

Gemeinsam für mehr Wissen.



DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT

Dr. Sabine Löffert, Dr. Karl Blum, Dr. Petra Steffen

Grundständige Ausbildungen in der Intensiv- und Psychiatriepflege

Gutachten des Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (DKI)
im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
Hansaallee 201
40549 Düsseldorf
Tel.: 0211 / 47 051 – 17 / 55 / 56
Fax.: 0211 / 47 051 – 19
Email: sabine.loeffert@dki.de
Email: karl.blum@dki.de
Email: petra.steffen@dki.de

Düsseldorf, Oktober 2012

Inhaltsverzeichnis

A. EINLEITUNG	6
1 HINTERGRUND	6
2 FORSCHUNGSAUFRAG	9
3 METHODIK.....	11
3.1 LITERATURANALYSEN	11
3.1.1 <i>Derzeitige Weiterbildungsmöglichkeiten</i>	11
3.1.2 <i>Grundständige Ausbildungen</i>	12
3.2 <i>DKI-KRANKENHAUS BAROMETER</i>	12
3.3 <i>DKI-PSYCHIATRIE BAROMETER</i>	13
3.4 EXPERTENINTERVIEWS	14
3.5 SEKUNDÄRANALYSEN.....	15
B. WEITERBILDUNG IN DER INTENSIVPFLEGE.....	16
4 QUANTITATIVE BEDARFSANALYSE	16
4.1 PERSONAL IN DER INTENSIVPFLEGE.....	17
4.2 FACHKRAFTQUOTEN IN DER INTENSIVPFLEGE	18
4.3 QUALIFIKATIONSABHÄNGIGE TÄTIGKEITSFELDER IN DER INTENSIVPFLEGE	20
4.4 SOFORTBEDARF	21
4.5 ERSATZBEDARF.....	23
4.6 MEHRBEDARF	24
4.7 PROGNOSE	27
5 ANALYSE VORHANDENER WEITERBILDUNGEN.....	29
5.1 ORGANISATION DER WEITERBILDUNG.....	29
5.1.1 <i>Ziele</i>	30
5.1.2 <i>Zugangsvoraussetzungen</i>	31
5.1.3 <i>Dauer und Struktur</i>	32
5.1.4 <i>Weiterbildungsinhalte</i>	33
5.1.5 <i>Prüfung</i>	36
5.1.6 <i>Anerkennung</i>	38
5.1.7 <i>Weiterbildungsstätten</i>	38
5.2 INTEGRATIVE AUS- UND WEITERBILDUNG ZUM PFLEGESPEZIALISTEN IN FRANKFURT	39

5.2.1	Hintergrund	40
5.2.2	Ziele und Berufsbild	41
5.2.3	Struktur, Organisation und Inhalte.....	42
5.3	BACHELOR STUDIENGANG IN ALLIED HEALTH MIT VERTIEFUNGSRICHTUNG INTENSIVE CARE PRACTITIONER.....	43
5.3.1	Ziele	44
5.3.2	Zugangsvoraussetzungen.....	44
5.3.3	Dauer und Struktur.....	45
5.3.4	Studieninhalte	46
6	GRUNDSTÄNDIGE AUSBILDUNG FÜR INTENSIVPFLEGEKRÄFTE IM KLINIKVERBUND SÜDWEST.....	48
6.1	HINTERGRUND	48
6.2	ZIELE UND BERUFSBILD	49
6.3	STRUKTUR UND ORGANISATION.....	50
6.4	AUSBILDUNGSINHALTE.....	51
7	EINSCHÄTZUNG DURCH EXPERTEN AUS DER PFLEGE: BEWERTUNG DER IDEE EINER GRUNDSTÄNDIGEN AUSBILDUNG	58
7.1	MITTEL GEGEN FACHKRÄFTEMANGEL.....	58
7.2	ANFORDERUNGEN AN DIE AUSBILDUNG UND QUALIFIZIERUNG	59
7.3	„SACKGASSENBERUF“?	63
7.4	TÄTIGKEITSPROFILE UND QUALIFIKATION	65
7.5	AKZEPTANZ	68
7.6	ZUKUNFTSPERSPEKTIVE	71
C.	WEITERBILDUNG IN DER PSYCHIATRIEPFLEGE	74
8	QUANTITATIVE BEDARFSANALYSE	76
8.1	PERSONAL IN DER PSYCHIATRIEPFLEGE	76
8.2	FACHKRAFTQUOTEN IN DER PSYCHIATRIEPFLEGE	77
8.3	SOFORTBEDARF	78
8.4	ERSATZBEDARF.....	79
8.5	MEHRBEDARF	80
8.6	PROGNOSE.....	82
9	ANALYSE VORHANDENER WEITERBILDUNGEN.....	84
9.1	ORGANISATION DER WEITERBILDUNG.....	84

9.1.1	Ziele	84
9.1.2	Voraussetzung	85
9.1.3	Dauer und Struktur	86
9.1.4	Weiterbildungsinhalte	87
9.1.5	Prüfung	90
9.1.6	Anerkennung	91
9.1.7	Weiterbildungsstätten	91
9.2	INTEGRATIVE AUS- UND WEITERBILDUNG ZUM PFLEGESPEZIALISTEN IN FRANKFURT	92
9.3	STUDIENGÄNGE MIT DEM SCHWERPUNKT PSYCHIATRISCHE PFLEGE	92
9.3.1	Bachelor-Studiengang Psychische Gesundheit / Psychiatrische Pflege	92
9.3.2	Studiengang „Erweiterte Pflegekompetenzen bei langfristigem Versorgungsbedarf (Schwerpunkt Psychiatrie)“	97
10	GROBKONZEPT FÜR EINE DIREKTQUALIFIKATION IN DER PSYCHIATRIEPFLEGE DER ASKLEPIOS KLINIKEN	99
10.1	ZIELE UND BERUFSBILD	99
10.2	STRUKTUR UND ORGANISATION	100
10.3	AUSBILDUNGSINHALTE	102
11	EINSCHÄTZUNG DURCH EXPERTEN AUS DER PFLEGE: BEWERTUNG DER IDEE EINER GRUNDSTÄNDIGEN AUSBILDUNG	106
11.1	IDENTIFIZIERTE VORTEILE	106
11.2	IDENTIFIZIERTE NACHTEILE	106
11.3	ANFORDERUNGEN AN DIE AUSBILDUNG UND QUALIFIZIERUNG	108
11.4	„SACKGASSENBERUF“?	111
11.5	TÄTIGKEITSPROFILE UND QUALIFIKATION	112
11.6	AKZEPTANZ	113
11.7	ZUKUNFTSPERSPEKTIVE	114
D.	FAZIT	116
12	ZUSAMMENFASSUNG	116
12.1	ENTWICKLUNG VON FACHKRÄFTEBEDARF UND FACHKRÄFTEMANGEL	116
12.2	ANSÄTZE EINER GRUNDSTÄNDIGEN AUSBILDUNG	117
12.3	QUANTITATIVE UND QUALITATIVE BEDARFSDECKUNG	119
12.4	AUSGESTALTUNG EINER GRUNDSTÄNDIGEN AUSBILDUNG	120

12.5	BEWERTUNG EINER GRUNDSTÄNDIGEN AUSBILDUNG	121
13	AUSBLICK	123
	LITERATURVERZEICHNIS	128
	ANHANG: INTERVIEWLEITFADEN	132

A. Einleitung

1 Hintergrund

Im Jahr 2008 wurden erstmals Vorausberechnungen zur Zahl der in Krankenhäusern stationär behandelten Patientinnen und Patienten sowie die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland von der amtlichen Statistik veröffentlicht. Diese Berechnungen wurden auf Grundlage der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung aktualisiert.

Die Zahl der Krankenhausfälle ist demnach in den Jahren 1995 bis 2008 von 15,8 auf 17,9 Millionen gestiegen. Diese Entwicklung verlief jedoch nicht kontinuierlich: Während bis zum Jahr 2002 ein Anstieg auf 17,4 Millionen Fälle zu verzeichnen war, ging die Zahl in den drei Folgejahren zunächst auf knapp 17 Millionen zurück und ist seitdem wieder um fast eine Million Fälle angestiegen. Eine mögliche Erklärung des zwischenzeitlichen Rückgangs ist die Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) im Jahr 2002. Die vormals gültigen festen Tagessätze im Krankenhaus wurden von Pauschalbeträgen abgelöst. Ziele dieser Einführung waren eine Steigerung der Effektivität, ein Rückgang der Verweildauer und insgesamt eine Dämpfung der Ausgaben (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010).

Die beobachtete Verschiebung in der Altersstruktur der Bevölkerung zugunsten älterer Menschen in den letzten Jahren zeigt sich deutlich in der Verschiebung der Anteile der Krankenhausfälle nach einzelnen Altersgruppen. Demografisch bedingt wird es einen deutlichen Rückgang des Anteils der unter 40-jährigen Menschen an allen in Krankenhäusern behandelten Fällen geben. Gleiches gilt für die Gruppe der 40- bis 60-Jährigen bis zum Jahr 2030 (Abb. 1). Bis 2030 wird der Anteil der 60- bis unter 80-Jährigen dagegen deutlich auf fast 42% anwachsen (2008: 35,0%), wobei der Anstieg sich vor allem im Zeitraum 2020 bis 2030 vollzieht. Der auf die ab 80-Jährigen entfallende Anteil an Krankenhausfällen wird bereits bis 2020 deutlich (von 13,9% in 2008 auf 19,5% in 2020) und danach nur noch leicht auf 20,7% steigen. Ursache für diese un stetigen Entwicklungen ist die wesentlich durch die geburten schwachen Jahrgänge der Kriegs- und Nachkriegsjahre sowie die geburtenstarken Jahrgänge der 1950er und vor allem der 1960er-Jahre gekennzeichnete Bevölkerungsentwicklung (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010).

Es gibt jedoch nicht nur einen allgemeinen Patientenzuwachs aufgrund demographischer Entwicklungen, sondern auch selektive Steigerungen der Patientenzahlen in einzelnen

Fachgebieten. So berichten beispielsweise die psychiatrischen Krankenhäuser in Deutschland über stetige Zunahmen ihrer Fallzahlen in den letzten Jahren.



Abb. 1: Krankenhausfälle nach Altersgruppen (Status-Quo-Szenario)
(Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010)

Der prognostizierte demografische Wandel und die damit einhergehenden gesellschaftlichen Umwälzungen erhöhen den Druck auf die Bildungs-, Sozial- und Gesundheitssysteme, die gesundheitliche und pflegerische Versorgung der Bevölkerung auch in Zukunft sicherzustellen. Insbesondere durch die veränderte Patientenstruktur wird sich nicht nur der Bedarf an Pflegekräften erhöhen, sondern auch die Anforderungen an das Pflegepersonal werden größer. Vor diesem Hintergrund stellt insbesondere die Nachwuchssicherung an qualifizierten und weitergebildeten Pflegefachkräften eine wichtige Aufgabe und große Herausforderung dar.

Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (bgw) prognostiziert, dass der Fachkräftebedarf beispielsweise in der Altenpflege von 320.000 Vollzeitkräften im Jahr 2007 auf voraussichtlich 840.000 Vollzeitkräfte im Jahr 2050 steigen wird. Dem stehen zum einen die sinkenden Zahlen der Schulabgänger und damit das geringere Potenzial an jungen Nachwuchskräften (INBAS et al., 2010) und zum anderen die seit Jahren instabilen Ausbildungszahlen in der Altenpflege und der Krankenpflege gegenüber. So ist beispielsweise die Zahl der Altenpflegeschüler von 45.638 im Jahr 2003/2004 auf 41.553 im Jahr 2008/2009 gesunken (Rückgang: 9%). Dahingegen wurde im Jahr 2011 ein Anstieg der Altenpflegeschüler auf 46.174 berichtet (Anstieg: 11%). In der Krankenpflege sind die Zahlen im Zeitraum 2003/2004 bis 2008/2009 ebenfalls zurückgegangen: von 58.426 auf 55.588 Schüler (Rückgang: 5%). Auch in diesem Bereich wurde im Jahr 2011 ein leichter Anstieg der Anzahl an Pflegeschülern (auf 57.134) um 3% gemeldet (BMBF, 2005, 2009, 2011). Der Anstieg der Schüler in der Alten- und Krankenpflege bedeutet zwar eine geringe Entspannung der Lage im Ausbildungsbereich. Es besteht jedoch immer noch deutlicher Handlungsbedarf, um die pflegerische Patientenversorgung langfristig zu sichern.

Unterschiedliche Fach- Berufs- und Sozialverbände weisen seit einiger Zeit auf einen erheblichen Mangel an fachlich qualifizierten Pflegenden hin, der sich weiterhin verschärfen und für die beruflich Pflegenden zu einer gefährlichen Verdichtung der Arbeitsauslastung führen wird. Als Handlungsstrategie wird insbesondere empfohlen, eine ausreichende Anzahl von Fachkräften sicherzustellen und die Berufsattraktivität durch Anhebung des Ausbildungsniveaus zu steigern.

Unbesetzte Planstellen – speziell im Intensivbereich – sind heute in den deutschen Krankenhäusern keine Seltenheit mehr und führen zur Verknappung der Intensivbettenkapazität bzw. zur Verschiebung geplanter Operationen in der betroffenen Einrichtung. Neben der Versorgungseinschränkung für die Patienten zieht dies eine Erlösminderung für die entsprechende Klinik nach sich. Ferner nutzen die Krankenhäuser in Zeiten des Fachkräftemangels insbesondere das Weiterbildungsangebot zur Fachpflegekraft für z. B. Intensivpflege, Anästhesie oder auch Psychiatrie massiv zur Mitarbeitergewinnung und -bindung. Pflegenden, die die Weiterbildung absolvieren, werden mit zusätzlichen finanziellen Anreizen „geködert“, um sich einen Wettbewerbsvorteil im Wettstreit der Kliniken um mangelndes Fachpflegepersonal zu verschaffen.

2 Forschungsauftrag

Die Intensiv- und Psychiatriepflege in Deutschland sollte, nach Meinung der Fach- und Berufsverbände, überwiegend entsprechend weitergebildetem Personal vorbehalten sein. Daneben können auch examinierten Pflegekräften ohne entsprechende Zusatzqualifikation in psychiatrischen Einrichtungen / Stationen pflegerisch tätig sein. Die Stellenentwicklung in diesen Bereichen gestaltet sich jedoch zusehends schwierig. Eine hinreichende Fachkraftquote entsprechend den Empfehlungen von Fachgesellschaften ist vielerorts nicht realisiert.

Die Fachkraftquote in der Psychiatriepflege, also der Anteil der Pflegekräfte mit Weiterbildung zur Fachkrankenpflege für Psychiatrie an den Pflegekräften in der Psychiatrie insgesamt, liegt nach dem DKI-PSYCHIatrie Barometer 2011 in den Einrichtungspsychiatrien bei 13%. In den Abteilungspsychiatrien liegt der entsprechende Anteilswert bei 17%. Nach den Ergebnissen des DKI-Krankenhaus *Barometers* 2011 liegt die Fachkraftquote in der Intensivpflege bei 38,8%.

Des Weiteren ist der zeitliche Vorlauf für die Weiterbildung relativ lange: Nach einer dreijährigen Ausbildung in der Pflege erfolgt in der Regel eine mehrjährige Tätigkeit auf der Normal- und / oder der Intensivstation bzw. in der psychiatrischen Pflege, ehe eine bis zu zweijährige Weiterbildung absolviert wird. Die bisherige Weiterbildungsorganisation ist somit auch sehr kostenaufwendig und langwierig. Angesichts zurückgehender Bewerberzahlen in der Pflege und dem hohen Kostendruck in den Krankenhäusern ist daher fraglich, ob der Bedarf an (weitergebildeten) Pflegekräften künftig noch gedeckt werden kann.

Ein Lösungsansatz für dieses Problem besteht in der Neukonzeption und Etablierung von Direktqualifikationen oder grundständigen Ausbildungen in der Intensiv- und Psychiatriepflege. Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) gebeten, entsprechende Konzepte und Modelle zu beschreiben, zu analysieren und zu bewerten

Konkret sollen die folgenden Fragen beantwortet werden:

- Wie wird sich der Fachkräftebedarf bzw. der Fachkräftemangel in der Intensiv- und Psychiatriepflege entwickeln?
- Welche Ansätze einer grundständigen Ausbildung in der Intensiv- und Psychiatriepflege existieren bereits?

- Ist eine grundständige Ausbildung in der Intensiv- und Psychiatriepflege ein geeignetes Instrument, um den Bedarf qualitativ wie quantitativ zu decken?
- Wie ist eine grundständige Ausbildung in der Intensiv- und Psychiatriepflege inhaltlich und organisatorisch auszugestalten?
- Wie sind die vorhandenen bzw. sich in der Entwicklung befindlichen Konzepte einer grundständigen Ausbildung in der Intensiv- und Psychiatriepflege fachlich-inhaltlich zu bewerten?
- Welche politisch-praktischen Schlussfolgerungen lassen sich mit Blick auf die Weiterentwicklung der Pflegeberufe aus den Ergebnissen der Studie ziehen?

Dabei ist es Ziel und Auftrag der vorliegenden Studie, im Sinne eines Diskussionspapiers Stärken und Schwächen, Chancen und Grenzen einer Direktqualifikation für die Intensiv- und Psychiatriepflege darzustellen. Empfehlungen für oder gegen entsprechende grundständige Ausbildungen sollen daher ausdrücklich nicht ausgesprochen werden.

An dieser Stelle möchten wir der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für ihre finanzielle Förderung des Projektes sowie allen Ansprechpartnern und Experten für ihre engagierte Unterstützung danken.

3 Methodik

Im Projekt sind fünf verschiedene methodische Ansätze zum Einsatz gekommen: Literaturanalysen (Kap. 3.1), Befragungen von Allgemeinkrankenhäusern (Kap. 3.2) und Psychiatrien (Kap. 3.3), Experteninterviews (Kap. 3.4.) sowie Sekundäranalysen vorhandener Statistiken (Kap. 3.5).

3.1 Literaturanalysen

Zielsetzung der Literaturanalysen war eine systematische Bestandsaufnahme der Qualifizierungen und Tätigkeitsbereiche in der Intensiv- und Psychiatriepflege sowie der vorhandenen bzw. diskutierten Weiterentwicklungsoptionen.

Die verschiedenen Ansätze zur Weiterbildung bzw. der alternativen Modelle wurden mittels eines einheitlichen Analyserasters untersucht. Mit Hilfe des Rasters wurden die verschiedenen konzeptionellen Ansätze nach einheitlichen Kategorien analysiert und bewertet. Im Analyseraster wurden beispielsweise folgende Kriterien herangezogen: Aus- / Weiterbildungsziele, Voraussetzungen, Dauer und Struktur sowie Aus- / Weiterbildungsinhalte.

3.1.1 Derzeitige Weiterbildungsmöglichkeiten

Der Darstellung der derzeitigen Qualifizierungen in der Intensivpflege liegen die Weiterbildungsgesetze bzw. -verordnungen der Länder bzw. – für Länder ohne eigene Weiterbildungsregelung - die DKG-Empfehlung zur Weiterbildung von Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegekräften (2011) zugrunde (vgl. Kap. 5.1).

Der Bachelor Studiengang in Allied Health mit Vertiefungsrichtung Intensive Care Practitioner, der von der Steinbeis-Hochschule in Berlin in Kooperation mit der Akademie der Kreiskliniken Reutlingen angeboten wird, wird als akademische Qualifizierungsmöglichkeit in der Intensivpflege vorgestellt (vgl. Kap. 5.3).

Die derzeitigen Weiterbildungsstrukturen in der Psychiatriepflege wurden anhand der Analyse der Weiterbildungsgesetze in den Gesundheitsfachberufen sowie der Weiterbildungs- und Prüfungsverordnungen für Gesundheitsfachberufe in der Psychiatrie herausgearbeitet (vgl. Kap. 9.1).

Die Möglichkeiten einer akademischen Weiterqualifizierung wurden in der Psychiatriepflege anhand des Bachelor-Studiengangs Psychische Gesundheit / Psychiatrische Pflege der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld sowie des Studiengangs „Erweiterte Pflegekompetenzen bei langfristigem Versorgungsbedarf (Schwerpunkt Psychiatrie)“ der Katholischen Hochschule Mainz analysiert (vgl. Kap. 9.2).

Eine weitere Variante bildet die integrative Aus- und Weiterbildung zum Pflegespezialisten durch die Universitätsklinik Frankfurt. Hier kann im unmittelbaren Anschluss an die dreijährige, staatlich anerkannte Pflegeausbildung eine einjährige Weiterbildung absolviert werden, u.a. in der Intensiv- und Psychiatriepflege. Der Pflegespezialist wird wegen der konzeptionellen Überschneidungen in der Intensiv- und Psychiatriepflege nur in einem Kapitel vorgestellt (vgl. Kap. 5.2).

3.1.2 Grundständige Ausbildungen

Im Fokus der Untersuchung stehen die Darstellung und Diskussion von Ansätzen einer grundständigen Ausbildung oder Direktqualifikation für die Intensiv- und Psychiatriepflege. Hierzu wurden die entsprechenden Konzepte einer differenzierten Analyse unterzogen:

Für die Intensivpflege wird das ausgearbeitete Konzept der grundständigen Ausbildung für Intensivpflegekräfte des Klinikverbunds Südwest herangezogen, das bei Untersuchungsende kurz vor der praktischen Umsetzung steht. (vgl. Kap. 6).

Mit Blick auf die Psychiatriepflege wird das Grobkonzept für eine Direktqualifikation zum Gesundheits- und KrankenpflegerIn in der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie der Asklepios Kliniken GmbH vorgestellt, das eine mögliche grundständige Ausbildung vorderhand noch skizziert (vgl. Kap. 10).

3.2 DKI-Krankenhaus Barometer

Beim *DKI-Krankenhaus Barometer* handelt es sich um eine jährlich bundesweit durchgeführte Repräsentativbefragung deutscher Krankenhäuser zu aktuellen krankenhauses- bzw. gesundheitspolitischen Themen. Das *Barometer* wird im Auftrag der Träger des DKI erstellt; das sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Verband der Krankenhausdirek-

toren Deutschlands (VKD), der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VIK) und die Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft (DKVG).

Ziel des *Krankenhaus Barometers* ist es, den Krankenhäusern und den Krankenhausverbänden zeitnahe Informationen zum aktuellen Krankenhauseschehen zur Verfügung zu stellen. Seit seiner Einführung im Jahr 2000 hat sich das *Krankenhaus Barometer* zu einem einzigartigen Informationsinstrument im Krankenhausbereich entwickelt, das seither exklusiv, kontinuierlich und auf repräsentativer Basis über zahlreiche aktuelle Themen aus dem Krankenhausbereich berichtet.

Einen Themenschwerpunkt im *Krankenhaus Barometer* 2011 bildet die Intensivmedizin und Intensivpflege. In diesem Zusammenhang wurden grundlegende Informationen zur Fachkraftquote, zum Fachkräftemangel sowie zu Weiterentwicklungsoptionen in der Intensivpflege erhoben. Diese Daten wurden im Rahmen der vorliegenden Studie reanalysiert (vgl. Kap. 4).

Die Ergebnisse des *Krankenhaus Barometers* 2011 beruhen auf der schriftlichen Befragung von zugelassenen Allgemeinkrankenhäusern ab 50 Betten in Deutschland, welche von April bis Juli 2011 durchgeführt worden ist. Beteiligt haben sich insgesamt 272 Krankenhäuser.

Die Krankenhäuser unter 50 Betten wurden nicht in die Erhebung einbezogen, da es sich vielfach um Kliniken mit einem besonderen Leistungsspektrum und einer besonderen Struktur handelt (z. B. zahlreiche Privatkliniken ohne Versorgungsauftrag, kleine Fach- und Belegkliniken). Durch die Nicht-Einbeziehung dieser Häuser, auf die bundesweit lediglich ca. 1% der Betten, der Patienten und des Krankenhauspersonals entfallen, wird eine homogenere Gruppe der kleineren Krankenhäuser in der Grund- und Regelversorgung geschaffen.

3.3 DKI-PSYCHIatrie Barometer

Beim PSYCHIatrie Barometer handelt es sich um eine im Jahr 2011 erstmals durchgeführte jährliche Repräsentativbefragung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen zu aktuellen Fragestellungen in diesem Versorgungsbereich. Das bewährte Konzept des *DKI-Krankenhaus Barometers* (DKI, 2000ff.) für den somatischen Bereich wird damit auf die Psychiatrie übertragen.

Das PSYCHIatrie Barometer wird ebenfalls im Auftrag der Träger des DKI erstellt. Im *Psychiatrie Barometer* werden - in Analogie zum *Krankenhaus Barometer* - jährlich aktuelle

Themen in diesem Versorgungsbereich erhoben. Grundgesamtheit der Befragung sind alle psychiatrischen bzw. psychosomatischen Krankenhäuser in Deutschland sowie die Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen.

Im PSYCHIatrie Barometer 2011 wurden u.a. die Fachkraftquote sowie der Fachkräftemangel für die Psychiatriepflege erhoben. Diese Daten wurden für die vorliegende Studie aufbereitet (vgl. Kap. 8).

Die Ergebnisse des PSYCHIatrie Barometers 2011 beruhen auf einer Vollerhebung in den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Allgemeinkrankenhäusern mit psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen, welche von Mai bis Juli 2011 durchgeführt worden ist. Beteiligt haben sich insgesamt 178 Einrichtungen.

3.4 Experteninterviews

Zur Ergänzung und Vertiefung der Ergebnisse aus den Literaturanalysen und standardisierten Befragungen wurden Experteninterviews durchgeführt. Die elf Experten wurden aufgrund ihres besonderen theoretischen und / oder Praxiswissens auf den Gebieten der Aus- und Weiterbildung ausgewählt. Es wurden verschiedene Experten aus Krankenhäusern, Aus- und Weiterbildungseinrichtungen sowie aus Berufs- und Interessensverbänden einbezogen, um auf diese Weise die verschiedenen Meinungsbilder und Interessen einzubeziehen.

Den befragten Experten wurde Vertraulichkeit zugesichert. Deswegen sind sie nachfolgend nicht namentlich aufgelistet, sondern nur summarisch ihre Funktionen und Qualifikationen aufgeführt. Konkret setzte sich die Expertengruppe wie folgt zusammen:

- 2 Pflegedienstleitungen von Allgemeinkrankenhäusern
- 2 Pflegedienstleitungen von psychiatrischen Fachkrankenhäusern
- 4 Leitungen von Krankenpflegeschulen/Aus- und Weiterbildungsstätten für Gesundheitsberufe
- 3 Bereichsleitungen für Intensiv- oder Psychiatriepflege

Alle Interviewpartner haben eine Pflegeausbildung absolviert, teilweise auch Weiterbildungen in der Intensiv- oder Psychiatriepflege. Die Mehrzahl der befragten Experten ist berufspolitisch in entsprechenden Fachgesellschaften oder Berufsverbänden aktiv.

Die circa 1-2stündigen Experteninterviews wurden persönlich oder telefonisch geführt. Bei den Interviews kamen eigens für die Studie entwickelte Leitfäden zum Einsatz. Für die Psychiatrie- und Intensivpflege wurden zwei verschiedene Interviewleitfäden entwickelt, die jeweils die gleichen vier Themenblöcke enthielten. Die einzelnen Fragen waren jeweils auf die Besonderheiten der Intensiv- bzw. Psychiatriepflege fokussiert (vgl. Anhang).

Die Experten wurden zunächst jeweils um eine Einschätzung und allgemeine Bewertung einer grundständigen Ausbildung in der Psychiatrie- bzw. Intensivpflege gebeten. Gegenstand dieses Themenblocks waren mögliche Gründe für eine Entwicklung, Zielgruppen sowie Vor- und Nachteile einer grundständigen Ausbildung. Im Themenbereich „Strukturierung einer grundständigen Ausbildung“ wurden die Experten nach ihren Anforderungen an eine grundständige Ausbildung befragt. Beispielsweise wurden die Dauer oder die Zugangsvoraussetzungen diskutiert. Der Themenblock „Tätigkeitsprofile“ umfasste Fragen über Unterschiede im Tätigkeitsspektrum von Psychiatrie- bzw. Intensivpflegern mit und ohne Fachweiterbildung sowie (perspektivisch) mit grundständiger Ausbildung. Abschließend wurden die Interviewteilnehmer zu einer Einschätzung der Zukunftsperspektiven der Aus- und Weiterbildung in der Intensiv- bzw. Psychiatriepflege befragt.

Die Ergebnisse der Experteninterviews sind, jeweils getrennt nach Pflegebereichen, im Kapitel 7 (Intensivpflege) und Kapitel 11 (Psychiatriepflege) aufbereitet.

3.5 Sekundäranalysen

Abgerundet werden die empirischen Analysen durch Sekundäranalysen vorhandener Statistiken. Datenquellen waren in erster Linie die Bevölkerungsstatistik und die Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes. Retrospektiv wurde mittels der sekundärstatistischen Analysen vor allem die Entwicklung der Personalzahlen und Qualifikationsstrukturen in der Intensiv- und Psychiatriepflege untersucht. Prospektiv erfolgten Prognosen zur Entwicklung von Fallzahlen sowie zum Personalbedarf in der Psychiatrie- und Intensivpflege (vgl. Kap. 4 und 8).

B. Weiterbildung in der Intensivpflege

Die Weiterbildung in der Intensiv- und Anästhesiepflege ist in der Bundesrepublik Deutschland schon lange etabliert. Erste Weiterbildungslehrgänge für Anästhesie und Intensivpflege wurden, von Intensivmedizinern initiiert, bereits in den 60er Jahren durchgeführt.

Derzeit ist es deutschlandweit schwierig, Planstellen im Intensivbereich mit qualifiziertem Pflegepersonal zu besetzen. Inwieweit sich diese Entwicklung, ggf. aufgrund des demographischen Wandels noch verstärken wird, wird im nachfolgenden Kapitel 4 dargestellt.

Bislang kann die Weiterbildung in der Regel nach einer dreijährigen Ausbildung in der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege sowie mehrmonatiger oder -jähriger Tätigkeit auf der Normal- und/oder der Intensivstation, absolviert werden. Die Darstellung dieser und alternativer Weiterbildungsansätze erfolgt in Kapitel 5.

Eine Alternative zur tradierten Weiterbildung stellt eine grundständige Ausbildung in der Intensivpflege dar. Die Vorstellung und Bewertung einer solchen Direktqualifikation thematisieren die Kapitel 6 und 7.

4 Quantitative Bedarfsanalyse

Nachfolgend soll der Bedarf an Intensivpflegepersonal für die nächsten zehn Jahre oder konkret für den Zeitraum von 2011 bis 2020 prognostiziert werden.¹ Der Personalbedarf in der Intensivpflege wird maßgeblich durch drei Einflussfaktoren bestimmt: den Sofortbedarf, den Ersatzbedarf und den Mehrbedarf an Intensivpflegekräften.

Ausgangsbasis ist der derzeitige Stellenbestand bzw. die gegebene Fachkraftquote in der Intensivpflege. Aussagen dazu, inwieweit die aktuellen Stellenpläne bedarfsgerecht sind, werden – auch mangels objektiver und weitestgehend konsensfähiger Maßstäbe – somit ausdrücklich nicht getroffen. Der Bedarf wird somit unter der Prämisse prognostiziert, dass die heutigen Stellenbesetzungen – inklusive demografiebedingter Fortschreibungen – zumindest erhalten bleiben.

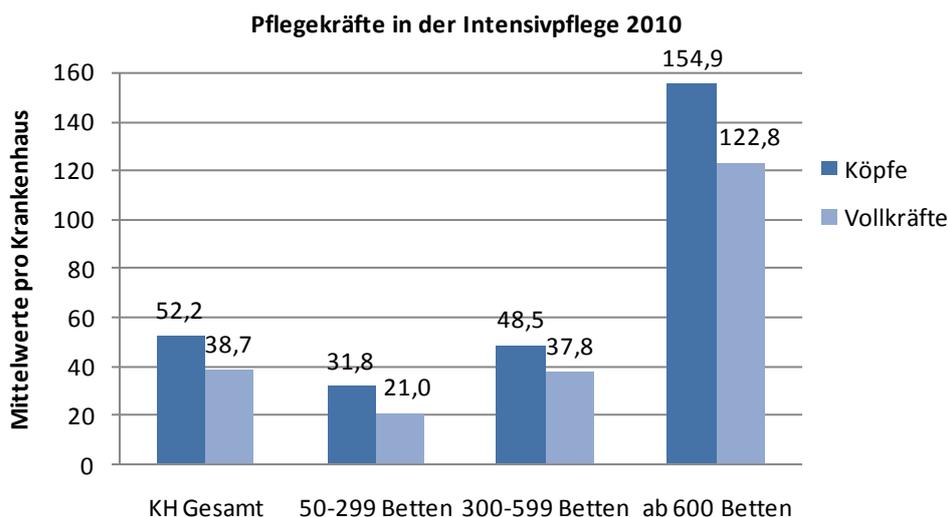
Datengrundlage der folgenden Darstellung bilden Sekundäranalysen der amtlichen Statistik des Statistischen Bundesamtes sowie der Ergebnisse des *DKI-Krankenhaus Barometers*, ei-

¹ Bei Fertigstellung der Studie stammten die aktuellsten verfügbaren Daten der amtlichen Statistik, auf der die Prognose maßgeblich basiert, aus dem Jahr 2010. Deswegen geht auch das Jahr 2011, obwohl schon vorüber, in die Prognose ein.

ner jährlich durchgeführten Repräsentativbefragung deutscher Krankenhäuser zu aktuellen krankenhauses- und gesundheitspolitischen Themen (Blum et al., 2011a). Ein Themenschwerpunkt der Umfrage 2011 war die Intensivmedizin und Intensivpflege. An der Umfrage 2011 beteiligten sich 272 Krankenhäuser. Die Ergebnisse sind repräsentativ für die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland ab 50 Betten.

4.1 Personal in der Intensivpflege

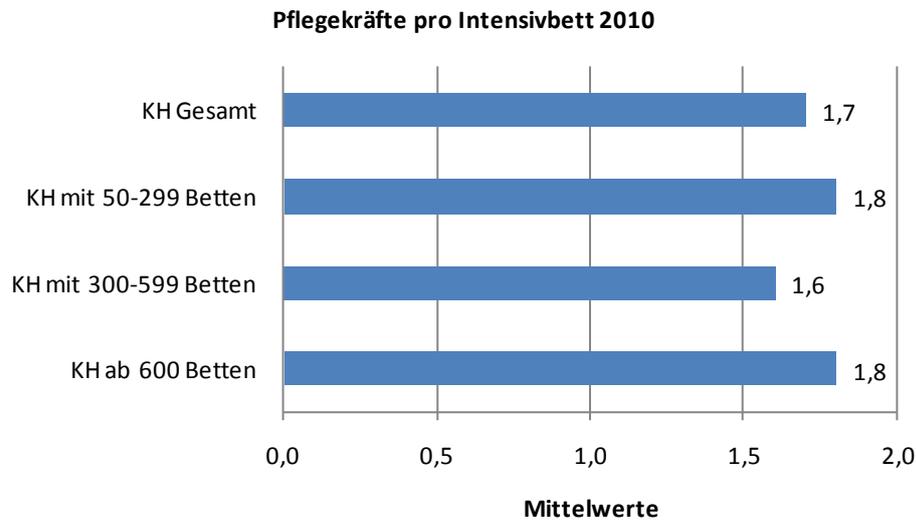
Gemäß dem *DKI-Krankenhaus Barometer* waren Ende 2010 (Stichtag 31.12.2010) pro Krankenhaus mit Intensivbetten im Mittel 52,2 Pflegekräfte (Köpfe) bzw. 38,7 intensivpflegerische Vollkräfte beschäftigt (jeweils ohne SchülerInnen). Die Verteilung nach Bettengrößenklassen kann im Einzelnen der Abbildung 2 entnommen werden.



(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 2: Pflegekräfte in der Intensivpflege in 2010 nach Bettengrößenklassen

Zwar nimmt mit steigender Krankenhausgröße die Absolutzahl der Intensivpflegekräfte merklich zu. Jedoch relativieren sich bei Standardisierung nach Intensivbetten die Unterschiede. Im statistischen Durchschnitt kommen auf ein Intensivbett knapp zwei Pflegekräfte (1,7 Vollkräfte). Nach Bettengrößenklassen resultieren kaum Unterschiede (Abb. 3).



(c) Deutsches Krankenhausinstitut

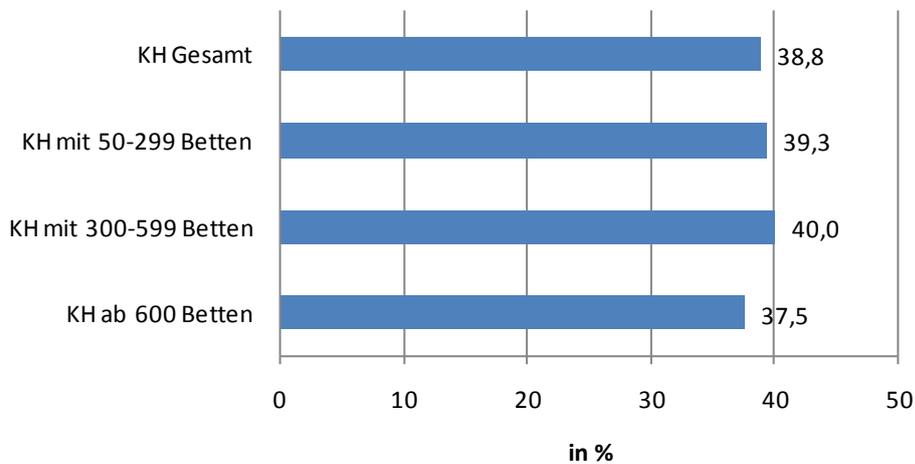
Abb. 3: Pflegekräfte pro Intensivbett in 2010 nach Bettengrößenklassen

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit gab es zum Stichtag 31.12.2010 auf den Intensivstationen deutscher Krankenhäuser rund 63.000 Pflegekräfte (Köpfe). Das entspricht ca. 47.000 Vollkräften in der Intensivpflege.

4.2 Fachkraftquoten in der Intensivpflege

Nach den Ergebnissen des *DKI-Krankenhaus Barometers* liegt die Fachkraftquote in der Intensivpflege, also der Anteil der Pflegekräfte mit abgeschlossener Weiterbildung in der Intensivpflege an den Pflegekräften in den Intensivbereichen insgesamt (in Köpfen), bei 38,8%. Im Vergleich zu einer *DKI-Studie* für das Jahr 2005 bewegt sich die Fachkraftquote in der Intensivpflege damit auf stabilem Niveau (Blum, 2007). Nach Krankenhausgröße gibt es kaum Unterschiede bei den Fachkraftquoten in der Intensivpflege (Abb. 4).

Fachkraftquote in der Intensivpflege 2010

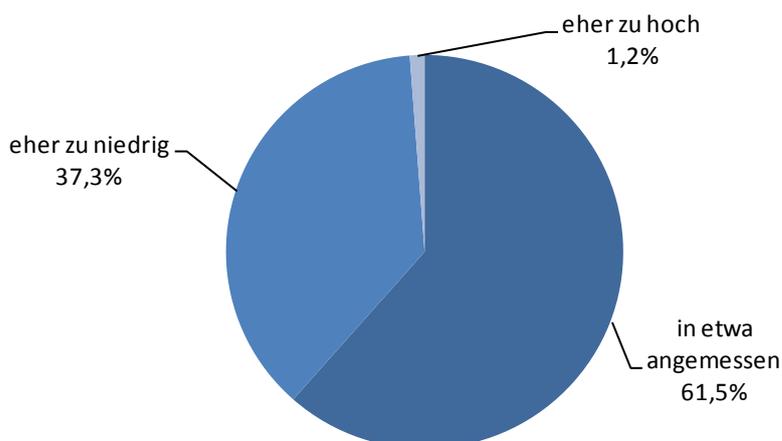


(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 4: Fachkraftquote in der Intensivpflege in 2010

Gefragt nach der Angemessenheit ihrer hausindividuellen Fachkraftquote in der Intensivpflege bewerten rund zwei Drittel der Krankenhäuser mit intensivmedizinischer Versorgung ihre aktuelle Fachkraftquote als angemessen. Gut ein Drittel stuft sie als eher zu niedrig ein. Nur in Ausnahmefällen sind Krankenhäuser der Ansicht, dass sie über zu viele Pflegekräfte mit abgeschlossener Weiterbildung in der Intensivpflege verfügen (Abb. 5).

**Angemessenheit der Fachkraftquote in der Intensivpflege
- Krankenhäuser in %**



(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 5: Angemessenheit der Fachkraftquote in der Intensivpflege

Krankenhäuser, die ihre Fachkraftquote als zu niedrig einstufen, hatten eine durchschnittliche Quote an weitergebildeten Intensivpflegekräften von 30,5% (bei einem oberen Quartilswert von 41,7%). In Krankenhäusern mit angemessener Fachkraftquote gemäß Selbsteinschätzung lag der durchschnittliche Anteil der weitergebildeten Intensivpflegekräfte bei 46,0% (bei einem unteren Quartilswert von 31,8%).

4.3 Qualifikationsabhängige Tätigkeitsfelder in der Intensivpflege

Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Qualifikationen von Intensivpflegekräften und divergierender Fachkraftquoten stellt sich die Frage, ob es auf ihren Intensivstationen Unterschiede in den vorherrschenden Tätigkeitsfeldern zwischen Pflegekräften mit abgeschlossener Weiterbildung in der Intensivpflege und Pflegekräften ohne entsprechende Weiterbildung gibt. Laut *DKI-Krankenhaus Barometer* gibt es in fast 72% der Einrichtungen mit intensivmedizinischen Betten in dieser Hinsicht faktisch keine Unterschiede. Lediglich bei 2% der Einrichtungen variieren viele Tätigkeitsfelder der Intensivpflege in Abhängigkeit von der Qualifikation. In gut 26% der Einrichtungen beschränkt sich der qualifikationsabhängige Einsatz von Intensivpflegekräften auf ausgewählte Tätigkeitsfelder (Abb. 6).



(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 6: Unterschiedliche Tätigkeitsfelder von Intensivpflegekräften mit und ohne Weiterbildung

Im Rahmen einer offenen Frage wurden hier im Wesentlichen drei Tätigkeitsschwerpunkte genannt: das Beatmungsmanagement bzw. die Beatmungspflege, Führungspositionen wie etwa die Schicht- oder Stationsleitung sowie die Praxisanleitung im Rahmen der Weiterbildung oder der Einarbeitung neuer Mitarbeiter auf den Intensivstationen. Unterschiede in den Tätigkeitsfeldern betreffen also stärker qualifizierende oder organisatorische Aspekte als rein fachliche Aspekte.

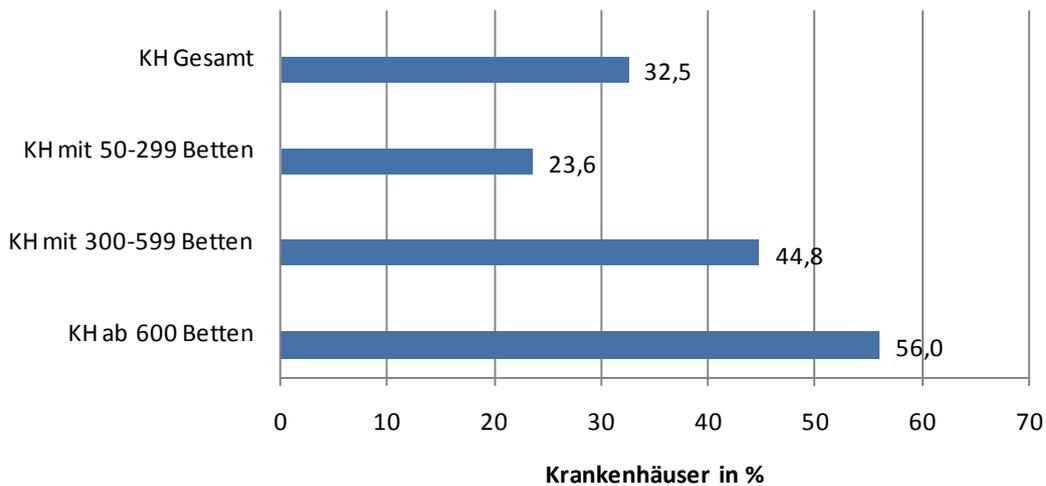
Der Einsatz von Intensivpflegekräften variiert im Übrigen nicht in Abhängigkeit von der Fachkraftquote: D.h. Krankenhäuser, wo die Einsatzbereiche entweder faktisch nicht oder aber in ausgewählten Tätigkeitsfeldern qualifikationsabhängig variierten, hatten im Durchschnitt nahezu identische Fachkraftquoten von jeweils rund 39%. Auch die krankenhausespezifische Bewertung der Fachkraftquote stand in keinem Zusammenhang mit den vorherrschenden Tätigkeitsfeldern von Pflegekräften mit und ohne Weiterbildung. In jeweils gut 71% der Krankenhäuser, welche ihre Fachkraftquote in der Intensivpflege als eher zu niedrig bzw. als etwa angemessen klassifizieren, üben Intensivpflegekräfte mit und ohne Weiterbildung praktisch dieselben Tätigkeiten aus.

4.4 Sofortbedarf

Der Sofortbedarf an zusätzlichen Intensivpflegekräften entspricht der Anzahl derzeit unbesetzter Stellen in der Intensivpflege. Entsprechende Stellenbesetzungsprobleme wurden im *DKI-Krankenhaus Barometer* erhoben. Die konkrete Fragestellung lautete, inwieweit das Krankenhaus Probleme hatte, offene Stellen in der Intensivpflege zu besetzen bzw. wie viele Stellen, gemessen in Vollkräften, vakant waren. Der Fachkräftemangel wird im *Krankenhaus Barometer* also darüber gemessen, dass offene Stellen (wieder) besetzt werden sollen, aber mangels (geeigneter) Bewerber kurzfristig nicht besetzt werden können bzw. längere Zeit vakant bleiben.

Rund ein Drittel der Krankenhäuser (32,5%) hatte zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2011 Probleme, Pflegestellen in ihren Intensivbereichen zu besetzen. Der Personalmangel in der Intensivpflege nimmt mit steigender Krankenhausgröße deutlich zu. Während knapp ein Viertel (23,6%) der kleineren Krankenhäuser unter 300 Betten Stellen in der Intensivpflege nicht besetzen konnte, hatte unter den Großkrankenhäusern ab 600 Betten mehr als jedes zweite Haus (56%) entsprechende Probleme. (vgl. Abb. 7).

KH mit Stellenbesetzungsproblemen in der Intensivpflege 2011

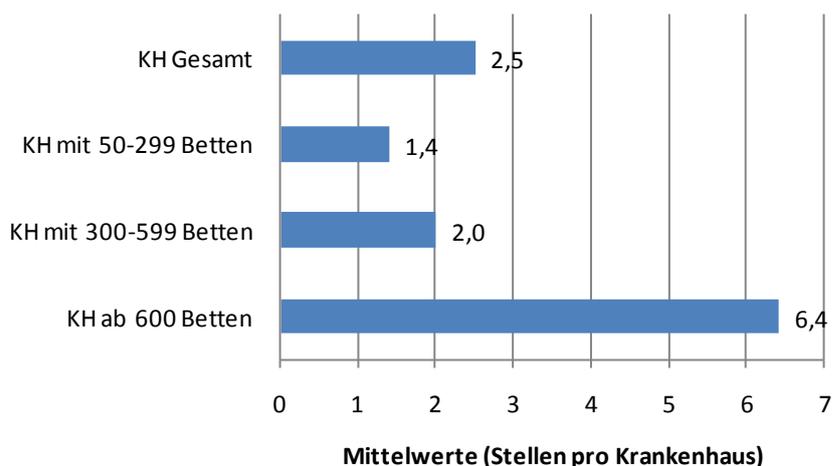


(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 7: Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen in der Intensivpflege in 2011

Die Krankenhäuser mit Personalmangel konnten durchschnittlich 2,5 Vollkraftstellen in der Intensivpflege nicht besetzen. Umgerechnet auf die Gesamtzahl der Intensivpflegekräfte in den jeweiligen Häusern entspricht dies einem Anteilswert von rund 5% vakanter Stellen. Dabei nimmt mit steigender Krankenhausgröße die Anzahl unbesetzter Stellen zu (Abb. 8).

Nicht besetzte Stellen in der Intensivpflege pro KH in 2011



(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 8: Nicht besetzte Stellen in der Intensivpflege pro Krankenhaus in 2011 (Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen)

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der Krankenhäuser mit Intensivstationen blieben bundesweit rund 1.200 Vollkraftstellen in der Intensivpflege bzw. gut 2% der bundesweiten Vollkraftstellen insgesamt unbesetzt.

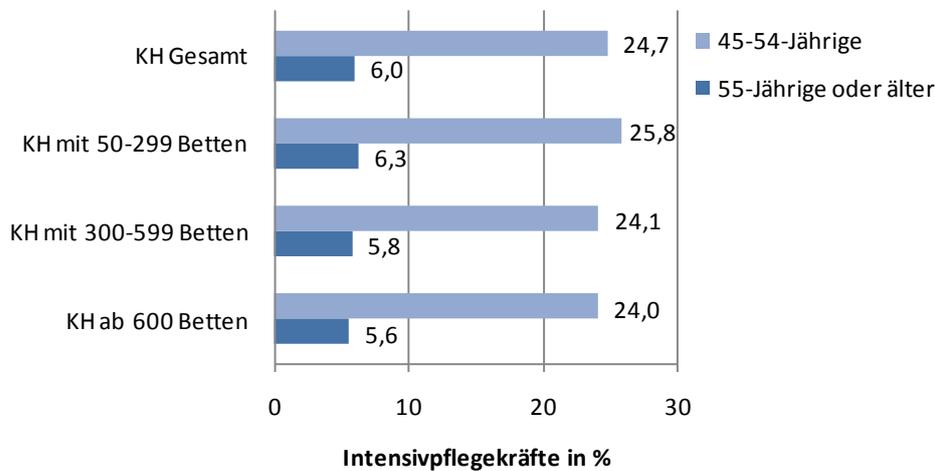
4.5 Ersatzbedarf

Der Ersatzbedarf betrifft den Ersatz von altersbedingt (oder ggf. aus anderen Gründen) aus der Intensivpflege ausscheidendem Personal. Zu diesem Zweck wurden die Befragungsteilnehmer des *DKI-Krankenhaus Barometers* nach der Altersstruktur ihres Intensivpersonals befragt. Darauf basierend wurde der altersbedingte Ersatzbedarf für den Prognosezeitraum taxiert. Konkret sollten die Krankenhäuser angeben, wie hoch der Anteil der 45-54-Jährigen in der Intensivpflege ihrer Häuser ist respektive der Anteil der 55-Jährigen oder älter.

Beim Intensivpflegepersonal sind knapp 25% der Beschäftigten (Köpfe) in der Altersgruppe zwischen 45-54 Jahren und 6% sind 55 Jahre oder älter. Nach Krankenhausgröße resultieren in dieser Hinsicht kaum Unterschiede (Abb. 9).

Verglichen etwa mit der OP- und Anästhesiepflege, für die entsprechende Vergleichsdaten vorliegen (DKI, 2009), weist die Intensivpflege damit eine junge Altersstruktur auf; so sind etwa in der OP-Pflege 29% der Beschäftigten zwischen 45 und 54 Jahren und 12% älter als 55 Jahre. Dies könnte ein Indiz dafür sein, dass belastungsbedingt oder aus anderen Gründen die altersspezifischen Austrittswahrscheinlichkeiten in der Intensivpflege höher ausfallen als in anderen Berufsgruppen. Insofern ist in den nächsten 10 Jahren nicht nur mit einem altersbedingten Ersatzbedarf für die heute über 54-Jährigen zu rechnen, sondern auch für einen relevanten Anteil der Beschäftigten im Alter zwischen 45 und 54 Jahren.

Altersstruktur in der Intensivpflege 2010



(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 9: Altersstruktur in der Intensivpflege in 2010

Legt man die 63.000 Intensivpflegekräfte zugrunde, die Ende 2010 in deutschen Krankenhäusern beschäftigt waren, dann werden bis Ende 2020 davon in jeden Fall 6% oder rund 3.800 Beschäftigte altersbedingt aus dem Berufsleben ausscheiden.

Die Austrittswahrscheinlichkeiten der 45-54-Jährigen lassen sich mangels hinreichender Datengrundlagen nicht exakt berechnen. Angesichts der Verteilung über beide Altersgruppen, der 45-54-Jährigen und der über 54-Jährigen insgesamt, wird für die Prognose vereinfacht unterstellt, dass drei Viertel der heute 45-54-Jährigen nicht über das 54. Lebensjahr hinaus in der Intensivpflege arbeiten werden. In Absolutzahlen entspricht das einem Ersatzbedarf von rund 11.700 Intensivpflegekräften.

In der Summe beläuft sich der Ersatzbedarf für altersbedingt (oder ggf. aus anderen Gründen) aus der Intensivpflege ausscheidendem Pflegepersonal somit auf mindestens ca. 15.500 Beschäftigte. Dies ist insofern noch eine vorsichtige Schätzung, als sich auch in den jüngeren Kohorten Intensivpflegekräfte teilweise beruflich neu orientieren dürften.

4.6 Mehrbedarf

Der Mehrbedarf meint den zusätzlichen Bedarf an Intensivpflegekräften über den aktuellen Bedarf hinaus. Maßgeblich hierfür sind insbesondere die demografische Entwicklung, also

die Entwicklung von Anzahl und Struktur der Krankenhausfälle, sowie die Entwicklung der Teilzeitquote.

Zum demographiebedingte Mehrbedarf liegen Prognosen der statistischen Ämter zu den Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Krankenhausbehandlung in Deutschland vor. Dabei sind prinzipiell zwei Szenarien zu unterscheiden: ein Status-Quo-Szenario und ein Szenario sinkender Behandlungsquoten (Statistisches Bundesamt, 2011)

Nach dem sog. Status-Quo-Szenario hängt die Wahrscheinlichkeit eines stationären Krankenhausaufenthalts heute und in Zukunft vor allem vom Alter und vom Geschlecht ab. Für die Vorausberechnungen werden die aktuellen alters- und geschlechtsspezifischen Krankenhauswahrscheinlichkeiten konstant gehalten und der vorausberechneten Bevölkerung zugrunde gelegt. Demnach würde die Zahl der Krankenhausfälle von 2010 bis 2020 von 17,8 Mio. auf 18,8 Mio. steigen. Das entspricht einer relativen Zunahme von 5,6%.

Das Szenario sinkender Behandlungsquoten geht von der Überlegung aus, dass Menschen bei steigender Lebenserwartung auch länger gesund leben und schwere bzw. häufige Behandlungen erst im späteren Alter auftreten. Zur Prognose werden dementsprechend die aktuellen altersspezifischen Krankenhauswahrscheinlichkeiten entsprechend dem Anstieg der Lebenserwartung in höhere Altersgruppen „verschoben“ und auf die vorausberechnete Bevölkerung bezogen. Gemäß diesem Szenario steigt die Zahl der Krankenhausfälle von 17,7 Mio. in 2010 auf 18,3 Mio. in 2020 oder relativ um 3,4%.

Betrachtet man die beiden Szenarien als Unter- bzw. Obergrenzen der wahrscheinlichen Entwicklung, so liegt der Korridor der voraussichtlichen Krankenhausfälle im Jahr 2020 zwischen 18,3 Mio. und 18,8 Mio., der Korridor für die absolute Zunahme bis dahin zwischen 0,6 Mio. und 1 Mrd. Fällen, sowie für die relative Zunahme zwischen 3,4% und 5,6%.

Unterstellt man vereinfacht sowohl für die Intensivfälle als auch für die Intensivpflegekräfte eine proportionale Entwicklung, dann würde sich der zusätzliche Bedarf an Intensivpflegekräften c.p. innerhalb dieser Marge bewegen. Für die Prognose wurde vereinfacht der mittlere Wert der Marge zwischen Status-Quo-Szenario (5,6%) und dem Szenario sinkender Behandlungsquoten (3,4%) zugrunde gelegt, also ein fallzahlbedingter Mehrbedarf an Intensivpflegekräften von 4,5%. Bei rund 63.000 Intensivpflegekräften Ende 2010 entspricht dies einem Mehrbedarf von ca. 2.800 Beschäftigten bis zum Jahr 2020.

Ein Mehrbedarf an Intensivpflegekräften entsteht schließlich dadurch, dass die Teilzeitarbeit in der Intensivpflege stetig zunimmt. Selbst bei konstantem Bedarf an Vollkräften würde dadurch der Bedarf an Beschäftigten steigen, insofern die Arbeit auf mehr „Köpfe“ zu verteilen ist. Die Entwicklung der Teilzeitquote kann dabei auch als Indikator für allgemeine gesellschaftliche Trends interpretiert werden, wie beispielsweise eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie bzw. Privatleben.

Für die Teilzeitquoten in der Intensivpflege insgesamt liegen keine Daten vor. Das Statistische Bundesamt weist lediglich die entsprechenden Quoten für weitergebildete Fachkräfte aus. Für die Prognose wurden daher die entsprechenden Quoten als Schätzwert zugrundegelegt. Von 2006 bis 2010 sind hier die Teilzeitquoten jährlich um einen Prozentpunkt gestiegen (Statistisches Bundesamt, 2006ff.). Schreibt man diesem Trend bis 2020 linear fort, dann würde die Teilzeitquote bis dahin um 10 Prozentpunkte von 40% in 2010 auf 50% in 2020 steigen.

Bei 63.000 Intensivpflegekräften am Jahresende 2010 und rund 25.200 Teilzeitkräften (40%) würde c.p. die Anzahl der Teilzeitkräfte in der Intensivpflege bis 2020 um 6.300 auf rund 31.500 Teilzeitbeschäftigte (50%) steigen. Unterstellt man für den demographiebedingte Mehrbedarf von 2.800 Intensivpflegekräften eine analoge Steigerung der Teilzeitquote, kommen nochmals rund 300 Beschäftigte hinzu. In der Summe resultiert somit ein teilzeitbedingter Mehrbedarf an Intensivpflegekräften von rund 6.600 Beschäftigten bis zum Jahr 2020.

Der Mehrbedarf insgesamt, also die Summe aus demografie- und teilzeitbedingtem Mehrbedarf, beläuft sich bis 2020 auf 9.400 Intensivpflegekräfte (vgl. Tab. 1).

Tab. 1: Mehrbedarf in der Intensivpflege

Mehrbedarf bis 2020	Intensivpflegekräfte
Demographiebedingter Mehrbedarf	2.800
Teilzeitbedingter Mehrbedarf	6.600
Summe Mehrbedarf	9.400

4.7 Prognose

Nachfolgend soll auf Basis der vorangegangenen Analysen der Bedarf an Intensivpflegekräften bis zum Jahr 2020 prognostiziert werden (Tab. 2). Ausgangsbasis ist der derzeitige Stellenbestand. Wie eingangs erwähnt, wird der Bedarf somit unter der Prämisse prognostiziert, dass die heutigen Stellenpläne – inklusive demografie- und teilzeitbedingter Fortschreibungen – zumindest erhalten bleiben. In diesem Sinne entspricht der substitutive bzw. zusätzliche Personalbedarf in der Intensivpflege somit der Summe von Sofortbedarf, Ersatzbedarf und Mehrbedarf an Intensivpflegekräften. Gemessen wird der Personalbedarf in Beschäftigten („Köpfen“).

Aus diesem Grunde muss zunächst noch der ermittelte Sofortbedarf von 1.200 Vollkräften entsprechend umgerechnet werden. Das Verhältnis von Beschäftigten (63.000 Intensivpflegekräfte) zu Vollkräften (47.000 VK) liegt in der Intensivpflege derzeit bei 1,34. Demzufolge liegt der Sofortbedarf, gemessen in Beschäftigten/Köpfen, bei rund 1.600 Intensivpflegekräften.

Der Ersatzbedarf für altersbedingt oder ggf. aus anderen Gründen aus der Intensivpflege ausscheidendes Pflegepersonal wird bis 2020 auf ca. 15.500 Beschäftigte taxiert.

Der Mehrbedarf für diesen Zeitraum liegt bei 9.400 Intensivpflegekräften. Er setzt sich zusammen aus einem demografiebedingten Mehrbedarf von 2.800 Kräften und einem teilzeitbedingten Mehrbedarf von 6.600 Beschäftigten.

In der Summe aus Sofort-, Ersatz- und Mehrbedarf ist bis zum Jahr 2020 somit ein substitutiver bzw. zusätzlicher Bedarf an Intensivpflegekräften in Höhe von 26.500 Personen erforderlich. Pro Jahr müssten bundesweit somit circa 3.000 neue Mitarbeiter für die Intensivpflege akquiriert werden.

Addiert man die Summe aus Sofort- und Mehrbedarf (11.000 Beschäftigte) zur Beschäftigtenzahl von 63.000 Intensivpflegekräften im Jahr 2010, dann liegt der Bedarf an Intensivpflegekräften im Jahr 2020 bei insgesamt 74.000. Dies entspricht einer Steigerung von 17,5%.

Will man die heutige Fachkraftquote von 39% zumindest halten, müssen c.p. bis dahin etwa 10.300 Mitarbeiter in der Intensivpflege entsprechend weitergebildet werden. Jährlich müssten daher jeweils rund 1.000 Pflegekräfte die Weiterbildung in der Intensivpflege absolvieren.

Tab. 2: Prognose des Bedarfs an Intensivpflegekräften bis 2020

Bedarf	Intensiv- pflegekräfte
<u>Bedarf an Neuzugängen bis 2020</u>	
Sofortbedarf	1.600
Ersatzbedarf	15.500
Mehrbedarf	9.400
Summe Bedarf an Neuzugängen bis 2020	26.500
<u>Zusätzlicher Bedarf gesamt bis 2020</u>	
Intensivpflegkräfte 2010	63.000
Intensivpflegkräfte 2020 (Bedarf)	74.000
Summe zusätzlicher Bedarf gesamt bis 2020	11.000
<u>Zusätzlicher Bedarf an Fachkräften bis 2020 (bei 39% Fachkraftquote)</u>	
Weitergebildete Intensivpflegkräfte 2010	26.500
Weitergebildete Intensivpflegkräfte 2020 (Bedarf)	36.800
Summe zusätzlicher Bedarf an Fachkräften bis 2020	10.300

5 Analyse vorhandener Weiterbildungen

Im Folgenden werden die Qualifikationen bzw. Qualifizierungswege in der Intensivpflege untersucht. Dies erfolgt anhand der Darstellung der heutigen Organisation der Weiterbildung sowie der derzeit typischen Tätigkeitsprofile in der Intensivpflege.

In vielen Bundesländern müssen sich die Weiterbildungsteilnehmer entweder bereits zu Beginn oder im Laufe des Lehrgangs zwischen den zwei Schwerpunkten der Intensivpflege im Erwachsenenbereich sowie der pädiatrischen Intensivpflege entscheiden. Nachfolgend werden nur die Organisation sowie die Tätigkeitsprofile für den Erwachsenenbereich analysiert.

Die Weiterbildungsordnungen für die Intensivpflege umfassen in den meisten Bundesländern auch die Anästhesiepflege. Nachfolgend werden jedoch nur die Aspekte für die Intensivpflege dargestellt.

Neben der traditionellen Weiterbildung sehen neuere Ansätze eine integrative Weiterbildung (Kombination von grundständiger Pflegeausbildung und Intensivweiterbildung im unmittelbaren Anschluss) sowie eine akademische Qualifizierung in der Intensivpflege vor.

5.1 Organisation der Weiterbildung

Die Weiterbildung in der Intensivpflege ist in den entsprechenden Landesgesetzen sowie landesspezifischen Weiterbildungsordnungen geregelt. Die Weiterbildungsordnungen umfassen zumeist spezifizierte Informationen zu Inhalt und Struktur der Weiterbildung.

Der nachfolgenden Analyse liegen die Weiterbildungsgesetze bzw. -verordnungen der folgenden Länder zugrunde: Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen und Schleswig-Holstein. In den Ländern ohne eigene Weiterbildungsordnung nimmt die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) – ggf. wie in Bayern gemeinsam mit der Landeskrankenhausgesellschaft – die Anerkennung der Weiterbildungsstätten vor. In der DKG-Empfehlung zur Weiterbildung von Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegekräften (2011) sind u.a. für die Intensivpflege neben der Anerkennung der Weiterbildungsstätte auch Ziele der Weiterbildung oder Spezifika des Weiterbildungslehrgangs geregelt (z.B. Form, Dauer, Gliederung, Prüfung).

5.1.1 Ziele

Die Weiterbildung in der Intensivpflege soll die Weiterbildungsteilnehmer für Tätigkeiten in den verschiedenen Bereichen der Intensivpflege und -medizin besonders befähigen. Es sollen spezielle (theoretische) Kenntnisse und (praktische) Fertigkeiten sowie die dazu erforderlichen Einstellungen und (patientenorientierten) Verhaltensweisen vermittelt werden. In diesen übergeordneten Weiterbildungszielen stimmen nahezu alle landesspezifischen Verordnungen überein.

Darüber hinaus spezifizieren viele Weiterbildungsordnungen der Länder diese Ziele noch bzw. setzen sie in einen übergeordneten Zusammenhang. Konkret bedeutet dies, dass in manchen Bundesländern in den Weiterbildungsordnungen festgeschrieben steht, dass die Pflege im Intensivbereich unter Anwendung der aktuellen Kenntnisse in den Pflege-theorien, Pflegemodellen und der Pflegewissenschaft vermittelt werden soll. Die Teilnehmer sollen, so sehen es manche Weiterbildungsordnungen explizit vor, nach Beendigung der Weiterbildung, die fachliche Anleitung oder Einarbeitung von bspw. Mitarbeitern und Auszubildenden übernehmen können. Die Zusammenarbeit im therapeutischen Team wird in manchen Weiterbildungsverordnungen ebenso in den Fokus gerückt wie der Umgang mit psychosozialen Belastungen, Konflikten und Krisen sowie die eigenständige Entwicklung von Problemlösungsmöglichkeiten. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle und dem aktuellen Berufsfeld unter Berücksichtigung der historischen Entwicklung und der Zukunftsperspektiven zählen zum Teil ebenso zu den Weiterbildungsschwerpunkten. In der Weiterbildung sollen die Teilnehmer zudem mit den klinischen Krankheitsbildern der Intensivmedizin vertraut gemacht werden.

Die Weiterbildungsteilnehmer sollen insbesondere zur selbständigen und verantwortungsvollen Übernahme folgender Aufgaben befähigt werden:

- umfassende, sach- und fachkundige Durchführung der geplanten Intensivpflege oder eigenständige Planung der intensivmedizinischen Pflege bei Patienten mit akuten Störungen der Vitalfunktionen sowie lindernde Pflege und Sterbebegleitung,
- Planung, Koordination und Organisation des pflegerischen Arbeitsablaufes in Intensivabteilungen

- Mitwirkung an der kontinuierlichen Überwachung und Versorgung der Patienten mit akuten Störungen der Vitalfunktionen und bei fachspezifischen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen,
- Bereitstellung, Bedienung und Überwachung der für die Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen notwendigen Geräte sowie sachgerechter Umgang mit Instrumenten, Geräten, Produkten, Hilfsmitteln und Arzneimitteln, soweit dies zum intensivpflegerischen Aufgabenbereich gehört
- Mitwirkung bei Wiederbelebensmaßnahmen einschließlich der künstlichen Beatmung und externer Herzmassage sowie ggf. Einleitung situationsgerechter Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen eines Arztes,
- Unterstützung ärztlichen Handelns bei der Durchführung und Überwachung fachspezifischer therapeutischer und diagnostischer Maßnahmen,
- Gesundheitsfördernde Lebenshilfe unter Aktivierung der physischen, psychischen und sozialen Ressourcen der Patienten sowie präventive und begleitende Gesundheitsberatung,
- Einhaltung und Überwachung der Hygiene im Verantwortungsbereich der Pflegenden sowie der Unfallverhütungsvorschriften und anderer rechtlicher Vorschriften
- Anwendung von Methoden der Qualitätssicherung

5.1.2 Zugangsvoraussetzungen

An den Weiterbildungslehrgängen in der Intensivpflege können in der Regel Personen teilnehmen, die eine Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger erfolgreich abgeschlossen haben. Im Saarland sind zudem Altenpfleger und in Hessen Altenpfleger und Hebammen bzw. Entbindungspfleger zugelassen.

In den meisten Bundesländern (Ausnahmen: z.B. Hessen, Niedersachsen, NRW) müssen die Weiterbildungsteilnehmer eine entsprechende Tätigkeit im erlernten Beruf nachweisen. Die Zeitspanne variiert dabei zwischen sechs Monaten und zwei Jahren. In der Regel müssen sechs Monate der Berufserfahrung im intensivmedizinischen Bereich absolviert worden sein (Tab. 3). Manche Bundesländer gestatten in begründeten Einzelfällen Ausnahmen von

dem geforderten Nachweis einer Tätigkeit in dem erlernten Beruf. Eine praktische Tätigkeit, beispielsweise im Rahmen der Ausbildung, in der Intensivpflege ist hier jedoch grundsätzlich nachzuweisen.

5.1.3 Dauer und Struktur

In den meisten Bundesländern wird die Weiterbildung berufsbegleitend angeboten, wobei sie in der Regel zwei Jahre bzw. in Teilzeit maximal vier Jahre dauert. In manchen Bundesländern wird die Weiterbildung in Vollzeit durchgeführt. Beispielsweise ist es in Berlin möglich, die Weiterbildung in einem Jahr als Vollzeitlehrgang zu absolvieren. Darüber hinaus bietet Hessen beispielsweise die Möglichkeit an, den Unterricht als Fernunterricht oder in Form des E-Learnings zu absolvieren.

Die Weiterbildungen finden an staatlich anerkannten Weiterbildungsstätten statt und sind in theoretischen und praktischen Unterricht sowie berufspraktische Anteile bzw. praktische Weiterbildung aufgeteilt. Der theoretische und praktische Unterricht gliedert sich in manchen Bundesländern, wie beispielsweise Hessen, in Grund- und Fachmodule. Die Grundmodule sind in der Regel bei verschiedenen Weiterbildungslehrgängen gleich, während bei den Fachmodulen die entsprechenden Fachqualifikationen vermittelt werden. Der zeitliche Umfang der Weiterbildung variiert zwischen den einzelnen Bundesländern erheblich. In Schleswig-Holstein fällt er mit insgesamt 1.368 Stunden am geringsten aus, während in Bremen mit insgesamt 3.690 die meisten Stunden absolviert werden. In allen Bundesländern überwiegt der praktische Anteil der Weiterbildung (durchschnittlich 58% bis 78%) (Tab. 3).

Tab. 3: Übersicht über die Voraussetzung zur Aufnahme und die Stundenzahlen in der Intensivkräfte-Weiterbildung

Bundesland	Erfahrung im erlernten Beruf Voraussetzung?	Theoretischer und praktischer Unterricht	Praktische Weiterbildung
Baden-Württemberg	Ja, 2 Jahre, davon 6 Monate Intensivpflege	720 Stunden	2350 Stunden
Bayern	Ja, 2 Jahre, davon 6 Monate Intensivpflege	720 Stunden	2350 Stunden
Berlin	Ja, aber ohne zeitliche Angabe	780 Stunden	1200 Stunden
Brandenburg	Ja, 2 Jahre, davon 6 Monate Intensivpflege	800 Stunden	1600 Stunden
Bremen	Ja, mind. 1 Jahr	810 Stunden	2880 Stunden
Hamburg	Ja, 6 Monate in der Intensivpflege oder Anästhesie	720 Stunden	1580 Stunden
Hessen	Nein	720 Stunden	1800 Stunden
Mecklenburg-Vorpommern	Ja, 18 Monate Vollzeittätigkeit in der Pflege	800 Stunden	1600 Stunden
Niedersachsen	Nein	720 Stunden	2160 Stunden
Nordrhein-Westfalen	Nein	720 Stunden	2100 Stunden
Rheinland-Pfalz	Ja, mind. 2 Jahre	720 Stunden	2500 Stunden
Saarland	Nein	720 Stunden	1500 Stunden
Sachsen	Ja, mind. 6 Monaten innerhalb der letzten 2 Jahre in der Intensivpflege	720 Stunden	2000 Stunden
Sachsen-Anhalt	k.A.	k.A.	k.A.
Schleswig-Holstein	Ja, mind. ein Jahr, davon mindestens sechs Monate in der Intensivpflege	568 Stunden	800 Stunden
Thüringen	k.A.	k.A.	k.A.

5.1.4 Weiterbildungsinhalte

Die Unterrichtsinhalte sind in den verschiedenen Bundesländern unterschiedlich stark differenziert und spezifiziert. Im theoretischen und praktischen Unterricht werden in der Regel schwerpunktmäßig pflegewissenschaftliche und medizinische Grundlagen inklusive medizintechnischer Aspekte vermittelt. Darüber hinaus zählen sozialwissenschaftliche, psychologische, betriebswirtschaftliche und rechtliche Inhalte zu den zentralen Unterrichtsthemen. In manchen Bundesländern, wie beispielsweise in Baden-Württemberg oder Bremen, werden

zudem im Unterricht gezielt soziale und methodische Kompetenzen gefördert. Gesundheitswissenschaftliche Aspekte sowie Prävention oder Rehabilitation werden in einigen Bundesländern, wie z.B. Hessen, im Unterricht thematisiert.

Die berufspraktischen Anteile der Weiterbildung sollen, so ist es in den Weiterbildungsordnungen der meisten Bundesländer festgeschrieben, unter fachkundiger Aufsicht durchgeführt werden. Die praktische Weiterbildung ist in den meisten Bundesländern eng an den theoretisch-praktischen Unterricht gekoppelt bzw. der theoretische Unterricht soll mit der praktischen Weiterbildung inhaltlich und zeitlich abgestimmt sein. Die praktische Weiterbildung muss dabei meist auf das Weiterbildungsziel ausgerichtet sein. Im Rahmen der praktischen Weiterbildung müssen in der Regel Praxiseinsätze in verschiedenen Bereichen oder Abteilungen obligatorisch absolviert werden (operative Intensivpflege, konservative Intensivpflege, internistisch/neurologischer Intensivpflege, Anästhesie). Diese Bereiche werden oftmals noch um fakultative Praxiseinsätze (z.B. Endoskopie, Dialyse, Funktionsdiagnostik, Rettungsstelle) ergänzt. Exemplarisch sind die Weiterbildungsinhalte für die Intensivpflege in Baden-Württemberg dargestellt (Tab. 4).

Tab. 4: Weiterbildungsinhalte für die Intensivpflege und Anästhesie in Baden-Württemberg

Theoretischer und praktischer Unterricht	Mindeststunden- zahl
1. Allgemeine Grundlagen im Intensivbereich und Anästhesiebereich	130
1.1 Pflegemanagement und Organisation	
1.2 Grundlagen der Intensivpflege	
1.3 Pflegewissenschaftliche Grundlagen	
1.4 Berufskundlicher Bereich	
1.5 Gesundheitsförderung	
1.6 Arbeitsschutz	
1.7 Hygiene und Mikrobiologie	
1.8 Ethik	
1.9 Notfallmanagement und Notfallversorgung	
1.10 Gesetzliche Aspekte, Rechtskunde	
1.11 Krankenhausbetriebslehre und Krankenhausbetriebsorganisation	
1.12 Ökologische und ökonomische Aspekte im Krankenhaus	
1.13 Spezielle Methoden in der Intensivpflege	
1.14 Allgemeiner Teil der Medizintechnik	
2. Spezielle Schwerpunkte im Intensivbereich	300
2.1 Atmung	
2.2 Herz-Kreislauf	
2.3 Niere, Wasser-Elektrolyt-Haushalt (WELH), Säure-Basen-Haushalt (SBH), Dialyse	
2.4 Ernährung und Verdauung, Energiehaushalt und Wärmehaushalt, Stoffwechsel	
2.5 Blut und Gerinnung	
2.6 Zentrales und peripheres Nervensystem	
2.7 Endokrines System	
2.8 Traumatologie	
2.9 Spezielle intensivmedizinische Infektionskrankheiten	
2.10 Toxikologie	
2.11 Pädiatrie	
2.12 Gerontologie	
2.13 Pharmakologie	
2.14 Medizintechnik (ist in den einzelnen Unterrichten integriert)	
3. Spezielle Schwerpunkte im Anästhesiebereich	140
3.1 Pflegemanagement und Organisation in der Anästhesie	
3.2 Präoperative, intraoperative und postoperative Überwachung und Behandlung	
3.3 Allgemeinanästhesieverfahren	
3.4 Regionalanästhesien und Lokalanästhesien	
3.5 Anästhesien in verschiedenen Fachbereichen	
3.6 Schmerztherapie	

Theoretischer und praktischer Unterricht	Mindeststunden- zahl
4. Sozialkompetenz und Methodenkompetenz	80
4.1 Berufspädagogische Grundlagen	
4.2 Kommunikation	
4.3 Bewältigungsstrategien	
4.4 Motivationspsychologie	
4.5 Umgang mit Patienten und Angehörigen	
5. Unterrichtsstunden zur individuellen, freien Verteilung	70
Stundenzahl gesamt	720
Praktische Ausbildung	Mindeststunden- zahl
Operative Intensivpflege	600
Konservative Intensivpflege	600
Anästhesie	600
mindestens 550 Stunden zur Verteilung auf die vorgenannten intensivpflegerischen Bereiche oder weitere Funktionsbereiche mit jeweils höchstens 100 Stunden wie beispielsweise in der Dialyse oder in einer Station für Frühgeborene.	550
Stundenzahl gesamt	2350

5.1.5 Prüfung

Die Weiterbildungs- und Prüfungsordnungen sehen in nahezu allen Bundesländern einen schriftlichen, mündlichen und praktischen Prüfungsteil vor. Ausnahmen stellen Berlin und Schleswig-Holstein dar. In Berlin besteht die theoretische Prüfung nur aus einem mündlichen und einem schriftlichen Teil. Wahlweise kann an die Stelle des mündlichen Parts auch ein praktischer Prüfungsteil treten. In Schleswig-Holstein ist ein mündlicher und ein praktischer, aber kein schriftlicher Teil vorgesehen.

Der schriftliche Teil der Prüfung besteht in den meisten Bundesländern aus einer Aufsichtsarbeit mit frei zu formulierenden Antworten, aus der Ausarbeitung gestellter Themen, einer Klausurarbeit mit Antwort-Auswahl-Verfahren, einer Hausarbeit oder einer Kombination dieser Möglichkeiten. Die Länge der schriftlichen Prüfung variiert zum Teil erheblich zwischen den Bundesländern (zwischen 60 und 240 Minuten). Bei der Hausarbeit haben die Prüflinge beispielsweise bis zu drei Monaten Zeit oder sie müssen bis zu 15 Seiten verfasst haben.

Die mündliche Prüfung wird in der Regel in Einzel- oder Gruppenprüfungen mit höchstens fünf Prüflingen durchgeführt. Die Prüfungszeit pro Prüfling beträgt zwischen maximal 20 bis maximal 45 Minuten. Die Themen der mündlichen wie auch schriftlichen Prüfung müssen in

der Regel aus den Lehrinhalten gewählt werden. Teilweise kann sich die mündliche Prüfung auch auf die angefertigte Hausarbeit beziehen.

Bei der praktischen Prüfung müssen die Prüflinge in der Regel die pflegerischen Dienste für einen anvertrauten Patienten oder eine Patientengruppe planen, organisieren, durchführen und begründen. Dabei müssen die Prüflinge an den damit in Zusammenhang stehenden diagnostischen und therapeutischen ärztlichen Maßnahmen mitwirken. In manchen Bundesländern umfasst die praktische Prüfung auch ein Reflektionsgespräch. Die Länge der praktischen Prüfungsteils beträgt in den einzelnen Bundesländern zwischen 60 Minuten und sechs Stunden.

Die Weiterbildungsbezeichnungen, die die Teilnehmer nach erfolgreich abgeschlossener Weiterbildung führen dürfen, variieren wie folgt:

- Fachpfleger für Intensivpflege und Anästhesie (Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland)
- Fachgesundheits- und Krankenpfleger bzw. Kinderkrankenpfleger für Intensivpflege und Anästhesie (Brandenburg, NRW)
- Fachkrankenpfleger bzw. Fachkinderkrankenpfleger für Intensivpflege (Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein)
- (Gesundheits- und) Krankenpfleger bzw. Kinderkrankenpfleger für Intensivpflege und Anästhesie (Baden-Württemberg, Bayern)
- Staatlich anerkannte (Gesundheits- und) Krankenpfleger bzw. Kinderkrankenpfleger für Intensivmedizin und Anästhesie (Berlin)
- Fachkrankenpfleger bzw. Fachkinderkrankenpfleger für Intensivpflege und Anästhesie (Hamburg)
- Fachkraft für Intensiv- und Anästhesiepflege (Niedersachsen) sowie
- Fachgesundheits- und Krankenpfleger bzw. Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Intensivpflege und Anästhesie im Erwachsenenbereich (Sachsen)

5.1.6 Anerkennung

Zeiten anderer Weiterbildungen können ggf. auf die Dauer der Weiterbildung angerechnet werden. Dabei ist in manchen Bundesländern ein Zeitrahmen festgelegt, wann die anzuerkennende Weiterbildung erfolgreich absolviert worden sein muss (z.B. in Bremen innerhalb der letzten fünf Jahre).

Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland erworbene abgeschlossene Weiterbildungen werden in der Regel anerkannt, wenn die Gleichwertigkeit des Weiterbildungsstandes gegeben ist. Ist die Gleichwertigkeit nicht gegeben, ist ein gleichwertiger Kenntnisstand ggf. durch eine Prüfung nachzuweisen, die sich auf die Inhalte der Abschlussprüfung erstrecken. Desweiteren gelten für die Anerkennung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland erworbene Weiterbildungen gemäß der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates.

5.1.7 Weiterbildungsstätten

Die Weiterbildung in der Intensivpflege erfolgt in der Regel an staatlich anerkannten Weiterbildungsstätten oder -einrichtungen. Die Voraussetzungen für die Anerkennung oder Zulassung von Weiterbildungsstätten sind in den Weiterbildungsgesetzen oder -ordnungen der Länder definiert. In der Regel sind unterschiedliche räumliche und sachliche Anforderungen zu erfüllen. Im Rahmen der personellen Anforderungen sind meist auch die Qualifikationen der Leitungen und Lehrkräfte vorgegeben.

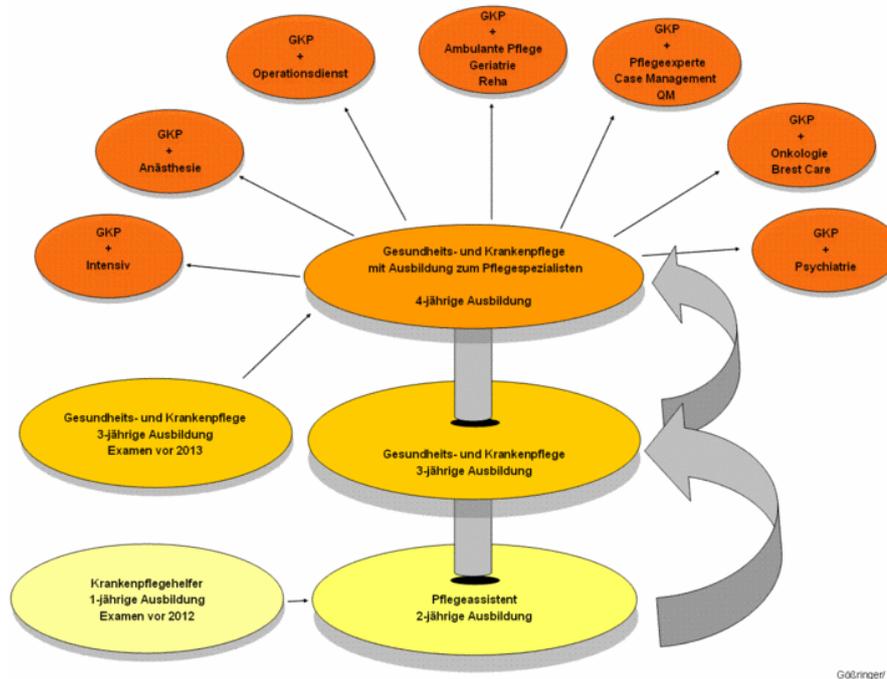
In vielen Bundesländern handelt es sich bei den Weiterbildungsstätten, in Analogie zur DKG-Empfehlung zur Weiterbildung von Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegekräften, um Krankenhäuser oder sonstige Einrichtungen, die als zur Weiterbildung geeignet entsprechend (staatlich) anerkannt wurden. Dabei müssen neben den genannten Aspekten weitere Kriterien erfüllt werden. In Mecklenburg-Vorpommern müssen die Weiterbildungsstätten z. B. an Krankenhäusern eingerichtet sein, an denen die intensivmedizinische und fachspezifische Versorgung nach Maßgabe der Richtlinie der DKG für die Organisation der Intensivmedizin in den Krankenhäusern und der Richtlinie der DKG für die Sicherstellung und Organisation der anästhesiologischen Versorgung in den Krankenhäusern erfolgt. Alternativ muss die Weiterbildungsstätte mit einem solchen Krankenhaus verbunden sein.

Dementsprechend sind die Weiterbildungsstätten nicht in allen Bundesländern zwangsläufig an Krankenhäusern angesiedelt. In manchen Bundesländern wird jedoch verlangt, dass die Weiterbildungseinrichtungen mit Krankenhäusern oder Krankenhausverbänden vertraglich verbunden sind, die gewisse Kriterien erfüllen. Beispielsweise müssen in Hamburg die Fortbildungsstätten mit Krankenhäusern vertraglich verbunden sein, die mit mindestens sechs operativen und sechs internistischen oder acht interdisziplinären Intensivbehandlungsbetten und wenigstens drei Fachabteilungen mit Operationstätigkeit ausgestattet sind.

5.2 Integrative Aus- und Weiterbildung zum Pflegespezialisten in Frankfurt

In Frankfurt wurde eine integrative Aus- und Weiterbildung (auch „Kombinierte Weiterbildung“ genannt) von Pflegeausbildung und Pflegeweiterbildung entwickelt. Diese neue Aus- und Weiterbildungsform zum sog. Pflegespezialisten umfasst in den ersten drei Jahren die grundständige, staatlich anerkannte Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege. Daran schließt sich im vierten Jahr direkt eine einjährige, nicht staatlich anerkannte Weiterbildung an. Die Teilnehmer können hier einen von verschiedenen Schwerpunkten auswählen: z.B. Intensiv-, Anästhesie-, Psychiatrie- oder OP-Pflege. Die integrative Aus- und Weiterbildung zum Pflegespezialisten wird von der Agnes-Karll-Schule zusammen mit der Bildungsstätte des Klinikums der Johann Wolfgang Goethe-Universität angeboten.

Abbildung 10 fasst das Aus- und Weiterbildungsmodell zum Pflegespezialisten zusammen:



Göbinger/ Tascidis

Abb. 10: Aus- und Weiterbildungsmodell zum Pflegespezialisten
(Quelle: Klinikum und Fachbereich Medizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main. www.kgu.de)

5.2.1 Hintergrund

Das Konzept des Pflegespezialisten wurde von der Uniklinik Frankfurt gemeinsam mit der Agnes-Karll-Schule entwickelt, weil man die Erfahrung gemacht hat, dass die Einarbeitungszeit für neue (nicht weitergebildete) Pflegekräfte auf der Intensivstation vielfach nicht ausreichte, um das Personal hinreichend zu qualifizieren. Diesem Personal fehlt – z.B. kurz nach dem Examen – noch das Hintergrundwissen, um die Anforderungen in der Intensivpflege vollständig erfüllen zu können.

Aus diesem Grund wurde für die Intensivkräfte zunächst – quasi als Vorläuferprogramm - das einjährige zertifizierte „Einarbeitungskonzept Intensiv“ (Intensiv Care Unit-Programm) entwickelt, das sich insbesondere an neue Mitarbeiter richtete. Das Intensiv Care Unit-Programm basiert auf mehreren Säulen. Den Beginn des Programms macht eine gezielte 40-tägige Einarbeitung auf der Intensivstation, die durch Mentoren begleitet wird. Nachfolgend erhalten die Teilnehmer ein Training zum klinischen Beatmungstherapeuten. Zudem ro-

tieren die Teilnehmer für zwei Monate über ausgewählte Intensivstationen. Zum Programmende erhalten die Teilnehmer das „hauseigene“ Zertifikat „Intensiv Care Unit“.

Das einjährige Intensiv Care Unit-Programm hat sich in Frankfurt etabliert. Es hat, laut Aussage im Interview, dazu beigetragen, dass die Mitarbeiterbindung auf den Intensivstationen erhöht bzw. die Fluktuation reduziert werden konnte. Als Gründe hierfür wurden eine größere Handlungssicherheit und geringere Ängste im Arbeitsalltag genannt.

Dennoch stieß die einjährige Fortbildung an Grenzen, da es sich bei einer zunehmenden Personalknappheit als schwierig erwies, das Personal entsprechend freizustellen. Aus diesem Grund wurde die Idee entwickelt, dass Pflegeschüler direkt nach dem Examen die Möglichkeit bekommen sollten, sich spezifisch weiterzubilden.

In diesem Zusammenhang wurde alternativ auch die Möglichkeit einer grundständigen Ausbildung diskutiert. Die Entscheidung im Uniklinikum Frankfurt fiel dann zugunsten des Pflegespezialisten und gegen eine grundständige Ausbildung in der Intensivpflege aus. Den Ausschlag hierfür habe die fehlende staatliche Anerkennung der grundständigen Ausbildung gegeben. Als besonderer Vorteil der integrativen Aus- und Weiterbildung wurde gewertet, dass die Teilnehmer nach drei Jahren die staatlich anerkannte Ausbildung zum Gesundheits- und (Kinder)Krankenpfleger absolviert haben. Die einjährige Weiterbildung ist dahingegen nicht staatlich anerkannt.

5.2.2 Ziele und Berufsbild

Die Auszubildenden sollen zu professionellen Dienstleistern ausgebildet werden, deren Arbeitsbereiche hoch spezialisierte Felder der Krankenhausversorgung, in diesem Fall der Intensivpflege, sind. Am Ende der Ausbildung sollen die Absolventen in der Lage sein, die Patienten – entsprechend ihrer Spezialisierung - fachkompetent und eigenständig zu pflegen, zu beraten und kooperativ mit anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen im Team zusammenarbeiten. Die ausgebildeten Pflegespezialisten sollen professionell, mit ganz eigenständigen theoretischen und speziellen praktischen Methoden im Berufsalltag, agieren. Letztlich stimmen die Ziele der Aus- und Weiterbildung mit denen der Fachweiterbildung in Hessen überein, so die Aussage im Interview.

5.2.3 Struktur, Organisation und Inhalte

Aufgrund der Komplexität der Ausbildung sollten die Auszubildenden die Schule mit einem sehr guten Mittlere Reife-Abschluss oder Abitur abgeschlossen haben. Grundsätzlich ist es möglich, dass ausgebildete Gesundheits- und (Kinder)Krankenpfleger auch als Quereinsteiger mit der Aus- und Weiterbildung beginnen. Für die Weiterbildungsstätten gelten die gleichen Voraussetzungen wie für die Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflegeausbildung.

Die Ausbildung zum Pflegespezialisten ist zweigeteilt. Nach drei Jahren theoretischem Unterricht und Praxisanteilen sollen die Auszubildenden zunächst eine stattliche Prüfung mit einem schriftlichen, mündlichen und praktischen Teil zur Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ablegen. Die theoretische Ausbildung ist identisch mit der allgemeinen Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflegeausbildung. Sie erfolgt modular in den verschiedenen Fachgebieten Kranken- und Kinderkrankenpflege, Anatomie, Physiologie, Krankheitslehre, Psychologie sowie Gesetzeskunde und Fachenglisch. Praktische Erfahrung sollen die Auszubildenden sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich sammeln.

Die Auszubildenden werden nach einem halben Jahr gefragt, in welchen Bereichen sie die in der Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger frei zur Verfügung stehenden 500 Stunden Praxiseinsätze schwerpunktmäßig absolvieren möchten. Entsprechend ihren Prioritäten werden sie dann in diesen Bereichen eingesetzt. Nach insgesamt 1,5 Jahren Ausbildungsdauer wird dann erfragt, in welchem Bereich sich die Auszubildenden nach Ausbildungsabschluss spezialisieren möchten. Letztlich werden die freien Praxisstunden gezielt dazu genutzt, auszuloten, in welchem Bereich sich die Schüler im Anschluss weiterqualifizieren möchten.

Der zweite Teil der Qualifizierung zum Pflegespezialisten, die Weiterbildung, knüpft direkt an die grundständige Ausbildung in der Pflege. Die Auszubildenden entscheiden sich im vierten Jahr entsprechend dem genannten Ausbildungsziel für einen Schwerpunkt aus Fachgebieten wie Intensivmedizin oder Psychiatrie. Die anschließende theoretische und praktische Weiterbildung der Auszubildenden soll dann genau auf den Schwerpunkt fokussieren, den sie gewählt haben.

Den Pflegespezialisten werden im vierten Jahr die Fachmodule der Weiterbildung vermittelt. Für den Intensivbereich sind dies in Hessen die Fachmodule Atmung, Herz-Kreislauf, Stoff-

wechselfunktion und Ernährung sowie Stoffwechselfunktion und Ernährung. Insgesamt erhalten sie im vierten Jahr knapp 500 Stunden theoretischen Unterricht. Die Grundmodule der staatlich anerkannten Fachweiterbildung (z.B. Pflegewissenschaft und Pflegeforschung oder Kommunikation, Anleitung und Beratung) sind dahingegen nicht Gegenstand der Aus- und Weiterbildung zum Pflegespezialisten. Zudem sind die 1800 praktischen Stunden Rotationsmodule der staatlich anerkannten Weiterbildung nicht vollständig integriert.

Die Pflegespezialisten erlangen nach erfolgreich abgeschlossener vierjähriger Aus- und Weiterbildung je nach gewähltem Schwerpunkt dann jeweils einen spezifischen Berufsabschluss. Im Falle der Intensivpflege lautet dieser: Gesundheits- und Krankenpflege oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege plus Intensivtherapie.

Parallel zur Entwicklung des Pflegespezialisten ist in Hessen die Weiterbildungsordnung für die Intensivpflege geändert worden. Seit dem 01.01.2011 ist es in Hessen möglich, die Fachweiterbildung ohne vorherige Berufserfahrung direkt nach der Ausbildung zu beginnen. Mit der Bezirksregierung sei deshalb vereinbart worden, dass die Pflegespezialisten den fehlenden theoretischen Unterricht sowie die Praxiseinsätze, die zur Anerkennung des Fachpflegers für Intensivpflege und Anästhesie fehlen (fehlendes 2. Jahr der Fachweiterbildung) binnen drei Jahren nach Abschluss der vierjährigen Aus- und Fortbildung nachholen können.

5.3 Bachelor Studiengang in Allied Health mit Vertiefungsrichtung Intensive Care Practitioner

Seit Oktober 2009 bietet die Steinbeis-Hochschule in Berlin in Kooperation mit der Akademie der Kreiskliniken Reutlingen im Rahmen des Allied Health (AH) Studiengangs (Bachelor of Science) die Vertiefungsrichtung „Intensive Care Practitioner“ an (Wahlpflichtfach). Der Studiengang bzw. die Vertiefungsrichtung stellt bundesweit die erste Qualifizierungsmaßnahme für Intensivpflegepersonal auf akademischem Niveau dar.

Bei dem Studiengang handelt es sich um ein berufliches Projekt-Kompetenz-Studium, das eine breite akademische und berufsrelevante Qualifizierung bietet.

Der Studiengang wurde entwickelt, um den Intensivpflegekräften, neben den bisherigen Qualifizierungsmöglichkeiten, eine zukunftsorientierte Perspektive auf wissenschaftlicher Basis mit akademischem Abschluss zu bieten. Durch den Studiengang soll die Versorgung von Intensivpatienten noch weiter verbessert werden. Dies soll u.a. erreicht werden, indem den

Fachkrankenpflegekräften durch das Studium die Kompetenzen vermittelt werden, eigene Grundlagen- und anwendungsorientierte Forschung zu betreiben. Auch eine neue Aufgabenteilung in den Heilberufen kann durch den Studiengang fokussiert realisiert werden. Die fachpraktische Kompetenz der Fachkrankenpfleger soll im Studium ein wichtiger Baustein sein, um so zu gewährleisten, dass Fachpflegekräfte – über das bisherige Maß hinaus – verstärkt Aufgaben und Tätigkeiten in der Schnittmenge zwischen Medizin und Pflege eigenständig übernehmen, steuern und koordinieren können.

Die Einführung eines Studiengangs im Bereich der Intensivpflege orientiert sich dabei am Vorbild anderer europäischer Länder, in denen eine akademische Qualifizierung bereits realisiert ist.

5.3.1 Ziele

Ziel des Studiengangs ist es, akademisch qualifiziertes Personal für die Intensiv-Care und Intermediate-Care-Bereiche auszubilden, das unter ärztlicher Aufsicht hochspezialisierte Tätigkeiten ausführen kann und in klinischen interdisziplinären Teams zusammenarbeitet.

Das Studium soll die Absolventen dazu qualifizieren, Leistungen in der klinischen Medizin zu übernehmen, die oberhalb des Niveaus der Fachkrankenpflege und unterhalb dessen der ärztlichen Tätigkeit liegt.

Die Absolventen sollen zudem zur Implementierung forschungsbasierter Konzepte in den pflegerischen Alltag sowie der entsprechenden Schulung, Anleitung und Evaluation des pflegerischen Personals in der Lage sein.

5.3.2 Zugangsvoraussetzungen

Die Zulassungsvoraussetzungen für den Studiengang bzw. die Vertiefungsrichtung „Intensive Care Practitioner“ (ICP) sind Abitur oder Fachhochschulreife mit einer mindestens zweijährigen Berufserfahrung oder Mittlere Reife mit mindestens vier Jahren Erfahrungen im Beruf. Für den ICP werden nur staatlich geprüfte Gesundheits- und Krankenpfleger zugelassen. D.h. eine abgeschlossene Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege stellt eine Voraussetzung der Studienaufnahme dar. Die Studenten müssen eine Eignungsprüfung bestehen und einen Arbeitgeber oder Projektgeber für eine Projektarbeit vorweisen können.

5.3.3 Dauer und Struktur

Der Intensive Care Practitioner wird im Rahmen des dreijährigen Bachelor-Studiengangs als Vertiefungsgebiet (Wahlpflichtfach) im Anschluss an die Grundlagenphase angeboten. Die Grundlagenphase („Common Trunk“) wird von allen Studenten gemeinsam absolviert. In der Vertiefungsrichtung – neben dem Intensive Care Practitioner (ICP) können der Physician Assistance (PA) oder der Cardiology Assistance (CA) gewählt werden – nehmen die Studenten an theoretischen und klinischen Lehrveranstaltungen teil, die sie speziell auf ihre späteren Aufgaben vorbereiten.

Der Studiengang ist berufsbegleitend und modular aufgebaut, dauert drei Jahre und umfasst 180 ECTS Credit Points. Fachweitergebildete Intensivpfleger können ein verkürztes Studium absolvieren. Die Verkürzung erfolgt im Rahmen des Grundstudiums.

Die Lehrveranstaltungen mit theoretischen und praktischen Inhalten werden als Studienmodule mit Präsenzpflcht an der Hochschule absolviert. Ergänzend müssen die Studenten Selbstlern- und Transferanteile erbringen. An den Transfer Tagen in den klinischen Einrichtungen des Arbeitgebers werden den Studenten praktische Anteile vermittelt bzw. die Studieninhalte vertieft.

Die Studenten bearbeiten während der gesamten Dauer des Studiengangs ein wissenschaftliches Projekt, an dessen Ende die Bachelorarbeit steht. In der Regel wird dieses Projekt vom Arbeitgeber mit betreut, so dass die Studenten ihrem Krankenhaus eng verbunden bleiben. Die praxisorientierten Projektarbeiten stellen dabei einen zusätzlichen Mehrwert dar. Zusätzlich werden zwei Studienarbeiten im Bereich Medizin-Transfer angefertigt.

Die Studien- und Prüfungsordnung berücksichtigt im Wahlpflichtfach ICP die Inhalte der landesrechtlichen Weiterbildungsordnungen für die Intensivpflege sowie die Anforderungen der DKG. Die Forderungen der Deklaration von Madrid von 2005 zur Qualifikation der Intensivpflegekräfte WFCCN (World Federation of Critical Care Nurses) sind ebenso beachtet worden.

Für das Studium fallen Studiengebühren an.

5.3.4 Studieninhalte

Das Steinbeis-Transfer-Institut Medicine and Allied Health gibt für die Grundlagen- und Wahlpflichtphasen sowohl in praktischer als auch theoretischer Hinsicht jeweils spezifische Schwerpunkte an (Tab. 5). Die Ausbildung im Bereich der Intensivmedizin ist auf den Assistenzaspekt ausgerichtet, während im Bereich der Intensivpflege die selbständige Pflege von kritisch Kranken fokussiert wird.

Im „Common Trunk“ werden den Studenten die Grundlagen in wissenschaftlichem Arbeiten und Denken vermittelt. Die Studenten erlernen Literaturrecherchen und –auswertungen, wissenschaftliches Schreiben sowie die Grundlagen zur Entwicklung von Forschungsfragen.

Tab. 5: Studieninhalte des Bachelor Studiengangs Allied Health mit Vertiefungsrichtung Intensive Care Practitioner

Akademischer Teil	Schwerpunkte	Tage		
		Seminar	Selbstlern	Transfer
Studienmodule Grundlagenphase (Pflicht)				
Organisation und Recht	<ul style="list-style-type: none"> - Einführung - Kommunikation und Präsentation - Selbstmanagement - Medizinisches Englisch - Recht - Personalwesen - Organisation 	19	15	13
Betriebswirtschaftslehre	<ul style="list-style-type: none"> - Betriebswirtschaft - Qualitäts- und Risikomanagement 	7	3	10
Medizinische Technik	<ul style="list-style-type: none"> - Medizintechnik 1 - Medizintechnik 2 - Medizintechnik 3 	10	3	10
Theoretische Medizin	<ul style="list-style-type: none"> - Pflegewissenschaft und Gesundheitswissenschaft - Anatomie und Physiologie - Hygiene und Labormedizin - Pharmakologie - Ethik 	22	4	13

Studienmodule Grundlagenphase (Pflicht)		Seminar	Selbstlern	Transfer
Klinische Medizin	<ul style="list-style-type: none"> - Grundlagen der Krankheitslehre - Körperliche Untersuchung und Anamnese - Klinische Grundlagen: Neurologische Erkrankungen und ihre Behandlung - Klinische Grundlagen: Herz- und Gefäßerkrankungen und ihre Behandlung - Klinische Grundlagen: Erkrankungen des Bewegungsapparates und ihre Behandlung - Klinische Grundlagen: Erkrankungen der Verdauungsorgane und ihre Behandlung - Erkrankungen der Atemwege und Atmungsorgane - Klinische Grundlagen: allgemeine innere Medizin - Klinische Grundlagen: Anaesthesiologie und Intensivmedizin - Interventionelle Fächer: Radiologie / Kardiologie und flexible Endoskopie 	55	28	-
Studienmodule Wahlpflichtphase: Intensive Care Practitioner (ICP)		Seminar	Selbstlern	Transfer
Intensivmedizinische Therapie – Pflegerische Intensivtherapie und Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> - Herz-Kreislauftherapie und Monitoring - Beatmung, Steuerung der NIV, Steuerung des Weaningprozesses - Ernährungs- und Flüssigkeitstherapie, Steuerung der enteralen und parenteralen Ernährung von Intensivpatienten - Schock, Reanimation, Organversagen und Organersatz, Gefäßzugänge - Schmerztherapie und Sedierung - Vergiftungen, Transplantationsmedizin - Intensivpflege - Notfalltherapie - Spezielle pflegerische Intensivtherapie 1 - Spezielle pflegerische Intensivtherapie 2 - Spezielle pflegerische Intensivtherapie 3 - Anaesthesiologie 	50	30	50
Medizin Transferpraxis	<ul style="list-style-type: none"> - Praxis in der Intensivmedizin - Praxis in der Anaesthesiologie - Medizin-Transfer Wahl: Interventionelle Medizin, Radiologie, Endoskopie oder Medizintechnik oder Assistenz in Teilgebieten der Intensivmedizin oder Anaesthesie / Intensivmedizin 	-	60	60
Praktischer Teil	Schwerpunkte	Tage		
Projektarbeit	Basis für die und dokumentiert in der Thesis			160
Studienarbeit	2 wissenschaftliche Arbeiten im Bereich Medizin Transfer und zu dem Wahlpflichtfach mit zwei Kolloquien	2	-	54

6 Grundständige Ausbildung für Intensivpflegekräfte im Klinikverbund Südwest

Der Klinikverbund Südwest plant als erste Einrichtung in Deutschland eine grundständige Ausbildung in der Intensivpflege. Diese Ausbildung soll vom Grundsatz her die 3jährige Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege mit der Fachweiterbildung in der Intensivpflege verbinden. Die Ausbildung hat aufgrund ihrer Novität noch keine staatliche Anerkennung und soll zum 01.08.2012 beginnen. Das Konzept der grundständigen Ausbildung des Klinikverbundes Südwest dient manchen Krankenhäusern oder Schulen bereits als Vorbild. Beispielsweise hat die Schule für Gesundheitsberufe in Donauwörth in Kooperation mit verschiedenen Krankenhäusern (z.B. Amperkliniken Dachau) eine grundständige Ausbildung zur Intensivpflegekraft entwickelt.

Nachfolgend werden die wesentlichen Eckpunkte des Konzeptes des Klinikverbundes Südwest kurz vorgestellt.

6.1 Hintergrund

Der Klinikverbund Südwest hat, so die Aussagen im Interview, in erster Linie aus pragmatischen Gründen eine grundständige Ausbildung in der Intensivpflege entwickelt. Ausschlaggebend waren personelle Engpässe in den sechs zum Verbund zählenden Krankenhäusern, die aufgrund des Fachkräftemangels sowie der Dauer der bisherigen Qualifizierung schwer zu kompensieren gewesen seien.

Derzeit dauere es zu lange, bis die Kranken- und Gesundheitspfleger nach der Ausbildung in die Fachweiterbildung gehen könnten und dann zur Verfügung stünden. Erschwerend käme hinzu, dass die Intensivstationen nur wenige Personen zeitgleich in die Fachweiterbildung schicken könnten, da andernfalls die knappe Personaldecke noch weiter strapaziert würde.

Der große Erfolg der Ausbildungen zum Operationstechnischen Assistenten (OTA) bzw. zum Anästhesietechnischen Assistenten (ATA) stimmt den Klinikverbund sehr optimistisch, dass sich auch eine grundständige Ausbildung zur Intensivpflegefachkraft als Erfolgsmodell – in Ergänzung zur herkömmlichen Weiterbildung - entwickelt.

6.2 Ziele und Berufsbild

Die grundständige Ausbildung zur Intensivpflegefachkraft (IPK) hat zum Ziel, die Schüler mit den vielfältigen Aufgabenbereichen im Intensivbereich sowie den Funktionsabteilungen, der Anästhesie und im Aufwachraum vertraut zu machen. Die Schüler sollen in der Ausbildung die Fachkenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten erwerben, die sie zur Erfüllung der speziellen pflegerischen Aufgaben in diesen Bereichen benötigen. Im Rahmen der Ausbildung sollen sie kontinuierlich ihre Einstellungen über die Ausübung der Pflege in diesem Bereich, der fachlich und kommunikativ anspruchsvoll ist, reflektieren.

Die Schüler sollen durch die Ausbildung auf das breitgefächerte, sehr verantwortungsvolle Aufgabengebiet der Intensivpflegekraft vorbereitet werden:

- die Übernahme postoperativer Patienten aus dem OP oder Aufwachraum
- die fachkundige Pflege und Betreuung von Patienten im IMC- und Intensivbereich unter Berücksichtigung ihrer physischen, psychischen und sozialen Situation
- die fachkundige und umfassende Pflege von Beatmungspatienten
- die selbstständige Organisation und Koordination der Arbeitsabläufe in diesen Bereichen in enger Kooperation mit Ärzten und Kollegen
- die zielgruppenorientierte Kommunikation mit Patienten, Angehörigen und interdisziplinärem Team
- die umfassende Dokumentation des Behandlungsverlaufs
- die Begleitung von Patienten zu und Assistenz bei diagnostischen Eingriffen
- die Umsetzung eines professionellen Schmerzmanagements
- der sach- und fachgerechte Umgang mit Arzneimitteln aller Art
- das Einhalten hygienischer Richtlinien in ihrem Arbeitsbereich
- die Anleitung und Einarbeitung neuer Mitarbeitern und Schülern
- die Mitarbeit in Projekt- und Arbeitsgruppen
- die aktive Teilnahme an der Weiterentwicklung von Arbeitsabläufen in ihrem Arbeitsbereich
- Mitarbeit im Notfall- und Reanimationsteam

Das Stellenprofil soll zu 100% dem der Intensivpflegekraft mit Fachweiterbildung entsprechen.

6.3 Struktur und Organisation

Bei der Ausbildung zur Intensivpflegefachkraft des Klinikverbundes Südwest handelt es sich um eine grundständige dreijährige Pflegeausbildung, bei der der Schüler ggf. nach circa einem Jahr Ausbildung den staatlichen Abschluss zum Gesundheits- und Krankenpflegehelfer erwerben kann. Eine entsprechende Vereinbarung mit dem Regierungspräsidium stand zum Zeitpunkt des Interviews noch aus. Die Ausbildung soll eine Kursgröße von 15 bis 20 Schülern umfassen.

Grundsätzliche Voraussetzung für die IPK-Ausbildung ist, so ist es im Ursprungskonzept vorgesehen, mindestens die Mittlere Reife. Faktisch richtet sich die Ausbildung auf Grund ihres Anspruchs und ihrer Anforderungen aber, so die Aussage im Interview, eher an etwas ältere Schüler (z.B. ab circa 20 Jahre).

Zudem wäre es wünschenswert, wenn die Auszubildenden schon Vorerfahrungen im medizinischen oder Pflegebereich hätten, beispielsweise im Rahmen einer Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten (= Arzthelferin), zur Gesundheits- und Krankenpflegehelferin, als Rettungsassistent oder im Rahmen eines Pflegepraktikums von mindestens drei Monaten in einem Akutkrankenhaus.

Ggf. soll Gesundheits- und Krankenpflegern, die bereits eine abgeschlossene dreijährige Ausbildung haben, die Möglichkeit geboten werden, als Quereinsteiger in das zweite Jahr der Ausbildung einzusteigen. Die grundständig ausgebildeten Intensivpflegefachkräfte sollen sich nach abgeschlossener Ausbildung ebenso wie andere Pflegekräfte weiterqualifizieren und Leitungs-, Anleitungs- und Stabstellenfunktionen übernehmen können. Dies sind die ersten Ideen, eine konkrete Planung und Festlegung steht aber noch aus.

Der Klinikverbund Südwest hat die IPK-Ausbildung bewusst in enger Anlehnung an die Krankenpflegeausbildung konzipiert. Die Ausbildung ist zweigeteilt und besteht aus mindestens 2.100 Stunden theoretischem und praktischem Unterricht sowie 2.500 Stunden praktischer Ausbildung, die in sechs Semestern durchgeführt werden sollen. Die Konzeption der theoretischen Ausbildung orientiert sich an dem modularen Curriculum, welches für die Pflegeausbildung vorliegt, sowie den Inhalten der Weiterbildungsordnungen. Der Unterricht soll

in Form von Blockunterricht erfolgen. Die Ausbildung wird an der herkömmlichen Schule für Gesundheitsberufe im Fachbereich IPK durchgeführt, wobei die Schule in enger Kooperation mit den in der Praxis ausbildenden Krankenhäusern steht.

Im Konzept für die IPK-Ausbildung sind verschiedene Rahmenbedingungen für die Durchführung der Ausbildung vorgesehen. Beispielsweise soll die Kursleitung eines IPK-Ausbildungskurses eine Intensivfachweiterbildung absolviert haben und mindestens zwei Jahre Berufserfahrung im Intensivbereich gesammelt haben. Zudem soll sie über eine pädagogische Qualifikation verfügen. Die Anleitung und Betreuung der Schüler in der Praxis soll zum einen über einen an der Schule angestellten hauptamtlichen Praxisanleiter erfolgen. Zum anderen sollen in den Einsatzbereichen selbst nebenamtliche Praxisbegleiter mit entsprechender Fachweiterbildung und mindestens 200stündiger pädagogischer Zusatzqualifikation zum Einsatz kommen, um die Qualität der praktischen Ausbildung zusätzlich zu gewährleisten.

Die Ausbildung erfolgt nur an Krankenhäusern, die eine Intensivabteilung vorhalten. Die Größe der Intensivabteilungen ist nicht speziell definiert.

Die genauen Prüfungsmodalitäten sind noch nicht festgelegt. Die Prüfung soll strukturell jedoch derjenigen zum Gesundheits- und (Kinder)Krankenpfleger entsprechen. Vorgesehen ist, dass die Ausbildung am Ende des dritten Ausbildungsjahres mit einer schriftlich-theoretischen Abschlussprüfung, einer praktischen Abschlussprüfung im Intensivbereich und einer mündlich-theoretischen Abschlussprüfung abgeschlossen wird.

6.4 Ausbildungsinhalte

Die IPK-Schüler sollen in der Ausbildung die notwendigen fachlichen, methodischen, sozialen und personellen Kompetenzen entwickeln, um die hochqualifizierte, verantwortungsvolle Arbeit im interdisziplinären Team mit hoher Patientenorientierung professionell und fachgerecht erfüllen zu können.

Im ersten Ausbildungsjahr sollen die Schüler insbesondere Kompetenzen im Bereich der allgemeinen Pflege erwerben, während der Schwerpunkt ab dem zweiten Jahr auf dem Erwerb

spezieller Kompetenzen für den Intensivbereich liegen soll. Folgende Aufteilung in Theorie und Praxis ist vorgesehen (Tab. 6).²

Tab. 6: Allgemeine Übersicht über die Gliederung der Ausbildung

	Theorie	Praxis
1. Ausbildungsjahr	800 Stunden insgesamt :	700 Stunden insgesamt:
	- allgemeine Pflege (500 Stunden) - spezielle Pflege – Grundlagen der Intensivpflege (300 Stunden)	- Einsatz auf den peripheren Stationen (3 verschiedene Fachgebiete)
2. Ausbildungsjahr	Mindestens 700 Stunden insgesamt :	900 Stunden insgesamt:
	- allgemeine Pflege (200 Stunden) - spezielle Pflege - Grundlagen der Intensivpflege (300 Stunden) - Pflege in Funktionsbereichen (200 Stunden) - Einführung in die Pflege im Anästhesie- und OP-Bereich (100 Stunden)	- Einsatz im Intensivbereich, Anästhesie, Aufwachraum, Funktionsbereichen
3. Ausbildungsjahr	600 Stunden insgesamt :	900 Stunden insgesamt:
	- spezielle Pflege – Vertiefungsrichtung Intensiv	- Einsatz im Intensivbereich in Rotation in den Kliniken des Klinikverbundes Süd west
Stunden gesamt	Mindestens 2.100 Stunden	2.500 Stunden insgesamt

Die Ausarbeitung eines umfassenden Curriculums erfolge in enger Abstimmung mit praxiserfahrenen Intensivpflegekräften.

Der Unterricht ist modular aufgebaut und umfasst im Wesentlichen die Inhalte der Ausbildung zum Gesundheits- und (Kinder)Krankenpfleger. Einzig die Bereiche der ambulanten und psychiatrischen Pflege sind deutlich gekürzt worden, um mehr intensivpflegerische Inhalte integrieren zu können. Darüber hinaus seien die Bestandteile der Weiterbildung zum Intensivpfleger in Baden-Württemberg integriert worden. Im Ergebnis bilde die grundständige Ausbildung die Inhalte der Aus- und Weiterbildung zum Gesundheits- und (Kin-

² Da das Curriculum teilweise noch in der Entwicklung ist, sind im Folgenden die Summenangaben nicht durchweg stimmig.

der)Krankenpfleger sowie der Weiterbildung in der Intensivpflege im Wesentlichen ab (Tab. 7).

Tab. 7: Übersicht über die verschiedenen Module des theoretischen Unterrichts

Theoretischer und praktischer Unterricht	Stundenzahl
Wissensbereich 0 (übergreifend)	104
Modul 01 Organisation der Schule und der Ausbildung	104
Wissensbereich I	1220
Modul 1.1. Pflege als Beruf gestalten	60
Modul 1.2. Pflegerisches Handeln begründen	82
Modul 1.3. Der gesunde Mensch in seinen Lebensphasen	20
Modul 1.4. Der kranke Mensch in den Institutionen des Gesundheitswesens	16
Modul 1.5. Wahrnehmen, beobachten und interpretieren	20
Modul 1.6. Pflegerisches Handeln nach den ABEDL® (1)	70
Modul 1.7. Pflegerisches Handeln nach den ABEDL® (2)	130
Modul 1.8. Pflegerisches Handeln nach den ABEDL® (3)	24
Modul 1.9. Gesundheitsbewusstes Verhalten unterstützen und fördern	24
Modul 1.10. Informieren, beraten und anleiten in pflegerischen Situationen	18
Modul 1.11. Fachbereichsübergreifende Pflegeschwerpunkte	48
Modul 1.12. Pflegerisches Handeln bei akuter Krankheit	238
Modul 1.13. Pflegerisches Handeln bei chronischer Krankheit	70
Modul 1.14. Pflegerisches Handeln bei Behinderung	30
Modul 1.15. Pflegerisches Handeln bei onkologischen Erkrankungen	44
Modul 1.16. Spezielle Pflegesituationen bei Kindern und Jugendlichen	20
Modul 1.17. Spezielle Pflegesituationen bei alten Menschen	40
Modul 1.18. Menschen am Lebensende pflegen und begleiten	36
Modul 1.19. Anästhesiepflege	40
Modul 1.20. Intensivpflege	106
Modul 1.21. Ambulante Pflege	6
Modul 1.22. Psychische Gesundheit und psychiatrische Pflege	28
Modul 1.23. Pflege bei neurologischen Erkrankungen	30
Modul 1.24. Komplexe Situationen beherrschen	20
Wissensbereich II	568
Modul 2.1. Bau und Funktion des gesunden Körpers 1	60
Modul 2.2. Bau und Funktion des gesunden Körpers 2	100
Modul 2.3. Bei Diagnostik und Therapie mitwirken 1	158
Modul 2.4. Bei Diagnostik und Therapie mitwirken 2	24
Modul 2.5. Bei Diagnostik und Therapie mitwirken 3	44
Modul 2.6. Lebenserhaltende Sofortmaßnahmen einleiten	92

Theoretischer und praktischer Unterricht	Stundenzahl
Modul 2.7. Arzneimittel sicher verabreichen	50
Modul 2.8. Hygienische Richtlinien einhalten	40
Wissensbereich III	222
Modul 3.1. Die Beziehung zum Patienten gestalten	42
Modul 3.2. Zusammenarbeit gestalten	38
Modul 3.3. Krise und Krankheit begegnen	24
Modul 3.4. Ethik als Basis menschlichen Handelns verstehen ³	20
Modul 3.5. Lernen lernen	10
Modul 3.6. Pädagogische Situationen gestalten	88
Wissensbereich IV	160
Modul 4.1. Betriebswirtschaftliches Denken fördern	28
Modul 4.2. Qualität sichern und weiterentwickeln	14
Modul 4.3. Pflege organisieren	32
Modul 4.4. Change Management	16
Modul 4.5 Soziale Sicherheitssysteme	20
Modul 4.6 Rechtliche Grundlagen	50
Stundenzahl gesamt	2274

Für jedes Modul sind u. a. folgende Aspekte ausgearbeitet worden:

- Bedeutung und Gesamtziel des Moduls bezogen auf die berufliche Qualifikation
- Voraussetzungen
- Verknüpfung mit anderen Modulen
- Kompetenzentwicklung
- Spezieller Fokus für die IPK
- Unterrichtsinhalte gebündelt als Unterrichtssequenzen
- Lernformen
- Praxisaufträge

Am Beispiel des Moduls 1.20 „Intensivpflege“ wird dargestellt, welche Inhalte die jeweiligen Module umfassen bzw. welche Kompetenzen vermittelt werden. In dem Modul soll der Schüler die Funktionsweise und den Aufbau einer Intensivstation kennenlernen und Kenntnisse für die Versorgung intensivpflichtiger Patienten erwerben. Im Ergebnis soll der Schüler über

³ Modul 3.4: + 60 Stunden Supervision: in der Theorie zu planen, werden der Praxis zugeordnet

die Fachkompetenz verfügen, die besonderen Problemstellungen und Pflegeaspekte einer Intensivstation sowie die typischen Krankheitsbilder (z.B. Polytrauma und Verbrennungen) richtig zu benennen. Die Schüler sollen methodische Kompetenz entwickelt haben, die Funktionsweise und Organisation der Intensivstation zu beschreiben sowie die besonderen Beobachtungs- und Pflegeschwerpunkte bei Intensivpatienten zu kennen. Die Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit für den Erfolg der Intensivstation versteht der Schüler ebenso wie den Nutzen eines besonderen Qualifikationsprofils für die Arbeit auf der Intensivstation. Der Schüler ist in der Lage, nachzuvollziehen, mit welchen Belastungen die Pflegekräfte auf der Intensivstation konfrontiert sind und wie er mit diesen umgehen kann.

Das Modul umfasst die folgenden Unterrichtsinhalte, denen wiederum spezifische Unterrichtssequenzen zugeordnet sind:

- Grundlagen der Intensivmedizin (10h)
- Hygiene im Intensivbereich (8h)
- Ethische Fragestellungen im Intensivbereich (8h)
- Pflegeschwerpunkte im Intensivbereich (12h)
- Schock (12h)
- Polytrauma (6h)
- Multiorgandysfunktion / Multiorganversagen (16 h)
- Verbrennungen (6 h)
- Ertrinkungsunfall (4 h)
- Beatmung (24 h)

Im Modul „Intensivpflege“ (Zentralmodul) sollen unterschiedliche Lernformen (z.B. Vortrag, Unterrichtsgespräch, Fachartikel) eingesetzt werden. Als Praxisauftrag ist ein 24-Stunden-Beatmungsprotokoll eines Patienten vorgesehen (Abgleich Respiratoreinstellungen; Blutgasanalysen; Sedierungsgrad). Der Lernerfolg wird mittels Klausur im fünften Semester kontrolliert.

Bei den anderen Modulen werde eine Anpassung an die Erfordernisse der Intensivpflege Rechnung getragen. Für jedes Modul ist ein spezieller Fokus für die Intensivpflegefachkraft definiert und festgelegt. Auf diese Weise sei die Transferleistung zur Intensivstation sichergestellt. Für das Modul „Der gesunde Mensch in seinen Lebensphasen“ wurde beispielsweise folgendes als Praxisbezug definiert:

„Die IPK benötigt ein Grundverständnis für die Gesundheitsförderung und das Krankheitsverständnis der Menschen, auch aus verschiedenen Kulturen und Berufsgruppen. Im Intensivbereich steht allerdings die akute, existenziell bedrohliche Situation für den Menschen im Vordergrund, so dass die Gesundheitsförderung für den Patienten eher sekundär ist. Die eigene Gesunderhaltung in diesem anspruchsvollen, stressigen Berufsfeld rückt in diesem Modul mehr ins Zentrum der Aufmerksamkeit.“

In der praktischen Ausbildung sind obligatorische und fakultative Einsätze geplant (Tab. 8). Die Auszubildenden sollen in der Ausbildung die verschiedenen Intensivabteilungen der Verbundkrankenhäuser kennenlernen. Ein Rotationsplan soll sicherstellen, dass die Auszubildenden erste Erfahrungen in allen bzw. vielen der jeweils vorhandenen Schwerpunkte in den Intensivabteilungen sammeln. Die Ausbildung soll ggf. noch durch Außeneinsätze in spezialisierten Häusern, die nicht zum Verbund zählen, ergänzt werden. Auf diese Weise werde gewährleistet, dass die Auszubildenden die ganze Spannweite an Verantwortungen und Möglichkeiten in der Intensivpflege kennen lernen. In allen Verbundhäusern sollen ausgebildete Praxisanleiter vor Ort sein.

Tab. 8: Obligatorische und fakultative Einsätze in der praktischen Ausbildung

	Obligatorisch	Fakultativ
1. Ausbildungsjahr	2 - 4 Einsätze:	Keiner
	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin (Kardiologie, Gastroenterologie) - Chirurgie (Traumatologie, Viszeralchirurgie) - Gynäkologie / Geburtshilfe 	
2. Ausbildungsjahr	4 Einsätze	
	<ul style="list-style-type: none"> - Intensivbereich - Anästhesie - Aufwachraum - Endoskopie - Dialyse (nur Kurzeinsatz) - Linksherzkatheter (nur Kurzeinsatz) 	<ul style="list-style-type: none"> - OP-Bereich (nur Kurzeinsatz) - ambulanter Intensivpflegedienst
3. Ausbildungsjahr	3 lange Einsätze	
	<ul style="list-style-type: none"> - mindestens drei verschiedene Intensiv- und IMC-Bereiche mit interdisziplinärer Ausrichtung 	<ul style="list-style-type: none"> - Externer Einsatz auf Neuro- oder Herzchirurgie (nur Kurzeinsatz)
Einsätze gesamt	9 - 11	Nicht festgelegt

7 Einschätzung durch Experten aus der Pflege: Bewertung der Idee einer grundständigen Ausbildung

7.1 Mittel gegen Fachkräftemangel

Eine grundständige Ausbildung in der Intensivpflege ist, nach Meinung der meisten Experten aus der Pflege, ein probates Mittel dem derzeitigen Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Dafür lassen sich vor allem die folgenden Argumente anführen:

Der zentrale Vorteil einer grundständigen Ausbildung liegt in der Verkürzung der Qualifizierungswege und einer demzufolge schnelleren Verfügbarkeit von Fachkräften. Derzeit dauert die Fachweiterbildung in der Intensivpflege in manchen Bundesländern bis zu sieben Jahren (drei Jahre Pflegeausbildung + zwei Jahre praktische Tätigkeit + zwei Jahre Weiterbildung). Durch eine grundständige dreijährige Ausbildung würde die Qualifizierung für einen Fachabschluss in der Intensivpflege somit um bis zu 4 Jahre verkürzt.

Bereits heute haben rund 60 % der auf den Intensivstationen tätigen Pflegekräfte keine entsprechende Fachweiterbildung. Bei den Mitarbeitern ohne Weiterbildung ist daher beim Wechsel auf die Intensivstation eine längerfristige Einarbeitung erforderlich. Im Vergleich zu den Mitarbeitern ohne Weiterbildung sind, so zumindest die Erwartung einiger Experten, grundständig ausgebildete Intensivkräfte schneller und umfassender einsatzfähig. Denn die Ausbildung bereite die Schüler gezielt von Beginn an auf die Anforderungen in diesem anspruchsvollen Fachbereich vor. In ihrer Ausbildung werden sie länger und besser für die Intensivpflege qualifiziert als Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflegern, die während ihrer Ausbildung in der Regel nur einen kurzen Einsatz im Intensivbereich haben.

Darüber hinaus verbinden einige Experten mit einer grundständigen Ausbildung die Hoffnung, dadurch das Burn-out- und Fluktuationsrisiko in der Intensivpflege reduzieren zu können. Zum einen würde sich die angesprochene Klientel sehr bewusst und gezielt für dieses Berufsbild entscheiden. Zum anderen seien die Schüler durch die längere Ausbildung besser auf diesen Beruf vorbereitet bzw. mehr mit den besonderen psychischen und physischen Belastungen sowie den schwierigen moralisch-ethischen Herausforderungen vertraut. Die Gefahr falscher Erwartungen sei somit bei den grundständig ausgebildeten Intensivpflegern ggf. geringer.

Eine grundständige Ausbildung in der Intensivpflege kann schließlich auch zum Abbau des Fachkräftemangels beitragen, weil neue Interessenten für eine Ausbildung im Krankenhaus gewonnen werden könnten. Vor allem für eine Klientel, die an der allgemeinen Pflege auf

den Normalstationen weniger Interesse hat, erhöhe sich die Attraktivität einer Arbeit im Krankenhaus. Demnach spricht die grundständige Ausbildung, so die Erwartung einiger Experten, eine Zielgruppe an, die eher technisch affin oder stärker medizinisch-orientiert sei. Nicht zuletzt Männer könnten so zusätzlich für einen Beruf in der Pflege gewonnen werden.

Darüber hinaus mache das höhere Anspruchsniveau in der Intensivpflege den Beruf auch für höher oder besser qualifizierte Schulabgänger attraktiver und trage somit ebenfalls dazu bei, den Krankenhäusern zusätzlichen Nachwuchs zu erschließen. Letztlich werden, den Einschätzungen mancher Interviewpartner zufolge, durch eine grundständige Ausbildung in der Intensivpflege die Zugangswege für Berufe im Krankenhaus bedarfs- und interessentenadäquat erweitert.

7.2 Anforderungen an die Ausbildung und Qualifizierung

Inhalte und Umfang der Ausbildung

Die befragten Experten formulierten ihre Anforderungen und Erwartungen an verschiedene Aspekte einer grundständigen Ausbildung in der Intensivpflege. Dabei ist unstrittig, dass die Absolventen nach Ausbildungsabschluss neben dem intensivpflegerischen Fachwissen und Können auch ein grundlegendes Pflegeverständnis und -wissen haben müssen. Daher sollten wesentliche Inhalte der Ausbildung zum Gesundheits- und (Kinder)Krankenpfleger in der grundständigen Ausbildung in der Intensivpflege Berücksichtigung finden. Ergänzt werden müsse das grundlegende Pflegewissen um die spezifischen Inhalte der Fachweiterbildung zum Intensivpfleger.

Von vielen Experten wird vor diesem Hintergrund kritisch hinterfragt, ob es möglich sei, die Inhalte einer bis zu fünfjährigen Aus- und Weiterbildung in einer dreijährigen Ausbildung so zu komprimieren, dass keine relevanten Informations- bzw. Qualifikationsverluste resultieren.

Unter diesen Experten herrschte Einigkeit, dass die theoretische Ausbildung in der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege unabdingbar die Basis für die grundständige Ausbildung in der Intensivpflege darstelle. Inhalte des 2.100 Stunden umfassenden theoretischen und praktischen Unterrichts könnten hier kaum weggelassen oder gekürzt werden. Hinzu kommen spezielle theoretische Inhalte aus der Intensivpflege. Der theoretische Teil der entsprechenden Weiterbildung liegt in den meisten Bundesländern bei rund 700 Stunden.

Vor diesem Hintergrund wurde die Sorge geäußert, dass sich die theoretische Ausbildung verschlechtern könnte, da man in drei Jahren kaum ca. 2.800 Stunden Theorie unterbringen könne. Analoge Überlegungen gelten mit Blick auf den praktischen Teil der Aus- bzw. Weiterbildung.

Vor dem Hintergrund einer, vor allem im Vergleich zu examinierten und fachweitergebildeten Pflegekräften, deutlich verkürzten theoretischen und praktischen Ausbildung in der Intensivpflege und den damit verbundenen unabsehbaren Folgen auf die Pflegequalität lehnen einige Experten die entsprechende grundständige Ausbildung kategorisch ab. Andere Experten plädieren stattdessen dafür, die Ausbildung auf vier Jahre zu verlängern. Die zusätzlichen Theoriestunden der Fachweiterbildung könnten so besser integriert werden. Auch die praktische Ausbildung könnte noch gezielt ergänzt und vertieft werden.

Nach Möglichkeit sollten die Schüler viele Praxiseinsätze auf unterschiedlichen Intensivstationen und peripheren Stationen absolvieren. Um auch in der Praxis ein grundlegendes Pflegeverständnis zu entwickeln, sei es unabdingbar, dass sie im Rahmen ihrer Praxiseinsätze auch verschiedene Normalstationen kennen lernen. Hier wurde zum Teil die Auffassung vertreten, dass die Auszubildenden insgesamt 1,5 Jahre lang Einsätze auf verschiedenen allgemeinen Stationen absolvieren sollten; während der Probezeit (und/oder ggf. schon vorher im Rahmen eines Praktikums) sollten aber Kurzeinsätze auf der Intensivstation erfolgen (etwa in Form von Hospitationen). Daran sollten sich mindestens zwei Jahre oder besser noch 2,5 Jahre Praxiserfahrung auf den Intermediate Care-, Intensiv- oder angrenzenden Stationen anschließen.

Ein Teil der befragten Experten ist schließlich der Ansicht, dass es gut möglich sei, die Inhalte der Ausbildung in der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege sowie diejenigen der Fachweiterbildung in einer dreijährigen grundständigen Intensivpflegeausbildung hinreichend zu integrieren:

Beispielsweise wurden bei der Entwicklung des Curriculums der grundständigen Ausbildung des Klinikverbundes Südwest die Inhalte der ambulanten und Psychiatriepflege deutlich gekürzt, um mehr intensivpflegerisches Wissen integrieren zu können. Konkret sieht das Curriculum noch 6 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht in der ambulanten Pflege und 28 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht in der Psychiatriepflege vor (vgl. Kap. 6.4). Auf diese Weise sei es gelungen, so die Vertreter des Klinikverbundes Südwest,

die Inhalte der Ausbildung zum Gesundheits- und (Kinder)Krankenpfleger und der Fachweiterbildung adäquat zu kombinieren, ohne die Ausbildungszeit insgesamt zu verlängern.

Verglichen mit der bisherigen Aus- und Weiterbildung würde es zwar zu einer Komprimierung der Qualifizierung kommen. Dies ist aus Sicht der Verantwortlichen jedoch akzeptabel. Angesichts der Zielrichtung der Intensivpflegeausbildung könne es nicht darum gehen, die zugrundeliegenden Aus- bzw. Weiterbildungen vollumfänglich zu integrieren und abzudecken. Vielmehr sind die Schüler so zu qualifizieren, dass sie den spezifischen Anforderungen vor allem der Intensivpflege genügen. Umfang und Inhalte der praktischen wie theoretischen Ausbildung sind daran auszurichten. Auf Grund der spezifischen Qualifikation sind dreijährig grundständig Ausgebildete gerade für die Aufgaben in der Intensivpflege, so zumindest die Befürworter dieses Qualifizierungsweges, ggf. sogar besser qualifiziert als examinierte Krankenpfleger ohne Fachweiterbildung (vgl. Kap. 7.4).

Zulassungsvoraussetzungen

Ähnlich wie bei den meisten bereits anerkannten Gesundheitsfachberufen ist die Mittlere Reife oder ein vergleichbarer Abschluss formale Zugangsvoraussetzung für die grundständige Ausbildung in der Intensivpflege nach dem Modell des Klinikverbundes Südwest. Implizit bedeutet dies, dass Interessenten mit etwa 16 Jahren eine entsprechende Ausbildung im Prinzip beginnen können.

Dieses Einstiegsalter wurde von den meisten Experten kritisch hinterfragt. Man war sich weitgehend einig, dass Schüler mit 16 oder 17 Jahren in der Regel zu jung sind, um den besonderen Anforderungen und Belastungen der Intensivpflege gewachsen zu sein, gerade ohne Vorerfahrung im Pflegebereich. Selbst Ausbildungsabsolventen seien mit ca. 20 Jahren auf der Intensivstation (teilweise) überfordert. Unmittelbar nach der Ausbildung sollen sie ggf. schon relativ viel Verantwortung in einem hochkomplexen Bereich übernehmen, wozu sie nicht oder nur bedingt in der Lage seien könnten.

Vor diesem Hintergrund präferiert auch der Klinikverbund Südwest gemäß Selbstauskunft eher ein Eintrittsalter in die Ausbildung ab ca. 20 Jahren. In der Konsequenz könnte dies bedeuten, dass die Interessenten bei Ausbildungsbeginn faktisch vielfach einen höheren Schulabschluss hätten als formal gefordert oder vorher anderweitig beschäftigt wären:

Mit Blick auf eine anderweitige Beschäftigung wurde beispielsweise diskutiert, inwieweit eine abgeschlossene Ausbildung in einem anderen Gesundheitsberuf, etwa Krankenpflegehelfer oder Rettungsassistent, zur Voraussetzung einer Ausbildung in der Intensivpflege gemacht werden sollte. Teilweise wäre dies ggf. sinnvoll oder wünschenswert; teilweise wurde jedoch problematisiert, inwieweit der Ansatz einer grundständigen Ausbildung in der Intensivpflege konterkariert würde, wenn eine andere Ausbildung zur Voraussetzung gemacht wird.

Unabhängig vom Einstiegsalter in die Ausbildung sollten nach Möglichkeit vor Ausbildungsbeginn Praktika in der Intensivpflege durchgeführt werden. Der Vorteil von Praktika besteht darin, dass die Ausbildungsstätte wie die Schüler die prinzipielle Eignung für eine Ausbildung in der Intensivpflege besser einschätzen können. Allerdings wären Praktika zur Überbrückung eines längeren Zeitraums nach Beendigung der Schule nicht geeignet.

Ein höheres Eintrittsalter in die Intensivpflegeausbildung würde daher faktisch bedeuten, dass die Auszubildenden überwiegend Abitur oder Fachabitur haben würden oder sollten. Dies würde zwar einerseits den besonderen fachlichen Anforderungen der Ausbildung Rechnung tragen. Darüber hinaus ist es ein Motiv der Ausbildung, den Beruf der Intensivpflegekraft auch und gerade für höher oder besser qualifizierte Schulabgänger attraktiver zu machen und damit eine neue Klientel zu erschließen (vgl. Kap. 7.4).

Andererseits würde dadurch der Zugang zur Intensivpflegeausbildung für Schulabsolventen mit Mittlerer Reife zumindest erschwert, was angesichts des Fachkräftemangels möglicherweise problematisch wäre. Des Weiteren ließe sich problematisieren, ob (Fach-)Abiturienten nicht eigentlich eine andere Form der Ausbildung suchen und teilweise nur die Wartezeit bis zum Studium überbrücken würden.

Unabhängig vom konkreten Einstiegsalter für eine grundständige Intensivpflegeausbildung erscheint vielen Experten eine besondere Begleitung der in jedem Fall noch relativ jungen Schüler in hohem Maße sinnvoll, etwa in Form einer besonders intensiven Praxisanleitung und –begleitung. Dadurch seien sie den Herausforderungen und anspruchsvollen Aufgaben in der Intensivpflege besser gewachsen. Der Gefahr falscher Erwartungen oder eines Burn-Outs kann eher entgegengewirkt werden.

7.3 „Sackgassenberuf“?

Neue Berufsbilder oder neue, vor allem spezialisierte Qualifizierungswege im Gesundheitswesen sehen sich regelmäßig der Kritik ausgesetzt, „Schmalspur- oder Sackgassenberufe“ darzustellen. Eine entsprechende Diskussion wird beispielsweise seit Jahren im Zusammenhang mit der Ausbildung von OTA und ATA geführt (Blum/Grohmann, 2009, Böhme, 1996, 2003) Übertragen auf die grundständige Ausbildung in der Intensivpflege lässt sich die Behauptung eines vermeintlichen Sackgassenberufes vor allem mit zwei Argumenten begründen:

zum einen mit der im Vergleich zum weitergebildeten Intensivpfleger fehlenden Primärqualifikation in der (allgemeinen) Gesundheits- und Krankenpflege, zum anderen - daraus resultierend - mit schwierigen oder begrenzten Einsatzmöglichkeiten außerhalb von Intensivbereichen. Entsprechende Alternativen sind gerade für die Intensivpflege umso wichtiger, als es sich um eine psychisch und körperlich besonders anstrengende Tätigkeit handelt, die vielfach nicht über die gesamte Erwerbsbiografie hinweg ausgeübt wird (vgl. auch Kap. 4.5).

Die Frage, ob eine grundständige Ausbildung in der Intensivpflege in einen „Sackgassenberuf“ mündet, wurde von den Experten aus der Pflege unterschiedlich bewertet. In dieser Hinsicht ist zwischen einer kurzfristigen und einer mittel-bis langfristigen Perspektive zu unterscheiden.

Unter der – aus naheliegenden Gründen noch ungeklärten - Prämisse einer hinreichenden Qualifikation und praktischen Bewährung der Absolventen werden die Berufsaussichten zumindest im Grundsatz und kurzfristig eher positiv bewertet. Angesichts des Fachkräftemangels würden grundständig ausgebildete Intensivpfleger mit hoher Wahrscheinlichkeit eine fachadäquate Anstellung finden, insbesondere bei den Trägern und Kooperationskrankenhäusern der Ausbildungsstätten, darüber hinaus, so die Erwartung, aber auch in Einrichtungen, die nicht selbst grundständig ausbilden. In diesem Zusammenhang wurde wiederholt auf die grundständige Ausbildung von OTA verwiesen, die angesichts eines großen Praxisbedarfs und einer großen Praxisbewährung auch keine Probleme haben, nach der Ausbildung eine entsprechende Stelle zu finden oder das Krankenhaus zu wechseln.

Uneinigkeit herrschte bei den befragten Experten über die - mittel- bis langfristige - Anschlussfähigkeit der Ausbildung und die Durchlässigkeit in andere Bereiche:

Ein Teil der Experten sieht mittel- bis langfristig einen möglichen „Sackgassencharakter“ einer grundständigen Intensivpflegeausbildung. Nach einem langjährigen Einsatz auf der Intensivstation seien die Pflegekräfte vielfach so spezialisiert, dass sie nicht ohne Weiteres in anderen Bereichen, z.B. auf den Normalstationen eines Krankenhauses, eingesetzt werden könnten. Deswegen bestehe bei einem Fachbereichswechsel ein erheblicher zusätzlicher Qualifizierungsbedarf, da die Aufgaben und Zuständigkeiten für die Patienten im Intensivbereich anders organisiert sind als etwa auf der Normalstation. Darüber hinaus ist einstweilen offen, inwieweit eine grundständige Intensivpflegeausbildung - implizit oder explizit – die Absolventen auch tatsächlich hinreichend für Aufgaben in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege qualifiziert.

Je weniger die grundständig qualifizierten Intensivpflegekräfte infolge ihrer Berufsausbildung oder ihrer beruflichen Spezialisierung für Tätigkeiten auf den Normalstationen oder in anderen Bereichen des Krankenhauses geeignet sind, desto geringer fällt auch die Durchlässigkeit für andere Tätigkeitsfelder aus und desto eher handelt es sich um einen „Sackgassenberuf“.

Des Weiteren werde der „Sackgassencharakter“ einer grundständigen Ausbildung einstweilen durch das Fehlen einer staatlichen Anerkennung noch verstärkt. Zum einen sind den Absolventen mögliche Karrierewege, etwa Weiterbildungen zum Praxisanleiter, vorderhand verbaut, da sie nicht über die hierfür erforderlichen Qualifikationen oder Zugangsvoraussetzungen verfügen. Zum anderen konkurrieren sie bei Stellenbewerbungen gerade außerhalb des Intensivbereichs vielfach mit examinierten Pflegekräften.

Ein Teil der Experten sieht dagegen die Anschlussfähigkeit der Ausbildung und die Durchlässigkeit in andere Bereiche prinzipiell gegeben. Ein Wechsel auf die Normalstationen oder in andere Einsatzbereiche des Krankenhauses sei bei grundständig ausgebildeten Intensivkräften auch mittel- und langfristig möglich, da sie aufgrund ihrer Ausbildung und Berufserfahrung über ein grundlegendes Pflegeverständnis und eine gute Pflegequalifikation verfügten. Dabei ist unstrittig, dass sie bei einem Wechsel aus dem Intensivbereich eine gezielte und, je nach Anforderungsprofil, ggf. auch etwas längere Einarbeitung bedürften.

Überdies wäre zu problematisieren, ob examinierte Krankenschwestern und -pfleger bzw. weitergebildete Intensivpflegekräfte nach ggf. jahrzehntelangem Einsatz auf der Intensivstation noch willens bzw. hinreichend qualifiziert sind, auf den Normalstationen zu arbeiten. Soweit dies verneint wird, würden diese Qualifikationen nicht mehr oder minder als bei den

grundständig ausgebildeten Intensivpflegekräften einen „Sackgassencharakter“ aufweisen. Generell impliziert eine bestimmte Berufswahl bzw. ein eingeschlagener Berufsweg fehlende oder begrenzte Einsatzmöglichkeiten mit Blick auf andere Berufsfelder. Das gilt für die Intensivpflege im Prinzip genauso wie für jeden anderen Beruf.

7.4 Tätigkeitsprofile und Qualifikation

Derzeit

Das derzeitige Tätigkeitsprofil von Intensivpflegekräften mit und ohne Weiterbildung unterscheidet sich, nach Angabe eines Teils der befragten Experten, nur begrenzt. Die Aufgaben im Team werden je nach Kenntnisstand der Mitarbeiter verteilt, wobei vielerorts keine grundsätzlichen Unterschiede zwischen weitergebildeten und nicht weitergebildeten Kräften gemacht würden (vgl. auch Kap. 4.3).

Aus naheliegenden Gründen findet, sofern erforderlich, die Berufserfahrung Berücksichtigung. So werden Pflegekräfte ohne Weiterbildung für manche Tätigkeiten eigens geschult, während fachweitergebildete Intensivkräfte diese bereits in der Weiterbildung gelernt hätten. Des Weiteren würde darauf geachtet, dass etwa unerfahrene oder neue Kräfte nicht im Notfallteam eingesetzt werden.

Auch das Aufgabenspektrum der grundständig ausgebildeten Intensivkräfte, so die Erwartung der Experten, wird sich letztlich nicht vom angestammten Personal auf der Intensivstation unterscheiden. Die grundständig Ausgebildeten werden im Wesentlichen die gleichen Aufgaben übernehmen wie die Pflegekräfte mit und ohne Weiterbildung. Aus fachlichen, organisatorischen und dienstplanerischen Gründen sei eine Arbeitsteilung nach Aus- oder Weiterbildungsstatus auch schwer zu realisieren.

Unterschiede zwischen grundständig ausgebildeten und fachweitergebildeten Intensivkräften

In diesem Zusammenhang ist zwischen dem in der Aus- bzw. Weiterbildung vermittelten Wissen und den Erfahrungswissen zu unterscheiden:

(Weitestgehend) deckungsgleiche curriculare Inhalte und Ziele in Aus- und Weiterbildung für die Intensivpflege sollen letztlich ein gleiches Qualifikationsniveau sicher stellen. Dies ist

nach Expertenmeinung die zentrale Voraussetzung, damit die grundständige Ausbildung zum Intensivpfleger in Fachkreisen anerkannt wird. Die grundständig ausgebildeten Intensivpfleger wären, wenn den jeweilig formulierten Anforderungen an die Ausbildung Rechnung getragen wird, damit nach Ausbildungsabschluss vergleichbar qualifiziert wie die weitergebildeten Intensivpfleger. Unterschiede in den Aufgabenbereichen sollte und müsse es daher zwischen grundständig Ausgebildeten und fachlich Weitergebildeten nicht geben.

Kritiker einer grundständigen Ausbildung stellen dagegen ein vergleichbares Qualifikationsniveau mit den Fachweitergebildeten infrage. Selbst bei deckungsgleichen Inhalten der Aus- und Weiterbildung in der Intensivpflege fehle den grundständig ausgebildeten Intensivpflegekräften eine vergleichbare Basisqualifikation in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege. Die sei im Rahmen einer dreijährigen Ausbildung im Vergleich zu einer in der Summe bis zu 5jährigen Aus- und Weiterbildung nicht zu gewährleisten. Damit könnten die grundständig ausgebildeten Intensivpflegekräfte den Anforderungen in der Intensivpflege ggf. auch weniger gewachsen sein.

Unstrittig ist dagegen unter den befragten Experten, dass die weitergebildeten Fachkräfte für Intensivpflege im Vergleich zu den ausgebildeten Intensivpflegern aufgrund ihrer längeren Berufserfahrung bei Abschluss der Weiterbildung ein größeres Erfahrungswissen haben als Intensivpflegekräfte nach Abschluss einer entsprechenden Ausbildung. Ein weiterer Vorteil der fachweitergebildeten Intensivkräfte sei, dass diese aufgrund des längeren Qualifizierungsweges älter und gereifter und damit den besonderen Belastungen und Anforderungen der Intensivpflege berufsbiografisch besser gewachsen seien.

Allerdings würden sich die entsprechenden Unterschiede bei einer Etablierung einer grundständigen Ausbildung auf längere Sicht relativieren oder nivellieren, sei es, weil auch die grundständig ausgebildeten Intensivpflegekräfte über die Jahre ein entsprechendes Erfahrungswissen erwerben, sei es, weil sie selbst irgendwann älter oder erfahrener sind als die nachrückenden Jahrgänge von Fachweitergebildeten.

Unterschiede zwischen grundständig ausgebildeten und Intensivkräfte ohne Weiterbildung

Im Vergleich zu den Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflegern ohne Fachweiterbildung sind die grundständig ausgebildeten Intensivpfleger, so die Mehrheit der befragten Experten, ten-

denziell im Vorteil. Das gilt gleichermaßen mit Blick auf das in der Ausbildung vermittelte Wissen sowie das Erfahrungswissen auf der Intensivstation: Zum einen nimmt die Intensivpflege in der entsprechenden theoretischen Ausbildung einen größeren Raum ein als in der Gesundheits- und Krankenpflege; zum anderen haben die grundständig ausgebildeten Intensivpflegekräfte weitaus längere Praxiseinsätze in den Intensivbereichen (vgl. Kap. 6). Aufgrund ihrer spezialisierten Ausbildung haben sie, so die Experten, mehr Erfahrung auf der Intensivstation gesammelt bzw. sich mehr fachspezifisches Wissen angeeignet.

Infolge der spezialisierten Ausbildung erfolgt auch die Einarbeitung nach Ausbildungsabschluss ggf. schneller und besser als bei Gesundheits- und Krankenpflegern, die zeitnah nach dem Examen oder auch später von der Normalstation auf die Intensivstation wechseln. Die grundständig ausgebildeten Intensivpfleger sind, so die Erwartung, nach einer vergleichsweise kurzen Einarbeitungsphase als gut ausgebildete, selbständig arbeitende Mitarbeiter einsetzbar. Demzufolge hätten sie z. B. mehr Sicherheit und Kompetenz bei der Versorgung von Intensivpatienten sowie der Bedienung der Medizintechnik als Gesundheits- und (Kinder)Krankenpfleger ohne Weiterbildung, die zudem auf der Intensivstation das Tätigkeitspektrum und die Kernkompetenzen erst noch erlernen müssten

Letzere würden Erfahrung und Know-How eher durch „learning by doing“ sammeln. Aus Sicht der Experten werde das Qualifikationsniveau der Gesundheits- und Krankenpfleger ohne Weiterbildung daher nur bedingt oder begrenzt dem Niveau der grundständig ausgebildeten Intensivpfleger entsprechen, vorbehaltlich wiederum einer noch offenen Praxisbewährung dieses neuen Qualifizierungsweges. Daher wird die Erwartung geäußert, dass grundständig ausgebildete Intensivkräfte ähnlich wie Fachweitergebildete in ihrem Handeln im Prinzip reflektierter sind.

Andererseits waren sich die befragten Experten aber auch hier weitgehend einig, dass sich nach langjähriger Praxiserfahrung etwaige Unterschiede in den Qualifizierungswegen in der konkreten Arbeit ohnehin relativieren werden.

Von Befürwortern einer grundständigen Ausbildung ist der hohe Anteil an nicht weitergebildeten Intensivpflegekräften von derzeit rund 60%, die, verglichen damit, im Grundsatz bessere Basisqualifikation bzw. die c.p. längeren Praxiseinsätze in der Intensivpflege eine zentrale Legitimation für diesen neuen Qualifizierungsweg. Grundständig ausgebildete Intensivpfleger könnten die gleiche Patientenlientel mindestens genauso kompetent versorgen wie Pflegekräfte ohne Weiterbildung. Sofern nicht weitergebildete Intensivkräfte nach entspre-

chender Einarbeitung im Grundsatz akzeptiert und in der Praxis bewährt seien, sollten die gleichen Maßstäbe auch für grundständig Ausgebildete gelten.

Kritiker einer grundständigen Ausbildung verweisen dagegen wiederum auf die möglicherweise fehlenden Basiskompetenzen in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, die auch für die Tätigkeit auf der Intensivstation elementar seien und über die grundständig ausgebildete Intensivpflegekräfte nicht in vergleichbarer Weise verfügten. Damit sind die grundständig ausgebildeten Intensivpflegekräfte den Anforderungen in der Intensivpflege ggf. auch weniger gewachsen als examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger, selbst wenn diese keine entsprechende Fachweiterbildung haben.

7.5 Akzeptanz

Einstweilen besteht eine geringe Akzeptanz einer grundständigen Ausbildung in der Intensivpflege in der Praxis: So haben sich beispielsweise im *DKI-Krankenhaus Barometer* nur 6,4% der befragten Krankenhäuser für eine grundständige Ausbildung in der Intensivpflege ausgesprochen (Blum et al., 2011).

Auch einige der für diese Studie befragten Experten aus der Pflege lehnen eine grundständige Intensivpflegeausbildung prinzipiell ab.⁴ Wesentliche Argumente gegen eine grundständige Intensivpflegeausbildung sind demnach die fehlende staatliche Anerkennung und die damit ggf. verbundene berufliche Perspektivlosigkeit der Absolventen, eine mangelnde Eignung für die ganzheitlichen Versorgungsanforderungen im Intensivbereich, eine Gefährdung der Patientensicherheit sowie ungeklärte arbeits- und haftungsrechtliche Fragen.

Eine grundständige Intensivpflegeausbildung trage, so die Erwartung dieser Experten, nicht zur Verringerung des Fachkräftemangels in der Pflege bei, der Folge des jahrelangen Abbaus von Personal- und Bildungskapazitäten sei. Im Gegenteil würde erst die Schaffung eines kohärenten Systems staatlich anerkannter Aus- und Weiterbildungsstrukturen die Attraktivität der Pflegeberufe erhöhen und damit den Fachkräftemangel reduzieren.

Darüber hinaus wird an einer grundständigen Ausbildung kritisiert, dass sie nicht in die aktuelle gesundheits- und bildungspolitische Landschaft passe: So laufe sie konträr zur geplanten generalistischen Pflegeausbildung von Alten- und Krankenpflege, insofern parallel zu ei-

⁴ Vgl. auch in der Tenorierung ähnlich eine Pressemitteilung des Deutschen Pflegerates zum Thema, DPR, 2012

ner grundständigen und grundlegenden Ausbildung für den Pflegebereich insgesamt eine neue Spartenausbildung und ein neuer Spartenberuf geschaffen werden. Spezialisierungen und Differenzierungen in der Pflege sollten stattdessen auf der generalistischen Ausbildung aufbauen und in ein kohärentes und übergreifendes Gesamtkonzept bestehend aus Aus-, Fort- und Weiterbildungen mit Anschlussfähigkeit zum akademischen Bereich integriert werden. Nur so könne ein „Wildwuchs“ an nicht anerkannten, nicht evaluierten und nicht integrierten Qualifikationen und Qualifizierungswegen verhindert werden.

Vor diesem Hintergrund sei die Fort- und Weiterbildung in der Pflege insgesamt zu stärken und zu systematisieren. Fort- und Weiterbildungen sind im Sinne eines lebenslangen Lernens modular aufzubauen mit Durchlässigkeiten für verschiedene Tätigkeits- und Einsatzbereiche in der Pflege und unterschiedliche Positionen oder Hierarchieebenen. Durch eine entsprechende Modularisierung werde eine hohe Anschlussfähigkeit einzelner Qualifikationen und Qualifizierungswege gewährleistet. Entsprechende Anschlussfähigkeiten werden mit Blick auf die grundständige Pflegeausbildung hingegen weitgehend negiert.

Darüber hinaus stieß bei einigen Experten aus der Pflege auf Kritik, dass die bisherige Doppelqualifizierung in der Intensiv- und Anästhesiepflege im Rahmen der Fachweiterbildung durch die grundständige Intensivpflegeausbildung aufgehoben werde. Durch die Trennung dieser beiden Bereiche würde das Qualifikationsniveau der Absolventen gerade im Vergleich zu den Fachweitergebildeten zusätzlich beeinträchtigt und ein flexibler Einsatz gleichermaßen in der Anästhesie und im Intensivbereich verhindert oder erschwert.

Bei anderen Experten gab es allerdings auch tendenziell positive Einschätzungen einer grundständigen Intensivpflegeausbildung oder zumindest eine grundsätzliche Aufgeschlossenheit gegenüber diesem neuen Qualifizierungsweg:

Ein Teil der Experten betont, dass die grundständige Ausbildung durchaus in die gesundheitspolitische Landschaft passe: So seien etwa bestimmte Rahmenbedingungen der Krankenhausversorgung nicht zu negieren. Dazu zählten u.a. ökonomische Zwänge bzw. der von der Politik und den Kostenträgern ausgeübte ökonomische Druck, der Fachkräftemangel und die demografischen Determinanten für Angebot und Nachfrage von Fachkräften in den Gesundheitsberufen oder die Schwerfälligkeit und Langwierigkeit gesundheits- und bildungspolitischer Entscheidungen. Sofern und solange Politik oder Selbstverwaltung nicht bessere Rahmenbedingungen schaffen, bleibe den Krankenhäusern und Ausbildungsstätten nichts anderes übrig als ihrerseits nach adäquaten Problemlösungen zu suchen. Wenn die Kran-

kenhäuser ihren Bedarf an Intensivpflegekräften unter den jetzigen Rahmenbedingungen nicht decken können, sei es nach Experteneinschätzung nur konsequent, wenn sie selbst entsprechende Alternativen entwickeln.

Darüber hinaus entspreche die Entwicklung einer grundständigen Intensivpflegeausbildung der zunehmenden Differenzierung und Spezialisierung der Krankenhausarbeit in den letzten Jahren und Jahrzehnten. Diese Entwicklung ist u.a. gekennzeichnet durch neue Berufsgruppen (wie ATA oder CTA), durch neue Qualifizierungswege (wie die grundständige Ausbildungen zum OTA oder die partielle Akademisierung von Gesundheitsberufen) und durch neue Arbeitsteilungen zwischen den Berufsgruppen (etwa in Form der Delegation ärztlicher oder pflegerischer Leistungen an andere Berufsgruppen). Auch diese Entwicklungen könnten als das Ergebnis spezifischer Praxisbedarfe interpretiert werden.

Aus Sicht einiger Experten aus der Pflege ist des Weiteren nicht auszuschließen, dass neben einer integrativen oder generalistischen Pflegeausbildung noch verschiedene Spezialisten ausgebildet werden. Der Bedarf der Krankenhäuser würde demnach passgenau über Generalisten und Spezialisten abgebildet. Eine entsprechende Differenzierung habe sich bereits heute in der OP- und Anästhesiepflege bewährt und sei daher ggf. auch für andere Tätigkeitsbereiche wie der Intensivpflege sinnvoll. Jenseits eines auf einer generalistischen Ausbildung aufbauenden Modulsystems von Fort- und Weiterbildungen sind insofern noch andere Qualifizierungskonzepte in der Pflege prinzipiell denkbar.

Auch der Klinikverbund Südwest berichtet tendenziell von einer positiven Resonanz auf die Konzeptentwicklung der IPK-Ausbildung bei den eigenen Häusern und im Umfeld. So sei man etwa bei Leitern von Aus- und Weiterbildungseinrichtungen der Umgebung auf Neugier und Offenheit gestoßen. Auch die Mitarbeiter in den Kliniken würden einer grundständigen Ausbildung zum Intensivpfleger relativ aufgeschlossen begegnen. Der Klinikverbund Südwest hat beispielsweise die Erfahrung gemacht, dass circa die Hälfte der Mitarbeiter die Idee einer grundständigen Intensivpflegeausbildung von Anfang an begrüßt habe. Die andere Hälfte habe zunächst mit Skepsis reagiert, die aber nach Vorstellung des Konzepts größtenteils ausgeräumt werden konnten. Die Bedenken hätten sich dabei insbesondere auf das Alter, das Tätigkeitsprofil, die fehlende Anerkennung oder die Bezahlung – auch im Vergleich zu den weitergebildeten Intensivpflegern – bezogen.

Auch von Seiten der möglichen Schüler einer grundständigen Ausbildung wird eine hohe Akzeptanz dieses Qualifizierungsweges erwartet. In diesem Zusammenhang wurde u.a. auf die

positiven Erfahrungen bei der Ausbildung zum Operationstechnischen Assistenten, trotz der fehlenden staatlichen Anerkennung, verwiesen. Erste Reaktionen von Schülern bestätigen diesen Eindruck im Klinikverbund Südwest. Ausreichend Interessenten für die Ausbildung in der Intensivpflege gäbe es bereits.

7.6 Zukunftsperspektive

Angesichts der zahlreichen und heterogenen Argumente für und gegen eine grundständige Intensivpflegeausbildung wird auch die Zukunftsfähigkeit des Konzepts von den befragten Experten insgesamt unterschiedlich beurteilt:

In der Praxis dürfte, so die Erwartung der Experten, eine grundständige Ausbildung vielfach zunächst auf Skepsis oder Ablehnung stoßen. Dies hängt zusammen u.a. mit den schwierigen qualifikatorischen und rechtlichen Fragen in einem so sensiblen und komplexen Bereich wie der Intensivpflege. Auch ist einstweilen offen bis fraglich, inwieweit das angestammte Intensivpersonal mit und ohne Weiterbildung die grundständig ausgebildeten Intensivpfleger akzeptieren bzw. reibungslos mit ihnen zusammenarbeiten wird. Darüberhinaus sei partiell mit einem generellen Widerstand gegen Neuerungen zu rechnen.

Einige der befragten Experten kritisierten daneben eine Ausbildungsdauer einer Direktqualifikation von drei Jahren als zu kurz. Deswegen sollte eine grundständige Ausbildung in der Intensivpflege ggf. auf vier Jahre verlängert werden, um hinreichend theoretische Kenntnisse und praktische Fähigkeiten zu vermitteln zu können. Damit sei im Grundsatz gewährleistet, dass sowohl die Inhalte der allgemeinen Pflege wie der Fachpflege für die Intensivbereiche umfassend berücksichtigt seien.

Eine staatliche Anerkennung einer grundständigen Intensivpflegeausbildung ist einstweilen nicht zu erwarten. Diesbezüglich herrschte unter den befragten Experten Einigkeit. Denn das Modell ist völlig neu und weder praxisbewährt noch wissenschaftlich evaluiert. Die ersten Absolventen werden erst in mehr als drei Jahren die Ausbildung abgeschlossen haben. Es ist derzeit offen, wie viele Ausbildungsstätten oder Krankenhausträger kurz- bis mittelfristig vergleichbare Angebote entwickeln und offerieren werden. Darüber hinaus wäre zu problematisieren, inwieweit das Modell überhaupt in die aktuelle Diskussion um eine generalisti-

sche Neuausrichtung der Pflegeausbildung passt (vgl. Kap. 7.5). Auch dürfte es auf erhebliche Widerstände treffen, etwa bei den Fach- und Berufsverbänden der Pflege.⁵

In den Experteninterviews wurde wiederholt darauf hingewiesen, dass es erfahrungsgemäß eines langen und schwierigen Vorlaufs bedürfe, bis neue Berufe oder neue Qualifizierungswege im Gesundheitswesen eine staatliche Anerkennung erhalten. Das zeigten gerade die Erfahrungen mit dem in der Praxis weitestgehend anerkannten Berufsbild des OTA, wo mehr als 15 Jahre seit den ersten Ausbildungskursen eine staatliche Anerkennung nach wie vor aussteht. Vor diesem Hintergrund bewertet ein Teil der befragten Experten das perspektivische Fehlen der staatlichen Anerkennung einer grundständigen Intensivpflegeausbildung als zentrales Manko im Hinblick auf die weitere berufliche Entwicklung der Absolventen. Vereinzelt wird jedoch die Hoffnung geäußert, dass die staatliche Anerkennung bei den grundständig ausgebildeten Intensivpflegkräften schneller gehen könnte als beim OTA.

Andererseits sind gerade die Schwierigkeiten der Gesundheits- und Bildungspolitik, zeitnah und flexibel auf neue Herausforderungen und Bedarfe zu reagieren, ein Grund, seitens der Praxis aktiv zu werden und selbst neue Bildungsangebote zu entwickeln. Umgekehrt müssten sich neue Berufe oder neue Qualifizierungswege erst in der Praxis bewähren und nachgefragt werden, ehe die Politik reagiert. Diese Einschätzung wird auch von den Verantwortlichen für die grundständige Ausbildung in der Intensivpflege des Klinikverbundes Südwest im Grundsatz geteilt, sodass sie sich in ihrem Selbstverständnis eher als Vorreiter für eine staatliche Anerkennung dieses neuen Qualifizierungsweges in der Zukunft sehen.

Unabhängig von den Fragen einer staatlichen Anerkennung wird nach Meinung einiger Experten die grundständige Ausbildung in der Intensivpflege des Klinikverbundes Südwest schnell Interessenten und Nachahmer finden. In diesem Zusammenhang verweist man etwa auf das Erfolgsmodell der OTA-Ausbildung, die sich in der Praxis schnell durchgesetzt und etabliert hat. Dabei sei die Ausgangslage in der Intensivpflege in hohem Maße mit der OP-Pflege vergleichbar, z.B. mit Blick auf den ökonomischen Druck, den Fachkräftemangel bzw. die Fachkraftquote oder die Attraktivitätssteigerung der Krankenhausarbeit für neue Zielgruppen. Erste Kliniken oder Schulen, z. B. in Donauwörth, hätten daher bereits begonnen, eine grundständige Ausbildung zu entwickeln oder zu übernehmen. Je mehr sich die entsprechenden Absolventen in der Praxis bewähren, desto eher dürfte, so die Erwartung der

⁵ Vgl. auch die entsprechende Stellungnahme des DPR zur grundständigen Intensivpflegeausbildung, DPR, 2012

Befürworter, auch die anfängliche Skepsis auf Seiten vieler Praktiker gegenüber diesem neuen Qualifizierungsweg schwinden.

Vorbehaltlich einer noch offenen Praxisbewährung werden die Zukunfts- und Arbeitsmarktperspektiven der Absolventen vorderhand und kurzfristig als gut beurteilt: Zum einen bilden der Klinikverbund Südwest und ggf. weitere Anbieter einer grundständigen Intensivpflegeausbildung nicht zuletzt für den eigenen Bedarf aus, sodass viele Absolventen mit hoher Wahrscheinlichkeit übernommen werden. Zum anderen erwartet man angesichts des Fachkräftemangels in der Intensivpflege auch außerhalb des Verbundes eine entsprechende Nachfrage.

Mit Blick auf die mittel- bis langfristigen Zukunfts- und Arbeitsmarktperspektiven – nicht nur, aber vor allem außerhalb der Intensivbereiche von Krankenhäusern - sei im Detail auf die Diskussion zum Thema „Sackgassenberuf“ verwiesen (vgl. Kap. 7.3): Ein Teil der befragten Experten erwartet hier wenig Perspektiven für andere Tätigkeitsfelder außerhalb der Intensivstation, sodass etwa nach einem belastungsbedingten Ausscheiden aus der Intensivpflege die Chancen am Arbeitsmarkt relativ schlecht sind. Ein anderer Teil sieht auch dann anderweitige Einsatzmöglichkeiten in der Pflege.

Die Entlohnung von grundständig ausgebildeten Intensivpflegekräften ist mangels praktischer oder tariflicher Grundlagen noch offen. Sie dürfte sich aber an der Entlohnung von Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflegern orientieren. Für die Arbeitgeber sind grundständig ausgebildete Intensivpflegekräfte aus diesem Grunde sowie infolge ihres jüngeren Durchschnittsalters somit einstweilen kostengünstiger als Fachweitergebildete, jedoch c.p. nicht (zwingend) als nicht weitergebildete Intensivpflegekräfte. Mittel- bis langfristig werden eher Angebot und Nachfrage von verfügbaren Fachkräften den Preis bestimmen, sodass auch grundständig Ausgebildete ggf. eine höhere Entlohnung „am Markt“ durchsetzen können.

C. Weiterbildung in der Psychiatriepflege

In den letzten Jahren hat das Thema psychische Gesundheit in Deutschland in der öffentlichen Diskussion und in der politischen Debatte nachhaltig an Bedeutung gewonnen. Unterschiedliche Formen der Veröffentlichungen haben zu einer stärkeren Aufmerksamkeit gegenüber psychisch kranken Menschen beigetragen. Sie zeigen Erfolge der letzten Jahre aber auch weiterhin Handlungsbedarfe auf. Die psychische Gesundheit der Bevölkerung ist inzwischen eine Zielsetzung vielfältiger gesundheitspolitischer Aktivitäten des Bundes, der Länder und Kommunen, von Verbänden und Fachgesellschaften, Selbsthilfegruppen, Krankenkassen und anderen Akteuren im Gesundheitswesen (GMK 2007).

In dem vom Robert-Koch-Institut (RKI) und dem Statistischen Bundesamt im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes veröffentlichten Bericht "Gesundheit in Deutschland" wird postuliert, dass die Bedeutung psychischer Erkrankungen aufgrund eines Mangels an verlässlichen Daten lange Zeit unterschätzt wurde. Häufigkeit und Auswirkungen von psychischen Leiden sowie die medizinische Versorgungslage seien in Deutschland erstmals 1998 im Bundes-Gesundheitssurvey mit dem Zusatzmodul „Psychische Störungen“ detailliert erhoben worden (RKI 2006).

Die Pflege von psychisch veränderten Menschen ist zwar in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen von angehenden Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflegern (KrPflAPrV 2003, zuletzt geändert 2007) und Altenpflegern (AltPflAPrV 2002, zuletzt geändert 2007) ausdrücklich festgeschrieben, ihre Etablierung in den hierzulande gebräuchlichen Curricula weist jedoch sowohl im Inhalt als auch im Stundenumfang erhebliche Unterschiede auf.

Durch die heute typischen Felder der psychiatrischen Pflegepraxis

- Allgemeinpsychiatrie,
- Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- Gerontopsychiatrie,
- Pflege und Rehabilitation Suchtkranker,
- Psychotherapie und Psychosomatik und
- Forensik

sind psychiatrisch Pflegende gezwungen, weitreichende Kompetenzen zu haben, die sich nicht nur auf einen Arbeitsbereich beziehen.

Gleichwohl sieht das Curriculum für eine gemeinsame Pflegeausbildung von Oelke und Menke (2002) beispielsweise für die gesamte Ausbildungszeit der Gesundheits- und Krankenpflege nur 52 Stunden für die psychiatriebezogene Pflege vor. Davon entfallen 32 Stunden auf den identischen Curriculumanteil („Psychisch veränderte und verwirrte Menschen pflegen.“ Oelke, Menke 2002, S.170f.) und jeweils 20 Stunden auf den spezifischen Curriculumanteil für Gesundheits- und Krankenpflege („Menschen mit psychischen Erkrankungen pflegen.“ Oelke, Menke 2002, S.189f.), Gesundheits- und Kinderkrankenpflege („Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen pflegen.“ Oelke, Menke 2002, S.199f.) sowie Altenpflege („Alte Menschen mit psychischen Erkrankungen pflegen.“ Oelke, Menke 2002, S.181). Lediglich der spezifische Curriculumanteil für die Altenpflege sieht zudem zusätzlich noch eine Lerneinheit von 74 Stunden zur Pflege demenziell erkrankter alter Menschen vor (Oelke, Menke 2002, S. 182 f.).

Von Pflegeschülern jeglicher Richtung wird nach Beendigung ihrer Ausbildungszeit jedoch erwartet, im psychiatrischen Pflegebereich professionelle Pflegeleistungen zu erbringen, ohne, dass eine eigene Ausbildung für die psychiatrische Pflege existiert. Es stellt sich somit die Frage, ob die Vorbereitung auf ein zukünftiges Berufsfeld der psychiatrischen Pflege mit dem heutigen Stundenumfang und dem begrenzten Inhalt ausreichend ist (Adolph 2010).

Für den Bereich der psychiatrischen Pflege existiert ebenfalls eine Zusatzqualifikation (Fachweiterbildung), die auf die abgeschlossene Berufsausbildung aufbaut. Für einen qualifizierten Abschluss mit staatlicher Anerkennung wird in der Regel eine zweijährige Weiterbildung mit 600 bis 800 Stunden Theorieunterricht und 1200 bis 2300 Stunden Praxiserfahrung im psychiatrischen Bereich benötigt. Eine detaillierte Beschreibung der Organisation der Weiterbildung für den psychiatrischen Bereich wird in Kapitel 9 gegeben.

8 Quantitative Bedarfsanalyse

Nachfolgend soll der Bedarf an Pflegepersonal in psychiatrischen Einrichtungen für die nächsten 10 Jahre oder konkret für den Zeitraum von 2011 bis 2020 prognostiziert werden.⁶ Der Personalbedarf in der Psychiatriepflege wird maßgeblich durch drei Einflussfaktoren bestimmt: den Sofortbedarf, den Ersatzbedarf und den Mehrbedarf an Pflegekräften.

Ausgangsbasis ist der derzeitige Stellenbestand bzw. die gegebene Fachkraftquote in der Psychiatriepflege. Aussagen dazu, inwieweit die aktuellen Stellenpläne bedarfsgerecht sind, werden – auch mangels objektiver und weitestgehend konsensfähiger Maßstäbe – somit ausdrücklich nicht getroffen. Der Bedarf wird somit unter der Prämisse prognostiziert, dass die heutigen Stellenbesetzungen – inklusive demografiebedingter Fortschreibungen – zumindest erhalten bleiben.

Datengrundlage der folgenden Darstellung bilden Sekundäranalysen der amtlichen Statistik des Statistischen Bundesamtes sowie der Ergebnisse des DKI-PSYCHIATRIE Barometers (Blum et al., 2011b), einer Repräsentativbefragung psychiatrischer Einrichtungen in Deutschland zu aktuellen Themen aus diesem Versorgungsbereich. Ein Themenschwerpunkt der Umfrage 2011 war die Psychiatriepflege. An der Umfrage 2011 beteiligten sich 178 Einrichtungen. Die Ergebnisse sind repräsentativ für die Grundgesamtheit psychiatrischer Fachkrankenhäuser in Deutschland bzw. der Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen.

8.1 Personal in der Psychiatriepflege

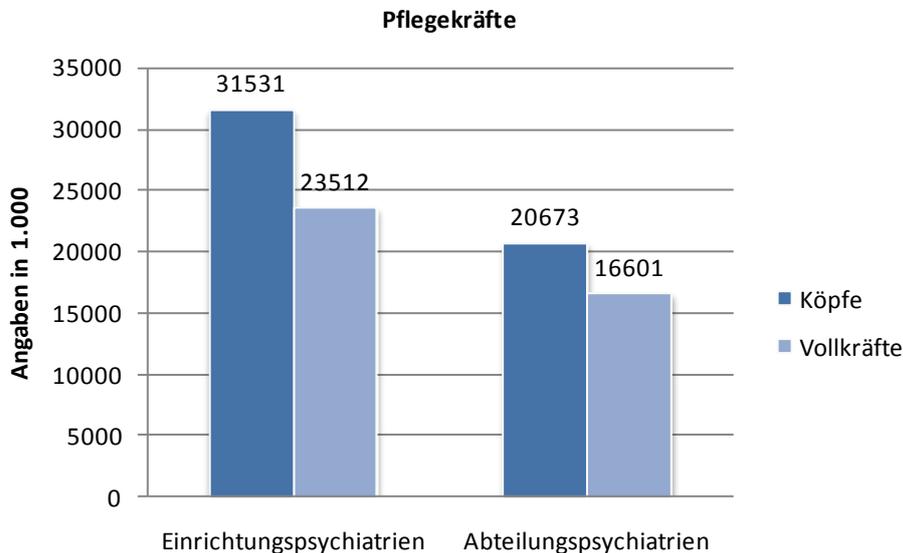
Nach der amtlichen Statistik des Statistischen Bundesamtes gab es Ende 2010 (Stichtag 31.12.2010) 51.210 Pflegekräfte (Köpfe), die in der Psychiatrie tätig waren. Das entspricht 40.113 Vollkräften im Jahresdurchschnitt 2010.

In den psychiatrischen Fachkrankenhäusern (Einrichtungspychiatrien) waren Ende 2010 30.531 Pflegekräfte (Köpfe) beschäftigt. Das entspricht 23.512 Vollkräften im Jahresdurchschnitt.⁷ In psychiatrischen Fachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern (Abteilungspsy-

⁶ Bei Fertigstellung der Studie stammten die aktuellsten verfügbaren Daten der amtlichen Statistik, auf der die Prognose maßgeblich basiert, aus dem Jahr 2010. Deswegen geht auch das Jahr 2011, obwohl schon vorüber, in die Prognose ein.

⁷ Hier liegt ggf. eine leichte Übererfassung vor, weil auch Pflegekräfte in rein psychiatrischen Tages- und Nachtkliniken erfasst sind. Diese werden vom Statistischen Bundesamt nicht mehr separat ausgewiesen.

chiatrien) gab es Ende 2010 20.673 Pflegekräfte (Köpfe). Das entspricht 16.601 Vollkräften im Jahresdurchschnitt.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 11: Pflegekräfte in der Psychiatrie

Der Anteil der examinierten Pflegekräfte (Kranken- und Kinderkrankenpflege) an den in der Psychiatrie insgesamt tätigen Pflegekräften lag bei 85%. Der Rest entfällt auf Krankenpflegehelfer und sonstige Pflegepersonen.

Der Anteil der examinierten Kräfte fällt in den entsprechenden Fachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern mit 88% etwas höher aus als in Einrichtungspychiatrien mit 83%.

8.2 Fachkraftquoten in der Psychiatriepflege

Nach dem DKI-PSYCHIatrie Barometer liegt die Fachkraftquote in der Psychiatriepflege, also der Anteil der Pflegekräfte mit Weiterbildung zur Fachkrankenpflege für Psychiatrie an den Pflegekräften in der Psychiatrie insgesamt, in den Einrichtungspychiatrien bei 13%. In den Abteilungspsychiatrien liegt der entsprechende Anteilswert bei 17%.

Bezogen ausschließlich auf die (dreijährige) examinierten Pflegekräfte liegt die Fachkraftquote in den Einrichtungspychiatrien bei 17% und in den Abteilungspsychiatrien bei 23%.

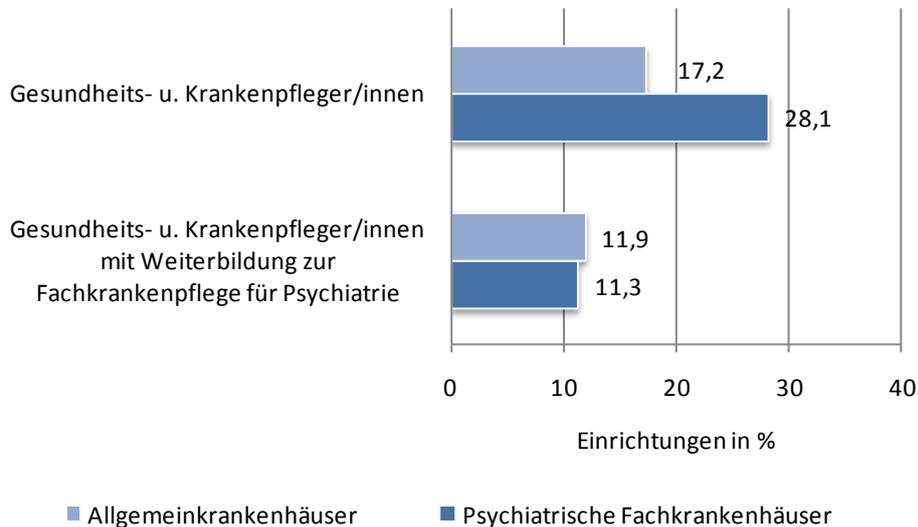
Mit Blick auf die Fachkraftquoten in der Psychiatriepflege ist zu bedenken, dass in der Psychiatrie in der Regel in multiprofessionellen Teams gearbeitet wird. Neben den Pflegekräften sind verschiedene therapeutische und soziale Berufe standardmäßig und in besonderem Maße in die Patientenversorgung involviert (wie Psychologen, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter, Physio- und Ergotherapeuten). Dadurch relativieren sich ggf. die vordergründig nicht besonders hohen Fachkraftquoten in der Psychiatriepflege.

8.3 Sofortbedarf

Der Sofortbedarf an zusätzlichen Pflegekräften in der Psychiatrie entspricht der Anzahl derzeit unbesetzter Stellen in der Psychiatriepflege. Entsprechende Stellenbesetzungsprobleme wurden im DKI-PSYCHIatrie Barometer erhoben. Die konkrete Fragestellung lautete, inwieweit das psychiatrische Fachkrankenhaus bzw. die jeweilige Fachabteilung im Allgemeinkrankenhaus Probleme hatte, offene Pflegestellen zu besetzen bzw. wie viele Stellen, gemessen in Vollkräften, vakant waren. Der Fachkräftemangel wird im PSYCHIatrie Barometer also darüber gemessen, dass offene Stellen (wieder) besetzt werden sollen, aber mangels (geeigneter) Bewerber kurzfristig nicht besetzt werden können bzw. längere Zeit vakant bleiben.

Zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2011 hatten demnach 28,1% aller Psychiatrischen Fachkrankenhäuser Probleme, offene Stellen im Pflegedienst zu besetzen. In den psychiatrischen Fachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern fällt der entsprechende Anteilswert mit 17,2% niedriger aus. In beiden Krankentypen haben jeweils gut 11% der Einrichtungen Probleme, speziell Pflegekräfte mit einer Weiterbildung zur Fachkrankenpflege für Psychiatrie zu finden (Abb. 12).

Stellenbesetzungsprobleme im Pflegedienst



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 12: Stellenbesetzungsprobleme im Pflegedienst

In Einrichtungen mit Stellenbesetzungsproblemen waren jeweils 2,6 Vollkraftstellen im Pflegedienst unbesetzt. Das entspricht etwa 2% (Psychiatrische Fachkrankenhäuser) bzw. 3% (Fachabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern) der Stellen im Pflegedienst der betroffenen Einrichtungen.

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit sind im Pflegedienst psychiatrischer Einrichtungen derzeit rund 300 Vollkraftstellen und damit weniger als 1% der Pflegestellen vakant.

8.4 Ersatzbedarf

Der Ersatzbedarf betrifft den Ersatz von altersbedingt (oder ggf. aus anderen Gründen) aus der Psychiatriepflege ausscheidendem Personal. Mangels repräsentativer Daten speziell zur Altersstruktur in der Psychiatriepflege wurden zur Schätzung daher Vergleichsdaten aus der OP- und Anästhesiepflege herangezogen (Blum et al, 2009), die insofern vergleichbar ist, als hier der Einstieg in das entsprechende Tätigkeitsfeld teilweise später erfolgt, also nach Abschluss einer grundständigen Pflegeausbildung und ggf. einigen Jahren Arbeit auf den Normalstationen eines somatischen Krankenhauses.

Legt man die Vergleichsdaten aus der OP- und Anästhesiepflege zugrunde, dann liegt der geschätzte Anteil der 55-Jährigen oder älter in der Psychiatriepflege bei 11%. Bei 51.210 Pflegekräften, die Ende 2010 in psychiatrischen Einrichtungen beschäftigt waren, werden bis Ende 2020 davon in jedem Fall gut 5.600 Beschäftigte altersbedingt aus dem Berufsleben ausscheiden.

Der geschätzte Anteil der 45-54-Jährigen in der Psychiatriepflege liegt bei etwa einem Drittel. Die Austrittswahrscheinlichkeiten der 45-54-Jährigen lassen sich mangels hinreichender Datengrundlagen nicht exakt berechnen. Angesichts der Verteilung über beide Altersgruppen der 45-54-Jährigen und der über 54-Jährigen insgesamt wird für die Prognose vereinfacht unterstellt, dass zwei Drittel der heute 45-54-Jährigen nicht über das 54. Lebensjahr hinaus in der Psychiatriepflege arbeiten werden. In Absolutzahlen entspricht das einem Ersatzbedarf von rund 11.400 Pflegekräften in der Psychiatrie.

In der Summe beläuft sich der Ersatzbedarf für altersbedingt (oder ggf. aus anderen Gründen) aus der Psychiatriepflege ausscheidendem Pflegepersonal somit auf mindestens ca. 17.000 Beschäftigte.

8.5 Mehrbedarf

Der Mehrbedarf meint den zusätzlichen Bedarf an Pflegekräften in psychiatrischen Einrichtungen über den aktuellen Bedarf hinaus. Maßgeblich hierfür sind insbesondere die demografische Entwicklung, also die Entwicklung von Anzahl und Struktur der Krankenhaufälle sowie die Entwicklung der Teilzeitquote.

Zum demografiebedingten Mehrbedarf liegen Prognosen der statistischen Ämter zu den Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Krankenhausbehandlung in Deutschland vor. Dabei sind prinzipiell zwei Szenarien zu unterscheiden: ein Status-Quo-Szenario und ein Szenario sinkender Behandlungsquoten (Statistisches Bundesamt, 2011).⁸

Nach dem sog. Status-Quo-Szenario hängt die Wahrscheinlichkeit eines stationären Krankenhausaufenthalts heute und in Zukunft vor allem vom Alter und vom Geschlecht ab. Für die Vorausberechnungen werden die aktuellen alters- und geschlechtsspezifischen Krankenhaufälle konstant gehalten und der vorausberechneten Bevölkerung

⁸ Allerdings differenzieren die Prognosen nicht nach somatischen und psychiatrischen Fällen, sondern gelten für die Krankenhaufälle insgesamt.

zugrunde gelegt. Demnach würde die Zahl der Krankenhausfälle von 2010 bis 2020 von 17,8 Mio. auf 18,8 Mio. steigen. Das entspricht einer relativen Zunahme von 5,6%.

Das Szenario sinkender Behandlungsquoten geht von der Überlegung aus, dass Menschen bei steigender Lebenserwartung auch länger gesund leben und schwere bzw. häufige Behandlungen erst im späteren Alter auftreten. Zur Prognose werden dementsprechend die aktuellen altersspezifischen Krankenhauswahrscheinlichkeiten entsprechend dem Anstieg der Lebenserwartung in höhere Altersgruppen „verschoben“ und auf die vorausberechnete Bevölkerung bezogen. Gemäß diesem Szenario steigt die Zahl der Krankenhausfälle von 17,7 Mio. in 2010 auf 18,3 Mio. in 2020 oder relativ um 3,4%.

Betrachtet man die beiden Szenarien als Unter- bzw. Obergrenzen der wahrscheinlichen Entwicklung, so liegt der Korridor der voraussichtlichen Krankenhausfälle im Jahr 2020 zwischen 18,3 Mio. und 18,8 Mio., der Korridor für die absolute Zunahme bis dahin zwischen 0,6 Mio. und 1 Mrd. Fällen, sowie für die relative Zunahme zwischen 3,4% und 5,6%.

Unterstellt man vereinfacht sowohl für die psychiatrischen Fälle als auch für die Pflegekräfte in der Psychiatrie eine proportionale Entwicklung, dann würde sich der zusätzliche Bedarf an Pflegekräften c.p. innerhalb dieser Marge bewegen. Für die Prognose wurde vereinfacht der mittlere Wert der Marge zwischen Status-Quo-Szenario (5,6%) und dem Szenario sinkender Behandlungsquoten (3,4%) zugrunde gelegt, also ein fallzahlbedingter Mehrbedarf an Pflegekräften in psychiatrischen Einrichtungen von 4,5%. Bei rund 51.200 Pflegekräften in der Psychiatrie am Jahresende 2010 entspricht dies einem Mehrbedarf von ca. 2.300 Beschäftigten bis zum Jahr 2020.

Ein Mehrbedarf an Psychiatriepflegekräften entsteht schließlich dadurch, dass die Teilzeitarbeit in der Pflege stetig zunimmt. Selbst bei konstantem Bedarf an Vollkräften würde dadurch der Bedarf an Beschäftigten steigen, insofern die Arbeit auf mehr „Köpfe“ zu verteilen ist. Die Entwicklung der Teilzeitquote kann dabei auch als Indikator für allgemeine gesellschaftliche Trends interpretiert werden, wie beispielsweise eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie bzw. Privatleben.

Von 2006 bis 2010 hat die Zahl der teilzeitbeschäftigten Pflegekräfte in psychiatrischen Einrichtungen um rund 2.300 zugenommen (Statistisches Bundesamt, 2006ff.). Das entspricht einem jährlichen Anstieg von durchschnittlich 460 Pflegekräften in Teilzeit. Schreibt man diesen Trend bis 2020 linear fort – was angesichts der o. g. allgemeinen Trends durchaus rea-

listisch erscheint –, dann steigt die Zahl der Teilzeitkräfte in der Psychiatriepflege bis dahin um 4.600 Pflegekräfte an.

Der Mehrbedarf insgesamt, also die Summe aus demografie- und teilzeitbedingtem Mehrbedarf, beläuft sich bis 2020 auf 6.900 Psychiatriepflegekräfte (Tab. 9).

Tab. 9: Mehrbedarf in der Psychiatriepflege

Mehrbedarf bis 2020	Psychiatriepflegekräfte
Demographiebedingter Mehrbedarf	2.300
Teilzeitbedingter Mehrbedarf	4.600
Summe Mehrbedarf	6.900

8.6 Prognose

Nachfolgend soll auf Basis der vorangegangenen Analysen der Bedarf an Psychiatriepflegekräften bis zum Jahr 2020 prognostiziert werden (Tab. 10). Ausgangsbasis ist der derzeitige Stellenbestand. Wie eingangs erwähnt, wird der Bedarf somit unter der Prämisse prognostiziert, dass die heutigen Stellenpläne – inklusive demografie- und teilzeitbedingter Fortschreibungen – zumindest erhalten bleiben. In diesem Sinne entspricht der substitutive bzw. zusätzliche Personalbedarf in der Psychiatriepflege somit der Summe von Sofortbedarf, Ersatzbedarf und Mehrbedarf an Intensivpflegekräften. Gemessen wird der Personalbedarf in Beschäftigten („Köpfen“).

Aus diesem Grunde muss zunächst noch der ermittelte Sofortbedarf von 300 Vollkräften entsprechend umgerechnet werden. Das Verhältnis von Beschäftigten (51.200 Intensivpflegekräfte) zu Vollkräften (41.100 VK) liegt derzeit bei 1,28. Demzufolge liegt der Sofortbedarf, gemessen in Beschäftigten/Köpfen, bei rund 400 Psychiatriepflegekräften.

Der Ersatzbedarf für altersbedingt oder ggf. aus anderen Gründen aus der Psychiatriepflege ausscheidendes Pflegepersonal wird bis 2020 auf ca. 17.000 Beschäftigte taxiert.

Der Mehrbedarf für diesen Zeitraum liegt bei 6.900 Psychiatriepflegekräften. Er setzt sich zusammen aus einem demografiebedingten Mehrbedarf von 2.300 Kräften und einem teilzeitbedingten Mehrbedarf von 4.600 Beschäftigten.

Tab.10: Prognose des Bedarfs an Psychiatriepflegekräften bis 2020

Bedarf	Psychiatriepflegekräfte
<u>Bedarf an Neuzugängen bis 2020</u>	
Sofortbedarf	400
Ersatzbedarf	17.000
Mehrbedarf	6.900
Summe Bedarf an Neuzugängen bis 2020	24.300
<u>Zusätzlicher Bedarf gesamt bis 2020</u>	
Psychiatriepflegekräfte 2010	51.200
Psychiatriepflegekräfte 2020 (Bedarf)	58.500
Summe zusätzlicher Bedarf gesamt bis 2020	7.300
<u>Zusätzlicher Bedarf an Fachkräften bis 2020 (bei 15% Fachkraftquote)</u>	
Weitergebildete Psychiatriepflegekräfte 2010	7.500
Weitergebildete Psychiatriepflegekräfte 2020 (Bedarf)	8.500
Summe zusätzlicher Bedarf an Fachkräften bis 2020	1.000

In der Summe aus Sofort-, Ersatz- und Mehrbedarf ist bis zum Jahr 2020 somit ein substitutiver bzw. zusätzlicher Bedarf an Psychiatriepflegekräften in Höhe von 24.300 Personen erforderlich. Pro Jahr müssten bundesweit somit rund 2.700 neue Mitarbeiter für die Psychiatriepflege akquiriert werden.

Addiert man die Summe aus Sofort- und Mehrbedarf (7.300 Beschäftigte) zur Beschäftigtenzahl von 51.200 Psychiatriepflegekräften im Jahr 2010, dann liegt der Bedarf an Psychiatriepflegekräften im Jahr 2020 bei insgesamt 58.500. Dies entspricht einer Steigerung von 14,3%.

Will man die heutige Fachkraftquote von knapp 15% (übergreifend für Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien) zumindest halten, müssen c.p. bis dahin etwa 1.000 Mitarbeiter in der Psychiatriepflege entsprechend weitergebildet werden.

9 Analyse vorhandener Weiterbildungen

Die qualitative Bedarfsanalyse betrifft insbesondere die Qualifikationen bzw. die Qualifizierungswege in der Psychiatriepflege. Zu diesem Zweck wird zunächst die heutige Organisation der Weiterbildung analysiert.

Eine Weiterbildung im Sinne des Gesetzes vermittelt fach- oder funktionsbezogen theoretisches Wissen und praktische Fähigkeiten und ist „...die Wiederaufnahme organisierten Lernens nach Abschluss der Berufsausbildung in einem erlernten Gesundheitsfachberuf mit dem Ziel, die Berufsqualifikation zu erhöhen und zur Tätigkeit in speziellen Bereichen besonders zu befähigen“ (GfbWbG Bremen 2007).

Neben der traditionellen Weiterbildung sehen neuere Ansätze eine integrative Weiterbildung (Kombination von grundständiger Pflegeausbildung und Psychiatrieweiterbildung im unmittelbaren Anschluss) sowie eine akademische Qualifizierung in der Psychiatriepflege vor.

9.1 Organisation der Weiterbildung

Die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen in Deutschland ist in den jeweiligen Landesgesetzen geregelt. Der genaue Aufbau und detaillierte Inhalte der Weiterbildung in der Psychiatriepflege sind daneben in den entsprechenden Weiterbildungsordnungen der Länder festgeschrieben.

Im Folgenden werden die Weiterbildungsgesetze in den Gesundheitsfachberufen sowie die Weiterbildungs- und Prüfungsverordnungen für Gesundheitsfachberufe in der Psychiatrie in Baden-Württemberg, Berlin, Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen und Schleswig-Holstein analysiert.

9.1.1 Ziele

Das Ziel der Weiterbildung in der psychiatrischen Pflege ist die Vermittlung spezieller Kenntnisse und Fertigkeiten, um für pflegerische Tätigkeiten in den verschiedenen Fachgebieten der Psychiatrie zu befähigen und die hierfür erforderlichen patientenorientierten Verhaltensweisen und Einstellungen zu vermitteln. Dabei ist der allgemein anerkannte Stand der Wissenschaft im Bereich der Pflege, der Medizin sowie weiterer Bezugswissenschaften zugrun-

de zu legen. Die Weiterbildung soll ferner der Entwicklung eines umfassenden Verständnisses von Gesundheit, Krankheit und Behinderung sowie der Verbesserung der Wahrnehmungs- und Kommunikationsfähigkeit dienen. Die Weiterbildung soll insbesondere eine pflegerische Einstellung vermitteln, die sich am Erhalt und an der Förderung der individuellen biografischen, psychischen, sozialen und physischen Ressourcen des psychisch kranken Menschen orientiert und speziell auf folgende Aufgaben vorbereiten:

- umfassende, sach- und fachkundige, geplante Pflege psychisch Kranker und Behinderter sowie Suchtkranker in stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen auf der Grundlage eines vertieften Verständnisses von Entstehung und Verlauf sowie den individuellen Erlebnis- und Bewältigungsformen psychischer Störungen;
- Förderung der selbständigen und selbstverantwortlichen Lebensgestaltung der Patienten auf der Basis ihrer Individualität und ihres sozialen Umfeldes, präventive und begleitende Gesundheitsberatung;
- Arbeit mit Patientengruppen zur Aktivierung persönlicher Interessen, zum Training lebenspraktischer Fähigkeiten und zur Förderung sozialer Kontakte;
- selbstkritische und verantwortungsbewusste Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen im therapeutischen Team;
- Mitwirkung bei der Durchführung fachspezifischer diagnostischer, therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen;
- Kontaktgestaltung zu Angehörigen und zum sozialen Umfeld, Einbeziehung der Angehörigen in den Pflegeprozess, Einbeziehung der mitbetreuenden sozialen Dienste;
- Planung und Organisation des Krankenpflegedienstes in der Psychiatrie sowie das Anleiten von Mitarbeitern, Schülern und Praktikanten.
- Anwendung und Überwachung der Einhaltung von Hygienevorschriften sowie tätigkeitsbezogener Rechtsvorschriften.

9.1.2 Voraussetzung

Die Zugangsvoraussetzung zur Weiterbildung in der psychiatrischen Pflege erfüllt, wer berechtigt ist, die staatlich anerkannte Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpfleger,

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpfleger zu führen. In Baden-Württemberg und Niedersachsen sind außerdem Heilerziehungspfleger zugelassen und in Bremen können Hebammen oder Entbindungspfleger an den Grundmodulen der Weiterbildung teilnehmen. Im Allgemeinen wird nach Beendigung der Berufsausbildung der Nachweis von entsprechender beruflicher Tätigkeit gefordert. Die geforderte Zeitspanne liegt dabei zwischen einem und zwei Jahren Berufspraxis, davon sollten sechs Monate bis ein Jahr mit der Pflege psychisch Kranker abgeleistet worden sein. In einigen Ländern werden jedoch keine Anforderungen an die Berufspraxis vor einer Weiterbildung in der psychiatrischen Pflege gestellt (Hessen, Niedersachsen, NRW, Saarland).

9.1.3 Dauer und Struktur

Die Weiterbildung wird in der Regel berufsbegleitend durchgeführt und dauert 2 Jahre bis höchstens 4 Jahre bei teilzeitbeschäftigten Pflegekräften. Einige Bundesländer bieten sie auch wahlweise als Vollzeitlehrgang an (NRW, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen). Die Weiterbildung findet an staatlich anerkannten Weiterbildungseinrichtungen statt und gliedert sich in theoretischen und praktischen Unterricht sowie eine praktische Weiterbildung. Die konkrete zeitliche Aufteilung auf die verschiedenen Weiterbildungslehrgänge oder -module ist landesrechtlich stark unterschiedlich geregelt. Die Ausbildung umfasst einen Bereich von 1.800 bis 3.600 Stunden, wovon die praktische Weiterbildung den größten Teil ausmacht (durchschnittlich 65% bis 75%) (Tab. 11).

Tab. 11: Übersicht über die Voraussetzung zur Aufnahme und die Stundenzahlen in der Psychiatrie-Weiterbildung

Bundesland	Erfahrung im erlernten Beruf Voraussetzung?	Theoretischer und praktischer Unterricht	Praktische Weiterbildung
Baden-Württemberg	Ja, 2 Jahre, davon 12 Monate Psychiatriepflege	720 Stunden	2350 Stunden
Bayern	keine Angaben (k.A.)	k.A.	k.A.
Berlin	Ja, 2 Jahre davon 12 Monate unmittelbar vor Beginn der Weiterbildung	780 Stunden	750 Stunden
Brandenburg	k.A.	k.A.	k.A.
Bremen	Ja, mind. 1 Jahr	800 Stunden	2800 Stunden
Hamburg	k.A.	k.A.	k.A.
Hessen	Nein	810 Stunden	1800 Stunden
Mecklenburg-Vorpommern	Ja, 18 Monate Vollzeittätigkeit in der Pflege	800 Stunden	1600 Stunden
Niedersachsen	Nein	720 Stunden	1400 Stunden
Nordrhein-Westfalen	Nein	720 Stunden	1200 Stunden
Rheinland-Pfalz	Ja, 2 Jahre, davon 12 Monate in der Pflege psychisch oder psychosomatisch Kranker	720 Stunden	1280 Stunden
Saarland	Nein	720 Stunden	1600 Stunden
Sachsen	Ja, innerhalb der letzten 5 Jahre mind. 24 Monate in der Psychiatriepflege	720 Stunden	2000 Stunden
Sachsen-Anhalt	k.A.	k.A.	k.A.
Schleswig-Holstein	Ja, mind. ein Jahr, davon mindestens 6 Monate in der Psychiatriepflege	600 Stunden	1200 Stunden
Thüringen	k.A.	k.A.	k.A.

9.1.4 Weiterbildungsinhalte

Die Curricula für den theoretischen und praktischen Unterricht sind im Detail in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich geregelt. Im theoretischen Unterricht bilden in der Regel psychiatrisch-medizinische Grundlagen, therapeutisch-pflegerische Grundlagen und Inhalte aus rechts-, sozial- und wirtschaftswissenschaftlichen Bereichen den Schwerpunkt. Der praktische Unterricht erweitert die fachpflegerisch therapeutische Kompetenz und bein-

haltet schwerpunktmäßig die Themen Kommunikation, Gesprächsführung, Anleitung, Beratung und Arbeiten mit unterschiedlichen Gruppen. Die praktische Ausbildung sieht in der Regel obligatorisch ein Praktikum bzw. den berufsbegleitenden Einsatz in der Pflege psychisch Kranker vor. Einige Bundesländer schreiben dabei Praktika in unterschiedlichen Fachbereichen der Psychiatrie (allgemeine psychiatrisch-psychotherapeutische Pflege, gerontopsychiatrische oder gerontologische Pflege, kinder- und jugendpsychiatrische Pflege, Pflege Abhängigkeitskranker, Forensische Psychiatrie) oder in verschiedenen Einrichtungsformen vor (stationären psychiatrischen Einrichtungen, teilstationären oder ambulanten psychiatrischen Einrichtungen). Tabelle 12 zeigt beispielhaft die Weiterbildungsinhalte für die psychiatrische Pflege in Bremen.

Tab. 12: Weiterbildungsinhalte für die psychiatrische Pflege in Bremen

Theoretischer Unterricht	Mindeststunden- zahl
Grundmodul 1	120
Pflegewissenschaftliche Grundlagen,	
Rechtliche und strukturelle Bedingungen in der Pflege,	
Sozial-kommunikative Kompetenzen,	
Betriebswirtschaftliche Grundlagen in verschiedenen Institutionen der Pflege.	
Grundmodul 2	200
Grundlagen der Kommunikation und Gesprächsführung,	
Grundlagen der Pädagogik, Methodik und Didaktik,	
Grundlagen der Pflegeorganisation, Beratung und Anleitung für verschiedene Zielgruppen.	
Fachmodul 1: Grundlagen psychiatrischer Pflege	160
Organisation und Strukturen psychiatrischer Versorgung sowie gesetzliche Grundlagen,	
Grundlagen der psychiatrischen Pflege: Pflegediagnostik, therapeutische Prozesse und Interventionen sowie deren Evaluation und Reflexion,	
Grundlagen der psychiatrischen Krankheitslehre und Therapie,	
Affine Bezugsfächer: Psychologie und Soziologie.	
Fachmodul 2: Handlungsfelder und Verfahren in der Psychiatrie	160
Spezielle Handlungsfelder in der psych. Pflege und verbundene spezielle Therapieformen	
Verschiedene Verfahren der Psychotherapie,	
Besondere Situationen und Interaktionen in der Psychiatrischen Pflege,	
Supervision und berufliche Selbsterfahrung.	
Fachmodul 3: Spezielle Pflege in der Psychiatrie	160
Wahlmodul 3.1: Pflege von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen	
Wahlmodul 3.2: Ambulante psychiatrischen Pflege	
Wahlmodul 3.3: Pflege in der forensischen Psychiatrie	
Wahlmodul 3.4: Pflege in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	
Wahlmodul 3.5: Pflege in der Gerontopsychiatrie	
Wahlmodul 3.6: Spezielle Pflege in der Allgemeinpsychiatrie	
Stundenzahl gesamt	800
Praktische Ausbildung	Mindeststunden- zahl
Grundmodul 1: 10 Wochen berufspraktische WB in geeigneten Einsatzfeldern	Ca. 400
Grundmodul 2: mind. 15 Wochen berufspraktische WB in geeigneten Einsatzfeldern	Ca. 600
Fachmodul 1: Grundlagen psychiatrischer Pflege: mind. 15 Wochen berufspraktische WB in geeigneten Einsatzfeldern	Ca. 600
Fachmodul 2: Handlungsfelder und Verfahren in der Psychiatrie: mind. 15 Wochen berufspraktische WB in geeigneten Einsatzfeldern	Ca. 600
Fachmodul 3: Spezielle Pflege in der Psychiatrie: mind. 15 Wochen berufspraktische WB in geeigneten Einsatzfeldern	Ca. 600
Stundenzahl gesamt	Ca. 2800

9.1.5 Prüfung

Für die Weiterbildung in der Psychiatriepflege sehen die Prüfungsordnungen der einzelnen Länder im Allgemeinen eine schriftliche und mündliche Prüfung vor, einige Bundesländer verlangen zusätzlich auch eine praktische Prüfung (Baden-Württemberg, NRW, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen). Die Bundesländer, in denen die Weiterbildung in Form von Modulen organisiert ist (Bremen, Hessen, NRW), schreiben einzelne Modulprüfungen als Leistungsprüfungen der Weiterbildungsstätten mit zusätzlicher staatlicher Abschlussprüfung vor.

Die schriftliche Abschlussprüfung besteht in der Regel aus einer unter Aufsicht anzufertigenden Arbeit mit frei zu formulierenden Antworten, aus der Bearbeitung eines gestellten Themas, aus Prüfungsaufgaben im Antwort-Wahl-Verfahren oder aus der Kombination dieser Methoden. Der mündliche Teil der Prüfung besteht in den meisten Ländern aus einem freien, fachübergreifenden Prüfungsgespräch, das als Einzel- oder Gruppenprüfung mit höchstens 3 bis 4 Prüflingen durchgeführt wird und nicht länger als 20 bis 45 Minuten pro Prüfling dauert. Der praktische Teil der Prüfung erstreckt sich auf die Ausführung von pflegerisch-therapeutischen Aufgaben aus dem Bereich der psychiatrischen Pflege und deren Begründung oder das Anfertigen einer Facharbeit (Sachsen).

Die Weiterbildungsbezeichnungen, welche die Prüflinge nach bestandener Prüfung führen dürfen, variieren zwischen den einzelnen Bundesländern. Beispielsweise existieren für Gesundheits- und Krankenpfleger die Weiterbildungsbezeichnungen

- (staatlich anerkannter Gesundheits- und) Krankenpfleger für Psychiatrie (Berlin, Baden-Württemberg),
- (staatlich anerkannter) Fachgesundheits- und Krankenpfleger für psychiatrische Pflege (Rheinland-Pfalz, NRW),
- Fachgesundheits- und Krankenpfleger für allgemeine Psychiatrie / Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Psychosomatik und Psychotherapie / Fachgesundheits- und Krankenpfleger für forensische Psychiatrie (Sachsen) sowie
- Fachpfleger für Psychiatrie / Fachpfleger für psychiatrische Pflege / Fachkraft für psychiatrische Pflege (Schleswig-Holstein, Saarland, Bremen / Hessen, Mecklenburg-Vorpommern / Niedersachsen).

9.1.6 Anerkennung

Weiterbildungsverkürzungen sind in den Weiterbildungs- und Prüfungsordnungen der Bundesländer geregelt. Im Allgemeinen können die Weiterbildungsstätten auf Antrag andere erfolgreich abgeschlossene Weiterbildungen im Umfang ihrer Gleichwertigkeit auf die Dauer der Weiterbildung anrechnen, wenn das Erreichen des Weiterbildungszieles dadurch nicht gefährdet wird.

Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder eines Staates, dem die Mitgliedstaaten der Europäischen Union vertraglich einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben, die einen in einem dieser Staaten ausgestellten Aus- oder Weiterbildungsnachweis besitzen, der erforderlich ist, um dort den Beruf aufzunehmen, auszuüben oder die Berufsbezeichnung zu führen, wird eine gleichwertige Befähigung bescheinigt, wenn die Berufsqualifikation mindestens auf dem Niveau nach Artikel 11 Buchstabe b der Richtlinie 2005/36/EG⁹ des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen liegt.

Ist die Gleichwertigkeit der Weiterbildung in den Staaten nach der Richtlinie 2005/36/EG nicht gegeben, so ist ein höchstens dreijähriger Anpassungslehrgang oder eine Eignungsprüfung (Anpassungsmaßnahmen) zu absolvieren.

9.1.7 Weiterbildungsstätten

Die Fachweiterbildung für die psychiatrische Pflege erfolgt in der Regel an staatlich anerkannten Weiterbildungsstätten für Gesundheitsberufe oder anerkannten Weiterbildungsstätten nach der DKG-Richtlinie zur Weiterbildung in der psychiatrischen Pflege. In Nordrhein-Westfalen wird dagegen eine Zulassung der Weiterbildungseinrichtungen durch die Bezirksregierung gefordert. Für eine entsprechende Anerkennung bzw. Zulassung definieren die Weiterbildungsgesetze oder Weiterbildungsordnungen der Länder bestimmte Anforderungen in Bezug auf Räumlichkeiten und Ausstattung, Qualifikation der Leitung sowie Qualifikation

⁹ Richtlinie 2005/36/EG, Artikel 11, Buchstabe b: Qualifikationsniveaus: „Zeugnis, das nach Abschluss einer Ausbildung auf Sekundarniveau erteilt wird, i) entweder einer allgemein bildenden Sekundarausbildung, die durch eine Fach- oder Berufsausbildung, die keine Fach- oder Berufsausbildung im Sinne des von Buchstabe c ist, und/oder durch ein neben dem Ausbildungsgang erforderliches Berufspraktikum oder eine solche Berufspraxis ergänzt wird; ii) oder einer technischen oder berufsbildenden Sekundarausbildung, die gegebenenfalls durch eine Fach- oder Berufsausbildung gemäß Ziffer i und/oder durch ein neben dem Ausbildungsgang erforderliches Berufspraktikum oder eine solche Berufspraxis ergänzt wird.“

und Anzahl der Lehrkräfte. Des Weiteren ist die praktische Weiterbildung durch Anschluss an psychiatrische Einrichtungen entsprechend den Vorgaben der Weiterbildungsgesetze bzw. Weiterbildungsordnungen zu gewährleisten.

9.2 Integrative Aus- und Weiterbildung zum Pflegespezialisten in Frankfurt

In Frankfurt wurde eine kombinierte Weiterbildung von Pflegeausbildung und Pflegeweiterbildung u.a. im Bereich der Psychiatriepflege und Intensivpflege entwickelt. Die Agnes-Karll-Schule bietet zusammen mit der Bildungsstätte des Klinikums der Johann Wolfgang Goethe-Universität diese neue Aus- und Weiterbildungsform zum Pflegespezialisten an.

Eine Beschreibung der grundlegenden Struktur der Aus- und Weiterbildung zum Pflegespezialisten ist in Kapitel 5.2 zu finden.

9.3 Studiengänge mit dem Schwerpunkt psychiatrische Pflege

9.3.1 Bachelor-Studiengang Psychische Gesundheit / Psychiatrische Pflege

Zum Sommersemester 2011 hat die Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld zum ersten Mal den Studiengang Psychische Gesundheit / Psychiatrische Pflege (Bachelor of Arts) angeboten. Dieser Studiengang wendet sich an ausgebildete Fachkräfte, die bereits mit psychisch Kranken arbeiten. Das Ziel sind akademisch ausgebildete Fachkräfte für die Arbeit mit psychisch erkrankten oder beeinträchtigten Menschen, die selbstständig und evidenzbasiert arbeiten und/oder als Fallmanager bzw. Primäre Pflegekraft (PN) auch die Arbeit weiterer haupt- und ehrenamtlicher Personen im therapeutischen Prozess und im Lebensumfeld steuern und koordinieren können und als gleichwertige Partner im therapeutischen Team gelten.

Gegenüber der klassischen Fachweiterbildung Psychiatrie liegen die zusätzlichen Qualifikationen in der Fähigkeit zu wissenschaftlich fundiertem Arbeiten, Denken und Reflektieren, zur kritischen Auseinandersetzung mit internationaler Fachliteratur und in einer vertieften Aneignung von Behandlungstechniken. Im Unterschied zur Fachpflege-Weiterbildung können auch weitere Berufsgruppen bei entsprechender Ausbildung und Berufserfahrung zum Studium zugelassen werden.

Der Studiengang Psychische Gesundheit / Psychiatrische Pflege qualifiziert für die wissenschaftlich fundierte Arbeit als Mitarbeiter im Pflege- und therapeutischen Dienst in psychiatrischen Handlungsfeldern, insbesondere in stationären und teilstationären psychiatrischen Kliniken, im Heimbereich (Langzeit-Psychiatrien), Einrichtungen der Sozial- und gemeindenahen Psychiatrie, in ambulanten psychiatrischen Pflegediensten und in der Prävention. Die Studieninhalte werden dabei durch übergreifende Module miteinander verbunden

9.3.1.1 Ziele

Das Ziel des Studiums zum Bachelor Psychische Gesundheit / Psychiatrische Pflege ist es, den Studierenden folgende Kompetenzen zu vermitteln:

Auf fachlicher Ebene:

- Erwerb fundierter Kenntnisse im wissenschaftlichen Arbeit
- Erwerb tiefergehender Prozesskenntnisse im Hinblick auf Assessment, Planung und Evaluation
- Kennen spezifischer Anforderung der psychiatrischen Behandlung in unterschiedlichen Versorgungssettings (ambulant, teilstationär, stationär)

Auf strategischer Ebene:

- Die Qualität in der Psychiatrischen Pflege und psychiatrischen Versorgung zu bestimmen und weiterzuentwickeln
- Evidenzbasierte Entscheidungsfindung
- Einschätzen wesentlicher Entwicklungsstränge der Profession im psychiatrischen Handlungsfeld und entsprechende konzeptuelle Aspekte für die Praxis erarbeiten und in der Praxis umsetzen.

Auf methodischer Ebene:

- Ausrichten der Arbeit mit einem Schwerpunkt auf Partizipation und Recovery
- Klienten / Patienten im Rahmen von verantwortlichen Positionen im Rahmen des Behandlungsteams (z.B. Case-Management oder Primary Nursing) behandeln und betreuen zu können
- Fachgerechtes Bearbeiten wissenschaftlicher Literatur

Werteorientiert:

- Orientierung des professionellen Handelns an dem Wert der größtmöglichen Selbstbestimmung des Patienten
- Ethische Reflektion von Entscheidungen und Handlungen und die Integration von Formen des christlichen Lebens in die Arbeit

9.3.1.2 Voraussetzung

Die Zulassungsvoraussetzungen für das Studium zum Bachelor Psychische Gesundheit / Psychiatrische Pflege erfüllt, wer einen Abschluss als staatlich anerkannter Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger oder Ergotherapeut besitzt. Zusätzlich muss Berufserfahrung von mindestens zwei Jahren in einem psychiatrischen Arbeitsfeld nachgewiesen werden. Für die Zulassung an der Fachhochschule wird des Weiteren das Abitur oder die Fachhochschulreife oder eine mindestens dreijährige Tätigkeit im erlernten Beruf benötigt.

9.3.1.3 Dauer und Struktur

Die Regelstudienzeit für den Studiengang beträgt neun Studienhalbjahre bei berufsbegleitender Studienorganisation. Durch Anerkennung einiger Module ist eine Verkürzung der Studienzeit auf sechs Studienhalbjahre in der Regel (drei Jahre) möglich.

Der Studiengang findet in modularisierter Form statt. Die Teilnahme an einigen Modulen setzt den erfolgreichen Abschluss anderer Module voraus. Der zeitliche Umfang für den erfolgreichen Abschluss des Studiums beträgt insgesamt 4.500 Stunden.

Für das erfolgreiche Studium werden von den Lehrenden Punkte (CP) nach dem „European Credit Transfer System“ (ECTS = Europäisches System zur Anrechnung von Studienleistungen) vergeben. Für den erfolgreichen Abschluss des Studiums werden 180 CP benötigt.

9.3.1.4 Anerkennung

Eine Berufsausbildung (mit staatlicher Anerkennung) im Gebiet der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Altenpflege, Heilerziehungspflege, Sozi-

alarbeit /-pädagogik oder Ergotherapie wird mit 60 Kreditpunkten ETCS anerkannt, so dass sich das Studium auf den Erwerb von 120 Punkten verkürzt. Das bedeutet im Allgemeinen eine Regelstudienzeit bei berufsbegleitender Studienorganisation von 3 Jahren. Eine Reduzierung der Berufstätigkeit auf ca. 75% wird von der durchführenden Fachhochschule empfohlen.

9.3.1.5 Studieninhalte

Das Ziel des Studiums ist die Vermittlung von Expertenwissen im Hinblick auf die pflegerische Versorgung in unterschiedlichen Handlungsfeldern und die Befähigung zur professionellen Entscheidungsfindung in komplexen Sachverhalten. Unter Einbeziehung wissenschaftlicher Erkenntnisse und klinischer Kompetenzen im Hinblick auf Diagnostik und therapeutische Interventionen ergibt sich eine erweiterte Pflegepraxis als in den bisherigen Ausbildungen vermittelt wurde (Fachhochschule der Diakonie 2010a, 2010b). Detaillierte Studieninhalte können Tabelle 13 entnommen werden.

Tab. 13: Studieninhalte für den Bachelor-Studiengang Psychische Gesundheit / Psychiatrische Pflege

Studieninhalte	Stunden	CP
Grundlagenstudium Psychiatrische Pflege oder als Anrechnung die Berufsausbildung und Berufspraxis:	1500	60
Grundlagenkompetenzen im Berufsfeld und im wissenschaftlichen Arbeiten		
Bezeichnung: Aufgaben und Konzepte der beruflichen Pflege	(375)	(15)
Bezeichnung: Kooperation bei medizinischer Diagnostik und Therapie	(375)	(15)
Bezeichnung: Lebensweltbezogene Pflege	(375)	(15)
Bezeichnung: Setting- und phänomenbezogene Pflege (Grundlagen)	(375)	(15)
Grundlagen Psychiatrische Pflege und Psychische Gesundheit		
Einführung in das Studium, IT-gestütztes Lernen und Methoden wissenschaftlichen Arbeitens	250	10
Assessment, Diagnosefindung, Maßnahmeplanung und Evaluation	200	8
Grundlagen der Sozialforschung	200	8
Ethische und rechtliche Grundlagen	200	8
Vertiefungsstudium Psychiatrische Pflege / Psychische Gesundheit		
Störungsverläufe und langfristiges Krankheitsmanagement	200	8
Gesundheitsökonomie/ Betriebswirtschaftliche Grundlagen	100	4
Psychosoziale Interventionen / Psychotherapeutische Basisqualifikation	275	11
Psychopharmakologie und komplementäre Ansätze	100	4
Beratungsmethoden und Bildungsprozesse	175	7
Differenzierungsstudium		
Psychiatrische Pflege in unterschiedlichen Settings	350	14
Wahlmodul: Psychiatrische Pflege im Berufsfeld Forensik	}	
Wahlmodul: Pflege alter psychisch kranker Menschen (Gerontopsychiatrie)		
Wahlmodul: Pflege Psychoseerkrankter Menschen		
Psychische Gesundheit / Psychiatrische Pflege		
Wahlmodule weitere Methoden I	125	5
Wahlmodule weitere Methoden II	125	5
Rollenverständnis – Beziehungsgestaltung – (Fall-) Verantwortung	125	5
Bachelor-Thesis und Kolloquium	325	13
Summe	4500	180

9.3.2 Studiengang „Erweiterte Pflegekompetenzen bei langfristigem Versorgungsbedarf (Schwerpunkt Psychiatrie)“

Im Februar 2012 wurde zwischen dem Landeskrankenhaus (AöR), dem Pfalzkrankenhaus (AdöR) und der Katholischen Hochschule Mainz ein Vertrag geschlossen, welcher die Einrichtung einer Stiftungsprofessur für psychiatrisch Pflegenden bekräftigt. Die Einführung und Umsetzung der Professur „Erweiterte Pflegekompetenzen bei langfristigem Versorgungsbedarf (Schwerpunkt Psychiatrie)“ erfolgt über den Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft e. V., der durch vorgegebenen Standards die Qualität und Neutralität des Verfahrens sichert.

Das neue Studienangebot wird Pflegefachpersonen auf Bachelor- und Masterniveau für eine weitreichende Versorgung und Pflege von Menschen mit chronischen, insbesondere psychiatrischen Krankheitsbildern und langdauerndem Unterstützungsbedarf qualifizieren.

9.3.2.1 Ziele

Vor dem Hintergrund veränderter Anforderungen im Bereich der psychiatrischen Versorgung wie dem politisch geforderten Ausbau der ambulanten gemeindepsychiatrischen Angebote, dem Wunsch der Patienten, trotz ihrer Erkrankungen im häuslichen Bereich bleiben zu können und Veränderungen in der Struktur ärztlicher Versorgung bietet der verstärkte Einsatz akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen in neuen Aufgabenfeldern eine innovative Lösung (Allgemeine Zeitung, 13.02.2012).

9.3.2.2 Studieninhalte

Die Katholische Hochschule Mainz bietet bereits seit 2008 einen ausbildungsintegrierten Bachelorstudiengang für Pflegefachpersonen mit unterschiedlichen Vertiefungsmöglichkeiten an. Der neue Studienschwerpunkt wird die traditionellen Pflegekompetenzen jedoch deutlich erweitern und die Absolventen befähigen, passgenaue, wissenschaftlich begründete Handlungskonzepte zu entwickeln und umzusetzen.

Auf der Bachelorebene erfolgt das Studienangebot durch die Integration eines zusätzlichen Vertiefungsbereiches "Klinische Pflege bei langfristigem Versorgungsbedarf" in den bereits bestehenden dualen Bachelorstudiengang "Gesundheit und Pflege". Darauf aufbauend wird

ein neuer Masterstudiengang "Erweiterte Pflegekompetenzen in der psychiatrischen Versorgung" mit dem Abschluss Master of Science etabliert werden.

Start des neuen Studienschwerpunktes "Erweiterte Pflegekompetenzen bei langfristigem Versorgungsbedarf (Schwerpunkt Psychiatrie)" wird das Sommersemester 2013 mit der Aufnahme der ersten Bachelorstudierenden sein, die diesen Studienschwerpunkt wählen können (Allgemeine Zeitung, 13.02.2012).

10 Grobkonzept für eine Direktqualifikation in der Psychiatriepflege der Asklepios Kliniken

Mitarbeiter der Krankenpflegeschulen der Asklepios Kliniken GmbH haben ein vereinfachtes Konzept zur grundständigen Ausbildung in der Psychiatriepflege erstellt, welches im Folgenden näher beschrieben wird. Dieses Konzept würde, im Falle der Aufnahme einer solchen Ausbildung, zu einem Curriculum ausgearbeitet.

10.1 Ziele und Berufsbild

Eine Direktqualifikation zur „Gesundheits- und KrankenpflegerIn in der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie“ auf einem gleichwertigen Niveau des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG v. 16. Juli 2003) ist für die Mitarbeiter der Asklepios Kliniken GmbH denkbar. Dabei müssten für die Anerkennung als Pflegefachkraft jedoch folgende Punkte geklärt sein:

1. die staatliche Anerkennung auf dem Niveau der Gesundheits- und Krankenpflege
2. die Anerkennung als pflegfachliche Ausbildung im Sinne des OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel)
3. die Anerkennung als „sachkundige“ und legitimationsfähige Pflegefachkräfte für die Durchführung von grundrechtseinschränkenden Maßnahmen nach den länderspezifischen Regelung und Vorgaben im Bereich des Maßregelvollzuges, der Psychischkrankengesetzgebungen und der Unterbringungsgesetzgebungen

Ziel der Direktqualifikation zur Gesundheits- und KrankenpflegerIn in der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie sei (analog § 3 Abs. 2 KrPflG):

1. die folgenden Aufgaben in der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie eigenverantwortlich auszuführen:
 - a) Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation
 - b) Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege,
 - c) Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit,

- d) Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes,
2. die folgenden Aufgaben in der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie im Rahmen der Mitwirkung auszuführen:
- a) eigenständige Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen,
 - b) Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation,
 - c) Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen,
3. interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten und dabei multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen von Gesundheitsproblemen zu entwickeln.

Als besondere Kenntnisse, die eine Direktqualifikation in der Psychiatrie den Auszubildenden vermitteln soll wurden zudem Kommunikationsfähigkeit und Gesprächsführung genannt. Des Weiteren wurden als besondere Kompetenzen, welche Absolventen einer solchen Ausbildung vorweisen sollten, die Fähigkeit der Krisenintervention, die Selbstreflexion und der konstruktive Umgang mit Kritik angeführt.

10.2 Struktur und Organisation

Die Direktqualifikation zur Gesundheits- und KrankenpflegerIn in der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte drei Jahre dauern und insgesamt mindestens 4600 Stunden umfassen. Sie sollte gegliedert sein in:

- a) den theoretischen und praktischen Unterricht von 2.100 Stunden und
- b) die praktische Ausbildung von 2.500 Stunden.

Im Hinblick auf zukünftige Bewerber werden dieselben Zulassungsvoraussetzungen vorgeschlagen, wie sie zurzeit bei den Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflegern bestehen (Krankenpflegegesetz – KrPflG). Demnach müssen Bewerber einen

- 1. Realschulabschluss oder eine andere gleichwertige, abgeschlossene Schulbildung oder
- 2. den erfolgreichen Abschluss einer sonstigen zehnjährigen allgemeinen Schulausbildung oder
- 3. einen Hauptschulabschluss oder eine gleichwertige Schulbildung, zusammen mit

- a) einer erfolgreich abgeschlossenen Berufsausbildung mit einer vorgesehenen Ausbildungsdauer von mindestens zwei Jahren oder
- b) einer Erlaubnis als Krankenpflegehelferin oder Krankenpflegehelfer oder einer erfolgreich abgeschlossenen landesrechtlich geregelten Ausbildung von mindestens einjähriger Dauer in der Krankenpflegehilfe oder Altenpflegehilfe vorweisen.

Ein zusätzliches Pflegepraktikum, evtl. sogar im Bereich der Psychiatrie, wird als wünschenswert, jedoch nicht zwingend erforderlich gesehen.

Die Direktqualifikation zur Gesundheits- und KrankenpflegerIn in der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte mit der staatlichen Prüfung abschließen; sie sollte unabhängig vom Zeitpunkt der staatlichen Prüfung in Vollzeitform drei Jahre dauern. Der Unterricht für die Direktqualifikation zur Gesundheits- und KrankenpflegerIn in der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte in staatlich anerkannten Schulen an Krankenhäusern oder in staatlich anerkannten Schulen, die mit Krankenhäusern verbunden sind, vermittelt werden.

Die praktische Ausbildung in der Direktqualifikation zur Gesundheits- und KrankenpflegerIn in der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte allgemein in ambulanten, teilstationären und stationären Bereichen der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie stattfinden. Ebenso sind z. B. geriatrische Abteilungen und Demenzstationen geeignet. Im Differenzierungsbereich sollten in der praktischen Ausbildung auch Einsätze im komplementären – psychiatrischen Bereichen wie beispielsweise dem Sozialpsychiatrischen Dienst, den Gesundheitsämtern oder bei Kranken- und Pflegekassen möglich sein. Fähigkeiten im Bereich der allgemeinen Pflege sollten in Bereichen der Geriatrie, Inneren Medizin, Neurologie und evtl. bei der Pflege Suchtkranker erworben werden.

Angeleitet sollte die praktische Ausbildung von erfahrenen psychiatrischen Pflegekräften werden, welche einen Praxisanleiterkurs absolviert haben. Eine Fachweiterbildung der Praxisanleiter ist wünschenswert aber nicht zwingend erforderlich. Ansonsten sollte die Praxisanleitung und Praxisbegleitung der Auszubildenden analog zum Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) geregelt werden.

10.3 Ausbildungsinhalte

Der theoretische und praktische Unterricht in einer Direktqualifikation zur Gesundheits- und KrankenpflegerIn in der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte analog der Regelaufgaben „Pflegepersonal“ der Psych-PV folgende Themenbereiche umfassen:

1. Allgemeine Pflege
 - 1.1. Pflegeanamnese/Pflegeplanung
 - 1.2. Pflegedokumentation
 - 1.3. Vitalzeichenkontrolle
 - 1.4. Prophylaxe
 - 1.5. Mobilisation, Lagern
 - 1.6. Anleitung und Hilfe bei der Eigenhygiene
 - 1.7. Nahrungsaufnahme des Patienten
 - 1.8. Bettenmachen
 - 1.9. Hygienemaßnahme (z. B. Bett und Nachttisch)
 - 1.10. Betreuung Sterbender
 - 1.11. Versorgung Verstorbener

2. Spezielle Pflege
 - 2.1. Somatische Pflege
 - 2.1.1. Blutabnahme, Injektion, Katheter
 - 2.1.2. Vor- und Nachbereiten von Untersuchungen
 - 2.1.3. Wundversorgung
 - 2.1.4. Richten/Ausgeben von Medikamenten
 - 2.1.5. Begleitung
 - 2.1.6. Notfall, Erste Hilfe
 - 2.2. Psychiatrische Pflege

2.2.1. Einzelfallbezogene Behandlung und Betreuung

2.2.1.1. Ständige Betreuung und Beobachtung

2.2.1.2. Entlastende und orientierungsgebende Gesprächskontakte; Gespräche mit Angehörigen; Anlaufstelle für Patienten, Angehörige und andere außenstehende Personen, einschließlich telefonischer Kontakte

2.2.1.2.1. Gespräch mit Patient

2.2.1.2.2. Gespräch mit Angehörigen

2.2.1.2.3. Gespräch mit anderen

2.2.1.3. Training des Tagesablaufs

2.2.1.4. Einzel- und Familientherapie

2.2.1.5. Hausbesuch, Vorstellungstermin

2.2.1.6. Aufnahme, Verlegung und Entlassung

2.2.1.7. Psychotherapeutische Maßnahme (DBT, psychodynamische Konzepte)

2.2.1.8. Hilfe beim Umgang mit persönlichem Eigentum

2.2.2. Gruppenbezogene Behandlung und Betreuung

2.2.2.1. Morgenrunde, Forum

2.2.2.2. Lebenspraktisches Training, Sozialtraining, Freizeitmaßnahme

2.2.2.3. Spezielle Therapiegruppe

2.3. Visiten des Arztes: Vorbereitung, Teilnahme, Ausarbeitung

3. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

3.1. Therapie- und Arbeitsbesprechungen

3.1.1. Übergabe, Konzeptbesprechung

3.1.2. Stationsübergreifende Dienstbesprechung

3.1.3. Stationsbezogene Supervision, Balintgruppe

- 3.1.4. Hausinterne Aus-, Fort- und Weiterbildung (Teilnahme und Durchführung)
- 3.2. Stationsorganisation
 - 3.2.1. Dienstplan
 - 3.2.2. Terminplanung
 - 3.2.3. Interne Disposition, Bevorratung von Medikamenten, Pflegehilfsmitteln und sonstigen Materialien und andere Verwaltungsaufgaben, Statistiken etc.
 - 3.2.4. Anleitung von Praktikanten und Auszubildenden
- 4. Rechtskunde, relevante Gesetze und Verordnungen, einschl. Finanzierung des Gesundheitswesens
- 5. Pflege im
 - 5.1. ambulanten,
 - 5.2. teilstationären und
 - 5.3. stationären Bereichen der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - 5.4. Gesundheitsprävention und Beratung
- 6. Pflegeorganisationsformen
- 7. Beschaffung von pflegerelevantem Wissen, Pflegeforschung
- 8. Krankheitslehre Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Ebenso, wie die Ausbildung Anteile der Kinder und Jugendpsychiatrie beinhalten soll, sollte sie auch Inhalte der Gerontopsychiatrie, Forensik, des Maßregelvollzugs und Suchtkranker umfassen. Eine Weiterqualifizierung der Pflegekräfte im Sinner einer Fortbildung sollte auch nach abgeschlossener Direktqualifikation ermöglicht werden.

11 Einschätzung durch Experten aus der Pflege: Bewertung der Idee einer grundständigen Ausbildung

11.1 Identifizierte Vorteile

Eine grundständige Ausbildung in der Psychiatriepflege ist, nach der Meinung einiger Experten aus der Pflege, ein geeignetes Mittel, die derzeit übliche Fachweiterbildung zu verkürzen. Dies führt zu einer schnelleren Verfügbarkeit von Fachkräften. Derzeit dauert die Fachweiterbildung in der psychiatrischen Pflege, je nach Bundesland, bis zu sieben Jahren (drei Jahre Pflegeausbildung, gefolgt von zwei Jahren praktischer Tätigkeit und zwei Jahren Weiterbildung). Bei einer dreijährigen grundständigen Ausbildung in der Psychiatriepflege wird somit die Qualifizierung für einen Fachabschluss um bis zu vier Jahre verkürzt.

Gesundheits- und Krankenpfleger sind zudem nach einer alleinigen dreijährigen Pflegeausbildung, laut Experten, nicht unmittelbar in der Psychiatrie einsatzfähig, sondern bedürfen längerer Einarbeitungszeiten. Eine grundständige Ausbildung in der Psychiatriepflege ist hingegen eine Möglichkeit, eine qualitativ hochwertige Ausbildung sicherzustellen und gleichzeitig eine schnellere Einsatzfähigkeit der Pflegekräfte in der Psychiatrie zu gewährleisten. Trotz der verbesserten psychiatrischen Ausbildung der Absolventen einer Direktqualifikation ist aber, laut Experten aus der Pflege, eine zusätzliche spezielle Fort- oder Weiterbildung auch für diese Pflegekräfte im Anschluss an ihre Ausbildung oder in der weiteren Berufspraxis denkbar.

Eine grundständige Ausbildung in der psychiatrischen Pflege hat nicht nur den Vorteil der Verkürzung einer qualitativ hochwertigen Ausbildung, sondern, so die Hoffnung der Experten, den Vorzug von verringerten Kosten für gut ausgebildete Fachpflegekräfte. So entstehen deutlich geringere Kosten durch die direkte Einsatzfähigkeit der Absolventen einer grundständigen Ausbildung in der Psychiatriepflege auf der einen Seite durch den Wegfall der zweijährigen Fachweiterbildung und, je nach Bundesland, der vorausgehenden zweijährigen praktischen Tätigkeit. Auf der anderen Seite entfällt bei grundständig ausgebildeten Psychiatriepflegern eine lange Einarbeitungszeit, wie sie bei Gesundheits- und Krankenpflegern aufgrund zu geringer psychiatrischer Ausbildungsinhalte notwendig ist.

11.2 Identifizierte Nachteile

Der Großteil der interviewten Experten hielt eine gute, solide pflegerische Grundausbildung der Pflegekräfte auf Grund häufig auftretender somatischer Erkrankungen bei psychiatri-

schen Patienten für unabdingbar. Bei einer dreijährigen Ausbildung mit psychiatrischem Schwerpunkt sahen die Experten jedoch diese pflegerische Grundausbildung nicht ausreichend gewährleistet.

Als weiterer Kritikpunkt wurde das zu geringe Alter der möglichen Auszubildenden einer grundständigen psychiatrischen Ausbildung angeführt. Durch das geringe Alter (16 bis 19 Jahre) der Auszubildenden, welche sich direkt für eine Ausbildung in der Psychiatrie entscheiden würden, befürchteten die Experten auftretende Probleme wie beispielsweise fehlende Distanz der Auszubildenden zu den Patienten. In Folge dessen wird eine psychische Überforderung der Pflegeschüler erwartet und dadurch mit hohen Abbrecherquoten in der Ausbildung gerechnet.

Darüberhinaus erfordert, nach Aussage der Praktiker, die in der Psychiatrie aufgetretene Veränderung des Patientengutes eine bestimmte Qualifikation der Pflegekräfte. Der Zuwachs an jungen psychiatrischen Patienten erfordere Pflegende mit ausgeprägter Berufs- und Lebenserfahrung. Jüngere Absolventen werden zur Pflege dieses Patientengutes für nicht geeignet gehalten.

Ferner wird bei einer grundständigen Ausbildung in der psychiatrischen Pflege die Durchlässigkeit zu anderen Pflegebereichen von den Praktikern als nicht ausreichend gesehen. Durch die frühe Festlegung auf die rein psychiatrische Pflege und die dadurch verringerte Ausbildung im Bereich der allgemeinen Grundpflege werde der psychiatrische Pflegebereich zwangsläufig zum „Sackgassenberuf“. Ein Ausweichen auf andere Pflegebereiche wird somit für die Absolventen einer grundständigen Psychiatriepflegeausbildung sehr schwierig, wenn nicht sogar praktisch unmöglich.

Ebenso befürchteten verschiedene Experten, dass durch die Aufnahme grundständiger, spezialisierter Pflegeausbildungen die Versorgung von Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen mit grundpflegerisch tätigen Gesundheits- und Krankenpflegern nicht mehr gewährleistet werden kann. Durch die vermehrte Ausbildung von spezialisierten Pflegekräften werden immer weniger „Generalisten“ ausgebildet, welche dann nicht mehr für andere Pflegebereiche zur Verfügung stehen.

11.3 Anforderungen an die Ausbildung und Qualifizierung

Anforderungen an die Ausbildung und Qualifizierung von grundständig ausgebildeten Pflegekräften in der Psychiatrie werden von den Experten aus der Pflege unterschiedlich gestellt. Grundsätzlich lassen sich die Ausbildungsanforderungen in drei unterschiedlichen Modellen darstellen:

- Modell „Erweiterte Krankenpflegehilfe“
- Modell „Grundständige dreijährige Ausbildung“
- Modell „Ausbildung plus“

Modell „Erweiterte Krankenpflegehilfe“

Die zurzeit bestehende einjährige Ausbildung zum Krankenpflegehelfer wird seit 2004 nicht mehr bundeseinheitlich im Krankenpflegegesetz geregelt. Die Gesetzgebungskompetenz für Berufe, die keine Heilberufe sind, liegt somit nicht beim Bund sondern bei den Ländern. Die Ausbildung wird dennoch weiterhin an Krankenpflegesschulen angeboten und dauert in der Regel ein Jahr. Sie soll entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Gesundheitsförderung sowie der Versorgung und Begleitung von kranken und behinderten Menschen vermitteln. Dabei sind die unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen sowie Lebensphasen und die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen zu berücksichtigen.

Die Voraussetzungen für Auszubildende einer Krankenpflegehilfeausbildung sind in der Regel der Hauptschulabschluss oder eine gleichwertige Schulbildung / Bildungsabschluss. Einige Bundesländer verlangen ein Mindestalter von 17 Jahren (z. B. Nordrhein-Westfalen) oder das zusätzliche Vorliegen entsprechender Vorerfahrung, wie z. B. Berufsfachschule für Sozialwesen oder ein Freiwilliges Soziales Jahr (Baden-Württemberg).

Bei dem Modell „Erweiterte Krankenpflegehilfe“ gehen die befragten Experten von den gleichen Ausbildungsvoraussetzungen aus, wie bei der herkömmlichen Krankenpflegehilfe. Das gesamte Ausbildungsvolumen sollte jedoch von einem Jahr auf zwei Jahre erhöht werden. Die Ausbildungsinhalte sollten neben den Inhalten der einjährigen Ausbildung auch

Schwerpunktt Themen psychiatrischer Pflege enthalten. Die Absolventen einer solchen Ausbildung sollten die Kompetenz haben, alltagspraktische Tätigkeiten mit und für die Patienten mit einem theoretisch, psychiatrischen Hintergrund auszuführen.

Als Zielgruppe für eine grundständige psychiatrische Ausbildung – konzipiert als erweiterte Krankenpflegehilfeausbildung in der Psychiatrie – werden Interessenten für eine herkömmliche Krankenpflegehilfeausbildung gesehen, die jedoch etwas höhere Ansprüche an ihre Ausbildung stellen möchten. Von den Experten wird das Modell „Erweiterte Krankenpflegehilfe“ und somit die grundständige Ausbildung in der Psychiatriepflege als eine Möglichkeit gesehen, in das Qualifikationsgefüge der psychiatrischen Pflege eine zusätzliche qualifizierte Ebene aufzunehmen. Durch diese zusätzliche Ebene sind die bereits vorhandenen Pflegekräfte in der Psychiatrie bestehend aus Gesundheits- und Krankenpflegern und Gesundheits- und Krankenpflegern mit zweijähriger Fachweiterbildung nicht ersetzbar. Das neue Ausbildungsmodell liefert indessen zum einen die Möglichkeit, das Gesamtqualifikationsniveau der Pflege zum Wohl der Patienten zu heben. Zum anderen gibt eine höher qualifizierte zusätzliche Pflegeebene Raum, um Arbeitsprozesse und –aufgaben neu zu verteilen oder zu strukturieren und entlastet somit die übrigen Pflegekräfte.

Modell „Grundständige dreijährige Ausbildung“

Experten, die das Modell einer grundständigen dreijährigen Ausbildung in der Psychiatriepflege befürworten, wenden auf diese Ausbildung die gleichen Rahmenbedingungen an, wie bei einer dreijährigen grundständigen Ausbildung zum Gesundheits- und (Kinder)Krankenpfleger. Dies betrifft insbesondere die Ausbildungsvoraussetzungen, den Ausbildungsumfang, Prüfungsmodalitäten und die staatliche Anerkennung.

Während der dreijährigen Ausbildung sollten die Pflegeschüler, laut Praktikern, zum einen grundlegende Kenntnisse in der Grundpflege erwerben. Zum anderen sollten den Auszubildenden besondere Kenntnisse und Kompetenzen im Bereich der psychiatrischen Pflege vermittelt werden. Die psychiatrischen Unterrichtsinhalte haben dabei das gleiche Qualitätsniveau wie in einer Fachweiterbildung.

Absolventen einer solchen Ausbildung in der Psychiatriepflege werden somit befähigt, übertragene Aufgaben eigenverantwortlich auszuführen. Sie haben besondere Kompetenzen in der Kommunikation und Gesprächsführung, die es gestatten, sie insbesondere im Bereich

von Patienteneinzelgesprächen, Patientengruppen, bei der Psychoedukation oder Krisenintervention einzusetzen.

Die praktische Relevanz einer grundständigen Ausbildung in der Psychiatriepflege wird von den befragten Experten allerdings unterschiedlich beurteilt: Einerseits wird diese Ausbildung als „goldener Weg“ gesehen, gut qualifizierte psychiatrische Pflegekräfte zu erhalten und zugleich Zeit und Kosten bei der Ausbildung zu sparen. Auf der anderen Seite wird die Einsatzfähigkeit der Absolventen eher zurückhaltend beurteilt. Trotz grundständiger psychiatrischer Ausbildung fehlt den Absolventen die praktische Erfahrung, so dass Pflegekräfte mit zweijähriger Fachweiterbildung wegen ihrer Zusatzerfahrung für universeller einsetzbar und somit „wertvoller“ gehalten werden. Herkömmlich ausgebildeten Gesundheits- und Krankenpflegern fehlt zwar die psychiatrische Erfahrung, sie werden aber dennoch für universeller einsetzbar als grundständig ausgebildete Psychiatriepfleger gehalten und somit ebenfalls für „wertvoller“.

Auch die intendierte Zielgruppe einer grundständig ausgebildeten Psychiatriepflegeausbildung differiert zwischen den Praktikern. Während ein Teil der Experten junge Schulabgänger mit Haupt- oder Realschulabschluss für geeignet hält, ist ein anderer Teil der Meinung, dass diese Pflegeschüler unbedingt mehr Lebenserfahrung und –reife benötigen und folglich ein höheres Alter vorausgesetzt werden müsste. Da jedoch bezogen auf die Grundgesamtheit der Bewerber für eine Pflegeausbildung nur ca. 20% der Anwärter ein höheres Alter haben, besteht, laut Praktikern, die akute Gefahr, dass vorhandene Ausbildungsplätze nicht besetzt werden können.

Eine Übertragung des generellen Konzeptes der grundständigen Ausbildung auf andere Fachbereiche ist, nach Meinung der Experten, dennoch denkbar. Bei der derzeitigen Personallage im Pflegebereich sei der Bedarf dafür ggf. in der Intensivpflege und der ambulanten Pflege gegeben. Für jede dieser spezialisierten Ausbildungen müssten allerdings die Ausbildungsinhalte individuell angepasst werden.

Modell „Ausbildung plus“

Experten, die eine grundständige Pflegeausbildung in der Psychiatrie nach dem Modell „Ausbildung plus“ empfehlen, stellen bei den Ausbildungsvoraussetzungen höhere Anforderungen. Demzufolge sollten zukünftige Pflegeschüler eine 12-jährige Schulausbildung

besitzen. Die Altersgrenze der Anwärter sollte ebenfalls angehoben werden, auf ca. 20 Jahre, und evtl. Überbrückungszeiten mit berufshinführenden Tätigkeiten ausgefüllt werden.

Das Gesamtausbildungsniveau soll am Ende der Ausbildung gleichwertig mit einer herkömmlichen grundständigen Pflegeausbildung und zusätzlicher zweijähriger Fachweiterbildung sein. Dies wird entweder durch eine grundständige spezialisierte Pflegeausbildung erreicht, deren Gesamtumfang drei Jahre plus einen nicht näher definierten Zeitraum umfassen sollte oder durch einen Studiengang mit mindestens Bachelor-Abschluss, der gleichzeitig ein Pflegeexamen beinhaltet.

Während der Ausbildung sollte den Pflegeschülern, nach Meinung der Experten, einerseits die Grundlagen der Grundpflege vermittelt werden. Andererseits sollten die Auszubildenden besondere Kenntnisse und Kompetenzen im Bereich der psychiatrischen Pflege erwerben. Sie sollen befähigt werden, Aufgaben eigenverantwortlich auszuführen, die von Medizinern an sie delegiert werden. Sie benötigen dafür besondere Kompetenzen z. B. in der Kommunikation und Gesprächsführung, um Patientengespräche oder Patientengruppen sowie Psychoedukationen zu leiten.

Die intendierte Zielgruppe für diese Ausbildung sollte nach Meinung der befragten Experten nicht nur ein höheres Alter besitzen, sondern auch in ihrer zukünftigen Profession den besonderen ideellen Wert des Arbeitens mit Menschen sehen.

11.4 „Sackgassenberuf“?

Die Frage der eventuell fehlenden Durchlässigkeit einer grundständigen psychiatrischen Pflegeausbildung und der daraus möglicherweise folgenden beruflichen „Sackgasse“ für die Absolventen bzw. Pflegekräfte wird von den befragten Experten sehr unterschiedlich bewertet:

Auf der einen Seite nahmen die Experten nicht an, dass diese Ausbildung in der Praxis als ein „Sackgassenberuf“ gesehen werden könnte, da es bei der derzeitigen hohen Anzahl von psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken einen großen und deutlichen Bedarf an spezialisierten Fachpflegekräften gibt.

Auf der anderen Seite wird die fehlende Durchlässigkeit zu anderen Pflegebereichen von den Praktikern kritisiert und berufsbildungspolitisch als nicht förderlich gesehen. Durch die frühe Festlegung auf die rein psychiatrische Pflege und die dadurch verringerte Ausbildung

im Bereich der allgemeinen Pflege werde ein Ausweichen auf andere Pflegebereiche sehr schwierig oder praktisch unmöglich. Die psychiatrische (Fach)Pflege wird damit zwangsläufig zum „Sackgassenberuf“.

11.5 Tätigkeitsprofile und Qualifikation

Inwieweit sich die Tätigkeitsprofile von Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflegern und von Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflegern mit zusätzlicher zweijähriger Fachweiterbildung im Alltag unterscheiden, liegt, nach Einschätzung der Experten, am jeweiligen Einsatzort der Pflegekräfte.

Im vollstationären Bereich hängen die Tätigkeitsprofile vor allem von den Vorgaben der leitenden Pflegekräfte bzw. vom Management des jeweiligen Pflegebereichs ab: Nach Einschätzung der Experten gibt es in den meisten Krankenhäusern derzeit generell keine Unterschiede im Tätigkeitsprofil zwischen den Pflegekräften mit und ohne Weiterbildung. Als eine Ursache dafür, dass die höhere Qualifikation der Fachweitergebildeten evtl. nicht entsprechend eingesetzt wird, wurde die Personalknappheit in den psychiatrischen Pflegebereichen genannt. Ein abweichendes Tätigkeitsprofil wird daher auch von Absolventen einer grundständigen psychiatrischen Pflegeausbildung nicht erwartet. Gleichwohl sind Fachweitergebildete häufiger in Leitungsfunktionen zu finden. In einigen Einrichtungen werden weitergebildete Pflegekräfte darüber hinaus entsprechend ihrer Qualifikation mit Sonderaufgaben betraut oder pflegen die Kontakte zu komplementären und ambulanten Bereichen.

Im teilstationären Bereich, Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA), Tagesstätten und Wohngruppen, die von Krankenhäusern vorgehalten werden, werden, laut Experten, fast ausschließlich Pflegekräfte mit psychiatrischer Fachweiterbildung eingesetzt. In diesem Tätigkeitsumfeld sind die Pflegekräfte gezwungen, äußerst selbstständig zu arbeiten und benötigen daher die Möglichkeit, auf zusätzliches Fachwissen und eine größere Erfahrung zurückgreifen zu können.

Allein im Bereich der häuslichen psychiatrischen Fachpflege werden regelhaft ausschließlich fachweitergebildete Psychiatriepfleger eingesetzt. Die im § 132 a Abs. 2 SGB V geregelte Versorgung von Patienten mit häuslicher Krankenpflege schreibt vor, dass Einzelheiten dieser Versorgung, z. B. über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung, von den Krankenkassen in direkten Verträgen mit den Leis-

tungserbringern zu regeln sind. Diese Verträge enthalten auch Vorschriften über die Qualifikation der Pflegekräfte, die besagen, dass ausschließlich fachweitergebildete Kräfte eingesetzt werden dürfen (z.B. Vertrag gemäß § 132 a Abs. 2 SGB V für die Häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege mit einem spezialisierten Pflegedienst [AOK –Niedersachsen, Landwirtschaftliche Krankenkasse Niedersachsen-Bremen, BKK Landesverband Mitte]).

11.6 Akzeptanz

Akzeptanz bei zukünftigen Pflegeschülern

Die Akzeptanz einer grundständigen Ausbildung in der Psychiatriepflege durch die zukünftigen Pflegeschüler wird von den befragten Experten unterschiedlich beurteilt. Auf der einen Seite werden, trotz der derzeitig noch fehlenden staatlichen Anerkennung, keine Akzeptanzprobleme erwartet. Infolge des hohen Bewerberandranges zur Ausbildung in den neuen technischen Assistenzberufen, welche ebenfalls zurzeit noch nicht staatlich anerkannt sind, wurden für die psychiatrische Pflege ebenfalls Probleme ausgeschlossen.

Andere Praktiker sehen jedoch große Akzeptanzprobleme bei den zukünftig Auszubildenden. Als Hauptursachen wurden dafür fehlende Zukunftsaussichten einer nicht anerkannten Ausbildung und erschwerte Bedingungen beim Arbeitgeberwechsel durch die fehlende Anerkennung der Ausbildung genannt, welche dieses Berufsbild für die Arbeitnehmer unattraktiv erscheinen lässt. Zusätzliche Schwierigkeiten entstehen, wenn neue Berufsbilder nicht im allgemeinen Tarifgefüge abgebildet sind.

Des Weiteren sehen einige Experten die von den Krankenhäusern durch die Ausbildung von spezialisiertem Pflegepersonal geleistete Versorgung nicht mehr in aller Breite erfüllt: Durch eine spezialisierte Ausbildung zum psychiatrischen Pfleger sind Absolventen von Krankenpflegeschulen nicht mehr „universell einsetzbar“.

Akzeptanz im Krankenhauswesen sowie bei Fach- und Berufsverbänden

Die Akzeptanz einer grundständigen Ausbildung in der Psychiatriepflege bei Fach- und Berufsverbänden sowie im Krankenhauswesen wurde von den Experten gleichermaßen beurteilt: Die befragten Praktiker schätzten die Akzeptanz dieser Ausbildungsform unter ihren Berufs- und Fachkollegen als sehr gering ein. Auch die Durchsetzung einer möglichen staatli-

chen Anerkennung einer Direktqualifikation in der spezialisierten Pflege wird eher negativ beurteilt. Die befragten Experten glaubten einheitlich nicht an die Unterstützung einer solchen Ausbildungsform durch die Fach- und Berufsverbände und gingen daher auch von ablehnenden Haltungen bei den zuständigen Ministerien aus. Die zukünftige allgemeine Entwicklung der Pflegeausbildung wird von den Experten eher in einer breiteren Grundausbildung mit anschließender Spezialisierung gesehen und einem evtl. Hochschulabschluss.

11.7 Zukunftsperspektive

Die Übertragbarkeit des Konzepts einer grundständigen spezialisierten Pflegeausbildung auf verschiedene Fachbereiche wird von den Experten eher gering eingeschätzt. Gründe dafür sind in erster Linie der in einer solchen Direktqualifikation vorgesehene verringerte Umfang der pflegerischen Grundausbildung und das durchschnittlich geringere Alter sowie die damit verbundene begrenzte Lebenserfahrung der Auszubildenden. Chancen für eine grundständige Ausbildung werden nur im Bereich manueller und / oder technischer Tätigkeiten gesehen, wie beispielsweise bei den bereits etablierten neuen technischen Assistenzberufen. Bei der direkten Arbeit mit Menschen halten die Experten insbesondere ausreichende Lebenserfahrung für essentiell.

Die zukünftige Entwicklung in der Aus- und Weiterbildung des psychiatrischen Pflegebereichs sehen die für diese Studie befragten Experten der Psychiatriepflege eher in Richtung einer stärkeren Akademisierung der Ausbildungen. Dies gilt im Allgemeinen auch für andere Pflegebereiche. Ihnen ist dabei sowohl eine mögliche horizontale Durchlässigkeit als auch eine vertikale Durchlässigkeit der Ausbildung, unter Einbeziehung von Zwischenstufen besonders wichtig. Die Praktiker erwarten in der Zukunft einen Ausbildungszweig mit einer breit ausgerichteten Grundausbildung, die entweder parallel von einem Studium begleitet wird oder nach Abschluss in ein Studium münden kann. Dabei sollte die Möglichkeit bestehen, sowohl einen Bachelor – als auch einen Master Abschluss zu erwerben. Dieser Weg soll somit das derzeit gültige Modell der grundständigen Pflegeausbildung mit anschließender Fachweiterbildung ersetzen. Des Weiteren soll, wie bisher, die grundständige Pflegeausbildung mit dreijähriger, evtl. erweiterter vierjähriger, Ausbildungszeit angeboten werden. Ergänzt werden sollen die so ausgebildeten Pflegekräfte von Assistenzberufen mit erweiterten Kompetenzen und einer mindestens zweijährigen Ausbildungszeit.

Nach Meinung der Experten aus der Pflege kann in Zukunft nur ein solches Modell gegen eine berufliche „Einbahnstraße“ wirken und die Attraktivität der Pflegeberufe für Auszubildende erhöhen. In dem soeben beschriebenen Gesamtkonzept ist auf der einen Seite durch die vorhandene dreijährige Grundausbildung eine horizontale Durchlässigkeit in andere Pflegebereiche gesichert. Auf der anderen Seite wird die vertikale Durchlässigkeit gewährleistet, indem Interessenten, auch mit niedriger Schulausbildung, über den Einstieg in einen Assistenzberuf, die Möglichkeit des Aufstiegs bis zum Bachelor – oder Master Abschluss geboten werden soll.

Derzeit arbeiten, nach Ansicht der Experten, viele Akademiker aus dem Pflegebereich noch in Berufsnischen und nicht im eigentlich vorgesehenen Krankenhausbereich. Die Hauptursache dafür sehen sie in der weit verbreiteten tariflichen Einstufung der studierten Pflegekräfte als grundständig ausgebildete Pflegekräfte. Gefordert wird eine höhere Vergütung, so wie sie im TVöD für Absolventen mit Bachelor oder Master abgebildet ist. Diese ist, laut Praktikern, aufgrund des deutlich größeren Wissens und der höheren Kompetenzen nicht nur gerechtfertigt sondern stellt auch keine ökonomische Belastung der Kliniken da, weil für diese Berufsgruppe erneut über die Delegation von ärztlichen Aufgaben nachgedacht werden kann.

Die inhaltliche Entwicklung der psychiatrischen Pflege in der Zukunft sollte neben einem größeren psychiatrischen Schwerpunkt in der Ausbildung eine verstärkte Spezialisierung in einzelnen Bereichen berücksichtigen. Notwendige theoretische inhaltliche Ausweitungen wurden insbesondere im Bereich der Management-Pädagogik gesehen. In der Praxis sollte in Zukunft, laut Experten, aufgrund des besonderen Alltagsansatzes in der Psychiatrie, der Hauswirtschaftsbereich in die Pflege integriert werden.

D. Fazit

12 Zusammenfassung

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat das Deutsche Krankenhausinstitut mit einem Forschungsgutachten zur grundständigen Ausbildung in der Intensiv- und Psychiatriepflege beauftragt. Mit Blick auf die Themenstellung sind sechs Forschungsfragen formuliert worden, die im Gutachten zu beantworten waren (vgl. Kap.2). Die Beantwortung dieser Fragen erfolgte methodisch über verschiedene Module, im Einzelnen Literaturanalysen, Repräsentativbefragungen von Krankenhäusern und psychiatrischen Einrichtungen, Experteninterviews sowie Sekundäranalysen vorhandener Statistiken. Basierend auf den zentralen Forschungsfragen sind nachfolgend die wesentlichen Ergebnisse des Gutachtens zusammengefasst.

12.1 Entwicklung von Fachkräftebedarf und Fachkräftemangel

Mit Blick auf den Fachkräftebedarf in der Intensiv-/Psychiatriepflege ist zwischen Sofortbedarf, Ersatzbedarf und Mehrbedarf zu unterscheiden. Der Sofortbedarf entspricht der Anzahl derzeit unbesetzter Stellen in der Intensiv-/Psychiatriepflege, mithin dem aktuellen Fachkräftemangel gemäß der Definition dieser Studie. Der Ersatzbedarf betrifft den Ersatz von altersbedingt oder aus anderen Gründen aus der Intensiv-/Psychiatriepflege ausscheidendem Personal. Der Mehrbedarf meint den zusätzlichen Bedarf an Intensiv-/Psychiatriepflegekräften über den aktuellen Bedarf hinaus, vor allem infolge demographischer Entwicklungen und zunehmender Teilzeittätigkeit.

Im Frühjahr 2011 hatte rund ein Drittel der Allgemeinkrankenhäuser Probleme, Pflegestellen in ihren Intensivbereichen zu besetzen. Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der Krankenhäuser mit Intensivstationen blieben bundesweit rund 1.200 Vollkraftstellen in der Intensivpflege bzw. gut 2% der bundesweiten Vollkraftstellen insgesamt unbesetzt. Altersbedingt (oder ggf. aus anderen Gründen) werden bis zum Jahr 2020 mindestens 15.500 Beschäftigte aus der Intensivpflege ausscheiden. Der demografie- und teilzeitbedingte Mehrbedarf an Intensivpflegekräften beläuft sich bis 2020 auf 9.400 Intensivpflegekräfte.

In der Summe aus Sofort-, Ersatz- und Mehrbedarf ist bis zum Jahr 2020 somit ein substitutiver bzw. zusätzlicher Bedarf an Intensivpflegekräften in Höhe von 26.500 Personen erforderlich. Pro Jahr müssten bundesweit somit ca. 3.000 neue Mitarbeiter für die Intensivpflege akquiriert werden.

In der Psychiatriepflege hatten im Frühjahr 2011 28,1% aller psychiatrischen Fachkrankenhäuser bzw. 17,2% der psychiatrischen Fachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern Probleme, offene Stellen im Pflegedienst zu besetzen. Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit sind im Pflegedienst psychiatrischer Einrichtungen derzeit rund 300 Vollkraftstellen und damit weniger als 1% der Pflegestellen vakant. Der Ersatzbedarf für altersbedingt (oder ggf. aus anderen Gründen) aus der Psychiatriepflege ausscheidendem Pflegepersonal wird bis 2020 auf mindestens ca. 17.000 Beschäftigte taxiert. Der demografie- und teilzeitbedingte Mehrbedarf liegt bei 6.900 Psychiatriepflegekräften bis 2020.

In der Summe aus Sofort-, Ersatz- und Mehrbedarf ist bis zum Jahr 2020 ein substitutiver bzw. zusätzlicher Bedarf an Psychiatriepflegekräften in Höhe von 24.300 Personen erforderlich. Pro Jahr müssten bundesweit somit 2.700 Mitarbeiter für die Psychiatriepflege akquiriert werden.

12.2 Ansätze einer grundständigen Ausbildung

Für den Bereich der Intensivpflege ist eine grundständige Ausbildung bereits in der Entwicklung. Der Klinikverbund Südwest plant als erste Einrichtung in Deutschland eine Direktqualifikation in der Intensivpflege. Die Ausbildung soll zum 1. August 2012 beginnen. Anderen Einrichtungen dient das Konzept bereits als Vorbild.

Bei der Ausbildung zur sog. Intensivpflegekraft (IPK) des Klinikverbundes Südwest handelt es sich um eine grundständige dreijährige Intensivpflegeausbildung (ohne staatliche Anerkennung). Die Schüler sollen die Fachkenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten erwerben, die sie zur Erfüllung der speziellen pflegerischen Aufgaben in der Intensivpflege benötigen. Dabei soll das Stellenprofil zu 100% dem Profil der fachweitergebildeten Intensivpflegekraft entsprechen.

Die Ausbildung ist zweigeteilt und besteht aus mindestens 2.100 Stunden theoretischem und praktischem Unterricht sowie 2.500 praktischer Ausbildung. Die Konzeption der theoretischen Ausbildung orientiert sich am Curriculum der Krankenpflegeausbildung sowie den Inhalten der Fachweiterbildung in Baden-Württemberg. Dabei sind die Bereiche der ambulanten und psychiatrischen Pflege deutlich gekürzt worden, um mehr intensivpflegerische Inhalte integrieren zu können. Darüber hinaus sind die Bestandteile der Weiterbildung zum Intensivpfleger teilweise um Weiterbildungsanteile aus der Anästhesiepflege bereinigt worden.

Im Ergebnis bildet die grundständige IPK-Ausbildung die Inhalte der Aus- und Weiterbildung in der allgemeinen Krankenpflege sowie der Weiterbildung in der Intensivpflege in wichtigen Teilen ab. Dementsprechend sollen die Schüler im ersten Ausbildungsjahr insbesondere auch Kompetenzen im Bereich der allgemeinen Pflege erwerben, während der Schwerpunkt ab dem zweiten Ausbildungsjahr auf dem Erwerb spezieller Kompetenzen für den Intensivbereich liegt.

Formale Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung ist die Mittlere Reife. Faktisch richtet sich die Ausbildung aber eher an etwas ältere Schüler (ab etwa 20 Jahren), nach Möglichkeit mit Vorerfahrungen im medizinischen oder Pflegebereich (etwa durch Praktika oder eine Berufsausbildung).

Im Unterschied zur Intensivpflege befindet sich eine Direktqualifikation für die Psychiatriepflege derzeit noch nicht in der Implementation. Hierfür liegt lediglich ein vereinfachtes Grobkonzept zur grundständigen Ausbildung in der Psychiatriepflege durch die Asklepios Kliniken vor. Konzeptionell ist die Direktqualifikation für die Psychiatriepflege an der Krankenpflegeausbildung gemäß Krankenpflegegesetz orientiert. Dementsprechend umfasst sie drei Ausbildungsjahre oder 4.600 Stunden, davon 2.100 Stunden theoretischer und praktischer Unterricht und 2.500 Stunden praktische Ausbildung. Zugangsvoraussetzung ist die Mittlere Reife oder ein vergleichbarer Abschluss bzw. ein Hauptschulabschluss und eine erfolgreich absolvierte Berufsausbildung.

Der theoretische und praktische Unterricht in einer Direktqualifikation zur Psychiatriepflege soll sich an den Regelaufgaben des Pflegepersonals gemäß Psychiatriepersonalverordnung orientieren. Dementsprechend würde die Ausbildung wesentliche Inhalte der allgemeinen Pflege sowie der speziellen somatischen und psychiatrischen Pflege umfassen.

Auch organisatorisch lehnen sich die Konzepte für die Direktqualifikation in der Intensiv- und Psychiatriepflege an vorhandene Aus- und Weiterbildungsordnungen an. So sind die Konzepte etwa hinsichtlich der Theorie-Praxis-Anteile, der Anforderungen an das Lehrpersonal, den Bestimmungen zur Praxisbegleitung und Praxisanleitung sowie hinsichtlich der Zugangsvoraussetzungen und Prüfungsmodalitäten fast durchgängig mit den korrespondierenden Anforderungen der bisherigen Aus- und Weiterbildungen in der Intensiv-/Psychiatriepflege identisch.

12.3 Quantitative und qualitative Bedarfsdeckung

Quantitativ können grundständige Ausbildungen in der Intensiv-/Psychiatriepflege – eine hinreichende Verbreitung und Praxisbewährung vorausgesetzt – teilweise dazu beitragen, den Bedarf zu decken oder den Fachkräftemangel abzumildern. Dafür sprechen vor allem drei Gründe:

Erstens werden die Anbieter von Direktqualifikationen für die Intensiv-/Psychiatriepflege nicht zuletzt für den eigenen Bedarf ausbilden, so dass eine Bedarfsorientierung der Ausbildungskapazitäten grundsätzlich gewährleistet ist. Darüber hinaus ist zweitens angesichts des Fachkräftemangels in der Intensiv-/Psychiatriepflege auch außerhalb der Ausbildungskrankenhäuser mit einer entsprechenden Nachfrage nach Fachkräften zu rechnen. Drittens können Direktqualifikationen dazu beitragen, neue Interessenten oder Zielgruppen für die Arbeit im Krankenhaus zu gewinnen, etwa im Bereich der Intensivpflege eine eher technisch affine Klientel oder im Bereich der Psychiatriepflege eine stärker psychologisch oder sozialpädagogisch ausgerichtete Klientel. Durch eine grundständige Ausbildung in der Intensiv-/Psychiatriepflege werden die Zugangswege für Berufe im Krankenhaus somit quantitativ bedarfs- und interessenadäquat erweitert.

Hingegen ist umstritten, ob und inwieweit Direktqualifikationen für die Intensiv-/Psychiatriepflege ein geeignetes Instrument darstellen, um den Bedarf auch qualitativ zu decken:

Befürworter von Direktqualifikationen verweisen in diesem Zusammenhang insbesondere auf die aktuellen Fachkraftquoten in der Intensiv- und Psychiatriepflege. So haben derzeit rund 39% aller Intensivpflegekräfte eine Fachweiterbildung für die Anästhesie- und Intensivpflege absolviert. In der Psychiatrie fällt die Fachkraftquote an weitergebildeten Pflegekräften für die Psychiatriepflege mit 13% (psychiatrische Fachkrankenhäuser) bzw. 17% (psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern) noch deutlich niedriger aus.

Vor allem im Vergleich zur Mehrzahl der Pflegekräfte ohne Fachweiterbildungen sind grundständig ausgebildete Intensiv-/Psychiatriepfleger aufgrund ihrer spezialisierten Ausbildung, so zumindest ein Teil der Experten aus der Pflege, besser oder zumindest gleichwertig qualifiziert. Sofern nicht weitergebildete Pflegekräfte nach entsprechender Einarbeitung in großer Zahl in der Praxis akzeptiert und bewährt seien, spreche nichts dagegen, dass direkt qualifizierte Fachkräfte in der Intensiv-/Psychiatriepflege auch qualitativ zur Bedarfsdeckung beitragen könnten.

Kritiker von grundständigen Ausbildungen in der Intensiv- und Psychiatriepflege verweisen auf fehlende Basiskompetenzen in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, welche auch für die Fachpflege elementar seien und über die grundständig Ausgebildete nicht in vergleichbarer Weise verfügten. Die verschiedenen Qualifizierungswege seien insofern nicht vergleichbar oder ebenbürtig und Direktqualifikationen für die Intensiv-/Psychiatriepflege folglich kein geeignetes Instrument, den Bedarf auch qualitativ zu decken.

12.4 Ausgestaltung einer grundständigen Ausbildung

Nach Auffassung der Verantwortlichen im Klinikverbund Südwest bzw. der Asklepios Kliniken sollte eine dreijährige grundständige Ausbildung in der Intensiv-/Psychiatriepflege sowohl wesentliche Inhalte der Ausbildung zur allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege abdecken als auch maßgebliche Inhalte der Fachweiterbildungen. Damit gleichwohl die vorgesehene Ausbildungsdauer von drei Jahren nicht überschritten wird, ist zum einen eine entsprechende Fokussierung und Komprimierung der maßgeblichen Aus- und Weiterbildungsinhalte erforderlich.

Dementsprechend sind für die genannten dreijährigen Direktqualifikationen in der Intensiv-/Psychiatriepflege zumindest konzeptionell wesentliche Inhalte der grundständigen Pflegeausbildung wie der Fachweiterbildung integriert. So stellt die theoretische Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege die Basis für die Direktqualifikation in der Intensiv-/Psychiatriepflege dar, wenngleich nicht in einem vergleichbaren Umfang, sondern fokussiert auf die für die Fachpflege notwendigen Grundlagenkenntnisse. Darüber hinaus sind für die Fachkrankenpflege nicht unbedingt erforderliche Kenntnisse nicht Gegenstand der Direktqualifikation (z.B. in der Intensivpflege Inhalte der ambulanten und Psychiatriepflege oder in Psychiatriepflege ggf. Inhalte etwa aus dem Bereich der Funktions- oder Intensivpflege).

Durch eine weitreichende Orientierung an den zugrundeliegenden Aus- und Weiterbildungen soll, so der Anspruch der Verantwortlichen im Klinikverbund Südwest bzw. der Asklepios Kliniken, eine korrespondierende Qualität der Absolventen von dreijährigen Direktqualifikationen in der Intensiv-/Psychiatriepflege im Grundsatz gewährleistet sein.

Die Mehrzahl der für die Intensivpflege befragten Experten zweifelte dagegen an, dass es möglich sei, die Inhalte einer bis zu fünfjährigen Aus- und Weiterbildung in einer dreijährigen Direktqualifikation so zu komprimieren, dass keine relevanten Informations- bzw. Qualifikati-

onsverluste resultieren. Deswegen sollte eine grundständige Ausbildung in der Intensivpflege ggf. auf vier Jahre verlängert werden, um hinreichend theoretische Kenntnisse und praktische Fähigkeiten vermitteln zu können. Damit sei im Grundsatz gewährleistet, dass sowohl die Inhalte der allgemeinen Pflege als auch der Fachpflege für die Intensivbereiche umfassend berücksichtigt seien.

In diesem Zusammenhang ist ggf. auch die Mittlere Reife als formale Zulassungsvoraussetzung für die Direktqualifizierung zur Intensivpflege wie auch zur Psychiatriepflege zu problematisieren. Schulabgänger in diesem Alter sind vielfach noch nicht den besonderen Anforderungen und Belastungen der Intensiv-/Psychiatriepflege gewachsen. Bei der Rekrutierung von Interessenten für die Direktqualifikationen ist daher besonderer Wert auf die persönliche Reife der Bewerber zu legen. Faktisch würde dies bedeuten, dass die entsprechenden Schüler bei Ausbildungsbeginn vielfach älter sind (ab ca. 20 Jahre) bzw. einen höheren Schulabschluss hätten als in den Modellen einer Direktqualifikation in der Intensiv- und Psychiatriepflege vorgesehen (etwa Abitur oder Fachabitur).

Im Gegensatz zur Intensivpflege werden in der Psychiatrie Anforderungen an die Ausbildung und Qualifizierung von grundständig ausgebildeten Pflegekräften sehr unterschiedlich gestellt. Neben dem bereits diskutierten Modell einer grundständigen dreijährigen Ausbildung in der Psychiatriepflege wurde das Modell einer auf zwei Jahre erweiterten Krankenpflegehilfeausbildung vorgeschlagen. Die Absolventen einer solchen Ausbildung sollten die Kompetenz haben, alltagspraktische Tätigkeiten mit und für die Patienten mit einem theoretisch, psychiatrischen Hintergrund auszuführen. Des Weiteren wurde das Modell einer erweiterten Ausbildung (Modell „Ausbildung plus“) vorgeschlagen. Das Gesamtausbildungsniveau dieser Ausbildung sollte am Ende der Ausbildungszeit gleichwertig mit einer herkömmlichen grundständigen Pflegeausbildung und zusätzlicher zweijähriger Fachweiterbildung sein. Dies soll entweder durch eine grundständige spezialisierte Pflegeausbildung erreicht werden, deren Gesamtumfang drei Jahre plus einen nicht näher definierten Zeitraum umfassen sollte oder durch einen Studiengang mit mindestens Bachelor-Abschluss, der gleichzeitig ein Pflegeexamen beinhaltet.

12.5 Bewertung einer grundständigen Ausbildung

Trotz der Orientierung an bestehenden Aus- und Weiterbildungen ist eine grundsätzliche fachlich-inhaltliche Bewertung der vorhandenen oder in der Entwicklung befindlichen Kon-

zepte einer grundständigen Ausbildung in der Intensiv- und Psychiatriepflege derzeit schwierig. Dies liegt u.a. daran, dass ausgearbeitete Curricula noch nicht vorliegen (Psychiatriepflege) oder ihre praktische Umsetzung noch nicht erfolgt sind (Intensivpflege). Deswegen dominiert in den Experteneinschätzungen einstweilen der hypothetische Vergleich von grundständig Ausgebildeten mit examinierten Krankenschwestern- und -pflegern mit und ohne Weiterbildung:

Befürworter von Direktqualifikationen in der Intensiv- und Psychiatriepflege betonten in diesem Zusammenhang insbesondere die komparativen Vorteile einer grundständigen Ausbildung verglichen mit Pflegekräften ohne Weiterbildung, die sowohl in der Intensivpflege als auch in der Psychiatriepflege die Mehrheit der Pflegekräfte stellen. Im Vergleich zu Pflegekräften ohne Weiterbildung nimmt die Intensiv- bzw. Psychiatriepflege im Rahmen der Direktqualifikation sowohl in der theoretischen Ausbildung als auch in den Praxiseinsätzen einen größeren Raum ein. Folglich verfügten grundständig Ausgebildete über ein umfassenderes theoretisches Fachwissen und eine größere Praxiserfahrung. Daher seien sie in der Fachpflege erfahrener, reflektierter und kompetenter.

Kritiker von Direktqualifikationen bezweifelten dagegen eine hinreichende pflegerische Basisqualifikation bei den grundständig ausgebildeten Intensiv-/Psychiatriepflegern, nicht zuletzt wegen der Kürzung und Komprimierung von allgemeinpflegerischen Ausbildungsinhalten. Damit seien die grundständig ausgebildeten Pflegekräfte den Anforderungen auch der Fachpflege ggf. weniger gewachsen als dreijährig examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger.

In dieser Hinsicht unterschieden sich die befragten Experten in Abhängigkeit von den untersuchten Pflegebereichen. Die Mehrzahl der befragten Experten in der Intensivpflege hielten grundständig ausgebildete Pflegekräfte für gleichwertig oder sogar besser qualifiziert als examinierte Pflegekräfte ohne Weiterbildung. Dahingegen war die Mehrheit der Experten der Psychiatriepflege der Auffassung, dass grundständig ausgebildete Psychiatriepfleger nicht ausreichend qualifiziert seien, um den somatischen Pflegebedarf von vielen psychiatrischen Patienten abdecken zu können.

Unstrittig ist dagegen, dass weitergebildete Fachkräfte auf Grund ihrer umfassenderen Qualifizierung und längeren Berufserfahrung besser qualifiziert sind als Absolventen von grundständigen Ausbildungen (zumindest in den ersten Berufsjahren). Ein weiterer Vorteil von fachweitergebildeten Pflegekräften besteht darin, dass sie in der Regel älter und reifer und

damit den besonderen Anforderungen in der Intensiv-/Psychiatriepflege berufsbiografisch besser gewachsen sind. Andererseits werden sich nach langjähriger Praxiserfahrung etwaige Unterschiede in den Qualifizierungswegen in der konkreten Arbeit meistens relativieren.

Angesichts der fehlenden Erfahrungen und äußerst heterogener Experteneinschätzungen ist eine abschließende fachlich-inhaltliche Bewertung der grundständigen Ausbildungen in der Intensiv- und Psychiatriepflege zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich.

13 Ausblick

Es war Ziel und Auftrag der vorliegenden Studie, im Sinne eines Diskussionspapiers Stärken und Schwächen, Chancen und Grenzen einer Direktqualifikation für die Intensiv- und Psychiatriepflege darzustellen. Empfehlungen für oder gegen entsprechende grundständige Ausbildungen sollten daher ausdrücklich nicht ausgesprochen werden. Stattdessen sollen abschließend allgemein politisch-praktische Schlussfolgerungen aus den Studienergebnissen mit Blick auf die Weiterentwicklung der Pflegeberufe aufgezeigt werden.

Grundsätzlich stehen die Einschätzungen zu einer Direktqualifikation in der Intensiv- und Psychiatriepflege unter dem Vorbehalt, dass bislang noch keine Erfahrungen oder empirische Ergebnisse hierzu vorliegen. Für die Intensivpflege gibt es zwar ein entsprechendes Curriculum; die Ausbildung soll aber erst im August 2012 starten. Für die Psychiatriepflege existiert ein Grobkonzept, dessen konkrete Umsetzung und Ausgestaltung derzeit noch offen ist. Vor diesem Hintergrund sollte die Implementation entsprechender Ausbildungsgänge in jedem Fall evaluiert werden, um verlässliche Aussagen zur Qualifikation der Absolventen und ihrer Versorgungsqualität treffen zu können.

Eine grundständige Ausbildung in der Intensiv-/Psychiatriepflege dürfte in den Krankenhäusern, nicht zuletzt im Ärztlichen Dienst und im Pflegedienst, vielfach zunächst auf Ablehnung, Skepsis oder Reserviertheit stoßen. Dies ist zum einen dadurch zu erklären, dass die Direktqualifikation mit tradierten Strukturen der Aus- und Weiterbildung bricht. Zum anderen ist sie in fachlichen Bedenken begründet, weil die praktische Bewährung der Absolventen in den qualifikatorisch wie rechtlich sensiblen Bereichen der Intensiv- und Psychiatriepflege einstweilen offen ist.

Für eine etwaige Etablierung von Direktqualifikationen in der Intensiv- und Psychiatriepflege ist eine breite Praxisakzeptanz einstweilen jedoch nicht zwingend erforderlich. Denn es

zeichnet Innovationen und ihre Einführung vielfach aus, dass sie sich erst schrittweise in der Praxis durchsetzen. Den Innovatoren neuer Qualifizierungswege kommt insofern die Funktion von Pionieren zu, die erst sukzessive Nachahmer finden. Implizit bedeutet dies aber auch, dass grundständige Ausbildungen in der Intensiv- und Psychiatriepflege sich vor allem dann etablieren werden, wenn sich die ersten Absolventenjahrgänge in der Praxis fachlich bewähren sollten.

Bei den Pflegeverbänden (möglicherweise auch bei ärztlichen Fachgesellschaften, etwa für die Intensivmedizin) dürfte die grundständige Ausbildung in der Intensiv- und Psychiatriepflege auf vehementen Widerstand treffen. Dies belegt beispielsweise eine Pressemitteilung des Deutschen Pflegerates zur IPK-Ausbildung (DPR, 2012). Dafür werden fachliche Bedenken angeführt, etwa mit Blick auf die Patientensicherheit und Versorgungsqualität. Des Weiteren präferieren die Pflegeverbände ein auf einer generalistischen Ausbildung aufbauendes Gesamtkonzept von Aus-, Fort- und Weiterbildungen mit Anschlussfähigkeit zum akademischen Bereich und Durchlässigkeiten für unterschiedliche Einsatzbereiche und Hierarchieebenen in der Pflege. Ein „Wildwuchs verschiedener bunt und willkürlich zusammengestellte Bildungsbausteine“ (DPR, 2012) trifft vor diesem Hintergrund auf konsequente Ablehnung.

Fraglos sollte die Versorgungsqualität und Patientensicherheit oberste Maxime in der Weiterentwicklung der Aus- und Weiterbildung in der Pflege darstellen. Damit sind klare Anforderungen an die Qualität und Qualitätssicherung sowie die Entwicklung, Implementation und Verlaufsbeobachtung grundständiger Ausbildungen in der Intensiv- und Psychiatriepflege formuliert, welchen die Ausbildungsverantwortlichen Rechnung tragen sollten.

Neben einem auf einer generalistischen Ausbildung aufbauenden Gesamtkonzept sind des Weiteren verschiedene Alternativen denkbar: So sehen etwa die Protagonisten von Direktqualifikationen der Intensiv- und Psychiatriepflege ihre Ansätze als sinnvolle Ergänzungen bisheriger Qualifizierungswege an. In diesem Sinne ist daher grundsätzlich vorstellbar, dass künftig neben Generalisten gezielt auch verschiedene Spezialisten in der Pflege grundständig ausgebildet werden.

Die Vereinbarkeit einer generalistischen Pflegeausbildung und grundständigen Ausbildungen in der Intensiv- und Psychiatriepflege hängt deswegen auch davon ab, welchen Status eine generalistische Ausbildung künftig haben soll. Sieht man die generalistische Pflegeausbildung als ausschließliche Basisqualifikation für alle anderen Qualifikationen bzw. weitergehenden Fort- und Weiterbildungen in der Pflege, dann stehen grundständige Ausbildungen in

der Intensiv- und Psychiatriepflege im Widerspruch zu einer generalistischen Pflegeausbildung. Betrachtet man hingegen die generalistische Ausbildung eher als qualifikatorische Grundlage für die allgemeine Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege, dann sind Direktqualifizierungen, etwa in der Funktions-, Intensiv- und Psychiatriepflege, im Prinzip durchaus mit einer generalistischen Ausbildung vereinbar.

Letztlich ist es Aufgabe der Politik, ein umfassendes und kohärentes Gesamtkonzept für die Aus- und Weiterbildung in der Pflege zu entwickeln und umzusetzen. Dabei wird u.a. die Frage zu klären sein, inwieweit es neben einer (ggf. generalistischen) Ausbildung in der allgemeinen Pflege andere staatlich anerkannte Direktqualifikationen in Berufsfeldern geben kann oder soll, die bislang vor allem Gegenstand pflegerischer Weiterbildung waren (z.B. in der OP- und Anästhesiepflege).

Eine staatliche Anerkennung einer grundständigen Ausbildung in der Intensiv- und Psychiatriepflege ist gleichwohl einstweilen nicht zu erwarten. Denn die Konzepte sind neu und weder praxisbewährt noch wissenschaftlich evaluiert. Bevor eine staatliche Anerkennung zur Diskussion steht, müssen sich die Direktqualifikationen somit erst in der Praxis bewähren. Sollten sich entsprechende Ansätze verbreiten und etablieren, wird sich, ähnlich wie beispielsweise beim OTA, die Frage nach einer staatlichen Anerkennung ggf. längerfristig möglicherweise ohnehin stellen. Sollen die in dieser Studie dargestellten Ansätze und Modelle grundständiger Ausbildung in der Intensiv- und Psychiatriepflege keine oder kaum Nachahmer oder Interessenten finden, ist die Frage nach einer staatlichen Anerkennung ohnehin obsolet.

In der gesundheitspolitischen Fachdiskussion nimmt das Thema der Leistungsdelegation innerhalb und zwischen den Berufsgruppen aktuell einen hohen Stellenwert ein. Dabei geht es u.a. um die Frage der Entlastung von Fachkräften von bestimmten Tätigkeiten und deren Delegation an anderweitig qualifiziertes Personal. Auch mit Blick auf die Intensiv- und Psychiatriepflege bestehen entsprechende Potenziale:

Das Konzept der grundständig ausgebildeten Intensivpflegekraft nach dem Modell des Klinikverbundes Südwest zielt im Grundsatz auf ein ähnliches Qualifikationsniveau wie bei weitergebildeten Intensivpflegern. Inwieweit dies gelingt, ist offen bzw. war unter den befragten Experten aus der Pflege umstritten (vgl. Kap. 7). Ergänzend oder alternativ zu einer Intensivpflegeausbildung nach dem IPK-Modell wäre denkbar, auch für den Bereich der Intensivpflege Qualifikationen zu entwickeln, die stärker assistierende Funktion haben, etwa in Form

eines Intensivpflegeassistenten oder eines Intensivtechnischen Assistenten. Das entsprechende Personal würde demnach nur bestimmte oder ausgewählte Tätigkeiten in der Intensivpflege ausüben. Solche Ansätze existieren bislang nicht. Dazu wären dezidierte Analysen erforderlich, welche Tätigkeiten in diesem Sinne übertragbar sind und wie das Aufgaben- und Berufsprofil für das genannte Personal aussehen könnte. Die Entwicklung grundständiger Assistenzbildungen in der Intensivpflege sowie die Delegation ausgewählter intensivpflegerischer Tätigkeiten an entsprechende Assistenzberufe könnte somit ggf. eine weitere Möglichkeit darstellen, dem Fachkräftemangel zu begegnen. Zu diesem Zweck wäre aber eine stärkere Arbeitsteilung des Intensivpersonals nach Qualifikationsniveau als bislang erforderlich (vgl. Kap. 4.2).

Auch für den Bereich der Psychiatriepflege sind entsprechende Ausbildungen für eine Pflegeassistenz prinzipiell vorstellbar. Angesichts einer Fachkraftquote von rund 15% in der Psychiatriepflege ist hier aber vor allem eine weitestgehende Fokussierung der weitergebildeten Psychiatriepfleger auf das spezifische Aufgaben- und Tätigkeitsprofil der Fachkrankenpflege erforderlich. Die weitergebildeten Pflegekräfte sollten daher soweit wie möglich von allgemeinpflegerischen Tätigkeiten entlastet bzw. diese Tätigkeiten weitestgehend an Personal ohne Fachweiterbildung delegiert werden.

Eine Ergänzung oder Alternative zu Direktqualifikationen etwa in der Intensiv- und Psychiatriepflege und zur bislang vorherrschenden Organisation der Weiterbildung stellen integrierte oder kombinierte Weiterbildungen dar. Dabei beginnt die einjährige Fachweiterbildung im unmittelbaren Anschluss an die allgemeine Pflegeausbildung. Entsprechende Modelle existieren zwar schon (vgl. Kap. 5.2). Bislang fehlt ihnen aber die staatliche Anerkennung, weil die Inhalte der anerkannten Weiterbildungen nicht vollständig abdecken oder Zugangsvoraussetzungen mit Blick auf die Praxiserfahrung nicht erfüllt sind. Sie bieten insofern die Option einer Spezialisierung für die fraglichen Tätigkeitsfelder unterhalb der Anforderungen der staatlich anerkannten Weiterbildungen. Den Qualifizierungsinteressen der Beschäftigten wie dem Fachkräftebedarf der Krankenhäuser wird damit gleichermaßen Rechnung getragen. Es erscheint aber naheliegend, dass auch kombinierte Weiterbildungen perspektivisch mit staatlich anerkannten Weiterbildungen abschließen bzw. inhaltlich entsprechend angepasst werden sollten.

Über die neuen Ausbildungen und tradierten Weiterbildungen hinaus gibt es in der Intensiv- und Psychiatriepflege auch erste akademische Angebote (vgl. Kap. 5.3 und 9.3). Akademi-

sche Qualifikationen für ausgewählte Tätigkeiten, Positionen und Einrichtungen erscheinen im Grundsatz sinnvoll. Zu nennen sind hier beispielsweise Leitungs- und Managementfunktionen in den jeweiligen Einsatzbereichen, fachlich hochspezialisierte Aufgaben bis hin zur Übernahme ausgewählter ärztlicher Tätigkeiten sowie Lehr- und Forschungstätigkeiten. Eine partielle Akademisierung für bestimmte Einsatzbereiche und Positionen ist dabei nicht nur unter fachlich-qualifikatorischen Aspekten empfehlenswert. Vielmehr erhöht sie auch die Attraktivität der Pflegeberufe, indem sie den tertiären Bildungsbereich zumindest für qualifizierte oder berufserfahrene Fachkräfte öffnet. Das Thema der Akademisierung wird künftig mit Blick auf einer Weiterentwicklung der Pflege daher insgesamt und nach Meinung der Experten aus der Pflege insbesondere im Bereich der Psychiatriepflege eine größere Rolle spielen.

Insgesamt sollte es oberstes Ziel der Weiterentwicklung der Aus- und Weiterbildung in der Intensiv- und Psychiatriepflege sein, eine hinreichend große Zahl an Pflegekräften bzw. eine ausreichende Anzahl an spezialisierten Fachkräften für diese Tätigkeitsfelder zu generieren. Sollten die Verantwortlichen in Politik und Selbstverwaltung – mit welchen Konzepten und Ansätzen auch immer – dieses Ziel nicht erreichen, wird die Praxis voraussichtlich aktiv werden und ihrerseits nach Lösungen zur Bedarfsdeckung suchen.

Literaturverzeichnis

- Adolph J. (2010). Psychiatrische Pflege braucht eigene Spezialisierung. Die Schwester Der Pfleger, 05:504-507.
- Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vom 26. November 2002 (AltPfiAPrV) (BGBl. I S. 4418), die zuletzt durch Artikel 31 des Gesetzes vom 2. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2686) geändert worden ist.
- Allgemeine Zeitung (13.02.2012). Landeskrankenhaus finanziert Stiftungsprofessur an Katholischer Hochschule Mainz. [Download 02/2012: <http://www.allgemeinezeitung.de/region/mainz/meldungen/11660375.htm>]
- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege vom 10. November 2003 (KrPfiAPrV) (BGBl. I S. 2263), die zuletzt durch Artikel 35 des Gesetzes vom 2. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2686) geändert worden ist.
- Blum, K, Grohmann, J. (2009): Weiterentwicklung der nicht-ärztlichen Heilberufe am Beispiel der technischen Assistenzberufe im Gesundheitswesen. Düsseldorf (www.bmg.bund.de)
- Blum K., Löffert S. (2010). Ärztemangel im Krankenhaus - Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut (www.dki.de).
- Blum K., Löffert S., Offermanns M., Steffen P. (2011a). Krankenhaus Barometer. Umfrage 2011. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut (www.dki.de).
- Blum K., Löffert S., Offermanns M., Steffen P. (2011b). PSYCHIATRIE BAROMETER. Umfrage 2011. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut (www.dki.de).
- Blum, K. (2007): Organspendesituation in deutschen Krankenhäusern. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut (www.dki.de).
- Böhme, H. (2003): Staatliche Regelung für die OTA-Ausbildung. Mössingen, Institut für Gesundheitsrecht und -politik
- Böhme, H: (1996): Zur Rechtsstellung der Operationstechnischen Assistenten (OTA) im Vergleich zu Krankenpflegekräften, insbesondere mit der Weiterbildung zur OP-Fachkraft. Mössingen, Institut für Gesundheitsrecht und -politik
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). (2011). Berufsbildungsbericht 2011. Berlin.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). (2009). Berufsbildungsbericht 2009. Berlin.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). (2005). Berufsbildungsbericht 2005. Berlin.
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (2010). Zunehmende Zahl psychisch Kranke und fehlende häusliche Fachkrankenpflege. Pressemitteilung: Berlin, 15. September 2010 (Nr. 33/10). [Download 02/2012: http://www.bpa.de/upload/public/doc/20100915_bgst_bpa-PM_Zunahme_psychischer_Erkrankungen.pdf]
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). (2011). DKG-Empfehlung zur Weiterbildung von Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegekräften für die pflegerischen Fachgebiete Intensivpflege, Funktionsdienste, Pflege in der Onkologie, Nephrologie und Psychiatrie.

- Deutscher Pflegerat (2012): Patientensicherheit in Gefahr – DPR bezieht Stellung zur „IPK Ausbildung“. Resolution des DPR vom März 2012. Berlin
- Fachhochschule der Diakonie. (2010a). Bachelor-Studiengang Psychische Gesundheit (BA) / Psychiatrische Pflege (BA). Modulhandbuch Vorläufige Fassung / noch nicht akkreditiert © FhdD. Alle Rechte vorbehalten (2010) [Download 07/2011: http://www.fh-diakonie.de/obj/Bilder_und_Dokumente/Downloads/2011_02_15_Modulhandbuch_geaendert.pdf]
- Fachhochschule der Diakonie. (2010b). Studienordnung für den Studiengang: Psychische Gesundheit / Psychiatrische Pflege (BA) 2. Entwurf, Stand: 22.12.2010. [Download 07/2011: http://www.fh-diakonie.de/obj/Bilder_und_Dokumente/Downloads/2010_12_22_Studienordnung_Psych-Ges_veraendert.pdf]
- Fortbildungs- und Prüfungsordnung zur Fachkrankenschwester / -pfleger und zur Fachkinderkrankenschwester /-pfleger für Intensivpflege und Anästhesie Vom 2 Februar 2000. (Hamburg).
- Gesetz zur Umsetzung der Pflegeversicherung in Baden-Württemberg (Landespflegegesetz - LPfIG) Vom 11. September 1995.
- Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) vom 16. Juli 2003 (BGBl. I, S. 1442), zuletzt geändert durch Gesetz von 24. Juli 2010 (BGBl. I, S. 983).
- Gesetz über die Weiterbildung in den Fachberufen des Gesundheitswesens (WBGesG) Vom 18. März 1994. (Brandenburg).
- Gesetz über die Weiterbildung in den Medizinalfachberufen und in Berufen der Altenpflege (Weiterbildungsgesetz - WbG) Vom 3. Juli 1995 (GVBl. S. 401) BRV 2124-4 Zuletzt geändert durch Art. XIV ÄndG vom 18. 11. 2009 (GVBl. S. 674) (Berlin)
- Gesetz über die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen [GfbWbG] Vom 27. März 2007 (Bremen)
- Gesetz über die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen Vom 5. Mai 1994 (Mecklenburg-Vorpommern).
- Gesetz Nr. 1419 über die Weiterbildung in den Gesundheits- und Altenpflegefachberufen und die Ausübung des Berufs der Hebamme und des Entbindungspflegers (WuHG) Vom 25. November 1998 zuletzt geändert durch das Gesetz vom 15. September 2010 (Amtsbl. I S. 1384) (Saarland)
- Gesetz über die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen im Freistaat Sachsen (Weiterbildungsgesetz Gesundheitsfachberufe – SächsGfbWBG) Vom 4. November 2002 Rechtsbereinigt mit Stand vom 5. Juni 2010.
- Gesetz über die Weiterbildung in Gesundheitsfachberufen Vom 27. November 1995. (Schleswig-Holstein)
- Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK). (2007). Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven. [Download 07/2011: http://www.gmkonline.de/?&nav = beschluesse_80]
- Hessisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (HGöGD) GVBl. I S. 659 Vom 28. September 2007.

- Hessische Weiterbildungs- und Prüfungsordnung für die Pflege und Entbindungspflege (WPO-Pflege) Vom 6. Dezember 2010.
- Institut für berufliche Bildung, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik GmbH (INBAS), Institut für Gerontologische Forschung (IGF) e. V., INBAS-Sozialforschung GmbH (Hrsg.). (2010). Dritter Zwischenbericht für den Projektzeitraum 1. Januar 2009 bis 31. Dezember 2009 im Rahmen des Projektes „Servicenetzwerk Altenpflegeausbildung“. Offenbach, Berlin, Frankfurt am Main
- Landesgesetz über die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen (GFBWBG) Vom 17. November 1995. (Rheinland-Pfalz).
- Landesverordnung zur Durchführung des Landesgesetzes über die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen (GFBWBGDVO) Vom 13. Februar 1998 (Rheinland-Pfalz).
- Landesverordnung über die Weiterbildung und Prüfung von Pflegefachkräften für Psychiatrie (WBPsychVO) Vom 11. Juni 2009. (Schleswig-Holstein)
- Landesverordnung über die Weiterbildung und Prüfung von Pflegefachkräften für Intensivpflege und für Anästhesiepflege (WBluAVO) Vom 10. November 2008. (Schleswig-Holstein).
- Niedersächsisches Gesetz über Berufsbezeichnungen, Weiterbildung und Fortbildung in Gesundheitsfachberufen (Niedersächsisches Gesundheitsfachberufegesetz) Vom 20. Februar 2009
- Oelke U, Menke M. (2002). Gemeinsame Pflegeausbildung. Modellversuch und Curriculum für die theoretische Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. Bern: Huber.
- Richtlinie 2005/36/EG. Des europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. (ABl. EG Nr. L 255/22).
- Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2006). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin. [Download 07/2011: http://www.rki.de/cln_011/nn_227198/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtId/GesInDtId__node.html__nnn=true]
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010, Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2005ff.): Grunddaten der Krankenhäuser. Wiesbaden (www.destatis.de)
- Studien- und Prüfungsordnung (SPO) für den Studiengang Bachelor of Science (B.Sc.) I der Steinbeis-Hochschule Berlin (SHB) vom 01.08.2011.
- Verordnung des Ministeriums für Arbeit und Soziales über die Weiterbildung in den Berufen der Krankenpflege und Kinderkrankenpflege auf dem Gebiet der Intensivpflege (Weiterbildungsverordnung - Intensivpflege) Vom 19. Dezember 2000. (Baden-Württemberg).
- Verordnung des Ministeriums für Arbeit und Soziales über die Weiterbildung in den Berufen der Krankenpflege und Kinderkrankenpflege sowie der Altenpflege und Heilerziehungspflege auf dem Gebiet der Psychiatrie (Weiterbildungsverordnung - Psychiatrie) Vom 19. Dezember 2000. (Baden-Württemberg).

- Verordnung über die Weiterbildung in Gesundheitsfachberufen Vom 18. März 2002. (Niedersachsen).
- Verordnung zur Durchführung der Fachweiterbildung in den Pflegeberufen Vom 30. Januar 2001 zuletzt geändert durch das Gesetz vom 18. November 2010 (Amtsbl. I S. 1420) (Saarland)
- Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales über die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen (Weiterbildungsverordnung Gesundheitsfachberufe – SächsGfbWBVO) Vom 22. Mai 2007
- Vertrag gemäß § 132 a Abs. 2 SGB V für die Häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege mit einem spezialisierten Pflegedienst zwischen AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen Landwirtschaftlichen Krankenkasse Niedersachsen-Bremen BKK Landesverband Mitte, Siebstraße 4, 30171 Hannover - im Folgenden als Krankenkassen bezeichnet – und dem Träger des spezialisierten Pflegedienstes.
- Weiterbildungsgesetz Gesundheitsfachberufe – SächsGfbWBG vom 4. November 2002
- Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung für Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/ Krankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/Kinderkrankenpfleger in der Intensivpflege und Anästhesie (Intensivpflege- und Anästhesie-Weiterbildungsverordnung – luAWBV) Vom 26. Februar 2004. (Brandenburg).
- Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung für Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Intensivpflege und Anästhesie (Weiterbildungsverordnung für Intensivpflege und Anästhesie – (WPrVO-luA) Vom 10. Juli 1996. (Mecklenburg-Vorpommern).
- Weiterbildungs- und Prüfungsordnung für Krankenschwestern, Krankenpfleger, Kinderkranken-schwester und Kinderkrankenpfleger in der Intensivmedizin und Anästhesie Vom 15. Januar 1985. (Berlin).
- Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegefachkräfte in der Psychiatrie Vom 10. November 2009. (Berlin).
- Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegefachkräfte (WbPOPflege) Vom 10.05.2007, geändert am 12.11.2009. (Bremen).
- Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung für Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Altenpflegerinnen und Altenpfleger in der Psychiatrie (Psychiatrie-Weiterbildungsverordnung - WPrVO-Ps)Vom 10. Juli 1996 (Mecklenburg-Vorpommern)
- Weiterbildungsgesetz Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege (WGAuGuKrpfl) Vom 24. April 1990 (NRW).
- Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung zu Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen, -pflegern, Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen, -pflegern, Fachaltenpflegerinnen und -pflegern in der psychiatrischen Pflege (WeiVPsy). Gesetz- und Verordnungsblatt (GV. NRW.) Ausgabe 2008 Nr. 37 vom 19.12.2008 Seite 783 bis 836.
- Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegeberufe (WBVO-Pflege-NRW) Vom 15. Dezember 2009. (Nordrhein-Westfalen).

Anhang: Interviewleitfaden

Grundständige Ausbildung Intensiv- und Psychiatriepflege

1 Allgemeine Bewertung einer grundständigen Ausbildung

- a. Was waren Ihre **zentralen Gründe** / **zentrale Motivation** eine grundständige Ausbildung zu **entwickeln**? (Zeitersparnis, Qualifikation, Kosten, etc.)
- b. Welche **Ziele** verfolgen Sie primär mit der Entwicklung / Einführung einer grundständigen Ausbildung? (Zeitersparnis, Qualifikation, Kosten, etc.)
- c. Wo sehen Sie die besonderen **Stärken bzw. Vorteile** einer grundständigen Ausbildung?
- d. An welche **Grenzen oder Probleme (Nachteile)** stößt eine grundständige Ausbildung?
- e. Sehen Sie Probleme bei der **Akzeptanz der zukünftigen Auszubildenden** aufgrund der zurzeit noch fehlenden **staatlichen Anerkennung**?
- f. Wie ist Ihrer Meinung nach **insgesamt** die **Akzeptanz** einer grundständigen Ausbildung? Wie empfinden Sie die Akzeptanz im eigenen Haus vs. der Sichtweise anderer (Krankenhauswesen, Fach- und Berufsverbände)?
- g. Inwieweit sehen Sie die Gefahr, dass eine grundständige Ausbildung ein „**Sackgassenberuf**“ sein könnte? Pro / contra Argumente? Wie schätzen Sie die Durchlässigkeit zu anderen Bereichen ein oder die beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten? Wie beurteilen Sie dies vor der derzeitigen Altersstruktur in der Intensivpflege?
- h. Welche **Vorteile** / **Nachteile** sehen Sie in einer **grundständigen Ausbildung** im Vergleich zu einer **integrierten Aus-** und **Weiterbildung**?

- i. Wo sehen Sie die Zielgruppe für eine **grundständige Ausbildung**? An wen richtet sich die grundständige Ausbildung im Vergleich zur bisherigen Aus- und Weiterbildung (Alter, Interessen etc.)?

2 Strukturierung einer grundständigen Ausbildung

- a. Welche **Voraussetzung** müssen die Auszubildenden ihrer grundständigen Ausbildung mitbringen?
- Schulabschluss
 - Vorerfahrung im Pflegebereich (z. B. Praktikum) etc.
- b. Inwieweit soll bereits **ausgebildeten Gesundheits-** und (Kinder)**Krankenpflegern** die Möglichkeit geboten werden, als **Quereinsteiger** in die grundständige Ausbildung einzusteigen? Ist dabei eine Anerkennung von ausländischen Ausbildungsabschlüssen geplant?
- c. Inwieweit sollen **andere** (Teile von) **Weiterbildungen anerkannt** werden?
- d. Wie lange soll die grundständige Ausbildung **dauern**?
- e. An welchen **Krankenhäusern** soll die praktische Ausbildung stattfinden? Welche **Voraussetzungen** sollen diese Krankenhäuser mit sich bringen? Inkl. Qualifikation des Personals.
- f. Auf welche **Ziele** (inhaltlich) soll die grundständige Ausbildung fokussiert sein - im Vergleich zur herkömmlichen Aus- und Weiterbildung? (Tätigkeitsprofil)
- g. Welche **Kenntnisse** sollen die Absolventen der grundständigen Ausbildung nach Abschluss auf jeden Fall haben - im Vergleich zur herkömmlichen Aus- und Weiterbildung? (Theorie und Praxis)
- h. Welche **Kompetenzen** sollen die Absolventen durch die grundständige Ausbildung erlangen - im Vergleich zur herkömmlichen Aus- und Weiterbildung? (Theorie und Praxis)

- i. Wie soll die Ausbildung aufgebaut sein - im Vergleich zur herkömmlichen Aus- und Weiterbildung? Wie sollen die **Anteile** von **Theorie** und **Praxis** sein? Welche **Stundenanzahl** Theorie und Praxis soll die Ausbildung umfassen?
- j. Welche **Inhalte** sollen in ihrer grundständigen Ausbildung insbesondere vermittelt werden - im Vergleich zur herkömmlichen Aus- und Weiterbildung?
- k. Inwiefern sollen im Rahmen der grundständigen Ausbildung **Fähigkeiten** im Bereich der **allgemeinen Pflege** erworben werden?
- l. Wie soll sich das **Verhältnis** zwischen **allgemeiner** und **spezieller Pflege** darstellen (in Theorie und Praxis)?
- m. Wie soll in einer grundständigen Ausbildung die **Praxisanleitung und Praxisbegleitung** der Auszubildenden geregelt werden? (auch im Vergleich zur bisherigen Aus- und Weiterbildung)
- n. Mit welcher **Prüfung** / welchen Prüfungen soll die Ausbildung abgeschlossen werden?
- o. Welchen **Ausbildungsabschluss** sollen die Auszubildenden erlangen?
- p. Wie würden Sie abschließend das **Qualitätsniveau der Ausgebildeten** einer grundständigen Ausbildung im Vergleich zu Pflegenden mit und ohne Weiterbildung einschätzen?

3 Tätigkeitsprofile

- a. Welche **Kerntätigkeiten** übernehmen derzeit die **Mitarbeiter mit Weiterbildung** auf den Intensivstationen / psychiatrischen Stationen? (ggf. stützen für: Kernprozesse, Kernkompetenzen, Kernaufgaben)
- b. Inwieweit **unterscheiden** sich die **Tätigkeiten** von **Mitarbeitern mit** und **ohne Weiterbildung**? Wo sind die zentralen Unterschiede? Welche Tätigkeiten gleichen sich?
- c. Welche **Tätigkeiten** sollen zukünftig die **Mitarbeiter** mit einer **grundständigen Ausbildung** übernehmen oder auch nicht übernehmen?

- d. Inwieweit sind die **zukünftigen Aufgaben** der Mitarbeiter mit **grundständiger Ausbildung** mit den derzeitigen **Tätigkeiten** von **Mitarbeitern mit** bzw. **ohne Weiterbildung vergleichbar**? Was ist ggf. nicht vergleichbar?
- e. Wird sich das **zukünftige Tätigkeitsspektrum** von den Mitarbeitern mit einer grundständigen Ausbildung eher an dem **Tätigkeitsprofil** von **Mitarbeitern mit** oder **ohne Weiterbildung orientieren**?

4 Zukunftsperspektiven

- a. Wie schätzen Sie die **Übertragbarkeit** einer grundständigen Ausbildung auf andere Fachbereiche ein?
- b. In welchen **Fachbereichen** könnten Sie sich gut eine grundständige Ausbildung vorstellen? Bei welchen nicht?
- c. Wie beurteilen Sie die **staatliche Anerkennung** einer grundständigen Ausbildung? Welche möglichen Barrieren sehen Sie?
- d. Wie schätzen Sie die Übertragbarkeit auf andere Schulen / Krankenhäuser ein? Inwieweit sind Ihnen bereits andere Krankenhäuser / Schulen bekannt, die ebenfalls Interesse haben, eine grundständige Ausbildung oder ggf. auch eine andere Form einer Direktqualifikation anzubieten?
- e. Wie schätzen Sie abschließend die **Erfolgsaussichten** einer grundständigen Ausbildung ein? (Wann genau wird Ihr Unternehmen zum ersten Mal eine grundständige Ausbildung anbieten?)