

# Zweitveröffentlichung/ Secondary Publication



Staats- und  
Universitätsbibliothek  
Bremen

<https://media.suub.uni-bremen.de>

Darmann-Finck, Ingrid ; Muths, Sabine ; Partsch, Sebastian

Entwicklung eines Nationalen Mustercurriculums „Kommunikative Kompetenz in der Pflege“

Journal Article as: peer-reviewed accepted version (Postprint)

DOI of this document\* (secondary publication): <https://doi.org/10.26092/elib/3284>

Publication date of this document: 06/09/2024

\* for better findability or for reliable citation

## Recommended Citation (primary publication/Version of Record) incl. DOI:

Entwicklung eines Nationalen Mustercurriculums „Kommunikative Kompetenz in der Pflege“  
Ingrid Darmann-Finck, Sabine Muths, and Sebastian Partsch  
PADUA 2017 12:4, 265-274. Hogrefe. DOI: <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000390>

Please note that the version of this document may differ from the final published version (Version of Record/primary publication) in terms of copy-editing, pagination, publication date and DOI. Please cite the version that you actually used. Before citing, you are also advised to check the publisher's website for any subsequent corrections or retractions (see also <https://retractionwatch.com/>).

Diese Artikelfassung entspricht nicht vollständig dem in der Zeitschrift PADUA veröffentlichten Artikel unter <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000390>. Dies ist nicht die Originalversion des Artikels und kann daher nicht zur Zitierung herangezogen werden.

This document is made available with all rights reserved.

## Take down policy

If you believe that this document or any material on this site infringes copyright, please contact [publizieren@suub.uni-bremen.de](mailto:publizieren@suub.uni-bremen.de) with full details and we will remove access to the material.

# Entwicklung eines Nationalen Mustercurriculums „Kommunikative Kompetenz in der Pflege“

Ingrid Darmann-Finck, Sabine Muths und Sebastian Partsch

In einem vom Bundesministerium für Gesundheit finanzierten Projekt wird ein Mustercurriculum zur Förderung der kommunikativen Kompetenzen in der Pflegeausbildung entwickelt. Im vorliegenden Beitrag werden zunächst die vorbereitenden Erarbeitungsschritte und ausgewählte Analyseergebnisse für einen empirisch und theoretisch fundierten Begründungsrahmen des Mustercurriculums zusammengefasst. Im Anschluss wird der gegenwärtige Stand des Mustercurriculums, nämlich das inzwischen vorliegende Rahmencurriculum, vorgestellt und an Beispielen erläutert.

## 1. Einleitung

Seit 2008 wird an der Entwicklung und Umsetzung des Nationalen Krebsplans gearbeitet. In Handlungsfeld 4 „Stärkung der Patientenorientierung“ wird mit dem Ziel 12a erklärt, dass „alle in der onkologischen Versorgung tätigen Leistungserbringer (...) über die notwendigen kommunikativen Fähigkeiten zu einem adäquaten Umgang mit Krebspatienten und ihren Angehörigen“ verfügen sollen. Nachdem für die Vermittlung kommunikativer Kompetenzen in der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung bereits ein vorläufiges Mustercurriculum vorliegt, soll nun in einem weiteren, beim Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen in Auftrag gegebenen Projekt auch ein entsprechendes Mustercurriculum für die Pflegeausbildung entstehen. Das Curriculum soll sich dabei nicht nur auf die Kommunikation mit onkologischen Patientinnen und Patienten beschränken, sondern bezieht sich auf die Kommunikation und Beratung mit bzw. von Menschen aller Zielgruppen. Das Mustercurriculum soll 180–200 Unterrichtsstunden umfassen und für die Überarbeitung der schuleigenen Curricula im Rahmen der Umstellung auf die generalistische Pflegeausbildung als Best Practice Beispiel zur Verfügung stehen. In der Anlage 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung des Entwurfs des Pflegeberufsgesetzes (BMG/BMFSFJ 2016) sind derzeit (Frühjahr 2017) für den Kompetenzbereich II

„Kommunikation und Beratung personen- und situationsorientiert gestalten“ insgesamt 300 Stunden vorgesehen. Davon entfallen jeweils 120 Stunden auf den Bereich „Kommunikation und Interaktion mit Menschen aller Altersgruppen und ihren Bezugspersonen personen- und situationsangemessen gestalten und eine angemessene Information sicherstellen“ (II.1) sowie auf den Bereich „Information, Schulung und Beratung bei Menschen aller Altersgruppen verantwortlich organisieren, gestalten, steuern und evaluieren“ (II.2). Das Mustercurriculum wird folglich nur einen Teil des Unterrichts, nämlich 90–100 Stunden pro Kompetenzbereich umfassen und den Schulen damit auch noch Freiräume für schulspezifische Lernangebote eröffnen.

## 2. Hintergrund

Eine im Rahmen der Arbeit am Nationalen Krebsplan durchgeführte Ist-Analyse der Vermittlung kommunikativer Kompetenzen in der pflegerischen Aus-, Fort-, und Weiterbildung auf der Basis einer Dokumentenanalyse unterschiedlicher Curricula kam zu dem Ergebnis, dass die Förderung kommunikationsrelevanter Kompetenzen zwar durchgehend in den Curricula für die Pflegeausbildung verankert ist, dass aber sowohl der Umfang an dafür aufgewendeten Stunden als auch die angebotenen Methoden und Inhalte sehr heterogen sind (Weis et al., 2012). Mit dem Mustercurriculum soll eine stärkere Vereinheitlichung und Qualitätsverbesserung in diesem für die zu pflegenden Menschen, ihre Zufriedenheit und die zu erzielenden Versorgungsergebnisse hochrelevanten Kompetenzbereich erreicht werden (McCarthy 2014; Müller-Mundt/Schaeffer 2011; Shattell 2004).

Studienergebnisse belegen die Wirksamkeit von z. B. schülerzentrierten und erfahrungsbezogenen Unterrichtsmethoden; letztlich ist aber offen, welche Art, Dauer und Intensität an Interventionen am effektivsten für den Erwerb von kommunikativen Kompetenzen ist (Barth/Lannen 2011; McGilton et al., 2009; Moore et al., 2013). In den Studien zur Evaluation der Wirksamkeit von Interventionen zur Förderung der kommunikativen Kompetenz in der Pflegeausbildung werden außerdem lediglich punktuelle Lehr-/Lernangebote untersucht, während sich das zu entwickelnde Mustercurriculum auf die gesamte dreijährige

Ausbildung bezieht und damit die einmalige Chance besteht, einen umfassenden und systematischen Kompetenzaufbau über drei Jahre hinweg zu gestalten. In den Studienergebnissen finden sich auch keine Hinweise darauf, anhand welcher Teilkompetenzen und Inhalte und in welcher Reihenfolge der Kompetenzaufbau erfolgen sollte. Das Mustercurriculum bezieht sich daher stark auf theoretische Begründungen. Anhaltspunkte für relevante Teilkompetenzen lassen sich aus dem europäischen Health Professions Core Communication Curriculum (HPCCC) entnehmen (Bachmann et al., 2012). Allerdings sind diese Ziele nicht spezifisch für die Pflegeausbildung. Das HPCCC kann aber genutzt werden, um die im Rahmen des Projekts ermittelten Kompetenzziele damit abzugleichen und ggf. Lücken zu identifizieren.

### 3. Methodisches Vorgehen und Ergebnisse ausgewählter vorbereitender Analysen

Das methodische Vorgehen im Projekt orientierte sich an den von Knigge-Demal (2001) empfohlenen Konstruktionsschritten für die Entwicklung von Curricula (vgl. Abb. 1). Wie diese für das Mustercurriculum umgesetzt wurden, soll in diesem Kapitel zunächst für die ersten drei eher vorbereitenden Konstruktionsschritte erläutert werden. Die letzten beiden Schritte, die unmittelbar zum Curriculum führen, werden in Kapitel 4 dargestellt.

Die Entwicklung des Mustercurriculums „Kommunikative Kompetenz“ bezieht sich auf das Modell der Interaktionistischen Pflegedidaktik (Darmann-Finck 2010). Dieser pflegedidaktische Ansatz stützt sich theoretisch auf die Kritische Theorie der Pflegewissenschaft (Friesacher 2008), die kritisch-konstruktive Didaktik (Klafki 1993) und die Bildungsgangdidaktik (Meyer 2008). Diesem bildungstheoretischen Konzept entsprechend wird Bildung als Entwicklung eines „multidimensionalen Selbst- und Weltverständnisses“ (Klafki 1993, S. 53) und einer „ausbalancierenden Ich-Identität“ (Darmann-Finck 2010, S. 157) verstanden. Im Mustercurriculum wird dieses übergeordnete Ziel u. a. insofern systematisch verfolgt, als die Lernenden von Beginn der Ausbildung an mit sog. Lerninseln konfrontiert werden. Als Lerninseln werden fallbezogene Unterrichtseinheiten bezeichnet, die auf typischen multidimensionalen beruflichen Problem-, Konflikt- und Dilemma-Situationen basieren.

Um zu den Zielen und Inhalten des Mustercurriculums zu gelangen, wurde eine umfassende Literaturrecherche

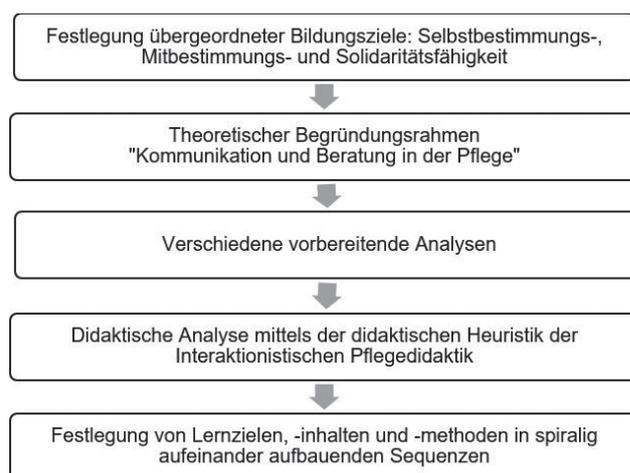


Abbildung 1. Methodisches Vorgehen bei der Curriculumentwicklung (angelehnt an Knigge-Demal 2001, S. 45).

zu den Themen Kommunikation und Information/Schulung/Beratung (in der Pflege) durchgeführt und ein pflegewissenschaftlicher Begründungsrahmen „Kommunikative und beraterische Kompetenz“ entwickelt. Eine gründliche pflege- bzw. bezugswissenschaftliche Fundierung ist unabdingbar, weil gegenwärtig nicht genügend geklärt ist, worin die Spezifika pflegerischer Kommunikation und Beratung etwa bezogen auf strukturelle Aspekte, Anlässe und Ziele tatsächlich bestehen (können). Der auf dieser Grundlage entwickelte empirische und theoretische Rahmen dient sowohl als fachwissenschaftliche Basis für die Ableitung und Begründung der in der Ausbildung zu vermittelnden Kompetenzen als auch als Heuristik, um weitere Kompetenzanforderungen im beruflichen Handlungsfeld durch empirische berufswissenschaftliche Analysen ermitteln zu können.

Der theoretische Begründungsrahmen wurde auf drei Abstraktionsebenen entfaltet (in Anlehnung an Rechten 2004). Auf der *obersten Abstraktionsebene* sind pflegetheoretische Ansätze angesiedelt, die einen normativ gehaltenen Rahmen pflegerischer Kommunikation bieten (z.B. Friesacher 2008). Ein normativer pflegetheoretischer Bezugsrahmen ist erforderlich, um den in praxeologischen Ansätzen zum Teil enthaltenen Verengungen insbesondere vor dem Hintergrund eines durch Macht- und Herrschaftsbeziehungen gekennzeichneten Handlungsfelds ein Korrektiv entgegenzusetzen zu können. Wichtige Bezugspunkte sind die Konzepte der Verständigungsorientierung (Habermas 1982a; 1982b), der Anerkennung (Honneth 1992), der nicht-paternalistischen Fürsorge (Remmers 2000), der Anwaltschaft (Gadow

Tabelle 1. Systematisierung Kommunikationstheorien (vgl. Baxter/Braithwaite 2008)

Individuumszentrierte Theorien	Interaktionszentrierte Theorien	Beziehungszentrierte Theorien
Individuelle Planung, Produktion und Durchführung von kommunikativen Botschaften, v.a. psychologische Theorien und Befunde zu Patienten wünschen oder Kommunikationsstilen von Pflegefachpersonen	Inhalt, Formen und Funktionen von kommunikativen Botschaften, v.a. linguistische, systemtheoretische, sozialwiss. Theorien und Befunde zur strukturellen Ungleichheit und zu Machtstrukturen	Aufbau, Aufrechterhaltung und Beendigung von Beziehungen, hier Fokus: Pflegebeziehung, v.a. Pflege-theorien, z.T. Theorien aus psychotherap. Kontext, Befunde zu z.B. Gefühlsarbeit und Empathie

**Tabelle 2.** Parameter effektiver Information – Schulung – Beratung

Information	Schulung	Beratung
Qualität der Inhalte von Patienteninformationen (Evidenzbasierung) sowie Verständlichkeit der Darstellung und Zielgruppenorientierung	Qualität der Inhalte (Evidenzbasierung), Gestaltung eines zielgerichteten Lehr-/Lernangebots, Stärkung von Eigenverantwortung	Rahmenbedingungen und Infrastruktur, theoretische und konzeptionelle Fundierung, Qualität der Beratungsinhalte (Evidenzbasierung), Phasen des Beratungsprozesses, Fokus systemische Beratungstheorien.

1980) und der Verschränkung von Körper und Leib (Gututzer 2014).

Auf der zweiten Abstraktionsebene werden Theorien der interpersonellen Kommunikation bzw. Theorien zur Beratung angeführt. Ein Konzept zur theoretischen Begründung pflegerischer Kommunikation, das die verschiedenen Facetten pflegerischer Kommunikation umfassend berücksichtigt, gibt es gegenwärtig nicht. Insofern wurde im Rahmen des Projekts auf unterschiedliche theoretische Ansätze aus den Bezugswissenschaften zurückgegriffen, die systematisiert und im Hinblick auf ihre Eignung für den Pflegeberuf geprüft wurden. Für die Systematisierung der Kommunikationstheorien wurde die von Baxter/Braithwaite (2008) vorgenommene Differenzierung herangezogen. Danach werden 1. Individuumszentrierte Ansätze, 2. Interaktionszentrierte Ansätze und 3. Beziehungszentrierte Ansätze unterschieden. Die zusammengefassten Ergebnisse lassen sich Tab. 1 entnehmen. Den Besonderheiten pflegerischer Kommunikation wurde im Bereich der interpersonellen Kommunikation dadurch Rechnung getragen, dass ergänzend auch Ergebnisse von empirischen Studien zur pflegerischen Kommunikation hinzugezogen wurden.

Patientenedukation ist inzwischen zu einem unerlässlichen Bestandteil pflegerischen Handelns und pflegerischer Ausbildung geworden. Hier lassen sich die Bereiche Information – Schulung – Beratung differenzieren. Für diese Bereiche konnten überwiegend pflegewissenschaftliche theoretische und empirische Arbeiten recherchiert und die Parameter einer effektiven Information/Schulung/Beratung zusammengefasst werden (vgl. Tab. 2). Aufgrund der Komplexität des Aufgabenfeldes der Beratung wurde im Rahmen des Projekts die Entscheidung getroffen, dass in der Erstausbildung in erster Linie die Kompetenz erworben werden soll, einfache Beratungssituationen zu gestalten. Um einfache von komplexen Beratungssituationen abgrenzen zu können, wurden die Beratungssituationen nach Beratungsanlässen (Büscher et al. 2016, S.12), den Charakteristika der hilfe-/pflegebedürftigen Menschen oder der pflegenden Angehörigen (AACN o.J.) und den zum Einsatz kommenden Interventionslogiken unterschieden (Schaeffer/Dewe 2006). Bei einfachen Beratungssituationen liegt der Schwerpunkt auf zu pflegende Menschen, die auf viele Ressourcen zurückgreifen können, nur eine geringe Vulnerabilität aufweisen und deren Pflegesituation stabil ist, außerdem erfolgt die Problemlösung überwiegend durch Wissensvermittlung. Selbstverständlich müssen Pflegenden nach einer dreijährigen Ausbildung auch

mit zu pflegenden Menschen, die komplexere Anforderungen aufweisen, situativ interagieren können. In solchen Situationen einen ergebnisoffenen Beratungsprozess zu gestalten, erfordert jedoch, wie in anderen sozialen Berufen auch (z.B. Sozialarbeit, Psychologie) eine auf der beruflichen Erstqualifizierung und anschließender Erfahrung aufsetzende Weiterbildung.

Ausgehend von einer Bewertung der Theorien der zweiten Abstraktionsebene wurden schließlich auf einer dritten Abstraktionsebene praxeologische Instrumentarien und Haltungen bzw. konkrete Kommunikations- bzw. Beratungskompetenzen abgeleitet, die für Pflegefachpersonen relevant sind. Diese Kompetenzen wurden unter der Fragestellung ermittelt, welchen Beitrag die theoretischen Ansätze und empirischen Befunde zur Konstituierung einer pflegespezifischen Kommunikations- und Beratungskompetenz leisten können. Aus diesem Arbeitsschritt resultierte ein umfassender Katalog an Kompetenzen.

Ergänzend zu dem so entwickelten theoretischen Rahmen und dem daraus abgeleiteten Kompetenzkatalog wurden zur Vorbereitung der Konzeption des Curriculums eine Analyse der Lernvoraussetzungen der Schüler/innen sowie Recherchen zu Best Practice Beispielen zur Förderung der kommunikativen und beraterischen Kompetenz von Pflegenden und zu den Bedürfnissen und Erwartungen von zu pflegenden Menschen hinsichtlich Kommunikation und Beratung von Pflegenden durchgeführt. Des Weiteren wurden anhand von zwei Fokusgruppen mit Teilnehmenden einer Fachweiterbildung Onkologie zentrale Schlüsselprobleme in der Versorgung von Menschen mit onkologischen Erkrankungen erhoben. Mit diesen Ergebnissen wurde (sofern nicht ohnehin schon enthalten) der erarbeitete theoretische Rahmen zu „Kommunikation und Beratung in der Pflege“ ergänzt. Abschließend wurde der vor diesem Hintergrund entwickelte Kompetenzkatalog mit dem HPCCC (s.o.) abgeglichen.

Im Anschluss wurde der Kompetenzkatalog in die heuristische Matrix der Interaktionischen Pflegedidaktik (Darmann-Finck 2010, S.169–186) überführt und bezogen auf die darin enthaltenen Bildungspotenziale strukturiert. Die dadurch eingeführten gliedernden Strukturen wurden auch für das Curriculum genutzt.

#### 4. Aufbau des Mustercurriculums

Das Mustercurriculum ist anhand des curricularen Prinzips der Situationsorientierung strukturiert und integriert

drei unterschiedliche Zieldimensionen sowie jeweils spezifische didaktisch-methodische Realisierungsformen (4.1). Die drei Zieldimensionen lassen sich außerdem inhaltlich anhand von vier didaktischen Perspektiven ausdifferenzieren (4.2). Über die dreijährige Ausbildung hinweg wird ein spiralförmiger Kompetenzaufbau angelegt (4.3).

#### 4.1 Strukturierung anhand von beruflichen Aufgabenstellungen und Kompetenzdimensionen

Dem Mustercurriculum liegt das strukturbildende Prinzip der Situationsorientierung als übergeordnetes Prinzip zugrunde (Reetz/Seyd 2006; Lipsmeier 2015). Demzufolge sind Curricula anhand von komplexen beruflichen Aufgabenstellungen zu strukturieren (ebd.). Diese Form der curricularen Strukturierung bietet gute Voraussetzungen für die Entwicklung von Lehr- / Lernangeboten, mit denen ein anwendungsbezogener und praxisorientierter Wissens- und Kompetenzaufbau ermöglicht wird.

Dem Modell der Interaktionistischen Pflegedidaktik folgend lassen sich die im Rahmen des Mustercurriculums zu vermittelnden Kompetenzen in drei Kompetenzdimensionen gliedern, nämlich in

- *Kompetenzen der Problemanalyse und -lösung* anhand von Regelwissen sowie zum regelgeleiteten Kommunikations- bzw. Beratungshandeln,
- *Hermeneutische Kompetenzen* bezogen auf individuelle Gefühle, Sichtweisen, Motive und Werte sowie die *Kompetenz zur situations- und personenorientierten Gestaltung kommunikativer Aushandlungsprozesse*,
- *Kompetenzen zur Reflexion* von inneren und äußeren Widersprüchen oder Spannungsfeldern sowie zum verantwortungsbewussten Handeln.

Aufgrund der Abhängigkeit der Methoden von den intendierten Zielen können den drei Kompetenzdimensionen jeweils didaktisch-methodische Konzepte zugeordnet werden. So kann etwa *problemlösendes Denken* auf der Ba-

sis von Regelwissen sowohl anhand von fachsystematisch strukturierten Unterrichtseinheiten etwa durch systematische Wissensdarbietung oder selbstorganisiertes Lernen als auch – insbesondere, wenn es um praktische Fertigkeiten und Skills geht – anhand von handlungsorientierten Lehr- / Lernangeboten gefördert werden.

Für die Entwicklung von *hermeneutischen Kompetenzen* sind z.B. Wahrnehmungs- und Einfühlungsübungen, Rollenspiele oder andere Darstellungsformen von Deutungsoptionen in ihrer Variationsbreite geeignet, die auf Selbst- wie auch auf Fremdverstehen zielen können.

*Kompetenzen der Reflexion* und des Handelns in widersprüchlichen Anforderungssituationen können anhand von Schlüsselproblemen der Berufswirklichkeit bzw. Lerninseln sowie von auf Reflexion abzielenden Unterrichtseinheiten, die nicht auf komplexen Fällen basieren, angeeignet werden. Dabei können vor allem Methoden zur Anwendung kommen, die das dialektische Prinzip aufnehmen, z.B. Pro- und Contradiskussionen, Provokationen oder die dialektische Bearbeitung von Texten.

Sog. Lerninseln stellen ein Kernelement des Mustercurriculums dar. Dabei handelt es sich um Unterrichtseinheiten, die auf Schlüsselproblemen der Berufswirklichkeit beruhen. Als Schlüsselprobleme werden die für ein Handlungsfeld typischen, multidimensional angelegten, strukturell bedingten Problem-, Konflikt- oder Dilemmasituationen bezeichnet. Sie können nur teilweise anhand von Regelwissen bewältigt werden; vielmehr erfordert die Bearbeitung außerdem hermeneutische Kompetenzen sowie die Fähigkeit zur Gestaltung von kommunikativen Aushandlungsprozessen und vor allem die Fähigkeit, widersprüchliche Anforderungen zu erkennen, auszuhalten und unter kriteriengeleiteter Abwägung der Handlungsfolgen situativ geeignete Handlungsoptionen auszuwählen (Beispiele für Lerninseln Muths 2013; Darmann-Finck / Muths 2010; Darmann-Finck 2010, S. 190 – 200).

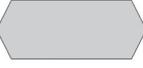
KOMPETENZDIMENSION	SYMBOL	DIDAKTISCH-METHODISCHE FORM
Problemanalyse und -lösung		<b>fachsystematisch</b> strukturierte Lerneinheiten (LE), die auf die <b>Vermittlung von problemlösenden Kompetenzen / kognitiven Fähigkeiten</b> zielen
		<b>handlungsorientierte</b> LE, die auf die Aneignung <b>von Fertigkeiten und Skills</b> gerichtet sind
Hermeneutik / Verstehen		<b>erfahrungsorientierte</b> LE, die auf die Aneignung von <b>personalen und sozialen Kompetenzen</b> zielen
Reflexion		<b>Lerninseln</b> = intendieren eine <b>multiperspektivische, kritisch-konstruktive</b> und reflexive Auseinandersetzung mit Schlüsselproblemen der Berufswirklichkeit
		LE, die auf die Fähigkeit zur <b>kritischen Reflexion</b> von Zusammenhängen abheben

Abbildung 2. Didaktisch-methodische Strukturelemente.

## 4.2 Strukturierung anhand von Perspektiven

Die drei Zieldimensionen beinhalten verschiedene Teilkompetenzen, die im Mustercurriculum entsprechend der Heuristik der Interaktionistischen Pflegedidaktik anhand der Zuordnung zu einer der vier Perspektiven differenziert werden, nämlich

- *Fähigkeiten, die sich auf die Pflegefachperson selbst beziehen:* Darunter werden erstens Fähigkeiten und Kenntnisse zusammengefasst, die Pflegefachpersonen benötigen, um Situationen in der Kommunikation mit bzw. in der Beratung von zu pflegenden Menschen regelgeleitet so gestalten zu können, dass sie sich und ihre Gesundheit nicht z. B. durch problematische Formen von Altruismus gefährden, sondern ihre eigene Ressourcen erhalten bleiben. Zweitens sollen sich die Pflege Lernenden eigener Gefühle und Vorstellungen (eigene Ängste, Antipathien, Scham u.v.m.) bewusstwerden, um sie ggf. regulieren zu können. Drittens sollen sie lernen, eigene innere Widersprüche vertiefend zu durchdringen und innere Zwänge abmildern zu können.
- *Fähigkeiten, die sich auf die zu pflegenden Menschen beziehen:* Dabei handelt es sich erstens um die Fähigkeit, sich anhand von Regelwissen die kommunikativen und beratenden Bedarfe und Bedürfnisse von zu pflegenden Menschen unterschiedlicher Zielgruppen erschließen zu können. Zweitens sollen die Pflegenden lernen, die eigene Perspektive von der des zu pflegenden Menschen zu differenzieren sowie die Gefühle und Sichtweisen von zu pflegenden Menschen in verschiedenen Lebenslagen und Pflegesituationen interpretativ verstehen zu können und drittens sollten sie ausgewählte innere Widersprüche der zu pflegenden Menschen in ihrer Widersprüchlichkeit erfassen können, um in ihrer Kommunikation bzw. Beratung die Abhängigkeit von zu pflegenden Menschen nicht zusätzlich zu verstärken bzw. diese zu verringern.
- *Fähigkeiten, die sich auf das pflegerische Handeln beziehen:* Diese Fähigkeiten beinhalten erstens die Anwendung des Pflegeprozesses bezogen auf Kommunikation und Beratung und zweitens die Fähigkeit, angepasst an die situativen und persönlichen Bedingungen zwischenmenschliche Beziehungs- und Verständigungsprozesse zu gestalten. Drittens werden Fähigkeiten gefördert, Widersprüche, die sich aus der Struktur des professionalisierten Handelns ergeben, zu reflektieren und unter Abwägung der Folgen solche Handlungsoptionen entwickeln zu können, durch die die Autonomie der zu pflegenden Menschen erhalten oder gestärkt wird.
- *Fähigkeiten, die sich auf die institutionellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen beziehen:* Diese Fähigkeiten heben darauf ab, erstens die institutionellen (z. B. unterschiedliche Settings und Abgrenzung von anderen Berufsgruppen) und gesellschaftlichen Einflüsse (z. B. den historischen, kulturellen oder sozialen Kontext) auf die pflegerische Kommunikation berücksichtigen zu können. Zweitens sollten die Lernenden in der Lage sein, institutionelle und gesellschaftliche Normen, die

kommunikative Prozesse beeinflussen, zu deuten und drittens gesellschaftliche oder institutionelle Widersprüche und Spannungsfelder zu erkennen und Handlungsspielräume auszuloten.

## 4.3 Spiraliger Kompetenzaufbau

Im Verlauf der dreijährigen Ausbildung werden Fähigkeiten bezogen auf die dargestellten vier Perspektiven von Anfang an parallel und sukzessiv aufgebaut. Innerhalb der Perspektiven steigt von Ausbildungsjahr zu Ausbildungsjahr das Anforderungsniveau. Die Kompetenzen (z. B. das deutende Verstehen der Gefühle und Sichtweisen von zu pflegenden Menschen) und kommunikations-/beratungsrelevante Unterrichtsgegenstände (z. B. Kommunikation mit Menschen mit Demenz) sind im Curriculum zu mehreren Ausbildungszeitpunkten verankert und sollen auf einem zunehmend höheren Anforderungsniveau bearbeitet bzw. weiterentwickelt werden. Folgende Entwicklungslogiken, die im engeren Sinne auf Kommunikation und Beratung abzielen, wurden bei der Konzeption berücksichtigt:

- *Von einfach nach kompliziert nach komplex:* Diese Entwicklungslogik beruht u. a. auf dem Kompetenzentwicklungsmodell von Benner (1994), wonach Pflegenden mit steigender Kompetenz immer besser in der Lage sind, Kontextfaktoren in ihr Handeln zu integrieren und sich von feststehenden Handlungsregeln zu lösen. Fortgeschrittene handeln nicht mehr nur kontextfrei, sondern auch situationsbezogen (Neuweg 1999). Ähnlich ist auch das Kompetenzmodell der Gesprächsfähigkeit von Becker-Mrotzek (2008) konzipiert. Der Schwierigkeitsgrad steigt demzufolge bei Gesprächen längerer Dauer, mit komplexeren Funktionen, zu einem unbekanntem Thema und mit einer steigenden Anzahl von Beteiligten.
  - Im Curriculum wird vor diesem Hintergrund zum *Ausbildungsbeginn* die Förderung abgegrenzter Teilkompetenzen der pflegerischen Kommunikation (z. B. Zuhören, Fragen stellen, Gespräche eröffnen) auf der Basis *einfacher* Kommunikations- bzw. Beratungssituationen mit nur wenigen relevanten Kontextfaktoren als Lernsituationen geplant. Solche einfachen Kommunikations- und Beratungssituationen können auf der Basis von linearen „Ursache-Wirkungs-Schemata“ anhand von explizitem Wissen gelöst werden und führen zu einem weitgehend vorhersagbaren Ergebnis. Beispielfähig können Lernsituationen genannt werden, anhand derer sich die Pflege Lernenden Merkmale und Besonderheiten pflegerischer Kommunikation, Möglichkeiten zur Initiierung von Gesprächen oder Fähigkeiten zur Anleitung von einfachen Vorgängen in der Selbstpflege (z. B. im Rahmen der Mobilisation nach einer Bauchoperation) aneignen.
  - *Darauf aufbauende, komplizierte* Anforderungssituationen sind durch das Vorliegen mehrerer, die Situation „verkomplizierender“ Kontextfaktoren gekennzeichnet; es kann aber immer noch auf der Basis von Regelwissen eine Lösung mit einem vorhersagbaren Ergebnis entworfen werden. Als Beispiele können solche Lernsituationen angeführt werden, in denen ein um-

fassendes, aber im Prinzip vorstrukturiertes Pflegeanamnesegespräch geführt werden muss, durch kommunikative Interventionen Angst und Schmerzen reduziert werden oder zu pflegende Menschen zu schwierigen gesundheitsbezogenen Zusammenhängen informiert werden.

- Etwa nach der Hälfte der Ausbildung werden die Anforderungssituationen immer komplexer. *Komplexe* Anforderungssituationen sind dadurch charakterisiert, dass zahlreiche Einflussfaktoren auf sie einwirken, dass es auch zwischen den Einflussfaktoren vielfältige Beziehungen gibt und sowohl die Einflussfaktoren als auch diese Wechselbeziehungen nicht stabil sind. Diese Anforderungssituationen können nicht linear gelöst werden, weshalb auch das Ergebnis nur bedingt bis gar nicht vorhergesagt werden kann. Solche Situationen sind z.B. dann gegeben, wenn Menschen sich in einer instabilen Phase einer chronischen Erkrankung befinden, sich aus unterschiedlichen Gründen nur schwer zur Mitwirkung an der Therapie motivieren lassen oder aus psychischen oder sozialen Gründen labil sind. Als weiteres, konkretes Beispiel für eine sehr komplexe Herausforderung wäre hier eine Lernsituationen zu nennen, die sich mit der Kommunikation im Familiensystem und dem Austarieren des Spannungsverhältnisses zwischen dem grundgesetzlich verbrieften natürlichen Recht der Eltern und der Übernahme der Advokatenfunktion für das Kind auseinandersetzen.
- *Vom Ich zum Du zum Wir zum System*: Mit dieser Entwicklungslogik wird an sozialwissenschaftliche Theorien zur Ontogenese der sozialen Kompetenz angeknüpft (Habermas 1971; 1974). Danach lässt sich soziale Kompetenz als sukzessiver Aufbau von Fähigkeiten zur Rollenübernahme verstehen. Im Verlauf der Entwicklung werden immer komplexere normative Erwartungsstrukturen angeeignet. Während das Kleinkind zunächst noch kein Bewusstsein von sozialen Regeln hat und die Befriedigung der eigenen Bedürfnisse im Vordergrund steht, kann das ältere Kind den Standpunkt und die Intentionen eines anderen Subjekts verstehen und das eigene Handeln darauf abstimmen. Im Verlauf der Entwicklung bis hin zum Erwachsenenalter ist das Subjekt in der Lage, immer komplexere Strukturen der sozialen Umwelt zu integrieren. Zwar ist davon auszugehen, dass die meisten Pflegelehrenden über Dispositionen auf der höchsten Entwicklungsstufe, dem generalisierten Rollenhandeln, verfügen. In der Pflegeausbildung werden sie aber mit der grundlegend neuen Anforderung und Verantwortung konfrontiert, in Kooperation und stellvertretend für eine andere Person handeln zu sollen. Dadurch ist eine weitere „Ausdifferenzierung des Rollensets und eine Neuinterpretation alter Rollen“ (Krüger/Lersch 1993, S.139) erforderlich. Die zugrundegelegte Entwicklungslogik folgt der zunehmenden Komplexität der sozialen Anforderungen, d.h. sie beginnt mit einer Fokussierung auf die eigene Perspektive und sukzessive wird der Perspektivenwechsel bezogen auf andere Akteure (zunächst einzelne zu pflegende

Menschen), Gruppen (Familiensysteme, Gruppen von zu pflegenden Menschen) und später noch auf gesellschaftliche Subsysteme (verschiedene kulturelle Hintergründe oder soziale Milieus) und Teilsysteme (z. B. Institutionen im Gesundheitswesen) erweitert.

- Diesen Kerngedanken folgend, fokussieren im Mustercurriculum die Lerninseln des *ersten Ausbildungsjahrs* zunächst die Perspektive der Pflegelehrenden („*ICH*“) und die Herausforderungen, denen diese sich am Ausbildungsbeginn gegenübersehen: die Konfrontation mit Ekel erregenden oder Scham besetzten Situationen, die Begegnung mit der eigenen Ungeduld, die sich vor allem dann spannungsvoll auflädt, wenn gleichzeitig ein starkes Mitgefühl oder gar Mitleid spürbar wird; oder Herausforderungen, die mit der Ausbildung in der Praxis verbunden sind, wie z. B. das Spannungsfeld zwischen Pflegeanspruch und -wirklichkeit oder die mit Angst besetzten Situationen bei einer praktischen Leistungskontrolle. Die Lernangebote können helfen, solche widersprüchlichen Erfahrungen „aufzudröseln“ und für eine reflexive Bearbeitung zugänglich zu machen.
- Selbstverständlich soll auch die Perspektive der zu pflegenden Menschen von Anfang an berücksichtigt werden, jedoch erfolgt hier neben der Vermittlung von fallbezogenem Regelwissen zunächst eine Anbahnung von Verstehens-Prozessen. Die Weiterentwicklung dieser hermeneutischen Kompetenzen in Bezug auf die zu pflegenden Menschen („*DU*“) in zunehmend komplizierteren Krankheitssituationen, z. B. bei Multimorbidität, chronischen oder psychischen Erkrankungen kennzeichnet die Kompetenzentwicklung etwa zur *Mitte der Ausbildung*. Zu diesem Zeitpunkt sollte auch eine erste, theoretisch begründete Reflexion des Konflikts zwischen der stets zu wahrenen Autonomie der zu pflegenden Menschen und der faktischen Abhängigkeit von Pflegefachpersonen in der Befriedigung existentieller Bedürfnisse erfolgen.
- In der *zweiten Hälfte der Ausbildung* rücken Konflikte zwischen den Akteur /innen stärker in den Mittelpunkt von Lerninseln („*WIR*“). Es werden Fallsituationen bearbeitet, in denen die Interaktion aus den verschiedensten Gründen als herausfordernd erlebt wird (z. B. Abwehr und Aggression, Autoaggression, Verweigerung, Verschlussenheit aber auch übergroßes Leid und Bedrohung des Lebens). In der unterrichtlichen Bearbeitung sollte – anknüpfend an die in den ersten Semestern entwickelte Selbstreflexivität – nach Handlungsmöglichkeiten in der pflegerischen Interaktion gesucht werden, die eine Alternative bilden zu einer paternalistisch-bevormundenden Haltung oder einem abwertenden oder vergleichgültigenden Laissez-faire-Stil („da kann man sowieso nichts machen ...“).
- Gegen Ende der Ausbildung werden zunehmend *systemische* Kontexte mitberücksichtigt, wie z. B. das Familiensystem sowie andere soziale, kulturelle oder historische Bezüge der zu pflegenden Person (z. B. Kulturunterschiede, drohende oder tatsächliche Ar-

beitslosigkeit, Armut). Die Lernenden sollen auch die restriktiven Bedingungen des Gesundheits- und Medizinsystems („SYSTEM“) in ihren Auswirkungen auf die Interaktionsgestaltung analysieren und nach Ansatzpunkten suchen, wie sie z. B. den Auswirkungen der komplexen Machtstrukturen im Gesundheitssystem oder der systemischen Tendenz zu kollektiver Angstabwehr (Menzies 1974) im Interesse der zu pflegenden Menschen begegnen können, ohne sich dabei selbst (z. B. durch die Entwicklung eines Burnout) zu gefährden.

- *Von gut zugänglichen, an der Oberfläche befindlichen, hin zu stärker verdrängten Konflikten:* Wie mit dem vorstehenden Abschnitt deutlich wird, setzt die Entwicklung von kommunikativen und beraterischen Kompetenzen immer auch die Auseinandersetzung mit persönlichen Konflikt dynamiken voraus. Da Ausbildungsprozesse keinesfalls therapeutische Prozesse sind, ist es eine unbedingte Voraussetzung, dass die Lernangebote so gestaltet werden, dass die Lernenden jederzeit die Kontrolle über ihren Entwicklungs-, Erkenntnis- und Selbstoffenbarungsprozess behalten und Lehrende sie dabei unterstützen, diesen Schutzraum sicher zu wahren und nicht unreflektiert über eigene Grenzen zu gehen bzw. die von anderen zu überschreiten. Angelehnt an tiefenpsychologische Theorien werden zu Beginn der Ausbildung eher solche emotionalen Themen angesprochen, die leicht zugänglich, theoretisch gut erschließbar und weniger belastend sind, beispielsweise Scham, Ekel oder Prüfungsstress/-angst. Während oder auch nach dem ersten Praxiseinsatz wird die Etablierung und Verstetigung von Verfahren der Kollegialen Beratung (Abt-Zegelin/Schieron 2012; Kocks et al. 2012) und/oder die Einführung der Arbeit an einem Lernportfolio (vgl. z. B. Löwenstein 2016) nahegelegt. Mit wachsendem Vertrauensverhältnis zwischen den Lernenden und zwischen Lernenden und Lehrenden im Verlauf der Ausbildung können im Unterricht auch solche Gefühle und inneren Konflikte in den Mittelpunkt gestellt werden, die weniger bewusst oder auch belastender sind. Beispielsweise können in Anknüpfung an die Reflexion von Prüfungsangst im ersten Halbjahr ab dem zweiten Ausbildungsjahr Erfahrungen mit stärkeren Ängsten (z. B. in Verbindung mit invasiven Eingriffen), mit Schuld, Leid und Trauer oder mit Schmerz bearbeitet werden. Die Reflexion von Schamgefühlen der zu pflegenden Menschen bei der Körperpflege wird zu einem späteren Zeitpunkt unter dem Aspekt der Pflege von Menschen, die sexuelle Gewalt erfahren haben oder zum Umgang mit Sexualität in der totalen Institution vertiefend ange-regt (vgl. z. B. Gröning 2013, Böhmer 2005).

## 5. Weitere Konkretisierung des Rahmencurriculums

Eine Schwierigkeit für die Erstellung des Mustercurriculums, das dem Prinzip der Situationsorientierung folgen

und die Bearbeitung von Schlüsselproblemen der Berufswirklichkeit ermöglichen soll, bestand darin, dass in den hierfür zu entwickelnden komplexen Lehr-/Lerneinheiten Wissensbestände aus verschiedenen Bezugswissenschaften integrativ verbunden werden müssen. Sie zielen neben den zu entwickelnden kommunikativen und beraterischen Fähigkeiten in den meisten Fällen auch noch auf andere (z. B. pflegerische oder medizinisch-naturwissenschaftliche, psychologisch-sozialwissenschaftliche oder rechtlich-ökonomische) Kompetenzen. Damit sind theoretisch auch andere Verknüpfungsmöglichkeiten zwischen der kommunikativen und anderen z. B. medizinischen Schwerpunktsetzungen denkbar. Dieses Problem wurde mit einer grafischen Darstellung des Mustercurriculums gelöst, indem durch die entsprechenden Symbole die didaktisch-methodische Struktur angegeben wird, die zur Förderung einer bestimmten Kompetenz sinnvoll ist (vgl. Abb. 2). Hierzu werden exemplarisch eine oder mehrere verschiedene komplexe Fallsituationen zum Teil mit Beispielen für konkrete Unterrichtsrealisierungen hinterlegt. Die entwickelte Gesamtstruktur des Mustercurriculums wird in einer stark verdichteten Fassung in Abb. 3 vorgestellt. In dieser grafischen Visualisierung des Rahmencurriculums soll die Verknüpfung der kommunikativen und beraterischen Kompetenzen mit den Bezügen zu anderen Kompetenzbereichen und zur didaktisch-methodischen Gestaltung gezeigt werden, um so die curriculare Linienführung für den Verlauf der dreijährigen Pflegeausbildung zu verdeutlichen. Daneben wird im weiteren Projektverlauf eine Übersicht entwickelt, die der Heuristik der Interaktionistischen Pflegedidaktik folgt und aus der vor allem die zu fördernden Teilkompetenzen aus den Bereichen Kommunikation und Beratung für den Ausbildungsverlauf ersichtlich sind.

## 6. Ausblick

Um zu überprüfen, ob das Curriculum zielführend und praktikabel ist, soll es im Rahmen des Projekts auch implementiert und evaluiert werden. Anhand einer Ausschreibung wurden drei Modellschulen gewonnen, die Teile des Mustercurriculums im Umfang von 50–100 Stunden umsetzen werden. Dabei soll untersucht werden, ob das Curriculum an die Bedingungen in den Schulen anschlussfähig und die Umsetzung machbar ist. Zudem soll geklärt werden, ob zusätzliche Ressourcen erforderlich sind und welche Wirkungen bei den Pflegelehrenden erzielt werden.

Derzeit wird der Entwurf des Rahmencurriculums überarbeitet und ausdifferenziert, so dass ein übersichtliches Konstrukt einschließlich der Ziele, Inhalte und Methoden mit Sequenzierungen und Stundenangaben vorliegt. Das Rahmencurriculum ist zunächst halboffen und wird im nächsten Schritt um Vorschläge zu Unterrichtseinheiten ergänzt, die ein höheres Ausmaß an Geschlossenheit aufweisen (bis auf die Stundenebene). Hierfür werden zu den Zielen bereits vom Team der Abteilung Qualifikations-

und Curriculumforschung am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), insbesondere von Sabine Muths gemeinsam mit Kolleg/innen von Schulen entwickelte Unterrichtseinheiten, in der Literatur veröffentlichte Unterrichtseinheiten sowie von den Modellschulen oder von Mitgliedern des Fachbeirats zur Verfügung gestellte Unterrichtseinheiten zusammengetragen und in eine einheitliche Form gebracht. Diese Unterrichtseinheiten

werden dann als Vorschläge für mögliche Unterrichtsrealisierungen hinterlegt. Zu ausgewählten Kompetenzen werden von Seiten des Projektteams noch weitere Unterrichtseinheiten entwickelt.

Das Mustercurriculum soll nach Projektende (voraussichtlich Dezember 2018) als Open Source auf einem öffentlichen Repository interessierten Schulen zur Verfügung gestellt werden.

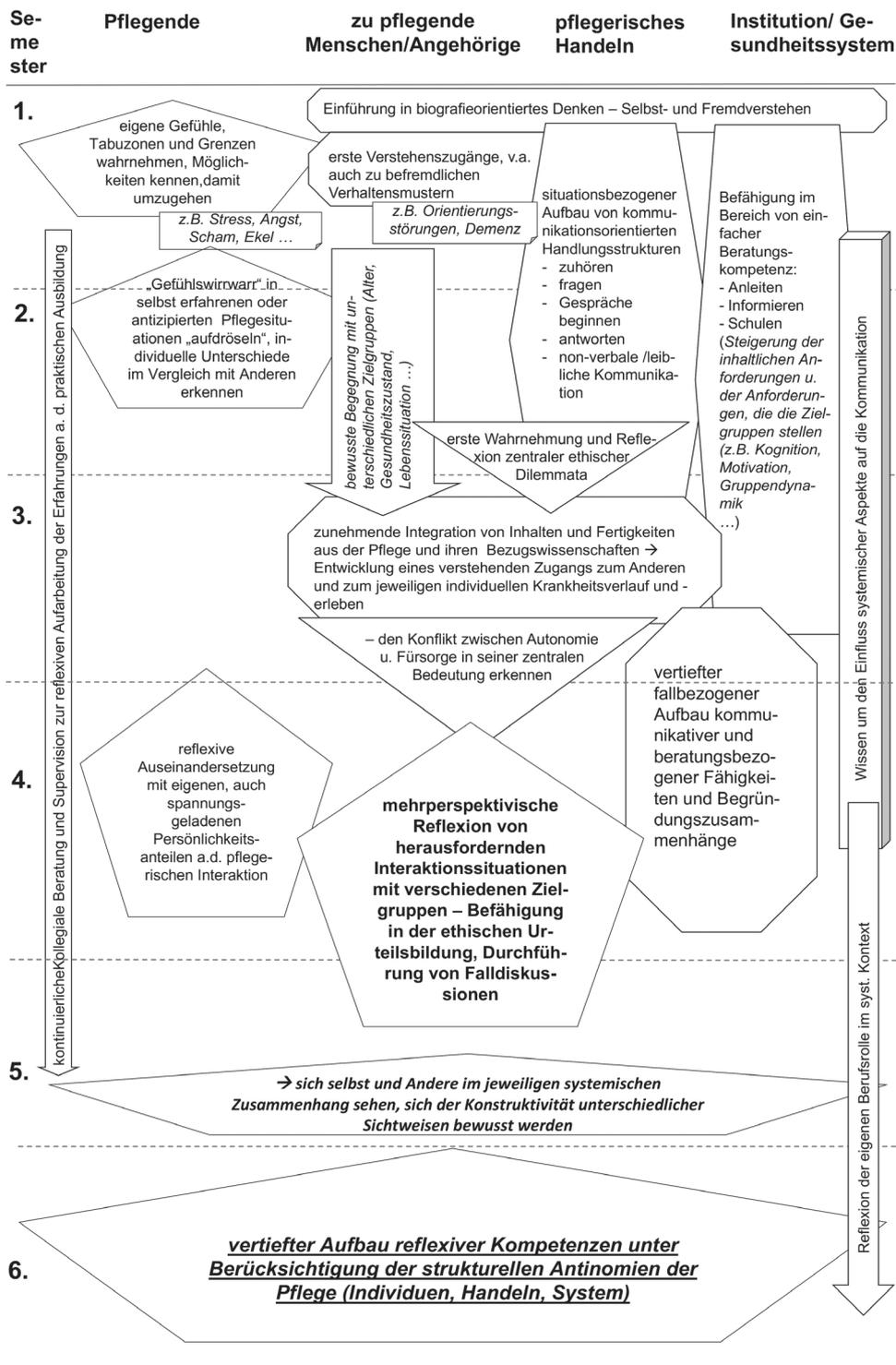


Abbildung 3. Mustercurriculum Kommunikative Kompetenz in der Pflege – Kompetenzentwicklung über 6 Semester.

## Literatur

- Abt-Zegelin, A., Schieron, M. (2012). Kollegiale Beratung in der Pflege: Von Kollege zu Kollegin. *Die Schwester Der Pfleger*, 51, 1: 22 – 25.
- American Association of Critical-Care Nurses (AACN). (o.J.). The AACN Synergy Model for Patient Care. <http://www.aacn.org/wd/certifications/content/synmodel.pcms?menu=certification> [Zugriff: 25.08.2016].
- Bachmann, C., Abramovitch, H., Barbu, C. G., Cavaco, A. M., Elorza, R. D., Haak, R., Loureiro, E., Ratjska, A., Silverman, J., Winterburn, S., Rosenbaum, M. (2012). A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Education and Counseling*, 93, 1: 18 – 26.
- Barth, J., Lannen, P. (2011). Efficacy of communication skills training courses in oncology: a systematic review and meta-analysis. *Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO*, 22, 5: 1030 – 1040.
- Baxter, L. A., Braithwaite, D. O. (Eds.) (2008). *Engaging Theories in Interpersonal Communication. Multiple Perspectives*. Los Angeles: Sage.
- Becker-Mrotzek, M. (2008). Gesprächskompetenz ermitteln und vermitteln. Gute Aufgaben im Bereich „Sprechen und Zuhören“. In: Bremerich-Vos, A., Gränzer, D., Köller, O. (Hrsg.) *Lernstandsbestimmungen im Fach Deutsch. Gute Aufgaben für den Unterricht* (52 – 77). Weinheim / Basel: Beltz.
- Benner, P. (1994). *From novice to Expert*. Bern u.a.: Huber.
- Böhmer, M. (2005). Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen. Ansätze für eine frauenorientierte Altenarbeit. Frankfurt / M.: Mabuse.
- Büscher, A., Oetting-Roß, C., Sulmann, D. (2016). Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege. Hrsg. vom Zentrum für Qualität in der Pflege. [https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Qualitaetsrahmen\\_Beratung\\_Pflege.pdf](https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Qualitaetsrahmen_Beratung_Pflege.pdf) [Zugriff: 23.03.2017].
- Bundesministerium für Gesundheit/Bundesministerium für Bildung und Forschung (2016). Eckpunkte für eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zum Entwurf des Pflegeberufsgesetzes. [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegeberuf/Eckpunkte\\_APrVO.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegeberuf/Eckpunkte_APrVO.pdf) [Zugriff: 31.03.2017].
- Darmann-Finck, I. (2010). *Interaktion im Pflegeunterricht*. Frankfurt/Main: Lang.
- Darmann-Finck, I. (unter Mitarbeit von S. Muths) (2009). Interaktionistische Pflegedidaktik. In: Olbrich, Ch. (Hrsg.): *Modelle der Pflegedidaktik* (1 – 21). München: Elsevier.
- Friesacher, H. (2008). *Theorie und Praxis pflegerischen Handelns*. Osnabrück: V&R unipress Universitätsverlag.
- Gadow, S. (1980). Existential Advocacy: Philosophical Foundation of Nursing. In: Spicker, S. F., Gadow, S. (Hrsg.): *Nursing: Images and Ideals. Opening Dialogue with the Humanities* (79 – 101). New York: Springer Publishing Company.
- Gröning, K. (2013). *Entweihung und Scham: Grenzsituationen in der Pflege alter Menschen*. 5. Auflage. Frankfurt / M.: Mabuse.
- Gugutzer, R. (2014). *Soziologie des Körpers*. 5. Auflage. Bielefeld: Transcript.
- Habermas, J. (1982a). *Theorie des kommunikativen Handelns. Handlungsrationalität und gesellschaftliche Rationalisierung. Band 1*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Habermas, J. (1982b). *Theorie des kommunikativen Handelns. Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft. Band 2*. Frankfurt / M.: Suhrkamp.
- Habermas, J. (1974). Notizen zur Entwicklung der Interaktionskompetenz. In: Ders. (1981). *Vorstudien und Ergänzungen zur Theorie des kommunikativen Handelns* (187 – 225). Frankfurt / M.: Suhrkamp.
- Habermas, J. (1971). Vorbereitende Bemerkungen zu einer Theorie der kommunikativen Kompetenz. In: Habermas, J., Luhmann, N.: *Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie – Was leistet die Systemforschung?* (101 – 141). Frankfurt / M.: Suhrkamp.
- Honneth, A. (1992). *Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte*. Frankfurt / M.: Suhrkamp.
- Klafki, W. (1993). *Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik*. 3. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz.
- Knigge-Demal, B. (2001). Curricula und deren Bedeutung für die Ausbildung. In: Sieger, M. (Hrsg.): *Pflegepädagogik. Handbuch zur pflegeberuflichen Bildung* (39 – 55). Bern: Huber.
- Kocks, A., Segmüller, T., Zegelin, A. (2012). *Kollegiale Beratung in der Pflege. Ein praktischer Leitfaden zur Einführung und Implementierung*. Duisburg: Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft. <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/wp-content/uploads/2011/09/2012-11-26-Leitfaden-DGP-A4-es-FINAL-gute-Aufl%C3%B6sung.pdf> [Zugriff: 04.2017].
- Krüger, H.-H., Lersch, R. (1993). *Lernen und Erfahrung*. Opladen: Leske + Budrich.
- Lipsmeyer, A. (2015). Curriculumentwicklung: Verfahren und Prinzipien. In: Klebl, M.; Popescu-Willigmann, S. (Hrsg.). *Handbuch Bildungsplanung* (277 – 308). Berlin: Wbv.
- Löwenstein, M. (2016). *Förderung der Lernkompetenz in der Pflegeausbildung*. Wiesbaden: Springer.
- McCarthy, B. (2011). Patients' perceptions of how healthcare providers communicate with them and their families following a diagnosis of colorectal cancer and undergoing chemotherapy treatment. *European Journal of Oncology Nursing*, 18, 5: 452 – 458.
- McGilton K., Boscart V., Fox M., Sidani S., Rochon E., Sorin-Peters R. (2009). A systematic review of the effectiveness of communication interventions for health care providers caring for patients in residential care settings. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2009; 6, 3: 149 – 159.
- Meyer, M. A. (2008). Unterrichtsplanung aus der Perspektive der Bildungsgangforschung. In: Meyer, M. A., Prenzel, M., Hellekamp, S., (Hrsg.) *Perspektiven der Didaktik. Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, Sonderheft 9*: 117 – 138.
- Menzies, I. E. P. (1974). Die Angstabwehr-Funktion sozialer Systeme – ein Fallbericht, In: *Gruppendynamik*, 5, 3: 183 – 216.
- Moore, P. M., Rivera-Mercado, S., Grez-Artigues, M., Lawrie T.A. (2013). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. In: *The Cochrane Library*, Issue 3.
- Muths, S. (2013). Lerninseln. In: Ertl-Schmuck, R., Greb, U., (Hrsg.) *Pflegedidaktische Handlungsfelder* (152 – 185). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Müller-Mundt, G., Schaeffer, D. (2011). Bewältigung komplexer Medikamentenregime bei chronischer Krankheit im Alter. *Förderung des Selbstmanagements als Aufgabe der Pflege. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 44, 1: 6 – 12.
- Neuweg, G. H. (1999). Könnerschaft und implizites Wissen. Zur lehr-lerntheoretischen Erkenntnis- und Wissenstheorie Michael Polanyis. Münster u.a.: Waxmann.
- Rechtien, W. (2004). *Beratung. Theorien, Modell und Methoden*. München, Wien: Profil.
- Reetz, L., Seyd, W. (2006). Curriculare Strukturen beruflicher Bildung. In: Arnold, Rolf; Lipsmeier, Antonius (Hrsg.). *Handbuch der Berufsbildung* (203 – 219). 2. überarb. und akt. Auflage. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.
- Remmers, H. (2000). *Pflegerisches Handeln: Wissenschafts- und Ethikdiskurse zur Konturierung der Pflegewissenschaft*. Bern: Huber.
- Schaeffer, D., Dewe, B. (2006). Zur Interventionslogik von Beratung in Differenz zu Information, Aufklärung und Therapie. In: Schaeffer, D.; Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.). *Lehrbuch Patientenberatung* (127 – 152). Bern: Huber.
- Shattell, M. (2004). Nurse-patient interaction: a review of the literature. In: *Journal of clinical nursing*, 13, 6: 714 – 722.
- Weis, J., Klöpfer, C., Spieser, A. (2012). Ist-Analyse der Vermittlung kommunikativer Kompetenz in der ärztlichen und pflegerischen Aus-, Fort und Weiterbildung. *Kurzbericht, unveröffentlicht*.

**Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck,**

Professorin für Pflegewissenschaft  
an der Universität Bremen mit Ar-  
beits- und Forschungsschwerpunk-  
ten in der Qualifikations- und Curri-  
culumforschung in der Pflegebildung

darmann@uni-bremen.de

**Sebastian Partsch,**

Dipl. Berufspädagoge, MPH, wissen-  
schaftlicher Mitarbeiter am Institut  
für Public Health und Pflegefor-  
schung (IPP) der Universität Bremen

partsch@uni-bremen.de

**Sabine Muths,**

Dipl. Berufspädagogin Pflegewissen-  
schaft, Wissenschaftliche Mitarbei-  
terin am Institut für Public Health  
und Pflegeforschung (IPP) der Uni-  
versität Bremen

smuths@uni-bremen.de