

**Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz –
eine Analyse der Perspektive
von Pflegelehrenden**

Masterthesis zur Erlangung des Grades
„Master of Arts“

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen,
Abteilung Köln
Fachbereich Gesundheitswesen
Masterstudiengang Pflegepädagogik

Vorgelegt von:

Regina Assel-Burmeister

Matrikelnummer: 526159

Erstprüfer: Prof. Dr. Tobias Hölterhof

Zweitprüfer: Prof. Dr. Roland Brüche

Abgabe: 30.06.2023

„Auf der einen Seite verstehen die das hier. (...) Die denken auch im Prozess, aber es wird in der Praxis überhaupt nicht gelebt. Null, Null Komma Null. Und die sind dann immer irgendwie so in diesem Wirrwarr, (...) da knallen die irgendwie immer aufeinander. Und weil der Prozess nicht weitergetragen wird, hängen die irgendwo im Nirgendwo.“ (II 11 N)

Zusammenfassung / Abstract

Hintergrund: Seit dem Pflegeberufegesetz von 2019 sind die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses die vorbehaltenen Tätigkeiten (PflBG § 4, Absatz 1, Satz 3). Für die pflegeprozessbezogenen Kompetenzen sind in der Pflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung 1000 Stunden Unterricht vorgesehen, was fast der Hälfte der theoretischen Ausbildung entspricht. Verglichen mit den vorherigen Verordnungen stellt dies mengenmäßig und inhaltlich eine völlig neue Rahmenbedingung dar.

Zielsetzung: Diese Arbeit geht der Frage nach, wie Pflegelehrende diese Herausforderung angehen. Es sollen Erkenntnisse gewonnen werden, wo sie diesbezüglich stehen. Denn es wird vermutet, dass Schulen sich bereits auf den Weg gemacht haben, dass aber auch Ideen gesucht werden, wie die Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz gestaltet werden kann.

Methoden: Im theoretischen Rahmen werden zentrale Begriffe, die mit dem Thema der Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz in Verbindung stehen, dargestellt. Darauf baut die explorierende Forschungsfrage auf, die qualitativ bearbeitet wird. Die Datengewinnung erfolgt in zwei Gruppendiskussionen, die mit der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse ausgewertet werden.

Ergebnisse: Lehrende an Pflegeschulen orientieren sich bei der Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz an der Wissens- und Anwendungsebene. Dabei zeigt sich, dass die Orientierung am Pflegeprozess und die Kompetenzentwicklung noch kein durchgängiges Prinzip in der Pflegeausbildung darstellen. Die wahrgenommene Praxisferne bei den Auszubildenden lenkt den Blick auf die Arbeitsprozesse, die mit dem Pflegeprozess in Verbindung stehen, so aber nicht erkannt werden.

Schlussfolgerungen: Vertiefende Forschung sollte die Ergebnisse dieser Arbeit validieren. Es braucht umfassende Konzepte, in die alle an der Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz Beteiligten involviert sind. Von projektbegleitender Forschung könnten andere Schulen profitieren. Schließlich geht es darum, die Qualität der pflegerischen Versorgung zu sichern, indem Absolvent*innen ausreichend auf die vorbehaltende Tätigkeit vorbereitet werden.

Inhalt

Zusammenfassung / Abstract	3
Abkürzungsverzeichnis	6
Abbildungsverzeichnis	7
Tabellenverzeichnis	8
1. Einleitung	9
1.1 Problemdarstellung	9
1.2 Fragestellung	10
1.3 Aufbau der Arbeit	10
2. Kompetenzorientierung in der pflege-/beruflichen Bildung	11
2.1 Facetten des Kompetenzbegriffs in der beruflichen Bildung	12
2.1.1 Kompetenzbegriff	12
2.1.2 Kompetenzmodelle	14
2.2 Kompetenzmodelle der beruflichen Bildung	17
2.2.1 Das Kompetenzmodell für die berufliche Bildung der KMK.....	17
2.2.2 EQR und DQR	19
2.2.3 COMET-Kompetenzmodell	21
2.2.4 Einordnung und Beitrag zur Pflegeprozesskompetenz.....	29
2.3 Kompetenzmodelle der Pflegebildung	31
2.3.1 From Novice to Expert von Patricia Benner	31
2.3.2 Pflegekompetenz von Christa Olbrich.....	33
2.3.3 Einordnung und Beitrag zur Pflegeprozesskompetenz.....	37
3. Der Pflegeprozess als „Herzstück der Pflege“	39
3.1 Der Pflegeprozess – Geschichtliches	40
3.2 Der Pflegeprozess in ausgewählten Pflegetheorien	41
3.3 Verschiedene Pflegeprozessmodelle und deren Theoriebezug	45
3.3.1 Der Pflegeprozess nach Verena Fiechter und Martha Meier.....	45
3.3.2 Der Pflegeprozess im Strukturmodell	46
3.3.3 Der Pflegeprozess mit Pflegediagnosen	48
3.4 Zusammenfassung und Beitrag zur Pflegeprozesskompetenz	49
4. Pflegedidaktische Orientierung und Pflegeprozesskompetenz	51
4.1 Interaktionistische Pflegedidaktik und Pflegeprozesskompetenz	52
4.2 Gesetzliche Grundlagen zur Pflegeprozesskompetenz.....	55
4.2.1 Rückblick zum Pflegeprozess in den Pflegeausbildungsgesetzen	55
4.2.2 Aktuelle gesetzliche Grundlagen und Pflegeprozesskompetenz.....	57
4.3 Rahmenpläne der Fachkommission und Pflegeprozesskompetenz.....	62

4.4 Zusammenfassung und Beitrag zur Pflegeprozesskompetenz	67
5. Fazit aus dem Theorie-Teil und Forschungsfrage.....	67
6. Methodik.....	68
6.1 Begründung für qualitatives Vorgehen.....	68
6.2 Design	69
6.3 Teilnehmendengewinnung und Feldzugang.....	72
6.4 Planung und Durchführung der Gruppendiskussion.....	72
6.5 Auswertung	76
6.5.1 Begründung und Anwendung der qualitativen Inhaltsanalyse.....	76
6.5.2 Transkriptionsregeln.....	77
6.5.3 Phasen der Auswertung.....	78
6.5.4 Gütekriterien.....	83
7. Ergebnisse und Diskussion.....	85
7.1 Was Pflegelehrende unter Pflegeprozesskompetenz verstehen	88
7.1.1 Verständnis Pflegeprozess	88
7.1.2 Berufsverständnis Pflegelehrender von Pflege.....	89
7.1.3 Dimensionen von Pflegeprozesskompetenz.....	90
7.1.4 Kompetenzverständnis.....	92
7.2 Wie Pflegeprozesskompetenz entwickelt wird und wie Pflegelehrende aktuell die Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz gestalten	93
7.2.1 Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz der Pflegelehrenden als Voraussetzung	93
7.2.2 Verständnis zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz	95
7.2.3 Maßnahmen, die zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz beitragen ...	96
7.2.4 Maßnahmen, die aktuell zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz umgesetzt werden.....	97
7.2.5 Erleben der Auszubildenden zum Thema Pflegeprozess	100
7.2.6 Zusammenarbeit mit der Praxis zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz	101
7.2.7 Zusammenarbeit Schulteam zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz	104
8. Fazit und Ausblick	104
9. Literatur.....	109
10. Anlagen	116
Versicherung selbstständiger Arbeit	117

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
ABEDLs	Aktivitäten, soziale Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des täglichen Lebens
AEDL	Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des täglichen Lebens
ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
Azubi	Auszubildende Person
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung Deutschland
DGP	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft
DIP	Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V.
DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen
ENP	European Nursing care Pathways
EQR	Europäischer Qualifikationsrahmen
GK	Generalistik-Kurse
GONR	Goal Oriented Nursing Record
HI	Hausinterne Standards
ICN	International Council of Nurses
IPP Bremen	Institut für Public Health und Pflegeforschung Bremen
KH	Krankenhaus
KMK	Kultusministerkonferenz
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NANDA I	North American Nursing Diagnosis Association International
NIC	Nursing Intervention Classification
NOC	Nursing Outcome Classification
o. g.	oben genannt
PA	Praxisanleitende
PDL	Pflegedienstleitung
PfIAPrV	Pflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung
PfIBG	Pflegeberufegesetz
POP	Praxisorientierte Pflegediagnostik
PP	Pflegeprozess
PPK	Pflegeprozesskompetenz
PPKE	Pflegeprozesskompetenzentwicklung / Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz
RAB	Regina Assel-Burmeister
QM	Qualitätsmanagement
SIS	Strukturierte Informationssammlung

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Dimensionen der Handlungskompetenz nach Bader & Müller, 2002	19
Abb. 2	Kompetenzmodell des DQR Bund-Länder-Koordinierungsstelle, 2013, S. 14	20
Abb. 3	Qualifikationsniveaus des DQR (IHK Köln)	20
Abb. 4	Kompetenzmodell der Niveaustufe 4 des DQR (Bund-Länder-Koordinierungsstelle, 2013, S. 18)	21
Abb. 5	Multiple Kompetenz (Rauner, 2017b, S. 57)	23
Abb. 6	Modell der Anforderungsdimensionen: Kompetenzniveaus, Teilkompetenzen, Kompetenzdimensionen (Rauner, 2018, S. 26)	23
Abb. 7	Berufliche Kompetenzentwicklung „Vom Anfänger zum Experten“ (Rauner, 2017a, S. 142)	26
Abb. 8	Zuordnung der Testaufgaben zu den Lernbereichen beruflicher Bildung (Rauner, 2017b, S. 72)	26
Abb. 9	Stufen zur Pflegekompetenz nach Patricia Benner (Icare Pflege 2020 S. 51)	32
Abb. 10	Kontinuum der zunehmenden Bedeutung von Merkmalen (Olbrich, 2023, S. 126)	35
Abb. 11	Die einer Person zugrundeliegenden Prozesse von Kompetenz (Olbrich, 2023, S. 136)	35
Abb. 12	Handlungsdimensionen, Fähigkeiten/Kompetenz und Kompetenzentwicklung (eigene Darstellung nach Olbrich)	36
Abb. 13	Theorien und Pflegeprozess (Sauter & Bischofberger, 2004, S. 58)	41
Abb. 14	Der Pflegeprozess (Fiechter & Meier, 1993, S. 30)	46
Abb. 15	Kompetenzbereiche und Kompetenzschwerpunkte (Saul & Jürgensen, 2021, S. 30), Ausschnitt der Kompetenzbereiche I und II	59
Abb. 16	Zuordnung der 5 Kompetenzbereiche der PflAPrV in sozialstrukturelle Ebenen (Jürgensen & Dauer 2021, S. 31)	61
Abb. 17	Kompetenz I.1.c und Verständnis von beruflicher Kompetenz von Rauner im Zusammenhang (eigene Darstellung)	63
Abb. 18	Spiralförmiger Aufbau des Curriculums (Saul & Jürgensen, 2021, S. 44)	64
Abb. 19	Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz bezogen auf vier Phasen der betrieblichen Ausbildung (eigene Darstellung)	66
Abb. 20	Ablauf Gruppendiskussion (Mayring, 2023, S. 70)	73
Abb. 21	Mindmap Was Pflegelehrende unter Pflegeprozesskompetenz verstehen mit Subkategorien und Beispielen	87
Abb. 22	Mindmap Aufgabenaspekte Pflegelehrende zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz mit Subkategorien und Beispielen	87

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Kompetenzniveaus und Kriterien beruflicher Kompetenz mit Erläuterungen	25
Tabelle 2	Zuordnung Bildungskonzepte, Erkenntnisinteressen (vgl. Darmann-Finck 2022, S. 214) zur pflegedidaktischen Heuristik (vgl. ebd., S. 215) (eigene Darstellung)	54
Tabelle 3	Stundenzuordnung zu den Kompetenzbereichen (PflAPrV)	58
Tabelle 4	Kompetenzbereich I.1 mit Kompetenzen Anlage 1 und 2 (PflAPrV, eigene Darstellung)	60
Tabelle 5	Ausbildungsabschnitte und zunehmende situative Anforderungen (BIBB, 2019, S. 16)	65
Tabelle 6	Diskussionsleitfaden / Ablauf	75
Tabelle 7	Codierleitfaden Hauptkategorien	80
Tabelle 8	Codierleitfaden Subkategorien Verständnis Pflegeprozesskompetenz	80
Tabelle 9	Codierleitfaden Subkategorien Aufgabenaspekte Pflegelehrende zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz	81

1. Einleitung

1.1 Problemdarstellung

Das Thema Pflegeprozess ist in der Pflegeausbildung spätestens seit 1985 bekannt. Neu ist die vorbehaltene Tätigkeit (PflBG § 4 Absatz 1, Satz 3), die umfassende Darstellung von pflegeprozessbezogenen Kompetenzen in den Anlagen 1 bis 4 der Pflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung (vgl. Anlagen 1, 2, 3, 4 PflAPrV) und die Pflegeprozessorientierung als curriculares Prinzip im Begründungsrahmen der Rahmenpläne der Fachkommission (vgl. Fachkommission, 2020, S. 7 ff.). Vor dem Pflegeberufegesetzes war der Pflegeprozess ein Unterrichtsthema, das je nach Schulgröße von wenigen Lehrenden unterrichtet wurde. Es war gewissermaßen delegiert.

Beispielsweise gibt es im Modulhandbuch für die modularisierte Altenpflegeausbildung eine Moduleinheit mit dem Titel „Pflegerische Handlungen nach dem Pflegeprozess strukturieren“ mit 50 Stunden (vgl. Hundenborn et al., 2011, S. 48). Darüber hinaus wird die Steuerung und Gestaltung des Pflegeprozesses in verschiedenen anderen Modulen beschrieben, allerdings ohne Stundenzuweisung. Die Erfahrung der Autorin dazu ist, dass die 50 Stunden dem Thema Pflegeprozess unterrichtlich gewidmet waren. Schwerpunktmäßig ging es darum, die sechs Schritte nach Fiechter / Meier und entsprechende Kriterien zu jedem Schritt zu kennen. Dem folgte die Anwendung des Gelernten auf konstruierte Fälle. In weiteren Modulen wurde hier und da eine Pflegeplanung zu Fallbeispielen als abschließende Übung durchgeführt. Die Begleitung dieser Übung wurde, auch wenn das entsprechende Modul von einer anderen Kollegin unterrichtet wurde, nicht selten von der „Pflegeprozess-Expertin“ übernommen.

Die Rückmeldungen der Auszubildenden waren oft unzufriedenstellend. Die Unterschiedlichkeit von Lösungen wurde zum Stressor. Musterlösungen, wie es richtig ist, wurden gesucht und meist nicht gefunden. Dies wurde dadurch verschärft, dass freiformulierte Problem- und Zieldarstellungen die Auszubildenden zusätzlich verunsicherten. Die Arbeit mit Praxisleitlinien wie ENP hat erst in den vergangenen Jahren in Schulen begonnen und stellt Lehrendenteams und Auszubildende vor neue Herausforderungen. Hinzu kommt, dass die Arbeit mit diesen Leitlinien meist nicht mit der Arbeitsweise in den Betrieben im Einklang ist.

Die aktuelle Vorgabe von 1000 Stunden Pflegeprozesskompetenz ergibt zusammen mit der kommunikativen Kompetenz von 280 Stunden 60 % der theoretischen Ausbildung (vgl. PflAPrV, S. 54). Beide Kompetenzbereiche sind eng verschränkt

zu verstehen, da sie die unmittelbare Prozessgestaltung von Pflegefachperson und zu pflegender Mensch betreffen (vgl. BIBB, 2012, S. 12). Dieser Stundenumfang zwingt dazu, die vorherige personelle Zuordnung aufzulösen. Das curriculare Prinzip Pflegeprozessorientierung ist eingebunden in die Kompetenzorientierung, die als übergreifendes Prinzip von Ausbildung zu verstehen (vgl. KMK 2021, S. 10) und curricular und in konkreten Lernkontexten einzulösen ist.

1.2 Fragestellung

Dies führt zur Frage dieser Arbeit: Wie gelingt es, die Auszubildenden in diesem Kompetenzbereich so zu fördern, dass sie in der Lage sind, die vorbehaltenen Tätigkeiten auszuführen, indem sie den Pflegeprozess gestalten und steuern können? Wie gehen Lehrende an diese Anforderung heran? Wie wird an Pflegeschulen die neue Anforderung umgesetzt? Welche Bedingungen sind nötig, um den Anspruch einlösen zu können?

1.3 Aufbau der Arbeit

Die im theoretischen Rahmen verwendete Literatur wurde themenbezogen aus den Datenbanken OPAC, Pedocs, Kidocs, Livivo und Carelit gefiltert, wobei auch das Schneeballprinzip und die Handsuche zu Fundstellen führte. In Kapitel Zwei werden die zentralen Konzepte Kompetenz in der pflege-/beruflichen Bildung und Kompetenzentwicklung erläutert.

Das dritte Kapitel widmet sich dem Pflegeprozess aus pflegetheoretischer Perspektive. Ergänzt wird dies durch aktuelle Entwicklungen wie das Strukturmodell und die Pflegediagnosen.

Kapitel Vier führt im Rahmen der berufsbezogenen Kompetenzentwicklung zur Pflegedidaktik, deren domänenspezifische Perspektive einen Beitrag zur Entwicklung dieser Kompetenzentwicklung liefert. Die normativen Grundlagen weisen umfangreiche fachdidaktische Einflüsse auf und werden auch aufgrund ihres Innovationsimpulses betrachtet.

Aus den theoretischen Darlegungen wird in Kapitel Fünf die Forschungsfrage abgeleitet. Das sechste Kapitel beschäftigt sich mit der Methodik. Es beinhaltet das qualitative Forschungsdesign, die Darstellung der Planung und Durchführung von zwei Gruppendiskussionen im Rahmen von Workshops und die Gütekriterien. Der Auswertungsprozess folgt den Phasen der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse. Die gefundenen Ergebnisse werden im Kapitel Sieben grafisch dargestellt und mit den Aussagen aus dem Theorieteil diskutiert.

Im Fazit in Kapitel Acht werden die wichtigsten Ergebnisse resümierend zusammengefasst, die Limitationen reflektiert und ein Ausblick auf Desiderata gegeben. Die umfangreichen Anlagen liegen in elektronischer Form vor.

2. Kompetenzorientierung in der pflege-/beruflichen Bildung

Kompetenzorientierung ist spätestens seit den Bologna-Reformen und dem Pisa-Schock in der Bildungsdiskussion von großer Bedeutung (vgl. Ertl-Schmuck & Hänel, 2022, S. 10). Der Kompetenzbegriff ist bis in die gesetzlichen Grundlagen von Bildung vorgedrungen. Wesentlicher Impuls für die Hinwendung zum Kompetenzbegriff ist die Vorstellung, dass damit gesellschaftliche Entwicklungen, die nicht mehr abschätzbar sind, damit verbundene Handlungsanforderungen und die Möglichkeiten der Person bildungspragmatisch zusammengeführt wurden (vgl. Arnold, 2002, S. 26). Versteht man Kompetenzorientierung als Anspruch, Auszubildende auf die wachsenden Anforderungen in der Gesellschaft vorzubereiten (vgl. Euler, 2020, S. 205), so verweist dies auf den Auftrag beruflicher Bildungseinrichtungen. Beginnend mit der Entwicklung von Curricula führt der kollegiale Verständigungsprozess dazu, Berufsprozesse zu identifizieren, in Lernfeldern abzubilden und Kompetenzen darzustellen, die zur Bewältigung dieser Prozesse geeignet sind. Daraus werden die Wissensbestände abgeleitet, die für die Entwicklung dieser Kompetenzen nötig sind (vgl. Tramm & Naeve-Stoß 2020, S. 7). Ein verbindliches Kompetenzverständnis sorgt dabei für größtmögliche Transparenz zwischen den an der Ausbildung beteiligten Akteuren (vgl. Hensge, 2008, S. 16).

Im folgenden Kapitel wird erläutert, was unter Kompetenz verstanden wird, denn eine abschließende Definition von Kompetenz gibt es nicht (vgl. Erpenbeck, 2017, S. XII). Die verschiedenen Facetten von Kompetenz werden anhand von Kompetenzmodellen erläutert. Kompetenzmodelle der beruflichen Bildung und der Pflegebildung werden vorgestellt und im Hinblick auf die Facetten eingeordnet. Schließlich wird geprüft, welchen Beitrag diese Kompetenzmodelle zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz liefern.

2.1 Facetten des Kompetenzbegriffs in der beruflichen Bildung

In diesem Abschnitt geht es um das Verständnis von Kompetenz, hergeleitet aus beispielhaften Definitionen. Als Facetten von Kompetenz werden Kompetenzdimension, -niveau und -entwicklung aufgefasst.

2.1.1 Kompetenzbegriff

Das Wort Kompetenz geht auf das lateinische Wort *competere* zurück, das mit „zusammenfallen, zusammenstreben, zusammentreffen“ übersetzt werden kann (vgl. Der kleine Stowasser, 1963, S. 119). In der Linguistik wurde der Begriff von Noam Chomsky (1962) eingeführt, um die subjektiven grammatischen Voraussetzungen für komplexes Sprachhandeln darzustellen (vgl. Erpenbeck et al., 2017, S. XVIII). Als Dispositionen sind Kompetenzen jedoch erst über die Performanz, die als Anwendung bzw. Gebrauch von Kompetenz verstanden werden kann, zu beobachten (vgl. Euler, 2020, S. 207). Als wissenschaftliche Verortung wird der anthropologische Strukturalismus angeführt. Habermas schließt an mit dem Konzept der Kommunikativen Kompetenz und der Interaktionskompetenz als sozialwissenschaftliches Schlüsselkonzept (vgl. Brödel, 2002, S. 42). Die aktuelle Kompetenzdiskussion folgt allerdings nicht diesen Linien. Sie reagiert mehr auf gesellschaftliche Entwicklungen (vgl. ebd.). Mit Erpenbeck wird Kompetenz so verstanden, dass der Performanzaspekt stets mitgedacht wird (vgl. Erpenbeck, 2017, S. XVIII).

Eine verbreitete Beschreibung von Kompetenz findet sich bei Weinert, der Kompetenz als

„die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volatilen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können“ (Weinert, 2014, S. 27) definiert.

Erpenbeck hinterfragt diese Beschreibung, da zentrale Konzepte in ihr nicht eindeutig definiert sind, so zum Beispiel der Aspekt, ob beim Lösen von Problemen die Lösungen vorgeformt sind. Dies würde sich vom selbstorganisierten, kreativen Problemlösen unterscheiden (vgl. Erpenbeck et al., 2017, S. XXI). Er versteht unter Kompetenzen

„geistige oder physische Selbstorganisationsdispositionen. Sie umfassen Fähigkeiten, selbstorganisiert und kreativ zu handeln und mit unscharfen oder fehlenden Zielvorstellungen und Unbestimmtheit umzugehen. Unter Dispositionen werden die bis zu einem bestimmten Handlungszeitpunkt entwickelten inneren Voraussetzungen zur Regulation der Tätigkeit

verstanden. Damit umfassen Dispositionen nicht nur individuelle Anlagen, sondern auch Entwicklungsergebnisse“ (ebd., S. XIII).

Diese Bedeutungsdimensionen finden sich in der Darstellung von Kompetenz des BIBB wieder. Hier werden Kompetenzen als Verbindung von Wissen und Können in der Bewältigung von Handlungsanforderungen dargestellt. Auf der Grundlage von Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten generieren kompetente Personen aktuell gefordertes Handeln neu. Situationen, die nicht routinemäßig bewältigt werden können, erfordern Kompetenz (vgl. BIBB / Definition Kompetenzbegriff). Nach Baumert sind Kompetenzen beeinflussbar, mehr oder weniger bereichsspezifisch und erlernbar (vgl. Fleischer et al., 2013, S.7).

Abgrenzung zu den Begriffen Qualifikation und Schlüsselqualifikation

Die unscharfe Verwendung des Begriffs Kompetenz zeigt sich in der Vermischung mit den Begriffen Kenntnisse, Fertigkeiten, Qualifikation (vgl. Euler, 2020, S. 207). Erpenbeck stellt den Qualifikationsbegriff dem Kompetenzbegriff gegenüber. Qualifikation ist fremdorganisiert und auf Zwecke gerichtet, objektbezogen und verwertungsorientiert. Demgegenüber meint Kompetenz die Selbstorganisationsfähigkeit, ist subjektbezogen, umfasst eine Vielzahl an individuellen unbegrenzten Handlungsdispositionen und nähert sich dem klassischen Bildungsideal auf eine zeitgemäße Weise (vgl. Erpenbeck et al., 2017, S. XVII). Wissen und Fertigkeiten sind der Kern von Qualifikationen, die wiederum durch Regeln, Normen und Werte zu Kompetenzen weiterentwickelt werden können (vgl. ebd.). Für sich allein weist der Qualifikationsbegriff auf die Verwertungsorientierung hin, indem Qualifikationen zunächst der Organisation und nicht dem Individuum dienen (vgl. Reichelt et al., 2020, S. 198).

Mit Schlüsselqualifikationen wollte man Anfang der 1970er Jahre Schwachstellen, wie Zersplitterung und Fertigkeitenorientierung in der beruflichen Bildung überwinden (vgl. Dubs, 2006, S. 192). Das Konzept der Schlüsselqualifikationen von Mertens (1974) beinhaltete Entspezialisierung und eine Abstrahierung der zu erwerbenden Kenntnisse und Fähigkeiten, um in der Berufsausbildung besser auf den gesellschaftlichen, technischen und wirtschaftlichen Wandel vorzubereiten. Curriculumtheoretisch können sie als Lernziele mit hohem Grad von Allgemeinheit und Komplexität bezeichnet werden (vgl. Schewior-Popp, 1998, S. 17). Dieses Verständnis lief allerdings Gefahr, die Persönlichkeit auszublenden. Reetz griff dies auf und integrierte den Persönlichkeitsaspekt und somit auch das Lernen (vgl. Dubs, 2006, S. 197). Eine Problematik konnte das Konzept der Schlüsselqualifikationen nicht überwinden. Je allgemeiner eine Schlüsselqualifikation formuliert ist,

desto problematischer ist der Transfer (vgl. ebd., S. 198). Der Begriff der Schlüsselqualifikationen erscheint kaum noch. Er wurde durch ein verändertes Verständnis von Kompetenz abgelöst (vgl. Olbrich, 2023, S. 54).

In kritischen Anmerkungen zum Kompetenzbegriff weist Arnold darauf hin, dass er als Modernisierungsbegriff erscheint. Diesem wird das Potential unterstellt, eine pragmatische Antwort auf die Ergebnisse des internationalen Schulvergleichs und die Anforderungen der Arbeitswelt zu sein. So könnte der Kompetenzbegriff Machbarkeit mit der Folge der Simplifizierung suggerieren. Die Unschärfe des Begriffs begünstigt, dass ein defensives Lernverständnis, begleitet von einem entsprechenden Lehrverständnis als Erzeugung von Lernen weitergetragen wird. Als Gegenmaßnahme ist die Verständigung dazu nötig, um entsprechende Lerngelegenheiten zu schaffen, die der Entwicklung von Gestaltungskompetenz dienen (vgl. Arnold, 2002, S. 26).

2.1.2 Kompetenzmodelle

Kompetenzmodelle sind Darstellungsmöglichkeiten und dienen der Beschreibung und Erklärung von Kompetenzen (vgl. Reichelt et al., 2020, S. 203). Sie können helfen, die damit verbundenen Themen handhabbar, also auch kommunizierbar zu machen, denn Kompetenzmodelle sind Vereinfachungen (vgl. Fleischer et al., 2013, S. 8). In der Bildungsdiskussion sind drei verschiedene Arten von Kompetenzmodellen zu finden, die man als Facetten von Kompetenz begreifen kann. Sie bieten unterschiedliche Sichtweisen auf dasselbe Thema und lassen sich sinnvoll kombinieren (vgl. Reichelt et al., 2020, S. 203). Man unterscheidet Kompetenzstruktur-, -niveau- und -entwicklungsmodelle (vgl. Fleischer et al., 2013, S. 28; vgl. Ketschau, 2020, S. 8; vgl. Klieme, Eckhard et al., 2010, S. 883; vgl. Robitzsch, 2013, S. 42). Ihr Nutzen ist darin zu sehen, dass sie

- Transparenz für Auszubildende und Lehrende bezüglich der Anforderungen ermöglichen,
- Selbst- und Fremdeinschätzung unterstützen,
- Orientierung bei der Gestaltung von Lernprozessen aus Lehrenden- und Auszubildendenperspektive geben,
- Orientierung für Reflexionsprozesse geben,
- Lerndiagnostik unterstützen und
- Orientierung für Curriculumentwicklung, Unterrichts- und Jahresplanung geben (vgl. Löwenstein, 2022, S. 35).

Kompetenzstrukturmodelle

Kompetenzstrukturmodelle differenzieren verschiedene Kompetenzdimensionen oder Teilkompetenzen einer Kompetenz (vgl. Fleischer et al., 2013, S. 8). Man findet auch den Begriff der Kompetenzklassen (vgl. Hensge, 2008, S. 7). Kompetenzdimensionen geben einen Überblick über die Binnenstruktur dieser Kompetenz (vgl. Fleischer et al., 2013, S. 8). Wesentlich ist die Kontextabhängigkeit, denn diese bezieht sich auf Situationen und Anforderungen in bestimmten Domänen (vgl. Klieme & Leutner, 2006, S. 879). Hier ist die Bedeutungsdimension von *competere* als Zusammentreffen von Disposition und Kontext wiederzufinden. Domänen können als Disziplin, Lernbereiche oder Fächer (nicht unbedingt als Schulfach) verstanden werden (vgl. Schewior-Popp, 2014, S. 5).

Kompetenzniveaumodelle

Ein Synonym für Kompetenzniveau ist der Begriff der Kompetenzstufe (vgl. Fleischer et al., 2013, S. 9). Indem Kompetenzdimensionen in ordinale Kategorien unterteilt und kriterienorientiert beschrieben werden, entstehen Niveaus (vgl. ebd., S. 8). Anforderungsmerkmale einer Domäne ermöglichen dabei eine rationale Grundlage für Niveaubeschreibungen. Die Fachdidaktik leistet zu diesen Beschreibungen einen wesentlichen Beitrag (vgl. Robitzsch, 2013, S. 42). Der Begriff Kompetenzstufe kann jedoch nicht mit einer Entwicklungsstufe gleichgesetzt werden, denn sie entsprechen diesen nicht etwa im Sinne von qualitativen Entwicklungssprüngen (vgl. Fleischer et al., 2013, S. 9). Es bedarf der Beschreibung von Niveaus, um Förderbedarf festzustellen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten (vgl. Hensge, 2008, S. 16).

Kompetenzentwicklungsmodelle

Weder Struktur- noch Niveaumodelle sagen etwas darüber aus, wie Kompetenzen entwickelt werden, bzw. wie sie sich entwickeln (vgl. Kettschau, 2020, S. 28). Kompetenzniveaumodelle, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten eingesetzt werden, um die Beschreibung von Kompetenzunterschieden darzustellen, können keine Vorhersagen leisten. Messungen von Kompetenzniveaus zu verschiedenen Zeitpunkten zeigen, dass Kompetenzen sich nicht stetig monoton steigend entwickeln. Sie können stagnieren oder sogar sinken (vgl. Robitzsch, 2013, S. 9). Kompetenzentwicklungsmodelle bilden den Verlauf des Kompetenzerwerbs in einem bestimmten Bereich, d.h. in einem Kontext oder einer Domäne ab (vgl. Hensge, 2008, S. 12). Im Grunde sind diese Modelle jedoch keine Entwicklungsmodelle. Fleischer belegt mit verschiedenen Autoren, dass valide Kompetenzentwicklungsmodelle kaum zu finden sind (vgl. Fleischer et al., 2013, S. 9). Aufgrund dieser Unklarheiten

wird das Thema der Kompetenzentwicklung aus der Perspektive der Psychologie näher beleuchtet.

Perspektive der Psychologie

Durch Kompetenzentwicklung entstehen nach White (1959) im Sinne der Motivationspsychologie Handlungsfähigkeiten, die vom Individuum selbstorganisiert und aufgrund selbstmotivierter Interaktion mit seiner Umwelt herausgebildet werden. (vgl. Erpenbeck, 2017, S. XVI). Kompetenzentwicklung geschieht durch Lernen, das im Konstruktivismus als aktives Konstruieren von Wissen und Kompetenzen verstanden wird. Das Individuum erschafft dadurch ein individuelles Bild der Welt (vgl. ebd., XIV).

Aus der Entwicklungspsychologie sind die Entwicklungstheorien von Havighurst, Piaget, Kohlberg und Erikson bekannt. Sie sind Vertreter von Phasentheorien, die jedoch nicht hinreichend Entwicklung erklären (vgl. Greve & Thomsen, 2019, S. 135). Sie haben das Problem, dass die Grenzen nicht ausreichend scharf und empirisch nicht belegt sind (vgl. ebd., S. 136). Phasentheorien dienen der Beschreibung von Entwicklung, nicht der Erklärung (vgl. ebd., S. 137). Es wird als aussichtsreich betrachtet, die Prozesse der Entwicklungssteuerung in den Blick zu nehmen (vgl. ebd., S. 139). Hier spielen drei Aspekte eine Rolle: die genetische Regulation, der Einfluss des Kontextes und die Selbstregulation. Damit ist gemeint, dass Individuen Mitgestalter ihrer Entwicklung sind (vgl. ebd., S. 142). Diese Perspektive bezieht sich auf den Säugling ebenso wie auf andere Lebewesen wie Bakterien oder Ameisen. Nach Brandstätter (2001) wird Selbstgestaltung so verstanden, dass Individuen durch selbstgesetzte Entwicklungsaufgaben ihre Entwicklung selbst gestalten (Greve & Thomsen, 2019, S. 142).

Es gibt stets einen Anlass für Entwicklung. Die sich verändernde Einheit ist nicht nur eine einzelne Person, sondern ein System. Probleme und ihre Lösungen sind an einen Kontext gebunden. Der Verlauf von Entwicklung ist somit stark durch den Kontext determiniert (vgl. Greve & Thomsen, 2019, S. 199). Entwicklung kann als fortlaufendes Lösen von Entwicklungsaufgaben und -problemen verstanden werden.

Kompetenzentwicklung verstanden als Entwicklungsprozesssteuerung nimmt also Einfluss auf die Kontextfaktoren von Entwicklung, bzw. auf Lernen. Insofern geht es bei der Konstruktion von Curricula und Lernarrangements darum, diese auf der Grundlage eines solchen Entwicklungsverständnisses, das von einem

Systemverständnis, Selbststeuerung und Entwicklungsaufgaben ausgeht, zu gestalten (vgl. Löwenstein, 2022, S. 38).

Der Begriff der Selbstgestaltung kann mit dem Begriff der Kompetenzreife in Verbindung gebracht werden, denn Kompetenz- und Haltungsbildung werden als komplexe Ich-Entwicklung verstanden (vgl. Arnold, 2017, S. 93). Ermöglichungsdidaktik liefert die Antwort auf die Theorie der Selbstorganisation von Lernen und Kompetenzentwicklung bzw. -reife. Kompetenzen können nach diesem Verständnis also nicht erzeugt, aber deren Reife gefördert werden (vgl. ebd., S. 111). Eine solche Auffassung hat Konsequenzen für das Verständnis von Unterricht und Lehren, denn Lehrende können Wissen nicht weitergeben, jedoch besteht ihre Aufgabe darin, individuelles und selbstorganisiertes Lernen zu ermöglichen (Erpenbeck, 2017, S. XIV).

2.2 Kompetenzmodelle der beruflichen Bildung

Die für die berufliche Bildung in Deutschland maßgeblichen Kompetenzmodelle sind die der KMK und des DQR auf der Grundlage des EQR, wobei die DQR und EQR über den Bereich der Ausbildungen hinausreichen. Weiterhin wird das CO-MET-Kompetenzmodell vorgestellt, in dem ein ausführlicher wissenschaftlicher Rahmen zugrunde gelegt und im Zusammenhang mit Kompetenzmessung die Kompetenzentwicklung thematisiert wird.

2.2.1 Das Kompetenzmodell für die berufliche Bildung der KMK

Ziel der Berufsschule ist nach den Richtlinien der KMK umfassende Handlungskompetenz mit den Dimensionen Fach-, Selbst- und Sozialkompetenz. Weitere Bestandteile sind Methodenkompetenz, kommunikative Kompetenz und Lernkompetenz (vgl. KMK, 2021, S.15). Vor dem Hintergrund sich wandelnder Anforderungen sollen Auszubildende befähigt werden, berufliche Aufgaben zu erfüllen und die Arbeitswelt und Gesellschaft sozial, ökologisch und verantwortlich mitzugestalten (vgl. ebd., S. 14).

Dazu wird das Modell der vollständigen Handlung zugrunde gelegt. Eine Handlung umfasst danach das selbstständige Planen, Durchführen und Beurteilen von Arbeitsaufgaben (vgl. BIBB / Didaktische Prinzipien der Ausbildung). Alle Phasen der Handlung sollen in Lernsituationen möglichst selbst ausgeführt oder zumindest gedanklich durchdrungen werden.

Lernsituationen werden im Rahmen der Lernfeldkonzeption entwickelt, das 1996 das Fächerprinzip der Berufsschule ablöste (vgl. Hensge, 2008, S. 10). Zuvor wurden Inhalte unterschiedlicher allgemeinbildender und berufsbildender Fächer meist unverbunden nebeneinander vermittelt. In der Lernfeldkonzeption stellen nun konkrete berufliche Aufgaben und Problemstellungen den Ausgangspunkt von Lernsituationen dar (vgl. ebd.). Die Lernfelder orientieren sich an beruflichen Aufgaben und Problemstellungen innerhalb zusammengehöriger und vernetzter Arbeits- und Geschäftsprozesse (vgl. KMK, 2021, S. 12). So soll ein stärkerer Bezug zur Lebenswelt der Auszubildenden erreicht werden (vgl. Tramm & Naeve-Stoß, 2019, S. 5). Sie ist jedoch nicht mit der Abkehr von der Fächerorientierung zu verwechseln, denn Fach- und Handlungssystematik sollen miteinander verbunden werden (vgl. ebd., vgl. Schewior-Popp 2014, S. 6). Die Berufsdidaktik geht dabei über eine reine Praxisorientierung hinaus, indem die Bedeutung der Dimensionen des Arbeitsprozesses für die Kompetenzentwicklung des Subjekts herausgearbeitet werden muss. Diese Klärung ist in Prozessen der Curriculum- und Unterrichtsentwicklung von Bedeutung (vgl. Becker, 2020, S. 373).

Weiterhin trägt der spiralige Aufbau des Curriculums zur Kompetenzentwicklung bei (vgl. KMK, 2021, S. 25; vgl. Tramm & Naeve-Stoß, 2019, S. 9). Das Spiralprinzip geht auf den Entwicklungspsychologen Jerome S. Bruner (1960) zurück. Ein spiralisches Curriculum ermöglicht es, einen Lerngegenstand auf verschiedenen kognitiven und sprachlichen Niveaus bis hin zur abstrakten formalisierten Darstellung wiederholt aufzugreifen. Orientiert an der Entwicklung des Kindes wird dies als intellektuell ehrliche Darbietung von Lerngegenständen verstanden (vgl. Reiss & Hammer, 2013, S. 66).

Das Kompetenzmodell der KMK veranschaulicht die Kompetenzdimensionen Human-, Fach- und Sozialkompetenz (s. Abb. 1), die auf den Kompetenzbegriff von Heinrich Roth zurück gehen (1971) (vgl. Detjen et al. 2012, S. 19), konkretisiert bzw. erweitert um die kommunikative, Methoden- und Lernkompetenz.

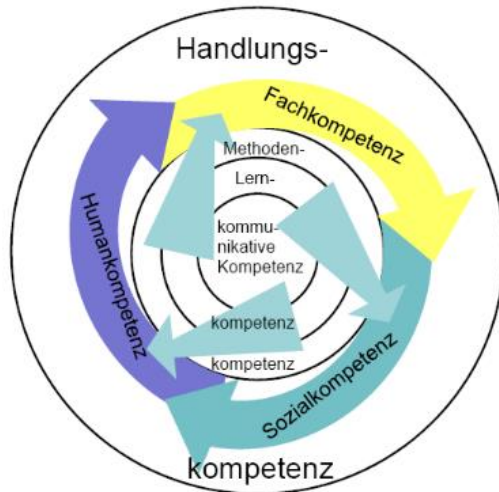


Abb. 1 Dimensionen der Handlungskompetenz nach Bader & Müller 2002 (Kettschau 2020, S. 28)

Bader und Müller visualisieren die berufliche Handlungskompetenz als Kreismodell. Die Pfeile zeigen die Beziehungen der Kompetenzdimensionen untereinander. Es stellt ein allgemeines Kompetenzmodell dar, das für den jeweiligen Beruf spezifiziert werden muss (vgl. Hensge, 2008, S. 6).

2.2.2 EQR und DQR

Im Jahr 2007 wurde der Europäische Qualifikationsrahmen verabschiedet. Ziel ist, Transparenz, Vergleichbarkeit und Durchlässigkeit bezogen auf Bildungsabschlüsse zu erreichen. Dadurch soll die Mobilität auf dem Arbeitsmarkt verbessert und das lebenslange Lernen unterstützt werden. In einer hochentwickelten Gesellschaft müssen Lernende Fähigkeiten zur selbstständigen Wissensaneignung erlernen (vgl. Olbrich 2023, S. 167). Im Qualifikationsrahmen sind acht Niveaus als Lernergebnisse dargestellt. Diese wiederum sind in Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen aufgeteilt, wobei Kompetenz die Übernahme von Verantwortung und Selbstständigkeit meint (vgl. Bund-Länder-Koordinierungsstelle, 2013, S. 7).

Der Begriff Qualifikation bringt zum Ausdruck, dass es sich um eine offizielle Anerkennung durch eine zuständige Stelle mit Gültigkeit auf dem Arbeitsmarkt handelt. Dies stellt ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal zum Kompetenzbegriff dar (s. Kap. 2.1.1; vgl. Kirchhof, 2007, S. 87). Zum EQR haben die Mitgliedstaaten ihre eigenen Qualifikationsrahmen entwickelt. Der DQR ist unter Mitarbeit der KMK zur Einordnung der Qualifikationen des deutschen Bildungssystem erarbeitet worden. Wie der EQR sind auch hier 8 Qualifikationsniveaus dargestellt. Die Besonderheiten des deutschen Bildungssystem werden berücksichtigt (vgl. Bund-Länder-Koordinierungsstelle, 2013, S. 9).

Im Unterschied zum EQR ist im DQR die Rede von Fachkompetenz und personeller Kompetenz (s. Abb. 2), was als ganzheitliches Kompetenzverständnis

verstanden wird (vgl. ebd., S. 14). Die Kompetenzstruktur entspricht dem Kompetenzmodell der KMK. Die folgende Abbildung veranschaulicht die verschiedenen Dimensionen.

Niveauidikator			
Anforderungsstruktur			
Fachkompetenz		Personale Kompetenz	
Wissen	Fertigkeiten	Sozialkompetenz	Selbständigkeit
Tiefe und Breite	Instrumentale und systemische Fertigkeiten, Beurteilungsfähigkeit	Team/Führungsfähigkeit, Mitgestaltung und Kommunikation	Eigenständigkeit/Verantwortung, Reflexivität und Lernkompetenz

Abb. 2 Kompetenzmodell des DQR (Bund-Länder-Koordinierungsstelle, 2013, S. 14)

Die verschiedenen Niveaus sind auch als Abbildung zu finden, zum Beispiel IHK Köln (s. Abb. 3).

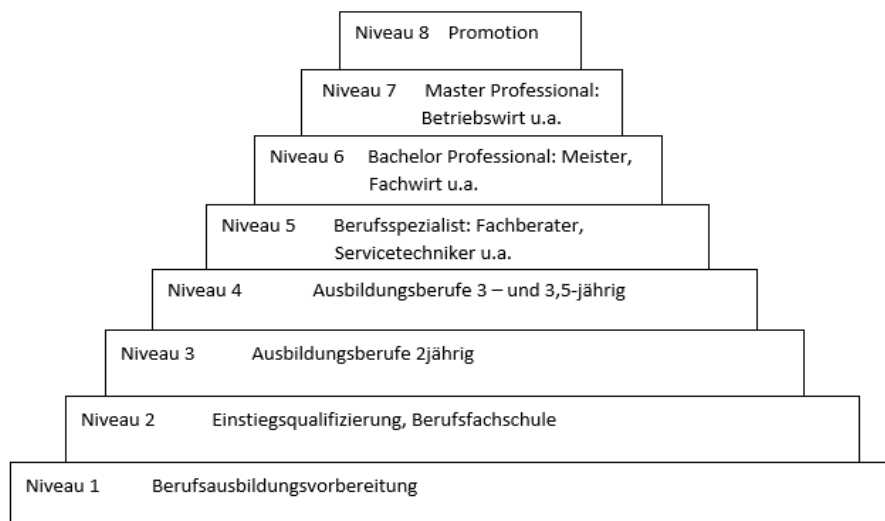


Abb. 3 Qualifikationsniveaus des DQR

Das DQR-Handbuch stellt die verschiedenen Qualifikationsniveaus ausführlich dar, indem die einzelnen Kompetenzdimensionen konkretisiert werden. Beispielfähig wird hier das Niveau 4 des DQR gezeigt (s. Abb. 4), denn diesem Qualifikationsniveau wird die generalistische Pflegeausbildung zugeordnet (vgl. Peters & Telieps, 2023, S. 57).

Niveau 4			
Über Kompetenzen zur selbständigen Planung und Bearbeitung fachlicher Aufgabenstellungen in einem umfassenden, sich verändernden Lernbereich oder beruflichen Tätigkeitsfeld verfügen.			
Fachkompetenz		Personale Kompetenz	
Wissen	Fertigkeiten	Sozialkompetenz	Selbständigkeit
Über vertieftes allgemeines Wissen oder über fachtheoretisches Wissen in einem Lernbereich oder beruflichen Tätigkeitsfeld verfügen.	Über ein breites Spektrum kognitiver und praktischer Fertigkeiten verfügen, die selbständige Aufgabenbearbeitung und Problemlösung sowie die Beurteilung von Arbeitsergebnissen und -prozessen unter Einbeziehung von Handlungsalternativen und Wechselwirkungen mit benachbarten Bereichen ermöglichen. Transferleistungen erbringen.	Die Arbeit in einer Gruppe und deren Lern- oder Arbeitsumgebung mitgestalten und kontinuierlich Unterstützung anbieten. Abläufe und Ergebnisse begründen. Über Sachverhalte umfassend kommunizieren.	Sich Lern- und Arbeitsziele setzen, sie reflektieren, realisieren und verantworten.

Abb. 4 Niveaustufe 4 des DQR (Bund-Länder-Koordinierungsstelle, 2013, S. 18)

2.2.3 COMET-Kompetenzmodell

Anfang der 2000 wurde das COMET-Projekt ins Leben gerufen, um in der Folge von PISA das Können im Sektor der beruflichen Bildung zu untersuchen und Aussagen über die Qualität in der beruflichen Bildung zu treffen. Die Forschungsgruppe um Felix Rauner konstruierte auf der Grundlage eines zuvor entwickelten Kompetenzmodells Aufgabenformate, die es erlaubten, die berufliche Kompetenz von Elektronikern in den Bundesländern Hessen und Bremen zu messen und deren Kompetenzentwicklung zu erfassen. Das Projekt wurde auf weitere Berufe und deren Ausbildungen ausgeweitet und auch international erprobt. Aus den Ergebnissen werden Konsequenzen für die Gestaltung beruflicher Bildung abgeleitet, sowie Fortbildungsmaßnahmen zur beruflichen Kompetenzentwicklung und -diagnostik gestaltet (vgl. IBB, 2010, S. 8).

Die Vorgabe der KMK für die berufliche Bildung, Auszubildende zur Mitgestaltung der Arbeitswelt und der Gesellschaft in sozialer, ökologischer Verantwortung zu befähigen (vgl. KMK, 2012, S. 13) wurde im COMET-Projekt aufgenommen und weiterentwickelt. Gestaltung wird hier als kritisch-konstruktiver Begriff verstanden, indem davon ausgegangen wird, dass es unausgeschöpfte Spielräume zur (sozialen) Gestaltung von Arbeit und Technik gibt. Gestaltung meint auch die Kunstfertigkeit, durch die das Gegebene in eine neue gewünschte Form gebracht werden kann (vgl. Rauner, 2017a, S. 19).

Der Begriff der Gestaltung wird außerdem als Gegenperspektive zum Begriff der Handlungsorientierung eingesetzt, der, wie bereits dargestellt, zu einem wesentlichen Prinzip für berufliche Curricula nach dem Lernfeldkonzept wurde (s. Kap. 2.2.1). Handlungsorientierung soll vor allem zwei Effekte haben: die Orientierung an ganzheitlichen Arbeitsprozessen als eine Überwindung des Taylorismus, und die Effektivierung von Lernprozessen. Es wird in Aussicht gestellt, dass sich die Lernenden mit größeren eigenen Potentialen einbringen. Allerdings kann handlungsorientiertes Lernen auch als Anpassungslernen verstanden werden. Darin besteht die Gefahr der Inkompetenz, wenn Handeln vor allem als Tun nach Anweisung und nach detaillierten Plänen verstanden wird (vgl. Rauner, 2017a, S. 147). Dies wäre eine Einengung des Handlungsbegriffs. Der Begriff der Gestaltungskompetenz nimmt im Wort die schöpferische Qualität selbstverantworteten Tuns in Gestaltungsspielräumen auf (vgl. ebd., S. 148).

Drei Theorien bilden den Rahmen des COMET-Kompetenzmodells: 1. Die Theorie der multiplen Kompetenz, 2. das Novizen-Expertenparadigma und 3. die Theorie der vollständigen Arbeits- und Lernhandlung.

Zu 1: Die Theorie der multiplen Kompetenz lehnt Rauner an das Konzept der multiplen Intelligenz von Howard Gardner an, der auf die praktische Intelligenz hinweist. In seinen Schriften verwendet er die Begriffe Intelligenz, Fähigkeiten und Kompetenz synonym (vgl. Rauner, 2017a, S. 166). Beim Lösen von beruflichen Aufgaben kommen unterschiedliche Kompetenzen zum Einsatz. Durch die Analyse von verschiedenen Berufsbildern und Ausbildungsplänen wurden acht Kriterien identifiziert, mit denen berufliche Aufgaben umfassend, d.h. holistisch, gelöst werden können (vgl. IBB, 2010, S. 24). Fachkräfte, denen es gelingt, die acht Kriterien bei der Lösung dieser Aufgaben zu berücksichtigen, besitzen mit diesem holistischen Verständnis Gestaltungskompetenz. Dies beinhaltet auch, dass Anforderungskriterien, die auch im Widerspruch stehen können, gegeneinander abgewogen werden müssen (vgl. Rauner, 2018, S. 22). Die Kriterien sind in Abbildung 5 dargestellt. Sie zeigt neben den acht Kriterien drei Wissensdimensionen nach Hacker (vgl. Rauner 2017a, S. 175). Es ist das handlungsleitende, das handlungserklärende und das handlungsreflektierende Wissen.

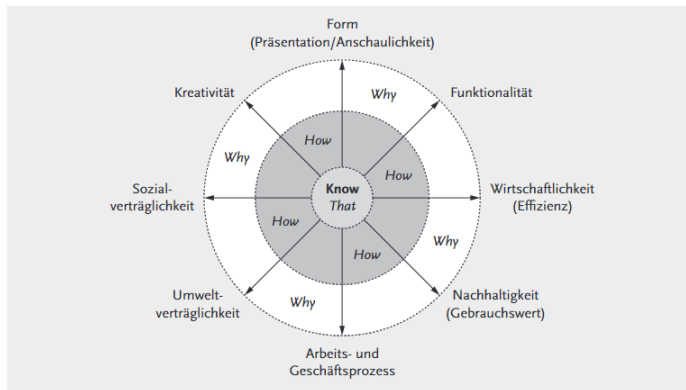


Abb. 5 Multiple Kompetenz (Rauner, 2017b, S. 57)

Unter **handlungsleitendem Wissen** (know that) wird das regelbasierte Wissen verstanden. Es reguliert die Ausführung einer Handlung bewusst oder unbewusst.

Handlungserklärendes Wissen (know how) ist Wissen, dass Fachkräfte nutzen, um anderen Personen ihr Handeln darzustellen. Es schließt sprachliche Fähigkeiten ein. Hierfür wird auch der Begriff des prozeduralen Wissens gebraucht.

Handlungsreflektierendes Wissen (know why) beantwortet die Frage „Warum so und nicht anders?“. Es führt zu Abwägungen alternativer Lösungsmöglichkeiten und die Berücksichtigung von relevanten Kriterien in der spezifischen Situation. Dazu gehört auch die Fähigkeit, diese Abwägungen zu kommunizieren (vgl. Rauner, 2017a, S. 176).

Die acht Kriterien spezifizieren Dimensionen, die aufeinander aufbauenden Niveaus zugeordnet werden (vgl. ebd., S. 177) (s. Abb. 6).

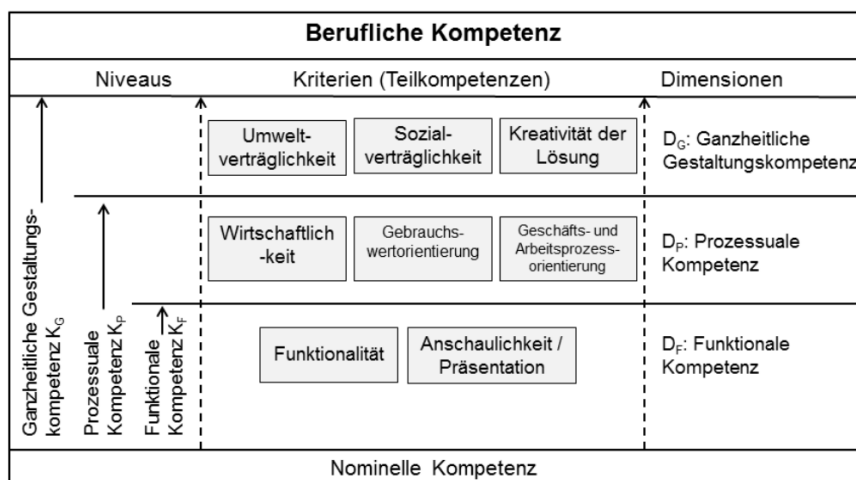


Abb. 6 Modell der Anforderungsdimensionen: Kompetenzniveaus, Teilkompetenzen, Kompetenzdimensionen (Rauner, 2018, S. 26)

Das Kompetenzmodell wurde ursprünglich für den Technikbereich entwickelt. Die Beschreibungen der Kriterien Gebrauchswertorientierung konnten nicht unangewandt für den Dienstleistungsbereich, zu dem auch die Pflege gehört, übernommen werden. Sie wurden für den Sektor Dienstleistung entsprechend angepasst (vgl. Rauner, 2017a, S. 669). In der folgenden Tabelle sind sie grau unterlegt (s. Tab. 1). In der eigenen Darstellung wurden die Niveaustufen beruflicher Kompetenz mit den acht Kriterien multipler Kompetenz und den Erläuterungen zusammengefügt.

Kompetenzniveaus und Kriterien beruflicher Kompetenz mit Erläuterungen

Kompetenzniveaus	Kriterien multipler Kompetenz
<p>Ganzheitliche Gestaltungskompetenz: Berufliche Aufgaben werden in ihrer Komplexität wahrgenommen und unter Berücksichtigung der vielfältigen betrieblichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sowie der divergierenden Anforderungen an den Arbeitsprozess und das Arbeitsergebnis gelöst. Die Gestaltungsspielräume werden erkannt und ausgelotet.</p> <p>Prozessuale Kompetenz: Berufliche Aufgaben werden in ihren Bezügen zu betrieblichen Arbeitsprozessen und -situationen interpretiert und bearbeitet. Aspekte der Wirtschaftlichkeit, Kunden und Prozessorientierung werden dabei berücksichtigt. Die Auszubildenden verfügen über ein berufliches Qualitätsbewusstsein sowie über ein betriebliches Arbeitskonzept.</p> <p>Funktionale Kompetenz: Fachlich-instrumentelle Fähigkeiten basieren auf erforderlichen elementaren Fachkenntnissen und Fertigkeiten. Sie sind in ihren Zusammenhängen und ihrer Bedeutung für die berufliche Arbeit nicht durchdrungen. Fachlichkeit äußert sich als kontextfreies, fachkundliches Wissen und entsprechenden Fertigkeiten.</p>	<p>Kreativität ist ein Indikator, der bei der Lösung beruflicher Aufgaben eine große Rolle spielt. Dies resultiert auch aus den situativ höchst unterschiedlichen Gestaltungsspielräumen bei der Lösung beruflicher Aufgaben.</p> <p>Umweltverträglichkeit ist für nahezu alle Arbeitsprozesse ein relevantes Kriterium. Dabei geht es nicht um allgemeines Umweltbewusstsein, sondern die berufs- und fachspezifischen umweltbezogenen Anforderungen an berufliche Arbeitsprozesse und deren Ergebnisse.</p> <p>Sozialverträglichkeit betrifft vor allem den Aspekt humaner Arbeitsgestaltung und -organisation, den Gesundheitsschutz sowie ggf. auch die über die beruflichen Arbeitszusammenhänge hinausreichenden sozialen Aspekte beruflicher Arbeit.</p> <p>Wirtschaftlichkeit/Effizienz: Berufliche Arbeit unterliegt prinzipiell dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit. Die Kontextbezogene Berücksichtigung wirtschaftlicher Aspekte bei der Lösung beruflicher Aufgaben zeichnet das kompetente Handeln von Fachleuten aus.</p> <p>Nachhaltigkeit / Gebrauchswertorientierung: Zuletzt verweisen berufliche Arbeitsprozesse und -aufträge immer auf Kunden/innen, deren Interesse ein hoher Gebrauchswert sowie Nachhaltigkeit der Aufgabenlösung ist. In hoch arbeitsteiligen Arbeitsprozessen verflüchtigen sich im Bewusstsein der Beschäftigten häufig der Gebrauchswert- und der Nachhaltigkeitsaspekt bei der Lösung beruflicher Aufgaben. Mit der Leitidee der nachhaltigen Problemlösung wirkt die berufliche Bildung dem entgegen.</p> <p>Gebrauchswertorientierung für personenbezogene Dienstleistungsberufe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie groß ist der subjektive/objektive Nutzen für Patienten, andere Berufsgruppen? - Wird der Aspekt der Unvorhersehbarkeit in der Lösung berücksichtigt? - Werden Aspekte der längerfristigen Verwendbarkeit und Erweiterungsmöglichkeiten in der Lösung berücksichtigt? - Zielt die Aufgabenlösung auf einen langfristigen Erfolg (Vermeidung Drehtüreffekt) hin? <p>Geschäfts- und Arbeitsprozessorientierung umfasst Lösungsaspekte, die auf die vor- und nachgelagerten Arbeitsbereiche in der betrieblichen Hierarchie (der hierarchische Aspekt des Geschäftsprozesses) sowie auf die vor- und nachgelagerten Arbeitsbereiche in der Prozesskette (der horizontale Aspekt des Geschäftsprozesses) Bezug nehmen.</p> <p>Funktionalität verweist auf die instrumentelle Fachkompetenz und damit auf das kontextfreie fachkundliche Wissen. Die Fähigkeit, eine Aufgabe funktional zu lösen, ist grundlegend für alle anderen Anforderungen, die an die Lösung beruflicher Aufgaben gestellt werden.</p> <p>Anschaulichkeit / Präsentation: Das Ergebnis beruflicher Aufgaben wird im Planungs- und Vorbereitungsprozess vorweggenommen und so dokumentiert und präsentiert, dass der /die Auftraggeber/in (Vorgesetzte Kunden/-innen) die Lösungsvorschläge kommunizieren und bewerten können. Daher handelt es sich um eine Grundform beruflicher Arbeit und beruflichen Lernens.</p>
<p>Nominelle Kompetenz: Auszubildende verfügen über oberflächliches Begriffswissen, das nicht handlungsleitend ist.</p>	

Tabelle 1 Eigene Darstellung in Anlehnung an Rauner, 2018, S. 21

Zu 2: Das Novizen-Expertenparadigma geht auf den Mathematiker Stuart Dreyfus und seinen Bruder und Philosophen Hubert Dreyfus zurück, die in den 1980er Jahren das 5-Stufenmodell vom Novizen zum Experten entwickelten (vgl. Fischer, 2020, S. 269). Es basiert auf dem Prinzip der Entwicklungslogik, in dem bestimmte Anforderungen zu bestimmten Zeitpunkten dazu führen, dass die nächste Entwicklungsstufe erreicht wird (s. Abb. 7). Nach diesem Verständnis lassen sich Bildungsgänge fachlich und entwicklungslogisch systematisieren (vgl. Rauner 2017b., S. 47).

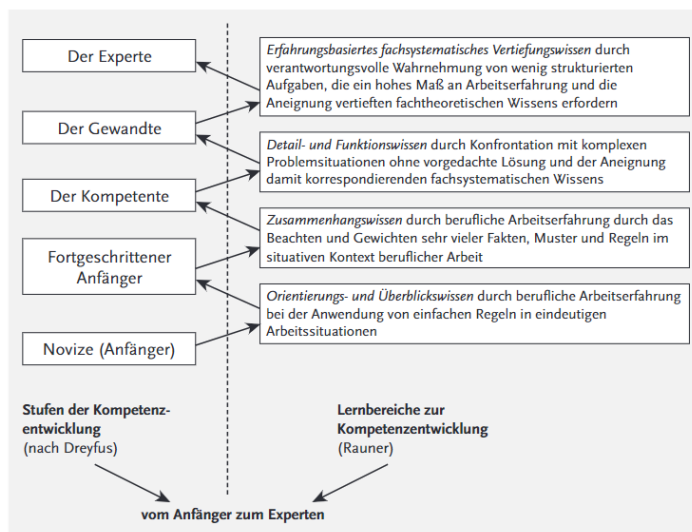


Abb. 7 Berufliche Kompetenzentwicklung „Vom Anfänger zum Experten“ (Rauner, 2017a, S. 142)

In der folgenden Abbildung sind die aufeinander aufbauenden, verschiedenen Wissensarten, die in den Aufgaben zum Tragen kommen, Ausbildungsjahren zugeordnet (s. Abb. 8).

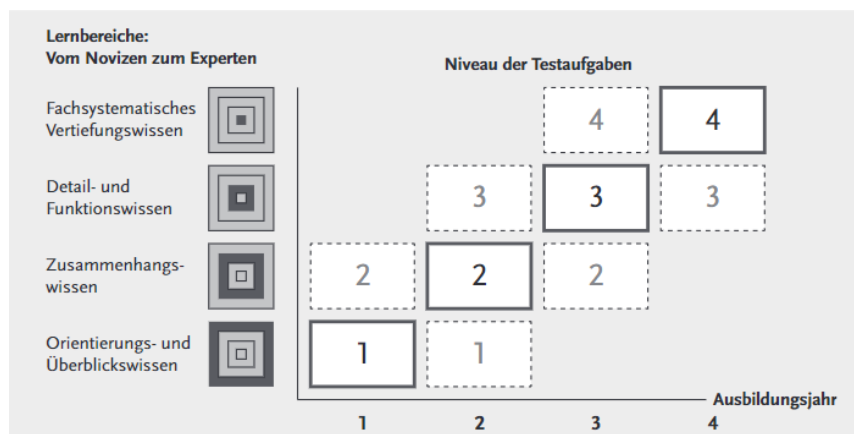


Abb. 8 Zuordnung der Testaufgaben zu den Stadien der Berufsausbildung (Rauner, 2017b, S. 72)

Zu 3: Die Theorie der vollständigen Arbeits- und Lernhandlung steht für die betrieblichen Bedingungen der Kompetenzentwicklung. Sie gründet auf einer

humanen Arbeitsgestaltung. Aufgaben sollen sich auf Arbeitszusammenhänge beziehen, die von den Beschäftigten verstanden und bewertet werden können (vgl. Rauner, 2017b, S. 28). Arbeitsaufgaben, die der betrieblichen Organisationsentwicklung sowie der Kompetenzentwicklung dienen, weisen Gestaltungsmerkmale auf, die von verschiedenen Autoren zusammengestellt wurden (vgl. Rauner 2017a, S. 196):

- Ganzheitlichkeit: Erkennen von Bedeutung und Stellenwert der Tätigkeit
- Anforderungsvielfalt: Vermeidung von einseitigen Beanspruchungen
- Möglichkeit der sozialen Interaktion: Gegenseitige Unterstützung, gemeinsame Bewältigung von Schwierigkeiten
- Autonomie: Stärkung des Selbstwertgefühls und Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme, Erfahrung von Wirksamkeit
- Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten: Erhaltung von Flexibilität und Weiterentwicklung von Qualifikationen (vgl. ebd.).

Aus dem Theorierahmen von COMET wird das Ergebnis von Berufsausbildung so verstanden, dass

„Auszubildende gegen Ende der Ausbildung die für die Berufsfähigkeit charakteristischen Aufgaben in ihrer Komplexität verstehen und sie unter Beachtung aller relevanten Kriterien lösen können. Dabei muss die Vielfalt möglicher Lösungen begründet gegeneinander abgewogen werden, um den jeweils gegebenen Lösungsraum klug auszuschöpfen. Berufliche Kompetenz zeichnet außerdem aus, bei der Lösung beruflicher Aufgaben die ausgewählte Lösung zu begründen, sodass Auftraggebende in die Aufgabenlösung einbezogen werden können“ (Rauner, 2018, S. 7).

Im Projekt erfolgte die Messung von Kompetenzen auf der Grundlage von Testaufgaben. Diese wurden in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Fachdidaktik-Expert*innen entwickelt. Zur Einschätzung der Kompetenzen wurde ein Rater-Training durchgeführt, das letztlich eine Kompetenzentwicklung der Lehrenden, die sowohl an der Aufgabenentwicklung beteiligt sein konnten, als auch als Rater geschult wurden, nach sich zog (vgl. Rauner, 2017b, S. 102). Dies wirkte sich verändernd auf die Unterrichtsgestaltung aus und verbesserte die Kompetenzentwicklung bei den Auszubildenden (vgl. Rauner, 2018, S. 31).

Der Einsatz von COMET in der Schweizer Pflegeausbildung bestätigte diese Wirkung (vgl. Rauner, 2022, S. 163). Kompetenzdiagnostik kann somit zur Analyse von Bildungsprozessen genutzt werden (vgl. ebd., S. 19). Beispielsweise konnte gezeigt werden, dass die Kompetenzprofile der Auszubildenden Rückschlüsse auf

die Problemlösungsmuster der Lehrkräfte zu lassen, die diese auf die Lernenden übertragen (vgl. Rauner, 2018, S. 7).

Die Kriterien für Entwicklung von Testaufgaben lehnen sich an die Gestaltungsmerkmale der Arbeitsaufgaben der betrieblichen Organisationsentwicklung an:

- Repräsentativität, d.h. sie entsprechen den Aufgaben des beruflichen Handlungsfeldes und basieren auf realitätsnahen, authentischen Situationsbeschreibungen
- Gestaltungsoffenheit, es gibt eine Vielzahl an Lösungen unterschiedlicher Tiefe und Breite
- Anforderung einer holistischen Aufgabenlösung nach den acht Kriterien der multiplen Kompetenz (vgl. Rauner, 2017b, S. 94)
- Realitätsnahes Schwierigkeitskonzept aufgrund der Fähigkeitsmerkmale der Auszubildenden: Die Aufgabe kann auf unterschiedlichen Kompetenzniveaus und auf unterschiedlichen Wissensniveaus gelöst werden (vgl. Rauner, 2017b, S. 129).

Weitere wichtige Aussagen

Zur Bedeutung von Fachkompetenz:

Die Bedeutung der Fachkompetenz wurde durch die Expertiseforschung bestätigt. Diese stellte heraus, dass berufliche Kompetenzen domänenspezifisch und somit an Fachkompetenzen gebunden sind (vgl. Rauner, 2017a, S. 172).

Zur Bedeutung der Fachwissenschaft:

Rauner weist darauf hin, dass wissenschaftlich definierte Begriffe und Konzepte den Zusammenhang zum Arbeitsprozess, der von Beschäftigten gestaltet werden soll, vermissen lassen. Es sei Aufgabe der Berufsdidaktik, sich mit den Arbeitsprozessen und den Erfahrungen, die in der Ausführung von Arbeitsprozessen entstehen, zu befassen (vgl. ebd., S. 183).

Zum Fachverständnis der Lehrenden:

Das Problem der Kompetenzniveaus ist das unterschiedliche Fachverständnis von Lehrenden, die dieses unbewusst auf die Auszubildenden übertragen. Lehrkräfte in der beruflichen Bildung haben ein sehr unterschiedliches Fachverständnis, was eine ausgeprägte Heterogenität der Kompetenzentwicklung der Lernenden zur Folge hat (vgl. Rauner, 2022, S. 4).

Zu betrieblichen Voraussetzungen einer gestaltungsorientierten Kompetenzentwicklung:

Gestaltungsorientierte Berufsbildung bedeutet für die Ausbildungsbetriebe, Ausbildung so zu denken, dass sie in die betriebliche Organisationentwicklung integriert ist. Sie wird dadurch Bestandteil einer partizipativen Organisationsentwicklung, die Gestaltungsorientierung als Leitidee beinhaltet (vgl. Rauner, 2017a, S. 156).

Zusammenfassend wird der Nutzen des COMET-Kompetenzmodells darin gesehen, dass es zur Messung beruflicher Kompetenzen herangezogen werden kann und darüber hinaus eine didaktische Anleitung zur Gestaltung und Evaluation beruflicher Bildungsprozesse liefert (vgl. Rauner, 2018, S. 31).

2.2.4 Einordnung und Beitrag zur Pflegeprozesskompetenz

Das Kompetenzmodell der KMK ist ein Kompetenzstrukturmodell, das so allgemein gestaltet ist, dass es auf verschiedene Berufe angewendet werden kann, da keine Domäne benannt ist. Das ist hier auch nicht beabsichtigt. Die enthaltenden Kompetenzdimensionen zeigen ein umfassendes Kompetenzverständnis, denn mit der personalen Kompetenz wird die lernende Person in den Blick genommen. Ebenso ist das Kompetenzmodell des DQR einzuordnen. Es ist ebenfalls ein Kompetenzstrukturmodell, für das außerdem acht Niveaus formuliert wurden. Der Bereich der personalen Kompetenz kann nach den Ausführungen oben als Gegenpol zum Verwertungsinteresse von Qualifikationen verstanden werden und setzt wichtige Impulse für die Kompetenzentwicklung.

Beide Modelle sind offen für konkrete Kompetenzdimensionen, die dann Auskunft über die Binnenstruktur des Berufs geben, indem Situationen und Anforderungen konkretisiert werden (s. Kap. 2.1.2). Die Darstellung von konkreten Dimensionen und Niveaus in der beruflichen Bildung ist Aufgabe von Fachdidaktiker*innen, damit Niveaumodelle zum Feststellen von Förderbedarfen oder auch zur Kompetenzfeststellung genutzt werden können (s. ebd.).

Das Niveau 4 des DQR beschreibt die Kompetenz- bzw. Qualifikationsstufe zum Ende der Ausbildung. Zunächst ist im DQR die Domänenspezifität nicht gegeben. Diese ist im Feld der Fachkompetenz mit Inhalt zu Theorien und Modellen des Pflegeprozesses zu füllen. Im Feld der Fertigkeiten ist der Arbeitsprozessbezug genannt. Die mit dem Pflegeprozess verbundenen Arbeitsprozesse sind wesentliche Bezugspunkte für die Entwicklung dieser Fachkompetenz. Es sind in diesen allgemeinen Formulierungen bereits konkrete Hinweise enthalten, die auf die

Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz übertragen werden können, da es sich um einen Prozess handelt, in dem Problemlösung, Beurteilung von Ergebnissen und die Einbeziehung von Handlungsalternativen unmittelbar enthalten sind. Auch im Feld der personalen Kompetenz stehen die Begriffe Mitgestaltung und Reflexion für wesentliche Qualitäten von Pflegeprozesskompetenz. Es wird deutlich, dass Pflegeprozesskompetenz ohne die personalen Aspekte nicht auskommt und eine reine Fach- und Methodenorientierung begrenzend wirkt. Dies sind erste Gedanken zum Transfer dieses Modells, die zeigen sollen, dass der Rahmen wertvolle Eckpunkte liefert, aus verschiedenen Kompetenzdimensionen auf einen Bereich – hier den Pflegeprozess – zu blicken, die allerdings weitergedacht werden müssen.

Im COMET-Projekt werden mehrere Modelle vorgestellt. Das Modell der multiplen Kompetenz (Abb. 5) zeigt Kompetenzdimensionen in Form der acht Kriterien beruflicher Kompetenz. Außerdem sind Niveaus enthalten, die mit den aufeinander aufbauenden Wissensarten dargestellt werden. Auch dieses Modell ist wenig domänenspezifisch. Rauner hat zunächst technische Berufe untersucht. Deshalb wurde das Kriterium der Gebrauchswertorientierung für die Domäne der Dienstleistungsberufe spezifiziert. Im Vergleich zum DQR sind die Kriterien beruflicher Kompetenz breiter gefächert. Das Modell in der Abbildung 6 zeigt drei Facetten von Kompetenz. Es ist ein Struktur- und Niveaumodell. Der Entwicklungsaspekt wird durch die Pfeile angedeutet, die über der nominellen Kompetenz beginnen. Funktionale Kompetenz, prozessuale Kompetenz und ganzheitliche Gestaltungskompetenz werden sowohl als aufeinander aufbauend als auch gleichzeitig entwickelbar verstanden. Dies wird durch den Begriff der Anforderungsdimensionen zum Ausdruck gebracht, der mit Blick auf Greve & Thomsen (s. 2.1.2) als Aspekt der Entwicklungsprozesssteuerung verstanden werden kann. Dazu erläutert Rauner ausführlich, dass es bei der Gestaltung von Aufgaben darauf ankommt, dass diese ganzheitliche Lösungsmöglichkeiten bieten sollen. Dies korrespondiert auch mit der Aussage, dass die Kompetenzniveaus, die ein Auszubildender erreichen kann, unabhängig vom Zeitpunkt seiner Ausbildung gelten (vgl. Rauner, 2017b, S. 66).

Im Kriterium der Gebrauchswertorientierung zu personenbezogenen Dienstleistungsberufen kommen Patient*innen vor, wodurch eine Nähe zur Domäne Pflege entsteht. Es wäre interessant, gerade vor dem Hintergrund der aktuellen gesetzlichen Anforderung für pflegeprozessbezogene Aufgaben, diese Kriterien

domänenspezifisch zu übertragen und zu untersuchen, inwieweit diese zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz beitragen.

Das Novizen-Expertenparadigma nach Dreyfus ist in Abbildung 7 in einem fünfstufigen Niveaumodell dargestellt. Die von Rauner hinzugefügten Lernbereiche zur Kompetenzentwicklung zeigen den Entwicklungsaspekt auf. Hier ist eine klare Abfolge der Wissensdimensionen und Stufen abgebildet, was von dem Verständnis der Abbildung 6 abweicht. In Abbildung 8 sind die Lernbereiche zur Kompetenzentwicklung Ausbildungsjahren zugeordnet. Somit hat diese Abbildung zunächst Niveaucharakter. Die Entwicklungsaspekte sind nicht so klar getrennt wie in Abbildung 7. Die Lernbereiche sind zeitgleich dargestellt, z.B. im zweiten Ausbildungsjahr sind die Bereiche eins, zwei und drei zu finden.

Das Ziel beruflicher Bildung ist mit COMET Gestaltungskompetenz. Pflegeprozesskompetenz beinhaltet diese Gestaltungskompetenz, was in den folgenden Kapiteln noch ausführlicher gezeigt wird. Denn die Gestaltung von konkreten Pflegeprozessen ist immer von situativen und individuellen Gegebenheiten gekennzeichnet, die über funktionale und prozessuale Kompetenz Gestaltungskompetenz erfordern.

Der Bedarf an und die Entwicklung von Gestaltungskompetenzen in der Pflege wird im gleichnamigen Projekt beforscht, wobei hier nicht die Ausbildung sondern die Kompetenzentwicklung von Pflegefach- und -führungskräften und die Bedingungen für die Entwicklung untersucht werden (vgl. Höhmann et al., 2018).

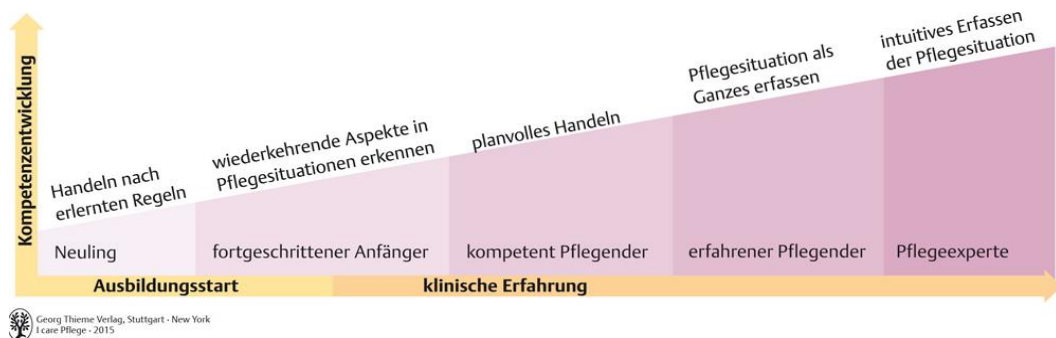
2.3 Kompetenzmodelle der Pflegebildung

In der pflegeberuflichen Bildung sind vor allem zwei Ansätze bekannt, die sich mit dem Thema Kompetenz befassen. Es sind die Arbeiten von Patricia Benner und Christa Olbrich. Diese werden zunächst zusammenfassend dargestellt. Anschließend erfolgt die Einschätzung ihrer Modelle und Aussagen im Hinblick auf die Facetten von Pflegeprozesskompetenz.

2.3.1 From Novice to Expert von Patricia Benner

Patricia Benners Werk ‚From Novice to Expert‘ wurde 1984 erstmals veröffentlicht. Ausgehend von dem Kompetenzstufenmodell von Dreyfus und Dreyfus analysierte Benner Interviews und Beobachtungen aus der Pflegepraxis und lieferte Aussagen dazu, wie sich Expert*innen verhalten, wie sich ihr Verhalten von den Anfänger*innen unterscheidet und auf welches Wissen sich deren Entscheidungen jeweils

gründen (vgl. Benner, 2017, S. 13). Eines ihrer Anliegen besteht darin, der Orientierung an Regeln einen angemessenen Stellenwert zu geben. Durch ihre Untersuchungen werden Grenzen formaler Regeln aufgezeigt. Die Urteilsfähigkeit von Pflegenden führt dazu, die Erfordernisse einer Situation zu erfassen und entsprechend zu handeln, was zu besseren Resultaten führt, als an starren Regeln festzuhalten (vgl. ebd., S. 17). Benner beschreibt unterschiedliche Erfahrungsstufen, die mit unterschiedlichen Stadien der Kompetenzentwicklung verbunden sind (s. Abb. 9).



Georg Thieme Verlag, Stuttgart · New York
Icare Pflege · 2015

Abb. 9 Icare Pflege 2020, S. 51

Stufe 1 Neuling zu Beginn der Ausbildung

Neulinge haben keine Erfahrung mit bestimmten Pflegesituationen. Deshalb sind sie auf Regeln angewiesen, die zunächst kontextfrei sind und Sicherheit vermitteln. Sie können mit dem Regelwissen keine Prioritäten setzen. Ändert sich bei erfahrenen Pflegenden der Kontext, sind sie wieder Neulinge (vgl. Benner, 1984, S. 21).

Stufe 2 Fortgeschrittener Anfänger*innen nach Abschluss der Ausbildung

Aufgrund ihrer Erfahrungen erkennen sie in wiederkehrenden Situationen bedeutungsvolle Aspekte. Leitlinien oder Prinzipien helfen fortgeschrittenen Anfänger*innen, Prioritäten zu setzen (vgl. ebd. S. 23).

Stufe 3 Kompetente Pflegende, 2 – 3 Jahre Berufserfahrung in einem Kontext

Die bewusste Planung zur Erreichung von Effizienz und Organisation ist das Merkmal dieser Stufe. Kompetente Pflegende unterscheiden wichtige von unwichtigen Aspekten. Es entsteht das Gefühl, die Anforderungen bewältigen bzw. meistern zu können. Gegenüber erfahrenen Pflegenden sind kompetente Pflegende etwas langsamer. Lernhilfen sind die Simulation von Entscheidungssituationen (vgl. ebd., S. 27).

Stufe 4 Erfahrene Pflegende, 3 – 5 Jahre Berufserfahrung in einem Kontext

Sie orientieren ihr Handeln an Maximen. Aus Erfahrung sind sie auf typische Ereignisse vorbereitet und wissen, wie die Pläne entsprechend geändert werden müssen. Die ganzheitliche Sicht auf Situationen verbessert ihre Entscheidungen (vgl. ebd., S. 29). Komplexe Lernangebote mit Ambiguitäten ermöglichen die Reflexion eigener Erfahrungen, inwieweit das Erlebte erfolgreich oder unzufriedenstellend war. Lernen mit Regeln würde frustrierend wirken, weil diese zu den Erfahrungen im Widerspruch stehen würden (vgl. ebd., S. 30).

Stufe 5 Expert*innen, mehr als 5 Jahre Berufserfahrung in einem Kontext
Expert*innen stützen sich weder auf Regeln noch auf Maximen. Sie erfassen das Problem aus einem tiefen Verständnis der Situation heraus. Dies bedeutet allerdings nicht, dass sie nicht auch analytische Instrumente benötigen, beispielsweise, wenn sich Situationen anders entwickeln, als erwartet. Die Erfassung des Expertenwissens ist schwierig, weil diese es oft nicht verbalisieren können. Benner schlägt vor, dass Expert*innen ihre Erfahrung dokumentieren, damit ihr Wissen verfügbar wird (vgl. ebd., S. 31).

Aus Interviews hat Benner 31 Kompetenzen induktiv abgeleitet. Diese wiederum hat sie zu sieben Arbeitsbereichen, die sie als Domänen bezeichnet, zusammengefasst:

- Helfen
- Beraten und Begleiten
- Diagnostik und Patientenüberwachung
- Effektives Handeln in sich rasch verändernden Situationen
- Organisation und Überwachung von therapeutischen Behandlungen
- Überwachen und Sicherstellen der Qualität der Gesundheitsversorgung
- Organisation und Zusammenarbeit (vgl. ebd., S. 46)

2.3.2 Pflegekompetenz von Christa Olbrich

Christa Olbrich analysiert in ihrer Forschung Beschreibungen von Pflegesituationen, in denen Pflegehandlungen im Zentrum stehen. Daraus leitet Olbrich Dimensionen pflegerischen Handelns mit verschiedenen Merkmalen ab. Diese bilden ein Handlungsmodell mit einer Handlungshierarchie. Die Handlungsebenen sind:

Regelgeleitetes Handeln: Dieses umfasst Fachwissen und Können. Die sachgerechte Anwendung von Wissen findet innerhalb von Routinen und vorgefundenen Normen statt.

Situativ-beurteilendes Handeln: Durch Wahrnehmung und Sensibilität in einer spezifischen Situation erfolgt die situative Einschätzung und Beurteilung, die das Handeln leitet.

Reflektierendes Handeln: Die Reflexion von Gefühlen und Gedanken berücksichtigt Patient*in und Pflegende als Subjekte.

Aktiv-ethisches Handeln: Handeln, das Kommunizieren einschließt, erfolgt auf der Basis von Werten. Die Reflexion kann zur Formulierung von Grenzen führen, wenn sich kein Erfolg einstellt (vgl. Olbrich, 2023, S. 69).

Aus diesen Handlungsdimensionen leitet Olbrich ihr Kompetenzverständnis ab. Dieses besteht aus einer Basis, die sie noch nicht als Kompetenz bezeichnet, sondern als Fähigkeit, die jemand hat (vgl. ebd., S. 73). **Fähigkeiten** beruhen auf Wissen, das man im Rahmen von vorgegebenen Regeln und Normen fachgerecht anwenden kann. Sie zeigen sich beispielweise in der Ausführung pflegerischer Maßnahmen, die für sich gesehen komplex sein können. Sie enthalten Denk- und Entscheidungsprozesse und beziehen sich auf eine Aufgabe oder Methode, vor allem auf Routine (vgl. Olbrich, 2023, S. 70).

Darauf aufbauend entwickeln sich Ausprägungen beruflicher Kompetenz. Auf der Grundlage von Fähigkeiten folgt die Dimension **situativ-beurteilende Pflege**. Die Pflegesituation wird als Ganze erfasst. Das Zusammenwirken von Einzelaspekten wird erkannt. Z. B. werden bei einem zu pflegenden Menschen Individualität und Krankheitsverarbeitungsfähigkeiten wahrgenommen oder Umweltressourcen berücksichtigt. Es geht darum, geplant, zielgerichtet, empathisch und antizipatorisch handeln zu können. Pflegende sind in der Lage, Prioritäten zu setzen. Die kognitive und emotionale Ebene sind einbezogen (vgl. ebd., S. 76).

Die nächste Komponente von Kompetenz ist die fundierte **Reflexion**. Die Pflegeperson nimmt sich bewusst wahr und kann dies ausdrücklich in das Pflegegeschehen miteinnehmen. Es geht dabei um Integrationsfähigkeit und eine sichere Identität. Die Pflegesituation wird zu einem intersubjektiven Geschehen. Es stellt sich berufliche Zufriedenheit und Sinnerfahrung ein (vgl. ebd., S. 79).

Die höchste Ebene ist die **aktiv-ethische Kompetenz**. Werte und Normen werden in Situationen bewusst wahrgenommen. Pflegende reagieren auf Unrecht, Verletzung der Würde und unnötiges Leiden. Sie handeln anwaltschaftlich und zeigen Mut und Stärke in Auseinandersetzungen im interdisziplinären Team (vgl. ebd., S. 80).

Nach Olbrich sind Fähigkeiten die Voraussetzungen von Kompetenz. Sie schaltet als formales Konzept die Qualifikationen dazwischen, da es hier um die Anforderung der Operationalisierung geht. Dies ist bei Kompetenzen aufgrund der Mehrdeutigkeit nicht möglich. Darauf bauen die eigentlichen Kompetenzen auf (vgl. ebd., S. 126) (s. Abb.10).

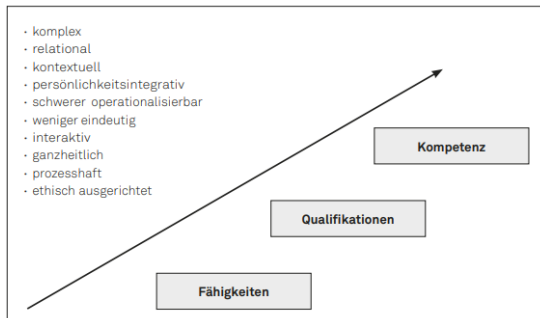


Abb.10 Kontinuum der zunehmenden Bedeutung von Merkmalen (Olbrich, 2023, S. 126)

Fähigkeiten und Kompetenzen werden nicht nur hierarchisch verstanden. Sie sind

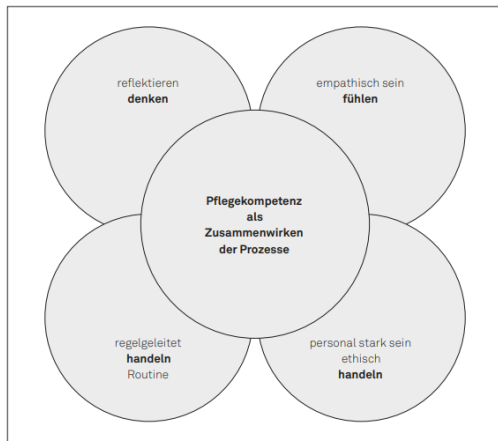


Abb. 11 Die einer Person zugrundeliegenden Prozesse von Kompetenz (Olbrich, 2023, S. 136)

als Teilqualitäten von beruflicher Kompetenz zu verstehen (s. Abb. 11). Die äußeren Kreise stellen die Kompetenzbereiche dar. Die Abbildung zeigt, dass Kompetenz nur als Ganzes zu begreifen ist und nicht aufgeteilt werden kann, wobei die Handlungsdimensionen die sichtbaren Aspekte von Kompetenz sind (vgl. ebd., S. 160). Wenn in Ausbildungscurricula Kompetenzen im Plural beschrieben werden, seien Fähigkeiten gemeint. (vgl. ebd., S. 163).

Analog der Handlungs- und Fähigkeiten bzw. Kompetenzebenen unterscheidet Olbrich Ebenen des Lernens.

Deklaratives Lernen und prozedurales Lernen entsprechen der Ebene des regelgeleiteten Handelns. Deklaratives Lernen meint das Fakten- und Prinzipienlernen eines Fachgebietes. Es geht um das Was. Fakten aus den Wissensgebieten Anatomie, Pharmakologie, Pathologie können aufgesagt werden. Im Vordergrund steht das Kognitive. Beim prozeduralen Lernen werden Vorgänge und Verfahren gelernt. Es werden Fertigkeiten zur Ausführung von Pflegemaßnahmen. Es wird gelernt, unter welchen Konditionen das deklarative Wissen angewendet werden kann (vgl. ebd., S. 197).

Dem situativen beurteilenden Handeln ist das **konditionale Lernen** zugeordnet. Es erfolgt mit Beispielen und Fallstudien. Hier geht es darum, die individuelle Situation des Patienten einzuschätzen und zu beurteilen (vgl. ebd.).

Reflektives Handeln braucht **reflektives Lernen**. Dieses wird als das Warum des Lernens verstanden. Die Lernenden denken über sich selbst nach und lernen, das eigene Verhalten zu verstehen und Gründe für Überzeugungen zu formulieren (vgl. ebd., S. 198).

Identitätsförderndes Lernen unterstützt das aktiv-ethische Handeln. Dieses geht über die kognitive Ebene des Lernens hinaus. Es thematisiert die Auseinandersetzung mit personaler Berührtheit. Lernende brauchen Stärkung, um eine stabile Berufsidentität zu formen (vgl. ebd., S. 200). Die Identitätsentwicklung der Lehrenden spielt dabei eine entscheidende Rolle (vgl. ebd., S. 205).

Die folgende Abbildung führt Dimensionen des Handelns, Bereiche von Kompetenz und die Formen des Lernens zusammen (s. Abb. 12).


Handlungsdimensionen pflegerischen Handelns: Handlungshierarchie	Fähigkeiten/Kompetenz	Kompetenzentwicklung	
aktiv-ethisch	persönliche Stärke	identitätsförderndes Lernen	
reflektierend	Selbstreflexion	reflektives Lernen (warum)	
situativ-beurteilend	vertiefte Wahrnehmung, vertiefte Einfühlung	konditionales Lernen	
regelgeleitet	Fähigkeit, Wissen anwenden können	prozedurales Lernen (wie) deklaratives Lernen (Was)	

Abb. 12 Handlungsdimensionen, Fähigkeiten/Kompetenz und Kompetenzentwicklung (eigene Darstellung in Anlehnung an Olbrich, 2023, S. 206)

Der Beitrag der Pflegeausbildung liegt nach Olbrich vor allem darin, regelgeleitetes Handeln durch deklaratives und prozedurales Lernen in der schulischen Ausbildung zu vermitteln (vgl. ebd., S. 63) und damit die Voraussetzungen für die Entwicklung von Kompetenz zu ermöglichen (vgl. ebd., S. 221). Die praktische Ausbildung bekommt auf der Ebene des konditionalen Lernens eine hohe Bedeutung (vgl. ebd., S. 197), soll aber auf allen Ebenen der Ausbildung geübt werden (vgl. ebd., S. 207, S. 246), insbesondere durch die Übernahme von Verantwortung für sich selbst und das eigene Lernen. Die Ebene der Reflexion wird früher erreicht, wenn dies bereits in der Ausbildung angebahnt wurde (vgl. ebd., S. 196). In der weiteren Kompetenzentwicklung lehnt sich Olbrich an Benner an, indem sie sagt, dass nach der Ausbildung ein mehrjähriger Lernbedarf besteht, um zu Kompetenz

zu gelangen. Geschieht dies nicht, bleibt die Pflege auf der EQR-Stufe 3 stehen, also im Assistenzbereich (vgl. ebd., S. 161).

In ihrer aktuellen Ausgabe von Pflegekompetenz von 2023 kritisiert die Autorin an der Pflegeausbildung, dass diese mit Wissen über Anatomie, Physiologie usw. überfrachtet sei (vgl. ebd., S. 196). Diese Aussage wurde in der ersten Auflage von 1999 unverändert getroffen (vgl. Olbrich, 1999, S. 140). Reflexives Lernen sei nicht Inhalt – dies entspricht ebenfalls dem Stand von 1999. In der aktuellen Ausgabe erwähnt sie das Krankenpflegegesetz von 2003, nicht das Pflegeberufegesetz. Gefühle seien nicht Gegenstand der Ausbildung (vgl. ebd., S. 91; vgl. Olbrich, 1999, S. 77). Sie stellt den Pflegebezug im Sinne des regelgeleiteten Handelns in der Weise dar, dass Formen von Krankenbeobachtung auf vorgegebene Strukturen des Körpers ausgerichtet seien (vgl. ebd., S. 74) und „Pflege bei“ unterrichtet werde (vgl. Olbrich, 1999, S. 105, vgl. 2023, S. 137). Es kann vermutet werden, dass hier einige Aktualisierungen versäumt wurden und der Überprüfung bedürfen.

2.3.3 Einordnung und Beitrag zur Pflegeprozesskompetenz

Benner stellt ein Kompetenzstufen- bzw. -niveaumodell vor, das auf die Domäne Pflege im klinischen Umfeld bezogen ist. Der wesentliche Einflussfaktor auf die Entwicklung von Kompetenz ist die Dauer der klinischen Erfahrung im gleichbleibenden Arbeitsumfeld. Von den Beschreibungen der verschiedenen Entwicklungsstufen leitet sie „Implications for Teaching and Learning“ ab, indem durch gezielte Lernangebote die Weiterentwicklung beeinflusst werden kann. Während Rauner die Kompetenzstufen mit den Wissensdimensionen allgemein auf Berufe darstellt, nimmt Benner konkreten Bezug zum Pflegekontext im klinischen Umfeld. Somit ist ihr Modell als domänenspezifisch zu bezeichnen. Die Arbeitsbereiche nennt sie zudem Domänen, die die Pflege näher spezifizieren.

Die Abbildung 9 zeigt, dass die Pflegeausbildung die Stufe Neuling und den Beginn der Stufe Fortgeschrittener Anfänger umfasst. Dies bedeutet, dass Absolvent*innen in der Lage sind, regelgeleitet zu handeln und beginnen, sich an Leitlinien und Prinzipien zu orientieren. Sie erkennen bedeutungsvolle Aspekte in Situationen. Darin unterscheidet sich ihr Modell von Rauner. Abbildung 8 zeigt, dass das fachsystematische Vertiefungswissen zum Ende des dritten bzw. vierten Ausbildungsjahres bewältigt werden kann. Dies wurde von einem großen Teil der Absolvent*innen in den Tests erreicht (vgl. Rauner, 2021, S. 131). Dabei sind die

Anforderungen zunehmend, damit das nächste Kompetenzniveau erreicht werden kann. Es ist denkbar, dass die unterschiedlichen Bildungssysteme eine Rolle spielen.

Benners Kompetenzniveaumodell kann im Hinblick auf die Arbeitsbereiche in verschiedene Kompetenzdimensionen ausdifferenziert werden. Die Beschreibung der ersten drei Domänen, die auch als grundlegende pflegerische Arbeitsprozesse verstanden werden können, enthalten deutliche Bezüge zum Pflegeprozess. In der Beschreibung sind Aspekte der Entwicklungssteuerung zu finden, indem zu den einzelnen Stufen jeweils Lernangebote erläutert werden. Für die Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz kann abgeleitet werden, dass die klinische Erfahrung einen wesentlichen Beitrag zu dieser Entwicklung leistet. Eine Kritik an der Stufe des Experten ist, dass das intuitive Handeln auf dieser Stufe im Widerspruch zum systematischen und nachvollziehbaren Handeln nach dem Pflegeprozessmodell steht, das von allen Pflegefachkräften angewendet werden soll. Expert*innen können davon nicht ausgenommen werden. Die jeweiligen Kompetenzstufen, auf der sich die Pflegenden befinden, sind Teil des Kontextes für die Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz der Auszubildenden.

Olbrich versteht Kompetenz als ein Ganzes, das nicht aufgeteilt werden kann. Wie Benner ist ihr Kompetenzmodell domänenspezifisch, denn sie beschreibt das Berufsfeld Pflege ausführlich und extrahiert daraus die Anforderungsdimensionen. Ihr Modell ist ein Niveaumodell mit verschiedenen Handlungsdimensionen, die den sichtbaren Aspekt von Kompetenz verdeutlichen, dargestellt in Abbildung 11. Die Teilaspekte von Kompetenz bauen im Gegensatz zu Rauner streng aufeinander auf, denn Fähigkeiten und Wissen sind die Grundlage, auf der die vertiefte Wahrnehmung, die Selbstreflexion und schließlich die persönliche Stärke aufbauen.

Ihr Kompetenzmodell weist neben den Niveaus Entwicklungsaspekte auf, indem sie verschiedene Formen des Lernens aufzeigt, die der Weiterentwicklung von Kompetenz dienen (s. Abb. 12). Zwar hat Olbrich ihr Kompetenzverständnis wie Benner aus der Praxis heraus entwickelt. Sie trifft allerdings bezogen auf die Lerndimensionen Aussagen zur Aufgabe der schulischen Ausbildung, in der das deklarative Lernen und das prozedurale Lernen stattfinden. Durch das konditionale Lernen mit Fallstudien wird die Kompetenz der vertieften Wahrnehmung auch im schulischen Kontext gefördert. Das reflektive Lernen soll ebenfalls bereits in der Ausbildung stattfinden, damit die Kompetenz der Selbstreflexion bereits in der Ausbildung angebahnt werden kann. Beim identitätsfördernden Lernen gibt Olbrich den Hinweis zur Kompetenz der Lehrpersonen. Überträgt man Olbrichs

Verständnis von Kompetenz auf die Pflegeprozesskompetenz, so kann gesagt werden, dass sich die Pflegeprozesskompetenz als Teil von Pflegekompetenz nicht isolieren lässt. Mit etwas Großzügigkeit kann allerdings dieser bedeutende Kompetenzbereich in den Dimensionen Fähigkeiten bis persönliche Stärke konkretisiert werden. Daraus wird klar, dass Pflegeprozesskompetenz mehr als Wissen um Regeln zur Anwendung eines Prozessmodells meint. Dazu gehören genauso die vertiefte Wahrnehmung dessen, was ein konkret zu pflegender Mensch braucht, die Selbstreflexion, wenn die Umsetzung eines Plans eine unvorhergesehene Wendung nimmt und persönliche Stärke, wenn anwaltschaftlich die Interessen einer zu pflegenden Person im intra- und interprofessionellen Team vertreten werden müssen (vgl. Olbrich, 2023, S. 80). Mit diesen Anforderungen werden Auszubildende in der täglichen Praxis konfrontiert.

Ähnlich wie bei Benner beginnt die eigentliche Kompetenzentwicklung erst jenseits der Ausbildung, wobei Olbrich an der (1999) bestehenden Ausbildungspraxis Kritik übt. Mit Rauner und der Idee der KMK zur beruflichen Handlungskompetenz ist festzuhalten, dass eine kompetenzorientierte Ausbildungsgestaltung zur Entwicklung von Kompetenz und, bezogen auf das Thema dieser Arbeit, zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz beiträgt.

3. Der Pflegeprozess als „Herzstück der Pflege“

Die Geschichte des Pflegeprozesses steht in enger Verbindung mit der Entwicklung von Pflegetheorien und -modellen. Es wird dargestellt, was unter dem Pflegeprozess verstanden wird und in welcher Verbindung theoretische Vorstellungen von Pflege mit dem Pflegeprozess stehen. Verschiedene Pflegetheorien, die einen interessanten Beitrag zu dieser Verbindung enthalten, werden kurz mit dem Fokus auf das Verständnis von Pflege und ihren Aussagen zum Pflegeprozess erläutert. Die Einordnung bezüglich Theorie oder konzeptuelles Modell wird vernachlässigt. Anschließend wird das Strukturmodell als pragmatische Lösung zur problematischen Umsetzung des Pflegeprozesses beschrieben. Eine gegenläufige Entwicklung zu mehr Komplexität und Evidenz stellt die Anwendung von Pflegediagnosen und pflegerischen Leitlinien dar, eine Tendenz, der hier Raum gegeben wird. Diese Ausführungen könnten als sachanalytische Reflexion bezeichnet werden, in der der Lerngegenstand „Pflegeprozess“ aus fachwissenschaftlicher Perspektive umrissen wird.

3.1 Der Pflegeprozess – Geschichtliches

Die Pflegetheoretikerin Lydia Hall beschrieb 1955 erstmals den Pflegeprozess (vgl. Hojdelewicz, 2021, S. 42; vgl. Stefan et al., 2006, S. 2). Ihr folgten Virginia Henderson, Hildegard Peplau und Ida Jean Orlando Pelletier in den 1960er Jahren. Helen Yura und Mary Walsh veröffentlichten 1967 das erste Buch über den Pflegeprozess mit dem Vier-Phasen-Modell, Assessing, Planning, Implementing Evaluating, das von der WHO in den 70ern übernommen wurde. Mary Munding und Grace Jauron waren 1975 die ersten, die Pflegediagnosen von der Einschätzung trennten und somit von einem fünfstufigen Prozess ausgingen: Assessment, Diagnose, Planung, Durchführung, Evaluation (vgl. ebd.). In den 80er Jahren veröffentlichten die Schweizerinnen Verena Fiechter und Martha Meier ihr Werk Pflegeplanung, das einen sechs-phasigen Prozess beschreibt (vgl. Fiechter & Meier, 1993). Dieser ist in Deutschland verbreitet, erkennbar in der Darstellung des Pflegeprozesses in aktuellen Pflegelehrbüchern (z.B. vgl. I care Pflege, 2020, S. 79; vgl. Vogler, 2021, S. 812). Angelehnt an das Vier-Phasen-Modell von Yura und Walsh sind die Elemente des Strukturmodells, das 2014 entwickelt wurde und aktuell in Einrichtungen der Langzeitversorgung und in der ambulanten Pflege eine weite Verbreitung hat (vgl. Beikirch et al., 2017, S. 13).

Einige der o.g. Autorinnen können mit bekannten pflegetheoretischen Modellen in Verbindung gebracht werden. Von Yura und Walsh sowie Fiechter und Meier sind eigene theoretische Auffassungen von Pflege nicht verbreitet. Dies führt zu der Frage der Verbindung von Pflegetheorie und Pflegeprozess. Martha Rogers macht in ihrem abstrakten Modell des unitären Menschen allgemeine Aussagen zum Pflegeprozess. Dieser dient zwar der Umsetzung pflegerischen Wissens, hat aber selbst keine eigene Substanz. Insgesamt beurteilt Rogers technische Verfahren stets als Anhängsel der Praxis. Ihr Einsatz sei nur in dem Maß bedeutsam, in dem sie von theoretisch fundierten Urteilen getragen werden (vgl. Fawcett, 1996, S. 382). Orem stellt dazu fest, dass der Ansatz des Pflegeprozesses als allgemeines Schema und als generisch bezeichnet werden kann, das jedoch nicht an eine Pflegetheorie gebunden ist (vgl. Dennis, 2001, S. 148).

Jedoch besteht die Funktion von theoretischen Ansätzen darin, die Hintergrundinformationen für alle Phasen des Pflegeprozesses zu liefern, indem sie die Praxis leiten, mit deren Hilfe diese erklärt und begründet werden kann. Somit bieten sie Orientierung für das praktische Handeln (vgl. Sauter & Bischofberger, 2004, S. 58). Die Abbildung 13 veranschaulicht dies.

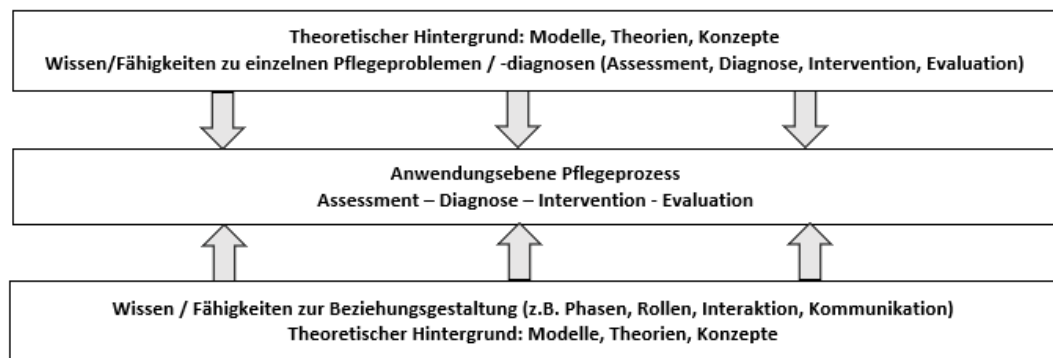


Abb. 13 Theorien und Pflegeprozess (Sauter & Bischofberger, 2004, S. 58)

Im nächsten Abschnitt wird der Verbindung von Pflegeverständnis und Pflegeprozess in ausgewählten Pflege-theorien nachgegangen.

3.2 Der Pflegeprozess in ausgewählten Pflege-theorien

Die Entwicklung des Pflegeprozesses fällt mit der Entstehung von Pflege-theorien in den USA in den 1950er Jahren zusammen (vgl. Meleis et al., 1999, S. 81). Zunächst stellten die theoretischen Auffassungen über Pflege eine Möglichkeit dar, Studieninhalte zu systematisieren und auch die Pflege an sich zu reflektieren (vgl. Roper et al., 2002, S. 16). Damit verbunden war die Entwicklung, die Pflegeausbildung an die Universität zu verlagern (vgl. ebd.) und Grundlagen für eine eigene Wissensbasis der Pflege zu schaffen (vgl. Fawcett, 1996, S. 15). Für diese Arbeit werden die Ansätze von Virginia Henderson, deren Definition von Pflege auch heute noch eine einflussreiche Bedeutung aufweist, Imogene M. King mit ihrem Fokus der Zielerreichung und Dorothea Orem wegen ihrer prägnanten Darstellung zum Pflegeprozess ausgewählt. Weiterhin beschäftigte sich auch Callista Roy ausführlich mit dem Pflegeprozess. Ida Jean Orlando setzte sich sehr für den Pflegeprozess im Rahmen ihrer Theorie ein. Monika Krohwinkel hat den Pflegeprozess in den Titel ihrer Theorie aufgenommen und spielt in Deutschland eine bedeutende Rolle. Diese Theorien enthalten zudem Konzepte wie Grundbedürfnisse bei Henderson oder Selbstpflegedefizit bei Orem oder Zielerreichung bei King, weshalb sie einen zuverlässigen Rahmen für die Praxisausübung und die Wissenschaft liefern (vgl. Brandenburg et al., 2021, S. 182).

Imogene Kings allgemeines Systemmodell mit Zielerreichungstheorie

1981 stellte Imogene M. King ihr allgemeines Systemmodell mit der daraus abgeleiteten Zielerreichungstheorie vor. Ihr ging es um die Anerkennung der

Pflegewissenschaft als eigenständige wissenschaftliche Disziplin. Sie wollte einer Tendenz von Theorien entgegenwirken, die sich mehr auf das Wie, statt auf das Warum konzentrierten (vgl. Fawcett, 1996, S. 116). King beschreibt Pflege als Wahrnehmung, Denken, sich Beziehen, Urteilen, Handeln bezogen auf das Verhalten von zu pflegenden Menschen. Die Pflegesituation ist die räumliche und zeitliche Umgebung, in der Pflegeperson und zu pflegender Mensch in Beziehung treten, um Gesundheitsprobleme zu bewältigen und erforderliche Anpassungen an Veränderungen des täglichen Lebens vorzunehmen (vgl. ebd., S. 134). Der Pflegeprozess ist als zentrales Konzept dynamisch, andauernd und zwischenmenschlich (vgl. Meleis et al., 1999, S. 525). Pflegekraft und Patient*in bilden ein System, in dem sie sich gegenseitig beeinflussen und von der Situation beeinflusst werden. Zur praktischen Umsetzung entwickelte sie das Goal-Oriented Nursing-Record (GONR). Dieses Dokumentationssystem wird eingesetzt, um Beobachtungen und Aktivitäten der Pflegekraft und die Reaktionen des Klienten auf die Pflege auszuwerten. Diese Reaktionen sind anhand seines Verhaltens beobachtbar (vgl. Fawcett, 1996, S. 135). Zum GONR gehören Basisdaten, Pflegediagnosen, die Liste der Ziele, Pflegeanweisungen, Verlaufsdiagramme, Dokumentation der Fortschritte und Entlassungsbericht. Basisdaten über das Verhalten werden durch eine umfassende pflegerische Anamnese gewonnen, die die Bewältigung alltäglicher Aktivitäten beinhalten (vgl. ebd., S. 137).

Kings Beschreibung von Pflege findet sich in ihrer Auffassung des Pflegeprozesses wieder, z.B. im Verhaltensaspekt. Darüber hinaus legt sie besonderen Wert auf die Pflegeziele. Mit dem GONR liefert sie einen konkreten Beitrag zur Umsetzung des Pflegeprozesses.

Virginia Hendersons Modell der 14 Grundbedürfnisse

Virginia Henderson hat einen besonderen Beitrag dazu geleistet, einen Grundkonsens dazu zu entwickeln, was den Kern von Pflege ausmacht. Sie entwickelte im Auftrag des ICN eine Definition von Pflege, die weltweit anerkannt wird und das professionelle Selbstverständnis bis heute prägt (vgl. Schaeffer & Wingenfeld, 2011, S. 264):

Die einzigartige Funktion der Pflege besteht darin, dem kranken oder auch gesunden Individuum bei der Verrichtung von Aktivitäten zu helfen, die seiner Gesundheit oder ihrer Wiederherstellung (oder einem friedlichen Sterben) förderlich sind und die es ohne Beistand selbst ausüben würde, wenn es über die dazu erforderliche Stärke, Willenskraft oder Kenntnis verfügte.

Sie leistet ihre Hilfe auf eine Weise dass es seine Selbstständigkeit so rasch wie möglich wiedergewinnt (Schaeffer et al., 1997, S. 42).

Sie beeinflusste Orem, Roper (vgl. ebd.) und Krohwinkel (vgl. Krohwinkel, 2013, S. 33). Die 14 Grundbedürfnisse werden im Rahmen des Pflegeprozesses als Struktur für die Informationssammlung genutzt (vgl. Schaeffer & Wingenfeld, 2011, S. 265). Die Definition enthält auch Zielaspekte von Pflege sowie Hinweise zu Maßnahmenqualitäten, die in ihren Quellen noch ausführlicher dargestellt werden (vgl. hierzu die Ausführungen bei Schaeffer et al. 1997, S. 48). Die 14 Grundbedürfnisse allein als Struktur für eine Informationssammlung zu nutzen wäre eine Verkürzung Hendersons theoretischer Auffassung von Pflege.

Dorothea Orems Selbstpflegemodell

Der Anstoß für die Entwicklung des Modells ist die Abgrenzung zu den Disziplinen Medizin, Psychologie oder Soziologie und die Entwicklung eines Curriculum für die Pflegeausbildung (vgl. Fawcett, 1996, S. 218). Orem zufolge ist Pflege ein menschlicher helfender kreativer Dienst, der auf der Grundlage von spezialisiertem Wissen und besonderen Fertigkeiten von dafür ausgebildeten Pflegefachpersonen ausgeführt wird, wenn Menschen in ihrer Selbstpflegekompetenz eingeschränkt sind (vgl. ebd., S. 302). Nach Orems Verständnis ist der Pflegeprozess die technische Komponente von Pflege. Er besteht aus Diagnose, Verordnung des Pflegesystems, Plan, Regulation und Kontrolle (vgl. Dennis, 2001, S. 147). Die Pflegediagnose bringt zum Ausdruck, warum jemand pflegebedürftig ist. Dazu werden zunächst die Selbstpflegetherfordernisse, die Selbstpflegehandlungskompetenz bzw. die Handlungskompetenz zur Abhängigenpflege und die bedingenden Grundfaktoren des Selbstpflegepotentials eingeschätzt. Auf dieser Grundlage kann das Selbstpflegedefizit bestimmt werden (vgl. Fawcett, 1996, S. 304). Es lässt sich sagen, dass Spezifika des theoretischen Rahmens in Form ihres besonderen Begriffssystems in der Darstellung des Pflegeprozesses deutlich zu erkennen sind.

Callista Roys Adaptionsmodell

Auch Roy ist daran interessiert, Pflege deutlich von der Medizin abzugrenzen. Während Medizin das Ziel verfolgt, Menschen auf dem Kontinuum zwischen den Polen Krankheit und Gesundheit voranzubringen, hat Pflege zum Ziel, Anpassung in den vier Adaptionsmodi zu fördern, um Menschen zu Gesundheit, Lebensqualität und würdigem Sterben zu verhelfen. Pflege setzt sich außerdem dafür ein, die

adaptiven Reaktionen zu verringern. Menschen sind adaptive Systeme, die sich veränderten Bedingungen anpassen. Es gibt Situationen, in denen das adaptive System unfähig ist, sich den Reizen aus der inneren und äußeren Umwelt anzupassen. Dazu hat Roy eine Typologie entwickelt (vgl. Fawcett, 1996, S. 429). Sie hat den Pflegeprozess mit sechs Schritten ausführlich dargestellt (vgl. Meleis et al., 1999, S. 464). Die Schritte sind Einschätzung des Verhaltens, Einschätzung der Reize, Pflegediagnose, Zielsetzung, Intervention und Evaluation. Die Interventionen richten sich gezielt auf die Veränderung, Vermehrung, Verringerung, Entfernung oder Beibehaltung von Reizen (vgl. Fawcett 1996, S. 449). Beispielhaft ist am Stichwort der Reize, die sowohl bei der Einschätzung als auch bei der Darstellung der Interventionen erwähnt werden, zu erkennen, dass die theoretische Ebene und der Pflegeprozess eng miteinander verwoben sind. Weiterhin ist zu bemerken, dass in dieser Auflistung der pflegeprozessbezogenen Phasen zwei die Einschätzung thematisieren, eine besondere Akzentuierung.

Ida Jean Orlando Pelletiers Theorie der lebendigen Beziehung zwischen Pflegenden und Patient

Sie prägte den Begriff Pflegeprozess als eine der ersten Theoretikerinnen bereits 1961 als Ausdruck professioneller Begleitung (vgl. Hojdelewicz, 2021, S. 35). Orlandos zentralen Konzepte sind Bedürfnisse, Hilflosigkeit und Umwelt (vgl. Meleis et al., 1999, S. 538). Sie versteht unter Pflege die Reaktion von Individuen, die Hilflosigkeit erleben oder davon bedroht sind. Die pflegerische Zuwendung soll zu einer Erfahrung werden, durch die Hilflosigkeit vermieden, gelindert oder beseitigt wird (vgl. ebd.). Neben der Bezeichnung der Theorie der lebendigen Beziehung wird bei Orlando auch von der Pflegeprozessstheorie und von der Pflegeprozessordnung gesprochen (vgl. Meleis et al., 1999, S. 544). Die Pflegeaufgabe wird durch den Pflegeprozess realisiert. Der Pflegeprozess fokussiert die Interaktion zwischen Pflegekraft und Patient. Er besteht aus drei Anteilen, 1. dem Verhalten des Patienten, 2. der Reaktion der Pflegekraft und 3. den Pflegehandlungen (vgl. Meleis et al., 1999, S. 540). Wird das pflegerische Handeln dem Bedarf gerecht, kann gesagt werden, dass das Pflegeziel erreicht ist (vgl. Mischo-Kelling & Wittneben, 1995, S. 52). Orlandos Gestaltung des Pflegeprozesses unterscheidet sich dadurch von den anderen Pflegetheorien, dass sie den Beziehungsaspekt in die Phase des Pflegeprozesses sichtbar einbaut. Dadurch wird die spezifische Verbindung von Orlandos Theorie mit dem Pflegeprozess deutlich.

Monika Krohwinkels fördernde Prozesspflege

Zu ihren theoretischen Einflüssen gehören Martha Rogers, Hildegard Peplau, Dorothea Orem, Virginia Henderson und Nancy Roper (vgl. Krohwinkel, 2013, S. 32). Sie entwickelte auf der Grundlage dieser Einflüsse die 13 ABEDLs, eines der Konzepte ihres Rahmenmodells. Der Pflegeprozess stellt das Zentrum von Krohwinkels Untersuchungsebenen dar (vgl. ebd., S. 24). Sie nennt die Schritte Pflegebedarfserhebung, Pflegeplanung, Pflegedurchführung und Pflegeevaluation. Ihr Assessment orientiert sich an den ABEDLs (vgl. ebd., S. 83), wobei an erster Stelle die Fähigkeiten genannt werden, gefolgt von Problemen und Bedürfnissen. Dies wird in der Zielsetzung weitergeführt, in der es darum geht Fähigkeiten und Ressourcen zu erhalten, zu erlangen bzw. wiederzuerlangen und somit Unabhängigkeit und Wohlbefinden zu erreichen. Sie unterscheidet verschiedene Handlungsqualitäten, die mit der fördernden Kommunikation beginnen (vgl. ebd., S. 55). In den dargestellten Phasen des Pflegeprozesses mit dem Fokus Fähigkeiten wird die enge Verbindung zu ihren theoretischen Aussagen hergestellt.

3.3 Verschiedene Pflegeprozessmodelle und deren Theoriebezug

Nach der Untersuchung von einigen Pflege-theorien bezüglich deren Aussagen zum Pflegeprozess wird nun der Blick auf verschiedene Prozessmodelle geworfen, um herauszufinden, welcher Theoriebezug zu finden ist.

3.3.1 Der Pflegeprozess nach Verena Fiechter und Martha Meier

Die Autorinnen beziehen sich auf Florence Nightingale, Hildegard Peplau, Fay Abdallah, Virginia Henderson, Ida Jean Orlando, Joyce Travelbee, Imogene M. King, Myra E. Levine und Martha Rogers (vgl. Fiechter & Meier, 1993, S. 16). Ihre Grundidee entfalten sie als Leitbilder und Definitionen, in denen sie Aussagen zu Gesundheit und Krankheit, Abhängigkeit und Unabhängigkeit, zu Krankenpflege und zur Rolle der Krankenschwester treffen. Sie sprechen von eigenständigen Aufgaben mit einem unabhängigen, abhängigen und gemeinsamen Handlungsbereich. Zum unabhängigen Handlungsbereich, der die Aktivitäten des täglichen Lebens und den mitmenschlichen Bereich umfasst, gehört das Wahrnehmen der Bedürfnisse der Patient*innen und die Entscheidung, zu handeln oder nicht zu handeln. Die Pflegehandlungen sind die Gestaltung des Kontakts zu Patient*innen und Angehörigen, mitmenschliche Zuwendung und Begleitung, Zuhören und Gespräch, patient*innengerechte Information und Beratung, Anleitung zu gesunder

Lebensweise, Unterstützung bei alltäglichen Verrichtungen und Kompensation von ausfallenden Funktionen, Gestalten der Umwelt, Aktivierung zu einer für die Patient*innen sinnvollen Beschäftigung, Erhalten von Beziehungen und Lebenshilfe zu Hause bei alten und behinderten Menschen.

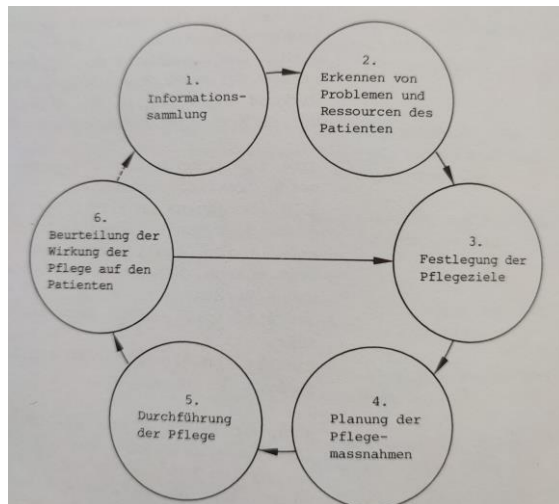


Abb. 14 Der Pflegeprozess
(Fiechter & Meier, 1993, S. 30)

Unter dem Krankenpflegeprozess mit sechs Schritten verstehen die Autorinnen die systematische patient*innenorientierte Pflegeplanung, die sowohl die Problemlösung als auch den Beziehungsablauf zwischen Pflegeperson und Patient*in beinhaltet (vgl. ebd., S. 27). Der sechsstufige Pflegeprozess (s. Abb. 14) wird bis heute in der Pflegeausbildung eingesetzt (vgl. Schmidt & Meißner, 2009, S. 140).

Resümierend kann gesagt werden, auch wenn die Autorinnen kein eigenes Konzept oder keine pflegetheoretische Grundlage entwickelt haben, finden sich in ihren Ausführungen Hinweise, die den Pflegeprozess mit Inhalt füllen. Mit Brandenburg ist anzumerken, dass ein Theorienpluralismus auf Kosten eines zuverlässigen Rahmens für die Praxisausübung zu akzeptieren ist (vgl. Brandenburg et al., 2021, S. 182). Das zeigt sich beispielsweise darin, dass ein konkreter Bezugsrahmen fehlt, nach dessen Kriterien Pflegeprobleme darzustellen wären. Betrachtet man Ausführungen zum Pflegeprozess nach den beiden Autorinnen in Lehrbüchern, beispielsweise in *I care Pflege*, so ist hier von den sechs Schritten die Rede, der theoretische Bezugsrahmen wird jedoch nicht erwähnt (vgl. *I care Pflege*, 2020, S. 78). Das Kapitel zu den Pflegetheorien ist ca. 30 Seiten später zu finden, ohne Bezug zum Pflegeprozess (vgl. ebd., S. 116 ff.).

3.3.2 Der Pflegeprozess im Strukturmodell

Ein Pflegeprozessmodell mit hoher aktueller Praxisrelevanz ist das Strukturmodell. Es ist aus anderen Motiven entstanden, als die Pflegeprozessmodelle der o. g. Pflegetheorien. Ausschlaggebend für die Einführung waren die Bestrebungen, die Pflege zu entbürokratisieren und die Pflegedokumentation praxistauglich zu machen (vgl. Ahmann et al., 2016, S. 11). Das Strukturmodell hat in Einrichtungen

der stationären Langzeitpflege und in der ambulanten Pflege mittlerweile eine große Verbreitung gefunden. Inzwischen sind es 80 % der Pflegeeinrichtungen, die dieses System anwenden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023). Die Aufwandsverschlinkung komme den Pflegepersonen und den Pflegebedürftigen zugute, da „mehr Zeit für das Wesentliche“ bleibe (ebd.). Es wird darauf verwiesen, dass es ein wissenschaftsbasiertes Konzept ist, dem der Kerngedanke der personenzentrierten Pflege zugrunde liegt (vgl. Beikirch et al., 2017, S. 14). Dieser soll sicherstellen, dass die individuellen Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person in den Mittelpunkt gestellt und die Selbstbestimmung im Pflegeprozess berücksichtigt wird (vgl. ebd.). Damit werden die bislang verwendeten Dokumentationsmodelle, die sich an den Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens orientieren, abgelöst (vgl. Ahmann et al., 2016, S. 11).

Das Strukturmodell ist an den vierphasigen Pflegeprozess von Yura und Walsh angelehnt. Es wurde ein standardisiertes Einschätzungsformular entwickelt, das je nach Setting Besonderheiten aufweist. Darauf folgt der Maßnahmenplan, der bewusst nicht Pflegeplan genannt wird, da auch nichtpflegerische Maßnahmen festgehalten werden. In der Darstellung der geplanten Maßnahmen sollen die Aspekte der Einschätzung aufgenommen werden. Auf die Verschriftlichung der Ziele wird bewusst verzichtet, denn in einem gedanklich-fachlichen Prozess reflektiert die Pflegefachkraft die Wünsche und Ziele des zu pflegenden Menschen hinsichtlich der Veränderungsmöglichkeiten der Situation (vgl. Beikirch et al., 2017, S. 61).

Roes weist auf die Notwendigkeit der Umorientierung hin, da die ATL- bzw. AEDL-Struktur einen großem Aufwand mit wenig evaluierten Nutzen darstellt (vgl. Roes, 2014, S. 3). Fawcetts Auffassung, dass die großen Pflege-theorien für die Praxis nicht tauglich sind und Inkonsistenzen aufweisen (vgl. ebd.), könnte als Bestätigung aufgefasst werden. Gleichzeitig verweist Roes auf den mit dem Strukturmodell verbundenen Nachholbedarf bezüglich des Diskurses über pflegetheoretische Konzepte (vgl. ebd. S. 4).

In ihrer Stellungnahme zur Entbürokratisierung und Effizienzsteigerung sieht Krohwinkel allerdings die Gefahr, das wesentliche Pflegephänomene aus den Augen verloren werden. Indem in der SIS (strukturierte Informationssammlung) die Bestimmung einer Diagnose (gemeint ist die Pflegediagnose, Anm. RAB) nicht gefragt ist, ist der Zusammenhang zu den Maßnahmen und zur Maßnahmengestaltung kaum nachvollziehbar (vgl. Krohwinkel, 2014, S. 699).

Als gegenläufige Bewegung zur Verschlinkung kann der Einsatz von evidenzbasierten pflegerischen Leitlinien betrachtet werden. Diese sind Pflegediagnosen, Leitlinien für Pflegeziele und Pflegeinterventionen.

3.3.3 Der Pflegeprozess mit Pflegediagnosen

Vergleicht man verschiedene Pflegeprozessmodelle, fällt auf, dass es solche mit und ohne den Schritt Pflegediagnose gibt. Zu den vier Phasen der ersten Prozessmodelle wie von Yura und Walsh, die von vier Phasen sprachen, kam in der Weiterentwicklung die Pflegediagnose dazu (vgl. Wieteck, 2020, S. 25). Die Beschreibung von Zuständen und Problemen von zu pflegenden Menschen reichte allerdings für eine adäquate Planung nicht aus. Daraus entwickelten sich Bemühungen, die Sprache zur Darstellung von Pflegediagnosen zu konzeptualisieren und zu normieren. 1982 wurde die North American Nursing Diagnoses Association (NANDA) gegründet, in der seitdem Pflegeexpert*innen kontinuierlich an der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems arbeiten. Inzwischen hat sich die NANDA in NANDA-I umbenannt, um auch dem internationalen Anspruch gerecht zu werden (vgl. ebd.). Neben der NANDA-Klassifikation der Pflegediagnosen (vgl. Herdman et al., 2022) gibt es inzwischen weitere Klassifikationssysteme, wie ENP (vgl. Wieteck, 2020) und POP (vgl. Harald et al., 2022).

Die Standardisierungsprozesse beziehen sich nicht nur auf die Pflegediagnosen. In ENP beispielsweise sind Pflegeziele und Pflegemaßnahmen enthalten. NANDA umfasst nur Pflegediagnosen. Inzwischen wurden dazu die Nursing Interventions Classifikations (NIC) und die Nursing Outcome Classifikations (NOC) erarbeitet. Sowohl in NANDA als auch in ENP ist das Evidenzlevel der jeweiligen Pflegediagnose bzw. Leitlinie angegeben (vgl. Wieteck, 2020, S. 53). Mit den Bestandteilen Pflegediagnose, Pflegeziele und Pflegemaßnahmen sind in ENP die Schritte Zwei, Drei und Vier des sechsschrittigen Pflegeprozesses evidenzbasiert abgebildet. Sie spiegeln das Berufsfeld Pflege wider (vgl. ebd., S. 36). Eine Pflege-theorie wurde als Vorverständnis nicht zugrunde gelegt. Die Leitlinien wurden anfänglich induktiv auf der Grundlage von Praxisforschung entwickelt (vgl. Wieteck et al., 2017, S. 17). Jedoch wird bei der Anwendung der Leitlinien eingeräumt, dass internalisierte pflegerische Vorverständnisse großen Einfluss auf den Prozess des pflegerischen Diagnostizierens haben. Diese können durch bestimmte Pflege-theorien wie Orem, Roper oder einschlägige Praxiserfahrungen beispielsweise im Bereich der Rehabilitation geprägt sein (vgl. Wieteck, 2020, S. 31).

Der Nutzen von Pflegediagnosen wird vor allem darin gesehen, dass Qualitätsentwicklung besser auf der Basis von eindeutiger Fachsprache geschehen kann. Pflegeprozesse können transparent abgebildet werden und ermöglichen eine eindeutige intra- und interprofessionelle Kommunikation. Aufgrund ihrer Evidenz bieten sie für zu pflegende Menschen Sicherheit. Sie können ebenso als Grundlage für Personalbedarfsmessung genutzt werden (vgl. ebd., S. 33).

Zur Verbreitung geben die Autor*innen von ENP an, dass aktuell (Stand 2019) 25 Krankenhäuser und über 400 Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenpflege verschiedene Softwareprodukte von ENP nutzen, dazu über 50.000 Pflegepersonen und über 3000 in Aus- und Weiterbildung befindliche Personen (vgl. ebd., S. 35).

Standards bergen stets die Gefahr, dass in Pflegesituationen individuelle Belange und Beziehungsaspekte zu wenig berücksichtigt werden (vgl. DBfK, 2022, S. 2). Hier führen die Autor*innen von ENP ihr Pflege- und Kommunikationsverständnis an, das mit der Pflege Theorie von Hildegard Peplau, dem Kommunikationsmodell von Paul Watzlawick und weiteren Aspekten wie das Krankheitserleben und Vertrauensarbeit fundiert wird (vgl. Wieteck et al., 2020, S. 31). Die Anwendung der Leitlinien zur Pflegediagnostik und zur Gestaltung des Pflegeprozesses wird als Pflegekunst beschrieben (vgl. ebd., S. 32). Sie erfordert umfangreiche Kompetenzen, wobei die Anforderung, eine Pflegediagnose festzustellen nach Alfaro-LeFevre 50 % der Aufgabe darstellt. Die Anforderung des pflegerischen Diagnostizierens beinhaltet die Identifizierung und Bewertung relevanter Informationen, das Erkennen von Zusammenhängen und Risiken und die Ableitung von Prioritäten. Die Qualität des Diagnostizierens hat entscheidenden Einfluss auf den Behandlungserfolg (vgl. Alfaro-LeFevre, 2013, S. 158).

3.4 Zusammenfassung und Beitrag zur Pflegeprozesskompetenz

Pflegeprozess und pflegetheoretischer Rahmen sind untrennbar miteinander verbunden. Kruijswijk und Mostert zeigen, wie die Verknüpfung von Orem und King mit dem Pflegeprozess gestaltet werden kann. Dabei werden die Inhalte der Theorie mit den sechs Schritten des Pflegeprozesses verknüpft (vgl. Kruijswijk Jansen & Mostert, 1997). Sie beziehen sich auf die Aussagen von Yura und Walsh, die den Pflegeprozess als „Herzstück der Pflege“ bezeichnen, der allerdings ohne Anwendung einer Pflege Theorie eine leere Hülle bleibt. Damit ist eine Gefahr verbunden. Wenn Vorstellungen von Pflege nicht bewusst reflektiert werden, geschieht

es, dass Medizinorientierung vorherrscht auf Kosten der Eigenständigkeit der Pflegenden (vgl. ebd., S. 65).

Die Bedeutung des Pflegeprozesses wird durch seine Verankerung im SGB XI bestätigt. Dieser soll dazu beitragen, eine spontane willkürliche Pflege zu verhindern, indem die Leistungen geplant und nachvollziehbar werden (vgl. Schmidt & Meißner, 2009, S. 141).

Der Nutzen des Pflegeprozesses wird darin gesehen, dass

- eine individuelle Pflege sichergestellt wird (vgl. Brandenburg et al., 2021, S. 237). Diese Absicht verfolgte auch Orlando, die von der Berücksichtigung individueller Bedürfnisse spricht aufgrund der Arbeit mit dem Pflegeprozess (vgl. Hojdelewicz, 2021, S. 35). Dies sollte zudem verhindern, dass die organisatorischen Strukturen die Pflegepraxis bestimmen (vgl. ebd.).
- der Pflegeprozess als zentrales Konzept professioneller Pflege der in der Praxis zumeist vorherrschenden Tätigkeitsorientierung entgegenwirken soll (vgl. Meleis in Dennis 2001, S. 147).
- eine Vereinheitlichung der Dokumentation bewirkt, dass Pflege sichtbar und evaluierbar wird (vgl. Roper, 2002, S. 18).
- der Fokus von der Krankheitsorientierung auf die Gesundheitsförderung und Selbständigkeit von zu pflegenden Menschen gelenkt wird (vgl. ebd. S. 12).
- die theoretischen Vorstellungen von Pflege die notwendigen Inhalte dazu bieten. Denn der Pflegeprozess wurde eingeführt, um einen Nutzen von pflegetheoretischen Modellen für die Praxis herzustellen (vgl. ebd., 2002, S. 17), oder anders gesagt, als Bindeglied zwischen Theorie und Praxis verstanden werden kann.

Stefan et al. betrachten die Vorteile ausführlich aus der Perspektive der zu pflegenden Person, der Pflegenden und des Gesundheitswesens (vgl. Stefan et al., 2006, S. 26). Dennoch herrscht Skepsis und Ablehnung, die auch auf Unsicherheit bei der Formulierung von Problemen, Ressourcen, Zielen und Maßnahmen zurückgeführt werden kann, begleitet von einem immensen Zeitaufwand (vgl. Schmidt & Meißner, 2009, S. 141). Daneben gibt es die Auffassung, dass der Pflegeprozess zu theoretisch und überflüssig sei (vgl. ebd., S. 141). Er wird nicht gelebt. Auch wenn die einzelnen Schritte dokumentiert sind, ist der logische Zusammenhang des Regelkreises nicht vorhanden. Standardisierte Formulierungen werden als Textbausteine zusammengefügt. Individualität spielt dabei keine Rolle. Der Pflegeprozess wird zu einer lästigen Schreibübung (vgl. ebd. S. 144). Dies muss

nicht gleichbedeutend mit schlechter Pflege sein, denn bereits Roper bemerkte, dass Pflegende im Pflegeprozess denken, allerdings ohne dass dies explizit dargestellt wird. Dennoch ist gute Pflege so nicht sichtbar oder evaluierbar (vgl. Roper et al., 2023, S. 18).

Die hier skizzierte Problematik müsste wissenschaftlich bestätigt werden. Sie beruht auf Erfahrungswerten, die möglicherweise keine Ausnahmen sind. Die Argumente, die für den Pflegeprozess sprechen, kommen mehr aus der theoretischen Ebene. Sie wurden mit dem Einblick in die Pflege-theorien und der Betrachtung der Prozessmodelle bestätigt. Die skeptischen Stimmen sind dem Praxisfeld zuzuordnen. Der Gehalt dieser Aussagen wirkt sich auf den Lerngegenstand Pflegeprozess bzw. auf die anzubahrende Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz aus. Sie stehen im Widerspruch. Wenn mit Dohmen (2001) zutrifft, dass 70 bis 80 % der Kompetenzen Erwachsener außerhalb und losgelöst von Bildungseinrichtungen erworben werden (vgl. Arnold, 2018, S. 21), hat die Entwicklung der Pflegeprozesskompetenz eine begrenzte Chance.

4. Pflegedidaktische Orientierung und Pflegeprozesskompetenz

Aus der pflegedidaktischen Metaebene wird ein Blick gewagt, welche Hinweise Pflegedidaktik im Hinblick auf die zu entwickelnde Pflegeprozesskompetenz liefern kann. Pflegedidaktik wird als die Wissenschaft und somit als Beschreibungs-, Reflexions- und Orientierungsinstanz der Pflegebildung verstanden (vgl. Hänel & Ertl-Schmuck, 2022, S. 17; vgl. DGP, 2019, S. 12). Sie hat die Aufgabe, die Annahmen über den Pflegeberuf und die Pflegebildung in Lerngegenstände zu transformieren und Handlungsanforderungen zu identifizieren. Grundsatzfragen der Pflegedidaktik betreffen Annahmen

- „zum pflegerischen Situations-/Handlungs-, Lern- und Bildungsverständnis
- zum Subjekt in pflegerischen und pflegedidaktischen Situationen
- zur gesellschaftlichen Bedingtheit der situativ verorteten Pflege- und Bildungsarbeit“ (Hänel & Ertl-Schmuck, 2022, S. 18)

Zwei Sichtweisen markieren Pflegehandeln. Die eine ist das Beziehungshandeln mit verschiedenartigen Qualitäten, wie das Fremde, der Leibbezug, das Spüren, die Begegnung mit zu Pflegenden und deren aktuellen Befindlichkeiten, in denen sich Interpretationsbedarf und Ungewissheit zeigen (vgl. Ertl-Schmuck, 2023, S. 75). Die andere Sichtweise ist das pflegerische Handeln, in dem

wissenschaftliches Wissen in die Wahrnehmung von Pflegephänomenen, in die evidenzbasierte Planung von Pflegemaßnahmen und in die kriteriengeleitete Evaluation von Pflegeergebnissen einbezogen werden soll (vgl. Hänel & Ertl-Schmuck, 2022, S. 23). Es wird eine Vorherrschaft des kybernetischen und des begrifflich Fassbaren unterstellt, auch beeinflusst durch die Gesetzgebung, z.B. SGB XI, denn nur sichtbare Pflegehandlungen werden abgerechnet. Im pflegedidaktischen Kontext muss die Perspektive auf Pflege klar sein, um Konsequenzen für das unterrichtliche Handeln abzuleiten. Jede Sichtweise braucht unterschiedliche Zugänge für die Kompetenzentwicklung (vgl. ebd., S. 24).

Die Grundannahmen der Pflegedidaktik lassen sich auf den Pflegeprozess beziehen, in dem der Situations-, Subjektbezug und die gesellschaftliche Dimension eine Rolle spielen. Insbesondere der Subjektbezug liefert die Perspektive für die Realisierung einer individuellen Pflege im Pflegeprozess. Der doppelte Subjektbezug hebt die Kompetenzanforderung an Pflegende hervor, denn in allen Phasen des Pflegeprozesses spielt das Subjekt zu pflegender Mensch in Beziehung zum Subjekt Pflegeperson eine wesentliche Rolle (vgl. Hänel & Ertl-Schmuck, 2022, S. 25). Zudem werden Schritte des Pflegeprozesses genannt, gepaart mit Aspekten, die als das Spezifische von Pflege bezeichnet werden.

Es erscheint lohnend, einen ausgewählten pflegedidaktischen Ansatz näher auf sein Potential zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz zu betrachten. Dafür wird die interaktionistische Pflegedidaktik von Ingrid Darmann-Fink ausgewählt. Ihr Ansatz hat in das Bremer Curriculum NaKomm Eingang gefunden und weist aufgrund seiner digitalen Präsenz eine verbreitete Bekanntheit auf (vgl. [ippbremen](#)). Anschließend werden die aktuellen gesetzlichen Grundlagen für die generalistische Pflegeausbildung mit dem Fokus Pflegeprozesskompetenz beleuchtet. Diese liefern mit dem Kompetenzkatalog umfangreiche Hinweise zu dieser Kompetenz. Schließlich werden die Rahmenpläne der Fachkommission auf die Entwicklung der Pflegeprozesskompetenz hin betrachtet.

4.1 Interaktionistische Pflegedidaktik und Pflegeprozesskompetenz

Ingrid Darmann-Finks interaktionistische Pflegedidaktik ist im Rahmen einer Forschungsarbeit zur Interaktion im Pflegeunterricht entstanden. Es wurden Bildungsdimensionen gefunden und weiterentwickelt, die Eingang in ihre heuristische Matrix gefunden haben. Diese sind Regelorientierung, Fallorientierung und

Meinungsorientierung. Bemerkenswert ist, dass in der untersuchten Praxis das Konzept der Regolorientierung vorherrschte (vgl. Darmann-Finck, 2022, S. 210).

Darmann-Finck bezieht sich auf Klafkis Bildungsverständnis mit den Grundfähigkeiten der Selbstbestimmung, Mitbestimmung und Solidaritätsfähigkeit (vgl. Darmann-Finck, 2022, S. 204). Ihren kommunikationstheoretischen Rahmen gründet sie auf Habermas (1971) (vgl. ebd.) mit der idealen Sprechsituation, die durch Handlungsentlastung, Freiwilligkeit und Gleichberechtigung markiert ist. Auch wenn diese Prämissen im Unterricht nicht gegeben sind, müssen sie dennoch als wegweisend betrachtet werden, um Bildungsprozesse zu ermöglichen. Die Autorin bezieht sich in der pflegewissenschaftlichen Orientierung auf Friesacher. Er versteht in der pflegerischen Domäne den sinnlich-leiblichen Zugang zu den zu pflegenden Menschen und die fürsorgende und fürsprechende Anteilnahme (vgl. ebd., S. 208).

Ihrem Pflegebildungsverständnis liegt ein Pflege- und Berufsverständnis zugrunde, das Aspekte wie existentiell bedeutsame Lebenssituationen, Abhängigkeit von zu pflegenden Menschen zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse und Umsetzung von eigenen Vorstellungen von einem guten Leben enthält. Beruflich Pflegende sind als ganze Person, d.h. leiblich, kognitiv und affektiv, in die Interaktion mit zu pflegenden Menschen involviert (vgl. ebd., S. 208). Die Konzepte Macht und Herrschaft im Gesundheitssystem, Ökonomisierung, Professionalisierung und Verwissenschaftlichung des pflegerischen Wissens stellen weitere berufliche Anforderungen dar. Ausbildung unterstützt die Bildung von Ich-Identität. Das Ausbildungsziel besteht darin, ausbalanciert und kritisch reflektierend eine subjektbezogene Pflegekompetenz zu entwickeln (vgl. ebd.). Die heuristische Matrix bietet die Möglichkeit, aus diesem Verständnis heraus Unterrichtsgegenstände zu generieren. In Tabelle 2 sind Bildungsdimensionen, Bildungskonzepte der Pflegelehrenden, Erkenntnisinteressen und die Situationsaspekte professionell Pflegende, zu pflegende Menschen / Bezugspersonen, Institution / Gesundheitssystem und pflegerisches Handeln integriert (vgl. ebd., S. 215).

Meinert A. Meyer spricht in seiner Einschätzung über Niveaustufen, die in dieser Heuristik dargestellt werden (vgl. ebd., S. 243). Insofern könnte diese Heuristik als Darstellung für Kompetenzniveaus verstanden werden.

Auch wenn dies verkürzend erscheint, wird auf der Grundlage der Matrix überlegt, welchen Beitrag diese zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz leisten kann. Zunächst ist in der Matrix der Begriff Pflegeprozess explizit nicht zu finden. Auf der Ebene der Regolorientierung ist als verwandter Begriff der Pflegebedarf genannt, in dem die Schritte Informationssammlung, Pflegediagnose, Pflegeziel und

Maßnahmenplanung vereint zu verstehen sind (vgl. Schaeffer & Wingefeld, 2011, S. 265). In der Beschreibung ist allerdings explizit vom Pflegeprozess die Rede (vgl. Darmann-Finck, 2022, S. 218). Das Anwenden von Regelwissen könnte hier als die Kenntnis über und die Nutzung von Assessments zur Informationssammlung, die Kenntnis und die Anwendung von Gesprächsregeln bei einem Gespräch zur Informationssammlung, die Nutzung von ENP zur Darstellung von Pflegediagnosen, das Verständnis von SMART-Kriterien zur Zieldarstellung usw. verstanden werden. Es wird auf die jeweiligen Wissenschaften, wie Medizin, Pflege, Psychologie Bezug genommen (vgl. ebd.). Lernort dieser Ebene ist vor allem die Schule.

Übergeordnete Kompetenz: Pflegehandeln zwischen wechselseitiger Anerkennung des Gegenübers in seiner Einmaligkeit und Unverwechselbarkeit und Missachtung				
Bildungsdimensionen <i>Bildungskonzepte der Pflegelehrenden</i> Erkenntnisinteresse	Professionell Pflegende	Zu pflegende Menschen / Bezugspersonen	Institution / Gesundheitssystem	Pflegerisches Handeln
Wissenschaftsbasierte Erklärung und instrumentelle Problemlösung <i>Regelorientierung</i> Technisches Erkenntnisinteresse	Erklären von Problemen/Krisen der Pflegenden und ableiten von instrumentellen Lösungen	Erklären von (Selbst-) Pflegeaufgaben der zu Pflegenden bzw. Fremdpflegeaufgaben der Bezugspersonen und Ableiten von instrumentellen Lösungen	Erklären von und Ableiten von instrumentellen Lösungen für die Aufgaben der Institution und des Gesundheitssystems	Erklären von Pflegebedarfen und Ableiten von instrumentellen Lösungen bzgl. der Unterstützung der zu Pflegenden bei Selbstpflegeaufgaben bzw. der Bezugspersonen bei Fremdaufgaben
Verstehen und Verständigung <i>Fallorientierung</i> Praktische Erkenntnisinteresse	Verstehen der und Verständigung über die eigenen biografischen Interessen, Gefühle, Motive, Werte	Verstehen der und Verständigung über biografischen Interessen, Gefühle, Motive und Werte der zu Pflegenden und ihrer Bezugspersonen	Verstehen der und Verständigung über die Interessen und Motive der Institution / des Gesundheitswesens	Fallverstehen und Verständigung im Einzelfall auf der Basis wechselseitiger Anerkennung
Kritische Reflexion gesellschaftlicher Widersprüche <i>Meinungsorientierung</i> Emanzipatorisches Erkenntnisinteresse	Aufdecken von gesellschaftlich beeinflussten inneren Konflikten der Pflegenden	Aufdecken von gesellschaftlich beeinflussten inneren Konflikten der zu Pflegenden (und ihrer Bezugspersonen)	Aufdecken von gesellschaftlichen Widersprüchen in der Institution / im Gesundheitssystem	Aufdecken der widersprüchlichen Strukturgesetzmäßigkeiten pflegerischen Handelns

Tab. 2: Zuordnung Bildungskonzepte, Erkenntnisinteressen (vgl. Darmann-Finck, 2022, S. 214) zur pflegedidaktischen Heuristik (vgl. ebd., S. 215) (eigene Darstellung)

Die Ebene der Fallorientierung wird vor allem dem Lernort Praxis zugewiesen, da Situationen des Verstehens und der Verständigung nur bedingt simuliert werden können (vgl. ebd., 221). Die Aufgabe der Schule dient in dieser Ebene nach Böhnke der Handlungsentlastung in Reflexionssituationen (vgl. ebd.). Fallorientierung ist in der Realisierung pflegeprozessbezogenen Handelns unabdingbar.

Denn erst Verstehen und Verständigung ermöglichen eine Pflege, die die Individualität des zu pflegenden Menschen einbezieht (vgl. ebd., S. 219). Auf dieser Grundlage können situationsbezogene Entscheidungen getroffen werden, was hier den Bezugspunkt der moralischen Kompetenzen erfährt. Dem gehen die hier dargestellten Aushandlungsprozesse voraus (vgl. ebd., S. 223).

Die Ebene der Meinungsorientierung bezogen auf gesellschaftliche Widersprüche weist auf Grenzen, die sich in jeder Phase des Pflegeprozesses ergeben können, hin. Sie kommen in beiden Lernorten zum Tragen (vgl. ebd.).

Zusammenfassend zeigen diese knappen Ausführungen, dass die heuristische Matrix in allen Ebenen und Situationsmerkmalen Hinweise für die Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz bietet. Die von Meinert angedeuteten Niveaus unterstützen die Gliederung im Ausbildungsverlauf. Dies ist zur Gestaltung von Curricula und Pflegeunterricht weiter auszudifferenzieren und zu konkretisieren, wobei in komplexen Lernsituationen alle drei Bildungsdimensionen zu integrieren sind (vgl. ebd. S. 236). Diese könnten im Hinblick auf die Ausführungen in Kapitel 2 zu Kompetenzdimensionen der Pflegeprozesskompetenz konkretisiert werden. Die Matrix lässt über den Tellerrand der Regelorientierung im Zusammenhang mit dem Pflegeprozess hinausschauen und das Potential der Lernorte zu bestimmen. Nach Ertl-Schmuck ist dies als Transformationsarbeit zu bezeichnen (vgl. Hänel & Ertl-Schmuck, 2022, S. 20).

4.2 Gesetzliche Grundlagen zur Pflegeprozesskompetenz

Das Pflegeberufegesetz präsentiert mit der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung einen umfangreichen Kompetenzkatalog, der berufspädagogische und pflegedidaktische Strömungen als Konsens aufnimmt und diesbezüglich Konsequenzen fordert.

4.2.1 Rückblick zum Pflegeprozess in den Pflegeausbildungsgesetzen

Betrachtet man den Weg zum Pflegeberufegesetz, so lassen sich in den Vorgängerversionen der Ausbildungsgesetze verschiedenen Etappen erkennen. Diese umfassen den zunehmenden Umfang des Unterrichts, Aussagen zu Inhalten bis zur Darstellung von Kompetenzen und insbesondere die zunehmende Bedeutung des Pflegeprozesses.

Das erste bundeseinheitliche Ausbildungsgesetz für die Kranken-, Kinderkranken- und Geisteskrankenpflege von 1957 schreibt insgesamt 400 Stunden Unterricht

vor, der nicht näher spezifiziert ist (vgl. § 11 Abs. 3 S. 2 Krankenpflegegesetz 1957). Im Gesetz von 1965, das die Ausbildung in der Kranken- und Kinderkrankenpflege auf drei Jahre anhebt, wird die Zahl der Unterrichtsstunden verdreifacht (vgl. § 9 Abs. 1; vgl. § 11 Krankenpflegegesetz 1966). Im Fächerkatalog der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung entfallen 250 Stunden auf das Fach Krankenpflege (vgl. § 1 Abs. 1 Nr. 9 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Krankenschwestern, Krankenpfleger und Kinderkrankenschwestern 1966).

In diese Zeit fällt die Entstehung der Pflegetheorien und des Pflegeprozesses in den USA, der dann erstmals im Krankenpflegegesetz von 1985 im § 4 als Ausbildungsziel verankert wird. Die Ausbildung soll auf die sach- und fachkundige, umfassende, geplante Pflege des Patienten gerichtet sein (vgl. § 4 Abs. 1 Nr. 1 KrPflG 1985). Die Zahl der Theoriestunden wird auf 1600 erhöht (vgl. Kreutzer, 2021, S. 13). Das Fach Krankenpflege umfasst 480 Stunden (Anlage 1 Nr. 8 zu § 1 Abs. 1 KrPflAPrV 1985). In der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung taucht der Begriff Pflegeprozess nicht auf. Die Pflegeplanung ist in der Beschreibung der praktischen Prüfung zu finden (vgl. § 14 Abs. 1 S. 2 KrPflAPrV). Nach Bögemann-Großheim lässt sich kein eigenständiger Verantwortungsbereich ableiten (vgl. Kreutzer, 2021, S.13).

2003 werden zwei Gesetze erlassen, die als wesentliche Vorbereitung des Pflegeberufgesetzes gesehen werden können. In das Krankenpflegegesetz und in das erste Bundesaltenpflegegesetz wird die Kompetenzorientierung aufgenommen, wie sie seit 1996 für die berufliche Bildung von der KMK festgelegt ist. Hinzukommen die Orientierung an der Pflegewissenschaft im Rahmen der „geplanten Pflege“. Auch die Eigenverantwortlichkeit ist erstmals dargestellt, indem die Feststellung des Pflegebedarfs, die Planung, Organisation, Durchführung, Evaluation, Qualitätsentwicklung als eigenverantwortliche Aufgaben ausgewiesen sind (vgl. § 3 Abs. 2 Nr. 1 KrPflG 2003).

Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Kranken- und Kinderkrankenpflege sieht zwölf Themenbereiche vor. Im Themenbereich eins kommt der Pflegeprozess zur Sprache, auch der Begriff der Pflegesituation. Es geht dabei um die Feststellung des Pflegebedarfs und die Gestaltung der Pflege nach dem Pflegeprozess. In der Anlage 1A ist eine Zuordnung von Stundenzahlen zu den Wissensgrundlagen zu finden. Den Kenntnissen – ein Begriff, der hier einem grundlegenden Kompetenzniveau zugeordnet werden kann – zu Pflege und Pflege- und Gesundheitswissenschaften sind 950 Stunden zugewiesen. Der Begriff

Pflegeprozess taucht nicht mehr auf (vgl. Anlage 1 A, zu § 1 Abs. 1 KrPfiAPrV 2003). Die 950 von insgesamt 2100 Stunden entsprechen 45 % der theoretischen Ausbildung.

Das erste Bundesaltenpflegegesetz wurde 2003 erlassen. Zuvor gab es keine bundeseinheitliche Regelung. § 3 beschreibt das Ausbildungsziel in vergleichbarer Qualität wie das Krankenpflegegesetz. Der selbstständige und eigenverantwortliche Aufgabenbereich beinhaltet ebenfalls die umfassende geplante Pflege (vgl. § 3 Nr. 1 AltPflG 2003). Für den theoretischen und praktischen Unterricht sind nun wie in der Gesundheits- und Krankenpflege 2100 Stunden vorgesehen (vgl. § 1 Abs. 1 AltPfiAPrV 2002). Die theoretische Ausbildung ist in der Anlage 1 in vier Themenfelder aufgeteilt. Im Themenfeld 1 Aufgaben und Konzepte der Altenpflege ist unter Punkt 1.2 der Pflegeprozess zu finden, für den zusammen mit Wahrnehmen und Beobachten, Pflegediagnostik, Planung, Durchführung und Evaluation der Pflege, Grenzen der Pflegeplanung und Pflegedokumentation EDV 120 Stunden vorgesehen sind (vgl. Anlage 1 A Nr. 1.2 zu § 1 Abs 1 AltPfiAPrV 2002).

4.2.2 Aktuelle gesetzliche Grundlagen und Pflegeprozesskompetenz

Im Jahr 2020 trat das Pflegeberufegesetz in Kraft, das die beiden Gesetze von 2003 ablöst. Das Novum ist die gesetzliche Definition der vorbehaltenen Tätigkeit. Der Pflegeprozess ist dadurch unter einen besonderen Schutz gestellt worden, begründet mit dem besonderen Schutz der Gesundheit von zu pflegenden Menschen (Fachkommission, 2020, S. 12). Die Vorbehaltsaufgabe trägt zu einer Aufwertung des Pflegeberufs aber auch zu juristischer Verunsicherung bei (vgl. Weidner, 2019, S. 10). Der Pflegeprozess wird nicht umschrieben, sondern explizit im Zusammenhang mit der Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses aufgeführt (vgl. § 4 Abs. 2 Nr. 2 PflBG).

§ 5 stellt das Ausbildungsziel im Vergleich zu den Vorversionen am umfangreichsten dar. Absatz (1) nimmt die Kompetenzdimensionen Fachkompetenz und personale Kompetenz auf, wie sie von der KMK für die berufliche Bildung vorgegeben sind (vgl. § 5 Abs. 1 S. 1 PflBG).

In den Anlagen 1 bis 4 der Pflegeausbildung- und Prüfungsverordnung werden die erreichenden Kompetenzen dargestellt. Jede Anlage differenziert fünf Kompetenzbereiche, die jeweils durch eine unterschiedliche Anzahl von Kompetenzschwerpunkten näher bestimmt sind. Die Kompetenzschwerpunkte sind dann in einer dritten Ebene in Kompetenzen weiter ausdifferenziert (vgl. Anlagen 1 – 4 PfiAPrV).

Beide Ebenen, sowohl Kompetenzbereiche als auch -schwerpunkte sind in den Anlagen 1 bis 4 gleich. Erst auf der Ebene der Kompetenzen sind unterschiedliche Niveaus formuliert. Anlage 1 beschreibt das Kompetenzniveau, das die Auszubildenden bis zum Ende des zweiten Ausbildungsjahres erreicht haben sollen (vgl. § 7 S. 2 PflBG). Die Anlagen 2 bis 4 beschreiben die Kompetenzen, die die Absolvent*innen zum Ende der Ausbildung erreicht haben sollen. Die Anlagen 2 bis 4 nehmen eine Differenzierung der möglichen Abschlüsse vor: Anlage 2 nach § 9 den Abschluss Pflegefachfrau/Pflegefachmann, die Anlage 3 nach § 26 den Abschluss Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, die Anlage 4 nach § 28 den Abschluss Altenpflegerin/Altenpfleger. Die Tabelle 4 zeigt die Kompetenzbereiche und die Stunden, die in den beiden Ausbildungsabschnitten jeweils zugeordnet sind. Dem Kompetenzbereich I ist mit 48 % der schulischen Ausbildung der größte Stundenumfang zugedacht. Nimmt man die Bereiche I und II zusammen, sind es 61 %.

Kompetenzbereich		Erstes und zweites Ausbildungsdrittel	letztes Ausbildungsdrittel	Gesamt
I.	Pflegeprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.	680 Std.	320 Std.	1 000 Std.
II.	Kommunikation und Beratung personen- und situationsbezogen gestalten.	200 Std.	80 Std.	280 Std.
III.	Intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten.	200 Std.	100 Std.	300 Std.
IV.	Das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien reflektieren und begründen.	80 Std.	80 Std.	160 Std.
V.	Das eigene Handeln auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen reflektieren und begründen.	100 Std.	60 Std.	160 Std.
Stunden zur freien Verteilung		140 Std.	60 Std.	200 Std.
Gesamtsumme		1 400 Std.	700 Std.	2 100 Std.

Tab. 3: Stundenzuordnung zu den Kompetenzbereichen (PflAPrV)

Der Kompetenzbereich I ist in sechs Kompetenzschwerpunkte konkretisiert. Diese sind in 32 Kompetenzen ausdifferenziert. Das sind 41 % aller Kompetenzen der Anlage I. Mit dem Kompetenzbereich 2 kommen 13 weitere hinzu, also 45 von insgesamt 78 Kompetenzen. Das sind 57 %. In der Anlage 2 weichen die Anteile geringfügig ab, da es dort insgesamt 84 Kompetenzen gibt.

Die folgende Abbildung zeigt die Kompetenzbereiche I und II, die im engen Zusammenhang zu verstehen sind. Denn hier geht es um die Gestaltung der unmittelbaren Pflegesituation (vgl. Fachkommission, 2020, S. 12). Sie enthalten die jeweiligen Kompetenzschwerpunkte, die die Bereiche konkretisieren.

Die Abbildung 15 wurde den Begleitmaterialien der Rahmenpläne entnommen, bezieht sie sich jedoch unmittelbar auf die Anlagen der Pflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung. Sie erscheint deshalb an dieser Stelle angebracht.

Kompetenzbereiche	Kompetenzschwerpunkte
I Pflegeprozess	<ul style="list-style-type: none"> I.1 Planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern, evaluieren I.2 Pflegeprozess bei gesundheitlichen Problemen mit Fokus auf Prävention I.3 Pflegeprozess in hoch belasteten, kritischen Lebenssituationen I.4 Handeln in lebensbedrohlichen, Krisen- oder Katastrophensituationen I.5 Unterstützen bei der Lebensgestaltung I.6 Fördern der Entwicklung
II Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> II.1 Kommunikation und Interaktion gestalten und Information sicherstellen II.2 Information, Schulung, Beratung organisieren, gestalten, steuern und evaluieren II.3 Ethisch reflektiert handeln

Abb. 15 Kompetenzbereiche und Kompetenzschwerpunkte (Saul & Jürgensen, 2021, S. 30), Ausschnitt der Kompetenzbereiche I und II

Es ist zu erkennen, dass die Kompetenzschwerpunkte einen Unterschied im Situationsbezug aufweisen. Schwerpunkt I.1 ist allgemein auf den Pflegeprozess bezogen formuliert. Die Schwerpunkte I.2 bis I.6 konkretisieren den Situationsaspekt.

Der Kompetenzbereich I.1 fokussiert den Pflegeprozess als solchen. Deshalb wird dieser genauer betrachtet. Die Tabelle 4 zeigt die Kompetenzen, die zu I.1 in den Anlagen 1 und 2 formuliert sind. Es sind die Niveaus zur Zwischenprüfung und zur Abschlussprüfung. Diese sind aus den Formulierungen zu den Handlungen und aus allgemeinen Hinweisen zur Situation gekennzeichnet. Die Zunahme an Handlungsanforderungen wird durch Begriffe wie „beteiligen sich (1b)“ bis „übernehmen Verantwortung (2b)“, „schlagen vor (1e)“ bis „handeln aus (2e)“ beschrieben. Die unterschiedliche Komplexität der Situation kommt durch Begriffe wie „häufig vorkommende Pflegeanlässe (1d)“ bis „diverse Pflegeanlässe bei Menschen aller Altersstufen (2d)“ oder auch die „akuten und dauerhaften Pflegesituationen (1d)“ bis zu „instabilen gesundheitlichen und vulnerablen Lebenssituationen (2d)“. Insofern ist auch in dieser übergeordneten Darstellung pflegeprozessbezogener Kompetenzen der Situationsbezug gegeben.

I Pflegeprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.	
I.1 Die Pflege von Menschen aller Altersstufen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.	
Anlage 1: Die Auszubildenden	Anlage 2: Die Absolventinnen und Absolventen
a) verfügen über ein grundlegendes Verständnis von zentralen Theorien und Modellen zum Pflegeprozess und nutzen diese zur Planung von Pflegeprozessen bei Menschen aller Altersstufen,	a) verfügen über ein breites Verständnis von spezifischen Theorien und Modellen zur Pflegeprozessplanung und nutzen diese zur Steuerung und Gestaltung von Pflegeprozessen bei Menschen aller Altersstufen,
b) beteiligen sich an der Organisation und Durchführung des Pflegeprozesses,	b) übernehmen Verantwortung für die Organisation, Steuerung und Gestaltung des Pflegeprozesses bei Menschen aller Altersstufen,
c) nutzen ausgewählte Assessmentverfahren und beschreiben den Pflegebedarf unter Verwendung von pflegediagnostischen Begriffen,	c) nutzen allgemeine und spezifische Assessmentverfahren bei Menschen aller Altersstufen und beschreiben den Pflegebedarf unter Verwendung von pflegediagnostischen Begriffen,
d) schätzen häufig vorkommende Pflegeanlässe und Pflegebedarf in unterschiedlichen Lebens- und Entwicklungsphasen in akuten und dauerhaften Pflegesituationen ein,	d) schätzen diverse Pflegeanlässe und den Pflegebedarf bei Menschen aller Altersstufen auch in instabilen gesundheitlichen und vulnerablen Lebenssituationen ein,
e) schlagen Pflegeziele vor, setzen gesicherte Pflegemaßnahmen ein und evaluieren gemeinsam die Wirksamkeit der Pflege,	e) handeln die Pflegeprozessgestaltung mit den zu pflegenden Menschen aller Altersstufen und gegebenenfalls ihren Bezugspersonen aus, setzen gesicherte Pflegemaßnahmen ein und evaluieren gemeinsam die Wirksamkeit der Pflege,
f) dokumentieren durchgeführte Pflegemaßnahmen und Beobachtungen in der Pflegedokumentation auch unter Zuhilfenahme digitaler Dokumentationssysteme und beteiligen sich auf dieser Grundlage an der Evaluation des Pflegeprozesses,	f) nutzen analoge und digitale Pflegedokumentationssysteme, um ihre Pflegeprozessentscheidungen in der Pflege von Menschen aller Altersstufen selbstständig und im Pflegeteam zu evaluieren,
g) integrieren in ihr Pflegehandeln lebensweltorientierte Angebote zur Auseinandersetzung mit und Bewältigung von Pflegebedürftigkeit und ihren Folgen,	g) entwickeln mit Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen und dem sozialen Netz altersentsprechende lebensweltorientierte Angebote zur Auseinandersetzung mit und Bewältigung von Pflegebedürftigkeit und ihren Folgen,
h) reflektieren den Einfluss der unterschiedlichen ambulanten und stationären Versorgungskontexte auf die Pflegeprozessgestaltung.	h) stimmen die Pflegeprozessgestaltung auf die unterschiedlichen ambulanten und stationären Versorgungskontexte ab.

Tab. 4 Kompetenzbereich I.1 mit Kompetenzen Anlage 1 und 2

Die für die Gestaltung, Organisation und Steuerung des Pflegeprozesses nötigen Kompetenzen finden sich über die Bereiche I und II hinaus in den Kompetenzbereichen III bis V unter anderen Perspektiven wieder. Dies wird an einigen Beispielen verdeutlicht:

III. 1. a: „Die Absolventinnen und Absolventen stimmen ihr Pflegehandeln zur Gewährleistung klientenorientierter komplexer Pflegeprozesse im qualifikationsheterogenen Pflegeteam ab und koordinieren die Pflege von Menschen aller Altersstufen unter Berücksichtigung der jeweiligen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche in unterschiedlichen Versorgungsformen.

IV.1.b: Die Absolventinnen und Absolventen wirken an Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie -verbesserung mit, setzen sich für die Umsetzung evidenzbasierter und/oder interprofessioneller Leitlinien und Standards ein

und leisten so einen Beitrag zur Weiterentwicklung einrichtungsspezifischer Konzepte.

V 1.c: Die Absolventinnen und Absolventen begründen und reflektieren das Pflegehandeln kontinuierlich auf der Basis von vielfältigen oder spezifischen pflegewissenschaftlichen und bezugswissenschaftlichen evidenzbasierten Studienergebnissen, Theorien, Konzepten und Modellen“ (Anlage 2 PflAPrV)

Pflegeprozessbezogene Kompetenzen sind also im Kontext der inter- und intraprofessionellen Zusammenarbeit (Kompetenzbereich III), der Institution (Kompetenzbereich IV) und der gesellschaftlichen Ebene (Kompetenzbereich V) zu verstehen. Die Abbildung 16 mit den sozialstrukturellen Ebenen verdeutlicht dies, indem der Pflegeprozesses auf der Mikroebene von der Meso- und Makroebene umschlossen wird.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass in den gesetzlichen Grundlagen Kompetenzdimensionen (s. Tab. 3, Abb. 19, Abb. 20) und Kompetenzniveaus der Pflegeprozesskompetenz (s. Tab. 4) umfangreich dargestellt werden.

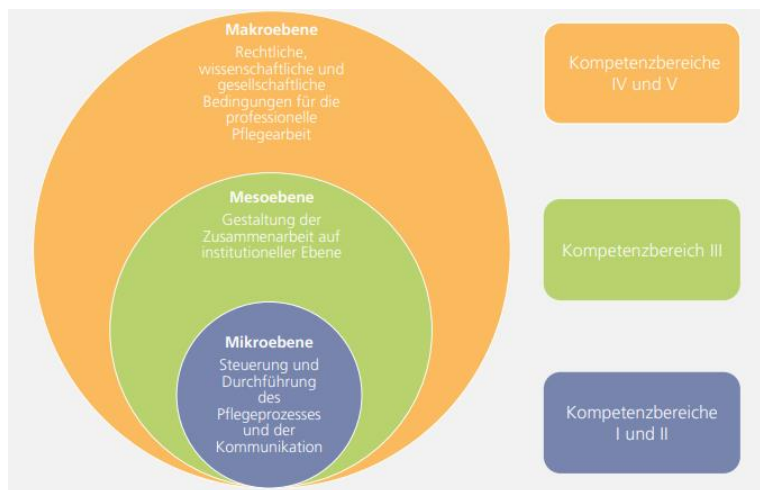


Abb. 16 Zuordnung der fünf Kompetenzbereiche der PflAPrV zu den sozialstrukturellen Ebenen der Mikro-, Meso- und Makroebene (Jürgensen & Dauer, 2021, S. 25)

Die Abfolge der Kompetenzen z.B. im Kompetenzschwerpunkt I.1. (s. Tab. 4) orientiert sich an der Reihenfolge von Pflegeprozessmodellen. Sie ist nicht als didaktische Reihenfolge zu verstehen. Die didaktische Perspektive ist in die Aufgabe der Lernorte integriert, die Curricula bzw. Ausbildungspläne erstellen müssen, die dieser Kompetenzentwicklung dienen.

4.3 Rahmenpläne der Fachkommission und Pflegeprozesskompetenz

Die nach § 53 Pflegeberufegesetz einberufene Fachkommission hat die Rahmenpläne für die schulische und die Rahmenausbildungspläne für die betriebliche Pflegeausbildung erarbeitet. In ihrer Konstruktion nehmen sie die Prinzipien für berufliche Curricula auf. Dazu gehören das Wissenschaftsprinzip, das Persönlichkeitsprinzip und das Situationsprinzip (vgl. Reetz & Seyd, 2006, S. 228). Diese werden nun berufsspezifisch ausgerichtet, indem die Kompetenzorientierung vorangestellt wird, gefolgt von der Pflegeprozessorientierung. Die beiden weiteren Konstruktionsprinzipien sind die Situationsorientierung und die Entwicklungslogik. Dabei findet sich das Persönlichkeitsprinzip in der Kompetenzorientierung wieder, ebenso in der Entwicklungslogik. Das Situationsprinzip hat seine Entsprechung, und das Wissenschaftsprinzip wurde dem Situationsprinzip untergeordnet (vgl. Fachkommission, 2020, S. 13). Bezogen auf das Thema dieser Arbeit lässt sich sagen, dass in der Situationsorientierung der Kontext der Kompetenzentwicklung zum Tragen kommt und in der Entwicklungslogik die Kompetenzentwicklung selbst fokussiert wird.

Kompetenzdimensionen zum Pflegeprozess

Die Kompetenzen der Anlagen der Pflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung wurden wörtlich übernommen und den curricularen Einheiten bereichsspezifisch zugeordnet (vgl. ebd., 2020, S. 12). Jede curriculare Einheit enthält Kompetenzen aus allen Kompetenzbereichen mit einer Ausnahme. In der CE 03 ist der Kompetenzbereich IV nicht vertreten. Dies zeigt, dass ein umfassendes Kompetenzverständnis in allen CEs zugrunde gelegt wird. Das bedeutet auch, dass pflegeprozessbezogene Kompetenzen in allen curricularen Einheiten enthalten sind. In der CE 03 findet nur sich der Kompetenzschwerpunkt I.1. In allen anderen CEs ist neben dem Kompetenzschwerpunkt I.1 mindestens ein weiterer Kompetenzschwerpunkt zu finden. Dadurch wird nochmals die Bedeutung des Pflegeprozesses als curriculares Prinzip unterstrichen. Das bedeutet allerdings nicht, dass der Pflegeprozess in der CE 03 eine geringe Rolle spielt. Hier liegt der Schwerpunkt im Kompetenzbereich II, in dem der Beziehungsaspekt des Pflegeprozesses bzw. die Subjektdimension besonders fokussiert wird.

Die einzelnen Kompetenzen stehen für verschiedene Dimensionen der Pflegeprozesskompetenz (s. Tab. 4, a) – h)). Interessant ist, dass die Kompetenzen der Buchstaben a) bis h) zwar Teilaspekte des Pflegeprozesses enthalten, jedoch jede für sich als Kompetenz formuliert ist. Das bedeutet, dass jeder dieser

Kompetenzen ein umfassendes Verständnis von Kompetenz zugrunde liegt. Zur Verdeutlichung wird die Kompetenz I.1.c) Anlage 2 in Abbildung 17 beispielhaft in den Zusammenhang mit Rauners Verständnis von beruflicher Handlungskompetenz gebracht.

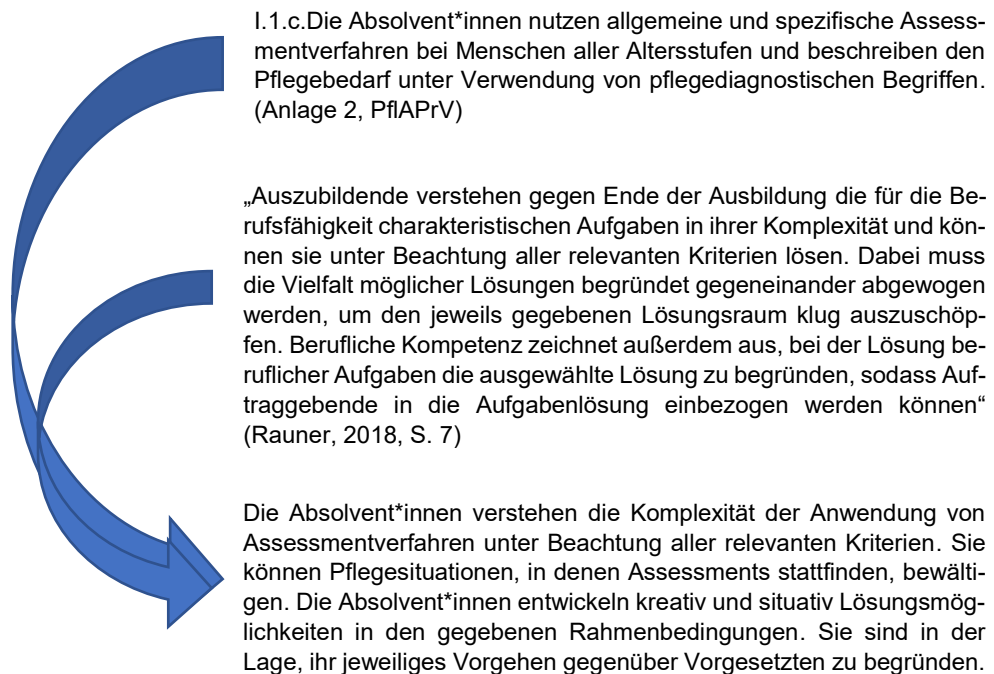


Abb. 17 Kompetenz I.1.c und Verständnis von beruflicher Kompetenz von Rauner im Zusammenhang (eigene Darstellung)

Damit soll verdeutlicht werden, dass jede Kompetenz ihre eigene Komplexität besitzt und davon auszugehen ist, dass jeder pflegeprozessbezogenen Kompetenz eine komplexe Handlung in einer berufsspezifischen Situation zugrunde liegt.

Die weiteren Kompetenzschwerpunkte enthalten als Kontext die Dimensionen pflegerischer Verantwortung. Dies sind die Gesundheitsförderung und Prävention, die Kuration, die Rehabilitation, die Palliation und die Sozialpflege. Diese Dimensionen können ebenfalls als Kompetenzdimensionen zur Pflegeprozesskompetenz verstanden werden. Sie sind einzelnen curricularen Einheiten zugeordnet (vgl. Fachkommission, 2020, S. 13) (s. Kap. 2.1.2).

Kompetenzniveaus zum Pflegeprozess

Die Rahmenlehrpläne nehmen die beiden Kompetenzniveaus der Pflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung in die curricularen Einheiten auf. Ein Überblick über die pflegeprozessbezogenen Kompetenzen wurde bereits in Tabelle 4 gegeben. Für die Schwerpunkte 2 bis 6 ließen sich vergleichbare Übersichten erstellen mit entsprechend differenzierten Kontexten.

Kompetenzentwicklung zum Pflegeprozess

Die Abbildung 18 veranschaulicht den spiralförmigen Aufbau von Curricula nach den Rahmenlehrplänen. Damit ist das Prinzip der Entwicklungslogik bildlich dargestellt.

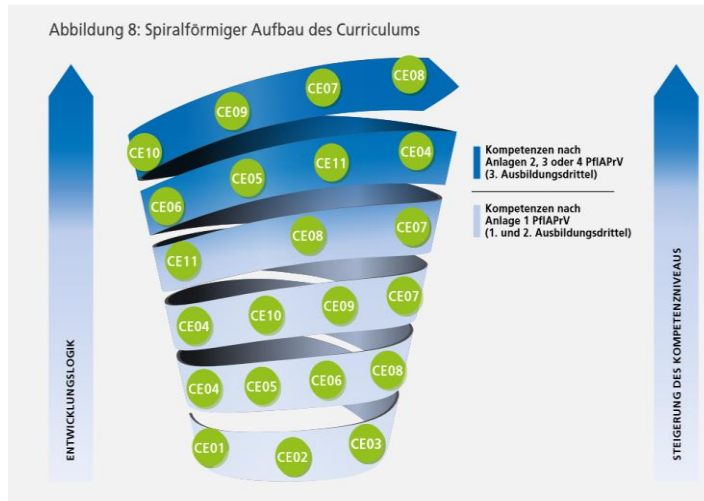


Abb. 18 Spiralförmiger Aufbau des Curriculums (Saul & Jürgen- sen, 2021, S. 44)

Die CEs 1, 2 und 3 kommen einmalig und die CEs 4 bis 11 mehrfach in der Spirale vor. Es sind sechs Spirale-Ebenen zu sehen, die je einem Ausbildungshalbjahr zugeordnet werden. Der Farbverlauf ist so gestaltet, dass die erste Hälfte der Ausbildung hellblau ge-

färbt ist. Dann ist ein Farbübergang von Hell- nach Dunkelblau zu erkennen. Dieser Abschnitt führt zur Zwischenprüfung. Die letzten beiden Halbjahre sind dunkelblau und repräsentieren die Anlagen 2 bis 4 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, während die unteren Abschnitte die Anlage 1 darstellen. Insofern handelt es sich um eine Kombination von Niveau- und Entwicklungsmodell, verstanden als Modell von Aspekten zur Entwicklungssteuerung. Die Anordnung der Teile der CEs und die Kompetenzen aus Anlage 1 und 2 bis 4 macht jedoch noch keine Kompetenzentwicklung.

Dem Einfluss des Kontextes auf die Kompetenzentwicklung wird in den Rahmenlehrplänen durch das Situationsprinzip Rechnung getragen. Diesen liegt das Situationsverständnis des systemischen Ansatzes von Pflege zugrunde, der 1994 von Hundenborn und Kreienbaum zur Verdeutlichung von Strukturen pflegerischen Handelns entwickelt wurde (vgl. Hundenborn, 2008, S. 42). Hundenborn und Knigge-Demal entwickelten diesen Ansatz weiter. Sie identifizierten die konstitutiven Elemente einer Pflegesituation, in der sich Pflegehandeln entlang des Pflegeprozesses vollzieht. Zu den Merkmalen gehören die Handlungsanlässe, das Handlungsmuster, die Akteure, deren Erleben, Deuten und Verarbeiten, die Kontextbedingungen, die gesellschaftliche Ebene und die Ebene des Wertesystems (vgl. ebd., S. 45).

Handlungsanlässe stellen vor allem Pflegeanlässe dar, die pflegeberufliches Handeln erfordern (vgl. Hundenborn, 2008, S. 46). Sie ergeben sich aus akuten oder chronischen Krankheiten, Unfällen oder Behinderung. Eine Krankheit stellt für sich keinen Pflegeanlass dar. Auch Entwicklungsphasen können mit Pflegeanlässen verbunden sein. Begriffe, die mit dem Pflegeanlass in enger Verbindung stehen, sind Pflegephänomen, Pflegediagnose und Pflegebedarf (vgl. Hundenborn & Knigge-Demal, 1998, S. 20). Insbesondere dieses Merkmal weist auf die Pflegespezifik hin, denn die AutorInnen führen zum Verständnis von Pflegeanlässen beispielhaft die Theorien von Roper / Logan / Tierney und Orem an. Sie lassen offen, welcher Ansatz herangezogen wird. Zu bedenken sei dabei, welche Auswirkungen die Wahl des Ansatzes auf die Gestaltung der Ausbildung hat (vgl. ebd.).

Da die Pflegeanlässe als Teilaspekt des Pflegeprozesses zu verstehen sind, wird hier die in Kapitel Drei erläuterte und notwendige Verknüpfung eines theoretischen Verständnisses mit dem Pflegeprozess nochmals verdeutlicht. Ohne ein solches Verständnis können Pflegeanlässe nicht bestimmt werden. Dies lässt sich auf die Handlungsmuster übertragen.

Die Merkmale finden sich als Struktur der Beschreibungen der einzelnen CEs auf der curricularen Ebene wieder. Alle CEs enthalten pflegeprozessbezogene Handlungs- bzw. Pflegeanlässe und ebenso pflegeprozessbezogene Handlungsmuster.

Für die Beschreibung zunehmender situativer Anforderungen zur Kompetenzentwicklung werden der zunehmende Pflegegrad, die beteiligten Personen und die sich von stabil bis instabil entwickelnde gesundheitliche Problemlage herangezogen (s. Tab. 5). Diese werden verschiedenen Ausbildungsabschnitten sowie den verschiedenen CEs zugeordnet und bilden somit Kontextfaktoren für die Kompetenzentwicklung.

CE 01-03	<ul style="list-style-type: none"> geringer Grad an Pflegebedürftigkeit; also Menschen, die in der Mobilität und der Selbstversorgung überwiegend selbstständig sind²
1./2. Ausbildungsdrittel mit Ausnahme von CE 01-03	<ul style="list-style-type: none"> geringer bis mittlerer Grad an Pflegebedürftigkeit gesundheitliche Problemlagen bei gesundheitlicher Stabilität oder maximal mittlerer Stabilität, d. h. geringe oder maximal mittlere Gefahr an Komplikationen (geringe bis maximal mittlere Risikogeneigtheit) einzelne zu pflegende Menschen oder zu pflegende Menschen im Kontext von Gruppen, z. B. Familien, Perspektiven aber weitgehend konvergent
3. Ausbildungsdrittel	<ul style="list-style-type: none"> hoher Grad an Pflegebedürftigkeit gesundheitliche Instabilität mit Gefahr von Komplikationen (hohe Risikogeneigtheit) zu pflegende Menschen im Kontext von Gruppen, z. B. Familien, oder sozialen Netzwerke mit z. T. divergierenden sozialen Perspektiven

Tab. 5 Ausbildungsabschnitte und zunehmende situative Anforderungen (Fachkommission, 2020, S. 16)

In den Abschnitten zu Lernen in simulativen Lernumgebungen und in den Lern- und Arbeitsaufgaben und im didaktischen Kommentar zu jeder CE wird der Bezug von Kompetenzentwicklung durch die Bewältigung von Aufgaben (s. Kap. 2.2.3) nochmals deutlich. (vgl. Fachkommission, 2020, S. 12). Für die Umsetzung des Pflegeprozesses im Unterricht wird folgender Hinweis gegeben:

„Lehr- und Lernprozesse sind konsequent am Pflegeprozess – als einer besonders geschützten und inzwischen vorbehaltenen Tätigkeit – auszurichten“ (Hundenborn & Darmann-Finck, 2020, S. 8).

Schulische und betriebliche Ausbildung sollen aufeinander bezogen sein (vgl. Fachkommission, 2020, S. 19). Deshalb wird ein Blick in die Rahmenausbildungspläne geworfen. Interessant im Zusammenhang mit der Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz sind die Aufgabenvorschläge zum Kompetenzbereich I und Schwerpunkt 1 zu betrachten. Diese sind in zusammengefasster Formulierung in der Abbildung 19 dargestellt. Im Unterschied zu den Anlagen der Pflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung, die zwei Kompetenzniveaus unterscheidet, kann die praktische Ausbildung in vier Phasen gegliedert werden, die auch als Niveaus verstanden werden können. Sie sind durch die Titel der Haupteinsätze gekennzeichnet. Für die entwicklungslogische Gestaltung der Pflegeprozesskompetenz im schulischen Kontext könnte diese Darstellung einen Impuls liefern, denn der Beginn ist nicht wie so oft die Informationssammlung in der Aufnahmesituation.

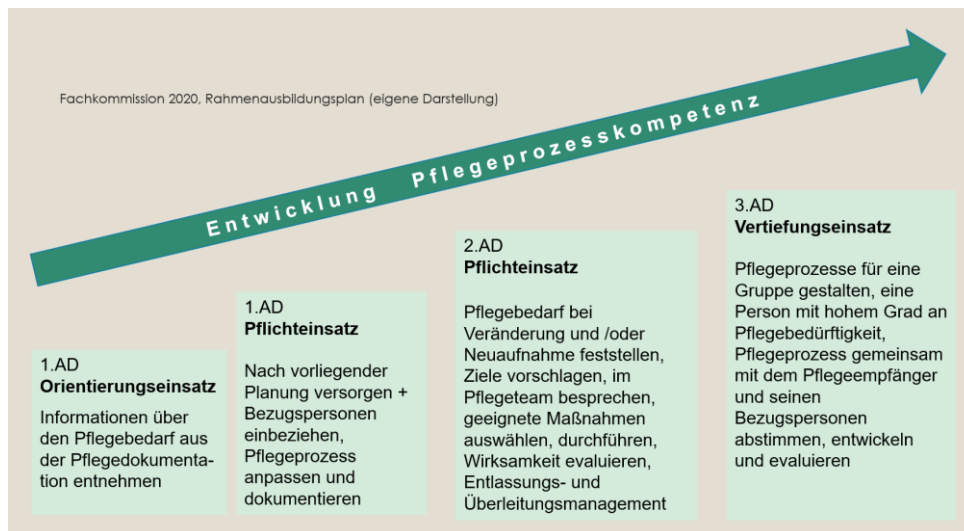


Abb.19 Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz bezogen auf vier Phasen der betrieblichen Ausbildung (vgl. Fachkommission 2020, S. 202 ff.) (eigene Darstellung)

4.4 Zusammenfassung und Beitrag zur Pflegeprozesskompetenz

Ansätze der Pflegedidaktik liefern für die Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz die Verbindung von Pflegeverständnis mit dem Pflegeprozess, verknüpft mit einem Pflegebildungsverständnis. Als konkretes Instrument für den Pflegeunterricht kann Darmann-Fincks heuristische Matrix dazu beitragen, zunächst den Blick auf die Kompetenzanforderungen zum Pflegeprozess zu weiten und Lerngegenstände ausbildungsstandentsprechend zu identifizieren. Zudem weisen die Bildungsdimensionen über die Regelorientierung hinaus.

Aus der Perspektive der Pflegeausbildungsgesetze ist festzustellen, dass es zu einer Explosion der Bedeutung des Pflegeprozesses und seiner Kompetenzen gekommen ist. Dies wird quantitativ durch die Stundenzuweisung und der Menge an Kompetenzen und qualitativ durch die ausdifferenzierte Beschreibung pflegeprozessbezogener Kompetenzen in den Schwerpunkten von 1 bis 6 belegt. Verstärkt wird dies dadurch, dass überhaupt eine Fachkommission ins Leben gerufen wurde, die durch die Entwicklung der Rahmenpläne einen weiteren Beitrag zu leisten versucht, sowohl Kompetenzorientierung in der Pflegeausbildung zu realisieren, als auch dem Berufsbild der Pflege mit der vorbehaltenen und geschützten Tätigkeit des Pflegeprozesses einen Umbau des Berufs mit voranzutreiben. Dies wird mit der Darstellung der Dimensionen des Pflegeprozesses auf der Ebene der Kompetenzschwerpunkte und der Ebene der Kompetenzen unterstützt. Damit ist die Kompetenzstruktur der Pflegeprozesskompetenz differenziert dargestellt. Hinzu kommen die Beschreibungen der Niveaus in den Anlagen der Pflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung, die in die CEs eingegangen sind. Diese werden ergänzt durch die Sequenzierung der praktischen Ausbildung, die auch für die theoretische Ausbildung hilfreiche didaktische Impulse liefert. Schließlich sind Aspekte der Kompetenzentwicklung durch die modellhafte Darstellung des Spiralcurriculums, die Situationsaspekte, die Vorschläge zu Lernaufgaben und die didaktischen Hinweise gegeben.

5. Fazit aus dem Theorie-Teil und Forschungsfrage

Im Theorieteil dieser Arbeit wurden Bedeutungen und Facetten von Kompetenz aufgezeigt. Wichtige Erkenntnisse sind die Bedeutung von Kompetenz als beeinflussbare und kontextbezogene Selbstorganisationsdisposition, in der es auch um kreative Lösungsfindung geht. Dies sind Qualitäten, die für die Pflegeprozesskompetenz und deren Entwicklung wegweisend sind. Die Unterscheidung

verschiedener Kompetenzmodelle leistet einen Beitrag dazu, Niveaumodelle nicht mit Entwicklungsmodellen zu verwechseln, sondern auf die Entwicklungsaspekte aufmerksam zu machen. Die verschiedenen Kompetenzmodelle unterstützen zudem den Verständigungsprozess von Lehrenden an Pflegeschulen, die die Entwicklung dieser Kompetenz ermöglichen sollen. Die Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz ist beeinflusst von der Domäne der Pflege und im Speziellen des Pflegeprozesses. Pflegedidaktische Ansätze bieten Orientierung für die Unterrichtswirklichkeit, in der die Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz angebahnt wird. Die Umsetzung der berufspädagogisch skizzierten Prämissen und des gesetzlichen Auftrags bedeutet eine Herausforderung für Pflegelehrende zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz spätestens seit 2020. Dies führt zu den Forschungsfragen:

Was verstehen Pflegelehrende unter Pflegeprozesskompetenz?

Wie wird Pflegeprozesskompetenz entwickelt? Wie entwickeln Pflegelehrende dies aktuell?

6. Methodik

6.1 Begründung für qualitatives Vorgehen

Die Forschungsfrage bezieht sich auf das Verständnis der Lehrenden zur Pflegeprozesskompetenz sowie auf das Verständnis darüber, wie man diese entwickeln kann bzw. wie diese entwickelt wird. Es wird davon ausgegangen, dass diese Verständnisse persönlich geprägt sind, auch je nach unterschiedlichen Erfahrungen oder Vorbildung. Sie lassen sich nicht in einer Abfrage von vorgegebenen Items abbilden. Die Forschungsfrage impliziert also einen explorativen Zugang, denn es soll etwas aufgedeckt werden. Passend dazu formuliert Mayring Postulate, die zur Begründung für das qualitative Vorgehen herangezogen werden (vgl. Mayring, 2023, S. 20). Als Subjektbezogenheit werden die Vorverständnisse, Erfahrungen und eigenen Ideen, die die Pflegelehrenden zum Thema mitbringen, verstanden. Das Postulat der Interpretation (vgl. Kühn & Koschel, 2018b, S. 38) beschreibt die Notwendigkeit der Erschließung des Untersuchungsgegenstandes, der als Erkenntnis aus der Hermeneutik nie völlig offenliegt (vgl. S. 21, Mayring 2023). Qualitatives Vorgehen widmet sich dem Postulat der Interpretation in zweifacher

Weise, der Interpretation der Subjekte und der Interpretation, die im Forschungsprozess selbst stattfindet.

Diese Postulate finden sich in anders dargestellter Weise bei Lamnek und Krell wieder, die Merkmale qualitativer Forschung darstellen. Die Merkmale sind „interpretativ“ (vgl. Lamnek & Krell, 2016, S. 44), was dem Postulat der Interpretation gleichkommt. Das Merkmal „qualitativ“ kommt nach Hopf und Weingarten dem Postulat der Subjektbezogenheit nahe, denn qualitative Forschung grenzt sich von standardisierten Methoden der empirischen Sozialforschung ab, um dem Untersuchungsgegenstand angemessen und offen gegenüber zu treten (vgl. ebd., S. 45).

Zur Interpretation wird die Hermeneutik angeführt, die hier knapp erläutert wird. Sie wird als Wissenschaft des Verstehens bezeichnet und geht auf Friedrich Schleiermacher (1768 – 1834) zurück, der auch den hermeneutischen Zirkel entwickelte. Mit diesem lässt sich das in den Sozialwissenschaften zentrale Verstehen kontrolliert abbilden (vgl. Lamnek & Krell, 2016, S. 70). Die hermeneutische Differenz zwischen Verstandenem und Gesagtem kann damit überwunden werden (vgl. ebd.). Der hermeneutische Zirkel umfasst die Phasen V = Vorverständnis, T = Textverständnis, V1 = erweitertes Vorverständnis, T1 = erweitertes Textverständnis (vgl. ebd., S. 71). Dieser Zirkel wird in der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse eingelöst, dargestellt in Kapitel 6.5.

6.2 Design

Die Datengewinnung geschieht im Rahmen eines Workshops mit Pflegelehrenden, in dessen Hauptteil eine Gruppendiskussion stattfindet. Unter einem Workshop wird eine Arbeitssituation verstanden, in der eine Gruppe ein Thema mit Begleitung einer Moderation erarbeitet. Es geht darum eine gemeinsame Strategie, Neues oder Verbesserungen zu entwickeln (vgl. Lienhart, 2019, S. 11). Eine andere Beschreibung sagt aus, dass sich ein Workshop auch in Kombination mit einer Gruppendiskussion dadurch auszeichnet, dass eine gemeinsame Aktivität der Teilnehmenden stattfindet. Das kreative Potential der Gruppe trägt zur gemeinsamen Lösungsfindung bei. Elemente des Workshops sind deshalb Techniken wie Brainstorming oder Collagen (vgl. Kühn & Koschel, 2018b, S. 282). Dies wird in der Gestaltung des Workshops berücksichtigt. Kühn und Koschel gehen von einer Dauer von mindestens drei Stunden aus. Im zu gestaltenden Workshop sind zwei Stunden vorgesehen, was die Lösungsorientierung beeinflussen wird.

Gruppendiskussionen als Verfahren zur Datengewinnung finden im kommerziellen Bereich häufig Anwendung, selten im wissenschaftlichen Bereich (vgl. Mayring, 2023, S. 68). Da im kommerziellen Bereich pragmatische Gründe zur Anwendung führen, treten methodologische Reflexionen in den Hintergrund (vgl. Lamnek & Krell, 2016, S. 386, vgl. Schulz et al., 2012, S. 9). Diese wären allerdings für die wissenschaftliche Anwendung hilfreich und notwendig, um das Verfahren ausreichend zu fundieren.

Die Gruppendiskussion wird als spezifische Form des Gruppeninterviews bezeichnet. Sie wird als Gespräch mehrerer Teilnehmender zu einem Thema definiert, das von einer Person benannt und moderiert wird. Es dient der Sammlung von Informationen (vgl. Lamnek & Krell, 2016, S. 384). Diese sind individuelle Meinungen, Gefühls-, Wahrnehmungs- und Orientierungsgeflechte, die durch gegenseitige Anregung in Diskussionen eher geäußert werden als bei einem Interview (vgl. Kühn & Koschel, 2018b, S. 22; vgl. Lamnek & Krell, 2016, S. 389). Kollektive Denkstile und milieutypische Orientierungen können nach Bohnsack sogar nur im Rahmen von Gruppendiskussionen gültig ermittelt werden (vgl. Bohnsack, 2021, S. 110). Gut geführte Gruppendiskussionen ermöglichen es, dass Rationalisierungen und psychische Sperren durchbrochen und Einstellungen offengelegt werden (vgl. Mayring, 2023, S. 68), indem die Teilnehmenden Anerkennung durch andere bekommen. Sie erfahren, dass ihre zunächst individuell erscheinenden Erlebnisse von anderen geteilt und oder verstanden werden (vgl. Kühn & Koschel, 2018b, S. 24).

Lamnek und Krell unterscheiden zwei Arten der Gruppendiskussion. Die vermittelnde Gruppendiskussion, in der es um Organisationsentwicklung geht, könnte Problemlagen zu Tage bringen. Die Gruppendiskussion wird zur Intervention in einem Entwicklungsprozess (vgl. Lamnek & Krell, 2016, S. 387), in dem Raum für Evaluation besteht und Ideen- und Konzeptentwicklung stattfinden kann (vgl. Kühn & Koschel, 2018b, S. 22). Bei der ermittelnden Gruppendiskussion stehen die Meinungen, die die Teilnehmenden während der Diskussion äußern und möglicherweise der Gruppenprozess im Mittelpunkt des Untersuchungsinteresses (vgl. Lamnek & Krell, 2016, S. 388). Im diesem Vorhaben finden sich Aspekte beider Arten der Gruppendiskussion wieder. Es wird angenommen, dass es zum Thema der Arbeit Entwicklungsbedarf gibt. Insofern trifft die vermittelnde Gruppendiskussion zu, da Problemlagen zu Tage gebracht werden können. Es geht in der Forschungsfrage aber auch um Meinungen, deshalb trifft auch die ermittelnde Gruppendiskussion zu. Das Gruppengeschehen wird nicht untersucht.

In der Methodenliteratur ist auch die Rede von Fokusgruppen (vgl. Schulz et al., 2012). Als Stärke wird bezeichnet, dass sich Fokusgruppen besonders zur Exploration eignen. Die Auswertung von Fokusgruppen ist mit denen der Gruppendiskussion vergleichbar. Es kann gesagt werden, dass der Begriff Fokusgruppe sich nicht spürbar vom Begriff der Gruppendiskussion abweicht. Denn auch eine Gruppendiskussion braucht ein Thema – einen Fokus. Kühn und Koschel nutzen den Begriff der Fokusgruppe nicht. Hier werden problemzentrierte und themenzentrierte Gruppendiskussionen unterschieden, wobei sie Merkmale von Fokusgruppen aufweisen (vgl. Kühn & Koschel, 2018b, S. 275). Ein weiterer Begriff wäre die Expert*innengruppe. Kühn und Koschel verwenden diesen Begriff mit unterschiedlichen Bedeutungen. Einerseits sprechen sie von der Unterscheidung von Lai*innen und Expert*innen als Diskussionsteilnehmende (vgl. ebd., S. 71), andererseits sollen alle Teilnehmenden als Expert*innen gelten (vgl. ebd., S. 151). Ein Gesamtüberblick über die Begriffe und ihre Bedeutungen wäre hier wünschenswert.

In der Gruppendiskussionen spielen die Postulate der qualitativen Forschung, Situationsbezug, Realitätstreue und Gruppenauswahl eine Rolle (vgl. Lamnek & Krell 2016, S. 400). Teilnehmende der Gruppendiskussion sind Lehrende einer Pflegeschule. Diese kann als heterogene, natürliche Gruppe bezeichnet werden. Natürlich deshalb, da ein Lehrendenteam auch außerhalb des Workshops eine Gruppe ist. Heterogen, denn das Merkmal Bildungsabschluss wird nicht auf den Masterabschluss eingengt. Der Begriff der Realgruppe trifft ebenfalls zu. Die Teilnehmenden sind mit Teambesprechungen vertraut, denn sie gehören zum Alltag in einer Schule. (vgl. ebd). Da die curricularen Entwicklungsprozesse als nicht abgeschlossen zu betrachten sind, könnte die Gruppendiskussion zu diesem Thema neben dem Forschungsvorhaben einen Beitrag zum eigenen curricularen Prozess leisten. Allerdings bildet die Gruppe der Teilnehmenden nicht das gesamte Team ab. Auch kann nicht eingeschätzt werden, inwieweit diese Gruppe nach der Diskussion an diesem Thema weiterarbeiten wird oder ob die Ergebnisse systematisch in das gesamte Team transportiert werden. Insofern kann auch von einer ad hoc-Gruppe gesprochen werden, die sich aufgrund des thematischen Interesses findet, sich ansonsten aber weniger dazu im Austausch befindet (vgl. Kühn & Koschel, 2018b, S. 67). Bezüglich der Gruppengröße wird eine Zahl zwischen fünf und zwölf als sinnvoll erachtet (vgl. Lamnek & Krell, 2016, S. 411; vgl. Mayring, 2023, S. 69).

6.3 Teilnehmendengewinnung und Feldzugang

Zur Teilnehmendengewinnung wird eine Win-Win-Situation geschaffen. Es könnte sein, dass das Verfahren zur Datenerhebung in erster Linie als Gewinn für die Forschende interpretiert wird und dies das Interesse zur Teilnahme beeinträchtigt. Denn Zeitressourcen an Pflegeschulen sind erfahrungsgemäß begrenzt. Deshalb werden die Ergebnisse der Arbeit der Schule zugänglich gemacht und nach dem Workshop ein Einblick in den theoretischen Rahmen dieser Arbeit gegeben.

Die Pflegeschule, an der die Forschende beschäftigt ist, wurde ausgeschlossen, um eine Rollenunklarheit zu vermeiden. Der Feldzugang zur ersten Gruppe entwickelte sich aus der Situation als Masterstudierende. Über eine Kommilitonin der Kohorte des Studiengangs ergab sich ein Kontakt zur Schulleitung einer Pflegeschule. Diese signalisierte Interesse, Bereitschaft und einen Zeitslot. Thema und Vorhaben wurden von ihr in einer Dienstbesprechung vorgestellt, woraufhin sieben Personen ihre Teilnahme zusagten. In einer weiteren Dienstbesprechung im virtuellen Format konnte die Forschende sich persönlich und das geplante Vorhaben vorstellen. Drei der angemeldeten Teilnehmenden waren anwesend.

Im Verlauf der Erarbeitung ergab sich, dass nicht nur eine, sondern zwei Gruppendiskussionen durchgeführt werden sollten. Der Zugang zur zweiten Gruppe gelang durch die gemeinsame Trägerschaft mit einer weiteren Schule. Hier wurde im kollegialen Kontakt eine Möglichkeit geschaffen. Eine Vorstellung entfiel aufgrund der im Vorfeld bestehenden Bekanntschaft. Sechs Teilnehmenden war die Mitwirkung am Workshop möglich.

6.4 Planung und Durchführung der Gruppendiskussion

Ablauf und Leitfaden Als Grundgerüst für die zu planende Gruppendiskussion wird das Schema von Mayring herangezogen (Mayring, 2023, S. 70) (s. Abb. . Für die Einrahmung der Gruppendiskussion in einen Workshop werden Elemente der Moderationsmethode genutzt. Sie ist geeignet, alle Teilnehmenden über verschiedene Techniken aktiv am Prozess zu beteiligen (vgl. Lienhart, 2019, S. 46) Darüber hinaus bietet sie Vorteile für den Verlauf der Gruppendiskussion. Über Visualisierungstechniken mit Plakaten bleibt der Gesprächsprozess für alle Teilnehmenden während der Diskussionszeit präsent (vgl. Kühn & Koschel, 2018b, S. 167).

Regeln im Umgang mit beispielweise Kartenabfragen unterstützen die Moderation, eine direkte, inhaltliche aber auch nondirektive Diskussionsleitung zu gestalten (vgl. Lamnek & Krell, 2016, S. 421). Visualisierungen können allerdings den Dis-

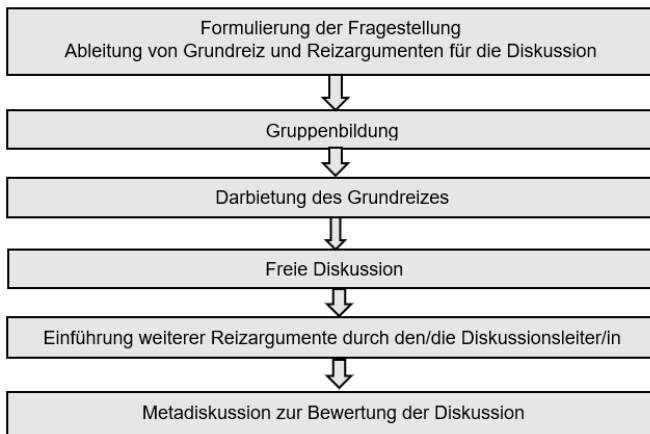


Abb. 20 Ablauf Gruppendiskussion (Mayring, 2023, S. 70)

kussionsprozess verlangsamen, da die Dokumentation Zeit erfordert und die diskussionsleitende Person zwischen Moderation und Dokumentation wechselt (vgl. Kühn & Koschel, 2018b, S. 105). Dem wird begegnet, indem eine andere Person aus der Gruppe die Rolle der Dokumentation von wichtigen Beiträgen im Hauptteil übernimmt.

Die Teilnehmenden erhalten einen schriftlichen Überblick über den Verlauf mit Zeitangaben (s. Anlage 1.). Auf diesem Blatt wird die Tabelle der Pflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung abgebildet, in der die Stundenanzahl der verschiedenen Kompetenzbereiche dargestellt ist, was durchaus als Reiz verstanden werden kann.

Im Zeitslot von zwei Stunden sind für den Workshop-Diskussionsteil 70 Minuten und für den Vortrag mit Austausch 50 Minuten geplant. Der Beginn um 13.30 Uhr schließt direkt an Unterrichtstätigkeit an, unterbrochen durch die Mittagspause. Insofern scheint ein Warm-up als Übergang und zum Ankommen im Thema sinnvoll.

Während nach Mayring die Gruppendiskussion direkt mit einem Grundreiz beginnt (vgl. Mayring, 2023, S. 69), schlagen Kühn und Koschel ein Warm-up vor (vgl. Kühn & Koschel, 2018b, S. 99), mit dem das Ankommen erleichtert werden soll und Fremdheit (vgl. Lamnek & Krell, 2016, S. 412) gegenüber der neuen Situation abgebaut werden kann. Fremdheit bringt allerdings die Chance, scheinbar Selbstverständliches zu hinterfragen, was in allzu vertrauten Gruppen weniger geschieht (vgl. Kühn & Koschel, 2018b, S. 66).

Ein Vorstellungsplakat wird als Warm-up gestaltet. Damit wird die aktuelle Befindlichkeit, ebenso die persönliche Motivation zur Teilnahme sowie die Erwartungen

erfragt. Die Moderatorin stellt sich vor, den Anlass der Gruppendiskussion, den Verlauf, erläutert die Aufzeichnung und holt die Zustimmungen zur Tonaufzeichnung und zur Datennutzung ein (s. Anlage 8.). Kühn und Koschel raten zu einen lebensweltorientierten Einstieg, in dem es allen Teilnehmenden möglich ist, eigene Erfahrungen einzubringen, sich dem Thema zu nähern und Sprechbarrieren abzubauen (vgl. Kühn & Koschel, 2018b, S. 102).

Als thematisches Warm-up wird eine Einschätzung des Standorts bezüglich der Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz durchgeführt. Dies entspricht der Empfehlung, Rankings zur Vorbereitung einer Diskussion einzusetzen (vgl. Kühn & Koschel, 2018b, S. 110). Die Teilnehmenden sollen Punkte auf einer Skala von eins bis zehn an eine von ihnen gewählte Stelle kleben. Sie haben die Option mehrere Punkte zu setzen, um verschiedene Perspektiven zu berücksichtigen. Die Teilnehmenden werden anschließend aufgefordert, die Punkte hinsichtlich ihrer Bedeutung sprechen zu lassen. Die Aufforderung bezieht sich dabei nicht zwingend auf die eigenen Punkte, es könnten auch Punkte der anderen Teilnehmenden sein. Dies eröffnet den Teilnehmenden große Spielräume, sich dem Thema zu nähern (vgl. ebd. S. 102). Die Äußerungen zu den Punkten werden in knappen Stichworten auf dem Plakat vermerkt. Mit diesen Beiträgen beginnt die Audioaufzeichnung.

Die erste Frage wird in den Raum gestellt. Sie ist zusätzlich auf einem Plakat visualisiert. Die Kartenabfrage zu diesem Brainstorming führt zu Aktivierung aller Teilnehmenden. Jede teilnehmende Person heftet ihre Karten an eine Metaplan-tafel und kommentiert diese. Daran schließt sich die zweite Frage mit den Anteilen a und b. Diese sind auf einem weiteren Plakat visualisiert. Die Moderierende fordert zur Diskussion auf. Eine Teilnehmende übernimmt die Aufgabe, die Beiträge auf diesem Plakat zu protokollieren. Abschließend lädt die Moderatorin zur Metadiskussion ein. Ziel ist die Bewertung der Diskussion. Tabelle 6 zeigt den geplanten Ablauf.

Rolle der Diskussionsleitung / Moderation

Wichtige Prämissen für die Moderationsaufgabe ist der Respekt allen Teilnehmenden gegenüber, Neugier, Offenheit, Aufmerksamkeit und zeitliche und inhaltliche Lenkung. Dabei ist prozessorientiertes Vorgehen von Bedeutung, denn ein Gruppengeschehen ist nur bedingt planbar (vgl. Kühn & Koschel, 2018a, S. 7). Für diesen Prozess ist das Prinzip der Selbstläufigkeit leitend. Es führt dazu, dass sich kollektive Bedeutungsmuster herauskristallisieren können. Diese sind anders als die Individualmeinung, die in einem Interview zum Tragen gekommen wäre (vgl.

Lamnek & Krell, 2016, S. 404). Es gilt, ein geeignetes Maß zwischen Eingreifen und Laufenlassen zu finden (vgl. Kühn & Koschel, 2018a, S. 11).

Diskussionsleitfaden / Ablauf		
Zeit	Phase	Moderationshinweise
10	Warm-up Persönliches und thematisches Ankommen	Übersicht über den Workshop-Verlauf, Stundentabelle Vorstellungsplakat Standort Entwicklung Pflegeprozesskompetenz, Bepunktung, Punkte sprechen lassen
15	Brainstorming / Kartenabfrage, Beginn Tonaufzeichnung	1 Was verstehen Sie unter Pflegeprozesskompetenz? <u>Zusatzfragen:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Kompetenz ist was Umfassendes, welche Teilbereiche gibt es da? - Was kann jemand, der pflegeprozesskompetent ist? - Was gehört alles dazu? Karten werden kommentiert von jeder Person angeheftet, TN stellen evtl. Rückfragen
30	Diskussion	2 a Wie wird Pflegeprozesskompetenz entwickelt? 2 b Wie entwickeln Sie das jetzt? <u>Zusatzfragen:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Was fehlt und wie könnte man es umsetzen (= didaktisch gestalten?) - Was braucht es, um diese Kompetenz zu entwickeln, die gesetzliche Anforderung zu erfüllen? - Was ist Ihnen wichtig? - Worauf kommt es ihrer Meinung nach an? - Was denken Sie dazu aus der Perspektive der Auszubildenden? Plakatnotizen durch eine TN, Impulse setzen, Einführen weiterer Reizargumente, Spiegeln, Verständnisfragen
10	Metadiskussion	Bewertung der Diskussion <ul style="list-style-type: none"> - Wie haben Sie die Diskussion erlebt? - Wie geht es ihnen damit? - Was ist Ihnen wichtig?
	<i>Ende Tonaufzeichnung</i>	Dank
40		Vortrag aus den theoretischen Rahmen

Tabelle 6: Diskussionsleitfaden / Ablauf

Durchführung der Workshops

Der erste Workshop fand am 31.03.2023 von 13.30 bis 15.30 Uhr an einer Pflegeschule statt, die zu einer Klinik gehört. Sie verfügt über mehr als 500 Ausbildungsplätze zur Pflegefachfrau/ zum Pflegefachmann und zur Pflegefachassistenz. Etwa 25 Lehrende sind dort beschäftigt. Für die Veranstaltung wurde ein Klassenraum genutzt, in dem Tische im Quadrat gestellt wurden. Es stand eine Metaplantafel

und eine Magnettafel zur Verfügung. Die Gruppe bestand aus neun Pflegelehrenden. Zwei davon nahmen spontan teil, davon ein BA Pflegepädagogik, fünf MA Pflegepädagogik, ein Medizinpädagoge, eine Gesundheits- und Kinderkrankenschwester im Praktikum und eine Lehrerin für Pflegeberufe. Die Schulleitung hat nicht teilgenommen. Alle Teilnehmenden haben vor ihrer Tätigkeit in der Pflegeschule eine dreijährige Pflegeausbildung absolviert. Der Workshop dauerte insgesamt zwei Stunden, die Aufnahmezeit betrug 49:28 Minuten.

Der zweite Workshop fand am 19.04.2023, ebenfalls von 13.30 bis 15.30 Uhr, an einer Pflegeschule statt, die eine ehemalige Altenpflegeschule ist. Im Zuge der Generalistik hat diese sich zu einer Pflegeakademie weiterentwickelt, die den Abschluss Pflegefachfrau/Pflegefachmann anbietet. Sie verfügt über 175 Ausbildungsplätze zzgl. Pflegefachassistenz. zehn Lehrende sind dort beschäftigt. Die Gruppe bestand aus sechs Pflegelehrenden, eine Dipl. Pflegepädagogik, ein MA Berufspädagogik = Schulleitung, ein cand. BA Pflegemanagement, zwei cand. BA Pflegepädagogik, ein cand. BA Pflegewissenschaft. Alle Teilnehmenden haben vor ihrer Beschäftigung an der Pflegeschule eine dreijährige Pflegeausbildung absolviert. Der Workshop dauerte zwei Stunden, die Aufnahmezeit betrug 48:55 Minuten.

Beide Workshops wurden wie geplant durchgeführt.

6.5 Auswertung

6.5.1 Begründung und Anwendung der qualitativen Inhaltsanalyse

Die Auswertung der Gruppendiskussionen erfolgte mit dem Verfahren der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse, der Kernmethode des Verfahrens. Denn

„immer dann, wenn es gilt qualitatives Material in systematischer Weise und mit Hilfe von Kategorien auszuwerten, ist die qualitative Inhaltsanalyse eine ausgezeichnete Methode“ (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 42).

Der Inhalt der Gruppendiskussion stand im Fokus der Analyse. Die Gruppendynamik oder die Gesprächsentwicklung war nicht Gegenstand der Untersuchung. Orientierungspunkt für die qualitative Inhaltsanalyse ist die Hermeneutik, die in Abschnitt 6.1 erwähnt wurde. Da der Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse von großer Bedeutung für das Verfahren ist (vgl. ebd., S. 107), wird das Vorgehen schrittweise dargestellt. Folgende Schritte wurden durchgeführt:

- Initiierende Textarbeit, Memos, Fallzusammenfassungen

- Entwicklung von Hauptkategorien
- Daten mit Hauptkategorien codieren (erster Codierungsprozess)
- Induktiv Subkategorien bilden
- Daten mit Subkategorien codieren (zweiter Codierungsprozess)
- Analysen anhand der Hauptkategorien und Analysen von Zusammenhängen zwischen Subkategorien

6.5.2 Transkriptionsregeln

Transkription erfolgte nach diesen Regeln (vgl. Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 200):

- Jeder Sprechbeitrag wurde als eigener Absatz transkribiert.
- Absätze der moderierenden Person sind fett markiert mit eindeutigem Namenskürzel: AB. Alle anderen Teilnehmenden sind anonymisiert mit Buchstaben gekennzeichnet. Die konkret benannten Einrichtungen wurden ebenfalls anonymisiert. Bei *Krankenhaus* ging es um ein konkretes Krankenhaus. Bei *Mustereinrichtung* ging es um eine konkrete Einrichtung der Langzeitversorgung, bei *Kleinstadt* um eine konkrete Kleinstadt, eine *Großstadt* kam ebenfalls vor.
- Die Beiträge wurden durchnummeriert. Bei der zweiten Gruppendiskussion wurde jedem Beitrag eine II vorangestellt.
- Es wurde wörtlich transkribiert, nicht lautsprachlich.
- Die Sprache wurde leicht geglättet, das heißt zum Beispiel ausgeschriebene Artikel, die verkürzt wurden, z.B. eine statt ne.
- An einigen Stellen der Transskripts wurden Einfügungen in Klammern von der Autorin zum besseren Verständnis eingefügt wurden. Sie ergaben sich aus dem Gesamtverständnis der Diskussion.
- Es wurden regelmäßig Zeitmarken dokumentiert, damit bis zum Ende der Analysephase die Originalstellen der Aufnahme wiedergefunden werden konnten.
- Zustimmungen oder Füllsilben wie *mm* und *ähm* wurden nicht transkribiert.

Folgende Regeln wurden nicht berücksichtigt, da sie nicht Gegenstand der Analyse sind:

- Pausen wurden nicht markiert.
- Markierung von besonderen Betonungen oder lautem Sprechen wurden nicht vorgenommen (kam nicht vor). Lachen wurde nicht festgehalten.
- Störungen durch Lärm (offenes Fenster) wurden nicht festgehalten.

- Es wurde nicht dokumentiert, wenn eine Person kurz den Raum verlassen hatte (kam in Gruppendiskussion II vor, der Grund lag nicht in der Gruppendiskussion).

Die Gruppendiskussionen wurden mit zwei Geräten (Laptop, Tablet) aufgenommen und von der Forschenden selbst transkribiert (s. Anlage 3.). Für die erste Transkription wurde MAXQDA© genutzt. Die Entscheidung fiel jedoch aufgrund der hohen Komplexität des Programms und der fehlenden Erfahrung mit dem Programm dagegen aus. Jedoch wurde die Nutzung von Farben zur Codierung als Idee von MAXQDA© übernommen.

6.5.3 Phasen der Auswertung

Phase 1 Initiierende Textarbeit

Der Empfehlung, sich vor dem Analyseprozess der eigenen Motive und Fragestellungen zu vergewissern und auch eigene Vorannahmen und Vorurteile zu reflektieren wurde gefolgt (s. Anlage 4). Damit wird dem Prinzip der Offenheit Rechnung getragen. (vgl. Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 119).

Aus der Perspektive dieser Reflexion, die in die Forschungsfrage einfließt, begann die initiierende Textarbeit. Die intensive Textarbeit zu Beginn erfolgte bereits während der Transkription im wiederholten Hören, Schreiben, Lesen und Korrigieren des Transskripts. Dabei ergaben sich erste Gedanken zur Entwicklung von Kategorien und weiteren Themen, die neben den zentralen Fragen angesprochen wurden (vgl. Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 122).

Memos und Fallzusammenfassung

Diese beiden Schritte wurden zusammengefasst betrachtet. Memos sind Gedanken, Ideen, Vermutungen und Hypothesen, die in dieser Phase festgehalten werden (vgl. ebd., S. 123). Sie sind in beiden Transkripts in einer zusätzlichen Spalte zu finden (s. Anlage 5. und 6.).

In den faktenorientierten Fallzusammenfassungen (vgl. ebd. S. 124) ergaben sich erste Cluster, die der Beantwortung der Forschungsfrage dienten und solche, aus denen induktive Hauptkategorien gebildet wurden. Kuckartz und Rädiker sprechen von dem Aspekt der Inspiration (vgl. ebd., S. 128).

In den Fallzusammenfassungen wurden Gemeinsamkeiten und Unterschiede deutlich, die Rahmenbedingungen wie Schulgröße, Art des

Kooperationsverbundes der Schulen und die Zusammensetzung der Gruppen mit oder ohne hierarchische Komponenten sowie die Qualifikationsprofile betreffen. Jedoch sind Gegenüberstellungen von Unterschieden aufgrund des zu geringen Datenumfanges nicht sinnvoll. Ein summatives Verstehen erscheint passend. Gemeinsamkeiten bestehen hinsichtlich des Verständnisses zur Pflegeprozesskompetenz. Auch die Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz konnte ergänzend verstanden werden. In beiden Diskussionen kristallisierte sich jeweils ein Thema heraus, in dem die Gruppen deutlich voneinander abwichen. In der ersten Gruppe ergab sich als weiterer Themenschwerpunkt die Veränderung bzw. Nichtveränderung, der sich im Rückblick auf die Berufsausbildungsgesetze herausstellte. In der zweiten Gruppe entwickelte sich als weiterer Themenschwerpunkt die Zusammenarbeit von Schule und Praxis, die für die Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz als grundlegend aufgefasst wurde.

Phase 2 Entwicklung von Hauptkategorien

Aus den Forschungsfragen wurden deduktiv zwei Hauptkategorien abgeleitet (vgl. Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 71). Zwei weitere Hauptkategorien wurden im Prozess der initiierenden Textarbeit entwickelt. Sie sind als induktive Kategorien zu bezeichnen (vgl. ebd., S. 82). Mit diesen Kategorien begann die Codierung des ersten Textes als Test. Zeitgleich wurde der Codierleitfaden für die Hauptkategorien entwickelt. Den Hauptcodes wurden Farben zugeordnet, die auch bei der Codierung des Textes angewendet wurden (s. Anlage 6.).

Phase 3 Daten mit Hauptkategorien codieren (erster Codierprozess)

Mit diesen Kategorien wurde das gesamte Material codiert (vgl. ebd., S. 135). Der Qualitätsbeitrag, den das Codieren durch eine weitere Person erfährt (vgl. ebd. S. 136), entfiel aufgrund der Anforderungen an diese Arbeit.

Phase 4 Bildung induktiver Subkategorien

Für die Bildung von Subkategorien wurden die deduktiven Hauptkategorien ausgewählt (vgl. ebd., S. 138). Die Bildung der Subkategorien erfolgt am Material, also induktiv. Hierzu wurden ergänzend die ausführlichen Fallzusammenfassungen herangezogen, in denen bereits eine grobe Clusterung der Beiträge stattgefunden hatte (s. Anlage 5.). Aufgrund der farbigen Markierung konnten die entsprechenden Stellen zügig aufgefunden werden. Zu den Subkategorien wurden ebenfalls Codierleitfäden erstellt (s. Tab. 8 und 9).

Codierleitfaden Hauptkategorien (vgl. Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 133)

Hauptkategorie	Beschreibung	Beispiele
Verständnis PPK (deduktiv aus der Forschungsfrage)	Was die Teilnehmenden unter Pflegeprozesskompetenz verstehen, was für sie zur Pflegeprozesskompetenz gehört	Wissen über den Pflegeprozess (20) Methoden (22) Es in die Praxis zu überführen (22) Professionalisierung (24) Ganzheitlichkeit umsetzen (26)
PPKE, Aufgabenaspekte Pflegelehrende der Schule (deduktiv aus der Forschungsfrage)	Welches Verständnis die TN davon haben, welche Maßnahmen im Allgemeinen zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz beitragen, wie sie das selbst aktuell umsetzen	Bewusstsein für PPKE schärfen (30) PPKE entwickelt sich durch Erfolg (33) Spiralförmiges Curriculum (35) PPKE in der Schule verortet (37) Instrumente und Methoden vermitteln (48) Je mehr wir uns mit dem Curriculum beschäftigt haben (113)
PPKE in der Praxis (induktiv aus der initiierten Textarbeit)	Die Bedeutung des Lernorts Praxis zur Entwicklung der Pflegeprozesskompetenz, wie PPKE in der Praxis stattfindet oder nicht.	Praktischer Unterricht (34) Praxisbegleitungen (49), Das ist in der Praxis niemandem bekannt (46) Pflegeplanung besprechen (49)
Veränderungsprozess / Nichtveränderung, Auswirkung (induktiv aus der initiierten Textarbeit)	Rückblick auf die Entwicklung zum Thema Pflegeprozess, aktuelle Entwicklung, Auswirkungen, Gefühle, die geäußert werden	Seit 1985 verankert (6) Ich glaube, dass hat sich verändert (30) Errungenschaft (33) Ganz grausam, muss ich sagen (28) Das ist erschreckend (167)

Tab. 7 Codierleitfaden Hauptkategorien

Hauptkategorie: Verständnis Pflegeprozesskompetenz		
Subkategorie	Beschreibung	Beispiele
Verständnis PP	Es geht darum, wie Pflegelehrende den Pflegeprozess verstehen .	So wird Pflege evaluierbar (23) Das ist die geplante Pflege, und dann eben sozusagen der Prozess hat einen Ablauf der Pflegetätigkeiten, und dann, dass es um Evaluation geht, Überprüfung der geplanten Pflege (27) Das EPAK basiert auf dem Pflegeprozess (60)
Berufsverständnis	Pflegelehrende haben ein Verständnis davon, welche Bedeutung der Pflegeprozess für den Pflegeberuf hat.	Pflegeprozess an sich spiegelt für mich, dass es professionelle Pflegehandlungen sind, Unterscheidung Laienpflege, professionelle Pflege (20) Ausdruck der Professionalisierung (23) Vorbehaltene Tätigkeit (23) ganzheitlichem Arbeiten und Denken (25)
Dimensionen PPK	Es geht um die Beschreibung von Dimensionen der Pflegeprozesskompetenz	Wissen über den Pflegeprozess (20), ich brauche die Methoden, ich habe sogar vielleicht eine Methodenvielfalt, die ich sozusagen für die einzelnen Prozessschritte anwenden kann (22)

Kompetenzverständnis	Was Pflegelehrende unter Kompetenz verstehen	Kompetenzen sind so nicht sichtbar (20) in die Praxis überführen, in der Praxis anwenden(22) wer bringt die Kompetenz in die Praxis (86)
-----------------------------	--	--

Tab. 8 Codierleitfaden Subkategorien Verständnis Pflegeprozesskompetenz

Hauptkategorie PPKE, Aufgabenaspekte Pflegelehrende der Schule		
Subkategorien	Beschreibung	Beispiele
Verständnis PPKE	Was Pflegelehrende unter Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz verstehen, was alles dazu gehört, woran man sie beobachten kann	Verortung in der Schule (37) theoretisch verortet, Instrumente und Methoden vermitteln (48) Pflegeplanung sehr schlecht geschrieben, sehr oberflächlich (36)
PPKE der Pflegelehrenden	PPK und PPKE der Pflegelehrenden als Voraussetzung für die PPKE bei den Auszubildenden	Ich müsste da mal bei mir selbst anfangen (II 138 O) Wenn man erst ganz frisch dabei ist, dann ist es erstmal ganz wichtig, im Job das dauert ein bisschen, bis man da Handlungskompetenz hat (II 139 L)
Maßnahmen, die aktuell eingesetzt werden zur PPKE	Maßnahmen, die von Pflegelehrenden aktuell zur Entwicklung der PPK in der Schule umgesetzt werden	Theoretischer Unterricht (34), Praxisbegleitung, spiralförmiges Curriculum 34, Kompetenzdiagnostik (36), aufeinander aufbauend (104)
Maßnahmen, die zur PPKE beitragen	Maßnahmen, die von Pflegelehrenden noch umzusetzen sind, von denen man sich verspricht, dass sie zur PPKE beitragen	möglichst Hand in Hand gehen (34) da hatten die Probleme. Da muss man den Ansatz finden, warum ist das so. (36) Zumindest, wie wollen wir es entwickeln (61) das müssen wir zusammen machen (Praxisbegleitung) (50)
Erleben der Auszubildenden zum Thema Pflegeprozess	Pflegelehrende nehmen wahr, wie Auszubildenden das Thema Pflegeprozess erleben.	Interesse (64), um etwas umzusetzen, müssten sie ja erstmal ein Motiv haben (91) die Auszubildenden sagen: In der Praxis macht das kein Mensch (134)
Zusammenarbeit Schule und Betrieb zur PPKE	Wie Lehrende der Schule und Pflegende der Praxis, Praxisanleitende, Pflegefachkräfte, Pflegedienstleitungen, QM, zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz zusammenarbeiten	Das müssen wir zusammenmachen (50) Ein Anspruch, den wir hier haben müssten (...) eine ganz hohe Vernetzung (88) Da versuchen wir es ja auch mit der Praxis (105) Wenn die Praxis nicht mitzieht (...) (167)
Zusammenarbeit Schulteam	Beiträge, in denen die Zusammenarbeit im Schulteam eine Bedeutung für die PPKE hat.	je mehr wir uns mit unserem Curriculum beschäftigt haben und wir können, finde ich, sehr stolz sagen, (...) das wir bearbeitet haben (3J) wenn wir das auf die Ebene hinübertragen, dann müssen wir aber auch alle theoretischen Inhalte auf die Ebenen übertragen.(42 J) wo wir uns immer wieder erinnern mussten, denk daran, Pflegeprozess, (..) Ich weiß nicht, wie oft haben wir das immer wieder gesagt (3J)

Tab. 9 Codierleitfaden Subkategorien PPKE Aufgabenaspekte Pflegelehrende

Phase 5 Daten mit Subkategorien codieren (zweiter Codierprozess)

Mit diesen Subkategorien wird das Material der ersten Gruppe codiert. Für die zweite Gruppe erfolgt die Codierung ohne die Hauptkategorien, da die Subkategorien zum Zeitpunkt der Analyse der zweiten Gruppe bereits vorlagen (vgl. ebd. S. 143). In der Fallzusammenfassung der zweiten Gruppe wurden zwei weitere Subkategorien identifiziert, die zunächst auf die zweite Gruppe angewendet wurden.

An dieser Stelle zeigte sich, dass es sinnvoll ist, den Analyseprozess erst zu beginnen, wenn alle Daten vorliegen. Im Rahmen dieser Arbeit wurde die zweite Gruppendiskussion erst durchgeführt, als die erste stattgefunden hatte und der erste und zweite Codiervorgang vorgenommen worden war. Die zusätzlichen Subkategorien *Zusammenarbeit Schule und Betrieb zur Entwicklung von PPK* und *Zusammenarbeit Schulteam* zur Hauptkategorie *PPKE, Aufgabenaspekte Pflegelehrende der Schule* wurde nun in einem dritten Durchlauf auf die erste Gruppe angewendet. Diese Subkategorien war in der ersten Gruppe auch zu finden, allerdings in geringem Umfang. Da diese Kategorien jedoch für die Forschungsfrage von Bedeutung ist, wurden sie im Leitfaden nachträglich ergänzt. Dieses Vorgehen wird mit der Iterativität im hermeneutischen Zirkel gerechtfertigt (vgl. 6.1).

Phase 6 Einfache und komplexe Analysen

Aufgrund des summativen Vorgehens wurde die optionale Phase der fallbezogenen thematischen Zusammenfassung nicht durchgeführt (vgl. Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 144). Von den vorgeschlagenen Analysemöglichkeiten wurden die kategorienbasierte Analyse entlang der Hauptkategorien und an einigen Stellen die Zusammenhänge zwischen den Subkategorien gewählt. Zur Vorbereitung wurden die Beiträge nach Subkategorien sortiert (s. Anlage 7.). Daraus wurden die Zusammenfassungen zu den Subkategorien verfasst, in denen prägnante Beiträge als Originalzitate dargestellt werden. Für die beiden zentralen Forschungsfragen wurde je eine Mindmap erstellt, das die Hauptkategorien mit ihren Subkategorien und je einem Beispiel zur Veranschaulichung zeigt. In den folgenden Abschnitten werden die Zusammenfassungen im Kontext des theoretischen Rahmens diskutiert. Jeder Subkategorie wird eine Kurzzusammenfassung der wichtigsten Aussagen vorangestellt. (vgl. ebd., S. 155).

6.5.4 Gütekriterien

Gütekriterien dienen der Einschätzung der Qualität dieser Arbeit (vgl. Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 234). Das **Kriterium der internen Studiengüte** ist durch verschiedene Aspekte gekennzeichnet. Die Daten wurden als Audiodatei aufgenommen. Die zu Beginn durchgeführte Bepunktung wurde gesprochen und ist somit in die Aufnahme einbezogen. Die Karten und Plakate liegen als Artefakte vor, wurden aber auch über das Audio in die Auswertung einbezogen, denn die Teilnehmenden lasen ihre Karten vor und kommentierten diese. Die Mitschrift wichtiger Aspekte zur Entwicklung der Pflegeprozesskompetenz wurde ebenfalls als Redebeitrag aufgenommen. Insofern wurde von einer gesonderten Analyse abgesehen. Zu beiden Gruppendiskussionen wurde ein Postskript erstellt (s. Anlage 2.). Die Transkription erfolgte vollständig nach Regeln, wie oben angegeben. Die Forschende hat selbst transkribiert. Die Daten wurden anonymisiert. Die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse wurde begründet und nach den vorgegebenen Phasen durchgeführt. Dabei wurde ein iteratives Verfahren angewendet, indem drei Codiervorgänge vorgenommen wurden. Dadurch wurde die Konsistenz der Kategorien evaluiert. Die Analyse wurde nicht mit einem entsprechenden Auswertungsprogramm vorgenommen, da hier keine Handlungsroutine bestand und die vorgenommenen Analyseschritte sich auch so realisieren ließen. Die Codierung wurde von der Forschenden vorgenommen. Weitere Codierende waren nicht beteiligt, da dies durch die Verfahrensregeln zu dieser Arbeit ausgeschlossen ist. Die Kategorien wurden in einem Codierleitfaden beschrieben und mit mehreren Beispielen belegt. Es wurden Memos, Fallzusammenfassungen, eine initiiierende Textarbeit und Zusammenfassungen zu den wesentlichen Subkategorien geschrieben.

Zur **Gültigkeitsprüfung** ist zu sagen, dass aus organisatorischen und zeitlichen Gründen keine weitere Diskussion mit den Teilnehmenden stattfand. Eine Triangulation hätte den Rahmen der Arbeit gesprengt. Die Forschende verfügt über einschlägige Erfahrungen zum Forschungsthema. Aufgrund von Curriculumarbeit zur Implementierung der Rahmenlehrpläne und mehrjähriger Unterrichtserfahrung zu diesem Themenbereich ist die Forschende mit den aktuellen Herausforderungen vertraut. Die Sichtweisen der Lehrenden sind im Einklang mit den eigenen Erfahrungen.

Ein kritischer Blick gilt der Moderation. Bei Lamnek und Krell wird das Prinzip der Selbstläufigkeit beim Gruppendiskussionsverfahren dargestellt (vgl. Lamnek & Krell, 2016, S. 414). Kühn und Koschel weisen darauf hin, dass auch konkrete Rückfragen eingesetzt werden können, um den Tiefgang zu verbessern. In ihrer

Fehlerrückmeldung heißt es, dass sich die moderierende Person zu stark zurücknimmt und die Aussagekraft des Gesagten zu wenig im Blick hat (vgl. Kühn & Koschel, 2018b, S. 156). Dies steht dem Prinzip der Selbstläufigkeit entgegen, wie in 6.4 dargestellt. Dies führte allerdings dazu, dass Schlagworte nicht auf ihren Bedeutungsgehalt hinterfragt wurden, zum Beispiel „Spiralcurriculum“. Es bleibt weitestgehend unklar, welches Verständnis die Gruppen von diesem Begriff haben. Ebenso verhält es sich mit dem Situationsprinzip. Die Forschende hat Rückfragen erwogen, sich aber dagegen entschieden, um einem Zwiegespräch, das sich daraus hätte entwickeln können, auszuweichen. Eine Rollenklärung ist im Vorfeld angezeigt, um mögliche Konsequenzen zu antizipieren und geeignete Entscheidungen zu treffen.

Eine **Verallgemeinerbarkeit und Übertragbarkeit** der Untersuchung und ihrer Ergebnisse ist aufgrund der geringen Datenmenge nicht gegeben. Die Ergebnisse beziehen sich auf die Perspektive der insgesamt 15 Teilnehmenden, die einen vertieften thematischen Einblick zu den Forschungsfragen gewährten und darüber hinaus weitere Themen zur Sprache brachten. In der Teilnehmendenzahl ist eine Limitierung dieser Arbeit zu sehen.

Eine Übertragbarkeit des Verfahrens mag jedoch gegeben sein. Das Format der Gruppendiskussion, die in einen Workshop eingebettet und mit qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet wurde, hat sich für die Beantwortung der Forschungsfragen bewährt. Die Durchführung von zwei Gruppendiskussionen führte zu einem breiteren Ergebnis, da die Beiträge neben Übereinstimmungen auch Unterschiede aufwiesen, beispielsweise bezogen auf das Verständnis zur Zusammenarbeit der Lernorte.

Ein weiteres Kriterium liegt in der **Nützlichkeit** der Untersuchung. Es kann gesagt werden, dass die Teilnehmenden einen Nutzen empfunden haben. Sie reflektierten im gemeinsamen Austausch das mengen- und perspektivmäßig wichtigste curriculare Thema der Pflegeausbildung. Außerdem liegt ein Nutzen darin, dass dieses Verfahren geeignet erscheint, in den Schulen und/oder in der Pflegepraxis oder gemeinsam weitere Workshops durchzuführen, ob begleitet durch eine inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse oder als Reflexionsmoment für die Einschätzung des eigenen Standorts, verbunden mit dem Austausch über Vorverständnisse und Perspektiven. Darauf kann die Konzeptionierung und Implementierung von Prozessen zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz aufgebaut werden. Begleitende Forschung würde ermöglichen, Faktoren zu identifizieren, die für andere Pflegeausbildungsstätten nützlich sind.

Die Transparenz des Verfahrens ist durch die **Dokumentation** aller Schritte hergestellt.

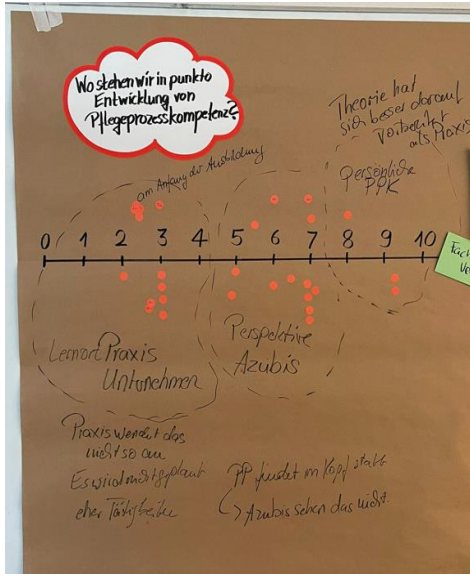
7. Ergebnisse und Diskussion

Im Rahmen der kategorienbasierten Analyse entlang der Hauptkategorie liegt der Fokus auf der fallübergreifenden kategorienorientierten Analyse. Dabei ist die Frage leitend, was zu diesem Thema alles gesagt wird (vgl. Kuckartz & Rädiker, 2022., S. 148) und ggf. was nicht oder nur am Rande zur Sprache kommt.

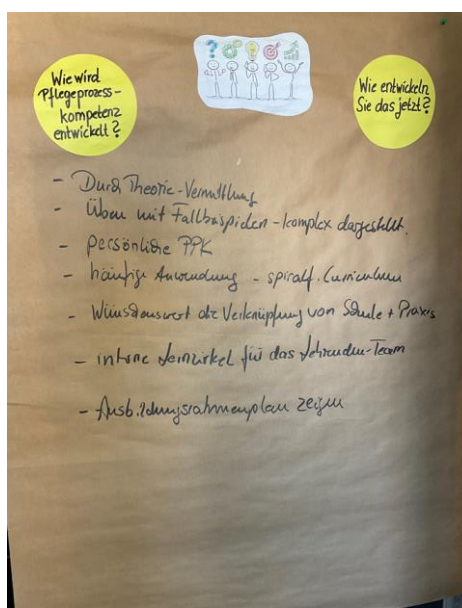
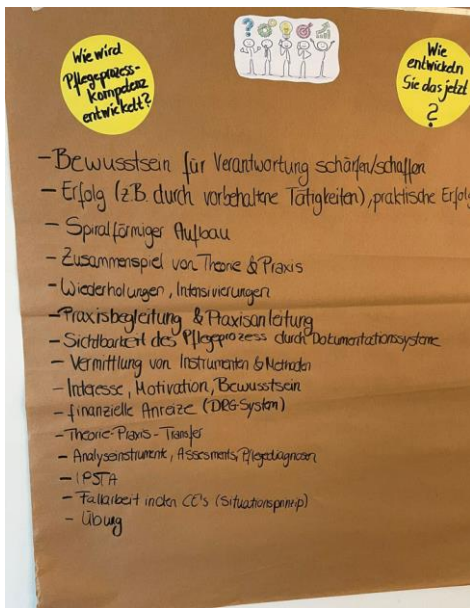
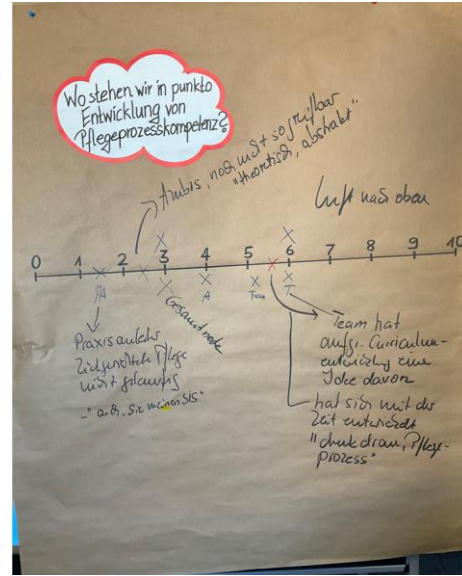
Die Plakate beider Diskussionen auf der folgenden Seite zeigen Ausschnitte der Ergebnisse, die in den nächsten Abschnitten diskutiert werden. Auf Seite 87 zeigen Mindmaps die Hauptkategorien mit ihren Subkategorien und Beispielen. (s. Abb. 21 u. 22).

Zu Beginn der folgenden Abschnitte sind die wichtigsten Ergebnisse in einem Rahmen dargestellt. Daran schließen sich die Zusammenfassungen als Fließtext mit Originalbeiträgen. Ergänzungen, die in Klammern gesetzt sind, wurden so nicht gesagt, dienen jedoch dem Verständnis und entsprechen dem Kontext des Gesagten. Im Anschluss an jedes Thema folgt eine Diskussion im Kontext des Theorierahmens. An drei Stellen werden Zusammenhänge zwischen Subkategorien hergestellt, wobei weitere Zusammenhänge nicht ausgeschlossen sind. Darauf wird gesondert hingewiesen.

Plakate Gruppe 1



Plakate Gruppe 2



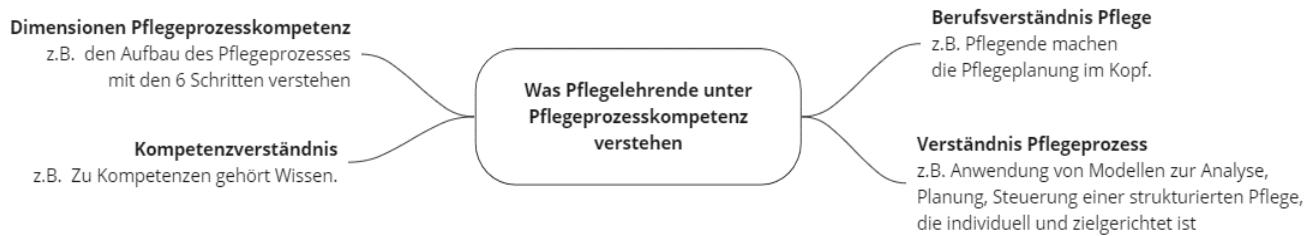


Abb. 21: Was Pflegelehrende unter Pflegeprozesskompetenz verstehen, Hauptkategorie und Subkategorien mit Beispielen

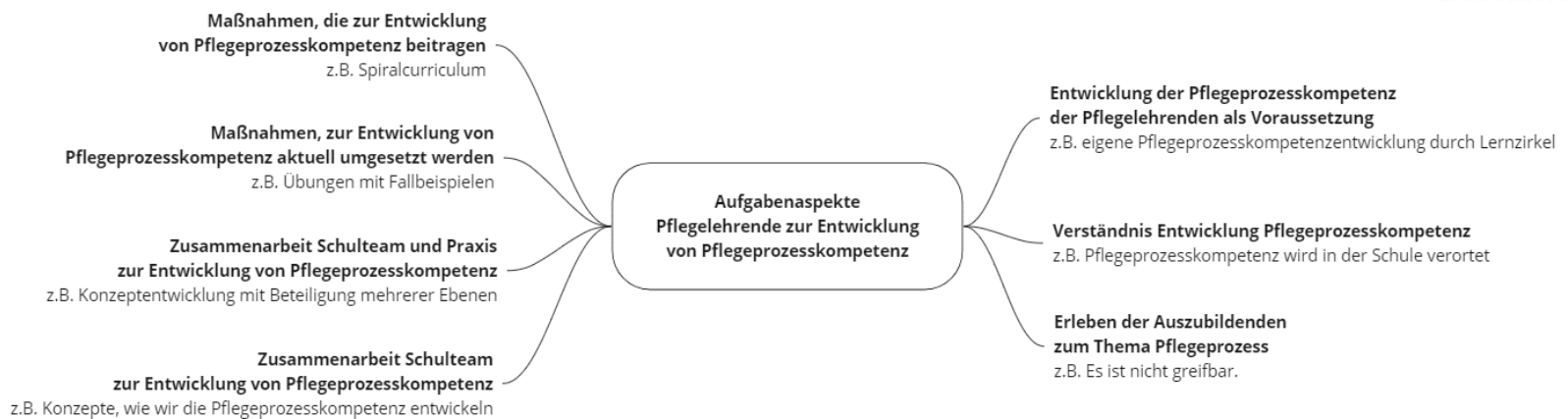


Abb. 22: Aufgabenaspekte Pflegelehrende zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz, Hauptkategorie und Subkategorien mit Beispielen

7.1 Was Pflegelehrende unter Pflegeprozesskompetenz verstehen

7.1.1 Verständnis Pflegeprozess

- ganzheitliches Arbeiten
- Anwendung von Theorien und Modellen zur Analyse, Planung und Steuern einer strukturierten Pflege, die individuell und zielgerichtet ist
- Anpassungsfähigkeit
- Pflege wird damit evaluierbar.
- gemeinsame Grundlage für Austausch
- Teil des QM
- Kollegiale Beratung gehört dazu.
- Der Pflegeprozess besteht aus 6 Schritten.
- abstrakter Begriff
- Man muss Abstriche machen, damit er praktikabel ist.

Ergebnisse: Arbeiten mit dem Pflegeprozess bedeutet ganzheitliches Arbeiten und

Denken, Anwendung von Theorien und Modellen zur Analyse, Planung und Steuern einer strukturierten Pflege, die individuell und zielgerichtet ist. Assessments, Leitlinien, evidenzbasiertes Vorgehen und dynamische Anpassungsfähigkeit sind wichtige Merkmale. Pflege wird so evaluierbar und bildet eine gemeinsame Grundlage für den Austausch. Der Pflegeprozess ist Teil des Qualitätsmanagements, zu dem auch die kollegiale Beratung als Rahmenpunkt gehört. Im Examen wird der Pflegeprozess in abgeschwächter Form geprüft. Der Pflegeprozess besteht aus sechs Schritten. Er ist ein abstrakter Begriff.

„Man muss da schon Abstriche machen, um das (ihn) praktikabel zu machen“ (II 106 J).

Diskussion: Es ist die Rede von Theorien und Modellen, die nicht näher spezifiziert werden. Hier ist der Bezug zu Kapitel 3, in dem die Bedeutung der Verknüpfung von theoretischen Vorstellungen von Pflege im Zusammenhang mit dem Pflegeprozess herausgearbeitet wurde. Der Begriff der Ganzheitlichkeit kann im Sinne der Pflege-theorien auch als Gegenpol zur Medizinorientierung verstanden werden, in der der Fokus auf der Krankheit liegt. In den Abschnitten zu Pflege-theorien wird deutlich, dass mit der Hinwendung zum ganzen Menschen eine Abkehr von der Medizinorientierung beabsichtigt war und die Eigenständigkeit der Pflege betont werden sollte. Die sechs Schritte weisen auf den Pflegeprozess nach Fiechter/Meier hin. Sie wirken vergleichsweise schlicht bezogen auf die Aussage zu den Theorien und zur Ganzheitlichkeit. Die Verknüpfung zu Theorien wird nicht genannt. Dies ist mit der Aussage von Rauner zu betrachten, in der es darum geht, dass wissenschaftliche Konzepte, wie hier der Pflegeprozess, den Zusammenhang zum Arbeitsprozess vermissen lassen (s. S. 28).

Der Pflegeprozess als Teil des Qualitätsmanagements ist aufgrund des Beitrags zur Transparenz, wie im Nutzen zum Pflegeprozess dargestellt, naheliegend (s. Kap 3.4). Dabei wird nicht zwischen verschiedenen Prozessmodellen unterschieden. Die Verknüpfung zur kollegialen Beratung spielt in der intraprofessionellen Kompetenzdimension von Pflege eine Rolle (s.

Kap.4.2.2). Diese sehr konkreten Bezüge des Pflegeprozess zum Qualitätsmanagement und zur kollegialen Beratung weisen darauf hin, dass Praxisnähe besteht. Der Pflegeprozess ist demnach mit weiteren Arbeitsprozessen wie QM und kollegiale Beratung verknüpft. Die Analyse von Arbeitsprozessen ist in der Entwicklung von Lernfeldern von grundlegender Bedeutung (s. Kap. 2.2.1). Diese Bezüge stehen im Widerspruch zur Abstraktheit des Pflegeprozesses. Der unterstellte Anpassungsbedarf zur Praktikabilität des Pflegeprozesses in der Praxis wird nicht näher spezifiziert. Dies könnte wiederum im Zusammenhang mit Rauners Aussagen zu wissenschaftlichen Konzepten und Arbeitsprozessen interpretiert werden.

7.1.2 Berufsverständnis Pflegelehrender von Pflege

Ergebnisse: Der Pflegeprozess ist die Grundlage für	<ul style="list-style-type: none"> - Der Pflegeprozess ist Grundlage für professionelle Pflege. - Pflegende machen die Pflegeplanung im Kopf. - Erst zur Maßnahmenplanung wird darüber gesprochen. - Er wird nicht im klassischen Sinn dokumentiert. - Er wird in keinster Weise gelebt. - Angeblich gibt es im Krankenhaus keine Pflgetätigkeiten mehr. - Es gibt unterschiedliche Auffassungen darüber, ob Beraten und Anleiten Pflege ist. - Pflegende haben die Verantwortung, Elternkompetenz einzuschätzen. - Ältere Pflegende tun sich schwer mit der prozessorientierten Pflege.
---	---

professionelle Pflege. Er ist vorbehaltene Tätigkeit. Jede Pflegekraft macht eine Pflegeplanung im Kopf. Es wird erst im Zusammenhang mit der Maßnahmenplanung darüber gesprochen. Er wird nicht im klassischen Sinne dokumentiert, nur die durchgeführten Tätigkeiten. Der Pflegeprozess wird nicht immer mit dem Pflegehandeln in Verbindung gebracht.

„Es (er, der Pflegeprozess) wird in keinster Weise gelebt“ (64 G).

Es gibt unterschiedliche Auffassungen darüber, ob Beraten und Anleiten Pflege ist. Angeblich gibt es keine Pflgetätigkeiten mehr. Es gibt im Krankenhaus ganz wenige Pflegeanlässe.

„Was ist denn da (in der Kinderkrankenpflege) noch pflegerische Aufgabe?“ (79 B).

Pflegende haben die Verantwortung, die Elternkompetenz einzuschätzen und mit ihnen Gespräche zu führen. Das wird nicht immer als Pflege verstanden. Insbesondere ältere Pflege-mitarbeitende tun sich mit der prozessorientierten Pflege schwer.

Diskussion: Der Begriff der Pflegeanlässe ist Teil des Situationsverständnisses des systemischen Ansatzes von Pflege, der zur Verdeutlichung von Strukturen pflegerischen Handelns entwickelt wurde (s. Kap. 4.3). Die Strukturen bzw. Merkmale stehen im engen Zusammenhang mit dem Pflegeprozess, der sich in der Pflegesituation vollzieht. Pflegeanlässe sind somit ein zentrales Merkmal des Pflegeberufs, hier verstanden als das Professionelle. Die Feststellung von Pflegeanlässen kann mit der Erhebung des Pflegebedarfs gleichgesetzt werden.

Hundenborn et al. weisen darauf hin, dass ein theoretisches Verständnis von Pflege erforderlich ist, um Pflegeanlässe zu bestimmen. Unklarheiten über Pflegetätigkeiten im Krankenhaus zu Beratung und Anleitung lassen auf theoretische Inkonsistenzen schließen.

Die Pflegeplanung im Kopf bedeutet, dass die Nachvollziehbarkeit und Evaluierbarkeit nur eingeschränkt möglich ist. Der wichtigste Teil des Pflegeprozesses nach Alfaró-LeFevre (vgl. Alfaró-LeFevre, 2013, S. 158) bleibt von der Evidenz ausgeschlossen. Es ist zu überlegen, inwieweit Pflegehandeln von langjährig erfahrenen Pflegenden mit Benner gesprochen schwer zugänglich ist (s. Kap. 2.3.1). Der Beitrag zur Pflegeplanung im Kopf würdigt dies. Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass das Phänomen der Nichtbeobachtbarkeit Ausdruck von funktions- und medizinerorientierter Versorgung ist, in der situativen Pflegeanlässe nicht geklärt werden.

Zusammenhang zur Subkategorie Verständnis Pflegeprozess: Im vorherigen Abschnitt wurde der Pflegeprozess als abstrakt bezeichnet. Ebenfalls wurde von Anpassungsbedarf gesprochen. Beides kann in Verbindung zum Nichtgelebtwerden gesehen werden. Die Subkategorien *Verständnis Pflegeprozess* und *Berufsverständnis* stehen für das Fachverständnis. Mit Rauner ist anzumerken, dass das unterschiedliche Fachverständnis von Lehrenden bei der Kompetenzentwicklung der Auszubildenden zu einer ausgeprägten Heterogenität führt (s. Kap. 2.2.3).

7.1.3 Dimensionen von Pflegeprozesskompetenz

- Den Aufbau des Pflegeprozesses mit den 6 Schritten verstehen
- Die Anwendung eines strukturierten Assessments und von Leitlinien
- Unterscheidung Laienpflege und professionelle Pflege
- Vorbehaltene Tätigkeit und deren Bedeutung kennen
- Die Anwendung von Ganzheitlichkeit
- Kommunizieren können
- Methodenvielfalt, die für die einzelnen Prozessschritte angewendet werden
- Den Pflegeprozess in der Praxis anwenden und dokumentieren
- Was eine Pflegediagnose ist und wie man sie stellt
- Hilfsmittel wie ENP nutzen

Ergebnisse: Zur Pflegeprozesskompetenz gehören diese Aspekte:

Wissen über den Pflegeprozess, den Aufbau des Pflegeprozesses mit den sechs Schritten verstehen, die Anwendung eines strukturierten Assessments und Leitlinien, Unterscheidung Laienpflege und professionelle Pflege, die vorbehaltene Tätigkeit und deren Bedeutung kennen, die Anwendung von Ganzheitlichkeit und kommunizieren können.

„Den Pflegeprozess zu kennen (...), das finde ich ganz wichtig, (...) sonst kann ich es nachher hinten raus nicht anwenden, (...) ich brauche die Methoden, ich habe sogar vielleicht eine Methodenvielfalt, die ich sozusagen für die einzelnen Prozessschritte anwenden kann, und eventuell wechseln kann, je nach Setting, wo ich mich befinde, in welchem Pflegekontext. (...) dazu gehört, es

in die Praxis zu überführen und praktisch auch sozusagen, in der Praxis anzuwenden und zu dokumentieren, nicht nur im Kopf.“ (22 E)

Weiterhin beinhaltet Pflegeprozesskompetenz zu wissen, was eine Pflegediagnose ist, wie man sie stellt und die Nutzung von Hilfsmitteln wie ENP.

Diskussion: Hier geht es um Kompetenzdimensionen und um das Kompetenzniveau von Pflegeprozesskompetenz. Die genannten Aspekte beinhalten als Kompetenzdimensionen verschiedene pflegeprozessbezogene Kenntnisse. Hinzu kommt die Anwendung in der Praxis. Als Dimensionen bzw. Kompetenzbereiche der Rahmenpläne sind fachbezogene Kenntnisse aus dem Kompetenzbereich I, kommunikative Kompetenzen aus dem Kompetenzbereich II, die nicht näher spezifiziert sind, zu erkennen. Daneben gibt es einen Praxisbezug, der mit Anwenden umschrieben ist. Mit der Anwendung von Leitlinien kommt der Kompetenzbereich IV zum Tragen. Betrachtet man dies vor dem Hintergrund der Kompetenzstrukturmodelle (s. Kap. 2.1), so ist der Kontext „Praxis“ sehr allgemein formuliert. Die Kompetenzschwerpunkte aus den Anlagen der Pflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung spezifizieren dies genauer und vielfältiger, indem verschiedene Kontexte in die Kompetenzschwerpunkte aufgenommen werden, wie z.B. hoch belastete Lebenssituationen (I.3), Krisen- oder Katastrophensituationen (I.4) und Lebensgestaltung (I.5). Die Kollegiale Beratung und das QM, die im ‚Verständnis Pflegeprozess‘ enthalten sind, sind als weitere Dimensionen zu verstehen.

Betrachtet man die Beiträge aus der Niveau-Perspektive, so lässt sich feststellen, dass der Schwerpunkt nach Rauner im Bereich der nominellen und der funktionalen Kompetenz liegt, in der es um kontextfreies Regelwissen geht (s. Kap. 2.2.3). Nach Olbrich ist dies die Stufe der Fähigkeiten, die noch nicht als Kompetenz zu bezeichnen ist (s. Kap. 2.3.2). Die nächste Stufe bei Rauner ist die prozessuale Kompetenz, die die Arbeitsprozesse in den Blick nimmt. Diese Kompetenz ist erforderlich, um ein Konzept wie den Pflegeprozess in der konkreten Praxis anwenden zu können. Das Niveau der Gestaltungskompetenz ist nicht angesprochen. Als kreativer helfender Dienst, wie Orem Pflege versteht (s. Kap.3.2), ist Gestaltungskompetenz das Niveau oder auch eine Dimension von Pflegekompetenz. Die kreative Qualität von Kompetenz wird auch von Erpenbeck herausgestellt (s. Kap.2.1.1).

Olbrich bezeichnet die nächste Stufe über den Fähigkeiten als die der situativ-beurteilenden Pflege. Dies beinhaltet, dass Entscheidungen in der spezifischen Situation getroffen werden müssen. Entscheidungskompetenz wird nicht erwähnt.

Betrachtet man Pflegeprozesskompetenz mit dem DQR, so kann diese beispielhaft im Bereich der Fertigkeiten so verstanden werden: Auszubildende sind zum Ende der Ausbildung in der Lage, innerhalb eines beruflichen Tätigkeitsfeldes selbstständig eine individuelle Pflegeplanung zu entwickeln, diese umzusetzen, das Ergebnis zu beurteilen und Handlungsalternativen

einzu beziehen (s. Kap. 2.2.2). Die Beiträge bleiben hinter diesem Niveau zurück. Die Bereiche der personalen Kompetenz werden nicht erwähnt.

Die Begriffe kennen, verstehen, anwenden erinnern an die Lernzielvokabeln von Bloom, die in dieser Arbeit nicht thematisiert werden, allerdings im Zusammenhang mit den Vorgaben der Ordnungsgeber zur Gestaltung der Examensprüfungen aktuelle Relevanz erfahren. Um in der Systematik zu bleiben, sind Begriffe wie Analyse, Synthese und Beurteilung auf den hohen Taxonomie-Stufen angebracht (vgl. z.B. Schewior-Popp 1998, S. 58).

7.1.4 Kompetenzverständnis

Ergebnisse:
Kompetenzen

- Zur Kompetenz gehört Wissen.
- Kompetenzen sind nicht sichtbar.
- Kompetenzen spielen sich im Kopf ab.
- Kompetenzen kann man in der Performanz überprüfen.

sind nicht sichtbar, sie spielen sich im Kopf ab. Wissen gehört dazu. Sie sind nur in der Performanz sichtbar und überprüfbar.

Diskussion: Die Bedeutung dieses Themas wurde im theoretischen Rahmen und in der Forschungsfrage begründet. Denn Kompetenzentwicklung fragt nach dem Kompetenzverständnis und Verständnissen zu den Facetten, wie in Kap 2 dargestellt. Die wenigen Beiträge, die diesem Thema zugeordnet wurden, sind kaum geeignet, das Kompetenzverständnis der Teilnehmenden darzustellen. In den anderen Themen sind weitere Aspekte enthalten, die das Kompetenzverständnis ausführlicher darstellen. Dies bestätigt die Domänenspezifität (s. Kap. 2.1). Der Wissensaspekt im Abschnitt zuvor sowie die Anwendungsbezüge im Abschnitt Kompetenzentwicklung stellen ein Grundverständnis von Kompetenz als etwas Beeinflussbares dar. Insgesamt lassen die Beiträge jedoch auf ein reduziertes Kompetenzverständnis schließen, dass das Zusammenkommen von Dispositionen und Kontext im Verständnis von kompetere nicht zum Ausdruck bringt. Die Gestaltungsdimension (vgl. Kap. 2.2.3) oder auch mit Erpenbeck (vgl. Kap. 2.1.1) das Entwickeln kreativer Lösungen von neuen Problemen bleibt ausgespart. Aus den Beiträgen lässt sich nicht auf ein explizit geteiltes Verständnis von Kompetenz und den Begriffsfacetten schließen.

7.2 Wie Pflegeprozesskompetenz entwickelt wird und wie Pflegelehrende aktuell die Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz gestalten

7.2.1 Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz der Pflegelehrenden als Voraussetzung

- Pflegelehrende können es.
- Es gibt noch Luft nach oben.
- Pflegelehrende haben eine Idee davon.
- Pflegelehrende denken in Fächern, nicht in Prozessen.
- auf die Inhalte geschaut
- Sich der Begriffe bewusst sein
- Interne Lernzirkel zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz der Lehrenden

Ergebnisse: Die Pflegeprozesskompetenz der Pflegeleh-

renden wird auf der Standort-Skala von 7 bis 9 eingeschätzt, denn

„wenn wir es nicht können, wer dann.“ (2 A).

Sie wird auch mit 6 beurteilt. Es gibt

„Luft nach oben (...). Es ist präsent in den Köpfen, die Idee“ (II 3 J).

Pflegelehrende kommen in der Schule, in der sie als Pflegelehrende tätig sind, mit dem Pflegeprozess in Kontakt. Durch die Beschäftigung mit dem neuen Curriculum entwickeln sie eine Idee von Pflegeprozesskompetenz. Jedoch denken sie noch nicht prozesshaft, sondern in Fächern. Die Veränderung muss zunächst bei den Lehrenden, das heißt im Team, ankommen. In den ersten Kursen ist die Pflegeprozesskompetenz untergegangen, da man sehr auf die Inhalte geschaut hat. Dies zeigt sich beispielweise an Fragen zur Anatomie, welches Organsystem im Curriculum und im Unterricht in welcher Tiefe vertreten ist, denn

„da ist man so in dem alten ich sage mal Krankenschwesterdenken, wo wir ein bisschen weg von kommen müssen“ (II 60 J).

Pflegeprozesskompetenz von Pflegelehrenden bedeutet, sich der Begriffe bewusst zu sein, der Anwendung, den Einfluss auf die Schule und den Lehrplan und zu wissen und wie man es in den Unterricht einbaut.

„Man kann nur etwas vermitteln, was man selber auch kennt und weiß.“ (II 27 J).

Interne Lernzirkel für das Schulteam tragen zu Kompetenzentwicklung bei.

Diskussion: Alle Teilnehmenden an den Gruppendiskussionen haben eine dreijährige Pflegeausbildung absolviert. Es ist anzunehmen, dass alle nach 1985 ausgebildet wurden. Der Bedarf an eigener Kompetenzentwicklung kann im Zusammenhang mit den abgelösten Ausbildungsgesetzgebungen gesehen werden, mit der die Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz nicht erreicht wurde (s. Kap. 4.2.1). Diese war in den Gesetzen so auch nicht benannt. Nach 1985 war die Ausbildung noch fächerorientiert. Allerdings kam in der Gesetzgebung von

2003 die Lernfeldorientierung und Kompetenzorientierung. Inwieweit der Kompetenzentwicklungsbedarf im Zusammenhang mit der Realisierung der Lernfeldorientierung der eigenen Ausbildung zu verstehen ist, bleibt offen, ebenso die Rolle der betrieblich-beruflichen Sozialisation nach dem Examen. Der Beitrag, dass Pflegelehrende in Fächern denken, ist vermutlich weniger auf deren Erfahrung im Studium bzw. Weiterbildung zurückzuführen, sondern auf deren eigene Ausbildung und / oder die aktuellen Bedingungen der Schulen, an denen sie tätig sind.

Das Festhalten am Krankenschwesterdenken bestätigt diese Vermutung. Es könnte mit Medizinorientierung in Verbindung gebracht werden, wovor Kruijswijk et al. warnen, da dies auf Kosten der Eigenständigkeit des Berufs geht (s. Kap. 3.2). Olbrich spricht in diesem Zusammenhang von der Überfrachtung der Lehrpläne mit Anatomie usw. Dies steht der Entwicklung von Kompetenz und im Speziellen der Entwicklung von Pflegeprozessorientierung entgegen. Ein Denken in Fächern und Organsystemen steht im Gegensatz zur pflegedidaktischen Perspektive und zur Perspektive der Berufsbildung, in der es um Lernfeldorientierung, Handlungsorientierung bzw. mit Rauner um Gestaltungsorientierung geht, und vor allem um Kompetenzorientierung als erstes Prinzip der Rahmenpläne.

Das Thema der Kompetenzentwicklung der Lehrenden kann weiter gefasst werden, indem aus der Perspektive der kompetenztheoretischen Professionalität von Pflegelehrenden gefragt werden kann, wie fachdidaktisches, fachwissenschaftliches und pädagogisch-psychologisches Wissen der Pflegelehrenden zu Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz beitragen können (vgl. Kunter et al., 2011, S. 135). Hierzu enthalten die Kapitel 2, 3 und 4 Anregungen. Im COMET-Projekt haben die Rater-Trainings und die Entwicklung von Aufgaben mit holistischer Lösung zu einer fachdidaktischen Entwicklung der Lehrenden und zur Kompetenzentwicklung der Auszubildenden beigetragen (s. Kap. 2.2.3). Diese Aspekte sind als Anregungen für die internen Lernzirkel zu verstehen.

Aus dem Theorierahmen kann mit Rauner gesagt werden, dass die Kompetenz der Lehrenden Einfluss auf die Kompetenzentwicklung der Auszubildenden hat (s. Kap. 2.2.3). Insofern ist dieses Thema begründet.

Zusammenhang zur Subkategorie Dimensionen Pflegeprozesskompetenz: Sich der Begriffe bewusst sein und wie man es anwendet, entspricht dem Verständnis von Pflegeprozesskompetenz auf einem niedrigen Kompetenzniveau, passend zum Verständnis Pflegeprozesskompetenz, die ebenfalls auf dem Niveau der Regelorientierung dargestellt wurde. Weitere Kompetenzdimensionen werden wie oben nicht angesprochen.

7.2.2 Verständnis zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz

Ergebnisse:

Die Entwicklung von Pflege-

- Die Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz wird in der Schule verortet.
- Es ist nicht klar, wo die 1000 Stunden sind.
- Kompetenzentwicklung beginnt mit Wissen.
- Es kommt auf den Zeitpunkt an.
- Pflegeprozesskompetenz nimmt im Verlauf der Ausbildung zu.
- Im dritten Jahr klappt es ganz gut. Anfangs sehen sie die Komplexität nicht.
- Pflegeprozesskompetenz ist beobachtbar, hervorragende Examina

prozesskompetenz wird in der Schule verortet. Das Curriculum gibt 1000 Stunden vor, von denen nicht klar ist, wo sie sind:

„In welchen CEs haben wir die verbröselzt?“ (II 50 J).

Es wird vermutet, dass sie im heimlichen Fächerdenken verschwunden sind.

Kompetenzentwicklung beginnt mit Wissen. Es kommt auch auf den Zeitpunkt an. Erfolg spielt bei der Kompetenzentwicklung eine Rolle, ebenso Interesse und Veranlagung. Am Anfang der Ausbildung vertauschen die Auszubildenden Ziele und Maßnahmen, weil sie das so in der Praxis erleben. Die Pflegeprozesskompetenz nimmt im Verlauf der Ausbildung zu. Am Anfang sehen sie die Komplexität noch nicht. Was die Auszubildenden nicht können, ist die Prozessplanung mit Regeln, allerdings denken sie in Prozessen. Ihnen ist klar, dass sie ein Ziel brauchen. Der Pflegeprozess klappt theoretisch ganz gut. Im dritten Ausbildungsjahr können sie die Verknüpfung herstellen, und es stellt sich der Aha-Effekt ein.

Pflegeprozesskompetenz ist beobachtbar. Bei den Auszubildenden liegt sie zwischen 5 und 6 oder zwischen 2 und 3. Die Einschätzung der Praxis ist bei 1,5 oder bei 2 bis 3. Die Überprüfung der Pflegeprozesskompetenz ist einfach, denn

„das sieht man ja, ob vernünftig gepflegt wird und der Prozess eingehalten wird.“ (130 A) „und die Patienten glücklich versorgt sind.“ (173 F). „Der erste Kurs ist ja jetzt durch, und die praktischen Examina, die ich da gesehen habe, die waren ganz hervorragend. Und die Auszubildenden, die Examen gemacht haben, hatten auf jeden Fall Pflegeprozesskompetenz und die haben die da gezeigt. Also irgendwas machen wir da auch richtig, also richtig angebahnt.“ (176 A)

Diskussion: Mit der Verortung in der Schule wird das Thema der Kontextbezogenheit von Kompetenzentwicklung kritisch in den Blick genommen. Eine Kompetenzentwicklung in der beruflichen Bildung ist gerade wegen der Kontextbezogenheit nicht auf Schule begrenzt zu verstehen. So sind die Rahmenlehrpläne und Rahmenausbildungspläne in der Weise aufeinander bezogen, indem die Kompetenzbereiche und Kompetenzschwerpunkte im Wortlaut für die beiden Lernorte Schule und Praxis übernommen wurden. Darmann-Finck geht auf die Potentiale der verschiedenen Lernorte ein (s. Kap 4.1). Die Hinweise der KMK zur vollständigen Handlung sagen aus, dass diese in der Schule eben nur gedanklich vollständig stattfinden

kann (s. Kap. 2.2.1). Die Bedeutung der klinischen Erfahrung wurde von Benner untersucht (s. Kap. 2.3.1). Die Rahmenlehrpläne und die Rahmenausbildungspläne geben kontextuelle Faktoren für die Entwicklung der Pflegeprozesskompetenz an. Die Bedeutung des arbeitsbezogenen Lernens werden im Begründungsrahmen der Rahmenpläne mit Dehnbösten ausführlich dargestellt (vgl. Fachkommission, 2020, S. 16). Mit der Verortung in der Schule bleibt der Beitrag und die Bedeutung der Praxis unklar und das Kompetenzentwicklungsverständnis unvollständig.

Zwischen dem Niveau Wissen und Anwenden zu Beginn der Kompetenzentwicklung, das in 7.1.3 diskutiert wurde, und den hervorragenden Examina entsteht eine Lücke in der Kompetenzentwicklung. Dazwischen geschieht etwas, das der Kompetenzentwicklung dient aber hier nicht angesprochen wird. Es wird nicht darüber gesprochen, was zu diesem Aha-Effekt beiträgt. Mit Benner und Olbrich kann bestätigt werden, dass die klinische Erfahrung wesentlich zur Kompetenzentwicklung beiträgt. Prozesse der Entwicklungssteuerung (s. Kap. 2.1.2), zu der auch entsprechend gestaltete Aufgaben beitragen (s. Kap. 2.2.3) werden nicht genannt. Diese stehen für die Beeinflussbarkeit von Kompetenzentwicklung.

Die hier zusammengestellten Beiträge zeigen die Beobachtung der Kompetenzentwicklung zu verschiedenen Zeitpunkten der Ausbildung. Dazu haben Pflegelehrende eine Vorstellung des jeweiligen Kompetenzniveaus. Allerdings lassen Beobachtungen keine Rückschlüsse auf die Entwicklung zu. Über die Kriterien der Examina wurde nichts gesagt. Verglichen mit dem Verständnis von Pflegeprozesskompetenz ist davon auszugehen, dass Regelorientierung erreicht wurde. Dies entspricht der Einschätzung von Olbrich, die die davon ausgeht, dass die Ausbildung auf der Ebene der Fähigkeiten abschließt und die Kompetenzentwicklung, die bereits in der Ausbildung angebahnt wird, jedoch erst nachher aufgrund von Berufserfahrung beginnt, ebenso Benner (s. Kap. 2.3). Das Niveau, das die Anlagen 2 bis 4 der Pflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung zeichnen, weicht davon ab.

7.2.3 Maßnahmen, die zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz beitragen

- spiralförmiges Curriculum und Situationsansatz zur Orientierung
- Bewusstsein der Auszubildenden für die Vorbehaltsaufgabe schärfen
- theoretischer und praktischer Unterricht möglichst Hand in Hand
- komplexe Fallbeispiele aus mehreren CEs
- Pflegevisiten von Pflegelehrenden in der Praxis
- Skillslab als Zwischenlösung
- muss mehr in den Unterricht eingebaut werden
- Fortbildung für QM, PDL, und PAs

7.2.4 Maßnahmen, die aktuell zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz umgesetzt werden

Vorbereitung:

Die Beiträge zu den Teil-

- spiralförmiges Curriculum
- Pflegeplanung im Unterricht von Tag 1 an, Übungen mit Fallbeispielen
- das Situationsprinzip im Unterricht
- Praxisbegleitung zur Informationssammlung und zur Pflegeplanung
- Vermittlung von Analyse- und Assessmentinstrumenten, Pflegediagnosen und Methoden
- Die Auszubildenden lernen den Rahmenausbildungsplan kennen, damit sie die Pflichten der Betriebe kennen.

aspekten, was zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz dazu gehört und was aktuell umgesetzt wird, sind in den Kästen getrennt dargestellt. Das, was schon umgesetzt wird, gibt einen inhaltlichen Einblick in den Standort, der zu Beginn der Workshops abgefragt wurde. In der Diskussion zu den Ergebnissen wird die Aufteilung aufgehoben, denn für den Theoriebezug ist es nachrangig, ob Maßnahmen bereits umgesetzt werden oder nicht.

Ergebnisse: Zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz wird

„möglichst ein spiralförmiges Curriculum benutzt (34 A), (...) und ich verstehe jetzt so viel anders, wie das ist und wie schön das ist durch diese Spirale (...), wie uns in der Katho das beigebracht wurde, die Bahn kommt immer wieder vorbei sozusagen, dieses Spiralförmige“ (35 C).

Von Tag eins an sind das spiralförmige Curriculum und das Situationsprinzip wichtige Orientierungspunkte.

Das Bewusstsein der Auszubildenden ist hinsichtlich der Rechtsstellung der Vorbehaltsaufgabe und der damit verbundenen Verantwortung zu schärfen. Über die Kenntnis des praktischen Rahmencurriculums erfahren sie, wozu die Ausbildungsbetriebe verpflichtet sind.

Durch theoretischen und praktischen Unterricht, die Hand in Hand gehen, wird Pflegeprozesskompetenz angebahnt. Es beginnt mit der Vermittlung von Theorie. Den Auszubildenden werden Analyse-Instrumente, Assessments, Pflegediagnosen und Methoden vermittelt.

„All das kriegen sie an die Hand, um diesen Pflegeprozess durchzuführen“ (90 B).

Pflegelehrende bleiben jedoch bei der Vermittlung von Instrumenten und Methoden in der theoretischen Ebene hängen. Sie versuchen im Unterricht das Thema so zu besprechen, dass „die das wiederfinden, damit sie sich ein Bild machen können, wo das tatsächlich in der Praxis aus verortet ist“ (58 C).

Der Pflegeprozess wird anhand von Fallbeispielen in die eigene Arbeit integriert. Diese müssen komplex gestaltet sein, nicht nur auf ein Themenfeld bezogen, sondern

„eine komplexe Darstellung mit unterschiedlichen CEs oder Themenfeldern“ (II 27 J).

Das Üben mit Fallbeispielen findet wiederholt in den verschiedenen CEs statt. Der Pflegeprozess muss dabei noch mehr in den Unterricht eingebaut werden.

„Nicht in einer CE und die anderen machen es gar nicht“ (II 28 O),
denn er zieht sich durch alle CEs. Man muss

„wirklich an allen möglichen Stellen probieren, (PPKE) irgendwie umzusetzen, in der Schule einzubinden, durch Praxisanleitung, Übungen, Unterricht, durch Instrumente“ (157 F).

Auszubildende brauchen die Kompetenz, wie man den Pflegeprozess in die Praxis überführt, im Einklang mit dem jeweiligen Team und Setting. Die Verzahnung bewirkt,

„dass man sieht, ok, wir machen das nicht nur mit unseren Lehrern von der Schule“(157 F).

Treten Probleme mit der Pflegeplanung auf, ist herauszufinden, warum das so ist. Die Defizite der Zusammenarbeit mit der Praxis könnten mit dem Skillslab überbrückt werden.

„Wir können ja nur versuchen diesen Transfer in irgendeiner Form mit ein paar Hürden zu überbrücken“ (II 71 J).

Pflegelehrende müssen mit dem Fokus Pflegeprozess mehr in die Praxis gehen. Praxisbegleitungen sollten nicht

„ei wie geht's“ (II 106 J)

-Gespräche sein, sondern als Pflegevisiten genutzt werden, um zu unterstützen und Hinweise zu geben,

„einschneidende Bemerkungen, die dann irgendwann fruchten“ (II 83 J).

Es kann nach Begründungen gefragt und auf das Thema Pflegeprozess aufmerksam gemacht werden. Zwei Praxisbegleitungen, eine zur Informationssammlung und eine zur Pflegeplanung im Abstand von einem halben Jahr, bauen aufeinander auf. Der Pflegeprozess muss in der Praxis so angepasst werden, dass die Auszubildenden mit ins Boot genommen werden.

Als hilfreich werden Fortbildungen zum Pflegeprozess mit Mitarbeitenden des QM und Pflegedienstleitungen angesehen. Dabei kann auf den Rahmenausbildungsplan eingegangen werden. Auch die Refresher-Kurse für Praxisanleitenden, die von der Pflegeschule angeboten werden, brauchen mehr Informationen zum Pflegeprozess.

Zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz muss ein Konzept auf die Beine gestellt werden. Das, was gemacht wird, reicht nicht. Jedoch

„Was wir in der Theorie vermitteln, ist ja trotzdem praxistauglich“ (II 100 J).

Diskussion: Das spiralförmige Curriculum, das der Orientierung dient, kann mit der Abbildung 17 in Verbindung gebracht werden. Wie dies genau ausgestaltet sein soll, damit es zu einer

Kompetenzentwicklung kommt, bzw. durch welches Verständnis dies begleitet wird, ist nicht angesprochen. Das Spiralcurriculum und das Situationsprinzip werden im Verlauf beider Diskussionen nicht weiter diskutiert. Es bleibt offen, inwieweit ein gemeinsames Verständnis dazu vorliegt (s. Kap. 2.1.1). Das Situationsprinzip ist grundlegend für die Gestaltung beruflicher Curricula und wurde in den Rahmenplänen nach dem systemischen Ansatz ausgestaltet (s. Kap. 4.3).

Die Bewusstseinserschärfung und Informationen über die Pflichten des Betriebs sind als Unterrichtsgegenstände auf der Kenntnisebene und als kontextfrei zu betrachten. Sie sind eine Voraussetzung zur Entwicklung von Kompetenz. Das Konzept Verantwortung weist auf die persönliche Stärke als Teilkompetenz nach Olbrich hin, die jedoch erst mit zunehmender Berufserfahrung erreicht wird und das identitätsfördernde Lernen braucht. Im DQR-Niveau 4 wird Verantwortung in der personalen Kompetenz angeführt, in der es um die Übernahme von Verantwortung für das eigene Lernen geht. Somit sind die hier angeführten Gegenstände zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz auf der Kenntnisebene eingeschränkt geeignet und benötigen aufbauend auf das deklarative Lernen andere Formen des Lernens (s. Kap. 2.3.2)

Die Bearbeitung von Fallbeispielen ist ein typisches Vorgehen in der Schule, Handlungsorientierung zu realisieren. Als Kriterium für die Fälle wird Komplexität genannt, die CE- oder themenfeldübergreifend erreicht wird. Hier kann gefragt werden, welches Verständnis von CE zugrunde liegt. In den Rahmenplänen wird die Komplexität jeder CE dadurch realisiert, dass alle Kompetenzbereiche vorkommen und alle Situationsmerkmale mit Inhalt gefüllt sind. Dementsprechend sollten die darunter zu konstruierenden Lernsituationen oder Untereinheiten eine vergleichbare Komplexität aufweisen, orientiert am Ausbildungsabschnitt, damit dem berufspädagogischen Prinzip der Situations- und Kompetenzorientierung entsprochen werden kann. Nach Darmann-Finck sollten Lernsituationen alle drei Bildungsdimensionen aufweisen. Allein dadurch ergibt sich Komplexität, durch die ein Kompetenzniveau jenseits der Regelorientierung und Kompetenzentwicklung durch die entsprechende Unterrichtsgestaltung möglich ist. Denn eine Meinungsorientierung kann durch die Auseinandersetzung mit Widersprüchen gefördert werden (s. Kap. 4.1).

Beiträge mit „mehr“, „irgendwie“, „an allen möglichen Stellen“ bekräftigen die Notwendigkeit der theoretischen Orientierung.

Das Hand in Hand gehen von schulischer und betrieblicher Ausbildung steht für das Aufeinanderbezogensein der beiden Lernorte (vgl. Fachkommission, 2020, S. 19). Das Skillslab als Überbrückung könnte dies spezifizieren. Es ist nicht Gegenstand des theoretischen Rahmens. Es ist zu prüfen, zu welchen Kompetenzanforderungen des Pflegeprozesses dort theoriegeleitete Lernangebote gestaltet werden können.

Aus der Perspektive des Gesetzes ist die Schule zur Durchführung von Praxisbegleitungen verpflichtet. Dem liegt das Verständnis der gemeinsamen Kompetenzentwicklung von Schule und Betrieb zugrunde, wie es auch in den Handreichungen der KMK dargestellt (s. Kap. 2.2.1) und für die Pflegeausbildung durch die Rahmenpläne weiterentwickelt ist (s. Kap. 4.3). Die Pflegeplanungen im Zusammenhang mit Praxisbegleitungen leisten somit einen wirksamen Beitrag zur Entwicklung von prozessualer Kompetenz (s. Kap. 2.2.3), Fallorientierung im Sinne der interaktionistischen Pflegedidaktik (s. Kap. 4.1), oder auch im Sinne Olbrichs für die vertiefte Wahrnehmung und Einfühlung. Da es üblich ist, solche Lerngelegenheiten zu reflektieren, wird diese Kompetenzebene nach Olbrich ebenfalls im Rahmen der Praxisbegleitung bereits in der Ausbildung angebahnt (s. Kap. 2.3.2). Es ist offen, wie beide Praxisbegleitungen in den gesamten Pflegeprozess eingebunden sind, wenn in der ersten die Informationssammlung und in der zweiten die Pflegeplanung fokussiert wird. Nur wenn die Auszubildenden den Bezug zum gesamten Pflegeprozess herstellen können, sind sie in der Lage, die Pflegemaßnahmen orientiert an den individuellen Bedingungen des zu pflegenden Menschen zu planen und durchzuführen und die Wirkung zu beurteilen (vgl. Fachkommission 2020, S. 18).

Mit Pflegevisiten beabsichtigen Pflegelehrende, die Ausbildungsbedingungen in der Praxis zu verbessern. Aus dem Kontext der Diskussion war dies so zu verstehen, dass Pflegelehrende damit auch zur Sichtbarmachung des Pflegeprozesses für die Auszubildenden beitragen wollen, indem sie ihre Sichtweise des Pflegeprozesses in die Praxis hineintragen wollen. Im Sinne von gestaltungsorientierter Berufsbildung sind Pflegevisiten als Teil der Organisationsentwicklung zu verstehen und können aus dieser Betrachtungsweise heraus einen wertvollen Beitrag zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz leisten (s. Kap. 2.2.3). Dazu gehört auch die Einbeziehung von Personen des Qualitätsmanagements und der Pflegedienstleitung, da Ausbildungsverantwortung wie im Pflegeberufegesetz verankert im Betrieb nicht nur den Praxisanleitenden zukommt.

7.2.5 Erleben der Auszubildenden zum Thema Pflegeprozess

Ergebnisse:

Die Auszubildenden-

- Schule und Praxis sind unverbunden. Die knallen aufeinander.
- Die Auszubildenden hängen irgendwo im Nirgendwo.
- Sie tun sich mit dem Thema am schwersten.
- Es ist nicht greifbar.
- Motivation für das Thema für das Examen

den erleben Schule und Praxis als unverbunden. Es ist das Themenfeld, mit dem sich die Auszubildenden am schwersten tun, es ist nicht ganz greifbar. Was sie in der Schule lernen, spiegelt die Praxis nicht wieder:

„Auf der einen Seite verstehen die das hier. (...)Die denken auch im Prozess, aber es wird in der Praxis überhaupt nicht gelebt. Null, Null Komma Null.

Und die sind dann immer irgendwie so in diesem Wirrwarr (...) da knallen die irgendwie immer aufeinander. Und weil der Prozess nicht weitergetragen wird, hängen die irgendwo im Nirgendwo“ (II 11 N).

Wenn überhaupt passiert die Verknüpfung häufig erst gegen Ende des zweiten Ausbildungsjahres. Sie sind insofern motiviert, weil sie es für das Examen brauchen, ansonsten ist die Stimmung mit

„oh ne, nicht schon wieder“ (161 A) gekennzeichnet. Andererseits „haben sich schon Schüler beschwert, dass das gar nicht so oft durchgeführt wird, der Pflegeprozess. Wirklich praktische Übungen.“ (131 D).

Diskussion und Zusammenhang zu den Subkategorien Berufsverständnis, Verständnis Pflegeprozess und Kompetenzentwicklung: Die Weise, in der Ausbildung an den verschiedenen Lernorte gestaltet und aufeinander bezogen ist, hat auf das Erleben der Auszubildenden zum Pflegeprozess Auswirkungen. Der unklare Bezug der schulischen Ausbildung zu Arbeitsprozessen gipfelt in diesem Erleben. Die Wahrnehmung der Auszubildenden ist in der Betrachtung der Zusammenhänge der Themen Berufsverständnis, Pflegeprozessverständnis und Kompetenzentwicklung nachvollziehbar.

Es entsteht zudem der Eindruck, dass die Auszubildenden diejenigen sind, die den Pflegeprozess von der Schule in die Praxis tragen sollen. Hier hat der Gesetzgeber zwar auch den Auszubildenden Verantwortung für ihre Ausbildung übertragen. Allerdings tragen auch die Betriebe und die Schule Verantwortung für die Kompetenzentwicklung zur Erreichung des Ausbildungsziels, das die Pflegeprozesskompetenz einschließt (vgl. § 8 Abs. (3), Satz 2). Die Handreichungen der KMK gehen ebenfalls auf die Aufgabenverteilung ein. Jedoch sollte die Verantwortung für Ausbildung nicht nur auf gesetzlichen Grundlagen gerechtfertigt werden, sondern aus einem theoretisch fundierten Verständnis von Kompetenzentwicklung und dem Verständnis der Potentiale der Lernorte, die zu dieser Entwicklung als Kontextfaktoren wesentlich beitragen (s. Kap. 2.1.1, Kap. Kap. 4.).

7.2.6 Zusammenarbeit mit der Praxis zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz

Ergebnisse:

- | | |
|-------------------------------------|--|
| Die folgenden Beiträge kennzeichnen | <ul style="list-style-type: none">- nach Schule arbeiten- Probleme beim Praxistransfer- Umfassendes Konzept mit Theorien unter Einbeziehung mehrerer Ebenen- PA-Treffen mit der Schule sind nicht aussichtsreich.- Die Zusammenarbeit ist durch die Unterschiedlichkeit der Träger schwierig.- Die Zahl der Träger ist zu groß.- die Praxiseinrichtungen für das Thema sensibilisieren |
|-------------------------------------|--|

das Verhältnis von Schule und Betrieb:

„nach Schule arbeiten“ (II 99 N), „Verbandswechsel mit sterilen Handschuhen, da lachen die meisten drüber“ (II 100 J), „wir machen das soundso, hier wird das jetzt erstmal so und so gemacht. Da fängt man ja nicht gleich an und sagt, ich komm jetzt aus der Schule und die haben gesagt, anders“ (47 E). „Dann heißt es, oh Gott, wir müssen uns jetzt vernünftig verhalten und es wird aufgeräumt und...“ (II 89 J). „Und die wissen das insgeheim, ok, wir müssen das jetzt eine halbe Stunde machen, dann sind sie (die Lehrenden der Schule) auch gleich weg“ (II 91 J).

Pflegelehrende erleben dazu:

„Wir haben keinen Einfluss auf die Praxis“ (II 71 J).

Sie sehen die Probleme beim Praxistransfer und die Notwendigkeit, den Transfer zu begleiten. Bestimmte Praxisanleitungen sollten zusammen mit Pflegelehrenden der Schule und der Praxisanleitungen gemacht werden. Es wird von hoher Vernetzung gesprochen, die an einem Krankenhaus mit pflegewissenschaftlichem Institut zu erwarten wäre. Die Bedeutung der Zusammenarbeit von Schule und Betrieb verdeutlicht folgender Beitrag :

„wenn die Praxis nicht mitzieht, die Rahmenbedingungen nicht stimmen, ist das ganze Curriculum für mich jetzt unzufriedenstellend, weil es in der Praxis nicht klappt, peng aus“ (167 G).

Treffen von Praxisanleitenden mit der Schule könnten eine Option zur Verbesserung der Zusammenarbeit sein. Jedoch ist bei einem großen Kooperationsverbund mit 59 Betrieben konzeptionelle Arbeit schwierig bis unmöglich, da jeder Betrieb individuelle Voraussetzungen hat. Es werden enorme zeitliche und personelle Ressourcen benötigt, um notwendige Prozesse und Positionen zu bedienen: Moderierende mit Vertretung, Teilnehmende mit Vertretungen, Informationsfluss innerhalb der Schule, Informationsfluss innerhalb der Betriebe, Informationsfluss bis zu den Auszubildenden (vgl. II 79 J). Dies wird aktuell als nicht leistbar eingeschätzt, denn

„spätestens da hört es auf. Da hört es meistens auf“ (ebd.).

Die Voraussetzung für die Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz ist ein umfassendes Konzept, das alle Beteiligten, PA, PDL und Auszubildende miteinbezieht.

„Es enthält Definitionen, Theorien, ja Theorien, generell, nach wem man das macht, da wären ja auch verschiedene Möglichkeiten, wie man das anwendet, das ist ja genauso wie in der Kommunikation, da gibt es ja auch Tausende“ (II 40 J),

Leute, die das rüberbringen, akzeptieren und anwenden, werden gebraucht (vgl. ebd.). Um etwas zu bewirken, müssen Personen aus der Managementebene miteinbezogen werden, Praxisanleitende reichen nicht aus.

„Der Praxisanleiter ist eine kleine Person in dieser Einrichtung. Die will ganz viel verändern. (...). Und prallt aber komplett auf die ganzen Rahmenbedingungen, die in der Einrichtung herrschen“ (II 135 J).

Ein solches Konzept braucht Zeit und Köpfe. Zusammenfassend lässt sich sagen,

„dass man mehrere Schienen fahren müsste. (...) Auf mehreren Schienen versuchen, eine Verbesserung zu erzeugen, eine Sensibilisierung“ (II 135 J), „mehr als sensibilisieren können wir die nicht“ (II 116 J).

Es gibt ein Beispiel, in dem die Zusammenarbeit sehr gut funktioniert:

„die (Mustereinrichtung) entwickeln für jeden Prozess ein Konzept. Die schicken mir das zu, die sind da wirklich top“ (II 79 J).

Diskussion: Ein theoretisch fundiertes Konzept zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz mit einer breiten Beteiligung entspricht dem Standard für die Lehrendenbildung, deren Kernaufgabe die theoriegeleitete Planung, Organisation und Reflexion von Lehr- und Lernprozessen ist. Entsprechend dem Fachqualifikationsrahmen Pflegedidaktik gehört dazu die Entwicklung lernortübergreifender Konzepte sowie die Lernrotkooperation (vgl. Dütthorn & Walter, 2019, S. 10).

Die Schwierigkeit der Zusammenarbeit wird durch die große Zahl der Kooperationspartner erschwert. Dies erfordert Gestaltungskompetenz der beteiligten Verantwortlichen, kreative Konzepte mit Empfehlungen zu geeigneten Zahlen für Verbundpartner und zur inhaltlichen Ausgestaltung der Kooperation. Der Theorie-Rahmen zur Kompetenzentwicklung weist auf Grundlagen hin, die das Verständnis zur Kompetenzentwicklung, in die alle Kontexte eingebunden sind, hin. Die kritisch beleuchtete Position der Praxisanleitenden sowie die Wahrnehmung von ungenügendem Einfluss verweist auf organisationsbezogene Aspekte, die außerhalb des Theorierahmens liegen. Sie stehen in enger Verbindung zu der nicht weiter bearbeiteten induktiven Kategorie der Pflegeprozesskompetenzentwicklung in der Praxis, die in den codierten Transskripten einen beachtlichen Raum einnehmen (s. Anlage 6.).

Das Verhältnis der beiden Lernorte Schule und Betrieb ist begleitet durch eine gewisse Abschottung und gegenseitige Vorurteile (vgl. Robert Bosch Stiftung, 2001 S. 311). Hinweise, wie dieses Spannungsverhältnis bearbeitet werden kann, liegen ebenfalls außerhalb des Theorierahmens. Hier ist der Bezug zur induktiven Hauptkategorie Veränderungsprozess / Nichtveränderung gegeben. Stellen sich Schule und Betrieb den Tatsachen der Zusammenarbeit, so sind neue Impulse für die Pflegeausbildung möglich. Das Verständnis der Zusammenarbeit als Lernprozess könnte dazu leitend sein (vgl. ebd., S. 312).

7.2.7 Zusammenarbeit Schulteam zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz

- Wahrnehmung von Vielfalt der Beiträge zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz
- Die Curriculumentwicklung als Teamaufgabe trägt zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz bei.
- Sich gegenseitig im Lehrendenteam daran erinnern, an den Pflegeprozess zu denken
- Konzepte, wie wir die Pflegeprozesskompetenz vermitteln

Ergebnisse:

Der Diskussionsprozess wird als

Zusammenarbeit empfunden, indem eine Vielfalt der Beiträge wahrgenommen werden konnte. Die Entwicklung des Curriculums trägt zu einem gemeinsamen Verständnis zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz bei. Curriculare Zusammenarbeit wird als teambezogener Aspekt der Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz bezeichnet. Indem der Aspekt Pflegeprozess im Team immer wieder zur Sprache kommt, und man sich gegenseitig erinnert, „denk daran, Pflegeprozess, Pflegeprozess, ich weiß nicht, wie oft haben wir das immer wieder gesagt“ (II 3 J), entsteht „gemeinsam schon eine Idee davon hat, was Pflegeprozessorientierung oder Pflegeprozesskompetenz bedeutet“ (II 2 J).

Auch in der Schule sollte für die Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz

„ein Konzept auf die Beine gestellt werden“ (II 42 J), mit der Frage, „mit welchem Konzept können wir die Pflegeprozesskompetenz denn auch vermitteln“ (II 66 J).

Diskussion: Die curriculare Zusammenarbeit bringt die Lehrenden dazu, sich auch mit der Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz zu beschäftigen. Dies ist gewissermaßen informell geschehen, indem sich die Lehrenden daran erinnerten. Hier wirkt der Vorschlag, dies konzeptionell zu fundieren, angemessen. Die Inhalte des Konzepts wurden nicht weiter konkretisiert. Die Wahrnehmung der Vielfalt der Beiträge könnte als Beginn einer systematischen Verständigung über die Facetten von Kompetenz, das Berufsverständnis und das Verständnis zum Pflegeprozess als Domänenbezug aufgefasst werden (s. Kap. 2.1.2). Diese Verständigungsprozesse bilden die Grundlage eines solchen Konzepts. Denn das Bewusstmachen der persönlichen Bilder von Pflege ist Voraussetzung für das Finden von Gemeinsamkeiten, um „schließlich ein für möglichst viele gültiges, wohldurchdachtes Konzept entwickeln zu können“ (Fawcett, 1996, S. 15).

8. Fazit und Ausblick

Diese Arbeit beschäftigte sich mit der Perspektive von Pflegelehrenden zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz. Mit dem vorgelegten Theorierahmen und dem Forschungsdesign konnte die Forschungsfrage beantwortet werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Kompetenzentwicklung der Pflegelehrenden, die die Voraussetzung für die Entwicklung von Pflegekompetenz der Auszubildenden darstellt, „Luft nach oben“ aufweist. Die Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz bewegt sich aktuell ohne ein fundiertes und geteiltes Kompetenzverständnis. Das Niveau von Pflegeprozesskompetenz bleibt hinter der Gestaltungskompetenz nach Rauner oder auch der umfassende Handlungskompetenz nach KMK zurück. Teilkompetenzen, wie die personale Kompetenz oder mit Olbrich die aktiv-ethische Kompetenz bzw. die Meinungsorientierung nach Darmann-Finck, kommen nicht vor. Aspekte des Lernens, das zur umfassenden Kompetenzentwicklung bzw. mit Greve gesprochen zur Entwicklungsprozesssteuerung beiträgt, wurden eher am Rande thematisiert. Beiträge wie „an die Hand geben“ oder „vermitteln“ weisen auf ein Lehrverständnis der Machbarkeit hin und sind nicht im Sinne der Ermöglichung von Kompetenzentwicklung einzuordnen. Die Unsichtbarkeit des Pflegeprozesses in der Praxis und die Verortung der Pflegeprozesskompetenz in der Schule führen dazu, aus der Perspektive der Arbeitsprozesse die geforderte Bezogenheit der Lernorte zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz unter die Lupe zu nehmen.

Das explorierende Vorgehen brachte als weitere Themen die Pflegeprozesskompetenz in der Praxis und Veränderungsprozess / Nichtveränderung und deren Auswirkungen, zu Tage. Die Themen wurden in Form von induktiven Hauptkategorien auf das Datenmaterial angewendet, jedoch geriet die Bildung von Subkategorien an Grenzen, da sie nicht theoriegeleitet reflektiert werden konnten. Es lässt sich aber deskriptiv feststellen, dass über die Kategorie Veränderungsprozess das organisationale Lernen zu diesem Thema eine Rolle spielt. Dies müsste jenseits der Kompetenzperspektive aus der organisationalen Perspektive wissenschaftlich betrachtet werden. Denn es ist zu prüfen, was Forschung zu dieser Kategorie zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz an beiden Lernorten beitragen könnte. Ebenso ist der Beitrag der Pflegepraxis zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz ausführlicher und auch aus deren Perspektive wissenschaftlich zu reflektieren. Die Pflegepraxis steht für eine Vielfalt an Betrieben und Organisationsformen, die ihre eigenen Sichtweisen auf die Entwicklung von Kompetenz im Kontext des organisationalen Lernens (s. S. 29) und im Besonderen der Pflegeprozesskompetenz einzubringen haben.

Die berufspädagogische Perspektive hat den Blick auf die Arbeitsprozesse gelenkt. Möglicherweise ist das Verständnis des Pflegeprozesses als Arbeitsprozess eine zu starke Vereinfachung mit der Folge, so dass der Eindruck entsteht, der Pflegeprozess wird in der Praxis nicht gelebt. Arbeitsfelduntersuchungen mit dem Fokus Pflegeprozess könnten dazu beitragen, die beschriebene Unsichtbarkeit ans Licht zu bringen, um Kompetenzdimensionen auch aus dieser Perspektive zu klären und Lernprozesse entsprechend zu gestalten. Dies könnte der Verortung des Pflegeprozesses in der Schule entgegenwirken. Die Potentiale von Schule und

Betrieb könnten im Hinblick auf die Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz überdacht werden.

Als qualitatives Design wurde eine Gruppendiskussion durchgeführt, ein zu selten gewähltes Verfahren. Die Literatur erscheint dazu etwas unübersichtlich. Die Begriffe Fokusgruppen, Expertengruppen und Gruppendiskussion waren nicht eindeutig abgrenzbar. Hier könnte ein Desiderat sein, dass für spezifische Forschungszweige die Methodologie stärker beforscht werden könnte.

Die Gruppendiskussion war in einen Workshop eingebunden und hatte damit einen experimentellen Charakter. Eine Limitation ist, dass keine Voruntersuchung gefunden wurde, die ein vergleichbares Design aufwies. Resümierend lässt sich sagen, dass sich das Verfahren bewährt hat. Es wurde erreicht, dass in den Diskussionen ein reger Austausch zu den Forschungsfragen stattfand. Eine weitere Limitation betrifft den Zeitslot von zwei Stunden, in dem es nicht mehr zur Bewertung oder Zusammenfassung der Ergebnisse kam. Man hätte Pläne zur Weiterarbeit an dieser Stelle ansprechen können. Somit ist die Empfehlung von drei Stunden für einen Workshop gerechtfertigt.

Ein weiterführender Gedanke zur Methodik betrifft die gestaltungsorientierte Bildungsforschung, in der es darum geht, Forschung und Entwicklung als miteinander verbunden Prozesse zu begreifen. Die theoretische Aufarbeitung eines Themas soll zur Durchdringung des künftigen Handelns beitragen, das wiederum theoriegeleitet evaluiert und weiterentwickelt wird. Ein iterativer Prozess mit aufeinander folgenden Zyklen könnte die nachhaltige Implementierung von Maßnahmen begünstigen (vgl. Tulodziecki et al., 2013, S. 209). Eine solche Strategie deutet sich bereits im Workshop-Arrangement an. Mit entsprechenden Rahmenbedingungen wäre es denkbar, gestaltungsorientiert und theoriegeleitet Konzepte zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz zu erarbeiten, zu implementieren und zu evaluieren, so wie es in verschiedenen Diskussionsbeiträgen gefordert wurde.

Zur Auswertung wurde das Verfahren der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse durchgeführt. Die Literatur von Kuckartz und Rädiker bot eine hilfreiche Orientierung, den Auswertungsprozess auch als Neuling gut zu bewältigen.

Kompetenzentwicklung in der pflegeberuflichen Bildung und insbesondere der Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz sollte aufgrund ihrer hohen Bedeutung in pflegepädagogischen Studiengängen und in der Phase der Berufseinmündung viel stärker thematisiert werden (vgl. Katho NRW). Wenn Pflegelehrende in Muster der eigenen Schulpraxis zurückfallen, beeinträchtigt dies die Kompetenzentwicklung (vgl. Hänel & Ertl-Schmuck, 2022, S. 21). Die Pflegeausbildung nach dem Pflegeberufegesetz zeichnet ein neues Bild von einem Beruf, der noch nicht etabliert ist und in dem keine der aktuell Pflegelehrenden ausgebildet wurde.

Lehrendenkompetenz beinhaltet, theoriegeleitet Veränderungen zu bewirken. Der geringe Theorie-Bezug in den Gruppendiskussionen kann in den Zusammenhang zur Theorie der tendenziellen Vermeidung des Einbezugs pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in die Unterrichtsplanung gebracht werden (vgl. Simon, 2019, S. 263). Hier wäre zu überprüfen, ob und wie dies auf den fachdidaktischen und pädagogisch-psychologischen Bereich zutrifft und welche Konsequenzen sich daraus ableiten lassen könnten.

Die Errungenschaft der Pflegeprozessverantwortung als vorbehaltene Tätigkeit zum Schutz der zu pflegenden Menschen (vgl. Fachkommission, 2020, S. 7) wird im Kompetenzbereich III aus der Perspektive der intraprofessionellen Zusammenarbeit konkretisiert. Rothgang hat in seiner Studie herausgearbeitet, dass in Pflegeheimen nur wenig Fachkräfte fehlen, der Bedarf an Assistenzkräften jedoch als erheblich zu bezeichnen ist (vgl. Rothgang, 2020, S. 26). Dies unterstreicht die Bedeutung der vorbehaltenen Tätigkeit für die Pflegefachausbildung und fordert nachdrücklich dazu auf, diese Kompetenzentwicklung systematisch zu ermöglichen, damit die Anforderung, pflegebedürftige Menschen zu schützen, eingelöst werden kann.

Im Erarbeitungsprozess hat sich das Thema Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz mit einer hohen Komplexität gezeigt. Es lässt sich sagen, dass der hier vorgelegte theoretische Rahmen lediglich einen Einblick dazu gibt, was für die Umsetzung der gesetzlichen Forderung von Bedeutung ist. Die gefundenen induktiven Hauptkategorien weisen darüber hinaus. Analog des ‚Think-Tanks Vorbehaltsaufgaben‘ (vgl. DIP) könnte ein ‚Think-Tank Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz‘ Vorüberlegungen zu Konzepten anstellen. Expert*innen aus Wissenschaft, Wirtschaft, Praxis, Lehre und Politik könnten Leitideen diskutieren und zu Priorisierungen und zu Empfehlungen kommen, die für die Praxis nützlich sind. Denkbar ist auch die Ebene eines Kooperationsverbundes, in dem mit wissenschaftlicher Begleitung Überlegungen zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz mit mehr Praxisnähe und pragmatischer Relevanz diskutiert werden könnten. Hier könnten Personen der Einrichtungsleitung, Lehrende der kooperierenden Ausbildungsstätten, leitende Praxisanleitende, Auszubildendenvertretende und Patient*innenbeauftragte beteiligt werden. Darüber hinaus sollten Konzepte und Erfolge gebündelt und als Best Practice geteilt werden.

Ein persönliches Fazit betrifft die Brille des Gesetzes, die die Forscherin dazu bewegte, sich mit der Frage der Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz zu beschäftigen, mit der Vorgabe der 1280 Stunden der theoretischen Ausbildung. Die Ausarbeitung hat dazu beigetragen, den Blickwinkel zu erweitern und hinter in den Anlagen 1 und 2 der Pflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung allein 162 Kompetenzen für die generalistische Pflegeausbildung ein vertieftes Verständnis zu dem Konzept Kompetenz und Kompetenzentwicklung zu gelangen. Dies erscheint als wichtige Voraussetzung, sich selbst nicht nur als Erfüllungsgehilfe von gesetzlichen Vorschriften zu verstehen, sondern mit professioneller Kompetenz mit den Dimensionen

fachwissenschaftliches, fachdidaktisches und pädagogisch-psychologisches Wissen und Können an der Entwicklung von Kompetenz und im Speziellen von Pflegeprozesskompetenz mitwirken zu können. Das Wirrarr der Auszubildenden könnte in eine konstruktive Kompetenzentwicklung übergehen.

9. Literatur

- Ahmann, H.-J., Ahmann, M., & Pelzer, A. (2016). Praxisratgeber: Das Strukturmodell für die Pflegedokumentation: weniger Bürokratie - mehr Zeit für die direkte Pflege gewinnen. Schlütersche.
- Alfaro-LeFevre, R. (2013). Pflegeprozess und kritisches Denken. Huber.
- Arnold, R. (2002). Von der Bildung zur Kompetenzentwicklung. In Nuisl von Rein, E., Schiersmann, C., Siebert, H. (Hrsg.). REPORT Literatur und Forschungsreport Weiterbildung. 49/2002, S. 26 – 38. Abgerufen am 10.06.2023 von <http://www.die-bonn.de/id/471>
- Arnold, R. (2017). Ermöglichungsdidaktik – Kriterien einer Intransitiven Kompetenzförderung. S. 93 - 111. In Erpenbeck & Sauter, W. (Hrsg.).(2017) Handbuch Kompetenzentwicklung im Netz. Schäffer-Poeschel Verlag.
- Arnold, R. (2018). Wie man lehrt, ohne zu belehren: 29 Regeln für eine kluge Lehre ; das LENA-Modell (Vierte Auflage, 2018). Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Becker, M. (2020). Didaktik und Methodik der schulischen Berufsbildung. In R. Arnold, A. Lipsmeier, & M. Rohs (Hrsg.), Handbuch Berufsbildung (S. 367–385). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-19312-6_30
- Beikirch, E., Schulz, A., Fähmann, E., Hindrichs, S., Rösen, E.E., Triftshäuser, K., Umlandt-Korsch, S., Braeseke, G., Deckenbach, B., Nolting, H.-D.(2017). EinSTEP. Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation. Informations- und Schulungsunterlagen zur Einführung des Strukturmodells in der ambulanten, stationären und teilstationären Langzeitpflege. Berlin. Abgerufen 11. Mai 2023, von https://www.ein-step.de/fileadmin/content/Schulungsunterlagen_2.0/Informations-_und_Schulungsunterlagen_V2.0_Oktober_2017_final.pdf
- Benner, P. E. (1984). From Novice to Expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Addison-Wesley Pub. Co., Nursing Division.
- Benner, P. E. (2017). Stufen zur Pflegekompetenz: = From Novice to Expert (D. Staudacher, Hrsg.; M. Wengenroth, Übers.; 3., unveränderte Auflage). Hogrefe.
- BIBB / Definition Kompetenzbegriff. Abgerufen 7. Januar 2023, von <https://www.bibb.de/de/8570.php>
- BIBB / Didaktische Prinzipien der Ausbildung. Abgerufen 10. Mai 2023, von <https://www.bibb.de/de/141447.php>
- Bohnsack, R. (2021). Rekonstruktive Sozialforschung: Einführung in qualitative Methoden (10., durchgesehene Auflage). Verlag Barbara Budrich.
- Brandenburg, H., Dorschner, S., & Bekel, G. (2021). Pflegewissenschaft 1 Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in wissenschaftliches Denken und Theorien in der Pflege / Hermann Brandenburg, Stephan Dorschner (Hrsg.); unter Mitarbeit von Gerd Bekel [und 10 weiteren] (4., überarbeitete und erweiterte Auflage). Hogrefe.
- Brödel, R. (2002). Relationierung der Kompetenzdebatte. In Nuisl von Rein, E., Schiersmann, C., Siebert, H. (Hrsg.). REPORT Literatur und Forschungsreport Weiterbildung. 49/2002, S. 39 – 47. Aufgerufen am 10.06.2023 von <http://www.die-bonn.de/id/471>

- Bundesministerium für Gesundheit. (2023). Entbürokratisierung in der Pflegedokumentation. Abgerufen am 16. Mai, 2023, von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/entbuerokratisierung.html>
- Bund-Länder-Koordinierungsstelle für den DQR für Lebenslanges Lernen (Hrsg.). (2013). Handbuch zum Deutschen Qualifikationsrahmen. Abgerufen 17. April 2023, von https://www.dqr.de/dqr/shareddocs/downloads/media/content/dqr_handbuch_01_08_2013.pdf?__blob=publicationFile&v=2
- Darmann-Finck, I. (2022). Eckpunkte einer Interaktionistischen Pflegedidaktik. In Ertl-Schmuck, R., & Hänel, J. Theorien und Modelle der Pflegedidaktik. (2. Auflage). Beltz Juventa. S. 202 - 238.
- Darmann-Finck, I. (2020). Curriculumtheorie, Curriculumforschung und Curriculumentwicklung in den Gesundheitsfachberufen. In Darmann-Finck, I., & Sahmel, K.-H. (Hrsg.), Pädagogik im Gesundheitswesen (S. 1–15). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61428-0_34-1
- DBfK. (2022). Zukunft der Pflegefinanzierung und Personalausstattung im Krankenhaus (§ 137k SGBV). Positionspapier. Berlin. Abgerufen 18. Mai 2023, von https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Positionspapier_Zukunft-der-Pflegefinanzierung-und-Personalausstattung_im-Krankenhaus_22-01.pdf
- Dennis, C. M. (2001). Dorothea Orem: Selbstpflege- und Selbstpflegedefizit-Theorie (1. Aufl). Huber.
- Der kleine Stowasser. (1963). Freytag Verlag.
- Detjen, J., Massing, P., Richter, D., Weißeno, G. (2012). Politikkompetenz – ein Modell. Springer.
- DIP. Start - Vorbehaltsaufgaben der Pflege (vorbehaltsaufgaben-pflege.de). Think Tank - Vorbehaltsaufgaben der Pflege (vorbehaltsaufgaben-pflege.de). Abgerufen am 27.06.2023
- Dubs, R. (2006). Entwicklung von Schlüsselqualifikationen in der Berufsschule. In R. Arnold & A. Lipsmeier (Hrsg.), Handbuch der Berufsbildung (S. 191–203). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-90622-5_12
- Dütthorn, N., Walter, A.(Hrsg.). (2019): Fachqualifikationsrahmen Pflegedidaktik. Abgerufen 13. Mai 2023, von https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2019/03/2019_02_20-FQR-Ver%C3%B6ffentlichung_ES.pdf
- Erpenbeck, J., & Sauter, W. (Hrsg.). (2017). Handbuch Kompetenzentwicklung im Netz: Bausteine einer neuen Lernwelt. Schäffer-Poeschel Verlag.
- Erpenbeck, J., Rosenstiel, L. von, Grote, S., & Sauter, W. (Hrsg.). (2017). Handbuch Kompetenzmessung: Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis (3., überarbeitete und erweiterte Auflage). Schäffer-Poeschel Verlag.
- Ertl-Schmuck, R. (2023). Grundsatzfragen der Pflegedidaktik—Ein sich wandelnder Diskurs. In W. V. Gahlen-Hoops & K. Genz (Hrsg.), Pflege—Bildung—Wissen (1. Aufl., Bd. 1, S. 69–94). transcript Verlag. <https://doi.org/10.14361/9783839464557-006>
- Ertl-Schmuck, R., & Hänel, J. (Hrsg.). (2022). Theorien und Modelle der Pflegedidaktik: Eine Einführung (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Beltz Juventa.
- Euler, D. (2020). Kompetenzorientierung in der beruflichen Bildung. In R. Arnold, A. Lipsmeier, & M. Rohs (Hrsg.), Handbuch Berufsbildung (S. 205–217). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-19312-6_18

- Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz (Bundesinstitut für Berufsbildung, Hrsg.). (2020). Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz. 2. überarbeitete Auflage. Aufgerufen am 10.06.2023. https://www.bibb.de/dokumente/pdf/Rahmenplaene_BARRIE-REFREI_FINAL.pdf
- Fawcett, J. (1996). Pflegemodelle im Überblick (I. Erckenbrecht, Übers.). H. Huber.
- Fiechter, V., & Meier, M. (1993). Pflegeplanung: Eine Anleitung für die Praxis (9. Aufl.). Recom.
- Fischer, M. (2020). Verfahren der Messung beruflicher Kompetenzen/Kompetenzdiagnostik. In R. Arnold, A. Lipsmeier, & M. Rohs (Hrsg.), *Handbuch Berufsbildung* (S. 263–277). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-19312-6_22
- Fleischer, J., Koeppen, K., Kenk, M., Klieme, E., & Leutner, D. (2013). Kompetenzmodellierung: Struktur, Konzepte und Forschungszugänge des DFG-Schwerpunktprogramms. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 16(S1), 5–22. <https://doi.org/10.1007/s11618-013-0379-z>
- Greve, W., & Thomsen, T. (2019). *Entwicklungspsychologie: Eine Einführung in die Erklärung menschlicher Entwicklung*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-93432-7>
- Hänel, J., & Ertl-Schmuck, R. (2022). Theorien und Modelle der Pflegedidaktik – ein verschlungenes Feld heterogener Praktiken. In Ertl-Schmuck, R. & Hänel, J. (2022). *Theorien und Modelle der Pflegedidaktik. Eine Einführung* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Beltz Juventa. S. 17 – 31.
- Harald, S., Allmer, F., Schalek, K., Eberl, J., Hansmann, R., Jedelsky, E., Pandzik, R., Tomacek, D., & Vencour, M. C. (2022). *POP - Praxis-Orientierte Pflegediagnostik* (3. Auflage). Springer Fachmedien.
- Hensge, D. K. (2008). *Kompetenzstandards in der Berufsausbildung*. https://www.bibb.de/dienst/dapro/daprodocs/pdf/zw_43201.pdf
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., Lopes, C. T., & NANDA International (Hrsg.). (2022). *NANDA-I-Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2021-2023* (M. Linhart & A. Kiefer, Übers.). RECOM. <https://doi.org/10.1055/b000000516>
- Höhmann, U., Lauxen, O., & Schwarz, L. (Hrsg.). (2018). *Gestaltungskompetenzen im Pflegealltag stärken: Arbeitsprozessintegrierte Kompetenzentwicklung in der Pflege*. Mabuse-Verlag.
- Hojdelewicz, B. M. (2021). *Der Pflegeprozess Prozesshafte Pflegebeziehung* (3. Auflage). Facultas.
- Hundenborn, G. (2008). *Fallorientierte Didaktik in der Pflege*. Elsevier.
- Hundenborn, G., & Darmann-Finck, I. (2020). Neuordnung der Pflegeberufe—Erreichtes und Perspektiven. Interview mit Prof. Gertrud Hundenborn und Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck zur Arbeit der Fachkommission nach § 53 PflBG (BIBB, Hrsg.). urn:nbn:de:0035-bwp-20208-5
- Hundenborn, G., & Knigge-Demal, B. (1998). Curriculare Rahmenkonzeption zum Begriff von Pflegesituationen und ihren konstitutiven Merkmalen (Teil 5 des Zwischenberichts der Landeskommision zur Erstellung eines landeseinheitlichen Curriculums als empfehlende Ausbildungsrichtlinie für die Kranken- und Kinderkrankenpflegeausbildung).
- Hundenborn, G., Kühn-Hempe, C., Scheu, P. (DIP e.v., FH Bielefeld (Hrsg.)) (2011). *Modulhandbuch für die dreijährige Altenpflegeausbildung in Nordrhein-Westfalen*. Köln. Abgerufen am 10.06.2023 von https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Mod_02_Modulhandbuch-Altenpflege.pdf
- I care Pflege (2. überarbeitete Auflage). (2020). Thieme.

- IBB Universität Bremen (Hrsg.). (2010). Berufliche Kompetenzen Messen. Das Projekt KOMET (Elektroniker) des Bundeslandes Hessen. Abschlussbericht.
- IHK Köln. Der deutsche Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR) - IHK Köln. Abgerufen am 28.06.2023
- Ippbremen » Theoretischer Hintergrund. Abgerufen 27. Mai 2023, von <http://nakomm.ipp.uni-bremen.de/hintergrund/>
- Jürgensen, A., & Dauer, B. (2021). Handreichung für die Pflegeausbildung am Lernort Praxis. Bundesinstitut für Berufsbildung.
- Katho NRW. Begleitete Berufseinmündung: Mentoring-Programm für Pflegelehrende. Abgerufen 8. Juni 2023, von <https://katho-nrw.de/weiterbildung/weiterbildungskurse/begleitete-berufseinmuendung-mentoring-programm-fuer-pflegelehrende>
- Kettschau, I. (2020). Kompetenzmodellierung in der Beruflichen Bildung für eine Nachhaltige Entwicklung (BBNE). <https://doi.org/10.25656/01:18262>
- Kirchhof, S. (2007). Informelles Lernen und Kompetenzentwicklung für und in beruflichen Werdegängen: Dargestellt am Beispiel einer qualitativ-explorativen Studie zu informellen Lernprozessen Pflegender und ihrer pädagogisch-didaktischen Implikationen für die Aus- und Weiterbildung (1. Aufl.). Waxmann.
- Klieme, E., & Leutner, D. (2006). Kompetenzmodelle zur Erfassung individueller Lernergebnisse und zur Bilanzierung von Bildungsprozessen. Beschreibung eines neu eingerichteten Schwerpunktprogramms der DFG. <https://doi.org/10.25656/01:4493>
- Klieme, Eckhard, Leutner, Detlev, & Kenk, Martina. (2010). Kompetenzmodellierung. Eine aktuelle Zwischenbilanz des DFG-Schwerpunktprogramms. <https://doi.org/10.25656/01:3342>
- KMK (Hrsg.).(2021) Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. Berlin. Abgerufen 19. April 2023, von https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2021/2021_06_17-GEP-Handreichung.pdf
- Kreutzer, S. (2021). Geschichte beruflicher Bildung in der Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und psychiatrischen Pflege. In I. Darmann-Finck & K.-H. Sahmel (Hrsg.), Pädagogik im Gesundheitswesen (S. 1–16). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61428-0_4-1
- Krohwinkel, M. (2013). Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs: Forschung, Theorie und Praxis (1. Auflage). Verlag Hans Huber.
- Krohwinkel, M. (2014). Neues Modell engt Denken ein. Die Schwester / Der Pfleger, 53. Jahrgang(07), 699–703.
- Kruijswijk Jansen, J., & Mostert, H. (1997). Pflegeprozess. Die Pflegemodelle von Orem und King im Pflegeprozess. Ullstein Mosby.
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2022). Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung: Grundlagentexte Methoden (5. Auflage). Beltz Juventa.
- Kühn T., & Koschel, K.-V. (2018a). Einführung in die Moderation von Gruppendiskussionen. Springer VS Koschel

- Kühn, T., & Koschel, K.-V. (2018b). Gruppendifkussionen: Ein Praxis-Handbuch (2. Auflage). Springer VS.
- Kunter, M., Baumert, J., Blum, W., Klusmann, U., Krauss, S., & Neubrand, M. (Hrsg.). (2011). Professionelle Kompetenz von Lehrkräften: Ergebnisse des Forschungsprogramms COACTIV. Waxmann.
- Lamnek, S., & Krell, C. (2016). Qualitative Sozialforschung: Mit Online-Material (6., überarbeitete Auflage). Beltz.
- Lienhart, A. (2019). Seminare, Trainings und Workshops lebendig gestalten (3. Auflage). Haufe.
- Löwenstein, M. (2022). Wege in die generalistische Pflegeausbildung: Gestalten, entwickeln, vorgehen. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-65640-2>
- Mayring, P. (2023). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Julius Beltz GmbH & Co. KG.
- Meleis, A. I., Brock, E., & Meleis, A. I. (1999). Pflgetheorie: Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Huber.
- Mischo-Kelling, M., & Wittneben, K. (Hrsg.). (1995). Pflegebildung und Pflgetheorien: Mit 10 Tabellen. Urban und Schwarzenberg.
- Olbrich, C. (1999). Pflegekompetenz. Huber.
- Olbrich, C. (2023). Pflegekompetenz (4., überarbeitete und erweiterte Auflage). Hogrefe.
- Peters, M., & Teliëps, J. (2023). Zuordnung der Abschlüsse in den Pflegeberufen zum DQR. BIBB. BWP 1 / 2023 S. 57 - 59. Abgerufen 10. Mai 2023, von <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/download/18313>
- Rauner, F. (2017a). Grundlagen beruflicher Bildung: Mitgestalten der Arbeitswelt. wbv, W. Bertelsmann Verlag.
- Rauner, F. (2017b). Methodenhandbuch: Messen und Entwickeln beruflicher Kompetenzen (COMET). wbv. W Bertelsmann Verlag.
- Rauner, F. (2018). Berufliche Kompetenzdiagnostik mit COMET: Erfahrungen und Überraschungen aus der Praxis. wbv. Bertelsmann Verlag.
- Rauner, F. (2021). Gestaltungskompetenz: Die Leitidee der modernen Berufsbildung. Springer VS
- Rauner, F. (2022). Heterogenität der Kompetenzentwicklung in der beruflichen Bildung. Springer VS
- Reetz, L. & Seyd, W. (2006) Curriculare Strukturen beruflicher Bildung. In Arnold, R., & Lipsmeier, A., (Hrsg.). Handbuch der Berufsbildung. (2. überarbeitete und aktualisierte Auflage). VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 227 – 259.
- Reichelt, M., Kämmerer, F., & Finster, L. (2020). Lehrziele und Kompetenzmodelle beim E-Learning. In H. Niegemann & A. Weinberger (Hrsg.), Handbuch Bildungstechnologie (S. 191–206). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-54368-9_15
- Reiss, K. & Hammer, C. (2013) Grundlagen der Mathematikdidaktik. Birkhäuser
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.). (2001). Pflege neu denken: Zur Zukunft der Pflegeausbildung (1. Nachdr.). Schattauer.
- Robitzsch, A. (2013). Wie robust sind Struktur- und Niveaumodelle? Wie zeitlich stabil und über Situationen hinweg konstant sind Kompetenzen? Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, 16(S1), 41–45. <https://doi.org/10.1007/s11618-013-0383-3>

- Roes, M. (2014). FACHLICH, ÜBERSICHTLICH, PRAXISTAUGLICH Entbürokratisierung der Pflegedokumentation. Die Schwester / Der Pfleger, 53
- Roper, N., Logan, W. W., & Tierney, A. J. (2023). Das Roper-Logan-Tierney-Modell: Basierend auf Lebensaktivitäten (LA) (M. Mischo-Kelling, Hrsg.; 4., überarbeitete und erweiterte Auflage). Hogrefe.
- Roper, N., Logan, W. W., Tierney, A. J. (2002). Das Roper-Logan-Tierney-Modell: Basierend auf Lebensaktivitäten (LA) (1. Aufl.). Huber.
- Rothgang, H. (2020). Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113ccSGB XI. Bremen. https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pdf
- Saul, S., & Jürgensen, A. (2021). Handreichung für die Pflegeausbildung am Lernort Pflegeschule (1. Auflage). Bundesinstitut für Berufsbildung.
- Sauter, D., & Bischofberger, I. (Hrsg.). (2004). Lehrbuch psychiatrische Pflege (1. Aufl.). Huber.
- Schaeffer, D., & Wingefeld, K. (Hrsg.). (2011). Handbuch Pflegewissenschaft (Neuaufl.). Juventa.
- Schaeffer, D., Moers, M., Steppe, H., & Meleis, A. I. (Hrsg.). (1997). Pflege-theorien. H. Huber.
- Schewior-Popp, S. (1998). Handlungsorientiertes Lehren und Lernen in Pflege- und Rehabilitationsberufen. Thieme
- Schewior-Popp, S. (2014). Lernsituationen planen und gestalten—Handlungsorientierter Unterricht im Lernfeldkontext (2. aktualisierte Auflage). Thieme.
- Schulz, M., Mack, B., & Renn, O. (Hrsg.). (2012). Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-19397-7>
- Simon, J. (2019). Pflegewissenschaftliche Ansprüche in der Unterrichtsplanung: Eine empirische Untersuchung. University of Bamberg Press.
- Stefan, H., Eberl, J., Schalek, K., Streif, H., & Pointner, H. (2006). Praxishandbuch Pflegeprozess. Springer.
- Tramm, T., & Naeve-Stoß, N. (2019). Curricula für die berufliche Bildung – Lernfeldstruktur zwischen Situations- und Fächerorientierung. In R. Arnold, A. Lipsmeier, & M. Rohs (Hrsg.), Handbuch Berufsbildung (S. 2 – 14). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-19312-6_26
- Tulodziecki, G., Grafe, S., & Herzig, B. (2013). Gestaltungsorientierte Bildungsforschung und Didaktik: Theorie - Empirie - Praxis. Klinkhardt.
- Vogler, C. (2021). Pflegias. Grundlagen beruflicher Bildung. Cornelsen
- Weidner, F. (2019) in Pflegezeitschrift. 72, 10 – 13. Aufgerufen am 17.Mai 2013, <https://doi.org/10.1007/s41906-018-0001-3>
- Weinert, F. E. (Hrsg.). (2014). Leistungsmessung in Schulen (3. aktualisierte Auflage). Beltz.
- Wieteck, P. (Hrsg.). (2020). ENP-Praxisleitlinien: Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegemaßnahmen (3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). RECOM.

Wieteck, P., Kraus, S., Mosebach, H., & Berger, S. (2017). Wissenschaftliche Hintergründe.
https://www.recom.eu/files/recom/40-wissen/enp-entwicklung/einleitung/ENP_Wissenschaftliche_Hintergruende_2017_DE.pdf

10. Anlagen

1.	Workshop-Programm.....	2
2.	Postskripts zu den Gruppendiskussionen.....	2
2.1	Postskript Gruppe 1.....	2
2.2	Postskript Gruppe 2.....	3
3.	Transkripte.....	4
3.1	Transkript Gruppe 1.....	4
3.2	Transkript Gruppe 2.....	17
4.	Einstieg in die Analyse vor der initiierenden Textarbeit.....	26
5.	Fallzusammenfassungen.....	29
5.1	Ausführliche Fallzusammenfassung aus Memos/Feldnotizen Gruppe 1...	29
5.2	Gekürzte Fallzusammenfassung Gruppe 1.....	35
5.3	Ausführliche Fallzusammenfassung aus Memos/Feldnotizen Gruppe 2...	36
5.4	Gekürzte Fallzusammenfassung Gruppe 2.....	40
6.	Codierte Transkripts.....	41
6.1	Gruppe 1 Memos/Feldnotizen, Hauptkategorien, Subkategorien.....	41
6.2	Gruppe 2 Memos/Feldnotizen, Subkategorien.....	66
7.	Sortierung der Beiträge nach Subkategorien summativ Gruppe 1 und 2.....	85
7.1	Was verstehen Sie unter Pflegeprozesskompetenz?.....	85
7.2	Wie wird Pflegeprozesskompetenz entwickelt? Wie entwickeln Sie das jetzt?.....	88
8.	Datenschutzerklärung blanco.....	98

Versicherung selbstständiger Arbeit

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit zum Thema: *Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz, eine Analyse der Perspektive von Pflegelehrenden* selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die anderen Quellen im Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen wurden, sind durch Angabe der Herkunft kenntlich gemacht.

Leidlingen

Ort

30.06.23

Abgabedatum

R. Assel-Burmeister

Regina Assel-Burmeister

Anlagen zur Masterthesis

Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz – eine Analyse der Perspektive von Pflegelehrenden

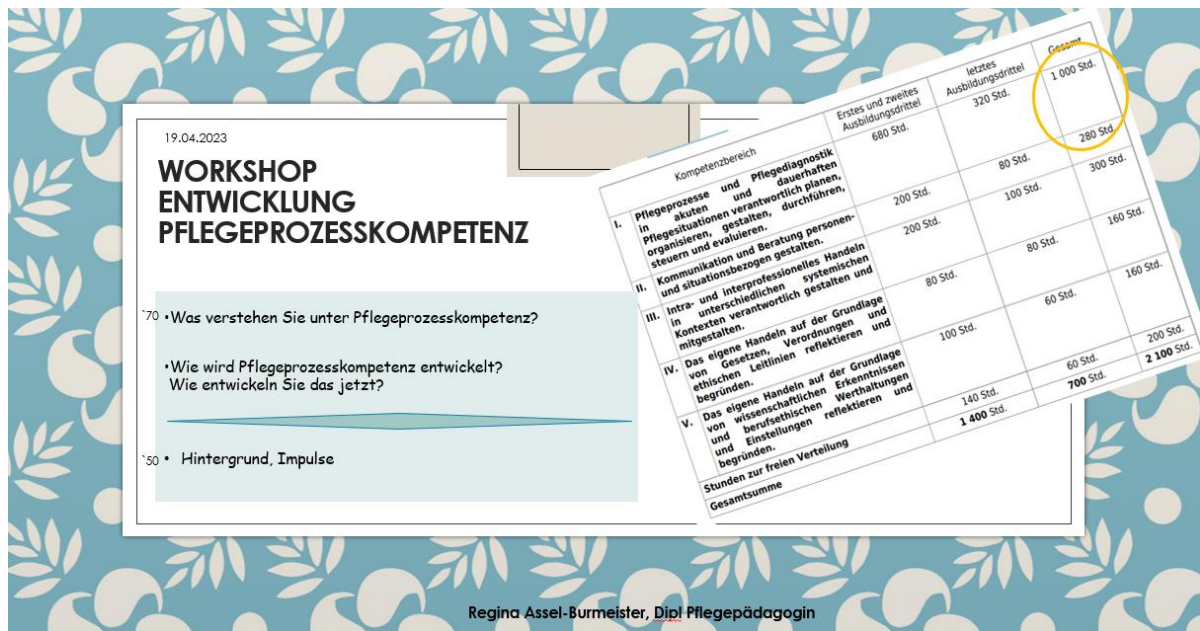
Regina Assel-Burmeister

Matrikelnummer: 526159

Inhalt

1. <u>Workshop-Programm</u>	119
2. <u>Postskripts zu den Gruppendiskussionen</u>	119
2.1 <u>Postskript Gruppe 1</u>	119
2.2 <u>Postskript Gruppe 2</u>	120
3. <u>Transkripte</u>	121
3.1 <u>Transkript Gruppe 1</u>	121
3.2 <u>Transkript Gruppe 2</u>	134
4. <u>Einstieg in die Analyse vor der initiierenden Textarbeit</u>	143
5. <u>Fallzusammenfassungen</u>	146
5.1 <u>Ausführliche Fallzusammenfassung aus Memos/Feldnotizen Gruppe 1</u>	146
5.2 <u>Gekürzte Fallzusammenfassung Gruppe 1</u>	152
5.3 <u>Ausführliche Fallzusammenfassung aus Memos Gruppe 2</u>	153
5.4 <u>Gekürzte Fallzusammenfassung Gruppe 2</u>	157
6. <u>Codierte Transkripts</u>	158
6.1 <u>Gruppe 1 Memos/Feldnotizen, Hauptkategorien, Subkategorien</u>	158
6.2 <u>Gruppe 2 Memos/Feldnotizen, Subkategorien</u>	183
7. <u>Sortierung der Beiträge nach Subkategorien summativ Gruppe 1 und 2</u>	202
7.1 <u>Was verstehen Sie unter Pflegeprozesskompetenz?</u>	202
7.2 <u>Wie wird Pflegeprozesskompetenz entwickelt ? Wie entwickeln Sie das jetzt?</u>	205
8. <u>Datenschutzerklärung blanco</u>	Fehler! Textmarke nicht definiert.

1. Workshop-Programm



The image shows a presentation slide for a workshop titled "WORKSHOP ENTWICKLUNG PFLEGEPROZESSKOMPETENZ" dated 19.04.2023. The slide contains two main questions for discussion: "Was verstehen Sie unter Pflegeprozesskompetenz?" and "Wie wird Pflegeprozesskompetenz entwickelt? Wie entwickeln Sie das jetzt?". Below these is a section for "Hintergrund, Impulse".

Overlaid on the slide is a table detailing the curriculum structure. The table is organized into columns for "Kompetenzbereich", "Erstes und zweites Ausbildungs-drittel", "letzttes Ausbildungs-drittel", and "Gesamt". The curriculum is divided into five main areas (I-V) with specific sub-topics and associated hours.

Kompetenzbereich	Erstes und zweites Ausbildungs-drittel	letzttes Ausbildungs-drittel	Gesamt
I. Pflegeprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.	200 Std.	80 Std.	280 Std.
II. Kommunikation und Beratung person- und situationsbezogen gestalten.	200 Std.	100 Std.	300 Std.
III. Intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen und situationalen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten.	80 Std.	80 Std.	160 Std.
IV. Das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien reflektieren und begründen.	100 Std.	60 Std.	160 Std.
V. Das eigene Handeln auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen reflektieren und begründen.	140 Std.	60 Std.	200 Std.
Stunden zur freien Verteilung	1 400 Std.	700 Std.	2 100 Std.
Gesamtsumme			1 000 Std.

Regina Assel-Burmeister, Dipl. Pflegepädagogin

2. Postskripts zu den Gruppendiskussionen

2.1 Postskript Gruppe 1

Ein Kommentar nach der Diskussion war, dass das Team im Revisionsprozess kein Kompetenzverständnis / Kompetenzmodell genutzt hat und dass es den KollegInnen unterschiedlich leicht/schwerfällt, den Pflegeprozess zu unterrichten. Da gibt es große Unterschiede.

Eigene Gedanken: Es wurde nicht viel über Pflegeprozesskompetenzentwicklung gesprochen. Es gab ein ausführliches Soll, das über die Aufgabenbereiche der Schule hinausgeht und die Praxis anspricht. Auf das IST wurde wenig eingegangen. Vermutung: Pflegeprozesskompetenzentwicklung ist zufällig. Auszubildende bekommen Aufgaben dazu, vom dritten Tag an – so ein Beitrag – Pflegeprozesskompetenz wird somit vor allem in der Schule entwickelt. In der Praxis findet der Pflegeprozess so nicht statt. Eigener Gedanke: Kann man dann von einer Kompetenzentwicklung sprechen? Kompetenzbeschreibungen gehen darauf ein, dass Fähigkeiten in verschiedenen Kontexten genutzt werden können. Kompetenzentwicklung braucht Situationsbezug, der in der Schule zu eingeschränkt hergestellt werden kann.

Eine TN äußerte nach der Diskussion, dass man ein Kompetenzmodell zumindest in der Schule anwenden sollte. Eigener Gedanke: Benner hat ein Kompetenzmodell erarbeitet, dass vor allem die Kompetenzentwicklung in der Praxis beschreibt. Der Rahmenausbildungsplan nutzt das selbe Kompetenzgefüge wie die Rahmenlehrpläne. Ein TN äußerte, dass die

Auszubildenden in der praktischen Prüfung gezeigt haben, dass sie Pflegeprozesskompetenz haben. Dies weicht von der Einschätzung der Pflegeprozesskompetenz der Auszubildenden und der Praxis stark ab (vgl. Einschätzungsskala zu den Gruppendiskussionen). Es wurde nicht darüber gesprochen, was die Grundlage dieser Einschätzung war.

Die Aussage der Bepunktung war, dass die Pflegelehrenden über Pflegeprozesskompetenz verfügen. Nach dem Vortrag war die Stimmung nachdenklich.

Problematisch sind teilweise fehlende Pflegeanlässe für die Auswahl von Prüfungssituationen. Der Pflegeprozess ist unsichtbar in der Praxis. Eigene Einschätzung: Unklarheiten zum Berufsverständnis / Pflegeverständnis stehen in Beziehung zu Problemen der Kompetenzentwicklung in Schule und Praxis.

Reflexion der Moderatorinnenrolle: Als Prämisse für die Diskussionsleitung erhielt das Prinzip der Selbstläufigkeit eine leitende Funktion. Insofern beliefen sich die Beiträge der Moderatorin eher auf spiegeln und Diskussionsleitung von einer Phase zur nächsten und der Zeiteinhaltung. Die Gruppe zeigte Gesprächsdisziplin, deshalb war hier keine Steuerung erforderlich. Im Nachhinein hätte die Rolle der Diskussionsleitung für mehr Tiefgang sorgen können, indem zu Begriffen „Spiralcurriculum“, „sie müssen es hinübertragen (die Auszubildenden in die Praxis“ vertiefende Fragen hätten gestellt werden können. Die Zurückhaltung ist im Kontext der Rekonstruktiven Gruppendiskussion geboten, und könnte so im Nachgang gerechtfertigt werden. Allerdings drängen sich bereits hier Anlässe zu weiteren Untersuchungen auf.

2.2 Postskript Gruppe 2

Die Zusammensetzung der Gruppe ergab sich kapazitätsbezogen. Es wurde aus pragmatischen Gründen ein Dienstbesprechungstermin genutzt. Aufgrund der persönlichen Bekanntheit zu zwei Teammitgliedern fiel die Rollentrennung schwerer als in Gruppe 1. Dies zeigte sich in der Nachfrage an die Diskussionsleitung bezüglich Nachfragen zu Praxisanleitertreffen, zu denen die Diskussionsleitung oberflächliche Kenntnisse hat. Im Unterschied zu Gruppe 1 war die Schulleitung anwesend. Die Verteilung der Diskussionsbeiträge war vor allem auf zwei Personen konzentriert. Das Brainstorming, das in Form einer Kartenabfrage durchgeführt wurde, und die Schlussrunde, in der der Reihe nach alle Teilnehmenden ihre Eindrücke darstellten, führte dazu, dass die zurückhaltenden Teilnehmenden hier aktiv eingebunden waren. Dies kann im Nachhinein als Argument für das gewählte methodische Vorgehen betrachtet werden. Alle Teilnehmenden verfügten über eine dreijährige Pflegeausbildung, in der Pflegeprozess Inhalt gewesen sein muss. Hier war die Erwartung, dass im Grunde alle Teilnehmenden zumindest eine oberflächliche Vorstellung von Pflegeprozesskompetenz haben konnten, auch wenn diese nur auf der eigenen Ausbildungserfahrung beruht. Dies hat sich jedoch nicht

so gezeigt. Im Gegenteil, eine teilnehmende Person äußerte, Pflegeprozesskompetenz erst durch das eigene Lehrendenhandeln kennengelernt zu haben.

3. Transkripte

3.1 Transkript Gruppe 1

1	AB	(1:58)Wir sehen eine breite Streuung und ich möchte jetzt die Punkte sprechen lassen. Was man vermutet was da so ist. Was sagen die Punkte hier. Dann fange ich mit dem Bereich an (8 - 10). Was sind die Gründe, warum hier die Punkte sind?
2	A	Ja, ich würde jetzt auf die persönliche Pflegeprozesskompetenz beziehen. Wenn wir es nicht können, wer dann.
3	B	Ich auch.
4	AB	Das sind diese Punkte, sind die 7er auch noch dabei? Bis wohin geht der Bereich persönliche Pflegeprozesskompetenz?
5	C	bis 6
6	A	meine 7er sind schon die nächste Gruppe.
7	AB	Dann knubbelt es sich von 5 bis 7.
8	B	Für mich ist das die Kompetenz der Auszubildenden, die Perspektive der Auszubildenden.
9	AB	Was sagt der Bereich aus? (unter 5)
10	D	Praxis
11	AB	Unternehmen, Lernort Praxis, da ist auch noch ein Azubi drin.
12	C	(05:32) Der Azubi in dem unteren Bereich meint, am Anfang der Ausbildung, denn das ist ja ein Lernprozess, die Pflegeprozesskompetenz
13	B	Mir zeigt das, dass sich die Theorie besser darauf vorbereitet hat als die Praxis.
14	D	Ich würde auch sagen, dass die Praxis das nicht so anwendet. Das sagen ja auch immer die Schüler, dass das in der Praxis nicht gemacht wird. Da gibt es Pflegepläne, fertige, in Miona (Programm), da müssen die was ankreuzen, aber das wird nicht richtig geplant. Die schreiben eher ihre durchgeführten Tätigkeiten.
15	C	Der Pflegeprozess an sich findet im Kopf statt. Er wird nicht dokumentiert im klassischen Sinne. Jede Pflegekraft für sich kommt zum Dienst, erhebt die Informationen, die er braucht, plant die Pflege in seinem Kopf. Das und das ist das Problem. Das und das ist das Ziel, und das ist die Durchführung. Das muss ich machen, damit ich zur Durchführung, bis am Ende meiner Schicht. Das ist das, was ich als Beispiel immer den Auszubildenden am Anfang sage, dass das das Problem ist, dass sie das nicht sehen können. Das sehen sie nicht in der Praxis, aber jede Pflegekraft, <i>jede</i> , macht eine Pflegeplanung kognitiv im Kopf, ohne dass andere das mitbekommen, genau das.
16	E	(07:42) Das ist ja seit 1985 verankert, seit 01.09.85 im Gesetz. Da gab es ja die große Revision sozusagen. Erstmals und da steht es im Gesetz drin. Dieser berühmte Prozess Fiechter / Meier, ich alter Knochen da. Das war damals sozusagen

		heißes Thema und seitdem und alle anderen ganz jungen, natürlich ganz neue Ausbildungen und Studiengänge, aber selbst alte Knochen wie ich haben das ja schon gehabt. Das war auch wichtig damals. Von daher wäre die Frage: Was hat sich weiterentwickelt im Rahmen der Revision des Curriculums für 2020 bezogen darauf? Sind es die Methoden? Der Prozess selber ist eigentlich gleich.
17	B	Das sind jetzt Vorbehaltstätigkeiten.
18	E	Ja genau.
19	AB	(8:30) Ich würde jetzt gern ein Brainstorming machen und zwar zu der Frage: Was verstehen wir unter Pflegeprozesskompetenz? (Alle schreiben Karten)
20	F	(14:30) Ich habe mich tatsächlich an dem Wort Kompetenz festgehalten und mit Wissen über Pflegeprozess erstmal angefangen, weil das wissen wir ja alle, denn Kompetenzen sind erstmal so nicht sichtbar, sondern spielen sich im Kopf ab. Wissen über den Pflegeprozess. Pflegeprozess an sich spiegelt für mich, dass es professionelle Pflegehandlungen sind, Unterscheidung Laienpflege, professionelle Pflege und analog zu dem Wissen habe ich Anwendung des Pflegeprozesses ein bisschen mit Fragezeichen gemacht, weil Kompetenzen nicht unbedingt sichtbar sind.
21	G	(15:30) Ich habe nur eins. Professionelle Pflege heißt, das beinhaltet ja, dass ich weiß, was der Pflegeprozess ist, dass man auch in der Lage ist. Was gehört dazu, ich muss kommunizieren können, ja erkennen können und das dann auch umsetzen.
22	E	Am Anfang steht das Gleiche hier, den Pflegeprozess zu kennen, das Wissen über den Pflegeprozess zu haben, dann finde ich ganz wichtig, dazu gehört für mich, sonst kann ich es nachher hinten raus nicht anwenden, zu sagen, ich brauche die Methoden, ich habe sogar vielleicht eine Methodenvielfalt, die ich sozusagen für die einzelnen Prozessschritte anwenden kann, und eventuell wechseln kann, je nach Setting, wo ich mich befinde, in welchem Pflegekontext. Dann habe ich gedacht, das, was C schon gesagt hat, dazu gehört sozusagen, es in die Praxis zu überführen und praktisch auch sozusagen, in der Praxis anzuwenden und zu dokumentieren, nicht nur im Kopf. Und, das ist vielleicht auch eine Kompetenz, die man in dem Zusammenhang entwickeln könnte, wie man in die Praxis zu überführen grundsätzlich in seinem Setting, im Team, also dass das sozusagen Einklang findet. Das hat aber auch was mit Dokumentationssystem zu tun, das muss auch geeignet sein. Wir werden ja auch immer digitaler, je nach dem in welchem Kontext man ist und nicht anders kann. Das ist ja eine Organisationssache im Haus.
23	A	Der Pflegeprozess ist die Grundlage pflegerischen Handelns oder Tuns, von einer anderen Perspektive aus, das ist für mich aber auch ganz wichtig, Ausdruck der Professionalisierung des Pflegeberufs, die Pflegeprozesskompetenz beschreibt letzten Endes die Profession. Und der Pflegeprozess an sich ist deshalb ja nicht zuletzt eine vorbehaltene Tätigkeit für die Pflegenden. Und ein Aspekt des Pflegeprozesses, den ich nochmal rausheben wollte, ist für mich ganz wichtig, weil es trotz aller Dokumentation immer wieder untergeht: So wird Pflege evaluierbar.
24	H	(19:30) So als erstes hab ich jetzt Professionalisierung, also fachliche Versierung, also sprich, also was die Pflege betrifft, auf der anderen Seite auch, was den Umgang mit dem Pflegeprozess betrifft, dass man in Austausch gehen kann, Fachsprache verwendet, damit man mit dem Team, nicht nur mit den Auszubildenden, in Austausch gehen kann, und dass man Probleme erkennt und Lösungen dafür findet, und dass man was gemeinsames hat, und sich darüber austauschen kann.

25	B	Ich habe da irgendwie ganz anders gedacht, habe ich gerade festgestellt. Ich hab gedacht, wie zeigt sich Pflegeprozesskompetenz? Und habe gedacht, es hat zu tun mit ganzheitlichem Arbeiten und Denken und dann schon sehr konkret im begründeten Handeln und ganz beispielhaft Anwendung von Theorien und Modellen zur Analyse, ist im Prinzip das professionelle Arbeiten, ich bin da glaube ich etwas konkreter geworden, nicht so auf der Metaebene geblieben.
26	I	Ganzheitlichkeit umsetzen, ist für mich das Umgreifende, die evidenzbasierte Planung und dynamische Anpassungsfähigkeit, macht Pflege evaluierbar.
27	D	Ich habe nochmal anders gedacht. Ich habe eher so gedacht, was ich unter dem Pflegeprozess verstehe. Das ist die geplante Pflege, und dann eben sozusagen der Prozess hat einen Ablauf der Pflegeaktivitäten, und dann dass es um Evaluation geht, Überprüfung der geplanten Pflege. Ich habe in der Mikroebene gedacht.
28	C	(22:12) Ich habe auch einmal die vorbehaltenen Tätigkeiten zu kennen und deren Bedeutung, weil ich glaube, bis heute ist das noch nicht wirklich in der Praxis angekommen - ganz grausam muss ich sagen. Als zweites habe ich hingeschrieben als Kompetenz, den Pflegeprozess anzuwenden in allen 6 Schritten, damit man auch quasi die Anwendung aber in der Ganzheitlichkeit (...).
29	AB	Eine weitere Frage ist: Wie wird diese Pflegeprozesskompetenz entwickelt, Wie entwickeln Sie das jetzt?
30	E	(24:50) Ich würde mal aufgreifen, was die Kollegen sozusagen, weil das ist so ein entscheidender Punkt, die Vorbehaltstätigkeit. Ich glaube, das hat sich geändert. Die, die in der Praxis stehen, müssen es jetzt umsetzen. Früher konnte man alles sozusagen, ja, der Arzt schreibt vor, der Arzt sagt, ich muss zweistündlich drehen. Der schreibt das oft, habe ich erlebt, auch dann hin, Verordnungsplan und so weiter. Das muss er nicht mehr. Wenn was schief gegangen ist, früher hatte der Arzt letztlich die Verantwortung, wurde rechtlich sozusagen belangt, konnte belangt werden. Jetzt seit 2020, es steht im Gesetz, muss er das nicht mehr, das ist unser Job. Also Pflege in der Praxis. Insofern ist das, was bedeutet, wie wird Pflegekompetenz entwickelt, also unabhängig, was sind einzelne Schritte des Pflegeprozesses. Erstmal das Verständnis vermitteln, dass eben, dass das eine Kernaufgabe ist, deswegen habe ich eben das auch aufgegriffen, was die Kollegin gesagt hat, dass du dafür rechtlich verantwortlich bist, und dieses Bewusstsein zu schärfen. Diese Rechtsstellung, die jetzt auch dahintersteht und dass man eben von sich aus auch handelt und in seinem Tätigkeitsfeld dafür auch eben geradestehen muss, das zu vermitteln, das halte ich für einen ganz wichtigen am Anfang stehenden Schritt.
31	AB	Also das Bewusstsein für diese Verantwortlichkeit schärfen.
32	E	Ja.
	I	(26:12) Vorbehaltene Tätigkeiten stellen für mich aber auch eine Errungenschaft dar. Und ich dachte so, wie entwickelt sich irgendetwas häufig ja mit Erfolg. Also Prozesse, Firmen, Dinge, Produkte, Evolution funktioniert mit Erfolg. Was erfolgreich ist, setzt sich durch. Deswegen gehört für die Entwicklung für mich Erfolg dazu. Und vorbehaltene Tätigkeit ist ein Beispiel für Erfolg in dieser Entwicklung.
33	A	Ich habe gerade eine andere Herangehensweise an die Frage. Ich würde jetzt so ganz einfach sagen, durch theoretischen und praktischen Unterricht bahne ich Pflegeprozesskompetenz an und gerade zu dem Thema ist es wichtig, dass theoretischer und praktischer Unterricht möglichst Hand in Hand gehen und deshalb auch dass möglichst ein spiralförmiges Curriculum dazu benutzt wird.

35	C	Ich finde auch das Spiralförmige ganz wichtig und dass wir mittlerweile von Tag 1 an, musste ich in meinem Kurs quasi mit der Pflegeplanung beginnen, vielleicht der zweite Tag. Aber von da an ist der, wenn ich das an meine Ausbildung erinnere, ok, ganz. Informationssammlung, dann müsst ihr Pflegeprobleme aufschreiben. Ja so hier, soundso geht das. Das wurde einmal unterrichtet, das wurde vor dem Examen zur praktischen Prüfung wieder rausgekrant. Ihr habt das schon mal gehabt, so nach dem Motto und bum. Das müsst ihr können. So. So war das bei mir in der Ausbildung noch zum Krankenpfleger. Und ich verstehe jetzt so viel anders, wie das ist und wie schön das ist durch diese Spirale, wie uns in der Katho das beigebracht wurde, die Bahn kommt immer wieder vorbei sozusagen, dieses Spiralförmige. Das finde ich so schön, und auch das selber jetzt bei den Auszubildenden anzuwenden, das zu begleiten, das zu evaluieren, wie gut sie es dann am Ende machen. Man merkt man jetzt schon in der Generalistik die Unterschiede vom generalistischen, dem ersten Kurs, der jetzt im März zu Ende gegangen ist, auch in den neuen Kursen vor allem, wie viel früher die, wie gut die schon sind, in der Pflegeplanung. Das ist ein unfassbarer Erfolg in dem Sinne schon sichtbar, finde ich persönlich.
36	D	Ich habe jetzt aber einen kleinen Rückschlag, C. Weil ich habe jetzt bei den Praxisbegleitungen Sieben, was mich jetzt erstaunt, dass sie die Pflegeplanung teilweise sehr schlecht geschrieben haben, sehr oberflächlich. Da war ich ein bisschen erstaunt, weil ich dachte, der Kurs kann das eigentlich gut. Die sind geübt, aber in der praktischen Anwendung auf Station hatten die jetzt Probleme. Ich habe zwar nur einen Teil jetzt gemacht aber da hatten die Probleme. Da muss man den Ansatz finden, warum ist das so.
37	A	Es ist durchaus möglich, dass sie tatsächlich die Pflegeplanung mehr in der Schule verorten als in der Praxis.
38	D	Ja.
39	A	Dass das das Problem an der Stelle ist.
40	I	Da sollten wir bei Erfolg auf jeden Fall so an praktischen Erfolg wie das Verheilen einer Wunde oder das reizlose Abheilen einer OP-Wunde zum Beispiel mitaufnehmen, weil das ist ja durchaus im Kontext Pflegeprozess durchaus ein kleinschrittiger Erfolg. Das mag ich da durchaus mitverstanden wissen, weil auch dieses Erfolgserlebnis ja zum Kompetenzerwerb und zur Kompetenzentwicklung weiter beiträgt, und ich sehe, dass das, was ich tue, funktioniert, und Erfolg hat.
41	D	Aber so eine Wunde, die zugeht, die soll von Natur aus so zugehen. Man sollte so wenig wie möglich an Wunden machen. Da verstehe ich Dein Beispiel gerade nicht.
42	B	Aber <i>chronische</i> Wunden.
43	D	Ja, chronische Wunden. Ja. Aber OP-Wunden
44	I	Hilf mir mit einem besseren Beispiel, dass Du es halt wirklich ganz runterbrichst.
45	E	Das Beispiel ist wirklich gar nicht so verkehrt, weil, das ist das, was sie in der Praxis erleben. Ich mach was Praktisches und das hat Erfolg und das assoziieren sie mit einer medizinischen Tätigkeit. Ich kann hier eine Wunde versorgen und wende solche Dinge an. Und assoziieren das vielleicht weniger mit Pflegeprozess, obwohl sie den eigentlich tun, das ist glaube ich das Dilemma. Quasi. Im Kopf schon, aber in der Praxis bringen sie den Pflegeprozess da nicht mit Wundversorgung, das ist natürlich mehrschrittig und so weiter.
46	B	Im Prinzip sind wir schon einen Schritt vorher, weil Du hast ja gesagt, seit 2020 haben wir die alleinige Verantwortung für den Pflegeprozess. Das ist in der Praxis so

		glaube ich niemandem bekannt. Frag mal die Ärzte, ob sie noch verantwortlich sind. Die sagen ja. Wir sagen nein. Und Instrumente gibt es ja gar nicht dafür, dass es jetzt wirklich in die Hände sozusagen der Pflegenden übergegangen ist.
47	E	Und so kommt es nämlich, was D gerade gesagt hat in der Wahrnehmung, die verorten das in der Schule. In der Praxis erleben die, sind ja jung und im Team, und da werden sie ja auch erstmal gebäuscht, wenn so eine Erfahrene kommt und sagt, eh sag mal, wir machen das soundso, hier wird das jetzt erstmal so und so gemacht. Da fängt man ja nicht gleich an und sagt, ich komm jetzt aus der Schule und die haben gesagt, anders, da muss man erst reinwachsen, in diese Rolle sozusagen. Und, denk ich, dass das das Ergebnis ist, dass das im Moment die Praxis ist, dass es noch braucht, das zu überführen.
48	B	Deswegen ist wahrscheinlich auch theoretisch eher verortet. Die Instrumente und Methoden vermitteln, ist, zu können und durchzuführen. Aber wir bleiben da wirklich in der theoretischen Ebene hängen.
49	F	Und dadurch, dass wir bei den Praxisbegleitungen, die wir machen, auch wir als Lehrende mit denen da halt nur eine Info-Sammlung besprechen, Pflegeplanung besprechen und das mit den Praxisanleitern auf Station. Aber vorm Examen, vorm Probeexamen gar nicht so stattfindet, ist auch nochmal so die Abgrenzung, dass es eher in der Theorie angesiedelt wird. Vielleicht müsste man das in Form von den zentralen Gruppenanleitungen oder sowas auch häufiger einbauen.
50	B	Selbst die Bereitschaft der Praxisanleitenden an der Praxisbegleitung Sieben teilzunehmen, ist nicht sehr groß. Die müsste sofort, es müsst die anspringen und sagen, ne klar, das müssen wir zusammen machen, weil sonst können wir
51	D	Sind die da nicht immer?
52	B	Ne, ganz viele Stationen sagen wieder ab, schaffen wir nicht, Dienstplan, krank.
53	G	Ich war Gott sei Dank in einer Psychiatrie, da war immer jemand.
54	B	Also wir müssen da nochmal kommunizieren, das ist jetzt was anderes, dass sie das auch als Anleitungszeit verbuchen können.
55	A	Wenn sie dabei sind.
6	B	Ja, wenn sie dabei sind, nicht, wenn sie nicht da sind.
57	H	Man muss ja auch dazusagen, wir hatten jetzt eine Praxisanleitung gehabt, das fand ich sehr gut, die Praxisanleiterin hat das ja gleich zum Anlass genommen, all das in der Folge aufzuarbeiten, die sind ziemlich aktiv, was da zu bearbeiten war. Ich muss da.
58	C	Ich würde gern nochmal die Sichtbarkeit der Entwicklung mitnehmen, oder wo die das wiederfinden zum Beispiel im Dokumentationssystem. Das EPAK (Programm) basiert auf dem Pflegeprozess. Ich probiere immer wieder Beispiele, das mit denen im Unterricht zu besprechen, wo die das wiederfinden, damit sie sich ein Bild machen können wo das tatsächlich in der Praxis auch verortet ist. Das ist so, oft so das beste Beispiel: Alle klicken sie wie die Weltmeister im Evaluationstool, sozusagen. Da machen sie es ja alle, das können sie rauf und runter. Worauf das letztendlich fußt, das wissen die gar nicht.
59	AB	Die Auszubildenden?
60	C	Die Auszubildenden. Ich gehe sogar so weit zu sagen, dass viele ausgebildete Kräfte das nicht wissen, dass das EPAK auf dem Pflegeprozess basiert, da bin ich mir 100 % sicher.

61	B	Aber Vermittlung von Instrumenten und Methoden, und so das ist ja so unser Vorgehen - wie entwickeln wir das, oder? Zumindest, wie wollen wir es entwickeln.
62	AB	Ich habe die Wahrnehmung, dass Pflegeprozesskompetenz vor allem im schulischen Setting entwickelt wird und in der Praxis ist das irgendwie anders.
63	B	Wobei man da auch differenzieren muss. Im Krankenhaus ist es anders. In der ambulanten Pflege sind die Rückmeldungen anders und in stationären Langzeiteinrichtungen sind die Rückmeldungen auch anders.
64	G	Deswegen wollte ich nochmal, nicht nur die Vermittlung ist wichtig, an erster Stelle muss das Interesse bestehen, sowohl für die Auszubildenden aber auch für die Pflegenden und das sehen ja auch die Auszubildenden nicht. Es wird ja in keinsten Weise gelebt. Das ist so das entscheidende für mich.
65	E	Könnte man ja fast mutmaßen, wenn in den nächsten 3, 4, 5 Jahren die ersten Prozesse öffentlich werden, wo eine Pflegekraft verantwortlich verknackt worden ist, weil sie was unterlassen hat, was im Gesetz steht, dann wird sich das auch ganz schnell in die Praxis einfinden. Das ist bitter, aber das könnte passieren theoretisch.
66	C	Oder das andere Beispiel. Man verdient damit Geld in der ambulanten Pflege.
67	H	Das wollte ich gerade sagen.
68	C	Wenn man darüber Geld verdient, dann implementiert man das ganz ganz schnell. Und das ist ja letztendlich, die ambulante Pflege, die muss nachweisen, wie sie den Pflegeprozess durchführt.
69	B	Und die Langzeiteinrichtungen auch, da ist der MDK sehr aktiv.
70	D	Die Krankenhäuser sind im Moment noch so...
71	H	Die haben ja im Moment. Diese Arbeit, die sie investieren, immer wieder evaluieren, wenn sie langfristig Patienten versorgen, ist das natürlich eine ganz andere Rechnung, rein schon, was den geldlichen Vorteil betrifft, den sie dadurch haben. Wenn man die Krankenhausverwaltung mal betrachtet. Möglicherweise ist das ein Grund dafür, dass das hier nicht so ist.
72	B	Es liegt auch am Abrechnungssystem, solange wir in den Fallpauschalen abgebildet werden, irgendwie, aber nicht durch irgendwelche konkreten Leistungserfassungen von Pflegetätigkeiten. Wie willst du im Krankenhaus die finanziellen Anreize schaffen?
73	H	Und genau deshalb wird es wahrscheinlich auch nicht gemacht. Wenn man einen Geldwertvorteil hätte, dann würde sich das schon anders durchsetzen. Da bin ich mir ziemlich sicher.
74	D	Wir haben im Krankenhaus eine andere Klientel, und wenn man auf Normalstation guckt, die haben oft ganz wenig Pflegeanlässe, weil die eigentlich sehr viel selbstständig durchführen. Ich habe ja jetzt beim Examen Probleme gehabt, Patienten zu finden, die in die mittlere Pflegekategorie reinkommen sollten. Selbst postoperativ blieb jemand nach einer großen OP, eine große Prostata-OP mit Da Vinci mit Computer bekommen, 2. post OP-Tag. Der brauchte eigentlich fast keine Hilfe. Der hat Körperpflege selbst gemacht, Überwachung war nicht. Ja da war Anleiten / Beraten hat man dann gemacht, das ist eben auch kurz, wenig Pflege. Da sagen die Schüler, was sollen wir denn da schreiben? Der macht doch alles selbst. Was muss ich da machen? Und ich frag die Pflege, was macht ihr überhaupt noch in der Pflege? Weil angeblich gibt es ja keine Pflegetätigkeiten mehr, richtig. Das sieht man nur auf

		speziellen Stationen manchmal, dass es ist. Wie auf Intensiv, aber da ist eine ganz andere Arbeit.
75	G	Aber das ist der Pflegeprozess. Ich kann mir nicht vorstellen, dass dieser Mann am 2. Tag sich beispielsweise den Rücken selbst gewaschen hat und an die Füße kam, nach der OP.
76	D	Das hat seine Frau gemacht.
77	H	Ach so, aber er konnte es ja selbst nicht.
78	D	Der war, der konnte, der wollte keine Hilfe. Das machte seine Frau.
79	B	Wir haben in der Kinderkrankenpflege darüber diskutiert, wo die Eltern wirklich den hohen Anteil Pflege machen. Was ist denn da noch pflegerische Aufgabe. Gerade so spezielle Bereiche wie Onkologie, da machen die Eltern halt alles. Aber wir haben die Verantwortung zu gucken, machen es die Eltern auch richtig, machen sie es konsequent. Also nur weil mir jemand sagt, ich habe die Mundinspektion durchgeführt, heißt das ja nicht, dass sie sie gemacht hat. Und dass man darauf sich rückversichert, die Kompetenzen der Eltern zum Beispiel, ein Gespräch führen mit den Eltern, das als Pfl egetätigkeit empfindet. Ich glaube, das ist bei vielen auch noch nicht angekommen.
80	AB	Vielleicht nochmal zurück zur Ausgangsfrage, wie wird Pflegeprozesskompetenz entwickelt, wenn ich so überwiegend raus höre, dass Pflegeprozesskompetenz in der Schule entwickelt wird, kann man es als solche bezeichnen, mal provokativ gesprochen? Was braucht es auch, um diese Kompetenz zu entwickeln?
81	G	Ich bin ja immer noch der Meinung, dass man auch so in einem selbst die Veranlagung dazu haben muss. Ja, man kann viel vermitteln, aber der ein oder der andere
82	B	Das ist schlecht zu überprüfen.
83	AB	Du meinst jetzt die Lehrenden? Wer braucht die Veranlagung?
84	G	Alle, alle die mit dem Pflegeprozess, ob das die Auszubildenden sind auf Station, die Lehrenden, alle.
85	E	Du meinst den Altruismus in dir, so als Pflegekraft, die Empathie.
86	E	Na ich glaube vielleicht der Theorie-Praxistransfer. Es sind immer Anteile. Natürlich, ich muss zuerst Wissen haben. Die Frage, wie vermittele ich das Wissen, und dann nachher, damit es in der Praxis auch ankommt, ist natürlich auch die Frage, wie bringe ich es in die Praxis und wie wird es dann am Lernort Praxis umgesetzt.
87	B	Wenn man nicht nur eine Praxisbegleitung sieht, sondern mehrere.
88	E	(42:36) Ja und im Grunde kann man ja schon sagen, institutionell, das wäre vielleicht ein Anspruch, denn wir hier haben müssten in der Krankenhaus mit einem pflegewissenschaftlichen Institut mit dem Studiengang klinische Pflege, dass wir da so eine ganz hohe Vernetzung haben. Dahinter steckt natürlich wieder das DRG-System. Wie ist es finanzierbar. Das hat auch was mit Personalbesetzung zu tun, vielleicht mit freigestellten Praxisanleitern, die sich mit den Themen viel besser beschäftigen können, weil sie nicht den Druck der Patientenversorgung haben und so weiter und so fort, also zusammengefasst Theorie-Praxistransfer.
89	F	Gucken wir nochmal auf Instrumente und Methoden, weil das ist ja so wie machen wir das?

90	B	Ich hatte halt gedacht an Analyse-Instrumente, Assessments, Pflegediagnosen, all das kriegen sie an die Hand, um diesen Pflegeprozess durchzuführen. Aber wie gesagt, das ist in der Praxis, sie müssten dann vielleicht konkrete Praxisaufgaben kommen, wo sie das dann direkt umsetzen.
91	H	Um etwas umzusetzen, müssten sie ja erstmal ein Motiv haben.
92	B	Ja wie gesagt, Kompetenz kann ich ja nur überprüfen, wenn ich, in der Umsetzung, in der Performanz. Das heißt, ich kann denen alles Mögliche an die Hand geben, aber wenn ich erst im Examen feststelle, dass sie damit allem nichts anfangen konnten, dann ist es schlecht.
93	D	Wir haben doch die Praxisbegleitung
	B	3 und 4
94	A	Jetzt 3
95	B	3 und 4
96	D	3 und 4 das wäre doch 2 mal 7. Das sind doch dann auch, wo wir die Pflegeplanung, erstmal Infosammlung, und dann Pflegeplanung.
97	B	(44.10) Genau
98	G	Ja und die Praxisbegleitung 3 ist die Praxisbegleitung 4.
99	B	4 und 5 haben wir getauscht. Wir bauen jetzt aufeinander auf. Die 3 war ja Infosammlung mit Pflegeprobleme und Pflegediagnose.
100	A	Die 4 ist jetzt die 5 mit der Pflegeplanung.
101	C	Die Emotionen ist jetzt nach hinten gerutscht.
102	B	Emotion ist jetzt nach hinten gerutscht. Sodass wir mal Pflegeplanung hintereinander machen.
103	A	Früher war Emotion die 4 und jetzt ist es die 5.
104	GM	Genau, so dass wir jetzt die beiden, die sich mit Pflegeplanung beschäftigen, aufeinander aufbauen, im Abstand von einem halben Jahr.
105	D	Da versuchen wir es ja auch mit der Praxis.
106	E	Mir ist ganz spontan eingefallen: Gibts die IPSTA Station noch? Diese Schulstation, da haben wir ja jetzt eine.
107	D	Ich glaube, die machen alles andere als Pflegeplanung.
108	E	Die sind aber als Ausbildungsstation, sowohl die Pflege als auch die Ärzte. Unter Watch von den fertig Ausgebildeten behandeln die die Patienten, pflegen die und müssen tatsächlich dann, weil sie tatsächlich Verantwortung in der Ausbildungssituation übernehmen, den Laden schmeißen und dadurch einen Lerneffekt erzielen.
109	C	Die sogenannte Schulstation.
110	AB	Schulstation also. Und inwieweit spielt Pflegeprozesskompetenzentwicklung da eine Rolle? Das interessiert mich jetzt einfach.
111	D	Mich auch.
112	E	Ja also, Stichwort IPSTA. Wenn ich jetzt da. Ja wenn ich als Auszubildende, der das in der Schule lernt, verantwortlich bin, das in der Praxis umzusetzen, dann bin ich doch auch gezwungen, das anzuwenden. Also das ist ja anders, als wenn ich die

		Ausbildung habe, also fertig bin, bin ich auch gezwungen es zu tun. Aber wie können wir verbessern, wie können wir das entwickeln, das steht ja darüber in dem gelben Bubble, da finde ich. Da fällt mit eben diese IPSTA ein. Das könnte so ein Instrument sein, das weiter auf dieser Schulstation auszubauen, weil das das Bewusstsein noch mehr schärfen könnte. Ich bin jetzt verantwortlich und habe ja gerade noch die Verzahnung zur Ausbildungssituation.
113	AB	Also der Kenntnisstand ist jetzt nicht hier so da, verstehe ich das richtig?
114	E	Ja, dass wir das haben.
115	D	Ja, aber was da wirklich passiert.
116	B	Das, was auf anderen Stationen auch passiert.
117	A	Also kein Pflegeprozess.
118	B	Aufnahmegespräche werden die ja wohl führen, oder nicht?
119	D	Und wer überprüft das? Die auf Station? Die Praxisanleiter.
120	B	Genau, oder die Stationsleitung.
121	G	Aber die existiert noch.
122	B	Die wird noch ausgebaut. Sind 4 Betten, soll erweitert werden.
123	D	Also 2 Zimmer sind es glaub ich, soll erweitert werden.
124	H	Ich kenn das jetzt nur von Großstadt. Da war es so, dass es so konzipiert war, dass die auszubildenden Ärzte, genauso wie die auszubildenden Pflegekräfte praktisch gemeinsam gearbeitet haben. Das hat eben das Gefälle zwischen den unterschiedlichen Professionen war nicht mehr vorhanden, dass die in fachlichen Austausch gehen. Das hatte zur Konsequenz, dass die sich ganz anders ausdrücken mussten und ich muss ganz ehrlich sagen, die Examen auf dieser Station, ich habe sie geliebt. Nirgendwo wurde präziser formuliert. Das war ein wunderbares Miteinander. Das stellte sich tatsächlich so dar, dass die Visiten besprochen haben, dass die unterschiedlichen Fachlichkeiten zugunsten der Patienten zusammengeführt wurden und was die Therapie und die pflegerischen Maßnahmen betraf. Das war schon total angenehm. Und ich war immer erstaunt, wenn die auf dieser Station waren, mit welcher Fachlichkeit, also Fachsprache auf Dinge formuliert werden konnten. Darüber habe ich es kennen gelernt. Ich weiß nicht, wie es hier ist. Es wurde auch mit Pflegeplanung leichter, weil man tatsächlich gelernt hatte, Dinge besser zu beschreiben, konkreter zu beschreiben. Ich weiß nicht wie es hier. Das ist das, was ich damit verbinde. Die Examen die waren. Sie Schüler, die das für sich beherzigen konnten, die haben da wirklich sehr von partizipiert.
125	C	In den verschiedenen CEs einfach in der Theorie, letztendlich an den Fallbeispielen. Also da ist ja das, wo wir an Tag eins anfangen und immer wieder curricular in jeder verschiedenen Fallsituation.
126	A	Ganz genau, das meinte ich ja, im theoretischen Unterricht, das Situationsprinzip einfach.
127	B	Ja, wir versuchen zu vermitteln, aber können wir es tatsächlich überprüfen? Ob wir Kompetenz entwickeln, dass sie, das würde sich mir als Frage stellen.
128	A	Ziemlich am Ende. Die Anforderung, dass wir mehr tatsächlich in die Praxis gehen müssen mit diesem Fokus. Ich glaube, das bildet sich gerade sehr ab, dass wir das tun müssten. Ansonsten ist die Pflegeprozesskompetenz eine der Kompetenzen, die

		am einfachsten zu überprüfen ist, weil die ja tatsächlich in der Performanz passiert. Da müssen wir nicht vermuten, was dahintersteckt.
129	B	2 auch, Kommunikation.
130	A	In manchen Situationen ja, genau. Alles andere bleibt so ein bisschen im Verborgenen. Das sieht man ja, ob da jetzt vernünftig gepflegt wird und der Prozess eingehalten wird. Insofern macht uns das Thema einfach aber. Wir schauen vielleicht noch nicht genug hin.
131	D	Ich würde auch sagen, dass wir hier in der Schule mehr machen müssten, weil da haben sich schon Schüler beschwert, dass das gar nicht so oft durchgeführt wird, der Pflegeprozess. Wirklich praktische Übungen, genau.
132	F	Dass man es mehr in den Unterricht einbaut.
133	D	In den Unterricht mehr einbauen, größeren Kurs als gedacht, dass das nur ein paar machen.
134	B	Aber das ist spannend, dass sie einerseits sagen, dass sie sagen, in der Praxis macht das kein Mensch und andererseits aber mehr wollen.
135	F	Ja sie wissen, dass sie es für das Examen brauchen.
136	B	Sie wollen das wieder nur fürs Examen haben, da haben wir wieder die gleiche Krux wie vorher.
137	A	Ja lebenslanges Lernen. F, Du sagtest das vorhin, dass das ja auch bei diesen Gruppenanleitungen bei diesen Angeboten durch die zentralen Praxisanleiter verankert wird. Da gehört es hin.
138	F	Dass sie auf Station gehen und da gucken, wie kann ich Urin bilanzieren, aber, das kenne ich jetzt so als ein Thema. Oder was ist Ekel und Scham. Aber vielleicht wäre das ja genau so ein Punkt, wo man Verknüpfung schaffen könnte. Man geht auf Station, guckt sich ein Themengebiet an, schreibt dazu eine Pflegeplanung in so einer Gruppenanleitung, tauscht sich aus, wie siehst du andere Probleme, dass man auch mal andere Perspektiven bekommt, wie macht ihr das. Das wäre ja eine Möglichkeit, um so eine Verzahnung zu bekommen, dass man sieht, ok, wir machen das nicht nur in der Schule und nicht nur mit unseren Lehrern von der Schule. Wir machen das auch mit unseren Praxisanleitern.
139	D	Da gebe ich Dir zu 100% Recht.
140	F	Weil auch, wenn man auf Station kommt fürs Examen, die Praxisanleiter gucken einem zum Teil auch an und fragen, worauf muss man denn hier bei der Pflegeplanung achten. Auch die wissen ja nicht, worauf es ankommt. Und für die wäre das ja auch eine Übung. Dass man das noch aktiver, ich weiß nicht, ich kenne die Praxisaufgaben nicht so genau, dass man in der Praxiseinheiten so verorten kann, dass die mal eine Pflegeplanung mit einem Praxisanleiter auf Station schreiben, im Rahmen so einer Praxiseinheit, die sie erfüllen müssen, oder sowas.
141	B	Ich meine, dass es das gibt, aber ich glaube, sie machen es nicht.
142	D	Die sind ja freiwillig, die Praxiseinheiten aber ich meine auch, es gibt eine.
143	F	Dass man also sowas aktiver fördert, damit es eben nicht mehr so ist, wir brauchen das für die Schule, wir brauchen das für das Examen, sondern damit man sieht. Ja also, wir werden das Krankenhaus nicht umstricken, dass man das für jeden Patienten schreibt, dass für die Praxisanleiter, dass man das aktiv für die Ausbildung das schreibt.

144	E	Wir haben doch jetzt Pädagogen auf Station, also für pädagogische Kräfte Stellen ausgeschrieben.
145	D	Weißt Du denn, was die für eine Aufgabe haben?
146	E	Ja ich, ne.
147	F	Die sollen also perspektivisch, dass die Teamleitung dreigeteilt ist, dass es eine pädagogische Teamleitung gibt, eine wissenschaftliche und eine betriebswirtschaftliche, dass die dann Workshops für Teamangebote, Fortbildungen sowas auf Station eher fürs Team gestalten, gar nicht für die Auszubildenden.
148	B	Aber sie sind pädagogisch zur Begleitung für die Auszubildenden.
149	F	Ja.
150	E	Ein fachliche, die anderen machen organisatorisch und die dritte macht Geld.
151	F	Genau, einer macht pflegewissenschaftlich, einer pädagogisch, einer Management.
152	AB	Gibt es etwas, das F noch festhalten könnte? Oder sollte?
153	E	Kriegen wir Fotos davon?
154	AB	Ja klar, es ist ja Ihr Ergebnis. Ihr Prozess.
155	AB	(54 min) Dann möchte ich einladen, noch auf der Metaebene zu sagen. Wie haben Sie den Prozess erlebt, was gibt es für ein persönliches Ergebnis?
156	AB	Wie gehts Ihnen damit, was war wichtig?
157	F	Mir ist die Skala noch mal bewusster geworden. Dass wir ganz klarsehen, in der Praxis ist das Problem, dass es da nicht so verbreitet ist, nicht gelebt wird. Das ist mir durch die Diskussion nochmal klarer geworden, dass wir das wirklich an allen möglichen Stellen probieren, irgendwie umzusetzen, die Schule einzubinden durch die Praxisanleitung durch Übungen, durch Unterricht, durch Instrumente. Aber es fängt ja teilweise auch schon an, wenn nicht mal jede Station ein POP-Buch hat. Und nicht mal jeder weiß, was Pflegediagnosen sind, oder, dass man damit arbeiten kann. Das ist mir nochmal deutlicher geworden durch die Diskussion.
158	E	Welche mannigfaltigen Aspekte dahinterstehen, um die 6 Schritte von Fiechter und Meier sozusagen, das ist würde ich sagen, das eindrucksvoll ist durch die verschiedenen Beiträge und Aspekte und andere Sichtweisen, Erlebnisse usw.
159	B	Ist ein großes Angebot, oder? Trotzdem ist es noch nicht
160	A	Wir machen schon ziemlich viel, und dass es immer noch nicht reicht, ist ein bisschen frustrierend und ich weiß nicht, ob wir das alles selbst nacharbeiten können, was da fehlt. Das glaube ich nicht.
161	H	Ja aber wenn du bedenkt, wie lang dieser Prozess, wo Du jetzt gerade vom Examen gesprochen hast, ich kann mich erinnern, dass wir exakt diese Examensfragen auch hatten, und ich habe 1986 Examen gemacht, und wenn ich bedenke, also, dass die Schwierigkeit damals bestand und heute immer noch aber in anderer Weise, und in der Theorie ist es doch sehr viel, also möchte ich mal behaupten. Also, Du hast jetzt erlebt, dass die Schüler fragen, es wird nicht so oft gemacht. Ich hab erlebt nach dem Motto „oh ne, nicht schon wieder“. Aber gut, da sieht man einfach, es kommt wahrscheinlich auf den Zeitpunkt an, wo man sich das anschaut, aber problematisch ist das natürlich schon. Muss man sich mal überlegen, wie viele Jahre dazwischen liegen.
162	F	Vielleicht wie man es einbaut.
163	C	Ich weiß in irgendeinem Gespräch, ich weiß nicht mehr, mit wem das war, da hatten wir das auch, und da sagte jemand, es gebe irgendwelche Studien oder irgendwie

		Wissen, dass es bis zu 17 Jahre dauert, um eine neue Pflegereform in die Praxis wirklich durchdringend zu. Ich weiß nicht mehr, wo wir das gesprochen, irgendwo hatte ich.
164	D	Das war die Karolin Fuhrmann. Die erzählte von den, wie heißt die neuen, was wir auf Station haben, das von Schweden, was da übergekommen ist, VHR.
165	C	VHR, die haben das gesagt, dass das so eine lange Zeit braucht, bis das wirklich alles durchdringt hat. Und wenn man sich das mal vorstellt, dass das auch schon seit 1985 eigentlich schon war, auch die Durchführung lassen wir mal außen vor, aber, wir machen schon viel und neu und ich finde schon irre, was wir machen, und trotzdem geht's bei weitem wieder, heute durch die Reflexion, wenn man sich das genau nochmal anschaut, wieviel noch zu tun ist, obwohl wir jetzt in der Theorie selber nicht so viel tun können.
166	B	Ich wollte nochmal zu Examen 1985, ich habe 88 hier in dem Krankenhaus Examen gemacht. Das Krankenhaus hinkt bis heute hinterher. Pflegeprozess war da gesetzlich schon Thema aber im Krankenhaus leider nicht, überhaupt nicht. Ich habe hier noch im Demo-Raum praktische Prüfung gemacht. Wir waren meilenweit davon entfernt, wirklich im Pflegeprozess zu denken. Das Verspätete zieht sich bis heute durch.
167	G	Ja, da wollte ich anknüpfen, weil, wo das neue Curriculum erstellt wurde, habe ich immer für mich gedacht, wenn die Praxis nicht mitzieht, die Rahmenbedingungen nicht stimmen, ist das ganze Curriculum für mich jetzt unzufriedenstellend, weil es in der Praxis nicht klappt, peng aus. Und das ist jetzt auch nochmal bewusst geworden, es tut sich da in meinen Augen recht wenig. Ich meine, es gibt ganz engagierte Praxisanleiter, aber auf den Stationen, ja es fluppt nicht. Und jetzt nochmal zu diesen Praxiseinheiten, warum machen die nicht so eine Pflegeplanung? Da gehen die und machen ökologische Rahmenbedingungen, Müll, wo Müll ist, also das hat für mich jetzt keine Hand und Fuß, was die Praxis angeht. Und das ist erschreckend.
168	D	Obwohl, das macht den Schülern grad Spaß, die haben das als sehr positiv.
169	G	Ja aber, das haben wir hier früher in der Schule gemacht. Und das ist nicht für die Praxis eine Aufgabe, finde ich. Also als ich das gehört habe, war ich auch enttäuscht.
170	B	Da gebe ich Dir Recht. Ich glaube, solange der finanzielle Druck nicht dahinter ist, wird sich da nicht viel ändern. Und dann wird's richtig schnell gehen. Dann kriegen wir richtig Kassalla, glaub ich.
171	E	Wenn es um die Kohle geht.
172	D	Obwohl, F, da sind ein paar Praxisanleiter, die können das schon gut. Du hast Recht, manche nicht. Aber jetzt hatte ich da jemand, die hat da mehr rumgemäkelt als ich an der Pflegeplanung. Da war ich offener, und da hat die irgendwie genauer.
173	F	Da, wo ich jetzt zum Beispiel zum Examen war, der hat zu mir gesagt: „ich habe keine Zwei gefunden, die man waschen kann“. Ich habe gesagt, ich möchte doch gar nicht sehen, dass sie zwei Patienten waschen kann, ich möchte sehen, dass sie das plant, dass sie alles, was in den 4 Stunden ansteht, irgendwie durchführt, und die Patienten glücklich versorgt sind nach den vier Stunden. Ich möchte nicht sehen, dass sie einen Verbandswechsel machen kann, dass sie waschen kann, sondern ich möchte, dass sie Patienten 4 Stunden lang von vorne bis hinten versorgt, alles, was in den 4 Stunden ansteht, und das hat der überhaupt nicht verstanden. „Ja aber jetzt habe ich hier nur einen zum Waschen und hier habe ich einen, wo sie einen Verband machen kann.“ Ich sag, das ist mit total egal. „Vielleicht hat der morgen OP“, na dann ist doch gut. Dann muss sie den Transport organisieren, dann muss sie sehen, dass die Akte fertig ist, das reicht mir doch, Hauptsache 4 Stunden irgendwie einen Patienten versorgen. Aber selbst das ist nicht mal angekommen. Da gab es ja ausreichend Info-Veranstaltungen zu, worauf es jetzt ankommt im Examen.
174	D	Aber die sehen ihre Tätigkeiten, hier macht auch jemand was anderes, wir kommen zwar jetzt vom Thema weg, aber auch Aufnahmen, das gehört ja zum

		Pflegeprozess, da haben wir Case Management und auf den OP-Stationen, wo ich jetzt präoperative Pflege unterrichtet habe, da gibt's irgendwo eine Tagesklinik und die nehmen die auf und die kriegen die hoch auf Station und machen nichts, auch präoperative Vorbereitung kaum, da gibt's immer jemand, der irgendwas anders macht. (1:02:28). Wir haben Service-Kräfte für das Essen. Wir haben den Transport zum runterbringen. Wir haben für alles immer jemand anderes. Die sehn auch nur, dass die irgendwelche Tätigkeiten einzeln machen und den Rest, ja gut, da kannst du gucken, wie die alles organisieren.
175	H	(...) die Pflege, machen ja die Eltern. Den pflegerischen Beziehungsprozess, den hatten wir nicht im Blick.
176	A	Ich würde trotzdem auch gern noch was Positives sagen. Denn der erste Kurs ist ja durch jetzt, und die praktischen Examina, die ich da gesehen habe, die waren ganz hervorragend. Und die Auszubildenden, die Examen gemacht haben, hatten auf jeden Fall Pflegeprozesskompetenz und haben die da gezeigt. Also irgendwas machen wir da auch richtig, also richtig angebahnt.
177	H	Genau das, das wird wahrscheinlich so sein. Die ersten werden es wahrscheinlich schwer haben, sich halt eben zu etablieren, aber wir werden schauen, warum klappt das bei denen, was machen die anders, und vielleicht wollen sie das ja dann auch machen. Ich glaube ja auch, dass das dann ebenso einen guten Effekt haben wird, wenn die sehen, dass die erfolgreich sind, indem dass sie da etwas, wie man das so schön sagen kann zärtlicher drauf schauen, und je nach dem Motiv Neid erwecken, vielleicht klappt das ja. (1:04)

3.2 Transkript Gruppe 2

1	AB	(0:00) Wir schauen uns mal die Punkte an, die Kreuze sind weit verteilt. Wir lassen nun die Punkte sprechen. Was könnten die drei Punkte um die Zahl 5 und 6 bedeuten?
2	K	Ich habe mein Kreuzchen mit einem T gekennzeichnet. Ich glaube, dass das Team durch die Entwicklung des Curriculums damals 2019/2020 gemeinsam schon eine Idee davon hat, was Pflegeprozessorientierung oder Pflegeprozesskompetenz bedeutet. Zumindest eine Idee davon.
3	J	Da möchte ich mich fast anschließen aber etwas ergänzen, würde ich jetzt sagen. Meiner ist der rote Punkt, die sind ja fast identisch, also auch fürs Team, als Repräsentant. Ich finde aber, dass sich das nicht direkt von Anfang an entwickelt hat, sondern erst mit der Zeit. Am Anfang hat man so viel noch mit dem Curriculum, was nochmal, wie, welche CE, was sind die Inhalte. Das ist ja so ein bisschen in den ersten Kursen untergegangen, wo wir uns immer wieder erinnern mussten, denk daran, Pflegeprozess, Pflegeprozess. Ich weiß nicht, wie oft haben wir das immer wieder gesagt, halt weil. Ich muss gestehen, ich komme aus der Intensivpflege, da war Pflegeprozess ein Fremdbegriff, den habe ich zuerst mal hier kennen gelernt. Aber je mehr wir uns mit unserem Curriculum beschäftigt haben und wir können, finde ich, sehr stolz sagen, dass wir das dritte Curriculum mittlerweile haben, das wir bearbeitet haben und jetzt ist es präsent in den Köpfen, die Idee, da stimme ich der K voll und ganz zu. Die Idee ist wirklich bei uns angekommen. Wir wissen, es gibt den Pflegeprozess. Er nimmt ganz großen Zeitfaktor in der Ausbildung ein und ich glaube, dass wir das ganz gut umsetzen schon, aber da ist noch Luft nach oben.
4	AB	Da ist noch ein Punkt.
5	N	Das ist der meinige. Ich würde auch das Team bei der 6 sehen. Ich war ja jetzt beim Entwickeln des Curriculums nicht dabei. Aber, wir haben es ja jetzt schon einmal überarbeitet. Es ist halt sehr sehr oft zur Sprache gekommen, dass halt eben in den verschiedenen CEs halt eben immer wieder darauf geguckt wird, dass wir den Pflegeprozess integrieren in unsere Arbeit, anhand von Fallbeispielen, usw. und so fort. Und ich denke, dass wir bei der guten 6 sind, aber dass auf jeden Fall noch Luft nach oben ist.
6	AB	Dann haben wir noch andere Kreuze, das ist eine Häufung um die 3 herum. (3:18)
7	J	Meiner zwischen 3 und 2, der steht für die Schüler. Dadurch, dass wir am Anfang noch so ein bisschen hinterhergehangen haben mit dem Pflegeprozess ist der Gedanke vom Pflegeprozess noch nicht ganz greifbar für die Schüler vor allem von den ersten Generalistik-Kursen. Es wird besser. Aber Pflegeprozess, das ist aber auch so ein abstrakter Begriff, der ist so theoretisch und das ist ja immer so das Themenfeld, wo sich die Schüler am schwierigsten mittun. Daher finde ich, sind unsere Schüler im unteren Bereich.
8	K	Ich habe bei mir ein A drangemacht, das sind 4er. Ich sehe die Auszubildenden gar nicht, also von der Prozessorientierung sind die da. Was die nicht können, ist die Prozessplanung mit ihren Regeln. Aber das sind zwei verschiedene Paar Schuhe. Und in Prozessen denken sie wohl. Ihnen ist immer klar, dass sie ein Ziel brauchen, dass sie nicht ziellos pflegen, das funktioniert. Die Regelmäßigkeit, da bin ich bei Dir (zu J). Da sind die also schlechter. Aber das Pflegeprozess in Prozessform durchgeführt werden muss, da würde ich unseren Auszubildenden durchaus eine 4 zutrauen.
9	J	Ich muss doch noch was ergänzen. Ich finde, es kommt auch immer darauf an, in welchem Lehrjahr die gerade unterwegs sind. Im ersten Lehrjahr würde ich es noch weiter unten ansehen, weil sie auch einfach die Komplexität noch gar nicht sehen. Sind sie aber im dritten Lehrjahr würde ich ganz mit K gehen und tatsächlich das Kreuz noch weiter höher setzen, weil sie auch da anfangen, die Verknüpfung herzustellen und dann macht es auf einmal Sinn, der Aha-Effekt und da findet sich der Pflegeprozess dann wieder.
10	K	Ich habe ja ne ganz miese Note gegeben mit anderthalb für PA, Praxisanleiter. Bei denen ist die zielgerichtete Pflege nicht geläufig. Gerade die älteren Semester tun

		sich unglaublich schwer mit prozessorientierter Pflege. Das einzige, was die sehen, da kommt sofort „ach Sie meinen SIS“. Das ist das erste, was die sagen. Die Verständigung da ist eher schlecht.
11	N	Mein Kreuzchen befindet sich auch bei der 3. Das liegt deshalb da, weil ich so eine Gesamtnote genommen habe und das jetzt nicht noch mal differenziert habe. Weil ich glaube, das ist so ambivalent (6:18). Auf der einen Seite verstehen die das hier. Die haben das auch. Die denken auch im Prozess, aber es wird in der Praxis überhaupt nicht gelebt. Null, Null Komma Null. Und die sind dann immer irgendwie so in diesem Wirrwarr von. Die kriegen das hier gelehrt und gelernt und verstehen das auch aber es spiegelt sich in der Praxis überhaupt nicht wieder und da knallen die irgendwie immer aufeinander. Und weil da der Prozess nicht weitergetragen wird, hängen die irgendwo im nirgendwo.
12	O	Ich habe auch unter 5 Team geschrieben. Ich befinde mich so ein bisschen in dem Feld wo sich K und J befinden. Ich kann halt nur noch hinzufügen, auch ich habe den klinischen Background und korrigiert mich, aber ich hatte so den Eindruck, als ich neu anfang, dass die mit dem Altenpflegebackground viel mehr fokussiert waren als die mit dem Krankenpflegebackground ein Stückweit. Und ich selber, ich habe mich selber bewusst nicht eingetragen, ich selber sehe mich zwischen 2 und 3 auf Teamebene 5 und 6. Auch ich muss meine Kompetenzen dahingehend noch ausbauen. Das mach ich jetzt mittels Fallarbeit.
13	L	Ja ich habe auch das Kreuzchen bei der 3, das ist in Bezug auf die Schüler.- Ich durfte jetzt noch nicht so viel unterrichten aber das, was ich mitbekommen habe, theoretisch klappt das ganz gut aber in der Praxis nicht, nee. Das würde ich auch so unterschreiben, wie X gesagt hat. Das merkt man ja.
14	AB	Dankeschön (7:49) Ich möchte dazu übergehen, zu fragen, was versteht ihr unter Pflegeprozesskompetenz? Ich würde Euch bitten, in Form eines Brainstormings Karten zu schreiben. Und diese dann kommentiert anzuheften.
15	K	12:36 Den Pflegeprozess habe ich jetzt nicht genommen. Planen und Steuern einer strukturierten Pflege. Und erst habe ich die Begriffe drunter geschrieben. Aber Die sind mir so wichtig, dass ich sie doch vereinzelt habe, individuell, aktuell, das heißt auch evaluiert, zielgerichtet, in verschiedensten Settings und unter Berücksichtigung von aktuellem Fachwissen.
16	N	Ich habe einmal Anschauliches übertragen auf die Schüler, des Pflegeprozesses versteht sich. Dann habe ich einmal, dass man überhaupt versteht, also bei vielen ist ja schon, da haperts ja schon bei dem Begriff Pflegediagnose, was ist das überhaupt und wie erstelle ich die. Man muss den Aufbau verstehen eines Pflegeprozesses, und natürlich die Struktur von diesem Ganzen und das Arbeiten mit Hilfsmitteln, die mir das Ganze erleichtern, zum Beispiel mit dem ENP-Katalog.
17	O	Ich habe jetzt ganz banal zuerst den Pflegeprozess kennen also benennen, im Anschluss erläutern können, also überhaupt zu wissen, worum es geht, die Anwendung in der pflegerischen Praxis. Wir sind jetzt vom Speziellen zum Allgemeinen, bewegen wir uns jetzt hier. Und ein strukturiertes Assessment.
18	L	Ich hänge es jetzt nicht einzeln, die 6 Schritte des Pflegeprozesses. Das muss einfach bekannt sein. Man muss wissen, was ist damit gemeint, Voraussetzung, dann unter Berücksichtigung von Assessments und Leitlinien. Genau.
19	J	Also ich kann mich den ganzen Vorrednern fast nur anschließen. Ich hab auch erstmal sehr sehr klein gedacht und dann die 6 Schritte aufgeschrieben, die aber auch überall wieder zu finden sind (eigener Gedanke: nominelles Wissen) 15:58), also Evaluation, Probleme, Ressourcen, et cetera pp. Was dann für mich, das sind auch schon genannte Themen, ich habe QM tatsächlich noch mit reingeschrieben, weil ich finde der Pflegeprozess an sich ist auch ein gutes QM-Instrument, was man nutzen kann, was sich auch immer im QM widerspiegeln muss. Deswegen, also H I steht für hausinterne Standards, Leitlinien, dann Assessments, und was für mich immer sehr wichtig und sehr interessant ist, ist die kollegiale Beratung, die darunterfällt. Weil Pflegeprozess, das ist ein Prozess, der sich entwickelt, das bildet sich vom Begriff her auch ab, von daher ist die kollegiale Beratung für mich so ein Rahmenpunkt, der noch dazugehört.
20	O	Findet sich der Pflegeprozess auch im SGB XI wieder?
21	K	Im SGB XI, ja gute Frage.
22	O	Jetzt, wo ich QM höre.

23	K	Müsste ich nachgucken.
24	N	Es ist ein Instrument um abzubilden, ob wir gute Pflege machen oder schlechte Pflege machen.
25	AB	Danke für diese erste Einschätzung. Dann würde ich gern weitergehen: Wie wird diese Pflegeprozesskompetenz entwickelt, wie entwickeln Sie das? Herzlich willkommen, noch eine Kollegin (N2) (18:40) Wir holen Dich da ab, wo wir jetzt so sind.
26	K	Zunächst mal durch Theorievermittlung, damit fängts an, und dann mithilfe von Fallbeispielen wird geübt. Wünschenswert wäre dann, die Weiterführung in der Praxis von Anfang an.
27	J	Bei Fallbeispielen wäre tatsächlich für mich jetzt interessant und wichtig, dass das komplex gestaltet ist. Jetzt also nicht auf ein Themenfeld bezogen, sondern eine komplexe Darstellung der Fälle mit unterschiedlichen CEs oder Themenfeldern. Dann aber auch, dass man sich selbst überhaupt des Begriffs überhaupt deutlich wird, dass man selber weiß, was ist der Pflegeprozess, wie hat der Einfluss auf die Pflege und auf die Schule, generell auch auf den Lehrplan und wie baue ich das Ganze ein, das sind so mehrere Perspektiven. Das Wissen zum einen, dass man den Schülern das vermittelt, aber auch das Wissen, dass man sich das selbst aneignet. Man kann nur etwas vermitteln, was man selber auch kennt und weiß.
28	O	Vielleicht noch so als Zusatz: Häufige Wiederholungen, dass es auch immer wieder angewendet wird, dass es nicht in der einen CE, und die anderen machen es gar nicht, sondern dass es häufige Anwendung findet
29	J	Da wären wir beim spiralförmigen Curriculum.
30	K	Für die Schüler, wie entwickeln sie das jetzt, ich habe immer die Hoffnung, dass sie von den Praxisanleitern von Anfang in die Pflegeprozessplanung auf Station miteinbezogen werden. Aber das geschieht nicht, das heißt, für die ist das was ganz Unterschiedliches, was auf Stationen passiert, und was in der Schule passiert. Und die Verknüpfung dieser beiden Bereiche, das wäre sehr wünschenswert, dass sich das besser zusammenfügt. Das passiert häufig erst Ende zweiten Lehrjahrs, wenn überhaupt.
31	J	Pflegeprozess, da sind wir als Team noch nicht so weit, der Skillslab-Raum, das ist auch ein Instrument, um den Pflegeprozess nochmal zu überprüfen, zu vermitteln, weil man da durch die Überwachung einfach von extern noch viel mehr beobachten kann, viel mehr jemandem mitteilen kann. Ich weiß nicht, ob das wirklich funktioniert, weil wir das wirklich selbst noch gar nicht so weit haben. Deswegen bin ich vorsichtig damit.
32	K	Die Schüler erzählen mir wirklich tatsächlich oft, dass in der Praxis zuerst die Maßnahme erdacht wird und dann das Ziel und gerade am Anfang schreiben die das verkehrt rum wieder auf, weil die das aus der Praxis, wenn überhaupt, so erleben. Deswegen ist das Kreuzchen auch bei den Praxisanleitern auch ganz tief.
33	J	Wobei, wenn die Praxisanleiter sich den Pflegeprozess einfach mal vor Auge führen würden, machen die ganz unbewusst die ersten zwei drei Schritte eigentlich. Sie fangen nur erst drüber an zu reden, wenn sie schon bei der Maßnahmenplanung sind. Aber bevor sie da hinkommen, sie müssen das Vorwissen eigentlich haben, das ist denen nur nicht bewusst. Ich würde noch gern, wie entwickeln Sie das jetzt, da würde ich gern was zu sagen, und zwar, wen man das jetzt teamintern – ohne die Schüler jetzt mitreinzunehmen, wäre das für mich jetzt die curriculare Zusammenarbeit, so interne, ja Fortbildung, kann man schon so nennen, so interne Lernzirkel, wäre das richtig Wort (23:50)
34	AB	Interne Lernzirkel, Zielgruppe wäre das Lehrendenteam.
35	J	Ja, genau
36	AB	Was gehört noch alles dazu, was braucht es? (24:23)
37	J	Konzepte, Plan, Zeit.
38	K	Konzepte, Zeit, vor alle Dingen Zeit für eine engere Verknüpfung mit der Praxis. Das wäre für mich ein ganz wichtiger Punkt. Und die haben wir nicht für diese Konzeptarbeit.
39	AB	Vielleicht noch etwas konkreter, was könnten diese Konzepte beinhalten? Was müsste da rein?
40	J	Ja Definitionen, standardmäßig, was ist überhaupt ein Pflegeprozess, was ist eine Kompetenz, wie stehen die zueinander, dann, ich sträube mich zwar immer,

		tatsächlich der systemische Ansatz, würde ich mit reinpacken, ich mag ihn nicht, ich bin kein, ich habe die ganze Zeit auch immer gut dagegen argumentiert und werde mein Leben lang auch weiter dagegen argumentieren aber er passt halt im Prozess, passt er da rein, um die verschiedenen Punkte mit reinzunehmen, zum Verständnis, um die Zusammenhänge darzustellen. Was braucht man noch? Man braucht Leute, die das rüberbringen, man braucht Leute, die das verstehen, das akzeptieren, die das anwenden. Ich versuche das jetzt aus der Managementebene zu betrachten, ja Theorien, generell, nach wem man das macht, da wären ja auch verschiedene Möglichkeiten, wie man das anwendet, das ist ja genauso wie in der Kommunikation, da gibt es ja auch tausende.
41	K	Also für mich brauchen wir Köpfe und Zeit. Wir und auch die Praxis. Wir haben ja Probleme bei dem Praxistransfer und die haben ja kaum noch Zeit, sich überhaupt noch um irgendwen zu kümmern, geschweige denn dem Schüler den Pflegeprozess beizubringen
42	J	Gut, wenn wir das auf die Ebene übertragen, dann müssen wir aber auch alle theoretischen Inhalte auf die Ebenen übertragen. Ich glaube eher, dass wir ein bisschen von der Praxis weggucken müssen, dass wir da die Theorie, denn da können wir Veränderung bezwecken. Wünschenswert ja, aber wir haben da keine Handhabe. Und jetzt ist ja die Frage, wie würden wir das entwickeln? Also jetzt einfach aus der Perspektive der Schule, so verstehe ich die Frage, unabhängig der Praxis. Weil die Praxis, ich glaube jeder von uns weiß, wie die Praxis ist und da muss man gar nicht die rosarote Brille aufsetzen, die ist, wie sie ist, ändern können wir sie von dieser Frage hier ableitend gar nicht. Da stelle ich mir eher die Frage, was brauchen wir hier, um die Pflegeprozesskompetenz zu entwickeln. Und da gehört für mich wie für alles andere, was man entwickelt, ein Konzept her, das heißt, es muss erstmal ein Konzept auf die Beine gestellt werden.
43	K	Und Zeit
44	J	Und Zeit ja.
45	K	Übungssequenzen brauchen die ja.
46	J	Eigentlich gibt das Curriculum die Zeit eigentlich vor.
47	K	1000 Stunden
48	J	1000 Stunden. Die Frage ist nur, wo verstecken sich die 1000 Stunden? Und wie ordnen wir die zu?
49	K	In heimlichem Fächerdenken?
50	J	Die Frage ist, wo sind diese 1000 Stunden? In welchen CEs haben wir die verbrösel?
51	K	Ist da haben wir das schon gemacht – das Auge, die Niere? Haben wir heute noch geredet.
52	J	Also es ist schwierig.
53	O	Hast Du das eingebaut?
54	K	Nein, haben wir heute drüber geredet, ist die Niere schon gelaufen. Ist die nicht gelaufen. Irgendwo im Hintergrund denken wir nicht prozesshaft, wir denken in Fächern.
55	N	Richtig.
56	J	Das heißt, die Veränderung muss ja eigentlich bei uns ankommen, damit wir das auch, zu 100 % ist immer schwierig, aber zum größten Teil transportieren können.
57	O	Also ist die Rahmenbedingung erst einmal dass wir alle, das ist das, was ich dort geschrieben habe, Schritte kennen, erläutern, anwenden können, dass wir das erstmal alle können, vom Team her.
58	J	Die Schwierigkeit ist bei uns und die Fragen, die einfach aufkommen, Auge und Niere, die Angst, dass uns durch das neue Curriculum etwas untergeht, das ist ja das, das haben wir im GK 1 gemerkt, wo wir zum Ende hin das ein oder andere Thema noch schnell mitreingenommen haben, weil aufgefallen ist, das ist uns untergegangen.
59	O	Das waren Organe, oder?
60	J	Das waren Organe, deswegen sind wir momentan auf dem Trip, ah, ok Niere, wo ist das? Mit welcher Tiefe muss man da reingehen. Anatomie, das ist man so ein dem alten ich sage mal Krankenschwesterdenken, wo wir ein bisschen weg von kommen müssen. Da gehe ich mit dem O eigentlich, der sagt, bei uns erstmal, und daher das Konzept erstmal, und die Frage, wo sind die 1000 Stunden?

61	K	Ich habe mit einer Kollegin, die jetzt nicht da ist, darüber gesprochen, wir haben neulich überlegt, ob nicht POL wieder eine ganz gute Möglichkeit wäre, um diese Frage, sind die Organe mit drin, abhaken zu können. Mit POL hatten wir da einen besseren Überblick im alten modularen System mit POL.
62	O	Kannst Du mir sagen, was POL heißt?
62	K	Problemorientiertes Lernen.
63	N	Ach so.
64	K	Da wurde ein Fall vorgestellt, dazu gab es Leitfragen, dann haben die in Gruppen gearbeitet und auch je nach Intellekt und Fleiß in unterschiedlichen Intensitäten, so dass die guten auch sehr gut gefördert werden konnten, die, die sich so gerade durch die Ausbildung quälen, sich nicht zu sehr quälen mussten. Und das war ein gutes Konzept. Und nicht jeder kommt jetzt mit unserem Tempo klar.
65	AB	Das ist jetzt so ein unterschiedliches Denken, was ich jetzt so wahrnehme, sind die Organe alle drin und POL das ist ja ein didaktisches Konzept.
66	J	Da wären wir wieder beim Thema Konzepte, das schließt das Ganze ein. Mit welchem Konzept können wir die Pflegeprozesskompetenz denn auch vermitteln. POL ist ein anderes Thema, rein POL kriegen wird in einem Curriculum nicht durch. Dann muss man hergehen, und etwas Vernünftiges auf die Beine stellen konzeptmäßig.
67	K	Wir hatten schon mal ein komplettes Curriculum in POL
68	J	Ja, Ja, das funktioniert schon. Ich sehe es bei dem ein oder anderen Thema ein bisschen schwierig, was wir jetzt haben aus der Perspektive, nicht weil wir es jetzt nicht möglich ist, sondern, ich sehe es einfach nur ein bisschen schwierig. Aber das ist ein ganz anderes Thema. Mehr fällt mir nicht ein.
69	AB	Man kann es ja aus unterschiedlichen Perspektiven betrachten. Man könnte auch die Position der Auszubildenden einnehmen und überlegen, was es aus deren Sicht bräuchte.
70	K	Ich bleibe dabei, Theorie-Praxistransfer. Gerade im Pflegeprozess ist das einfach so wichtig, dass sie das verstehen.
71	J	Da haben wir ja unsere Zwischenlösung, den Skillslab-Raum, da bin ich wieder bei meinem ersten Gedanken, den wir ja nutzen müssen. Wir haben keinen Einfluss auf die Praxis, wir können ja nur versuchen diesen Transfer in irgendeiner Form mit ein paar Hürden zu überbrücken. Das ist der Skillslab-Raum für mich.
72	K	Ja oder die Idee im Qualitätszirkel, der für die drei Schulen entstanden ist, ein regelmäßiger Praxisanleiter-Treff mit der Schule.
73	J	Das läuft ja in Kleinstadt. Das, was Q mit da zurückmeldet. Ich weiß nicht, ob wir da wirklich Lust zu haben. Das mal so vorsichtig dahingestellt. Problem ist nämlich, ja das ist eine Möglichkeit, es ist ein Versuch wert. Q macht das ja und vielleicht kriegst du (AB) da auch was davon mit. Man profitiert schon davon aber es ist ein immenser zeitfressender Faktor.
74	K	Für die Einrichtungen und für uns.
75	J	Und da weiß ich jetzt nicht, ob man da die zeitlichen Ressourcen hat. Wenn ich unsere Monate da so rückblickend angucke, sehe ich da schwarz. Die zeitlichen Ressourcen sind da einfach nicht gegeben.
76	AB	Es kommen viele Kooperationspartner zusammen mit ihren eigenen Baustellen, das wird Konzeptentwicklung zäh. Es ist eher, dass man sich kennt.
77	J	Das ist das, was Q erzählt, es ist ein Austausch darüber, wie gut oder wie schlecht man es hat, um es mal vorsichtig zu formulieren. Weil jede Einrichtung steht an einem anderen Punkt und sind ganz anders mit der Entwicklung von vielen Sachen. Es gibt Einrichtungen, die sind da richtig auf Vordermann, die hätten da – unsere Schleichwerbung Mustereinrichtung, die entwickeln für jeden Prozess ein Konzept. Die schicken mir das zu, die sind da wirklich top. Und dann haben wir Einrichtungen, wenn ich da aus der AWO jetzt jemanden reinsetze mit Mustereinrichtung, wie profitabel ist das für uns?
78	N	Das ist eher eine Selbsthilfegruppe für die.
79	J	Hilft uns das mit dieser Frage weiter, deswegen, ich sträube mich, diese Praxisanleiter-Treffen zu machen, weil, es muss einer immer der Moderator sein, es muss immer einer sein, der das ganze führt und leitet und lenkt, das heißt, ein Dozent von uns ist immer involviert, das heißt es müssten zwei sein, die es immer wieder

		machen, vertretungsmäßig. Diese zeitliche Ressource haben wir gar nicht, weil dann müsste man die Ergebnisse wieder dem Team mitteilen, damit man das dann wieder auf die Schüler übertragen kann. Und das gleiche ist ja dann auch bei den Praxisanleitern, die müssten dann auch in ihren Einrichtungen kommunizieren. Spätestens da hört es auf. Da hört es meistens auf. Die Idee finde ich gut aber viel mehr um das Kennenlernen gut. Bin ich ehrlich. Profitieren tut man da bestimmt auf einer gewissen Ebene, aber auf allein auf die Frage bezogen eher weniger. Ist so meine Vermutung
80	AB	Es scheint, dass das kein Rahmen ist, um ein Konzept zu entwickeln, weil die Voraussetzungen viel zu arg auseinandergehen.
81	J	Was meins ja tatsächlich so ist, was ich in der Zukunft anstrebe, wirklich Zukunft, also nicht dieses Jahr, definitiv nicht, auch nächstes Jahr nicht. Aber ich bin wirklich auch bei dem Punkt, dass wir viel mehr in die Praxis müssen. Wir müssen in die Praxis fahren. Und zwar so richtig Pflegevisiten machen, so. Weil da kann man wirklich den Pflegeprozess am Bett oder am Patienten oder was auch immer, was gerade als Pflegevisite Stand ist, ja korrigieren nicht aber
82	K	Schwierig
83	J	...mit unterstützen zumindest Hinweise darauf geben, sagen ok, wir machen das jetzt nach dem hausinternen Standard, oder wie sieht das QM aus, dass man da immer so einschneidende Bemerkungen, Hinweise geben kann, die dann irgendwann fruchten, dass das dann wird. Und das passiert dann tatsächlich nur, wenn wir als Dozenten präsenter werden in der Praxis, aber auch da Zeit und Ressource.
84	K	Und ich sage mal, wir haben aktuell 59 Kooperationspartner. Jeder hat wieder eigene Hausstandards und die kennen wir nicht. Und dann stehen wir da und denken, machen die das jetzt so? Und dann müssen wir uns erst belesen. Für uns als Dozenten, wenn wir so viele Kooperationspartner haben, ist da anders, als wenn ich jetzt bei Helios arbeite und weiß genau, im Krankenhaus gibt es einen Standard, und dann gehe ich nach neben an, und dann kann ich diesen Standard abrufen. Das haben wir eben nicht.
85	J	Beim Pflegeprozess sind es ja nicht die Standards, die du da abprüfst, sondern da ist ja der Prozess an sich. Ich glaube es ist schwierig, da gebe ich dir komplett Recht, weil du musst ja vom ambulanten Setting in das Krankenhaus und dann wieder stationären Setting, man muss sich immer wieder neu sortieren und neu orientieren.
86	K	Ich muss ja alles vorher lesen.
87	J	Jein, finde ich jetzt gar nicht. Warum gibt es Praxisanleiter?
88	K	Weil ich den Pflegeprozess mir angucke. Ich gucke ja nicht auf die Pflegesituation, ich gucke ja, wie ist der gekommen, was hat der für Ziele und wie ist die Maßnahme und stimmt das dann überein mit dem was ich im Bett sehen? Da muss ich ja hin.
89	J	Und das ist ja eigentlich das, was wir in unserem Examen prüfen, wenn wir mal ehrlich sind. Im Examen prüfen wir so einen Pflegeprozess ja eigentlich ab in einer vielleicht etwas abgeschwächteren Form. Da ist der Pflegeprozess definitiv drin. Und wenn man sowas in Form von Pflegevisiten. Also ich würde das unter den Punkt packen. Das Konzept ist im Moment eine Wolke im Nichts im Moment. Wenn man das natürlich ausweitet und das dann so transportiert, dann kann ich mir vorstellen, dass dann der Theorie-Praxistransfer, wie du es gerade schön genannt hattest, dass der dann etwas leichter von statten geht. Ich merke das, viele Schüler berichten ja, wenn die hören, dass die Schule kommt, dann heißt es ,oh Gott, wir müssen uns jetzt vernünftig verhalten und es wird aufgeräumt und....
90	N	Das Schachspiel beginnt.
91	J	Und die wissen das insgeheim, ok, wir müssen das jetzt eine halbe Stunde machen, dann sind sie auch gleich weg.
92	K	Dann sind die endlich wieder weg.
93	O	Man betrachtet die Schule als Kontrollinstanz.
94	N	Genau.
95	O	Das soll ja gar nicht sein (39:11)
96	J	Ja, so.
97	AB	Sind denn – das ist das Bild, das da entsteht, die besseren Pflegekräfte?

98	J	In deren Auge ja, weil wir die Theorie ja vermitteln, und in der Praxis ja immer der Schein herrscht, ok, das ist Theorie, das ist Praxis, das können wir gar nicht anwenden.
99	N	Der Satz „nach Schule arbeiten“, der ist auch ganz toll.
100	J	Genau. Ich finde, ja klar, es gibt eine Theorie- und es gibt eine Praxisrealität. Definitiv. Aber, das, was wir in der Theorie vermitteln, ist ja trotzdem praxistauglich. So. Und da hört das Denken ja meistens auf. Wenn man sich so alte eingesessene Pflegekräfte sich anguckt, Ja ja, mach Du mal. Aber nach der Ausbildung sieht die Welt schon ganz anders aus. Verbandwechsel mit sterilen Handschuhen, da lachen die meisten drüber. So. Wobei das ja noch nicht mal was mit dem Pflegeprozess zu tun hat. Das ist ein Standard eigentlich.
101	K	Ich glaub nicht, dass wir die besseren Pflegekräfte sind.
102	J	Na eben.
103	K	Wir sind die besseren Lehrer. Deshalb sind wir hier. Ich habe jetzt gerade die Situation, dass ich selbst mit in die Pflege musste aus persönlichen Gründen und ich kann das nicht so gut, ganz klar. Die sind da viel routinierter. Die machen das jeden Tag. Ja irgendwie habe ich mich bei sehr vielen Fehlern erwischt, weil das ja nicht mein Tagesgeschäft ist.
104	J	Das ist der Standard der Pflege, sich immer schlechter zu machen als sie ist. Grundsätzlich. Man verlernt zu sagen, dass man gewisse Sachen gut macht. Aber jetzt sind wir komplett vom Thema abgekommen.
105	K	Nö.
106	J	So ein bisschen. Ich tatsächlich, wenn wir jetzt sagen, Praxis-Schule-Transfer, sehe ich die einzige Möglichkeit, um das präsenter zu machen, in der Praxis, um zu sagen, hört mal Leute, das ist ein wichtiges Thema, das könnt ihr nicht einfach außen vorlassen, ist die Kontrollinstanz, so wie es O genannt hat, der Pflegeschule in der Praxis. Und ich meine jetzt nicht Praxisbesuche, hingehen und fragen, ei ei, wie geht's? gibt's irgendwie Probleme, da ist man ja nach 15 bis 20 Minuten weg, sondern ich rede wirklich Pflegevisiten, denn das ist auch etwas, was von Mustereinrichtung auch immer wieder kommuniziert wird, dass das das Medium ist, womit man die Schüler am besten packt und auch die Praxisanleiter auch am besten packen kann. Dann kann man direkt sagen, ihr habt das soundso gemacht, warum? Begründung. Da muss man sich nicht in das ganze QM-Handbuch reinlesen oder in den Standard reinlesen, weil je nach dem, was die da zeigen. Es ist ja unterschiedlich. Zeigen sie eine ASE, dann reicht es, wenn man sich nur den ASE-Part anguckt. Pflegeprozess ist ja eine Entwicklung, und du kannst ja nicht anhand einer Handlung den kompletten Pflegeprozess..., man muss da schon, finde ich, Abstriche machen, um das praktikabel zu machen.
107	K	Du kontrollierst ja nur eine Situation, eine Pflegehandlung und nicht den Pflegeprozess.
108	J	Das wäre meins, weiß ich nicht, sagt ihr anderen.
109	O	Ich habe ja bei Mustereinrichtung gearbeitet, bevor ich hier anfang und da wurde halt eben, es gab interne Pflegevisiten, einmal mitarbeiterbezogen, einmal klientenbezogene Pflegevisiten, da wurde das know how insofern überprüft, weil die ganze Dokumentation ist nach dem Pflegeprozess aufgebaut, dort konnte ich es, weil ich aus dem Klinischen Bereich komme, richtig kennenlernen. Und das heißt. Ich hatte die Rahmenbedingungen, um entsprechend zu arbeiten und, blöd gesagt auch selber gar nicht nachdenken zu müssen, das war vorgegeben und so hat er sich dann verinnerlicht, das heißt, es wäre notwendig, dass die Praxiseinrichtungen entsprechend ihre Konzepte von Anfang an so aufbauen. Weil du (J) Mustereinrichtung halt eben erwähnt hast.
110	J	Ich finde einfach, dass die, was das angeht, schon sehr viel machen. Deswegen nehme ich die nur als Beispiel
111	O	Da kommen die QM-Mitarbeiter regelmäßig in die 1:1 Versorgung und WGs, um eben diese Visite abzuhalten. Das wird auch wiederum dokumentiert, fließt ins QM ein, kann man bei den MDK-Prüfungen nachweisen. Da ist sehr gut strukturiert aufgebaut.
112	J	Es gibt bestimmt Einrichtungen, die machen das bestimmt auch gut.
113	O	Ich habe einfach 5 Jahre da gearbeitet.

114	J	Es ist nur der einzige Kooperationspartner in unserem ganzen Ausbildungsverbund, der mir da so ins Auge sticht, der das gut macht. Von allen anderen habe ich jetzt nichts gehört (43:49)
115	K	Vor 12 Jahren als ich als Qualitätsprüfer gearbeitet hab, habe ich nichts anderes gemacht als den ganzen Tag Pflegevisiten. Das war zu diesem Zeitpunkt sehr zielführend.
116	J	Man könnte natürlich auch dann Fortbildungen im Zuge dessen auch anbieten, in der Richtung, dass man die auch wieder da drauf sensibilisiert, die QM-Sparte einlädt von den ganzen Einrichtungen, die bei uns Verbund sind. Das sind ja jetzt auch unsere Ansprechpartner, was das angeht und denen eine kurze interne Fortbildung zum Thema Pflegeprozess gibt. Sowas könnte man natürlich aufspannen, dass man sagt, wir versuchen das Konzept aus mehreren Perspektiven anzugehen, einen aus der Perspektive, wie kriegen wir den Praxis-Theorie-Transfer hin, wie kriegen wir aber auch die Einrichtungen hin, sie zu sensibilisieren, mehr als sensibilisieren können wir die nicht. Das ist das. Dass man denen die Wichtigkeit nochmal darlegt, dass man das Curriculum darlegt, das ist so die Ausbildung, das sind die Inhalte, vielleicht müssen sie...
117	O	Meine Frage: wird das in Kleinstadt gemacht, dass sie diese Praxisanleiter treffen haben?
118	J	Wir haben, ja aber wie gesagt, das sind aber Praxisanleiter, die dort sind. Meine Idee wäre vielleicht, ok, es sind nicht die Praxisanleiter die falschen Ansprechpartner in der ersten Instanz. Macht es da nicht Sinn, etwas höher zu gehen und das auf der QM-Ebene zu kommunizieren? Und das dann runter zu brechen.
119	O	Wird das auch als Schulung genutzt, beispielsweise wenn man ein Unternehmen hat, dass das gut umsetzt, und ein anderes nicht. dass man da....
120	J	Als Schulung glaub ich nicht, das ist eher als Praxisanleiter-Treffen und als Austausch gedacht. Und ich glaube, dass Q das moderiert, und ich weiß einfach aus Erzählungen, das ist ein Zeitfresser, ressourcenbindend. Bestimmt zielführend, ja, weil man die Ansprechpartner vor Ort hat, man weiß, mit wem man spricht, weiß, für wen die dann zuständig sind, ob das dann wirklich so konzeptorientiertes Arbeiten ist, eher nicht.
121	K	Ich glaube, QM hilft uns auch nicht weiter, weil jedes Haus arbeitet für sich in der Pflegeprozessplanung, weil das wird bei denen abgeprüft und ich sage mal, jedes Haus hat da ja schon was entwickelt, was funktionieren muss, sonst würden sie gar nicht, sag ich mal, mit dem MDK zurechtkommen.
122	J	Aber ich meine es tatsächlich aus einer anderen Perspektive. Die haben den Pflegeprozess, ja, aber die vergessen die Auszubildenden. Das ist der Punkt eher. Dass man dann sagt, dass man die eher darauf sensibilisiert, ok ihr habt den Pflegeprozess. Es geht ja gar nicht darum, den zu entwickeln, sondern so anzupassen, dass die Azubis mit ins Boot genommen werden. Ich habe es aus der Perspektive eher für mich definiert.
123	K	Es gibt ja Ausbildungsbetriebe, die haben ja tatsächlich in die Beurteilungsbögen geschrieben, im ersten Ausbildungsjahr dürfen unsere Auszubildenden nicht an den PC, das gibt es.
124	J	Ja, gibt es.
125	N	Ok.
126	J	Aber da wären wir wieder bei dem Thema, dass die Leute einfach nicht mit dem Curriculum beschäftigen, dass sie sich nicht mit den Kompetenzen beschäftigen und sich auf dem wiederum ausruhen, was wir damals entwickelt haben mit den Lernaufgaben.
127	K	Ich weiß, wie ich das noch entwickle, habe ich heute gemacht, ich stelle denen das praktische Rahmencurriculum vor, und lasse die darin mal ein bisschen wühlen, wozu die Ausbildungsbetriebe verpflichtet sind.
128	AB	Rahmenausbildungsplan
129	K	Rahmenausbildungsplan aus der Praxis, den aus der Theorie, den kennen die ja, und den aus der Praxis, den zeige ich denen auch.
130	J	Sowas könnte man gut integrieren in so eine interne Fortbildung mit den QMlern, oder Pflegedienstleitungen, die sind da ja auch für die Azubis zuständig, muss ja die QM nicht unbedingt sein. Aber irgendjemand, der für Ausbildung zuständig ist.

131	AB	(48:10) Gibt es etwas, was Ihr gerne da ergänzen möchtet? Dann würde ich gern diese Phase schließen. Und würde gern noch eine kurze Runde machen, wie es Euch mit der Diskussionsrunde und mit? Gegangen ist. Was nehmt Ihr mit, was ist Euch wichtig? Was hat Bedeutung bekommen?
132	K	Refresher-Kurse (für die Praxisanleitenden) brauchen mehr Informationen zum Pflegeprozess.
133	J	Wäre eine Möglichkeit. Das stimmt.
134	K	Habe ich das letzte Mal 2021 angeboten, dass wir da nochmal überlegen, wie wir das noch weiter...
135	J	Also Praxisanleiter find ich wichtig. Aber ich bleibe bei meiner Meinung, ich bin mir ziemlich sicher, wenn wir die Instanz höher schrauben und die Leute mehr aus der Leitungsebene mit ins Boot holen, verspreche ich mir auch nicht das Grüne..., aber die Chancen stehen..., aber ich stelle mir vor, der Praxisanleiter ist eine kleine Person in dieser Einrichtung. Die will ganz viel verändern. Das glaube ich auch. Und die nimmt auch ganz viel hier mit. Und prallt aber komplett auf die ganzen Rahmenbedingungen, die in der Einrichtung herrschen. Das ist so. Eine der Rahmenbedingungen ist natürlich der Personalmangel, ja aber auch mit ganz anderen Faktoren haben die auch vor Ort zu tun. Ich glaube, dass man mehrere Schienen fahren müsste. Das wäre das, was ich jetzt mitnehmen würde. Auf mehreren Schienen versuchen, eine Verbesserung zu erzeugen, eine Sensibilisierung.
136	K	Mit den PDLern wäre ich sehr bei dir.
137	J	Na höhere Instanzen, dass man die reinholt. Das ist so das Gefühl, dass ich immer durch die Schulleitungsaufgabe habe, dass die machen sich das Leben sehr sehr einfach. Die schieben das auf die Praxisanleiter, und wenn man mit jemandem sprechen möchte, ja, „sprechen Sie mit der Praxisanleitung, die kann ihnen was dazu sagen“. Die arme Person, die es auch ist, die sich wirklich bemüht, hat aber wirklich große Schwierigkeiten, gegen diese unsichtbaren Grenzen anzukämpfen, und da wäre jetzt, wenn du mich so fragen würdest, was nimmst du mit, auf mehreren Schienen versuchen, Veränderung zu erreichen, das wäre so meine Antwort, so jetzt höre ich auf zu reden.
138	O	Ich müsste da erstmal bei mir selbst anfangen, ich bin da ganzoffen. Bevor ich. Ich müsste selbst erstmal meine Pflegeprozesskompetenz ausbauen, um diese dann weiter vermitteln zu können, das heißt, ich fange bei mir selbst an. Das heißt, diese also in den einzelnen CEs zu verankern, mittels Fallarbeit, wie ich das jetzt auch schon begonnen habe. Deswegen kann ich mich sonst nur anschließen. Und in den Unternehmen selbst, wenn man jetzt Mustereinrichtung als Beispiel nimmt, dann muss es halt eben irgendwo, es muss insofern verankert sein, dass die Praxisanleiter schon irgendetwas an der Hand haben.
139	L	Finde ich auch, erstmal bei sich selbst anfangen, gerade, wenn man erst ganz frisch dabei ist, dann ist es erstmal ganz wichtig, im Job das dauert ein bisschen bis man da Handlungskompetenz hat, das sehe ich hier nicht anders. Das ist ein wichtiger Punkt, und dann halt wirklich alle miteinbeziehen, also Praxisanleitung, PDL, Schüler, dass man guckt, dass man wirklich alle miteinbezieht, das ist wichtig, ja.
140	M	Ich sehe das genauso, tatsächlich. Ich kann mich dem nur anschließen, wirklich, ich sehe das genauso und ich finde halt auch, was K eben gesagt hat, mit dem Ausbildungsrahmenplan, das einfach mal den Schülern zu präsentieren und zu sagen, so sieht das eigentlich aus, so sollte das auch eigentlich laufen. Das finde ich alleine schon, man fängt sozusagen beim kleinen an. Aber sich dann wirklich bis zu PDL-Ebene hochzuarbeiten, die Praxisanleiter, die versuchen, wie sie das schon eben gesagt haben, die Welt zu retten, versuchen auch alles zu tun und sind motiviert, aber das Gefühl ist, dass die vor verschlossene Türen meist laufen in dem Fall. Deswegen also ja. (53:02)

4. Einstieg in die Analyse vor der initiierenden Textarbeit

Was will ich genau herausfinden?

Was verstehen Pflegelehrende unter Pflegeprozesskompetenz?

Wie tragen sie zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz bei – wie machen sie das?

Für wen haben die Ergebnisse Nutzen?

Die Ergebnisse haben einen Nutzen für mich selbst und für Pflegelehrende, die maßgeblich an der Entwicklung von PPK beteiligt sind. Auch Praxislehrende tragen einen Nutzen davon, denn Kompetenzentwicklung gelingt nur durch das Zusammenarbeiten beider Lernorte. Die Auszubildenden tragen Mitverantwortung für ihre Kompetenzentwicklung. Diese Verantwortungsübernahme hat die Schule zu gestalten. Gelingt Kompetenzentwicklung, trägt dies zu Wirksamkeitserfahrung und zu Berufszufriedenheit bei, auf Seiten der Auszubildenden und seitens der Lehrenden.

Welche Inhalte stehen im Mittelpunkt des Interesses?

Im Mittelpunkt des Interesses stehen die Verständnisse von Lehrenden zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz, ihre Ideen und Maßnahmen, wie sie das machen, wie sie dazu beitragen, welche Methoden sie einsetzen, wie sie das curricular verankert haben, was unterrichtlich wirksam wird, zu welchem Zeitpunkt welche Aufgaben gestellt werden und wie die Aufgaben aussehen.

Mit der Frage, wie machen sie das, ist verbunden, zu erfahren, wo sich die Lehrenden auf einer Erreicht-Skala verorten, was sie sagen, was noch fehlt, wo und wie man weiterarbeiten muss, welche Teilschritte es gibt, welche schon erreicht sind, wie das Neue (die neue gesetzliche Anforderung) angegangen wird – im Team – Microteam: Unterricht / Mesoteam: Schule / Makroteam: Ausbildungsverbund: also mit dem Lernort Betrieb.

Welche Konzepte werden genutzt? Gibt es ein gemeinsames Vorverständnis zur Kompetenzentwicklung – im weiten Sinn? Zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz im speziellen Sinn? Inwieweit spielen Kompetenzmodelle dabei eine Rolle?

Dabei spielt das eigene Verständnis von Kompetenz, Kompetenzentwicklung und Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz zu erweitern, eine ebenso große Rolle.

Welche Konzepte sind relevant?

Kompetenz, Kompetenzentwicklung, Pflegeprozess, Pflegeprozesskompetenz, Curriculum, Lernen, Theorie-Praxistransfer, organisationales Lernen

Welche Beziehungen will ich aufzeigen? Vermutungen zu den Beziehungen

<i>Beziehungen</i>	<i>Vermutung zu den Beziehungen</i>
Beziehung von Methoden zur Kompetenzentwicklung und einem theoretischen Kompetenz-(entwicklungs-)Verständnis	Es existiert kein gemeinsames Kompetenzverständnis. Die Lehrenden stellen den auszubildenden Begriffswissen zur Verfügung, sie konfrontieren Sie mit Aufgaben zur Pflegeplanung. Der Unterricht folgt in vielen Teilen der medizinisch orientierten Logik, die knapp ausgedrückt heißt: Krankheitsbild und Pflege bei.....
Beziehung von Pflegeprozessorientierung als curriculares Gestaltungsmerkmal und Methoden bzw. entsprechenden Aufgaben im Pflegeunterricht.	Der Pflegeprozess ist noch nicht zum curricularen Gestaltungsmerkmal geworden. Er ist nach wie vor Inhalt einzelner Unterrichte.
Beziehung Berufsverständnis und Pflegeprozessverständnis.	Das Verständnis von Pflegeprozess und den in der Pflegearbeitswelt divergiert stark. Eine Verbindung ist schwer herzustellen. Der Pflegeprozess besteht für Pflegelehrende im Wesentlichen aus 4 bis 6 Schritten und wirkt auf den ersten Blick einfach. Die Bemühungen zur Verknüpfung mit theoretischen Modellen bleibt auf der Ebene von z.B. ATLS in der Informationssammlung, Analyse- und Entscheidungskompetenz zu allen Schritten des Pflegeprozesses wird nicht oder zu wenig zum Unterrichtsgegenstand. Entwicklungslogik wird dazu vernachlässigt.
Rolle der Praxis bezogen auf die Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz und Rolle der Schule bezogen auf die Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz und deren Beziehung	Das Erleben der Divergenz zwischen Schule und Praxis von Auszubildenden wird überwiegend hingenommen und nicht weiter hinterfragt.
Beziehung von Kompetenzentwicklung und Verbesserung der Pflegeprozesssteuerung (Berufsbezug) mit Nutzen für die Pflegeempfänger	Das fehlende für die Praxis taugliche Verständnis von Pflegeprozesskompetenz misslingt die Kompetenzentwicklung. Pflege wird funktionalisiert, deprofessionalisiert. Dies geht mit erheblichen Risiken für Pflegeempfänger einher.

Vorwissen und Vorannahmen

Für das Thema Pflegeprozess war im modularisierten Altenpflegecurriculum 50 Unterrichtsstunden vorgesehen. Es ist davon auszugehen, dass es in Krankenpflegeschulen wenig anders war. Meist gab es ein oder zwei Lehrende, die dieses Thema unterrichteten. Das bedeutet, dass die anderen Lehrenden mit diesem Thema wenig Berührungspunkte hatten. Pflegeplanungen wurden in anderen Unterrichten ergänzend hinzugefügt. Wenn der Unterricht

abgearbeitet war, wurde noch eine Pflegeplanung als Aufgabe ergänzt. Die Ergebnissicherung verläuft meist unbefriedigend. Frei formulierte Pflegeprobleme differierten in den Lerngruppen sehr stark. Die Auszubildenden wünschten sich sehr, eine objektive und richtige Pflegeplanung zu bekommen, um zu wissen, wie es richtig ist. Es konnte kaum ertragen werden, dass dies nicht möglich ist, denn jeder Fall verlangt das Einbringen subjektiver Verständnisse. Insofern hätte eine vorgegebene Planung niemals eine befriedigende Lösung ergeben. Jedoch waren die Ergebnisse der Auszubildenden auch lückenhaft. Es fehlten konsistente Begründungen, eindeutige Formulierungen, transparente Zusammenhangsdarstellungen. Scheinbar endlose für alle Seiten unbefriedigende Diskussionen waren das Ergebnis. Im schriftlichen Examen konnten gute Noten über die Anteile der Wissensabfragen erzielt werden. Im praktischen Examen wurde der Pflegeplanung vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Die Einhaltung von Verfahrensregeln und die gute Kommunikation mit zu pflegenden Menschen bekam die größere Aufmerksamkeit. Somit leben alle mit dem unausgesprochenen Ergebnis, dass man Pflegeplanung in dieser Weise in der Praxis nicht braucht.

Um den gesetzlichen Anspruch umzusetzen, müssen alle (vermutlich fast) alle Pflegelehrenden eine eigene Pflegeprozesskompetenz haben, das bedeutet auch, eine Vorstellung davon zu haben, wie diese entwickelt werden kann. Pflegelehrende wissen nur zum Teil, was der Pflegeprozess ist und wie er in der Praxis angewendet wird bzw. werden soll, um seinen Sinn zu erfüllen. Zu einem sehr begrenzten Teil. Neue Konzepte wie Pflegediagnosen sind noch sehr vielen KollegInnen fremd. Die meisten haben keine Vorstellung davon, wie anspruchsvoll PP im Unterricht ist. Fehlt diese Voraussetzung, erscheint es unmöglich, eine gemeinsame Entwicklungslogik zu gestalten. Das Verständnis von Pflegeprozesskompetenz besteht darin, dass die 6 Schritte nach Fiechter und Meier bekannt sein müssen und zu Lernzwecken der Reihe nach abgearbeitet werden müssen. Das entspricht nach Auffassung vieler den Schritten der vollständigen Handlung. Die Rahmenausbildungspläne enthalten Hinweise, die eine andere Logik verfolgen (s. Kap.4). Kompetenzentwicklung geht nur mit Situationsbezug, wie im theoretischen Teil dargelegt. Somit bleibt die Vermittlung nominellen Wissens und ggf. noch prozeduralen Wissens zentraler Gegenstand des Unterrichts. Fälen fehlt der Pflegeanlass. Der durch die Lernfeldorientierung nötige Blick auf die Arbeitsprozesse bleibt auf der Ebene der Skills, Tätigkeiten, die keinen Situationsbezug aufweisen. Die Beziehung von Arbeitsprozessen und dem Pflegeprozessmodell ist m.E. nicht hinreichend diskutiert worden. Von daher fehlt der Bezug des Pflegeprozesses zum Arbeitsprozess mit entsprechenden Kriterien zur Gebrauchswertorientierung.

5. Fallzusammenfassungen

5.1 Ausführliche Fallzusammenfassung aus Memos/Feldnotizen Gruppe 1

STANDORT auf der Skala 0 bis 10

Pflegeprozesskompetenz der Lehrenden ist hoch ausgeprägt: **8 und 9**.

Pflegeprozesskompetenz der Auszubildenden ist mittel, d.h. über 50% ausgeprägt, **5 bis 7**.

Pflegeprozesskompetenz der Praxis ist unter 50% ausgeprägt, **2 und 3**.

Erläuterung, sprechende Punkte:

- Theorie ist bezüglich Pflegeprozesskompetenz besser vorbereitet als die Praxis.
- In der Praxis wird der Pflegeprozess nicht angewendet.
- In der Praxis werden durchgeführte Tätigkeiten angekreuzt.
- Jede Pflegekraft macht eine Pflegeplanung im Kopf, ohne dass andere das mitbekommen. Auszubildende sehen das nicht. Das ist ein Problem.
- Der Pflegeprozess ist seit 1985 im Gesetz, immer noch der gleiche.
- Es ist unklar, was sich weiterentwickelt hat bezogen auf den Pflegeprozess von Fiechter/Meier.
- Neu: Vorbehaltstätigkeit
- Es ist grausam, dass es in der Praxis noch nicht angekommen ist, dass es die vorbehaltene Tätigkeit gibt und welche Bedeutung das hat.

BRAINSTORMING: Was verstehen Sie unter PPK?

Zusammenfassung	Thema
<p>Pflegeprozess, Unterscheidung Laienpflege und professionelle Pflege (-handlungen) II.</p> <p>PPK gehört zur Professionalisierung. PP als vorbehaltene Tätigkeit, deshalb Profession II.</p> <p>Professionelle Pflege heißt, kommunizieren können, erkennen können und umsetzen. PP ist Grundlage pflegerischen Handelns, PP ist geplante Pflege, Ablauf der Pflegetätigkeiten, mit dem PP können Probleme erkannt und Lösungen gefunden werden. Durch den PP wird Pflege evaluierbar III.</p>	<p>Gemeinsames Verständnis Pflegeprozess</p>
<p>PPK ist Wissen über den Pflegeprozess III, die 6 Schritte kennen und anwenden, Methoden und Methodenvielfalt für die einzelnen Prozessschritte, abhängig vom Pflegesetting. Die vorbehaltene Tätigkeit kennen</p> <p>PPK heißt, Ganzheitlichkeit umsetzen, evidenzbasierte Planung.</p>	<p>Gemeinsames Verständnis Pflegeprozesskompetenz</p>
<p>Es gehört zur PPK, den PP in die Praxis zu überführen, zu dokumentieren, nicht nur im Kopf.</p> <p>Es gehört zur PPK, den Prozess im Einklang/Austausch mit dem Team umzusetzen, man hat was Gemeinsames, das hat was mit dem Dokumentationssystem zu tun. Das ist Organisationssache im Haus.</p>	<p>Team-Aspekt und Organisationsaspekt des Pflegeprozesses</p>
<p>Pflegeprozesskompetenz ist nicht sichtbar, weil Kompetenzen nicht sichtbar sind II.</p> <p>PPK zeigt sich im ganzheitlichen Arbeiten und Denken, im begründeten Handeln, in der Anwendung von Theorien, Modellen zur Analyse, also im professionellen Arbeiten.</p>	<p>Überprüfbarkeit von PPK</p>

DISKUSSION

1Wie wird PPK entwickelt?

2Wie machen Sie das jetzt?

1Zuerst muss ich Wissen haben.

1spiralförmiges Curriculum III

1Die Bahn kommt immer wieder vorbei.

1Es kommt auf den Zeitpunkt an.

2Vermittlung von Instrumenten und Methoden, das ist unser Vorgehen, 1zumindes wollen wir das so entwickeln.

1es ist wichtig, dass theoretischer und praktischer Unterricht Hand in Hand gehen 1Indikator Erfolg für PPKE Verheilen einer Wunde.

1Voraussetzung für PPKE ist Interesse der Azubis, PFK.

1 Theorie-Praxistransfer

1Übernahme von Verantwortung (Schulstation) als sinnvolle Rahmenbedingung, die vorbehaltene Tätigkeit zu erlernen

PPKE braucht Veranlagung. Denn man kann viel vermitteln Alle am PP Beteiligten brauchen die Veranlagung. Lehrende, Azubis, Praxis (ist auch Rahmenbedingung)

ToDos

1 Wir haben Kompetenz: Pflegewissenschaftliches Institut.

1 Anspruch an Vernetzung haben

1 Lehrende müssen mit dem Fokus PPKE mehr in die Praxis gehen

1 mehr in den Unterricht einbauen

1 Praxisbegleitung als Ressource für PPKE

1 Ressource Schulstation

1 müssten konkrete Praxisaufgaben bekommen, um es anzuwenden.

Nicht-Pädagogisches

1PPKE findet statt insbesondere durch juristischen Druck: verknackt wegen Unterlassung

1PPKE aufgrund von Geld als Anreiz, findet statt aufgrund Geldverdienens III.

1 Geld fördert die Implementierung von PPK, deshalb führt die ambulante Pflege das durch.

2 das Bewusstsein für Verantwortlichkeit schärfen.

2 Mit theoretischem und praktischem Unterricht anbahnen

2 ich musste von Tag eins mit der Pflegeplanung beginnen, das war in meiner Ausbildung ganz anders

2 Azubis bekommen Analyse-Instrumente, Assessments, PD an die Hand, um den PP durchzuführen.

2Den Erfolg der Spirale merkt man heute schon. Das ist ein unfassbarer Erfolg.

Lehrende geben Instrumente an die Hand.

2 PPKE wird Instrumente und Methoden umgesetzt.

2 Praxisbegleitung 3 und 4 unterstützen die PPKE

2 PPKE durch Fallbeispiele/Fallarbeit in den CEs, immer wieder in jeder verschiedenen Fallsituation

2Situationsprinzip im theoretischen Unterricht

Eigener Gedanke: Das **wir** wurde nicht in Frage gestellt.

Problematisches, was wir tun

2 Bisheriges hatte nicht den Erfolg, denn die Azubis haben Probleme mit der Pflegeplanung in der Praxis.

2 PPKE wird in der Schule verortet.

2 PPKE Verortung in der Schule ist ein Problem.

2 PPKE, in dem im Unterricht besprochen wird, wo der PP in der Praxis sichtbar ist.

2 Vermittlung von Instrumenten und Methoden, das ist unser Vorgehen, 1 zumindest wollen wir das so entwickeln.

2 PPK(E) funktioniert nicht: Azubis bekommen keine konkreten Praxisaufgaben, um es anzuwenden

2 Lehrende stellen im Examen fest, dass Azubis mit den Instrumenten nichts anfangen können.

2 PPK(E) funktioniert nicht, Azubis können mit den Instrumenten in der Praxis nichts anfangen

2 Schulstation, weil hier kein Pflegeprozess

Wir bleiben in der theoretischen Ebene hängen.

Es ist in der Theorie angesiedelt.

Hier auch die Rolle der Fachdidaktik bearbeiten, welche Fragen stellt die Fachdidaktik nochmal, die hier helfen könnte, die Pflegespezifität des Themas zusammenzukriegen

PPKE – Lernen in der Praxis – Lernortkooperation – Theorie-Praxistransfer

Defizite

Eine Praxisanleitung hat mitgearbeitet zum Thema Pflegeprozess.

Praxisanleitende, die Pflegeplanung gut können, erkennbar am mehr rummäkeln.

Wir Lehrenden besprechen mit den Auszubildenden bei der Praxisbegleitung nur eine Info-Sammlung, Pflegeplanung.

Bereitschaft der PAs zur Zusammenarbeit bezüglich PP bzw. Pflegeplanung ist nicht sehr groß.

Die Mitarbeit bei der Praxisbegleitung 7 wird oft abgesagt.

Curriculum ist unzufriedenstellend, weil die Praxis nicht mitzieht, es fluppt nicht.

Pflegelehrende sprechen nicht mit den PAs über die Pflegeplanung.

Verbesserungsansätze zur Entwicklung der PPK

Freigestellte Praxisanleiter können sich besser damit beschäftigen, wenn sie nicht den Druck der Patientenversorgung haben.

1 PAs brauchen Übung zur Pflegeplanung, um die Azubis begleiten zu können.

1 Bei Gruppenanleitungen Verknüpfung von Schule und Praxis schaffen.

PPKE bei den Gruppenanleitungen verankern.

Gruppenanleitungen haben den Vorteil, dass Azubis mehrere Perspektiven bei der Pflegeplanung erleben.

Azubis könnten bei Gruppenanleitungen erfahren, dass nicht nur Pflegelehrende der Schule PPK fördern, sondern auch die PAs.

Zu einem Themengebiet in der Praxis eine Pflegeplanung schreiben.

Rahmenbedingungen für PPKE

Förderlich

Errungenschaft vorbehaltene Tätigkeit.

Bedeutung PP unterscheidet sich: KH gering, Ambulant und Langzeit hoch. Rückmeldungen zum PP im ambulanten Setting und in Langzeiteinrichtungen sind anders.

Langzeiteinrichtungen auch, MDK trägt (indirekt) zur PPK bei.

Pädagogen (in der dreigeteilten Stationsleitung) auf Station für die Begleitung der Auszubildenden

Hinderlich

Das (Bedeutung PP) trifft für die Krankenhäuser aktuell nicht zu.

PP und PPK wird nicht in der Praxis, sondern in der Schule verortet.

PPKE ist problematisch, weil PP wird in keinster Weise gelebt wird II.

Hat was mit Personalbesetzung und Finanzierung zu tun.

Im Krankenhaus wenig Pflegeanlässe, weil die Patienten viel selbstständig tun.

Das Krankenhaus hinkt immer noch mit dem Pflegeprozess hinterher II.

Azubis erleben Interesse der PFKS nicht.

Nichtwissen von Pflegelehrenden

Nichtwissen, wie vermittele ich das Wissen

Nichtwissen, wie bringe ich es in die Praxis und wie wird es in der Praxis umgesetzt.

Die Frage, wie vermittele ich das Wissen, wie bringe ich es in die Praxis.

Nichtwissen über Schulstation.

Nichtwissen, ob Schulstation Aufnahmegespräche führt, das wäre eine Ressource.

Nichtwissen Aufgaben der Pädagogen auf Station

Nichtwissen zur Praxiseinheit zur Pflegeplanung

Nichtwissen zum Überprüfen der PPK

Nichtwissen, was wir richtig machen. Wir machen da irgendwas richtig.

Nichtwissen, wie man PP einbaut.

Wie kommt der PP in die Praxis?

PP kommt aus der Schule und Azubis bringen ihn nicht von der Schule in die Praxis, weil die Erfahrenen das nicht annehmen, bzw. ihr Ding machen (Auszubildende werden gebätscht).

Das Reinwachsen in die Rolle hat offenbar nichts mit dem Pflegeprozess zu tun.

Es braucht noch, das in die Praxis zu überführen (es wird nicht gesagt, wer es in die Praxis überführt. Es wird gesagt, dass der PP in die Praxis überführt werden muss, nicht woher.)

Nichtwissen in der Praxis

Die Praxis weiß nicht, dass das Anleitungszeit ist.

Die PFKs wissen nicht, dass das Dokumentationstool auf dem PP fußt.

Nichtwissen von PAs zur Pflegeplanung.

Nichtwissen POP-Buch auf Station,

Nichtwissen Pflegediagnosen auf Station

Nichtwissen der Azubis in der Praxis

Alle klicken wie die Weltmeister. Sie wissen nicht, worauf das fußt.

Unklares Berufsbild Pflege

Pflege wird in Fallpauschalen nicht abgebildet. Im KH können so keine finanziellen Anreize entstehen und damit gibt es für PP keinen Anreiz.

Nicht wissen, was pflegerisch zu tun ist. Beraten/ Anleiten ist wenig Pflege.

Nicht wissen, was geschrieben werden soll

Nicht wissen, was die PFKs in der perioperativen Versorgung machen. Lehrende fragt, was machen die PFKs?

Nicht wissen, was ist der Pflegeprozess.

Nicht wissen, was ist Pflegeaufgabe, wenn die Eltern alles machen.

Nicht wissen, dass sich Rückversichern, ob die Eltern kompetent sind und dass ein Gespräch mit den Eltern eine Pflgetätigkeit ist.

Nicht wissen, was sind Pflgetätigkeiten. Wir haben für alles andere Personen: Essen, Transport, Casemanagement, Service-Kräfte.

Pflegeorientierung versus Medizinorientierung

Wundheilungen sind ein Beispiel für die Medizinorientierung („medizinische Tätigkeit“). Damit wird nicht der PP assoziiert.

Unklare Verantwortlichkeit für den PP in der Praxis. Die Ärzte sagen ja, wir sagen Nein.

Therapie und pflegerische Maßnahmen. Vermutung: gute Zusammenarbeit, wegen gemeinsamer Medizinorientierung. *Das gute Beschreiben können, könnte einen Hinweis auf den Pflegeprozess geben, ist allerdings nicht eindeutig, denn alle anderen Schritte fehlen* (eigener Kommentar).

Motivation der Auszubildenden für PPK

positiv

Azubis wollen PPK lernen für das Examen II.

PPKE: für mich gehört Erfolg zur Entwicklung

PPKE durch Neid und durch Vorbilder, weil die Azubis irgendwann erkennen, dass die Generalisten es tun und sie es auch machen wollen.

negativ

Azubis sind nicht motiviert, mit dem PP zu arbeiten „oh ne, nicht schon wieder“.

2 PPK(E) funktioniert nicht, weil sie kein Motiv haben.

1 Pflegelehrende müssen mehr machen, Azubis haben sich beschwert, dass das zu praktische Übungen gemacht werden.

Beobachtbarkeit von PPK

Erfahrung zur Schulstation in einem anderen KH, enge Zusammenarbeit von auszubildenden Ärzten und Pflegepersonen. Anwendung von Fachsprache hat sich dadurch stark entwickelt, die Fähigkeit zu beschreiben, war bei den Pflegeauszubildenden erstaunlich.

Der erste Kurs hatte Pflegeprozesskompetenz, hervorragende Examina.

PA: PPK erkennen, wenn Prüfling Patienten wäscht und Verbände macht.

Lehrende: in der Prüfung 4 Stunden irgendwie von vorne bis hinten, so dass die Patienten glücklich versorgt sind.

PPK ist einfach zu überprüfen, weil die in der Performanz passiert. Da müssen wir nicht vermuten, was dahintersteckt.

sichtbar ob da vernünftig gepflegt wird, dass der Prozess eingehalten wird.

TN hat PPK in den hervorragenden Examina gesehen hat.

Blick in die Geschichte / Veränderungsprozess: Gefühle

Errungenschaft vorbehaltene Tätigkeit *Stolz*

Wir machen schon ziemlich viel und das ist ein bisschen frustrierend. *Frust*

Es dauert lange (17 Jahre), wenn man bedenkt, wie lange das schon her ist. Seit 1985. Es hat sich nicht viel verändert, damals schon dieselben Prüfungsaufgaben, ich alter Knochen, Problem damals wie heute – *Unwirksamkeit*

Warum machen die in den Praxiseinheiten nicht so eine Pflegeplanung? *Unverständnis*

1 Pflegeplanung für die Ausbildung schreiben ist besser als nur für die Schule, nicht für jeden Patienten. *Trost*

Krankenhaus hinkt hinterher. *Aussichtslosigkeit*

Lernen für das Examen ist die gleiche Krux wie vor 2020. *Frust*

Erschreckend

Der Pflegeprozess ist bis heute in der Praxis nicht angekommen, ganz *grausam* muss ich sagen

Können wir die Plakate fotografieren? *Interesse*

Irgendwas haben wir richtig gemacht. *Bestätigung*

Wir machen so viel, irre, und trotzdem ist so viel zu tun, wir können nicht alles tun. *Überforderung/Abgrenzung II*

5.2 Gekürzte Fallzusammenfassung Gruppe 1

<p>Beschreibung Gruppe 1</p> <p>Alle Teilnehmenden haben vor ihrer Tätigkeit in der Pflegeschule eine dreijährige Pflegeausbildung absolviert. Die Gruppe bestand aus 9 Pflegelehrenden, davon 1 BA Pflegepädagogik, 5 MA Pflegepädagogik, 1 Medizinpädagogin, 1 Gesundheits- und Kinderkrankenschwester im Praktikum, 1 Lehrerin für Pflegeberufe. Die Schulleitung hat nicht teilgenommen.</p> <p>Die Pflegeschule gehört zu einer Klinik und verfügt über mehr als 500 Ausbildungsplätze zum Pflegefachmann oder zur Pflegefachfrau und zur Pflegefachassistentin. Etwa 25 Lehrende sind dort beschäftigt.</p>
<p>Verlauf der Gruppendiskussion nach Phasen</p> <ul style="list-style-type: none">• Standort: 6:32 min• Vorstellung der Karten zum Verständnis Pflegeprozesskompetenz: 7:42 min• Diskussion zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz: 35:14 min• Beitragszeit insgesamt: 49:28 min
<p>Standort</p> <p>Pflegelehrende verfügen über eine Pflegeprozesskompetenz zwischen 8 und 9. Die Pflegeprozesskompetenz der Auszubildenden reicht zum Ende der Ausbildung von 5 bis 7, die der Praxis reicht von 2 bis 3.</p>
<p>Was unter Pflegeprozesskompetenz verstanden wird</p> <p>Pflegeprozesskompetenz gehört zum professionellen Arbeiten. Probleme werden erkannt, Lösungen werden gefunden. So kann Pflege evaluiert werden. Pflegeprozesskompetenz ist in der Praxis meist nicht sichtbar.</p>
<p>Wie Pflegeprozesskompetenz entwickelt wird</p> <p>Wissen, spiralförmiges Curriculum, passender Zeitpunkt, Theorie-Praxistransfer</p>
<p>Wie Pflegeprozesskompetenz jetzt entwickelt wird</p> <p>Vermittlung von Instrumenten und Methoden, Beginn von Tag 1 der Ausbildung, Fallarbeit, das Schärfen der Verantwortlichkeit, Praxisbegleitung</p>
<p>Weitere Themen</p> <p>Kompetenzentwicklung aufgrund juristischer und ökonomischer Bedingungen</p> <p>Pflegelehrende müssen mehr in die Praxis gehen</p> <p>Lehrende stellen im Examen fest, dass Auszubildende mit den Instrumenten nichts anfangen können.</p> <p>Schulstation, kein Pflegeprozess</p> <p>Pflegelehrende sprechen nicht mit Praxisanleitenden über Pflegeplanung.</p> <p>Die Vorbehaltene Tätigkeit ist eine Errungenschaft.</p> <p>Pflegeprozess wird in der Schule verortet</p>

5.3 Ausführliche Fallzusammenfassung aus Memos Gruppe 2

STANDORT auf der Skala 0 bis 10

Die Pflegeprozesskompetenz der Lehrenden ist bei **6** ausgeprägt und.

Pflegeprozesskompetenz der Auszubildenden zwischen **2 und 3**.

Gesamtnote **3**

Pflegeprozesskompetenz der Praxis, bzw. der Praxisanleitenden (wird eher unscharf differenziert) liegt bei **1,5**.

- Pflegeprozesskompetenz im Team hat sich mit der Zeit entwickelt. Sie haben sich gegenseitig erinnert: Denk dran: Pflegeprozess. Luft nach oben (7 – 10)
- Das Team hat aufgrund des curricularen Prozesses eine Idee davon.
- Der Gedanke PP ist für die Azubis so nicht greifbar, theoretisch, abstrakt. Am Anfang der Ausbildung noch niedriger, gegen Ende werden Zusammenhänge erkennbar, ein AHA-Effekt. Den Azubis wird dann eine 4 zugetraut.
- PP wird in der Praxis nicht gelebt. Praxisanleiter können mit zielgerichteter Pflege nichts anfangen. „Aach, Sie meinen SIS“.

BRAINSTORMING: Was verstehen Sie unter PPK?

Zusammenfassung	Thema
<p>Was der Pflegeprozess ist: Planen und Steuern einer strukturierten Pflege Bei dem Begriff Pflegediagnose hapert es. Man muss den Aufbau des PP verstehen und mit Hilfsmitteln arbeiten können, z.B. ENP. QM, denn der Pflegeprozess ist ein QM-Instrument, PP muss sich im QM widerspiegeln, dazu gehören hausinterne Standards. Die kollegiale Beratung gehört auch dazu. Der Pflegeprozess ist eine Entwicklung. Man kann nicht anhand einer Handlung den ganzen Pflegeprozess – was? Man muss Abstriche machen, um das praktikabel zu machen. Die Situation, die Handlung ist etwas anderes als der Pflegeprozess</p>	<p>Verständnis Pflegeprozess</p>
<p>Den PP kennen, und die Anwendung in der pflegerischen Praxis Strukturiertes Assessment. 6 Schritte kennen (III), was gemeint ist, Assessments und Leitlinien</p>	<p>PPK Dimensionen PPK</p>

DISKUSSION

<p>1Wie wird PPK entwickelt? Sollmaßnahmen zur PPK</p>
<p>Konzept für die Entwicklung von PPK 1Es braucht Konzepte für die Entwicklung von PPK II 1Vernünftiges Konzept 1Ein Konzept also auf mehreren Perspektiven angehen, um den Praxis-Theorie-Transfer hinzukriegen.</p>

1Der systemische Ansatz passt da gut in das Konzept. Man braucht Leute, die den PP verstehen und anwenden. Auch Theorien braucht man in diesem Konzept
1Für die Entwicklung von PPK: Köpfe, Zeit und Praxis.
Das Konzept ist eine Wolke im Nichts. Wenn man das Konzept ausweitet, kann auch der Theorie-Praxis-transfer gelingen.

Erwartungen an die Praxis zur PPKE

1Wunsch: Weiterführung in der Praxis von Anfang an
1Hoffnung auf PAs, dass sie die Azubis von Anfang an die die Pflegeprozessplanung einbeziehen.
1Den Pflegeprozess (in der Praxis) so anpassen, dass die Azubis mit ins Boot genommen werden.

Zusammenarbeit von Schule und Praxis zur PPKE

1Theorie-Praxistransfer ist im PP wichtig
1Regelmäßiger PA-Treff mit der Schule
1Pflegevisiten machen
1Bei Pflegevisiten Hinweise geben, nach Standards fragen, einschneidende Bemerkungen machen, die irgendwann fruchten
1Dozenten müssen in der Praxis präsenter sein. Sie haben die Aufgabe, auf das Thema – hier PP – aufmerksam zu machen, Kontrollinstanz, im Rahmen von Pflegevisiten.

Anforderung an die Gestaltung von Unterricht zur PPKE

1Fallbeispiele sollen komplex sein, aus unterschiedlichen CEs oder Themenfeldern
1Skillslab als unsere Überbrückung
1Häufiger Wiederholungen dienen der Entwicklung PPK
1 und 2 Spiralförmig
1Skillslabraum zur Überprüfung der PPK, zur Vermittlung des PP. Ich weiß nicht, ob das funktioniert.

PPKE bei den einzelnen Pflegelehrenden und im Team

1Man kann nur etwas vermitteln, was man selbst weiß.
1Dass man selbst weiß, was der PP ist, welchen Einfluss er auf die Pflege, auf die Schule, auf den Lehrplan und wie baue ich das Ganze ein
1PPK-Entwicklung für das Team: curriculare Zusammenarbeit, interne Lernzirkel
1Die Veränderung muss beim Schulteam ankommen
1Bei mir selbst anfangen, PPK zu entwickeln (III)

Verbesserung der Rahmenbedingungen der Praxis zur Entwicklung von PPK

1Fortbildungen für QM-Sparte anbieten.
1Wunsch, die Einrichtungen zu sensibilisieren, Informationen über das Curriculum und was die Einrichtungen tun müssen.
1Besser auf der QM-Ebene kommunizieren.
1Fortbildung für QMLer und PDLer zum Rahmenausbildungsplan.
1Refresher-Kurse nutzen: mehr Informationen zum Pflegeprozess
1Leute aus der Leitungsebene ins Boot holen.
1Auf mehreren Schienen versuchen, Veränderungen zu erreichen

2Wie entwickeln Sie das jetzt?

Ist-Maßnahmen PPKE

2Theorievermittlung dient der Entwicklung von PPK, ebenso Üben mit Fallbeispielen
Arbeit mit Fällen
Viele Wiederholungen
Spiralförmig
2PPKE: Azubis den Rahmenausbildungsplan lesen lassen, damit sie ihre Pflichten kennen.
Im Examen prüfen wir den Pflegeprozess in abgeschwächter Form. Der ist da definitiv drin.

PP in der Praxis ist etwas anderes als in der Schule

Neue Subkategorie: Verständnis PP in der Praxis (?)

PP in der Praxis: erst Maßnahme erdacht, dann Ziel.

PA machen die ersten beiden Schritte im PP unbewusst. Sie reden erst bei der Maßnahmenplanung darüber.

PP in der Schule ist etwas anderes als PP in der Praxis

Das Denken hört bei alteingesessenen Pflegekräften auf.

PA machen die ersten beiden Schritte im PP unbewusst. Sie reden erst bei der Maßnahmenplanung darüber.

Jedes Haus arbeitet für sich in der PPPlanung. Jedes Haus hat was entwickelt, was funktioniert, weil sie mit dem MDK zurecht kommen müssen

Lernen in der Praxis ist schwierig Rahmenbedingungen für PPKE in der Praxis

Die Praxis ist wie sie ist, keine rosarote Brille.

Theorie- und Praxisrealität

Die Praxis hat keine Zeit, sich um die Schüler zu kümmern und keine Zeit, ihnen den PP beizubringen.

Die Praxis vergisst die Auszubildenden.

Es gibt Einrichtungen, die Azubis verbieten, im ersten AD den PC zu nutzen.

Die höheren Instanzen machen sich das Leben einfach. Sie wälzen die Ausbildungsaufgabe auf die PAs ab und kümmern sich nicht mehr darum.

Verschlossene Türen bei den PDLs

Nichtwissen Praxis Die Praxis kennt nicht das Curriculum und nicht die Kompetenzen. Sie ruhen sich auf den Lernaufgaben aus, die sie nicht entwickelt haben.

Fächerorientierung ist im Curriculum noch leitend, keine Zeit für Konzeptentwicklung

Neue Subkategorie: Curriculares Prinzip Fächerorientierung (Gruppe 1 Medizinerorientierung?)

Zeit ist vorgegeben (1000 Stunden) II

Keine Zeit für Konzeptentwicklung

Fächerdenken verplumpert die Zeit.

Auge, Niere

Angst, Inhalte zu vergessen

Organe

Krankenschwesterdenken

Altes im neuen System Veränderung/Nichtveränderung

POL, um die Organe unterzukriegen.

Erzählt von Pflegevisiten.

Pflegevisiten waren sehr zielführend

Im modularen System war der Überblick besser. Jetzt kein Überblick.

Was wir schon hatten

Was wir hatten, ist jetzt schwierig.

Verhältnis Schule und Praxis, Rolle der Schule: sich gegenseitig Ernstnehmen und nicht ernst nehmen neue Kategorie? Zu Interaktion? Evtl. neue Hauptkategorie, denn hier geht es nicht nur um Veränderung sondern mehr um die Interaktion, insbesondere mit der Praxis, neue Farbe? Noch unklar

In der Schule sind die besseren Lehrer, die Pflegekräfte haben viel Routine.

Wir haben keinen Einfluss auf die Praxis.

Wir müssen von der Praxis wegschauen. Wir können die Veränderung nur in der Theorie schaffen. Wir haben keine Handhabe (in der Praxis)

Schachspiel

Nach Schule pflegen (in der Praxis)

Die Schule erscheint in der Praxis als Kontrollinstanz.II

Die Praxis ordnet sich der Schule unter, solange die Schule kontrolliert, dann nicht mehr, dann mach sie ihr eigenes Ding.

Nach Schule arbeiten

Die Praxis lacht über die Schule (sterile Handschuhe bei Verbandswechsel).

Praxisanleitertreffen im Verbund nicht für Konzeptentwicklung geeignet

PA-Treff im Verbund ist nicht für die Entwicklung von Konzepten geeignet.

Wir haben keine zeitlichen Ressourcen für so einen PA-Treff 2PA-Treff ist Austausch über Unterschiede.

Selbsthilfegruppe

PA-Treff benötigt zu viel Kapazität unserer Schule. Die ist nicht da.

Ergebnisse werden nicht in den Einrichtungen weitergetragen.

Profit ist ungewiss

PAs sind nicht die richtigen Ansprechpartner.

PA-Treff für Best practice als Schulung?

PA-Treff ist Austausch. Ziel unklar, eher nicht konzeptorientiert

Viele Kooperationspartner im Verbund sind hinderlich für die Zusammenarbeit von Schule und Praxis.

Viele Kooperationspartner sind hinderlich, wenn Dozenten mehr in die Praxis gehen sollen.

Unterschied zum Krankenhaus (wenige Kooperationspartner)

Wenn ich nach Standards schaue, muss ich sie alle lesen, das schafft man nicht.

Mustereinrichtung arbeitet mit Pflegevisiten.

In der Mustereinrichtung kann man Pflegeprozess lernen, denn die Doku ist nach dem PP aufgebaut, das ist eine günstige Rahmenbedingung.

5.4 Gekürzte Fallzusammenfassung Gruppe 2

<p>Beschreibung Gruppe 2</p> <p>Alle Teilnehmenden haben vor ihrer Tätigkeit in der Pflegeschule eine dreijährige Pflegeausbildung absolviert. Die Gruppe bestand aus 6 Pflegelehrenden, 1 Dipl. Pflegepädagogik, 1 MA Berufspädagogik = Schulleitung, 1 cand. BA Pflegemanagement, 2 cand. BA Pflegepädagogik, 1 cand. BA Pflegewissenschaft.</p> <p>Die Pflegeschule ist eine ehemalige Altenpflegeschule, die sich im Zuge der Generalistik zu einer Pflegeakademie weiterentwickelt hat und den Abschluss Pflegefachfrau/Pflegefachmann anbietet. Sie verfügt über 175 Ausbildungsplätze zzgl. Pflegefachassistenten. 10 Lehrende sind dort beschäftigt.</p>
<p>Verlauf der Gruppendiskussion nach Phasen</p> <ul style="list-style-type: none">• Standort: 7:49 min• Vorstellung der Karten zum Verständnis Pflegeprozesskompetenz: 6:04 min• Diskussion zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz: 35:02 min• Beitragszeit insgesamt: 48:55 min
<p>Standort</p> <p>Pflegelehrende verfügen über eine Pflegeprozesskompetenz von 6. Die Pflegeprozesskompetenz der Auszubildenden reicht von 2 bis 3, gegen Ende der Ausbildung bei 4. Die Pflegeprozesskompetenz der Praxis liegt bei 1,5.</p>
<p>Was unter Pflegeprozesskompetenz verstanden wird</p> <p>Pflegeprozesskompetenz bedeutet Pflege steuern und strukturieren. Dazu gehört, den Aufbau, die 6 Schritte, zu verstehen und mit Hilfsmitteln, Assessments und Leitlinien zu arbeiten.</p>
<p>Wie Pflegeprozesskompetenz entwickelt wird</p> <p>Konzepte zur Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz, Zeit, Köpfe und die Praxis, Die Weiterführung in der Praxis von Anfang an, Theorie-Praxistransfer (Präsenz der Lehrenden in der Praxis, Pflegevisiten, Einbeziehen der Praxisanleitenden), Pflegeprozesskompetenzentwicklung der Lehrenden und Praxisanleitenden uvm.</p>
<p>Wie Pflegeprozesskompetenz jetzt entwickelt wird</p> <p>Theorievermittlung, Üben mit Fallbeispielen, viele Wiederholungen, spiralförmiges Vorgehen, die Auszubildenden den Rahmenausbildungsplan lesen lassen, damit sie ihre Pflichten kennen</p>
<p>Weitere Themen</p> <p>Kompetenzentwicklung der Lehrenden Pflegeprozess und Qualitätsmanagement Schwierige Lernbedingungen in der Praxis Fächerorientierung im Curriculum Praxisanleitenebene reicht für die Kooperation der Lernorte nicht aus, die Leitungen müssen einbezogen werden. Pflegelehrende müssen mehr in die Praxis gehen.</p>

6. Codierte Transkripts

6.1 Gruppe 1 Memos/Feldnotizen, Hauptkategorien, Subkategorien

Nr.	TN	Beitrag	Hauptkategorien	Subkategorien	Feldnotizen/Memos
1	AB	(1:58) Wir sehen eine breite Streuung und ich möchte jetzt die Punkte sprechen lassen. Was man vermutet was da so ist. Was sagen die Punkte hier. Dann fange ich mit dem Bereich an (8 - 10). Was sind die Gründe, warum hier die Punkte sind?			
2	A	Ja, ich würde jetzt auf die persönliche Pflegeprozesskompetenz beziehen. Wenn wir es nicht können, wer dann.	PPKE, Aufgabenaspekte Pflegelehrende der Schule	PPKE der Pflegelehrenden	Wo stehen wir in Punkto Entwicklung von Pflegeprozesskompetenz – das wurde breiter verstanden als gemeint, gemeint war, in punkto Entwicklung bei den Auszubildenden. Pflegeprozesskompetenz der Lehrenden ist hoch ausgeprägt.
3	B	Ich auch.		Beobachtung PPK	
4	AB	Das sind diese Punkte, sind die 7er auch noch dabei? Bis wohin geht der Bereich persönliche Pflegeprozesskompetenz?		Beobachtung PPK	
5	C	bis 6		Beobachtung PPK	
6	A	meine 7er sind schon die nächste Gruppe.		Beobachtung PPK	
7	AB	Dann knubbelt es sich von 5 bis 7.		Beobachtung PPK	
8	B	Für mich ist das die Kompetenz der Auszubildenden, die Perspektive der Auszubildenden.		Beobachtung PPK	Pflegeprozesskompetenz der Auszubildenden ist mittel, d.h. über 50% ausgeprägt.
9	AB	Was sagt der Bereich aus? (2 und 3)	PPKE in der Praxis	Rahmenbedingung für PPKE	
10	D	Praxis		Beobachtung PPK	Pflegeprozesskompetenz der Praxis ist unter 50% ausgeprägt.

11	AB	Unternehmen, Lernort Praxis, da ist auch noch ein Azubi drin.		Beobachtung PPK	
12	C	(05:32) Der Azubi in dem unteren Bereich meint, am Anfang der Ausbildung, denn das ist ja ein Lernprozess, die Pflegeprozesskompetenz	PPKE, Aufgabenaspekte Pflegelehrenden der Schule	Beobachtung PPK	
13	B	Mir zeigt das, dass sich die Theorie besser darauf vorbereitet hat als die Praxis.	PPKE, Aufgabenaspekte Pflegelehrende der Schule	Beobachtung PPK Empfundene Veränderung	Theorie ist bezüglich Pflegeprozesskompetenz besser vorbereitet als die Praxis.
14	D	Ich würde auch sagen, dass die Praxis das nicht so anwendet. Das sagen ja auch immer die Schüler, dass das in der Praxis nicht gemacht wird. Da gibt es Pflegepläne, fertige, in Miona (Programm), da müssen die was ankreuzen, aber das wird nicht richtig geplant. Die schreiben eher ihre durchgeführten Tätigkeiten.	PPKE in der Praxis	Rahmenbedingungen für PPKE Erleben der Auszubildenden zum PP	In der Praxis wird der Pflegeprozess nicht angewendet. In der Praxis werden durchgeführte Tätigkeiten angekreuzt.
			Verständnis PPK	Berufsverständnis	
15	C	Der Pflegeprozess an sich findet im Kopf statt. Er wird nicht dokumentiert im klassischen Sinne. Jede Pflegekraft für sich kommt zum Dienst, erhebt die Informationen, die er braucht, plant die Pflege in seinem Kopf. Das und das ist das Problem. Das und das ist das Ziel, und das ist die Durchführung. Das muss ich machen, damit ich zur Durchführung, bis am Ende meiner Schicht. Das ist das, was ich als Beispiel immer den Auszubildenden am Anfang sage, dass das das Problem ist, dass sie das nicht sehen können. Das sehen sie nicht in der Praxis, aber jede Pflegekraft, jede, macht eine Pflegeplanung kognitiv im Kopf, ohne dass andere das mitbekommen, genau das.	PPKE in der Praxis	Bedingung für PPKE Erleben von Erleben der Auszubildenden zum PP Verständnis PP Berufsverständnis	Jede Pflegekraft macht eine Pflegeplanung im Kopf, ohne dass andere das mitbekommen. Auszubildende sehen das nicht. Das ist ein Problem.
16	E	(07:42) Das ist ja seit 1985 verankert, seit 01.09.85 im Gesetz. Da gab es ja die große Revision sozusagen. Erstmals und da steht es im Gesetz drin. Dieser berühmte Prozess Fiechter / Meier, ich alter Knochen da. Das war damals sozusagen heißes Thema und seitdem und alle anderen ganz jungen, natürlich ganz neue Ausbildungen und Studiengänge, aber selbst alte Knochen wie ich haben das ja schon gehabt. Das war auch wichtig damals. Von daher wäre die Frage: Was hat sich weiterentwickelt im Rahmen der Revision des Curriculums für 2020 bezogen darauf? Sind es die Methoden? Der Prozess selber ist eigentlich gleich.	Veränderungsprozess / Nichtveränderung, Auswirkung	Fakten zur Veränderung Nichtveränderung Nichtwissen zu Veränderung	Der Pflegeprozess ist seit 1985 im Gesetz, immer noch der gleiche. Es ist unklar, was sich weiterentwickelt hat bezogen auf den Pflegeprozess von Fiechter/Meier.

17	B	Das sind jetzt Vorbehaltstätigkeiten.		Fakten zur Veränderung	Neu: Vorbehaltstätigkeit
18	E	Ja genau.		Fakten zur Veränderung	
19	AB	(8:30) Ich würde jetzt gern ein Brainstorming machen und zwar zu der Frage: Was verstehen wir unter Pflegeprozesskompetenz? (Alle schreiben Karten)	Verständnis Pflegeprozesskompetenz		
20	F	(14:30) Ich habe mich tatsächlich an dem Wort Kompetenz festgehalten und mit Wissen über Pflegeprozess erstmal angefangen, weil das wissen wir ja alle, denn Kompetenzen sind erstmal so nicht sichtbar, sondern spielen sich im Kopf ab. Wissen über den Pflegeprozess. Pflegeprozess an sich spiegelt für mich, dass es professionelle Pflegehandlungen sind, Unterscheidung Laienpflege, professionelle Pflege und analog zu dem Wissen habe ich Anwendung des Pflegeprozesses ein bisschen mit Fragezeichen gemacht, weil Kompetenzen nicht unbedingt sichtbar sind.	Verständnis PPK	Dimensionen von PPK Kompetenzverständnis Berufsverständnis	Pflegeprozesskompetenz ist Wissen über den Pflegeprozess. Das ist unsichtbar. Pflegeprozess, da geht es um professionelle Pflegehandlungen. Pflegeprozess, da geht es um Unterscheidung Laienpflege und professionelle Pflege. Pflegeprozesskompetenz ist nicht sichtbar, weil Kompetenzen nicht sichtbar sind.
21	G	(15:30) Ich habe nur eins. Professionelle Pflege heißt, das beinhaltet ja, dass ich weiß, was der Pflegeprozess ist, dass man auch in der Lage ist. Was gehört dazu, ich muss kommunizieren können, ja erkennen können und das dann auch umsetzen.		Berufsverständnis Dimensionen PPK	Professionelle Pflege heißt, Wissen über den Pflegeprozess, kommunizieren können, erkennen können und umsetzen.
22	E	Am Anfang steht das Gleiche hier, den Pflegeprozess zu kennen, das Wissen über den Pflegeprozess zu haben, dann finde ich ganz wichtig, dazu gehört für mich, sonst kann ich es nachher hinten raus nicht anwenden, zu sagen, ich brauche die Methoden, ich habe sogar vielleicht eine Methodenvielfalt, die ich sozusagen für die einzelnen Prozessschritte anwenden kann, und eventuell wechseln kann, je nach Setting, wo ich mich befinde, in welchem Pflegekontext. Dann habe ich gedacht, das was C. schon gesagt hat, dazu gehört sozusagen, es in die Praxis zu überführen und praktisch auch sozusagen, in der Praxis anzuwenden und zu dokumentieren, nicht nur im Kopf. Und, das ist vielleicht auch eine Kompetenz,	Verständnis PPK	Dimensionen PPK	PPK ist Wissen über den Pflegeprozess, Methoden und Methodenvielfalt für die einzelnen Prozessschritte, abhängig vom Pflegesetting. Es gehört zur PPK, den PP in die Praxis zu überführen, zu dokumentieren, nicht nur im Kopf.
			PPKE in der Praxis	Dimensionen PPK	Es gehört zur PPK, den Prozess im Einklang mit dem Team umzusetzen, das hat was mit dem Dokumentationssystem zu tun. Das ist Organisationssache im Haus

		die man in dem Zusammenhang entwickeln könnte, wie man in die Praxis zu überführen grundsätzlich in seinem Setting, im Team, also dass das sozusagen Einklang findet. Das hat aber auch was mit Dokumentationssystem zu tun, das muss auch geeignet sein. Wir werden ja auch immer digitaler, je nach dem in welchem Kontext man ist und nicht anders kann. Das ist ja eine Organisationssache im Haus.		Rahmenbedingungen für PPKE	
23	A	Der Pflegeprozess ist die Grundlage pflegerischen Handelns oder Tuns, von einer anderen Perspektive aus, das ist für mich aber auch ganz wichtig, Ausdruck der Professionalisierung des Pflegeberufs, die Pflegeprozesskompetenz beschreibt letzten Endes die Profession. Und der Pflegeprozess an sich ist deshalb ja nicht zuletzt eine vorbehaltene Tätigkeit für die Pflegenden. Und ein Aspekt des Pflegeprozesses, den ich nochmal rausheben wollte, ist für mich ganz wichtig, weil es trotz aller Dokumentation immer wieder untergeht: So wird Pflege evaluierbar.	Verständnis PPK	Berufsverständnis	PP ist Grundlage pflegerischen Handelns und Ausdruck der Professionalisierung des Pflegeberufs. PPK beschreibt die Profession. PP als vorbehaltene Tätigkeit, deshalb Profession. Durch den PP wird Pflege evaluierbar.
24	H	(19:30) So als erstes hab ich jetzt Professionalisierung, also fachliche Versierung, also sprich, also was die Pflege betrifft, auf der anderen Seite auch, was den Umgang mit dem Pflegeprozess betrifft, dass man in Austausch gehen kann, Fachsprache verwendet, damit man mit dem Team, nicht nur mit den Auszubildenden, in Austausch gehen kann, und dass man Probleme erkennt und Lösungen dafür findet, und dass man was gemeinsames hat, und sich darüber austauschen kann.	Verständnis PPK	Berufsverständnis Verständnis PP Dimensionen PPK	PPK gehört zur Professionalisierung. Durch den Pflegeprozess kann man in den Austausch gehen mit dem Team, den Auszubildenden (Fehlt: Patient). Mit dem PP können Probleme erkannt und Lösungen gefunden werden. Man hat was Gemeinsames.
25	B	Ich habe da irgendwie ganz anders gedacht, habe ich gerade festgestellt. Ich habe gedacht, wie zeigt sich Pflegeprozesskompetenz? Und habe gedacht, es hat zu tun mit ganzheitlichem Arbeiten und Denken und dann schon sehr konkret im begründeten Handeln und ganz beispielhaft Anwendung von Theorien und Modellen zur Analyse, ist im Prinzip das professionelle Arbeiten, ich bin da glaube ich etwas konkreter geworden, nicht so auf der Metaebene geblieben.	Verständnis PPK	Beobachtung PPK Dimensionen PPK Berufsverständnis	PPK zeigt sich (ist sichtbar?) im ganzheitlichen Arbeiten und Denken, im begründeten Handeln, in der Anwendung von Theorien, Modellen zur Analyse, also im professionellen Arbeiten.
26	I	Ganzheitlichkeit umsetzen, ist für mich das Umgreifende, die evidenzbasierte Planung und dynamische Anpassungsfähigkeit, macht Pflege evaluierbar.		Verständnis PP	PPK heißt, Ganzheitlichkeit umsetzen, evidenzbasierte Planung. PP macht Pflege evaluierbar.
27	D	Ich habe nochmal anders gedacht. Ich habe eher so gedacht, was ich unter dem Pflegeprozess verstehe. Das ist die geplante Pflege, und dann eben sozusagen		Verständnis PP	PP ist geplante Pflege, Ablauf der Pflegetätigkeiten und es geht um Evaluation.

		der Prozess hat einen Ablauf der Pflgeetatigkeiten, und dann, dass es um Evaluation geht, Überprüfung der geplanten Pflege. Ich habe in der Mikroebene gedacht.			
28	C	(22:12) Ich habe auch einmal die vorbehaltenen Tätigkeiten zu kennen und deren Bedeutung, weil ich glaube, bis heute ist das noch nicht wirklich in der Praxis angekommen - ganz grausam muss ich sagen. Als zweites habe ich hingeschrieben als Kompetenz, den Pflegeprozess anzuwenden in allen 6 Schritten, damit man auch quasi die Anwendung aber in der Ganzheitlichkeit (...).		Dimensionen PPK Berufsverständnis	PPK ist die vorbehaltenen Tätigkeiten zu kennen. PPK ist den Pflegeprozess in allen 6 Schritten anzuwenden. Es ist grausam, dass es in der Praxis noch nicht angekommen ist, dass es die vorbehaltene Tätigkeit gibt und welche Bedeutung das hat.
			Nichtwissen in der Praxis		
			Gefühle Nichtveränderung		
29	AB	Eine weitere Frage ist: Wie wird diese Pflegeprozesskompetenz entwickelt, Wie entwickeln Sie das jetzt?	PPKE, Aufgabenaspekte Pflegelehrende der Schule	Verständnis PPKE Maßnahmen, die aktuell umgesetzt werden zur PPKE Maßnahmen, die beitragen zur PPKE	1Wie wird PPK entwickelt? 2Wie machen Sie das jetzt?
30	E	(24:50) Ich würde mal aufgreifen, was die Kollegen sozusagen, weil das ist so ein entscheidender Punkt, die Vorbehaltstätigkeit. Ich glaube, das hat sich geändert. Die, die in der Praxis stehen, müssen es jetzt umsetzen. Früher konnte man alles sozusagen, ja, der Arzt schreibt vor, der Arzt sagt, ich muss zweistündlich drehen. Der schreibt das oft, habe ich erlebt, auch dann hin, Verordnungsplan und so weiter. Das muss er nicht mehr. Wenn was schief gegangen ist, früher hatte der Arzt letztlich die Verantwortung, wurde rechtlich sozusagen belangt, konnte belangt werden. Jetzt seit 2020, es steht im Gesetz, muss er das nicht mehr, das ist unser Job. Also Pflege in der Praxis. Insofern ist das, was bedeutet, wie wird Pflegekompetenz entwickelt, also unabhängig, was sind einzelne Schritte des Pflegeprozesses. Erstmal das Verständnis vermitteln, dass eben, dass das eine Kernaufgabe ist, deswegen habe ich eben das auch aufgegriffen, was die Kollegin gesagt hat, dass du dafür rechtlich verantwortlich bist, und dieses Bewusstsein zu schärfen. Diese Rechtsstellung, die jetzt auch dahintersteht und dass man eben von sich aus auch handelt und in seinem Tätigkeitsfeld dafür auch eben geradestehen	PPKE, Aufgabenaspekte Pflegelehrende der Schule	Maßnahmen, die beitragen zur PPKE Berufsverständnis	1weniger 2 das Bewusstsein für Verantwortlichkeit schärfen.
			Veränderungsprozess / Nichtveränderung, Auswirkung	Empfundene Veränderung Fakten zur Veränderung	
			Verständnis PPK	Berufsverständnis	

		muss, das zu vermitteln, das halte ich für einen ganz wichtigen am Anfang stehenden Schritt.			
31	AB	Also das Bewusstsein für diese Verantwortlichkeit schärfen.	PPKE, Aufgabenaspekte Pflegelehrende der Schule	Maßnahmen, die beitragen zur PPKE	
32	E	Ja.			
33	I	(26:12) Vorbehaltene Tätigkeiten stellen für mich aber auch eine Errungenschaft dar. Und ich dachte so, wie entwickelt sich irgendetwas häufig ja mit Erfolg. Also Prozesse, Firmen, Dinge, Produkte, Evolution funktioniert mit Erfolg. Was erfolgreich ist, setzt sich durch. Deswegen gehört für die Entwicklung für mich Erfolg dazu. Und vorbehaltene Tätigkeit ist ein Beispiel für Erfolg in dieser Entwicklung.		Verständnis PPKE	Errungenschaft vorbehaltene Tätigkeit. PPKE: 1 für mich gehört Erfolg zur Entwicklung
			Veränderungsprozess / Nichtveränderung, Auswirkung	Fakten zur Veränderung Gefühle	
34	A	Ich habe gerade eine andere Herangehensweise an die Frage. Ich würde jetzt so ganz einfach sagen, durch theoretischen und praktischen Unterricht bahne ich Pflegeprozesskompetenz an und gerade zu dem Thema ist es wichtig, dass theoretischer und praktischer Unterricht möglichst Hand in Hand gehen und deshalb auch dass möglichst ein spiralförmiges Curriculum dazu benutzt wird.	PPKE, Aufgabenaspekte Pflegelehrende der Schule	Maßnahmen, beitragen zur PPKE Maßnahmen, die aktuell umgesetzt werden zur PPKE Zusammenarbeit Schule und Betrieb zur PPKE	1weniger 2 Mit theoretischem und praktischem Unterricht anbahnen 1es ist wichtig, dass theoretischer und praktischer Unterricht Hand in Hand gehen 1spiralförmiges Curriculum
35	C	Ich finde auch das Spiralförmige ganz wichtig und dass wir mittlerweile von Tag 1 an, musste ich in meinem Kurs quasi mit der Pflegeplanung beginnen, vielleicht der zweite Tag. Aber von da an ist der, wenn ich das an meine Ausbildung erinnere, ok, ganz. Informationssammlung, dann müsst ihr Pflegeprobleme	PPKE, Aufgabenaspekte Pflegelehrende der Schule	Maßnahmen, die aktuell umgesetzt werden zur PPKE	1und 2 ich musst von Tag eins mit der Pflegeplanung beginnen, das war in meiner Ausbildung ganz anders 1Die Bahn kommt immer wieder vorbei.

		aufschreiben. Ja so hier, soundso geht das. Das wurde einmal unterrichtet, das wurde vor dem Examen zur praktischen Prüfung wieder rausgekramt. Ihr habt das schon mal gehabt, so nach dem Motto und bum. Das müsst ihr können. So. So war das bei mir in der Ausbildung noch zum Krankenpfleger. Und ich verstehe jetzt so viel anders, wie das ist und wie schön das ist durch diese Spirale, wie uns in der Katho das beigebracht wurde, die Bahn kommt immer wieder vorbei sozusagen, dieses Spiralförmige. Das finde ich so schön, und auch das selber jetzt bei den Auszubildenden anzuwenden, das zu begleiten, das zu evaluieren, wie gut sie es dann am Ende machen. Man merkt man jetzt schon in der Generalistik die Unterschiede vom generalistischen, dem ersten Kurs, der jetzt im März zu Ende gegangen ist, auch in den neuen Kursen vor allem, wie viel früher die, wie gut die schon sind, in der Pflegeplanung. Das ist ein unfassbarer Erfolg in dem Sinne schon sichtbar, finde ich persönlich.	Veränderungsprozess / Nichtveränderung, Auswirkung	Fakten Veränderung Gefühle	2Den Erfolg der Spirale merkt man heute schon. Das ist ein unfassbarer Erfolg.
36	D	Ich habe jetzt aber einen kleinen Rückschlag, C.. Weil ich habe jetzt bei den Praxisbegleitungen Sieben, was mich jetzt erstaunt, dass sie die Pflegeplanung teilweise sehr schlecht geschrieben haben, sehr oberflächlich. Da war ich ein bisschen erstaunt, weil ich dachte, der Kurs kann das eigentlich gut. Die sind geübt, aber in der praktischen Anwendung auf Station hatten die jetzt Probleme. Ich habe zwar nur einen Teil jetzt gemacht aber da hatten die Probleme. Da muss man den Ansatz finden, warum ist das so.	PPKE, Aufgabenaspekte Pflegelehrende der Schule	Beobachtung PPK Maßnahmen, die aktuell umgesetzt werden zur PPKE Maßnahmen, beitragen zur PPKE	2Bisheriges hatte nicht den Erfolg, denn die Azubis haben Probleme mit der Pflegeplanung in der Praxis.
37	A	Es ist durchaus möglich, dass sie tatsächlich die Pflegeplanung mehr in der Schule verorten als in der Praxis.		Verständnis PPKE	2PPKE wird in der Schule verortet.
38	D	Ja.		Verständnis PPKE	
39	A	Dass das das Problem an der Stelle ist.		Verständnis PPKE	2PPKE Verortung in der Schule ist ein Problem.
40	I	Da sollten wir bei Erfolg auf jeden Fall so an praktischen Erfolg wie das Verheilen einer Wunde oder das reizlose Abheilen einer OP-Wunde zum Beispiel mitaufnehmen, weil das ist ja im Kontext Pflegeprozess durchaus ein kleinschrittiger Erfolg. Das mag ich da durchaus mitverstanden wissen, weil auch dieses Erfolgserlebnis ja zum Kompetenzerwerb und zur Kompetenzentwicklung weiter beiträgt, und ich sehe, dass das, was ich tue, funktioniert, und Erfolg hat.	PPKE in der Praxis	Rahmenbedingungen für PPKE Verständnis PPKE	1Indikator Erfolg für PPKE Verheilen einer Wunde.

41	D	Aber so eine Wunde, die zugeht, die soll von Natur aus so zugehen. Man sollte so wenig wie möglich an Wunden machen. Da verstehe ich Dein Beispiel gerade nicht.	Verständnis PPK	Berufsverständnis	1Verheilen einer Wunde ist kein Indikator für PPKE. Beispiele für PPKE
42	B	Aber <i>chronische</i> Wunden.		Berufsverständnis Berufsverständnis	1Chronische Wunden sind ein Beispiel für PPKE. Beispiele für PPKE
43	D	Ja, chronische Wunden. Ja. Aber OP-Wunden			
44	I	Hilf mir mit einem besseren Beispiel, dass Du es halt wirklich ganz runterbrichst.		Berufsverständnis	
45	E	Das Beispiel ist wirklich gar nicht so verkehrt, weil, das ist das, was sie in der Praxis erleben. Ich mach was Praktisches und das hat Erfolg und das assoziieren sie mit einer medizinischen Tätigkeit. Ich kann hier eine Wunde versorgen und wende solche Dinge an. Und assoziieren das vielleicht weniger mit Pflegeprozess, obwohl sie den eigentlich tun, das ist glaube ich das Dilemma. Quasi. Im Kopf schon, aber in der Praxis bringen sie den Pflegeprozess da nicht mit Wundversorgung, das ist natürlich mehrschrittig und so weiter.	Verständnis PPK	Berufsverständnis	1Wundheilungen sind ein Beispiel für die Medizinorientierung („medizinische Tätigkeit“). Damit wird nicht der PP assoziiert. Pflegeorientierung vs Medizinorientierung, theoretische Grundlagen / Fachdidaktik
46	B	Im Prinzip sind wir schon einen Schritt vorher , weil Du hast ja gesagt, seit 2020 haben wir die alleinige Verantwortung für den Pflegeprozess. Das ist in der Praxis so glaube ich niemandem bekannt. Frag mal die Ärzte, ob sie noch verantwortlich sind. Die sagen ja. Wir sagen nein. Und Instrumente gibt es ja gar nicht dafür, dass es jetzt wirklich in die Hände sozusagen der Pflegenden übergegangen ist.	PPKE in der Praxis	Nichtwissen Praxis	1Unklare Verantwortlichkeit für den PP in der Praxis. Die Ärzte sagen ja, wir sagen Nein.
			Veränderungsprozess / Nichtveränderung, Auswirkung	Nichtwissen zu Veränderung	Rahmenbedingungen für PPKE: Rolle der PPK im Interprofessionellen Team
47	E	Und so kommt es nämlich, was D. gerade gesagt hat in der Wahrnehmung, die verorten das in der Schule . In der Praxis erleben die, sind ja jung und im Team, und da werden sie ja auch erstmal gebätscht, wenn so eine Erfahrene kommt und sagt, eh sag mal, wir machen das soundso, hier wird das jetzt erstmal so und so gemacht. Da fängt man ja nicht gleich an und sagt, ich komm jetzt aus der Schule und die haben gesagt, anders, da muss man erst reinwachsen, in diese Rolle sozusagen. Und, denk ich, dass das das Ergebnis ist, dass das im Moment die Praxis ist, dass es noch braucht, das zu überführen.	PPKE in der Praxis	Verständnis PPKE in der Praxis	PP und PPK wird in der Schule verortet. PP kommt aus der Schule und Azubis bringen ihn nicht von der Schule in die Praxis, weil die Erfahrenen das nicht annehmen, bzw. ihr Ding machen (gebätscht). Das Reinwachsen in die Rolle hat nichts mit dem Pflegeprozess zu tun. Es braucht noch (etwas? Zeit? Wissen? Was eigentlich?), das in die Praxis zu überführen (es
			PPKE, Aufgabenaspekte Pflegelehrende der Schule	Verständnis PPKE Nichtveränderung	

					wird nicht gesagt, wer es in die Praxis überführt. Es wird gesagt, dass der PP in die Praxis überführt werden muss, nicht woher.)
48	B	Deswegen ist wahrscheinlich auch theoretisch eher verortet. Die Instrumente und Methoden vermitteln, ist, zu können und durchzuführen. Aber wir bleiben da wirklich in der theoretischen Ebene hängen.		Verständnis PPKE Maßnahmen, die aktuell umgesetzt werden zur PPKE <i>(Verstanden aus dem Kontext der Diskussion)</i>	Wir bleiben in der theoretischen Ebene hängen.
49	F	Und dadurch, dass wir bei den Praxisbegleitungen, die wir machen, auch wir als Lehrende mit denen da halt nur eine Info-Sammlung besprechen, Pflegeplanung besprechen und das mit den Praxisanleitern auf Station. Aber vorm Examen, vorm Probeexamen gar nicht so stattfindet, ist auch nochmal so die Abgrenzung, dass es eher in der Theorie angesiedelt wird. Vielleicht müsste man das in Form von den zentralen Gruppenanleitungen oder sowas auch häufiger einbauen.	PPKE in der Praxis	Maßnahmen, die aktuell umgesetzt werden zur PPKE	Wir Lehrenden besprechen mit den Auszubildenden bei der Praxisbegleitung nur eine Info-Sammlung, Pflegeplanung.
			PPKE, Aufgabenaspekte Pflegelehrende der Schule PPKE in der Praxis Zusammenarbeit zur PPKE	Verständnis PPKE Maßnahmen, die noch nicht umgesetzt werden zur PPKE Zusammenarbeit Schule und Betrieb zur PPKE	Rolle der Lehrenden in der PPKE in der Lernortkooperation / Theorie-Praxis-Transfer Pflegelehrende sprechen nicht mit den PAs über die Pflegeplanung. Pflegeplanung findet vor dem Probeexamen nicht statt. Es ist in der Theorie angesiedelt.
50	B	Selbst die Bereitschaft der Praxisanleitenden an der Praxisbegleitung Sieben teilzunehmen, ist nicht sehr groß. Die müsste sofort, es müsst die anspringen und sagen, ne klar, das müssen wir zusammen machen, weil sonst können wir...	PPKE in der Praxis	Maßnahmen, die noch nicht umgesetzt werden zur PPKE Zusammenarbeit Schule und Betrieb zur PPKE	Bereitschaft der PAs zur Zusammenarbeit bezüglich PP bzw. Pflegeplanung ist nicht sehr groß.
51	D	Sind die da nicht immer?		Nichtwissen Pflegelehrende	
52	B	Ne, ganz viele Stationen sagen wieder ab, schaffen wir nicht, Dienstplan, krank.		Rahmenbedingungen für PPKE	Die Mitarbeit bei der Praxisbegleitung 7 wird oft abgesagt.

53	G	Ich war Gott sei Dank in einer Psychiatrie, da war immer jemand.		Rahmenbedingungen für PPKE	
54	B	Also wir müssen da nochmal kommunizieren, das ist jetzt was anderes, dass sie das auch als Anleitungszeit verbuchen können.		Maßnahmen, die beitragen zur PPKE Nicht-Wissen PPKE	Die Praxis weiß nicht, dass das Anleitungszeit ist. Unbekanntes zur Anleitungszeit in der Praxis
55	A	Wenn sie dabei sind.		Rahmenbedingungen für PPKE	
56	B	Ja, wenn sie dabei sind, nicht, wenn sie nicht da sind.		Rahmenbedingungen für PPKE	
57	H	Man muss ja auch dazusagen, wir hatten jetzt eine Praxisanleitung gehabt, das fand ich sehr gut, die Praxisanleiterin hat das ja gleich zum Anlass genommen, all das in der Folge aufzuarbeiten, die sind ziemlich aktiv, was da zu bearbeiten war. Ich muss da.		Rahmenbedingungen für PPKE	Eine Praxisanleitung hat mitgearbeitet zum Thema Pflegeprozess.
58	C	Ich würde gern nochmal die Sichtbarkeit der Entwicklung (<i>gemeint Sichtbarkeit des PP?</i>) mitnehmen, oder wo die das wiederfinden zum Beispiel im Dokumentationssystem. Das EPAK (<i>Programm</i>) basiert auf dem Pflegeprozess. Ich probiere immer wieder Beispiele, das mit denen im Unterricht zu besprechen, wo die das wiederfinden, damit sie sich ein Bild machen können wo das tatsächlich in der Praxis auch verortet ist. Das ist so, oft so das beste Beispiel: Alle klicken sie wie die Weltmeister im Evaluationstool, sozusagen. Da machen sie es ja alle, das können sie rauf und runter. Worauf das letztendlich fußt, das wissen die gar nicht.		Maßnahmen, die aktuell umgesetzt werden zur PPKE Nichtwissen Praxis Verständnis PPKE in der Praxis	Sichtbarkeit der PPKE – gemeint ist vermutlich Sichtbarkeit PP . 2 PPKE, in dem im Unterricht besprochen wird, wo der PP in der Praxis sichtbar ist. Alle klicken wie die Weltmeister. Sie wissen nicht, worauf das fußt. Die PFKs wissen nicht, dass das Dokumentationstool auf dem PP fußt. Unbekanntes zum PP in der Praxis
59	AB	Die Auszubildenden?			
60	C	Die Auszubildenden. Ich gehe sogar so weit zu sagen, dass viele ausgebildete Kräfte das nicht wissen, dass das EPAK auf dem Pflegeprozess basiert, da bin ich mir 100 % sicher.		Nichtwissen Praxis	Unbekanntes zum PP in der Praxis für die PFKs
61	B	Aber Vermittlung von Instrumenten und Methoden, und so das ist ja so unser Vorgehen - wie entwickeln wir das, oder? Zumindest, wie wollen wir es entwickeln.		Maßnahmen, die aktuell umgesetzt werden zur PPKE	2Vermittlung von Instrumenten und Methoden, das ist unser Vorgehen, zumindest wollen wir das so entwickeln. Unsicherheit, wie wir PPK entwickeln wollen

				Maßnahmen, die beitragen zur PPKE Nicht Wissen Pflegelehrende	
62	AB	Ich habe die Wahrnehmung, dass Pflegeprozesskompetenz vor allem im schulischen Setting entwickelt wird und in der Praxis ist das irgendwie anders.	PPKE, Aufgabenaspekte Pflegelehrende der Schule	Verständnis PPKE	
			PPKE in der Praxis	Verständnis PPKE	
63	B	Wobei man da auch differenzieren muss. Im Krankenhaus ist es anders. In der ambulanten Pflege sind die Rückmeldungen anders und in stationären Langzeiteinrichtungen sind die Rückmeldungen auch anders.		Rahmenbedingung für PPKE Verständnis PP Berufsverständnis	Bedeutung PP unterscheidet sich: KH gering, Ambulant und Langzeit hoch. Rückmeldungen zum PP im ambulanten Setting und in Langzeiteinrichtungen sind anders.
64	G	Deswegen wollte ich nochmal, nicht nur die Vermittlung ist wichtig, an erster Stelle muss das Interesse bestehen, sowohl für die Auszubildenden aber auch für die Pflegenden und das sehen ja auch die Auszubildenden nicht. Es wird ja in keinst-ter Weise gelebt. Das ist so das entscheidende für mich.	PPKE, Aufgabenaspekte Pflegelehrende der Schule PPKE in der Praxis	Verständnis PPKE Erleben der Azubis Erleben von Unsichtbarkeit PP Rahmenbedingungen für PPKE Berufsverständnis	1Voraussetzung für PPKE ist Interesse der Azubis, PFK. 1Azubis erleben Interesse der PFKS nicht. PP wird in keinst-ter Weise gelebt.
65	E	Könnte man ja fast mutmaßen, wenn in den nächsten 3, 4, 5 Jahren die ersten Prozesse öffentlich werden, wo eine Pflegekraft verantwortlich verknackt worden ist, weil sie was unterlassen hat, was im Gesetz steht, dann wird sich das auch ganz schnell in die Praxis einfinden. Das ist bitter, aber das könnte passieren theoretisch.		Gesetze und Geld Einflussfaktoren für Veränderung	1PPKE findet statt insbesondere durch juristischen Druck: verknackt wegen Unterlassung
66	C	Oder das andere Beispiel. Man verdient damit Geld in der ambulanten Pflege.		Gesetze und Geld Einflussfaktoren für Veränderung	1PPKE aufgrund von Geld als Anreiz, findet statt aufgrund Geldverdienen.
67	H	Das wollte ich gerade sagen.		Nicht pädagogisches	

				Einflussfaktoren für Veränderung	
68	C	Wenn man darüber Geld verdient, dann implementiert man das ganz ganz schnell. Und das ist ja letztendlich, die ambulante Pflege, die muss nachweisen, wie sie den Pflegeprozess durchführt.		Gesetze und Geld Einflussfaktoren für Veränderung	1 Geld fördert die Implementierung von PPK, deshalb führt die ambulante Pflege das durch.
69	B	Und die Langzeiteinrichtungen auch, da ist der MDK sehr aktiv.		Gesetze und Geld Einflussfaktoren für Veränderung	Langzeiteinrichtungen auch, MDK trägt (indirekt) zur PPK bei.
70	D	Die Krankenhäuser sind im Moment noch so...		Gesetze und Geld	Das trifft für die Krankenhäuser aktuell nicht zu.
71	H	Die haben ja im Moment. Diese Arbeit, die sie investieren, immer wieder evaluieren, wenn sie langfristig Patienten versorgen, ist das natürlich eine ganz andere Rechnung, rein schon, was den geldlichen Vorteil betrifft, den sie dadurch haben. Wenn man die Krankenhausverwaltung mal betrachtet. Möglicherweise ist das ein Grund dafür, dass das hier nicht so ist.		Gesetze und Geld Einflussfaktoren für Veränderung	
72	B	Es liegt auch am Abrechnungssystem, solange wir in den Fallpauschalen abgebildet werden, irgendwie, aber nicht durch irgendwelche konkreten Leistungserfassungen von Pflegetätigkeiten. Wie willst du im Krankenhaus die finanziellen Anreize schaffen?		Gesetze und Geld	Pflege wird in Fallpauschalen nicht abgebildet. Im KH können so keine finanziellen Anreize entstehen und damit gibt es für PP keinen Anreiz.
73	H	Und genau deshalb wird es wahrscheinlich auch nicht gemacht. Wenn man einen Geldwertvorteil hätte, dann würde sich das schon anders durchsetzen. Da bin ich mir ziemlich sicher.		Gesetze und Geld	
74	D	Wir haben im Krankenhaus eine andere Klientel, und wenn man auf Normalstation guckt, die haben oft ganz wenig Pflegeanlässe, weil die eigentlich sehr viel selbstständig durchführen. Ich habe ja jetzt beim Examen Probleme gehabt, Patienten zu finden, die in die mittlere Pflegekategorie reinkommen sollten. Selbst postoperativ blieb jemand nach einer großen OP, eine große Prostata-OP mit Da Vinci mit Computer bekommen, 2. post OP-Tag. Der brauchte eigentlich fast keine Hilfe. Der hat Körperpflege selbst gemacht, Überwachung war nicht. Ja da war Anleiten / Beraten hat man dann gemacht, das ist eben auch kurz, wenig Pflege. Da sagen	PPKE in der Praxis	Rahmenbedingung für PPKE Maßnahmen, die aktuell umgesetzt werden zur PPKE	1Im Krankenhaus wenig Pflegeanlässe, weil die Patienten viel selbstständig tun Nicht wissen, was pflegerisch zu tun ist. Beraten/ Anleiten ist wenig Pflege. Nicht wissen, was geschrieben werden soll
			Verständnis PPK	Berufsverständnis	Lehrende fragt, was machen die PPKs? Nicht wissen, was

		die Schüler, was sollen wir denn da schreiben? Der macht doch alles selbst. Was muss ich da machen? Und ich frag die Pflege, was macht ihr überhaupt noch in der Pflege? Weil angeblich gibt es ja keine Pflergetätigkeiten mehr (<i>ist auch grün</i>), richtig. Das sieht man nur auf speziellen Stationen manchmal, dass es ist. Wie auf Intensiv, aber da ist eine ganz andere Arbeit.	Veränderungsprozess / Nichtveränderung, Auswirkung	Empfundene Veränderung Gefühle Nicht Wissen Pflegelehrende	die PFKs in der perioperativen Versorgung machen.
75	G	Aber das ist der Pflegeprozess. Ich kann mir nicht vorstellen, dass dieser Mann am 2. Tag sich beispielsweise den Rücken selbst gewaschen hat und an die Füße kam, nach der OP.	Verständnis PPK	Verständnis PP	Nicht wissen, was ist der Pflegeprozess.
76	D	Das hat seine Frau gemacht.		Berufsverständnis	
77	G	Ach so, aber er konnte es ja selbst nicht.		Berufsverständnis	
78	D	Der war, der konnte, der wollte keine Hilfe. Das machte seine Frau.		Berufsverständnis	
79	B	Wir haben in der Kinderkrankenpflege darüber diskutiert, wo die Eltern wirklich den hohen Anteil Pflege machen. Was ist denn da noch pflegerische Aufgabe (<i>ist auch grün</i>). Gerade so spezielle Bereiche wie Onkologie, da machen die Eltern halt alles. Aber wir haben die Verantwortung zu gucken, machen es die Eltern auch richtig, machen sie es konsequent. Also nur weil mir jemand sagt, ich habe die Mundinspektion durchgeführt, heißt das ja nicht, dass sie sie gemacht hat. Und dass man darauf sich rückversichert, die Kompetenzen der Eltern zum Beispiel, ein Gespräch führen mit den Eltern, das als Pflergetätigkeit empfindet. Ich glaube, das ist bei vielen auch noch nicht angekommen.	Verständnis PPK	Berufsverständnis Nicht Wissen Pflegelehrende Nichtwissen Praxis	Nicht wissen , was ist Pflegeaufgabe, wenn die Eltern alles machen. Nicht wissen , dass sich Rückversichern, ob die Eltern kompetent sind und dass ein Gespräch mit den Eltern eine Pflergetätigkeit ist.
80	AB	Vielleicht nochmal zurück zur Ausgangsfrage, wie wird Pflegeprozesskompetenz entwickelt, wenn ich so überwiegend raus höre, dass Pflegeprozesskompetenz in der Schule entwickelt wird, kann man es als solche bezeichnen, mal provokativ gesprochen? Was braucht es auch, um diese Kompetenz zu entwickeln?	PPKE, Aufgabenaspekte Pflegelehrende der Schule	Verständnis PPKE	
81	G	Ich bin ja immer noch der Meinung, dass man auch so in einem selbst die Veranlagung dazu haben muss. Ja, man kann viel vermitteln, aber der ein oder der andere		Verständnis PPKE Erleben der Azubis	PPKE braucht Veranlagung. Denn man kann viel vermitteln
82	B	Das ist schlecht zu überprüfen.		Beobachtung PPK	

83	AB	Du meinst jetzt die Lehrenden? Wer braucht die Veranlagung?		Beobachtung PPK	
84	G	Alle, alle die mit dem Pflegeprozess, ob das die Auszubildenden sind auf Station, die Lehrenden, alle.	PPKE, Aufgabenaspekte Pflegelehrende der Schule	Verständnis PPKE	Alle am PP Beteiligten brauchen die Veranlagung. Lehrende, Azubis, Praxis
			PPKE in der Praxis	Rahmenbedingungen für PPKE	
85	E	Du meinst den Altruismus in dir, so als Pflegekraft, die Empathie.		Verständnis PPKE	
86	E	Na ich glaube vielleicht der Theorie-Praxistransfer. Es sind immer Anteile. Natürlich, ich muss zuerst Wissen haben. Die Frage, wie vermittele ich das Wissen, und dann nachher, damit es in der Praxis auch ankommt, ist natürlich auch die Frage, wie bringe ich es in die Praxis und wie wird es dann am Lernort Praxis umgesetzt.	PPKE, Aufgabenaspekte Pflegelehrende der Schule	Verständnis PPKE Nicht Wissen Pflegelehrende	1Zuerst muss ich Wissen haben. Die Frage, wie vermittele ich das Wissen, wie bringe ich es in die Praxis. Nichtwissen , wie vermittele ich das Wissen Nichtwissen , wie bringe ich es in die Praxis und wie wird es in der Praxis umgesetzt.
87	B	Wenn man nicht nur eine Praxisbegleitung sieht, sondern mehrere.	PPKE in der Praxis	Maßnahmen, die aktuell umgesetzt werden zur PPKE	
88	E	(42:36) Ja und im Grunde kann man ja schon sagen, institutionell, das wäre vielleicht ein Anspruch, den wir hier haben müssten im <i>Krankenhaus</i> mit einem pflegewissenschaftlichen Institut mit dem Studiengang klinische Pflege, dass wir da so eine ganz hohe Vernetzung haben (<i>ist auch blau</i>). Dahinter steckt natürlich wieder das DRG-System. Wie ist es finanzierbar. Das hat auch was mit Personalbesetzung zu tun, vielleicht mit freigestellten Praxisanleitern, die sich mit den Themen viel besser beschäftigen können, weil sie nicht den Druck der Patientenversorgung haben und so weiter und so fort, also zusammengefasst Theorie-Praxistransfer.		Maßnahmen, die noch nicht umgesetzt werden zur PPKE Maßnahmen, beitragen zur PPKE Zusammenarbeit Schule und Betrieb zur PPKE Gesetze und Geld	1 Anspruch an Vernetzung haben 1 Wir haben Kompetenz: Pflegewissenschaftliches Institut. 1 freigestellte Praxisanleiter können sich besser damit beschäftigen, wenn sie nicht den Druck der Patientenversorgung haben. 1 Theorie-Praxistransfer
89	F	Gucken wir nochmal auf Instrumente und Methoden, weil das ist ja so, wie machen wir das?	PPKE, Aufgabenaspekte Pflegelehrende der Schule	Maßnahmen, die aktuell umgesetzt werden zur PPKE	2 PPKE wird Instrumente und Methoden umgesetzt.

				Nichtwissen Pflegelehrende	
90	B	Ich hatte halt gedacht an Analyse-Instrumente, Assessments, Pflegediagnosen, all das kriegen sie an die Hand, um diesen Pflegeprozess durchzuführen. Aber wie gesagt, das ist in der Praxis, sie müssten dann vielleicht konkrete Praxisaufgaben bekommen, wo sie das dann direkt umsetzen.	PPKE, In der Praxis	Maßnahmen, die noch nicht umgesetzt werden zur PPKE	2 Azubis bekommen Analyse-Instrumente, Assessments, PD an die Hand, um den PP durchzuführen. 1 müssten konkrete Praxisaufgaben bekommen, um es anzuwenden.
			PPKE, Aufgabenaspekte Pflegelehrende der Schule	Maßnahmen, die aktuell umgesetzt werden zur PPKE	2 PPK(E) funktioniert nicht: Azubis bekommen keine konkreten Praxisaufgaben, um es anzuwenden
91	H	Um etwas umzusetzen, müssten sie ja erstmal ein Motiv haben.		Erleben der Azubis	2 PPK(E) funktioniert nicht, weil sie kein Motiv haben.
92	B	Ja wie gesagt, Kompetenz kann ich ja nur überprüfen, wenn ich, in der Umsetzung, in der Performanz. Das heißt, ich kann denen alles Mögliche an die Hand geben, aber wenn ich erst im Examen feststelle, dass sie damit allem nichts anfangen konnten, dann ist es schlecht.		Kompetenzverständnis Beobachtung PPK	Lehrende geben Instrumente an die Hand. Lehrende stellen im Examen fest, dass Azubis mit den Instrumenten nichts anfangen können. 2 PPK(E) funktioniert nicht Azubis können mit den Instrumenten in der Praxis nichts anfangen
93	D	Wir haben doch die Praxisbegleitung.		Maßnahmen, die aktuell umgesetzt werden zur PPKE	2 Praxisbegleitung als Ressource für PPKE
	B	3 und 4			
94	A	Jetzt 3			
95	B	3 und 4			
96	D	3 und 4 das wäre doch 2 mal 7. Das sind doch dann auch, wo wir die Pflegeplanung, erstmal Infosammlung, und dann Pflegeplanung.			
97	B	(44.10) Genau			
98	G	Ja und die Praxisbegleitung 3 ist die Praxisbegleitung 4.	Veränderungsprozess / Nichtveränderung, Auswirkung	Fakten zu Veränderung	2 Praxisbegleitung 3 und 4 unterstützen die PPKE
99	B	4 und 5 haben wir getauscht. Wir bauen jetzt aufeinander auf. Die 3 war ja Infosammlung mit Pflegeprobleme und Pflegediagnose.			

100	A	Die 4 ist jetzt die 5 mit der Pflegeplanung.			
101	C	Die Emotion ist jetzt nach hinten gerutscht.			
102	B	Emotion ist jetzt nach hinten gerutscht. Sodass wir mal Pflegeplanung hintereinander machen.			
103	A	Früher war Emotion die 4 und jetzt ist es die 5.			
104	B	Genau, so dass wir jetzt die beiden, die sich mit Pflegeplanung beschäftigen, aufeinander aufbauen, im Abstand von einem halben Jahr.		Maßnahmen, die aktuell umgesetzt werden zur PPKE	
105	D	Da versuchen wir es ja auch mit der Praxis.	PPKE Aufgabenaspekte Pflegelehrende	Zusammenarbeit Schule und Betrieb zur PPKE	2 Ressource/ Ansatz: Wir versuchen es mit der Praxis
106	E	Mir ist ganz spontan eingefallen: Gibts die IPSTA Station noch? Diese Schulstation, da haben wir ja jetzt eine.	PPKE in der Praxis	Rahmenbedingungen für PPKE Nicht-Wissen Pflegelehrende	2 Ressource Schulstation 1 die könnte genutzt werden für PPKE
107	D	Ich glaube, die machen alles andere als Pflegeplanung.		Rahmenbedingungen für PPKE Nicht-Wissen Pflegelehrende	
108	E	Die sind aber als Ausbildungsstation, sowohl die Pflege als auch die Ärzte. Unter Watch von den fertig Ausgebildeten behandeln die die Patienten, pflegen die und müssen tatsächlich dann, weil sie tatsächlich Verantwortung in der Ausbildungssituation übernehmen, den Laden schmeißen und dadurch einen Lerneffekt erzielen.		Rahmenbedingungen für PPKE	1 Übernahme von Verantwortung als sinnvolle Rahmenbedingung, die vorbehaltene Tätigkeit zu erlernen, PPK also (Bezug zu 30)
109	C	Die sogenannte Schulstation.		Rahmenbedingungen für PPKE	
110	AB	Schulstation also. Und inwieweit spielt Pflegeprozesskompetenzentwicklung da eine Rolle? Das interessiert mich jetzt einfach.		Rahmenbedingungen für PPKE	

111	D	Mich auch.		Nicht-Wissen Pflegelehrende	
112	E	Ja also, Stichwort IPSTA. Wenn ich jetzt da. Ja wenn ich als Auszubildende, der das in der Schule lernt, verantwortlich bin, das in der Praxis umzusetzen, dann bin ich doch auch gezwungen, das anzuwenden. Also das ist ja anders, als wenn ich die Ausbildung habe, also fertig bin, bin ich auch gezwungen es zu tun. Aber wie können wir verbessern, wie können wir das entwickeln, das steht ja darüber in dem gelben Bubble, da finde ich. Da fällt mit eben diese IPSTA ein. Das könnte so ein Instrument sein, das weiter auf dieser Schulstation auszubauen, weil das das Bewusstsein noch mehr schärfen könnte. Ich bin jetzt verantwortlich und habe ja gerade noch die Verzahnung zur Ausbildungssituation.		Rahmenbedingungen für PPKE Nicht-Wissen Pflegelehrende Maßnahmen, die noch nicht umgesetzt werden zur PPKE	
113	AB	Also der Kenntnisstand ist jetzt nicht hier so da, verstehe ich das richtig?	PPKE, Aufgabenaspekte Pflegelehrende der Schule	Nicht-Wissen Pflegelehrende	Nicht Wissen über Schulstation.
114	E	Ja, dass wir das haben.			
115	D	Ja, aber was da wirklich passiert.		Nicht-Wissen Pflegelehrende	
116	B	Das, was auf anderen Stationen auch passiert.	PPKE in der Praxis	Rahmenbedingung für PPKE	
117	A	Also kein Pflegeprozess.		Rahmenbedingung für PPKE	² Schulstation kein Pflegeprozess
118	B	Aufnahmegespräche werden die ja wohl führen, oder nicht?	PPKE, Aufgabenaspekte Pflegelehrende der Schule	Nicht-Wissen Pflegelehrende	² Nicht wissen, ob Schulstation Aufnahmegespräche führt, das wäre eine Resource.
119	D	Und wer überprüft das? Die auf Station? Die Praxisanleiter.		Nicht-Wissen Pflegelehrende	
120	B	Genau, oder die Stationsleitung.	PPKE in der Praxis	Rahmenbedingung für PPKE	

121	G	Aber die existiert noch.		Rahmenbedingung für PPKE	
122	B	Die wird noch ausgebaut. Sind 4 Betten, soll erweitert werden.			
123	D	Also 2 Zimmer sind es glaub ich, soll erweitert werden.			
124	H	Ich kenn das jetzt nur von <i>Großstadt</i> . Da war es so, dass es so konzipiert war, dass die auszubildenden Ärzte, genauso wie die auszubildenden Pflegekräfte praktisch gemeinsam gearbeitet haben. Das hat eben das Gefälle zwischen den unterschiedlichen Professionen war nicht mehr vorhanden, dass die in fachlichen Austausch gehen. Das hatte zur Konsequenz, dass die sich ganz anders ausdrücken mussten und ich muss ganz ehrlich sagen, die Examen auf dieser Station, ich habe sie geliebt. Nirgendwo wurde präziser formuliert. Das war ein wunderbares Miteinander. Das stellte sich tatsächlich so dar, dass die Visiten besprochen haben, dass die unterschiedlichen Fachlichkeiten zugunsten der Patienten zusammengeführt wurden und was die Therapie und die pflegerischen Maßnahmen betraf. Das war schon total angenehm. Und ich war immer erstaunt, wenn die auf dieser Station waren, mit welcher Fachlichkeit, also Fachsprache auf Dinge formuliert werden konnten. Darüber habe ich es kennen gelernt. Ich weiß nicht, wie es hier ist. Es wurde auch mit Pflegeplanung leichter, weil man tatsächlich gelernt hatte, Dinge besser zu beschreiben, konkreter zu beschreiben. Ich weiß nicht wie es hier. Das ist das, was ich damit verbinde. Die Examen die waren. Die Schüler, die das für sich beherzigen konnten, die haben da wirklich sehr von partizipiert.	PPKE in der Praxis	Rahmenbedingungen für PPKE Berufsverständnis Dimensionen von PPK	Erfahrung zur Schulstation in einem anderen KH, enge Zusammenarbeit von auszubildenden Ärzten und Pflegepersonen. Anwendung von Fachsprache hat sich dadurch stark entwickelt, die Fähigkeit zu beschreiben, war bei den Pflegeauszubildenden erstaunlich. Medizinorientierung vs Pflegeorientierung: Therapie und pflegerische Maßnahmen. Vermutung: gute Zusammenarbeit, wegen gemeinsamer Medizinorientierung. Nur das gute Beschrieben gibt Hinweis auf den Pflegeprozess, ist nicht eindeutig, denn alle anderen Schritte fehlen.
125	C	In den verschiedenen CEs einfach in der Theorie, letztendlich an den Fallbeispielen. Also da ist ja das, wo wir an Tag eins anfangen und immer wieder curricular in jeder verschiedenen Fallsituation.	PPKE, Aufgabenaspekte Pflegelehrende der Schule	Maßnahmen, die aktuell umgesetzt werden zur PPKE	2PPKE durch Fallbeispiele in den CEs , immer wieder in jeder verschiedenen Fallsituation
126	A	Ganz genau, das meinte ich ja, im theoretischen Unterricht, das Situationsprinzip einfach.			2Situationsprinzip im theoretischen Unterricht
127	B	Ja, wir versuchen zu vermitteln, aber können wir es tatsächlich überprüfen? Ob wir Kompetenz entwickeln, dass sie, das würde sich mir als Frage stellen.		Maßnahmen, die aktuell umgesetzt werden zur PPKE	Nichtwissen zum Überprüfen der PPK

				Nicht-Wissen Pflegelehrende	
128	A	Ziemlich am Ende. Die Anforderung, dass wir mehr tatsächlich in die Praxis gehen müssen mit diesem Fokus. Ich glaube, das bildet sich gerade sehr ab, dass wir das tun müssten. Ansonsten ist die Pflegeprozesskompetenz eine der Kompetenzen, die am einfachsten zu überprüfen ist, weil die ja tatsächlich in der Performanz passiert. Da müssen wir nicht vermuten, was dahintersteckt.		Maßnahmen, die beitragen zur PPKE Verständnis PPKE Beobachtung von PPK	1 Lehrende müssen mit dem Fokus PPKE mehr in die Praxis gehen PPK ist einfach zu überprüfen , weil die in der Performanz passiert. Da müssen wir nicht vermuten, was dahintersteckt. Verweis 130: ob da vernünftig gepflegt wird, dass der Prozess eingehalten wird.
129	B	auch Kommunikation.	PPKE, Aufgabenaspekte Pflegelehrende der Schule	Beobachtung von PPK	Kommunikative Kompetenz ist auch einfach zu überprüfen.
130	A	In manchen Situationen ja, genau. Alles andere bleibt so ein bisschen im Verborgenen. Das sieht man ja, ob da jetzt vernünftig gepflegt wird und der Prozess eingehalten wird. Insofern macht uns das Thema einfach aber. Wir schauen vielleicht noch nicht genug hin.		Beobachtung von PPK Maßnahmen, die beitragen zur PPKE	S. 128
131	D	Ich würde auch sagen, dass wir hier in der Schule mehr machen müssten, weil da haben sich schon Schüler beschwert, dass das gar nicht so oft durchgeführt wird, der Pflegeprozess. Wirklich praktische Übungen, genau.		Maßnahmen, die beitragen zur PPKE Erleben der Azubis	1 Pflegelehrende müssen mehr machen, Azubis haben sich beschwert, dass das zu praktische Übungen gemacht werden.
132	F	Dass man es mehr in den Unterricht einbaut.		Maßnahmen, die beitragen zur PPKE	1 mehr in den Unterricht einbauen
133	D	In den Unterricht mehr einbauen, größeren Kurs als gedacht, dass das nur ein paar machen.		Maßnahmen, die beitragen zur PPKE	
134	B	Aber das ist spannend, dass sie einerseits sagen, in der Praxis macht das kein Mensch und andererseits aber mehr wollen.	PPKE in der Praxis	Rahmenbedingung für PPKE Erleben Azubis	1 Azubis wollen PPK lernen für das Examen.
135	F	Ja sie wissen, dass sie es für das Examen brauchen.		Erleben Azubis	
136	B	Sie wollen das wieder nur fürs Examen haben, da haben wir wieder die gleiche Krux wie vorher.		Erleben Azubis Nichtveränderung	Motivation der Azubis für PPK: Lernen für das Examen ist die gleiche Krux wie vor 2020.

137	A	Ja lebenslanges Lernen. F., Du sagtest das vorhin, dass das ja auch bei diesen Gruppenanleitungen bei diesen Angeboten durch die zentralen Praxisanleiter verankert wird. Da gehört es hin.	PPKE in der Praxis	Ist-Maßnahmen PPKE	1PPKE bei den Gruppenanleitungen verankern.
138	F	Dass sie auf Station gehen und da gucken, wie kann ich Urin bilanzieren, aber, das kenne ich jetzt so als ein Thema. Oder was ist Ekel und Scham. Aber vielleicht wäre das ja genau so ein Punkt, wo man Verknüpfung schaffen könnte. Man geht auf Station, guckt sich ein Themengebiet an, schreibt dazu eine Pflegeplanung in so einer Gruppenanleitung, tauscht sich aus, wie siehst du andere Probleme, dass man auch mal andere Perspektiven bekommt, wie macht ihr das. Das wäre ja eine Möglichkeit, um so eine Verzahnung zu bekommen, dass man sieht, ok, wir machen das nicht nur in der Schule und nicht nur mit unseren Lehrern von der Schule. Wir machen das auch mit unseren Praxisanleitern.		Rahmenbedingungen PPKE Maßnahmen, die noch nicht umgesetzt werden zur PPKE	1 Bei Gruppenanleitungen Verknüpfung von Schule und Praxis schaffen. 1zu einem Themengebiet in der Praxis eine Pflegeplanung schreiben. 1 Gruppenanleitungen haben den Vorteil, dass Azubis mehrere Perspektiven bei der Pflegeplanung erleben.
			PPKE, Aufgabenaspekte Pflegelehrende der Schule	Maßnahmen, die beitragen zur PPKE	1Azubis könnten bei Gruppenanleitungen erfahren, dass nicht nur Pflegelehrende der Schule PPK fördern, sondern auch die PAs.
139	D	Da gebe ich Dir zu 100% Recht.	PPKE in der Praxis	Maßnahmen, die noch nicht umgesetzt werden zur PPKE	
140	F	Weil auch, wenn man auf Station kommt fürs Examen, die Praxisanleiter gucken einem zum Teil auch an und fragen, worauf muss man denn hier bei der Pflegeplanung achten. Auch die wissen ja nicht, worauf es ankommt. Und für die wäre das ja auch eine Übung. Dass man das noch aktiver, ich weiß nicht, ich kenne die Praxisaufgaben nicht so genau, dass man in der Praxiseinheiten so verorten kann, dass die mal eine Pflegeplanung mit einem Praxisanleiter auf Station schreiben, im Rahmen so einer Praxiseinheit, die sie erfüllen müssen, oder sowas.		Nichtwissen Praxis Maßnahmen, die noch nicht umgesetzt werden zur PPKE Nichtwissen Pflegelehrende	2Nichtwissen von PAs zur Pflegeplanung. 1PAs brauchen Übung zur Pflegeplanung, um die Azubis begleiten zu können.
141	B	Ich meine, dass es das gibt, aber ich glaube, sie machen es nicht.		Nichtwissen Pflegelehrende	Nichtwissen zur Praxiseinheit zur Pflegeplanung
142	D	Die sind ja freiwillig, die Praxiseinheiten aber ich meine auch, es gibt eine.		Ist-Maßnahme PPKE	
143	F	Dass man also sowas aktiver fördert, damit es eben nicht mehr so ist, wir brauchen das für die Schule, wir brauchen das für das Examen, sondern damit man	PPKE in der Praxis	Einschätzung Azubis Nichtveränderung	1Pflegeplanung für die Ausbildung schreiben ist besser als nur für die Schule, nicht für jeden Patienten.

		sieht. Ja also, wir werden <i>das Krankenhaus nicht umstricken</i> , dass man das für jeden Patienten schreibt, dass für die Praxisanleiter, dass man das aktiv für die Ausbildung das schreibt.		Maßnahmen, die noch nicht umgesetzt werden zur PPKE	Krankenhaus verhindert PPKE (?)
144	E	Wir haben doch jetzt Pädagogen auf Station, also für pädagogische Kräfte Stellen ausgeschrieben.	PPKE in der Praxis	Rahmenbedingungen für PPKE	1 Ressource: Pädagogen auf Station
145	D	Weißt Du denn, was die für eine Aufgabe haben?	PPKE, Aufgabenaspekte Pflegelehrende der Schule	Nichtwissen Pflegelehrende	Nichtwissen Aufgaben der Pädagogen auf Station
146	E	Ja ich, ne.	PPKE, Aufgabenaspekte Pflegelehrende der Schule	Nichtwissen Pflegelehrende	
147	F	Die sollen also perspektivisch, dass die Teamleitung dreigeteilt ist, dass es eine pädagogische Teamleitung gibt, eine wissenschaftliche und eine betriebswirtschaftliche, dass die dann Workshops für Teamangebote, Fortbildungen sowas auf Station eher fürs Team gestalten, gar nicht für die Auszubildenden.	PPKE in der Praxis	Rahmenbedingung für PPKE	
148	B	Aber sie sind pädagogisch zur Begleitung für die Auszubildenden.		Rahmenbedingung für PPKE	Pädagogen auf Station für die Begleitung der Auszubildenden
149	F	Ja.		Rahmenbedingung für PPKE	
150	E	Ein fachliche, die anderen machen organisatorisch und die dritte macht Geld.		Rahmenbedingung für PPKE	
151	F	Genau, einer macht pflegewissenschaftlich, einer pädagogisch, einer Management.		Rahmenbedingung für PPKE	
152	AB	Gibt es etwas, das F. noch festhalten könnte? Oder sollte?	Aufgabenaspekte Pflegelehrende zur PPKE	Zusammenarbeit Schulteam zur PPKE	

153	E	Kriegen wir Fotos davon?		Zusammenarbeit Schulteam zur PPKE	Interesse am Diskussionsprozess
154	AB	Ja klar, es ist ja Ihr Ergebnis. Ihr Prozess.		Zusammenarbeit Schulteam zur PPKE	
155	AB	(54 min) Dann möchte ich einladen, noch etwas auf der Metaebene zu sagen. Wie haben Sie den Prozess erlebt, was gibt es für ein persönliches Ergebnis?			
156	AB	Wie gehts Ihnen damit, was war wichtig?			Reflexion
157	F	Mir ist die Skala noch mal bewusster geworden. Dass wir ganz klarsehen, in der Praxis ist das Problem, dass es da nicht so verbreitet ist, nicht gelebt wird. Das ist mir durch die Diskussion nochmal klarer geworden, dass wir das wirklich an allen möglichen Stellen probieren, irgendwie umzusetzen, die Schule einzubinden durch die Praxisanleitung, durch Übungen, durch Unterricht, durch Instrumente. Aber es fängt ja teilweise auch schon an, wenn nicht mal jede Station ein POP-Buch hat. Und nicht mal jeder weiß, was Pflegediagnosen sind, oder, dass man damit arbeiten kann. Das ist mir nochmal deutlicher geworden durch die Diskussion.	PPKE, Aufgabenaspekte Pflegelehrende der Schule	Berufsverständnis Maßnahmen, die beitragen zur PPKE	PPKE das Problem ist in der Praxis, PP wird nicht gelebt 1PP in der Praxis als Voraussetzung für die Kompetenzentwicklung. Nichtwissen POP-Buch auf Station, Nichtwissen Pflegediagnosen auf Station
			PPKE in der Praxis	Rahmenbedingungen für die PPKE	
			Veränderungsprozess / Nichtveränderung, Auswirkung	Gefühle	
158	E	Welche mannigfaltigen Aspekte dahinterstehen, um die 6 Schritte von Fiechter und Meier sozusagen, das ist würde ich sagen, das eindrucksvoll ist durch die verschiedenen Beiträge und Aspekte und andere Sichtweisen, Erlebnisse usw.	Verständnis Pflegeprozesskompetenz	Dimensionen von PPK	Vielfalt Aspekte zum Pflegeprozess
			PPKE Aufgabenaspekte Pflegelehrende	Zusammenarbeit Schulteam zur PPKE	
159	B	Ist ein großes Angebot, oder? Trotzdem ist es noch nicht		Maßnahmen, die aktuell umgesetzt werden zur PPKE Gefühle	
160	A	Wir machen schon ziemlich viel, und dass es immer noch nicht reicht, ist ein bisschen frustrierend und ich weiß nicht, ob wir das alles selbst nacharbeiten können, was da fehlt. Das glaube ich nicht.		Gefühle	2Frust über die Mängel der PPKE Wir können das nicht nacharbeiten

161	H	Ja aber wenn du bedenks, wie lang dieser Prozess, wo Du jetzt gerade vom Examen gesprochen hast, ich kann mich erinnern, dass wir exakt diese Examensfragen auch hatten, und ich habe 1986 Examen gemacht, und wenn ich bedenke, also, dass die Schwierigkeit damals bestand und heute immer noch aber in anderer Weise, und in der Theorie ist es doch sehr viel, also möchte ich mal behaupten. Also, Du hast jetzt erlebt, dass die Schüler fragen, es wird nicht so oft gemacht. Ich habe erlebt nach dem Motto „oh ne, nicht schon wieder“. Aber gut, da sieht man einfach, es kommt wahrscheinlich auf den Zeitpunkt an, wo man sich das anschaut, aber problematisch ist das natürlich schon. Muss man sich mal überlegen, wie viele Jahre dazwischen liegen.		Fakten zur Veränderung	Problem mit dem PP damals wie heute. Azubis sind nicht motiviert, mit dem PP zu arbeiten „oh ne, nicht schon wieder“. 1Es kommt auf den Zeitpunkt an.
			PPKE, Aufgabenaspekte Pflegelehrende der Schule	Erleben der Azubis Verständnis PPKE Nichtveränderung	
162	F	Vielleicht wie man es einbaut.		Nichtwissen Pflegelehrende	Nichtwissen, wie man PP einbaut.
163	C	Ich weiß in irgendeinem Gespräch, ich weiß nicht mehr, mit wem das war, da hatten wir das auch, und da sagte jemand, es gebe irgendwelche Studien oder irgendwie Wissen, dass es bis zu 17 Jahre dauert, um eine neue Pflegereform in die Praxis wirklich durchdringend zu. Ich weiß nicht mehr, wo wir das gesprochen, irgendwo hatte ich.	Veränderungsprozess / Nichtveränderung, Auswirkung	Dauer der Veränderung	PPKE braucht lange Zeit, 17 Jahre. Veränderung braucht 17 Jahre
164	D	Das war die YX. Die erzählte von den, wie heißt die neuen, was wir auf Station haben, das von (<i>Ausland</i>), was da rübergekommen ist, (<i>Produktname</i>).		Dauer der Veränderung	
165	C	(<i>Produktname</i>), die haben das gesagt, dass das so eine lange Zeit braucht, bis das wirklich alles durchdringt hat. Und wenn man sich das mal vorstellt, dass das auch schon seit 1985 eigentlich schon war, auch die Durchführung lassen wir mal außen vor, aber, wir machen schon viel und neu und ich finde schon irre, was wir machen, und trotzdem geht's bei weitem wieder, heute durch die Reflexion, wenn man sich das genau nochmal anschaut, wieviel noch zu tun ist, obwohl wir jetzt in der Theorie selber nicht so viel tun können.		Dauer der Veränderung Gefühle Fakten zur Veränderung Verständnis PPKE	Wir machen so viel, irre, und trotzdem ist so viel zu tun, wir können nicht alles tun.
166	B	Ich wollte nochmal zu Examen 1985, ich habe 88 hier im <i>Krankenhaus</i> Examen gemacht. Das <i>Krankenhaus</i> hinkt bis heute hinterher. Pflegeprozess war da gesetzlich schon Thema aber im <i>Krankenhaus</i> leider nicht, überhaupt nicht. Ich habe hier noch im Demo-Raum praktische Prüfung gemacht. Wir waren meilenweit davon entfernt, wirklich im Pflegeprozess zu denken. Das Verspätete zieht sich bis heute durch.		Fakten zur Veränderung Nichtveränderung	Die Krankenhaus hinkt immer noch mit dem Pflegeprozess hinterher.
			PPKE in der Praxis	Rahmenbedingung für PPKE	
167	G	Ja, da wollte ich anknüpfen, weil, wo das neue Curriculum erstellt wurde, habe ich immer für mich gedacht, wenn die Praxis nicht mitzieht, die Rahmenbedingungen nicht stimmen, ist das ganze Curriculum für mich jetzt unzufriedenstellend, weil es	Veränderungsprozess / Nichtveränderung, Auswirkung	Rahmenbedingung für PPKE Gefühle	Curriculum ist unzufriedenstellend, weil die Praxis nicht mitzieht. Es fluppt nicht.

		in der Praxis nicht klappt, peng aus. Und das ist jetzt auch nochmal bewusst geworden, es tut sich da in meinen Augen recht wenig. Ich meine, es gibt ganz engagierte Praxisanleiter, aber auf den Stationen, ja es fluppt nicht. Und jetzt nochmal zu diesen Praxiseinheiten, warum machen die nicht so eine Pflegeplanung?(<i>auch eine Soll-Maßnahmen</i>) Da gehen die und machen ökologische Rahmenbedingungen, Müll, wo Müll ist, also das hat für mich jetzt keine Hand und Fuß, was die Praxis angeht. Und das ist erschreckend.		Zusammenarbeit Schule und Betrieb zur PPKE Nichtveränderung	Warum machen die in den Praxiseinheiten nicht so eine Pflegeplanung? Die machen andere Aufgaben, Müll, die gehören da nicht hin.
168	D	Obwohl, das macht den Schülern grad Spaß, die haben das als sehr positiv.	PPKE, Aufgabenaspekten Pflegelehrende der Schule	Erleben der Azubis	
169	G	Ja aber das haben wir hier früher in der Schule gemacht. Und das ist nicht für die Praxis eine Aufgabe, finde ich. Also als ich das gehört habe, war ich auch enttäuscht.		Fakten zu Veränderung	Ungünstige Zuordnung der Aufgaben zu Schule und Praxis.
170	B	Da gebe ich Dir Recht. Ich glaube, solange der finanzielle Druck nicht dahinter ist, wird sich da nicht viel ändern. Und dann wird's richtig schnell gehen. Dann kriegen wir richtig Kasalla (Ärger), glaub ich.(<i>und Gesetze und Geld</i>)		Nichtveränderung Gesetze und Geld	Der finanzielle Druck wird die Entwicklung der PPK bringen. Geld
171	E	Wenn es um die Kohle geht.		Gesetze und Geld	Geld
172	D	Obwohl, F., da sind ein paar Praxisanleiter, die können das schon gut. Du hast Recht, manche nicht. Aber jetzt hatte ich da jemand, die hat da mehr rumgemäkelt als ich an der Pflegeplanung. Da war ich offener, und da hat die irgendwie genauer.	PPKE in der Praxis	Ist-Maßnahmen PPKE	Praxisanleitende, die Pflegeplanung gut können, erkennbar am mehr rummäkeln.
173	F	Da, wo ich jetzt zum Beispiel zum Examen war, der hat zu mir gesagt: „ich habe keine Zwei gefunden, die man waschen kann“. Ich habe gesagt, ich möchte doch gar nicht sehen, dass sie zwei Patienten waschen kann, ich möchte sehen, dass sie das plant, dass sie alles, was in den 4 Stunden ansteht, irgendwie durchführt, und die Patienten glücklich versorgt sind nach den vier Stunden. Ich möchte nicht sehen, dass sie einen Verbandswechsel machen kann, dass sie waschen kann, sondern ich möchte, dass sie Patienten 4 Stunden lang von vorne bis hinten versorgt, alles, was in den 4 Stunden ansteht, und das hat der überhaupt nicht verstanden. „Ja aber jetzt habe ich hier nur einen zum Waschen und hier habe ich einen, wo sie einen Verband machen kann.“ Ich sag, das ist mit total egal. „Vielleicht hat der morgen OP“, na dann ist doch gut. Dann muss sie den Transport organisieren, dann muss sie sehen, dass die Akte fertig ist, das reicht mir doch, Hauptsache 4 Stunden irgendwie einen Patienten versorgen. Aber selbst das ist		Beobachtung PPK Nichtwissen Praxis	PA: PPK erkennen, wenn Prüfung Patienten wäscht und Verbände macht. Lehrende: in der Prüfung 4 Stunden irgendwie von vorne bis hinten, so dass die Patienten glücklich versorgt sind.
			Verständnis PPK	Kompetenz-verständnis / Berufsverständnis / Dimensionen PPK	

		nicht mal angekommen. Da gab es ja ausreichend Info-Veranstaltungen zu, worauf es jetzt ankommt im Examen.			
174	D	Aber die sehen ihre Tätigkeiten, hier macht auch jemand was anderes, wir kommen zwar jetzt vom Thema weg, aber auch Aufnahmen, das gehört ja zum Pflegeprozess, da haben wir Case Management und auf den OP-Stationen, wo ich jetzt präoperative Pflege unterrichtet habe, da gibt's irgendwo eine Tagesklinik und die nehmen die auf und die kriegen die hoch auf Station und machen nichts, auch präoperative Vorbereitung kaum, da gibt's immer jemand, der irgendwas anders macht. (1:02:28). Wir haben Service-Kräfte für das Essen. Wir haben den Transport zum runterbringen. Wir haben für alles immer jemand anderes. Die sehn auch nur, dass die irgendwelche Tätigkeiten einzeln machen und den Rest, ja gut, da kannst du gucken, wie die alles organisieren.	Verständnis PPK	Berufsverständnis	Nicht wissen, was sind Pflegetätigkeiten. Wir haben für alles andere Personen: Essen, Transport, Casemanagement, Service-Kräfte.
175	H	(...) die Pflege, machen ja die Eltern. Den pflegerischen Beziehungsprozess, den hatten wir nicht im Blick.		Berufsverständnis	Bei Kindern: die Eltern pflegen
176	A	Ich würde trotzdem auch gern noch was Positives sagen. Denn der erste Kurs ist ja durch jetzt, und die praktischen Examina, die ich da gesehen habe, die waren ganz hervorragend. Und die Auszubildenden, die Examen gemacht haben, hatten auf jeden Fall Pflegeprozesskompetenz und haben die da gezeigt. Also irgendwas machen wir da auch richtig, also richtig angebahnt.	PPKE, Aufgabenaspekte Pflegelehrende der Schule	Beobachtung PPK Gefühle	Der erste Kurs hatte Pflegeprozesskompetenz, hervorragende Examina. Wir machen da irgendwas richtig. Nichtwissen, was wir richtig machen.
177	H	Genau das, das wird wahrscheinlich so sein. Die ersten werden es wahrscheinlich schwer haben, sich halt eben zu etablieren, aber wir werden schauen, warum klappt das bei denen, was machen die anders, und vielleicht wollen sie das ja dann auch machen. Ich glaube ja auch, dass das dann ebenso einen guten Effekt haben wird, wenn die sehen, dass die erfolgreich sind, indem dass sie da etwas, wie man das so schön sagen kann zärtlicher drauf schauen, und je nach dem Motiv Neid erwecken, vielleicht klappt das ja.	Veränderungsprozess / Nichtveränderung, Auswirkung	Gefühle	PPKE durch Neid und durch Vorbilder , weil die Azubis irgendwann erkennen, dass die Generalisten es tun und sie es auch machen wollen.
		1:04:16			

6.2 Gruppe 2 Memos/Feldnotizen, Subkategorien

Transskript Gruppendiskussion Gruppe 2 am 19.04.2023 Feldnotizen/Memos und Subkategorien (erstellt am 27.04.2023)

Nr.	TN	Beitrag	Subkategorien	Feldnotizen/Memos
1	AB	Wir schauen uns mal die Punkte an, die Kreuze sind weit verteilt. Wir lassen nun die Punkte sprechen. Was könnten die drei Punkte um die Zahl 5 und 6 bedeuten?		
2	K	(00:32) Ich habe mein Kreuzchen mit einem T gekennzeichnet (<i>auf der 10er-skala bei der 6</i>). Ich glaube, dass das Team durch die Entwicklung des Curriculums damals 2019/2020 gemeinsam schon eine Idee davon hat, was Pflegeprozessorientierung oder Pflegeprozesskompetenz bedeutet. Zumindest eine Idee davon.	Beobachtung PPK PPKE der Pflegelehrenden Zusammenarbeit Schulteam	Team hat eine Idee von Pflegeprozessorientierung oder PPK. Einschätzung 6
3	J	Da möchte ich mich fast anschließen aber etwas ergänzen, würde ich jetzt sagen. Meiner ist der rote Punkt, die sind ja fast identisch, also auch fürs Team, als Repräsentant. Ich finde aber, dass sich das nicht direkt von Anfang an entwickelt hat, sondern erst mit der Zeit. Am Anfang hat man so viel noch mit dem Curriculum, was nochmal, wie, welche CE, was sind die Inhalte. Das ist ja so ein bisschen in den ersten Kursen untergegangen, wo wir uns immer wieder erinnern mussten, denk daran, Pflegeprozess, Pflegeprozess. Ich weiß nicht, wie oft haben wir das immer wieder gesagt, halt weil. Ich muss gestehen, ich komme aus der Intensivpflege, da war Pflegeprozess ein Fremdbegriff , den habe ich zuerst mal hier kennen gelernt. Aber je mehr wir uns mit unserem Curriculum beschäftigt haben und wir können, finde ich, sehr stolz sagen, dass wir das dritte Curriculum mittlerweile haben, das wir bearbeitet haben und jetzt ist es präsent in den Köpfen, die Idee, da stimme ich der K. voll und ganz zu. Die Idee ist wirklich bei uns angekommen. Wir wissen, es gibt den Pflegeprozess. Er nimmt ganz großen Zeitfaktor in der Ausbildung ein und ich glaube, dass wir das ganz gut umsetzen schon, aber da ist noch Luft nach oben.	Beobachtung PPK PPKE der Pflegelehrenden Verständnis PP Zusammenarbeit Schulteam zur PPKE eigene PPKE Pflegelehrende Zusammenarbeit Schulteam zur PPKE PPKE der Pflegelehrenden Verständnis PPKE Beobachtung PPK	Erst Inhalte Daran erinnern: Denk daran, Pflegeprozess – etwas, das man vergessen kann Die Idee Da ist noch viel Luft nach oben In der Intensivpflege ist der Pflegeprozess ein Fremdwort. Pflegeprozess erst in der EPA kennengelernt.
4	AB	Was ist mit diesen Kreuzen?		
5	N	Das ist der meinige. Ich würde auch das Team bei der 6 sehen. Ich war ja jetzt beim Entwickeln des Curriculums nicht dabei. Aber, wir haben es ja jetzt schon einmal überarbeitet. Es	Beobachtung PPK	In den CEs wird auf den Pflegeprozess geguckt.

		ist halt sehr sehr oft zur Sprache gekommen, dass halt eben in den verschiedenen CEs halt eben immer wieder darauf geguckt wird, dass wir den Pflegeprozess integrieren in unsere Arbeit, anhand von Fallbeispielen, usw. und so fort. Und ich denke, dass wir bei der guten 6 sind, aber dass auf jeden Fall noch Luft nach oben ist.	Zusammenarbeit Schulteam Maßnahmen, die noch nicht umgesetzt werden zur PPKE	Den Pflegeprozess anhand von Fallbeispielen integrieren.
6	AB	(3:18) Dann haben wir noch andere Kreuze, das ist eine Häufung um die 3 herum.		
7	J	Meiner zwischen 3 und 2, der steht für die Schüler. Dadurch, dass wir am Anfang noch so ein bisschen hinterhergehangen haben mit dem Pflegeprozess ist der Gedanke vom Pflegeprozess noch nicht ganz greifbar für die Schüler vor allem von den ersten Generalistik-Kursen. Es wird besser. Aber Pflegeprozess, das ist aber auch so ein abstrakter Begriff, der ist so theoretisch und das ist ja immer so das Themenfeld, wo sich die Schüler am schwierigsten mittun. Daher finde ich, sind unsere Schüler im unteren Bereich.	Beobachtung PPK PPKE der Pflegelehrenden Erleben der Azubis Verständnis PP	Der Gedanke von Pflegeprozess ist für die Schüler nicht greifbar. Pflegeprozess ist ein abstrakter Begriff, der ist so theoretisch, ist ein Themenfeld, mit dem sich die Schüler am schwersten tun, Bereich 2-3
8	K	Ich habe bei mir ein A drangemacht, das sind 4er. Ich sehe die Auszubildenden gar nicht, also von der Prozessorientierung sind die da. Was die nicht können, ist die Prozessplanung mit ihren Regeln. Aber das sind zwei verschiedene Paar Schuhe. Und in Prozessen denken sie wohl. Ihnen ist immer klar, dass sie ein Ziel brauchen, dass sie nicht ziellos pflegen, das funktioniert. Die Regelmäßigkeit, da bin ich bei Dir (zu J). Da sind die also schlechter. Aber das Pflegeprozess in Prozessform durchgeführt werden muss, da würde ich unseren Auszubildenden durchaus eine 4 zutrauen.	Beobachtung PPK	Schüler denken in Prozessen, sie können nicht die Regeln zur Planung einhalten. Das sind wohl verschiedene Paar Schuhe. Sie wissen, dass sie ein Ziel brauchen. Den Pflegeprozess in Prozessform durchführen
9	J	Ich muss doch noch was ergänzen. Ich finde, es kommt auch immer darauf an, in welchem Lehrjahr die gerade unterwegs sind. Im ersten Lehrjahr würde ich es noch weiter unten ansehen, weil sie auch einfach die Komplexität noch gar nicht sehen. Sind sie aber im dritten Lehrjahr würde ich ganz mit K. gehen und tatsächlich das Kreuz noch weiter höher setzen, weil sie auch da anfangen, die Verknüpfung herzustellen und dann macht es auf einmal Sinn, der Aha-Effekt und da findet sich der Pflegeprozess dann wieder.	Beobachtung PPK	Das Ausbildungsjahr spielt eine Rolle. Am Anfang sehen sie die Komplexität nicht. Im dritten Ausbildungsjahr sind die Azubis bei 4? Azubis im dritten Ausbildungsjahr stellen die Verknüpfung her, bedeutet Zusammenhangswissen.
10	K	Ich habe ja eine ganz miese Note gegeben mit anderthalb für PA, Praxisanleiter. Bei denen ist die zielgerichtete Pflege nicht geläufig. Gerade die älteren Semester tun sich unglaublich schwer mit prozessorientierter Pflege. Das einzige, was die sehen, da kommt sofort „ach Sie meinen SIS“. Das ist das erste, was die sagen. Die Verständigung da ist eher schlecht.	Beobachtung PPK Berufsverständnis Zusammenarbeit Schule und Betrieb zur PPKE	Praxisanleitende kennen zielgerichtete Pflege nicht. Berufserfahrene Pflegenden tun sich schwer mit prozessorientierter Pflege Pflegeprozess ist SIS

11	N	(6:18) Mein Kreuzchen befindet sich auch bei der 3. Das liegt deshalb da, weil ich so eine Gesamtnote genommen habe und das jetzt nicht noch mal differenziert habe. Weil ich glaube, das ist so ambivalent. Auf der einen Seite verstehen die das hier. Die haben das auch. Die denken auch im Prozess, aber es wird in der Praxis überhaupt nicht gelebt. Null, Null Komma Null. Und die sind dann immer irgendwie so in diesem Wirrwarr von. Die kriegen das hier gelehrt und gelernt und verstehen das auch aber es spiegelt sich in der Praxis überhaupt nicht wieder und da knallen die irgendwie immer aufeinander. Und weil da der Prozess nicht weitergetragen wird, hängen die irgendwo im nirgendwo.	Beobachtung PPK Erleben von Unsichtbarkeit PP Erleben der Azubis Maßnahmen, die aktuell umgesetzt werden zur PPKE Maßnahmen, die noch nicht umgesetzt werden zur PPKE	Ambivalenz / Wirrwarr / aufeinanderknallen / hängen irgendwo im nirgendwo: Auszubildende verstehen den Pflegeprozess in der Schule. UND: in der Praxis wird es nicht gelebt – NULL KOMMA NULL
12	O	Ich habe auch unter 5 Team geschrieben. Ich befinde mich so ein bisschen in dem Feld wo sich K. und J. befinden. Ich kann halt nur noch hinzufügen, auch ich habe den klinischen Background und korrigiert mich, aber ich hatte so den Eindruck, als ich neu anfing, dass die mit dem Altenpflegebackground viel mehr fokussiert waren als die mit dem Krankenpflegebackground ein Stückweit. Und ich selber, ich habe mich selber bewusst nicht eingetragen, ich selber sehe mich zwischen 2 und 3 auf Teamebene 5 und 6. Auch ich muss meine Kompetenzen dahingehend noch ausbauen. Das mach ich jetzt mittels Fallarbeit.	PPKE der Pflegelehrenden	Klinischer Background: weniger fokussiert auf den Pflegeprozess als Altenpflege. Pflegeprozess erst in der EPA kennengelernt. Selbsteinschätzung bei 2 bis 3, nutzt Fallarbeit im Unterricht für PPK.
13	L	Ja ich habe auch das Kreuzchen bei der 3, das ist in Bezug auf die Schüler. Ich durfte jetzt noch nicht so viel unterrichten aber das, was ich mitbekommen habe, theoretisch klappt das ganz gut aber in der Praxis nicht, nee. Das würde ich auch so unterschreiben, wie N. gesagt hat. Das merkt man ja.	Beobachtung PPK Verständnis PPKE in der Praxis	PP klappt theoretisch gut, nicht in der Praxis.
14	AB	(7:49) Dankeschön. Ich möchte dazu übergehen, zu fragen, was versteht ihr unter Pflegeprozesskompetenz? Ich möchte Euch bitten, in Form eines Brainstormings Karten zu schreiben. Und diese dann kommentiert anzuheften.		
15	K	(12:36) Den Pflegeprozess habe ich jetzt nicht genommen. Planen und Steuern einer strukturierten Pflege. Und erst habe ich die Begriffe drunter geschrieben. Aber Die sind mir so wichtig, dass ich sie doch vereinzelt habe, individuell, aktuell, das heißt auch evaluiert, zielgerichtet, in verschiedensten Settings und unter Berücksichtigung von aktuellem Fachwissen.	Verständnis PP	Was der Pflegeprozess ist: Planen und Steuern einer strukturierten Pflege
16	N	Ich habe einmal Anschauliches übertragen auf die Schüler, des Pflegeprozesses versteht sich. Dann habe ich einmal, dass man überhaupt versteht, also bei vielen ist ja schon, da	Dimensionen PPK	Bei dem Begriff Pflegediagnose hapert es.

		haperts ja schon bei dem Begriff Pflegediagnose, was ist das überhaupt und wie erstelle ich die. Man muss den Aufbau verstehen eines Pflegeprozesses, und natürlich die Struktur von diesem Ganzen und das Arbeiten mit Hilfsmitteln, die mir das Ganze erleichtern, zum Beispiel mit dem ENP-Katalog.		Man muss den Aufbau des PP verstehen und mit Hilfsmitteln arbeiten können, z.B. ENP.
17	O	Ich habe jetzt ganz banal zuerst den Pflegeprozess kennen also benennen, im Anschluss erläutern können, also überhaupt zu wissen, worum es geht, die Anwendung in der pflegerischen Praxis. Wir sind jetzt vom Speziellen zum Allgemeinen, bewegen wir uns jetzt hier. Und ein strukturiertes Assessment.	Dimensionen PPK	Den PP kennen (nominelles Wissen), und die Anwendung in der pflegerischen Praxis. Strukturiertes Assessment.
18	L	Ich hänge es jetzt nicht einzeln, die 6 Schritte des Pflegeprozesses. Das muss einfach bekannt sein. Man muss wissen, was ist damit gemeint, Voraussetzung, dann unter Berücksichtigung von Assessments und Leitlinien. Genau.	Verständnis PP Dimensionen PPK	6 Schritte kennen, was gemeint ist, Assessments und Leitlinien
19	J	Also ich kann mich den ganzen Vorrednern fast nur anschließen. Ich habe auch erstmal sehr sehr klein gedacht und dann die 6 Schritte aufgeschrieben, die aber auch überall wieder zu finden sind (15:58), also Evaluation, Probleme, Ressourcen, et cetera pp. Was dann für mich, das sind auch schon genannte Themen, ich habe QM tatsächlich noch mit reingeschrieben, weil ich finde der Pflegeprozess an sich ist auch ein gutes QM-Instrument, was man nutzen kann, was sich auch immer im QM widerspiegeln muss. Deswegen, also H I steht für hausinterne Standards, Leitlinien, dann Assessments, und was für mich immer sehr wichtig und sehr interessant ist, ist die kollegiale Beratung, die darunterfällt. Weil Pflegeprozess, das ist ein Prozess, der sich entwickelt, das bildet sich vom Begriff her auch ab, von daher ist die kollegiale Beratung für mich so ein Rahmenpunkt, der noch dazugehört.	Dimensionen PPK Verständnis PP	Nominelles Wissen: 6 Schritte kennen QM, denn der Pflegeprozess ist ein QM-Instrument, PP muss sich im QM widerspiegeln, dazu gehören hausinterne Standards. Die kollegiale Beratung gehört auch dazu.
20	O	Findet sich der Pflegeprozess auch im SGB XI wieder?	Verständnis PP	Frage Pflegeprozess und SGB XI
21	K	Im SGB XI, ja gute Frage.	Verständnis PP	
22	O	Jetzt, wo ich QM höre.	Verständnis PP	
23	K	Müsste ich nachgucken.		
24	N	Es ist ein Instrument um abzubilden, ob wir gute Pflege machen oder schlechte Pflege machen.	Verständnis PP	

25	AB	(18:40) Danke für diese erste Einschätzung. Dann würde ich gern weitergehen: Wie wird diese Pflegeprozesskompetenz entwickelt, wie entwickeln Sie das? Herzlich willkommen, noch eine Kollegin. Wir holen Dich da ab, wo wir jetzt so sind.		
26	K	Zunächst mal durch Theorievermittlung, damit fängts an, und dann mithilfe von Fallbeispielen wird geübt. Wünschenswert wäre dann, die Weiterführung in der Praxis von Anfang an.	Maßnahmen, die aktuell umgesetzt werden zur PPKE Sollmaßnahme PPKE in der Praxis	Theorievermittlung dient der Entwicklung von PPK, ebenso Üben mit Fallbeispielen Wunsch
27	J	Bei Fallbeispielen wäre tatsächlich für mich jetzt interessant und wichtig, dass das komplex gestaltet ist. Jetzt also nicht auf ein Themenfeld bezogen, sondern eine komplexe Darstellung der Fälle mit unterschiedlichen CEs oder Themenfeldern. Dann aber auch, dass man sich selbst überhaupt des Begriffs überhaupt deutlich wird, dass man selber weiß, was ist der Pflegeprozess, wie hat der Einfluss auf die Pflege und auf die Schule, generell auch auf den Lehrplan und wie baue ich das Ganze ein, das sind so mehrere Perspektiven. Das Wissen zum einen, dass man den Schülern das vermittelt, aber auch das Wissen, dass man sich das selbst aneignet. Man kann nur etwas vermitteln, was man selber auch kennt und weiß.	Maßnahmen, die noch nicht umgesetzt werden zur PPKE PPKE der Pflegelehrenden	Fallbeispiele sollen komplex sein, aus unterschiedlichen CEs oder Themenfeldern Dass man selbst weiß, was der PP ist – vermutlich wissen das nicht alle. Viele Fragen zum Pflegeprozess – noch nicht beantwortet? Man kann nur etwas vermitteln, was man selbst weiß.
28	O	Vielleicht noch so als Zusatz: Häufige Wiederholungen, dass es auch immer wieder angewendet wird, dass es nicht in der einen CE, und die anderen machen es gar nicht, sondern dass es häufige Anwendung findet	Maßnahmen, die noch nicht umgesetzt werden zur PPKE	Häufiger Wiederholungen dienen der Entwicklung PPK
29	J	Da wären wir beim spiralförmigen Curriculum.	Maßnahmen, die aktuell umgesetzt werden zur PPKE	Spiralförmig
30	K	Für die Schüler, wie entwickeln sie das jetzt, ich habe immer die Hoffnung, dass sie von den Praxisanleitern von Anfang in die Pflegeprozessplanung auf Station miteinbezogen werden. Aber das geschieht nicht, das heißt, für die ist das was ganz Unterschiedliches, was auf Stationen passiert, und was in der Schule passiert. Und die Verknüpfung dieser beiden Bereiche, das wäre sehr wünschenswert, dass sich das besser zusammenfügt. Das passiert häufig erst Ende zweiten Lehrjahrs, wenn überhaupt.	Gefühle Verständnis PP Maßnahmen, die noch nicht umgesetzt werden zur PPKE Rahmenbedingung PPKE Erleben der Azubis	Hoffnung auf PAs, dass sie die Azubis von Anfang an die die Pflegeprozessplanung einbeziehen. Das geschieht nicht. PP in der Schule ist etwas anderes als PP in der Praxis
31	J	Pflegeprozess, da sind wir als Team noch nicht so weit, der Skillslab-Raum, das ist auch ein Instrument, um den Pflegeprozess nochmal zu überprüfen, zu vermitteln, weil man da durch die Überwachung einfach von extern noch viel mehr beobachten kann, viel mehr	Maßnahmen, die noch nicht umgesetzt werden zur PPKE	Skillslabraum zur Überprüfung der PPK, zur Vermittlung des PP. Ich weiß nicht, ob das funktioniert.

		jemandem mitteilen kann. Ich weiß nicht, ob das wirklich funktioniert, weil wir das wirklich selbst noch gar nicht so weit haben. Deswegen bin ich vorsichtig damit.		
32	K	Die Schüler erzählen mir wirklich tatsächlich oft, dass in der Praxis zuerst die Maßnahme erdacht wird und dann das Ziel und gerade am Anfang schreiben die das verkehrt rum wieder auf, weil die das aus der Praxis, wenn überhaupt, so erleben. Deswegen ist das Kreuzchen auch bei den Praxisanleitern auch ganz tief.	Erleben der Azubis Rahmenbedingungen PPKE in der Praxis Beobachtung PPK	PP in der Praxis: erst Maßnahme erdacht, dann Ziel. Das ist falsch.
33	J	Wobei, wenn die Praxisanleiter sich den Pflegeprozess einfach mal vor Auge führen würden, machen die ganz unbewusst die ersten zwei drei Schritte eigentlich. Sie fangen nur erst drüber an zu reden, wenn sie schon bei der Maßnahmenplanung sind. Aber bevor sie da hinkommen, sie müssen das Vorwissen eigentlich haben, das ist denen nur nicht bewusst. (23:50) Ich würde noch gern, wie entwickeln Sie das jetzt, da würde ich gern was zu sagen, und zwar, wenn man das jetzt teamintern – ohne die Schüler jetzt mitreinzunehmen, wäre das für mich jetzt die curriculare Zusammenarbeit, so interne, ja Fortbildung, kann man schon so nennen, so interne Lernzirkel, wäre das richtig Wort.	Nichtwissen Praxis Rahmenbedingungen PPKE in der Praxis Verständnis PP PPKE der Pflegelehrenden Zusammenarbeit Schulteam zur PPKE	PA machen die ersten beiden Schritte im PP unbewusst. Sie reden erst bei der Maßnahmenplanung darüber. PPK-Entwicklung für das Team: curriculare Zusammenarbeit, interne Lernzirkel
34	AB	Interne Lernzirkel, Zielgruppe wäre das Lehrendenteam.	Zusammenarbeit Schulteam zur PPKE	
35	J	Ja, genau		
36	AB	(24:23) Was gehört noch alles dazu, was braucht man?		
37	J	Konzepte, Plan, Zeit.	Einflussfaktoren für Veränderung Zusammenarbeit Schule und Betrieb zur PPKE	
38	K	Konzepte, Zeit, vor alle Dingen Zeit für eine engere Verknüpfung mit der Praxis. Das wäre für mich ein ganz wichtiger Punkt. Und die haben wir nicht für diese Konzeptarbeit.	Zusammenarbeit mit der Praxis zur PPKE Maßnahmen, die noch nicht umgesetzt werden zur PPKE	Es braucht Konzepte für die Entwicklung von PPK, aber wir haben dazu keine Zeit.

			Einflussfaktoren für Veränderung	
39	AB	Vielleicht noch etwas konkreter, was könnten diese Konzepte beinhalten? Was müsste da rein?	Verständnis PPKE	
40	J	Ja Definitionen, standardmäßig, was ist überhaupt ein Pflegeprozess, was ist eine Kompetenz, wie stehen die zueinander, dann, ich sträube mich zwar immer, tatsächlich der systemische Ansatz, würde ich mit reinpacken, ich mag ihn nicht, ich bin kein, ich habe die ganze Zeit auch immer gut dagegen argumentiert und werde mein Leben lang auch weiter dagegen argumentieren aber er passt halt im Prozess, passt er da rein, um die verschiedenen Punkte mit reinzunehmen, zum Verständnis, um die Zusammenhänge darzustellen. Was braucht man noch? Man braucht Leute, die das rüberbringen, man braucht Leute, die das verstehen, das akzeptieren, die das anwenden. Ich versuche das jetzt aus der Managementebene zu betrachten, ja Theorien, generell, nach wem man das macht, da wären ja auch verschiedene Möglichkeiten, wie man das anwendet, das ist ja genauso wie in der Kommunikation, da gibt es ja auch Tausende.	Gefühle Zusammenarbeit Schule und Betrieb zur PPKE	Der systemische Ansatz passt da gut in das Konzept. Man braucht Leute, die den PP verstehen und anwenden. Auch Theorien braucht man in diesem Konzept.
41	K	Also für mich brauchen wir Köpfe und Zeit. Wir und auch die Praxis. Wir haben ja Probleme bei dem Praxistransfer und die haben ja kaum noch Zeit, sich überhaupt noch um irgendetwas zu kümmern, geschweige denn dem Schüler den Pflegeprozess beizubringen	Einflussfaktoren für Veränderung Zusammenarbeit Schule und Betrieb zur PPKE Maßnahmen, die noch nicht umgesetzt werden zur PPKE	Für die Entwicklung von PPK: Köpfe, Zeit und Praxis. Die Praxis hat keine Zeit, sich um die Schüler zu kümmern und keine Zeit, ihnen den PP beizubringen.
42	J	Gut, wenn wir das auf die Ebene hinübertragen, dann müssen wir aber auch alle theoretischen Inhalte auf die Ebenen übertragen. Ich glaube eher, dass wir ein bisschen von der Praxis weggucken müssen, dass wir da die Theorie, denn da können wir Veränderung bezwecken. Wünschenswert ja, aber wir haben da keine Handhabe. Und jetzt ist ja die Frage, wie würden wir das entwickeln? Also jetzt einfach aus der Perspektive der Schule, so verstehe ich die Frage, unabhängig der Praxis. Weil die Praxis, ich glaube jeder von uns weiß, wie die Praxis ist und da muss man gar nicht die rosarote Brille aufsetzen, die ist, wie sie ist, ändern können wir sie von dieser Frage hier ableitend gar nicht. Da stelle ich mir eher die Frage, was brauchen wir hier, um die Pflegeprozesskompetenz zu entwickeln. Und da	Zusammenarbeit Schulteam zur PPKE Maßnahmen, die beitragen zur PPKE Einflussfaktoren für Veränderung Gefühle Rahmenbedingungen für PPKE in der Praxis	Wir müssen von der Praxis wegschauen. Wir können die Veränderung nur in der Theorie schaffen. Wir haben keine Handhabe Die Praxis ist wie sie ist, keine rosarote Brille. Konzept

		gehört für mich wie für alles andere, was man entwickelt, ein Konzept her, das heißt, es muss erstmal ein Konzept auf die Beine gestellt werden.	Zusammenarbeit Schulteam Nichtveränderung	
43	K	Und Zeit	Einflussfaktoren für Veränderung	Zeit
44	J	Und Zeit ja.	Einflussfaktoren für Veränderung	
45	K	Übungssequenzen brauchen die ja.	Maßnahmen, die noch nicht eingesetzt werden zur PPKE	
46	J	Eigentlich gibt das Curriculum die Zeit eigentlich vor.	Verständnis PPKE	
47	K	1000 Stunden	Verständnis PPKE	Zeit ist vorgegeben.
48	J	1000 Stunden. Die Frage ist nur, wo verstecken sich die 1000 Stunden? Und wie ordnen wir die zu?	Verständnis PPKE	
49	K	In heimlichem Fächerdenken?	Verständnis PPKE	Fächerdenken verplempert die Zeit.
50	J	Die Frage ist, wo sind diese 1000 Stunden? In welchen CEs haben wir die verbrösel?	Verständnis PPKE	
51	K	Ist da haben wir das schon gemacht – das Auge, die Niere? Haben wir heute noch geredet.	Verständnis PPKE Zusammenarbeit Schulteam	Auge, Niere
52	J	Also es ist schwierig.	Gefühle	
53	O	Hast Du das eingebaut?	Verständnis PPKE	
54	K	Nein, haben wir heute drüber geredet, ist die Niere schon gelaufen. Ist die nicht gelaufen. Irgendwo im Hintergrund denken wir nicht prozesshaft, wir denken in Fächern.	Verständnis PPKE	
55	N	Richtig.		
56	J	Das heißt, die Veränderung muss ja eigentlich bei uns ankommen, damit wir das auch, zu 100 % ist immer schwierig, aber zum größten Teil transportieren können.	PPKE der Pflegelehrenden Empfundene Veränderung	Die Veränderung muss beim Schulteam ankommen.

57	O	Also ist die Rahmenbedingung erst einmal dass wir alle, das ist das, was ich dort geschrieben habe, Schritte kennen, erläutern, anwenden können, dass wir das erstmal alle können, vom Team her.	PPKE der Pflegelehrenden Zusammenarbeit Schulteam zur PPKE	
58	J	Die Schwierigkeit ist bei uns und die Fragen, die einfach aufkommen, Auge und Niere, die Angst, dass uns durch das neue Curriculum etwas untergeht, das ist ja das, das haben wir im GK 1 gemerkt, wo wir zum Ende hin das ein oder andere Thema noch schnell mitreingenommen haben, weil aufgefallen ist, das ist uns untergegangen.	Verständnis PPKE Gefühle	Angst, Inhalte zu vergessen.
59	O	Das waren Organe, oder?	Verständnis PPKE	Organe
60	J	Das waren Organe, deswegen sind wir momentan auf dem Trip, ah, ok Niere, wo ist das? Mit welcher Tiefe muss man da reingehen. Anatomie, da ist man so in dem alten ich sage mal Krankenschwesterdenken, wo wir ein bisschen weg von kommen müssen. Da gehe ich mit dem O. eigentlich, der sagt, bei uns erstmal, und daher das Konzept erstmal, und die Frage, wo sind die 1000 Stunden?	Verständnis PPKE Nichtveränderung Maßnahmen, die noch nicht eingesetzt werden zur PPKE Nichtwissen Pflegelehrende	Krankenschwesterdenken 1000 Stunden?
61	K	Ich habe mit einer Kollegin, die jetzt nicht da ist, darüber gesprochen, wir haben neulich überlegt, ob nicht POL wieder eine ganz gute Möglichkeit wäre, um diese Frage, sind die Organe mit drin, abhaken zu können. Mit POL hatten wir da einen besseren Überblick im alten modularen System mit POL.	Zusammenarbeit Schulteam zur PPKE Rückblick Nicht-Wissen Pflegelehrende	POL, um die Organe unterzukriegen. Im modularen System war der Überblick besser. Jetzt kein Überblick.
62	O	Kannst Du mir sagen, was POL heißt?	Nicht-Wissen Pflegelehrende	
62	K	Problemorientiertes Lernen.		
63	O	Ach so.		
64	K	Da wurde ein Fall vorgestellt, dazu gab es Leitfragen, dann haben die in Gruppen gearbeitet und auch je nach Intellekt und Fleiß in unterschiedlichen Intensitäten, so dass die guten auch sehr gut gefördert werden konnten, die, die sich so gerade durch die Ausbildung quälen, sich nicht zu sehr quälen mussten. Und das war ein gutes Konzept. Und nicht jeder kommt jetzt mit unserem Tempo klar.	Rückblick Erleben der Azubis	
65	AB	Das ist jetzt so ein unterschiedliches Denken, was ich jetzt so wahrnehme, sind die Organe alle drin und POL das ist ja ein didaktisches Konzept.	Verständnis PPKE	

66	J	Da wären wir wieder beim Thema Konzepte, das schließt das Ganze ein. Mit welchem Konzept können wir die Pflegeprozesskompetenz denn auch vermitteln. POL ist ein anderes Thema, rein POL kriegen wird in einem Curriculum nicht durch. Dann muss man hergehen, und etwas Vernünftiges auf die Beine stellen konzeptemäßig.	Zusammenarbeit Schulteam Rückblick	Vernünftiges Konzept
67	K	Wir hatten schon mal ein komplettes Curriculum in POL	Rückblick	Was wir schon hatten
68	J	Ja, Ja, das funktioniert schon. Ich sehe es bei dem ein oder anderen Thema ein bisschen schwierig, was wir jetzt haben aus der Perspektive, nicht weil wir es jetzt nicht möglich ist, sondern, ich sehe es einfach nur ein bisschen schwierig. Aber das ist ein ganz anderes Thema. Mehr fällt mir nicht ein.	Rückblick Gefühle	Was wir hatten, ist jetzt schwierig.
69	AB	Man kann es ja aus unterschiedlichen Perspektiven betrachten. Man könnte auch die Position der Auszubildenden einnehmen und überlegen, was es aus deren Sicht bräuchte.	Verständnis PPKE	
70	K	Ich bleibe dabei, Theorie-Praxistransfer. Gerade im Pflegeprozess ist das einfach so wichtig, dass sie das verstehen.	Zusammenarbeit Schule und Betrieb zur PPKE	Theorie-Praxistransfer ist im PP wichtig.
71	J	Da haben wir ja unsere Zwischenlösung, den Skillslab-Raum, da bin ich wieder bei meinem ersten Gedanken, den wir ja nutzen müssen. Wir haben keinen Einfluss auf die Praxis, wir können ja nur versuchen diesen Transfer in irgendeiner Form mit ein paar Hürden zu überbrücken. Das ist der Skillslab-Raum für mich.	Maßnahmen, die noch nicht eingesetzt werden PPKE Zusammenarbeit Schule und Betrieb zur PPKE	Skillslab als unsere Überbrückung Wir haben keinen Einfluss auf die Praxis.
72	K	Ja oder die Idee im Qualitätszirkel, der für die drei Schulen entstanden ist, ein regelmäßiger Praxisanleiter-Treff mit der Schule.	Zusammenarbeit Schule und Betrieb zur PPKE	Regelmäßiger PA-Treff mit der Schule
73	J	Das läuft ja in <i>Kleinstadt</i> . Das, was X. (<i>Schulleitung einer anderen Schule, die zum Schulverbund gehört</i>) mir da zurückmeldet. Ich weiß nicht, ob wir da wirklich Lust zu haben. Das mal so vorsichtig dahingestellt. Problem ist nämlich, ja das ist eine Möglichkeit, es ist ein Versuch wert. X. macht das ja und vielleicht kriegst du (AB) da auch was davon mit. Man profitiert schon davon aber es ist ein immenser zeitfressender Faktor.	Zusammenarbeit Schule und Betrieb zur PPKE Einflussfaktoren für Veränderung	PA-Treff im Verbund ist nicht für die Entwicklung von Konzepten geeignet.
74	K	Für die Einrichtungen und für uns.	Zusammenarbeit Schule und Betrieb zur PPKE	
75	J	Und da weiß ich jetzt nicht, ob man da die zeitlichen Ressourcen hat. Wenn ich unsere Monate da so rückblickend angucke, sehe ich da schwarz. Die zeitlichen Ressourcen sind da einfach nicht gegeben.	Zusammenarbeit Schule und Betrieb zur PPKE	Wir haben keine zeitlichen Ressourcen für so einen PA-Treff

			Gefühle Rückblick	
76	AB	Es kommen viele Kooperationspartner zusammen mit ihren eigenen Baustellen, das wird Konzeptentwicklung zäh. Es ist eher, dass man sich kennt.	Zusammenarbeit Schule und Betrieb zur PPKE	
77	J	Das ist das, was X. erzählt, es ist ein Austausch darüber, wie gut oder wie schlecht man es hat, um es mal vorsichtig zu formulieren. Weil jede Einrichtung steht an einem anderen Punkt und sind ganz anders mit der Entwicklung von vielen Sachen. Es gibt Einrichtungen, die sind da richtig auf Vordermann, die hätten da – unsere Schleichwerbung <i>Mustereinrichtung</i> , die entwickeln für jeden Prozess ein Konzept. Die schicken mir das zu, die sind da wirklich top. Und dann haben wir Einrichtungen, wenn ich da aus der <i>andere Einrichtung</i> jetzt jemanden reinsetze mit <i>Mustereinrichtung</i> , wie profitabel ist das für uns?	Zusammenarbeit Schule und Betrieb zur PPKE	PA-Treff ist Austausch über Unterschiede. Eine Mustereinrichtung
78	N	Das ist eher eine Selbsthilfegruppe für die.		Selbsthilfegruppe
79	J	Hilft uns das mit dieser Frage weiter, deswegen, ich sträube mich , diese Praxisanleiter-Treffen zu machen, weil, es muss einer immer der Moderator sein, es muss immer einer sein, der das ganze führt und leitet und lenkt, das heißt, ein Dozent von uns ist immer involviert, das heißt es müssten zwei sein, die es immer wieder machen, vertretungsmäßig. Diese zeitliche Ressource haben wir gar nicht, weil dann müsste man die Ergebnisse wieder dem Team mitteilen, damit man das dann wieder auf die Schüler übertragen kann. Und das gleiche ist ja dann auch bei den Praxisanleitern , die müssten dann auch in ihren Einrichtungen kommunizieren. Spätestens da hört es auf. Da hört es meistens auf. Die Idee finde ich gut aber viel mehr um das Kennenlernen gut. Bin ich ehrlich. Profitieren tut man da bestimmt auf einer gewissen Ebene, aber allein auf die Frage bezogen eher weniger. Ist so meine Vermutung.	Einflussfaktoren für Veränderung Zusammenarbeit Schule und Betrieb zur PPKE Gefühle	PA-Treff benötigt zu viel Kapazität unserer Schule. Die ist nicht da. Ergebnisse werden nicht in den Einrichtungen weitergetragen. Profit ist ungewiss.
80	AB	Es scheint, dass das kein Rahmen ist, um ein Konzept zu entwickeln, weil die Voraussetzungen viel zu arg auseinandergehen.		
81	J	Was meins ja tatsächlich so ist, was ich in der Zukunft anstrebe, wirklich Zukunft, also nicht dieses Jahr, definitiv nicht, auch nächstes Jahr nicht. Aber ich bin wirklich auch bei dem Punkt, dass wir viel mehr in die Praxis müssen. Wir müssen in die Praxis fahren. Und zwar so richtig Pflegevisiten machen, so. Weil da kann man wirklich den Pflegeprozess am Bett	Maßnahmen, die noch nicht eingesetzt werden zur PPKE	Schulleitung strebt an: Pflegevisiten machen.

		oder am Patienten oder was auch immer, was gerade als Pflegevisite Stand ist, ja korrigieren nicht aber ...		
82	K	Schwierig	Gefühle	Schwierig.
83	J	...mit unterstützen zumindest Hinweise darauf geben, sagen ok, wir machen das jetzt nach dem hausinternen Standard, oder wie sieht das QM aus, dass man da immer so einschneidende Bemerkungen, Hinweise geben kann, die dann irgendwann fruchten, dass das dann wird. Und das passiert dann tatsächlich nur, wenn wir als Dozenten präsenter werden in der Praxis, aber auch da Zeit und Ressource.	Maßnahmen, die noch nicht eingesetzt werden zur PPKE	Bei Pflegevisiten Hinweise geben, nach Standards fragen, einschneidende Bemerkungen machen, die irgendwann fruchten.
84	K	Und ich sage mal, wir haben aktuell 59 Kooperationspartner. Jeder hat wieder eigene Hausstandards und die kennen wir nicht. Und dann stehen wir da und denken, machen die das jetzt so? Und dann müssen wir uns erst belesen. Für uns als Dozenten, wenn wir so viele Kooperationspartner haben, ist das anders, als wenn ich jetzt bei <i>großer Krankenhausträger</i> arbeite und weiß genau, im Krankenhaus gibt es einen Standard, und dann gehe ich nach neben an, und dann kann ich diesen Standard abrufen. Das haben wir eben nicht.	Zusammenarbeit Schule und Betrieb zur PPKE	Viele Kooperationspartner sind hinderlich, wenn Dozenten mehr in die Praxis gehen sollen. Unterschied zum Krankenhaus. Wenn ich nach Standards schaue, muss ich sie alle lesen, das schafft man nicht.
85	J	Beim Pflegeprozess sind es ja nicht die Standards, die du da abprüfst, sondern da ist ja der Prozess an sich. Ich glaube es ist schwierig, da gebe ich dir komplett Recht, weil du musst ja vom ambulanten Setting in das Krankenhaus und dann wieder stationären Setting, man muss sich immer wieder neu sortieren und neu orientieren.	Beobachtung PPK Maßnahmen, die noch nicht eingesetzt werden zur PPKE Gefühle	
86	K	Ich muss ja alles vorher lesen.	Maßnahmen, die noch nicht eingesetzt werden zur PPKE	
87	J	Jein, finde ich jetzt gar nicht. Warum gibt es Praxisanleiter?	Zusammenarbeit Schule und Praxis zur PPKE	Rolle PA: Kennt hausinterne Standards, vertritt das Haus
88	K	Weil ich den Pflegeprozess mir angucke. Ich gucke ja nicht auf die Pflegesituation, ich gucke ja, wie ist der gekommen, was hat der für Ziele und wie ist die Maßnahme und stimmt das dann überein mit dem was ich im Bett sehen? Da muss ich ja hin.	Verständnis PP Beobachtung PPK	Überprüfung Pflegeprozess bei einer Pflegevisite.
89	J	Und das ist ja eigentlich das, was wir in unserem Examen prüfen, wenn wir mal ehrlich sind. Im Examen prüfen wir so einen Pflegeprozess ja eigentlich ab in einer vielleicht etwas abgeschwächeren Form. Da ist der Pflegeprozess definitiv drin. Und wenn man sowas in Form von Pflegevisiten. Also ich würde das unter den Punkt packen. Das Konzept ist im	Beobachtung PPK Verständnis PP Zusammenarbeit Schule und Praxis	Im Examen prüfen wir den Pflegeprozess in abgeschwächter Form. Der ist da definitiv drin. Das Konzept ist eine Wolke im Nichts. Wenn man das Konzept

		Moment eine Wolke im Nichts im Moment. Wenn man das natürlich ausweitet und das dann so transportiert, dann kann ich mir vorstellen, dass dann der Theorie-Praxistransfer, wie du es gerade schön genannt hattest, dass der dann etwas leichter von statten geht. Ich merke, dass viele Schüler berichten ja, wenn die hören, dass die Schule kommt, dann heißt es „oh Gott, wir müssen uns jetzt vernünftig verhalten und es wird aufgeräumt und...“..	Maßnahmen, die noch nicht eingesetzt werden zur PPKE Verständnis PPKE Zusammenarbeit Schule und Betrieb zur PPKE Verständnis PPKE in der Praxis	ausweitet, kann auch der Theorie-Praxistransfer gelingen. Die Schule erscheint in der Praxis als Kontrollinstanz.
90	N	Das Schachspiel beginnt.	Zusammenarbeit Schule und Betrieb zur PPKE	Schachspiel
91	J	Und die wissen das insgeheim, ok, wir müssen das jetzt eine halbe Stunde machen, dann sind sie auch gleich weg.	Rahmenbedingungen für PPKE	Nach Schule
92	K	Dann sind die endlich wieder weg.	Rahmenbedingungen für PPKE	
93	O	Man betrachtet die Schule als Kontrollinstanz.	Rahmenbedingungen für PPKE	Kontrollinstanz
94	N	Genau.	Rahmenbedingungen für PPKE	
95	O	Das soll ja gar nicht sein (39:11)	Rahmenbedingungen für PPKE	
96	J	Ja, so.	Rahmenbedingungen für PPKE	
97	AB	Sind denn – das ist das Bild, das da entsteht, die besseren Pflegekräfte?	Berufsverständnis	
98	J	In deren Auge ja, weil wir die Theorie ja vermitteln, und in der Praxis ja immer der Schein herrscht, ok, das ist Theorie, das ist Praxis, das können wir gar nicht anwenden.	Rahmenbedingungen für PPKE	Die Praxis ordnet sich der Schule unter, solange die Schule kontrolliert, dann nicht mehr, dann mach sie ihr eigenes Ding.
99	N	Der Satz „nach Schule arbeiten“, der ist auch ganz toll.	Rahmenbedingungen für PPKE	Nach Schule arbeiten

100	J	Genau. Ich finde, ja klar, es gibt eine Theorie- und es gibt eine Praxisrealität. Definitiv. Aber, das, was wir in der Theorie vermitteln, ist ja trotzdem praxistauglich. So. Und da hört das Denken ja meistens auf. Wenn man sich so alte eingesessene Pflegekräfte sich anguckt, Ja ja, mach Du mal. Aber nach der Ausbildung sieht die Welt schon ganz anders aus. Verbandwechsel mit sterilen Handschuhen, da lachen die meisten drüber. So. Wobei das ja noch nicht mal was mit dem Pflegeprozess zu tun hat. Das ist ein Standard eigentlich.	Verständnis PPKE Maßnahmen, die aktuell eingesetzt werden zur PPKE Verständnis PPKE in der Praxis Zusammenarbeit Schule und Betrieb zur PPKE Verständnis PP	Theorie- und Praxisrealität Das Denken hört bei alteingesessenen Pflegekräften auf. Die Praxis lacht über die Schule.
101	K	Ich glaub nicht, dass wir die besseren Pflegekräfte sind.	Berufsverständnis	
102	J	Na eben.		
103	K	Wir sind die besseren Lehrer. Deshalb sind wir hier. Ich habe jetzt gerade die Situation, dass ich selbst mit in die Pflege musste aus persönlichen Gründen und ich kann das nicht so gut, ganz klar. Die sind da viel routinierter. Die machen das jeden Tag. Ja irgendwie habe ich mich bei sehr vielen Fehlern erwischt, weil das ja nicht mein Tagesgeschäft ist.	Zusammenarbeit Schule und Betrieb zur PPKE	In der Schule sind die besseren Lehrer, die Pflegekräfte haben viel Routine.
104	J	Das ist der Standard der Pflege, sich immer schlechter zu machen als sie ist. Grundsätzlich. Man verlernt zu sagen, dass man gewisse Sachen gut macht. Aber jetzt sind wir komplett vom Thema abgekommen.	Gefühle	
105	K	Nö.		
106	J	So ein bisschen. Ich tatsächlich, wenn wir jetzt sagen, Praxis-Schule-Transfer, sehe ich die einzige Möglichkeit, um das präsenter zu machen, in der Praxis, um zu sagen, hört mal Leute, das ist ein wichtiges Thema, das könnt ihr nicht einfach außen vorlassen, ist die Kontrollinstanz, so wie es O. genannt hat, der Pflegeschule in der Praxis. Und ich meine jetzt nicht Praxisbesuche, hingehen und fragen, ei ei, wie geht's? Gibt's irgendwie Probleme, da ist man ja nach 15 bis 20 Minuten weg, sondern ich rede wirklich Pflegevisiten, denn das ist auch etwas, was von <i>Mustereinrichtung</i> auch immer wieder kommuniziert wird, dass das das Medium ist, womit man die Schüler am besten packt und auch die Praxisanleiter auch am besten packen kann. Dann kann man direkt sagen, ihr habt das soundso gemacht, warum? Begründung. Da muss man sich nicht in das ganze QM-Handbuch reinlesen oder in den Standard reinlesen, weil je nach dem, was die da zeigen. Es ist ja unterschiedlich. Zeigen sie eine ASE, dann reicht es, wenn man sich nur den ASE-Part anguckt.	Maßnahmen, die Beitragen zur PPKE Ist-Maßnahme zur PPKE in der Praxis Verständnis PPKE	Dozenten müssen in der Praxis präsenter sein. Sie haben die Aufgabe, auf das Thema – hier PP – aufmerksam zu machen, Kontrollinstanz, im Rahmen von Pflegevisiten. Mustereinrichtung arbeitet mit Pflegevisiten. Der Pflegeprozess ist eine Entwicklung. Man kann nicht anhand einer Handlung den ganzen Pflegeprozess – was? Man muss Abstriche machen, um das praktikabel zu machen.

		Pflegeprozess ist ja eine Entwicklung, und du kannst ja nicht anhand einer Handlung den kompletten Pflegeprozess..., man muss da schon, finde ich, Abstriche machen, um das praktikabel zu machen.	Verständnis PP	
107	K	Du kontrollierst ja nur eine Situation, eine Pflegehandlung und nicht den Pflegeprozess.	Verständnis PP Maßnahmen, die beitragen zur PPKE	Die Situation, die Handlung ist etwas anderes als der Pflegeprozess.
108	J	Das wäre meins, weiß ich nicht, sagt ihr anderen.		Frage ans Team
109	O	Ich habe ja bei <i>Mustereinrichtung</i> gearbeitet, bevor ich hier anfang und da wurde halt eben, es gab interne Pflegevisiten, einmal mitarbeiterbezogen, einmal klientenbezogene Pflegevisiten, da wurde das know how insofern überprüft, weil die ganze Dokumentation ist nach dem Pflegeprozess aufgebaut, dort konnte ich es, weil ich aus dem klinischen Bereich komme, richtig kennenlernen. Und das heißt. Ich hatte die Rahmenbedingungen, um entsprechend zu arbeiten und, blöd gesagt auch selber gar nicht nachdenken zu müssen, das war vorgegeben und so hat er sich dann verinnerlicht, das heißt, es wäre notwendig, dass die Praxiseinrichtungen entsprechend ihre Konzepte von Anfang an so aufbauen. Weil du (J.) <i>Mustereinrichtung</i> halt eben erwähnt hast.	Rückblick PPKE der Pflegelehrenden Maßnahmen, die noch nicht umgesetzt werden zur PPKE Rahmenbedingungen für PPKE	Erzählt von Pflegevisiten. In der Mustereinrichtung kann man Pflegeprozess lernen, denn die Doku ist nach dem PP aufgebaut, das ist eine günstige Rahmenbedingung.
110	J	Ich finde einfach, dass die, was das angeht, schon sehr viel machen. Deswegen nehme ich die nur als Beispiel.	Rahmenbedingungen für PPKE	
111	O	Da kommen die QM-Mitarbeiter regelmäßig in die 1:1 Versorgung und WGs, um eben diese Visite abzuhalten. Das wird auch wiederum dokumentiert, fließt ins QM ein, kann man bei den MDK-Prüfungen nachweisen. Da ist sehr gut strukturiert aufgebaut.		
112	J	Es gibt bestimmt Einrichtungen, die machen das bestimmt auch gut.	Gefühle	Nichtwissen, welche Einrichtungen auch so arbeiten, Hoffnung.
113	O	Ich habe einfach 5 Jahre da gearbeitet.	Rückblick	
114	J	(43:49) Es ist nur der einzige Kooperationspartner in unserem ganzen Ausbildungsverbund, der mir da so ins Auge sticht, der das gut macht. Von allen anderen habe ich jetzt nichts gehört	Gefühle	s.o.
115	K	Vor 12 Jahren als ich als Qualitätsprüfer gearbeitet habe, habe ich nichts anderes gemacht als den ganzen Tag Pflegevisiten. Das war zu diesem Zeitpunkt sehr zielführend.	Rückblick	Pflegevisiten waren sehr zielführend – wären es jetzt vermutlich auch.

116	J	Man könnte natürlich auch dann Fortbildungen im Zuge dessen auch anbieten, in der Richtung, dass man die auch wieder da drauf sensibilisiert, die QM-Sparte einlädt von den ganzen Einrichtungen, die bei uns Verbund sind. Das sind ja jetzt auch unsere Ansprechpartner, was das angeht und denen eine kurze interne Fortbildung zum Thema Pflegeprozess gibt. Sowas könnte man natürlich aufspannen, dass man sagt, wir versuchen das Konzept aus mehreren Perspektiven anzugehen, einen aus der Perspektive, wie kriegen wir den Praxis-Theorie-Transfer hin, wie kriegen wir aber auch die Einrichtungen hin, sie zu sensibilisieren, mehr als sensibilisieren können wir die nicht. Das ist das. Dass man denen die Wichtigkeit nochmal darlegt, dass man das Curriculum darlegt, das ist so die Ausbildung, das sind die Inhalte, vielleicht müssen sie...	Maßnahmen, die noch nicht eingesetzt werden zur PPKE Zusammenarbeit Schule und Betrieb zur PPKE Nichtwissen Praxis	Fortbildungen für QM-Sparte anbieten. Ein Konzept also auf mehreren Perspektiven angehen, um den Praxis-Theorie-Transfer hinzukriegen. Wunsch, die Einrichtungen zu sensibilisieren, Informationen über das Curriculum und was die Einrichtungen tun müssen.
117	O	Meine Frage: wird das in (<i>Kleinstadt</i>) gemacht, dass sie diese Praxisanleitertreffen haben?	Nichtwissen Pflegelehrende	
118	J	Wir haben, ja aber wie gesagt, das sind aber Praxisanleiter, die dort sind. Meine Idee wäre vielleicht, ok, es sind nicht die Praxisanleiter die falschen Ansprechpartner in der ersten Instanz. Macht es da nicht Sinn, etwas höher zu gehen und das auf der QM-Ebene zu kommunizieren? Und das dann runter zu brechen.	Zusammenarbeit Schule und Betrieb zur PPKE	PAs sind nicht die richtigen Ansprechpartner. Besser auf der QM-Ebene kommunizieren.
119	O	Wird das auch als Schulung genutzt, beispielsweise wenn man ein Unternehmen hat, dass das gut umsetzt, und ein anderes nicht. dass man da....	Verständnis PPKE	PA-Treff für Best practice als Schulung?
120	J	Als Schulung glaub ich nicht, das ist eher als Praxisanleiter-Treffen und als Austausch gedacht. Und ich glaube, dass X. das moderiert, und ich weiß einfach aus Erzählungen, das ist ein Zeitfresser, ressourcenbindend . Bestimmt zielführend, ja, weil man die Ansprechpartner vor Ort hat, man weiß, mit wem man spricht, weiß, für wen die dann zuständig sind, ob das dann wirklich so konzeptorientiertes Arbeiten ist, eher nicht.	Rahmenbedingungen für PPKE Einflussfaktoren für Veränderung Verständnis PPKE	PA-Treff ist Austausch. Ziel unklar, eher nicht konzeptorientiert.
121	K	Ich glaube, QM hilft uns auch nicht weiter, weil jedes Haus arbeitet für sich in der Pflegeprozessplanung, weil das wird bei denen abgeprüft und ich sage mal, jedes Haus hat da ja schon was entwickelt, was funktionieren muss, sonst würden sie gar nicht, sag ich mal, mit dem MDK zurechtkommen.	Rahmenbedingungen für PPKE	Jedes Haus arbeitet für sich in der PPPlanung. Jedes Haus hat was entwickelt, was funktioniert, weil sie mit dem MDK zurechtkommen müssen.
122	J	Aber ich meine es tatsächlich aus einer anderen Perspektive. Die haben den Pflegeprozess, ja, aber die vergessen die Auszubildenden. Das ist der Punkt eher. Dass man dann sagt, dass man die eher darauf sensibilisiert, ok ihr habt den Pflegeprozess. Es geht ja gar	Rahmenbedingungen für PPKE Maßnahmen, die noch nicht eingesetzt werden zur PPKE	Die Praxis vergisst die Auszubildenden. Den Pflegeprozess so anpassen ,dass die Azubis mit ins Boot genommen werden.

		nicht darum, den zu entwickeln, sondern so anzupassen, dass die Azubis mit ins Boot genommen werden. Ich habe es aus der Perspektive eher für mich definiert.	Verständnis PPKE Zusammenarbeit Schule und Betrieb zur PPKE	
123	K	Es gibt ja Ausbildungsbetriebe, die haben ja tatsächlich in die Beurteilungsbögen geschrieben, im ersten Ausbildungsjahr dürfen unsere Auszubildenden nicht an den PC, das gibt es.	Verständnis PPKE in der Praxis Rahmenbedingungen PPKE in der Praxis	Es gibt Einrichtungen, die Azubis verbieten, im ersten AD den PC zu nutzen.
124	J	Ja, gibt es.		
125	N	Ok.		
126	J	Aber da wären wir wieder bei dem Thema, dass die Leute einfach nicht mit dem Curriculum beschäftigen, dass sie sich nicht mit den Kompetenzen beschäftigen und sich auf dem wiederum ausruhen, was wir damals entwickelt haben mit den Lernaufgaben.	Nichtwissen Praxis Rahmenbedingungen PPKE in der Praxis	Die Praxis kennt nicht das Curriculum und nicht die Kompetenzen. Sie ruhen sich auf den Lernaufgaben aus, die sie nicht entwickelt haben.
127	K	Ich weiß, wie ich das noch entwickle, habe ich heute gemacht, ich stelle denen das praktische Rahmencurriculum vor, und lasse die darin mal ein bisschen wühlen, wozu die Ausbildungsbetriebe verpflichtet sind.	Maßnahmen, die aktuell eingesetzt werden zur PPKE	PPKE: Azubis den Rahmenausbildungsplan lesen lassen, damit sie ihre Pflichten kennen.
128	AB	Rahmenausbildungsplan		
129	K	Rahmenausbildungsplan aus der Praxis, den aus der Theorie, den kennen die ja, und den aus der Praxis, den zeige ich denen auch.		
130	J	Sowas könnte man gut integrieren in so eine interne Fortbildung mit den QMLern, oder Pflegedienstleitungen, die sind da ja auch für die Azubis zuständig, muss ja die QM nicht unbedingt sein. Aber irgendjemand, der für Ausbildung zuständig ist.	Maßnahmen, die noch nicht eingesetzt werden zur PPKE Nichtwissen Praxis	Fortbildung für QMLer und PDLer zum Rahmenausbildungsplan.
131	AB	(48:10) Gibt es etwas, was Ihr gerne da ergänzen möchtet? Dann würde ich gern diese Phase schließen. Und würde gern noch eine kurze Runde machen, wie es Euch mit der Diskussionsrunde und mit? Gegangen ist. Was nehmt Ihr mit, was ist Euch wichtig? Was hat Bedeutung bekommen?		
132	K	Refresher-Kurse (für die Praxisanleitenden) brauchen mehr Informationen zum Pflegeprozess.	Maßnahmen, die noch nicht eingesetzt werden zur PPKE	Refresher-Kurse nutzen: mehr Informationen zum Pflegeprozess

133	J	Wäre eine Möglichkeit. Das stimmt.		
134	K	Habe ich das letzte Mal 2021 angeboten, dass wir da nochmal überlegen, wie wir das noch weiter...	Rückblick	
135	J	Also Praxisanleiter find ich wichtig. Aber ich bleibe bei meiner Meinung, ich bin mir ziemlich sicher, wenn wir die Instanz höher schrauben und die Leute mehr aus der Leitungsebene mit ins Boot holen, verspreche ich mir auch nicht das Grüne.., aber die Chancen stehen..., aber ich stelle mir vor, der Praxisanleiter ist eine kleine Person in dieser Einrichtung. Die will ganz viel verändern. Das glaube ich auch. Und die nimmt auch ganz viel hier mit. Und prallt aber komplett auf die ganzen Rahmenbedingungen, die in der Einrichtung herrschen. Das ist so. Eine der Rahmenbedingungen ist natürlich der Personalmangel, ja aber auch mit ganz anderen Faktoren haben die auch vor Ort zu tun. Ich glaube, dass man mehrere Schienen fahren müsste. Das wäre das, was ich jetzt mitnehmen würde. Auf mehreren Schienen versuchen, eine Verbesserung zu erzeugen, eine Sensibilisierung.	Rahmenbedingungen für PPKE Zusammenarbeit Schule und Betrieb zur PPKE Einflussfaktoren für Veränderung	Leute aus der Leitungsebene ins Boot holen.
136	K	Mit den PDLern wäre ich sehr bei dir.	Zusammenarbeit Schule und Betrieb zur PPKE	
137	J	Na höhere Instanzen, dass man die reinholt. Das ist so das Gefühl, dass ich immer durch die Schulleitungsaufgabe habe, dass die machen sich das Leben sehr sehr einfach. Die schieben das auf die Praxisanleiter, und wenn man mit jemandem sprechen möchte, ja, „sprechen Sie mit der Praxisanleitung, die kann ihnen was dazu sagen“. Die arme Person, die es auch ist, die sich wirklich bemüht, hat aber wirklich große Schwierigkeiten, gegen diese unsichtbaren Grenzen anzukämpfen, und da wäre jetzt, wenn du mich so fragen würdest, was nimmst du mit, auf mehreren Schienen versuchen, Veränderung zu erreichen, das wäre so meine Antwort, so jetzt höre ich auf zu reden.	Zusammenarbeit Schule und Betrieb zur PPKE Rahmenbedingungen zur Entwicklung PPKE Einflussfaktoren für Veränderung	Die höheren Instanzen machen sich das Leben einfach. Sie wälzen die Ausbildungsaufgabe auf die PAs ab und kümmern sich nicht mehr darum. Höhere Instanzen sind auch für die Ausbildung zuständig. Auf mehreren Schienen versuchen, Veränderungen zu erreichen
138	O	Ich müsste da erstmal bei mir selbst anfangen, ich bin da ganz offen. Ich müsste selbst erstmal meine Pflegeprozesskompetenz ausbauen, um diese dann weiter vermitteln zu können, das heißt, ich fange bei mir selbst an. Das heißt, diese also in den einzelnen CEs zu verankern, mittels Fallarbeit, wie ich das jetzt auch schon begonnen habe. Deswegen kann ich mich sonst nur anschließen. Und in den Unternehmen selbst, wenn man jetzt <i>Mustereinrichtung</i> als Beispiel nimmt, dann muss es halt eben irgendwo, es muss insofern verankert sein, dass die Praxisanleiter schon irgendetwas an der Hand haben.	PPKE der Pflegelehrenden Maßnahmen, die beitragen zur PPKE Maßnahmen, die aktuell eingesetzt werden zur PPKE Maßnahmen, die noch nicht umgesetzt werden zur PPKE	Bei mir selbst anfangen, PPK zu entwickeln

139	L	<p>Finde ich auch, erstmal bei sich selbst anfangen, gerade, wenn man erst ganz frisch dabei ist, dann ist es erstmal ganz wichtig, im Job das dauert ein bisschen bis man da Handlungskompetenz hat, das sehe ich hier nicht anders. Das ist ein wichtiger Punkt, und dann halt wirklich alle miteinbeziehen, also Praxisanleitung, PDL, Schüler, dass man guckt, dass man wirklich alle miteinbezieht, das ist wichtig, ja.</p>	<p>PPKE der Pflegelehrenden</p> <p>Zusammenarbeit mit der Praxis zur PPKE</p>	<p>Bei mir selbst anfangen, PPK zu entwickeln</p>
140	M	<p>Ich sehe das genauso, tatsächlich. Ich kann mich dem nur anschließen, wirklich, ich sehe das genauso und ich finde halt auch, was K. eben gesagt hat, mit dem Ausbildungsrahmenplan, das einfach mal den Schülern zu präsentieren und zu sagen, so sieht das eigentlich aus, so sollte das auch eigentlich laufen. Das finde ich alleine schon, man fängt sozusagen beim kleinen an. Aber sich dann wirklich bis zu PDL-Ebene hochzuarbeiten, die Praxisanleiter, die versuchen, wie sie das schon eben gesagt haben, die Welt zu retten, versuchen auch alles zu tun und sind motiviert, aber das Gefühl ist, dass die vor verschlossene Türen meist laufen in dem Fall. Deswegen also ja. (53:02)</p>	<p>Maßnahmen, die aktuell eingesetzt werden zur PPKE</p> <p>Maßnahmen, die beitragen zur PPKE</p> <p>Zusammenarbeit Schule und Betrieb zur PPKE</p> <p>Einflussfaktoren für Veränderung</p> <p>Gefühle</p>	<p>Verschlossene Türen bei den PDLs</p>

7. Sortierung der Beiträge nach Subkategorien summativ Gruppe 1 und 2

7.1 Was verstehen Sie unter Pflegeprozesskompetenz?

Hauptkategorie Verständnis PPK

Verständnis PP

23 A: Und ein Aspekt des Pflegeprozesses, den ich nochmal rausheben wollte, ist für mich ganz wichtig, weil es trotz aller Dokumentation immer wieder untergeht: So wird Pflege evaluierbar.

24 H: dass man Probleme erkennt und Lösungen dafür findet, und dass man was Gemeinsames hat, und sich darüber austauschen kann.

25 B: Und habe gedacht, es hat zu tun mit ganzheitlichem Arbeiten und Denken und dann schon sehr konkret im begründeten Handeln und ganz beispielhaft Anwendung von Theorien und Modellen zur Analyse,

26 I: Ganzheitlichkeit umsetzen, ist für mich das Umgreifende, die evidenzbasierte Planung und dynamische Anpassungsfähigkeit, macht Pflege evaluierbar.

27 D: was ich unter dem Pflegeprozess verstehe. Das ist die geplante Pflege, und dann eben sozusagen der Prozess hat einen Ablauf der Pflgetätigkeiten, und dann, dass es um Evaluation geht, Überprüfung der geplanten Pflege.

II 3 J: Ich muss gestehen, ich komme aus der Intensivpflege, da war Pflegeprozess ein Fremdbegriff

II 7 J: Aber Pflegeprozess, das ist aber auch so ein abstrakter Begriff

II 15 K: Planen und Steuern einer strukturierten Pflege. (...), individuell, aktuell, das heißt auch evaluiert, zielgerichtet, in verschiedensten Settings und unter Berücksichtigung von aktuellem Fachwissen.

II 19 J: Ich habe auch erstmal sehr sehr klein gedacht und dann die 6 Schritte aufgeschrieben, die aber auch überall wieder zu finden sind (15:58), also Evaluation, Probleme, Ressourcen, et cetera pp. Was dann für mich, das sind auch schon genannte Themen, ich habe QM tatsächlich noch mit reingeschrieben, weil ich finde der Pflegeprozess an sich ist auch ein gutes QM-Instrument, was man nutzen kann, was sich auch immer im QM widerspiegeln muss. Deswegen, also H I steht für hausinterne Standards, Leitlinien, dann Assessments, und was für mich immer sehr wichtig und sehr interessant ist, ist die kollegiale Beratung, die darunterfällt. Weil Pflegeprozess, das ist ein Prozess, der sich entwickelt, das bildet sich vom Begriff her auch ab, von daher ist die kollegiale Beratung für mich so ein Rahmenpunkt, der noch dazugehört.

II 24 N: Es ist ein Instrument um abzubilden, ob wir gute Pflege machen oder schlechte Pflege machen.

II 88 K: Weil ich den Pflegeprozess mir angucke. Ich gucke ja nicht auf die Pflegesituation, ich gucke ja, wie ist der gekommen, was hat der für Ziele und wie ist die Maßnahme und stimmt das dann überein mit dem was ich im Bett sehen? Da muss ich ja hin.

II 89 J: Im Examen prüfen wir so einen Pflegeprozess ja eigentlich ab in einer vielleicht etwas abgeschwächteren Form. Da ist der Pflegeprozess definitiv drin.

II 106 J: und du kannst ja nicht anhand einer Handlung den kompletten Pflegeprozess..., man muss da schon, finde ich, Abstriche machen, um das praktikabel zu machen.

II 107 K: nur eine Situation, eine Pflegehandlung und nicht den Pflegeprozess

Berufsverständnis

14 D: Da gibt es Pflegepläne, fertige, in Miona (Programm), da müssen die was ankreuzen, aber das wird nicht richtig geplant. Die schreiben eher ihre durchgeführten Tätigkeiten.

15 C: Der Pflegeprozess an sich findet im Kopf statt. Er wird nicht dokumentiert im klassischen Sinne. Jede Pflegekraft für sich kommt zum Dienst, erhebt die Informationen, die er braucht, plant die Pflege in seinem Kopf.(....) Das und das ist das Ziel, und das ist die Durchführung. Das muss ich machen, damit ich zur Durchführung, bis am Ende meiner Schicht.(....) aber jede Pflegekraft, *jede*, macht eine Pflegeplanung kognitiv im Kopf, ohne dass andere das mitbekommen, genau das

21 G: Professionelle Pflege heißt, das beinhaltet ja, dass ich weiß, was der Pflegeprozess ist

23 A: Der Pflegeprozess ist die Grundlage pflegerischen Handelns oder Tuns, von einer anderen Perspektive aus, das ist für mich aber auch ganz wichtig, Ausdruck der Professionalisierung des Pflegeberufs, die Pflegeprozesskompetenz beschreibt letzten Endes die Profession. Und der Pflegeprozess an sich ist deshalb ja nicht zuletzt eine vorbehaltene Tätigkeit für die Pflegenden.

24 H: So als erstes hab ich jetzt Professionalisierung, also fachliche Versierung, also sprich, also was die Pflege betrifft auf der anderen Seite auch, was den Umgang mit dem Pflegeprozess betrifft, dass man in Austausch gehen kann, Fachsprache verwendet, damit man mit dem Team,

45 E: Ich mach was Praktisches und das hat Erfolg und das assoziieren sie mit einer medizinischen Tätigkeit. Ich kann hier eine Wunde versorgen und wende solche Dinge an. Und assoziieren das vielleicht weniger mit Pflegeprozess, obwohl sie den eigentlich tun, das ist glaube ich das Dilemma. Quasi. Im Kopf schon, aber in der Praxis bringen sie den Pflegeprozess da nicht mit Wundversorgung, das ist natürlich mehrschritrig und so weiter

63 B Krankenhaus ist es anders. In der ambulanten Pflege sind die Rückmeldungen anders und in stationären Langzeiteinrichtungen sind die Rückmeldungen auch anders

64 G: Es wird ja in keinster Weise gelebt.

74 D: Wir haben im Krankenhaus eine andere Klientel, und wenn man auf Normalstation guckt, die haben oft ganz wenig Pflegeanlässe, weil die eigentlich sehr viel selbstständig durchführen.(....) Ja da war Anleiten / Beraten hat man dann gemacht, das ist eben auch kurz, wenig Pflege (...)Und ich frag die Pflege, was macht ihr überhaupt noch in der Pflege? Weil angeblich gibt es ja keine Pfl egetätigkeiten mehr (*ist auch grün*), richtig. Das sieht man nur auf speziellen Stationen manchmal, dass es ist. Wie auf Intensiv, aber da ist eine ganz andere Arbeit.

79 B: Wir haben in der Kinderkrankenpflege darüber diskutiert, wo die Eltern wirklich den hohen Anteil Pflege machen. Was ist denn da noch pflegerische Aufgabe. Gerade so spezielle Bereiche wie Onkologie, da machen die Eltern halt alles. Aber wir haben die Verantwortung zu gucken, machen es die Eltern auch richtig, machen sie es konsequent. Also nur weil mir jemand sagt, ich habe die Mundinspektion durchgeführt, heißt das ja nicht, dass sie sie gemacht hat. Und dass man darauf sich rückversichert,

die Kompetenzen der Eltern zum Beispiel, ein Gespräch führen mit den Eltern, das als Pflegetätigkeit empfindet.

173 F: „Vielleicht hat der morgen OP“, na dann ist doch gut. Dann muss sie den Transport organisieren, dann muss sie sehen, dass die Akte fertig ist, das reicht mir doch, Hauptsache 4 Stunden irgendwie einen Patienten versorgen

II 10 K: Gerade die älteren Semester tun sich unglaublich schwer mit prozessorientierter Pflege. Das einzige, was die sehen, da kommt sofort „ach Sie meinen SIS“.

II 33 J: machen die ganz unbewusst die ersten zwei drei Schritte eigentlich. Sie fangen nur erst drüber an zu reden, wenn sie schon bei der Maßnahmenplanung sind

Dimensionen von PPK

20 F: Wissen über den Pflegeprozess. Pflegeprozess an sich spiegelt für mich, dass es professionelle Pflegehandlungen sind, Unterscheidung Laienpflege, professionelle Pflege und analog zu dem Wissen habe ich Anwendung des Pflegeprozesses ein bisschen mit Fragezeichen gemacht, weil Kompetenzen nicht unbedingt sichtbar sind.

21 G: dass ich weiß, was der Pflegeprozess ist, dass man auch in der Lage ist. Was gehört dazu, ich muss kommunizieren können, ja erkennen können und das dann auch umsetzen.

22 E: den Pflegeprozess zu kennen, das Wissen über den Pflegeprozess zu haben, dann finde ich ganz wichtig, dazu gehört für mich, sonst kann ich es nachher hinten raus nicht anwenden, zu sagen, ich brauche die Methoden, ich habe sogar vielleicht eine Methodenvielfalt, die ich sozusagen für die einzelnen Prozessschritte anwenden kann, und eventuell wechseln kann, je nach Setting, wo ich mich befinde, in welchem Pflegekontext. Dann habe ich gedacht, das was C. schon gesagt hat, dazu gehört sozusagen, es in die Praxis zu überführen und praktisch auch sozusagen, in der Praxis anzuwenden und zu dokumentieren, nicht nur im Kopf.

28 C: Ich habe auch einmal die vorbehaltenen Tätigkeiten zu kennen und deren Bedeutung (...) Als zweites habe ich hingeschrieben als Kompetenz, den Pflegeprozess anzuwenden in allen 6 Schritten, damit man auch quasi die Anwendung aber in der Ganzheitlichkeit

124 H: Es wurde auch mit Pflegeplanung leichter, weil man tatsächlich gelernt hatte, Dinge besser zu beschreiben, konkreter zu beschreiben.

158 E: Welche mannigfaltigen Aspekte dahinterstehen, um die 6 Schritte von Fiechter und Meier sozusagen, das ist würde ich sagen, das eindrucksvoll ist durch die verschiedenen Beiträge und Aspekte und andere Sichtweisen, Erlebnisse usw.

II 16 N: bei vielen ist ja schon, da haperts ja schon bei dem Begriff Pflegediagnose, was ist das überhaupt und wie erstelle ich die. Man muss den Aufbau verstehen eines Pflegeprozesses, und natürlich die Struktur von diesem Ganzen und das Arbeiten mit Hilfsmitteln, die mir das Ganze erleichtern, zum Beispiel mit dem ENP-Katalog.

II 17 O: Ich habe jetzt ganz banal zuerst den Pflegeprozess kennen also benennen, im Anschluss erläutern können, also überhaupt zu wissen, worum es geht, die Anwendung in der pflegerischen Praxis.(...). Und ein strukturiertes Assessment.

II 18 L. Ich hänge es jetzt nicht einzeln, die 6 Schritte des Pflegeprozesses. Das muss einfach bekannt sein. Man muss wissen, was ist damit gemeint, Voraussetzung, dann unter Berücksichtigung von Assessments und Leitlinien. Genau.

Kompetenzverständnis

20 F: Ich habe mich tatsächlich an dem Wort Kompetenz festgehalten und mit Wissen über Pflegeprozess erstmal angefangen, weil das wissen wir ja alle, denn Kompetenzen sind erstmal so nicht sichtbar, sondern spielen sich im Kopf ab.

92 B: Ja wie gesagt, Kompetenz kann ich ja nur überprüfen, wenn ich, in der Umsetzung, in der Performanz.

173 F: Ich möchte nicht sehen, dass sie einen Verbandswechsel machen kann, dass sie waschen kann, sondern ich möchte, dass sie Patienten 4 Stunden lang von vorne bis hinten versorgt, alles, was in den 4 Stunden ansteht, Vielleicht hat der morgen OP“, na dann ist doch gut. Dann muss sie den Transport organisieren, dann muss sie sehen, dass die Akte fertig ist, das reicht mir doch, Hauptsache 4 Stunden irgendwie einen Patienten versorgen

7.2 Wie wird Pflegeprozesskompetenz entwickelt ? Wie entwickeln Sie das jetzt?

Hauptkategorie Aufgabenaspekte Pflegelehrende zur Entwicklung von PPKE

Verständnis PPKE

33 I: Und ich dachte so, wie entwickelt sich irgendetwas häufig ja mit Erfolg. Also Prozesse, Firmen, Dinge, Produkte, Evolution funktioniert mit Erfolg. Was erfolgreich ist, setzt sich durch. Deswegen gehört für die Entwicklung für mich Erfolg dazu. Und vorbehaltene Tätigkeit ist ein Beispiel für Erfolg in dieser Entwicklung.

37 A: Es ist durchaus möglich, dass sie tatsächlich die Pflegeplanung mehr in der Schule verorten als in der Praxis.

40 I: Das reizlose Abheilen einer OP-Wunde zum Beispiel (...), das ist ja durchaus im Kontext Pflegeprozess ein kleinschrittiger Erfolg. Das mag ich da durchaus mitverstanden wissen, weil auch dieses Erfolgserlebnis ja zum Kompetenzerwerb und zur Kompetenzentwicklung weiter beiträgt, und ich sehe, dass das, was ich tue, funktioniert, und Erfolg hat.

47 E: Die verorten das in der Schule.

48 B. Deswegen ist wahrscheinlich auch theoretisch eher verortet.

49 F: ,... dass es eher in der Theorie angesiedelt wird.

84 G: nicht nur die Vermittlung ist wichtig, an erster Stelle muss das Interesse bestehen, sowohl für die Auszubildenden aber auch für die Pflegenden

81 G: Ich bin ja immer noch der Meinung, dass man auch so in einem selbst die Veranlagung dazu haben muss. Ja, man kann viel vermitteln, aber

86 E: Ich muss zuerst Wissen haben. Die Frage, wie vermittele ich das Wissen, und dann nachher, damit es in der Praxis auch ankommt, ist natürlich auch die Frage, wie bringe ich es in die Praxis und wie wird es dann am Lernort Praxis umgesetzt.

127 B: Ja, wir versuchen zu vermitteln, aber können wir es tatsächlich überprüfen? Ob wir Kompetenz entwickeln, dass sie, das würde sich mir als Frage stellen.

161 H: (..) es kommt wahrscheinlich auf den Zeitpunkt an

II 2 K: (Bepunktung bei 6) Ich glaube, dass das Team durch die Entwicklung des Curriculums damals 2019/2020 gemeinsam schon eine Idee davon hat, was Pflegeprozessorientierung oder Pflegeprozesskompetenz bedeutet. Zumindest eine Idee davon

II 46 J: Eigentlich gibt das Curriculum die Zeit eigentlich vor

II 47 K: 1000 Stunden.

II 48 J: Die Frage ist nur, wo verstecken sich die 1000 Stunden? Und wie ordnen wir die zu?

II 49 K: In heimlichem Fächerdenken?

II 50 J: Die Frage ist, wo sind diese 1000 Stunden? In welchen CEs haben wir die verbröselst?

II 51 K: haben wir das schon gemacht – das Auge, die Niere?

II 54 K: Irgendwo im Hintergrund denken wir nicht prozesshaft, wir denken in Fächern.

II 100 J: Ich finde, ja klar, es gibt eine Theorie- und es gibt eine Praxisrealität. Definitiv

Beobachtung PPK

8 B: (Bepunktung von 5 bis 7) Für mich ist das die Kompetenz der Auszubildenden, die Perspektive der Auszubildenden.

10 D: Die Theorie hat sich besser darauf (auf die PPKE) vorbereitet als die Praxis (*Einschätzung 2 bis 3*)

12 C: Der Azubi in dem unteren Bereich meint, am Anfang der Ausbildung, denn das ist ja ein Lernprozess, die Pflegeprozesskompetenz

36 D: Ich habe jetzt bei den Praxisbegleitungen Sieben, was mich jetzt erstaunt, dass sie die Pflegeplanung teilweise sehr schlecht geschrieben haben, sehr oberflächlich. Da war ich ein bisschen erstaunt, weil ich dachte, der Kurs kann das eigentlich gut. Die sind geübt, aber in der praktischen Anwendung auf Station hatten die jetzt Probleme.

92 B: Das heißt, ich kann denen alles Mögliche an die Hand geben, aber wenn ich erst im Examen feststelle, dass sie damit allem nichts anfangen konnten, dann ist es schlecht.

128 A: Ansonsten ist die Pflegeprozesskompetenz eine der Kompetenzen, die am einfachsten zu überprüfen ist, weil die ja tatsächlich in der Performanz passiert. Da müssen wir nicht vermuten, was dahintersteckt

130 A: In manchen Situationen ja, genau. Alles andere bleibt so ein bisschen im Verborgenen. Das sieht man ja, ob da jetzt vernünftig gepflegt wird und der Prozess eingehalten wird. Insofern macht uns das Thema einfach aber.

173 F: Ich habe gesagt, ich möchte doch gar nicht sehen, dass sie zwei Patienten waschen kann, ich möchte sehen, dass sie das plant, dass sie alles, was in den 4 Stunden ansteht, irgendwie durchführt, und die Patienten glücklich versorgt sind nach den vier Stunden

176 A: Denn der erste Kurs ist ja durch jetzt, und die praktischen Examina, die ich da gesehen habe, die waren ganz hervorragend. Und die Auszubildenden, die Examen gemacht haben, hatten auf jeden Fall Pflegeprozesskompetenz und haben die da gezeigt.

II 3 J: Ich finde aber, dass sich das (*PPK*) nicht direkt von Anfang an entwickelt hat, sondern erst mit der Zeit. Am Anfang hat man so viel noch mit dem Curriculum, was nochmal, wie, welche CE, was sind die Inhalte. Das (*PPK*) ist ja so ein bisschen in den ersten Kursen untergegangen

II 7 J: zwischen 3 und 2, der steht für die Schüler

II 8 K: Ich sehe die Auszubildenden - also von der Prozessorientierung sind die da. Was die nicht können, ist die Prozessplanung mit ihren Regeln. Aber das sind zwei

verschiedene Paar Schuhe. Und in Prozessen denken sie wohl. Ihnen ist immer klar, dass sie ein Ziel brauchen, dass sie nicht ziellos pflegen, das funktioniert. Die Regelmäßigkeit, da bin ich bei Dir (zu J). Da sind die also schlechter.

Il 9 J: Ich finde, es kommt auch immer darauf an, in welchem Lehrjahr die gerade unterwegs sind. Im ersten Lehrjahr würde ich es noch weiter unten ansehen, weil sie auch einfach die Komplexität noch gar nicht sehen. Sind sie aber im dritten Lehrjahr würde ich ganz mit K. gehen und tatsächlich das Kreuz noch weiter höher setzen, weil sie auch da anfangen, die Verknüpfung herzustellen und dann macht es auf einmal Sinn, der Aha-Effekt und da findet sich der Pflegeprozess dann wieder.

Il 13 L: Ja ich habe auch das Kreuzchen bei der 3, das ist in Bezug auf die Schüler. Ich durfte jetzt noch nicht so viel unterrichten aber das, was ich mitbekommen habe, theoretisch klappt das ganz gut

Il 32 K: ... dass in der Praxis zuerst die Maßnahme erdacht wird und dann das Ziel. Deswegen ist das Kreuzchen auch bei den Praxisanleitern auch ganz tief.

Il 89 J: Ich gucke ja nicht auf die Pflegesituation, ich gucke ja, wie ist der gekommen, was hat der für Ziele und wie ist die Maßnahme und stimmt das dann überein mit dem was ich im Bett sehen? Da muss ich ja hin.

Erleben der Auszubildenden zum Thema PP

91 H: Um etwas umzusetzen, müssten sie (*die Auszubildenden*) ja erstmal ein Motiv haben.

135 F: Ja sie wissen, dass sie es für das Examen brauchen.

136 B: Sie wollen das wieder nur fürs Examen haben.

161 H: Also, Du hast jetzt erlebt, dass die Schüler fragen, es wird nicht so oft gemacht. Ich habe erlebt nach dem Motto „oh ne, nicht schon wieder“.

Il 7 J: Dadurch, dass wir am Anfang noch so ein bisschen hinterhergehangen haben mit dem Pflegeprozess ist der Gedanke vom Pflegeprozess noch nicht ganz greifbar für die Schüler vor allem von den ersten Generalistik-Kursen. Es wird besser. Aber Pflegeprozess, das ist aber auch so ein abstrakter Begriff, der ist so theoretisch und das ist ja immer so das Themenfeld, wo sich die Schüler am schwierigsten mittun. Daher finde ich, sind unsere Schüler im unteren Bereich.

Il 11 N: Auf der einen Seite verstehen die das hier. Die haben das auch. Die denken auch im Prozess, aber es wird in der Praxis überhaupt nicht gelebt. Null, Null Komma Null. Und die sind dann immer irgendwie so in diesem Wirrwarr von. Die kriegen das hier gelehrt und gelernt und verstehen das auch aber es spiegelt sich in der Praxis überhaupt nicht wieder und da knallen die irgendwie immer aufeinander. Und weil da der Prozess nicht weitergetragen wird, hängen die irgendwo im nirgendwo.

Il 30 K: für die ist das was ganz Unterschiedliches, was auf Stationen passiert, und was in der Schule passiert. Und die Verknüpfung dieser beiden Bereiche,(...), dass sich das besser zusammenfügt. Das passiert häufig erst Ende zweiten Lehrjahrs, wenn überhaupt.

Il 32 K: , dass in der Praxis zuerst die Maßnahme erdacht wird und dann das Ziel und gerade am Anfang schreiben die das verkehrt rum wieder auf, weil die das aus der Praxis, wenn überhaupt, so erleben

Il 64 K: Und nicht jeder kommt jetzt mit unserem Tempo klar.

Maßnahmen, die zur PPKE aktuell umgesetzt werden

35 C: Ich finde auch das Spiralförmige ganz wichtig und dass wir mittlerweile von Tag 1 an, musste ich in meinem Kurs quasi mit der Pflegeplanung beginnen, vielleicht der zweite Tag.

48 B: Die Instrumente und Methoden vermitteln, ist, zu können und durchzuführen. Aber wir bleiben da wirklich in der theoretischen Ebene hängen.

49 F: Und dadurch, dass wir bei den Praxisbegleitungen, die wir machen, auch wir als Lehrende mit denen da halt nur eine Info-Sammlung besprechen, Pflegeplanung besprechen und das mit den Praxisanleitern auf Station.

58 C: Ich probiere immer wieder Beispiele, das mit denen im Unterricht zu besprechen, wo die das wiederfinden, damit sie sich ein Bild machen können wo das tatsächlich in der Praxis auch verortet ist.

61 B: Aber Vermittlung von Instrumenten und Methoden, und so das ist ja so unser Vorgehen - wie entwickeln wir das, oder? Zumindest, wie wollen wir es entwickeln.

74 D: (...) die haben oft ganz wenig Pflegeanlässe (...) Ich habe ja jetzt beim Examen Probleme gehabt, Patienten zu finden, die in die mittlere Pflegekategorie reinkommen sollten.

90 B Ich hatte halt gedacht an Analyse-Instrumente, Assessments, Pflegediagnosen, all das kriegen sie an die Hand, um diesen Pflegeprozess durchzuführen.

93 D: Wir haben doch die Praxisbegleitung, 95 B 3 und 4, 96 D Das sind doch dann auch, wo wir die Pflegeplanung, erstmal Infosammlung, und dann Pflegeplanung. 104 B Genau, so dass wir jetzt die beiden, die sich mit Pflegeplanung beschäftigen, aufeinander aufbauen, im Abstand von einem halben Jahr.

125 C: In den verschiedenen CEs einfach in der Theorie, letztendlich an den Fallbeispielen. Also da ist ja das, wo wir an Tag eins anfangen und immer wieder curricular in jeder verschiedenen Fallsituation.

126 A: Ganz genau, das meinte ich ja, im theoretischen Unterricht, das Situationsprinzip einfach.

127 B: Ja, wir versuchen zu vermitteln

159 B: Ist ein großes Angebot, oder? Trotzdem ist es noch nicht..

160 A: Wir machen schon ziemlich viel, und dass es immer noch nicht reicht...

II 26 A: Zunächst mal durch Theorievermittlung, damit fängts an, und dann mithilfe von Fallbeispielen wird geübt.

II29 J: Da wären wir beim spiralförmigen Curriculum.

II 100 J: Aber, das, was wir in der Theorie vermitteln, ist ja trotzdem praxistauglich.

II 127 K: Ich weiß, wie ich das noch entwickle, habe ich heute gemacht, ich stelle denen das praktische Rahmencurriculum vor, und lasse die darin mal ein bisschen wühlen, wozu die Ausbildungsbetriebe verpflichtet sind.

Maßnahmen, die zur PPKE beitragen

30 E: Insofern ist das, was bedeutet, wie wird Pflegekompetenz entwickelt, also unabhängig, was sind einzelne Schritte des Pflegeprozesses. Erstmal das Verständnis vermitteln, dass eben, dass das eine Kernaufgabe ist, deswegen habe ich eben das auch aufgegriffen, (...) dass du dafür rechtlich verantwortlich bist, und dieses Bewusstsein zu schärfen. Diese Rechtsstellung, die jetzt auch dahintersteht und dass man eben von sich aus auch handelt und in seinem Tätigkeitsfeld dafür auch eben geradestehen

muss, das zu vermitteln, das halte ich für einen ganz wichtigen am Anfang stehenden Schritt.

34 A: Ich würde jetzt so ganz einfach sagen, durch theoretischen und praktischen Unterricht bahne ich Pflegeprozesskompetenz an und gerade zu dem Thema ist es wichtig, dass theoretischer und praktischer Unterricht möglichst Hand in Hand gehen und deshalb auch dass möglichst ein spiralförmiges Curriculum dazu benutzt wird (.....)wie uns in der Katho das beigebracht wurde, die Bahn kommt immer wieder vorbei sozusagen, dieses Spiralförmige. Das finde ich so schön, und auch das selber jetzt bei den Auszubildenden anzuwenden, das zu begleiten, das zu evaluieren, wie gut sie es dann am Ende machen.

36 D: da hatten die Probleme (*mit der Pflegeplanung*). Da muss man den Ansatz finden, warum ist das so.

54 B: Also wir müssen da nochmal kommunizieren, das ist jetzt was anderes, dass sie (PAs) das auch als Anleitungszeit verbuchen können.

61 B: Aber Vermittlung von Instrumenten und Methoden, und so das ist ja so unser Vorgehen - wie entwickeln wir das, oder? Zumindest, wie wollen wir es entwickeln.

112 E: Aber wie können wir verbessern, wie können wir das entwickeln, das steht ja darüber in dem gelben Bubble, da finde ich.

128 A: Die Anforderung, dass wir mehr tatsächlich in die Praxis gehen müssen mit diesem Fokus. Ich glaube, das bildet sich gerade sehr ab, dass wir das tun müssten.

131 D: Ich würde auch sagen, dass wir hier in der Schule mehr machen müssten, weil da haben sich schon Schüler beschwert, dass das gar nicht so oft durchgeführt wird, der Pflegeprozess. Wirklich praktische Übungen, genau.

132 F: Dass man es mehr in den Unterricht einbaut.

138 F das ja genau so ein Punkt, wo man Verknüpfung schaffen könnte (...) Das wäre ja eine Möglichkeit, um so eine Verzahnung zu bekommen, dass man sieht, ok, wir machen das nicht nur in der Schule und nicht nur mit unseren Lehrern von der Schule.

157 F: dass wir das wirklich an allen möglichen Stellen probieren, (*PPKE*) irgendwie umzusetzen, die Schule einzubinden durch die Praxisanleitung, durch Übungen, durch Unterricht, durch Instrumente.

II 5 N: Es (*PP*) ist halt sehr sehr oft zur Sprache gekommen, dass halt eben in den verschiedenen CEs halt eben immer wieder darauf geguckt wird, dass wir den Pflegeprozess integrieren in unsere Arbeit, anhand von Fallbeispielen, usw. und so fort.

II 27 J: Bei Fallbeispielen wäre tatsächlich für mich jetzt interessant und wichtig, dass das komplex gestaltet ist. Jetzt also nicht auf ein Themenfeld bezogen, sondern eine komplexe Darstellung der Fälle mit unterschiedlichen CEs oder Themenfeldern.

II 28 O: Vielleicht noch so als Zusatz: Häufige Wiederholungen, dass es auch immer wieder angewendet wird, dass es nicht in der einen CE, und die anderen machen es gar nicht, sondern dass es häufige Anwendung findet

II 31 J: Pflegeprozess, da sind wir als Team noch nicht so weit, der Skillslab-Raum, das ist auch ein Instrument, um den Pflegeprozess nochmal zu überprüfen, zu vermitteln, weil man da durch die Überwachung einfach von extern noch viel mehr beobachten kann, viel mehr jemandem mitteilen kann. Ich weiß nicht, ob das wirklich funktioniert (*PPKE im Skillslab*), weil wir das wirklich selbst noch gar nicht so weit haben. Deswegen bin ich vorsichtig damit.

Il 33 J: wie entwickeln Sie das jetzt, (...) und zwar, wenn man das jetzt teamintern (...) so interne, ja Fortbildung, kann man schon so nennen, so interne Lernzirkel, wäre das richtig Wort

Il 42 J: Da stelle ich mir eher die Frage, was brauchen wir hier, um die Pflegeprozesskompetenz zu entwickeln. Und da gehört für mich wie für alles andere, was man entwickelt, ein Konzept her, das heißt, es muss erstmal ein Konzept auf die Beine gestellt werden.

Il 45 K: Übungssequenzen brauchen die ja.

Il J 71: Da haben wir ja unsere Zwischenlösung, den Skillslab-Raum, da bin ich wieder bei meinem ersten Gedanken, den wir ja nutzen müssen. Wir haben keinen Einfluss auf die Praxis, wir können ja nur versuchen diesen Transfer in irgendeiner Form mit ein paar Hürden zu überbrücken. Das ist der Skillslab-Raum für mich.

Il 81 J: Was meins ja tatsächlich so ist, was ich in der Zukunft anstrebe, wirklich Zukunft, also nicht dieses Jahr, definitiv nicht, auch nächstes Jahr nicht. Aber ich bin wirklich auch bei dem Punkt, dass wir viel mehr in die Praxis müssen. Wir müssen in die Praxis fahren. Und zwar so richtig Pflegevisiten machen, so. Weil da kann man wirklich den Pflegeprozess am Bett oder am Patienten oder was auch immer, was gerade als Pflegevisite Stand ist, ja korrigieren...

Il 83 J: mit unterstützen zumindest Hinweise darauf geben, sagen ok, wir machen das jetzt nach dem hausinternen Standard, oder wie sieht das QM aus, dass man da immer so einschneidende Bemerkungen, Hinweise geben kann, die dann irgendwann fruchten, dass das dann wird. Und das passiert dann tatsächlich nur, wenn wir als Dozenten präserter werden in der Praxis,

Il 106 J: sehe ich die einzige Möglichkeit, um das präserter zu machen, in der Praxis, um zu sagen, hört mal Leute, das ist ein wichtiges Thema, das könnt ihr nicht einfach außen vorlassen, ist die Kontrollinstanz, so wie es O. genannt hat, der Pflegeschule in der Praxis. Und ich meine jetzt nicht Praxisbesuche, hingehen und fragen, ei ei , wie geht's? Gibt's irgendwie Probleme, da ist man ja nach 15 bis 20 Minuten weg, sondern ich rede wirklich Pflegevisiten,...) Dann kann man direkt sagen, ihr habt das soundso gemacht, warum? Begründung. Da muss man sich nicht in das ganze QM-Handbuch reinlesen oder in den Standard reinlesen, weil je nach dem, was die da zeigen. Es ist ja unterschiedlich. Zeigen sie eine ASE, dann reicht es, wenn man sich nur den ASE-Part anguckt. Pflegeprozess ist ja eine Entwicklung

Il 116 J: Man könnte natürlich auch dann Fortbildungen im Zuge dessen auch anbieten, in der Richtung, dass man die auch wieder da drauf sensibilisiert, die QM-Sparte einlädt von den ganzen Einrichtungen, die bei uns Verbund sind. Das sind ja jetzt auch unsere Ansprechpartner, was das angeht und denen eine kurze interne Fortbildung zum Thema Pflegeprozess gibt. Sowas könnte man natürlich aufspannen

Il 122 J: Dass man dann sagt, dass man die (*die Praxis*) eher darauf sensibilisiert, ok ihr habt den Pflegeprozess. Es geht ja gar nicht darum, den zu entwickeln, sondern so anzupassen, dass die Azubis mit ins Boot genommen werden.

Il 130 J: Sowas (*den Rahmenausbildungsplan erläutern*) könnte man gut integrieren in so eine interne Fortbildung mit den QMlern, oder Pflegedienstleitungen, die sind da ja auch für die Azubis zuständig, muss ja die QM nicht unbedingt sein. Aber irgendjemand, der für Ausbildung zuständig ist.

Il 132 K: Refresher-Kurse (*für die Praxisanleitenden*) brauchen mehr Informationen zum Pflegeprozess.

PPKE der Pflegelehrenden

2 A: Ja, ich würde jetzt auf die persönliche Pflegeprozesskompetenz beziehen. Wenn wir es nicht können, wer dann

Il 3 J: den (*den Pflegeprozess*) habe ich zuerst mal hier (*als Mitarbeitende in der Pflegeschule*) kennen gelernt.

Il 3 J: Aber je mehr wir uns mit unserem Curriculum beschäftigt haben und wir können, finde ich, sehr stolz sagen, dass wir das dritte Curriculum mittlerweile haben, das wir bearbeitet haben und jetzt ist es präsent in den Köpfen, die Idee, da stimme ich der K. voll und ganz zu. Die Idee ist wirklich bei uns angekommen. Wir wissen, es gibt den Pflegeprozess. Er nimmt ganz großen Zeitfaktor in der Ausbildung ein und ich glaube, dass wir das ganz gut umsetzen schon, aber da ist noch Luft nach oben

Il 12 O: ich selber sehe mich zwischen 2 und 3 auf Teamebene 5 und 6. Auch ich muss meine Kompetenzen dahingehend noch ausbauen. Das mach ich jetzt mittels Fallarbeit.

Il 27 J: Dann aber auch, dass man sich selbst überhaupt des Begriffs überhaupt deutlich wird, dass man selber weiß, was ist der Pflegeprozess, wie hat der Einfluss auf die Pflege und auf die Schule, generell auch auf den Lehrplan und wie baue ich das Ganze ein, das sind so mehrere Perspektiven. Das Wissen zum einen, dass man den Schülern das vermittelt, aber auch das Wissen, dass man sich das selbst aneignet. Man kann nur etwas vermitteln, was man selber auch kennt und weiß.

Il 56 J: Das heißt, die Veränderung muss ja eigentlich bei uns ankommen, damit wir das auch, zu 100 % ist immer schwierig, aber zum größten Teil transportieren können

Il 57 O: Also ist die Rahmenbedingung erst einmal dass wir alle, das ist das, was ich dort geschrieben habe, Schritte kennen, erläutern, anwenden können, dass wir das erstmal alle können, vom Team her.

Il 60 J: Das waren Organe,(...) Mit welcher Tiefe muss man da reingehen. Anatomie, da ist man so in dem alten ich sage mal Krankenschwesterdenken, wo wir ein bisschen weg von kommen müssen. Da gehe ich mit dem O. eigentlich, der sagt, bei uns erstmal

Il 109 O: dort (*Mustereinrichtung Altenpflege*) konnte ich es (*PP*) , weil ich aus dem klinischen Bereich komme, richtig kennenlernen

Il 138 O: Ich müsste da erstmal bei mir selbst anfangen, ich bin da ganz offen. Ich müsste selbst erstmal meine Pflegeprozesskompetenz ausbauen, um diese dann weiter vermitteln zu können, das heißt, ich fange bei mir selbst an. Das heißt, diese also in den einzelnen CEs zu verankern, mittels Fallarbeit, wie ich das jetzt auch schon begonnen habe

Il 139 L: Finde ich auch, erstmal bei sich selbst anfangen, gerade, wenn man erst ganz frisch dabei ist, dann ist es erstmal ganz wichtig, im Job das dauert ein bisschen bis man da Handlungskompetenz hat, das sehe ich hier nicht anders.

Zusammenarbeit mit der Praxis zur PPKE

34 A: gerade zu dem Thema ist es wichtig, dass theoretischer und praktischer Unterricht möglichst Hand in Hand gehen

49 F: auch wir als Lehrende mit denen da halt nur eine Info-Sammlung besprechen, Pflegeplanung besprechen und das mit den Praxisanleitern auf Station. Aber vorm Examen, vorm Probeexamen gar nicht so stattfindet,

50 B: Selbst die Bereitschaft der Praxisanleitenden an der Praxisbegleitung Sieben teilzunehmen, ist nicht sehr groß. Die müsste sofort, es müsste die anspringen und sagen, ne klar, das müssen wir zusammen machen

88 E: Ja und im Grunde kann man ja schon sagen, institutionell, das wäre vielleicht ein Anspruch, den wir hier haben müssten im *Krankenhaus* mit einem pflegewissenschaftlichen Institut mit dem Studiengang klinische Pflege, dass wir da so eine ganz hohe Vernetzung haben

167 G: weil, wo das neue Curriculum erstellt wurde, habe ich immer für mich gedacht, wenn die Praxis nicht mitzieht, die Rahmenbedingungen nicht stimmen, ist das ganze Curriculum für mich jetzt unzufriedenstellend, weil es in der Praxis nicht klappt, peng aus.

II 38 K: Konzepte, Zeit, vor alle Dingen Zeit für eine engere Verknüpfung mit der Praxis. Das wäre für mich ein ganz wichtiger Punkt.

II 40 J: (*Inhalte der Konzepte*) Ja Definitionen, standardmäßig, was ist überhaupt ein Pflegeprozess, was ist eine Kompetenz, wie stehen die zueinander, dann, ich sträube mich zwar immer, tatsächlich der systemische Ansatz, würde ich mit reinpacken, ich mag ihn nicht, ich bin kein, ich habe die ganze Zeit auch immer gut dagegen argumentiert und werde mein Leben lang auch weiter dagegen argumentieren aber er passt halt im Prozess, passt er da rein, um die verschiedenen Punkte mit reinzunehmen, zum Verständnis, um die Zusammenhänge darzustellen. Was braucht man noch? Man braucht Leute, die das überbringen, man braucht Leute, die das verstehen, das akzeptieren, die das anwenden. Ich versuche das jetzt aus der Managementebene zu betrachten, ja Theorien, generell, nach wem man das macht, da wären ja auch verschiedene Möglichkeiten, wie man das anwendet, das ist ja genauso wie in der Kommunikation, da gibt es ja auch Tausende

II 41 K: Also für mich brauchen wir Köpfe und Zeit. Wir und auch die Praxis. Wir haben ja Probleme bei dem Praxistransfer

II 71 J: Wir haben keinen Einfluss auf die Praxis, wir können ja nur versuchen diesen Transfer in irgendeiner Form mit ein paar Hürden zu überbrücken. Das ist der Skillslab-Raum für mich

II 72 K: Ja oder die Idee im Qualitätszirkel, der für die drei Schulen entstanden ist, ein regelmäßiger Praxisanleiter-Treff mit der Schule.

II 73 J: Das läuft ja in *Kleinstadt*. Das, was X. (*Schulleitung einer anderen Schule, die zum Schulverbund gehört*) mir da zurückmeldet. Ich weiß nicht, ob wir da wirklich Lust zu haben. Das mal so vorsichtig dahingestellt. Problem ist nämlich, ja das ist eine Möglichkeit, es ist ein Versuch wert(...) Man profitiert schon davon aber es ist ein immenser zeitfressender Faktor.

75 J: Und da weiß ich jetzt nicht, ob man da die zeitlichen Ressourcen hat. Wenn ich unsere Monate da so rückblickend angucke, sehe ich da schwarz. Die zeitlichen Ressourcen sind da einfach nicht gegeben

I 77 J: Jede Einrichtung steht an einem anderen Punkt und sind ganz anders mit der Entwicklung von vielen Sachen. Es gibt Einrichtungen, die sind da richtig auf Vordermann, die hätten da – unsere Schleichwerbung *Mustereinrichtung*, die entwickeln für jeden Prozess ein Konzept. Die schicken mir das zu, die sind da wirklich top. Und dann haben wir Einrichtungen, wenn ich da aus der *andere Einrichtung* jetzt jemanden reinsetze mit *Mustereinrichtung*, wie profitabel ist das für uns?

II 77 N: Das ist eher eine Selbsthilfegruppe für die

II 79 J: ich sträube mich, diese Praxisanleiter-Treffen zu machen, weil, es muss einer immer der Moderator sein, es muss immer einer sein, der das ganze führt und leitet und lenkt, das heißt, ein Dozent von uns ist immer involviert, das heißt es müssten zwei sein, die es immer wieder machen, vertretungsmäßig. Diese zeitliche Ressource haben wir gar nicht, weil dann müsste man die Ergebnisse wieder dem Team mitteilen, damit man das dann wieder auf die Schüler übertragen kann. Und das gleiche ist ja dann auch bei den Praxisanleitern, die müssten dann auch in ihren Einrichtungen kommunizieren. Spätestens da hört es auf. Da hört es meistens auf. Die Idee finde ich gut aber viel mehr um das Kennenlernen gut. Bin ich ehrlich. Profitieren tut man da bestimmt auf einer gewissen Ebene, aber allein auf die Frage bezogen eher weniger (*gemeint ist die Forschungsfrage*). Ist so meine Vermutung.

II 84 K: Und ich sage mal, wir haben aktuell 59 Kooperationspartner. Jeder hat wieder eigene Hausstandards und die kennen wir nicht. Und dann stehen wir da und denken, machen die das jetzt so? Und dann müssen wir uns erst belesen. Für uns als Dozenten, wenn wir so viele Kooperationspartner haben, ist das anders, als wenn ich jetzt bei *großer Krankenhausträger* arbeite und weiß genau, im Krankenhaus gibt es einen Standard, und dann gehe ich nach neben an, und dann kann ich diesen Standard abrufen. Das haben wir eben nicht.

II 89 J: Das Konzept ist im Moment eine Wolke im Nichts im Moment. Wenn man das natürlich ausweitet und das dann so transportiert, dann kann ich mir vorstellen, dass dann der Theorie-Praxistransfer, wie du es gerade schön genannt hattest, dass der dann etwas leichter von statten geht.

II 116 J: , wir versuchen das Konzept aus mehreren Perspektiven anzugehen, einen aus der Perspektive, wie kriegen wir den Praxis-Theorie-Transfer hin, wie kriegen wir aber auch die Einrichtungen hin, sie zu sensibilisieren, mehr als sensibilisieren können wir die nicht. Das ist das. Dass man denen die Wichtigkeit nochmal darlegt, dass man das Curriculum darlegt, das ist so die Ausbildung, das sind die Inhalte,

II 122 J: Die haben den Pflegeprozess, ja, aber die vergessen die Auszubildenden. Das ist der Punkt eher. Dass man dann sagt, dass man die eher darauf sensibilisiert, ok ihr habt den Pflegeprozess. Es geht ja gar nicht darum, den zu entwickeln, sondern so anzupassen, dass die Azubis mit ins Boot genommen werden.

II 135 J: ich bin mir ziemlich sicher, wenn wir die Instanz höher schrauben und die Leute mehr aus der Leitungsebene mit ins Boot holen, verspreche ich mir auch nicht das Grüne. Praxisanleiter ist eine kleine Person in dieser Einrichtung. Die will ganz viel verändern. Das glaube ich auch. Und die nimmt auch ganz viel hier mit. Und prallt aber komplett auf die ganzen Rahmenbedingungen, die in der Einrichtung herrschen. Das ist so. Eine der Rahmenbedingungen ist natürlich der Personalmangel, ja aber auch mit ganz anderen Faktoren haben die auch vor Ort zu tun. Ich glaube, dass man mehrere Schienen fahren müsste. Das wäre das, was ich jetzt mitnehmen würde. Auf mehreren Schienen versuchen, eine Verbesserung zu erzeugen, eine Sensibilisierung.

II 139 L: und dann halt wirklich alle miteinbeziehen, also Praxisanleitung, PDL, Schüler, dass man guckt, dass man wirklich alle miteinbezieht, das ist wichtig, ja.

II 99 N: Der Satz „nach Schule arbeiten“, der ist auch ganz toll.

II 100 J: Verbandwechsel mit sterilen Handschuhen, da lachen die meisten drüber.

II 103: J Wir sind die besseren Lehrer. Deshalb sind wir hier. Ich habe jetzt gerade die Situation, dass ich selbst mit in die Pflege musste aus persönlichen Gründen und ich

kann das nicht so gut, ganz klar. Die sind da viel routinierter. Die machen das jeden Tag. Ja irgendwie habe ich mich bei sehr vielen Fehlern erwisch, weil das ja nicht mein Tagesgeschäft ist.

Zusammenarbeit Schulteam

153 E: Kriegen wir Fotos davon?

158 E: Welche mannigfaltigen Aspekte dahinterstehen, um die 6 Schritte von Fiechter und Meier sozusagen, das ist würde ich sagen, das eindrucksvoll ist durch die verschiedenen Beiträge und Aspekte und andere Sichtweisen, Erlebnisse usw.

Il 2 K: Ich glaube, dass das Team durch die Entwicklung des Curriculums damals 2019/2020 gemeinsam schon eine Idee davon hat, was Pflegeprozessorientierung oder Pflegeprozesskompetenz bedeutet

Il 3 J: wo wir uns immer wieder erinnern mussten, denk daran, Pflegeprozess, Pflegeprozess. Ich weiß nicht, wie oft haben wir das immer wieder gesagt,

Il 5 N: Team bei der 6 sehen. Ich war ja jetzt beim Entwickeln des Curriculums nicht dabei. Aber, wir haben es ja jetzt schon einmal überarbeitet. Es ist halt sehr sehr oft zur Sprache gekommen, dass halt eben in den verschiedenen CEs halt eben immer wieder darauf geguckt wird, dass wir den Pflegeprozess integrieren in unsere Arbeit,

Il 33 J: teamintern – ohne die Schüler jetzt mitreinzunehmen, wäre das für mich jetzt die curriculare Zusammenarbeit, so interne, ja Fortbildung, kann man schon so nennen, so interne Lernzirkel, wäre das richtig Wort

Il 42 J: Ich glaube eher, dass wir ein bisschen von der Praxis weggucken müssen, dass wir da die Theorie, denn da können wir Veränderung bezwecken. Und da gehört für mich wie für alles andere, was man entwickelt, ein Konzept her, das heißt, es muss erstmal ein Konzept auf die Beine gestellt werden.

Il 57 O: Also ist die Rahmenbedingung erst einmal dass wir alle, das ist das, was ich dort geschrieben habe, Schritte kennen, erläutern, anwenden können, dass wir das erstmal alle können, vom Team her.

Il 66 J: Da wären wir wieder beim Thema Konzepte, das schließt das Ganze ein. Mit welchem Konzept können wir die Pflegeprozesskompetenz denn auch vermitteln. POL ist ein anderes Thema, rein POL kriegen wird in einem Curriculum nicht durch. Dann muss man hergehen, und etwas Vernünftiges auf die Beine stellen konzeptemäßig.