

2005

Leistungsnachweis Curriculumentwicklung

ausgewählte Themenstellung:
„Verabreichen einer intramuskulären Injektion“

Entwicklung eines Teil-Curriculums zur
Thematik

„pflegerisch-therapeutische Kompetenz“

verfasst von

>Ulrike Dengel <

>Jens Franke<



Klausur: Mi 19.01.05, Do 20.01.05, Fr 21.01.05 = 20 Std

Weiterbildung Lehrer und Lehrerin in Gesundheitsberufen
Dozent: Prof. Dr. E. Marschelke (Pädagogik)

Berufsbildungswerk des DGB, Stuttgart-Bad Cannstatt
Kurs VT 352 (2003-2005)

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	4
1.1.	Verfahrensregeln	4
1.2.	Arbeitsschritte bei der Erstellung eines Teilcurriculums	5
1.3.	Lernfeldkonstruktion	6
1.4.	Die Elemente des Lernfeldes	7
1.5.	Einschränkung	7
2.	Handlungsanalysen zur Arbeit eines Könners / einer Könnerin	9
2.1.	Beschreibung einer exemplarischen Handlungssituation	9
2.2.	Handlungsfeld: Auflistung von Aufgaben, in denen die Handlung vorkommt	11
2.3.	Handlungskette: Analyse der Stränge (Ebenen) der Handlung aus 2.1.	14
3.	Lernfeldkonstruktion	16
3.1.	Formulierung der Handlungskompetenz hinsichtlich ihrer vier Komponenten auf dem Niveau der Basiskompetenz (BK)	16
3.2.	Lernziele und Lerninhalte	17
3.2.1.	<i>Kompetenzspezifische übergreifende Lernziele (Prinzipien)</i>	17

3.2.2.	<i>Lernziele/Lerninhalte in der Domäne des Könnens (Skills/ Praktiken, Fähigkeiten)</i>	19
3.2.3.	<i>Lernziele/Lerninhalte in der Domäne des Wissens/Wollens (Entscheidungs-Zus.-Hänge)</i>	20
3.2.4.	<i>Lernziele/Lerninhalte in der Domäne des Verantwortens (Haltungen, Einstellungen)</i>	20
3.2.5.	<i>Lernziele/Lerninhalte in der Domäne des Bewältigens (Selbstsorge-Strategien)</i>	21
3.2.6.	<i>Begründungen zu den Entscheidungen (Lernzielauswahl, Lernzielfolge) und Erläuterungen zu den Lernzielangaben</i>	22
3.3.	Empfehlungen zur Lehr-Lern-Organisation Lernziele	23
3.3.1.	Art der vorgeschlagenen Lernsituation	24
3.3.2.	<i>Skizze zur Organisation der Lernsituation (Dauer, Epochen...)</i>	24
3.3.3.	<i>Charakterisierung der Gestaltung der vier Phasen gemäß Puzzle-Grafik</i>	26
3.3.4.	<i>Ideen zur Prüfung (Lernkontrolle) der Basiskompetenz</i>	27
3.3.5.	<i>[Perspektiven für die Erweiterung der BK zur Leistungskompetenz]</i>	27
4.	Eingangsqualifikationen für das Betreten der Lernsituation	28
5.	Kurzer Bericht: "Erfahrung mit dieser CE"	28
6.	Verwendete Literatur	29
7.	Erklärung	29

1. Einleitung

Die folgenden Ausführungen verwenden eine Weiterführung des Curriculum-Modells von S. B. Robinsohn (1967) in Ansehung der neueren Professionalisierungsforschung. Sie nehmen Anregungen aus dem Stuttgarter Modell, der Modellschule am Boschkrankenhaus für die Integrierte Pflegeausbildung (2003) auf. Sie verwendet Konstruktionstechniken und Prinzipien, die von R. Mager und K. Beach eingeführt worden sind (1972). Hinzu kommen Klärungen, die von Hurrelmann (2001), von Bader (2002) und zahlreichen anderen in Diskussionsbeiträgen zum Lernfeldkonzept geliefert worden sind (Unterrichtsmaterialien VT 352 aus dem Jahr 2004)

1.1. Verfahrensregeln.

Bei Robinsohn ansetzen, das heißt: künftige „berufliche Arbeits-Situationen“ werden analysiert, bis man die Kompetenzen (bei Robinsohn: „Qualifikationen“) erkennen kann, die die erfolgreich Handelnden (die Könner, Experten) charakterisiert. Dann konstruiert man – im Blick auf die Voraussetzungen, die Auszubildende mitbringen (als Hauptschulabsolvent, Fachoberschulabsolvent, Abiturient...) – die Lehr-Lern-Arrangements (bei Robinsohn: „Curriculumelemente“), in denen die Auszubildenden oder „Berufslerner“ die benannten Handlungs-Kompetenzen entwickeln können.

Ein Wort noch zu den Schlüsselqualifikationen: Nach H. Roth (Pädagogische Anthropologie, Band 2, Hannover 1971) entstehen sie auf der Grundlage der „frei geführten Bewegung“: Sachkompetenz, Sozialkompetenz und Selbstkompetenz wachsen durch das Handeln (Probieren, Trainieren, Anwenden [Erfahrung machen]: Sie bezeichnen das hoch komplexe System von Mustern, Potenzialen, Ressourcen, Strategien etc., die das Individuum durch Handeln (Tun, Korrigieren, neu Planen...) in sich selbst erschafft (jeder Erwerb ist nur über inneres kreatives Handeln möglich: Beobachten, Speichern/ Dokumentieren) Verarbeiten, Planen, Üben, Anwenden, Evaluieren...).

Wir können auf berufliches Arbeiten nicht durch Schlüsselkompetenzen vorbereiten, weil diese nicht vermittelbar sind (s.o.), sondern wir können berufliches Arbeiten nur durch Handlungskompetenzen begründen, da die MUSTER (Pläne, Programme, Patterns, Programmstrukturen...) nur durch Handeln (Probieren /Experimentieren, quasi Handeln beim mentalen Training...) geschaffen werden können. Allerdings, Zuschauen (beim Fernsehkoch...) kann schon mal hinreichen, um das Muster, das Grundmuster für eine neue Handlung selbst zusammen zu kriegen, aus Verhaltenselementen, die man schon besitzt ...

Es ist ganz schwierig, zu der Theorie, die das Lehrbuch bietet, ein kompatibles Handeln zu erfinden; es ist psychologisch und neurowissenschaftlich falsch, mit diesem Weg zu beginnen. Der Start und die Grundlagen für eine neue Handlung sind durch Hospitation, Begleitung, Nachahmung... leicht und rasch zu schaffen (vgl. Fremdsprache im fremden Land lernen). Dann folgen jeweils Studium und Praktikum beim Meister oder bei der Meisterin. Und die Einstellung der Lernenden ist nicht über Instruktion zu optimieren, sondern durch die Anregung, sich die Probleme der Praxis anzusehen und dann die Probleme der Begründungsebene...

1.2. Arbeitsschritte bei der Erstellung eines Teilcurriculums.

Die berufliche Arbeit wird gegliedert in Aufgabenbereiche, die eine gewisse Selbständigkeit der Arbeit vom Start bis zum Abschluss aufweisen; die Aufgaben lassen sich als eine komplexe Verknüpfung von Handlungen unterschiedlicher Art beschreiben (wie: Kommunizieren, Dokumentieren, Versorgen, Beraten, Anleiten, Begleiten / Unterstützen...). Die Handlungskompetenzen, die für das Handeln in den künftigen Berufssituationen gebraucht werden, sollen über curricular vorgeordnete Arrangements erworben werden können, die die Entwicklung aller vier Komponenten der jeweiligen Handlungskompetenz erlaubt. Damit wird die Tradition des Unterrichts verlassen; die nun erforderlichen Arrangements für das berufliche Lernen unterliegen dem Prinzip der ‚Selbstbestimmung beim Berufslernen – im Rahmen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung‘.

Die bisherigen Versuche haben gezeigt, dass man ganz gut mit Lernsituationen arbeiten kann, die so arrangiert werden, dass diese Bedingungen erfüllt sind. Das beruflich erforderliche Fachwissen wird zunächst als handlungsdienliche Theorie im unmittelbaren Zusammenhang mit pflegerischem Arbeiten zugänglich gemacht; erst wenn das Handeln weitere Ausgestaltung und Begründung erfordert, wird das Studium der fachwissenschaftlichen Erkenntnisse einbezogen (wie es in Lehrbüchern, Lexika, Monographien..., Forschungsberichten... greifbar ist).

Ausgangspunkt für curriculare Überlegungen ist deshalb die Pflegepraxis der Könnenin oder des Könners: man beschreibt, was gearbeitet wird, wie es gemacht wird. Bei der Zusammenstellung der beruflichen Aufgaben, können diese analysiert werden. Dabei stellt sich heraus, dass die Art menschlichen Handelns (wie Kommunizieren, Helfen, Entscheiden, Produzieren, Dokumentieren, Kooperieren...) in beruflich typischer Ausprägung verwendet wird, um diese Aufgaben zu lösen. Da diese Weisen des Handelns genau das sind, was die Berufsarbeit umfasst, werden diese Weisen des Handelns erst einmal genau analysiert, am Besten anhand exemplarischer Handlungssituationen (für eine vollständige Analyse / task analysis fehlt in der Regel die Zeit...).

Die Feinanalyse des Handlungsverlaufes, der als exemplarisch ausgewählten Handlung, kann anschließend im Licht der anderen aufgabenspezifischen Situationen reduziert werden, auf das berufstypische Inventar an Komponenten.

1.3. Lernfeldkonstruktion

Der derzeit schwierigste Schritt ist der von der Handlungskette zur Definition der Handlungsmuster, die darin verwendet werden, genauer: des Netzwerkes von Mustern, das die Kompetenz zum Handeln in solchen Situationen darstellt. Wir haben uns darauf verständigt, hier mit den vier Komponenten einer Handlungskompetenz zu operieren, die man bei einem Pflegeexperten bzw. bei einer Pflegeexpertin finden kann: das Wissen (Wollen, Motivation), das Verantworten (Einstehen für das, was man tut), das Bewältigen (die Arbeit, das Engagement, die Veränderungen verkraften, als ganze Person

daran wachsen), das Können (praktisch, technisch, konkret nach Quantität und Qualität). Den Absolventen einer Ausbildung, der als Anfänger in der Praxis arbeitet, unterscheidet nach P. Benner vom Experten – da er ja das, was er übernimmt, schon völlig RICHTIG macht – durch die Leistung (Quantität, Qualität) und durch die Anstrengung (Engagement; Ermüdung, Erschöpfung; Routine; Problemdruck) sowie durch die Integrität (Kompatibilität des Tuns mit Theorie, Person, Sachlage, Berufsstand).

Wenn wir also den Experten beschreiben, versuchen wir zum einen herauszuschälen, was dazu gehört eine Handlung RICHTIG zu machen und davon abzugliedern, was dazu gehört, diese Handlung auf hohem Leistungsniveau zu vollbringen.

1.4. Die Elemente des Lernfeldes

Wenn dergestalt die Handlungskompetenzen für die Berufsausbildung definiert sind, kann man an die Konstruktion des Curriculums gehen. Jede Handlungskompetenz wird in einem Lernfeld erfasst; das Lernfeld besteht aus Angaben über die Lernziele, die Lerninhalte und die gegebenenfalls dringend zu empfehlende Lehr-Lern-Organisation, als Rahmen für die konkrete Lehr-Lern-Planung, die die Lehrkräfte für die Ausbildungseinheiten in Ansehung der Schülergruppe vornehmen.

1.5. Einschränkung

Im Folgenden wird nur *e i n e* Handlungssituation beschrieben (und das Auftreten dieser Handlung in den verschiedenen Pflegeaufgaben angedeutet); es wird nur *e i n e* Handlungskette erstellt (bis zum zweiten oder zu einem mittleren Auflösungslevel, nicht bis in die letzten Feinheiten...); es wird nur *d i e s e* Handlungskompetenz definiert.

Und zu dieser wird ein Lernfeld nur auf dem Niveau der Basiskompetenz (die Fähigkeit, hier RICHTIG handeln = erste Performanz-Ebene) konstruiert (gegebenenfalls erweitert durch einige Hinweise auf die Charakteristika der Leistungskompetenz). Damit soll der Lernweg von der Eingangsqualifikation (Lernvoraussetzungen der üblicherweise in die Ausbildung aufgenommenen Personen) bis zum Basiskönnen ‚kartiert‘ werden. Dies geschieht mittels der notwendigen (begründeten) Festlegungen zu den Zielen und Inhalten sowie einigen (erläuterten) Empfehlungen zu den geeigneten Lehr- Lern- Arrangements.

Nach R. Mager ist es zweckmäßig, die Lernziele so zu definieren, dass man ein beobachtbares Verhalten angibt, an dem ich als Lehrer erkennen kann, ob der Berufslerner oder die Berufslernerin das Ziel erreicht hat. Das geht am einfachsten für praktisches Handeln (‚d. Sch. kann...‘; ‚d. Sch. ist in der Lage,...‘; ‚d. Sch. tut Folgendes:...‘).

Das Wissen kann man an Aussagen feststellen, die ein Verstehen oder Begründen demonstrieren (‚d. Sch. beschreibt / erklärt / erläutert ...‘; ‚d. Sch. argumentiert, rechtfertigt, begründet ...‘).

Etwas diffiziler ist es, die Selbständigkeit / Verantwortlichkeit zu testen, weil man sie hier (statt anhand langfristiger Beobachtung oder detaillierter Gespräche zu klären, zum Beispiel zu ethischen Problemen) durch kurze Aussagen demonstrieren lässt („d. Sch. ist in der Lage die Zusammenhänge zu erläutern, die ...“ u.ä.); ebenso kann die Bewältigung nur über Aussagen geprüft werden („d. Sch. kann darlegen, welchen Belastungen / Einflüssen / Entwicklungen sie bei ... ausgesetzt ist und mit welchen Strategien sie diese bewältigt ...“). Dieser Hinweis auf die unten folgenden Formulierungen erscheint uns wichtig, um zu zeigen, wie die Basiskompetenz genau aussieht und wie man prüfen kann, ob sie vorliegt: Denn wir benennen hier weitgehend nur die Spezifika, die das pflegerische know how ausmachen; alle allgemeineren Formulierungen werden zurückgedrängt (um die Arbeit an diesem Entwurf hier überschaubar zu halten).

Wir lassen aus diesem Teilcurriculum alle langfristig zu erlernenden oder auch alle grundlegenden Handlungs-Kompetenzen/ Quellkompetenzen heraus wie zum Beispiel die Lernkompetenz oder die Sprachkompetenz...

Wichtig erscheint uns hier noch zu erwähnen, dass die getroffenen Entscheidungen zu den Lehr- Lern- Arrangements nur Vorschläge darstellen. Eine Entscheidung für die konkrete Umsetzung im Unterricht obliegt der jeweiligen Lehrkraft.

2. Handlungsanalysen zur Arbeit eines Könners / einer Könnerin

2.1. Beschreibung einer exemplarischen Handlungssituation:

Hr. F. ist seit 2 Tagen Patient auf einer psychiatrischen Station. Er leidet seit 5 Jahren an einer Alkoholkrankheit. Die verordnete Medikation sieht wie folgt aus:

- Distraneurin bei Bedarf {objektive Parameter (Puls > 100 und RR >180/90) und vegetativen Parametern (Kaltschweißigkeit, Zittern, Nervosität, „roter Kopf“...)}
- Saroten 75 mg ret. 0-0-1
- Polibion Drg. 2-0-0
- Nachtmedikation nur nach Arztanordnung, wegen der möglichen Atemdepression
- Dienstag und Freitag Vit. B1 als Depot intramuskulär, ventrogluteal.

Hr. F. bekommt weitere therapeutische Anwendungen. So hat er täglich „Suchtgruppentherapie“.

Alle zwei Tage hat er Einzelgespräche beim Psychiater und er kann die Angebote der Ergotherapie (Beschäftigungstherapie) wahrnehmen.

Schwester Agathe arbeitet auf dieser psychiatrischen Station. Heute ist Dienstag und deshalb muss bei Hr. F nach Behandlungsplan die Depotspritze Vit. B1 verabreicht werden. Schwester Agathe ist für Hr. F. zuständig und übernimmt somit diese Intervention.

Sie liest sich die Anordnung des Arztes genau durch. Dabei überprüft sie, ob Patient, Medikament, Dosis, Zeitpunkt und die Applikationsart miteinander kumulieren. Anschließend geht sie zu Hr. F. und informiert ihn, dass Sie die vom Arzt angeordnete Injektion durchführen wird. Sie vereinbart mit Hr. F. einen Termin am Nachmittag, da Hr. F. heute noch Ergotherapie und Gruppengespräch hat.

Zum vereinbarten Zeitpunkt richtet Schwester Agathe die für die Injektion erforderlichen Utensilien (Desinfektionsmittel, Tupfer, Spritze, Kanüle, Medikamentenampulle, Abwurfbehälter etc.) auf ein Sprizentablett und begibt sich zu Hr. F.

Nochmals informiert sie Hr. F. über die geplante Injektion und versichert sich des Einverständnisses des Patienten.

Schwester Agathe beantwortet zwei Fragen vom Patienten zum Medikament und verspricht Hr. F. genau zu erzählen was sie tut, während sie die Injektion ausführt.

Schwester Agathe führt die Injektion aus und erklärt dabei ihre Handlungsschritte.

Anschließend verabschiedet sie sich vom Patienten und verweist darauf, dass sie innerhalb der nächsten 2 Stunden öfter nach ihm schauen wird und er sich jederzeit melden kann, wenn eine Verschlechterung seines Befindens auftreten sollte.

Danach geht Schwester Agathe ins Stationszimmer und dokumentiert die durchgeführte Intervention.

An diesem Nachmittag geht Schwester Agathe noch vier Mal zu Hr. F., um das Befinden von Hr. F. zu kontrollieren.

Insbesondere achtet Schwester Agathe auf die Einstichstelle (Rötung, Schwellung, Hämatome?), auf vegetative Parameter (Kaltschweißigkeit, Zittern, Abgeschlagenheit, Müdigkeit...) und das Bewusstsein des Patienten (orientiert vs. verwirrt).

Sie trägt ihre Beobachtungen in den Überwachungsbogen ein.

Schwester Agathe weiß, wenn Komplikationen auftreten, ist der Arzt über seinen Piepser erreichbar.

2.2. Handlungsfeld: Auflistung von Aufgaben, in denen die Handlung vorkommt

Die pflegerischen therapeutischen Maßnahmen sind sehr verantwortungsvolle Pflegetätigkeiten, die sich nicht ausschließlich auf die Medikamentengabe beziehen, sondern weitere Aspekte einschließen.

Hierfür ist Handlungskompetenz von Nöten, die folgende Dimensionen umfasst:

1. Durchführungsverantwortung – neben der Verantwortung des Arztes ist die Pflegekraft für ihr Tun oder Lassen in vollem Umfang, dem Patienten gegenüber verantwortlich.
2. Hygienisches Bewusstsein – hygienische Richtlinien sind für die Sicherheit des Patienten unerlässlich
3. Beobachtungsgabe – die Pflegekraft erkennt anhand von Beobachtungskriterien mögliche Veränderungen

Speziell bei der Medikamentengabe:

4. Wissen um die „fünf R“- Regel
 - richtiger Patient
 - richtiger Zeitpunkt
 - richtiges Medikament
 - richtige Dosis
 - richtige Applikationsform

Die ersten drei Dimensionen sind Bestandteil der gesamten Pflege, d.h. alle pflegerischen Maßnahmen unterliegen diesen Prinzipien.

Die vierte Dimension bezieht sich auf alle Applikationsformen von Medikamenten, d.h. bei oraler Applikation müssen die gleichen Prinzipien beachtet werden, wie beim Auftragen von Salben oder Cremes, sowie bei Injektionen.

Die sozialen Kompetenzen der Kommunikation und Interaktion kommen in jeder pflegerischen Tätigkeit zum Tragen. Sie müssen hier, wie in der Einleitung bereits erwähnt, in diesem Kontext nicht explizit aufgeführt werden. Die im Folgenden benannten Aufgaben bilden keine vollständige Liste (weil diese hier nicht relevant ist), sondern eine veranschaulichende Auswahl; sie soll zeigen, wie bedeutsam die in der obigen Situation vorgestellte Handlung für die Pflegearbeit insgesamt ist und in welcher Weise sie als exemplarisch gelten kann.

berufliche Aufgaben	Funktion oder Bedeutung der Handlung in dieser Aufgabe
- Kompressionsverbände	Anordnung durch den Arzt; hygienische Richtlinien; Lokalisation; Sicherheit des Patienten; Überwachung
- Wundverbände (z.B. Hydrokolloidverband)	Anordnung durch den Arzt; hygienische Richtlinien; Lokalisation der Klebeflächengröße Sicherheit des Patienten; Überwachung
- Infusionen/Transfusionen	Anordnung durch den Arzt; hygienische Richtlinien; Lokalisation der Vene - Einstichstelle; Sicherheit des Patienten; Überwachung
- Katheterismus	Anordnung durch den Arzt; hygienische Richtlinien; Lokalisation des Harnröhreneingangs der Frau; Sicherheit des Patienten; Überwachung

Erläuterungen zum Handlungsfeld:

Handlungen, die die aufgeführten Dimensionen umfassen, sind in der Pflege allgegenwärtig. Alle pflegerischen Interventionen, die der Anordnung des Arztes und der Überwachung durch das Pflegepersonal bedürfen, fallen in diesen Bereich.

Teilaspekte, welche Teil der Handlung sind, z.B. Lokalisieren der Einstichstelle, lassen sich auf andere Tätigkeiten problemlos anwenden, z.B. Lokalisieren der richtigen Stelle beim Fixieren eines Katheters oder einer Magensonde.

2.3. Handlungskette: Analyse der Ebenen der Handlung einer Könnerin aus der Situationsbeschreibung in Abschn. 2.1.

→ Analyse der exemplarischen Handlung: " " (Teil der Aufgabe: ...)							
MATERIALIEN	GEFAHREN- & FEHLER	BEOBACHTUNGEN	KONTROLLE & KORREKTUR	HANDGRIFFE HANDLUNGSSCHRITTE	WISSENS-BASIS	KOMMUNIKATION	SPEZ. ELEMENTE D. HANDLUNGSKETTE
<p>Injektionsmaterialien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sprizentablett - Desinfektionsspray - 5 ml Spritze - 2 Kanülen gelb 40mm - Tupfer unsteril - Medikamentenampulle - Handschuhe unsteril - Abwurfbehälter <p>Dokumentationsmaterialien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patientenkurve - Schreibstift - Chargen – Etikett des Medikamentes 	<ul style="list-style-type: none"> - Missachten der „fünf R – Regel“ - Missachten hygienischer Richtlinien - Privatsphäre des Pat. missachtet - fehlerhafte Lokalisation des Injektionsortes - zaghaftes, stückweises Einstechen → Abwehrspannung = Schmerz - Knochen getroffen - keine Aspiration - Medikament zu schnell injiziert - Injektionsort nicht komprimiert - Abszessbildung, Hämatom, Atrophie - keine Entsorgung - Schutzhülle nach Injektion zurückstecken - keine Dokumentation 	<ul style="list-style-type: none"> - „fünf R“- Regel: - richtiger Patient - richtiger Zeitpunkt - richtiges Medikament - richtige Dosis - richtige Applikationsform - Allgemeinzustand - Hautzustand - Muskeltonus - nach Aspiration: Blut ja oder nein? - Einstichtiefe - Sicherheitslänge* - Geschwindigkeit der Injizierung - Einstichstelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Lage des Pat. - Konsistenz und Haltbarkeit des Medikamentes - Injektionsort - Aspiration - Sicherheitslänge* - Einstichstelle - vegetative Parameter - Vitalzeichen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pat. informieren über anstehende Injektion 2. Herrichten der Injektionsmaterialien 3. Pat. vor Blicken schützen 4. Medikament aufziehen 5. Pat. in Seitenlage bringen 6. Injektionsort sorgfältig lokalisieren 7. Haut desinfizieren 8. Einstechen der Kanüle in den Muskel 9. Aspirieren 10. Medikament injizieren 11. Kanüle entfernen 12. Injektionsort mit Tupfer komprimieren 	<ul style="list-style-type: none"> - Injektionsorte - Anatomische Kenntnisse am Injektionsort - hygienische Grundlagen - Arten der Kanülen und deren Verwendungszweck - Wirkungen und Nebenwirkungen des Medikamentes - Folgen und Konsequenzen fehlerhaften Einstechens 	<ul style="list-style-type: none"> - Information des Pat. über die Handlungsschritte - Berührungsimpuls - Aufnehmen nonverbaler Reaktionen vom Pat. - Vermitteln von Sicherheit - Dokumentation 	<ul style="list-style-type: none"> - Seitenlage des Pat. - Injektionsgeschwindigkeit - kreisendes Massieren der Einstichstelle nach Injektion

<p>Überwachungs-materialien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Überwachungsbogen - Blutdruckmessgerät - Thermometer - Pupillenleuchte - Pulsuhr 	<p>- mangelhafte oder keine Überwachung</p>			<p>13. Pat. informieren hinsichtlich der Veränderung des Zustandes 14. Entsorgung der gebrauchten Materialien 15. Dokumentation der durchgeführten Injektion 16. stündlich Überwachung des Pat.</p>			
<p>2. Bearbeit.-Phase = alle Materialien</p>	<p>alle häufigen, alle wichtigen...</p>	<p>= begleitende ‚Dokumentation‘</p>		<p>1. Bearbeit.-Phase beginnt hier: chronologisch</p>	<p>Fach-Daten, Fachtheorie</p>	<p>verb., nonverb., extraverbal ...</p>	
<p>Erläuterungen: Die beschriebene Handlungskette bewegt sich in einer mittleren Auflösungsstufe</p>							

3. Lernfeldkonstruktion

3.1. Formulierung der Handlungskompetenz (aus Abschn. 1.) und ihrer vier Komponenten auf dem Niveau der Basiskompetenz

Die **pflegerisch-therapeutische Kompetenz** ist eine grundlegende, wenn auch allgemeine Befähigung, wichtige Maßnahmen am und mit dem Patienten durchzuführen. Dabei ist es unerheblich ob die Aufgaben von einem Dritten (Arzt, Kollegin, Stationsleitung, PDL o.a.) angewiesen sind oder zum allgemeinen Tätigkeitsfeld der Pflegeperson gehören. Dabei ist die angestrebte Basiskompetenz der Grundstein, welche es dem Berufslerner ermöglicht, seine Fähigkeiten & Fertigkeiten auf ein professionelles Maß zu steigern.

KÖNNEN	WISSEN/WOLLEN	VERANTWORTEN	BEWÄLTIGEN
Die Pflegekraft beherrscht Pflege Techniken 	Die Pflegekraft weiß um die vier Dimensionen 	Die Pflegekraft trägt für ihr Tun und Lassen die Durchführungsverantwortung.	Die Pflegekraft überwindet die Hemmschwelle, dem Patienten Schmerz zuzufügen, im Hinblick auf den Heilungsprozess.
Die Pflegekraft hat Beobachtungsgabe/ Wahrnehmung	...anatomischen Verhältnisse	Die Pflegekraft ist für die Sicherheit des Patienten verantwortlich.	Den Umstand, dass es unkooperative Patienten gibt, muss die Pflegekraft bewältigen.
Die Pflegekraft kann Sicherheitsmaßnahmen ergreifen und umsetzen	...hygienischen Grundlagen	Die Pflegekraft ist verantwortlich für die Einhaltung der fünf R - Regel	Die Pflegekraft muss in der Lage sein, die Folgen von Komplikationen zu bewältigen.
Die Pflegekraft kann ihre Maßnahmen und Beobachtungen sach- und fachgerecht dokumentieren	Die Pflegekraft hat Materialkenntnisse 	Die Pflegekraft ist objektiv und nicht wertend in mündlicher und schriftlicher Berichterstattung und ist für den Aussagegehalt verantwortlich.	Der Aufbau einer „Routine“ führt zur Selbstsorge/Selbstschutz.
Die Pflegekraft beherrscht Techniken für den Umgang mit nicht kooperativen Patienten.	Die Pflegekraft kennt die Sicherheitsmaßnahmen	Die Pflegekraft ist verantwortlich für die Einhaltung der Arbeitsschutzbestimmungen.	
Die Pflegekraft kann auf Komplikationen adäquat reagieren.	Die Pflegekraft kennt das Dokumentationssystem	Die Pflegekraft erlangt durch häufiges Wiederholen der Handlungsmuster Handlungssicherheit. Dies erleichtert die Verantwortlichkeit bei Komplikationen.	
	Die Pflegekraft kennt mögliche Komplikationen und entsprechende Gegenmaßnahmen	Die Pflegekraft kann die Gegenmaßnahmen bei Komplikationen begründen und verantworten.	

3.2. Lernziele und Lerninhalte

3.2.1. *Kompetenzspezifische übergreifende Lernziele (Prinzipien)*

Der Aufbau der pflegerisch-therapeutische Kompetenz wird in einer Lernsituation ermöglicht mit dem Titel:

„Verabreichen eines Medikamentes mit Hilfe einer intramuskulären Injektion (nach v. Hochstetter)“

Das Verteilen und die Verabreichung von Medikamenten gehört zu den Handlungskompetenzen jeder Pflegekraft; Sicherheit im Umgang mit Medikamenten am und mit dem Patienten sind Ziel und Grundlage dieser angestrebten Kompetenz.

Ausbildungsziel ist (1) die Basiskompetenz; sie besteht hier darin, einem Anfänger das Erlernen der pflegerischen Arbeit (bzw. der Selbstpflegearbeit) bis zur RICHTIGKEIT zu erleichtern, den Besitz dieser Fähigkeit zu bescheinigen (bzw. mündlich zu bestätigen) und die Wege dieses erfolgreichen Lernens zu erkennen und jeweils für künftiges Lernen vorzumerken (bzw. dazu zu ermutigen).

Die Kunst besteht (2) darin, bei der Quellkompetenz richtig anzusetzen, die die Schüler in diese (Phase der) Ausbildung mitbringen. Die Quellkompetenz ist das normale Bedürfnis nach Sicherheit und die allgemeine Hemmschwelle anderen Menschen etwas „Schlechtes“ zu tun, welches instinktiv vorhanden ist und das Handeln unbewusst beeinflusst. Es funktioniert ganz automatisch. Trotzdem ist für das Erlernen von Pflegetechniken professionelle Anleitung notwendig.

→ Deshalb beginnt man bei der Ausbildung mit solchen Techniken, die für den Patienten ungefährlich (z.B. Einreiben mit Pflegelotion) sind, bei denen aber trotzdem ein Transfer auf potentiell gefährlichere Pflegetechniken (z.B. Verabreichen von oralen Chemotherapeutika) möglich ist.

Prinzipien

1. Prinzip ist eine Regel: Ich übe nur solche Techniken aus, die ich richtig kann oder bei denen ich angeleitet werde.

→ Dieses Prinzip spricht die Verantwortungsdimension der Pflegekraft an. Ich kann Verantwortung nur übernehmen, wenn ich mir meiner Handlungsschritte sicher bin oder überwacht werde.


2. Prinzip. Intake bedienen, das ist: Anschauung – Nachahmung – Übung – Überprüfung arrangieren.

→ um Sicherheit in der Handlung zu erlangen, muss eine adäquate Anleitung erfolgen. Im Hinblick auf die Sicherheit des Patienten erfolgt das Intake wie oben beschrieben und **nicht** nach dem Prinzip „trail and error“.

3. Prinzip: Erfahrungen sichern, darum: Planen - Dokumentieren – Evaluieren [TOTE (Test Operation Test Exit) Prinzip]

→ Es ist mit dem Überwinden der Hemmschwelle (s.o.) noch keine Handlungssicherheit beim Berufslerner erreicht, auch fehlen Begründungsansätze und Bewältigungsstrategien. Um diesem Rechnung zu tragen, ist eine Analyse der Handlung notwendig. Dies erfordert wiederum Planung, Dokumentation und Evaluation. Der Hintergrund ist eine Überprüfbarkeit des Ergebnisses der Handlung und wie bei Prinzip 2 die Sicherheit des Patienten.



3.2.2 Lernziele/-inhalte in der Domäne des Könnens (Skills/Praktiken, Fähigkeiten)

KÖNNEN			
Nr.	Lernziele	Lerninhalte	Überprüfbar durch
1	Der Berufslerner kann eine intramuskuläre Injektion nach v. Hochstetter durchführen.	- Injektionstechnik - Dokumentieren	Beobachtung durch den Anleiter
2	Der Berufslerner kann mit Medikamenten sowie anderen therapeutisch- bzw. hygienisch relevanten Essenzen und Materialien umgehen und kann bestimmte medizinisch-technische Apparate bedienen	- Herrichten von Materialien - Umgang mit Arzneimitteln und Materialien - Umgang mit medizinisch-technischen Geräten	Beobachtung durch den Anleiter
3	Der Berufslerner kann den ihm anvertrauten Patienten sach- & fachgerecht beobachten	- Überwachungstechniken 	Anhand der Aufzeichnungen im Überwachungsbogen
4	Der Berufslerner kann auf eventuelle Auffälligkeiten/Veränderungen adäquat reagieren	- Lerninhalte dieses Zieles finden sich in der Domäne des Wissens wieder, da nur aus einer fundierten Wissensgrundlage ein Handlungsmuster entstehen kann	Aufzeigen der Handlungskette bei einem exemplarischen Notfall







3.2.3 Lernziele/-inhalte in der Domäne des Wissens/Wollens (Entsch.ZusHänge)

WISSEN / WOLLEN			
Nr.	Lernziele	Lerninhalte	Überprüfbar durch
1	Der Berufslerner kennt die fünf R-Regel und weiß um deren Bedeutung für seine Handlungen	- Grundprinzipien der Medikamentenaufnahme - weitere Inhalte fallen in die Domäne der Verantwortung	- Abfragen - Klausur - Beobachtbar am Verhalten des Berufslerners
2	Der Berufslerner kennt mögliche Komplikationen bei (z.B. o.g.) Pflegehandlungen	- erwünschte und unerwünschte Wirkungen und Wechselwirkungen von Medikamenten (exemplarisch) - Pflegerische Interventionen mit ihren Wirkungen und möglichen Komplikationen	- beobachtbare Handlungen - reproduzierbares Wissen (Klausur,...)
3	Der Berufslerner soll Fakten-Methoden- & Begründungswissen über die Ziele, Wirkungsweisen und Durchführungsmodalitäten der Pflegetechniken erwerben	- wie Pkt. 2 - Wissen über vielfältiges Spritzenmaterial - Kenntnisse über verschiedene Injektionstechniken, -arten, & -orte	- reproduzierbares Wissen (Fallbeispiel)

3.2.4 Lernziele/-inhalte in der Domäne des Verantwortens (Haltungen, Einstellungen)

VERANTWORTEN			
Nr.	Lernziele	Lerninhalte	Überprüfbar durch
1	Der Berufslerner ist in der Lage seine Entscheidungen und die darauf folgenden Handlungen dem Patienten und anderen gegenüber zu begründen 	- Haftungsrechtliche Grundlagen - o.g. Wissensgrundlagen	Schriftliche & mündliche Begründungsformulierungen (Praxisbericht, Kadex, ...)
2	Der Berufslerner ist sich über die Bedeutung der Durchführungsverantwortung bewusst	- Haftungsrechtliche Grundlagen	Beobachtung der Interaktion des Berufslerners mit dem Patienten
3	Der Berufslerner besitzt eine ethisch- moralischen Grundhaltung 	- Fallbeispiele zu ethischen Problemstellungen 	Ethische Diskurse

3.2.5 Lernziele/-inhalte in der Domäne des Bewältigens (Selbstsorge-Strategien)

BEWÄLTIGEN			
Nr.	Lernziele	Lerninhalte	Überprüfbar durch
1	Der Berufslerner besitzt eine ethisch- moralischen Grundhaltung 	- Fallbeispiele zu ethischen Problemstellungen 	Ethische Diskurse
2	Der Berufslerner überwindet seine eigene Hemmschwelle vor invasiven Pflegeverrichtungen	- positive Fallbeispiele, die dem Berufslerner die Notwendigkeit der Pflegeverrichtung verständlich machen 	Beobachtbares Verhalten während der Pflegeverrichtung
3	Der Berufslerner akzeptiert mögliche Komplikationen, als Tatsache, die außerhalb seines Einflussbereiches liegen	- Angebote für Bewältigungsstrategien 	Äußerer Eindruck 
4	Der Berufslerner ist sich seiner Machtposition bewusst	- Fallbeispiele zu ethischen Problemstellungen 	Beobachtbares Verhalten während der Pflegeverrichtung
Anmerkung: Denkbar ist eine supervisorische Begleitung während der ganzen Ausbildung			

3.2.6. *Begründungen zu den Ziel-Entscheidungen (Lernzielauswahl, Lernzielfolge), und Erläuterungen zu den Lerninhalts-Angaben*

Die Lernzielformulierungen richten sich an der epochalen Steigerung der angestrebten Ausbildung der Basiskompetenz aus. Die pflegerisch - therapeutische Kompetenz ist in ihrer Gesamtheit so komplex, dass diese Vorgehensweise als sinnvoll erscheint. Diese allgemeine Befähigung pflegerisch-therapeutische Maßnahmen durchzuführen, Situationen richtig einzuschätzen, auf Situationen adäquat zu reagieren und die damit verbundene Verantwortung zu tragen, ist ein wesentlicher Bestandteil des Berufes Pflege.

Um allen Dimensionen dieser Kompetenz gerecht zu werden, ist die dargestellte Formulierung der Ziele notwendig. Der Kreis schließt sich dadurch, dass viele Optionen, mit denen die Ziele überprüft werden, gleichzeitig als Mittel der Kompetenzbildung dienen. Unsere ausgewählte Themenstellung: „Verabreichen einer intramuskulären Injektion“, dient in diesem Zusammenhang als exemplarisches Beispiel, da alle Dimensionen, der von uns definierten Handlungskompetenz, bedient werden.

3.3. Empfehlungen zur Lehr-Lern-Organisation

Einleitung: Die Regeln des Erfahrungslernens und einige Ergebnisse der Neurowissenschaften unterstützen die Regelung, mit der Anschauung des ‚meisterlichen‘ Handelns oder gegebenenfalls mit einer leichter überschaubaren Variante zu beginnen.

Dies erfordert im Idealfall eine Hospitation (dem Meister bei der Arbeit zuschauen) oder eine Videodokumentation, ersatzweise eine Vorführung oder Demonstration (Originalschauplatz ohne Ernstfall etc.). An die Stelle eines solchen Einstieges kann auch eine authentische Falldarstellung treten.

Da injizieren von Medikamenten eine einfache Struktur hat, aber mehrere praktisch-technische Teilfähigkeiten erfordert, liegt der Schwerpunkt zunächst in dem Erwerb des Handlungsmusters; dann können spezielle Übungen zur Wahrnehmung, zur Interaktion, zur Reflexion, zur Schulung des Verantwortens und Bewältigens greifen.

Die damit geforderte Gründlichkeit kann didaktisch erreicht werden, durch ein mehrfaches Durchlaufen der Handlungskette: Demonstrieren-Analysieren-Nachspielen-Studieren-Rollenspielen mit abschließender Bewusstmachung der Muster oder Prinzipien (für das Injizieren von Medikamenten).

Wichtig ist insbesondere, die bereits existierenden Muster für Verabreichen von Medikamenten (allgemein), aus Selbsterfahrung, laienhafter Anwendung und aus der Berufsarbeit, aufzugreifen und die Transformation in professionelle Handlung in Gang zu setzen (Prinzip des ‚fraktalen Lernens‘).

Wenn diese Muster stehen, können die für das Kompetenzlernen aus der Erfahrung nötigen Theorien und Praktiken für die Bewältigung der Handlungsschritte folgen (sc. Watzlawick, Schulz von Thun, Howard Gardner, Thomas Gordon...).

Die Dimension der Verantwortung kann erst nach Erreichen der Basiskompetenz wachsen. Die Dimension der Bewältigung wächst stetig mit dem wiederholten Durchlaufen der Handlungskette, bis diese Dimension vollständig erreicht ist. (sog. reflektierbare Routine als Selbstschutz)

3.3.1. Art der vorgeschlagenen Lernsituation

Lernsituationen sind vielfältig und Fallübergreifend möglich. Sinnvoll wären zwei Fallbeispiele mit jeweils unterschiedlichem Verlauf aufzugreifen (bestmöglichst von den Berufslernern selbst; um einen realen Praxisbezug herzustellen), und diese über die Dauer der Ausbildung aus verschiedenen Perspektiven zu beleuchten.

Das können z.B. eine erfolgreich durchgeführte Injektion, ohne Komplikationen und eine misslungene Injektion mit erheblichen Komplikationen und Spätfolgen sein. Besonderes Augenmerk ist hierbei auf die Unterschiede im Umgang mit der Situation zu legen, da hier die ersten Hinweise auf Bewältigungsstrategien zu finden sind. Mit der Erfahrung als Berufslerner mit den zuvor aufgetretenen Erwartungen und Bedenken sowie den empfundenen Belastungen und Erleichterungen, kann man in die Problematik des Machens einsteigen (Perspektivenwechsel).

3.3.2. Skizze zur Organisation der Lernsituation (Dauer, Epochen...)


Unser didaktisches Konzept kann wie folgt skizziert werden.:

Es ist zweckmäßig die Basiskompetenz, pflegerisch-therapeutische Kompetenz' in mehreren Epochen herzustellen; dazu ist es wichtig, im Vorfeld (etwa vom Einführungsblock bis zum zweiten Drittel des ersten Jahres) Situationen, bei denen Medikamente verabreicht wurden, Verbände angelgt, Nasensonden gelegt wurden, zu sammeln. Die Schüler sollen diese Ereignisse festhalten; sie können auch in den Reflexionen zu den ersten Praktika thematisiert werden. Dann kann eine systematische Auswertung der Notizen in der Auseinandersetzung und eventuellem Vergleich mit der oben genannten Story (siehe Handlungssituation) erfolgen. Wichtig ist, dass nur vergleichbare Situationen miteinander in Korrelation gesetzt werden; dazu gehört, dass die gelungene Pflegemaßnahme/therapeutische Maßnahme in Szene gesetzt wird, das Videobeispiele oder Lehrfilme zur Hand sind o.a.

Im nächsten Schritt kann eine Einteilung der Kompetenz in Teilkompetenzen erfolgen.

Die hierfür angedachten Epochen sind in einer sinnvollen Staffelung von leicht nach schwer angeordnet. Inhaltlich begleitend zu den reinen „Techniken“ werden die entsprechenden theoretischen Wissensgrundlagen vermittelt. (z.B. Grundprinzipien der Medikamentenaufnahme, allg. Grundsätze zum Injizieren, ethische Problemfelder,...)

Pflegerisch:

1. Leichte Fixierungsverbände (Fingerverband, Fußverband, Augenverband,...) **(4h)**
2. Hautpflegemittel (Lotionen, Cremes,...) **(benötigt keine spezielle h-Anzahl)** 
3. Wundverbände (Hydrokolloidverbände, aseptische & septische Verbände,...) **(4h)**
4. Kompressionsverbände (n. Fischer, n. Pütter, ...) **(4h)**
5. Sonden legen (Katheterismus & Magensonde) **(8h)**

Therapeutisch:

1. Salben & Pasten auftragen **(2h)**
2. **Verabreichen Medikamente** (oral und **körperinvasiv: subcutan, intramuskulär**) **(18h)**
3. Sondennahrung (Magensonde oder PEG) **(8h)**
4. Infusionstherapie **(6h)**
5. Transfusionstherapie **(2h)**
6. Verabreichen von Chemotherapeutika **(4h)**

Im Laufe aller drei Ausbildungsjahre erfolgt die Fundierung der Basiskompetenz durch die stetige Anwendung der in der Basiskompetenz angelegten Prinzipien (epochale Steigerung) in der Praxis. Entscheidend ist hierbei die stetige Lernbegleitung und stichpunktartige Kontrolle durch die Praxisanleiter und Lehrkräfte. Trainiert wird die Aufgabenstellung einerseits in der Praxis selbst, andererseits durch Erstellung von papierenen Lernhilfen, die Verknüpfungen von didaktischen Entscheidungen mit Voraussetzungen der Schüler einerseits und Theorien / Modellen andererseits (z.B. mentales Training, Problemlösetheorie, Konfliktbearbeitung...) ermöglichen. Hierzu kommen schwerpunktmäßig die Auseinandersetzung mit der Verantwortung gegenüber dem Patienten und mit den Strategien zur Förderung der eigenen emotionalen Stabilität...

3.3.3. *Charakterisierung der Gestaltung der Phasen gemäß Puzzle-Grafik*




1. Hospitation: Wie im Vorfeld bereits angedeutet, erfolgt eine Hospitation bei einer erfahrenen Pflegefachkraft bereits in den ersten Praxiseinsätzen auf den entsprechenden Stationen des Ausbildungsortes. Für einige wenige Fälle in denen ein derartiges Zuschauen nicht möglich war, kann ersatzweise ein Lehrfilm (o.ä.) gezeigt werden.

2. Lernfeld betreten: Die Berufslerner setzen ihre in der Praxis gesammelten Erfahrungen/ Eindrücke in der Theorie ein. D.h. sie studieren die angestrebte Basiskompetenz an einem Fallbeispiel. Hierbei kann ein erster Transfer zwischen Praxis und Theorie hergestellt werden.

3. Praktikum: Die Berufslerner setzen das gesammelte Wissen in reelle Handlung um. Dies geschieht z.B. bei Anleitungssituationen (Probieren unter Anleitung) oder bei für den Patienten wenig gefährlichen Pflegemaßnahmen (z.B. Pflegelotion auftragen)

4. Reflexion: Die Auswertung der Praktikumsphase erfordert auch eine Präsentation des Kompetenzzuwachses. Dabei werden auch Elemente für die weitere Ausbildung (Ergänzungen, Erweiterungen, Trainings...) herausgeschält. Besondere Relevanz erhält diese Phase für das Erkennen von Bewältigungsstrategien und Verantwortungsdimensionen. Die Reflexion ist im Wesentlichen auch für ein Aufdecken von Lücken (oder Fehlern) in der Ausführung von Bedeutung.

Je nach Ergebnis der Reflexion erfolgt eine Rückkopplung zur Hospitations- oder Theoriephase bei der Lücken ausgeglichen werden können. Bei Fehlerfreiheit lässt sich bereits ein Ensemble von Mustern für die Arbeitsschritte als RICHTIGE Muster verankern. (erneutes durchlaufen der Handlung auf einem höheren Niveau) 

3.3.4. *Ideen zur Prüfung der Basiskompetenz*

1. Begleitende Anleitung des Berufslerners in einer entsprechenden Handlungssituation (i.m.- Injektion; Verbandwechsel,...)
2. Durch gezielte Aufgabenstellung für die Praxis (schriftliche Dokumentation einschließlich Reflexion)
3. Schriftliche Klausur (Reproduktion der Handlungskette)

3.3.5. *Perspektiven für die Erweiterung der BK zur Leistungskompetenz*

1. Die besondere Ausprägung dieser Kompetenz beispielsweise als Pflegefachkraft auf einer Psychiatrischen Station, wo besondere Anforderungen an Verabreichungstechniken und an das Wissen um die Wirkung von Medikamenten gestellt wird, kann als ‚Leistungskompetenz‘ definiert werden.
2. Eine weitere Art der Leistungskompetenz stellt die Fähigkeit dar, Schüler, Patienten und deren Angehörige in den Umgang mit Medikamenten einzuführen, Verabreichungstechniken zu vermitteln und entsprechend anzuleiten.

4. Eingangsqualifikationen für das Betreten der Lernsituation

- Grundlagen der Anatomie
- Wissen über das in der Pflegeeinrichtung übliche Dokumentationssystem
- hygienische Grundlagen
- allgemeine Beobauungskriterien (Beobachtung Haut, Vitalzeichen, vegetative Parameter,...)

5. Kurzer Bericht: "Erfahrung mit dieser CE"

Es war gut, die Option zu haben, diese Curriculumentwicklung in einer Gruppenarbeit zu machen. Dadurch war eine konstruktive und produktive Arbeit möglich. Durch das ständige Hinterfragen, neue Ideen einbringen und gegenseitige Bestätigung gestaltete sich die Arbeit als sehr konstruktiv.

In unserer Gruppenkonstellation herrschte eine entspannte Arbeitsatmosphäre, welche ein druckfreies Arbeiten ermöglichte und sogar Spaß aufkommen ließ.

Die Paararbeit hatte den Vorteil, dass schnelle Einigung bei Unstimmigkeiten, bezüglich Inhalt oder Formulierungen, möglich war.

6. Literaturnachweis

Muster 1: Zeitschriftenaufsatz:

AGENDA 21: "Konferenz der vereinten Nationen für Umwelt und Entwicklung im Juni 1992 in Rio de Janeiro. Dokumente Agenda 21". In: Umweltpolitik - Eine Information des Bundesumweltministeriums. Bonn 1992

Muster 2: Buch:

ATKINSON, J.W.: An introduction to motivation. New York 1964.

- BADER, R.; MÜLLER, M.: Leitziel der Berufsausbildung: Handlungskompetenz. Anregungen zur Ausdifferenzierung des Begriffs. In: Die berufsbildende Schule Jg. 54 (2002) 6, S. 176-182
- HURRELMANN, K.: Einführung in die Sozialisationstheorie (1986).7. Aufl. Weinheim: Beltz 2001
- KERNGRUPPE CURRICULUM Integrative Pflegeausbildung. Das Stuttgarter Modell. Auszüge aus dem *Pflegeberuflichen und Pädagogischen Begründungsrahmen*. Hrsg. der Kerngruppe Curriculum. Stuttgart: Modellschule am Boschkrankenhaus Stuttgart 2003
- MAGER, R.; BEACH, K.: Kursentwicklung für die Berufsausbildung. Weinheim: Beltz 1972
MEYER, H.: Trainingsprogramm zur Lernzielanalyse. Frankfurt: Athenäum Fischer 1974
- ROBINSON, S. B.: Bildungsreform als Revision des Curriculum und ein Strukturkonzept für Curriculumentwicklung, Neuwied, Berlin: Luchterhand 1967
- URBAN & FISCHER Pflege Heute 1. Auflage
- OLAF KIRSCHNICK Pflege-Techniken von a-z 2. überarbeitete Auflage
THIEME Schritt für Schritt in Wort und Bild
- O. FAUST, K. MÜNCH Pflegen können, Band 1
KOHLHAMMER VERLAG Curriculum für die theoretische Ausbildung in der Pflege
- U. OELKE, M. MENKE Gemeinsame Pflegeausbildung
HANS HUBER VERLAG Modellversuch und Curriculum für die theoretische Ausbildung in der Alten-, Kranken- & Kinderkrankenpflege

7. Erklärung

Hiermit bestätigen wir, die vorliegende Arbeit in Paarbeit eigenständig verfasst zu haben und nur die im Literaturnachweis aufgeführten Hilfsmittel benutzt zu haben!

Ulrike Dengel

Jens Franke