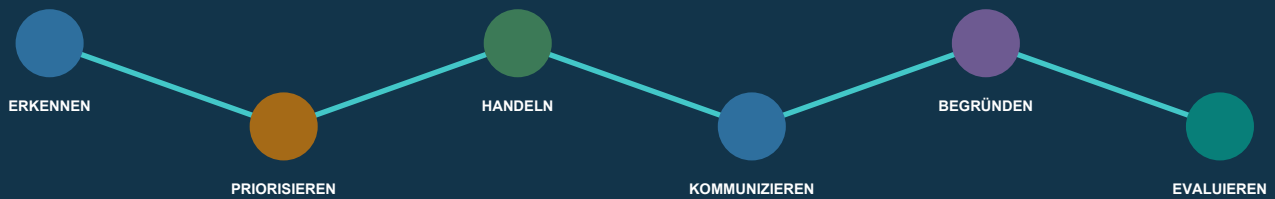




MeinPflege

SCHRIFTLICHE PRÜFUNGSREIHE



TAG 3

Schriftliche Abschlussprüfung

Pflegefachfrau / Pflegefachmann

Generalistische Pflegeausbildung

Kritische Situationen erkennen · sicher handeln · ethisch begründen

Dieses Buch bereitet dich auf fallbezogene schriftliche Entscheidungen vor. Du trainierst, Veränderungen zu erkennen, Gefahren zu priorisieren, sicher zu handeln, professionell zu kommunizieren, Verantwortung zu beachten, Entscheidungen zu begründen und den Verlauf zu evaluieren.

Der dritte Prüfungstag verbindet nach PflAPrV § 14 Abs. 1 Nr. 3 Kompetenzen aus I.3, I.4, III.2 und II.3. Die konkrete Aufgabenform kann regional unterschiedlich sein. Dieses Buch erfindet deshalb keine bundesweite Krankheitsliste, Punktzahl oder Operatoren-Hierarchie.

So arbeitest du mit dem Buch

1. Lies den Fallmoment und markiere Veränderungen.
2. Beantworte die Prüfungsfrage zunächst selbst.
3. Vergleiche deine Antwort mit der Lösungslogik.
4. Notiere, was du beim nächsten Fall anders machst.
5. Bearbeite die Simulationen ohne Hinweise und erst danach die Lösungen.

Kennzeichnungen

- Fallmoment: kurze berufliche Situation.
- Prüfungsfrage: schriftlicher Arbeitsauftrag.
- Denkstütze: Hilfe beim Lernen, nicht in der Simulation.
- Musterantwort: eine fachlich mögliche Lösung, keine einzig richtige Formulierung.
- Lokal prüfen: Ablauf hängt von Einrichtung, Bundesland, ärztlicher Anordnung, SOP oder Gerät ab.
- MeinPflege didaktisches Tool: Lernhilfe, kein amtlicher Algorithmus.

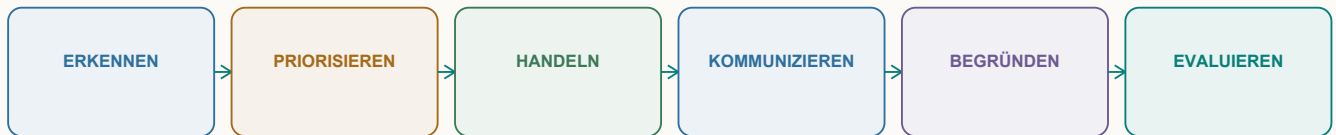
Wichtige Grenzen

Das Buch ersetzt keine Einweisung, SOP, ärztliche Anordnung oder aktuelle Produktinformation. Zahlen werden nur genutzt, wenn sie für den Fall nötig sind. Ausgangszustand, Trend, Muster und Gesamtzustand bleiben wichtiger als ein Einzelwert. Fachlicher und rechtlicher Quellenstand: September 2026.

K03 - Der MeinPflege-Tag-3-Denkweg

MEINPFLEGE DIDAKTISCHES TOOL - kein amtlicher Prüfungsalgorithmus

MEINPFLEGE DIDAKTISCHES TOOL



ERKENNEN → PRIORISIEREN → HANDELN → KOMMUNIZIEREN → BEGRÜNDEN → EVALUIEREN

Erkennen heißt: neue Beobachtungen vom Ausgangszustand unterscheiden. Priorisieren heißt: Gefahr, Dringlichkeit und Reihenfolge begründen. Handeln heißt: sichere pflegerische Maßnahmen im eigenen Kompetenzbereich wählen. Kommunizieren heißt: Person einbeziehen, Hilfe aktivieren und präzise übergeben. Begründen verbindet Maßnahme und Risiko. Evaluieren prüft Wirkung, Nebenwirkung und weiteren Bedarf.

Für einzelne Antwortbausteine hilft BRMBE:

BRMBE - ANTWORTBAUSTEIN



Beobachtung → Risiko → Maßnahme → Begründung → Evaluation

Beispiel: „Herr C. ist neu blass und schwindelig (Beobachtung). Nach der Operation besteht ein relevantes Verschlechterungsrisiko (Risiko). Ich sichere ihn, lasse ihn nicht allein und aktiviere nach lokalem Eskalationsweg Hilfe (Maßnahme), damit eine mögliche Kreislauf- oder Blutungsproblematik rasch beurteilt wird (Begründung). Danach beobachte ich Bewusstsein, Kreislauftrend und weitere Veränderungen (Evaluation).“

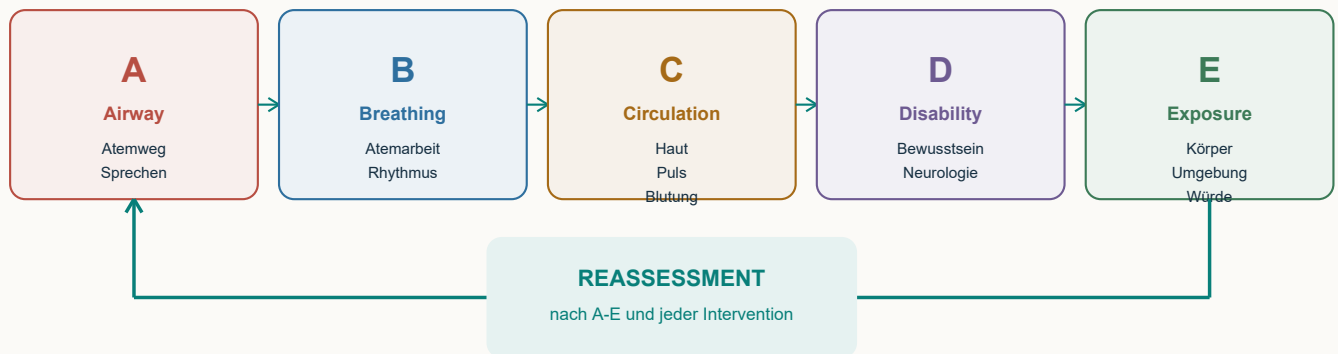
Mini-Training

7. Ordne folgende Sätze BRMBE zu: „Sie antwortet langsamer“, „Sturz vermeiden“, „erneut ansprechen“, „Bewusstsein kann weiter sinken“, „weil Sicherheit vorrangig ist“.
8. Formuliere einen vollständigen BRMBE-Satz zu zunehmendem Wundschmerz.
9. Erkläre, warum Evaluieren kein freiwilliger Zusatz ist.

Lösung

7. Beobachtung: antwortet langsamer. Risiko: Bewusstsein kann sinken. Maßnahme: Sturz vermeiden. Begründung: Sicherheit ist vorrangig. Evaluation: erneut ansprechen und Verlauf prüfen.
8. Möglich: „Der Wundschmerz ist seit gestern stärker; dies kann auf eine Verschlechterung hinweisen. Ich erfasse Schmerz und Wundveränderungen, informiere zuständige Fachpersonen und prüfe die

K05 - Strukturierte Ersteinschätzung: ABCDE und Vitalzeichen im Kontext



Klinische Orientierung - kein Bundes-Prüfungsschema.

ABCDE unterstützt eine feste Reihenfolge. Es ist eine klinische Orientierung, kein Bundes-Prüfungsschema.

- A - Airway: Ist der Atemweg frei? Kann die Person sprechen? Gibt es auffällige Geräusche oder sichtbare Verlegung?
- B - Breathing: Wie wirkt Atemarbeit, Rhythmus, Tiefe und Sprechfähigkeit? Wie ist die Sauerstoffversorgung im Kontext?
- C - Circulation: Wie wirken Haut, Puls, Kreislauf, Blutung und Durchblutung? Wie entwickelt sich der Trend?
- D - Disability: Wie sind Bewusstsein, Orientierung, Reaktion, Bewegung und neue neurologische Auffälligkeiten?
- E - Exposure/Environment: Was zeigt der weitere Körperbefund? Gibt es Verletzung, Hautveränderung, Temperaturhinweis oder Umgebungsgefahr? Würde und Wärmeerhalt bleiben wichtig.

Die Reihenfolge hilft, zuerst lebensbedrohliche Probleme zu suchen. Wird ein akutes Problem erkannt, handelst du im eigenen Kompetenzbereich und holst Hilfe. Danach beginnst du erneut. Vitalzeichen ergänzen den Eindruck; sie ersetzen ihn nicht.

Aufgaben 14-17

14. Ordne Sprechunfähigkeit, Blässe, neue Halbseitenschwäche und sichtbare Blutung zu.
15. Begründe die wiederholte Einschätzung.
16. Erkläre die Rolle von Vitalzeichen ohne einen Grenzwert zu nennen.
17. Nenne zwei Würdeaspekte bei E.

K09 - Schmerzmanagement in akuten, chronischen und palliativen Situationen

Schmerz ist eine persönliche sensorische und emotionale Erfahrung. Die Aussage der betroffenen Person ist zentral, wenn Selbstbericht möglich ist. Schmerz ist mehr als eine Zahl: Erfasse Ort, Qualität, Intensität, Beginn, Dauer, Verlauf, Auslöser, Linderung, frühere Maßnahmen und Folgen für Bewegung, Atmung, Schlaf, Stimmung, Teilhabe und Alltag.

Akuter Schmerz steht oft in zeitlichem Zusammenhang mit Verletzung, Eingriff oder Erkrankung. Chronischer Schmerz prägt häufig Funktion, Schlaf und Lebensführung. Gemischte Situationen sind möglich. Palliative Schmerzen werden zusammen mit weiteren Symptomen, Wünschen und Therapiezielen betrachtet.

Die NRS 0-10 ist ein einfaches Beispiel für Selbstbericht. Null bedeutet kein Schmerz, zehn den stärksten vorstellbaren Schmerz. Es gibt keinen universellen Wert, der automatisch dieselbe Maßnahme auslöst. Bei Kindern kann ein altersgerechtes validiertes Instrument wie die FPS-R genutzt werden; die geschützte Gesichtergrafik wird hier nicht abgebildet. Bei kognitiven oder kommunikativen Einschränkungen werden Selbstberichtsmöglichkeiten ausgeschöpft und Verhalten, Ausgangszustand sowie Kenntnisse naher Personen ergänzt. Validierte lokale Instrumente werden nach Vorgabe genutzt; Formulare werden hier nicht reproduziert.

SCHMERZMANAGEMENT - ORIGINAL MEINPFLEGE ROUTE



MEINPFLEGE DIDAKTISCHES TOOL: ERFASSEN → DIFFERENZIEREN → ZIEL VEREINBAREN → ANGEORDNET/PFLEGERISCH HANDELN → WIRKUNG UND NEBENWIRKUNG PRÜFEN → DOKUMENTIEREN → ANPASSUNG/ESKALATION VERANLASSEN.

Ein Ziel ist individuell: etwa besser atmen, schlafen, mobilisieren oder an einem Gespräch teilnehmen. Maßnahmen können eine angeordnete Analgesie sowie pflegerische Unterstützung wie Ruhe, Lagerung, Wärme oder Kälte nur nach Eignung, Ablenkung, Atemruhe und Information umfassen. Danach prüfst du Wirkung, Funktion, Bewusstsein, Atmung, Übelkeit und weitere fallbezogene Veränderungen. Du veränderst keine Dosis selbstständig.

Eine Schmerzkrisen, neue Schmerzqualität, rasche Zunahme, relevante Begleitzeichen oder fehlende Wirkung verlangen erneute Einschätzung und Eskalation. Die frühere AWMF 001-025 Version 4.1 ist seit 31. August 2026 abgelaufen und wird nicht als aktuelle Empfehlung verwendet.

Aufgaben 33-39

33. Erstelle sechs Fragen für ein multidimensionales Assessment. 34. Begründe den Vorrang des Selbstberichts. 35. Formuliere ein funktionales Ziel. 36. Nenne vier Beobachtungen nach angeordneter Analgesie. 37. Erkläre, warum eine NRS-Zahl allein nicht reicht. 38. Unterscheide akuten und chronischen Schmerz fallbezogen. 39. Formuliere BRMBE bei zunehmendem palliativen Schmerz.

K17 - Wundmanagement: beurteilen, angeordnet versorgen, Verlauf steuern

Fallmoment

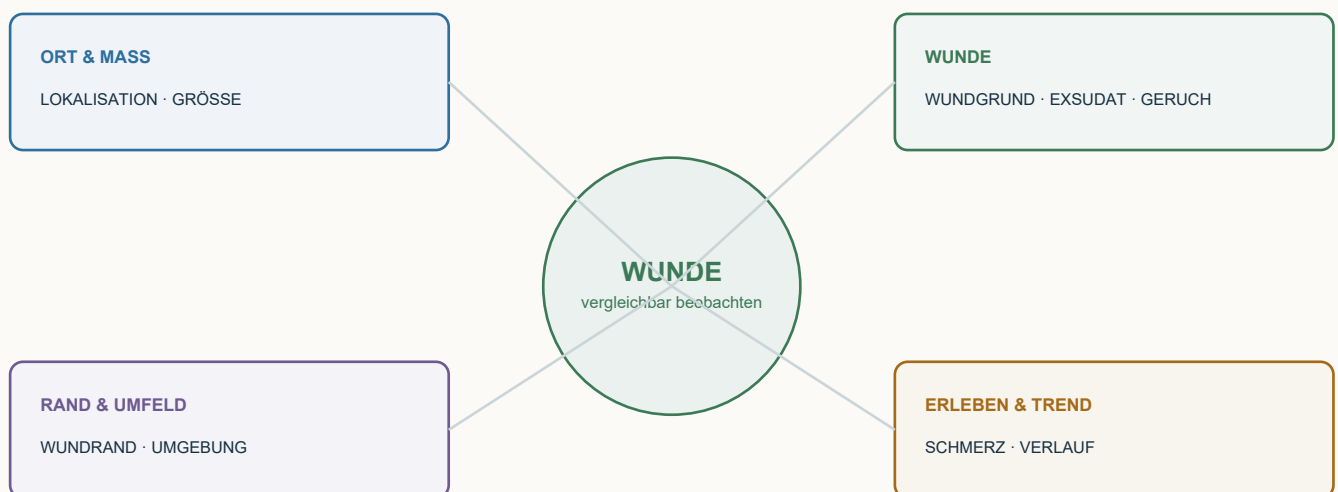
Bei Frau H. besteht ein medizinisch diagnostiziertes Ulcus cruris venosum mit verordnetem Wundplan. Heute sind Exsudat und Schmerz stärker, der Rand wirkt aufgeweicht und die Umgebung gerötet. Deine Aufgabe ist nicht, eine neue Diagnose zu stellen. Du musst Veränderung erkennen, sicher versorgen, dokumentieren und eskalieren.

Orientierung

Eine akute Wunde entsteht durch ein zeitnahes Ereignis oder einen Eingriff. Eine chronische Wunde besteht im Zusammenhang mit einer Grunderkrankung und heilt nicht regelgerecht. Für die Pflege sind Wunde, Grunderkrankung, Alltag, Schmerz, Mobilität, Schlaf, Geruch, Exsudat und Selbstmanagement gemeinsam wichtig.

Wundheilung verläuft in überlappenden Phasen. Heilung kann unter anderem durch Durchblutungsprobleme, Druck, Infektion, Stoffwechselstörung, Mangelernährung, Medikamente, Rauchen oder fehlende Entlastung beeinträchtigt werden. Diese Faktoren werden fallbezogen erfasst; daraus folgt keine eigenständige medizinische Diagnose.

Strukturiert beschreiben



- Ort und Wundart nur nach gesicherter Diagnose;
- Maße nach lokal einheitlicher Methode;
- Wundgrund beziehungsweise sichtbares Gewebe beschreibend;
- Exsudat nach Menge, Farbe und Beschaffenheit;
- Geruch vorsichtig und unter vergleichbaren Bedingungen;
- Rand: glatt, aufgeweicht, unterminiert oder verändert, soweit beobachtbar;
- Umgebung: Farbe, Wärme, Schwellung, Feuchtigkeit, Hautschäden;
- Schmerz mehrdimensional;

K25 - Acht Akut- und Entscheidungskarten

MEINPFLEGE DIDAKTISCHE HILFEN - keine Behandlungsprotokolle

P01 Akute Atemnot

ACHTEN

Beginn, Atemarbeit, Rhythmus, Sprechen, Haut, Bewusstsein, Kreislauf, Verlauf.

PRIORITÄT

Belastung stoppen, Sicherheit, strukturierte Einschätzung, Hilfe nach lokalem Weg.

NICHT ÜBERSEHEN

Erschöpfung, Brustbeschwerden, Bewusstseinsänderung.

HILFE

bei neuer oder zunehmender Atemnot unverzüglich passend zur Dringlichkeit.

EVALUIEREN

subjektive Atemnot, Atemarbeit, Bewusstsein, Kreislauf, Wirkung.

GRENZE

Sauerstoff nur nach Anordnung/Notfallplan; kein universelles Ziel oder Flow.

MeinPflege Lernkarte - keine Behandlungsanweisung

K26 - Geführte komplexe Fälle und gemischte Fälle

G01 - Frau Albers bekommt schlechter Luft

Die 61-jährige Frau Albers liegt seit zwei Tagen auf einer internistischen Station. Am Morgen konnte sie sich noch mit Pausen am Waschbecken versorgen. Gegen Mittag fällt dir auf, dass sie aufrechter im Bett sitzt und die Schultern beim Atmen mitbewegt. Beim Weg zur Toilette bleibt sie nach wenigen Schritten stehen. Sie sagt: „Ich bekomme die Luft nicht richtig rein.“ Sie spricht nur in kurzen Sätzen, wirkt erschöpft und zunehmend ängstlich. Gegenüber der letzten Übergabe ist das neu.

In der Dokumentation findest du eine fallbezogene Sauerstoffanordnung für einen klar beschriebenen Bedarfsrahmen. Die Station hat außerdem einen lokalen Eskalationsweg. Eine aktuelle ärztliche Beurteilung der Verschlechterung liegt noch nicht vor. Frau Albers möchte zunächst nur, dass das Fenster geöffnet wird.

AUFGABEN 151-156

151 Markiere Veränderungen. 152 Priorisiere. 153 Nutze ABCDE. 154 Formuliere SBAR. 155 Erkläre Sauerstoffgrenze. 156 Nenne Evaluation.

DENKSTÜTZE

Ausgangszustand - Atemarbeit - Bewusstsein - Kreislauf - Plan.

LÖSUNG - KURZLOGIK

Neue Atemnot plus Erschöpfung und eingeschränkte Sprechfähigkeit beenden die Routine. Sicherheit, strukturierte Einschätzung, Hilfe und wiederholte Beurteilung haben Vorrang.

MUSTERANTWORT

„Frau Albers zeigt gegenüber dem Morgen eine deutliche Verschlechterung: Belastungsdyspnoe, Einsatz der Atemhilfsmuskulatur, kurze Sätze, Erschöpfung und Angst. Ich breche die Belastung ab, bleibe bei ihr und unterstütze eine sichere, von ihr tolerierte Position. Danach prüfe ich ABCDE-orientiert Atemweg und Sprechfähigkeit, Atemarbeit und -muster, Kreislauf, Haut und Bewusstsein. Gleichzeitig aktiviere ich den lokalen Hilfeweg. Die Sauerstoffanordnung prüfe ich auf Person, Indikation und gültigen Rahmen; ich erfinde weder Zielwert noch Flow. In der SBAR-Übergabe nenne ich Ausgangszustand, neue Zeichen, bisherigen Schritt und bitte um unverzügliche Beurteilung. Anschließend kontrolliere ich Atemnot, Sprechfähigkeit, Atemarbeit, Bewusstsein, Kreislauf und die Wirkung jeder Maßnahme.“

Warum stark? Die Antwort verbindet Veränderung, Priorität, Rollenbegrenzung und Evaluation. Häufiger Fehler: nur „Fenster öffnen und Sauerstoff geben“ nennen, ohne Dringlichkeit, Anordnungsprüfung und Reassessment.

S01 - Die Atmung wird schlechter

PRÜFUNGSMODUS

120 Minuten · Bearbeitung ohne Lernhilfen · Lösungen separat

Herr Mertens, 58, liegt seit gestern wegen eines akuten Infekts auf einer medizinischen Station. Bei der Morgenübergabe war er wach, orientiert und konnte mit Pausen bis zum Bad gehen. Seit etwa einer Stunde nimmt seine Atemnot zu. Bei der Körperpflege muss er abbrechen und sich aufsetzen. Er spricht nur noch in kurzen Sätzen, stützt die Arme ab und wirkt ungewöhnlich müde. Auf die Frage nach Schmerzen verneint er, sagt aber: „Es wird immer anstrengender.“ Seine Haut wirkt blasser als am Morgen.

Eine fallbezogene Sauerstoffanordnung ist für einen klar beschriebenen Bedarfsrahmen dokumentiert. Der lokale Eskalationsweg liegt vor. Ob weitere neue Befunde bestehen, muss jetzt strukturiert erhoben werden. Eine Kollegin schlägt vor, die Pflege erst schnell zu beenden, damit Herr Mertens anschließend Ruhe hat.

AUFGABEN 209-218

209 Relevante Veränderungen. 210 Dringlichkeit begründen. 211 ABCDE-Beobachtungen. 212 Erste Pflegemaßnahmen. 213 Sauerstoffgrenze. 214 SBAR. 215 Closed Loop. 216 Rollenverantwortung. 217 Reassessment. 218 Dokumentation.