

1. Begründungsrahmen

Jutta Busch, Brigitte Kaack, Melanie May, Ute Stahl, Wolfgang von Gahlen-Hoops, Christine Wagner-Ullrich & Imke Walz

1.1 Entstehungsgeschichte

Mit der Errichtung der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein wurde der Selbstverwaltung der professionell Pflegenden in Schleswig-Holstein auch die Regelung der pflegefachlichen Weiterbildungen übertragen. Der 2018 gegründete Bildungsausschuss – zusammengesetzt aus Delegierten der Kammerversammlung und Kammermitgliedern aus verschiedenen Bereichen der Pflegepraxis und Pflegebildungspraxis – entwarf eine Rahmenordnung für modularisierte Fach- und Funktionsweiterbildungen und startete die Entwicklung eines empirisch gestützten Modulkonzeptes für die erste konkrete Weiterbildung. Auf Impuls der engagierten »Arbeitsgruppe Kinderkrankenpflege«¹ fiel die Entscheidung, als Prototyp ein innovatives Bildungsangebot für den Bereich der hochkomplexen Pflege von Kindern und Jugendlichen zu konzipieren. Eine vom Bildungsausschuss initiierte Berufsfeldanalyse lieferte reichhaltiges Material für die Konzeptentwicklung.

Zwei in der Tendenz (für die Professionalisierung der Pflegebildung) gegenläufige Prozesse bestimmten dann den weiteren Verlauf: Der Beschluss zur Abwicklung der Pflegeberufekammer, weit vor Ablauf der ersten Legislatur und bevor die Kammer ihr Potenzial entfalten konnte, stellte den Abschluss des Projektes zunächst infrage. Damit schien die Chance für das ehrgeizige Vorhaben verpasst, Pflegebildung von professionell Pflegenden für die eigene Berufsgruppe selbst zu gestalten. Fast zeitgleich wurde in Schleswig-

1 Die Arbeitsgruppe Kinderkrankenpflege war ein Zusammenschluss von Pflegeexpert*innen aus Praxis, Bildung und Management in verschiedenen Settings der Kinderkrankenpflege. Die Gruppe hat sich im März 2019 gegründet und war bis zum Auflösungsstag unter dem Dach der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein aktiv.

Holstein der erste pflegepädagogische Masterstudiengang eingerichtet. Die Ausschussmitglieder hatten bereits den Kontakt mit dem neuen Lehrstuhlinhaber aufgebaut und die wissenschaftliche Begleitung durch ihn schien konsolidiert.

Um das vielversprechende Material für die Berufsfeldanalyse zu sichern, auszuwerten und in ein Weiterbildungskonzept zu überführen, gründete sich die Arbeitsgruppe »Weiterbildung in der Pflege« (AG WiP), angebunden an den Lehrstuhl für Didaktik der Pflege und Gesundheitsberufe an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. In dieser neuen Form der Zusammenarbeit engagieren sich Pflegefachpersonen mit ganz verschiedenen beruflichen Hintergründen und unterschiedlicher Expertise für die Qualität der Pflegebildung. Die Arbeitsgruppe versteht sich als offen, sowohl für weitere Mitglieder als auch für innovative Bildungsformate.

Bereits während der ehrenamtlichen Tätigkeit war die wissenschaftliche Beratung und Unterstützung durch Expert*innen aus der Pflegepädagogik wichtig – es wurden Workshops mit Prof.in Dr.in Nadin Dütthorn, Prof.in Dr.in Ulrike Greb und Prof. Dr. Benjamin Kühme durchgeführt. Die wissenschaftliche Begleitung wurde durch die Anbindung an den pflegepädagogischen Master-Studiengang der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel verstetigt.

1.2 Orientierungspunkte

1.2.1 Neuregelung der Pflegeausbildung

Ausgangspunkt für die Überlegungen zur Neukonzeption von pflegefachlichen Weiterbildungen ist die Reform der Pflegeausbildung.

»Das Pflegeberufegesetz (PflBG) aus 2017 und die Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) aus 2018 lösen die bisherigen drei getrennten Ausbildungen der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege durch einen einheitlichen, generalistisch ausgerichteten Pflegeberuf ab [...]« (DBR 2020:2)

Mit der generalistischen Ausbildung werden Grundkompetenzen für die Pflege von Menschen in allen Altersstufen und Versorgungssettings (akut-stationäre, ambulante und Langzeitpflege) erworben. Als konsequente Folge im Sinne des lebenslangen Lernens ist die Vertiefung und Erweiterung der pflege-

beruflichen Kompetenzen für die je spezialisierten Berufsbereiche durch Weiterbildungen ein unverzichtbarer Baustein der Pflegebildung und damit der Qualitätsentwicklung der Patientenversorgung. Berufliche Weiterbildung in der Pflege schließt an die in der Ausbildung erworbenen und allgemeineren Kompetenzen an. Die Voraussetzungen für den Übergang von der Aus- zur Weiterbildung gestalten sich allerdings uneinheitlich, da zum einen zunächst über absehbare Zeit Absolvent*innen nach der alten und der neuen Gesetzgebung in die Weiterbildung gehen werden. Zum anderen erfolgt eine Differenzierung durch die Vertiefungen innerhalb der derzeitigen generalistischen Ausbildung und – weit mehr noch – durch die »Aufweichung« der neuen Gesetzgebung, die neben dem generalistischen Abschluss die Wahl gesonderter Berufsabschlüsse in der Altenpflege oder in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege immer noch möglich macht (§ 58 PflBG). Darüber hinaus muss neben der beruflichen auch die hochschulische Pflegeausbildung bei der Konzeption von Weiterbildungen berücksichtigt werden.

Diesen Herausforderungen stellt sich auch die »Weiterbildung Hochkomplexe Pflege von Kindern und Jugendlichen«, die sich dabei bewusst nicht als »Restaurationsanliegen« der bisherigen Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflege versteht, sondern als konsequenten und vom beruflichen Handlungsfeld her notwendigen Anschluss an die Reformschritte im Kontext der neuen und bundesweiten generalistischen Pflegeausbildung.

1.2.2 Pflegeberufliche Weiterbildung in Deutschland

Im Gegensatz zur bundesweiten Regelung der Pflegeausbildung besteht in Deutschland große Heterogenität bei den Vorgaben für die berufliche Weiterbildung, die in der Hoheit der Bundesländer liegt. Selbst die Definition von Weiterbildung und die Abgrenzung zum Begriff der Fortbildung sind derzeit nicht einheitlich bestimmt. Allgemeiner Konsens besteht in der Bestimmung von folgenden Merkmalen einer pflegeberuflichen Weiterbildung:

- a) der Erwerb einer höheren Qualifikation, die zur Tätigkeit in speziellen Bereichen bzw. pflegerischen Handlungsfeldern oder zu bestimmten Funktionen und Aufgaben befähigt,
- b) die Berechtigung zur Führung einer zusätzlichen Berufsbezeichnung. (vgl. DBR 2020, GesBWBG SH 2020)

Gravierende Unterschiede zwischen den Bundesländern bestehen hinsichtlich der Dauer, der Durchführung, der Voraussetzungen und den Weiterbildungsbezeichnungen (vgl. BIBB 2021).

Wünschenswert wären bundeseinheitliche Vorgaben für den Bereich der pflegeberuflichen Weiterbildung, um Transparenz, Vergleichbarkeit und Anrechenbarkeit von Weiterbildungsmaßnahmen zu gewährleisten. Durch die zögerliche und zum Teil rückschrittliche Entwicklung von Standesvertretungen der Pflegefachpersonen in Deutschland konnte sich bisher kein starkes und legitimes Gremium von Berufsangehörigen auf Bundesebene etablieren, das diese Aufgabe erfüllen kann. So verbleibt die pflegefachliche Weiterbildung als ein Flickenteppich ohne bundesweit vergleichbare und vereinheitlichte Abschlüsse.

Bisher kann auf Vorarbeiten durch die Empfehlungen zur Musterweiterbildungsordnung des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe (vgl. DBR 2020), die Weiterbildungsordnung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz und die Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zurückgegriffen werden. Allen drei Konzepten liegt eine Strukturierung der Weiterbildungsformate in Modulen zugrunde. Mit der konsequenten Modularisierung eröffnet sich die Möglichkeit von Synergieeffekten, indem theoretische Lerneinheiten auf verschiedene Weiterbildungsgänge angerechnet werden können. Mit der Übernahme der Basismodule aus den Weiterbildungsordnungen von Rheinland-Pfalz in die »Weiterbildung Hochkomplexe Pflege von Kindern und Jugendlichen« wird diese Idee bereits umgesetzt. Sowohl die Empfehlungen des DBR als auch die Weiterbildungsordnung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz lassen erkennen, dass neben der Ertüchtigung der Weiterzubildenden für die Berufspraxis auch Aspekte der Persönlichkeitsbildung einschließlich einer kritischen Reflexion angestrebt werden. Hier liegen sinnvolle Anknüpfungspunkte für die »Weiterbildung Hochkomplexe Pflege von Kindern und Jugendlichen«.

Gemeinsam ist allen genannten Weiterbildungskonzepten, dass sie zwar auf Empfehlungen von Expert*innen beruhen, aber nicht durch empirische Forschungsgrundlagen gestützt werden. Das gilt derzeit gleichermaßen für alle landesrechtlich geregelten Weiterbildungsverordnungen. Mit der »Weiterbildung Hochkomplexe Pflege von Kindern und Jugendlichen« wird prototypisch ein Konzept verfolgt, in dem Befunde einer empirischen Berufsfeldanalyse mit bildungs- und professionstheoretischen Anforderungen verknüpft werden.

1.2.3 Bildungsverständnis

Ein entscheidender Ausgangspunkt bei der Entwicklung von Bildungsmaßnahmen ist die Klärung der Frage, welches Verständnis von Bildung zugrunde gelegt wird. Bildung kann als der Prozess verstanden werden, durch den sich die oder der Einzelne zu einem selbstbestimmten und zugleich gesellschaftlich verantwortlich handelnden Menschen entwickelt. Bildung eröffnet ein »reflektiertes Verhältnis zu sich, zu anderen, zur Welt« (BBWF o.J.: o.S.).

Bereits beim Humboldt'schen Bildungsbegriff spielt diese Wechselwirkung zwischen Individuum und Welt eine zentrale Rolle. Klafki spricht in dieser Traditionslinie von der doppelseitigen Erschließung. Er versteht Bildung als »einen aktiven Aneignungsprozess, in dem sich geschichtliche Wirklichkeit für den sich bildenden Menschen ›aufschließt‹, zugänglich, verstehbar, kritisierbar, veränderbar wird, und in dem gleichzeitig das Subjekt sich *für* geschichtliche Wirklichkeit ›aufschließt‹, also Verständnis-, Handlungs-, Verantwortungsmöglichkeiten in sich entfaltet.« (Klafki 1996: 96) Bereits für Kant war Bildung unmittelbar an Mündigkeit geknüpft: Bildung wendet sich gegen die Vereinnahmung des Lernenden für bestimmte Zwecke und es geht um die Fähigkeit, kritisch zu denken, selbständig zu urteilen und Verantwortung zu übernehmen (vgl. Kant 1784).

Für die berufliche Bildung bedeutet dies, dass Bildung über den reinen Prozess der Qualifizierung hinausgeht. Mit der »Idee einer Bildung durch den Beruf« hat Blankertz die Überzeugung verdeutlicht, dass Allgemeinbildung nicht als Gegensatz zur Berufsbildung zu verstehen ist (vgl. Blankertz 1960). Das besagt, dass Berufsbildung nicht allein auf die institutionelle Nützlichkeit und Verwertbarkeit des Subjektes abzielen darf.

Im Rahmen eines kritischen Verständnisses von Bildung steht dabei immer die Auseinandersetzung mit den Widersprüchen zwischen individuellen Ansprüchen und restriktiven Bedingungen der gesellschaftlichen Wirklichkeit im Vordergrund. Daher muss berufliche Bildung die Lernenden befähigen, die immanenten Widersprüche und Antinomien der beruflichen sowie der gesellschaftlichen Praxis zu erkennen, zu analysieren und konstruktive Strategien daraus zu entwickeln.

Für die Pflegebildung bedeutet dies, dass zur Begründung von Bildungsmaßnahmen pflegedidaktische Modelle erforderlich sind, »die pflegeberufliche Identitätsbildung unter Berücksichtigung gesellschaftlicher Widersprüche und Dilemmata [...] reflektieren« (Kühme 2019: 19). In einem Großteil der derzeitigen pflegedidaktischen Modelle und Theorien findet sich diese

gesellschaftskritische Position wieder (vgl. Ertl-Schmuck & Hänel 2021). Dies zeigt sich insbesondere in der reflexiv-dialektischen Pflegedidaktik von Greb (2005/2010) und in der interaktionistischen Pflegedidaktik von Darmann-Finck (2010).

Die Forderung nach einem auf Emanzipation ausgerichteten didaktischen Ansatz in der Pflegebildung kann auch aus professionstheoretischer Perspektive begründet werden, denn die Professionalisierung der Pflegeberufe ist aufgrund gesellschaftlicher Machtverhältnisse mit schwer zu überwindenden Hindernissen konfrontiert. Dabei fordern Pflegende selbst die Professionalität von Pflege als eigenständige und gleichberechtigte Versorgungsleistung im Gesundheitswesen noch eher zurückhaltend ein (vgl. Bartholomeyczik 2010). Ertl-Schmuck und Hänel (2021, 364) bemerken: »Häufig wird, wie uns scheint, die performative und unsichtbare Pflegearbeit von den Pflegenden selbst schwer angenommen und wahrgenommen.« Hier wird eine für die Pflegedidaktik in der Weiterbildung wesentliche Aufgabe für die Zukunft liegen: das Bewusstsein des gesellschaftlichen Wertes von Pflegearbeit der Pflegenden zu schärfen und ihm Anerkennung zu verschaffen.

1.2.4 Verschränkung von empirischer und theoretischer Fundierung

Neben einer theoretischen Fundierung wird für berufliche Bildung die Erforschung des beruflichen Handlungsfeldes als empirische Grundlage eingefordert. Zur Begründung curricularer Entscheidungen gilt die reale Berufssituation als eine wichtige Basis (vgl. Tippelt/Edelmann 2003). Für die berufliche Ausbildung in der Pflege liegen spätestens seit der Arbeit von Fichtmüller und Walter (2007) empirische Befunde zum Lernen und Lehren beruflicher Pflege vor. Die Konzeption von Weiterbildungsformaten in der Pflege erfolgt jedoch bislang ohne empirische Fundierung.

Für Lernprozesse nach dem Berufseinstieg in die spezifischen beruflichen Handlungsfelder (wie etwa die Intensivpflege) stehen empirische Untersuchungen noch aus. Aus einer Berufsfeldanalyse können Schlüsselszenen identifiziert werden, die das Typische und das Besondere der jeweiligen Handlungsfelder aus der Perspektive der Handelnden erfassen.

Die Idee, dass Bildungsmaßnahmen auf die Bewältigung von realen Lebenssituationen ausgerichtet sein sollen, geht auf Robinsohn (1967) zurück. Reetz und Seyd (2006) haben den Aspekt der Situationsorientierung für die Curriculumentwicklung aufgegriffen. Sie betonen, dass curriculare Entscheidungen neben dem Situationsprinzip durch Wissenschaftsorientierung und

dem Aspekt des Persönlichkeitsprinzips zu legitimieren sind. Durch diese drei Prinzipien wirken induktive und deduktive Schritte der Curriculumkonstruktion regulierend aufeinander ein.

Vor diesem Hintergrund werden zur theoretischen Fundierung des Curriculums für die »Weiterbildung Hochkomplexe Pflege von Kindern und Jugendlichen« die Befunde der Berufsrealität aus professionstheoretischer Perspektive und vor dem Hintergrund einer kritischen Pflegebildungstheorie reflektiert und so um Bildungsinhalte angereichert, die auf berufliche Emanzipation und Könnerschaft abzielen und gleichsam die Auseinandersetzung mit immanenten Widersprüchen der Pflegerealität befördern.

1.2.5 Lehr-Lern-Verständnis

Das Lehren und Lernen im Berufsfeld der Pflege ist heterogen. Zentral eingefordert wird eine fallorientierte oder kasuistische Didaktik, anhand derer die Berufsfeldwirklichkeit authentisch zum Ausdruck gebracht werden kann und wodurch eine situative Öffnung entsteht, weil nicht alles im Fall erklärbar ist, sondern Interpretationsspielräume entstehen.

Der Anspruch rekonstruktiver Fallarbeit (vgl. Darmann-Finck u.a. 2009, Greb/Hoops 2008) erweist sich als hoch, denn es bedarf der Erhebung oder der Bezugnahme auf Datenmaterial. In die vorliegende Weiterbildungskonzeption fließen die Daten aus Interviews mit Pflegeexpert*innen direkt über Fallbeschreibungen mit in das Lehr-Lern-Arrangement ein.

Des Weiteren erweisen sich rein konstruktivistische Didaktiken als unangemessen und nicht zielführend, weil sie der Kritik an gesellschaftlichen Missständen der Pflege theoretisch und praktisch nicht gerecht werden. Umgekehrt schließen sich kritische Begründungsrahmen und konstruktivistische Lehr-Lern-Methoden wie das Problemorientierte (POL) i.S. des Problembasierten Lernens (PBL) nicht aus.

Handlungsleitend für die modulare Konstruktion mitsamt der Empfehlung von Lehr-Lern-Methoden war die Idee eines »Lernmixes«, der sowohl intermodular als auch intramodular wirksam werden soll. Die Breite der innovativen Pflegefalldidaktik in verschiedenen Spielarten soll dabei wirksam entfaltet werden können.

1.2.6 Partizipativer Ansatz

Die Arbeitsgruppe »Weiterbildung in der Pflege« (AG WiP) arbeitet nach einem moderierten partizipativ angelegten Konzept. Dieses Konzept schließt bewusst keine Perspektive aus, sondern arbeitet mit Teilnehmenden, die in verschiedenen beruflichen Handlungsfeldern der Pflege tätig sind (Pflegepraxis, Pflegepädagogik, Pflegemanagement, Pflegebegutachtung). Die konkrete Gestaltung des Arbeitsprozesses in der AG WiP ist gekennzeichnet durch fest terminierte Sitzungen, Treffen der gesamten Gruppe, Erarbeitung von Aufgabenstellungen (in Einzelarbeit, Partnerarbeit oder in Kleingruppen) zwischen den Sitzungen, Diskussionen und der konsentierten Protokollierung der Arbeitsergebnisse.

Das Konzept der Partizipation schließt auch die wissenschaftliche Begleitung ein, die ebenso Teil der Arbeitsgruppe ist. Partizipation wird in diesem Sinne als Stärke der Arbeitsgruppe verstanden und als demokratischer Prozess der Wissens- und Produktentstehung. »Das Politische gehört also zur menschlichen Daseinsweise [...] *Lebendig* kann Demokratie nur bleiben, wenn sie durch weitgehende Mitbestimmungsrechte in allen lebenswichtigen Fragen geübt, zur alltäglichen Lebensform und selbstverständlichen Praxis wird.« (Negt 2010: 505) Gleichsam bedeutet Partizipation auch eine Kritisierbarkeit zu erlauben und argumentative Diskussionen an der Sache zu befördern, im Sinne des Habermas'schen zwanglosen Zwangs des besseren Arguments.

1.3 Was bedeutet hochkomplex?

Der Begriff der Komplexität wird in verschiedenen Wissenschaften verwendet und hat sowohl gemeinsame Merkmale, als auch jeweils unterschiedliche Bedeutungen. In der Systemtheorie ist Komplexität durch die Anzahl und Art von Elementen eines Systems gekennzeichnet, durch ihre Interaktion, ihre Veränderungsgeschwindigkeit und die Unsicherheit bzgl. der Veränderung des Systemzustands. Komplexe Systeme weisen viele Handlungsalternativen auf und zwingen zur Selektion (vgl. Luhmann 1991).

Besondere Bedeutung gewinnt der Begriff der Komplexität in der Arbeitswissenschaft. Die Transformation der Arbeitswelt bringt ein hohes Maß an Veränderungen und Unsicherheiten mit sich. Aus arbeitspsychologischer Sicht spielen das Entscheidungsverhalten von Arbeitspersonen in komplexen

Situationen und die *Polytelie* als Ausdruck für konträre Zielrichtungen beim Handeln eine wesentliche Rolle (vgl. Latos u. a. 2017).

Im Zusammenhang mit der Komplexität von Pflegearbeit stellt Schrems fest:

»Die Komplexität von Pflegesituationen in der Praxis nimmt aufgrund demographischer, epidemiologischer und organisatorischer Veränderungen stetig zu. Gleichzeitig verdichtet sich das wissenschaftlich gesicherte Wissen um die richtige Pflege, wodurch die Anforderungen an ein situationsgerechtes Handeln steigen. Für die Pflegepraxis bedeutet dies, dass wissenschaftliche Erkenntnisse mit individuellen Bedürfnislagen und organisatorischen Anforderungen in Einklang zu bringen sind. Im schnelllebigen Alltag müssen Entscheidungen jedoch oft rasch und auf Basis unvollständiger Informationen getroffen werden.« (Schrems 2022: 5)

Was ist in Bezug auf berufliche Pflege mit Hochkomplexität gemeint? Der Begriff »hochkomplex« findet im aktuellen Gesetz für die Pflegeausbildung Erwähnung. In § 37, Abs. 3 des Pflegeberufgesetzes (PflBG 2020) wird die Steuerung und Gestaltung »hochkomplexer Pflegeprozesse« als Kompetenz benannt, die im Rahmen einer hochschulischen Pflegeausbildung erworben wird. Igl (2021) knüpft in seinem Rechtskommentar zur neuen Pflegeausbildungsgesetzgebung die Unterscheidung komplex vs. hochkomplex an den Unterschied wissenschaftsbasiert vs. wissenschaftsorientiert. Die hochschulische Ausbildung sei hier deutlich anders auf Wissenschaft bezogen als eine pflegeschulische Ausbildung, eine Hochschule oder Universität basiere auf Wissenschaft. Insbesondere die »Entscheidungen« bei »hochkomplexen Pflegeprozessen« seien vom hochkomplexen Niveau her wissenschaftsbasiert zu gestalten. Darüber hinaus ist für Igl das zu vermittelnde Wissen der hochschulischen Pflegeausbildung »nicht nur auf Grundlagen der Pflegewissenschaft, sondern auf den gesellschaftlich-institutionellen Rahmen des pflegerischen Handelns« zu stellen. Es umfasse eben nicht nur die Kuration, sondern auch Palliation, Gesundheitsförderung und Prävention sowie Rehabilitation. All dies sei entsprechend in der hochschulischen Ausbildung zu adressieren (Igl 2021: 237). Weiß u. a. (2018) schreiben in ihrem Kommentar zu diesem Passus, dass unklar bleibt, wie sich die »Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses« als Kompetenz der beruflichen Ausbildung (§ 5 PflBG) von Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse abgrenzen lässt. Nach Auffassung der Kommentator*innen bleibt problematisch und unbeantwortet, wie sich »hochkomplexe Pflegeprozesse« definieren. Weiß u. a.

konstatieren, dass die Bezeichnung 'hochkomplex' zur Differenzierung des Kompetenzniveaus von Pflegetätigkeiten eher Fragen aufwerfe als Orientierung biete. (Weiß u. a. 2018)

Der Deutsche Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen könnte zur Klärung beitragen. Pflegeausbildung wird in diesem nationalen Qualifikationsrahmen auf dem Niveau 4 verortet.² Pflegefachliche Weiterbildung kann dem gegenüber auf einem höheren Kompetenzniveau ausgebildet werden. Der Vergleich der Kompetenzformulierungen gemäß DQR-Niveau 4 und 6 verdeutlicht, worin der Zuwachs an Kompetenzen zwischen den Niveaus besteht. Nach der Ausbildung verfügen Pflegefachpersonen »über vertieftes allgemeines Wissen oder über fachtheoretisches Wissen in einem Lernbereich oder beruflichen Tätigkeitsfeld« und »über ein breites Spektrum kognitiver und praktischer Fertigkeiten, die selbstständige Aufgabenbearbeitung und Problemlösung sowie die Beurteilung von Arbeitsergebnissen und -prozessen unter Einbeziehung von Handlungsalternativen [...] ermöglichen«. Mit einer zweijährigen, berufsbegleitenden Weiterbildung verfügen sie dann »über breites und integriertes berufliches Wissen einschließlich der aktuellen fachlichen Entwicklungen« und »über ein sehr breites Spektrum an Methoden zur Bearbeitung komplexer Probleme in einem beruflichen Tätigkeitsfeld«. Im Sinne eines hochkomplexen Pflegeprozesses können sie Lösungen erarbeiten und beurteilen, auch unter »sich häufig ändernden Anforderungen« (DQR 2023:20). Der Komplexitätszuwachs liegt darin, dass sowohl Aspekte der Veränderungsgeschwindigkeit des Systems (aktuelle fachliche Entwicklungen) als auch der Unsicherheiten (sich häufig ändernde Anforderungen) stärker akzentuiert werden.

Aus professionstheoretischer und pflegedidaktischer Perspektive wird deutlich, dass neben den Merkmalen komplexer Prozesse die unterschiedliche Wahrnehmung von Komplexität eine entscheidende Rolle bei Lernprozessen spielt. Mit Rekurs auf das von Dreyfus und Dreyfus entwickelte Modell des Kompetenzerwerbs vom Neuling bis zur Expertenstufe hat Benner (1994) für den Pflegeberuf beschrieben, wie sich aus der Kombination von theoretischem Wissen und praktischer Erfahrung die Kompetenzen in Stufen bis zur Pflegeexpertise entwickeln. Während unerfahrene Berufsanfänger*innen

2 Die Zuordnung der Pflegeberufe zum DQR-Kompetenzniveau 4 wird aus berufspolitischer Sicht kritisch bewertet und gemessen am Kompetenzprofil der Pflegeausbildung als zu niedrig angesehen (vgl. DBfK 2014). Diese Position stützt die Forderung auf eine Einstufung von Weiterbildungsabschlüssen auf entsprechend hohem Niveau.

Pflegesituationen in einzelnen Aspekten wahrnehmen und Regeln abrufen, nach denen sie Schritt für Schritt handeln, erfassen Pflegeexpert*innen Situationen intuitiv und erkennen Handlungsprioritäten. »Die Pflegeexpertin oder der Pflegeexperte nimmt die Situation als Ganzes wahr, bedient sich konkreter Situationen als Musterfälle und setzt direkt am Kern des Problems an, ohne sich erst lange mit unwichtigen Lösungsansätzen zu befassen und dadurch unnötig Zeit zu verlieren.« (Benner 1994: 27)

Wittneben (1999) thematisiert die für Pflegebildungsprozesse zu unterscheidenden Wissensformen und unterstreicht, dass neben pflegewissenschaftlichem Sachwissen ein anwendungsrelevantes Handlungswissen erforderlich sei, das den Transfer auf konkrete berufliche Situationen ermöglicht. Darmann-Finck verweist in diesem Zusammenhang im Anschluss an Neuweg (2020) auf die Bedeutung von implizitem Wissen, das neben anderen Wissensformen notwendig ist, um der Komplexität der Handlungsanforderungen in Pflegesituationen gerecht werden zu können. Das Handeln von Expert*innen beschreibt sie als »nicht-diskursives, körperlich-leibliches Verstehen, das auf inkorporiertem, nicht oder nur sehr bedingt verbalisierbarem Wissen beruht und in der Interaktion zwischen den Beteiligten entsteht« (Darmann-Finck 2020:112).

Nicht zuletzt lässt sich die Komplexität pflegerischen Denkens und Handelns auf der Basis des Strukturgitteransatzes von Greb im Anschluss an Herwig Blankertz erschließen. »Blankertz« Ansatz zielt auf die Komplexität des curricularen Gegenstandes [...]« der Pflege (Greb 2003: 137). Dabei »[...] soll es nicht darum gehen, den »Gegenstandsbereich Pflege« auf diesem Bezugssystem abzutragen, sondern vielmehr darum, die neun Felder als eine Vernetzung zu begreifen, an deren Knotenpunkten die Einzelmomente der Pflege in ihrem immanenten Zusammenhang aufzufinden und schließlich auch darzustellen sind.« (Greb 2003: 139) Ziel dieses fachdidaktischen Ansatzes ist es, Pflege als gesellschaftliche Praxis in ihrer Widersprüchlichkeit zu beschreiben, um die Reflexionen in dieser Hinsicht zu erweitern (vgl. Greb 2003).

Hoops (2013: 60) führt vor dem Hintergrund der im Pflegediskurs vorherrschenden Gegenstandsauffassungen mit der »Ausgangsdifferenz des Pflegerischen« die Unterschiedlichkeit der Wahrnehmungen von Pflegenden und Zu-Pflegenden als erste These für ein Darstellungsproblem des pflegerischen Gegenstandes ein. Von wo aus wird das komplexe Geschehen »Pflege« übersetzt? Insofern sei ein Vorschlag, den Terminus des pflegerischen Tableaus als eine Möglichkeit zu begreifen, die »es erlaubt Darstellungsprobleme, wie sie sich aus der differenten Wahrnehmung des Gegenstandes

›Pflege‹ ergeben, sichtbar werden zu lassen.« (Hoops 2013: 65) Pflege erfordere als Gegenstand diese differenztheoretisch begründbaren und damit aufwendigeren Untersuchungsdesigns sowie auch kulturelle und lebensweltliche Erweiterungsperspektiven, um nicht nur als »klinisch operationale Pflegeintervention« begriffen zu werden. Aber auch in der klinischen Pflege liegt ein hochkomplexes Geschehen und von wissenschaftlicher Seite erfordert es, dass man monoperspektivische Erklärungsansätze und Deutungen überschreitet. »Pflege ist ein Darstellungsgeschehen und folgt, wenn man überhaupt so will, einer performativen Logik.« (von Gahlen-Hoops 2018: 128)

Mit dem Begriff »hochkomplex« soll also verdeutlicht werden, dass die Weiterbildung ein substanziell höheres Kompetenzniveau abbildet als die Ausbildung und dass damit sowohl die Komplexität des Handlungsfeldes selbst als auch zugleich die differenzierte Wahrnehmung dieser Komplexität mit wachsender Expertise berücksichtigt wird. Hochkomplexität bedarf eines Subjektes, das der Komplexität gewahr wird und methodisch wie pflegedidaktisch in der Lage ist, diese zu verstehen, zu reflektieren und zu übersetzen.

1.4 Warum Pflege von Kindern und Jugendlichen?

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen – darin sind sich verschiedene Gremien, Institutionen und Professionen einig. Kinder und Jugendliche benötigen einen besonderen Schutz und eine ausdrückliche Berücksichtigung durch Staat und Gesellschaft (vgl. Richter-Kuhlmann 2003, BfR 2009, BMFSFJ 2022). Für die Versorgung im Krankenhaus »hätten Kinder und Jugendliche nach der Menschenrechtskonvention der Vereinten Nationen von 1996 im Krankheitsfall Anspruch auf Behandlung durch speziell ausgebildete Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie Kinderkrankenschwestern und -pfleger« (Richter-Kuhlmann 2003: A3133). Um den Patientenschutz und die Versorgungsqualität von Kindern und Jugendlichen zu gewährleisten braucht es eine adäquate, kindgerechte Pflege (vgl. Näther 2022). Dies gilt laut EACH-Charta für die stationäre Versorgung ebenso für die pflegerische Betreuung zu Hause, ambulant, tagesklinisch oder in der Heimpflege (vgl. AKIK 2018). Für eine fachkompetente Versorgung ist eine auf Kinder und Jugendliche spezialisierte Pflege von Nöten (vgl. Näther 2022). Die komplexen Besonderheiten in der Pflege von Kindern und Jugendlichen verlangen dabei eine »hohe und spezifische Qualität in der pflegerischen Betreuung« (BHK e.V.:o.S.). Die Spezifik des Pflege- und Versorgungsgeschehens zeichnet sich durch einen

höheren, multidimensionalen Komplexitätsgrad als bei Erwachsenen aus. Die Vielschichtigkeit der Pflege von Kindern und Jugendlichen wird in mehrfacher Hinsicht durch einen Blick in die aktuelle Literatur pädiatrischer Arbeitsfelder und spezifischer Pflegesituationen dieser Altersspanne deutlich (vgl. Boesel 2020, Heidrich 2020, Derrer u. a. 2019).

Zum einen besteht ein besonderer krankheitsbedingter Pflegebedarf (vgl. Cramer/Wingefeld 2014). Schwere und schwerste Erkrankungen können eine individuell komplexe Symptomatik körperlicher und psychischer Symptome hervorbringen, die »den Pflegealltag häufig durch eine Vielzahl schwerwiegender Probleme prägt« (Cramer/Wingefeld 2014: 5), wie beispielsweise Störungen in der Nahrungsaufnahme, der Mobilität oder des Schlafes sowie die Behandlung bei Schmerzen.

Zum anderen benötigen Kinder und Jugendliche explizit eine adäquate Förderung ihrer Entwicklung, pädagogische Begleitung und Erziehung. Eine kindgemäße präventive und rehabilitative Betreuung sowie eine altersgerechte sozio-emotionale Unterstützung sind notwendig (vgl. Klein 2019, Büker 2008). Erkrankte Kinder und Jugendliche zeigen somit eine vielfältige Vulnerabilität (vgl. Winter 2021) und benötigen ein großes Maß an Zuwendung. Sie haben ein ausgeprägtes Sicherheitsbedürfnis und brauchen Begleitung im Umgang mit dem Krankheitsgeschehen und ihren Ängsten (vgl. Cramer/Wingefeld 2014).

Systemisch sind Kinder und Jugendliche dabei mit mehreren Bezugspersonen eng verbunden. Sie sind angewiesen auf familiären und familialen Halt, auf Schutz, Fürsorge und die Nähe ihrer primären Bezugspersonen, meist Eltern und Geschwister (vgl. Winter 2021). Die enge Verbindung im Familiensystem erfordert eine mehrperspektivische, adressatengerechte Interaktion (vgl. Rohde 2022). Dabei ist »Familie [...] keine Selbstverständlichkeit mit einer klaren und stabilen Form« (Rohde 2017: 110). Die Vielfältigkeit an Familienformen expandiert und die Heterogenität des Familiensystems ist geprägt von unterschiedlichsten Herausforderungen, wie z. B. Armut oder Migration (vgl. Schneider u. a. 2015, Martin u. a. 2014). Eine familienorientierte Pflege unterliegt besonderen Bedingungen, macht Anpassung nötig, nicht zuletzt an diverse Entwicklungsstände, kognitive Kapazitäten sowie Bewältigungsfähigkeiten der Familien und bedingt somit eine komplexe Kommunikation und Interaktion (vgl. Rohde 2022).

Die pädiatrische Pflege ist eine fürsorgende Pflege. Erkrankte und zu pflegende Kinder und Jugendliche werden Pflegenden anvertraut, rühren an eigenen Emotionen und machen betroffen (vgl. Winter 2021). Die souveräne Rol-

lenübernahme und ein sicheres Arbeiten in der hochkomplexen pädiatrischen Pflege brauchen spezifische Erkenntnisse und ein hohes Maß an Berufserfahrung (vgl. Rohde/Bohrer 2022).

Die Förderung und Entwicklung pflegerischer Kompetenzen für diese spezialisierten Anforderungen machen ein gut begründetes Bildungskonzept nötig. Die Intention der generalistischen Grundausbildung ist folgerichtig, jedoch ist intendiert, nach der Grundausbildung eine Spezialisierung durch eine Weiterbildung anzuschließen.

Dies gilt für viele Bereiche der Pflege bereits seit vielen Jahren. Im Jahr 2020 forderte die AG Kinderkrankenpflege der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein in einem Positionspapier eine ebenbürtige Regelung für die pädiatrische Pflege (vgl. PBKSH 2020).

Aus dem Positionspapier geht ein wachsender Versorgungsbedarf hervor. Dies ist begründet in sinkender Säuglings- und Kindersterblichkeit bei gleichzeitig steigenden Krankheits- und Überlebensraten der Säuglinge und Kinder. »Durch die steigenden Überlebensraten von kranken Kindern ist anzunehmen, dass auch der Bedarf an pflegerischer Versorgung ansteigt.« (PBKSH 2020: o.S.) Die medizinische Weiterentwicklung in der Gesundheitsversorgung fördert zudem diesen Veränderungsprozess und begründet einen vermehrten Bedarf an pädiatrisch-pflegerischer Versorgung.

Auch das Bundesministerium für Gesundheit verdeutlicht anhand statistischer Erhebungen diesen Bedarf: Im Jahr 2017 waren in Deutschland rund 138.000 Kinder im Alter von 0 bis 20 Jahren von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI betroffen, 2019 waren es bereits 192.383 (vgl. Destatis 2021).

Für die Versorgung von kranken Kindern im Krankenhaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss Qualitätsrichtlinien mit strukturellen und personellen Anforderungen herausgegeben. In den folgenden Richtlinien wird die Versorgung der Patientengruppe durch fachlich ausgebildete Pflegepersonen mit Qualifikationen für die Kinderversorgung festgeschrieben. Dies gilt für Früh- und Reifgeborene (QFR-RL), Kinderherzchirurgie (KiHe-RL), Kinderonkologie (KiOn-RL) und die Qualitätskontroll-Richtlinie (MD-QK-RL) für die Strukturprüfungen in der Pädiatrie (<https://www.g-ba.de/richtlinien/> [08.04.2023]).

Aufgrund der Festschreibung in den Qualitätsrichtlinien ist es zwingend notwendig, eine Fachweiterbildung für die hochkomplexe Pflege von Kindern und Jugendlichen anzubieten. In jeder der o.g. Richtlinien wird der Einsatz von Pflegefachpersonen mit mindestens einem in der Grundausbildung absolvierten Vertiefungseinsatz von 1.260 Stunden in der pflegerischen Versorgung

von Kindern aller Altersgruppe als Qualitätsmerkmal vorgesehen. »Die GBA-Vereinbarungen in der QFR-RL, der KiOn und der KiHerz sind auf dem Boden der vorhandenen wissenschaftlichen Literatur und interdisziplinären Leitlinien entstanden und konsentiert.« (DGKJ 2021:o.S.)

Die beschriebenen komplexen Besonderheiten der Pflege von Kindern und Jugendlichen, der steigende Versorgungsbedarf und die Anforderungen an die Versorgungsqualität begründen die Notwendigkeit einer Weiterbildung, in der Kompetenzen für die hochkomplexe Pflege für diese Altersgruppe vermittelt werden. Zur empirischen Fundierung der Weiterbildung wurde eine Berufsfeldanalyse durchgeführt und mit bildungstheoretischen Aspekten angereichert. Das methodische Vorgehen wird im Folgenden näher erläutert.

1.5 Methodisches Vorgehen

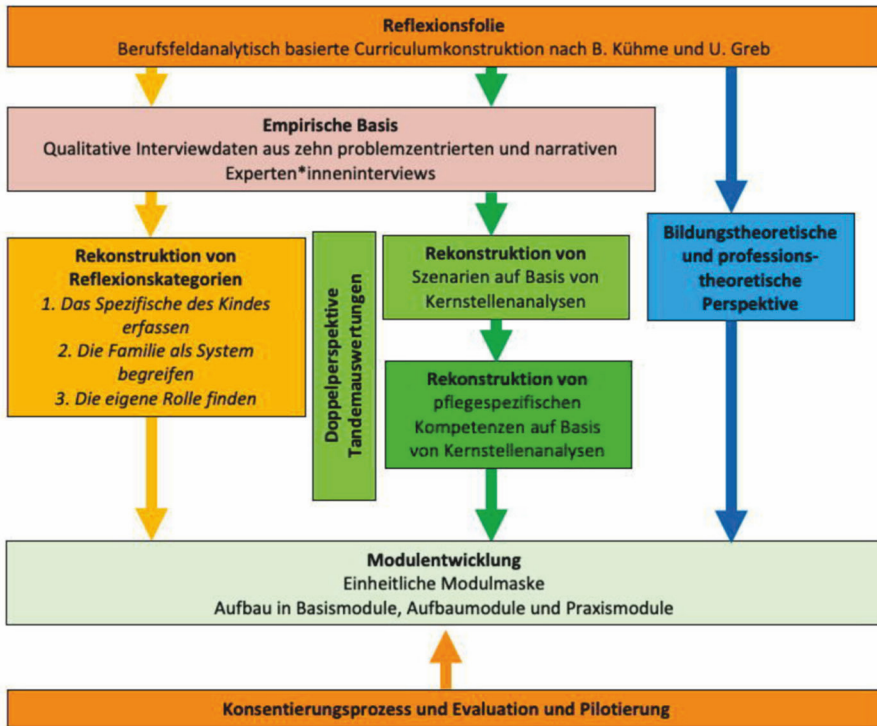
1.5.1 Drei-Säulen-Modell

Bei der Entwicklung der »Weiterbildung Hochkomplexe Pflege von Kindern und Jugendlichen« wird das Konzept eines modular aufgebauten Curriculums verfolgt, das empirisch und theoretisch fundiert ist. Für die empirische Basis wurden mit Expert*innen aus den verschiedenen Settings der Pflege von Kindern und Jugendlichen Interviews geführt – mit dem Ziel, das differenzierte Berufsfeld dieser Experten*innen zu erkunden.

Die Curriculumentwicklung stützt sich auf drei Säulen (s. Abb. 1):

- (1) Das empirische Datenmaterial (Interviews mit Pflegeexpert*innen) wurde analysiert, um zentrale Kategorien der hochkomplexen Pflege von Kindern und Jugendlichen zu identifizieren.
- (2) Aus den Daten der Interviews wurden Kernstellen (Schlüsselszenen) extrahiert, aus denen sich für die hochkomplexe Pflege erforderliche Kompetenzen rekonstruieren ließen.
- (3) Zur theoretischen Fundierung des Curriculums wurden die Befunde der Berufsrealität aus professionstheoretischer Perspektive und vor dem Hintergrund einer kritischen Pflegebildungstheorie reflektiert. Diese Konzeption zielt auf berufliche Emanzipation und Könnerschaft ab und befördert gleichsam die Auseinandersetzung mit immanenten Widersprüchen der Pflegerealität.

Abb. 1: WiP-Prozess der Curriculumkonstruktion für hochkomplexe Weiterbildungen (eigene Darstellung)



1.5.2 Datenerhebung

Die Entwicklung von Curricula für die pflegerische Weiterbildung steht vor der Herausforderung einer nahen Berufsfeldorientierung und einer Theorie-Praxisverzahnung, die den jeweiligen Spannungsfeldern und besonderen Relationen gerecht wird. Eine Einbindung der Berufspraxis ist dafür von hoher Relevanz.

Eine Berufsfeldanalyse ist eine Möglichkeit, um qualitativ valide Daten über das jeweilige Berufsfeld zu gewinnen und dabei den Blick auf gegenwärtige und auch zukünftige Tätigkeitsfelder zu richten. Mit der Einbeziehung der Perspektive der Expert*innen des jeweiligen Handlungsfeldes ist eine

bessere Akzeptanz und Anschlussfähigkeit der curricularen Ableitungen zu erwarten (vgl. Evers 2015).

Für die Datenerhebung gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher Interview-Varianten. Ein teilstandardisiertes Interview gibt der interviewenden Person über einen Interviewleitfaden eine Orientierung und lässt gleichzeitig Freiräume für den Erzählfluss der oder des Befragten innerhalb eines thematischen Rahmens (vgl. Flick 2017). Im Mittelpunkt der Befragung zur Berufsfeldanalyse stehen jedoch unabhängig von der Interviewform die Darlegungen der Expert*innen der Pflege von Kindern und Jugendlichen, die als Vertreter*innen dieses Handlungsfeldes befragt werden (vgl. Kruse 2015).

Feldzugang und Samplestruktur

Der Zugang zum Berufsfeld der Kinderkrankenpflege erfolgte anhand von Kriterien, die sich aus den Strukturen des Handlungsfeldes selbst ergaben. So wurden Personen aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen und Fachrichtungen angefragt. Zu den Versorgungsbereichen zählten die ambulante, teilstationäre und stationäre Akut- und Langzeitpflege sowie spezielle Versorgungsbereiche in der Pädiatrie und Psychiatrie, die in Anlehnung an die Pflicht-Einsatzbereiche der neuen Pflegeausbildung ausgewählt wurden. Weitere Expert*innen aus den Bereichen Pädagogik und Management konnten hinzugezogen werden. Alle Expert*innen stammten aus Schleswig-Holstein und waren Mitglieder der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein. Die Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein hatte den gesetzlichen Auftrag, die Weiterbildungen in der Pflege zu regeln (§ 3 Abs. 4 Pflegeberufekammergesetz). Die Expert*innen wurden über den Bildungsausschuss der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein rekrutiert und über das jeweilige zu untersuchende Berufsfeld und die ausgewählte Methode der Datenerhebung informiert.

Bei der Auswahl der zu befragenden Stichprobe wurde im Rahmen der Berufsfeldanalyse die induktive Stichprobenziehung im Sinne des theoretischen Samplings verwendet. Das bedeutete, dass zu Beginn der Datenerhebung keine strikte Festlegung über die Art der Expertise erfolgte, welche Expert*innen befragt werden. Die Auswahl der zu befragenden Expert*innen ergab sich vielmehr aus den weiteren, fortlaufenden Datenauswertungen. Das heißt, eine Trennung zwischen der Datenerfassung und der Datenauswertung fand nicht statt, vielmehr griffen diese beiden Prozesse ineinander. Dabei wurde die Idee verfolgt, bereits erhaltene Daten weiter verdichten zu können und die gewonnenen Erkenntnisse in die weitere Entwicklung der Datenerhebung und damit

auch in die Entscheidung, weitere Expert*innen einzubeziehen, einfließen zu lassen. Die Einbeziehung weiterer Expert*innen endete, als im Rahmen der Datenauswertung keine neuen Erkenntnisse mehr gemacht werden konnten. Dieser Moment wird als Sättigung bezeichnet (vgl. Rosenthal 2014).

Ein weiteres wichtiges Kriterium bei der Samplestruktur war, das Feld der Befragten weit aufzuspannen und die Heterogenität des Berufsfeldes mit den unterschiedlichen Versorgungsbereichen sowie der unterschiedlich langen und unterschiedlich geprägten Berufserfahrungen abzubilden. Die Befragten haben heterogene Qualifikationen im Laufe der jeweiligen beruflichen Laufbahn erworben (s. Tab. 1).

Tabelle 1: Qualitative Interviews – Beschreibung des Samples

Setting	Berufsjahre
Pädiatrische Ambulanz	43
Akut-stationäre Pflege	40
Kindernotaufnahme	30
Pädiatrische Intensivpflege	30
Stationäre Langzeitpflege	23
Ambulanter Kinderpflegedienst	20
Ambulanter Kinderpflegedienst	18
Stationäre Langzeitpflege	8
Ambulante Langzeitpflege	7
Akut-stationäre Pflege	5

In Hinblick auf die Durchführung der Datenerhebung wurde bei der Samplestruktur berücksichtigt, dass keine Abhängigkeitsverhältnisse zwischen den Expert*innen und den Interviewenden vorlagen. Das heißt, die Expert*innen waren keine direkt unterstellten Mitarbeitenden der Interviewenden bzw. die Expert*innen und Interviewenden standen in keinem pädagogischen Abhängigkeitsverhältnis zueinander, beispielsweise lernende und lehrende Personen.

1.5.3 Datenauswertung I: Reflexionskategorien

Die qualitative Auswertung der Interviewdaten wurde in Anlehnung an die Grounded Theory vorgenommen. Diese methodische Orientierung bot die Möglichkeit einer größtmöglichen Offenheit bezüglich der Interpretation der Daten. Als Analyseverfahren wurde das Kodieren genutzt (vgl. Przyborski 2014).

Die drei Kodierphasen, das offene, axiale und selektive Kodieren, werden miteinander in Beziehung gesetzt und ermöglichten eine hohe Verdichtung bis hin zum Auffinden der Schlüsselkategorien (vgl. Strauss/Corbin 1996). Diese Schlüsselkategorien stehen für Phänomenbereiche und bedeuten einen Grad hoher Verdichtung. Durch diese Eigenschaft war es möglich, dass diese Schlüsselkategorien die Ausgestaltung der Modulinhalte strukturieren.

Durch diesen ersten analytischen Schritt der Datenbearbeitung wurden zentrale Kategorien des Berufsfeldes identifiziert, die als drei Reflexionskategorien bei der Konstruktion des Curriculums eine wichtige Funktion bekommen konnten, da sie in allen Modulen wirksam zum Tragen kommen:

Bei der hochkomplexen Pflege von Kindern und Jugendlichen ist demnach stets das *Spezifische des Kindes* zu erfassen, zugleich die *Familie als System* zu begreifen und in dieser Konstellation die *eigene Rolle als professionelle Pflegefachperson* zu bestimmen.

1.5.4 Datenauswertung II: Schlüsselszenen

Die analytische Herangehensweise an das Datenmaterial brachte wichtige Reflexionskategorien zutage und konnte aus Sicht der Arbeitsgruppe dennoch den Gehalt des Materials nicht umfassend ausschöpfen. Bei der erneuten Sichtung der Transkripte fiel das Augenmerk darauf, wie die Expert*innen ihre Berufswirklichkeit schilderten. Besonders gehaltvoll erschienen die narrativen Anteile der Interviews, in denen pflegerische Situationen (»Inci-

dents«) aus dem Berufsalltag eindrücklich geschildert wurden. Aus diesen Schilderungen wurden Schlüsselszenen rekonstruiert: Das heißt, die identifizierten szenischen Inhalte wurden aus den Transkripten extrahiert und zu kleinen szenischen Beschreibungen geformt. Diese Szenen flossen später in die Erarbeitung der Modulmatrizes ein, um eine stimmige und nachvollziehbare Verknüpfung zwischen den Modulhalten und der hochkomplexen Pflegepraxis von Kindern und Jugendlichen herzustellen.

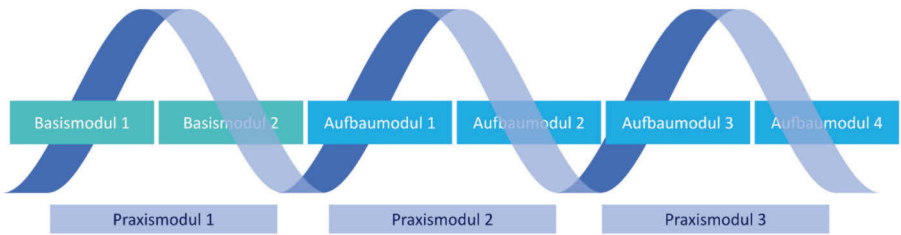
1.5.5 Bildungs- und professionstheoretische Perspektive

Bei einer empirisch *und* theoretisch fundierten Curriculumentwicklung kommen induktive und deduktive Verfahrensschritte gleichermaßen zum Tragen. So werden den aus dem empirischen Material rekonstruierten Herausforderungen der Berufswirklichkeit normative Anforderungen zur Seite gestellt, die über die gegenwärtige pflegeberufliche Praxis hinaus Entwicklungspotenziale und Zukunftsperspektiven im Sinne der Professionalisierung der Pflegeberufe eröffnen. Vor dem Hintergrund einer kritischen Bildungstheorie geht es dabei vor allem darum, an immanenten Widersprüchen und Spannungsfeldern der Pflegewirklichkeit zu arbeiten, um Pflegefachpersonen zu einem selbstbestimmten und mitbestimmenden Handeln zu befähigen. Durch diese zusätzliche normative Dimension kommen beispielsweise Aspekte deutlicher zur Sprache, die im empirischen Material nicht oder selten vorkommen, wie die interprofessionelle Hierarchie, die kulturelle Diversität in Teams, die Ökonomisierung des Gesundheitswesens und Aspekte der sozialen Gerechtigkeit, des Umwelt- und Klimaschutzes, der Kindersterblichkeit im globalen Kontext. Entsprechende Kompetenzformulierungen und Inhaltsempfehlungen sind in die Module integriert.

1.6 Modulkonzept und curricularer Verlaufspan

Das Curriculum der Weiterbildung »Hochkomplexe Pflege von Kindern und Jugendlichen« besteht aus neun Modulen. Sieben Module wurden neu entwickelt: vier Aufbau- und drei Praxismodule. Die beiden Basismodule wurden aus den Weiterbildungsordnungen der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz leicht modifiziert übernommen. Die Module sind curricular so konzipiert und didaktisch miteinander verzahnt, dass sie in der vorgesehenen Reihenfolge absolviert werden sollen (s. Abb. 2).

Abb. 2: Modulablaufplanung im Überblick (eigene Darstellung)



Durch die Konzeption von Praxismodulen werden die praktischen Einsätze in das Curriculum integriert. Eine Herausforderung in der beruflichen Bildung stellt generell die Verzahnung von Theorie und Praxis dar. Die Praxismodule ziehen sich fortlaufend und gleichmäßig durch die Weiterbildung. Damit wird die Bedeutung und Relevanz der praktischen Komponente der Weiterbildung betont. Das Modulkonzept sieht dabei vor, dass die Praxismodule durch Studententage und Praxistransferaufgaben begleitet werden.

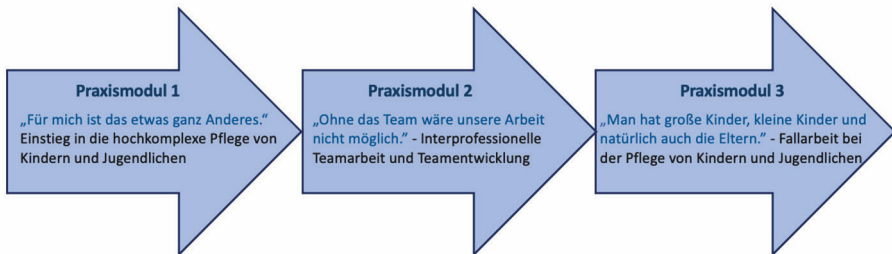
Üblicherweise startet die Weiterbildung mit Beginn einer Tätigkeit in einem Handlungsfeld der pädiatrischen Pflege, unabhängig vom jeweiligen Setting (akut-stationär, ambulant oder Langzeitpflege). An die Stelle der in vielen Fachweiterbildungen vorgeschriebenen beruflichen Vorerfahrung im Tätigkeitsbereich tritt von Anbeginn eine theoriegestützte Einführung in das neue Handlungsfeld. So wird bereits der erste Praxiseinsatz im Umfang von mindestens 720 Stunden durch theoretischen Unterricht begleitet. Der Unterricht im ersten Praxismodul ist dabei nicht als Ersatz für die praktische Einarbeitung der neuen Mitarbeitenden zu verstehen, aber er unterstützt den Prozess der Einarbeitung und bereitet zugleich auf eine differenzierte Auseinandersetzung mit den hochkomplexen Anforderungen an die Pflege von Kindern und Jugendlichen vor.³

Die Praxismodule 2 und 3 begleiten die weiteren Praxiseinsätze. Vorgesehen sind zwei weitere Praxiseinsätze im Umfang von jeweils 600 Stunden, davon mindestens einer in einem anderen Setting der pädiatrischen Versorgung (akut-stationär, ambulant oder Langzeitpflege) sowie ein Einsatz von mindestens 120 Stunden im Bereich der Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen oder in der Geburtshilfe.

3 Für Teilnehmende, die bereits berufliche Vorerfahrungen in der Pflege von Kindern und Jugendlichen haben, ist ein Anrechnungsverfahren vorgesehen, sofern die Praxistransferaufgaben erfüllt werden.

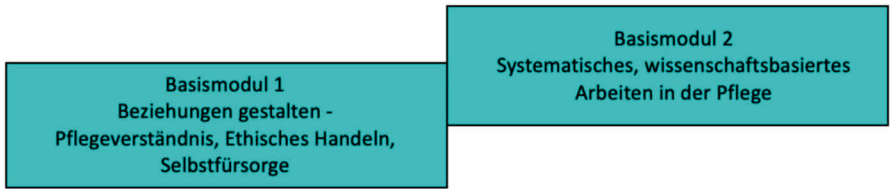
Die Praxismodule haben jeweils thematische Schwerpunkte, beginnend mit der Einführung in das Besondere des Berufsfeldes der Pflege im Kindes- und Jugendalter, über die speziellen Anforderungen der Teamarbeit in diesem Arbeitsbereich bis hin zur Bearbeitung komplexer, authentischer Fälle in den verschiedenen Settings der Pflege von Kindern und Jugendlichen.

Abb. 3: Thematische Schwerpunkte der Praxismodule (eigene Darstellung)



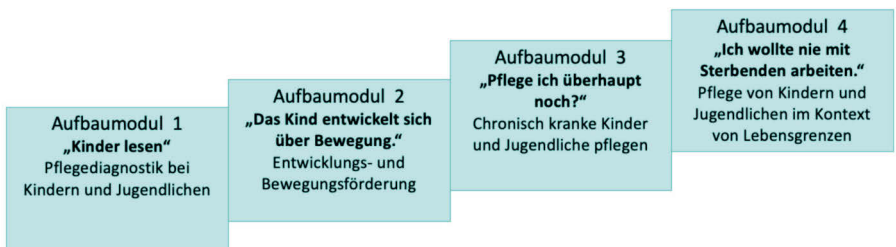
Die Basismodule vermitteln Kompetenzen zum systematischen, wissenschaftsbasierten Arbeiten in der Pflege, zum ethischen Handeln und zur Selbstfürsorge. Vor dem Hintergrund einer möglichst bundesweiten Vergleichbarkeit von Weiterbildungsangeboten wurde hier der Aufbau der Basismodule der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz übernommen. Die Basismodule vermitteln inhaltliche Grundlagen, auf die in den weiteren Modulen aufgebaut und zurückgegriffen wird. Besonderes Augenmerk ist darauf zu richten, dass die in der Ausbildung erworbenen Grundkompetenzen auch in diesen Modulen vertieft und erweitert werden. Die AG WiP hat daher die Kompetenzformulierungen überarbeitet und dem Anspruchsniveau entsprechend geschärft. Zielsetzung ist es, dass die Teilnehmenden zu den thematischen Schwerpunkten vertieftes Wissen und erweiterte Kompetenzen erwerben, die sich auch auf weitere spezialisierte Pflegebereiche übertragen lassen, so dass die Basismodule auf andere Fachweiterbildungen anrechenbar werden. Angepasst an die Zielgruppe wird sich der Unterricht in den Basismodulen dennoch exemplarisch immer auch auf die Besonderheiten der Pflege von Kindern und Jugendlichen richten.

Abb. 4: Thematische Schwerpunkte der Basismodule (eigene Darstellung)



Vier Aufbaumodule und drei Praxismodule sollen die spezifischen Lehr- und Lerninhalte für den Bereich der hochkomplexen pflegerischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen abbilden. Die Titel bzw. Schwerpunkte der Module ergaben sich aus der Datenauswertung der Berufsfeldanalyse. Schwerpunkte der Aufbaumodule sind die spezifische Pflegediagnostik (A1), die Bewegungs- und Entwicklungsförderung (A2) sowie der Umgang mit chronischer (A3) und lebensbegrenzender Erkrankung (A4) im Kindes- und Jugendalter. Für den schrittweisen Kompetenzaufbau sollten die Aufbaumodule nach den Basismodulen und möglichst in der durch die Nummerierung vorgegebenen Reihenfolge durchlaufen werden. Zwar ist jedes Modul thematisch in sich abgeschlossen, aber die Inhalte der Basismodule und der Module A1 und A2 sind sinnvolle Voraussetzungen für die Bearbeitung der spezifischen Problemstellungen und Fallinterpretationen in den Modulen A3 und A4.

Abb. 5: Thematische Schwerpunkte der Aufbaumodule (eigene Darstellung)



Für die Konstruktion der Module wurden zunächst unterschiedliche öffentlich zugängliche Modulmatrizes aus unterschiedlichen Weiterbildungsformaten gesichtet. Die Ergebnisse dieser Sichtung flossen in eine eigene

Vorlage einer Modulmatrix ein (s. Abb. 6). Die Matrix für die einzelnen Module wurde jeweils von zwei bis drei Mitgliedern der Arbeitsgruppe mit Inhalten gefüllt.

Der didaktische Kommentar dient dabei der Erläuterung des thematischen Schwerpunkts des Moduls. Die zu erwerbenden Handlungskompetenzen wurden primär aus dem empirischen Material heraus entwickelt und auf der Basis theoretischer Überlegungen ergänzt. Kernstellen aus den Interviews wurden als Schlüsselszenen didaktisch aufbereitet, so dass sie typische und besondere Anforderungen des Berufsfeldes veranschaulichen und zugleich als Unterrichtsmaterial genutzt werden können. Empfehlungen für die Modulinhalte sind den drei Reflexionskategorien »Das Spezifische des Kindes erfassen«, »Familie als System begreifen« und »Die eigene Rolle finden« zugeordnet. Bei der Konkretisierung und inhaltlichen Ausgestaltung bleibt in Sinne der pädagogischen Freiheit Handlungsspielraum für Lehrende. Das gilt ebenso für die methodischen Empfehlungen und die Empfehlungen für die Prüfungsgestaltung. Zwingend erforderlich ist allerdings, dass alle didaktischen Entscheidungen im Zusammenhang mit den zu erwerbenden Kompetenzen reflektiert werden.

Im Rahmen der monatlichen Sitzungen der AG WiP und in zusätzlichen Tagesveranstaltungen, sogenannten Forschungswerkstätten, wurden die Modulinhalte vorgestellt, diskutiert und weitere Bearbeitungsbedarfe erhoben. Diese Bedarfe wurden fortlaufend in die Modulmatrixen eingepflegt. Für die Kompetenzbeschreibungen im Rahmen der hochkomplexen Pflege von Kindern und Jugendlichen konnten dabei auch einige Kompetenzformulierungen aus der Handreichung für die berufliche Erstausbildung des Berufsverbandes Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. (vgl. BKD 2019) übernommen werden.

Abb. 6: Modulmatrix der AG WiP (eigene Darstellung)

Modultitel		
Modulkennziffer		
Art des Moduls	Basis-/ Aufbau-/ Praxismodul	
Arbeitsaufwand	Theoriestunden: Praxisstunden: Selbststudium:	Gesamt (Workload): Leistungspunkte:
Didaktischer Kommentar		
Zu erwerbende Handlungskompetenzen entwickelt aus dem empirischen Material und der theoretischen Fundierung	<ul style="list-style-type: none"> • Wissen • Können • Verstehen • Reflektieren 	
Inhalte des Moduls- - Empfehlungen (geordnet nach den Reflexionskategorien aus dem empirischen Material)	<ul style="list-style-type: none"> • Das Spezifische des Kindes erfassen • Familie als System begreifen • Die eigene Rolle finden 	
Modulverantwortliche/r - Empfehlungen		
Modulprüfung - Empfehlungen		
Schlüsselszenen	aus dem empirischen Material entwickelt	
Lehr-Lern-Methoden- Empfehlungen		
Literaturempfehlungen		

Literatur

- AKIK – Aktionskomitee Kind im Krankenhaus (2018): Die EACH-Charta mit Erläuterungen. Frankfurt: AKIK Bundesverband e.V. Online: <https://www.akik.de/was-wir-tun/each/each-charta/> (Abruf: 13.04.2023).
- Bartholomeyczik, Sabine (2010): Professionelle Pflege heute. Einige Thesen. In: Kreutzer, Susanne: Transformationen pflegerischen Handelns. Institutio-

- nelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert. Göttingen: V&R unipress, S. 133–154.
- BBWF – Bundesverband für Bildung, Wissenschaft und Forschung e.V. (o.J.): Was ist Bildung? Online: <https://www.bbwf.de/bildung/was-ist-bildung/> (Abruf: 13.04.2023).
- Benner, Patricia (1994): Stufen zur Pflegekompetenz – From Novice to Expert, Bern: Huber.
- BfR – Bundesinstitut für Risikobewertung (2009): Kinder sind keine kleinen Erwachsenen, Presseinformation 15/2009. Online: https://www.bfr.bund.de/de/presseinformation/2009/15/kinder_sind_keine_kleinen_erwachsenen-30129.html (Abruf: 13.04.2023).
- BHK e.V. – Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e.V. (o.J.): Besonderheiten in der Kinderkrankenpflege. Online: <https://www.bhkev.de/besondereheiten-in-der-kinderkrankenpflege.html> (Abruf: 13.04.2023).
- BIBB – Bundesinstitut für berufliche Bildung (2021): Qualifizierungsanforderungen von Weiterbildungen – QUAWE. Online: <https://www.bibb.de/de/137954.php> (Abruf: 13.04.2023).
- BKD – Berufsverbandes Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. (2019): Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (GKiKP) in den Ausbildungsvarianten des Pflegeberufgesetzes. Handreichung für die berufliche Erstausbildung. Online: https://bekd.de/wp-content/uploads/2020/06/GKiKP-in-den-Ausbildungsvarianten-des-Pflegeberufgesetzes_Endfassung-2020-03.pdf (Abruf: 13.04.2023).
- Blankertz, Herwig (1960): Neuhumanistisches Bildungsdenken und die Berufsschule. In: Die berufsbildende Schule, 12(1), S. 7–14.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen, Jugend (2022): Kinderrechte ins Grundgesetz. Themen: Hintergrundinformationen, Berlin: BMFSFJ. Online: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/kinder-und-jugend/kinderrechte/kinderrechte-ins-grundgesetz> (Abruf: 13.04.2023).
- Boesel, Katrin (2020): Stomaversorgung in der Neonatologie und Pädiatrie. In: JuKiP, 9(01), S. 8–12. DOI: 10.1055/a-0976-5131.
- Büker, Christa (2008): Familien mit einem pflegebedürftigen Kind. Herausforderungen und Unterstützungserfordernisse. In: Pflege & Gesellschaft, 13(1), S. 77–88. Online: <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2019/12/Büker-PuG-1-2008.pdf> (Abruf: 13.04.2023).
- Cramer, Henning/Wingenfeld, Klaus (2014): Die Einschätzung des pflegerischen Unterstützungsbedarfs kranker Kinder und ihrer Eltern. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bie-

- lefeld (IPW). Online: <https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/gesundheitswissenschaften/ag/ipw/downloads/ipw-151.pdf> (Abruf: 13.04.2023).
- Darmann-Finck, Ingrid (2010): Interaktion im Pflegeunterricht. Begründungslinien einer Interaktionistischen Pflegedidaktik, Frankfurt a.M.: Lang.
- Darmann-Finck, Ingrid (2020): Implizites Wissen in der Pflege und der Pflegeausbildung. In: Hermkes, Rico/Neuweg, Georg Hans/Bonowski, Tim (Hg.): Implizites Wissen. Berufs- und wirtschaftspädagogische Annäherung. Online: https://library.oapen.org/bitstream/handle/20.500.12657/47777/external_content.pdf?sequence=1#page=110 (Abruf: 13.04.2023).
- Darmann-Finck, Ingrid/Böhnke, Ulrike/Straß, Katharina (Hg.) (2009): Fallrekonstruktives Lernen in den Berufsfeldern Pflege und Gesundheit, Frankfurt a.M.: Mabuse.
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2014): Einstufung der Pflegeberufe im DQR ist zu niedrig. Online: <https://www.hcm-magazin.de/dbfk-einstufung-der-pflegeberufe-im-dqr-ist-absurd-258234/> (Abruf: 13.04.2023).
- DBR – Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (2020): Empfehlungen zur Musterweiterbildungsordnung für Pflegeberufe (MWBO PflB) – Strategien für die pflegeberufliche Weiterbildung. Online: <https://www.bildungsrat-pflege.de/wp-content/uploads/2022/06/2020-Empfehlungen-zur-Musterweiterbildungsordnung-fuer-Pflegeberufe-MWBO-PflB-Strategien-fuer-die-pflegeberufliche-Weiterbildung.pdf> (Abruf: 13.04.2023).
- Derrer, Kimberley/Schlür, Anna-Barbara/De Crom, Luk/Preusse-Bleuler, Barbara/Wieland, Judith/Kern, Mirjam/Müller, Rebekka (2019): Niklas Weg zurück ins Leben – der Wert einer professionellen Bezugspflege. In: JuKiP, 8(05), S. 198–202. DOI: 10.1055/a-0985-7253.
- Destatis (2020): Bildung und Kultur. Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung, Blatt A.1.1-01. Artikelnr. 5212401207005 vom 27.07.2021. Online: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Berufliche-Bildung/Publicationen/Downloads-Berufliche-Bildung/pflegeberufe-ausbildungsfinanzierung-vo-5212401207005.html> (Abruf: 13.04.2023).
- DGKJ – Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (2021): Gemeinsame Stellungnahme der pädiatrischen Fachgesellschaften zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern für

- das Jahr 2021. Online: https://www.dgkj.de/fileadmin/user_upload/Stellungnahmen/Politische_Stellungnahmen/210930_PpUGV__Stellungnahme_Pädiatrie.pdf (Abruf: 13.04.2023).
- DQR – Deutscher Qualifikationsrahmen (2013): Handbuch zum Deutschen Qualifikationsrahmen. Struktur – Zuordnungen – Verfahren – Zuständigkeiten. Online: https://www.dqr.de/dqr/shareddocs/downloads/media/content/dqr_handbuch_01_08_2013.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (Abruf: 13.04.2023).
- Ertl-Schmuck, Roswitha/Hänel, Jonas (Hg.) (2021): Theorien und Modelle der Pflegedidaktik. Eine Einführung (2. Aufl.), Weinheim: Beltz Juventa.
- Evers, Thomas (2015): Die besondere Ungewissheit im Handeln – bildungstheoretisch und empirisch fundierte Kompetenzerfassung am Beispiel gerontopsychiatrischer Pflegepraxis. In: Weyland, Ulrike/Kaufhold, Marisa/Nauerth, Annette/Rosowski, Elke (Hg.): Berufsbildungsforschung im Gesundheitsbereich. Online: http://www.bwpat.de/spezial10/evers_gesundheitsbereich-2015.pdf (Abruf: 13.04.2023).
- Fichtmüller, Franziska/Walter Anja (2007): Pflege Lehren. Empirische Begriffs- und Theoriebildung zum Wirkgefüge von Lernen und Lehren des beruflichen Pflegehandelns, Göttingen: V&R unipress.
- Flick, Uwe (2017): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung (8. Aufl.), Reinbek b. Hamburg: Rowohlt.
- Gahlen-Hoops, Wolfgang von (2018): Transparenz des Unzeigbaren – ein Essay über das pflegerische Handeln. In: Balzer, Sabine/Barre, Kirsten/Kühme, Benjamin/Gahlen-Hoops, Wolfgang von (Hg.): Wege kritischen Denkens in der Pflege – eine Festschrift für Ulrike Greb, Frankfurt a.M.: Mabuse, S. 118–133.
- Greb, Ulrike (2003): Identitätskritik und Lehrerbildung. Ein hochschuldidaktisches Konzept für die Fachdidaktik Pflege, Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Greb, Ulrike (2005): Fachdidaktische Reflexionen. Das Strukturgitter Fachdidaktik Pflege. In: Greb, Ulrike (Hg.): Lernfelder fachdidaktisch interpretieren, Frankfurt a.M.: Mabuse, S. 45–92.
- Greb, Ulrike (2010): Die pflegedidaktische Kategorialanalyse. In: Ertl-Schmuck, Roswitha/Fichtmüller, Franziska (Hg.): Theorien und Modell der Pflegedidaktik, Weinheim: Juventa, S. 124–165.
- Greb, Ulrike/Hoops, Wolfgang (2008): Demenz – Jenseits der Diagnose. Pflegedidaktische Interpretation und Unterrichtsetting, Frankfurt a.M.: Mabuse.

- Heidrich, Nicole (2020): Begleitung eines Kindes bei der Erstmanifestation Diabetes mellitus. In: JuKiP, 9(01), S. 18–24. DOI: 10.1055/a-1065-6579.
- Hoops, Wolfgang (2013): Pflege als Performance – zum Darstellungsproblem des Pflegerischen, Bielefeld: transcript.
- Igl, Gerhard (2021): Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG). Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV). Pflegeberufausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV). Praxiskommentar (3. Aufl.), Heidelberg: medhochzwei.
- Kant, Immanuel (1784): Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung? In: Berlinische Monatsschrift, 12, S. 481–494.
- Klafki, Wolfgang (1996): Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik. Zeitgemäße Allgemeinbildung und kritisch-konstruktive Didaktik (5. Aufl.), Weinheim: Beltz.
- Klein, Christoph (2018): Kinderheilkunde im Spiegel der Kinderrechtskonvention. In: Das Gesundheitswesen, 80(02), S. 191–196. DOI: 10.1055/s-0043-118782.
- Kruse, Jan (2015): Qualitative Interviewforschung – Ein integrativer Ansatz (2. Aufl.), Weinheim: Juventa.
- Kühme, Benjamin (2019): Identitätsbildung in der Pflege. Pflegepraxis und Bildungsmuster im Prozess beruflicher Sozialisation, Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Latos, Benedikt A./Harlacher, Markus/El-Mahgary, Mochtar/Götzelmann, Daniela/Przybysz, Philipp/Mütze-Niewöhner, Susanne/Schlick, Christopher M. (2017): Komplexität in Arbeitssystemen. Analyse und Ordnung von Beschreibungsansätzen aus unterschiedlichen Disziplinen. Online: <https://publications.rwth-aachen.de/record/689190/files/689190.pdf> (Abruf: 13.04.2023).
- Luhmann, Niklas (1991): Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie (4. Aufl.), Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Martin, Leu/Rücker, Petra/Bau, Anne-Madeleine/Wiegands, Susanne (2014): Transkulturelle Pädiatrie – Vielfalt und Kindergesundheit. In: Monatsschrift Kinderheilkunde, 162(8), S. 733–744.
- Näther, A. (2022): Das Pflegeberufegesetz. Ein Instrument zur Standardabsenkung für die Kinderkrankenpflege? In: Kinderkrankenschwester, 41(7), S. 202–204.
- Negt, Oskar (2010): Der politische Mensch. Demokratie als Lebensform, Göttingen: Steidl.

- Neuweg, Georg Hans (2020): Könnerschaft und implizites Wissen. Zur lehrertheoretischen Bedeutung der Erkenntnis- und Wissenstheorie Michael Polanyis (4. Aufl.) Internationale Hochschulschriften, Band 111, Münster: Waxmann.
- PBKSH – AG KiKP der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein K. d. ö. R. (2020): Positionspapier der Arbeitsgruppe Kinderkrankenpflege. 14.08.2020. Online: https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/P/pflege/Downloads/Pflegeberufekammer/200814_Positionspapier_Arbeitsgruppe_Kinderkrankenpflege.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (Abruf: 13.04.2023).
- Przyborski, Aglaja/Wohlrab-Sahr, Monika (2014): Qualitative Sozialforschung – Ein Arbeitsbuch (4. Aufl.), Berlin: De Gruyter Oldenbourg.
- Reetz, Lothar/Seyd, Wolfgang (2006): Curriculare Strukturen beruflicher Bildung. In: Arnold, Rolf/Lipsmeier, Antonius (Hg.): Handbuch der Berufsbildung (2. Aufl.), Wiesbaden: VS, S. 203–219.
- Richter-Kuhlmann, Eva (2003): Kinder: Keine kleinen Erwachsenen. In: Deutsches Ärzteblatt, 100(48), A-3133/B-2605/C-2433.
- Robinson, Saul B. (1967): Bildungsreform als Revision des Curriculum, Neuwied: Luchterhand.
- Rohde, Katrin S. (2017): Familienintegration braucht gemeinsames Verstehen und Kommunikation. In: JuKiP, 06(3), S. 110–112. DOI: 10.1055/s-00042-123960.
- Rohde, Katrin S. (2022): Familienbezogene Beratung in der Pädiatrie. In: JuKiP, 11(04), S. 152–159. DOI: 10.1055/a-1866-8595.
- Rohde, Katrin S./Bohrer, Annerose (2022): Pflege von Kindern und Jugendlichen neu denken? In: JuKiP, 11(02), S. 72–85. DOI: 10.1055/a-1740-0289.
- Rosenthal, Gabriele (2014): Interpretative Sozialforschung – Eine Einführung (4. Aufl.), Weinheim: Juventa.
- Schiller-Specht, Rotraut (2013): Eltern pflegen ihre Kinder – INTENSIVkinder zuhause e.V. In: DAG SHG (Hg.): Selbsthilfegruppenjahrbuch 2013, Berlin. Online: https://www.dag-shg.de/data/Fachpublikationen/2013/DAGS_HG-Jahrbuch-13-Schiller-Specht.pdf (Abruf: 13.04.2023).
- Schneider, Norbert F./Diabate, Sabine/Ruckdeschel, Kerstin (Hg.) (2015): Familienbilder in Deutschland. Kulturelle Vorstellungen zu Partnerschaft, Elternschaft und Familienleben, Berlin: Budrich.
- Schrems, Berta (2022): Fallarbeit in der Pflege. Grundlagen, Formen und Anwendungsbereiche (4. Aufl.), Wien: Facultas.

- Strauss, Anselm/Corbin, Juliet (1996): *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*, Weinheim: Beltz.
- Tippelt, Rudolf/Edelmann, Doris (2003): Curriculumentwicklung und -beurteilung in Pflege- und Gesundheitsberufen. In: Falk, Juliane/Kerres, Andrea (Hg.): *Didaktik und Methodik der Pflegepädagogik. Handbuch für innovatives Lehren im Gesundheits- und Sozialbereich*, Weinheim: Juventa, S. 339–356.
- Weiß, Thomas/Meißner, Thomas/Kempa, Stephanie (2018): *Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG). Praxiskommentar*, Wiesbaden: Springer.
- Winter, Claudia (2021): Teilhaben und Teilnehmen. Partizipationsprozesse in der Pädiatrie. In: *JuKiP*, 10(05), S. 203–209. DOI: 10.1055/a-1577-9167.
- Wittneben, Karin (1999): *Pflegeausbildung im Spannungsfeld von Pflegepraxis, Pflegewissenschaft und Didaktik*. In: Koch, Veronika (Hg.): *Bildung und Pflege*, Bern: Huber; S. 1–13.

