



Weiterbildung zur Intensiv- und Anästhesiefachkraft in Niedersachsen

- Konzeptionelle Überlegungen zur notwendigen Weiterentwicklung
unter Berücksichtigung der generalistischen Pflegeausbildung -

Bachelorarbeit

zur Erlangung des Grades "Bachelor of Science" (B.Sc.)

im Studiengang Berufspädagogik und Management in der Pflege

Erstprüfer: Hr. Erpho Bell M. A.

Zweitprüferin: Fr. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Sandra Tschupke

Kraft, Marion

Matrikelnummer: [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED], den 17.03.2023

Genderhinweis

Zur besseren Lesbarkeit werden auf in dieser Arbeit personenbezogene Bezeichnungen, die sich zugleich auf alle Geschlechter beziehen, nur in der männlichen Form angeführt. Dies soll jedoch keinesfalls eine Diskriminierung oder eine Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes zum Ausdruck bringen. Die Angaben beziehen sich immer auf Angehörige aller Geschlechter.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	VI
Abbildungsverzeichnis.....	VIII
Tabellenverzeichnis.....	IX
1 Einleitung.....	1
1.1 Ziel der Arbeit	2
1.2 Aufbau und Struktur der Arbeit	2
1.3 Begriffliche Grundlagen	3
2 Methodisches Vorgehen	4
3 Generalistische Pflegeausbildung.....	6
3.1 Ausbildungsstruktur	6
3.1.1 Vorbehaltsaufgaben	8
3.1.2 CE 08 „Menschen in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten“ (Fachkommission nach § 53 PflBG, 2020)	9
3.2 Akademische Ausbildung	11
4 Intensiv- und Anästhesiepflege	11
4.1 Entwicklung der Weiterbildung Intensiv- und Anästhesiepflege	14
4.2 Ziele und Kompetenzen in der Weiterbildung I u. A Pflege	16
4.2.1 Fachlich-technische Kompetenz.....	18
4.2.2 Methodenkompetenz.....	18
4.2.3 Psychosoziale Kompetenz	19
4.2.4 Personale Kompetenz	19
4.3 Kompetenzrahmen	19
5 Staatliche Regelungen.....	20
5.1 Niedersächsische Landesverordnung.....	21
5.1.1 Curriculum.....	22

5.1.2 Lernbereich III / Modul 4 Arbeitsbelastungen und -entlastungen ...	23
5.2 DKG- Empfehlung zur Weiterbildung	24
5.3 Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR).....	24
5.4 Vorbehaltsaufgaben für die Fachkrankenpflege in der I u. A.....	26
6 Qualifizierungswege in der I u. A- Weiterbildung.....	27
6.1 Synopse der Qualifizierungswege der I u. A- Weiterbildungen in Deutschland.....	29
6.2 Professionalisierung und Qualitätsentwicklung in der I und A Pflege	33
6.3 Akademisierung in der I und A Pflege.....	35
6.4 Qualifizierung in der Anästhesie	36
7 Konzepte zur Qualifizierung.....	38
7.1 „work & learn-Konzept	38
7.2 Skills-Lab.....	41
7.3 Simulation	41
7.4 „Stärkung der interprofessionellen Handlungskompetenz (SiHaKo)“	42
7.5 Trainee- Programm	43
8 Diskussion und Reflexion	48
9 Konzeptionelle Überlegungen & Folgerungen zur Weiterentwicklung der FWB	54
9.1 Übersicht der Konzeptionellen Folgerungen zur Weiterentwicklung der FWB IPS u. ANÄ.....	55
9.2 „Bausteine“ der Konzeptionellen Folgerungen	56
10 Zusammenfassung und Fazit	59
Literaturverzeichnis.....	62
Anhang.....	70
Anhang I: Ein- und Ausschlusskriterien.....	70
Anhang II: Festlegung der Suchkomponenten	71

Anhang III: Identifikation von Stichwörtern	72
Anhang IV : Festlegung der zu durchsuchenden Datenbanken.....	73
Anhang V: Übersicht Literaturrecherche der Datenbanken	74
Anhang VI: Zuordnung der Lernbereiche zu den Modulen	76
Anhang VII: Synopse zur Niedersächsischen Landesverordnung und der DKG- Empfehlung.....	77
Anhang VIII: Übersicht- Modulstruktur/ Modulinhalte/ Theoriestunden.....	80
Anhang IX: Beispiel einer Lerneinheit zum Modul Ethisch denken und in ethischen Konfliktsituationen handeln	81
Anhang X: Ausschnitt aus dem Kompetenzrahmen zum Modul Ethisch denken und in ethischen Konfliktsituationen handeln	83

Abkürzungsverzeichnis

ANP CC	Advanced Nursing practice in Critical Care
APN	Advanced Practice Nursing
ATA	Anästhesietechnische Assistenz
BAFzA	Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben
BBiG	Berufsbildungsgesetz
CE	Curriculare Einheiten
DBR	Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe
DGF	Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste
DIVI	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin
DKG	Deutsche Krankenhaus Gesellschaft
DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen
ECMO	Extrakorporale Membran Oxygenierung
ECTS	European Credit Transfer and Accumulation System
EfCCNa	European Federation of Critical Care Nursing associations
EQR	Europäischer Qualifikationsrahmen
FWB	Fachweiterbildung
GfbWBV,NI	Gesundheitsfachberufe Weiterbildungsverordnung Niedersachsen
GVBl	Gesetz- und Verordnungsblatt
IABP	Intraaortale Ballonpumpe
I u. A Pflege	Intensiv u. Anästhesie-Pflege
I u. A FWB	Intensiv u. Anästhesie-Fachweiterbildung
IuAWBV	Intensivpflege und Anästhesie -Weiterbildungs-Verordnung
KMK	Kultusministerkonferenz
Mio.	Millionen
MP Betreib V	Medizinprodukte Betreiberverordnung

PA	Praxisanleitung
PfIAPrV	Pflegeberufe- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung
PfIBG	Pflegeberufegesetz
PfIBRefG	Pflegeberufereformgesetz
Pflege WeitBiPrOHE	Hessische Weiterbildungs- und Prüfungsordnung für die Pflege
PpUGV	Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung
SächsGfbWBVO	Sächsische Gesundheitsfachberufe Weiterbildungsverordnung.
SiHaKo	Stärkung der interprofessionellen Handlungskompetenz
WbG	Gesetz über die Weiterbildung und Fortbildung in den Medizinalfachberufen und in Berufen der Altenpflege
WBG-Bremen	Gesetz über die Weiterbildung im Lande Bremen
WBI u AVO	Landesverordnung über die Weiterbildung und Prüfung von Pflegefachkräften für Intensivpflege und für Anästhesiepflege
WBVO-Pflege- NRW	Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegeberufe-NRW
WeitBi/HebG	Gesetz über die Weiterbildung in den Gesundheits- und Pflegefachberufen und die Ausübung des Berufs der Hebamme
WPrVO-IAA	Weiterbildungsverordnung für Intensivpflege, Anästhesie und Atmungstherapie
WVO	Verordnung des Sozialministeriums über Weiterbildungen für Pflegeberufe in Baden-Württemberg
ZB MED	Zentralbibliothek für Medizin

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Übersicht der Einsätze innerhalb der 3-jährigen Ausbildung (Darstellung in Anlehnung an: „Das neue Pflegeberufe Gesetz“, 2020).....	8
Abb. 2: Berufliche Handlungskompetenz im Kontext von Schlüssel Qualifikation und individuellen Voraussetzungen (Darstellung in Anlehnung an: Ullrich & Stolecki, 2015, S.50.....	17
Abb. 3: Verortung deutscher Abschlüsse im EQR (Darstellung in Anlehnung an: Gillen, 2012 in Rahmenkonzept- WBVO-Pflege-NRW, S.10).....	25
Abb. 4: Beispielhafte Kompetenzbeschreibung aus dem DQR (Eigene Darstellung).....	26
Abb. 5: Definitionsbausteine (Darstellung in Anlehnung an: Hackmann & Van Waegeningh, 2014 ,S.332).....	40
Abb. 6: Didaktische Lernsäulen-Interprofessionelle Weiterbildung (Darstellung in Anlehnung an: Penner & Wegmann, 2020, S.236).....	43
Abb. 7: Konzeptstruktur des Trainee-Programms (Darstellung in Anlehnung an: Kometh, Wortha-Hoyer, in Im Wandel der Zeit, 2018, S.74).....	44
Abb. 8: Übersicht der Konzeptionellen Folgerungen zur Weiterentwicklung der FWB IPS u. ANÄ (Eigene Darstellung).....	55

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Auszug aus Anlagen 1 und 2 PflAPrV (Fachkommission nach § 53 PflBG, 2020).....	9
Tab. 2: Die Handlungsfähigkeit und ihre vier Kernkompetenzen (Weitzel et al., 2017, S.16).....	18
Tab. 3: Domänen und Unterdomänen im Kompetenzbereich (Darstellung in Anlehnung an EfCCNa, 2014, S.6).....	20
Tab. 4: Auszug aus dem Curriculum für die Fachweiterbildung in der Intensiv- und Anästhesiepflege (Länderarbeitsgemeinschaft der FW Bildungsstätten in Hamburg, Bremen und Niedersachsen, 2002).....	23
Tab. 5: Synopse der Qualifizierungswege der I u. A- Weiterbildungen in Deutschland (in Anlehnung an Busch & Wohlgehagen).....	29
Tab. 6: Exemplarische Thematische Übersicht der Fortbildungsmodule zum Theoretischen Unterricht (Darstellung in Anlehnung an: Kometh, Hoyer in: Neue Ansätze zur Qualifizierung, 2013).....	45
Tab. 7: Konzeptübersicht zur Qualifizierung neuer Mitarbeiter (Eigene Darstellung).....	46

1 Einleitung

Der demografische Wandel mit einer veränderten Versorgungsinnovation und der medizinische Fortschritt erforderten auch in der Pflege eine Anpassung der grundständigen Ausbildung (Schüler et al., 2013). So wurde Anfang des Jahres 2020 eine generalistische Pflegeausbildung etabliert und löst mit dem Pflegeberufegesetz (PflBG), dass bis dahin geltende Altenpflege- und Krankenpflegegesetz ab. Die generalistische Ausbildung, in der die grundlegenden Kompetenzen für die Pflege von Menschen aller Altersgruppen erworben werden, bereitet auf den Einsatz in allen Arbeitsfeldern wie der Akutpflege, stationäre Langzeitpflege, ambulante Pflege und Kinderkrankenpflege vor. Sie ist damit qualitativ anspruchsvoll und breit angelegt, aber nicht auf eine Spezialisierung ausgerichtet (DGF, 2022).

Die Intensivpflege gehört zu den Hochrisikobereichen und stellt hohe Anforderungen an Berufsanfänger. Die Anforderungen an das Pflegepersonal sind aufgrund einer fortschreitenden technologischen Entwicklung und der komplexen therapeutischen Behandlungsprozesse gestiegen, demzufolge ist ausreichendes pflegerisches und qualifiziertes Fachpersonal nötig, um diesen Leistungszuwachs auszugleichen (Kometh, Hoyer, Schiffer, 2018).

Die Fachweiterbildung (FWB) für Intensiv- und Anästhesiepflege (I u. A Pflege) ermöglicht Pflegenden die nötige Qualifikation für diese anspruchsvolle Tätigkeit zu erlangen. Eine Weiterbildung in der Intensiv- und Anästhesiepflege ist seit mehr als 50 Jahren möglich (Leyendecker, 2018). Die Fachweiterbildungen sind durch Landesverordnungen geregelt oder orientieren sich an den Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). In Niedersachsen ist sie durch das Landesgesetz über die Gesundheits- Fachberufe Weiterbildung Verordnung Niedersachsen (GfbWBV, NI) von 2002 festgelegt.

In Deutschland werden aufgrund des Fachkräftemangels unterschiedliche Bildungswege für die Intensiv- und Anästhesiepflege geschaffen. Einerseits aus berufspolitischer und andererseits aus fachwissenschaftlicher Perspektive wird auch zunehmend eine Akademisierung für die Tätigkeit auf einer Intensivstation entwickelt (Leyendecker, 2018).

Vor der Einführung des neuen PfIBG wurden Auszubildende im Intensiv- und Anästhesiebereich eingesetzt und erlebten diese Einsätze als interessante und herausfordernde Zeit. Hier entstand oftmals der Wunsch, nach der Ausbildung in diesem Bereich tätig zu werden (Happach & Tröger, 2010).

Die Umsetzung des PfIBG wird sich daran messen, wie sich die Absolventen nach der Ausbildung im Gesundheitssystem einbringen und weiterqualifizieren können (Jakobs & Vogler, 2020). Die Gestaltung der Weiterbildung, wird durch die veränderten Kompetenzen der Absolventen der reformierten Ausbildung, eine neue Herausforderung.

1.1 Ziel der Arbeit

Vor dem Hintergrund, dass die Autorin selbst viele Jahre in der Ausbildung als Praxisanleiterin und nun in der Weiterbildung für I u. A Pflege tätig ist, beschäftigt sich diese Arbeit mit der Weiterbildung in der I u. A Pflege in Niedersachsen.

Aufgrund der aktuellen Forderungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), eine Bundeseinheitliche Vergleichbarkeit der Fachweiterbildungen zu schaffen (DIVI-Pflegegipfel, 2022), werden zudem konzeptionelle Überlegungen zur notwendigen Weiterentwicklung der FWB unter Berücksichtigung der generalistischen Ausbildung abgebildet.

1.2 Aufbau und Struktur der Arbeit

Das Ziel dieser Arbeit wird mittels einer systematischen, literarischen Übersicht dargestellt. Die Arbeit umfasst 10 Kapitel, nach der Einleitung und der Beschreibung des methodischen Vorgehens wird die generalistische Ausbildung mit dem Pflegeberufegesetz, den angestrebten Zielen und den Vorbehaltsaufgaben dargestellt. Es folgt der Bereich der Weiterbildung in der I u. A Pflege, mit einem Rückblick über die geschichtliche Entwicklung und der Kompetenzentwicklung während der FWB. Das fünfte Kapitel beschreibt die staatlichen Regelungen von der Niedersächsischen Landesverordnung mit dem Curriculum und der DKG-Empfehlung zur Weiterbildung, diese werden synoptisch dargestellt. Es folgt der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) und die Vorbehaltsaufgaben für die Fachkrankenpflege in der I u. A. Im sechsten Kapitel werden die verschiedenen Qualifizierungswege in der I u. A FWB in Deutschland synoptisch zusammengeführt,

um mögliche relevante Dimensionen für eine Weiterentwicklung zu berücksichtigen. Im Anschluss wird die Professionalisierung und der Qualitätsbegriff definiert und erläutert. Die Möglichkeit einer wissenschaftlichen Weiterentwicklung mit einer Akademischen Ausbildung und ein weiterer Weg zur Qualifizierung in der Anästhesie wird zusätzlich betrachtet. Das siebte Kapitel beschäftigt sich mit verschiedenen Qualifizierungskonzepten. Anschließend folgen die Diskussion und Reflexion der Ergebnisse. Das neunte Kapitel bildet den inhaltlichen Abschluss dieser Bachelorarbeit, indem konzeptionelle Perspektiven zur Gestaltung einer Weiterentwicklung aufgezeigt werden. Die Arbeit schließt mit einer Zusammenfassung und dem Fazit, dem Literaturverzeichnis und den Anhängen ab.

Für die Bearbeitung sind folgende Fragestellungen leitend:

- Was sind mögliche Herausforderungen der generalistischen Ausbildung für die Weiterbildung in der Intensiv- und Anästhesiepflege?
- Benötigt die Weiterbildung in der Intensiv- und Anästhesiepflege eine Anpassung und Veränderung an die generalistische Ausbildung?
- Wie könnte die Zukunft der Aus- und Weiterbildung in der Intensiv- und Anästhesiepflege in Niedersachsen aussehen?

1.3 Begriffliche Grundlagen

Die folgenden Begriffsbestimmungen dienen als nachvollziehbare Grundlage für den systematischen Review Aufbau.

Der Begriff Weiterbildung wird häufig synonym mit Fortbildung verwendet, jedoch grenzen sich die Begriffe voneinander ab (Stöver & Bomball, 2018). Die zugrunde liegenden Definitionen dieser Arbeit sind:

Berufliche Weiterbildung dient dem Ziel, aufbauend auf der Ausbildung, neue Qualifikationen zu vermitteln und der Sicherstellung des qualitativen und quantitativen Arbeitskräftebedarfs (Schmid & Klenk, 2018).

Berufliche Fortbildung bedeutet nach § 1 Abs. 3 BBiG "dem einzelnen die Möglichkeit zu eröffnen, seine beruflichen Kenntnisse und Fertigkeiten im bisherigen Berufsfeld zu erhalten und zu erweitern, um seine Qualifikation der technischen Entwicklung anzupassen oder einen beruflichen Aufstieg zu ermöglichen" (Becker et al., 2021, S.1).

Die Aneignung einer Qualifikation bedeutet Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten innerhalb eines festgelegten, zeitlich begrenzten Curriculums zu erwerben und wird mit einem Zertifikat oder Zeugnis bestätigt. Diese formelle Qualifikation ist das Ergebnis einer beruflichen Weiterbildung und kann als Grundlage für die Entwicklung beruflicher Kompetenz dienen (Negri, 2010). Die berufliche Handlungskompetenz nimmt in der Berufsbildung eine zentrale Stellung ein und dient innerhalb der Fort- und Weiterbildung als Basis für Bildungsprozesse (KMK, 2021). Unter Kompetenz „wird die Verbindung von Wissen und Können in der Bewältigung von Handlungsanforderungen verstanden. Als kompetent gelten Personen, die auf der Grundlage von Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten aktuell geforder-tes Handeln neu generieren können“ (Linten & Prüstel, 2015, o. A.). Die Bewältigung „von Anforderungen und Situationen, die im besonderen Maße ein nicht“ routinemäßiges „Handeln und Problemlösen erfordern, wird mit dem“ Kompetenzkonzept hervorgehoben (Linten & Prüstel, 2015, o. A.).

2 Methodisches Vorgehen

Ein systematisches Review schließt Ergebnisse aller veröffentlichten Artikel, Studien und Werke zu einem bestimmten Thema zusammen, um einen Forschungsüberblick zu kennzeichnen (Hirt & Nordhausen, 2022).

Die Recherche für das geplante Review wurde als umfangreiche Literaturliteraturarbeit in Anlehnung an Hirt & Nordhausen (2022) konzipiert, da so die Literatur transparent, nachvollziehbar, standardisiert recherchiert und analysiert werden kann (Hirt & Nordhausen, 2022). Der Recherchezeitraum begann am 10.11.2022 und endete am 30.12.2022. Es wurde ein sensibles Rechercheprinzip festgelegt, um möglichst viele relevante Treffer zu identifizieren. Weiter erfolgte die Festlegung von Ein- und Ausschlusskriterien (Anhang 1) und die Entwicklung der Suchstrings (Anhang 2) anhand der Forschungsfragen. Die Identifikation von Stichwörtern ermöglichte Alternativen von verwendeten Begrifflichkeiten (Anhang 3). Die Auswahl der Datenbanken (Anhang 4) erfolgte mit dem Ziel möglichst alle relevanten Treffer zu finden. Da die Relevanz des Themas die Intensiv- und Anästhesiepflege betrifft, erfolgte eine ergänzende Recherche über die Handsuche in der Zeitschrift Intensiv, die über die Bibliothek der Ostfalia Hochschule zu erhalten ist. Weiter wurde über das Schneeballsystem zusätzliche Literatur er-

mittelt. Fehlende Volltexte wurden über die Deutsche Zentralbibliothek für Medizin (ZB MED) Köln angefordert. Ergänzend wurde im Verlauf der Arbeit weitere Literatur, die ebenfalls über die Bibliothek der Ostfalia Hochschule erhalten wurde, mit hinzugezogen.

Die Auswahl der Datenbanken begründet sich vor dem Hintergrund der Fragestellungen, die bei der Bearbeitung der Recherche leitend waren. Die Dokumentation der Literaturrecherche in den internationalen Datenbanken erfolgt in einer Übersicht (Anhang 5) mit den Suchstrategien und den Trefferquoten und stellt die methodischen und inhaltlichen Schritte da (Hirt & Nordhausen, 2022). Es wurde eine Limitation für den Zeitraum von 2012 bis 2022 vorgenommen. Als erstes erfolgte die freie Web-Suche über die Suchmaschine „Google Scholar“, da es einen umfassenden ersten Überblick mit hoher Relevanz und Ergebnissen ermöglicht. Als nächstes wurde die Datenbank „PubMed“ verwendet, da sie eine qualifizierte Suche nach medizinisch relevanten Artikeln in Fachzeitschriften aufzeigt. Für beide Datenbanken wurden folgende Schlagwörter einzeln genutzt oder mit Booleschen Operatoren unterschiedlich kombiniert: „Generalistische Ausbildung“, „Intensiv- und Anästhesiepflege“, „Weiterbildung“, „Weiterentwicklung“, und „Perspektiven“. Darüber hinaus wurden die Begriffe auch in die englische Sprache übersetzt, auch wenn sich die Fragestellung auf den deutschsprachigen Raum bezieht, um in den englischsprachigen Datenbanken Treffer zu erzielen. Es konnte eine relevante Publikation, die auf Englisch veröffentlicht wurde, eingeschlossen werden. Weitere ausgewählte Datenbanken sind „Livivo“, diese deckt die Lebenswissenschaften ab, und „Springer link“, welche neueste medizinische und wissenschaftliche Erkenntnisse aufzeigt. Relevante Literatur und Zeitschriften wie Pflegen Intensiv und Heilberufe konnten kostenlos über die Bibliothek der Ostfalia entnommen werden. Einige Artikel doppelten sich hier bereits. Im „Fachportal Pädagogik“ werden wissenschaftliche Fachinformationen für Bildungsforschung und Erziehungs-Wissenschaften meist als Volltexte vorgehalten, hier wurden keine relevanten Texte zu den oben genannten Schlagwörtern entdeckt. In der Datenbank „Cochrane Library“, eine populäre Datenbank für Originalstudien im medizinischen Bereich, konnten ebenfalls keine Studien oder Artikel identifiziert werden. Bei „Scopus“, eine große Datenbank mit peer-reviewter Fachliteratur, konnte ein relevanter Artikel erworben werden. Der „Fachverlag

medhochzwei“ mit dem Schwerpunkt auf Fach- und Sachinformationen für Berufe im Gesundheitswesen zeigt relevante Literatur und aktuelle Themen an. Insbesondere über die Bibliothek der Ostfalia war der Zugriff auf zahlreiche theoretische Primärliteratur möglich. Weitere relevante Publikationen wurden über die manuelle Durchsicht der Literaturverzeichnisse eingeschlossener Artikel im Schneeballsystem identifiziert. Alle Titel, Abstracts und Inhaltsverzeichnisse wurden hinsichtlich der Ein- und Ausschlusskriterien geprüft. Die Ergebnisse der beschriebenen Literaturrecherche und die vorherrschenden Diskussionen der aktuellen Literatur wird in den folgenden Kapiteln dargestellt.

3 Generalistische Pflegeausbildung

Das PflBG führt seit dem 1. Januar 2020 die drei Pflegeberufe, Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege, zu einem einheitlichen Pflegeberuf zusammen. Die generalistische Ausbildung kann in Deutschland an Hochschulen und beruflichen Schulen erfolgen. Sie beginnt mit einer allgemeinen zweijährigen Pflegeausbildung, daran schließt eine Vertiefungsphase, in der auch ein Schwerpunkt in der Altenpflege oder in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen möglich ist. Der Bedarf der gesonderten Abschlüsse soll nach sechs Jahren geprüft werden (Jakobs & Vogler, 2020).

Zugangsvoraussetzung zur Ausbildung als Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann ist eine 10 jährige allgemeine Schulbildung. Mit einem Hauptschulabschluss ist auch über die Pflegehelferausbildung der Einstieg möglich (§ 11 Abs.1, PflBG).

3.1 Ausbildungsstruktur

Die Ausbildung dauert 3 Jahre und ist auch in Teilzeit in bis zu 5 Jahren möglich (§ 6 Abs.1, PflBG). Die Auszubildenden erhalten eine Vergütung (§ 19, PflBG). Für die Finanzierung der Ausbildungskosten erhalten die Träger der praktischen Ausbildung und die Schulen ein Ausbildungsbudget. Dieses beinhaltet die Betriebskosten der Schulen, der Praxis-Anleitung und der Begleitung (§ 26, PflBG). Die Ausbildung ist über die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung geregelt (§ 56, PflBG). Rahmenlehrpläne und die Rahmenausbildungspläne geben eine bundesweite Rahmenempfehlung zur inhaltlichen Ausgestaltung der Pflegeausbildung. Die Schule trägt die Gesamtverantwortung für die schulische Ausbildung, die aus theoretischem und praktischem Unterricht mit 2100 Stunden besteht (§ 53,

PfIBG). Auf Grundlage der Rahmenlehrpläne entwickeln die Schulen „kompetenz- und situationsorientierte, an exemplarischen Handlungssituationen ausgerichtete Curricula“ (Jakobs & Vogler, 2020, S.73).

Die insgesamt elf curricularen Einheiten (CE) folgen dem Prinzip der Situationsorientierung (Fachkommission nach § 53 PfIBG, 2020), wobei die Auszubildenden in exemplarischen Lehr-/Lernsituationen Kompetenzen erwerben, die es ihnen ermöglichen, das erworbene Wissen und Können in der Praxis in Pflegesituationen explizit anzuwenden (Cremer-Biermann & Nies, 2019). Methodisch unterstützen Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben und simulative Lernumgebungen (Wecht, 2020). Die Lehrenden der Pflegeschulen unterstützen die praktische Ausbildung durch Praxisbesuche. Für die praktische Ausbildung mit 2500 Stunden muss die Praxisanleitung im Umfang von 10 Prozent der Zeit durch den Träger gewährleistet werden (§ 18, Abs.1 S.3 PfIBG). Am Anfang der Ausbildung steht ein Orientierungseinsatz von 400 Stunden, indem die Auszubildenden erste Einblicke in die praktische Pflege Tätigkeit gewinnen, und es erfolgt eine Grundlegung im Kompetenzaufbau. Weiter gliedert sich die Ausbildung in Pflichteinsätze in der allgemeinen Akutpflege, Langzeitpflege und in ambulante Akut- und Langzeitpflege mit jeweils weiteren 400 Stunden. Es folgen die Pflichteinsätze in den speziellen Bereichen der pädiatrischen Versorgung mit 120 Stunden, allgemein-, geronto-, kinder- oder jugendpsychiatrischen Versorgung mit 120 Stunden und der Vertiefungseinsatz mit 500 Stunden (BAFzA, 2019). Weitere Einsätze sind nicht genauer beschrieben und umfassen einen Stundenanteil von 160 Stunden (ebd.).

Nach den ersten zwei Ausbildungsjahren findet eine Zwischenprüfung statt. Das Bestehen ist keine Voraussetzung, um die Ausbildung weiterzuführen. Die bis dahin erworbenen Fähigkeiten können als Pflegehelfer- oder Pflegeassistenz-ausbildung anerkannt werden (BAFzA, 2019).

Die Ausbildung vermittelt die Pflege von Menschen aller Altersstufen und bereitet auf den Einsatz in der Akutpflege, ambulante Pflege, Kinderkrankenpflege und stationäre Langzeitpflege vor (Intensiv, 2020, 28, S. 120).

Die pflegerischen Aufgaben sind breit aufgestellt. Für eine professionelle Pflege von Menschen aller Altersstufen werden die Aufgaben in selbstständig, eigenständig und interdisziplinär auszuführende Aufgaben unterschieden (Wecht, 2020) .

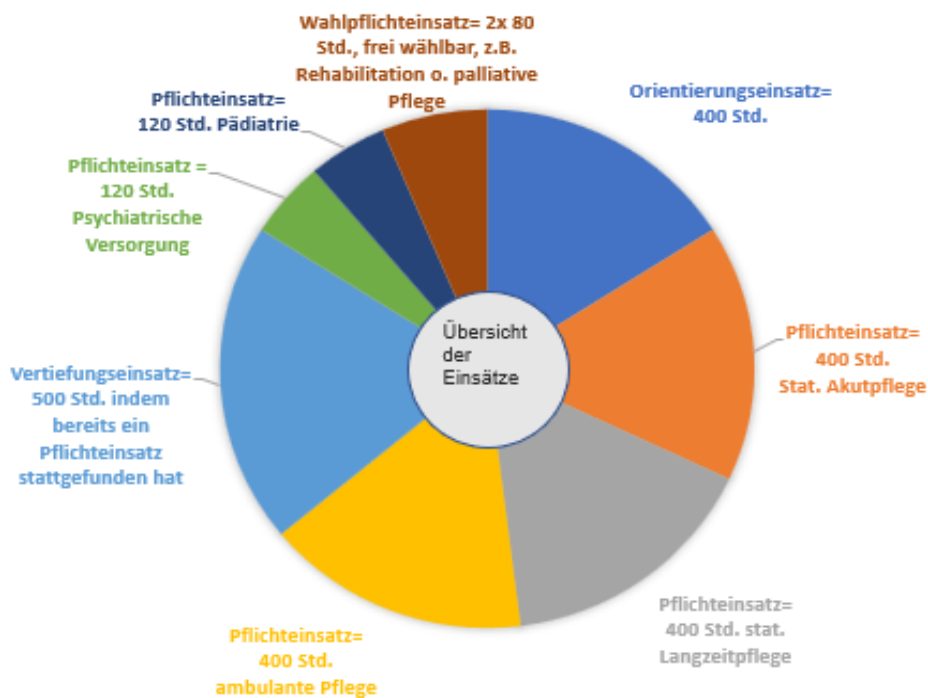


Abbildung 1: Übersicht der Einsätze innerhalb der 3-jährigen Ausbildung (Darstellung in Anlehnung an: "Das neue Pflegeberufegesetz", 2020)

Das Ziel der generalistischen Ausbildung ist die Pflegeprofession mit den Vorbehaltstätigkeiten und den pflegerischen Kompetenzen als selbstständiges Handlungsfeld zur Medizin darzustellen (Jakobs & Vogler, 2020).

3.1.1 Vorbehaltsaufgaben

Die vorbehaltenden oder selbstständigen Tätigkeiten sind:

- die „Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs“ (§ 4 Abs.2. Nr.1 PflBG, 2017),
- die „Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses“ (§ 4 Abs.2. Nr.2 PflBG, 2017),
- die „Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege“ (§ 4 Abs.2. Nr. 3 PflBG, 2017).

Die vorbehaltenden Tätigkeiten sind erstmals im PflBG aufgeführt und dürfen ausschließlich von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern durchgeführt werden (Wecht, 2020). Somit geht mit den vorbehaltenden Tätigkeiten auch eine rechtliche Verantwortung einher.

Mit eigenständig durchgeführten Maßnahmen sind ärztliche Anordnungen, insbesondere Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie oder Rehabilitation, gemeint. Die effektive Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, mit ihnen fachlich zu kommunizieren und dabei berufsübergreifende, multidisziplinäre Lösungen zu entwickeln und im Team umzusetzen, beschreibt die interdisziplinäre Arbeit einer Pflegefachkraft (ebd.).

Kompetenzen sind anforderungsorientiert formuliert, Anforderungsorientiert meint, „die Fähigkeit und Bereitschaft, in komplexen Pflege- und Berufssituationen professionell zu handeln und sich für die persönliche und fachliche Weiterentwicklung einzusetzen“ (Fachkommission nach § 53 PflBG, 2020, S.12.). In der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) werden die anzustrebenden fachlichen, personellen, methodischen, sozialen, interkulturellen und kommunikativen Kompetenzen, sowie die Lernkompetenzen mit der Fähigkeit des Wissenstransfer und der Selbstreflexion, im Kontext von Lebens- und Pflegesituationen konkretisiert (Wecht, 2020). Diese werden am Beispiel der CE 08 „Menschen in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten dargestellt“ (Fachkommission nach § 53 PflBG, 2020).

3.1.2 CE 08 „Menschen in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten“ (Fachkommission nach § 53 PflBG, 2020)

Tabelle 1: Auszug aus Anlagen 1 und 2 PflAPrV

1./2. Ausbildungsdrittel	Zeitrichtwert: 160 Stunden
3. Ausbildungsdrittel	Zeitrichtwert: 90 Stunden
<p>Intentionen und Relevanz</p> <p>Die Begleitung und Unterstützung von Menschen in kritischen Lebenssituationen – zum Beispiel angesichts chronischer, onkologischer oder anderer lebenslimitierender Erkrankungen – sowie von sterbenskranken und sterbenden Menschen ist ein zentrales Thema in verschiedenen Handlungsfeldern der Pflege. Mit Blick auf palliative Pflege als von der WHO definierten Versorgungsansatz sollen die Auszubildenden lernen, daran mitzuwirken, die Lebensqualität von zu pflegenden Menschen, ihren Bezugspersonen und Familien zu verbessern, die mit Problemen und Herausforderungen konfrontiert sind, welche mit einer lebenslimitierenden Erkrankung einhergehen. Im Mittelpunkt stehen das Vorbeugen und Lindern von Leiden unter Einbezug aller Dimensionen des Menschseins. Die Auszubildenden setzen sich in dieser curricularen Einheit tiefgreifend mit Phänomenen auseinander, die sich in der Begegnung mit existenziell herausgeforderten Menschen und ihren Bezugspersonen zeigen. Dies stellt hohe persönliche Anforderungen an die Auszubildenden, die ebenso thematisiert werden sollen. In dieser curricularen Einheit werden im 1./2. Ausbildungsdrittel die Begleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen aller Altersgruppen, ihren Bezugspersonen und Familien in kritischen Lebenssituationen an-</p>	

<p>gesichts chronischer, onkologischer sowie lebenslimitierender Erkrankungen thematisiert. Ebenso findet eine erste Auseinandersetzung mit der Pflege sterbender Menschen statt. Im 3. Ausbildungsdrittel wird erweiternd die umfassende und individuelle Pflege von Menschen in komplexen kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase im Kontext ihrer familiären, sozialen, kulturellen, religiösen Bezüge und Lebenswelten sowie der institutionellen und gesellschaftlichen Bedingungen und Einflussfaktoren in den Mittelpunkt gerückt.</p>
<p>Bildungsziele</p> <p>1./2. Ausbildungsdrittel</p> <p>Die Auszubildenden reflektieren den Widerstreit zwischen Mitleiden und bewusster innerer und äußerer Abgrenzung und finden zu einer begründeten – ggf. situativ wechselnden – Haltung. Ebenso reflektieren sie Widersprüche, die sich aus dem Erleben von Leid und Schmerz und möglichen (Selbst- und Fremd-)Erwartungen an das Verhalten ergeben. Für palliative Handlungsfelder, in die die hier thematisierten Situationen eingebettet sind, reflektieren die Auszubildenden das Spannungsverhältnis zwischen systemischen Zwängen versus Personenzentrierung.</p> <p>3. Ausbildungsdrittel</p> <p>Die Lernenden reflektieren den gesellschaftlich-kollektiven, institutionellen und individuellen Umgang mit Tod und Sterben in unterschiedlichen Altersstufen und Lebensphasen im Spannungsfeld von Entfremdung und Leiderfahrung. Sie nehmen die Gesellschaft und die Institutionen als Rahmung für die persönliche Auseinandersetzung mit dem Sterben sowie für die Gestaltung des Pflegeprozesses wahr.</p>
<p>Kompetenzen - Anlage 1 PflAPrV Grundlegend für das 1./2. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Pflege von Menschen aller Altersstufen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren. • Pflegeprozesse und Pflegediagnostik bei Menschen aller Altersstufen mit gesundheitlichen Problemlagen planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren unter dem besonderen Fokus von Gesundheitsförderung und Prävention. <p>Kompetenzen - Anlage 2 PflAPrV Grundlegend für das 3. Ausbildungsdrittel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Pflege von Menschen aller Altersstufen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren • Pflegeprozesse und Pflegediagnostik bei Menschen aller Altersstufen mit gesundheitlichen Problemlagen planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren unter dem besonderen Fokus von Gesundheitsförderung und Prävention. <p>(Fachkommission nach § 53 PflBG, 2020)</p>

Durch eine veränderte demographische Gesellschaftsstruktur ergeben sich veränderte Anforderungen und Herausforderungen an die Pflegeausbildung. Die Zahl der Pflegebedürftigen wird aufgrund des demographischen Wandels rasant ansteigen und ein Großteil weiter in der Häuslichkeit versorgt werden (Strube-Lahmann, 2019). Der krankheitsbedingte Pflegebedarf, mit Beatmungsentwöhnungen und die Zeit der Rehabilitationen, verlagert sich transsektoral. Dies zeigt sich durch die sinkenden stationären Verweildauern bei steigender Multimorbidität und ist primär ökonomisch zu begründen (Faßbender, 2019).

Die Zunahme von chronisch kranken Menschen und der Multimorbidität erfordert Pflegefachpersonal, das den veränderten Anforderungen im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich gerecht wird. Um diese Versorgung zu gewährleisten, müssen die Aus-, Fort- und Weiterbildungsstrukturen dieser Situation angepasst und den Anforderungen gerecht werden (Strube-Lahmann, 2019).

3.2 Akademische Ausbildung

Durch Inkrafttreten des PflBG ist die alternative hochschulische Ausbildung regelmäßig möglich und bietet erweiterte Ausbildungsziele. Die Absolventen führen die Berufsbezeichnung Pflegefachfrau oder Pflegefachmann mit dem akademischen Grad (B.Sc.) (Forbrig, 2019).

Der Fokus liegt auf der Pflegepraxis insbesondere in Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten. Die Studierenden benötigen sowohl wissenschaftsbezogene als auch pflegepraktische Kompetenzen, die sie im Rahmen ihrer Studienzeit erwerben und weiterentwickeln müssen (Elsbernd & Bader, 2018).

Den akademisch ausgebildeten Pflegekräften steht die Entscheidung offen, sich vertiefend mit einem Masterabschluss für die direkte Pflege weiterzuentwickeln oder mit der Möglichkeit der Promotion, wissenschaftliche Aufgaben zu übernehmen (Wecht, 2020).

In einer Evaluationsstudie von Darmann-Finck et al. konnte bereits belegt werden, dass durch die erweiterten Kompetenzen und Fähigkeiten von akademisierten Pflegekräften das Patienten-Outcome verbessert wurde (Forbrig, 2019).

4 Intensiv- und Anästhesiepflege

Mit der Einführung und Entwicklung der Anästhesie zur Durchführung von Operationen verdichtete sich auch die Versorgung der Patienten. Es entstanden Abteilungen für frischoperierte und schwerkranke Menschen. Die erste Intensivstation wurde 1957 in Berlin eingerichtet. Die Anforderungen an das Pflegepersonal nahmen durch eine Verbesserung der Narkoseführung, der Überwachungsmöglichkeit und den ansteigenden intensivmedizinischen Entwicklungen zu (Leyendecker, 2018).

1966 beschrieb Therese Valerius¹ in einem Artikel die benötigten Anforderungen und Aufgaben der Intensivpflege mit den medizinischen Kenntnissen, der Krankenbeobachtung und das Einfühlungsvermögen der Pflegeperson. Hannich und Ullrich stellten 1986 die zwischenmenschlichen Beziehungen in der Intensivpflege in den Mittelpunkt und sahen die Herausforderung der eingeschränkten Kommunikation, aufgrund von Atemwegszugängen, als besondere Belastung für Patient und Pflegekraft. Dies erforderte Zeit, Geduld und eine ausgeprägte Wahrnehmungskompetenz der Pflegekraft, um Wünsche und Bedürfnisse der Patienten zu erkennen. Friesacher stellte 2006 anhand pflegetheoretischer Ansätze Pflegemodelle auf, um den Anforderungen der Intensivpflege gerecht zu werden. Er unterteilte die Intensivbehandlung in drei Phasen: die akute Krise, die Postakutphase und die Rehabilitationsphase. Jede Phase verlangt unterschiedliche Fähigkeiten der Pflegenden (Leyendecker, 2018). Im Zuge der Weiterentwicklung wurden Verantwortungsbereiche und Begriffe definiert und Weiterbildungsinhalte festgelegt. Der Oberbegriff Intensivmedizin umfasst dabei Intensivüberwachung, Intensivpflege und Intensivtherapie (Van Aken et al., 2007).

Die Pflege adaptiert sich an die besonderen Situationen der Patienten. Dies wurde in der Definition der DGF von 1996 im Pflegeleitbild übernommen und hat bis heute Gültigkeit:

„Intensivpflege definiert sich als Unterstützung, Übernahme und Wiederherstellung der Aktivitäten des Lebens unter Berücksichtigung der existentiellen Erfahrungen und der gesundheitlichen Biografie/Pflegeanamnese des kritisch kranken Patienten mit manifesten oder drohenden Störungen vitaler Funktionen“ (Ullrich & Stolecki, 2015, S.94).

Das Leitbild stellt den Patienten mit seinen Bedürfnissen in den Mittelpunkt des intensivpflegerischen Handelns und macht die vielfältigen und wechselnden Aufgaben der Intensivpflegenden deutlich (Leyendecker, 2018).

Die Anästhesiepflege ist die älteste Spezialisierung innerhalb der Pflegeprofession (Wuschke, 2019). Narkosen wurden anfänglich nicht von Ärzten, sondern von Krankenpflegepersonen durchgeführt. Die erste große Epidemie der Poliomyelitis (Kinderlähmung) trug immens zum Fortschritt in der Narkoseführung sowie der Langzeitbeatmung bei. Mit der Technik der Intubation eröffneten sich

¹ Oberschwester der Uni Mainz, begann 1964 mit der ersten systematischen Fachweiterbildung für Pflegepersonal.

neue operative Eingriffsmöglichkeiten. Die anfängliche „Schwesternnarkose“ wurde nach dem 2. Weltkrieg hinterfragt und nur noch von einem speziell ausgebildeten Anästhesisten durchgeführt (Ullrich & Stolecki, 2015).

„Die Anästhesie ist gekennzeichnet durch Bewusstlosigkeit, Schmerzlosigkeit und fehlende motorische Abwehrbewegungen“ und ermöglicht „chirurgische, diagnostische und therapeutische Eingriffe“ (Larsen et al., 2016, S.6).

Die Anästhesie ist Bestandteil des Hochrisikobereichs im Operationsaal. Ein Blick auf die Narkosen zwischen 2013 und 2019 (vor Corona) zeigt einen bundesweiten Anstieg von mehr als 1,4 Mio. Operationen. Die Zahl der schwerwiegenden oder lebensbedrohlichen und akuten Erkrankungen hat zeitgleich zugenommen (Becker et al., 2022).

Intensivmedizin ist in Deutschland interdisziplinär oder fachspezifisch ausgerichtet. Intensivstationen sind technikintensive Arbeitsbereiche und für die Kliniken ein relevanter wirtschaftlicher Faktor. Aufwändige Operationen lassen sich nur mit ausreichender Intensivkapazität realisieren und können nur dann Erlöse erzielen. Nach Angaben des statistischen Bundesamtes nahm die Anzahl der Krankenhausbetten von 2002 bis 2017 ab, zeitgleich stiegen Behandlungsfälle und Berechnungstage der Intensivversorgung an (Isfort et al., 2017).

Es gibt seit 2019 eine bundesweit geltende Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung“ (PpUGV), sie sieht auch für Intensivstationen eine Mindestbesetzung vor (Simon, 2022). Die PpUGV hat bislang nicht zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen geführt. Eine 2020 durchgeführte Studie von Simon kommt zu dem Ergebnis, dass 22.800 Vollkräfte auf den Intensivstationen fehlen. Die Einhaltung der PpUGV-Vorgaben entsprach nur etwas mehr als die Hälfte (ebd.).

Eine aktuelle Umfrage vom deutschen Krankenhausinstitut zeigt die Stellenbesetzungsprobleme unter anderem auch durch die Abwanderung des Pflegepersonals aus der I u. A Pflege. Dies führt zu Einschränkungen beim Elektivprogramm oder Sperrungen von Intensivbetten, auch für Notfälle. Für unbesetzte Stellen wird daher über Personalagenturen auf Honorar- und Zeitarbeitskräfte zurückgegriffen (Blum et al., 2022). Die Abläufe und Organisationsstrukturen sind den Mitarbeitern der Personalagenturen meist nicht bekannt. Daher wird die Belastung des Stammpersonals höher. Eine weitere Herausforderung ist die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV). Die Mitarbeiter werden in unter-

schiedlichen Kliniken mit vielen Medizingeräten von verschiedenen Firmen konfrontiert. Sie dürfen nicht ohne Einweisung an den Geräten arbeiten. Die Verantwortung liegt beim Betreiber der Geräte. Eine Einweisung muss vom Hersteller oder den Gerätebeauftragten vor Ort erfolgen und ist verpflichtend in einem Gerätepass nachzuweisen (Hiltensperger, 2012).

Aufgrund der Komplexität der Versorgungsprozesse im Intensiv- und Anästhesiebereich werden für die Versorgung von Patienten in akuten lebensbedrohlichen und kritischen Situationen Mitarbeiter mit einem hohen Spezialisierungsgrad benötigt. Des Weiteren bedarf es einer hohen Kompetenz des gesamten involvierten Personals (Isfort et al., 2017; Becker et al., 2022).

4.1 Entwicklung der Weiterbildung Intensiv- und Anästhesiepflege

Die rasante Entwicklung der Anästhesie und Intensivmedizin in den 60er Jahren machte sehr schnell deutlich, dass die Inhalte der Grundausbildung nicht mehr den Anforderungen der Pflege auf einer Intensivstation entsprachen. Es wurden Forderungen von Ärzten und Pflegefachkräften nach einer Spezialausbildung laut. Die erste zweijährige Zusatzausbildung für Anästhesie und Intensivmedizin wurde 1964 durch Therese Valerius an der Uni-Klinik in Mainz gegründet (Ullrich & Stolecki, 2015). Es wurden weitere Weiterbildungskonzepte von 1968 bis 1971 von der Gesellschaft für Anästhesie und Wiederbelebung (DGAW) und der DKG verfasst. Sie unterschieden sich in den Inhalten, der Ausbildungsdauer und des Umfangs und es war keine Vergleichbarkeit gewährleistet (Leyendecker, 2018). Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Wiederbelebung publizierte 1971 eine Stellungnahme zur Schaffung des Berufsbildes, 'Fachschwester/Fachpflegers für Anästhesie und Intensivpflege', parallel dazu erschien eine Empfehlung zur Weiterbildung durch die DKG. Die unterschiedlichen Weiterbildungskonzepte mündeten, federführend durch die DKG, in eine landesrechtliche Ordnung der Weiterbildung und Prüfung zu Krankenschwestern, Krankenpflegern und Kinderkrankenschwestern in der Intensivpflege (Ullrich & Stolecki, 2015). Die Umsetzung der Vereinheitlichung und die Ermöglichung einer staatlichen Anerkennung der Weiterbildung war ein großer Erfolg (Leyendecker, 2018). Die Form, Dauer und Gliederung galt bis in die 90er Jahre. Sie sah einen zweijährigen, berufs begleitenden Lehrgang vor. Im Unterricht dominierten medizinische, technische und pharmakologische Schwerpunkte (Ullrich & Stolecki, 2015). Weiter wurden

Schwerpunktbereiche wie „Anästhesie und Intensivmedizin“, „innere Medizin und Intensivmedizin“ und „Pädiatrie und Intensivmedizin“ eingeteilt. Die Zuordnung zu einem Spezialgebiet wurde, als Abwertung der Pflege, von den Fachverbänden kritisiert, dennoch etablierte sich die Weiterbildung nach den Vorgaben der DKG. Eine landesrechtliche Regelung haben die Länder Hessen, Niedersachsen, und Berlin festgelegt und die Richtlinien bis 1989 weitestgehend übernommen (Leyendecker, 2018). Der rein krankheitsbezogene Ansatz wurde mit der zunehmenden Profession der Krankenpflege in den 90er Jahren kritisiert und führte in den meisten Bundesländern zu neuen Prüfungs- und Weiterbildungsverordnungen. Diese entsprachen den Ansprüchen einer modernen Intensivpflege. Für Bundesländer ohne landesrechtliche Regelung novellierte die DKG ihre Empfehlungen 1998 (Ullrich & Stolecki, 2015). Die Schwerpunkte wurden in die Disziplinen Intensivpflege und Anästhesie oder pädiatrische Intensivpflege zusammengeführt. Der theoretische Stundenumfang wurde länderübergreifend auf 720 Stunden erhöht, der praktische Anteil variiert zwischen 1200 und 2500 Stunden (Leyendecker, 2018). Die Weiterbildungen haben einen pflegerischen Schwerpunkt und orientieren sich an den pflegewissenschaftlichen und forschenden Entwicklungen. Obwohl in den Bundesländern unterschiedliche Rahmenbedingungen bei den Fachweiterbildungen für Intensiv- u. Anästhesiepflege umgesetzt sind, erkennen alle staatlich geregelten FWB sich gegenseitig an (Busch & Wohlgehagen, 2014). Aktuell sind Umstrukturierungen und Neuentwicklungen zu erkennen: Hessen, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Bremen bieten bereits eine modularisierte Form der Weiterbildung an (Leyendecker, 2018). Ein Modul ist eine in sich abgeschlossene zeitlich begrenzte Lerneinheit, die methodisch und inhaltlich ausgerichtete Lehr- und Lernblöcke flexibel kombinieren und austauschen lässt und mit einer Leistungsüberprüfung abschließt (Pflegeberufe, 2007; Ullrich & Stolecki, 2015; Kühn-Hempe & Thiel, 2013).

Den Teilnehmern ermöglichen Module eine individuelle Lern- und Zeitplanung. Module können auch einzeln belegt werden wie z.B. Schmerzmanagement und auf andere Weiterbildungen angerechnet werden (Pflegeberufe, 2007). Weiterbildung dient der Qualitätssicherung, sie trägt einen entscheidenden Beitrag zur Vermittlung und Aneignung von notwendigen Kompetenzen für das Arbeitsfeld der I u. A Pflege bei (Ullrich & Stolecki, 2015).

4.2 Ziele und Kompetenzen in der Weiterbildung I u. A Pflege

Lag der Kompetenzerwerb Anfang der 90er Jahre noch auf technisch und medizinischen Tätigkeiten, so zeigen sich heute deutliche Tendenzen zu einer eigenen Identitätsentwicklung der Intensivpflege. Eine qualitativ hochwertige Versorgung im Sinne des Pflegeprozesses ist dabei das Ziel in der Versorgung von kritisch kranken Patienten (Ullrich & Friesacher, 2022). Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse in der Intensivpflege führen zu einem neuen Pflegeverständnis (Leyendecker, 2018). Die Ziele der Weiterbildung zur Fachkraft für Intensiv- und Anästhesiepflege unterscheiden sich je nach Bundesland. Dennoch ist das übergeordnete Ziel eine Erweiterung der beruflichen Handlungskompetenz, die sich am individuellen Versorgungsprozess der Menschen und den Pflegebedarf orientiert (Ullrich & Stolecki, 2015). Die Intention der Weiterbildung im Berufsfeld ist das Erreichen von maximaler Kompetenz auf allen Ebenen. Die dazugehörige Persönlichkeitsentwicklung soll die Teilnehmer der I u. A Weiterbildung dazu befähigen, sich als Experte auf dem Gebiet eigenständig und ohne fremde Hilfe von außen, einer kritischen Selbstreflexion zu unterziehen. Dazu müssen sie die Aufgabenstellung erkennen, durchführen und das Ergebnis kritisch beurteilen können, um ihre Leistung zu hinterfragen und weiterzuentwickeln (Weitzel et al., 2017). Berufliche Handlungskompetenz umfasst spezielle Schlüsselqualifikationen und individuelle Voraussetzungen. „Der Begriff Schlüsselqualifikationen wurde von Mertens in den 70 Jahren zum ersten Mal erwähnt“ (Rimser, 2015, S.162). Er wollte einen übergreifenden Qualifikationsbegriff prägen, welcher sich nicht an den unmittelbaren Anforderungen orientiert, sondern die Anpassungsfähigkeit wählt. „Schlüsselqualifikationen sind [...] Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, [...] für die Bewältigung einer Sequenz von (meist unvorhersehbaren) Änderungen von Anforderungen im Laufe des Lebens“ (Mertens 1988, S.40, in Rimser, 2015, S.162).

Zentral dabei ist die Reflektion der eigenen Rolle. Zu den Schlüsselqualifikationen gehören Fach-, Methoden-, -psychosoziale und personale Kompetenzen (Ullrich & Stolecki, 2015).

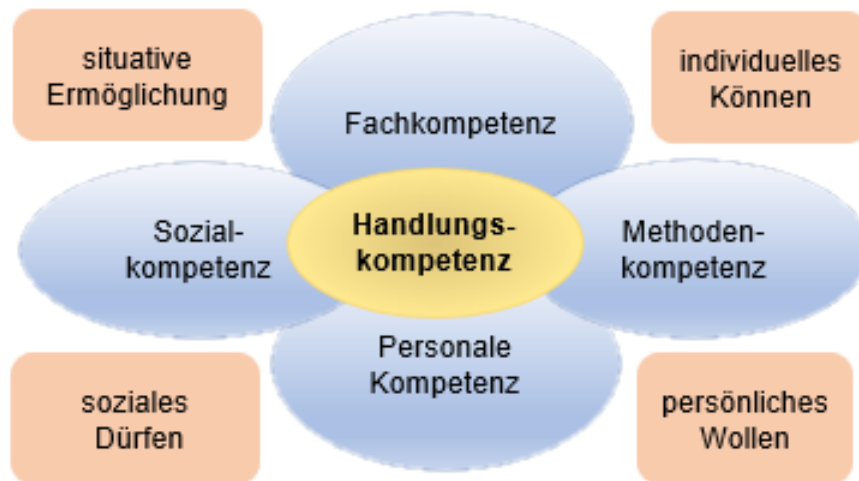


Abbildung 2: Berufliche Handlungskompetenz im Kontext von Schlüsselqualifikation und individuellen Voraussetzungen (Darstellung in Anlehnung an Ullrich & Stolecki, 2015, S.50).

Eine Verbindung von Wissen und Können in der Bewältigung von Handlungsanforderungen beschreibt die Handlungskompetenz (Schindele et al., 2020).

„Dabei ist das individuelle Können und Wollen abhängig vom sozialen Dürfen [...] und der situativen Ermöglichung“ (Ullrich & Stolecki, 2015, S.50). Um der Anforderung vom Wissen und Können zum Handeln gerecht zu werden, findet eine Verzahnung von theoretischen Inhalten und rotierenden Praxiseinsätzen statt. Reflektierende Praxiserfahrungen und Praxisanleitungen unterstützen den Lernprozess der Teilnehmenden im Kontext von realen Patientensituationen. Sie lernen in der Interaktion mit den Patienten sowie von den Experten vor Ort. Durch das `Lernen am Rollenmodell` wird eine patientenorientierte Haltung und die Aneignung erforderlicher Handlungskompetenz gefördert (Schindele et al., 2020). Die Kompetenzentwicklung wird von Patricia Benner, vom Anfänger bis zum Experten, als ein jahrelanger Prozess der persönlichen Entwicklung beschrieben (Faßbender, 2019). Das theoretische Wissen ist die Voraussetzung, um Erfahrungen im Setting der Pflege reflektieren und als Erkenntnisgewinn abspeichern zu können (ebd.). Die Handlungsfähigkeit wird in vier Kernkompetenzen gegliedert.

Tabelle 2: Die Handlungsfähigkeit und ihre vier Kernkompetenzen (Weitzel, et al.,2017, S.16)

Fach-Kompetenz	Methoden-Kompetenz	Sozial-Kompetenz	Persönlichkeits-Kompetenz
Was?	Wie? Womit?	Mit wem?	Woraus? Woher?
Reines Wissen, keine Anwendung. Kenntnisse, Zahlen, Daten.	Wie wird die Fachkompetenz umgesetzt, wie kommt es zur Anwendung. Werkzeuge, Methoden, Hilfsmittel, Schnittstellen, Verbindungen.	Kann meist nicht allein weiterentwickelt werden, es bedarf der Zwischenmenschlichen Begegnung und Auseinandersetzung.	Meine individuellen Fähigkeiten, die in mir als einzelner Person liegen.
Rein erlernbar und nachprüfbar. ->Hard skills/ facts! Ausbildungsauftrag, Auftrag zur Vermittlung von Fachwissen u. Fachkenntnissen (25%).	Nicht rein und von Grund auf erlernbar, nur förderbar. Nicht nachprüfbar -> soft skills/ facts! Auftrag zur Persönlichkeitsentwicklung, Förderung der Schlüsselqualifikation, Erziehungsauftrag (75%).		

4.2.1 Fachlich-technische Kompetenz

„Die Fachkompetenz beschreibt die Fähigkeit, auf Wissen in unserem Kopf beziehungsweise in unserem kognitiven Erleben zurückgreifen zu können“ (Weitzel et al., 2017, S.17) und wird häufig mit Symbolen, wie dem Kopf, einer Brille oder einem Buch verbildlicht (Weitzel et al., 2017). Die fachlich-technische Kompetenz ist für die Tätigkeit im Intensiv- u. Anästhesiebereich Grundvoraussetzung. Sie ist ein Garant für die Qualität der Versorgung. Gemeint sind fachtypische Aufgaben wie die Unterstützung der Aktivitäten des täglichen Lebens, unter Berücksichtigung des klinischen und apparativen Monitorings. Hinzu kommen die Tätigkeiten der ärztlichen Assistenz (Ullrich & Stolecki, 2015).

4.2.2 Methodenkompetenz

Die Methodenkompetenz bezieht sich auf die Anwendung und die Fähigkeit zur kreativen Problemlösung und wird meist mit dem Symbol der Hand gekennzeichnet (Weitzel et al., 2017). Sie ist Bestandteil der komplexen Arbeitsprozesse. Die

Basis ist der Pflegeprozess, er dient der Gesamtbeurteilung. Es unterstützen Instrumente wie Leitlinien, Score- und Dokumentationssysteme, um Komplikationen einschätzen zu können (Ullrich & Stolecki, 2015).

4.2.3 Psychosoziale Kompetenz

Sozialkompetenz ist die Fähigkeit, angemessen mit anderen Menschen umzugehen (Weitzel et al., 2017). Im Tätigkeitsfeld der I u. A Pflege ergeben sich schnell völlig neue Situationen, in denen sich alle im Team schnell anpassen müssen. Eine entscheidende Rolle für ein funktionierendes Team ist die Kommunikation, sie dient als verbindendes Element für einen guten Informationsaustausch. Ein wertschätzender Umgang sowie Empathie, Loyalität und Integrität aber auch Akzeptanz, Toleranz und Vertrauen spielen eine große Rolle, um eine optimierte Versorgung der Patienten zu erreichen (Ullrich & Stolecki, 2015).

4.2.4 Personale Kompetenz

Die individuelle Haltung beschreibt die Persönlichkeitskompetenz und meint Einstellungen und Eigenschaften, die vorrangig auf die eigene Person gerichtet sind (Weitzel et al., 2017). Dazu gehören Organisationsfähigkeit, Motivation und Flexibilität, Selbständigkeit und Verantwortungsbewusstsein, Geduld, Ehrgeiz oder auch Ausdauer. Die Selbstreflexion ermöglicht, eigene Fähigkeiten einzuschätzen und auf veränderte Situationen zu reagieren (Ullrich & Stolecki, 2015).

4.3 Kompetenzrahmen

Der Anspruch an die Intensivpflege ist stetig steigend, eine Intensivpflegeperson benötigt eine herausragende Verbindung von Fertigkeiten, Fachwissen und Verhaltensweisen (EfCCNa, 2014). Diese Komplexität macht eine Spezialausbildung notwendig. Die Anwendung von evidenzbasierter Pflege ist unverzichtbar. Vor dem Hintergrund wurde von der European Federation of Critical Care Nursing associations (EfCCNa) im Rahmen eines Projekts ein europäischer Intensivpflegekompetenzrahmen erarbeitet. Der ursprünglich in Englisch geschriebene Kompetenzrahmen wurde 2014 auf Deutsch übersetzt. Er dient der Praxis, um Kompetenzen von Intensivpflegepersonen aufzuzeigen und kontinuierlich weiterzuentwickeln. Das Ziel ist eine Vergleichbarkeit des Knowhows von Intensivpflegepersonal zu ermöglichen und ein in Europa akzeptables Niveau für die zu erreichenden Kompetenzen von Fachpflegepersonal darzustellen (EfCCNa, 2014).

Der Intensivpflegekompetenzrahmen stellt die Schlüsselkompetenzen in sogenannten Kompetenzdomänen dar. Dies umfasst die klinische Domäne, in der sich der Pflegeprozess wiederfindet. Die professionelle Domäne bezeichnet die Kompetenz der Entscheidungsfindung, Recht und Ethik, sowie Kommunikation. Die Management-Domäne beschreibt die Bereiche der Organisationskompetenzen, Gesundheitsförderung und Qualitätssicherung. Die Kategorie-Ausbildungs- und Entwicklungsdomäne umfasst die Fort- und Weiterbildung von Intensivpflegenden mit Evidence Based Practice. Der Kompetenzrahmen kann zur Steigerung der Intensivpflegekompetenz, mit Unterstützung und Begleitung des Mentors bzw. Praxisanleiters, im Assessmentprozess eingesetzt werden (ebd.).

Tabelle 3: Domänen und Unterdomänen im Kompetenzbereich (Darstellung in Anlehnung an: EfCCNa, 2014, S.6)

Klinische Domäne	Professionelle Domäne	Management-Domäne	Ausbildungs- und Entwicklungs-Domäne
Assessment & Pflegediagnosen	Komplexe Entscheidungsfindung	Stationsmanagement	Persönliche Entwicklung & Ausbildung
Planung	Ethik und Recht	Teammanagement	Entwicklung/ Ausbildung von anderen/Dritten
Durchführung der Pflege	Kommunikation	Gesundheitsförderung & Sicherheit	Evidence Based Practice
Evaluation		Qualitätssicherung	

5 Staatliche Regelungen

Die Ausübung eines Berufes und die Weiterbildung im Gesundheitswesen sind aufgrund besonderer Schutzbedürfnisse von Patienten an eine Vielzahl von Gesetzen und Verordnungen gebunden (Schwinger, 2019). Im Rahmen des Grundgesetzes sind Zuständigkeiten dem Bundesgesetzgeber vorbehalten. Dies betrifft ärztliche Zulassungen und Heilberufe, wie Kranken- und Altenpflegeberufe, mit dem PflBG und den jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen. Weiter sind auch berufliche Tätigkeiten wie die Behandlung von Krankheiten vorbehalten. Das PflBG führt erstmals vorbehaltende Aufgaben für Pflegefachkräfte auf. Somit hat der Bundesgesetzgeber die Zulassung, den Titel, die Ausbildungs-

inhalte und die vorbehaltenden Tätigkeiten verbindlich festgelegt. Dem Landesgesetzgeber verbleiben keine Kompetenzen zur Regelung, somit ist dieser Bereich nicht an die Pflegekammern delegierbar (Schwinger, 2019).

Die Ausgestaltung der Weiterbildung für die I u. A Pflege liegt bei den Ländern, einige haben gesetzliche Maßnahmen geschaffen, um Pflegekammern zu errichten. Die Pflegekammern regeln die beruflichen Weiterbildungen (Schaller, 2020). In Ländern wie Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hessen und Mecklenburg-Vorpommern wird die Weiterbildung durch die Pflegekammern geregelt. Die Weiterbildung in Ländern ohne Kammer werden durch die Landesgesetze geregelt (Schwinger, 2019). Niedersachsen löste die Pflegekammer mit Ablauf des 30.11.2021 wieder auf (Pflegekammer Niedersachsen, 2022), somit gilt in Niedersachsen für die FWB I u. A die niedersächsische Landesverordnung.

5.1 Niedersächsische Landesverordnung

In der niedersächsischen Verordnung über die Weiterbildung in Gesundheitsfachberufen (GfbWBV, NI) vom 18. März 2002, geändert durch die Verordnung vom 24. November 2021 (Nds. GVBl. 806, 2002, 91) werden die Weiterbildungen in Niedersachsen geregelt. Gesetzliche Grundlage ist das Niedersächsische Gesetz- und Verordnungsblatt (Nds. GVBl. 2002, 86). Die FWB I u. A führt zu einer geschützten Weiterbildungsbezeichnung, *Fachkraft für Intensiv- und Anästhesiepflege*. Zugangsvoraussetzung ist eine abgeschlossene dreijährige Berufsausbildung mit der Berufsbezeichnung Pflegefachfrau, Pflegefachmann, Altenpflegerin, Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (GfbWBV, NI). Weiter regelt sie die Durchführung der Weiterbildung mit dem Inhalt, der Dauer und die Ausgestaltung der Weiterbildung. Die Weiterbildung erfolgt durch Unterricht mit insgesamt 720 Stunden, der durch ein Curriculum geregelt ist. Der Unterricht kann mittels einer Online-Lernplattform mit Videokonferenztechnik und einer Lehrkraft, die den Lernprozess aktiv steuert, umgesetzt werden. Dabei müssen mindestens 50% des Unterrichts als Präsenzunterricht durchgeführt werden. Höchstens 25% des Unterrichts dürfen unter Nutzung einer Online-Lernplattform ausgeführt werden. Der praktische Anteil von 2079 Stunden ist mit 616 Stunden in einer oder mehrerer Anästhesieabteilungen mit mindestens drei operativen Fachbereichen und 1232 Stunden

auf medizinischen oder operativen Intensivstationen unterschiedlicher Fachrichtungen und Schwerpunkte abzuleisten. Hinzu kommt die Teilnahme an diagnostischen und therapeutischen Eingriffen in einem weiteren für die Intensiv- und Anästhesiepflege wichtigen diagnostischen und therapeutischen Funktionsbereich oder einer zusätzlichen Intensivstation mit weiteren 231 Stunden (GfbWBV, NI, Anlage 1.3-D). Die Weiterbildung kann in Teilzeitbeschäftigung mit entsprechend längeren Praxiseinsätzen umgesetzt werden und soll nicht länger als vier Jahre dauern. Während der Weiterbildung dürfen jeweils in der Praxis und in der Theorie die Fehlzeiten von 10% nicht überschritten werden. Die Aufgabe der Weiterbildungsstätte ist die Sicherstellung der Praxisanleitung von 10% während der Praxiseinsätze zu gewährleisten (§ 3 Abs.6 GfbWBV, NI). Die Leitung der Weiterbildung oder hauptamtlich an der Weiterbildungsstätte beschäftigten Lehrkräfte, die berechtigt sind, die zugehörige Weiterbildungsbezeichnung zu führen, müssen fachlich begleiten. Eine Dokumentation findet durch die Teilnehmenden und der anleitenden Person statt. In der Verordnung ist weiterhin in § 4 die Anerkennung- und Zulassungsvoraussetzungen der Weiterbildungsstätte geregelt und die Prüfungsmodalitäten, um die Erlaubnis zur Weiterbildungsbezeichnung zu erhalten (GfbWBV, NI).

5.1.1 Curriculum

In einem Projekt von 2000 bis 2002 entstand vom norddeutschen Zentrum zur Weiterentwicklung für Pflege in Kiel ein Curriculum für die Weiterbildung in der Intensiv- und Anästhesiepflege. Die Gruppe von 12 Mitgliedern der Länderarbeitsgemeinschaft bestand aus den pflegerischen Leitungen der Weiterbildungsstätten aus Bremen, Hamburg und Niedersachsen. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgte durch Frau Prof. Dr. Uta Oelke und dem Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung an der Universität Hannover (Gottschalk, 2003). Das Ziel des vorgelegten Curriculums ist es, einer pädagogischen und erwachsendengerechter Weiterbildung nachzukommen. Die curriculare Vernetzung von Wissen sind weitere Qualitätsmaßstäbe. Den Mitgliedern war es ein Bedürfnis, ihre Erfahrungen in die fachinhaltliche Bestimmung mit einzubringen, um auch die Praxisnähe zu gewährleisten. Konsens für das Curriculum war ein gemeinsamer Rahmen, um eine Vergleichbarkeit der Weiterbildungsqualität zu gewährleisten (Gottschalk, 2003; Länderarbeitsgemeinschaft der FW Bildungsstätten in

Hamburg, Bremen und Niedersachsen, 2002). Dabei sollten die gesetzlichen Rahmenbedingungen mit den zu erreichenden Kompetenzen eine sinnvolle Verknüpfung zwischen Theorie und Praxis beinhalten. Das vorgelegte offene, fächerintegrierte Curriculum berücksichtigt die Empfehlungen der DKG für zukünftige Perspektiven bei der Weiterbildung auf hohem Qualitätsniveau. Aufgrund der Empfehlung des deutschen Bildungsrats für Pflegeberufe wurde das Curriculum in Module mit empfohlenen Stundenkontingenten angelegt. Die theoretische Weiterbildung schließt eine Orientierung am Konzept der Schlüsselkompetenzen mit ein. Die didaktisch-curricularen Grundannahmen orientieren sich an Lernkonzepten wie den sozialen-, problem-, erfahrungs-, und handlungsorientierten Lernen (ebd.). Das Curriculum wurde in drei Lernbereiche eingeteilt, denen die Module zugeordnet sind (Anhang VI). Im Folgenden soll Lernbereich III mit dem Modul 4 Arbeitsbelastungen und -entlastungen näher dargestellt werden.

5.1.2 Lernbereich III / Modul 4 Arbeitsbelastungen und -entlastungen

Auszug aus dem Curriculum für die Fachweiterbildung in der Intensiv- und Anästhesiepflege der Länderarbeitsgemeinschaft

Tabelle 4: Auszug aus dem Curriculum für die Fachweiterbildung in der Intensiv- und Anästhesiepflege

Lerneinheit Ethische Grenzsituation
Stundenempfehlung: 8 Stunden
<p>Zielsetzung: Die Teilnehmer:innen sollen im Rahmen dieser Lerneinheit die Möglichkeit erhalten, ihre ethische Grundhaltung zu reflektieren. Hierzu sollen sie pflegerisches Handeln in konkreten Grenzsituationen des Intensiv- und Anästhesiebereichs hinterfragen. Dabei erscheint die exemplarische Auseinandersetzung mit erlebten Problemsituationen sinnvoll.</p>
<p>Inhalte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ethische Werte und Normen im Zusammenhang mit: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Gesundheit ❖ Krankheit ❖ Tod • Therapiebegrenzung • Selbstbestimmungsrecht des Patienten • Organtransplantation und Pflege hirntoter Patienten • Ethikkommissionen <ul style="list-style-type: none"> ❖ Patientenverfügung, Patiententestament <p>(Länderarbeitsgemeinschaft der FW Bildungsstätten in Hamburg, Bremen und Niedersachsen, 2002)</p>

5.2 DKG- Empfehlung zur Weiterbildung

Für die Weiterbildungen in den Fachgebieten Pflege in der Endoskopie, Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Nephrologie, Notfallpflege, Pflege in der Onkologie, Pflege im Operationsdienst, pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie hat die DKG eine bereits überarbeitete Empfehlung am 14.03./15.03.2022 herausgebracht. Die Überarbeitung und Anpassung berücksichtigt die generalistische Pflegeausbildung. Die bereits bewährten Empfehlungen der DKG zu den pflegerischen FWB dienen den Bundesländern als Muster für die landesrechtlichen Weiterbildungen (DKG-Empfehlung zur pflegerischen Weiterbildung, 2022). Die FWB der Notfallpflege setzt die Empfehlung der DKG in Niedersachsen um. In der Intensiv- und Anästhesiefachweiterbildung findet sie eine Anwendung in Bundesländern ohne Landesgesetzgebung. Die DKG regelt in ihrer Empfehlung, wie die GfbWBV, NI die Zugangsvoraussetzungen, die Dauer und Ziele, die Weiterbildungsstruktur mit den theoretischen und praktischen Teilen und die Prüfungsverordnung (ebd.). Die Empfehlung der DKG sieht eine Struktur anhand von Modulen vor, die weiter in Moduleinheiten aufgeteilt sind. Dabei ist es ihnen ein Anliegen die im Pflegeberufegesetz beschriebenen Kompetenzen im Rahmen der Fachweiterbildungen zu spezifizieren. Hierzu werden unterschiedliche Lernformen verwendet, wie das Blended Learning und E-Learning. Sie ermöglichen ein zeit- und ortsunabhängiges Lernarrangements zu gestalten. Selbständiges und selbstbestimmtes Lernen im Sinne von Blended Learning kann dazu in 25 von 100 Stunden in nachgewiesener Form durchgeführt werden. Die Ausgestaltung der Organisation des Blended Learning liegt in der Verantwortung der jeweiligen Leitung der Fachweiterbildung (Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2022).

Die Ansätze der niedersächsischen Landesverordnung und der DKG-Empfehlung unterscheiden sich in einigen Bereichen wesentlich. Sie werden im Anhang VII synoptisch gegenübergestellt.

5.3 Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR)

Der deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) für lebenslanges Lernen orientiert sich am europäischen Qualifikationsrahmen (EQR), der bei einem Gipfel-Treffen der EU-Staaten als die sogenannte „Lissabon-Strategie“ beschlossen wurde. Er

dient einer angemessenen Bewertung und Vergleichbarkeit von Qualifikationen und Abschlüssen und ist am 1. Mai 2013 in Kraft getreten. Er definiert allgemeine und berufliche Bildungsabschlüsse und besteht aus acht Niveaustufen (Busch & Wohlgehagen, 2014; Tippelt & Hippel, 2018).

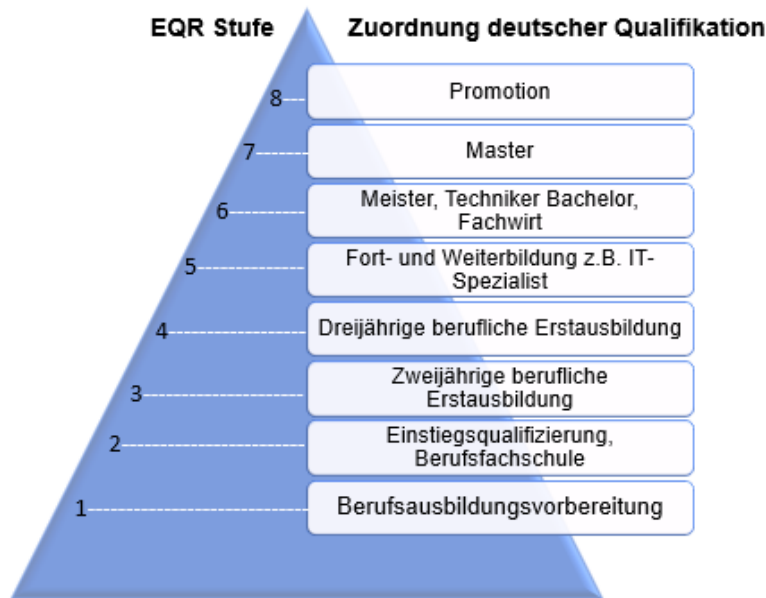


Abbildung 3: Verortung deutscher Abschlüsse im EQR (Darstellung in Anlehnung an: Gillen, 2012 in Rahmenkonzept- WBVO-Pflege-NRW, S.10)

Je höher der Bildungsabschluss, desto größer das erworbene „Können“ am Ende der Bildungsmaßnahme. Die jeweiligen Qualifikationen werden nach Fachwissen, Fertigkeiten, Sozialkompetenz und Selbstständigkeit gemessen. Nach einer dreijährigen Pflegeausbildung ist die Qualifikationsstufe auf dem Level 4, nach dem Bachelorabschluss auf Level 6 und ein Masterabschluss ist auf Level 7 zugeordnet. Die Zuordnung der Weiterbildung I u. A ist dem DQR nicht zu entnehmen (Busch & Wohlgehagen, 2014). Berufliche Weiterbildungen (Fachwirt, Meister oder Techniker), die dem DQR-Niveau 6 zugeordnet sind, wird nicht automatisch der Zugang zu einem Masterstudium (Niveau-Stufe 7) ermöglicht. Jedes Qualifizierungsniveau kann grundsätzlich auf verschiedenen Bildungswegen erreicht werden. Im Zentrum des DQR steht der Kompetenzbegriff, der entsprechend die Nutzung der erworbenen Kompetenzen in Arbeits- und Lernsituationen und für die berufliche und persönliche Entwicklung meint (Tippelt & Hippel, 2018).

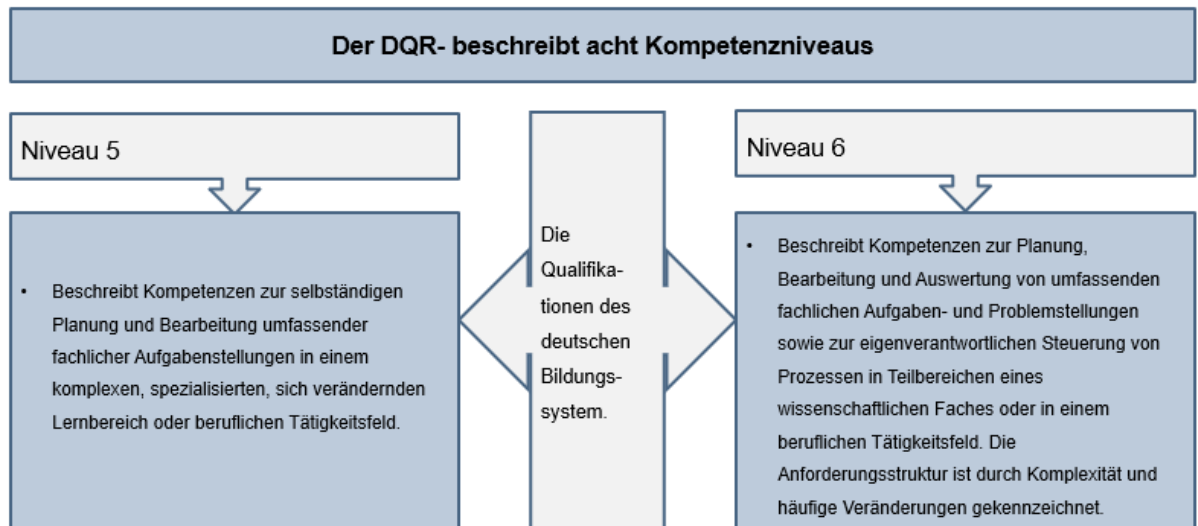


Abbildung 4: Beispielhafte Kompetenzbeschreibung aus dem DQR (Eigene Darstellung)

5.4 Vorbehaltsaufgaben für die Fachkrankenpflege in der I u. A

Die Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste (DGF) hat zum Ziel, Aus-, Fort- und Weiterbildung in den jeweiligen Handlungsfeldern zu fördern. Mit ihren vielfältigen Aufgaben ist sie im Deutschen Pflegerat, in Expertengremien, im Aktionsbündnis Patientensicherheit, in Netzwerken zur Entwicklung diverser Leitlinien und auch in internationalen Fachgesellschaften wie der EfCCNA und vielen weiteren vertreten (Ullrich, 2016).

Die Versorgung im medizinischen und pflegerischen Bereich, insbesondere in der Intensivpflege, wird immer komplexer. Dies beinhaltet Aufgaben wie Ernährungs-, Wund-, Schmerz-, Beatmungs-, und unter anderen Delir-Management. Diese Inhalte werden in der FWB I u. A vermittelt und ermöglichen komplexe Versorgungssituationen in eigener Verantwortung zu entscheiden. Durch die Spezialisierung mit der Weiterbildung I u. A wird ein selbständiger Aufgaben- und Kompetenzbereich formuliert (Blanck-Köster et al., 2018). Damit verbunden fordert und empfiehlt die DGF die Übertragung erweiterter Kompetenzen mit den Vorbehaltsaufgaben für die Fachkrankenpflege (Pelz et al., 2023). Sie orientieren sich an den Inhalten des Kompetenzrahmen der EfCCNa, die heilkundliche Aufgaben miteinschließen (Blanck-Köster et al., 2018). In einem Begründungsrahmen bezieht sich die DGF auch auf den DQR und beschreibt die Kompetenzen auf der Niveau-Stufe 6, in der Fachpflegepersonal komplexe Aufgaben in dynamischen Situationen planen, bearbeiten, auswerten und eigenverantwortlich

steuern. Die Vorbehaltsaufgaben beziehen sich auf die Tätigkeiten im Umgang von Bewusstsein, Wahrnehmung und Schmerzen, Atmung und Beatmung, Herzkreislauf, Ernährung und Ausscheidung, Mobilisation, Positionierung und Lagerung sowie der Edukation im sozialen Umfeld und der Mitwirkung bei ethischen Entscheidungsfindungen. Die Maßnahmen beziehen sich auf das Analysieren und Bewerten, Planen, Durchführen und Evaluieren mit klinischen Assessment-Methoden und dem Anpassen von Medikationen und Therapien unter Berücksichtigung von potenziellen Risiken auf Grundlage evidenzbasierter Behandlungspfade (Pelz et al., 2023). Weitere Vorbehaltsaufgaben im Team sind die Initialisierung von Pflegevisiten, die Organisation und Planung von Interhospitaltransporten, die Einarbeitung neuer Mitarbeiter und zur Erreichung der entsprechenden Handlungsautonomie die Durchführung der Praxisanleitung. Die Empfehlung zur Handlungs- und Entscheidungsautonomie ist ausdrücklich Fachpflegepersonen mit abgeschlossener zweijähriger Weiterbildung für Intensiv- und Anästhesiepflege auf einer Intensivstation vorbehalten (ebd.).

6 Qualifizierungswege in der I u. A- Weiterbildung

Die Gesundheitsberufe in Deutschland zeichnen sich durch eine Vielzahl von Sonderwegen bei der beruflichen Qualifikation aus. Spezialisierende Weiterbildungen qualifizieren für einen bestimmten Fachbereich. Die Entwicklung der Weiterbildung in der Intensivpflege ist eng mit der Einrichtung der ersten Intensivstation, in den 60er Jahren, und der historischen Verknüpfung mit der Anästhesie verbunden. Sie ist die älteste und am häufigsten geregelte FWB. Da sie in der Hoheit der einzelnen Bundesländer liegt, ist sie nicht einheitlich geregelt (Busch & Wohlgehagen, 2014). Zudem entstehen einerseits aufgrund des vielumschriebenen Personalmangels in einigen Bundesländern Pilotprojekte, um eine schnellere Fachweiterbildung im Intensivbereich zu ermöglichen (DGF, 2022). Dazu zählt das vielfach kritisierte „3+1-Modell“ in Baden-Württemberg, auch „Kombinierte Weiterbildung“ genannt. Es sieht eine Kombination aus der generalistischen Pflegeausbildung und der Weiterbildung auf Intensivstation in insgesamt 4 Jahren vor. Die Umsetzung des „Hauseigenen Zertifikat Intensiv Care Unit“ stößt auch an Grenzen. Es ist keine staatliche Anerkennung. Dennoch hat das Konzept aufgrund von Handlungssicherheit und weniger Ängste im Alltag

zur Mitarbeiterbindung auf den Intensivstationen geführt (Löffert et al., 2012; Allgeier, 2013).

Weiter findet aufgrund der Akademisierung eine Vielzahl verschiedener Möglichkeiten der Qualifikation im Bereich der Intensiv- und Anästhesiepflege statt. Selbst wenn die FWB I u. A nur einen begrenzten Bereich der Weiterbildung insgesamt darstellt, lässt sich nur schwer ein Überblick gewinnen (Busch & Wohlgelegen, 2014). Im Folgenden werden die Unterschiede der Bundesländer synoptisch zusammengeführt.

6.1 Synopse der Qualifizierungswege der I u. A- Weiterbildungen in Deutschland

Tabelle 5: Synopse der Qualifizierungswege der I u. A- Weiterbildungen in Deutschland (in Anlehnung an Busch & Wohlgelegen)

Bundesland	Schwerpunkte/ Berufsbezeichnung	Lehrgangsform/ Dauer b= berufsbegleitend	Umfang (mindestens)	Voraussetzungen ²	Prüfungsordnung	Kommentar
Baden- Württemberg	Intensivpflege mit Schwerpunkt Intensiv, Anästhesie oder Pädiatrie)	b/ 1,5 Jahre oder innerhalb 5 Jahre	720 Std. Unterricht Praxis 2350 Std.	1 Jahr Berufserfahrung, davon 6 Monate im Fachgebiet Intensiv- oder Anästhesie.	WVO-Pflegeberufe ³ Vom 22.10.2020	Zusätzlich ein Sonderweg „3+1-Modell“ direkt im Anschluss an die generalistische Ausbildung
Bayern	Intensivpflege und Anästhesie	b/ 2 Jahre	720 Std. Unterricht 1800 Std. Praxis	mind. 6 Mon. Berufserfahrung in der Intensiv oder Anästhesie	Nach DKG- Empfehlung	Unterricht gegliedert in 4 Lernbereiche und 5 Themenfeldern
Berlin	Intensivmedizin und Anästhesie	b/ 2 Jahre	Modular 800 Std. Unterricht 30 Wochen Praxisphasen Keine Zeiten für Praxisanleitung (PA) benannt	2 Jahre Tätigkeit, davon 12 Monate unmittelbar davor	WbG ⁴ vom 3.07.1995 Zuletzt geändert 17.05.2021	
Brandenburg	Intensivpflege und Anästhesie/ „Fachgesundheits- und Krankenpfleger/in für Intensivpflege und Anästhesie“	b/ mind.2, max.4 J. Vollzeit mind. 1 J.	800 Std. Unterricht, 1600 Std. Praxis, Keine Zeiten für PA benannt	2 Jahre Berufserfahrung, mind. 6 Monate in der Intensivpflege	IuAWBV ⁵ vom 26.2.2004	Anrechnung anderer WB möglich

² Voraussetzungen bei allen Weiterbildungen: Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung gemäß PflIBG.

³ Verordnung des Sozialministeriums über Weiterbildungen für Pflegeberufe in Baden-Württemberg.

⁴ Gesetz über die Weiterbildung und Fortbildung in den Medizinalfachberufen und in Berufen der Altenpflege.

⁵ Intensivpflege und Anästhesie -Weiterbildungsverordnung.

Bundesland	Schwerpunkte/ Berufsbezeichnung	Lehrgangsform/ Dauer	Umfang (mindestens)	Voraussetzungen ⁶	Prüfungsordnung	Kommentar
Bremen	Intensivpflege und Anästhesie „Fachpflegerin für Intensivpflege und Anästhesie“	b/ mind.2,max.4 J. in Teilzeit mit 75% Tätigkeit möglich modularisiert	2 Grundmodule 3 Fachmodule mit insgesamt 824 Std. 5 Mon. Anä und 11 Mon. Intensiv 10% PA, insgesamt 24 Tage nachweispflichtig ,	1 Jahr Berufstätigkeit	WBG- Bremen ⁷ vom 18.06.1996, geändert 17.05.2011	3 Praxisbegleitungen
Hamburg	Intensivpflege und Anästhesie „Fachkrankenpfleger: in für Intensivpflege“	b/ 2 Jahre bis maximal 5 Jahre	im modularen System, Theoretischer Anteil mit Spezialisierungsmodulen 720 Std., praktischer Anteil 1.800 Std.	1 Jahr Berufstätigkeit, mindestens 6 Mon. Intensiv oder Anästhesie	Landesrecht der Stadt Hamburg	Wird derzeit überarbeitet
Hessen	Intensivpflege und Anästhesie „Fachpfleger: in für Intensivpflege und Anästhesie“	b/ 3 J. in Vollzeit bei Teilzeit 4 J. modularisiert	720 Std. Theorie / 1800 Std. Praxis	mind. 6 Mon. Berufserfahrung in der Intensiv oder Anästhesie	Nach DKG- Empfehlung	Modulprüfungen
Mecklenburg-Vorpommern	Intensivpflege und/oder Anästhesie oder Neonatologische und pädiatrische Intensivpflege und / oder Anästhesie	b/ 24-30 Mon. Bis zu 5 Jahre möglich modularisiert	Theorie 1150-1600 Std., Schwerpunkt-abhängig, Praxis mindestens 1120 und max. 1600 Std.	1 Jahr Berufstätigkeit, mindestens 6 Mon. Intensiv oder Anästhesie	WPrVO-IAA ⁸ vom 23.09.2015	5 Modelle möglich, fächerbezogene Lehre, Zeitumfang richtet sich nach der gewählten Fachweiterbildung

⁶ Voraussetzungen bei allen Weiterbildungen: Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung gemäß PflBG.

⁷ Gesetz über die Weiterbildung im Lande Bremen.

⁸ Weiterbildungsverordnung für Intensivpflege, Anästhesie und Atmungstherapie.

Bundesland	Schwerpunkte/ Berufsbezeichnung	Lehrgangsform/ Dauer	Umfang (mindestens)	Voraussetzungen ⁹	Prüfungsordnung	Kommentar
Niedersachsen	Intensiv- und Anästhesiepflege Fachkraft für Intensiv- und Anästhesiepflege.	b/ 2 J. Vollzeit, Teilzeit möglich- 4 Jahre	720 Std. Unterricht, 2079 Std. Praxis	Keine weiteren Voraussetzungen erforderlich	GfbBBV,NI ¹⁰ vom 18.03.2022	Im Titel Anästhesiepflege
Nordrhein-Westfalen (NRW)	Intensivpflege und Anästhesie oder Pädiatrie Fachgesundheits- und Krankenpfleger: in für Intensivpflege und Anästhesie	b/ modularisiert, 2-4 J. oder als Vollzeitlehrgang	720 Std. Unterricht 1200 Std. Praxis Keine Zeiten für PA benannt	Keine weiteren Voraussetzungen	WBVO-Pflege-NRW ¹¹ vom 15.12. 2009	Anrechnung anderer WB möglich, für den Lehrgang werden 120 Crédit (Kreditpunkte gemäß ECTS-System) vergeben
Rheinland-Pfalz	Fach-Gesundheits- und Krankenpfleger:in für Intensivpflege oder Pädiatrie (Anästhesie ist nicht aufgeführt)	b/ modularisiert, Dauer in der Regel 2 Jahre, bei Teilzeit entsprechend länger, höchstens 4 J.,	720 Std. Theorie aus Präsenz- und Selbststudium 1900 Std. Praxis, davon 10% PA, PB wird mit 5% berechnet	Mindestens 1 Jahr Berufserfahrung und davon 6 Monate in der Intensivpflege, seit 2019 für Altenpflege geöffnet mit mind. 2 J. Erfahrung und 12 Mon. IPS o. Anä,	Weiterbildungsordnung der Landespflegekammer vom 30.09.2021, Prüfungen können 2x wiederholt werden,	Abkehr von der Fächerorientierung zur Kompetenzorientierung, für den Lehrgang werden Crédit (Kreditpunkte gemäß ECTS-System) vergeben 30 Std.= ein Leistungspunkt
Saarland	Fachpflege für Intensivpflege und Anästhesie Fachpflegerin für Intensivpflege und Anästhesie.	b/ modularisiert 2 Jahre	720 Std. Theorie 1800 Std. Praxis	Keine weiteren Voraussetzungen erforderlich	Landesrecht. Verord. in Anlehnung an die Empfehlung der DKG, WeitBi/HebG ¹² vom 25. November 1998, geändert 16.03.2022	15% Fehlzeiten möglich in Theorie und Praxis

⁹ Voraussetzungen bei allen Weiterbildungen: Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung gemäß PflBG.

¹⁰ Gesundheits- Fachberufe Weiterbildung Verordnung Niedersachsen.

¹¹ Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegeberufe-NRW.

¹² Gesetz über die Weiterbildung in den Gesundheits- und Pflegefachberufen und die Ausübung des Berufs der Hebamme.

Bundesland	Schwerpunkte/ Berufsbezeichnung	Lehrgangsform/ Dauer	Umfang (mindestens)	Voraussetzungen ¹³	Prüfungsordnung	Kommentar
Sachsen	Fachpflegeexperte: in für Intensivpflege und Anästhesie im Erwachsenenbereich oder Kinder- und Jugendbereich.	b/ modularisiert, 24 Monate und verlängert sich in Teilzeitform auf höchstens 42 Monate	720 Präsenzstunden als theoretischer und praktischer Unterricht, 360 Stunden als Selbststudium und 2 000 Stunden als praktische Weiterbildung	eine Tätigkeit in den jeweiligen Arbeitsfeldern der angestrebten Weiterbildungsrichtung von mindestens 6 Monaten innerhalb der letzten 2 Jahre.	Sächs Gfb WBVO ¹⁴ vom 22. Mai 2007, zuletzt durch die Verordnung vom 1. März 2022 geändert	Wird eine Modellweiterbildung (Bachelor) in diese Verordnung aufgenommen, erhalten die Teilnehmer nachträglich eine Urkunde nach § 23 Abs.1.
Sachsen-Anhalt	Intensiv- und Anästhesiepflege	b/ modularisiert, 2 Jahre	720 Std. Theorie 1800 Std. Praxis	mind. 6 Monate in der Intensiv oder Anästhesiepflege	Nach DKG Empfehlung vom 14.03./15.03.2022	Modulprüfungen
Schleswig-Holstein	Fachpfleger: in für Intensivpflege oder Fachpfleger: in für Anästhesiepflege	b/ modularisiert Dauer nicht definiert	getrennte WB 568 Std. Unterricht, davon 376 integrativ u.192 Std. Spezialisiert, Praxis: 800 Std. Keine Zeiten für PA benannt	2 Jahre Berufserfahrung, oder 1 Jahr in Vollzeit, davon mind. 6 Monate in der Intensiv oder Anästhesiepflege	WBlu AVO ¹⁵ vom 11.10.2018, gültig bis: 29.10.2023	Integrativer Unterricht ist für Intensiv und Anästhesie identisch, Anrechnung anderer WB möglich,
Thüringen	Intensiv- und Anästhesiepflege Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger in der Intensivpflege und Anästhesie“ (DKG)	b/ modularisiert, 2 Jahre	720 Std. Theorie 1800 Std. Praxis	mind. 6 Monate in der Intensiv oder Anästhesiepflege	Nach DKG Empfehlung vom 14.03./15.03.2022	Modulprüfungen

¹³ Voraussetzungen bei allen Weiterbildungen: Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung gemäß PfIBG.

¹⁴ Sächsische Gesundheitsfachberufe Weiterbildungsverordnung.

¹⁵ Landesverordnung über die Weiterbildung und Prüfung von Pflegefachkräften für Intensivpflege und für Anästhesiepflege.

6.2 Professionalisierung und Qualitätsentwicklung in der I u. A Pflege

Um den Anforderungen in der I u. A Pflege mit einer wissenschaftlichen Weiterentwicklung gerecht zu werden, werden seit Jahrzehnten anerkannte Fachweiterbildungen erfolgreich aufgebaut (Blanck-Köster et al., 2018). Bestimmte Versorgungsbereiche in der Intensivpflege wie z.B. die postoperative Versorgung nach Bauchortenaneurysma, fordern eine 50%ige Fachkraftquote zur Qualitätssicherung (Siegling & Isfort, 2015). Die Sicherung der Qualität gehört zu den Aufgaben in der Gesundheitsversorgung. Der Frage, wie sich Qualität in der I u. A Pflege definiert und bestimmt wird, ging Friesacher in einem Beitrag zur Qualitätsentwicklung in der Intensivpflege nach. Die Qualitätsindikatoren wurden teilweise unter Beteiligung von intensivpflegerischer Expertise entwickelt und folgen dem Qualitätsmodell nach Donabedian (Friesacher, 2022). Qualität wird dabei in die Dreiteilung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gegliedert. Strukturqualität meint personelle und materielle Ressourcen und die Qualifikation des Personals und dem Management. Die Art und der Umfang des pflegerischen Handelns beschreibt die Prozessqualität und beinhaltet die Umsetzung des Pflegeprozesses. Die Ergebnisqualität umfasst die Resultate der Pflege. Diese enthält die Lebensqualität, die Zufriedenheit auf allen Seiten, die Komplikationsrate und die Liegedauer mit objektiven und subjektiven Bewertungen. Die Kernleistung mit den Beziehungsaspekten und kommunikativen Handeln entziehen sich diesem Modell (ebd.). Hochkomplexe Handlungssituationen sind nicht vorhersehbar und nicht planbar. Das Erleben von existentiellen Erfahrungen wie Verletzlichkeit, Sterben, Tod, Abschied und Trauer sind dabei zentral. Ein Beispiel einer Mutter, die mit dem Tod ihres Kindes konfrontiert wird, macht dies deutlich. Sie rüttelte am Bett, schrie, und weinte: „Mein Kind schläft nur, mein Kind schläft doch nur.“ Diese Reaktionen machen auch Pflegekräften Angst und machen die ethische Haltung, die Achtung und die Achtsamkeit für eine gelungene Situation erforderlich. Die Qualität innerhalb eines Interaktionsprozesses kommt dabei zutage, denn eine gelungene Beziehungsgestaltung macht eine professionelle Handlung aus und wird auf beiden Seiten erst hinterher als subjektive Einschätzung wahrgenommen. Die ethischen Perspektiven wie Mitgefühl, Respekt und Würde machen einen Teil der Pflegequalität aus, die Würde als Phänomen muss im Handeln mit einer anderen Person erhalten oder erschaffen werden. Tätigkeiten, die Würde schaffen, wie Körperpflege und Zuwendung, sollten daher nicht delegiert werden.

Interaktion, Beziehungs-, Gefühls-, und Wohlbefinden Arbeit lassen sich nicht messen, machen aber den Kern der (Intensiv-) Pflege aus (Friesacher, 2022).

Eine bundesweite Studie unter Intensivpflegenden, durchgeführt vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.(dip) aus dem Jahr 2013, zeigte die Berufs- und Arbeitszufriedenheit und Veränderungen durch die FWB im Tätigkeitsprofil auf. Als Motivation, im Bereich der Intensivpflege zu arbeiten, wurden die besondere Herausforderung und die hohe Verantwortlichkeit im Umgang mit kritisch Kranken und die interprofessionelle Arbeit identifiziert. Eine Statusänderung konnte nicht eindeutig festgestellt werden (Siegling & Isfort, 2015). Das Fachwissen in den komplexen Situationen wurde durch die FWB als deutliche Verbesserung bewertet. Ergänzend wurden eine verbesserte Fachsprache und die Argumentation, sowie die Umsetzung des Erlernten im pflegerischen Handeln gesehen. Der Zugewinn durch Wissen und Können korrespondiert nicht mit einer Veränderung im Tätigkeitsfeld. Eine innovative Veränderung in Pflege-Konzepten wurde eher neutral betrachtet. Die situative Entscheidungsfähigkeit wurde von jeder zweiten Pflegekraft als positiv bewertet. Die Umsetzung der speziellen Fähigkeiten und Kenntnisse, die Selbstbestimmung und enge Zusammenarbeit im Team wurden ebenfalls als positiv bewertet. Als hohe Belastung wurden die Unterbrechungen durch diagnostische und therapeutische Maßnahmen genannt. Die Zunahme der zu versorgenden Patienten wurde als starke Belastung beschrieben (ebd.). Dennoch ist das Ergebnis der Studie, dass es bei den Anworthäufigkeiten kaum einen signifikanten Unterschied zu den nicht fachweitergebildeten Personen gab. Auch bei der Verantwortung hinsichtlich der Therapiesteuerung lässt sich kaum ein Unterschied feststellen. Weiterhin wurden nur wenig Veränderungen im Arbeitserleben und der Finanziellen Situation beschrieben. Durch die FWB wird vor allem eine Zunahme in der personalen Kompetenz gesehen, welche bei der Vermittlung innerhalb der Praxisanleitung als hilfreich erscheint oder wahrgenommen wird und eine Verbesserung der beruflichen Stellung innerhalb des Teams. Die Komponente der fachlichen Qualifikation wird in der Tätigkeit weniger wahrgenommen (ebd.).

Die Aufgabe von pflegerischen Weiterbildungsangeboten ist die Entwicklung von pflegerischen Kompetenzen für die spezialisierte Versorgung von Klienten mit intensiven und komplexen Versorgungsbedarfen. Ohne ein pflegewissenschaftliches Fundament ist die Realisierung dieser Aufgabe nicht mehr denkbar (Gaidys, 2013).

Studien zeigen, dass die Qualität der Versorgung und die Qualifikation des Pflegepersonals für ein verbessertes Patienten-Outcome eng in Verbindung stehen (Friesacher, 2022; Scheel et al., 2018). Um den hohen Anforderungen auf Dauer gerecht zu werden, braucht es eine Veränderung auch innerhalb der Weiterbildung.

6.3 Akademisierung in der I u. A Pflege

Pflegende können eine akademische Laufbahn einschlagen. Dazu stehen ihnen vier verschiedene Schwerpunkte wie Wissenschaft und Forschung, Management, Pädagogik oder eine fachliche Spezialisierung, z.B. in der I u. Pflege oder Notfallpflege, zur Auswahl (Intensiv, 2021, 29). Bereits in den 1990er bis 2020er Jahren bewegte sich die Akademisierung im Management und der Pädagogik und wurde allgemein anerkannt, weil Akademiker in den Bereichen bereits geläufig waren. Mit der Möglichkeit von dualen Studiengängen begann eine Auseinandersetzung zum Erwerb der Kompetenzen und diese in der patientennahen Versorgung auf eine wissenschaftliche Basis zu stellen. Die veränderten gesundheitlichen Strukturen machen spezialisierte pflegerische Kompetenzen besonders in den Bereichen wie die Funktionspflege erforderlich (Gaidys, 2013). Die Fachgesellschaften für „Critical Care“ des deutschen Netzwerk Advanced Practice Nursing (APN) oder Advanced Nursing practice (ANP) in Critical Care (CC) verfolgen das Ziel, Empfehlungen für die erweiterte Intensivpflegepraxis zu geben. APN wurde in den 1960er-Jahren aufgrund von Ärztemangel in den USA eingeführt. In den 1990er-Jahren erweiterte Intensivfachpflegepersonal mit einer akademischen Qualifikation ihr Tätigkeitsfeld. Die Ausgestaltung der Akademisierung im Bereich der erweiterten klinischen Pflege ist in Deutschland in Berlin, Essen und Hamburg möglich (Wohlgehaben et al., 2014). Eine dreijährige Ausbildung mit der Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpfleger und eine dreijährige Berufserfahrung oder ein Abitur sind die Zugangsvoraussetzungen. Ein Nachweis des Arbeitgebers über die Tätigkeit von mindestens zwölf Monaten in Vollzeit in der Intensiv-, Anästhesiepflege oder Notfallpflege muss vorliegen (Intensiv, 2021). In diesen Bereichen erfolgt der Schwerpunkt, das Studium ist berufsbegeleitend mit 6 Semestern und beinhaltet ein Praktikum über vier Wochen (Scheel et al., 2018). Das Ziel des Studiums ist „eine evidenzbasierte, qualitative, sichere und patientenbezogene Pflege in der komplexen Versorgung der Intensiv- und Anästhesiepflege bzw. Notfallpflege umzusetzen“ (Intensiv, 2021, 29, 8). Der Abschluss mit

dem Titel „B.Sc. Erweiterte Klinische Pflege (EKP) für Intensiv-und Anästhesiepflege“ ist bereits seit 1999 aufgrund des Bologna-Prozesses europaweit anerkannt. Die DKG erkennt den Abschluss nicht an, dennoch stellt sie es der FWB gleich (Intensiv, 2021). Die Bachelorabsolventen werden der Kompetenzstufe 6 des deutschen Qualifikationsrahmens zugeordnet. Die Empfehlungen der Tätigkeit liegen in der direkten Patientenversorgung. Die Aufgaben werden unterschiedlich beschrieben. Grundsätzlich geht es um die Erweiterung von Verantwortlichkeiten, der Durchführung wissenschaftlicher Studien und der Implementierung neuen Wissens zur Qualitätsentwicklung und Sicherung einer evidenzbasierten Pflegepraxis. Weiter sind sie befähigt, Zugehörigen beratend und problemlösend zur Seite zu stehen im Sinne eines erweiterten Patienten- und Case Management. Die Module des Studiums Pflegewissenschaft, Praxisentwicklung, Qualitäts-, Fehler und Risikomanagement, Ethik und Medizinrecht und die Implementierung von Evidence Based Nursing spiegeln die Kompetenzen des Studiums wider (Scheel et al., 2018).

Eine akademische Qualifikation kann für qualifizierte Schulabgänger eine Alternative sein, wenn dadurch Aufstiegsmöglichkeiten mit einer anspruchsvollen Übernahme an Verantwortung und derzeit noch nicht formal legitimierten Tätigkeiten klar definiert wären. Weiter könnte dem bestehenden und zunehmenden Mangel an Fachpersonal auf Intensivstationen in Deutschland entgegengewirkt werden. Für erfahrene, bereits weitergebildete, über 50-jährige Kollegen könnte das Studium eine Alternative zum Schichtdienst und der anstrengenden körperlichen Arbeit auf der Intensiv sein. Dazu wären kurze Studiengänge mit einer bezahlbaren Studiengebühr erforderlich (Wohlgehagen et al., 2014). Die Kosten übernimmt nur in Ausnahmefällen der Arbeitgeber und meist nur mit einer internen Verpflichtung (Intensiv, 2021). Die Anerkennung der bereits erworbenen Kenntnisse aus einer Fachweiterbildung I u. A erfolgt an einigen Hochschulen in Form einer Verkürzung. Diese zeigen aber keine konkreten Vernetzungen (Wohlgehagen et al., 2014).

6.4 Qualifizierung in der Anästhesie

Der Anästhesie-Funktionsdienst als Bestandteil des Hochrisikobereichs wird meist von Gesundheits-und Krankenpflegenden mit und ohne FWB I u. A ausgeübt. Die rasante technische Entwicklung sowie die Komplexität der Versorgungsprozesse mit dem Anstieg der Narkosen mit akuten und schwerwiegenden Erkrankungen verlangt eine zunehmende hohe Kompetenz des involvierten Personals im Bereich der

Anästhesie (Becker et al., 2022). Um Personallücken zu schließen, wurde eine grundständige dreijährige Ausbildung für die anästhesietechnische Assistenz (ATA) als Alternative konzipiert. Sie soll junge Menschen mit einem eher medizinisch-technischen Interesse ansprechen und den langen Weg über eine Pflegeausbildung mit anschließender FWB umgehen (Lehmann, 2014). Die ATA-Ausbildung vermittelt Grundlagen zur fachkompetenten Assistenz. Fachexpertise wird durch praktische Erfahrung erlangt (Becker et al., 2022). Die ATA Ausbildung ist seit dem 01.01.2022 in Deutschland staatlich anerkannt und seitdem attraktiver und zukunftsfähiger geworden (Klimmek et al., 2021). Das Handlungsfeld der ATA ist geprägt mit der Arbeit am Patienten mit den Maßnahmen der medizinischen Versorgung und der Assistenz der Ärzte. Die Ausbildung umfasst 2100 Unterrichtsstunden und mindestens 2500 Arbeitsstunden. Die Schulen müssen Praxisbegleitungen während des Einsatzes mit einer Beurteilung der Teilnehmer sicherstellen und unterstützen die Praxisanleiter. Praxisanleitungen werden im Umfang von 15% durch die Ausbildungskliniken vorgenommen und sorgen somit für die Umsetzung der Ausbildungsziele und leisten einen entscheidenden Beitrag zur Qualitätssicherung (ebd.). Dennoch trifft sie nicht überall auf Befürworter, genauso wie weitere Qualifizierungstrends in der Anästhesiepflege. Die klassische I u. A FWB wird in einigen Bundesländern in den vergangenen Jahren umgestaltet. Dazu werden Strukturen mit einer Modularisierung inhaltlich flexibilisiert. Weitere didaktische Möglichkeiten sind die „Handlungs-, Kompetenz-, und Lernfeldorientierung sowie die Umsetzung des problem- und fallbezogenen Lernens“ (Lehmann, 2014, 14). Die breitangelegten Weiterbildungen werden mit Teilqualifizierungen angeboten, in denen kann ein Abschluss in „Anästhesie“ oder „Intensivpflege“ erworben werden. Ähnlich wie in der Intensivpflege werden Modelle zur Kombination einer Pflegeausbildung und einer anschließenden Weiterbildung angeboten (Lehmann, 2014).

Zunehmend wird auch die Übernahme von ärztlichen Aufgaben aufgrund des Ärztemangels diskutiert und zielt auf eine Erweiterung der Handlungskompetenz ab (ebd.). Steigende ökonomische Anforderungen und eine weiterentwickelnde Profession mit der Chance auf mehr Berufsautonomie und Handlungskompetenz macht eine Akademisierung auch in der Anästhesiepflege erforderlich. Die Tätigkeit mit einer Profession bedeutet über spezielles Wissen und Fertigkeiten zu verfügen, unter dem Anspruch Wissen zu hinterfragen, zu begründen und neue Erkenntnisse zu generieren. Die Aufgaben der hochschulisch ausgebildeten Anästhesiepflegenden

sollte ein autonomer und selbstverantwortlicher Bereich sein und nicht den ärztlichen Kollegen den Rang streitig machen. Die DGF hat dazu Tätigkeiten und Kompetenzen definiert (Wuschke, 2019). In der Anästhesie sind die konkreten Aufgaben die eigenverantwortliche Übernahme der präoperativen Patientenaufklärung und Beratung mit einer fokussierten Untersuchung, der Überwachung der Allgemeinanästhesie und dem postoperativen Schmerzmanagement (Lehmann, 2014; Wuschke, 2019). Anästhesiepflegepersonen mit Bachelor- oder Masterabschluss bringen erweiterte Kompetenzen im Bereich der Kommunikation und Edukation mit und sind somit qualifiziert für den Einsatz der Prämedikationsvisite. Eine qualitativ gute anästhesiologische Patientenversorgung fordert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit beider Professionen (Wuschke, 2019).

7 Konzepte zur Qualifizierung

Der Bedarf an qualifizierten Intensivpflegepersonal kann bundesweit nicht gedeckt werden (Kometh, Hoyer, Schiffer, 2013). Einerseits gibt es nicht genügend Pflegepersonal, andererseits unterscheiden sich die Qualifikationen und Kompetenzen (Molzen et al., 2022). Dem Personalproblem steht ein quantitativer, als auch ein qualitativer stetiger Leistungszuwachs gegenüber. Aufgrund hoher Arbeitsbelastung verlassen ältere Kollegen mit einer hohen intensivpflegerischen Kompetenz den Arbeitsbereich, zeitgleich kann dadurch die Kenntnisweitergabe an die neue Generation nicht ausreichend erfolgen (Hackmann & van Waegeningh, 2014). In einem hochspezialisierten Bereich als Berufsanfänger einzusteigen, erfordert Motivation und Leistungsbereitschaft des Mitarbeiters sowie vom Team Kreativität, Innovation und Mut. Einarbeitungskonzepte sollten auf die besondere Situation der Berufsanfänger abgestimmt sein (Happach & Tröger, 2010, Molzen et al., 2022).

7.1 „work & learn-Konzept

Die Rekrutierung neuer Mitarbeiter erfolgt meistens durch Nachwuchskräfte anschließend an die Ausbildung, denen es zu diesem Zeitpunkt noch an intensivpflegerischer Expertise mangelt. Die Heranführung an die verantwortungsvolle und fachlich komplexe Aufgabe ist eine besondere Herausforderung. Dementsprechend kommt der Einarbeitung dem integrativen Aspekt der fachliche Aspekt erschwerend hinzu. Vor diesem Hintergrund hat das Universitätsklinikum Münster innerhalb einer Projektarbeit in der FWB I u. A. das „work & learn-Konzept“ (Hackmann & van

Waegeningh, 2014) entwickelt. Die Einarbeitung von neuen Mitarbeitern sieht insgesamt 38 Dienste unter direkter Anleitung durch ein erfahrenes Teammitglied vor und orientiert sich an einem strukturierten Einarbeitungsleitfaden¹⁶. In dieser Zeit wird ein Basiswissen vermittelt und der Mitarbeiter kann am Ende einen stabilen Überwachungs- oder Beatmungspatienten betreuen. Die Einarbeitung erfolgt mit den obligatorischen Geräteeinweisungen und Pflichtfortbildungen und wird durch ein innerbetriebliches Fortbildungsprogramm und weiter z.B. durch ein MEGA-Code Training vervollständigt (Hackmann & van Waegeningh, 2014). Der neue Kollege arbeitet nach der Einarbeitungsphase zunächst einige Wochen seinen Fähigkeiten entsprechend eigenständig, um erste Erfahrungen zu sammeln.

Die Konzeption von work & learn sieht eine kontinuierliche Betreuung durch einen erfahrenen Kollegen über ein Jahr vor. Dabei erfolgt eine tiefere Auseinandersetzung im direkten Theorie-Praxis-Transfer in realen Patientenversorgungen. Das Konzept baut auf fünf Bausteinen auf und umfasst die „Themenpakete“, die „Intervall work & learn-Einheiten“, die „Gestaltung der Lernsituation“, die „Anforderungen Praxisbegleiter“ und die „Reflexion & Dokumentation“ (Hackmann & van Waegeningh, 2014). Zu Beginn werden zwischen Teilnehmer und dem work & learn-Praxisanleiter¹⁷ in einem Vorgespräch Ziele, Wünsche und Erwartungen geklärt. Es werden thematische Schwerpunkte festgelegt, terminiert und protokolliert. Die Themen-Schwerpunkte umfassen Atmung, Beatmung, pharmakologische und maschinelle (ECMO, IABP) Herz-Kreislauf-Unterstützung, Nierenersatzverfahren, Notfall- und Zeitmanagement, die spezielle Pflege je nach Fachgebiet (z.B. Pflege neurochirurgischer Patienten) und die Hygienefallbesprechung mit einer Praxisbegleitung durch eine Hygienefachkraft. Es werden zwei Lerneinheiten pro Monat angesetzt, die in der Regel in einem halben Jahr bearbeitet werden. Der neue Mitarbeiter sollte sich zu den geplanten Lernsituationen eigenverantwortlich und zielgerichtet mit geeigneter Literatur, die durch den Praxisanleiter ausgehändigt wird, vorbereiten. Bei der Begleitung kann der Teilnehmer im Handeln Unsicherheiten beheben, sein praktisches Handling festigen und theoretische Sachverhalte können erläutert werden (ebd.). Durch die Zusammenarbeit besteht die Möglichkeit unmittelbar von den Erfahrungen des Praxisanleiter zu profitieren. Zum Abschluss wird die

¹⁶ Genauere Beschreibung unter 1a in der Tabelle 7, S.46.

¹⁷ Genauere Beschreibung unter 1b in der Tabelle 7, S.46.

Anleite-Situation reflektiert und dokumentiert. Die Selbsteinschätzung des Lernenden und das Feedback ist dabei essenziell. Die Protokolle werden gesammelt und dienen als Grundlage für ein Abschlussgespräch nach dem ersten Jahr. Dem Praxisanleiter kommt eine besondere Bedeutung zu, denn die Ausgestaltung der Praxisanleitung ist ein Qualitätsfaktor. Diese Tätigkeit ist daher mit einem Anforderungsprofil verknüpft und umfasst eine mindestens dreijährige intensivpflegerische Tätigkeit. Mitarbeiter mit einer frisch abgeschlossenen FWB I u. A zeigen sich sehr motiviert diese Aufgabe zu übernehmen (ebd.).

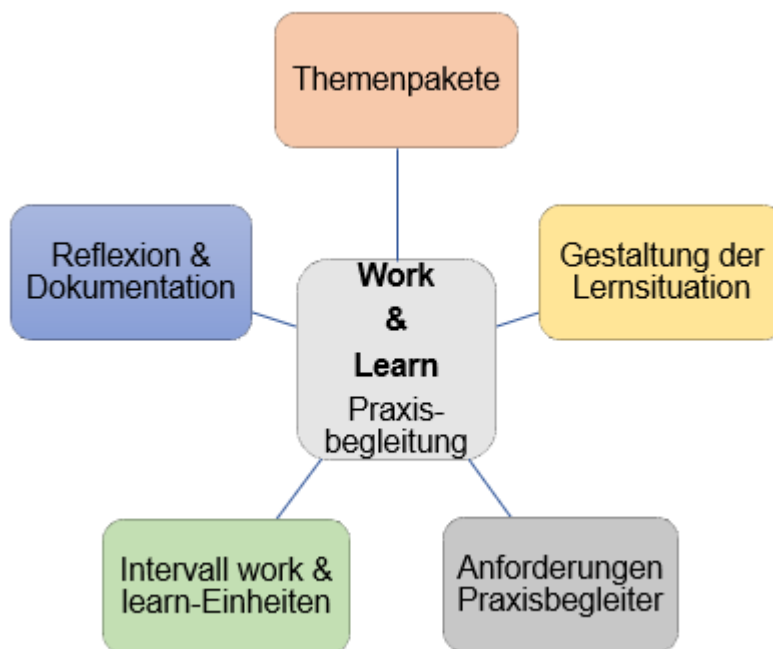


Abbildung 5: Definitionsbausteine (Darstellung in Anlehnung an Hackmann& Van Waegeningh, 2014, S.332).

Die Methodik des work & learn Konzepts findet sich auch in der englischen Literatur zur Integration von Krankenschwestern auf Intensivstation wieder. Dazu zählen die Bedarfsanalyse des Anfängers mit den Gesprächen zur Identifizierung der Ziele und Erwartungen, um Enttäuschungen und eine Fluktuation zu verhindern. Eine strategische Planung der Einarbeitung dient der Förderung der Kompetenzen. Das Schulungsprogramm unterstützt mit dem standardisierten Orientierungsprogrammen und einen Orientierungshandbuch bei der Einarbeitung der neuen Mitarbeiter und dient einer erfolgreichen Integration. Kompetenzbewertungstools skizzieren den Fortschritt des Kompetenzerwerbs. Das Mentoring fördert eine berufliche Beziehung, indem der Anfänger vom Erfahrenen profitiert, der Austausch findet auf kollegialer

Ebene statt und fördert einen respektvollen Umgang. Die didaktischen Methoden wie Simulationstrainings fokussieren spezifische Inhalte (Shari, 2016).

7.2 Skills-Lab

Die Handlungskompetenz in einem spezialisierten Behandlungsteam wie einer Intensiveinheit ist eine weitere Herausforderung. Die verschiedenen Akteure, die am Behandlungsprozess beteiligt sind, müssen ein umfangreiches Wissen in praktischen Handlungssituationen umsetzen können. Hinzu kommt, dass diese Berufsgruppen sich in unterschiedlichen Aus- und Weiterbildungsstadien befinden. Pflegende und Ärzte bilden dabei das Kernteam (Schindele et al., 2020).

Die Facharztausbildung sieht einen sechs-monatigen Einsatz auf einer Intensivstation vor, indem Skills- und Handlungskompetenz erlernt werden sollen (Schindele et al., 2020).

Der Begriff Skills bedeutet Können oder Geschick und beschreibt die Fähigkeit der praktischen Handhabung, um Aufgaben und Probleme zu lösen (Fichtner, 2013) und beinhaltet somit kognitives und intuitives Handeln. Skills werden durch Wiederholung trainiert und sind für eine vollständige berufliche Handlungskompetenz erforderlich (Schindele et al., 2020).

Unter Skills-Lab wird eine zentrale Trainingseinrichtung verstanden die oft auch als dritter Lernort beschrieben wird er liegt zwischen Theorie und Praxis. Hier erfolgt eine standardisierte Vermittlung von Fertigkeiten und Fähigkeiten in Kleingruppen (Fichtner, 2013). Im Skills-Lab kann jeder Teilnehmer unter gleichen Bedingungen die praktische Fertigkeit wie z.B. die Anlage eines peripher venösen Zugangs erlernen und üben (Henn, 2022). Skills-Labs sind dadurch effizienter und es muss keine patientenbedingte Limitierung berücksichtigt werden (Fichtner, 2013; Henn, 2022). International haben Skills in der pflegerischen Aus- unter Weiterbildung bereits ihren festen Platz erhalten. In Deutschland steht die Etablierung noch am Anfang (Schindele et al., 2020).

7.3 Simulation

Praxisanleitungen und Skills-Lab fördern jedoch nicht alle nötigen Handlungskompetenzen, um eine berufsübergreifende Arbeit im interprofessionellen Team abzudecken. Die Probleme sind meist historisch gewachsen und liegen im Bereich der Kommunikation zwischen Pflegekraft und Arzt (Schindele et al., 2020). So stellt der

fehlende Respekt zwischen den Kompetenzen gerade in kritischen Situationen ein Hauptproblem dar. Diese Situationen sind schwer in der praktischen Ausbildung zu gestalten, daher bietet sich die Integration eines interprofessionellen Simulations- training in der Aus- und Weiterbildung an. Der kommunikative Kompetenzerwerb aller beteiligten Berufsgruppen ist dabei ein zentraler Bestandteil des Simulations- trainings (ebd.). Der Begriff Simulationstraining ist weitreichend zu verstehen und stellt einen realen Sachverhalt unter Laborbedingungen dar und bietet vielfältige Methoden an. Simulationsszenarien können mit Schauspielern oder Simulations- modellen (Puppen) durchgeführt werden. Sie ermöglichen das Üben einzelner Maß- nahmen wie die Intubation oder Herzdruckmassage. Bei einer Full-Scale-Simulation steht der Simulator z.B.in einem OP-Saal, der für ein Anästhesietraining verwendet wird (Henn, 2022). Zusätzlich findet eine Videoaufzeichnung statt die für die Nach- besprechung- dem Debriefing verwendet wird (Henn, 2022; Heyse et al, 2015).

7.4 „Stärkung der interprofessionellen Handlungskompetenz (SiHaKo)“

In der Praxis zeigt sich, dass Pflegende und Ärzte oft nebeneinanderher arbeiten und die Aufgaben und Kompetenzen voneinander nur unzureichend kennen (Pen- ner & Wegmann, 2020). Die ärztliche Ausbildung ist sehr von theoretischem Wissen und weniger praxisorientiert geprägt. Eine interprofessionelle Kooperation ist Be- standteil eines funktionierenden Behandlungsteams (Schindele et al., 2020). Initiiert von der Bundesärztekammer und dem deutschen Pflegerat kam eine 2011 durch- geführte Studie von Hibbeler zum Ergebnis, dass die Kommunikation ein grundle- gendes Problem zwischen Ärzten und Pflegenden ist (Penner & Wegmann, 2020). Angesichts der bereits beschriebenen Situationen zum Fachkräftemangel und der steigenden Komplexität der Patientenversorgung wurde für die Zeit von 2015 bis 2018 ein Projekt der Robert Bosch Stiftung zur „Stärkung der interprofessionellen Handlungskompetenz (SiHaKo)“ unterstützt. Interprofessionalität bedeutet, aus ver- schiedenen Perspektiven und Zuständigkeiten ein Problem zu bearbeiten darüber zu sprechen die anderen Sichtweisen zu respektieren, voneinander zu lernen und sinnvolle Lösungen zu gestalten. Das oberste Ziel der SiHaKo ist die Förderung der Teamkommunikation und Zusammenarbeit, um die Patientensicherheit zu verbes- sern (ebd.). Dazu werden ärztliche und pflegerische Mitarbeiter in gemeinsamen Seminaren zusammengebracht. Das Konzept umfasst eine Orientierungs- und eine

Entwicklungsphase und ist in drei didaktischen Säulen gegliedert: Fachwissen, Kommunikation und interprofessionelle Fallbesprechungen mit Reflexionen. Eine digitale Lernplattform dient dem Austausch untereinander und der Diskussionsmöglichkeit außerhalb der Präsenzzeiten. Die Teilnehmer lernen ihre Ängste und Grenzen zu überwinden, indem sie Problemlösungen und Therapieentscheidungen gemeinsam treffen. Die Fallbesprechungen in Form von Simulationen ermöglichen die Kompetenzen von der Kommunikation und der Moderation über fachliche Wissensdemonstration und Kooperation im Team darzustellen. Integrierte strukturierte Kommunikationskonzepte wie das SBAR-Konzept¹⁸ ermöglichen den Perspektivwechsel, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu verdeutlichen (ebd.).

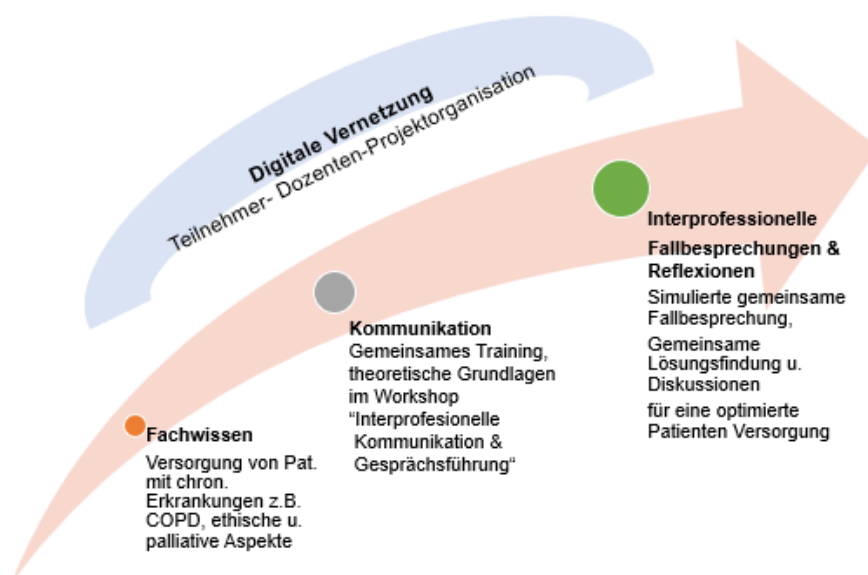


Abb.6: Didaktische Lersäulen-Interprofessionelle Weiterbildung (Darstellung in Anlehnung an: Penner & Wegmann, 2020, S.236).

7.5 Trainee- Programm

Da herkömmliche Personalakquise und Personalbindungsstrategien nicht mehr ausreichend Personalkapazitäten sicherstellen hat die Charité ein Trainee-Programm entwickelt. Meist bewerben sich Mitarbeiter direkt nach dem Examen oder nach sehr langer Zeit in der stationären Allgemeinpflege für den Bereich der Intensivpflege. Sie bringen ein ausgeprägtes Engagement für eine Weiterentwicklung

¹⁸ SBAR-Konzept= S-Situation; B-Background; A-Assessment; R-Recommendation (von Dossow & Zwißler, 2022).

und eine hohe Motivation mit erwarten aber auch ein Qualifizierungsangebot für ihre persönliche Weiterentwicklung (Kometh, Hoyer & Schiffer, 2013). Das Ziel des Trainee-Programms ist die Mitarbeiter in Theorie und Praxis für die internistische und chirurgische Intensivpflege zu qualifizieren. Ein Einstieg in das Programm ist mit einem zeitlichen Ablauf von 15 Monaten für ca. 20 Teilnehmer jederzeit möglich. Das Trainee-Programm orientiert sich an den Kompetenzstufen nach Benner und basiert auf prozessbegleitender Lernberatung von Klein und Reutter (Beister et al., 2018). Die Trainees durchlaufen ein strukturiertes Stufenprogramm, das auf den spezifischen Vorerfahrungen und Interessen beruht. Das übergeordnete Ziel ist eine Zunahme der Handlungskompetenz. Das Lernangebot besteht aus den theoretischen Modulen mit einem Umfang von 200 bis 220 Unterrichtsstunden und bildet die Grundlage (Kometh, Hoyer & Schiffer, 2013) mit Schwerpunktthemen wie Beatmung, Dialyse, Lagerungsmethoden und Notfallmanagement (Beister et al., 2018).

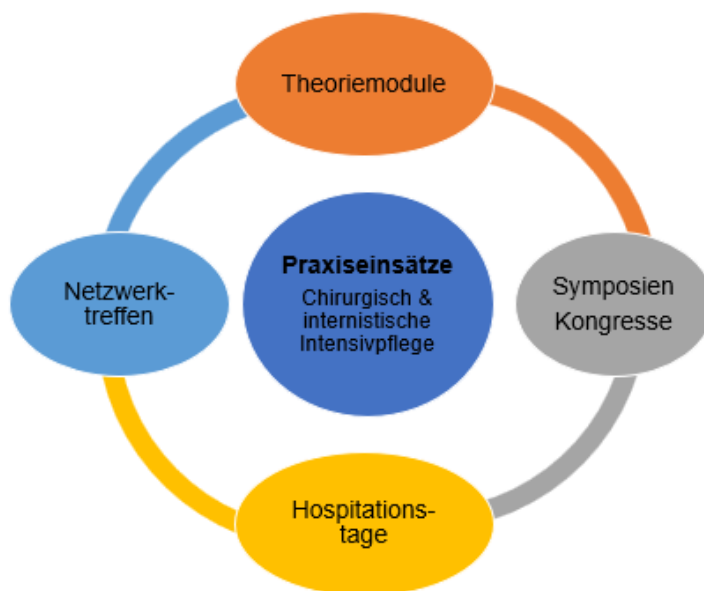


Abbildung 7: Konzeptstruktur des Trainee-Programms (Darstellung in Anlehnung an: Kometh, Wortha-Hoyer, in: Im Wandel der Zeit, 2018, S.74).

Die Module können individuell absolviert werden (Tabelle 6). Lerninhalte werden auch an einem Patientensimulator unterrichtet (Kometh, Hoyer & Schiffer, 2013). Darüber hinaus finden Exkursionen z.B. zum Intensivpflegekongress mit Arbeitsaufträgen statt. In einer alle drei Monate stattfindenden Netzwerkveranstaltung referieren die Teilnehmer untereinander die Aufträge in Form von Referaten (Beister et al., 2018). Die Praxiseinsätze finden auf vier bis fünf verschiedenen Intensivstationen mit unterschiedlichen Schwerpunkten statt und haben einen hohen Stellenwert. Sie

werden durch zielgerichtete Einarbeitungskonzepte und durch Praxisanleiter unterstützt. Die Trainees werden in die Pflgeteams integriert und stufenweise zum eigenverantwortlichen und selbstständigen Arbeiten geführt. Die Phasen der Anleitung werden in Orientierung, Einarbeitung, Qualifikation und Selbstständigkeit gegliedert. Dazu werden bei den Vor-, Zwischen-, und Abschlussgesprächen Zielvereinbarungen aufgenommen. Des Weiteren werden die Trainees von der Trainee-Leitung begleitet (Kometh, Hoyer & Schiffer, 2013). In diesem Nachwuchsprogramm wird das geforderte „lebenslange Lernen“ gelebt, die wichtigste Säule ist der Theorie-Praxis-Transfer mit einer persönlichen Lernprozessentwicklung der Trainees (Beister et al., 2018).

Tabelle 6: Exemplarische Thematische Übersicht der Fortbildungsmodule zum Theoretischen Unterricht (Darstellung in Anlehnung an: Kometh, Hoyer in: Neue Ansätze zur Qualifizierung, 2013)

Thema	Stunden	Fach
Modul „Beatmung“	16	I
Modul „Ernährung und Kompatibilität“	8	I
Modul „Herz-Kreislauf“	16	I
Modul „Nierenversagen und Nierenersatztherapie“	8	I
Modul „SIRS, Infektionen und Sepsis“	16	I
Modul „Schmerz, Analgosedierung, Delir“	8	I
Modul „Kinästhetische Mobilisierung bei beatmeten Patienten“	8	I
Modul „Konfliktmanagement“	8	S
Modul „Wertschätzende Kommunikation“	8	S
Modul „Ethik“	8	S

I= Intensivpflege; S= Sozialwissenschaftliche Grundlagen

Tabelle 7: Konzeptübersicht zur Qualifizierung neuer Mitarbeiter (Eigene Darstellung)

Nr.	Konzeption	Ziel	Kompetenzerwerb	Dauer	Häufigkeit	Herausforderung Personell/ materiell
1	„Work & learn Konzept“ mit Bausteinen und Themenpaketen	Heranführung an verantwortungsvolle und fachlich komplexe Aufgaben und Förderung der Integration ins Team, Rekrutierung neuer Mitarbeiter. Theorie-Praxis Transfer	Kompetenzerwerb auf allen Ebenen, Förderung der Integration ins Team	6-12 Monate.	10-12 Anleitungen, vorher strukturierte Einarbeitung mit 38 Diensten unter direkter Anleitung durch ein erfahrenes Teammitglied	Personal- und Kostenintensiv, Konzept muss bei der Dienstplangestaltung berücksichtigt werden, Konstanter Praxisanleiter/Begleiter notwendig, Vernetzung mit dem Praxisbegleiter erforderlich, Aufwendige Konzepterarbeitung, Zeitlicher Umfang der Themenpakete ist nicht näher benannt, (Teilnehmer nicht in der Praxis), muss bei der Dienstplangestaltung berücksichtigt werden
1a	Einarbeitung mit strukturierten Einarbeitungsleitfäden	Das Erreichen einer klinische Handlungskompetenz und Handlungssicherheit des neuen Mitarbeiters, Sorgt für Sicherheit in der Patientenversorgung	Vermitteln von Basiswissen Kompetenzerwerb auf allen Ebenen je nach Mitarbeiter	3-6 Monate je nach Umfang der Abteilung	Je nach Bedarf und Vorerfahrung des Teilnehmers und Konzept der Station	Einarbeitende muss Lernbedarf auf allen Ebenen erkennen und fördern
1b	Praxisanleitung	Das Erreichen einer klinische Handlungskompetenz und Handlungssicherheit des neuen Mitarbeiters, Sorgt für Sicherheit in der Patientenversorgung	Vermitteln von vertieftem Wissen und Fertigkeiten in realen Situationen, Kompetenzerwerb auf allen Ebenen je nach Mitarbeiter	In der Regel 1-5 Std., manchmal auch Tagesanleitungen	Je nach Bedarf des Mitarbeiters und Möglichkeit. der Station	Hohes Anforderungsprofil an den Praxisanleiter, Personalintensiv

Nr.	Konzeption	Ziel	Kompetenzerwerb	Dauer	Häufigkeit	Herausforderung Personell/ materiell
2	Skills Lab	Theorie-Praxis Transfer	Fördert besonders Fähigkeiten und Fertigkeiten (Techniken)	2- 8 Std.	Je nach Themengebiet. Einsetzbar für Kommunikation oder Diagnostik	Personal, Zeit und je nach Thema auch Materialintensiv
3	Simulation	Handlungssicherheit in Notfallsituationen und dadurch Erhöhung der Patientensicherheit	Fördert Wissen, Handlung,- und personale Kompetenz	1-2 Tage	Je nach Themengebiet z.B. einsetzbar für Kommunikation, Reanimationstraining	Personal, Zeit und je nach Thema auch Materialintensiv
4	„SiHaKo“	Stärkung des Teamworks. Durch Perspektivwechsel Situationsbewusstsein, Aufgabenmanagement, Entscheidungsfindung	Fachwissen und Kommunikation interprofessionelle Problemlösungs- u. Entscheidungskompetenz wird gestärkt	1,5 Std-1 Tag.	Je nach Themengebiet einsetzbar mehrmals im Jahr	Raum, Zeit- und Personalintensiv. Organisatorische Herausforderung
5	„Trainee-Programm“ als Fortbildungsmodule	Heranführung an verantwortungsvolle und fachlich komplexe Aufgaben und Förderung der Integration ins Team, Rekrutierung neuer Mitarbeiter, Theorie-Praxis Transfer	Kompetenzerwerb auf allen Ebenen, Förderung der Integration ins Team	200-220 UE 15 Monate	Exkurs: Teamentwicklung 1x, Exkurs: Kongress 1x, 11 Module	Personal- und Kostenintensiv, Fortbildungstage müssen bei der Dienstplangestaltung berücksichtigt werden, Schulungs- oder / Weiterbildungsstätte erforderlich, hohes Anforderungsprofil an den Praxisanleiter

8 Diskussion und Reflexion

Im Rahmen dieser wissenschaftlichen Arbeit konnten Inhalte zur Aus- und Weiterbildung generiert werden, die es im Verlauf zu diskutieren und zu reflektieren gilt. Nach der systematischen Auseinandersetzung der Ergebnisse in diesem Review erfolgt in diesem Kapitel die Herstellung zum Bezug der im Eingang gestellten Fragen und die Beantwortung.

Das Erlernen des Pflegeberufs wird durch das PflBG neu strukturiert, die Pflegepraxis zeigt sich jedoch verharrend und der Versorgungsauftrag der Patienten steht vor dem Ausbildungsauftrag. Die geforderten Praxisanleitungen kommen bei den Auszubildenden gut an, da sie einen hohen Lerneffekt erfahren und sich als Auszubildende wahrgenommen fühlen. Sie erleben aber auch, unter welchen Herausforderungen die Pflgeteams stehen. Die Umsetzung mit einer lebendigen Gestaltung der Praxisanleitung ist somit für die Praxisanleitenden eine große Herausforderung (Jakobs & Vogler, 2020). Eine vorherrschende Situation ist der Mangel an qualifizierten Fachpersonal, eine hohe Wechseldynamik oder Arbeiten mit Leasingkräften (ebd.). Zu wenig aktive Praxisanleitende erschweren eine strukturierte Ausbildung. Im medizinisch orientierten System der Kliniken ist die Pflege Fachlichkeit im Sinne des Pflegeprozesses neu. So erleben Auszubildende, dass sie nach Krankheitsbildern und Symptomen befragt werden Prophylaxen und Patientenbeobachtung werden als normal angesehen. Auszubildende als Beobachtende an die Pflege heranzuführen ist für Pflgende schwer nachvollziehbar und auch nicht vollumfänglich übertragbar (ebd.). Das pädagogische Ziel ist die Ausgestaltung des Lernprozesses mit exemplarischen Lernsituationen. Ein besonderes Augenmerk ist daher eine lernförderliche Verbindung von schulischen und lehrpraktischen Prozessen damit die Auszubildenden nicht in erster Linie als Arbeitskraft eingesetzt werden (Cremer-Biermann & Nies, 2019). Des Weiteren stoßen die Pflichteinsätze von zweimal zehn Wochen bei den Auszubildenden auf wenig Akzeptanz. Die Mitarbeitenden in den Bereichen der Psychiatrie und Pädiatrie sehen 120 Stunden für jegliche Impulssetzung als zu kurz an (Jakobs & Vogler, 2020.). Die Intensiv- und Anästhesie-Bereiche sind in der praktischen Ausbildung nicht mehr vorgesehen. Das scheint zukünftig eine große Herausforderung zu sein, um Personal auch für diese Bereiche zu

rekrutieren. Die generalistisch ausgebildeten Pflegefachpersonen erwerben Kompetenzen für die allgemeine Pflege von Menschen aller Altersgruppen in verschiedenen Settings. Diese Kompetenzen ermöglichen ihnen das erworbene Wissen und Können in vielen verschiedenen Handlungssituationen anzuwenden (Cremer-Biermann & Nies, 2019). Die Verantwortung des Pflegeprozess liegt bei den Pflegekräften und ist erstmals in den Vorbehaltsaufgaben im PflBRefG 2017 § 5 geregelt. Die konkreten Kompetenzen, die unter 3.1.2 am Beispiel CE 08 aufgeführt sind, untermauern die Professionalisierung. Der generalistische Abschluss ist für Absolventen, die im Ausland arbeiten möchten, attraktiv (Wecht, 2020). Dennoch wird die Ausbildung als unzureichend gesehen und macht eine einschlägige Weiterqualifizierung notwendig (Cremer-Biermann & Nies, 2019). Die Stärkung der Autonomie kann eine Aufwertung der Pflegeprofession bedeuten. Die Inhalte mit den vorbehaltenden Tätigkeiten müssen auch umgesetzt werden. Die Attraktivität des neuen Berufsbildes liegt in der Übernahme der Prozessverantwortung. Die Reflektion der eigenen Rolle und die Akzeptanz der verändernden Strukturen und Prozesse ist ein wichtiger Baustein (Molzen et al., 2022). Der Blick auf die Pflege mit den Grundsätzen Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wieder herzustellen und Leiden zu lindern ist ein Weg der erst erkannt und in Deutschland konsequent gegangen werden muss (Jakobs & Vogler, 2020). Die alternative hochschulische Ausbildung zeigt kontroverse Diskussionen. Dennoch ist der Erwerb der spezialisierten Kompetenzen für die gesundheitliche Versorgung existenziell. Gerade in den sogenannten Funktionsbereichen wird diese Versorgung immer zentrierter. Das Studium befähigt, in spezialisierten pflegerischen Handlungsfeldern wissenschaftlich fundiert tätig zu sein (Gaidys, 2013).

Das Leitbild der Intensivpflege macht die Aufgaben der Intensivpflegenden deutlich und spiegelt den Pflegeprozess wider. Die Notwendigkeit nach einer Zusatzqualifikation erweckt bei einigen Pflegenden das Gefühl der Geringschätzung ihrer Ausbildung, Arbeit und Erfahrung (Leyendecker, 2018). Pflegenden in der Intensivversorgung sind durch eine kontinuierliche Fokussierung auf die Patientensituation in der Lage, komplexe Ereignisse zu bewerten. Entscheidungen erfolgen nicht nur aus dem Blickwinkel der Diagnose wie bei den Medizinerinnen, sondern aus dem Prozess der gesundheitlichen Versorgung. Die Perspektive der Handlung ist dabei bedeutsam (Gaidys, 2013). Eine zunehmende Komplexität in der Intensivpflege macht eine

Weiterentwicklung erforderlich. Dazu gehört Wissen infrage zu stellen, weiterzuentwickeln und zu reflektieren (Ullrich & Friesacher, 2022). Die Aufgabe von Weiterbildungsangeboten ist daher die Entwicklung der pflegerischen Kompetenzen für eine spezialisierte Versorgung mit komplexen Versorgungsbedarfen (Gaidys, 2013).

Die Definition der Anästhesie zeigt wiederum den Nutzen im diagnostischen und therapeutischen Bereich, der den ärztlichen Kompetenzen zugeordnet ist und somit spiegelt sie die Maßnahmen der medizinischen Versorgung und der Assistenz der Ärzte wider (Larsen et al., 2016). Fachpflegende der Anästhesie begleiten zahlreiche operative Eingriffe und Handeln auf Grundlage detaillierter, fundierter Fachkenntnisse in Bereichen wie Anatomie, Physiologie, Pharmakologie, Krankheitslehre und Medizintechnik (Becker et al., 2022).

Modelle zur Kombination einer Ausbildung und einer anschließenden Weiterbildung wie sie in der Intensiv- und Anästhesieweiterbildung angeboten werden, setzen auf die Erfüllung eines quantitativen Personalbedarfs. Neben den genannten Modellen wird die Forderung eines multiprofessionellen Konzepts für Anästhesie- und Operations-Funktionsdienst laut. Dies würde eine deutliche Veränderung der Qualifizierungswege bedeuten. Internationale Studienlagen zu diesem Thema sind kontrovers und eine abschließende Beurteilung im Hinblick auf die Patientensicherheit fehlt (Lehmann, 2014).

Die Intention der Weiterbildung im Berufsfeld ist das Erreichen von maximaler Kompetenz auf allen Ebenen (Weitzel et al., 2017). Der Intensivpflegekompetenzrahmen dient einer kontinuierlichen professionellen Weiterentwicklung der Pflegekräfte im Intensivbereich. Die Anwendung des Assessments-Instruments macht einen Praxisanleiter/Mentor erforderlich. Essenziell in der Praxisanleitung sind adäquate Zeitressourcen, um den Teilnehmern eine Auseinandersetzung mit ihrem Lernprozess zu ermöglichen (EfCCNa, 2013).

Die Weiterbildung I u. A ist staatlichen Regelungen unterlegen und in Niedersachsen der Landesverordnung, diese regelt die Zugangsvoraussetzung, die Durchführung, den Inhalt, die Dauer und die Ausgestaltung der Weiterbildung (GfbWBV, NI). Die curriculare Gestaltung ist in Niedersachsen durch ein Projekt bereits im Jahr 2002 umgesetzt worden (Länderarbeitsgemeinschaft der FW Bildungsstätten in Hamburg, Bremen und Niedersachsen, 2002). Unter 5.1.2 ist der Lernbereich III exemplarisch dargestellt, hier geht es um die ethische Grundhaltung mit Thera-

piebegrenzung, Organtransplantation und Pflege hirntoter Patienten (ebd.). Im Vergleich dazu ist unter 3.1.2 die curriculare Einheit aus der grundständigen Ausbildung. Die Auszubildenden setzen sich erstmals mit dem Phänomen Leiden, Sterben und Tod unter Einbezug aller Dimensionen des Menschseins auseinander. Die zu erwerbenden Kompetenzen unterscheiden sich zwischen dem ersten, zweiten und dritten Lehrjahr nicht (Fachkommission nach § 53 PflBG, 2020). Die Weiterentwicklung in der FWB wird durch die Inhalte deutlich. Auffällig ist, dass im niedersächsischen Curriculum der I u. A Weiterbildung die Kompetenzbeschreibungen zu den Modulen fehlen.

Die DKG hat bereits Empfehlungen für die Weiterbildungen überarbeitet und hat somit eine Anschlussfähigkeit der Fachweiterbildungen an die generalistische Pflegeausbildung geschaffen. Sie orientiert sich an den DQR mit der Niveau Stufe 6 und bezieht sich auf die Kompetenzen, in denen die Übernahme von Verantwortung und Selbstständigkeit beschrieben wird. Die damit verbundenen Qualifikationen beziehen sich auch auf die Haltung und die persönliche Einstellung (Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2022).

Das Ergebnis der Studie zum Einfluss auf spezifische Änderungen durch die FWB im Tätigkeitsbereich zeigt kaum Unterschiede zu denen ohne FWB. Auf die Frage nach Veränderungen in den Pflegekonzepten und der Umsetzung von Projekten wird von fachweitergebildeten und Teilnehmer ohne FWB gleichermaßen neutral geantwortet (Siegling & Isfort, 2015, S.253). Hier wird deutlich, dass das wissenschaftliche Arbeiten nicht in die Praxis transferiert wird und zeigt, dass die FWB einer Anpassung bedarf.

In Deutschland gibt es seit der Entstehung der ersten Weiterbildungen in der I u. A Pflege keine Vergleichbarkeit der FWB. Sie unterscheiden sich bereits in der Berufsbezeichnung und in der Dauer von ein- drei Jahren. In Schleswig-Holstein wird die Weiterbildung Intensivpflege und Anästhesie getrennt voneinander durchgeführt. Weiter unterscheiden sich die Stundenanteile in der Theorie von 720 bis 1600 Stunden und in der Praxis von 1200 bis 2079 Stunden. Niedersachsen hat den höchstens Anteil der praktischen Ausbildung festgelegt. Die Zulassungsvoraussetzungen sind von sechs Monaten Berufserfahrung im Intensiv- oder Anästhesiebereich bis hin zu zwei Jahren teilweise sind auch keine erforderlich. Der Lernort Praxis ist ein zentraler Bestandteil der Weiterbildung. Der Theorie-Praxis-Transfer unterscheidet sich durch die Praxisanleitungen diese sind teilweise nicht benannt in

den meisten Fällen soll ein Anteil von 10% der Praxisstunden in Anleitungen erfolgen. Die Hälfte der Bundesländer bieten die FWB modular an. Bei einem Teil ist die Anerkennung anderer Weiterbildungen möglich. Baden-Württemberg geht einen Sonderweg mit dem "3+1 Modell", indem direkt im Anschluss an die Ausbildung eine einjährige Weiterbildung erfolgt. Das Modellprojekt ist umstritten. Der Personalmangel darf nicht auf Kosten der Versorgungsqualität und der Sicherheit der Patienten gehen (DGF, 2022).

Dass keine Zuordnung der Weiterbildung I u. A im DQR zu entnehmen ist, verwundert nicht. Die synoptischen Ausführungen zeigen die unterschiedlichen Strukturen in Deutschland auf. Es scheint vor diesem Hintergrund umso dringlicher, Transparenz und Vergleichbarkeit sowie eine Durchlässigkeit der Bildungswege auf den Weg zu bringen. Das formale Instrument des DQR bietet eine Vergleichbarkeit der Kompetenzen, wobei die der professionellen Pflege nur unzureichend ausgeführt werden. Für die Diskussion, warum eine dreijährige generalistische Ausbildung für die spezialisierte Pflege in der Intensiv- und Anästhesiepflege nicht ausreicht, bedarf es einer Konkretisierung des Qualifikationsprofils (Busch & Wohlgehagen, 2014).

Die Vorbehaltsaufgaben für die Fachkrankenpflege werden durch die Spezialisierung mit der Weiterbildung I u. A mit selbständigen Aufgaben- und Kompetenzbereichen formuliert (Blanck-Köster et al., 2018). Die fehlende rechtssichere Handlungsautonomie in der Stellungnahme der DGF/DIVI zur Stärkung und Zukunft in der Intensivpflege wird daher zu Recht beklagt. Mehr Mitbestimmung und Autonomie beugt moralischen Stress vor und verringert Rollenkonflikte (Friesacher, 2022). Es braucht entsprechend der Qualifikation eigenverantwortliche Handlungsfelder (DGF & DIVI, 2021).

Studienergebnisse weisen darauf hin, dass die Arbeitsbelastung im Intensivbereich in deutschen Krankenhäusern steigt und kein adäquater Personalaufbau stattfindet (Siegling & Isfort, 2015). Der Fachkräftemangel wird sich auf die Entwicklung neuer Konzepte auswirken. Es ist zu erwarten, dass die Patientenversorgung in Zukunft mit Pflegepersonen unterschiedlicher Qualifikationen durchgeführt wird (Leyendecker, 2018). Umso wichtiger scheint es, in der Aus- und Weiterbildung Konzepte zur Qualifizierung mit zeitgemäßen Anforderungen zu integrieren. Klinische Bildung sollte den Schwerpunkt der Förderung an eine interprofessionelle Zusammenarbeit

legen. Die Implikation von Bildungsmethoden wie Skills, Simulation und interprofessionelle Zusammenarbeit fördern die Handlungskompetenz aller Beteiligten und sichern somit die Versorgung der Patienten (Schindele et al., 2020). Durch die Begleitung eines erfahrenen Kollegen wie beim work & learn Konzept oder Trainee-Programm findet ein kontrolliertes Heranführen an kritische Situationen statt. Der Lernende erfährt im eigenen Handeln Vertrauen und gewinnt eine Orientierung über seine persönlichen Fähigkeiten (Hackmann & van Waegeningh, 2014).

Die Intensivstation darf kein Profitzentrum sein, sondern sollte ihrem Versorgungsauftrag mit einer verbesserten und qualifizierten Personalbesetzung laut der Empfehlungen der DGF und DIVI wahrnehmen können, um die Qualität und Patientensicherheit zu garantieren (DGF & DIVI, 2021). Der Zugang zu Hochschulstudiengängen ermöglicht den wissenschaftlichen Einzug von Erfahrungswissen in den Handlungskontext der Pflege und macht den Kern professionellen Pflegehandelns aus (Cremer-Biermann & Nies, 2019). Die Sicherstellung mit einer wissenschaftlichen Weiterentwicklung wird nur durch ein Qualifikationsmix möglich werden. Dieser bedeutet Vor- und Nachteile und stößt auf viele Ängste. Der Qualifikationsmix muss bei der Fort- und Weiterbildungsplanung für die unterschiedlichen Bereiche eines Krankenhauses individuell konzipiert werden. Die Möglichkeiten der Digitalisierung sollten dabei Berücksichtigung finden (Molzen et al., 2022).

Die Frage nach den möglichen Herausforderungen der generalistischen Ausbildung für die Weiterbildung in der Intensiv- und Anästhesiepflege ist daher folgend zu beantworten: In den Bereichen der Intensiv und Anästhesiepflege sind spezifische Handlungskompetenzen erforderlich und machen deutlich, dass diese nicht während der grundständigen Ausbildung vermittelt werden können.

Die Frage, ob die FWB in der I u. A Pflege eine Anpassung und Veränderung benötigt zeigt der Diskurs zwischen grundständiger generalistischer Ausbildung und den gesundheitspolitischen Forderungen nach ausreichend qualifizierten Personal und den Vorbehaltsaufgaben. Die steigenden Anforderungen im Intensiv- und Anästhesiebereich machen eine Anpassung und Veränderung der FWB auf ein wissenschaftliches Niveau notwendig.

Die Zukunft der Aus- und Weiterbildung in der Intensiv- und Anästhesiepflege in Niedersachsen könnte sich gut an den DKG Empfehlungen orientieren. Inzwischen arbeiten bereits zehn Bundesländer mit einem modularisierten System und vier Bundesländer nach der DKG Empfehlung.

9 Konzeptionelle Überlegungen & Folgerungen zur Weiterentwicklung der FWB

Die veränderte Ausbildung mit dem neuen PfIBG, der PpUGV und das Pflegebudget bewirken umfassende Änderungen und stellen die Profession Pflege vor großen Herausforderungen, sie bieten aber auch neue Chancen (Molzen et al., 2022).

Die Entwicklung der pflegerischen Kompetenzen müssen nach der Ausbildung gefördert werden. Damit der Übergang auch für spezialisierte Versorgungen mit komplexen Versorgungsbedarfen gelingt, braucht es Weiterbildungsangebote, die eine vielfältige Qualifizierung im Sinne des lebenslangen Lernens ermöglichen (Rammeler, 2017). Die zunehmende Komplexität in der Intensivpflege und der zunehmende Fachkräftemangel macht eine Weiterentwicklung mit einer Anschlussfähigkeit erforderlich. Dazu gehört Wissen infrage zu stellen, weiterzuentwickeln und zu reflektieren (Ullrich & Friesacher, 2022). Neben der fachlichen Kompetenz gewinnt die Sozialkompetenz an Bedeutung. Die drei H' s Hirn, Hand und Herz sind die Grundpfeiler guter Intensivpflege und machen die Bereitschaft und Fähigkeit sich in einem Behandlungsteam zu verständigen aus (Ullrich & Friesacher, 2022).

Im Folgenden werden konzeptionelle Folgerungen zur Weiterentwicklung der FWB für die I u. A Pflege vorgenommen. Dabei sind Teilbereiche der Konzepte aus der Tabelle 6 (Konzeptübersicht zur Qualifizierung neuer Mitarbeiter) integriert. Es werden acht „Bausteine“ beschrieben, die in der Übersicht unter 9.1 abgebildet sind. Der Bereich, der als Basis in der Darstellung gekennzeichnet ist, beschreibt die vorgegebenen Strukturen der Weiterbildung in der I u. A Pflege. Die Voraussetzung ist eine staatlich anerkannte Weiterbildungsstätte. Die Teilnehmer erhalten im Rahmen der Weiterbildung zusätzlich die berufspädagogische Qualifikation zur Praxisanleitung, die den ergänzenden Bestimmungen zur praktischen Ausbildung nach dem PfIBG (RdErl. d. Nds. MK v. 11.05.2020) folgt. Die gesamte Weiterbildung setzt sich aus 720 Stunden Theorie und einem praktischen Anteil von 2079 Stunden zusammen. Eine Sicherstellung der Praxisanleitung von 10% während der Praxiseinsätze ist zu gewährleisten und nachweislich zu dokumentieren. Um zwischen der Theorie und der Praxis einen Transfer zu gewährleisten, erhalten die Teilnehmer in der Regel Praxisanleitungen von den Praxisanleitern der jeweiligen Fachabteilungen in dem der Einsatz erfolgt (GfbWBV, NI).

9.1 Übersicht der Konzeptionellen Folgerungen zur Weiterentwicklung der FWB IPS u. ANÄ

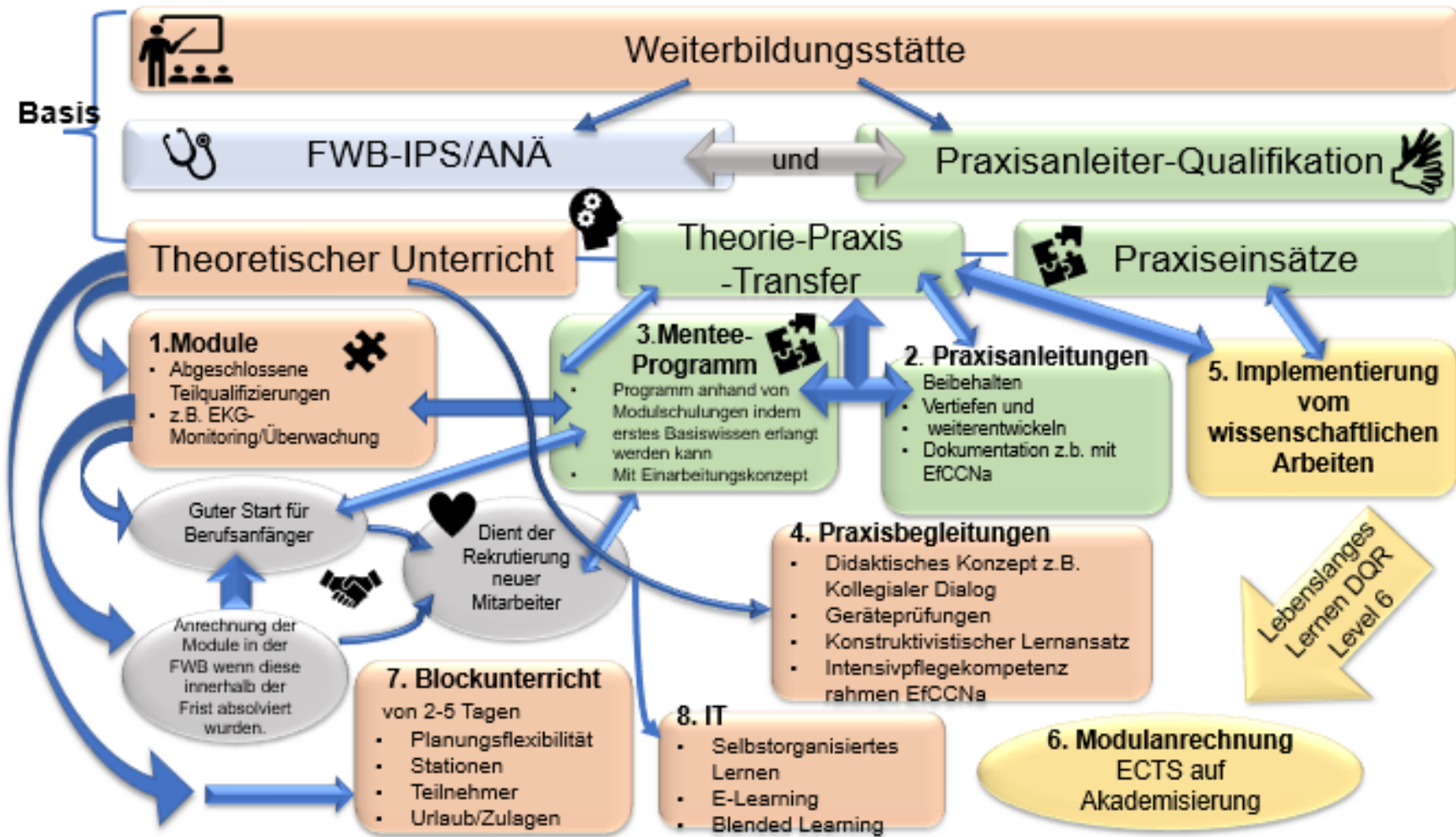


Abbildung 8: Übersicht der Konzeptionellen Folgerungen zur Weiterentwicklung der FWB IPS u. ANÄ (Eigene Darstellung)

9.2 „Bausteine“ der konzeptionellen Folgerungen

Der erste „Baustein“ der Folgerungen für eine Weiterentwicklung in dieser Arbeit ist das Thema der **Modularisierung**. Sie ist *zentral für die Bereiche der Aus- und Weiterbildung sowie der hochschulischen und universitären Qualifizierung* (Becker & Donner et al, 2022 a, 9.). Ein Modul stellt eine in sich sinnvolle Lerneinheit dar und *beschreibt die messbaren Lernergebnisse eines abgeschlossenen Lernprozesses* (Kühn-Hempe & Thiel, 2013, S.42). Eine Differenzierung der Module in Grund- oder Basismodul, in Aufbau- oder Kernmodul und Vertiefung- oder Fachmodul würde ein vertikales Modulverständnis zugrunde legen und bietet eine Anschlussfähigkeit des Lernprozesses (ebd.). Eine mögliche Modulstruktur für die I u. A FWB ist in Anhang VIII dargestellt. Eine Modularisierung schafft eine transparente Grundlage und bringt neben einer inhaltlichen Zentrierung den formalen Vorteil, dass die Bausteine auf andere Bildungsmaßnahmen angerechnet werden können. Eine Moduleinheit kann auch einzeln als Fortbildung besucht werden. Fortbildungen greifen Schlüsselprobleme der beruflichen Handlungskompetenz auf. Moduleinheiten wären z.B. klinische und apparative Überwachung, Atemförderung und Beatmung oder auch Schmerzlinderung und Therapie. Diese Fortbildungsangebote können Unsicherheiten, die auf fachlicher, sozialer, methodischer oder sozial-personeller Ebene liegen, abbauen und unterstützen bei Entscheidungsfindungen (Busch & Trierweiler-Hauke, 2021). Im Anhang IX befindet sich ein Beispiel zu einer Lern-Einheit zum Modul „Ethisch denken und in ethischen Konfliktsituationen handeln“. Die Lerneinheit greift das Thema „Menschen in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten“ aus der generalistischen Ausbildung (unter 3.1.2) auf und ist eine Weiterentwicklung und notwendige Vertiefung in der I u. A FWB und thematisiert die „Ethische Grenzsituation“ (unter 5.1.2). Modular absolvierte Fortbildungen bieten Berufsanfängern Handlungssicherheit, insbesondere im Intensivbereich. Sie dienen der Rekrutierung neuer Mitarbeiter und bieten einen guten Start. Bei einer Anerkennung der Module in der FWB fördern sie die Motivation zum lebenslangen Lernen (Kometh, Hoyer & Schiffer, 2013; Hackmann & van Waegeningh, 2014).

Der zweite relevante Baustein dieser Arbeit betrifft die **Praxisanleitungen**. Die Umsetzungen sind aufgrund der vorherrschenden Personalknappheit zunehmend schwieriger. Die Sicherung der Ausbildungs- und Weiterbildungsqualität mit der gesetzlichen Forderung der Praxisanleitung ist durch eine freigestellte Praxisanleitung

zu gewährleisten. Die Vorteile einer geplanten Anleitung liegen klar auf der Hand. Die Teilnehmer werden strukturiert, pädagogisch, didaktisch und mit einer persönlichen Lernzielformulierung unterstützt und begleitet. Sie werden dabei zur Selbstreflexion angeregt. Zusätzlich wird ein gesicherter Theorie-Praxis-Transfer unterstützt (Mamerow, 2021). Die Implementierung eines **Mentee-Programms**, das aus einer Kombination der Theorie anhand von Modulen und der Praxisanleitung/Mentoring der Station mit einem sinnvollen und gut strukturierten Einarbeitungskonzept besteht, bietet Berufsanfängern nach der generalistischen Ausbildung eine Anschluss- und Weiterbildungsmöglichkeit. Durch die Verknüpfung von Theorie und Praxis wird das Interesse der Teilnehmer gestärkt und unterstützt auch hier den Praxistransfer. Das Konzept kann eine Überforderung verhindern und bietet eine gute Integrationsmöglichkeit der jungen Kollegen ins Team (Hackmann & van Waegeningh, 2014; Kometh, Hoyer, Schiffer, 2013). Mitarbeiter, die die FWB gerade abgeschlossen haben, übernehmen gern die Aufgabe und verfügen über gefestigte Fachkompetenz, die sie gern weitergeben (ebd.).

Die **Praxisbegleitungen**, die durch eine Lehrkraft innerhalb der FWB durchgeführt werden, sind gesetzlich geregelt (§ 3 Abs.6 GfbWBV, NI). Eine sinnvoll gestaltete Begleitung, z.B. durch gezielte Integration von Pflegeplanungen, strukturierte Rückmeldungen mit Lernförderbögen oder Teilprüfungen, z.B. zur Gerätekunde/ Geräteprüfungen, unterstützen die Teilnehmer. Sie werden kritisch konstruktiv angeregt. Eine kollegiale Beratung auf Augenhöhe motiviert und regelmäßige Besuche nehmen die Angst vor den Prüfungen am Ende der FWB. Mithilfe eines Kompetenzerfassungsinstruments, wie z.B. der Intensivpflegekompetenzrahmen, kann der Erwerb der Kompetenzen sichtbar und Bereiche für einen Förderbedarf hervorgehoben werden, um den Lernprozess des Teilnehmers zu verdeutlichen.

Die damit erfolgte Dokumentation stellt den Bildungsstand auf europäischem Niveau dar (EfCCNa, 2013). Im Anhang X wird beispielhaft zur Lerneinheit „Ethisch denken und in ethischen Konfliktsituationen handeln“ (Anhang IX) ein Ausschnitt des Kompetenzrahmens, der als Dokumentation dient aufgezeigt.

Der Einsatz des Intensivpflegekompetenzrahmens kann als Selbst-Assessment durch den Teilnehmer oder mit einem klinischen Mentor oder Praxisanleiter zur Unterstützung und Begleitung erfolgen (ebd.).

Der fünfte Baustein, die **Implementierung von wissenschaftlichen Arbeiten**, bietet den Pflegekräften einerseits die Möglichkeit spezielle Kenntnisse und Kompetenzen für eine qualitative, sichere, evidenzbasierte und patientenbezogene Pflege umzusetzen, andererseits befähigt es die Teilnehmer zur Mitwirkung einer Weiterentwicklung und kritischer Auseinandersetzung der hochkomplexen Pflegesituationen im Sinne des lebenslangen Lernens (intensiv, 2021).

Der sechste Baustein bezieht sich auf die **Anrechnung der Module** zur Akademisierung. Die Weiterbildung I u. A Pflege ist dem DQR nicht zugeordnet, ist aber dem Bildungsstand eines Meisterniveau der Stufe 6 gleichzustellen. Es ist daher zu empfehlen, eine curriculare Umgestaltung oder Anpassung der Inhalte auf Bachelor-Niveau vorzunehmen. Die Anerkennung und entsprechende Kompetenz-Anrechnung mit Leistungspunkten könnte eine zusätzliche Auszeichnung und somit ein Motivationsschub der Teilnehmer zu einem weiterführenden Studiengang bedeuten. Dies setzen bereits Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen um. Die Gegenüberstellung der Qualifizierungswege unter Punkt 6.1 zeigt dies auf.

Der siebte Baustein bezieht sich auf die zeitliche Gestaltung in Form von **Blockunterricht** von zwei bis drei oder maximal fünf Tagen. Der Vorteil ist, dass die Teilnehmer einen konstanten Lernprozess erleben. Die Umsetzung des Schichtdienstes mit entsprechenden monetären Zulagen lässt sich besser gestalten und bringt keine Einbußen während der FWB mit sich. Die Teilnehmer können ihre Dienstwünsche einbringen und auch die Urlaubsplanung flexibler mitgestalten. Dies ermöglicht eine höhere Akzeptanz zur Weiterbildung und kommt der neuen Generation mit einer veränderten Work-Live-Balance entgegen (Molzen et al., 2022).

Der achte und letzte Baustein bezieht die moderne **Informations-Technik** mit ein. Die fortschreitende Digitalisierung macht auch im Rahmen der Aus- und Weiterbildung nicht halt. Blended-Learning und E-Learning ermöglichen ein zeit- und ortsunabhängiges Lernen. Selbständiges und selbstbestimmtes Lernen sind zeitgemäß und kommen insbesondere der jungen Generation entgegen. Sie ermöglichen den Teilnehmern Flexibilität, selbst- und eigenständiges Lernen und auch im Rahmen eines krankheitsbedingten Ausfalls diverse Möglichkeiten.

10 Zusammenfassung und Fazit

Das Ziel dieser Arbeit war mittels einer systematischen Literaturrecherche einen Überblick zu möglichen Herausforderungen der generalistischen Pflegeausbildung für die Weiterbildung in der Intensiv- und Anästhesiepflege darzustellen und zu erhalten. Zudem sollten benötigte notwendige konzeptionelle Überlegungen für die FWB Intensiv- und Anästhesiepflege in Niedersachsen gestaltet werden.

Es konnten in diesem Review noch keine Studien zu der neuen Ausbildung generiert werden. Im Frühjahr werden die ersten examinierten generalistisch ausgebildeten Pflegefachfrauen und -männer in den Beruf gehen. Die formale Umsetzung des PfIBG scheint gelungen (Jakobs & Vogler, 2020). Es wird sich zeigen, ob und wie viele der „Generalisten“ sich für die Arbeit in der speziellen Pflege im Intensiv- oder Anästhesiebereich interessieren werden und wie sie sich in die komplexen Pflegeabläufe integrieren.

Das Verständnis für den neuen Beruf birgt neue Chancen (Molzen et al., 2022). Die Akzeptanz wird noch einiges an Zeit benötigen, da das Wissen über das neue Berufsbild noch nicht ausreichend kommuniziert wurde (Cremer-Biermann & Nies, 2019). Die Umsetzung des PfIBG wird sich daran messen müssen, wie gut die qualifizierten Pflegefachpersonen sich weiterbilden und somit beruflich weiter entwickeln können (Jakobs & Vogler, 2020). Aufgrund des Fachkräftemangels wird es daher für die Unternehmen wichtig sein, Mitarbeiter zu gewinnen und auch nach der Ausbildung zu halten und dauerhaft zu binden.

Die demographische Entwicklung, der medizinische Fortschritt und die zunehmende Komplexität in der Intensivpflege macht eine Weiterentwicklung in der beruflichen Qualifikation erforderlich. Dazu gehört Wissen infrage zu stellen, weiterzuentwickeln und zu reflektieren (Ullrich & Friesacher, 2022). Eine hochschulische Qualifikation ermöglicht wissenschaftlich fundiert pflegerisch tätig zu sein und verbessert somit die Qualität der Pflege insbesondere in hochkomplexen Handlungssituationen. Daher ist der Qualifizierungsmix unumgänglich (Gaidys, 2013; Molzen et al, 2022). Es ist eine klare definierte Aufgabenbeschreibung und ein Umdenken notwendig. Die jungen generalistisch ausgebildeten Kollegen müssen mit Akzeptanz willkommen geheißen werden und gut in bestehende Teams aufgenommen werden. Erste Überlegungen haben Kliniken bereits erfolgreich integriert. Ein wert-

voller „Baustein“ dabei ist die Reflektion der eigenen Rolle. Dies lernen die generalistisch ausgebildeten Kollegen. Ihnen sind die Akzeptanz und der Respekt auf Augenhöhe wichtig für mehr Zufriedenheit im Team (Molzen et al., 2022).

Die Angebote der Weiterbildungen variieren bundesweit und sind schwerlich zu vergleichen. Sie unterscheiden sich in den Weiterbildungsstrukturen, dem Stundenumfang und den Inhalten (Gaidys, 2013).

Eine Weiterentwicklung der Fachweiterbildungen in spezifischen Handlungsfeldern steht jetzt an. Eine bundeseinheitliche modularisierte Weiterbildung, die die gleichen Mindestanforderungen definiert, wäre wünschenswert. Analog zu den grundständigen Ausbildungen sollten die Fachweiterbildungen in der Pflege durch die Übernahme der Finanzierung sichergestellt werden. Somit wäre auch die Praxisanleitung gewährleistet.

Der von Benner beschriebene jahrelange Prozess der Kompetenzentwicklung, vom Anfänger zum Experten und dem Erfahrungswissen, macht deutlich, dass Modellprojekte wie in Baden-Württemberg mit der 3+1 Regelung oder der grundständigen Ausbildung einer professionellen Weiterentwicklung in der Intensiv- und Anästhesiepflege nicht gerecht werden. Dies wäre ein Rückschritt und ethisch nicht vertretbar (Faßbender, 2019 ; Allgeier, 2013).

Auch wenn mit der Einführung der berufsbegleitenden Weiterbildung andere Intentionen verfolgt wurden, so wird es Zeit, mit einer Modularisierung und einer Zuordnung von Leistungspunkten erste Schritte zu einer Durchlässigkeit des Bildungssystems zu gehen. Die Einordnung der nichtakademischen FWB an den DQR benötigt sicherlich Konzepte, um die berufliche Bildung mit der akademischen Bildung vergleichbar zu machen (Busch & Wohlgehagen, 2014). Die DKG-Empfehlungen zur Weiterbildung I u. A Pflege knüpfen an der generalistischen Ausbildung an und sind bereits erprobt. Die berücksichtigten Lernformen wie das Blended-Learning und E-Learning ermöglichen ein zeit- und ortsunabhängiges Lernen. Selbständiges und selbstbestimmtes Lernen ist zeitgemäß und insbesondere aufgrund der gegenwärtigen Personallage ermöglicht es eine höhere Flexibilität für die Teilnehmer und bindet sie nicht wie im klassischen Schulsystem. Durch verstärkt eingesetzte digitale Formate können Lerneinheiten verkürzt werden und unterstützen somit selbstgesteuertes Lernen. Eine Vernetzung der Theorieanteile mit dem der beruflichen Praxis steigert das Verständnis, das Interesse und somit den Theorie-Praxis-Transfer nachhaltig.

Die Verbesserung und Vorteile, die durch die Weiterbildung entstehen, müssen deutlicher werden, um die Attraktivität des Berufes zu steigern. Die erweiterten Kompetenzen mit der Übertragung der Vorbehaltsaufgaben für Weitergebildete ist ein Weg zur Anhebung des Qualifikationsniveaus und sichert die Autonomie in der Berufsausübung (Blanck-Köster, 2018; Pelz et al., 2023).

Der Wandel in der Anästhesie; mit dem „neuen“ Berufsbild der anästhesietechnischen Assistenten, das nun gesetzlich legitimiert ist und reformiert wird, ergibt noch kein schlüssiges Bild und stellt alle Beteiligten vor große Herausforderungen (Klimnek et al, 2021; Lehmann, 2014;). Es bleibt abzuwarten, ob die FWB wie z.B.in Mecklenburg-Vorpommern nur in einem Fachbereich absolviert werden kann. Dies würde dem Fachkräftemangel entgegenwirken und wäre durch die Modularisierung problemlos möglich. Die Akademisierung bietet auch hier eine große Chance für die Berufsgruppe. Allerdings müssen Kompetenzen und Tätigkeitsfelder klar abgesteckt werden und das Hierarchiedenken abgelegt werden (Wuschke, 2019).

Die steigenden und sich wandelnden Anforderungen an die Intensivpflegenden erfordern zukunftsorientierte Bildungskonzepte. Konzepte zur Qualifizierung wie das vorgestellte Trainee-Programm oder das Work & learn-Konzept sind nicht nur für die Trainees und Teilnehmer gewinnbringend. Sie nehmen das lebenslange Lernen in den Fokus und unterstützen die Entwicklung der Handlungskompetenz und fördern die Motivation zur Qualifizierung. Die Module bieten durch die Teilerkennung einen Anreiz für die FWB. Das Trainee-Programm bietet durch die wechselnden Einsätze der Trainees eine hohe Flexibilität auch für den Arbeitgeber (Kometh, Hoyer, Schiffer, 2013; Hackmann & van Waegeningh, 2014).

Methoden wie SiHako, interprofessionelle Simulationstrainings und Skills-Lab dienen der beruflichen Kompetenz und bieten dem Lernort Praxis Handlungssicherheit und somit fördert es die Handlungskompetenz. Durch die kollegiale Zusammenarbeit und der Teamkommunikation wird die Arbeitszufriedenheit erhöht, daher sollten diese Methoden in Ausbildungs- und Weiterbildungskonzepten integriert sein (Perner & Wegmann, 2020; Schindele et al,2020; Henn,2022).

Es bleibt abzuwarten, wie sich das System pflegerischer Fort- und Weiterbildung mit der Akademisierung weiterentwickelt. Herkömmliche Denkweisen sollten hinterfragt und neue Lernwege geschaffen werden. So kann den jungen Kollegen eine tragfähige zuverlässige Chance für ihre berufliche Zukunft und eine gute Qualität in der Intensivpflege für die Sicherheit unserer Patienten geschaffen werden.

Literaturverzeichnis

- Allgeier, M. (2012). Grundständige Ausbildungen in der Intensivpflege. *Intensiv*, 21(4), 178–181.
- BAFzA. (2019, September). *Arbeitshilfe für die praktische Pflegeausbildung*. Abgerufen am 22. Januar 2023, von https://www.pflegeausbildung.net/fileadmin/de.altenpflegeausbildung/content.de/Publikationen/Broschuere_Arbeitshilfe_Pflegeeinrichtungen.pdf
- Becker, P.; Gebhardt, S.; Losch, M.; Scheer, A.; Schiller, B.; Stolecki, D.; Ullrich, L. (2022). Anästhesie kann nicht jeder! *Intensiv*, 30, 212–217.
- Becker, J.; Schmid, J.; Klenk, J. (2021). *berufliche-fortbildung*. Gabler Wirtschaftslexikon. Abgerufen am 13. Januar 2023, von <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/berufliche-fortbildung-31219/version-382508>
- Becker, T.; Donner, D.; et al. (2022 a, März 14). *Erläuterungen zur DKG-Empfehlung vom 14.03./15.03.2022 für die modularisierten Fachweiterbildungen in den pflegerischen Fachgebieten*. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft. Abgerufen am 19. Januar 2023, von https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.5._Personal_und_Weiterbildung/2.5.11._Aus-_und_Weiterbildung_von_Pflegeberufen/Pflegerische_Weiterbildung/Anlage_I_Erlaeuterungen_NEU.pdf
- Beister, B.; Quensel, T.; Zilezinski, M. (2018). Im Wandel der Zeit. *Intensiv*, 26, 73–75.
- Bildungsakademie der Universitätsmedizin Essen. (2020). *Rahmenkonzept- Fachweiterbildung für Intensivpflege und Anästhesie/ pädiatrische Intensivpflege und Anästhesie (WBVO-Pflege-NRW)*. Abgerufen am 1. Dezember 2022, von [https://Rahmenkonzept – Integrative Fachweiterbildung für Intensivpflege und Anästhesie \(uk-essen.de\)](https://Rahmenkonzept – Integrative Fachweiterbildung für Intensivpflege und Anästhesie (uk-essen.de))
- Blanck-Köster, K.; Becker, T.; Gaidys, U.; Keienburg, C.; Kaltwasser, A.; Schäfer, A. (2018). *Wissenschaftliche Weiterentwicklung in der Intensivpflege- Positionspapier*. Springer Intensivmed. Notfmed. 2018, 113: 672–675. Abgerufen am 29. Dezember 2022, von <https://doi.org/10.1007/s00063-018-0496-9>

- Blum, K.; Heber, R.; Levsen, A.; Offermanns, M.; Parloh, A.; Schumacher, L.; Siwert, S. (2022, Dezember). *DKI Ergebnisse des Krankenhaus Barometers 2022*. DKI. Abgerufen am 27. Januar 2023, von https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.4._Publikationen/3.4.5._Krankenhaus_Barometer/Krankenhaus-Barometer_2022.pdf
- Busch, J.; Trierweiler-Hauke, B. (2021). *Pflegewissen Intermediate Care: Für die Weiterbildung und die Praxis*. Springer.
- Busch, J.; Wohlgelegen, J. (2014). Nationale und europäische Weiterbildungen für die Intensivpflege. *Intensiv*, 22(3), 145-150.
- Cremer-Biermann, M.; Nies, Ch. (2019). Die Pflegeausbildung zukunftsfähig gestalten. *Pflege Zeitschrift*, 4.2019, 72.
- Das neue Pflegeberufegesetz. (2020). *Intensiv*, 28, 120–121. *Der deutsche Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen*. (o. D.). DQR. Abgerufen am 9. Januar 2023, von https://www.dqr.de/dqr/de/aktuelles/aktuelles_node.html
- Deutsche Krankenhausgesellschaft. (2022). *Erläuterungen zur DKG-Empfehlung vom 14.03./15.03.2022 für die modularisierten Fachweiterbildungen in den pflegerischen Fachgebieten*. Deutsche Krankenhausgesellschaft
- DGF. (2022, 16. August). „3+1-Modell“ zur verkürzten Ausbildung in der Intensivpflege. www.dgf-online.de/Dgf-Pressemitteilung-Zum-31-Modell/. Abgerufen am 10. Dezember 2022, von <https://www.dgf-online.de/dgf-pressemitteilung-zum-31-modell/>
- DGF& DIVI. (2021, 9. März). *Stellungnahme zur Stärkung und Zukunft der Intensivpflege in Deutschland*. Abgerufen am 2. Januar 2023, von <https://www.dgf-online.de/stellungnahme-zur-staerkung-und-zukunft-der-intensivpflege-in-deutschland/>
- DIVI-Pflegegipfel*. (2022, 15. Dezember). DIVI. Abgerufen am 14. Januar 2023, von <https://www.divi.de/aktuelle-meldungen-intensivmedizin/divi-pflegegipfel-massnahmenpaket-zur-zukunft-der-intensiv-und-notfallpflege-verabschiedet>

- DKG-Empfehlung zur pflegerischen Weiterbildung. (2022). DKG. Abgerufen am 4. Januar 2023, von https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Media-pool/2_Themen/2.5._Personal_und_Weiterbildung/2.5.11._Aus-_und_Weiterbildung_von_Pflegeberufen/Pflegerische_Weiterbildung/DKG_Empfehlung_.pdf
- EfCCNa. (2014). *EfCCNa – Intensivpflegekompetenzrahmen*. EfCCNa – European federation of Critical Care Nursing associations. Abgerufen am 30. Januar 2023, von https://www.efccna.org/images/stories/publication/2014_CC_Competencies_German.pdf
- Elsbernd, A. & Bader, K. (2018, Juni). *Herausforderungen bei der Konzeption von primärqualifizierenden Pflegestudiengängen*. bwpat. Abgerufen am 13. Dezember 2022, von http://www.bwpat.de/ausgabe34/elsbernd_bader_bwpat34.pdf
- Fachkommission nach § 53 PflBG. (2020). Rahmenpläne der Fachkommission nach §53 PflBG. In *BIBB*. Bundesinstitut für Berufsbildung. Abgerufen am 20. Januar 2023, von <https://www.bibb.de/dienst/veroeffentlichungen/de/publication/show/16560#:~:text=Die%20Rahmenpl%C3%A4ne%20bestehen%20aus%20dem,entwickelt%20und%20haben%20e>
- Faßbender, G. (2019). Intensivpflege ist mehr als die Pflege auf der Intensivstation. *intensiv*, 27(01), 26-39. <https://doi.org/10.1055/a-0753-4270>
- Fichtner, A. (2013). Lernen für die Praxis: Das Skills-Lab. In: St. Pierre, M., Breuer, G. (Hrsg.) *Simulation in der Medizin*. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-29436-5_10
- Friesacher, H. (2022). Qualitätsentwicklung in der Intensivpflege-ein Update. *Intensiv*, 30, 255–262.
- Forbrig, T. (2019). Primärqualifiziert-akademisierte Pflegekräfte: Kompetenzentwicklung-Kompetenzen-Einmündung in die Praxis. In *Chancen des Pflegeberufgesetzes und Auswirkungen auf die Profession Pflege* (S. 45–82). medhochzwei.
- Gaidys, U. (2013). Experten im Dienst. *Intensiv*, 21(6), 296-298.
- Gottschalk, E. (2002). Fächerintegratives Curriculum für die Weiterbildung in der Intensiv- und Anästhesiepflege. *Intensiv*, 11, 139–142.

- Hackmann, Ch.; van Waegeningh, T. (2014). Guter Start für Berufsanfänger. *Intensiv*, 22 (6), 330-335.
- Happach, R.; Tröger, M. (2010). Fortbildungskonzept für Berufsanfänger: Nach dem Examen direkt auf die Intensivstation. *Die Schwester Der Pfleger*, 49, 9, 911-916.
- Henn, A. (2022). Simulationstraining-mehr als nur ein Puppenspiel? *Intensiv*, 30, 64–68. <https://doi.org/10.1055/a-1721-8289>
- Heyse, V., Giger, M. & Abele-Brehm, A. E. (2015). *Erfolgreich in die Zukunft: Schlüsselkompetenzen in Gesundheitsberufen: Konzepte und Praxismodelle für die Aus-, Weiter- und Fortbildung in Deutschland, Österreich und der Schweiz*. Medhochzwei.
- Hiltensperger, M. (2012). Selbstbewusst, flexibel und frei. *intensiv*, 20(05), 231–234. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1325143>
- Hirt, J. & Nordhausen, T. (2021). *Rechercheprotokoll für eine systematische Literaturrecherche*. ref hunter. Abgerufen am 2. Januar 2023, von https://refhunter.org/research_support/rechercheprotokoll/
- Hirt, J. & Nordhausen, T. (2022). *Systematische und transparente Entwicklung und Dokumentation einer umfassenden Literaturrecherche: Ein Vorschlag für ein Rechercheprotokoll*. . *GMS Med Bibl Inf*. 2022;22(2): Doc20. DOI: 10.3205/mbi000538, URN: urn: nbn:de:0183-mbi0005385. Abgerufen am 15. Januar 2023, von <https://dx.doi.org/10.3205/mbi000549>
- Intensiv. (2020). Das neue Pflegeberufegesetz. *Intensiv*, 28, 120–121.
- Intensiv. (2021). Akademische Qualifizierung in der Intensiv- und Anästhesiepflege: am Beispiel des B.Sc. Erweiterte klinische Pflege (EKP) mit der Vertiefung Intensiv- und Anästhesiepflege. *Intensiv*, 29(01), 8–9. <https://doi.org/10.1055/a-1254-3813>
- Isfort, M.; Hylla, J.; Gehelen, D.; Tucman, D. (2017). Arbeitsbedingungen und -zufriedenheit auf deutschen Intensivstationen. *Pflegezeitschrift*, 70, 5, 46-49.
- Jakobs, A.; Vogler, Ch. (2020). Generalistische Ausbildung: Ein Jahr "neue Pflege". *Pflege Zeitschrift*. 12, 73, 38-41.
- Klimmek, J., Lausen, J., Linke, G., Loose, A. & Neukamm, B. (2021). Die Auswirkungen der staatlichen Anerkennung von ATA und OTA. *Im OP*, 11(03), 118–125. <https://doi.org/10.1055/a-1312-8747>

- KMK. (2021). *Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe*. Abgerufen am 17. Januar 2023, von https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2021/2021_06_17-GEP-Handreichung.pdf
- Kometh, E.; Hoyer, J.; Schiffer, H. (2013). Neue Ansätze zur Qualifizierung. *Intensiv*, 21, 2, 60-64.
- Kühn-Hempe, C. & Thiel, V. (2013). *Die generalistische Pflegeausbildung in Modulen: Berufspädagogische Überlegungen*.
- Länderarbeitsgemeinschaft der FW Bildungsstätten in Hamburg, Bremen und Niedersachsen. (2002). *Curriculum für die Fachweiterbildung in der Intensiv- und Anästhesiepflege* [Datensatz]. Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege(NDZ).
- Larsen, R., Fink, T. & Müller-Wolff, T. (2016). *Anästhesie und Intensivmedizin für die Fachpflege* (9., vollst. überarb. Aufl. 2016). Springer.
- Lehmann, Y. (2014). Qualifizierungen für die Anästhesie(pflege) im Wandel. *Intensiv* 22,5,271-275.
- Leyendecker, Ch. (2018). Wer die Zukunft erforschen will, muss die Vergangenheit kennen. *Intensiv*, 26, 247-260.
- Linten, M. & Prüstel, S. (2015). *Auswahlbibliografie „Kompetenz in der beruflichen Bildung: Begriff, Erwerb, Erfassung, Messung“*. BIBB. Abgerufen am 17. Januar 2023, von <https://www.bibb.de/de/8570.php>
- Löffert, S.; Blum, K.; Steffen, P. (2012). *Grundständige Ausbildungen in der Intensiv- und Psychiatriepflege, Gutachten des Deutschen Krankenhausinstitut e.V. (DKI) im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)*. Abgerufen am 23. November 2022, von [https://Intensiv- und Psychiatriepflege\(dki.de\)](https://Intensiv- und Psychiatriepflege(dki.de))
- Mamerow, R. (2021). *Praxisanleitung in der Pflege*. (7.Auflage). Springer.
- Molzen, N.; Nych, J.; Tulke, M.; Windrich, J.; Detlefs, M.; Albrecht, J.W.; Sure`n, M. (2022). Die Zukunft der Pflege? Auf Augenhöhe! *Pflege Zeitschrift*, 75, 10–14.

- Negri, C. (2010). *Angewandte Psychologie für die Personalentwicklung. Konzepte und Methoden für Bildungsmanagement, betriebliche Aus- und Weiterbildung* (2010. Aufl.). Springer Berlin· Heidelberg.
- Penner H, Wegmann R. (2020). Gemeinsame Weiterbildung als Chance. *Intensiv*, 28, 235–239.
- Pelz, S., Wilpsbäumer, S., Dubb, R., Kaltwasser, A., Keienburg, C. & Ullrich, L. (2023). Vorbehaltsaufgaben für die Fachkrankenpflege. *intensiv*, 31(01), 18–20. <https://doi.org/10.1055/a-1970-7406>
- Pflegeberufe, D. B. F. (2007). *Pflegebildung offensiv: Das Bildungskonzept des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe*. Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH.
- Pflegekammer Niedersachsen*. (2022, 9. Februar). Pflegekammer Niedersachsen. Abgerufen am 31. Januar 2023, von https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/soziales_inklusion/soziales/pflege_in_niedersachsen/pflegekammer/pflegekammer-niedersachsen-110014.html
- Rammler, N. (2017). Sind wir noch zu retten? *Intensiv*, 25, 284-292.
- Rimser, M. (2015). *Generation Resource Management: Nachhaltige HR-Konzepte im demografischen Wandel (Edition Rosenberger)* (2014. Nachdruck 2015). Springer Gabler.
- Schaller, T.; Stöcker, G.; Stolz, K.H.; Zink, Ch. (2020). *Empfehlungen zur Musterweiterbildungsordnung für Pflegeberufe*. DBR. Abgerufen am 15. November 2022, von <https://www.bildungsrat-pflege.de/wp-content/uploads/2022/06/2020-Empfehlungen-zur-Musterweiterbildungsordnung-fuer-Pflegeberufe-MWBO-PfIB-Strategien-fuer-die-pflegeberufliche-Weiterbildung.pdf>
- Scheel, Y.; Beister, B.; Mann, M.; Eggerer, A.; Wortha-Hoyer, J.; Pottkämper, K. (2018). Intensivpflege studieren? *Intensiv*, 26, 189-192.
- Schindele, D.; Müller-Wolff, T.; McDonough, J.; Fromm, C. (2019). Klinische Handlungskompetenzen gemeinsam verbessern – interprofessionelles Lernen in der Intensivmedizin. *Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 7, 545549. <https://doi.org/10.1007/s00063-020-00686-z>

- Schmid, J.; Klenk, J. (2018). *berufliche Weiterbildung*. Gabler Wirtschaftslexikon. Abgerufen am 13. Januar 2023, von <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/berufliche-weiterbildung-27376/version-251032>
- Schüler, G.; Klaes, L., Rommel, A.; Schröder, H.; Köhler, T. (2013). *Zukünftiger Qualifizierungsbedarf in der Pflege*. Bundesgesundheitsblatt 56:1135-1144.
- Schwinger, (2019). Was können Pflegekammern leisten- von überhöhten Erwartungen und ungenutzten Potenzialen. In *Chancen des Pflegeberufgesetzes und Auswirkungen auf die Profession Pflege* (S. 29–43). Bettig/ Frommelt/ Maucher /Schmidt/ Thiele.
- Shari, S.:(2016). Integrating Nurse Practitioners Into Intensive Care Units. *Critical care nurse*, Vol.36, No.6,dec.2016:59-69.
- Sigling, B.; Isfort, M. (2015): Machen Fachweiterbildungen zufriedener? *Intensiv*, 23, 59, 250-57.
- Simon, M. (2022). *Pflegenotstand auf Intensivstationen*. Hans-Böckler-Stiftung. Abgerufen am 14. Dezember 2022, von [https://Pflegenotstand auf Intensivstationen-Hans-Böckler-Stiftung \(FoFö\) \(boeckler.de\)](https://Pflegenotstand auf Intensivstationen-Hans-Böckler-Stiftung (FoFö) (boeckler.de))
- Stöver, M.; Bomball, J. (2018). Im Dickicht der Weiterbildungen. *Die Schwester Der Pfleger*, 57,2/18,87-90.
- Strube-Lahmann, S. (2019). *Zentrale Aspekte zur qualitätssichernden Weiterentwicklung der Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Pflege* [Dissertation].
- Thieme. (2019). Akademische Qualifizierung in der Intensiv- und Anästhesiepflege. *Intensiv*, 29, 8–9.
- Tippelt, R. & Hippel, V. A. (2018). *Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung (Springer Reference Sozialwissenschaften)* (6., überarb. u. akt. Aufl. 2018). Springer VS.
- Ullrich, L. (2016). Bildung fördern. *intensiv*, 24(01), 8-8. <https://doi.org/10.1055/s-0041-107567>
- Ullrich, L. & Friesacher, H. (2022). „Wir hatten den Wunsch, der Profession Intensivpflege ein eigenes Sprachrohr zu geben“. *intensiv*, 30(05), 233–242. <https://doi.org/10.1055/a-1888-4756>
- Ullrich, L. & Stolecki, D. (2015). *Intensivpflege und Anästhesie* (3. überarbeitete und erweiterte). Thieme Stuttgart · New York.

- Van Aken, H., Reinhart, K., Zimpfer, M., Welte, T. (2007). *Intensivmedizin* (2. Auflage). Thieme Stuttgart.
- von Dossow, V.; Zwißler, B. (2022). *Die strukturierte Patientenübergabe - Implementierung in den klinischen Alltag*. Abgerufen am 22. Februar 2023, von <https://www.dgai.de/alle-docman-dokumente/entschliessungen-vereinbarungen/1908-strukturierte-patientenuebergabe-in-der-perioperativen-phase-das-sbar-konzept/file.html>
- Wecht, D. (2020). Pflegeberufereform - Erwartungen und Herausforderungen- Beruf im Wandel. *Onkologe*, 26, 1033–1039.
- Weitzel, F., Wendt, N., Zimmermann, A. & Buchenau, P. (2017). *Chefsache Weiterbildung: So fördern Sie Ihre Mitarbeiter* (1. Aufl. 2017). Springer Gabler.
- Wohlgehausen, J., Lehwaldt, D. & Jentzsch, M. (2014). Advanced Nursing Practice in Critical Care (ANP-CC). *Intensiv*. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1375290>
- Wuschke, J. (2019). Akademisierung-auch in der Anästhesiepflege! *Intensiv*, 27,40-44.

Anhang

Anhang I: Ein- und Ausschlusskriterien

Kriterium	Einschlusskriterium	Ausschlusskriterium
Zeitraum	2012-2022	vor 2012
Sprache	Deutsche und englische Sprache	Andere Sprachen
Methoden	Journal, Review	- Scoping Review (da methodische Qualität nicht bewertet) - kein Abstract - keine Zusammenfassung
Kontext 1	Weiterbildung Intensiv- und Anästhesiepflege	Andere Themen wie Pädiatrie, ambulante- und Altenpflege, Intermediate Care und Notfallpflege
Kontext 2	Weiterentwicklung der Weiterbildung Intensiv- und Anästhesiepflege	Andere Themen wie Pädiatrie, Intermediate Care und Notfallpflege
Aktuelle Thematik	- Generalistische Ausbildung - Perspektiven der Weiterbildung - Modularisierte Weiterbildung	Andere Themen und Corona

Anhang II: Festlegung der Suchkomponenten

Suchkomponente	Bezeichnung
1. Setting	Intensiv- und Anästhesiepflege, Generalistische Ausbildung
2. Intervention	Weiterbildung
3. Outcome	Weiterentwicklung, Perspektiven

Anhang III: Identifikation von Stichwörtern

Suchkomponente	Stichwörter
Intensivpflege-Station	Intensive Care-Unit
Weiterbildung	Fortbildung / Qualifizierung, further education
Diskurs	Auseinandersetzung, Erörterung, Gedankenaustausch

Anhang IV : Festlegung der zu durchsuchenden Datenbanken

Datenbanken	Begründung
1. Pub med	Qualifizierte Suche nach medizinisch relevanten Artikeln in Fachzeitschriften, meist nur Abstract, keine Volltexte.
2. Livivo	Abdeckung der Lebenswissenschaften und online zugängliche Volltexte möglich.
3. google Scholar	Einfache Bedienbarkeit, ermöglicht eine umfassende Literaturübersicht und Volltexte mit hoher Relevanz und Ergebnissen.
4.Springer Link (Pflegen In- tensiv, Heilberufe)	Neueste medizinische und wissenschaftliche Erkenntnisse mit schneller, einfacher und kostenloser Recherche über die Bibliothek der Ostfalia zu erhalten.
5.Fachportal Pädagogik (Pflgewissenschaft)	Wissenschaftliche Fachinformation für Bildungsforschung und Erziehungswissenschaft.
6. Medhochzwei	Übergreifende Recherche mit direktem Zugang zu den Inhalten möglich, enthält Zeitschriften zu Organisation und Gesundheitswesen.
7.Cochrane Library (MEDLINE)	Wichtige populäre Datenbank für Originalstudien im medizinischen Bereich.
8. Scopus	Deckt den Informationsbedarf von Wissenschaftler und Lehrkräften in allen wissenschaftlichen Kreisen.

Anhang V: Übersicht Literaturrecherche der Datenbanken

Datenbank: Google Scholar

#	Suchbegriff	Trefferzahl
1	Weiterbildung Intensivpflege und perspektiven	807 Treffer ➤ 11 relevant
2	Weiterbildung Intensiv- und Anästhesiepflege und perspektiven	162 Treffer ➤ 3 weitere relevant
3	Generalistische Ausbildung und Weiterbildung Intensiv und Anästhesiepflege	47 Treffer ➤ 1 weitere relevant
4	Modularisierte Ausbildung in der Fachweiterbildung Intensiv und Anästhesiepflege	27 Treffer ➤ 6 relevant

Datenbank: PubMed

Es werden Wortkombinationen in Anführungsstriche gesetzt. Die Suchkomponenten (inklusive aller Suchbegriffe und Schlagwörter) werden mit AND verknüpft.

Such-strings	Suchkomponenten	Trefferzahl und relevant
PubMed	„Generalistische Pflegeausbildung“	1 (kein Abstract)
	(Intensivpflege) AND (Anästhesiepflege)	1 nicht relevant
	(Intensivpflege) AND (Weiterbildung)	14 / nicht relevant
	(Intensivpflege) AND (Weiterentwicklung)	1 / 1
	(Anästhesiepflege) AND (Weiterbildung)	6 / nicht relevant
	(Anästhesiepflege) AND (perspektiven)	0
	(Fachweiterbildung Intensivpflege) AND (Weiterentwicklung)	0
	(Fachweiterbildung Intensivpflege) AND (perspektiven)	0
	(Weiterbildung) AND (perspektiven)	0
	((Weiterbildung) AND (Intensivpflege)) AND (perspektiven)	6 / nicht relevant
	((modularisierte Ausbildung) AND (Fachweiterbildungen))	0
	((nursing education) AND (perspective) of further education intensive care) AND oportunities))	0
		89 / 2

Ergänzende Literaturrecherche

Datenbank	Suchstrategie	Gesamttreffer und relevant
Livivo	-Weiterentwicklung der Weiterbildung intensivpflege -Weiterbildung Intensivpflege und Anästhesie	2 / nicht relevant 52 / 12 relevant alle in Intensiv veröffentlicht
Springer link	-Weiterbildung Intensiv- und Anästhesiepflege -Generalistische Pflege Ausbildung	1 0
Fachportal Pädagogik	-Weiterbildung Intensiv- und Anästhesiepflege -Generalistische Ausbildung -Fachweiterbildung Intensivpflege	0 11 / 3 relevant 1 / nicht relevant
medhochzwei	-Weiterbildung Intensiv- und Anästhesiepflege -Generalistische Pflege Ausbildung	Buch: Chancen des Pflegeberufegesetz und Auswirkungen ...
Cochrane Library	-„Intensive Care unit“ AND „further education“ -Weiterbildung -Intensiv- und Anästhesiepflege	7 / nicht relevant 2 / nicht relevant 0
Scopus	-Weiterbildung Intensiv- und Anästhesiepflege -Generalistische Pflege Ausbildung	1

Handsuche

Medium	Relevante Treffer
Zeitschrift 1: Intensiv	23
Zeitschrift 2: Die Schwester Der Pfleger	2

Anhang VI: Zuordnung der Lernbereiche zu den Modulen

(Auszug aus dem Curriculum für die Fachweiterbildung in der Intensiv- und Anästhesiepflege der Länderarbeitsgemeinschaft, 2002)

Lernbereiche und	Module	Theoriestunden
Lernbereich I	Pflegerisches Handeln nach neuen Konzepten	130 Std.
Modul 1	Komplementäre Pflegeansätze bzw. Konzepte	68 Std.
Modul 2	Gespräche führen, beraten und anleiten	42 Std.
Modul 3	Planen, dokumentieren und Qualität sichern	20 Std.
Lernbereich II	Pflegerisches Handeln in der Intensiv- und Anästhesiepflege	422 Std.
Modul 1	Spezifische Interventionen in der Intensiv- und Anästhesiepflege	230 Std.
Modul 2	Komplexe Pflegesituationen in der Intensiv- und Anästhesiepflege	192 Std.
Lernbereich III	Weiterbildungs- und Berufssituation der I&A Pflegenden	128 Std.
Modul 1	Lernen lernen	32 Std.
Modul 2	Professionalisierung und Verwissenschaftlichung in der Pflege	20 Std.
Modul 3	Intensiv- und Anästhesiepflege und Recht	36 Std.
Modul 4	Arbeitsbelastungen und -entlastungen	40 Std.
Verfügungsstunden-verwendbar für die Lernbereiche I-III		40 Std.
Stunden		720 Std.

Anhang VII: Synopse zur Niedersächsischen Landesverordnung und der DKG- Empfehlung

(eigene Darstellung)

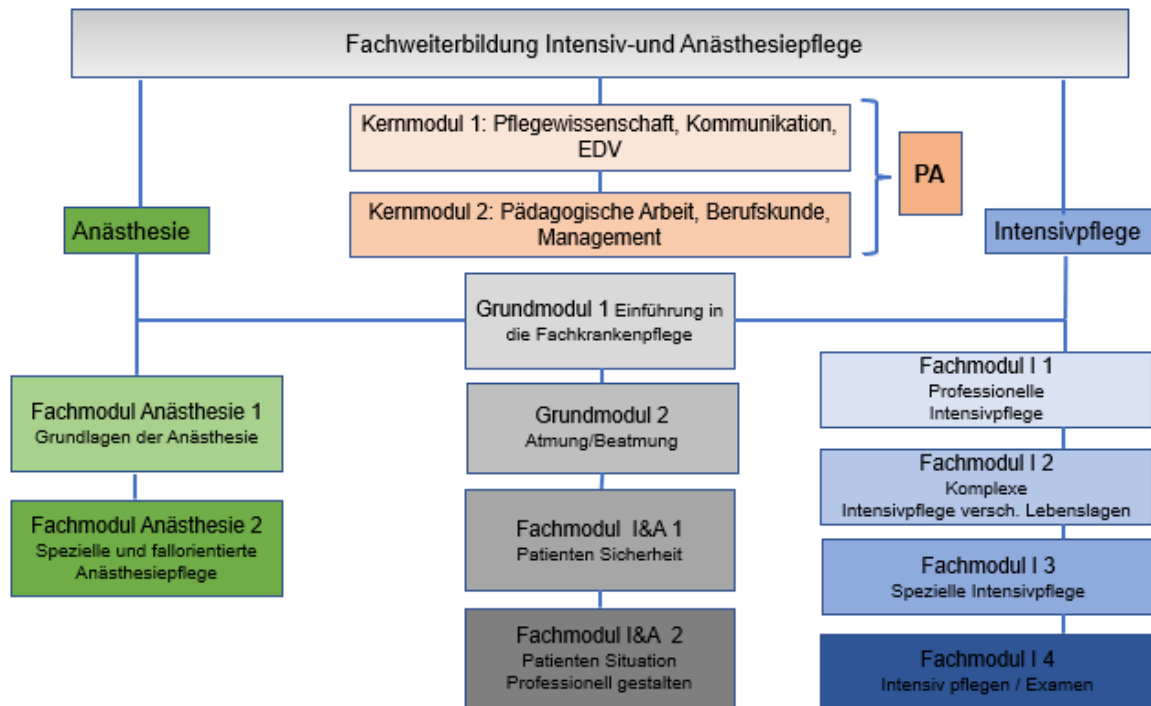
§	GfbWBV, NI vom 18. März 2002 aktualisiert am 24.11.2021	DKG-Empfehlung vom 14.03./15.03.2022
Weiterbildungs- Bezeichnung	Fachkraft für Intensiv- und Anästhesiepflege.	Nicht näher benannt.
Geltungsbereich	Mit Verweis zum PflBG- Gesundheits- und Krankenpfle- ger: innen, Altenpfleger:innen, Pflegefachfrauen, Pflegefach- männern.	Krankenschwestern, -pflegern, Ge- sundheits- und Krankenpfleger: innen, Altenpfleger:innen, Pflegefachfrauen, Pflegefachmännern.
Ziele der Weiter- bildung	Die Weiterbildung soll zur Wahrnehmung der Aufgaben in den verschiedenen Fachgebiete- ten der Intensiv- und Anästhe- siepflege und in der Assistenz in der Intensivmedizin und An- ästhesie befähigen. Sie soll es ermöglichen, geschlechts- und altersspezifische, soziale und kulturelle Unterschiede der Personen, auf die sich die be- rufliche Tätigkeit bezieht, zu er- fassen und zu berücksichtigen. Sie soll es darüber hinaus er- möglichen, die besonderen Be- lange von Menschen mit Behin- derungen, auf die sich die be- rufliche Tätigkeit bezieht, zu er- fassen und zu berücksichtigen.	Fachpflegerische Kenntnisse, Erfah- rungen u. Fertigkeiten entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizini- scher und bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse zu vertiefen. Die Teil- nehmenden werden befähigt, den ge- samten Pflegeprozess zu gestalten, zu steuern und durch gezielte Analy- sen zu evaluieren und anzupassen. Kompetenzen werden vertieft und er- weitert.
Anforderungen an die Fachweiterbil- dungsstätten	Leitung der Weiterbildung muss hauptberuflich von einer Person geleitet werden, die be- rechtigt ist, die zugehörige Wei- terbildungsbezeichnung zu füh- ren, oder über eine andere ge- eignete fachliche Qualifikation verfügt und über eine pädago- gische Qualifikation verfügt. Durch Leitung der Weiterbil- dung fachliche Begleitung und mind.10% Anleitung durch Pra- xisanleiter.	Leitung der Fachweiterbildung mit Masterabschluss und einer abge- schlossenen Fachweiterbildung. Konzept zur Umsetzung sämtlicher Module. Vorhandensein von Praxisanleiter: in- nen mit berufspädagogischer Zu- satzqualifikation (300 Std.) u. abge- schlossener Fachweiterbildung.
Voraussetzungen für die Teilnahme an der Fachwei- terbildung	Erlaubnis der Berufsbezeich- nung s. Geltungsbereich.	Erlaubnis der Berufsbezeichnung s. Geltungsbereich. Mindestens sechs Monate Tätigkeit im jeweiligen Fach- gebiet in Vollzeit, (Teilzeit entspre- chend länger).

§	GfbWBV, NI vom 18. März 2002 aktualisiert am 24.11.2021	DKG-Empfehlung vom 14.03./15.03.2022
Anrechnung von Modulen	Keine Anrechnungen anderer Weiterbildungen möglich.	Eine Anrechnung von Modulen ist aus einer anderen FWB ausschließlich vor Fachweiterbildungsbeginn möglich.
Aufnahmeverfahren für Fachweiterbildungsteilnehmer:innen	Keine Angaben.	Antrag zur Aufnahme ist an die Leitung der FWB zu richten.
Dauer, Form und Gliederung der Weiterbildung	<p>Soll nicht länger als vier Jahre dauern.</p> <p>Die Weiterbildung erfolgt durch Unterricht und Praktika.</p> <p>Die Weiterbildung umfasst 720 Unterrichtsstunden in Theorie u. die Praktika dauern insgesamt 2079 Stunden. Praktika sollen unter der Anleitung von Personen abgeleistet werden, die berechtigt sind, die zugehörige Weiterbildungsbezeichnung zu führen.</p>	<p>Berufsbegleitend, mindestens zwei bis höchstens fünf Jahre.</p> <p>Gliedert sich in einen theoretischen und einen praktischen Teil mit entsprechenden Modulprüfungen. Modulare Form mit Moduleinheiten. 720 Stunden Theorie.</p> <p>1800 Stunden Praxis, die unter fachkundiger Anleitung von Praxisanleiterinnen stehen (10%).</p>
Modulprüfungen und praktische Leistungsnachweise	<p>Keine Modulprüfungen möglich.</p> <p>Zugangsvoraussetzung mit Nachweis der Praktika, abgeleitete Unterricht und Fehlzeiten.</p>	<p>Modulprüfungen sind zu benoten, jede Prüfungsform muss mindestens zweimal im Rahmen der Fachweiterbildung durchgeführt werden. Mindestens 4,4.</p> <p>Nicht bestanden es Modul kann einmal und nur an derselben Fachweiterbildungsstätte wiederholt werden.</p>
Zulassung zu den Abschluss Prüfungen	Spätestens vier Monate vor dem vorgesehenen Ende der Weiterbildung meldet die Weiterbildungsstätte die Prüflinge mit deren Einverständnis zur Prüfung bei der zuständigen Behörde an.	Von den Teilnehmenden spätestens acht Wochen vor Ende der Fachweiterbildung an die Leitung der Fachweiterbildung zu stellen.

§	GfbWBV, NI vom 18. März 2002 aktualisiert am 24.11.2021	DKG-Empfehlung vom 14.03./15.03.2022
Abschlussprüfungen	<p>Prüfungsausschuss</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ein vorsitzendes Mitglied, 2. Ein:e Leiter:in der Weiterbildung und 3. mindestens zwei Lehrkräfte, die in der Weiterbildung unterrichten. <p>Praktische Prüfung besteht aus den Abschnitten Intensivpflege und Anästhesiepflege.</p> <p>Die Prüfung besteht aus einem schriftlichen (3 Std.) und einen mündlichen Teil.</p> <p>Über den Verlauf der schriftlichen, der praktischen und der mündlichen Prüfung ist jeweils eine Niederschrift zu fertigen und von den beteiligten Mitgliedern des Prüfungsausschusses zu unterschreiben.</p> <p>Die Niederschrift über den Verlauf der praktischen und der mündlichen Prüfung muss die Prüfungsgegenstände und die Bewertungen der Leistungen enthalten.</p>	<p>Die Abschlussprüfung besteht aus einem praktischen (in beiden Bereichen) und einem mündlichen Teil. Die DKG kann bei den Prüfungen als Beobachter anwesend sein.</p>
Benotung	<p>Die Noten sehr gut - ungenügend können vergeben werden, Zwischennoten dürfen nicht vergeben werden.</p> <p>Aus dem Mittelwert der Noten für die einzelnen Prüfungsteile wird die Gesamtnote ermittelt.</p>	<p>Die Noten aller vorgeschriebenen Prüfungsteile werden mit einer Dezimalstelle hinter dem Komma ermittelt. Die Gesamtnote setzt sich zusammen aus dem Mittel der Noten der Modulprüfungen, der praktischen Leistungsnachweise, der Note der praktischen Abschlussprüfung und der Note der mündlichen Abschlussprüfung. Praktische Note besteht aus Intensivpflege mit $\frac{2}{3}$, Anästhesiepflege mit $\frac{1}{3}$.</p>
Zeugnis	<p>Wer die Prüfung bestanden hat, erhält hierüber ein Zeugnis. Ist die Prüfung nicht bestanden, so bestätigt die zuständige Behörde das Nichtbestehen der Prüfung schriftlich und gibt eine Empfehlung für die Vorbereitung auf die Wiederholungsprüfung.</p>	<p>Alle Noten im Zeugnis inclusive der Gesamtnote sind in Ziffern mit einer Dezimalstelle hinter dem Komma aufzuführen.</p>
Urkunde zur Führung der Fachweiterbildungsbezeichnung	<p>Die Erlaubnis zum Führen der Weiterbildungsbezeichnung erteilt die zuständige Behörde.</p>	<p>DKG stellt die Urkunde zur Führung der Fachweiterbildungsbezeichnung aus.</p>

Anhang VIII: Übersicht- Modulstruktur / Modulinhalte/ Theorie-stunden

(in Anlehnung am Rahmenkonzept der Bildungsakademie der Universitätsmedizin Essen, 2020)



Module	Inhalte	Theorie-stunden
KM 1	Lernen lernen, Professionalisierung in der Pflege Lernen mit Informationstechnologien	80
KM 2	Gespräche führen 1, Recht, Ethik	80
GM 1	Einführung in die Fachkrankenpflege	40
GM 2	Atmung/ Beatmung	40
FM I & A 1	Kinästhetik, Gespräche führen 2, Pflegeplanung	60
FM I & A 2	Basale Stimulation, Bobath Konzept, Qualität sichern	60
FM A 1	Anästhesiepflegerische Interventionen Erwachsene.	60
FM A 2	Anästhesiepflegerische Interventionen Kinder, Beatmung, Gerätesicherheit	60
FM I 1	Professionelle Intensivpflege	60
FM I 2	Komplexe Intensivpflege	60
FM I 3	Spezielle Intensivpflege	60
FM I 4	Vertiefte Intensivpflege/ Examen	60
		720

KM= Kernmodul, GM= Grundmodul, FM = Fachmodul, I= Intensiv, A= Anästhesie,

Anhang IX: Beispiel einer Lerneinheit zum Modul Ethisch denken und in ethischen Konfliktsituationen handeln

(in Anlehnung an: DKG Empfehlung zur pflegerischen Weiterbildung, 2020; Nds. Curriculum für die Fachweiterbildung in der Intensiv- und Anästhesiepflege, 2002)

Ursprüngliche Bezeichnung	Lernbereich III/ Modul 4	Arbeitsbelastungen und -entlastungen 4.1 Ethische Grenzsituation
Bezeichnung der Moduleinheit	Ethisch denken und in ethischen Konfliktsituationen handeln	
Codierung	Fachmodul Intensiv 2 Lerneinheit 1 (FM I 2 LE 1)	
Stunden	16	
Beschreibung der Moduleinheit	<i>In dieser Moduleinheit erfolgt die Auseinandersetzung mit der palliativen Intensivmedizin und -pflege, dem Sterbeprozess und der Sterbebegleitung, dem Tod und der Trauer (DKG Empfehlung, 2020, S.36). Dabei ist die Sichtweise in der konkreten Grenzsituation des Patienten, der Bezugsperson und des therapeutischen Teams zu reflektieren (Länderarbeitsgemeinschaft der FWB in Nds., 2002).</i>	
Handlungskompetenz	<i>Die Teilnehmenden begegnen dem Intensivpatienten im Sterbeprozess mit Empathie, Akzeptanz und Wertschätzung. Sie sind offen für existenzielle Fragestellungen, begleiten den Patienten sowie dessen Bezugspersonen vor und während des Sterbens und unterstützen bei der Trauerarbeit. (DKG Empfehlung, 2020, 36)</i>	
Lernergebnisse	Die Teilnehmenden <ul style="list-style-type: none"> • Sind in der Lage spezifische Pflegephänomene zu ermitteln und Maßnahmen abzuleiten und zu begründen. • Können Zusammenhänge der finalen Lebensphase, bei Hirntod und bei Organspende erkennen und interpretieren. • Kennen Aspekte der Entscheidungsfindung. • Erläutern psychologische Trauerreaktionen. • Kennen die Möglichkeit der strukturierten Beratung zur Versorgungsplanung. 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Gestalten eine wertschätzende Atmosphäre und reagieren umsichtig. • Passen Maßnahmen den Bedürfnissen der Patienten und Angehörigen an. • Reflektieren den Umgang mit Sterben und Tod. • Akzeptieren die palliative Medizin und setzen sich bewusst mit Grenzsituationen des Lebens auseinander. • Sind sich der Bedeutung der Kommunikation mit Patienten, Bezugspersonen und im interprofessionellen Team bewusst. <p>(DKG Empfehlung, 2020, 36-37)</p>
Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> • Ethische Werte und Normen zu Gesundheit, Krankheit und Tod • Therapiebegrenzung • Selbstbestimmungsrecht des Patienten • Organtransplantation und Pflege hirntoter Patienten • Ethikkommissionen • Patientenverfügung, Patiententestament (Länderarbeitsgemeinschaft der FWB in Nds., 2002)
Lehrform	Selbststudium anhand von Literatur, Bildinterpretationen, Gruppenaustausch mit Diskussionen der ethischen Positionen, Rollenspiele/Simulation
Prüfungsform	Etische Fallbeschreibung zu einer persönlich erlebten Situation

Anhang X: Ausschnitt aus dem Kompetenzrahmen zum Modul Ethisch denken und in ethischen Konfliktsituationen handeln

(EfCCNa, 2014, 13-15)

Klinische Domäne	
Unterdomäne 3	
Durchführung der Pflege	
Die Intensivpflegeperson ist in der Lage Kompetenz in folgenden Bereichen zu zeigen:	Assessment
3.6 Pflege am Lebensende <ul style="list-style-type: none"> Leitet, in Übereinstimmung mit dem Behandlungsteam, einen Therapierückzug oder Therapieabbruch ein und setzt diesen angemessen um plant mit dem Patienten und dessen Angehörigen die Pflege für die letzte Phase des Lebens, kommuniziert den Pflegeplan und setzt diesen um initiiert und leitet den palliativen Pflegeprozess für den Intensivpatienten 	
Professionelle Domäne	
Unterdomäne 2	
Ethik & Recht	
Die Intensivpflegeperson ist in der Lage Kompetenz in folgenden Bereichen zu zeigen	Assessment
2.1 ethische Praxis <ul style="list-style-type: none"> handelt verantwortlich und basierend auf ethischen Grundsätzen und beteiligt sich an ethischen Diskussionen und Entscheidungsprozessen artikuliert ein Verständnis von ethischen Prinzipien im Zusammenhang mit der Intensivpflege 	
2.2 Autonomie <ul style="list-style-type: none"> zeigt ein Bewusstsein für Patientenautonomie/-einwilligung unter Beachtung der lokalen und nationalen Gesetzgebung informiert und unterstützt Patienten und ihre Angehörigen über Behandlungs- und Pflegeoptionen und gibt eine Hilfestellung bei der informierten Entscheidungsfindung 	

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten und nicht veröffentlichten Schriften entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit ist in gleicher oder ähnlicher Form im Rahmen einer anderen Prüfung noch nicht vorgelegt worden.

Vechelde, den 17.03.2023

Datum