische Momente in der Altenpflege. Wie Empathie und Begegnung in der Pflege gelingen. (1. Aufl.). Berlin: Springer Verlag.
- Schlegel, C. (2022): Lernen in Skillslab – es lohnt sich, in Übungsräume zu investieren. In: PADUA. 17(5), 255-258.
- Schleich, U., Strimmer, K. (2019): PraxisAnleiterVisite – den Fall verstehen und reflektieren. In: Heilberufe. 71(9), 15-18.
- Schröder, T. (2009): Arbeits- und Lernaufgaben für die arbeitsprozessintegrierte beruflich-betriebliche Weiterbildung – Ergebnisse aus einem Handlungsforschungsprojekt. In: bwp@Berufs- und Wirtschaftspädagogik - online. Abfrage: http://www.bwpat.de/ausgabe17/schroeder_bwpat17.pdf, 29.11.2024.
- Sieger, M. (2005): Pflege im Spannungsfeld von Wissenschaftlichkeit und Beruflichkeit. In: K. Schneider, E. Brinker-Meyendriesch, A. Schneider: Pflegepädagogik. Für Studium und Praxis. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Waxman, K. T. (2010): The development of evidence-based clinical simulation scenarios: guidelines for nurse educators. In: J Nurs Educ. 49(1), 29-35.
- Wilson, K. & Butterworth, T. (2000): Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege: eine praktische Einführung. Weltgesundheitsorganisation. Regionalbüro für Europa. S. 1, Abfrage: <https://iris.who.int/handle/10665/341993>, 5.11.24.

